

Primer Psikiyatrik Hastalıklar

Primary Psychiatric Diseases

Sibel Mercan

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Salt dermatolojik hastalıkla gelen bu grup hastalarda altta yatan neden tümüyle psikiyatriktir. Bu hastalar bilinç dışı savunmalarla var olan psikiyatrik sorunlarıyla yüzleşmek yerine derileri ile aşırı uğraş geliştirirler ya da derilerine zarar verirler. Bu grupta delüzyonlar, artefakt dermatiti, trikotillomani, beden dismorfik bozukluğu sayılabilir. Bu hastalar her zaman dermatologlara başvurmakta, eylemi inkar etmekte ve sorunun psikiyatrik olabileceği gerçeğini kabul etmemektedirler. Bu yakınmayla gelen hastalarda gerçek sorunun psikiyatrik olabileceği gerçeği ile yüzleştirmek, hastanın inkarını yıkarak öncelikle psikiyatrik değerlendirmeye yöneltmek intihar eğilimi ya da ağır psikiyatrik tablolar ortaya çıkma olasılığı nedeniyle sakıncalıdır. Dermatologlar bu grup vakalarda kısa ve sık dermatoloji görüşmeleri yaparak güçlü bir empatik yaklaşımla onlarla iyi bir hasta hekim ilişkisi geliştirmeli ve bu ilişki zemininde psikiyatrik yardıma yöneltmelidir. (*Türkderm 2010; 44 Özel Sayı 1: 16-24*)

Anahtar Kelimeler: Psikoz, delüzyonel parazitoz, artefakt dermatiti, trikotillomani, beden dismorfik bozukluğu

Summary

The etiology of these dermatological diseases is entirely psychiatric origin. These patients show overconcern to their skin or self inflicted dermatoses unconsciously instead of facing with their real problems. In this group, delusions, dermatitis artefacta, trichotillomania, body dysmorphic disorder can be seen. They use denial as defence mechanism to their real psychiatric problems and prefer to apply dermatology instead of psychiatry. Dermatologist should be very careful before asking psychiatric consultation. Denial mechanism help patients to overcome aggressive impulses like suicide or prevent further psychiatric damage like psychosis. Dermatologist should see these patients with short and frequent intervals with a good empathic approach. This will help to progress a powerful patient doctor relationship which will lead to a psychiatric evaluation. (*Turkderm 2010; 44 Suppl 1: 16-24*)

Key Words: Psychosis, delusional parasitosis, dermatitis artefacta, trichotillomania, body dysmorphic disorder

Giriş

Salt dermatolojik hastalıkla gelen bu grup hastalarda altta yatan neden ise tümüyle psikiyatriktir. Bu hastalar bilinç dışı savunmalarla var olan psikiyatrik sorunlarıyla yüzleşmek yerine derileri ile aşırı uğraş geliştirirler ya da derilerine zarar verirler. Bu hastalar kullandıkları inkar mekanizması ile sıklıkla dermatologlara başvurmakta ve sorunun psikiyatrik olabileceği gerçeğini kabul etmemektedirler. Bu yakınmayla gelen hastalarda

gerçek sorunun psikiyatrik olabileceği gerçeği ile yüzleştirmek, hastanın inkarını yıkarak öncelikle psikiyatrik değerlendirmeye yöneltmek intihar eğilimi ya da ağır psikiyatrik tablolar ortaya çıkma olasılığı nedeniyle sakıncalıdır. Dermatologlar bu grup vakalarda kısa ve sık dermatoloji görüşmeleri yaparak onlarla iyi bir hasta hekim ilişkisi geliştirmeli ve bu ilişki zemininde psikiyatrik yardıma yöneltmelidir¹.

Kökende psikiyatrik sorunu olan ancak dermatolojik yakınma ile gelen hastalarda genelde psikotik durumlar ya da sınır durumlar karşımıza çıkar. Bu hastalar il-

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Sibel Mercan, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye
E-posta: sibelmerc@yahoo.com.tr

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

kel savunma mekanizmaları olan inkar ve somatizasyonu sıklıkla kullanmakta gerçek sorunla yüzleşecek ego gücünde bulunmamaktadır. Psikoz, düşünce, duygusal cevap, gerçekliğin fark edilmesi, başkaları ile ilgili iletişim kurma ile ilgili olan gerçeği değerlendirme kapasitesinin bozukluğudur; psikozun klasik karakteristikleri gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması, varsanılar, sanrılar ve yanılsamalarıdır².

Hastanın psikotik durumuna bağlı oluşan deriye bağlı psikotik durumlar ya delüzyonel parazitozda olduğu gibi var olmayan böcek, kurt gibi parazitlerin var olduğunu saplantılı şekilde düşünme ya da artefakt dermatiti gibi deriye zarar verme davranışları şeklinde kendini gösterebilir. Temelde hastada sanrı (delüzyon) ve varsanılar ya deriyle ilgilidir ya da kontrol edilemeyen öfke, saldırganlık gibi olumsuz duygular deriye yönelmiştir. Bu hastaların güçlü yanlış inanışları tek konuda sınırlanmıştır ve hastalar diğer fonksiyonlarında tamamen normal görünürler. Bir de gerçekliğin tam bozulmadığı ancak sağlıklı düşünmenin de tam olmadığı sınır durumlar vardır bu grupta da hipokondriasis ve somatoform bozukluklar yer alır.

Dermatolojide psikotik belirtiler genelde monoseptomatik hipokondriak psikoz şeklindedir ve sanrılar somatik tiptedir. Sanrı söz konusu olduğunda sabit, tartışma ile kanıtlarla veya ikna yoluyla değiştirilemeyen, hastanın fiziksel olduğuna kesinlikle inandığı düşüncelerden bahsedilir. Bazı vakalarda ise tam sanrı düzeyinde olmasa da saplantılı biçimde belli bir hastalığı olduğunu düşünme ve hep bu konuda arama dikkatimizi çeker ve bu da hipokondriasis olarak adlandırılır.

Somatik sanrılar başlıca üç türdür:

- Kontaminasyon sanrıları (delüzyonel parazitoz ve diğer delüzyonlar)
- Beden dismorfik bozukluğu
- Beden ya da ağız kokusu sanrıları (olfaktor hallüsinasyon)

Somatik Sanrılarla İlgili Başlıca Hastalıklar

1. Delüzyonel Parazitoz

Delüzyonel parazitoz (DP) hastalarında herhangi bir paraziter enfestasyon olmamasına rağmen hastalarda enfeste olduklarına ilişkin güçlü bir inanış vardır. Bu hastalık yayınlarda ayrıca akarofobi, presenil dermatolojik delüzyon, Ekbon Sendromu olarak da isimlendirilir^{3,4,5}.

Parazit delüzyonları, dermatologlarca en sık görülen delüzyon tipi olmakla birlikte yine de ender görülen tablolardır, öyle ki bir dermatoloğun tüm meslek yaşamı boyunca bir DP görmeyebileceği kabul edilmektedir. Delüzyonlar hakkındaki genel yorumların hemen hemen hepsi de parazit delüzyonları üzerinden yapılmaktadır. DP tek başına görülebileceği gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla ya da bedensel hastalıklarla birlikte de görülebilir. DP'un beraber görüldüğü psikiyatrik rahatsızlıklardan başlıcaları demans, psikoz, ilaç kullanımına ikincil, şizofreni, depresyon, paranoya, başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, bipolar duygulanım bozukluğu ve yas tepkisidir⁶. DP ile beraber görülebilen bedensel hastalıklar ve ilaç kullanımı arasında: diabetes mellitus, hipertansiyon, kalp yetmezliği, lepra,

lenfoma, hipotiroidizm, hipertiroidizm, panhipopituitarizm, ciddi anemiler, lösemi, hepatit, vitamin eksikliği (B12, niasin, folik asit), enfeksiyonlar (tbc, sifiliz, AIDS vb), nörolojik hastalıklar, astım, tüberküloz, artrit, tümörler, kortikosteroid kullanımını sayılabilir. Tetikleyici faktör bir kısmında gerçek bir enfestasyon da olabilmektedir^{7,8,9}.

Dermatolojik belirtiler hastalığın tanı konduğu döneme göre değişiklik gösterir. Bazı olgularda çok az bulgu olabilir ya da hiç bulgu olmazken bazılarında kronik kaşıma sonucu likenifikasyon, kullanılan ilaçlara bağlı iritasyon kontakt dermatit olabilir¹⁰. Sık görülen belirtiler arasında kaşıntı, batıcı tarzda ağrı, yanma, kibrit kutusu belirtisi (matchbox sign) sayılabilir. Nadir olarak işitsel varsanılar ve kendine zarar verici davranışlar (tırnakların anormal kesilmesi, saçların ve vücut kıllarının kazınması ve vücuda pestisit uygulanması) gözlenir. Kibrit kutusu belirtisinde hasta saç, deri, tırnak gibi çeşitli vücut parçalarını küçük bir taşıyıcı kap, kutu, bez vs. içinde doktora getirir¹¹. Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir bu hastalarla ilgili deneyimini şöyle aktarmaktadır: *"Dermatoloji yaşamım boyunca altı tane parazit delüzyonlu hastam oldu. İlk üç hastamda yanlış isimli olmakla birlikte (Parazitofobi), tanıyı doğru koyup, acemilik ve bilgi eksikliği nedeniyle hastaları doğrudan psikiyatrya göndermeye kalkarak elden kaçırdım. Bir kavanoz içerisinde saçlarıyla karışık deriparçacıkları, kabuklar getiren bir tanesi hastalığın psikiyatrik olduğunu söylediğim için bana fena halde kızdı ve Vakıf Gureba Hastanesinde yatırıldığında beni öldüreceğinden söz etmekteymiş. İki tanesi hastalıklarının psikiyatrik olduğunu düşündüğümü saklayamadığım, hissettirdiğim için ikinci görüşmeye gelmeden, ürkek bir kuş gibi kaçtılar. Son hastam 35 yaşlarında, bekar ve bu yaşa kadar ailesinin yükünü taşımış bir bayandı. Vajinasından böcekler çıktığını ifade ediyor ve kağıtlara sardığı bazı krutumsu maddeleri böcek örnekleri olarak gösteriyordu. Bulaşmanın da erkek arkadaşının parmağını vajinasına sokmasıyla olduğunu ifade ediyordu (muhtemel suçluluk kompleksi, suçlanma ve cezalandırılma korkusu ile). Bu kez psikiyatrya danışmasını telefonla yaparak "Pimoside" tedavisine başladım. Başlangıçta pimozide ile çok iyi yanıt alındı, hasta ilk kontrole geldiğinde çok sevinçli ve mutlu oldu: "Doktor, bugün yalnızca bir tane böcek gördüm, çok azaldılar" dedi, oysa ben saf saf hastanın "doktooor! Ne saçma şeylere inanmışım, çok iyi oldum" demesini bekliyordum. Tedavinin üçüncü ayında bir eczacının, bunun böcek ilacı değil sinir ilacı olduğunu söylemesiyle büyü bozuldu ve kandırıldığını düşünen ve ağlayarak bana gelen hasta tedaviden tamamen uzaklaştı".*

DP gibi az rastlanan diğer bir psikiyatrik sendrom 'Paylaşılmış Psikotik Bozukluk' (PPB)'un bu olgularda görülme oranı %5-15 dolayındadır (delüzyonun paylaşılması)¹². PPB genellikle aile üyeleri arasında görülmektedir. Hastalanan kişi birincil olgu olarak isimlendirilir. Bu kişinin sanrılarına eşlik eden anne, eş, kardeş, çocuk vb olabilir. Bu sendromun tanısı iki kişiye konduğunda 'folie à deux', üç kişiye konduğunda 'folie à trois', tüm aileye konduğunda ise 'folie à famille' olarak isimlendirilmektedir^{13,14}.

Hastalardaki karakteristik belirti, kaşıntı, yanma ve batmadır, fakat kaşıntı çok şiddetli değildir. Derilerinde böcek dolaşması,

bir şey sürtünmesi veya ısırılma gibi şeyler hissettiklerini söylerler. Deride ya ilgisiz lezyonlar veya küçük düzensiz ekskoriyasyonların yanı sıra, en karakteristik bulgu, böcekleri çıkarmak için deride oluşturulan ülserasyonlardır. Bazı hastalarda görülen bir özellik ise hem kendileri ve hem de çevreleri için tehlikeli olabilecek şekilde insektisit kullanımınıdır. Delüzyonel parazitözün kliniği görece iyi bilinmesine karşın yaş gruplarına ve cinsiyetlere göre dağılımı konusundaki veriler azdır. Yaşla birlikte görülme sıklığının kadınlarda arttığı bildirilmiştir. Elli yaş öncesi kadın/erkek oranı 2/1 iken, 50 yaş üstü olgu grubunda bu oran 3/1 olarak bildirilmektedir ve hastalığın prototipi de orta yaşlı bir kadın olarak tanımlanmaktadır^{4,6,15}. Hastalığın iki evrede artış gösterdiği ilk evrenin 20-30 yaşları arasında, diğer evrenin ise 50 yaşından sonra olduğu belirtilmektedir. Ayrıca evli kişilerde düşük eğitim ve sosyoekonomik seviyede daha yüksek oranda görülmektedir¹⁶. Sosyal izolasyon hastalığın gelişiminde bir risk etkeni olarak belirtilmektedir¹⁷.

Bazı yayınlarda belirtildiği gibi bu olgular ICD-10'da belirtilen tanı ölçütlerini birebir karşılamayabilirler¹². DP'un üç tipi vardır:

1. Birincil Psikotik Delüzyonel Parazitöz: Sadece parazitlerle enfekte olduğuna ilişkin ruhsal bir rahatsızlık vardır; eşlik eden veya altta yatan herhangi bir psikiyatrik ya da bedensel bir hastalık yoktur. DSM-IV'te "delüzyonel bozukluk, somatik tip" olarak sınıflandırılmıştır¹⁸.

2. İkincil Fonksiyonel Delüzyonel Parazitöz: Altta yatan psikiyatrik bir bozukluk vardır¹⁹. Şizofreni, depresyon, alkol madde bağımlılığı vb.

3. İkincil Organik Delüzyonel Parazitöz: Altta yatan bedensel bir hastalık vardır. DSM-IV'te "genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk" olarak sınıflandırılmıştır²⁰. Vitamin B12 eksikliği, hipotiroidi, anemi, lösemi vb.

Ayırıcı tanıda en başta gerçek parazitözler ayırdedilmeli, ön yargılı olunmamalıdır. Organik bir kusur veya ilaç kullanımı dikkatle aranmalıdır. En önemli karışabileceği tablolardan biri "Kronik Taktıl halusinozlarıdır". Bu hastalar derilerine böcek düşmüş gibi bir histen söz ederler, fakat gördükleri bir böcek yoktur, ayrıca karıncalanma, yanma, batma gibi nondermatomal taktıl hisler vardır. Seyrek görülen bu tabloda nörolojik bir bulgu da yoktur. Şizofrenik hastalarda da paranoid eğilimlerinden dolayı böceklerle kaplandıkları düşüncesi olabilir fakat, işitsel halusinasyonlar, diğer şizofrenik bulgular tanıya yardımcıdır. Psikotik depresyonlarda da hastalar, kendilerini bit, böcek vb. bulaşmış hissedebilirler fakat, ümitsizlik, değersizlik hissi gibi bulgular tanıya yardımcıdır. Her iki tabloda da sürtünme, batma gibi hislerin olması tanıyı zorlaştırır. Bazı ilaçlar da benzer tablolara neden olabilir. Özellikle gençlerde görüldüğünde amfetamin ve kokain akla gelmelidir. Delüzyon benzeri bu olay kokain için çok tipik olup "Kokain Böcekleri" olarak anılır. Ayrıca Phenilsine, metil phenidate, atropin ve zaman zaman da kortikosteroid ve alkolün delüzyon benzeri belirtiler yapabileceği bildirilmiştir^{10,11,15,16,19, 20}.

Olgular şikayetlerinin bedensel bir hastalıktan kaynaklandığına ve psikiyatrik tedavinin bedensel olan hastalıklarına çözüm getirmeyeceğine inanırlar ve genelde aile hekimi, dermatolog

gibi psikiyatri dışı hekimlere başvururlar^{12,13,21}. Tedavi sonucunun başarılı olabilmesi ve hastanın tedaviye uyumunun artması açısından empatik yaklaşım ve hasta ile iyi ilişkiler kurmak yararlıdır. Olguların semptomlarının yargılanmadan ya da sebep aramadan gerçekliğine inanma ve parazit olarak gösterilen her parçanın muayenesini dikkatle yapmanın olgu ile kurulan ilişkinin sağlamlığı açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır^{19,22}. Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir'in kişisel deneyimi bu konuya oldukça güzel bir örnektir, kendisi deneyimini şöyle anlatmaktadır: "Sifilitik delüzyonlar hakkında kitaplarda çok fazla bilgi olmamakla birlikte kendi gördüğüm bir hasta üzerinden bilgi aktarmak istiyorum. Sifilitik delüzyonlu hastam, orta yaşlı, erkek ve kabızmal bir hastaydı. Sürekli olarak evlilik dışı ilişkilerle eşini aldatmaktaydı. Bana sifiliz olduğunu söyleyerek ve elinde bir sürü testlerle gelmişti. Olasılıkla suçluluk kompleksi ve bunun getirdiği cezalandırılma korkusu olayı tetiklemişti. Cezalandırılma duygusu o derece yoğundu ki, çocuklarının da aynı hastalığa yakalandığını düşünüyordu. Kendisinin ve çocuklarının deri ve mukozalarında hipo ve hiperpigmente anlamsız lekeleri kanıt olarak göstermeye çalışıyordu. Tanı koymuş olmanın megalomanisi (üstelik sifilofobi olarak yanlış adlandırılmayla) ve gençliğin kendine güveniyle fazla okuyup araştırmaya gerek duymadan hastayı kendim halletmeye çalıştım ve yapılmaması gereken tüm hataları arka arkaya yaptım. Önce ardarda iki kez, TPI dahil (o günün koşullarında en geçerlisiydi ve hasta kanları Ankara Hıfzısıhha'ya gönderilerek çok zor yapılırdı) tüm sifiliz testlerini yaptırdım, doğal olarak hasta tatmin olmadı. Ardarda iki kez tam doz sifiliz tedavisi de yaptım ki aklımda bu hastayı tatmin edecek en kesin yoldu. Bu da işe yaramayınca son hatayı da yapıp hastayı sizin hastalığınız psikiyatrik deyip, psikiyatrye göndermeye kalktım. Hasta kendine göre çok mantıklı bir şekilde "siz dışı ağrıyan adamı ortopediste gönderiyorsunuz" dedi ve bir daha görünmedi".

Bu rahatsızlıkla ilgili olarak dermatoloji ve aile hekimliği gibi diğer bölümlerle işbirliği içinde çalışmak ve onları bu hastalık konusunda bilgilendirmek hastalığın tanınmasını ve tedavi olanaklarının artmasını sağlayacaktır.

2. Beden Dismorfik Bozukluğu

Psikokutanöz hastalıklar arasında en sık rastlanılardan biridir, büyük olasılıkla bu olguların çoğu dermatologlar ve başta estetik cerrahlar olmak üzere diğer branş hekimleri tarafından gözden kaçırılmaktadır. Beden dismorfik bozukluğu DSM IV'de somatoform bozukluklar içinde sayılmaktadır. Ancak BDB'yi geniş bir spektrumda düşünmek daha uygundur, bazı hastalar OKB ve diğer anksiyete bozuklukları arasında yer alırken bazı vakalarda gerçeği değerlendirme yetisi tamamen bozulmuştur ve monosemptomatik psikotik bozukluk içinde yer alırlar. Bedenlerinin belli bölgesinde bozukluk, kusur ya da düzensizlik olduğu şeklindeki inanışları hiçbir şekilde değiştirilemez. Bu hastaların %93'ünde eksen I hastalık mevcuttur. Bunların %33'ü psikotik bozukluk, %73'ü ise anksiyete bozukluğu ve depresyondur. BDB hastalarında referans düşünceleri ya da sanrıları mevcuttur. Hemen hemen tamamı sosyal kontakta kaçınır. Hastaların %80'inde intihar düşünceleri vardır²³⁻²⁵. İntihara kalkışanlar ise %24-28 oranındadır²⁶.

Hastalığın kliniğinde üç komponent önemlidir, görüntü ile aşırı uğraşma, içgörü zayıflığı ve kompulsyonlar.

• **Bedenle Aşırı Uğraş:** Hastalar görüntülerinin çirkin, özürülü, deforme, defolu olduğu ile ilgili saplantılı uğraşı geliştirirler. Belli bir ya da birden fazla beden bölgesi olabilir. En sık uğraşılan bölgeler kafa ve yüz derisi (akne, solukluk, leke, saçların seyrek ya da çok fazla olması gibi) ya da burnun iri ya da şekilsiz olması gibi²⁴. Hastalar BDB uğraşları ile çok zaman geçirirler, günün ortalama 3-8 saati hastaların kontrol edemedikleri bu düşünceler ve uğraşlarla geçer²⁵. Özgüven azlığı, utanç, reddedilmeye aşırı duyarlılık, içe dönüklük, depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık eşlik eden diğer belirtilerdir. Hastalar sevilemeyeceklerini, değersiz ve yetersiz olduklarını düşünürler.

• **Sanrısız İçgörü ve Referans Düşünceleri:** Hastaların %27-39'u sanrısız düşünceye sahiptir. Diğer hastalarda da görüntülerinin düzgün olmadığı, çarpık olduğu inancı hakimdir²⁶. BDB hastalarının içgörüsü obsesif kompulsif hastalara göre daha azdır. Hastaların çoğu asıl sorunun psikiyatrik olduğunu kabul etmek istemezler²⁷. Görüntülerinin bozuk olması sebebiyle herkesin onlara baktığı, alay ettikleri, güldükleri, dedikodu yaptıkları vb. inanışları vardır.

• **Kompulsif Davranışlar:** Hastalar kusurlarının yarattığı sıkıntıyı azaltabilmek için kusurlu olduğunu düşündükleri beden bölgelerini diğer insanlarla kıyaslamak, o bölgeyi kamufle etmeye çalışmak, sık sık aynalara ve yansıtımlı yüzeylere bakmak, aşırı makyaj yapmak, deri yolmak, aşırı egzersiz yapmak, ya da ağırlık kaldırmak gibi bazı kompulsyonlar ya da güvenlik davranışları geliştirirler²⁸. Bu aktiviteler hastaların uzun zamanını alır ve bu davranışları kendi istekleri ile durduramazlar. Son yıllarda aşırı solaryuma girme, alışveriş yapma kıyafet değiştirme de sıklıkla bildirilmeye başlamıştır²⁵.

BDB yakınması olan ve dermatologlara başvuran hastalar deride renk değişikliği, akne, kıllanma vb için medikal tedavi ya da dolgu, botoks uygulaması, dermabrazyon gibi girişimsel yöntemlerin uygulanmasını isteyebilirler. BDB hastaları genelde uygulanan tedaviyi yeterli görmeyen ve buna sebep olduğunu düşünen diğer kişilere ya da tedavisini uygulayan dermatolog ya da cerrahlara karşı saldırgan olabilirler^{29,30}. Hastalığın belirtilen sıklığı %0,7- 2,4 arasında değişmektedir. Ancak gerçekte oran muhtemelen bundan daha fazladır ve hastalık çoğunlukla atlanmaktadır³¹⁻³³.

Vulvodinia hastalarında çoğu zaman fizyolojik bir nedenle açıklanamayan vulvar ağrı yakınması vardır. Glossodini de çok benzer belirtiler görülür ve benzer şekilde seyrederek. Bu durum hastalarda gerginliğe yol açar, iş ve sosyal yaşamı olumsuz etkiler ve de cinsel sorunlar ortaya çıkarır. Başlangıcında bakteriyel ya da mantar enfeksiyonları sonucu oluşmuş vajinit tablosu, vulvada geçirilmiş bir operasyon ya da cinsel yaşamda değişiklikler mevcut olabilir. Hastalar genelde vulva bölgesinde yanma, irritasyon, batma şeklinde bir acı tarif ederler. Bazı vulvodinia vakalarında monosemptomatik hipokondriak psikoz eşlik edebilir³⁴.

3. Beden ve Ağız Kokusu Sanrıları

Olfaktor referans sendromu (ORS) bedeninde koku olduğu ile ilgili aşırı uğraşın olmasıdır. Hasta böyle bir koku olduğuna ina-

nır ve bu nedenle yoğun sıkıntı yaşar, utanç duyar ve sosyal ortamlara girmekten kaçınmaya başlar. ORS DSM IV'de somatik sanrılar içinde yer alır³⁵. Duygudurum bozukluklarına ya da OKB'ye eşlik edebileceği gibi monosemptomatik hipokondriak psikoz olarak ta görülebilir³⁶⁻³⁹.

Hastalar bedenlerinin çok kötü koktuğunu çevredeki insanların bundan rahatsız olduğunu düşünürler, kokunun gitmesi amacıyla sık sık banyo yaparlar, sık kıyafet değiştirirler. Hastalık genelde genç yaşlarda başlar^{4,25}, erkeklerde siktir ve genelde hastalarda geçmiş psikiyatrik öykü yoktur. Sık olarak aksilla, ayak ve genital bölgelerinden, hatta rektum veya vajinalarından kötü bir koku geldiğine inanır ve çoğu kez dermatoloğa başvururlar. Bazıları kokularını örtmek için aşırı parfüm kullanırlar. Günde 2-3 kez çorap değiştirerek önlem almaya çalışırlar^{37,38,40}. Ors belirtileri hastalar arasında farklılık gösterebilir. Hastalığın süresi, kaynağı, hastanın verdiği tepkiler ve eşlik eden belirtiler hastalar arasında değişiklik gösterebilir. İçsel halüsinasyonda hasta kaynağın kendi bedeni olduğuna inanır, dışsal olanda ise bedendeki gerçek bir kokunun abartılı olduğu inancı vardır⁴¹.

ORS tek başına sadece monosemptomatik hipokondriak psikoz olabileceği gibi bedensel bir hastalık sonucu ortaya çıkan kokuların aşırı algılanmasıyla da ilgili olabilir. Örneğin ağız enfeksiyonları, sistemik hastalıklara bağlı gelişen beden kokuları, temporal lob epilepsisi vb benzer yakınmaları oluşturabilir. Etiyolojisinde subkortikal disfonksiyon, limbik ve ekstrapiramidal yapılarda dopaminerjik hiperfonksiyon, serotonerjik sistem sorumlu tutulmakla beraber psikoanalitik ve öğrenme kuramlarından da bahsedilmektedir. Ayırıcı tanıda burundaki lezyonlar, enfeksiyonlar, metabolik-nörolojik-endokrin nedenler, travma, ilaçlar ve sağ hemisfer lezyonlarını kapsayan genel tıbbi durum bozuklukları ile psikiyatrik hastalıklardan sosyal fobi, beden dismorfik bozukluğu, hipokondriasis, obsesif kompulsif bozukluk, major depresyon, delüzyonel bozukluğun somatik tipleri ve şizofreni sayılmaktadır^{42,43}. Şizofrenide koku halüsinasyonu daha nadirdir. Bu belirti görüldüğünde daha çok bedensel hastalık sonucu oluşan organik beyin sendromlarını düşünmek gerekir⁴⁴.

Deriye Zarar Verme Davranışları

Kendine zarar verme davranışı dermatoloji pratiğinde sık rastlanmakla beraber asıl neden genelde psikiyatriktir. Kendine zarar verme davranışı deri yolmaktan, artefakt dermatite hatta organ amputasyonlarına kadar varabilmektedir. Amputasyonlarda genelde altta yatan neden psikotik bir durumdur.

Bazen bu davranışlar intihar girişimi, parasuisidal eylem olarak tanımlanmakla beraber bu grupta yer alan klinik görünümünde kişinin kendini öldürme amacı yoktur ve asıl amaç bedenine zarar vererek öfke, acı, anksiyete gibi duyguları kontrol altına almak, kontrol duygusunu tekrar kazanmak, otoriteye karşı çıkmak, risk alma duygusu yaşamaktır. Favazza bu hastaları kişinin kendine zarar verme davranışına eşlik eden psikiyatrik tablolar, belirti şiddeti ve sıklığına göre üç gruba ayırmıştır⁴⁵. İlk iki grubun psikotik durumla pek alakası olmamakla be-

raber üçüncü grupta psikotik bir durum söz konusudur. Major kendine zarar verme davranışı şiddetli olmakla beraber çok sık görülen bir tablo değildir. Klinik görünümde kişinin bir organını ampute etmesi, derin kesiler oluşturması ile karakterizedir. Genelde ölüm amaçlı olmaksızın kişinin kendi bedenine ağır hasar vermesi olarak tanımlanır⁴⁶.

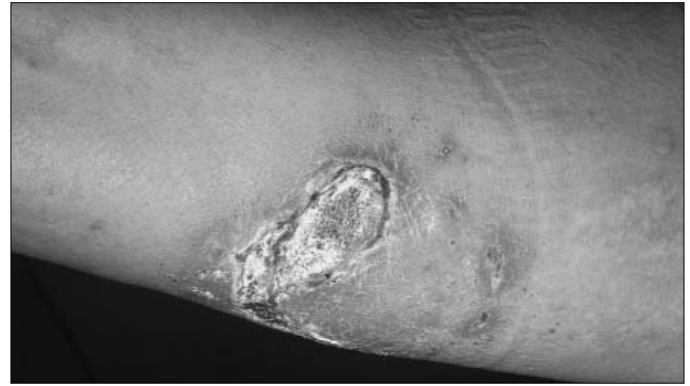
Kendine zarar verme davranışını açıklayan tek bir dinamik formülasyon yoktur. Psikodinamik teorilerde kendine zarar verme davranışı çevresel etmenler, erken ebeveyn ilişkileri ve cinsellikle başa çıkma mekanizmaları ile açıklanmaktadır. Hastanın yaşaması için belli bir beden bölgesini kurban etmesi olarak yorumlanmaktadır⁴⁷. Kişinin kendine zarar vererek oluşturduğu dermatozlarda çözülmenin rolü büyüktür⁴⁸. Bazı hastalarda çözülmeyi başlatabilir, bazılarında ise bitirebilir. Bazı olgularda kendine zarar verme davranışı duygusal acıyı bastırmak için bedensel acıyı kullanma amacını taşıırken bazı olgularda kendine zarar verme sürecinde acı hissi yoktur⁴⁹. Acı hissini duymayan olgularda çözülme ağrı duyusunu ortadan kaldırır ve bu kişiler kendilerine zarar verirlerken bunun farkında değildir.

Deriyi kesme, yakma, organı kesme gibi major kendine zarar verme davranışlarında karşılanmayan duygusal ihtiyaçlar nedeniyle bastırılmış olan saldırganlığın bedene döndürülmesi şeklinde yorum yapılabilir⁵⁰. Geçmiş çatışmalar ya da bugün ortaya çıkanlar bu dinamiği harekete geçirebilir. Psikotik hastalarda saldırganlığı kontrol altına alıp bastıramadıklarından, bastırma mekanizması iyi işlemediğinden artefakt dermatitinde hastalar kendilik imajları ve duygulanımlarını kontrol edemediklerinden kişiler arası ilişkileri sürdürmekte zorluk çekerler. Boşluk duygusu ve öfke ile kendine zarar verici davranışlarda bulunurlar. Gelişmemiş başa çıkma mekanizmaları ile stresle karşılaşılacak bir durumda bu lezyonlar bir yardım çağrısı olmaktadır⁵¹. Bu hastalarda hastalık, kaza ya da yas gibi ağır stres yaratan durumların ardından yaraların görülme oranının %19-33 olduğu ve stres yaratan durumun ortadan kalkması ile yaraların gerilediği belirtilmektedir⁵².

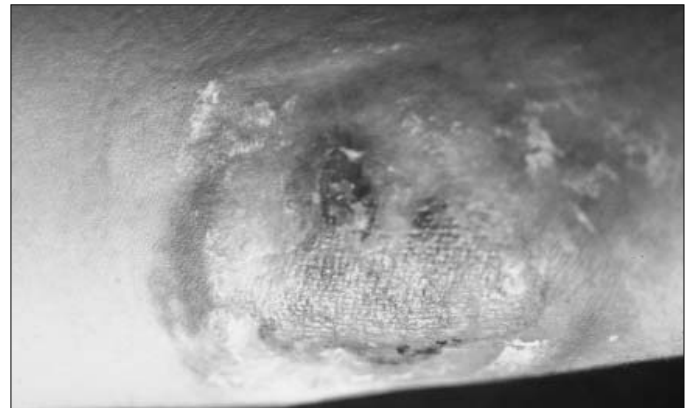
1. Artefakt Dermatiti

Artefakt dermatiti primer olarak psikiyatrik olan, ancak kişinin bizzat kendisi tarafından vücudun herhangi bir bölgesindeki deride değişik şekillerde lezyonlar oluşturularak final sunumunu dermatolojide yapan ve Hipokrat zamanından beri bilinen bir hastalıktır. Artefakt dermatiti hastanın içsel psikolojik ihtiyaçları sonucu genelde bakım almak isteği ile ortaya çıkar⁵³. Yapay bozukluklar içinde yer alan bu hastalıkta lezyonlar genelde kesici, yakıcı batıcı aletlerle oluşturulan ve hiçbir dermatolojik hastalığa benzemeyen geometrik şekiller, garip tabiatlı ve doğal olmayan yapılardan oluşmaktadır ve genellikle bir santimetreden daha büyüktür (Resim 1, 2). Sıkı elastik bantlar ise ödem, ülser ve kemiğe kadar gidebilen penetran yaralar ve bunlara bağlı sikatrisler yaparlar⁵⁴. Hastalığa ancak uzun ve ayrıntılı incelemelerden sonra tanı konabilir. Hastalar genelde lezyonları kendilerinin oluşturduğunu kabul etmezler ve altta yatan psikopatoloji psikoz dışında mental retardasyon ya da kişilik bozukluğu olabilir.

Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülür. Oran 1/3-20 arasında değişmektedir. Her yaşta görülebilmekle birlikte ergenlik ve genç erişkinlikte daha fazladır. Lezyonlar daha önce var olan bir dermatoz üzerindeki hafif sıyrıklar, yolmalardan normal deri üzerinde yoktan var edilen ve bazen gangren ya da yaygın enfeksiyon nedeniyle yaşamı tehdit eden ciddi yaralara kadar değişen bir yelpazede dağılır ve baskın elin kolaylıkla ulaşabildiği alanlarda gözlenir. Tanıda yardımcı olabilecek bazı ipuçları vardır. Morfolojik yapı sıklıkla acaip şekilli, keskin kenarlı, açığı oluşturan veya bir hat üzerinde yerleşen geometrik desenler şeklindedir. Manipulasyonla ülserlere dönüşüm sıktır ve bunlar da genellikle skar ya da postinflamatuvar pigmentasyonlarla iyileşirler. Her türlü asit ve alkaliler, fenol, gümüş nitrat, dezenfektanlar gibi sıvı kimyasal iritanlarla de eritem, ödem, pigmentasyonun yanı sıra, büller, erozyonlar, ülserler, nekrozlar ve yine sikatrisler görülebilir (Resim 3). Sıvı maddelerde lezyon şekilleri yer çekimine uygun olarak akarak bulaşmaya bağlı çizgisel, dere yolu veya yılankavi görünümlü olabilir. Sigara ile eritem, ödem, büll, erozyon ve ülserasyon şeklinde yuvarlak yanık alanları elde edilir. Künt travmalarla pannikülit görüntüsü yaratan hastalar da gösterilmiştir ki bunlarda tanı çok daha zordur. Hastalar istedikleri deri lezyonlarını oluşturabilmek için inanılmaz yöntemlere başvuracak kadar zeki görünürler. Lezyonların oluşturulmasında yolma, koparma, oyma, yakma, kazıma, kimyasal maddeler uygulama gibi çeşitli



Resim 1. Artefakt dermatiti (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)



Resim 2. Artefakt dermatiti (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)

yöntemler kullanılabilir. Deri altına alkali, nişasta, silikon, yağ, feçes, tükürük, idrar, mürekkep gibi maddelerin enjeksiyonuyla nodül, gom ve ülserler elde edilir. Hattâ göz kapaklarına hava enjekte edilerek ödem, krepitasyon gibi belirtiler de elde edilebilir. Bazen daha değişik ve yanıltıcı olarak ameliyat yeri, ülser, erozyon vb var olan bir lezyonun iyileşmesi de geciktirilebilir veya eski bazı hastalıkları taklit eden belirtiler oluşturulabilir^{55,56}. Sıklıkla eylemi ya da yöntemi keşfetmek zordur.

Artefakt dermatitlerinde lezyonların kapatılarak izlenmesi en iyi tanılmalardan biridir^{55,57,58}. Kamera ya da ayna kullanılarak tespitler de mümkün olabilir⁵⁹. Lezyonlar genelde görünür yerlerde olmaktadır ancak fasyal maksiller ve oral ya da fasyal periorbital lokalizasyonlar nadir de olsa bildirilmiştir⁶⁰⁻⁶². Bu hastaların lezyonları oluştururken oluşan acıya nasıl dayandıkları sorusu kafaları çok meşgul eden bir durumdur. Bunlarda lezyonların yaygınlığıyla paralel olarak serum metenkefalin düzeylerinin yüksek bulunması, bu opioid maddenin yapacağı analjezi mekanizmasıyla açıklanmaya çalışılmasına neden olmuştur^{53,55,71}.

Histopatolojik incelemeler oldukça değişken olup lezyon oluşturmak için kullanılan yöntemlere göre farklılık gösterir. Bazı du-

rumlarda enjekte edilen materyali mikroskopik olarak görmek mümkündür ya da nekrotizan vaskülit gibi özgün bir patoloji de saptanabilir^{63,64}.

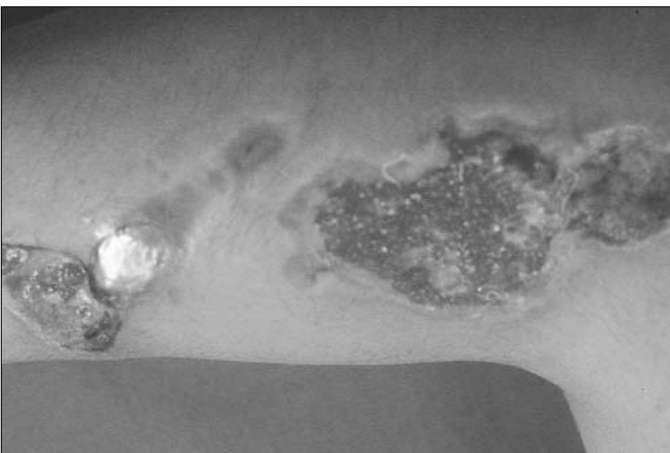
Artefakt dermatitlerinin en sabit bulgularından biri öyküdeki belirsizliktir^{58,64,65}. Hastanın lezyonların oluşumu ve gelişimi ile ilgili olarak verdiği öykü şaşırtıcı derecede bulanık ve belirsizdir; ayrıntılar verilemez. Elde edilebilen tek bilgi herhangi bir öncül bulgu ve semptom olmaksızın lezyonların aniden ortaya çıkmasıdır. Bu tür bir bulanık öykü, acıip şekilli lezyonlar, geçmişteki psikososyal veya emosyonel hastalık, yakın geçmişte var olan psikososyal stresörler ve hasta ile ailesi arasındaki etkileşim tanıdan kuşulanılmasını sağlar. Tanı başka hastalıkları elemekten ziyade bu faktörler gözönünde tutularak yapılmalıdır. Dolayısıyla hastanın psikososyal özelliklerinin ayrıntılı bir incelemesi gerekmektedir.

Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir bu hastaları şöyle tanımlamaktadır: *"Gördüğüm yaklaşık 15 artefaktlı hastanın hepsi orta yaşlı kadınlardı. Hepsinde gözlediğim ortak özellik, lezyonlarının çok abartılı ve kötü görünümlü olmasına karşın, genel durumlarının iyi oluşu ve yakınmaları sırasında bile, özellikle de hastaneye yattıkları zamanlarda olmak üzere durumlarından çok şikayetçiymiş gibi görünmemeleri, hatta mutlu görünmeleriydi. İki tanesi deri altına enjeksiyonlar yaparak enfleme nodüller oluştururken diğerleri değişik cisimlerle veya yakıcı sıvılarla derilerinde hasar oluşturmaktaydı. Yayınladığımız bir hastamızın zemininde ise çift kişilikli yapı saptanmıştı"*⁶⁶ (Resim 4).

Bu tür hastalar genelde duygusal anlamda olgunlaşmamış ve ilişkilerde zorluk yaşayan kadınlardır. Medeni durum literatürde sıklıkla vurgulanmış, bekar hastaların daha sık etkilendiklerinin altı çizilmiştir^{65,67}. Bununla birlikte ana problemin evli olmak ya da biriyle birlikte olmaktan çok ilgi ve sevgi gereksinimi olduğunu bilmek gerekir. Sıklıkla öyküde altta yatan bir psikosomatik hastalık tespit edilir. Artefakt dermatiti depresyon, şizoafektif bozukluk, mental gerilik, monosemptomatik hipokondriyak psikoz gibi psikiyatrik sendromlarda ender olarak görülebilir⁵⁸. Son zamanlarda sınırda kişilik bozuklukları ve vücut dismorfik bozuklukları ile olan ilgiden söz edilmektedir^{68,69}. Bazı hastalarda artefakt lezyonları ani bir psikososyal strese



Resim 3. Artefakt dermatiti (Asit?) (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)



Resim 4. Artefakt dermatiti, dissosiyasyon bozukluğu. (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)



Resim 5. Otoeritrosit sensitizasyon sendromu (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)

karşı geliştirilmiş geçici bir patolojik reaksiyon olarak çıkabilir ve bu olguları görece hafif olgular olarak nitelemek mümkündür, tedaviye de yanıt verme şansları yüksektir. Ayrıntılı psikiyatrik görüşmede bu tarz stresörler tespit edilebilir. Tanı koyamadaki zorluk kadar tedavi de hafif olgular dışında zordur. Tedavide psikiyatriste doğrudan göndermek yerine dermatopsikiyatr işbirliği olması ve serotonin geri alım inhibitörleri ile antipsikotikler önerilir. Bunun yanı sıra hastanın yatırılması, plasebo uygulamaları kapatıcı bandajlar, yumuşatıcı ve onarıcı kremler faydalıdır⁷⁰. Önemli bir yanlış uygulama hastanın yapay bir dermatozu olduğunu ona kabul ettirmeye çalışmaktır. Zira bu durum reddedilebilir^{55,58,71-73}. Lyell'in bu konudaki önemli bir sözü vardır: "Dolaylı olarak hastanın aktivitelerini bildiğinizi ona belli edin, ancak sempati ile yaklaşın"⁷⁴.

Bu hastalarda psikiyatri uzmanının görüşünü almak ve antipsikotik tedavi kullanmak tedavide olmazsa olmaz koşuldur. Tedavi edilmediği takdirde psikozun oluşturduğu sanrı ve varsanılar suisid ve homisid açısından risk teşkil etmektedir.

Vekaletli Artefakt Dermatiti (Artefacta by Proxy): Psikolojik rahatsızlığı olan kişinin artefaktları kendinde değil de bir başkasında ortaya çıkarmasıdır ki, bu bir başkası genellikle bir küçük çocuktur. Hemen hemen her zaman bakıcılar suçlanırsa da genellikle olay anne ile çocuk arasında gelişir ve farkedilmesi ve tedavisi de çok zordur^{53,55,58}.

2. Psikojenik Purpura

Minimal travmalar veya ruhsal gerginlik durumlarından sonra görülen ağrılı ekimozlarla karakterize, çok da iyi tanınmayan bir gruptur. "Otoeritrosit sensitizasyon sendromu" en iyi bilinenidir (Resim 5). Özelliği hastanın kendi eritrositlerinin intradermal enjeksiyonundan sonra tipik lezyonların görülmesi olup, bazı hastalarda artmış bir fibrinolitik aktivite görülebilir. Diğer bir tipse "otoeritrosit sensitizasyonu olmaksızın, diğer anomalileri olan psikojenik purpura"dır^{65,67,68,71}.

3. Nörotik deri yolmaları

Deride hissedilen kaşıntı ve duyu kaybı ya da deride görülen iyi huylu düzensizlikler sonucunda hastanın tekrarlayan deri yolması ile karakterizedir⁷⁵. Bazı hastalarda bu kaşınma ve yolma döngüsü kompulsif bir tören alışkanlığına dönüşmektedir⁷⁶. Nörotik deri yolmada hastalar tırnakları ile derilerini yolarlar ve artefakt dermatitin aksine bu yaraları kendilerinin oluşturduğunu kabul ederler ve boyutları bir santimetreden küçüktür. Bu deri rahatsızlığına sıklıkla eşlik eden psikiyatrik durumların mükemmeliyetçi ve takıntılı kişilik yapısı, obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon olduğu ve psikososyal stresörlerin %33-98 oranında belirtileri şiddetlendirdiği bildirilmektedir⁷⁷. Histopatolojik görünüm deride tekrarlayan lokal travma ile uyumludur⁷⁸.

4. Trikotillomani

Dermatolojik anlamda kişinin kendi kıllarını yolması iken, psikiyatrik tanımlamada kıl yolmanın yanında dürtüsellik eşlik etmektedir⁷⁹. Trikotillomani (TTM) hastalarında saçlarını yolmadan hemen önce yoğun bir sıkıntı oluştuğu, kılları yolduktan sonra ise gerginliğin azaldığı, haz ve tatmin hissedildiği belirtilmektedir. Genelde saçların alın ve temporal bölgeleri, kaşlar, kirpikler, sakallar ya da pubik bölgelerdeki kıllar yolunmakta ve

yolunan kıl emilip yutulabilmektedir⁷⁷. Etkilenen bölgede kıllar değişik uzunluktadır. Hastaların %50'si başlangıçta alopesi areata ile karışmakta, kaş ve kirpik yolma da eklendiğinde TTM olduğu anlaşılmaktadır⁸⁰. Hastalığın bu güne kadar yapılan tanımlamaları birçok hastaya uygulanamamakta ya da çok kısırlı kalmaktadır^{81,82}. TTM, DSM IV'de başka türlü adlandırılmayan impuls kontrol bozukluğu olarak tanımlanmıştır ancak daha sonraları obsesif spektrumda sayılmaya başlanmıştır. DSM V'in hazırlıklarının sürdüğü şu dönemde tıpkı beden dismorfik bozukluğu gibi TTM de obsesif kompulsif spektrum bozukluklarına dahil edilecektir⁸³. Başka bir görüşe göre hastaların %43'ünün saç yolma sırasında bilinçli olmadıkları bulgusuna dayanarak trikotillomaninin disosiyasyon ve psikojenik amnezi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir⁸⁴. Bugün trikotillomani nedenlerinin değişken olduğu kabul edilmekte ve başka hastalıklarla birlikte görülme oranının yüksek olduğu belirtilmektedir. En sık görülen psikiyatrik bozukluk obsesif kompulsif bozukluktur ve bazen DSM IV kriterlerini karşılamayabilir⁸⁵. Diğer psikiyatrik tanımlar arasında basit alışkanlık, strese tepki, mental retardasyon, depresyon, anksiyete, impuls kontrol bozuklukları, kişilik bozuklukları (histrionik, sınır), beden dismorfik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar sayılabilir^{86,87}. Sanrısız olgularda saç dibinde birşey olduğu, saç yolduğunda bunun ortadan kalkıp normal saçın çıkacağı inancı vardır. Bu nadir durum "trikofobi" olarak adlandırılır. Altta yatan psikopatolojinin belirlenmesi ve tedavinin ona göre düzenlenmesi önemlidir. Trikotillomani, derinin histopatolojik değerlendirmesinde tanısal belirtiler gösteren nadir deri hastalıklarından biridir. Bu değişiklik trikomalasi olarak tanımlanır ve sadece trikotillomani hastalarında görülür⁸⁸. Olguların %43'ü kıllarını kendilerinin yolduğunu inkar ederler ve bu olgularda patolojik değerlendirme ile doğru tanı konabilir⁸⁴.

Kaynaklar

1. Mercan S, Altunay IK: Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji. Türk Psikiyatri Derg 2006;17:305-13.
2. Choon B, Black DW, Andreasen NC: Schizophrenia and other Psychotic disorders. Essentials of Clinical Psychiatry, second ed. Ed. Hales RE, Yudofsky SC. Turkey, Sigma Publishing, 2004;189-241.
3. Thibierge G: Les acrophobies. Rev Gen Clin Ther 1894;8:373-6.
4. Ekbohm KA: Der precenile dermatozoenwahn. Acta Psychiatr Neurol 1938;13:227-59.
5. Wilson JW, Miller HE: Delusion of parasitosis. Arch Dermatol Syphilol 1946;54:39-56.
6. Bhatia MS, Jagawat T, Choudhary S: Delusional parasitosis: a clinical profile. Int J Psychiat Med 2000;30:83-91.
7. Arnold LM: Psychocutaneous Disorders. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7 th ed. Ed. Sadock BJ, Sadock VA. USA, Lippincott Williams & Wilkins, 2000;1823-4.
8. Michael M: Delusional infestation. Br J Psychiatry 1991;159:83-7.
9. Paul YT, Lois K: Case report: Delusions of parasitosis as an unusual presenting feature of dementia. Ann Long-Term Care 1999;7:153-5.
10. Aw DCW, Thong JY, Chan HL: Delusional parasitosis: case series of 8 patients and review of the literature. Ann Acad Med Singapore 2004;33:89-94.
11. Gould WM, Gragg TM: Delusions of parasitosis: an approach to the problem. Arch Dermatol 1976;112:1745-8.
12. Trabert W: Shared psychotic disorder in delusional parasitosis. Psychopathology 1999;32:30-4.

13. Mercan S, Ögütçen Ö, Altunay IK, Karamustafaloğlu O. Folie famille ve delüzyonel parazitoz: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2005;15:71-8.
14. Daniel E, Srinivasan TN: Folie a Familie: delusional parasitosis affecting all the members of a family. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004;70:296-7.
15. Gould WM, Gragg TM: Delusions of parasitosis. *Arch Dermatol* 1976;112:1745-48.
16. Koo JYM, Gambla G: Psychodermatology: Delusions of parasitosis and other forms of monosymptomatic hypocondriac psychosis. General discussion and case illustrations. *Dermatol Clin* 1996;14:429-438.
17. Maizel S, Knobler HY, Herbstein R: Folie a trois among two Soviet-Jewish immigrant families to Israel. *The British Journal of Psychiatry* 1990;157:290-292.
18. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Ed. Washington DC. American Psychiatric Association, 1994.
19. Le L, Gonski PN: Delusional parasitosis mimicking cutaneous infestation in elderly patients. *Med J Australia* 2003;179:209-10.
20. Johnson GC, Anton RF: Delusions of parasitosis: differential diagnosis and treatment. *South Med J* 1985;78:914-8.
21. Rasanen P, Erkonen K, Isaksson: Delusional parasitosis in the elderly: A review and report of six cases from northern Finland. *Int Psychogeriatr* 1997;9:459-64.
22. Mercan S, Altunay IK, Taskintuna N, Ogutçen O, Kayaoğlu S. Atypical Antipsychotic Drugs in the Treatment of Delusional Parasitosis. *Int J Psychiatry in Medicine* 2007;37:29-37.
23. Phillips KA, Diaz S: Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:570-7.
24. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, Walburn J: Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996;169:196-201.
25. Phillips KA, Coles M, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB: Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66:717-25.
26. Phillips KA, Menard W: Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2006;163:1280-2.
27. Phillips KA, Menard W, Fay C, Pagano M: Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2005;46:254-60.
28. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R: Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005;46:317-32.
29. Phillips KA: Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1991;148:1138-49.
30. Cotterill JA: Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin* 1996; 14:457-63.
31. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E: The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med* 2006;36:877-85.
32. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT: The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr* 2008;13:316-22.
33. Grant JE, Kim SW, Crow SJ: Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry* 2001;62:517-22.
34. Altunay IK, Mercan S, Donmez Kesim M: Vulvodinia associated with monosymptomatic hypocondriac psychosis: a case presentation. *Dermatologia Kliniczna* 2007; 38.
35. Flegar SJ, Vythilingum B, Stein DJ, Lochner C: Olfactory reference syndrome in DSM-V. *S Afr Med J* 2009;99:614-6.
36. Davidson M, Mukherjee S: Progression of Olfactory Reference Syndrome to Mania: a case report. *Am J Psychiatry* 1982;139:1623-4.
37. Malasi TH, El-Hilu SM, Mirza IA, El-Islam MF, El-Hilu SM: Olfactory delusional syndrome with various aetiologies. *Br J Psychiatry* 1990;156:256-60.
38. Stein DJ, Le Roux L, Bouwer C, Van Heerden B: Is olfactory reference syndrome an obsessive-compulsive disorder? Two cases and a discussion. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998;10:96-9.
39. Dominguez RA, Puig A: Olfactory reference syndrome responds to clomipramine but not fluoxetine: a case report. *J Clin Psychiatry* 1997;58:497-8.
40. Robles DT, Romm S, Combs H, Olson J, Kirby P: Delusional disorders in dermatology: a brief review. *Dermatol Online J* 2008;15:2.
41. Pryse-Phillips W: An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 1971;47:484-509.
42. Lochner C, Stein DJ: Olfactory Reference Syndrome: Diagnostic Criteria and Differential Diagnosis. *J Postgrad Med* 2003;49:328-31.
43. Mercan S, Akpınar A, Çınar U: Olfaktör Referans Sendomu olan bir hastada olanzapin kullanımı. 41. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, Erzurum, 2005:224.
44. Zucco GM, Amodio P, Gatta A: Olfactory deficits in patients affected by minimal hepatic encephalopathy: a pilot study. *Chem Senses*. 2006;31:273-8.
45. Favazza AR: The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:259-68.
46. Favazza AR, Rosenthal RJ: Diagnostic issues in self mutilation. *Hosp and Community Psychiatry* 1993;44:134-40.
47. Menninger K: Man against himself. New York. Harcourt, Brace & World, 1938:40-52.
48. Gupta MA, Gupta AK: Olanzapine is effective in the management of some self-induced dermatoses: Three case reports. *Cutis* 2000;66:143-7.
49. Siomopoulos V Repeated self-cutting: an impulse neurosis. *Am J Psychother* 1974;28:85-94.
50. Koo SM: Under-diagnosed psychiatric syndrome. II. Pathologic skin picking. *Ann Acad Med Singapore* 1999;28:557-9.
51. Mercan S, Altunay IK: Dermatolojide Görülen Kendini Yaralama Davranışları ve Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkileri. *Dermatose* 2006;5:226-34.
52. Sneddon I, Sneddon J: Self inflicted injury: a follow up of 43 patients. *Br Med J* 1975;1:527-30.
53. Koblenzer CS: Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. *Am J Dermatol* 2000;1:47-55.
54. Arnold ML. Psychocutaneous disorders. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.th ed. Ed. Sadock BJ, Sadock V. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000;1818-27.
55. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. *Dermatology*, 2.nd ed. Berlin, Springer Verlag, 2000;989-1011.
56. Zalewska A: Clinical spectrum of factitious diseases. *Dermatologia Kliniczna* 2007; 1:33.
57. Harman M, Akdeniz S, Bayram Y: Dermatitis artefacta. *J Eur Acad Dermatol & Venerology* 2001;10:1468-3083.
58. Koblenzer CS. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. *Dermatologic Clinics* 1996;14:447-55.
59. Gieler U. Factitious diseases in the field of dermatology. *Psychoter Psychosom* 1994;62:48-55.
60. Soong TKW, Soong W, Samsudin A, Soong F, Sharma V, O'Donnell N: Periocular dermatitis artefacta in a child. *Journal of AA-OPS* 2006;10:585-6.
61. Uğurlu S, Bartley GB, Clark C, Keith O, Baratz H: Factitious disease of periocular and facial skin. *Am J Ophthalmol* 1999;196-201.
62. Zonuz AT, Treister N, Mehdi-pour F, Farahani RM, Tubbs RS, Shoja MM: Factitial pemphigus-like lesions. *Med Oral Patol Oral Buccal* 2007;12:205-8.
63. Van Moffaert MM: The spectrum of dermatological self-mutilation and self-destruction including dermatitis artefacta and neurotic excoriations. *Psychocutaneous Medicine*. Ed. Koo JYM, Lee CS. New York. Marcel Dekker, 2003:169-89.
64. Harper JI, Copeman PW: Dermatitis artefacta presenting as a vasculitis. *J R Soc* 1983;76:970-1.
65. Nielsen K, Jeppesen M, Simmelsgaard L, Rasmussen M, Therstrup Pedersen K: Self-inflicted skin diseases. A retrospective analysis of 57 patients with dermatitis artefacta seen in dermatological department. *Acta Dermato Venerol* 2005;85:512-615.
66. Ozmen M, Erdogan A, Aydemir EH, Oguz O: Dissociative identity disorder presenting as dermatitis artefacta. *Int J Dermatol*, 2006;45:770-1.
67. Rodriguez-Picardo A: Dermatitis Artefacta in *Dermatologia y Psiquiatria.Historias clinicas comentadas*. Eds. Grimalt F, Cotteril JA. Madrid, Aula Medica ediciones 2002:143-63.
68. Cotteril JA: Self-stigmatization: artefact dermatitis. *Br J Hosp Med* 1992;136:542-7.

69. Gregurek - Novak T, Novak-Bilic G, Vucic M: Dermatitis artefacta: unusual appearance in an older woman. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2005;19: 223-5.
70. Tüzün Y, Ceyhan DB: Yapay Dermatozlar. *Dermatose* 2004; 3: 163-169.
71. Koblenzer CS: Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. *Am J Clin Dermatol* 2000;1:47-55.
72. Harth W, Mayer K, Linse R: The borderline syndrome in psychosomatic dermatology. overview and case report. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2005;19:223-5.
73. Van Moffeart MM: Self-mutilation: diagnosis and practical treatment. *Int J Psychiatry Med* 1990;20:373-82.
74. Lyell A: Dermatitis artefacta and self-inflicted diseases. *Scott Med J* 1972;17:187-96.
75. Freunsgaard K: Neurotic excoriations: a controlled psychiatric examinations. *Acta Psychiatr Scand* 1984;69:1-52.
76. Hatch ML, Paradis C, Freidman S: Obsessive compulsive disorder in patients with chronic pruritic conditions: case studies and discussion. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:549-51.
77. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF: The self inflicted dermatoses: a critical review. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:45-52.
78. Van Dijk E, Van Voorst Vader PC: Dermatillomania. *Dermatologica* 1979;158:65-71.
79. Stein DJ, Mullen L, Islam MN: Compulsive and impulsive symptomatology in trichotillomania. *Psychopathology* 1995;28:208-213.
80. Panconesi E: Psychosomatic dermatology: past and future. *Int J Dermatol* 2000;39:732-4.
81. Stanley MA, Swann AC, Bowers TC: A comparison of clinical features in trichotillomania and obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1992;30:39-44.
82. Reeve EA, Bernstein GA, Christenson GA: Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:132-8.
83. Hollander E, Kim S, Braun A, Simeon D, Zohar: Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry Res* 2009;30:3-6.
84. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE: Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry* 1991;148:365-70.
85. McElroy SL, Phillips KA, Keck P: Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55:33-53.
86. Corso KA, McGeary DD: Trichotillomania and post-traumatic stress disorder: a case study. *Mil Med* 2008;173:1136-41.
87. Mercan S, Altunay IK: Treatment of Trichotillomania. *Research and Clinical Applications in Psychosomatic Dermatology Congress Book, Venice, 2009:40-1.*
88. Lachapelle JM, Pierard GE: Traumatic alopecia in trichotillomania: a pathogenic interpretation of histologic lesions in the pilosebaceous unit. *J Cutan Pathol*, 1977;4:51-67.