

# Deri Hastalıklarının Psikojenik Sonuçları ve Komorbiditeler

## *Psychologic Outcomes of Dermatological Diseases and Comorbidities*

Sibel Mercan

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

### Özet

Bu grupta yer alan hastalarda dermatolojik hastalık sonucu psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkmakta ya da psikiyatrik hastalık eşanı olarak dermatolojik hastalığa eşlik etmektedir. Dermatoloji hastalarında en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar depresyon, anksiyete ve somatizasyon bozukluğudur. Dermatoloji hastalarında biyopsikososyal yaklaşımın bütüncül olarak uygulanması hastaların dermatolojik ve psikiyatrik sorunlarının ortak olarak tanımlanması ve başarılı bir tedavi planı yapılabilmesi açısından önem arz etmektedir. (*Türkderm 2010; 44 Özel Sayı 1: 25-35*)

**Anahtar Kelimeler:** Psikodermatoloji, depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, obsesif kompulsif spektrum bozuklukları

### Summary

Psychiatric disorders are comorbid or secondary to dermatologic illnesses in these patients. Depression, anxiety and somatization disorders are most frequent psychiatric disorders accompanied with dermatological disorders. Biopsychosocial evaluation of dermatology patients will help to explain their problems in detail and increase therapeutic success with them. (*Turkderm 2010; 44 Suppl 1: 25-35*)

**Key Words:** Psychodermatology, depression, anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, obsessive compulsive spectrum disorder

### Giriş

Bu grupta dermatolojik hastalık sonucu psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkmakta ya da psikiyatrik hastalık eşanı olarak dermatolojik hastalığa eşlik etmektedir. Derinin görünen bölgelerinde yer alan kronik deri hastalıkları hastaların özgüvenlerini, kendilik algılarını ve kendilerinden memnuniyeti olumsuz etkiler. Hastalar deri hastalıklarının utancı ve ezikliği içinde insan ilişkilerinden ve sosyal ortamlardan kaçınır hale gelirler. Kronik deri hastalığına eşlik eden psikiyatrik tabloların ortaya çıkışını etkileyen diğer etmenler arasında hastanın daha önce psikiyatrik hastalık geçirmiş olması, stresle başa çıkma mekanizmalarının yetersiz kalması, kişilik bozukluklarının olması sayılabilir<sup>1</sup>. Dermatolojik

hastalıklar sonucu ortaya çıkan ya da bu hastalıklara eşlik eden psikiyatrik hastalıklar sıklıkla depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır. Bunun dışında kişilik bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı, cinsel işlev bozuklukları, disosiyatif bozukluklar vb. daha nadirdir.

Depresyon duygulanım bozuklukları içinde yer almakta, anksiyete bozuklukları ise çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Aşağıda bu hastalık grupları kısaca özetlenecek ve dermatoloji ile ilişkisine değinilecektir.

### Deri ve Duygulanım Bozuklukları

İnsanın ruhsal yaşamında bilişsel ve duygusal süreçler birbirinden ayrılmaz. Bilişsel deyince algılamak, tanımak, değerlendirmek, zamana ve yere oturtmak, ne-

**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.*



den sonuç bağlantıları kurmak, belleğe yerleştirmek gibi zihinsel yetiler anlaşılır. Duygulanım deyince neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, korku, bunaltı, kaygı gibi duygusal tepkilerin yaşanması anlaşılır<sup>2</sup>. Normal koşullarda da insanların duygularında büyük değişkenlik olmaktadır. Bu duyguları normal olarak yaşayan insanlar duygularını az ya da çok kontrol edebilmektedirler. Duygulanım bozukluğu olan insanlar ise bu duygularını kontrol altında tutamazlar ve büyük stres yaşarlar. Örneğin artmış duygulanımı olan manideki hastalar taşkınlık, fikir uçuşması, uyku azalması, özgüven artması ve büyülenmesi düşünceler gibi belirtiler gösterirler. Buna karşın depresyondaki hastalarda ilgi ve enerji azlığı, suçluluk duyguları, konsantrasyon zorluğu, iştah kaybı, tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri görülür. Duygulanım bozukluklarının diğer belirtileri arasında işlevsellik, bilişsel yetiler, konuşma ve vejetatif alanlarda bozulma (uyku, iştah, cinsel işlevsellik, diğer biyolojik ritim bozuklukları) sayılabilir. Bu değişiklikler daima kişilerarası, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma ile birlikte<sup>3</sup>.

Duygudurum bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve mani dönemleri geçiren kişiler tanınabilmektedir. İlk olarak Hipokrat mani ve melankoli deyimlerini m.ö. 400 yılında kullanmıştır. Daha sonra Cornelius yazdığı kitabında melankoli deyimini Yunanca kara safra anlamına geldiğini ve bu hastalığın vücutta kara safra birikmesiyle oluştuğunu ileri sürmüştür (m.s. 30). Manik depresif psikoz tanımını kapsamlı olarak sunan, hastalığın gidiş ve sonlanışını ayrıntılı tanımlayan ilk araştırmacı Emil Krapelin'dir<sup>2</sup>.

Duygudurum bozukluklarının psikiyatride yaygın olarak görülmesinin yanında konsültasyon liyezon psikiyatrisinde de en fazla çalışılan ve araştırılan konulardan olması önem taşımaktadır. Normal toplumda da sık rastlanan bu hastalıklar bedensel bir hastalık söz konusu olduğunda çok daha yüksek oranlarda görülmekte ve tedavi edilmediği takdirde bedensel hastalığın tedavisini güçleştirmekte, morbidite ve mortalite oranını artırmaktadır.

Duygulanım bozukluğu olan hastalarda sadece depresyon olabilir ya da depresyon ve mani dönemlerinin tanımlandığı hastalık süreci olabilir. Depresyon yanında herhangi bir mani ya da hipomani atağı geçiren kişilerde bipolar bozukluğun varlığından bahsedilir.

## Bipolar Bozukluk

Dermatoloji hastalarında bu konuda yapılmış olan araştırmalar oldukça kısıtlıdır, yayınlarda daha çok bipolar hastaların kullandığı lityum, valproik asit, karbamezepin gibi ilaçların deri yan etkileri ile ilgilidir.

Bunun dışında kalan az sayıda yayında ise kısıtlı miktarda veri bulunmaktadır. Bazı yayınlarda dermatolojik hastalıklara eşlik eden bipolar hastalık oranı normal topluma göre yüksek bulunmuştur<sup>4</sup>. Bipolar hastalıkla beraber görülen dermatolojik hastalıklar arasında: trikotillomani, trikotemnomani, psikojenik ekskoriyasyonlar, psoriasis sayılabilir<sup>4,5</sup>.

Yas süreci sonrasında trikotillomani görülen bipolar hastalığı olan olguların tartışmasında trikotillomaninin tıpkı mani gibi ayrılma ve yas sürecine bir savunma olarak geliştirildiği ileri sürülmüştür. Böyle olgularda saç çekme primer büyüsel düşünce ile kaybedilen nesne üzerinde kontrol sağladığı yanılığını sağlıyor olabilir<sup>6</sup>.

Dermatolojik hastalarda bipolar bozuklukla ilgili az sayıda yayına karşın bipolar hastalarda kullanılan antidepresan, antipsikotik ya da duygudurum düzenleyici ilaçların deri yan etkileri konusunda çok sayıda yayın dikkatimizi çekmektedir.

Lityum bipolar bozukluk hastalarında en sık kullanılan koruyucu ilaçlardan birisidir. Lityum kullanımı ile deri yan etkileri sık görülmektedir. Özellikle psoriasis hastalarında lityum uygulaması hastalığın alevlenmesine, de novo psoriasisın ortaya çıkışının tetiklenmesine, püstüler psoriasis dönüştürmesine, tırnak değişikliği ya da psoriatik artropati oluşmasına yol açabilir. Lityumun tetiklediği psoriasis hastaları genelde klasik tedavilere dirençlidir ve bazı olgularda lityumu azaltmak ya da kesmek gerekebilir. Lityumun tetiklediği diğer bir deri lezyonu akne oluşumudur. Bazı olgularda tablo daha ağırlaşarak follikülit, püstül ya da suppuratif hidradenit oluşumuna kadar gidebilmektedir<sup>7-9</sup>.

Lamotrijin bipolar hastalarda depresyonun koruyucu tedavisinde kullanılmaktadır. En önemli dermatolojik yan etkisi Stevens-Johnson sendromu (SJS) ve toksik epidermal nekroliz (TEN) gibi ekfoliyatif dermatitlere yol açabilmesidir. Bu yan etkisinin ortaya çıkması için lamotrijin dozunun yavaş yavaş artırılması ve hastanın yakın gözlem altında olması önemlidir<sup>10</sup>. Karbamezepin ve valproik asitle daha seyrek olmakla beraber yine aynı sendromların görülme olasılığı vardır<sup>11-13</sup>.

Valproik asit, karbamezepin ve lityum hastalarda saç dökülmesine yol açabilmektedir. Uzun süre lityum kullananlarda saç dökülmesi %12-19 oranında görülürken karbamezepinde bu oran %6'nın altındadır. Valproik asitte ise doza bağımlı saç dökülmesi dikkati çekmektedir. Düşük dozlarda %12 oranında görülen bu yan etki yüksek dozlarda %28'e kadar çıkmaktadır. Genelde tedaviye dirençli olan bu saç dökülmesinde doz azaltılması ya da ilacın kesilmesi gerekebilmektedir<sup>14</sup>. Bu ilaçlar ayrıca bazı hastalarda da saçların dalgalı olmasına ya da renk değişikliğine neden olabilmektedir<sup>16,15</sup>.

## Deri ve Depresyon

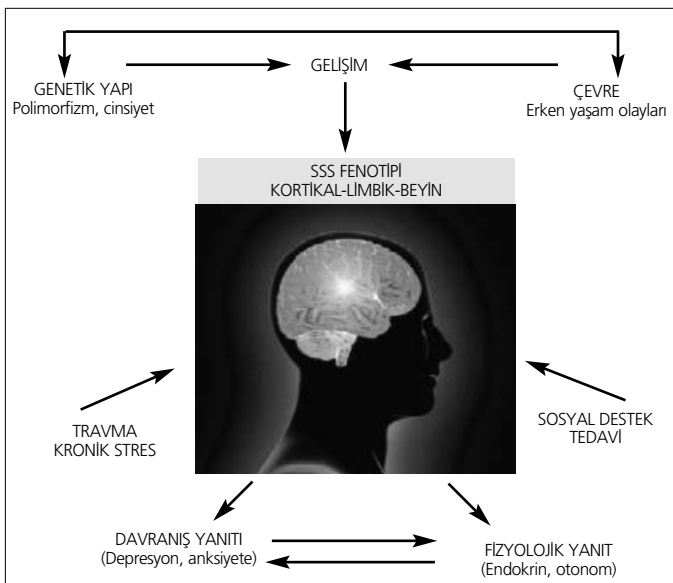
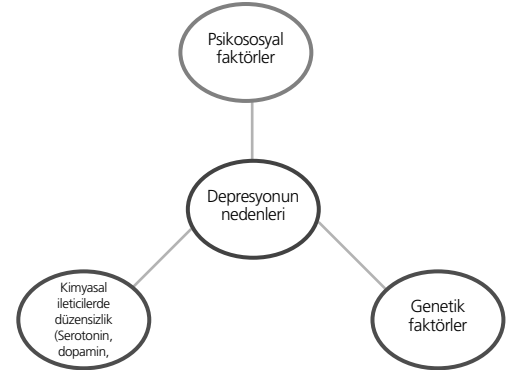
Dermatolojik hastalıklarla ruhsal hastalık eştanısını araştıran yayınlarda depresyonun, dermatolojik hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklardan biri olduğu görülmüştür<sup>17</sup>. Depresyonun genel toplumda görülme oranı %3-5, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlarda %6-8 iken dermatoloji hastalarında bu oran %25-40 olarak rapor edilmiştir<sup>18-23</sup>. Arnon ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada dermatolojik hastaların %9,6'sında major depresyon, %1 minör depresyon ve %19'unda depresif belirtiler olduğu tespit edilmiştir. Boşanmış, ayrılmış ve işsiz kişilerde depresyon oranının daha fazla olduğu görülmüştür<sup>24</sup>. Buna karşın depresyonun ortaya çıkışı ile dermatolojik hastalığın şiddetinin genelde paralel olmadığı görülmektedir<sup>24</sup>.

Depresyonun eşlik ettiği dermatolojik hastalarda tıpkı yumurta tavuk hikayesinde olduğu gibi neden sonuç ilişkisi kurmak güçtür. Dermatolojik hastalığın olması mı hastaları depresyona sokmakta yoksa depresyon mu dermatolojik hastalığın ortaya çıkışını tetiklemektedir bilinmez. Bazı araştırmalarda dermatolojik hastalıkların kronik gidişleri, beden imajına etkileri ve damgalanmaya yol açma olasılıkları yüzünden psikiyatrik hastalıkların ve özellikle depresyonun ortaya çıkışına yol açabildiği vurgulanır<sup>17,25</sup>. Buna karşın diğer bazı araştırmalarda özellikle psoriasis, atopik dermatit, kronik idiopatik ürtiker, alopesi areata ve akne gibi hastalıkların ortaya çıkışı ve alevlenmesinde başta depresyon olmak üzere tüm psikiyatrik hastalıkların önemli etkisi olduğu vurgulanmaktadır<sup>26</sup>. Sonuçta dermatolojik hastalarda depresyonun eştanısının yüksek olduğunu bilmek ve bu yönde değerlendirme yapmak önemlidir. Çünkü dermatolojik hastalıklarda altta yatan depresyonun tanısının ve tedavisinin gecikmesi hastalarda var olan dermatolojik hastalığın tedavi yanıtını da geciktirir, hastaların yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu bozar, intihar riskini artırır<sup>27</sup>. Depresyonun en önemli özelliği hastalarda tekrarlayan intihar düşünceleri ve girişimlerine yol açma olasılığının olmasıdır ve bu nedenle tanı konması ve tedavi planının yapılması özel önem gerektirmektedir.

## Depresyon Etiyolojisi

Depresyonun ortaya çıkışında başlıca hipotez monoamin varsayımdır. Bu varsayımın göre nörotransmitterlerden serotonin, nor adrenaline ve dopamin sistemi düzensizlikleri depresyon semptomlarının ortaya çıkışında sorumlu tutulmaktadır. Bu nörotransmitterlerin normal miktarının belki bilinmeyen bir hastalık süreci, stres ya da ilaçlarla bir şekilde tüketildiği ve bunun sonucunda depresyon belirtilerinin ortaya çıktığı yönündedir. Bozukluk hastadan hastaya değişmekle beraber nörotransmitter oluşumu ya da salınımında sorun vardır. Diğer bir

varsayım nörotransmitter reseptörü varsayımdır. Buna göre reseptör bağlanma kapasitesi, hücre içi nörokimyasal olaylar ve geri alımı aşamalarından bir ya da bir kaçında bozukluk olması ile hastalık ortaya çıkmaktadır. Gen ekspresyonunun monoamin varsayımına göre ise sorun monoamin yetersizliği, ya da reseptör duyarsızlığı değildir. Her ikisi de görünürde sağlam miktarlarda olmasına karşın sistemlerin normal olarak yanıt vermediği düşünülmektedir. Nörotransmitter reseptöre bağlanmakta ancak sinyal iletimi bozuktur. Bu bozukluktan başlıca sorumlu tutulan mekanizma beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) ün hedef genidir. Normalde BDNF beyin nöronlarının normal canlılıklarını sürdürmelerine yardımcı olurken stres altında BDNF geni baskılanır ve bu da BDNF'leri kesilen duyarlı nöronların atrofilerine ve olasılıkla apoptozlarına yol açar<sup>28</sup>. Nöroplastisite olarak ta adlandırılan bu varsayımın göre depresyon hastalarında nörotransmitter sisteminde bozukluk olmasından ziyade başta hipokampal bölge olmak üzere beyin çeşitli yerlerinde hacim azalması olduğu öne sürülmektedir. Tekrarlayan depresyon atağı olan hastalarda hipokampusta nöronal yenilenmede azalma, piramidal nöronlarda atrofi ve prefrontal korteks nöron ve glia hücre sayısında azalma olduğu görülmüştür. Tekrarlayan depresyon atağı olan hastalarda hipokampusta nöronal yenilenmede azalma, piramidal nöronlarda atrofi ve prefrontal korteks nöron ve glia hücre sayısında azalma olduğu görülmüştür. Tekrarlayan depresyon atağı olan hastalarda hipokampusta nöronal yenilenmede azalma, piramidal nöronlarda atrofi ve prefrontal korteks nöron ve glia hücre sayısında azalma olduğu görülmüştür. Tekrarlayan depresyon atağı olan hastalarda hipokampusta nöronal yenilenmede azalma, piramidal nöronlarda atrofi ve prefrontal korteks nöron ve glia hücre sayısında azalma olduğu görülmüştür.



Resim 1. Depresyon etiyolojisi

Depresyonda genetik yatkınlığın önemi yapılan araştırmalarla gösterilmiştir. Aile araştırmalarında depresyon olan kişilerin birinci derece akrabalarında depresyon görülme oranı %5,5-28,4 olarak tespit edilmiştir<sup>30</sup>. Genetik katılımın olduğu vakalarda depresyon genelde daha şiddetli seyredir ve tedavi yanıtı daha düşüktür. Psikososyal faktörler arasında olumsuz çocukluk yaşantıları, düşük benlik saygısı, sürekli önemli zorluklar, zayıf sosyal ilişkiler, olumsuz hayat olayları sayılabilir<sup>31</sup>. Ortak ektoermal köken nedeni ile bazı dermatolojik ve psikiyatrik hastalıkların aynı kökenden türediği düşünülmektedir. Deri ve dokunma hissi doğumdan itibaren sağlıklı bir ruhsal yapının gelişmesi için önemli etkenlerden biridir. Annenin tutma, kucaklama, okşama sağlıklı ruhsal ve sosyal gelişim için çok önemlidir<sup>32</sup>. Anne bebek bağlanmasında deri ile kontakt kurmak en önemli etmenlerden birisidir. Bu sağlıklı olmadığında ileriki yaşamda bu çocuklarda depresyon görülme olasılığı artmaktadır. Bazı araştırmacılara göre egzema hastalarında erken çocukluk döneminde anne bebek bağlanmasının sağlıklı olmadığı ve ile-

ri yaşamda bu kişilerin depresyona yatkınlığının arttığı ifade edilmektedir<sup>17</sup>. Sıçanlar ve insan dışı primatlarda yapılan çalışmaların sonuçları, anneden ayrılmaya ya da yetersiz anne bakımı gibi olumsuz yaşantıların, nöral devrelerde kalıcı yapısal, fonksiyonel ve epigenomik değişikliklere yol açtığını göstermektedir. Bu değişiklikler sonucunda stresli durumlarda artmış endokrin ve otonomik yanıt ve anksiyete benzeri davranışlar gözlenmekte, ayrıca anhedoni, kognitif bozulma, ağrı duyarlılığı ve uyku değişiklikleri gelişmektedir. Benzer şekilde yetişkinlerle yapılan araştırmalarda majör depresyonu ve çocukluk çağı istismar öyküsü olan kadınlarda aynı zamanda psikososyal strese daha yüksek kortizol yanıtı ve artmış kalp atım hızı görülmekte, majör depresyonu olmayan ve çocukluk çağı istismar öyküsü olan kadınlarda ise artmış ACTH yanıtına rağmen normal kortizol cevabı saptanmaktadır. Erken dönem olumsuz yaşantısına maruz kalan her bireyin daha sonraki yaşamda karşılaşılan stres veya olumsuz yaşantılarına rağmen majör depresyon geliştirmedeği açıktır. Dolayısıyla, cinsiyet ve genler gibi faktörlerin düzenleyici etkilerinin göz önüne alınması gerekir. Çocukluk çağı travması olanlarda yetişkin hayatta ortaya çıkan stresli durumlarda sıklıkla depresyonun eşlik ettiği psikiyatrik ve medikal hastalık tablosu ortaya çıkmaktadır. Çocukluk çağı stresinin ardından endokrin ve immün sistem arasındaki etkileşimin değişmesinin yorgunluk, ağrı, kardiyovasküler hastalıklar ve diğer bozukluklara yol açtığı kuvvetle muhtemeldir. Stres sonrası artmış sitokin aktivasyonu sonradan depresyon ve anksiyeteye, ayrıca kronik yorgunluk sendromu, kronik ağrı ve kardiyovasküler hastalıklar gibi somatik bozukluklara yol açıyor olabilir<sup>33</sup>.

## Depresyon Belirtileri

Depresyon vejetatif, bilişsel, dürtü kontrolü, davranışsal ve bedensel alandaki semptom kümelerinden oluşan bir sendromdur. Depresyon tanısını koymak için DSM IV tanımlanan kriterler şöyledir: kişide en az iki haftadır devam eden depressif duygudurum ya da ilgi ve istek azlığı belirtilerinden en az birinin var olması ve en az dört bedensel belirtinin var olması gerekir. Bu dört belirti şunlar olabilir: kilo kaybı yada kilo alımı, uyku bozukluğu yada aşırı uyuma, dikkat-konsantrasyon güçlüğü, psikomotor yavaşlama yada hızlanma, umutsuzluk-karamsarlık, tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri, halsizlik ve enerji kaybı, psikomotor yavaşlama yada ajitasyon, değersizlik düşünceleri, suçluluk duyguları<sup>34</sup>.

**Depresyon Çeşitli Formlarda Olabilir:** Melankolik özellikte olabileceği gibi psikotik özellikli ya da maskeli formları olabilir. Bazen manik depresif psikoz olarak da bilinen iki uçlu mizaç bozukluğunun bir parçası olabilir. Bazen de kroniklik kazanıp iki yılı aşkın süre devam edip distimi tanısı alabilir.

Depresyon yineleyen bir hastalıktır. İlk ataktan sonra yenileme oranı %51, ikinci ataktan sonra bu oran %70 ve üçüncü ataktan sonra %98 olarak rapor edilmektedir<sup>35</sup>.

Depresyon tedavi edilmediğinde kendiliğinde düzelme olasılığı %40'dır. Hastaların %40'ında belirtiler aynen devam ederken %20'sinde distimik bozukluk gelişir. Hastalık genelde yi-

neleyicidir ve kronikleşme oranı %20'dir. Depresyonda intihar riskinin yüksek olması önemli bir sorundur. Hastaneye depresyon tanısı ile yatan hastaların intihar sonucu yaşamını yitirme oranı %10-15'dir<sup>36</sup>. Yine depresyon hastalarında alkol madde bağımlılığı gelişme oranı normal topluma göre yüksektir.

## Dermatolojik Hastalarda Depresyon Tanısı Koyma

Dermatolojik hastalıklarda depresyon belli başlı iki grupta dikkatimizi çeker. Birincisi nörotik ekskoriasyonlarda olduğu gibi psikiyatrik hastalıkların dermatolojik belirtilerle geldiği hasta grubudur. Bu grupta temelde dermatolojik hastalık yoktur ancak hasta sanki varmış gibi dermatolojik yakınma ile gelir. Kökünde depresyon söz konusudur, hasta depresyon yakınmalarını getirmek yerine deri bulgularından yakınır. Örneğin nörotik ekskoriasyon hastalarında deri yolma davranışı deride meydana gelen kaşınma, uyuşma gibi bir belirtiyi takiben oluşmakta ve bu hastalarda depresyon görülme oranı %33-98 olarak rapor edilmektedir<sup>37</sup>.

İkinci grupta ise dermatolojik hastalıklara eşlik eden depresyon söz konusudur. Bu grupta yer alan en sık dermatolojik hastalıklar arasında psoriasis, atopik dermatit, kronik ürtiker, alopesia areata sayılabilir. Bu hastalarda dermatolojik hastalığa eşlik eden depresyon deri belirtilerinin alevlenmesine ya da ilaç tedavisine yanıtın düşmesine yol açabilir<sup>38</sup>. Dermatolojik hastalıklara ikincil gelişen depresyon genel DSM IV'de genel tıbbi duruma bağlı depresyon olarak adlandırılmaktadır<sup>34</sup>.

Dermatoloji hastalarında depresyon belirtileri her zaman tipik değildir. Bazı hastalarda depresyon eşdeğeri belirtiler vardır. Bu hastalar sadece yanma, batma ya da deride uyuşma gibi dermatolojik belirtilerle başvurabilirler ve dermatolojik muayenede bu hastaların yakınmalarını açıklayacak deri ile ilgili bir hastalığa rastlanmayabilir. Psikolojik zihinliliği olmayan ve içgörüsü kapasitesi fazla gelişmemiş hastalarda depresyon belirtileri sorgulandığında var olan belirtileri de inkâr ettikleri dikkati çekebilir. Bu tür hastalarda görülen depresyona "maskeli depresyon" adı verilmektedir. Maskeli depresyon olduğunda, ya da hastanın içgörüsü olmadığında hastaların yakınmaları sadece anksiyete belirtileri, sinirlilik, kaşınma, ufak deri lezyonlarına takılma vb olabilir. Hastalar deri hastalığına sahip oldukları için kendilerini suçluyor olabilirler, kendilerini değersiz ve suçlu hissediyor olabilirler<sup>38</sup>.

Dermatolojik hastalığa eşlik eden depresyon hastalarında depresyon belirtilerinin yanında deriyi yolma, saç çekme, deri ile aşırı uğraşma, kaşınıtıda artma gibi dermatolojik yakınmalarında artma olduğu dikkat çeker. Bu hastalarda klinik tablo ile uyumlu olmayan yakınmalar özellikle depresyonu akla getirmelidir. Yine depresyon hastalarında depresyonun doğasına uygun bir şekilde hastalar hafif bir saç dökülmesi gibi minör dermatolojik belirtileriyle abartılı bir şekilde uğraşıp kendilerini çok çirkin, beğenilmeyen, değersiz, çekici olmayan biri gibi görme eğilimine girebilirler. Daha ağır vakalarda duygu durumu uyumlu sanrılar olabilir, örneğin hastalar "kanser oldum öleceğim, AIDS oldum" gibi düşüncelere kapılabilirler ve buna da sanrılı depresyon denir. Bazı hastalarda da vücudunun kö-

tü koku yaydığı düşüncesi vardır<sup>38</sup>. Sanrisal parazitoz, hiperhidroz ve beden dismorfik bozukluğu psikotik özellikli major depresyonla ilintili olabilir<sup>37</sup>.

Dermatolojik hastalıklarda kullanılan kortikosteroidler, isotretinoin gibi ilaçlar depresyonun ortaya çıkışına, alevlenmesine ya da intihar etme riskinin artmasına yol açabildiği ileri sürülmektedir<sup>39,40</sup>. Ancak bu maddelerin kullanımı ile depresyon birbirine ilişkili değildir. Bu maddeler kullanılmıyor olsa bile psoriasis ve akne gibi hastalıkların depresyon ortaya çıkarma olasılıklarının kuvvetli olduğu göz ardı edilmemelidir.

Kayıp, yas gibi durumlar stresör olarak dermatolojik hastalığı alevlendirebilmektedir. Bazen de dermatolojik hastalığa ikincil çözülmemiş yas reaksiyonu ve bunu takiben depresyon ortaya çıkabilmektedir. Depresyon kişinin mesleki ve sosyal uyumunu, işlevselliğini bozabilmekte, aile ve iş yaşamında sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Kişilerarası ve aile içi çatışmaların artmasına yol açmaktadır. Hastaların ilaç uyumunu ve tedavi yanıtını olumsuz etkilemekte ve gözden kaçırıldığı takdirde intihar olasılığını artırmaktadır. Bu nedenle bu hastalarda depresyon tanısının konması ve tedavisinin başlaması hastaların tedavi uyumunu, yanıtını artırmakta ve intihar gibi, olabilecek komplikasyonları önlemek açısından da önemli olmaktadır.

Dermatolojide depresyonun sıklıkla eşlik ettiği hastalıklar psoriasis, atopik dermatit, ürtiker ve angioödemdir. Dermatolojik hastalıklardan psoriasisde depresyon hastalıktan bağımsız eş-tanı olarak görülebildiği gibi hastalığa bağlı ikincil depresyon da gelişebilmektedir. Psoriasis hastaları stigmatizasyona sık maruz kaldıklarından hastalığa ikincil depresyon gelişme olasılıkları fazladır. Özellikle sosyal yoksunluğa giren psoriasis hastalarında depresyon görülme oranı daha artmaktadır<sup>41</sup>. Yine psoriasis hastalarında kaşıntı olması genelde depresyonla ilintilidir<sup>42,43</sup>. Psoriasis şiddetinin artışı ile depresyon görülme ve intihar görülme oranları da çok artmaktadır. Hafif derecede psoriasisde intihar oranı %2,5 iken bu oran şiddetli psoriasisde %7,2 olmaktadır<sup>44</sup>.

Atopik dermatit hastalarında çocuklar ve yetişkinlerde normal topluma göre yüksek oranda depresyon ve anksiyete olduğu görülmekte ve depresyon eşlik eden hastalarda kaşıntının daha fazla görüldüğü dikkati çekmektedir<sup>42</sup>.

Ürtiker ve angioödemde depresyon görülme olasılığı idiopatik generalize pruritus hastalarına göre daha az olmakla beraber genel topluma göre bu oran daha yüksektir ve kaşıntı da daha fazla görülmektedir<sup>42</sup>.

Alopesi areata hastalarında psikopatoloji oranı %33-93 arasında rapor edilmektedir. Bir araştırmada bu hastalarda depresyon görülme oranı %39 olarak bildirilmiştir<sup>45</sup>. Başka bir araştırmada ise genel psikiyatrik hastalık görülme oranı %23 iken major depresyon görülme oranı %8,8 olarak verilmiştir<sup>46</sup>.

## Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete, endişe, kaygı, korku, kötü bir beklenti, bunalıtı olarak ifade edilebilecek bir duygudur. Anksiyete yaşam olaylarına normal bir tepki olarak ortaya çıkar. Örneğin yaşamı tehdit

eden olaylarda, bedensel hasarın olduğu, ağrının şiddetlendiği, çaresizlik, cezalandırılma korkusu, sosyal ya da bireysel isteklerin karşılanmadığı, hayal kırıklığı yaratan durumlar, seviyen birinden ayrılmak, birini başarısını ya da statüsünü kıskanmak, bütünlük duygusunun kaybolması gibi durumlarda anksiyete görülebilir<sup>47</sup>.

Anksiyete hissi ile kişide somatik ve otonomik tepkiler ortaya çıkar ve bu kişinin daha fazla zarar görmesini engellemek için bir mekanizmadır aslında. Anksiyete oluşumunda dış bir uyarının olması şart değildir. Bazen iç bir dünyadan gelen uyarılar da anksiyete hissini doğmasına yol açabilir. Kişide herhangi bir dış uyarı olmadan otomatik olarak sanki kötü bir şey olacakmış hissi doğabilir. Kişinin sağlıklı savunma mekanizmaları olduğunda anksiyete duygusu ile başa çıkabilir, bu duyguyu kontrol altına alabilir. Fakat ego işlevleri yeterli olmadığında, kişinin savunma mekanizmaları sağlıklı işlemediğinde, denge-sizlik uzun sürdüğünde kronik anksiyete durumu yaşanır. Kişi duyguları üzerindeki kontrolünü kaybeder ve anksiyete bozukluğu dediğimiz ruhsal sorun ortaya çıkar<sup>48</sup>.

Anksiyete ile ilgili bozukluklar dediğimiz ruhsal rahatsızlıklar iki ayrı tanı başlığında toplanmaktadır.

Birinci grup anksiyete bozuklukları olarak tanımlanmaktadır. Bu grupta yer alan başlıca hastalıklar:

- Obsesif kompulsif bozukluklar,
- Travma sonrası stres bozukluğu,
- Sosyal fobi, diğer fobiler,
- Panik bozukluğu,
- Yaygın anksiyete bozukluğu, yer almaktadır<sup>34</sup>.

İkinci grupta ise somatoform bozukluklar denen hastalıklar kümesi yer almaktadır. Bu grupta da yer alan hastalıklar ise:

- Somatizasyon bozukluğu,
- Beden dismorfik bozukluğu,
- Hipokondriasis,
- Konversiyon bozukluğu,
- Kronik ağrı bozukluğu, yer almaktadır<sup>34</sup>.

Anksiyete bozukluklarının kadınlarda yaşam boyu prevalansı %30 erkeklerde ise %19'dur. Daha yüksek sosyoekonomik düzeylerde bu oranlar azalmaktadır<sup>49</sup>.

## Anksiyete Bozukluğunun Etyolojisi

Psikodinamik açıdan anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışını açıklamak için üç farklı okul farklı yorumlar getirmektedir. Psikanalitik kuramlara göre anksiyete bilinç dışında cinsel ve saldırgan dürtüler arasındaki çatışmayı ifade edebildiği gibi süpergo ile dış gerçeklik arasındaki uyumsuzluk sonucu da ortaya çıkıyor olabilir. Kişinin içinden gelen cinsel ya da saldırgan dürtüler ile dış dünyanın bu dürtülerin ifadesine izin verecek ortamının olmaması sonucu bastırma mekanizması devreye girer. Dürtülerin düşünsel parçası bastırılmakla beraber duygusal parça bastırılmaz ve ego bu duyguların yıkıcı etkisini ortadan kaldırmak için döndürme, yer değiştirme, izolasyon gibi diğer savunma mekanizmalarının yardımı ile nötralize eder. Farklı anksiyete bozukluklarında farklı savunma mekanizmaları devrededir. Örneğin fobilerde yer değiştirme mekanizması ağırlık-

lı olarak kullanılır, obsesif kompulsif bozuklukta ise izolasyon, yapma bozma gibi mekanizmalar daha fazla kullanılmaktadır. Davranışçı kurama göre anksiyete öğrenilmiş koşullu bir yanıtır. Örneğin babası tarafından dövülen bir kız çocuğunun daha babasını görür görmez anksiyete belirtileri göstermesi gibi. Varoluşçu kurama göre ise temel kaygı varoluş ve yaşamın amacıyla ilgilidir. Temel korku ise ölüm korkusudur<sup>47</sup>. Anksiyete belirtileri otonom sistem aktivasyonu ile olmaktadır. Anksiyete bozukluğunda sorumlu tutulan nörotransmitterler ise norepinefrin, serotonin ve gama amino butirik asit (GABA)'dır<sup>50</sup>. Bu nörotransmitter sistemlerindeki bozukluk anksiyete bozukluklarını ortaya çıkarmaktadır.

## Anksiyete Belirtileri

**Anksiyetenin İki Bileşeni Vardır:** çarpıntı, terleme gibi fizyolojik belirtilerin farkında olmak ve sinirlilik, korkma gibi duygusal belirtilerin farkında olmak. Utancın eşlik etmesi durumunda anksiyete belirtilerinin şiddeti artmaktadır. Motor ve duyuşsal belirtiler yanında anksiyete düşünme, algı ve öğrenmeyi de etkiler. Aşırı anksiyete algılarda çarpıtma, öğrenme güçlüğü, bilinçte bulanmaya yol açabilir<sup>47</sup>. Anksiyete bozukluklarının hepsinde ortak görülen belirtiler arasında: çarpıntı, terleme, nefes darlığı, ateş basması, tansiyon yükselmesi, titreme, pupillerde genişleme gibi, midede kasılma, sık idrara çıkma gibi sempatik aktivite artışına bağlı bedensel tepkiler bulunur. Bunun yanında her bir anksiyete bozukluğunda kendine özgü ilave belirtiler olur. Örneğin sosyal fobide anksiyete atağı sosyal ortamlarla sınırlı olurken panik bozukluğunda belirtiler otomatik olarak uykuda ya da uyanık beklenmedik zamanlarda kendiliğinden ortaya çıkabilir. Obsesif kompulsif bozuklukta ise takıntılı düşünceler sıkıntıya yol açar ve bu düşünceleri uzaklaştırabilmek ve anksiyeteyi azaltmak için kişiye tekrarlayan davranışlar ya da düşünceler söz konusudur.

## Anksiyete ve Dermatolojik Hastalıklar

Dermatolojik hastalıklarda anksiyete ile ilgili bozukluklar açısından Woodroff ve ark.'larının yaptığı çalışmada tüm dermatolojik hastalıklar içinde psikiyatrik hastalık görülme oranı %5 rapor edilmiştir<sup>51</sup>. Bu hastaların %44'ünde depresyon %35'inde ise anksiyete bozukluğu vardır. Daha az oranda görülen ruhsal rahatsızlıklar arasında sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, alkol bağımlılığı, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, şizofreni ve yeme bozuklukları sayılabilir.

Genel olarak dermatoloji hastalarında anksiyete bozukluğu normal topluma göre daha fazla orandadır. Özellikle psoriasis hastalarında anksiyete bozukluğu oranı (%48) diğer dermatolojik hastalıklara göre daha yüksektir. Atopik dermatit hasta grubu %39 oran ile anksiyete bozuklukları açısından ikinci sırada gelmektedir<sup>52</sup>.

Dermatolojik hastalıklara eşlik eden ya da dermatolojik hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olan anksiyete bozukluklarının başlıcaları aşağıda sıralanmıştır.

### 1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk, kişide mantıksız, uygunsuz olduğunu kabul etmesine rağmen inatçı ve yineleyici bir biçimde aklına gelen ve engelleyemediği ve yoğun kaygı yaşadığı takıntılı düşünceler (obsesyonlar), bu düşüncelerden ve kaygıdan kurtulmak amacıyla tekrarlanan düşünceler ve yapılan hareketlerden (kompulsiyonlar) oluşur<sup>48</sup>. Hastalar takıntılarının mantık dışı olduğunun farkındadır, ancak bunu bastıramaz ve görmezden gelemmez.

Obsesyonlar değişik temalar içerebilir, bunların başlıcaları şunlardır:

- Kontaminasyon (mikrop, kir, idrar, meni vs.),
- Cinsel (yasak düşünceler ya da görüntüler),
- Dini (Allaha küfür etmek, dine küfür etmek vs.),
- Bedensel takıntılar (ter kokmak, hastalık takıntısı),
- Simetri,
- Saldırganlık
- Kontrol etme takıntıları (kapı, musluk, tüp vs.)'dır.

Takıntılı olan kişiler bu takıntılardan kurtulmak için tekrarlayan düşünce ve davranışlarda bulunabilirler. Bu düşünce ve davranışlara zorlantı (kompulsiyon) denir. Bunlar genelde stereotipi şeklindedir. Bu davranışlar takıntılıların oluşturduğu kaygıyı azaltır. Dermatolojik bazı hastalıklarda zorlantı davranışının etkisi büyüktür. Hasta kompulsiyon tarzında cildine basitçe dokunma, vurma, ovalama davranışı gösterebilir ya da saçlarını yolma, deriyi kesme, yolma gibi daha karmaşık bir davranış örüntüsü şeklinde olabilir<sup>53</sup>.

Birçok OKB hastasında da deri bulguları eşlik eder. Örneğin sık el yıkama sonucu ellerde ekzema oluşumu, sık saç yıkama banyo yapma sonucu deride kuruma, çatlama vb. Genç hastalarda OKB tirkotillomani, onkitillomani, onikofaji ve akne ekskoriye olarak kendini gösterebilir. Bunun yanında obsesif el yıkama, AIDS fobisi ve OKB ile ilintili diğer psikosomatik dermatozlar olabilir. Bu hastalarda altta yatan psikiyatrik hastalık çözülmediği takdirde dermatolojik tedaviden yanıt alma olasılığı düşüktür.

Daha önceki araştırmalarda her ne kadar fazla olmadığı belirtilse de OKB dermatolojik hastalarda düşünülenin aksine yüksek oranda görülmektedir. Ayaktan dermatoloji hastalarında yapılan çalışmalarda %20-25 oranında OKB olduğu bunların büyük kısmının daha önce OKB tanısı almadığı, hastaların çoğunun birden çok semptomu olduğu, bunlar arasında kontaminasyon, kontrol etme ve yıkama obsesyonlarının yoğun olduğu görülmüştür<sup>54,55</sup>.

### OKB Spektrumu Hastalıkları

Doğrudan OKB tanısı almayan ancak OKB spektrumu olarak adlandırılan bir grup hastalık vardır. Bu hastalıklar içinde sayılan dermatolojik hastalıklar:

1. Deriye zarar verme davranışları,
  - Patolojik deri yolma, nörotik ekskoriyasyon, akne ekskoriye,
  - Trikotillomani
  - Onikotillomani, onikofaji
2. Beden dismorfik bozukluğu, olarak sayılabilir.

Bu hastalık grubunda yer alan tüm hastalar OKB grubunda yer almaz. Bu hastalıklara yol açan başka ruhsal rahatsızlıklar da

olabilir. Ancak OKB nin eşlik ettiği deriye zarar verme davranışlarında hasta yaptığına saçma olduğunu bilir, anlamsız geldiğini söyler ama buna rağmen bu davranışı yapmaktan kendini alıkoymaz. Bu tür hastalarda bu davranışlar var olan kaygıyı yatıştırmaya yardımcı olur. Tıpkı zorlantılarda olduğu gibi çoğu zaman deriye zarar verme davranışının ardından var olan kaygının yatıştığı görülür<sup>56</sup>. Bu hastalarda eşlik eden OKB belirtilerine bakmak gerekir<sup>57</sup>.

### 1. Deriye zarar verme davranışları

• Patolojik deri yolma, akne ekskoriye, nörotik ekskoriyasyonlar Patolojik deri yolma davranışında tekrarlayan deri yolmaları ve buna bağlı doku kaybı ortaya çıkmaktadır. Bu konuda yapılan analitik çalışmalarda derisini yakarak, keserek, yolarak vb zarar veren kişilerin bu davranışları üzerinde fazla düşünmedikleri, otomatik hareket ettikleri dikkati çekmektedir. Bakım veren ebeveyn çocuğu, dış dünyadan, düşmanlardan, tehlikelerden korumakla görevlidir. Bu bağlanma ile aynı zamanda çocuğun kendi duygularını düzenleme, kontrol etme mekanizması da gelişir<sup>58</sup>. Kendi bedenine zarar veren kişilerin bebeklikten itibaren bağlanma gösterdikleri ebeveynleri ile bağlanma tarzlarının da benzer şekilde acı veren ve sancılı bir şekilde olduğu belirtilmiştir<sup>59</sup>. Kendine zarar verme anında kişi disosiyasyon olmaktadır. Bu sırada iki farklı kendilik durumu vardır: birincisi zarar veren, eylemi uygulayan kendilik, ikincisi de zarar verilen kendiliktir<sup>60</sup>. Burada sadist ve masoşist bir aradadır, kişi kendini sadistten ayırmıştır, sadist ebeveynidir, kendisi masumdur, onu yapan kendisi değildir, yabancı biridir<sup>61</sup>. Hastaların çoğu olumsuz duyguları (anksiyete, gerilim, sıkılma gibi) takiben derilerini yolmakta, deri yolma sonrası sıkıntıda belirgin azalma olmakta ancak eylem sonrası suçluluk hissi artmaktadır<sup>59</sup>. Bu hastaların duygularını kontrol etmekte güçlük çektikleri dikkati çekmektedir ve kendine zarar verme davranışı duyguları kontrol altına almaya yardımcı olmaktadır<sup>62</sup>.

Patolojik deri yolma davranışı görülen kişilerde eşlik eden psikiyatrik hastalık oranı %38,3'dür. Trikotillomani (%36,7), kompulsif tırnak yeme (%26,7), depresyon (%16,7) ve obsesif kompulsif bozukluk (%15) en sık görülen ruhsal rahatsızlıklardandır<sup>63</sup>. Toplumda görülme oranı %2-5,4 arasındadır. Başlangıç yaşı genelde çocukluk ve genç yetişkinliktir (12,3 +/- 9,6).

Bu hastalık DSM IV'de impuls kontrol bozuklukları arasında sayılmakla beraber hastaların büyük kısmı obsesif kompulsif spektrum bozuklukları arasında yer alır. Hastalığın kliniği ve fenomenolojik olarak görünümü OKB ve TTM ye çok benzerdir<sup>64</sup>. Bu hastalarda deri yolma öncesi genelde anksiyete hissedilmekte ve deri yolma davranışı sonrası anksiyetenin ortadan kalktığı görülmektedir<sup>64</sup>.

Akne ekskoriyede de yine deri ile patolojik uğraş söz konusudur. Ergenler dış görünüşleriyle çok ilgilenirler ve akranlarının gözünde nasıl göründüklerine çok önem verirler. Görünüşlerinde bir kusur olması durumunda sosyal çekilmeye yatkındırlar ve bu onların yaşam tarzını olumsuz etkiler<sup>65</sup>. Aknenin sosyal ilişkilerine olumsuz yansması sadece ergenlikle kalmaz yetişkin yaşama kadar yansır<sup>66</sup>. Ergenlerin spor yapma, arkadaşlarıyla dışarıda yemeğe gitme, kız erkek ilişkisine girme gibi

sosyal eylemleri akne olması durumunda olumsuz etkilenmektedir<sup>67</sup>. Ağır akne vulgaris olanlarda ise akademik başarı düşmektedir<sup>66</sup>.

#### • Trikotillomani

Trikotillomani (TTM) dermatolojik anlamda kişinin kendi kıllarını yolmasıdır. Psikiyatrik tanımlamada ise trikotillomani diyebilme için kıl yolmanın yanında impulsivite eşlik etmelidir<sup>68</sup>. Hastalığın epidemiyolojisi, etyolojisi ve doğal öyküsü tam olarak bilinmemektedir. Kadın ve çocuklarda daha sıktır. Kadın erkek oranı 7/1'dir.

TTM tanı kriterleri ile ilgili görüş birliği sağlanamamıştır. Bazı araştırmacılar sadece saç ve kıl yolmayı tanı için yeterli kabul ederken DSM IV'de ise buna haz, gerginlik ve yolma sonrası rahatlamanın da eşlik etmesi gerektiğini savunur. Bu durumda sadece saç ve kıl yollar bu tanı kategorisinden dışlanmaktadır. Yine sanrısız bozukluk nedeniyle ya da disosiyatif bir süreçte saç, kıl yolan hastalar bu gruba girememektedir<sup>69,70</sup>.

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 edilecektir<sup>71</sup>.

TTM artık heterojen bir hastalık grubu olarak kabul edilmekte ve komorbidite oranının yüksek olduğu belirtilmektedir. En sık görülen psikiyatrik bozukluk obsesif kompulsif bozukluktur ve bazen DSM IV kriterlerini karşılamayabilir<sup>72</sup>. 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<sup>73</sup>.

TTM'nin klinik görüntüsü de heterojendir. DSM IV de anlatıldığı gibi gerginliğin hissedilmesi, kıl yolma ve sonrasında rahatlama bir grup hastada görülen bir durumdur. Bu grup hastalarda TTM belirtileri daha şiddetlidir ve yeti yitimi daha fazladır<sup>74</sup>. Bunun dışında gerginlik ve haz deneyimi olmaksızın kıllarını yolan ve bunu otomatik, ritüel olarak yapan bir başka hasta grubu daha vardır. Bir de gözden kaçan üçüncü grup hastalar kıllarını yolduklarını tamamen inkar edenlerden oluşur, bu hastalar kıllarını yolduklarının bilincinde değillerdir<sup>75,76</sup>. Olguların %43'ü kıllarını kendilerinin yolduğunu inkar ederler. Genelde saçların alın ve temporal bölgeleri, kaşlar, kirpikler, sakallar ya da pubik bölgelerdeki kıllar yolunmakta ve yolunan kıl emilip yutulabilmektedir<sup>77</sup>. Etkilenen bölgede kıllar değişik uzunluktadır. Hastaların %50'si başlangıçta alopesi areata ile karışmakta, kaş ve kirpik yolma da eklendiğinde trikotillomani olduğu anlaşılmaktadır<sup>78</sup>. Trikotillomani, derinin patoloji değerlendirilmesinde tanısız belirtiler gösteren nadir deri hastalıklarından biridir. Bu değişiklik trikomalasi olarak tanımlanır ve sadece trikotillomani hastalarında görülür. TTM hastalarında yüksek oranda anksiyete görülmektedir. Anksiyete şiddeti arttıkça TTM belirtilerinin de şiddetlendiği görülmektedir. Özellikle obsesif kompulsif belirtilerle TTM sıklıkla bir aradadır<sup>79</sup>.

- Onikotillomani ve Onikofaji

Tırnak yeme de sık görülen ve istenmeyen bir davranıştır. Bu anksiyeteyi azaltmak için kullanılan kompulsif bir davranış olarak saymak mümkündür<sup>80</sup>. Çocuk ve ergenlerde tırnak yeme yaygınlığı %14 dolayındadır. Onsekiz yaşından sonra sıklığı azalmaktadır. Tırnak yemeye eşlik eden anksiyete bozuklukları araştırıldığında bu hastaların %20'sinde ayrılma anksiyetesi sendromu ve %11'inde ise obsesif kompulsif bozukluk olduğu görülmüştür<sup>81</sup>. Etiyolojisi tam bilinmeyen bu hastalık ta obsesif spektrum bozuklukları arasında yer almaktadır. Anksiyete, stres, yalnızlık, diğer aile üyelerini taklit etmek, kalıtsallık, parmak emme davranışının dönüşümü ya da manikür yapılmamış tırnaklar bu belirtinin ortaya çıkmasına yol açıyor olabilir<sup>82</sup>.

## 2. Beden Dismorfik Bozukluğu

Eski adıyla "dismorfofobi" bugünkü yaygın deyiimiyle "beden dismorfik bozukluğu" ilk kez 1886'da Morselli tarafından tanımlanmıştır<sup>83,84</sup>. Beden dismorfik bozukluğu (BDB) obsesif kompulsif spektrum bozuklukları arasında sayılmaktadır. Hastalık temelde psikiyatrik olmakla beraber bu hastalar genelde dermatoloji, plastik cerrahi gibi psikiyatri dışı hekimlere başvururlar.

Normal toplumda BDB oranı %1-2 iken dermatoloji ve plastik cerrahide oran %2,9 ile 16 arasında değişmektedir<sup>85,86</sup>. Başlangıcı, genellikle erken ergenlikten 20'li yaşlara kadar uzanabilmektedir. Kadınlarda daha fazla görüldüğü bilinmekle birlikte, son zamanlarda yapılan araştırmalarda kadın erkek oranının yaklaşık olarak birbirine eşit olduğu saptanmıştır<sup>83,87</sup>. Hastalığın sıklıkla görüldüğü grup genelde hiç evlenmemiş, çalışmayan, çocuklukta ruhsal travma öyküsü olan, ailede benzer hastalığı olan, mükemmeliyetçi kişiliği olan kişilerdir<sup>88</sup>.

DSM IV'deki tanımlamasına göre BDB kişinin görünümde hayali ya da çok küçük bir kusur ile sıkıntı verici ve bozulmaya yol açacak düzeyde uğraşılmasıdır. Bu uğraş, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ve başka bir mental bozuklukla açıklanamaz (örn. anoreksia nervozadaki vücut biçimi ve ölçüleri ile ilgili hoşnutsuzluk)<sup>89</sup>. Hastalarda intihar riski normal topluma göre yüksektir<sup>83,87</sup>. Bu kişilerin hastalıklarına karşı içgörüsü genelde yoktur ve yarıya yakını sanırsaldır.

BDB'nin dermatolojide görülen formlarında hasta ter kokma, saçlarında incelleme, burnun büyük olması, yüzde leke ya da skar gibi yakınmalarla gelir. Gerçekte görünürde bu belirtiler olmamasına rağmen hasta bunun olduğuna ısrar eder ve sıklıkla çözüm bulabilmek için doktor doktor dolaşır. Bazı vakalar yansıtımalı yüzeylerden kaçarlar, rahatsız olduğu bölgeyi makyaajla veya giysiyle kapatmaya çalışırlar. Kişinin kaygıları zaman içinde artıp azalabilir. Ancak kişi bu süreçte tedavisiz bırakılırsa BDB kronikleşebilir<sup>87</sup>.

BDB'nin ne olduğu üzerine tartışmalar uzun yıllardır devam etmektedir. Bazı yazarlara göre dismorfofobi, bir fobi değildir ve bir psikiyatrik hastalık eşlik etmediği sürece bedenle takıntılı uğraşma anlamına gelmektedir. Bazı yazarlara göre de, beden bölgesi ile aşırı uğraş, bir psikiyatrik veya organik hastalığın belirtisi ya da bu rahatsızlıklara ikincil gelişen bir durumdur<sup>90</sup>.

Son zamanlarda, beden bir bölgesi ile uğraşın obsesif kompulsif bozukluk spektrumunda yer aldığı öne sürülmektedir<sup>84</sup>. Bu bağlamda, örneklemin geneli %31 oranında, bu takıntılı düşünceyi akıllarından atamadıkları, bu konuda evham geliştirdiklerini söylemişlerdir. Bu düşüncenin ne kadar zaman aldığı şeklindeki soruya örneklemin %26,8'i günde 1-2 saatten tüm güne yayıldığını ve %11'i yaşantılarında aksamalara neden olduğunu ifade etmiştir. Bir çalışmada, dismorfofobi tanısı almış bireylerin %59'unda depresif belirtiler saptanmış ve bu hastalarda depresyonun, BDB tanısı aldıktan ~1 yıl sonra ortaya çıkmış olduğu belirtilmiştir<sup>87</sup>. Diğer bir çalışmada BDB tanısı alan 28 kişinin psikopatolojik incelemesinde: 2 kişide şizofreni, 1 kişide intihar girişimi olduğu ve 2 kişinin de intihar ettiği görülmüştür. Fasyal belirtileri olan kadınlarda psikoz başlangıcı ve intihara eğilimin daha fazla olduğu saptanmıştır<sup>91</sup>. Çeşitli araştırmalarda depresyonun eşlik ettiği kişilerde BDB belirtilerinin şiddetinin daha fazla olduğu görülmüştür<sup>92,93</sup>. Buna karşın hastanın yaşı, cinsiyeti ve psikotik belirtiler ile BDB belirtiler arasında pozitif bir ilişki bulunmamıştır<sup>92</sup>.

Bu hastalarda BDB'ye eşlik eden ruhsal hastalıklar arasında depresyon ve anksiyete özellikle dikkatimizi çekmektedir<sup>84</sup>. BDB ye eşlik eden psikiyatrik hastalıklar arasında sosyal fobi, OKB, şizofreni ve kişilik bozukluğu gibi ruhsal bir rahatsızlık sayılabilir.

Bedensel kusurlarını düzeltirmek için tıbbi tedavilerin peşine düşen hastalar, genel olarak kozmetik hasta grubunu oluşturur. BDB tanısı alan bu hastaların, diğer kozmetik hastalarına göre daha sorunlu oldukları bilinmektedir<sup>83</sup>. Kozmetik amaçla dermatoloji merkezlerine başvuran hastalarda BDB görülme oranı bazı çalışmalarda %8-15 olarak bulunmuştu<sup>85</sup>. Ancak bu konuda yapılan kontrollü çalışmalar az sayıda ve sınırlıdır. Bu bağlamda kozmetik hasta grubu ile kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır<sup>95</sup>.

Anoreksiya nervroza (AN) ve bulimiya nervroza (BN) gibi yeme bozukluğu olan hastalarda beden imajı ile aşırı uğraş siktir. Yeme kusma atakları, aşırı laksatif kullanımı, aç kalma gibi belirtilere bağlı olarak yeme bozukluklarına eşlik eden dermatolojik bulgular da sıkça görülmektedir<sup>96,97</sup>. Bunlardan biri de bulimiklerde artan sıklıkta görülen aknelerdir<sup>98</sup>. Bu hastaların sosyal uyumunu bozmakta, beden imajlarında sorun ortaya çıkarmaktadır<sup>99</sup>.

## 2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) travmatik yaşam olayları sonucu gelişen bir anksiyete bozukluğudur. Her travmatik yaşantı TSSB oluşuma sebep olmaz. TSSB'den bahsedebilmek için bu yaşantının kişide korku, çaresizlik duygusu oluşturması, kişinin travma anını tekrar tekrar yaşantılaması, travmayı hatırlatan durum ve olaylardan kaçınması gerekir<sup>1</sup>. Savaş, işkence, doğal felaketler, cinsel ve fiziksel taciz, trafik kazaları bu tip travmatik yaşantılara örnek olarak verilebilir.

Dermatolojik hastalıklarla TSSB ilişkisi genelde çocukluk çağı travmalarıyla alakalıdır. Çocukluğunda cinsel ve fiziksel tacize uğrayan kişilerde yetişkinlikte kendine zarar verme davranışı sık görülmektedir<sup>97</sup>. Bu hastalarda eşlik eden alkol madde bağımlılığı olasılığı da yüksektir ve eğer kendine zarar verme



davranışı sırasında kişide disosiasyon oluyorsa kendileri de durumun farkında olmadığından dermatolojik tanı koymak güç olabilmektedir. TSSB sonrası görülebilecek bu tür kendine zarar verme davranışları arasında trikotillomani ve artefakt dermatiti sayılabilir<sup>97</sup>.

### 3. Sosyal Fobi

Fobi kelime anlamıyla belli bir nesne, durum ya da sonuçtan korkmak demektir. Sosyal fobi sosyal ortamlarda aşığılanmak, hayal kırıklığına uğramak, yanlış yapmak gibi korkular geliştirirler. Bu korkunun sonucunda sosyal ortamlara girmek, konuşma yapmak, yeni birileriyle tanışmak istemezler, sosyal aktivitelerden kaçınırlar. Normal toplumda görülme oranları %3-13 arasında değişir<sup>1</sup>. Dermatolojik hastaların çoğunda sosyal ortamlarda psikolojik stres, 1/3'ünde ise psikiyatrik eştani görülmüştür<sup>100</sup>.

Fiziksel kusuru olan kişilerde sosyal ortamlarda reddedilme kaygısı yüksektir<sup>101</sup>. Bu hastalarda gerçek stigmadan ziyade kişilerin stigma beklentisi artmaktadır. Örneğin vitiligo ve psoriasis hastalarında toplumsal reddedilme beklentisi kişinin yaşam kalitesini çok olumsuz etkilemektedir<sup>102,103</sup>. Psoriasis gibi görülen deri lezyonu olan hastalarda sosyal ortamlardan kaçınma, yeni insanlarla sosyal ilişkilere girmekten kaçınma sıklıkla görülmektedir<sup>104</sup>. Yine çocukluk tıbbi öykülerinde psoriasis gibi görülen deri lezyonu olanların yetişkinlikte sosyal fobi görülme olasılığının arttığı belirtilmektedir<sup>102</sup>. Vitiligo hastalarında benzer şekilde kozmetik kusur olması özgüveni azaltmakta, stres, hayal kırıklığı, sosyal ve cinsel kontakten kaçınmaya yol açmaktadır<sup>105,106</sup>. Psoriasis hastalarında görülen sosyal anksiyetenin depresyon ve aleksitimi ile yakın ilişkili bulunmuş ve bu hastaların duygularını ifade etmekte zorluk çektiği gözlenmiştir<sup>107</sup>. Bu hastalarda sosyal anksiyete belirtileri ve duygularını nasıl düzenleyecekleri konusunda terapi yapılması hastaların yaşam kalitesini artıracaktır.

Sonuç olarak dermatoloji ve psikiyatri birlikte değişik formlarda sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Gerek birincil gerekse ikincil olarak bu iki grup hastalık birbirine eşlik edebilmektedir. Bu nedenle dermatoloji hastalarında biyopsikososyal yaklaşımın bütüncül olarak uygulanması hastaların dermatolojik ve psikiyatrik sorunlarının ortak olarak tanımlanması ve başarılı bir tedavi planı yapılabilmesi açısından önem arz etmektedir<sup>108</sup>.

### Kaynaklar

1. Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA: Clinical management in psychodermatology. Berlin, Springer-Verlag Berlin Heidelberg sf:123-30.
2. Öztürk MO, Uluşahin A: Duygudurum bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Cilt I, Nova Danışmanlık, Yayıncılık, Ankara. 2008;337-427.
3. Sadock BJ, Sadock VA: Mood disorders. In Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 10.th ed. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. 2007;527-78.
4. Mutasim DF, Adams BB: The psychiatric profile of patients with psychogenic excoriation. J Am Acad Dermatol 2009;61:611-3.
5. Sharma V, Corpse C: Lithium treatment of trichotillomania with comorbid bipolar II disorder. Arch Womens Ment Health. 2008;11:305-6.
6. Hamiel D, Yoffe A, Roe D: Trichotillomania and the mourning process: a case report and review of the psychodynamics. Isr J Psychiatry Relat Sci 36:192-9; discussion 200-2.
7. Jafferany M: Lithium and psoriasis: what primary care and family physicians should know. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2008;10:435-9.
8. Gupta AK, Knowles SR, Gupta MA, Jaunkalns R, Shear NH: Lithium therapy associated with hidradenitis suppurativa: case report and a review of the dermatologic side effects of lithium. J Am Acad Dermatol 1995;32:382-6.
9. Aithal V, Appaih P: Lithium induced hidradenitis suppurativa and acne conglobata. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2004;70:307-9.
10. Varghese SP, Haith LR, Patton ML, Guilday RE, Ackerman BH: Lamotrigine-induced toxic epidermal necrolysis in three patients treated for bipolar disorder. Pharmacotherapy 2006;26:699-704.
11. Chang CC, Shiah IS, Chang HA, Huang SY: Toxic epidermal necrolysis with combination lamotrigine and valproate in bipolar disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2006;30:147-50.
12. Czajkowski R, Weiss-Rostkowska V, Wankiewicz A, Drewa T, Placcek W, Biedka M et al: Stevens-Johnson syndrome induced by carbamazepine. Acta Pol Pharm 2007;64:89-92.
13. Kocak S, Girgin SA, Gul M, Cander B, Kaya H, Kaya E: Stevens-Johnson syndrome due to concomitant use of lamotrigine and valproic acid. Am J Clin Dermatol 2007;8:107-11.
14. Mercke Y, Sheng H, Khan T, Lippmann S: Hair loss in psychopharmacology. Ann Clin Psychiatry 2000;12:35-42.
15. Gerstner T, Lipinski C, Longin E, König S: Valproate-induced change in hair color. J Am Acad Dermatol 2008;58:63-4.
16. Wilting I, van Laarhoven JH, de Koning-Verest IF, Egberts AC: Valproic acid-induced hair-texture changes in a white woman. Epilepsia 2007;48:400-1.
17. Gupta MA, Gupta AK: Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. Am J Clin Dermatol 2003;4:833-42.
18. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Melchi CF, Pasquini P: Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatological out-patients. J Eur Acad Dermatol Venereol 2003;17:155-9.
19. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19.
20. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry 1992;14:237-47.
21. Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M et al: One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. Arch Gen Psychiatry 1988;45:977-86.
22. Picardi A, Abeni D, Mazzotti E, Fassone G, Lega I, Ramieri L et al: Screening for psychiatric disorders in patients with skin diseases: a performance study of the 12-item General Health Questionnaire. J Psychosom Res 2004;57:219-23.
23. Picardi A, Amerio P, Baliva G, Barbieri C, Teofoli P, Bolli S et al: Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients. Acta Derm Venereol 2004;84:213-7.
24. Arnon D, Cohen, Andr'e Ofek-Shlomai, Daniel A: Vardy, Zeev Weiner, Pesach Shvartzman Depression in dermatological patients identified by the Mini International Neuropsychiatric Interview questionnaire. Journal of the American Academy of Dermatology 2006;54:94-9.
25. Sampogna F, Picardi A, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Masini C et al: Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological conditions. Psychosom Med 2004;66:620-4.
26. Gupta MA: Psychiatric comorbidity in dermatological disorders (eds). Walker C, Papadopoulos L. In Psychodermatology, Oxford University Press, New York, 2005;30-4.
27. R. Fried, M. Gupta, A. Gupta: Depression and Skin Disease Dermatologic Clinics, 2005;23:657-64.
28. Stahl SM, Essential Psychopharmacology, Neuroscientific Basis and Practical Applications. Cambridge University Press, UK, 2000; 135-98.
29. Duman RS: Introduction: theories of depression from monoamines to neuroplasticity. In Olei JP, Costa E Silva JA, Macher JP (ed). Neuroplasticity: A New Approach to the Pathology of Depression. Current Medicine Group, London, 2004;6-10.

30. Gershon ES, Hamovit J, Guroff I: A familial study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. *Arc Gen Psychiatry* 1982;39:1157-67.
31. Preskorn SH. Outpatient management of depression. *Wichita: Professional communications*, 1994;28.
32. Krueger DW: *Body Self and Psychological Self*. New York: Brunner/Mazel, 1989:3-31.
33. Heim C, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB: The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology* 2008;33:693-710.
34. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*, American Psychiatric Association, Washington (DC) (1994).
35. Kırılı S: Depresyon. *Bursa Psikiyatri ve Sanat Yayınevi*, 2002;46-8.
36. Andreasen NC, Black DW: *Introductory textbook of Psychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Publishing 2001, 303-304.
37. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Neurotic excoriations: a review and some new perspectives. *Compr Psychiatry* 1986;27:381-6.
38. Gupta MA, Gupta AK. *Psychocutaneous Medicine*. Ed. Koo JYM, Lee CS. Marcel Dekker AG, NY, 2003;233-49.
39. Margueling AL, Zane LT. Depression and suicidal behavior in acne patients treated with isotretinoin: a systematic review. *Semin Cutan Med Surg*. 2007 Dec;26(4):210-20.
40. Cimilli C. Kortikosteroidler ve Davranış. *PsychoMed* 1996;2:5-12.
41. Gupta MA, Gupta AK, Wateel GN, Wateel GN: Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychological morbidity: an index of the stigma experience in dermatological disorders. *Cutis* 1998;61:339-44.
42. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN: Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Medicine* 1994, 56:36-40.
43. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, Weiner HK, Mace TM, Shork NJ et al: Pruritus in psoriasis: a prospective study of some psychiatric and dermatological correlates. *Arch Dermatol* 1988;124:1052-7.
44. Gupta MA, Gupta AK. Depression and social ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139:846-50.
45. Colon EA, Popkin MK, Callies AL, Dessert NJ: Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry* 1991;32:245-51.
46. Koo JM, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994;33:849-50.
47. Sadock BJ, Sadock VA: *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 10th Edition. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins, 2007; 579-627.
48. Freud, A: *The ego and the mechanism of defence*. The writings of Anna Freud, (Vol. II), New York: International Universities Press, 1966, USA.
49. Hettrema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS: The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:182-9.
50. Charney DS: *Anxiety Disorders: Introduction and overview*. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th Edition. Ed. Sadock BJ, Sadock VA. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2005;1718.
51. Woodruff PWR, Higgins EM, Vivier AWP, Wessely S: Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic 1997. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:29-35.
52. Vargas Laguna E, Peña Payero ML, Vargas Márquez A: Influence of anxiety in diverse cutaneous diseases. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97:637-43.
53. Koo JY, Smith LL: Obsessive-compulsive disorders in the pediatric dermatology practice. *Pediatr Dermatol* 1991;8:107-13.
54. Fineberg NA, O'Doherty C, Rajagopal S, Reddy K, Banks A, Gale TM: How common is obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. *J Clin Psychiatry* 2003;64:152-5.
55. Demet MM, Deveci A, Taskin EO, Ermertcan AT, Yurtsever F, Deniz F et al: Obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:426-30.
56. Simeon D, Stein DJ, Hollander E: Depersonalization disorder and self injurious behaviour. *J Clin Psychiatry* 1995;56:36-9.
57. Lipinski JF: Clomipramine in the treatment of self mutilating behaviours. *N Eng J Med* 1991;324:1441.
58. Hofer, M: Hidden regulators: Implications for a new understanding of attachment, separation, and loss. *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* In Ed. Goldberg S, Muir R, Kerr J. Hillsdale, NJ: The Analytic Press 1995;203-30.
59. Farber, S: When the body is the target: Self-harm, pain, and traumatic attachments. *Northvale, NJ: Jason Aronson* 2000.
60. Sachs, A: The many acts of self-harm: An act of multiplicity and dissociation. *Child Mental Clin Soc Work J* 2008;36:63-72.
61. Bromberg, P: *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ/London: The Analytic Press 1998.
62. Snorrason I, Smári J, Olafsson RP: Emotion regulation in pathological skin picking: Findings from a non-treatment seeking sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010 Feb 6. [Epub ahead of print].
63. Odlaug BL, Grant JE: Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:61-6.
64. Grant JE, Odlaug BL: Update on pathological skin picking. *Curr Psychiatry Rep* 2009;11:283-8.
65. Panconesi E, Cossidente A, Giorgini S: A psychosomatic approach to dermatologic cosmetology. *Int J Dermatol* 1983;22:449-54.
66. Jowett S, Ryan T: Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Soc Sci Med* 1985;20:425-9.
67. Motley RJ, Finlay AY: How much disability is caused by acne? *Clin Exp Dermatol* 1989;14:194-8.
68. Stein DJ, Mullen L, Islam MN, Cohen L, DeCaria CM, Hollander E: Compulsive and impulsive symptomatology in trichotillomania. *Psychopathology* 1995;28:208-13.
69. Stanley MA, Swann AC, Bowers TC: A comparison of clinical features in trichotillomania and obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1992;30:39-44.
70. 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.
71. Hollander E, Kim S, Braun A, Simeon D, Zohar: Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry Res* 2009;30:170.
72. McElroy SL, Phillips KA, Keck P: Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55:33-53.
73. Corso KA, McGeary DD: Trichotillomania and post-traumatic stress disorder: a case study. *Mil Med* 2008;173:1136-41.
74. Lochner C, Seedat S, Stein DJ: Chronic hair-pulling: phenomenology-based subtypes. *J Anxiety Disord* 2010;24:196-202.
75. Mercan S, Altunay IK: Treatment of Trichotillomania. *Research and Clinical Applications in Psychosomatic Dermatology Congress Book, Venice, 2009:40-1*.
76. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE: Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry* 1991;148:365-70.
77. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF: The self inflicted dermatoses: a critical review. *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:45-52.
78. Muller SA, Winkelmann RK: Trichotillomania: a clinicopathologic study of 24 cases. *Arch Dermatol* 1972;105:535-40.
79. Neal-Barnett A, Flessner C, Franklin ME, Woods DW, Keuthen NJ, Stein DJ: Ethnic differences in trichotillomania: Phenomenology, interference, impairment, and treatment efficacy. *Anxiety Disord* 2010 Mar 31. [Epub ahead of print]
80. Pacan P, Grzesiak M, Reich A, Szepletowski JC: Onychophagia as a spectrum of obsessive compulsive disorders. *Acta Derm Venereol* 2009;89:278-80.
81. Ghanizadeh A. Association of nail biting and psychiatric disorders in children and their parents in a psychiatrically referred sample of children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008;2:13.
82. Tanaka OM, Vitral RW, Tanaka GY, Guerrero AP, Camargo ES: Nailbiting, or onychophagia: a special habit. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008;134:305-8.
83. Köşlülü A, Altunay İK: Deri ile ilgili Vücut İmaj Bozuklukları ve Dis-morfofobi. *Dermatolojide gelişmeler-3*. Ed: Oğuz O, Serdaroğlu S. Doyuran matbaası İstanbul, 1998:151-8.
84. Vargel S, Ulusahin A: Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plastic Surgery* 2001;25:474-8.
85. Wilson JB, Arpey CJ: Body dysmorphic disorder: suggestions for detection and treatment in a surgical dermatology practice. *Dermatol Surg* 2004;30:1391-9.



86. Conrado LA: Body dysmorphic disorder in dermatology: diagnosis, epidemiology and clinical aspects. *An Bras Dermatol* 2009;84:569-81.
87. Cotterill JA: Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin* 1996;14:457-63.
88. Veale D: Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J* 2004;80:67-71.
89. Anderson RC: Body dysmorphic disorder: recognition and treatment. *Plast Surg Nurs* 2003;23:125-8.
90. Koblenzer CS: The dysmorphic syndrome. *Arch Dermatol* 1985;121:780-4.
91. Cotterill JA: Dermatological non-disease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image. *Br J Dermatol* 1981;104:611-9.
92. Oosthuizen P, Lambert T, Castle DJ: Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Austr N Zeal J Psychiatry* 1998;32:129.
93. Kaymak Y, Taner E, Simşek I: Body dysmorphic disorder in university students with skin diseases compared with healthy controls. *Acta Derm Venereol* 2009;89:281-4.
94. Grant JE, Phillips KA: Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2005;17:205-10.
95. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC: Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:436-41.
96. Gupta MA, Johnson AM, Gupta AK: The development of acne quality of life scale: reliability, validity and relation to subjective acne severity in mild to moderate acne vulgaris. *Acta Derm Venereol* 1998;78: 451-6.
97. Gupta MA, Gupta AK, Chandarana PC, Johnson AM: Dissociative symptoms and self induced dermatoses: a preliminary empirical study. *Psychosom Med* 2000;62:116.
98. Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Voorhees JJ: Bulimia Nervosa and acne may be related: a case report. *Can J Psychiatry* 2000;37:58-61.
99. Walker C, Papadopoulos L: *Psychodermatology*. Cambridge Press, New York 2005;29-39.
100. Picardi A, Porcelli P, Pasquini P, Fassone G, Mazzotti E, Lega I, Ramieri L, Sagoni E, Abeni D, Tiago A, Fava GA: Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients. *Psychosomatics* 2006;47:122-8.
101. Wittkowski A, Richards HL, Griffiths CE, Main CJ: The impact of psychological and clinical factors on quality of life in individuals with atopic dermatitis. *Psychosom Res* 2004;57:195-200.
102. Kent G, al-Abadie M: Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. *Clin Exp Dermatol* 1996;21:330-3.
103. Leary MR, Rapp SR, Herbst KC, Exum ML, Feldman SR: Interpersonal concerns and psychological difficulties of psoriasis patients: effects of disease severity and fear of negative evaluation. *Health Psychol* 1998;17:530-6.
104. Bessell A, Moss TP: Evaluating the effectiveness of psychosocial interventions for individuals with visible differences: a systematic review of the empirical literature. *Body Image* 2007;4:227-38.
105. Mason PJ: Vitiligo: the psychosocial effects. *Medsurg Nurs* 1997;6: 216-8.
106. Porter JR, Beuf AH, Lerner AB: The effect of vitiligo on sexual relationships. *J Am Acad Dermatol* 1990;22:221-2.
107. Evren B, Evren C: Relationship Between Alexithymia and Social Anxiety in Female Outpatients with Dermatological Disorder Presenting for Psychiatric Consultation. *J Clin Psychology in Medical Settings* 2007;14:258-65.
108. Mercan S, Altunay IK: Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Derg* 2006;17:305-13.