

Dermatitis Artefakta'nın Psikiyatrik Yönleri

PSYCHIATRIC ASPECTS OF DERMATITIS ARTEFACTA

Gökay AKSARAY*, Cem KAPTANOGLU**

* Yrd.Doç.Dr.,Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,

** Doç.Dr.,Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, ESKİŞEHİR

Özet

Dermatitis artefakta, hastanın bilinçli olarak yaptığı, çok çeşitli görünümde olabilen deri lezyonları olarak tanımlanır. Bu yazıda dermatitis artefakta, psikiyatrik yönleriyle ele alınarak, konsültasyon-liyezon yaklaşımı gözden geçirildi.

Anahtar Kelimeler: Dermatitis artefakta,
Yapay bozukluklar, Liyezon yaklaşımı

T Klin Dermatoloji 1999, 9:193-196

Dermatitis artefakta; hastanın kendi kendine yaptığı, çeşitli morfolojik özelliklere sahip deri lezyonlarının olduğu yapay bozukluktur. Hastalar lezyonları kendilerinin yaptığını genellikle inkar ederler. Ruhsal sorunların neden olduğu dermatitis artefaktanm tedavisinde; dermatoloji-psikiyatri liyezon ortamında kurulan işbirliği önem taşır. Bu yazıda; dermatitis artefaktanm psikiyatrik yönleri sunularak, tedavi yaklaşımları ele alınmıştır.

Tanı

Hastanın kendi derisinde kesme, delme, yolma, sıkıştırma, çimdikleme, vurma, enjeksiyon ve benzeri eylemlerle, bilinçli olarak yaptığı yıkımlar sonucu aniden ortaya çıkan lezyonlarla karakterize yapay bozukluktur (1,2). Hastanın belirti ve bulguları üç farklı düzeyde bilinçli olarak oluşturulur. Bunlar; anemnezdeki yapay kurgu, yakınmaların

Geliş Tarihi: 25.05.1998

Yazışma Adresi: Dr.Gökay AKSARAY
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri AD, Meşelik, ESKİŞEHİR

T Kim J Dermatol 1999, 9

Summary

Dermatitis artefacto is a term used to describe cutaneous lesions with wide-ranging morphologic features that are wholly self-inflicted. Clinical reports and critical/ theoretical papers were reviewed on the psychiatric aspects of dermatitis artefacto. This article discusses the place of psychiatric liaison-consultation.

Key Words: Dermatitis artefacta,
Factitious disorders, Liaison approach

T Klin J Dermatol 1999, 9:193-196

yapay içeriği ve klinik tablonun yapay olarak oluşturulmasıdır (3). Yapay deri lezyonları, disosiyatif durumlarda nadiren bilinçdışı olarak da oluşturulabilmektedir (4,5). Lezyonlar, genellikle dominant elin kolay erişebildiği bölgelerdedir (6). Keskin sınırlı geometrik şekiller veya düzensiz, garip, özgün deri hastalıklarında görülen lezyonlara uymayan görüntüler yaparlar (2). Her zaman olmakla birlikte, hastalar lezyonlarına aldırılmazlık içindedir. Erken tanı; gereksiz cerrahi girişimleri ve hastalığın kronikleşmesini önlemede önem taşır.

Ayırıcı Tanı

Dermatitis Artefaktanm; kişinin kendi kendine yaptığı diğer psikokütan dermatozlar'dan (nörotik ekskoryasyon, trikotilomani, dismorfik bozukluk, infestasyon delüsyonları) ayırıcı tanısı yapılmalıdır (7-9). Diğer psikokütan dermatozlarda, hastalar, derilerini travmatize ettiklerini kabul ederler. Somatoform bozukluklar'da psikolojik etkenler nedeniyle gelişen fiziksel belirtiler, bedensel yakınmalar ve işlev bozukluğu vardır. Ancak belirtilerin oluşumu bilinçdışıdır. Malingering'de (temaruz) de belirtilerin oluşumu biliclidir. Ancak belirtilerin

oluşmasında hastanın açık, belirgin bir ikincil kazancı vardır.

Epidemiyoloji

Belirtilerin başlangıç yaşı geniş bir dağılım göstererek 9-73 yaşlan arası olabilmektedir. Dermatitis Artefakta kadınlarda daha sık görülür (10). Kadın/erkek görülme oranı 3/1-8/1 arasında değişmektedir (11,12). Dermatoloji kliniklerinde görülme oram %0.05-0.5 arasında değişmektedir (13). Woodruff ve ark., psikiyatri kliniğine danışılan dermatoloji hastalarının %0.7'sinin dermatitis artefakta tanısı aldığını belirtmektedir (14).

Etyoloji

Altta yatan psikopatolojiler; psikoz, mental retardasyon, otizim, borderline ve narsistik kişilik bozuklukları olarak belirtilmiştir (15-17). Etyolojide tek bir neden yoktur. Predispozan etkenler; çocukluk ve gençlik döneminde yoğun tıbbi tedavi görme ya da uzun süre hastanede kalma, daha önce uygulanan yanlış tedaviler nedeniyle sağlık personeline öfke duyma, kişisel veya mesleki olarak sağlık personeline özel ilgi duyulması, ayrılıklar, yoksulluk, sosyal izolasyonun artması (özellikle yaşlılık), evlilik sorunları, aile içi şiddet ve cinsel kötüye kullanım olarak belirtilmiştir (3, 4).

Hastalığın psikodinamiği; bağımlılık ve mazoistik ihtiyaçların karşılanması, erken döneme ait terk edilme ve bu travmayı alt etmeye yönelik tekrarlar olarak tanımlanmıştır. Yapay bozukluklara yönelik bir diğer psikodinamik açıklama da; belirtilerin, yetersizlik duygusuyla ya da duyguların doğrudan ifadesinin baskılanmasıyla ortaya çıktığı yönündedir. Yapay bozukluklarda belirtiler; öfkenin bir ifadesi olarak da ortaya çıkmaktadır. Hekim bu duygunun daimi bir objesi olmaktadır. Hasta, "hasta rolü" ile hekimin dikkatini geçici olarak yönetirken, eş zamanlı olarak gücüne eriştiği hekimi kontrol etmeye çalışmaktadır. Aynı anda hekimi hem yüceltir, hemde değersizleştirir. Bu yönüyle dennatitıs artefakta hastası, borderline hastanın savunma düzeneklerine benzer düzenekler kullanmaktadır.

Moffaert, yapay bozuklukta psikopatolojinin farklı bileşenleri olduğunu belirtmektedir. Bunları; somatizasyon ve taklit etme davranışının yanı sıra kendine zarar verici (=self-dekstrüktif) eğilim-

lerdir(12). Nitekim bu hastaların öykülerinde; çok sayıda hastaneye yatış, kazalar ve gereksiz cerrahı girişimlerin olduğu saptanmıştır. Hastanın bedeninin bir bölümüne zarar vermesi "fokal suisid" yada "maskeli suisidal davranış" olarak nitelenmektedir (11). Haenel ve ark. yaptığı bir çalışmada 55 dermatitis artefakta olgusunun 14'ünde(%25.4) intihar girişimi öyküsü olduğunu bildirmektedir (11). Bazı yazarlar ise; dennatitıs artefaktanm, immatür kişilik zemininde ortaya çıkan bir "yardım çılgılığı" olduğunu belirtmektedir (11,18).

Seyir ve Prognoz

Seyir ve prognoz, değişkenlik gösterir. Altta yatan psikiyatrik bozuklukla yakından ilişkilidir. Kimi olgularda psikiyatrik tedavinin başlangıcında iyilik gözlenirken, kimi olgularda hastalık yıllarca sürüp gider (8). Ciltte zamanla malign değişikliklerin geliştiği kronik olgular da vardır (19). Sneddon ve Sneddon, bu hastaların %5'inde anoreksiya nervoza, %9'unda da depresif bozukluk geliştiğini bildirmektedir (20). Prognoz gençlerde daha iyidir 2).

Tedavi

Tedavide öncelikle, güvene dayalı terapötik ilişkinin kurulması, olası stresörlerin tanımlanması ve yaşamsal krizlerin sorgulanması önemlidir. Birçok olguda hastalık, zorlu yaşam dönemlerinde gelişir. Dermatitis artefakta olan çocukların %60'mda okul ile ilişkili sorunlar olduğu bildirilmiştir (18). Genç ve yetişkin hastalarda ise en yaygın sorun alanları; aile, evlilik, cinsel ve iş ile ilgili olanlardır. Hastalık, kaza veya yas; olgularda gözlenebilen yaşamsal krizlerdir. Olumsuz yaşam olaylarının etkilerinin azaltılması, iyileşmeyi hızlandırır (10). Örneğin, bir çocuk hastanın okulunun değiştirilmesi, ya da sosyal izolasyonu olan bir yaşlı hastanın sosyal desteklerinin harekete geçirilmesi gibi çevresel koşulların düzeltilmesi, iyileşmeyi kolaylaştırır.

Nadelson, doğrudan yüzleştirme inn (konfrantasyon) tedavide etkili (16). Birçok yazar ise; lezyonların kendisi tarafından yapıldığı yönünde tartışmalardan kaçman, destekleyici ve empatik yaklaşımı önermektedir (5,12,18,21). Psikoterapinin erken döneminde yapılacak olan yüzleştirme, hastanın terapötik bağı

kopararak bir başka hekim aramasına neden olacaktır. Moffaert, erken dönemde yüzleştirmeden kaçınıldığında, prognozun daha iyi olduğunu belirtmiştir (22).

İçgörü-yönelimli psikoterapinin de etkili olabileceği ileri sürülmektedir (5,8). Gevşeme egzersizleri ya da kısa süreli anksiyolitik, antidepresan ilaç kullanımı, hastaya yardımcı olabilecek diğer yaklaşımlardır.

Liyezon Yaklaşımı

Dermatitis artefaktada hastaların deri lezyonlarını yapay olarak oluşturmaları, sağlık personelinde olumsuz duygular uyandırır. Dermatitis artefakta tanısı alan hastalar özellikle sağlık personelinin öfke hislerine duyarlıdır. Böyle durumlarda, hastalar, kendilerini yaralayıcı davranışları tekrar başlatarak tepki gösterirler. Dermatologun; dermatoloji servisinde çalışan, hemşire ve diğer personele kendini yaralayan hastanın bu özellikleri hakkında bilgi vermesi gerekir.

Dermatitis artefakta da lezyonlar çeşitlilik gösterir. Bu çeşitlilik, tanıyı zorlaştırırsa da dermatologların karşılaştıkları asıl güçlük, dermatitis artefakta hastalarının tedavisi sırasında ruhsal sorunlarla ilgili yaklaşımlarının nasıl olacağıdır. Dermatolog, dermatitis artefaktanın hem tanı ve hem de tedavisinde, hastanın ambivalan tutumlarıyla ilgilenir. Çünkü hasta, hem dermatologdan iyileştirmesini istemektedir hem de lezyonları kendisi bilinçli olarak yapıyordur. Bunun farkındadır ancak neden yaptığının farkında değildir. Kendini yaralayıcı bu davranışların nedenleri bilinçdışıdır. Dermatologun, güven ilişkisini bozabilecek kurnazca, tuzak sorular sormaktan kaçınması gerekir. Dermatitis artefakta tedavisinde belirtileri giderme saplantısıyla zorlayıcı bir tutum alınmamalıdır. Deri lezyonlarının hızla iyileşmesi beklentisi, hastayı tedirgin edebilir. Hasta, yakınmalarının bedensel bir hastalık olduğuna hekimin inanmasını ister. Somatik problemleri ile psikiyatrik tedavisi arasında köprü kurmada zamana ihtiyacı vardır. Hasta, gazlı bezle kapama uygulamasında iken sessizce tedavideki sınırı kabul eder. Bu paliyatif yaklaşımlar sırasında dermatolog güvenli ve empatik bir ilişki kurmalıdır. Böylece hastanın öfke, gücenme ve hayal kırıklıklarının açığa çıkmasını, söze dökülmesini kolaylaştırır. Sağlık personeli oklüzif

bandaj uygulanırken, bandajın kendini yaralayıcı (automutilating) davranışları önleme anlamına geldiği yönündeki imalardan kaçınmalıdır. Bandaj kaldırıldığında, lezyonlardaki iyileşme hastanın lezyonları bilinçli olarak yaptığının kanıtı gibi yorumlanmamalıdır.

Dermatitis artefakta tanısı alan hastalar için psikiyatrik danışmanlık gerekmektedir. Ancak bu danışmanlığı hasta; inanılmama, güvenilmeme olarak yorumlayabileceğinden, dikkatli yaklaşımda bulunmak gerekir. Konsültasyon süresince hastalar; ikinci, doktorlara meydan okuyan, açıkça öfkeli-saldırgan ya da tam tersine aşırı kabullenici olurlar. Psikiyatrist; ekibe, hastalığın doğasını ve dinamiklerini açıklamalı, ekib üyeleri ile endişelerini, engellenmelerini(frustration) ve öfkelerini tartışmalı, tedavi ekibine yönelik hastanın kullanacağı bölme(splitting) savunma düzeneği konusunda onları bilgilendirmeli ve hastanın erken dönemde lezyonların oluşumuyla ilgili olarak yüzleştirilmemesi gerektiğini anlatmalıdır (3,23). Psikiyatrist, hem hasta hem de tedavi ekibi için örseleyici olabilecek gerilimlerin gelişmesini önlemelidir. Moffaert, yapay bozukluğu olan hastaların psikiyatrik ortamlar yerine, liyezon psikiyatrisi desteğiyle genel hastane ortamlarında tedavisini önermektedir (24).

Sonuç olarak; dermatitis artefaktada etkin tedavi, liyezon yaklaşımı ile elde edilir. Özellikle erken dönemde yüzleştirmeden kaçınma, güvene dayalı hekim-hasta ilişkisi önemlidir.

KAYNAKLAR-

1. Cotterill JA, Millard LG. Psychocutaneous disorders. In: Champion RH, Burton JL, Bums DA, Breathnach SM, eds. Textbook of dermatology, 6th ed. Oxford: Blackwell Science, Inc. 1998: 2785-813.
2. Aydemir EH. Nörotik ekskoriyasyon ve artefakt dermatitleri. In: Oğuz O, Serdaroglu S, eds. Dermatolojide Gelişmeler. İstanbul: Doyuran Matbaası, 1998: 143-9.
3. Hengeveld MW. Factitious disorders: what can the psychiatrist do? In: Hawton K and Cowen P, eds. Practical problems in clinical psychiatry. New York: Oxford University Press Inc. 1992: 118-29.
4. Gupta MA, Gupta AK. Dermatitis artefacta and sexual abuse. In J Dermatol 1993; 11: 825-6.
5. Koblenzer CS. Cutaneous manifestations of psychiatric disease that commonly present to the dermatologist-diagnosis and treatment. Int'l J Psychiatry in Medicine 1992; 22(1): 47-63.

6. Sener S, Peksan Y. Dermatitıs artefakta. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi 1993; 1: 56-63.
7. Ta^kapan O, Ozangiic N. Dermatitıs artefakta.T Klin Dermatoloji 1994; 4:53-5.
8. Doran AR, Roy A, Wolkowitz OM. Self-destructive dermatoses. Psychiatr Clin North Am 1985; 8: 291-8.
9. Wang CK, Lee JYY. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis complicated by self-inflicted skin ulceration, skull defect and brain abscess. Br J Dermatol 1997; 137: 299-302.
10. Sheppard NP, O'loughlin S, Malone JP. Psychogenic skin disease: A review of 35 cases. Br J Psychiatry 1986; 149: 636-43.
11. Haenel T, Rauchfleisch U, Schuppli R, Bategay R. The psychiatric significance of dermatitıs artefacta. Eur Arch Psychiatr Neurol Sci 1984; 234: 38-41.
12. Moffaert MV. Localization of Self-inflicted Dermatological Lesions: What do They Tell the Dermatologist? Acta Derm Venereol (Stockh) 1991;156 (suppl.) 23-7.
13. Gieler U. Factitious disease in the field of dermatology. Psychother Psychosom 1994; 62: 48-55.
- U. Woodruff PWR, Higgins EM, du Vivier AWP, Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. General Hospital Psychiatry 1997; 19: 29-35.
15. Koo JY. Skin disorders. In: Kaplan HI and Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995: 1528-38.
16. Nadelson T. The false patient: chronic factitious disease, Munchausen's syndrome, and malingering. In: Michels R. eds. Psychiatry. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1990: 1-11.
- n. Moffaert MV. Psychodermatology: an overview. Psychother Psychosom 1992; 58: 125-36.
18. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. The self-inflicted dermatoses: a critical review. Gen Hosp Psychiatry 1987; 9: 45-52.
19. Alcolado JC, Ray K, Baxter M, Edwards CW, Dodson PM. Malignant change in dermatitıs artefacta. Postgrad Med J 1993; 69: 648-50.
20. Sneddon I, Sneddon J. Self-inflicted injury: a follow-up study of 43 patients. Br Med J 1975; 3: 527-30.
21. Aksaray G, Kaptanođlu C. Dermatitıs artefakta: iki olgu sunumu. 3P Dergisi 1998; 6(3):220-3.
22. Moffaert MV. Self-mutilation: diagnosis and practical treatment. Int'l J Psychiatry in Medicine 1990; 20: 373-82.
23. Herzberg J. Self-excoriation by young women(letter). Am J Psychiatry 1977; 134: 320-1.
24. Moffaert MV. Integration of medical and psychiatric management in self-mutilation. Gen Hosp Psychiatry 1991; 13: 59-67.