

# Artefakt Dermatiti: Üç Olgu Sunumu ve Tanısal Sorunların İrdelenmesi

## Dermatitis Artefacta: Three Case Report and the Evaluation of Diagnostic Problems: Case Report

Dr. İlteriş Oğuz TOPAL,<sup>a</sup>  
Dr. İlnur KIVANÇ ALTUNAY,<sup>a</sup>  
Dr. Sibel MERCAN,<sup>b</sup>  
Dr. Adem KÖŞLÜ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatoloji Kliniği,  
<sup>b</sup>Psikiyatri Kliniği,  
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İSTANBUL

Geliş Tarihi/Received: 10.10.2007  
Kabul Tarihi/Accepted: 27.12.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. İlteriş Oğuz TOPAL  
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Dermatoloji Kliniği, İSTANBUL  
drilteris@yahoo.com

**ÖZET** Artefakt dermatiti, primer olarak psikiyatrik olan, ancak kişinin bizzat kendisi tarafından yapay olarak deride oluşturulan lezyonlar dolayısıyla psikodermatolojik hastalıkların arasında yerini bulan bir hastalıktır. Belirgin olarak kadınlarda fazladır ve değişik yaş gruplarını tutabilir. Esas olarak obsesif-kompulsif hastalıklar grubunda yer alan hastalıkta altta yatan psikopatoloji depresyondan psikozlara ve kişilik bozukluklarına kadar değişebilir. Bir yandan klinik tablonun birçok deri hastalığını taklit etmesi, öte yandan hastaların lezyonları bizzat oluşturduklarını kabul ve ifade etmemeleri nedeniyle tanısal süreçte ciddi zorluklar yaşanır. Burada üç artefakt dermatitli hasta sunulmuştur. Görece nadir olan hastalık gözden geçirilirken tanı ile ilgili problemler tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yapay dermatoz, obsesif-kompulsif bozukluk, depresif bozukluk

**ABSTRACT** Dermatitis artefacta (DA) is primarily a psychiatric disease which takes place among psychodermatologic disease; however, it is considered with psychodermatologic disorders because of artificial skin lesions created by the patients themselves. It is quite more in women and might involve different age groups. In fact, DA is considered in the obsessive-compulsive disease group in psychiatric domain, however, underlying psychopathology is highly variable, changing from the depression to psychosis or to personality disorders. The clinical picture imitating various other skin diseases and on the other hand the denial of patients creating their own lesions, lead to dilemma in diagnostic duration. In this report, three patients with DA having different clinical presentations have been evaluated and reviewed the important diagnostic issues.

**Key Words:** Factitious disorders; obsessive-compulsive disorder, depressive disorder

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2008;18(4):263-9

Artefakt dermatiti primer olarak psikiyatrik olan, ancak kişinin bizzat kendisi tarafından vücudun herhangi bir bölgesindeki deride değişik şekillerde lezyonlar oluşturularak final sunumunu dermatolojide yapan bir hastalıktır. Hastaların derilerinde kesme, delme, yakma, sıkıştırma, çimdikleme, vurma, enjeksiyon ve benzeri eylemlerle hasar meydana getirmeleri sonucunda oluşur.<sup>1</sup> Oluşan lezyonların birçok dermatozu taklit edebilmeleri ve hastaların da altta yatan psikiyatrik probleme bağlı olarak hastalık tablosunu kendilerinin oluşturduklarını kabul etmemeleri nedeniyle tanı ancak uzun ve ayrıntılı incelemelerden sonra konabilir. Tanı süreci hekim için oldukça sıkıntılı olup iyi bir gözlem ve analiz gerektirir.<sup>1</sup> Biz kendi kliniğimizde takip ettiğimiz üç olguyu sunarak ve literatürü gözden geçirerek tanısal sorunları vurgulamayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

### OLGU-1

Yirmi altı yaşında kadın hasta vücudun sol yarısında, özellikle bel bölgesine lokalize ağrılı yaralarla ve sivilce benzeri lezyonlarla kliniğimize başvurdu. Hastada üç yıl önce benzer sivilcelerin kol, bacak ve alında üç adet çıktığı ve bunların kendiliğinden iyileştiği öğrenildi. İki ay önce sivilce tarzı ağrılı yaralar belin sol tarafında çıkmaya başlamıştı. Zaman zaman kendiliğinden boşalan irinle ağrısı hafiflemekteydi. Ancak bu kez yaralar iyileşmeyerek sayıca artmaya başlamıştı. Hastanın iki ay önce küretaj operasyonu geçirdiği ve 10 yıldır astım bronşiyale tanısı ile takip edildiği öğrenildi. Soy geçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenede toraks sol bölgesinde keskin sınırlı, zemini temiz, lineer yerleşimli ülserasyonlar ve bir adet yeni çıkmakta olan etrafi eritemli püstüler lezyon saptandı (Resim 1a). Tüm rutin hematolojik ve biyokimyasal testleri doğaldı. Deriden alınan biyopside dermiste apse formasyonu ve lenfositik vaskülit tablosu mevcuttu (Resim 1b, 1c, 1d). Gram, Giemsa ve PAS boyalarında mikroorganizma görülmedi. Psikiyatrik konsültasyonda belirgin bir psikopatoloji saptanmadı.

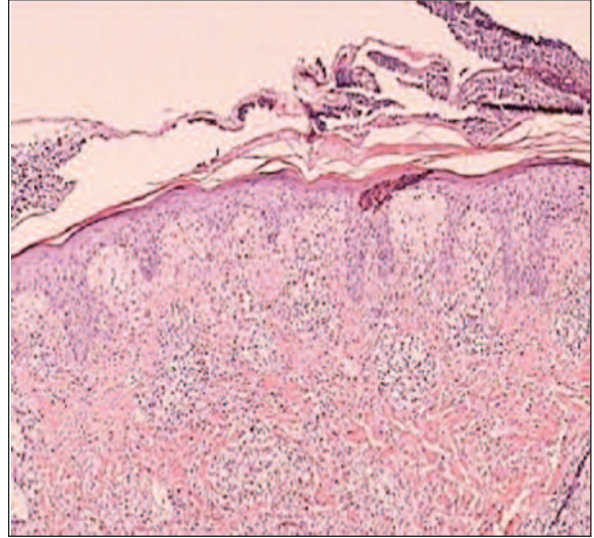
Minnesota çok yönlü kişilik envanteri [Minnesota Multiphasic Personality Inventory/Minnesota (MMPI)] testinde histerik kişilik özellikleri, somatizasyon bozukluğu ve yakınmalarda ikincil kazanç özelliklerine dikkat çekildi. Hastaya ağrı kesici, fito ve silverdin kremler başlandı ve yaralar kapatıldı. Olanzapin 5 mg/g ve sertralin 50 mg/g başlanarak hasta destekleyici psikoterapi programına alındı. Üç-yedi günlük izlemlerde yaraların hızla iyileştiği ve yeni lezyon çıkmadığı görüldü (Resim 1e). İki aylık izlemde yeni lezyon çıkışı saptanmadı.

### OLGU-2

Kırk dokuz yaşında kadın hasta kliniğimize yüzünde ve vücudunda yaygın yaralar nedeniyle başvurdu. Dört yıl önce ilk olarak ağız ve dudaklardan başlayıp tüm vücuda yayılan içi su dolu kabarcıklar şikayeti ile çok sayıda merkeze başvurmuştu. Hastanın öz geçmişi sorgulandığında 10 yıl önce hemi-



**RESİM 1a:** Olgu-1, gövde yan yüzünde geometrik desende keskin sınırlı, zemini temiz, sınırları lividi renkte, lineer yerleşimli ülserasyonlar görülüyor.



**RESİM 1b:** Olgu 1, histopatolojik görünüm, epidermiste keratin tabakası içinde polimorfonükleer lökosit birikimi, düzensiz akantoz, dermiste kapiller damar proliferasyonu, damarlar çevresinde mikst tip iltihabi hücre infiltrasyonu (H&E, x 100)

parezi geçirdiği öğrenildi. Soy geçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde oral mukozada alt dudakta bir adet milimetrik sarı-beyaz renkli aftöz lezyon, her iki kulak arkası, alın, burun üstü, yanaklar ve çenede eritemli zeminde yer yer he-

morajik krutlu, bazıları ince skuamlı lezyonlar, boyun, gövde ve ekstremitelerde lineer, oval, numu-ler karakterde 1-5 cm çaplarında bazıları sarı-kahve kurutlu lezyonlar, sol el 3. parmak orta falanks üzerinde 0.5 cm boyutunda veziküler lezyon saptandı (Resim 2a, 2b, 2c). Histopatolojisinde epidermiste keratin tabakası kaybı ve yüzeyde nekroz ile papiller dermiste damar proliferasyonu ve dağınık lenfositler seçildi. Nonspesifik özellikleriyle patolojik örneğin artefakt dermatitine uyabileceği yorumu yapıldı. Hastanın rutin laboratuvar incelemelerinde özellik saptanmadı.

Psikiyatrik görüşme sonucunda belirgin bir patoloji olmadığına, ancak aile ile ilgili bazı sorunların varlığına dikkat çekildi. Yumuşatıcı-epitelizan kremler uygulanarak hasta izleme alındı ve kısa süre içinde iyileşme sağlandı.

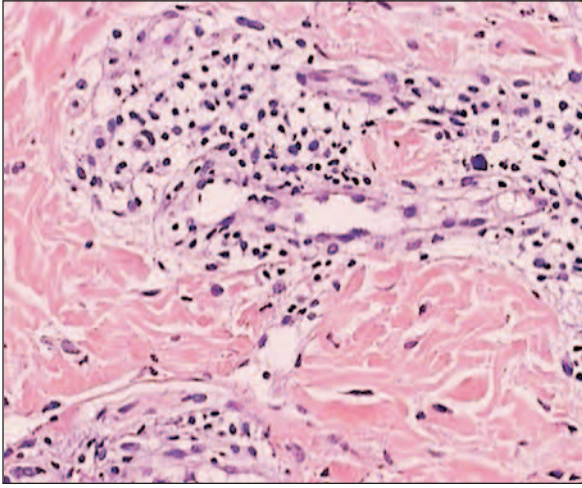
### OLGU-3

Elli sekiz yaşında kadın hasta 1.5-2 yıldır saçlı deri ve sağ yanak bölgesinde oluşan yaralar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yaralar zaman zaman oluşup kendiliğinden iyileşmekte ve genellikle aynı bölgelerde yinelemekteydi. Hastanın hipertansiyon dışında bilinen bir hastalığı yoktu. Dermatolojik değerlendirmede saçlı deride vertekste yaklaşık 1 x 1 ve 2 x 2.5 cm çaplı 2 adet, yüzde dudak kenarında yaklaşık 1 x 1.5 cm çaplı üzeri kanamalı kurutlu, yer yer ekskoriye, eritemli ülsere lezyon saptandı. Lezyonlardan alınan punch biyopsi örneğinde epidermiste geniş alanda tam kat kayıp, yüzeyde fibrinli eksüda varlığı, bazı kıl foliküllerinde yüzeyden aşağı doğru uzanan PNL infiltrasyonu, dermiste proliferen kapiller damarlar çevresinde seyrek eozinofil lökosit ve mikst hücre infiltrasyonu görüldü. Psikiyatri konsültasyonu sonucu mikst anksiyete depresif bozukluk tanısı konulan hastaya selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) grubundan iki antidepresan (desyrel 50 mg tb ve lustral 50 mg tb) başlandı. Hastanın saçlı derisindeki lezyonlarına steroidli losyon sürüldü. Dudak kenarındaki lezyonu tagaderm yara örtüsü ile kapatıldı. İzleyen günlerde lezyonlarda epitelizasyon gözlen- di ve hasta taburcu edildi.

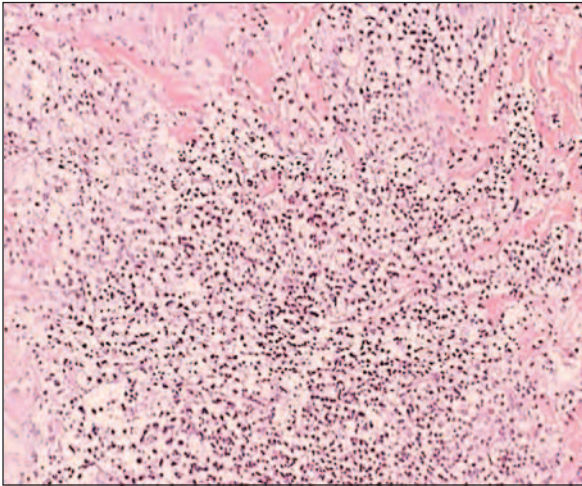
## TARTIŞMA

Artefakt dermatiti bir psikokütan sendromdur ve özel bir antite olmaktan çok nörotik ekskoriasyonlar, akne ekskoriye ve trikotillomani gibi hastanın bizzat kendisi tarafından yapay olarak oluşturulan ve obsesif-kompulziv bozukluklar grubunda yer alan bir hastalıktır. Belirgin olarak kadınlarda fazladır ve yaş aralığı oldukça değişkendir (9-73).<sup>1</sup> Lezyonlar sadece bir tik ya da takıntılı ciddi yolma olmaktan öte daha amaçlıdır ve bazen oldukça ustaca oluşturulmuştur.<sup>2-5</sup> Bilinç düzeyinde algılanmayan bir psikolojik gereksinmenin bilinçsizce oluşturulmuş lezyonlar yoluyla doyurulması söz konusudur. Böylece gözle algılanan organik sorun kanalıyla sosyal ve kişilerarası ilişkilerde dolaylı olarak fayda sağlamak ve başka insanların dikkatini çekmek amaçlanır (ikincil kazanç).<sup>1,6</sup> Nitekim birinci hastamızda kişilik testi yardımıyla bu özellik gösterilebilmiştir.

Artefakt dermatitinde tanı konulması zor bir süreçtir. İlk basamakta hastadan alınan öyküde belirsizlik vardır. 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.<sup>1,2,4</sup> Öte yandan, klinik sunumlar oldukça çeşitlidir ve başka dermatozları taklit edebilir. Zira, lezyonlar daha önce var olan bir dermatoz üzerindeki hafif sıyrıklar, yolmalardan normal deri üzerinde yoktan var edilen ve bazen gangren ya da jeneralize enfeksiyon nedeniyle yaşamı tehdit eden ciddi yaralara kadar değişen bir yelpazede dağılmaktadır.<sup>3-5</sup> Hekim açısından gerçek bir dermatozu atlama korkusu vardır. En akla uygun tanısal strateji diğer olası dermatozları elemek ve bunun için ayırıcı tanıda düşünülen dermatozla ilgili tetkik ve incelemelerle mevcut tablonun başka bir dermatoz olmadığını kanıtlamaktır. Lezyon çeşitliliği nedeniyle ayırıcı tanıda düşünülmesi ve elenmesi gereken başka dermatozlar derinin bakteriyel ve fungal enfeksiyonları, piyoderma gangrenozum, pannikülit, septik ya da vaskülitik nekrozlar, Wegener granülomatozu, granülomatöz vaskülit, kollajen vasküler hastalıklardır.<sup>1</sup> Bu aşamada tanıda yardım-



**RESİM 1c:** Olgu-1, histopatolojik görünüm, kapiller damar endotel hücrelerinde şişme, damar duvarında lenfosit infiltrasyonu (H&E, x 400).



**RESİM 1d:** Dermisde bir alanda yoğun polimorfonükleer lökosit birikimi, apse formasyonu (H&E x 200).

cı olabilecek bazı ipuçları vardır. Morfolojik yapı sıklıkla acayip şekilli, keskin kenarlı, açı oluşturan veya bir hat üzerinde yerleşen geometrik desenler şeklindedir ve baskın elin kolaylıkla ulaşabildiği alanlarda gözlenir. Manipülasyonla ülserlere dönüşüm siktir ve bunlar da genellikle skar ya da post enflamatuar pigmentasyonlarla iyileşirler.<sup>4</sup> Nitekim bizim hastalarımızda da keskin sınırlı, temiz zeminli ülserler ve/veya ekskoriye, hemorajik krutlu plaklar gözlenmiştir. İlk hastamızda başlangıçta piyoderma gangrenozum düşünülürken dikkatli gözlem ile hastalığın kolayca ve kısa sürede iyileşmesi

ve diğer tetkiklerin bu tanıyı desteklememesi nedeniyle eleme yöntemiyle artefakt dermatiti tanısı konulabilmiştir. İkinci hastamızda da elin ulaşabildiği tüm alanlarda lezyon gözlenirken sırtın orta bölümü elin ulaşamaması nedeniyle salim kalmıştır (Resim 2b). Ayırıcı tanı açısından bir başka yapay dermatoz olan “nörotik ekskoriyasyon” un da dikkate alınması gerekir. İki tablo kimi kez birbirine çok benzeyebilir. İkinci hastamız klinik sunumu itibariyle nörotik ekskoriyasyona son derece benzemekle birlikte ikisi arasında önemli bir fark vardır. Artefakt dermatitinde hasta lezyonları kendisinin oluşturduğunu asla kabul etmez. Nörotik ekskoriyasyonları olan hastalar ise iş birliğine daha yatkındır.<sup>4</sup>

Gerçekte hastalar istedikleri deri lezyonlarını oluşturabilmek için inanılmaz yöntemlere başvuracak kadar zeki görünürler. Lezyonların oluşturulmasında yolma, koparma, oyma, yakma, kazıma, kimyasal maddeler uygulama, enfekte materyaller ya da süt, idrar mürekkep gibi yabancı maddeler enjekte etme gibi çeşitli yöntemler kullanılabilir.<sup>6,7</sup> Sıklıkla eylemi ya da yöntemi keşfetmek zordur. Kimi kez kamera ya da ayna kullanılarak tespitler mümkün olabilir.<sup>8,9</sup>



**RESİM 1e:** Olgu 1, tedavinin ilk haftası sonunda iyileşmekte olan sınırlarda epitelizasyonu olduğu lezyonları görülmekte.



**RESİM 2a:** Olgu -2 Gövde ön yüzünde lineer, oval, numuler karakterde 1-5 cm çaplarında bazıları sarı-kahve kurutulmuş lezyonlar.



**RESİM 2b:** Olgu 2, hastanın ulaşamayacağı bölgelerde lezyon olmayışı dikkat çekicidir.

Bir diğer tanısal yöntem lezyonların kapatılarak izlenmesidir.<sup>4,6,8</sup> Hastalarımızda lezyonlar kapatıldıktan sonra hızla iyileşmeye başlamış ve yeni oluşmakta olan bir lezyonda da benzer yöntemle iyileşme sağlanmıştır. Yeni oluşan lezyonların daha önce kapatılan alanın dışında bir yerde çıkması da ayrıca dikkat çekicidir. Üçüncü hasta ile ilgili olarak lezyonların saçlı deri ve fasyal bölgedeki yerleşimleri, özellikle saçlı derinin görece örtülü bir alan olması dolayısıyla ilginçtir. Gene de hastanın androjenetik alopesisi olması nedeniyle lezyonun kolayca fark edilmesi mümkün olabilmekteydi. Fasiyal maksiller ve oral ya da fasyal periorbital lokalizasyonlar nadir de olsa bildirilmiştir.<sup>1,5,10</sup>

Yardımcı tanısal tetkiklerden histopatolojik incelemeler oldukça değişken olup, lezyon oluşturmak için kullanılan yöntemlere göre farklılık gösterir. Bazı durumlarda enjekte edilen materyali mikroskopik olarak görmek mümkündür ya da nekrotizan vaskülit gibi özgün bir patoloji de saptanabilir.<sup>11,12</sup> İlk hastamızda yeni oluşan ve ülserli alanlarından alınan biyopsi örneklerinde genel olarak steril bir yangısal reaksiyon ve bazı alanlarda lenfositik vaskülit tespit edilmiştir. Diğer iki olguda da non-spesifik polimorfonükleer hücre infiltrasyonu, dermiste proliferen kapiller damarlar çevresinde seyrek eozinofil lökosit ve mikst hücre infiltrasyonu görülmüş ve artefakt olabileceği düşünülmüştür.

Bu tür hastalar genelde duygusal anlamda olunlaşmamış ve ilişkilerde zorluk yaşayan kadınlardır. Medeni durum literatürde sıklıkla



**RESİM 2c:** Olgu 2, hastanın yüz lezyonları görülmektedir.

vurgulanmış, bekar hastaların daha sık etkilendiklerinin altı çizilmiştir.<sup>13,14</sup> Bununla birlikte ana problemin evli olmak ya da biriyle birlikte olmanın çok ilgi ve sevgi gereksinimi olduğunu bilmek gerekir. Sıklıkla öyküde altta yatan bir psikosomatik hastalık tespit edilir. Artefakt dermatiti depresyon, şizoafektif bozukluk, mental gerilik, monoseptomatik hipokondriyak psikoz, histerik konversiyon gibi psikiyatrik sendromlarda ender olarak görülebilir.<sup>8</sup> Son zamanlarda sınırda kişilik bozuklukları ve vücut dismorfik bozuklukları ile olan ilgiden söz edilmektedir.<sup>15,16</sup> Bazı hastalarda artefakt lezyonları ani bir psikososyal strese karşı geliştirilmiş geçici bir patolojik reaksiyon olarak çıkabilir ve bu olguları görece hafif olgular olarak nitelenebilir. Ayrıntılı psikiyatrik görüşmede bu tarz stresörler tespit edilebilir. Esasen bu tür durumlarda deride lezyon oluşturmak bir yandan hastanın gerginlik ve rahatsızlığını yatıştırırken diğer yandan hasarlanmış deride oluşturulan duyumlar hastanın kişisel ve seksüel kimliğini kurmasına yardım eder. Birinci ve ikinci hastamızda psikiyatrik konsültasyonda bir patoloji bulunmasına karşın ilk hastada ayrıntılı psikometrik değerlendirme ile kişilik bozukluğu saptanamadı. Ancak ikinci hasta bu tür bir değerlendirmeyi reddetti ve testler uygulanamadı. Bununla birlikte yapılan psikiyatrik görüşmelerde her üç hastanın da evlilik ile ilgili problemler yaşadıkları tespit edildi. Deneyimlerimize göre duygu ve düşüncelerini sö-

zel olarak ifade etmemeleri nedeniyle bu tür hastaların deneyimli, dinamik psikiyatri yönelimli hekimlerce değerlendirilmesi örtülü psikopatolojinin açığa çıkarılması açısından önem taşımaktadır.

Yapay dermatozlar pediatrik yaş grubunda görüldüğünde tanisal zorluklar daha da artar. Genellikle altta yatan depresyon ve obsesif-kompulziv bozukluğun bir yansıması olurlar. Bazen ikincil kazanım gereksinmesi açık olarak tespit edilir (okuldan kaçma, ebeveyn tacizi vb.); ancak çoğu kez bunu saptamak kolay değildir. Bu hastaların aktif tıbbi bakım ve müdahale gerektiren farklı bir grup olduğu düşünülmektedir. Hekim-hasta-ebeveyn ilişkisi son derece önemlidir.<sup>17</sup>

Bu hastalarda psikiyatrik komorbiditeyi saptayabilmek ve öykü alabilmek için psikiyatriste direkt göndermek yerine dermatolog-psikiyatr iş birliği olması şarttır. Bunun yanı sıra hastanın yatırılması, plasebo uygulamaları, kapatıcı bandajlar, yumuşatıcı ve onarıcı kremler ile gözlemler faydalıdır.<sup>18</sup> Önemli bir yanlış uygulama hastanın yapay bir dermatozu olduğunu ona kabul ettirmeye çalışmaktır. Zira bu durum reddedilebilir.<sup>2,6,8,19,20</sup> Lyell'in bu konudaki önemli bir sözü vardır: "Dolaylı olarak hastanın aktivitelerini bildiğinizi ona belli edin, ancak sempati ile yaklaşın".<sup>21</sup> Bu strateji hastalarımızda başarılı olmuş görünmektedir. Takiplerde yeni lezyon çıkışı görülmemiştir.

## KAYNAKLAR

1. Koblenzer CS. Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. Am J Clin Dermatol 2000;1:47-55.
2. Soong TK, Soong V, Samsudin A, Soong F, Sharma V, O'Donnell N. Periocular dermatitis artefacta in a child. J AAPOS. 2006;10:585-6.
3. Farrier JN, Mansel RE. Dermatitis artefacta of the breast: a series of case reports. Eur J Surg Oncol. 2002;28:189-92.
4. Harman M, Akdeniz S, Bayram Y. Dermatitis artefacta. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2001;15:368-70.
5. Ugurlu S, Bartley GB, Otley CC, Baratz KH. Factitious disease of periocular and facial skin. Am J Ophthalmol. 1999;127:196-201.
6. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Pruritus, prurigo, self-induced disease, psychiatric disease and neurologic disease. Dermatology. 2nd ed. Berlin: Springer Verlag; 2000. p.989-1012.
7. Zalewska A. Clinical spectrum of factitious diseases. Dermatologia, Kliniczn: 2007; Supp1;9:33.
8. Koblenzer CS. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. Dermatol Clin 1996;14:447-55.
9. Gieler U. Factitious disease in the field of dermatology. Psychother Psychosom 1994;62:48-55.
10. Zonuz AT, Treister N, Mehdipour F, Farahani RM, Tubbs RS, Shoja MM. Factitial pemphigus-like lesions. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12:E205-8.
11. Van Moffaert MM. The spectrum of dermatological self-mutilation and self-destruction including dermatitis artefacta and neurotic excoriations. In: Koo JYM, Lee CS, eds. Psychocutaneous Medicine. 1st ed. New York: Marcel Dekker ; 2003. p.169-189.
12. Harper JI, Copeman PW. Dermatitis artefacta presenting as a 'vasculitis'. J R Soc Med 1983 ;76:970-1.
13. Nielsen K, Jeppesen M, Simmelsgaard L, Rasmussen M, Thestrup-Pedersen K. Self-inflicted skin diseases. A retrospective analysis of 57 patients with dermatitis artefacta seen in a dermatology department. Acta Derm Venereol 2005;85:512-5.
14. Rodriguez-Picardo A. Dermatitis artefacta in dermatologia psiquiatria. In: Grimalt F, Cotteril JA eds. Historias Clinicas Comentadas 1ª ed. Aula Medica ediciones: 2002. p.143-63.

15. Cotterill JA. Self-stigmatization: artefact dermatitis. *Br J Hosp Med* 1992 ;47: 115-9.
16. Gregurek-Novak T, Novak-Bilić G, Vucić M. Dermatitis artefacta: unusual appearance in an older woman. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19:223-5.
17. Shah KN, Fried RG. Factitial dermatoses in children. *Curr Opin Pediatr* 2006;18: 403-9.
18. Tüzün Y, Ceyhan Başaran D. Yapay Dermatozlar. *Dermatose* 2004;3:163-169.
19. Harth W, Mayer K, Linse R. The borderline syndrome in psychosomatic dermatology. Overview and case report. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18:503-7.
20. Van Moffaert MM. Self-mutilation: diagnosis and practical treatment. *Int J Psychiatry Med* 1990;20:373-82.
21. Lyell A. Dermatitis artefacta and self-inflicted disease. *Scott Med J* 1972;17:187-96.