

Entomofobi ve Delüzyonel Parazitöz

Ayşegül TAYLAN ÖZKAN¹, Kosta Y. MUMCUOĞLU²

¹Refik Saydam Hıfzısıssıhha Merkezi Başkanlığı, Parazitoloji Laboratuvarı, Ankara, Türkiye

²Hebrew University, Hadassah Medical School, Department of Parasitology, Jerusalem, İsrail

ÖZET: Entomofobi böceklerden anormal bir şekilde ve kalıcı olarak korkmaktır. Bu hastalığa maruz kalanlar bir çok böceğin her hangi bir tehdit unsuru olmadığını bildikleri halde yoğun bir anksiyete yaşarlar. Benzer bir fenomen olan araknofobi ise örümceklerden korkmaktır. Hipokondriyal bir psikoz olan delüzyonel parazitöz ise genellikle monosemptomatiktir. Bu hastalığa yakalananlar inançlarını destekleyecek objektif bir kanıt olmamasına karşın, hayvan parazitleri ile enfekte olduklarına inanmaktadırlar. Şikayetleri genellikle deri enfestasyonu ile ilgilidir ancak gastrointestinal sistem tutuluşuna yönelik rahatsızlıklarla da karşılaşmaktadır. Hastalar kendi derileri, giysileri ve çevrelerinden muayene edilmesi amacıyla çok sayıda örnek getirirler. Hastaların büyük bir çoğunluğu psikiyatrik yardımı reddederler. Primer olgular monodelüzyonel bir hastalık gibi spontan olarak ortaya çıkarken; sekonder olanlarda başlangıç tıbbi, nörolojik ya da psikiyatrik bir hastalığı takip eder. Paylaşılan delüzyon -folie a deux- delüzyonel parazitözde oldukça sık karşılaşılan bir fenomendir. Aynı ailedeki birden fazla kişide benzer psikoz görülür ve karakteristik delüzyonel durum bir birini andırır. Sekonder kurbanlar genellikle eşleri tarafından tahakküm altına alınmış çocuk gibi boyun eğen ya da aile harmonisini korumaya çalışan aile üyeleridir. Delüzyonu şiddetli olmayan olgulara herhangi bir psikofarmakolojik ilaç verilmeden yardımcı olunabilir. Hastanın semptomları sempatik yolla danışmanlık verilerek ve güveni kazanılarak giderilebilir. Semptomatik ilaç tedavisi kaşıntı, ağrı ve diğer bulguları hafifletmek için uygulanabilir. Hastaları empatiyle tedavi etmek ve yargılamadan sıkıntılarını ifade edebilecekleri bir ortam sağlamak çok önemlidir. Günümüzde delüzyonel parazitöz tedavisinde amisülprid, risperidon, olanzapin gibi ikinci kuşak antipsikotikler yaşa uygun dozajda kullanılabilir.

Anahtar Sözcükler: Entomofobi, delüzyonel parazitöz, hipokondriyal psikoz, Türkiye, İsrail.

Entomophobia and Delusional Parasitosis

SUMMARY: Entomophobia is an abnormal and persistent fear of insects. Sufferers experience anxiety even though they realize that most insects pose no threat. A similar phenomenon, known as arachnophobia is fear of spiders. Delusional parasitosis (DP) is a hypochondrial psychosis, usually monosymptomatic, where the patient is convinced of being infested with animal parasites while no objective evidence exists to support this belief. The complaints are usually about skin infestation, but involvement of the gastrointestinal tract has also been described. Numerous samples are brought for examination from their skin, clothes and environment. Practically all patients refuse psychiatric help. In primary DP, the delusion arises spontaneously as a monodelusional disorder, while in secondary DP, the delusional disorder arises secondary to another major medical, neurological or psychiatric disorder. Shared delusion -folie a deux- is a known phenomenon in delusional parasitosis. One or more members of the same family often suffer from the same psychosis, the characteristic delusional state being identical. The secondary victims are often family members, who are dominated by their spouses, show filial devotion or are trying to keep the family in harmony. Patients whose delusion of parasitosis is not severe can be helped without psychopharmacological intervention. They can be relieved of their symptoms by giving them sympathetic counseling, and gaining their confidence. Symptomatic medication may be prescribed for the relief of pruritus, pain and other symptoms. It is more important to treat patients with empathy, providing a place where they can express their distress without being stigmatized. Second-generation antipsychotics such as amisulpride, risperidone or olanzapine in age-appropriate doses are being used today for the treatment of DP.

Key Words: Entomophobia, delusional parasitosis, hypochondrial psychosis, Turkey, Israel

GİRİŞ

Entomofobi (İnsektofobi olarak da bilinir) insektlere, arthropodlara ve hatta böcek kurtları gibi her türlü haşerata karşı

anormal bir korku ya da tiksinti duyulması halidir. Bu durum bir çeşit anksiyete veya panik atak formunda, hafiften şiddetliye kadar değişebilen farklı emosyonel reaksiyonlara neden olur.

Makale türü/Article type: **Derleme / Review**

Geliş tarihi/Submission date: 09 Mayıs/09 May 2008

Düzeltilme tarihi/Revision date: -

Kabul tarihi/Accepted date: 20 Haziran/20 June 2008

Yazışma /Corresponding Author: Ayşegül Taylan Özkan

Tel: (+90) (312) 458 21 69 Fax: (+90) (312) 458 24 08

E-mail: aysegultaylan@hotmail.com

Ekbom sendromu, dermatofobi olarak da bilinen delüzyonel parazitöz (DP), genellikle monosemptomatik, hipokondriyal bir psikoz tablosudur. Bu hastalığa yakalananlar inançlarını kanıtlayacak objektif bir delil olmamasına karşın, hayvan parazitleri ile enfeste olduklarına ikna olmuş haldedirler. Çok yaygın olmayan bu hastalık sağlık hizmeti sunanlar için oldukça karmaşık bir durumdur. Şikayetler genellikle deri ve

nadiren de gastrointestinal enfestasyonla ilgilidir. DP'li hasta samimidir ve gerçekten kendisini sıkıntıya sokan bu durumdan kurtulmak için aile hekimi, dermatolog, parazitologlara danışır ve birçok sağlık kuruluşunu dolaşır.

Bu makalenin amacı, DP ve semptomlarının klasifikasyonunu, tetikleyen faktörleri, prevalansı, tedavisi ve semptomatolojisini gözden geçirmektir.

ENTOMOFOBİ

Çoğu insan böcek, kene, örümcek ve akrep gibi artropodlardan huylanır, sağlıklı ve pis yaratıklar olduğunu düşünür. Bu hayvanlar insanlarda korku, iğrenme, nefret gibi negatif duygulara yol açar. Renkli kelebekler ve uğur böcekleri bu genel kuralın dışında kalarak genellikle hoşlanma ve eğlenme hissi uyandırır. Bal, propolis, arı sütü üretiminde ve polen taşımada çok önemli olduğu bilinen arılar da bu bağlamda saygı gören böceklerdedir. Ancak arılar da soktukları, ağrıya yol açtıkları ve bazen toksinleri ile alerji geliştirerek hayatı tehdit ettikleri için yine korku kaynağıdır.

Entomofobi ise insektlerden anormal ve sürekli korku duyulması halidir. Bu fobisi olanlar birçok böceğin herhangi bir tehdit unsuru olmadığını bilmelerine karşın yoğun anksiyete hissederler. Benzer bir fenomen örümceklerden korku duyulması hali olan araknofobide de bilinir. Gerçek bir böcek veya örümcek fobisi; böcekler, akarlar, örümcekler ve benzer fobik objelerden kaçınmaya zorlanma ve rasyonel olmayan inatçı bir korku olarak tanımlanır ve bu fobik kişiler korkularının uygunsuz, anlamsız ve aşırı olduğunu bilmelerine karşın belirgin bir sıkıntıya girerler. Böceklerden kaçınmak için sık sık odalarını ve halılarını temizler, zeminleri siler, böcek kırıncılarla her yeri spreyler, kapı ve pencereleri tıkarlar (2).

Böcek ve örümceklerin biyolojileri üzerine kitap okuma veya belgesel filmler izlemenin bu tür fobileri azalttığı düşünülmektedir (4, 7).

DELUZYONAL PARAZİTOZ

DP'li hastalar genellikle derilerinin altında veya içinde dolaştığını düşündükleri hayvancıklar nedeniyle kaşıntı hissederler. Hastalar derilerini şiddetli kaşıyarak bu hayvancıkları derilerinden söküp atmak ya da dezenfektan ve pestisid kullanarak kendilerini tedavi etmek isterler. Bu tür uygulamalar ve kaşıntı sonucu ortaya çıkan deri lezyonları, hastaların derisinde sorun olduğu konusundaki inancını destekleyerek, parazit enfestasyonuna maruz kaldığına daha çok inanmasına neden olur. Deri lezyonları, kaşıntı ve deluzyonel inanç bir kısır döngüye dönüşür. Parazitlerin derinin içinde kımıldadığı, gezindiği, ısırıldığı ya da deldiği tanımlanır. Deri lezyonları tipik olarak hastanın ellerinin kolayca ulaşabileceği yerlerde yoğunken, erişemeyeği yerlerde tam tersine herhangi bir lezyon gözlenmez.

Hastalar derisine ilaveten burnu, ağzı, dışkısı ve çevresinde (örneğin yatak ve koltuk) de parazitleri ararlar. Topladıkları örnekleri kutular, şişeler, plastik torbalara koyarak ve/veya selofan bantlara yapıştırarak biriktirirler. Genellikle tanımladıkları parazitlerin adını yazarak işaretler ve koleksiyon yaparlar

(Şekil 1). "Kibrit kutusu belirtisi" olarak bilinen bu fenomen sağlıkçılara başvuran hastaların %26'sında saptanmıştır (9). Ancak tecrübelerimize göre entomolog/parazitologlara başvuran hastaların %70'inden fazlası mikroskopla incelemek üzere bu tür materyaller getirmektedir. Eğer bu materyal bir uzmana gönderilecekse, semptomların açıklandığı detaylı bir mektup yazılır ve biriktirilmiş olan materyal de genellikle bu mektuba iliştilir (Şekil 2). DP'li hastalar pratisyenler ya da aile hekimlerinden başlayarak, hastanelerde, müzelerde, üniversitelerde çalışan dermatolog, entomolog/parazitolog gibi bir çok uzmana muayene için başvururlar. Bu hastalar evlerini sürekli temizler ve ilaçlar, büyük miktarda giysilerini / elbiselerini çamaşırhaneye veya kuru temizlemeye yollarlar.



Şekil 1. Kibrit kutusu belirtisi; 2. DP semptomlarının açıklandığı detaylı mektup ve biriktirilmiş materyal örnekleri

Bu hastaların en belirgin özelliği durumlarının psikolojik olabileceğini inkar etmeleri ve psikiyatrik ilaçlar almayı reddetmeleridir. Konsültasyon sırasında haşereler, yaşam döngüleri ve davranışlarıyla ilgili karmaşık, detaylı ve yoğun bilgi verirler. Başvurulan uzmanların parazitleri görememesi ve hastalığın psikiyatrik bir doğası olabileceğini açıklamaya çalışması halinde, ciddiye alınmadıklarını hissederler. Bu durumda tedaviye katılımları başarısız olur ve hayal kırıklığına uğrayıp,

kızabilirler. Literatürde DP'li bir hastanın aile hekimini öldürmeye kalktığı bile bildirilmiştir (3). Sonuçta hasta bir müddet daha hastalığının parazitolojik etiyojisi olduğunu kanıtlamaya çalışarak doktorunu ikna etmeye uğraşır ancak bu dönemi takiben genellikle artık o uzmana gitmeyi keser. Kendilerine psikiyatriste sevk edilmeleri önerildiğinde öfkelenirler ve farklı bir uzmana başvururlar.

DP'li hastaların çoğu iyi eğitim almış, genellikle 50-70 yaş arasındaki kadınlardır. Çoğunlukla işten kovulma, işini kaybetme, sağlık problemleri nedeniyle sosyal izolasyon yaşama, çocukların evden gitmesi yada eşin ölmesi gibi farklı psikolojik problemlerle karşılaşmışlardır.

Birçok DP'li hasta diğer insanların özellikle de diğer aile üyelerini kontamine edeceği korkusu duyar ve çeşitli koruyucu önlemler alır. DP'liler tarafından hissedilen derideki duyarlılık genellikle kronik insomnia ile sonuçlanır (1, 14, 19).

KLASİFİKASYON

DP primer veya sekonder olarak gelişebilir. Primer DP monodeluzyonel bir rahatsızlık olarak aniden ortaya çıkar. ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th revision-Uluslararası Hastalık Klasifikasyonu, 10. Revizyon)'daki kriterlere göre kalıcı deluzyonel rahatsızlık kriterindedir. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revision IV- Mental Hastalıkların Tanı ve İstatistik El Kitabı-Revizyon IV)'e göre somatik tipte deluzyonel bir hastalıktır. Sekonder DP'de bulgular büyük tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik hastalıklara ikincil olarak ortaya çıkar. Özellikle şizofreni, demans, depresyon, diyabet, nöropati ve kardiyovasküler hastalıklar ve kazalardan sonra sıklıkla karşılaşılır. DP'nin sekonder olarak geliştiği hastalıklar farklı kaynaklarda ayrıntılı olarak açıklanmıştır. DP ayrıca amfetamin ve kokain intoksikasyonu ya da başka ilaçların yan etkisi sonucu geçici olarak da ortaya çıkabilir (10, 17).

DP, anksiyete veya fobiden (her ne kadar DP bazen yanlışlıkla dermatofobi olarak sevk edilirse de), ayrıca ritüel halinde deri temizliği yapan ve buna bağlı derisinde lezyonlar gelişen, ancak bir takım hayvancıklarla enfeste olduğu saplantısı olmayan obsesif kompulsif hastalıklardan ayırt edilmelidir. Obsesif hastalarda, kirlilik veya hastalık bulaşacağına dair takıntılı korkular veya önlenemeyen el yıkama düşüncesi stereotipik temizlik hareketine neden olmaktadır. Hasta bunun anlamsızlığının farkında olmasına rağmen bu eylemi yapmazsa anksiyete yaşamaktadır.

FOLIE A DEUX

DP vakalarının %5-15'i genellikle aynı evde yaşayan birden fazla kişi tarafından (folie a deux –trois) paylaşılır. Hastalığın ilk geliştiği kişi diğerlerini ikna ettiğinde bu delüzyonu paylaşmış hale gelir. Primer hastanın uygun antipsikotiklerle tedavisi çoğunlukla etkilenen diğer kişilerin de iyileşmesine yol açar (5, 13).

OLGU SUNUMU

25 yaşında İsraili bir kadın 6 ay önce Doğu Asya'ya seyahat etmiş ve ailesine Nepal sığırı-yününden yapılmış kazaklar hediye getirmiştir. Dönüşünden bir hafta sonra annesinden başlayarak aile üyelerinin bazılarında parazit enfeste olduklarına dair şikayetler ortaya çıkmıştır.

Anne, 56 yaşında, biyoloji profesörüdür. Kendisi primer olgu olup, enstitümüzü ziyaret edene kadar en az 20 doktor tarafından tedavi edilmiştir. Yaygın bir kaşıntıdan muzdariptir ve şikayetleri kızının Nepal'den dönmesinden bir hafta sonra başlamıştır. Hediye kazakların pirelerle enfeste olduğuna inanmaktadır ve bunları plastik bir poşet içerisine koyarak ağzını sıkıca kapatmış ve evi de defalarca temizlemiştir. Uyuz tedavisi uygulanmış, antihistaminikler almış ve yurt dışına seyahate gitmiştir. Ancak bu önlemlerin hiç birisi kalıcı bir iyileşme sağlamamış; ayrıca diyare, ağız tadında bozulma, zayıflama başlamış ve sonuçta işe gidemediği günler hasıl olmuştur. Derinin direkt muayenesinde her hangi bir ısırk izi, iğne ucu ya da uyuz tünellerine rastlanılmamıştır. Hastanın çevresinden alınan ev tozu ve benzeri örneklerde de her hangi bir paraziter etken saptanamamıştır. Üç kez yapılan dışkı muayenesi protozoon ve helmint yönünden negatif bulunmuştur. Verilen metranidazol ve mebendazol tedavileri de şikayetlerini yok etmemiştir.

Baba, 55 yaşında, kimya profesörüdür. Kızının Nepal'den dönüşünden dört hafta sonra kaşıntı ve karıncalanma hissi duymaya başlamıştır. Kaşıntı gece uykusuzluğuna yol açacak kadar şiddetlidir. Bu hasta da çok sayıda doktora müracaat etmiş ve scabisitler de dahil olmak üzere metranidazol, mebendazol gibi bir çok tedavi görmüş ancak bir sonuç alınamamıştır.

Küçük erkek kardeş, 23 yaşında bekar ve üniversite öğrencisi olup hafta sonlarını ailesi ile birlikte geçirmektedir. Kız kardeşinin geziden dönmesinden dört hafta sonra kaşıntısı başlamıştır. Isırık hissini kaşıntının izlediğini tarif etmektedir. Özellikle derinin kazakla temas eden yerlerinden başlayan şikayetleri ayaklarına kadar yayılmış, hatta kas ağrısına yol açarak yürümesini dahi engellemiştir. Vücudundan parazitlerin sızdığını ve derisinde bunların beyaz noktalar ya da iplikçikler olarak görülebildiğini iddia etmektedir. Ayrıca bağırsaklarının da enfeste olduğuna, vermisitlerle tedavi olmasına karşın halen iplikçi parazitler attığını düşünmektedir. Semptomlarının yok edilmesi için antimikotiklerle, uyuz için lindanla tedavi edilmiştir. Ayrıca hastalığını ev arkadaşına bulaştırdığına da inanmaktadır. Dışkı ve deri örneklerinin muayenesinde olduğu gibi çevresel örneklerde de her hangi bir paraziter etken saptanamamıştır.

76 yaşında, dul, babaanne, başka bir şehirde yaşamakta ve oğlunu periyodik olarak ziyaret etmektedir. Ailede semptomların görülmesinden üç ay sonra alında ve kafa derisinde kaşıntı şikayeti ve saç kaybı başlamıştır. Kilo kaybetmiş ve genel bir huzursuzluk halinden muzdariptir. Başkalarını enfekte edebileceği endişesi ile kendini ailesi ve arkadaşlarının soyutlamıştır.

28 yaşında, bekar, kuzen, başka bir şehirde yaşamaktadır. Birkaç kez büyükannesini ziyaret ettikten sonra büyükanne-sinde görülen şikayetlerin aynısı kendisinde de görülmeye başlamıştır. Kliniğimizi ziyaret etmemekle birlikte onunla ilgili bilgiler diğer aile üyeleri tarafından verilmiştir.

Tüm vakalar kesinlikle parazitlerle enfeste bulduklarına ikna oldukları için psikiyatrist tarafından veya psikofarmatiklerle tedavi edilmeyi reddetmişlerdir.

Şehrin başka bir semtinde yaşayan ve Nepal'den sığır yünü kazakları getiren kız ile en büyük erkek çocuk DP'den etkilenmemiştir.

Hastaların kaşıntı ve insomnia gibi bulguları semptomatik olarak tedavi edilmiştir. Biyolojik olarak imkansız olduğunu bilmemize karşın, hastanın parazitlerin derisinin içine girdiği ve aniden ortaya çıktığı gibi tanımlarına karşı çıkılmayan bir yaklaşım sergilenmeye çalışılmıştır. Sorunlarına empati ile yaklaştığımızı hissettirerek, böyle bir probleme sahip olmanın ne kadar zor olduğunu anladığımızı gösterdik. Onların güvenini kazanmaya çalışarak ve bulaş kaynağı olabilecekleri konusundaki obsesyonlarının çözülmesi sağlandı. Deluzyonun annede görülmesinden 18 ay, 3-4 ay sonra diğer aile bireyleri obsesyonlarından hemen tamamen kurtulmuşlardır. Ara ara relapslar görülmesine karşın, bugün tüm aile bireyleri normal fonksiyonlarını yürütür hale gelmişlerdir.

Bu olguların alışılmadık özelliği etkilenen insan sayısı (folie a cing) ve aralarındaki fiziki mesafedir (16).

TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER

DP'yi hızlandıran faktörleri her zaman belirlemek mümkün değildir. Buna karşın, aile üyelerinden birisinin ölümü, sel felaketi, kaza, parazitlerle enfeste kişilerle temas, derisinde kurt gezinen hayvanlar görmek ve az gelişmiş ülkelere seyahat bunlar arasında sayılabilir (1). Bizim olgularımızda tetikleyici faktör parazitlerin endemik olduğu bir ülke olan Nepal'den gelen yün kazaklardı.

PREVALANS / İNSİDANS

Avrupa ve Dünyadaki DP sıklığı ile ilgili kesin veriler bulunmamaktadır. Epidemiyolojik verileri elde etmek oldukça zor ve sınırlıdır. Genellikle DP hastaları tek tek olgu sunumları yada küçük gruplar halinde bildirilmektedir. Reilly ve Batchelor (1986) görüştükları dermatologların büyük bir çoğunluğunun (%85) en az bir DP'li bir hasta ile karşılaştığını ve yaklaşık %20'sinin hali hazırda böyle bir hasta tedavi ettiğini saptamışlardır. Yanıt verenlerin çoğu (%77) son beş sene zarfında bir ile beş DP'li hasta görmüştür (15).

DP prevalansının psikiyatri kliniğine başvuran her 1.000 hastada 3'den az olduğu yada her bir milyon nüfus için 40 kişi olduğu tahmin edilmektedir. 1988'de her 10.000 psikiyatri başvurusunun 7'sinin bu tanıyı aldığı rapor edilmiştir (11).

TÜRKİYE'DEKİ DP VAKALARI

Tarafımızdan tespit edilebildiği kadarıyla Ülkemizden DP ile ilgili iki yayın bulunmaktadır. Gönül ve arkadaşları (2007)

Ankara'da bir ailede DP'ye bağlı "folie a deux" tablosu saptamışlardır. 62 yaşında bir erkek hastanın 6 ay önce eşi tarafından saçlarında ve kıyafetinde böcekler görülmüştür. Kaşıntı şikayetiyle başvuran hasta böcekler tarafından ısırıldığını belirtmektedir. 56 yaşındaki karısı da aynı semptomlardan muzdarip olup, sürekli kendisini ve kıyafetlerini yıkamaktadır. Erkek hastanın şikayetleri eşiyle ayrılınca hızla iyileşmiştir (6).

Mercan ve arkadaşları (2007) DP'li altı hastanın amisulprid, olanzapin, and risperidon gibi atipik antipsikotik ilaçlarla tedavilerinin sonuçlarını bildirmişlerdir. Amisulprid alan bir hasta miyokardiyal enfarktüs geçirmiş, diğer hastalar ise tedaviyi iyi tolere etmiştir. Kendi DP'li hasta serilerinde en etkili ilacın parenteral olarak verilen antipsikotikler (özellikle risperidon) olduğu belirtilmiştir (12).

TEDAVİ

DP'li hastaların izlenmesindeki ilk adım bir organik patolojinin olup olmadığının belirlenmesidir. Şayet altta yatan herhangi bir hastalık varsa tam olarak tedavi edilmelidir. Hastalığın şiddetinin tahmin edilmesinde, yaşam kalitesindeki bozukluğun değerlendirilmesi yararlı olur. Hastanın sıkıntısının ve maruziyetinin gerçek olduğu her zaman akılda tutulmalıdır. Hasta işe gidemediği için ciddi ekonomik kayba uğramaktadır. Ayrıca sürekli evini ve eşyalarını temizlemesinin ve uzmanlara muayenesinin de maliyeti oldukça yüksektir. Hastanın hali hazırdaki sıkıntı listesine asla yeni bir semptom yada hastalık adı eklenmemelidir. Tanı hususunda emin olunmadığı durumlarda hastaya, bu tür semptomların uyuz veya kuş akarları gibi ekto-parazit enfestasyonlarında görülebileceği ya da nadir karşılaşılan hastalıklardan birisi olabileceği belirtilmemelidir. Egzotik hastalıklardan bahsedilmesi, yalnızca hastanın saplantısının daha da güçlenmesine ve probleminin gerçek olduğuna daha da inanmasına neden olur. Kaşıntı, ağrı ve benzeri bulgular için semptomatik tedavi uygulanabilir. Hastaya empati ile yaklaşmak ve onu yargılamadan sıkıntısını ifade edebileceği bir ortam sağlamak çok önemlidir. Sağlık hizmeti sunanların hastanın endişelerini gidermesi deluzyonel inancın yoğunluğunu azaltabilir ancak genellikle bu yaklaşım pek sergilenmez (18).

Hastalığın ısrarlı ve inatçı doğası sonucu, DP en iyi olasılıkla daha az sorunlu olan kronik faza geçer. Bu fazda deluzyon kısmen ya da tamamen bilinçaltına itilir, böylelikle hasta günlük fonksiyonlarını daha rahat sürdürebilir.

Amisulprid, risperidon, olanzapin gibi ikinci jenerasyon antipsikotikler, yaşa uygun dozajda DP tedavisinde kullanılabilir (12). Advers ilaç etkileşimleri ve düşük uyumu nedeniyle pimozid günümüzdeki tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (8).

SONUÇ

DP sağlık hizmeti sunanları oldukça zorlayan alışılmadık bir rahatsızlıktır. Doktorlar ve parazitologlar böyle bir hastayla karşılaştıklarında bir psikiyatriste yönlendirmede çok başarılı değillerdir. Bu tür durumlarda bir psikiyatristin fikri alınmalıdır. DP tanısı ve tedavisinin başarılı olması için dermatolog,

psikiyatrist ve parazitolog arasında sıkı bir işbirliği gerekmektedir. Hastalığın primer mi sekonder mi olduğunun belirlenmesi ve modern antipsikotiklerle tedavisiyle remisyona ulaşılabilir.

Anlaşıldığı üzere, aile hekimleri, dermatologlar ve parazitologlar DPLi bir hastaya nasıl yaklaşımları gerektiği konusunda yeterince hazırlıklı ya da bilgili değildir. Bu nedenle bu profesyonel grup için acilen özel bir eğitime ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. **Alexander JO'D**, 1984. *Arthropods and human skin*. Springer, Berlin. p.391-398.
2. **Bourdon, KH, Boyd, JH, Era DS, Burns BJ, Thompson JW, Locker BZ**, 1988. Gender differences in phobias: results of the ECA community survey. *J Anxiety Disorders*, 2: 227-241.
3. **Bourgeois ML, Duhamel P, Verdoux H**, 1992. Delusional parasitosis: folie a deux and attempted murder of a family doctor. *Br J Psychiatry*, 161: 709-711.
4. **Côté S, Bouchard S**, 2005. Documenting the efficacy of virtual reality exposure with psychophysiological and information processing measures. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 30: 217-232.
5. **Gieler U, Knoll M**, 1990. Delusional parasitosis as 'folie a trois'. *Dermatologica*, 181: 122-125.
6. **Gonul, M, Kilici A, Soylu S, Gul U, Aysemir C, Kocak O**, 2007. Folie à deux, diagnosed by delusional parasitosis. *Eur J Dermatol*, 17: 18-19.
7. **Granado LC, Ranvaud R, Peláez JR**, 2007. A spiderless arachnophobia therapy: comparison between placebo and treatment groups and six-month follow-up study. *Neural Plast*, 10: 241.
8. **Huber M, Kirchler E, Karner M, Pycha R**, 2006. Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology? *Med Hypotheses*, 68: 1351-1358.
9. **Lepping P, Freudenmann RW**, 2007. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. DOI: 10.1111/j.1365-2230.2007.02635.
10. **Lepping P, Russell I, Freudenmann RW**, 2007. Antipsychotic treatment of delusional parasitosis: a systematic review. *Br J Psychiatr*, 191: 198-205.
11. **Marneros A, Deister A, Rohde A**, 1988. Delusional parasitosis. A comparative study to late-onset schizophrenia and organic mental disorders due to cerebral arteriosclerosis. *Psychopathology*, 21: 267-274.
12. **Mercan S, Altunay IK, Taskintuna N, Ogutcen O, Kayaoğlu S**, 2007. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of delusional parasitosis. *Int J Psychiatry Med*, 37: 29-37.
13. **Ohtaki N**. Delusions of parasitosis - report of 94 cases, 1991. *Jap J Dermatol*, 101: 439-446.
14. **Pahopak S**, 1990. Delusion of parasitosis: a report on ten cases at Srinagarind Hospital. *J Med Ass Thai*, 73: 111-114.
15. **Reilly TM, Batchelor DH**, 1986. The presentation and treatment of delusional parasitosis: a dermatological perspective. *Int Clin Psychopharmacol*, 1: 340-353.
16. **Schwartz E., Witztum E, Mumcuoglu KY**, 2001. Travel as trigger for shared delusional parasitosis. *J Travel Med*, 8: 26-28.
17. **Steinert T, Studemund H**, 2006. Acute delusional parasitosis under treatment with ciprofloxacin. *Pharmacopsychiatry*, 39: 159-160.
18. **van der Hart O, Witztum E**, 1990. Integrative treatment strategy in community mental health centers. *Isr J Psychother*, 4: 103-109.
19. **Wykoff RF**, 1987. Delusions of parasitosis: a review. *Rev Infect Dis*, 9: 433-437.