

Deri Yolma Bozukluğu

Skin Picking Disorder

Pınar Çetinay Aydın, Leyla Gülseren

Özet

Deri yolma bozukluğu, dermatolojik bir problem olmaksızın, deri dokusunda hasara neden olan, cildin aşırı ve yineleyici şekilde yolunması ile karakterize bir tablodur. Normal yolma davranışından farklı olarak psikojenik deri yolma yineleyicidir ve deride ciddi biçimde hasara hatta hayati tehlike oluşturacak sonuçlara neden olabilir. Bazı hastalar sık ancak kısa süren yolma atakları tanımlarken, bazıları da daha seyrek olan ama birkaç saat süren ataklar tanımlamaktadır. DSM-5' e kadar sınıflandırma sistemlerinde ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almayan deri yolma bozukluğu DSM-5'de Obsesif Kompulsif Bozukluk ve ilişkili Bozukluklar kategorisinde bağımsız bir tanı olarak yer almıştır. Olgu bildirimleri, açık-etiketli çalışmalar ve çift-kör çalışmalarda deri yolma bozukluğunun tedavisinde seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin etkili olduğu gösterilmiştir. Psikoterapi olarak en çok bilişsel-davranışçı teknikler kullanılmakta ve yararlı olmaktadır. Alışkanlığın tersine döndürülmesi sıklıkla uygulanan, iyi sonuçlar alınan ve iyilik halinin sürdürülebildiği davranışçı tekniklerden birisidir.

Anahtar sözcükler: Psikojenik deri yolma, deri yolma bozukluğu, nevrotik ekskoriasyon.

Abstract

Skin picking disorder is not a dermatological disorder and it is a table characterized with picking skin excessively and repetitively, leading to damage in skin tissue. Unlike normal picking behaviour, psychogenic skin picking is repetitive and it can lead to severe damage in the skin and even complications which constitute vital danger. While some patients define frequent but short lasting picking attacks, others define rarer attacks which last a few hours. Skin picking disorder, which is not included in the classification systems up to DSM-5 as a separate diagnosis category, is included as an independent diagnosis in Obsessive Compulsive Disorder and Associated Disorders category in DSM-5. In case reports, open label studies and double blind studies selective serotonin reuptake inhibitors are shown to be effective in the treatment of skin picking disorder. Mostly, cognitive-behavioural techniques are used and have been proven to be useful in psychotherapy. Habit reversal is one of the behavioural techniques which are frequently applied; give positive results in which well-being state can be maintained.

Key words: Psychogenic skin picking, skin picking disorder, neurotic excoriation.

DSM-5'E KADAR sınıflandırma sistemlerinde ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almayan deri yolma bozukluğunun, ruh sağlığı hekimleri tarafından yeterince bilinmemesi, hastalara doğru tanı konamaması ve bununla bağlantılı olarak uygun biçimde tedavi edilememelerinde etkili olmuştur. Bu bölümde, deri yolma bozukluğunun tanımı, yaygınlığı, etyolojisi, klinik özellikleri, ayırıcı tanısı ve tedavisinin yanı sıra sınıflandırma sistemlerindeki yeri gözden geçirilecektir.

Tanım ve Tarihçe

Deri yolma bozukluğu, dermatolojik bir problem olmaksızın, deri dokusunda hasara neden olan, cildin aşırı ve yineleyici şekilde yolunması ile karakterize bir tablodur. Bu durumda olan kişiler, derideki küçük düzensizlikleri veya önceki yolmadan kalan sivilce, nasır, skar veya kabuk gibi deri lezyonlarını yolarlar.[1] Nevrotik hastalardaki kontrol edilemeyen yolma davranışı, ilk kez Erasmus Wilson tarafından, 1875’de “nevrotik ekskoriyasyon” adı altında tanımlanmıştır.[2] Tıp literatüründe yüzyılı aşkın bir süredir yer almasına karşın yeterince bilinmemektedir. Çoğu olguda tanı gözden kaçmakta ve uygun tedavi verilmemektedir.[3,4]

Deri yolma zaman zaman tüm memelilerde görülebilen evrensel bir davranıştır. Pek çok kişi yaşamının herhangi bir döneminde ellerinin ya da yüzünün derisini yolar. Yolmanın nedenleri, eşlik eden duygular, yol açtığı sonuçlar, yolma davranışının ne kadar sürdüğü gibi özellikler patolojik olup olmadığını belirlemede önemlidir.[5] Normal yolma davranışından farklı olarak psikojenik deri yolma yineleyicidir ve deride ciddi biçimde hasara, hatta hayati tehlike oluşturacak sonuçlara neden olabilir.[4-9] Deri yolma bozukluğu olan hastalar utanmaları ya da iyileşemeyeceklerini düşünmeleri nedeniyle dermatolog ya da psikiyatristlere nadiren başvururlar.[4-10]

Psikojenik deri yolma, farklı kaynaklarda *kompulsif deri yolma*, *psikojenik ekskoriyasyon*, *nevrotik ekskoriyasyon*, *deri yolma*, *acne excoriée* ve *dermatotillomani* olarak da adlandırılmaktadır.[6] Arnold ve arkadaşları,[6] “psikojenik ekskoriyasyon” tanımının kullanılmasını önermektedirler. Yazarlar, dermatoloji literatüründe kullanılan bir terim olan ekskoriyasyonun “deri yolma” ve “acne excoriée” den daha kapsayıcı olduğu, psikojenik sözcüğünün ekskoriyasyonun ruhsal bir nedeni olduğuna vurgu yaptığı, “kompulsif deri yolma”nın obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) çağrıştırarak tablonun heterojen özelliğinin göz ardı edilmesine yol açtığı ve “nevrotik” teriminin artık DSM terminolojisinden yavaş yavaş çıkmakta olan bir terim olduğu gerekçeleriyle böyle bir öneride bulunmuşlardır. Bu yazıda, “psikojenik deri yolma” tanımını kullanılacaktır.

Tanısal Süreçlerdeki Değişim

Deri yolma bozukluğu adıyla DSM-5’de ayrı bir tanı kategorisi olarak tanımlanmadan önce bağımsız bir sendrom olabileceğinin yanı sıra farklı psikiyatrik bozuklukların belirtisi olarak da düşünülmüştür. Bu hastalara bazen OKB, bazen dürtü kontrol bozukluğu ya da stereotipik hareket bozukluğu tanısı konulmaktadır. Deri yolma bazen beden dismorfik bozukluğu ya da borderline kişilik bozukluğunun bir belirtisi olabilir.[11] Türkiye’de yapılan bir çalışmada, psikojenik deri yolmanın ayrı bir psikiyatrik bozukluk olmaktan çok depresyon ve OKB gibi psikiyatrik sendromlara eşlik eden bir belirtisi olabileceği öne sürülmüştür.[12] Çalışmacılar, psikojenik deri yolmanın başlangıç yaşı ve cinsiyet oranları yönünden OKB’den çok depresyona benzerlik gösterdiğini, bu nedenle alta yatan psikopatolojinin depresyon olabileceğini ancak geniş örneklem gruplarıyla yapılacak çalışmalara gereksinim olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmacıların bir bölümü, psikojenik deri yolma ve trikotillomaninin OKB’yle benzerlik göstermelerinden dolayı, OKB spektrum bozukluğu olarak kavramsallaştırılabileceğini önermişlerdir.[13,14] OKB ektanı oranının yüksek olması,[12,15-16] OKB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında deri yolma bozukluğunun yüksek oranlarda bulunması,[16] hem OKB’deki kompulsiyonların hem de yolma dürtüsünün kontrol

edilmesinin güçlüğü ve eylemin ardından geçici bir rahatlamanın olması [15] bu varsayımı desteklemektedir. Bunlarla birlikte OKB her iki cinsiyeti eşit oranda etkilerken deri yolma bozukluğunun kadın cinsiyette daha yüksek oranda görülmesi, kompulsiyonların girici düşünceleri takiben başlaması, psikojenik deri yolmanın ise nadiren girici düşünceleri izlemesi OKB'den ayrılan yanlarıdır.[10,17,18]

Bazı hastalarda deri yolma dürtüsel özellikler taşıırken bazılarında kompulsif özellikler ön plandadır. Hastaların bir bölümünde de hem kompulsif hem de dürtüsel özellikler vardır. Bu bağlamda, kompulsif, dürtüsel ve karma olmak üzere üç alt gruptan sözü edilebileceği bildirilmiştir.[6] Bir başka görüş, deri yolma, trikotillomani, tırnak yeme ve dudakları ya da yanak mukozasını çiğneme gibi davranışların fenomonolojik olarak birbirlerine benzemeleri nedeniyle "beden odaklı yineleyici davranışlar" olarak gruplandırılmaları yönünde olmuştur.[19]

Psikojenik deri yolma, ICD-10 (Dünya Sağlık Örgütü) ve DSM-IV-TR' de (Amerikan Psikiyatri Birliği) ayrı bir tanı kategorisi olarak sınıflandırılmamıştır.[20,21] DSM-IV-TR'de "Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrolü bozukluğu" başlığı altında yer almıştır. Bu heterojen grup psikojenik deri yolmanın yanı sıra kompulsif cinsel davranış, kompulsif tırnak ve tırnak eti yeme, kompulsif alışveriş ve hafifçe kendini yaralamayı da içermektedir.

DSM-5'de, 'Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar' kategorisinde, vücut dismorfik bozukluğu, biriktiricilik bozukluğu, trikotillomani ile birlikte "deri yolma bozukluğu" adıyla yer almıştır. [22]

Epidemiyoloji ve Yaygınlık

Klinik dışı örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarda birbirine yakın oranlar elde edilmiştir. Keuthen ve arkadaşları, 105 üniversite öğrencisini aldıkları çalışmalarında, kendilerine zarar verecek düzeye ulaşmamakla birlikte, öğrencilerin %78.1'inin derilerini yolduklarını, ancak patolojik düzeye ulaşan deri yolma yaygınlığının %3.8 olduğunu belirlemişlerdir.[5] Bohne ve arkadaşları, 133 öğrenciyi değerlendirdikleri çalışmalarında psikojenik deri yolma yaygınlığını %4.6 olarak bulmuşlardır.[19] Daha geniş örneklem grubuyla yapılan bir çalışmaya 1324 üniversite öğrencisi alınmış ve yaygınlık oranı % 5 olarak bildirilmiştir.[15] Daha yakın tarihte, genel toplumda yapılan iki yaygınlık çalışmasında da, çok farklı olmayan sonuçlar elde edilmiştir. Üçyüzeiki kişinin katıldığı bir toplum çalışmasında çalışmaya katılanların yaklaşık %63'ü derilerini yolduklarını bildirmiş ancak 19 kişi (%5.4) psikojenik deri yolma ölçütlerini karşılamıştır.[23] Telefon görüşmesi ile 2513 kişinin değerlendirildiği başka bir çalışmada katılımcıların %10'u tıbbi bir durumla ilişkili olmayan (kaşınma veya inflamasyon) bir deri lezyonu ile sonuçlanan deri yolma tanımlamıştır. Bu durumun stres ile ilişkili olması tanısal ölçüt olarak kabul edildiğinde ise %1.4'ü deri yolma bozukluğu ölçütlerini karşılamıştır.[24] Odlauğ ve arkadaşları 1916 üniversite öğrencisinin katıldığı çalışmalarında deri yolma bozukluğu yaygınlığını %4.2 olarak bildirmişlerdir.[25] Dermatoloji kliniğine başvuran hastalarda ise yaygınlık oranı %2 olarak saptanmıştır.[6]

Deri yolmanın, OKB'de, beden dismorfik bozukluğunda, Prader Willi Sendromu gibi genetik bozukluklarda ve sanrısız bozuklukta da görülebilmesi nedeniyle bulunan değerlerin ne ölçüde gerçek oranları yansıttığı tartışmalıdır.[4,26-28] Kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir.[4,17] Ancak bu bulgu, kadınların tedavi için sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurmalarıyla da ilişkili olabilir.[6]

Ek Tanılar

Ek tanı oranları yüksektir. Klinik çalışmalarda deri yolma bozukluğu olan hastaların %57-100'ünde anksiyete ve depresif bozukluklar en fazla olmak üzere yaşamboyu en azından bir tane ek tanı bozukluk tanısının olduğu bildirilmiştir.[29] Bu bulgulara dayanılarak, bağımsız etyolojisi olan ayrı bir bozukluktan çok diğer psikiyatrik bozuklukların özgül olmayan bir belirtisi olarak kavramsallaştırılmasının daha uygun olabileceği öne sürülmüştür. Bununla birlikte birçok psikiyatrik bozuklukta ek tanı oranları yüksektir. Deri yolma bozukluğundaki ek tanı oranları, diğer bozuklukların ek tanı oranlarından daha yüksek değildir (örn. OKB).[30]

Duygudurum ve anksiyete bozuklukları sık görülen ek tanılardır. Yapılandırılmış görüşme araçları (SCID) kullanılarak yürütülen iki çalışmada, duygudurum bozuklukları için (major depresif bozukluk, distimik bozukluk ve bipolar bozukluk) ek tanı oranları %48 ve %68 bulunmuştur.[4,17] Arnold ve arkadaşları,[17] duygudurum bozuklukları için yaşam boyu yaygınlık oranını ise %79 olarak bildirmişlerdir. Psikojenik deri yolması olan 60 hastanın değerlendirildiği bir başka çalışmada depresif bozukluk için ek tanı oranı %16.6; yaşam boyu yaygınlık oranı %33.3 bulunmuştur.[1]

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, psikojenik deri yolması olan 31 hasta kronik ürtiker tanısı konmuş olan 31 hastayla karşılaştırılmıştır. Psikojenik deri yolması olan hastalarda en sık görülen ektanının majör depresif bozukluk olduğu (%58.1) bildirilmiştir.[12] Çalışmacılar, depresyonun yaygın görülen bir ek tanı olmak yerine deri yolma bozukluğu olan bireylerde birincil klinik durumun depresyon olabileceği sonucuna varmışlardır .

Psikojenik deri yolma tanısı konan hasta grubunda, yolma davranışının şiddetiyle depresif belirtiler arasında ilişki olduğu bulunmuştur.[5,17] Üniversite öğrencilerinde deri yolmanın yaygınlığının araştırıldığı iki çalışmada ise böyle bir ilişki gösterilmemiştir.[15,19] Çalışmacılar bu sonucu, klinik örneklemede deri yolmanın depresyonla daha çok ilişkili olabileceği şeklinde yorumlamışlardır. Genç yaş grubuyla yapılan çalışmalarda depresif belirti düzeyinin düşük bulunmasının psikojenik deri yolması olan hastalarda depresyonun zaman içinde ortaya çıkan bir tablo olmasıyla ilişkili olabileceği yönünde görüşler vardır.[15] Kimi çalışmacılara göre de psikojenik deri yolma ile ilişkili bozulma, negatif duygudurum ve ek tanıli durumlardan bağımsızdır.[31]

Deri yolma bozukluğu olan hastalar, özellikle yolma davranışına odaklanan girişimlerden yarar görürler. Ek tanıli durumların tedavisi deri yolma belirtilerini ortadan kaldırmamaktadır. Eksten 1 ek tanısını dışlayarak yapılan bir çalışmada psikopatolojinin özgül olmayan bir belirtisi olarak kavramsallaştırılmasının uygun olmayacağı sonucuna varılmıştır.[32,33] Arnold ve arkadaşlarının, [17], duygudurum bozukluğunun hastaların yarısından fazlasında, deri yolmanın ortaya çıkmasından yaklaşık bir yıl önce başladığına ilişkin bulguları bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Yakın tarihli bir çalışmada yine üniversite öğrencilerinde deri yolma bozukluğu tanısı olanlarda, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, madde bağımlılığı ve dürtü kontrol bozukluklarının yaşam boyu görülme oranları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. [25] Bu bulgu, deri yolma bozukluğunun, trikotillomani gibi anksiyete bozuklukları ile bağımlılık davranışları arasında yer alabileceği şeklinde yorumlanmıştır. [34]

Psikojenik deri yolması olan 222 kişinin katıldığı toplum çalışmasında deri yolmanın şiddeti ile depresif, dürtüsel, anksiyöz, obsesif kompulsif belirti şiddeti arasında anlamlı korelasyonlar saptanmıştır.[23] Neziroğlu ve arkadaşlarının çalışmasında deri yolma şiddeti ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.[35] Çalışmacılar bu bulguyu, örneklemin diğer psikiyatrik bozuklukları için tedavi arayışında olan hastalardan oluşması ve deri yolma davranışının çok şiddetli düzeyde olmamasıyla ilişkilendirmişlerdir. Snorrason ve arkadaşlarının çalışmasında da deri yolma belirtileri ile depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddeti arasında ilişki saptanmamıştır.[36]

Psikojenik deri yolmalı hastalarda, bipolar bozukluk için yaşam boyu yaygınlık oranı %35 bulunmuştur.[17] Türkiye’de yapılan bir çalışmada 124 remisyonda bipolar bozukluk tanılı hastanın %27.4’ünde dürtü kontrol bozukluğu saptanmıştır. En yaygın görülen dürtü kontrol bozukluğunun, deri yolma bozukluğu olduğu bildirilmiştir.[37] Bu sonuçlar, dürtü kontrol bozukluklarıyla bipolar bozukluğun ilişkili olabileceği varsayımını desteklemekle birlikte kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

Anksiyete bozuklukları (panik bozukluğu, agorafobi, sosyal ve özgül fobi, OKB, travma sonrası stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu) için ek tanı oranları %41 ve % 65, yaşam boyu yaygınlık oranı ise %56 olarak bulunmuştur.[4,17] Odlauğ ve arkadaşları,[1] OKB için ek tanı oranını %15, yaşam boyu yaygınlık oranını %16.7 olarak saptamışlardır. Wilhelm ve arkadaşları,[4] OKB kliniğinde çalışıyor olmalarının bir önyargı nedeni olabileceğini belirtse de, kendi hasta gruplarında %52 yaygınlık oranıyla OKB’yi en sık görülen ektanı olarak bildirmişlerdir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada da psikojenik deri yolması olan hastaların %45.2’sinde OKB ek tanısının bulunduğu belirlenmiştir.[12] Genel toplumda OKB için bildirilen yaygınlık oranları %2-3’tür.[38] Psikojenik deri yolması olan hastalarda OKB genel topluma göre fazla görülmektedir. OKB’li hastalarda psikojenik deri yolma ektanı oranı da yüksektir.[39] Yakın tarihli bir çalışmada OKB tanılı hastaların %16.3’üne deri yolma bozukluğunun eşlik ettiği bulunmuştur.[40] OKB tanılı 70 hastanın alındığı, yaş ortalamasının 13.8±2.9 yıl olduğu bir örnekleme deri yolma bozukluğu yaygınlığının %12.8 olduğu saptanmıştır.[41] Bunun yanı sıra, psikojenik deri yolma ile OKB’nin alt grupları arasında olası bir genetik ilişkiyi destekleyen veriler vardır.[1,4,13,16-17] OKB’ye ek olarak madde kullanım bozuklukları, beden dismorfik bozukluğu, yeme bozuklukları gibi kompulsif-dürtüsel spektrum bozuklukları ve trikotillomani, kleptomani, kompulsif alışveriş gibi dürtü kontrol bozuklukları sık görülen ek tanılardır.[4,17]

Deri yolma, beden dismorfik bozukluğu ve OKB ile ilişkili görünüp sıklıkla beden dismorfik bozukluğunun bir belirtisi gibi ortaya çıkabilse de, bağımsız bir klinik tablo da olabilir.[4] Bazen de hastalara her iki tanı birden konur. Örneğin, derisinin görünümüyle ilgili düşünce uğraşları olan bir hastaya beden dismorfik bozukluğu tanısı konulabilirken bu hasta aynı zamanda psikojenik deri yolma tanı ölçütlerini de karşılayabilir. Ancak yapılan çalışmalarda, psikojenik deri yolma’da beden dismorfik bozukluğu ektanısına ilişkin veriler birbirini tutmamaktadır. SCID kullanılarak yapılan üç çalışmada beden dismorfik bozukluğu ektanısı için %32, %9ve %5 oranları bulunmuştur.[1,4,17] Arnold ve arkadaşları, somatoform bozukluklar için ektanı ve yaşam boyu yaygınlık oranını %21 olarak bildirirlerken,[17] Odlauğ ve arkadaşlarının çalışmasında,[1] beden dismorfik bozukluğu dışında başka bir somatoform bozukluk tanısı konan hasta olmamıştır.

Beden dismorfik bozukluğunda psikojenik deri yolmanın yaşam boyu yaygınlık oranı %44.9, psikojenik deri yolma ekanı oranı %36.9 bulunmuştur.[26] Phillips ve Taub, deri yolmanın yeterince tanınmayan bir sorun olduğuna ve beden dismorfik bozukluğunun bir belirtisi olarak sık görüldüğüne dikkat çekmişlerdir. Deri yolma varsa, fiziksel defektlerin daha fazla ve dermatoloji kliniklerine başvurunun daha çok olduğunu belirtmişlerdir. Dolayısıyla, beden dismorfik bozukluğu olan hastalarda deri yolmanın olup olmadığı mutlaka araştırılmalıdır. Psikojenik deri yolma, OKB ve beden dismorfik bozukluğuyla sık olarak birlikte görülmesine karşın, klinik tablolar arasında bazı farklılıklar da vardır: OKB ve beden dismorfik bozukluğu her iki cinsiyette eşit sıklıkta görülürken, psikojenik deri yolma kadınlarda daha sıktır. Deri yolma duyguları düzenlemeyi sağlarken OKB'deki kompulsiyonların hedefi obsesyonları nötralize etmektedir.[42] Beden dismorfik bozukluğunda ise kendini yaralama davranışından çok deride aslında olmayan ya da minimal düzeydeki kusurları düzeltmek amaçlanmıştır.[4]

Odlauğ ve arkadaşlarının çalışmalarında, trikotillomani ve tırnak yeme için ekanı oranları beden dismorfik bozukluğu ekanısına göre daha yüksek bulunmuştur (trikotillomani için % 36.7, tırnak yeme için % 26.7).[1] Trikotillomani için elde edilen oranlar genel toplumdan ve üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda bulunan oranlardan belirgin olarak yüksektir. Bu bulgular, psikojenik deri yolma ile trikotillomani ve kompulsif tırnak yeme arasında ilişki olabileceğini desteklemektedir. Trikotillomani ve psikojenik deri yolma, kişinin kendine zarar verici ve stereotipik özelliklerinden dolayı benzer tablolar olsalar da DSM-IV-TR'de farklı başlıklar altında sınıflandırılmaktadırlar.[21] Psikojenik deri yolma ile trikotillomani arasında bazı demografik özellikler, ekanı, kişilik özellikleri ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yönünden benzerlikler vardır. Her iki bozukluk da kadınlarda daha sık görülür ve kronik seyirlidir.[17,34] Deri yolma davranışının niteliği açısından bakıldığında, trikotillomanide olduğu gibi, dürtü kontrol bozukluklarının pek çok özelliği dikkati çekmektedir (yolma davranışından önce gerginlikte artma, yolmanın ardından rahatlatma gibi). Psikojenik deri yolmaya birden fazla dürtü kontrol bozukluğu eşlik edebilir. Psikojenik deri yolmanın yanı sıra, trikotillomani ve patolojik internet kullanımının bir arada olduğu bir olgu bildirilmiştir.[43]

Madde bağımlılığı/kötüye kullanımı için ekanı oranı %12, yaşam boyu yaygınlık oranı %38 olarak bulunmuştur.[17] Wilhelm ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, madde bağımlılığı/kötüye kullanımının psikojenik deri yolması olan hastalarda ikinci sıklıkta görülen ekanı olduğu saptanmıştır.[4] Odlauğ ve arkadaşlarının buldukları oranlar daha düşüktür.[1] Madde kullanım bozukluğu ekanı oranını %1.6; yaşam boyu yaygınlık oranını %3.3 olarak bildirmişlerdir. Yeme bozuklukları için ekanı oranı %12 ve %1.6; yaşam boyu yaygınlık oranı %21 ve %3.3 olarak bildirilmiştir.[1,17] DSM-IV'e göre patolojik deri yolması olan 60 kişinin alındığı bir çalışmada %36.7 oranında trikotillomani, %26.7 kompulsif tırnak yeme, %16.7 depresif bozukluk, %15 OKB en yaygın ekanılar olarak saptanmıştır.[44]

Kişilik bozukluğu da sık görülen ekanılardandır. Psikojenik deri yolması olan hastaları SCID-II kullanarak değerlendiren Wilhelm ve arkadaşları, hastaların %71'inin kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığını, en sık obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun (%48) görüldüğünü, bunu sırasıyla borderline (%26) ve kaçınan (%23) kişilik bozukluklarının izlediğini bildirmişlerdir. [4]

Prader Willi Sendromu, yaklaşık olarak 20000 doğumda bir görülen, karmaşık nörogelişimsel, genetik bir bozukluktur. Hafif-orta derecede zeka geriliği, neonatal ve

infantil hipotoni, bebeklik döneminde beslenme problemleri, düşük vücut ağırlığı; ilerleyen yıllarda morbid obezite, hiperfaji, yiyecek arama ve çalma davranışı, istifçilik yaygın olarak görülen belirtilerdir. Öfke nöbetleri, kompulsif davranışlar, otizm benzeri belirtiler, psikoz ve duygudurum bozuklukları psikiyatrik bileşenleridir.[45] Prader-Willi sendromunda deri yolma bozukluğu yaygınlığı için %65-95 arasında değişen yüksek oranlar bildirilmiştir.[27,46] Sendromun psikiyatrik bileşenleri, bakım verenlerde strese sebep olmakta; eğer tedavisiz kalırsa yineleyen enfeksiyonlar, deri lezyonları ve diğer tıbbi komplikasyonlara yol açabilmektedir.[45] Psikojenik deri yolma ve kompulsif belirtiler, öfke nöbetleri, duygudurumda dalgalanmalar okul öncesi dönemde başlayabilir.[47]

Diden ve arkadaşları, deri yolmanın gerginliği azaltarak negatif pekiştirici gibi işlev gördüğünü, bu nedenle gevşeme egzersizleri, tepkinin engellenmesi (response prevention), stresle başa çıkma eğitimi gibi yöntemlerin Prader-Willi sendromu olan hastalarda psikojenik deri yolma belirtilerini azaltmada etkili olabileceğini öne sürmüşlerdir.[27] Prader Willi Sendromunda davranışsal belirtilerle ilgili bir derlemede fluoksetin ve topiramatin deri yolma davranışını azalttığı yönünde sonuçlar olmakla birlikte bu alanda henüz yeterince kontrollü randomize çalışmalar bulunmadığı belirtilmiştir.[48] Psikojenik deri yolmanın, kompulsif-dürtüsel kümede yer alan bozukluklarla yüksek oranda birlikte görülmesi bu spektrumda yer aldığını desteklemekle birlikte daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim vardır.[6] Yine de, ek tanı oranının yüksek olmasını dikkate alarak, bir hastada kompulsif-dürtüsel spektrumda yer alan herhangi bir bozukluk saptandığında (örn: OKB, trikotillomani, yeme bozukluğu, kleptomani, beden dismorfik bozukluğu gibi) psikojenik deri yolma belirtilerinin ya da psikojenik deri yolma tanısı konduğunda aynı spektrumdan başka tanıların eşlik edip etmediğinin araştırılması yararlı olacaktır.[4]

Aile Öyküsü

Kısıtlı veriye rağmen çoğu olguda aile öyküsünün varlığı, deri yolma bozukluğunda ailesel bir yatkınlığın olduğu izlenimini vermektedir.[49] Odlug ve arkadaşlarının çalışmalarında, hastaların %40'ının en azından bir birinci derece akrabasında psikiyatrik bir bozukluk olduğu, en sık da psikojenik deri yolmanın (%28.3) görüldüğü, bunu madde kullanım bozukluğu (%20) ve depresyonun (%18.3) izlediği belirlenmiştir.[1] Grant ve arkadaşları, kendi hasta gruplarındaki hastaların %41.7'sinin en azından bir tane birinci derece akrabasında psikojenik deri yolma ya da trikotillomani olduğunu bildirmişlerdir.[10] Kırk hastanın alındığı başka bir çalışmada %43'ünün birinci derece akrabasında deri yolma bozukluğu saptanmıştır.[35] Arnold ve arkadaşları ise duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarını en sık görülen tanımlar olarak bulmuşlardır.[17]

OKB tanılı hastaların aile çalışmalarında hasta yakınlarında deri yolmaya sıklıkla rastlandığı bildirilmiştir.[50] OKB'li hastalarla deri yolma bozukluğu olan hastalar karşılaştırıldığında deri yolma bozukluğu olan hastaların en az bir tane birinci derece yakınında deri yolma bozukluğu, kompulsif tırnak yeme tanılarının OKB grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.[49] Monzani ve arkadaşları,[51] 2518 ikizden oluşan örnekleme deri yolma bozukluğunun yaygınlığını ve kalıtımını araştırmıştır. İkizlerin %1.2'sinde klinik olarak anlamlı düzeyde deri yolma bozukluğu sap-

tanması, çift yumurta ikizlerine göre tek yumurta ikizlerinde daha yüksek eşhastalanma oranları, güçlü genetik bir etkinin varlığını desteklemektedir. [51]

Etyoloji

Birbirlerinden farklı olan dürtü kontrol bozukluklarının ortak genetik, psikolojik ve nörobiyolojik özellikleri olduğu düşünülmektedir. Frontal lob işlevlerinde bozulma, serotonerjik sistem ve diğer nörotransmitterlerdeki disregülasyonun dürtü kontrol bozukluklarının etyolojisinde rolü olduğu gösterilmiştir. Bilişsel-davranışçı bakış açısıyla ele alındığında, dürtü kontrol bozukluğunun orijini ne olursa olsun, dürtüsel davranışın sık yinelenmesi zihinde yer etmesinin esas nedenidir. Madde kullanım bozuklukları ve OKB'de başarıyla kullanılan davranışçı yaklaşımlar, dürtü kontrol bozukluklarının tedavisinde de kullanılmakta ve olumlu sonuçlar alınmaktadır.[52]

Deri yolma, kaşıntı gibi beden duyularıyla birlikte başlayabilir. Psikolojik ve psikiyatrik etmenler kaşıntının şiddetini etkileyebilir. Stres, kan akımının değişmesi, beden ısısının yükselmesi, histamin, vazoaaktif nöropeptidler ve inflamator mediyatörlerin salınımıyla periferik olarak kaşıntıya yol açabilir. Merkezi olarak opioid yolaklar kaşıntıdan sorumludur. Opioidler gibi nöropeptidlerin merkezi sinir sistemindeki (SSS) opioid reseptörleri üzerindeki etkileri aracılığıyla "kaşıntı" duyumunun ana mediyatörleri olduğu düşünülmektedir. Metiyonin, enkefalin, lösin enkefalin ve beta endorfinler bu endojen opioidlerin bazılarıdır. Histamin salınımına yol açıcı etkilerinden bağımsız olarak kaşıntı duyumunu ortaya çıkarır ya da şiddetlendirebilirler. Morfin gibi opiyat agonistleri kaşıntıya neden olurken, nalokson gibi opiyat antagonistleri kaşıntıyı yatıştırır.[53] Gerginlik ve sıkıntıya yol açan, karşı konması güç dürtülerin varlığı OKB, psikojenik deri yolma, yeme bozukluğu ve madde bağımlılığının ortak fenomenolojik özelliğidir. Kompulsif davranışın gerçekleşmesiyle gerginlik yatıştır. Bu anlamda kompulsif davranışın pekiştirici etkisi vardır.

Deri yolma bozukluğunun bağımlılık olarak kavramsallaştırılmasının tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkileyebileceği ileri sürülmüştür.[54] Deri yolma bozukluğunun bazı klinik özelliklerinin bağımlılığın çekirdek özellikleriyle ortak olması (davranışın olumsuz sonuçlarına karşın yineleyici ve kompulsif şekilde davranışın sürmesi, davranış üzerindeki kontrolün azalması ve öncesinde aşırı bir istek ya da aşırma durumunun olması, davranış sırasında zevk alma) özellikle de deri yolma davranışından önceki gerilim hissi ve yolma davranışından sonra hissedilen heyecan ve haz duyguları, madde ile ilgili aşırma ve madde ya da alkol kullandıktan sonraki sakinlik ve zevk yaşantılarına benzetilmektedir.[54] Dopaminerjik agonistlerin deri yolma belirtilerini arttırdığı, kokain ve metamfetaminin ventral striatumda dopamini arttırarak deri yolma bozukluğu olmayan kişilerde yolma davranışına yol açtığı, dolayısıyla opioid antagonistlerinin ventral striatumda dopamini modüle etmesi sonucunda deri yolma bozukluğu tedavisinde yararının olacağı bildirilmiştir.[54]

Dopamin artışının deri yolma davranışını ortaya çıkardığı görüşünü destekleyen bir olgu literatürde bulunmaktadır. 51 yaşında, 10 yıldır Parkinson hastalığı olan bu hastanın almakta olduğu ropinirol dozu 2mg/gün iken 3 mg/gün'e arttırılınca, (hastanın kafa derisi ile ilgili taktıl ya da görsel varsanları olmadığı halde) frontal bölgedeki kafa derisinde eritamatoz, tahriş olmuş lezyonlar saptanmıştır. Ropinirol kesildikten iki ay sonra deri yolma davranışının sona erdiği gözlenmiştir. Dopamin agonisti ajanın kesilmesiyle

yolma davranışının ortadan kalkması, dopaminerjik tedavinin yan etkisi olarak deri yolmanın ortaya çıktığını desteklemektedir.[56]

Ventral tegmental alandan kortikal, limbik bölgelere ve özellikle nukleus akumbense uzanan dopaminerjik nöronların olduğu yolak ödüllendirme duyumu ile ilgilidir. Mezolimbik dopaminerjik sistem gibi ödül döngüsü üzerinde etkili olan ajanların (örn: glutamat üzerinde modülatör etki gösteren ajanlar) psikojenik deri yolma belirtilerini yatıştırması ödüllendirme duyumu ile ilgili yolların psikojenik deri yolmanın etyolojisinde rolü olabileceğini düşündürmektedir.[57] Hastanın derisini yolarak oluşturduğu lezyonlar “kaşıntı-yolma-kaşıntı” döngüsünü başlatabilir.[17] OKB ile psikojenik deri yolma arasındaki olası bir genetik ilişkiyi destekleyen bulgular da vardır.[13,39]

Çoğu kadın adet kanaması başlamadan hemen önce ya da kanama döneminde deri yolmada artış olduğunu bildirmiştir. Bu bulgu ve ailesel yükünlüğün varlığı etyolojide biyolojik etmenlerin rolü olabileceğini desteklemektedir. Ancak cinsiyet farklılıkları ve pozitif aile öyküsü, yolma davranışının edinilmesine neden olabilen, gözleme dayalı öğrenme ve sosyalleşme gibi psikolojik etmenlerle de ilgili olabilir.[4]

Kişilik özellikleri ve başa çıkma düzenekleri stresin dermatolojik belirtilere dönüştürülmesinde önemli bir rol oynayabilir.[53] Freud'a göre, önemli bir erojen bölge olan deride ortaya çıkan belirtiler bilinçdışı cinsel dürtülerle bağlantılı olabilir. Dokunma, sıcaklık, ağrı gibi duyumlar erojen bir zevk kaynağı sağlayabilir.[58] Psikodinamik kuram psikojenik deri yolma ile ilgili olarak karşılanamayan duygusal gereksinimlerle ilgili bastırılmış öfkenin, agresif dürtülerin ve kızgınlığın dışa vurulmasındaki güçlüğün üzerinde durmaktadır. Bu hastalar genellikle, depresif özellikler gösteren, benlik saygısı düşük, endişeli, titiz, mükemmeliyetçi, aşırı duyarlı kişilerdir. Stresle başa çıkamadıkları gibi strese yanıtları deri yolmada artış tarzındadır.[59,60]

Fruensgaard ve arkadaşları kontrollü bir çalışmada, psikojenik deri yolmalı hastaların elektroensefalografilerinde (EEG) agresif antisosyal kişilerin EEG'lerine benzer özgül olmayan bozuklukların olduğunu saptamışlardır. Çalışmacılar bu bulgunun, psikojenik deri yolmanın etyolojisinde maskelenmiş agresyonun rol oynayabileceği varsayımına destek sağladığını bildirmişlerdir.[60] Psikojenik deri yolmalı hastalarda, dürtü kontrol bozukluğundakine benzer biçimde, deri yolmanın yoğun duyguları düzenlemenin bir yolu olabileceği ileri sürülmüştür.[4]

Fontenelle ve arkadaşlarına göre de, dürtüsel ve kompulsif belirtiler sıklıkla anksiyete ve distresin yoğunlaştığı sırada ortaya çıkar. Dolayısıyla bu belirtiler, rahatsızlık ve sıkıntı veren durumlarla baş etmenin farklı yolları gibi yorumlanabilirler. Aynı çalışmacılar, zorlayıcı, girici, karşı konulamaz olarak tanımlanan yineleyici davranışları baskılamadaki genel bir yetersizlikten söz etmişlerdir. Bu yetersizlik, dürtüsel ve kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Kompulsiyon ve dürtüler için ortak bir etyopatogenez de söz konusu olabilir.[39]

Dufour ve arkadaşlarının sıçanlarla yaptıkları çalışmada, beslenme ile beyindeki serotonin miktarının artmasının, saç yolma ve deriyi kazıma davranışını arttırdığı ve ülseratif dermatite yol açtığı gözlenmiştir.[61] Bu verilere dayanılarak, ülseratif dermatit deri yolma bozukluğunun hayvan modeli olarak önerilmiştir.[61] 383 aileden 1618 kişinin katıldığı OKB genetik bağlantı çalışmasında aile tabanlı bağlantı analizi kullanılarak katılımcıların %32'sinin grooming disorder ölçütlerini karşıladığı, %20'sinde ise deri yolma bozukluğu olduğu, OKB ile ilişkili olmayan SAPAP3 geninin bir varyantı ile deri yolma bozukluğunun ilişkili olduğu saptanmıştır. [62]

Etyolojiyi anlamaya yönelik çabada nöropsikolojik değerlendirmelerin yapıldığı çalışmaların da yeri vardır. Deri yolma bozukluğu olan 20 hastanın 20 kişilik sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmada hasta grubunda motor yanıt inhibisyonlarının sağlıklılara göre anlamlı düzeyde yetersiz olduğu saptanmıştır. Ancak bilişsel esneklikte iki grup arasında fark saptanmamıştır. Yanıt inhibisyonundan sağ inferior frontal girusu içine alan nöral devre sorumludur. Deri yolma bozukluğunun yineleyici fiziksel belirtileri, motor inhibitör süreçlerinin disfonksiyonuna bağlı olabilir.[63] Deri yolma bozukluğu olan hastaların trikotillomanisi olan hastalara göre motor inhibisyonlarının anlamlı olarak daha yetersiz olduğu saptanmıştır. Yazarlarca bu durum trikotillomanisi olan hastaların motor inhibisyon kontrolü yönünden heterojenite gösterebileceği şeklinde yorumlanmıştır. [64]

Deri yolma bozukluğu ölçütlerini karşılayan ve deri yolma bozukluğu öyküsü olmayan 55'er üniversite öğrencisi dur işareti testi ve bilgi örnekleme testi (information sampling task) ile değerlendirilmiş, iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak deri yolma bozukluğu olan grupta Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation-Seeking (UPSS) Dürtüsel Davranış Ölçeğinin negatif ve pozitif sıklık alt ölçek puanları diğer gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. [65]

Deri yolma bozukluğundaki nörokognitif bulgular, motor yanıt inhibisyonunda yetersizlik olduğunu göstermektedir. Bu işlevle ilişkili bölgeler olan sağ frontal girus (orbitofrontal, inferior frontal), anterior singulat kortekslerin yakınındaki özellikle beyaz maddede fraksiyonel anizotropinin azalacağı varsayımıyla DSM-5 için önerilen ölçütleri karşılayan, psikiyatrik ektansı olmayan 13 hasta ve 12 sağlıklı kişiye manyetik rezonans görüntüleme (MR) çekilmiştir. Diffüzyon tensor görüntüleme kullanılarak ölçülen fraksiyonel anizotropinin deri yolma bozukluğu olan kişilerde anterior singulat korteksleri içeren iki taraflı olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Deri yolma bozukluğunun şiddeti, depresyon ya da anksiyete puanlarıyla fraksiyonel anizotropi arasında ilişki bulunmamıştır. Bu bulgular, deri yolma bozukluğunun patofizyolojisinde, motor yanıtı başlatma ve baskılamaya ile ilişkili beyaz madde alanlarında bir organizasyon bozukluğunun olduğunu desteklemektedir. [32]

Klinik Özellikler

Deri yolma bozukluğunun başlangıç yaşı geniş bir aralıkta değişkenlik gösterir. Çocukluk çağında (10 yaş altı), ergen (13-15 yaş) veya daha ileri yaşta (30-45 yaş arası) ortaya çıkabilir.[12,17,19,24,66,67] Deri yolma bozukluğu, kadınlarda daha yaygın görülmektedir.[68] Bu, kadınlarda tedaviye başvurunun daha yüksek oranda olmasıyla da ilişkili olabilir [69] Bu konudaki bir diğer görüş de hormonal farklılıkların deri yolma davranışına etkili olabileceği şeklindedir.[2] Bazı kadınlarda premenstruel dönemde psikojenik deri yolma belirtilerindeki artış bu görüşü destekler [4]

Deri yolma bozukluğu olan hastalar, zamanlarının önemli bir bölümünü deri yolma ile geçirirler.[4,5,10-11,70] Deri yolmaya ayırdıkları zaman, işe, okula, sosyal aktivitelere geç kalmalarına ya da katılmamalarına sebep olabilir.[67] Bir çalışmada bozukluğun ortalama süresi 20.1 yıl, başka bir çalışmada 18.9 yıl olarak bildirilmiştir.[5,10] Bu bireylerde tıbbi yardım arayışı yaygın değildir. Hastaların %20'sinden azı tedavi başvurusunda bulunur.[10,67]

Yolma Davranışının Özellikleri

Psikojenik deri yolma sıklıkla akne gibi dermatolojik bir lezyonun yolunması ya da koparılmasıyla başlar.[4] Bazen kaşıntı ya da yanma, kuruluk, ağrı, karıncalanma gibi duyumlara yanıt olarak ortaya çıkabilir.[17] Çoğu hasta derilerini tırnakları ya da parmakları ile yolarken dişler ya da bıçak, tırnak törpüsü, cımbız gibi aletler de kullanılabilir.[4-5,17] Davranış biçimi hastadan hastaya değişir. Bazıları sık ancak kısa süren yolma atakları tanımlarken bazıları da daha seyrek olan ama birkaç saat süren ataklar bildirirler.[17,66] Psikojenik deri yolma'da klinik özellikleri ve tıbbi komplikasyonları araştıran Odlug ve arkadaşları, yolma ataklarının gün içinde 6-8 saat sürebildiğini bildirmişlerdir.[1]

Çoğu hastada geceleri saat 20:00-24:00 arasında belirtiler şiddetlenir.[4] Deri yolma davranışını tetikleyen etkenler de değişkendir. Bazı hastalarda, TV izleme, kitap okuma gibi sedanter etkinlikler sırasında atak başlarken bazılarında anksiyete, yorgunluk, sıkıntılı ya da kızgın hissetme atakları başlatır.[10,17,35] Birçok hasta kronik deri yolmaya bağlı gelişen lezyonları makyaj, bandaj gibi yöntemlerle ve giysileriyle kapatmaya çalışır.[4,26] Hastalar derilerini yolmamak için çeşitli önlemler alabilirler. Eldiven takma, başka uğraşlarla kendilerini meşgul etmeye çalışma, derilerini bandajla kapatma, tırnaklarını kısa kesme, kendi kendilerine “dur” deme bu önlemlerden bazılarıdır.[17]

Yolma davranışı bilinçsiz olarak başlar, belli bir süre geçtikten sonra bilinçli hale gelir.[5,10] Birçok olgu, bir başka kişinin dikkatini çekene kadar ya da cildi kanayana kadar yolma davranışının bilincinde değildir.[49] Kronik deri yolma davranışı olan 34 kişiyle yarı yapılandırılmış görüşmeyle yürütülen bir çalışmada, %24'ü yolma ataklarının başlamasının tam olarak farkındayken, %76'sı atakların bazen farkında olmadan başladığını bildirmişlerdir.[17] Arnold ve arkadaşları, kronik deri yolması olan hastaları, farkında olarak kompulsif yolma; istenmeyen duygu ya da emosyonlara yanıt olarak dürtüsel yolma, minimal farkındalığın eşlik ettiği dürtüsel ve kompulsif özellikleri olan karışık tip olarak sınıflandırmışlardır. [6]

Deri yolmaya ilişkin, karşı konulamaz, girici, saçma ve anlamsız olarak tanımlanan düşünce ya da dürtüler vardır. Bu düşünce, dürtü ya da davranışlar belirgin sıkıntıya neden olur ve günlük yaşamı önemli düzeyde etkiler.[6] Çoğu hasta, dürtü kontrol bozukluğundakine benzer biçimde, kendilerini derilerini yolarken bulduklarını, yolmadan önce giderek artan bir gerginlik yaşadıklarını, yolma davranışıyla beraber ya da hemen ardından geçici bir rahatlama hissettiklerini ya da zevk aldıklarını bildirirler.[4,17]

Bazen de yolma davranışı, OKB'dekine benzer biçimde, ritüel tarzındadır, direnç gösterilir ve ego distoniktir.[6] Bazı hastalar derilerinde bir takım düzensizlikler olduğuna ilişkin obsesyonlar ya da derilerini pürüzsüzleştirmeye ilgili düşünce uğraşları tanımlar. Deri-yolma, bu düşüncelere yanıt olarak ortaya çıkar.[6] Dış görünümle ilgili düşünce uğraşları beden dismorfik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayacak düzeye ulaşabilir.[42] Hastaların çoğunda, trikotillomanili hastalardakine benzer biçimde, hem dürtüsel hem de kompulsif özellikler vardır.[17,71] Psikojenik deri yolma ve trikotillomanide fenomenolojik benzerlikler olduğu başka çalışmalarda da gösterilmiştir.[34] Psikojenik deri yolması olan hastalarda, deri yolmanın yanı sıra, sallanma, tırnak yeme, kafa vurma, dudakları ısırma gibi stereotipik davranışlar da görülebilir.[4]

Deri yolma davranışını otomatik ve odaklanmış olarak ikiye ayıran boyutsal yaklaşım, duyguların düzenlenmesi modeli açısından önemlidir. Bazı araştırmacılar, odak-

lanmış beden odaklı yineleyici davranışlarda, otomatik beden odaklı yineleyici davranışlara göre emosyon regülasyonunun daha önemli bir etken olduğunu ileri sürmektedir. Otomatik olan tipte davranışla ilgili farkındalığı arttırarak yolma davranışının durdurulması, odaklanmış olan tipte ise atakları tetikleyen ya da alevlendiren negatif duygulara müdahale edilmesi gibi baskın olan tipe göre tedavi seçenekleri uygulanabilir.[67,72]

Dermatolojik Özellikler

Lezyonlar temiz, lineer erozyonlar, kabuk tutmuş yaralar, hipo ya da hiperpigmente skar dokusu, enfekte alanlar şeklinde olabilir. Genellikle çapları ve şekilleri birbirine benzemekle birlikte bazı bölgelerde cildin koparılıp çıkarılmasıyla ülser olmuş alanlar, bazı bölgelerde de çevresi eritemli ve üzeri kabuklu ülseler bulunabilir. Bazen plastik cerrahi girişimini gerektirecek düzeyde doku zedelenmesi gelişir. Lezyonlar genellikle birkaç milimetre çapındadır. Birkaç tane olabileceği gibi yüzlerce lezyon da bulunabilir. Yolma sürdüğü için yaraların iyileşmesi gecikir. Genellikle vücuttaki kolay ulaşılabilir bölgeler yolunur. Hastaların çoğu vücutlarında birden fazla bölgeyi yolar. Yüz, en sıklıkla yolunan bölgedir. Ense, sırt, baş, kulaklar, göğüs, kollar ve ayak cildi de yolunabilir.[1,4,17,44,59] Sıklıkla tıbbi komplikasyonlar gelişir. Tucker ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmaya katılanların %26.4'ü pubik bölgeyi yolduklarını bildirmiştir.[70] Bu oranın önceki çalışmalarda bulunan oranlardan daha yüksek olmasının yanı sıra yolma için iğne, bıçak, cımbız gibi aletlerin kullanılma oranı da yüksek bulunmuştur.

Psikojenik deri yolma tanısı konusunda dikkatli bir fizik muayene ile yolmanın niteliği ve şiddeti değerlendirilmelidir. Yolma yüz bölgesiyle sınırlı değilse bedenin diğer bölümlerindeki lezyonlara ikincil gelişen enfeksiyonlar gözden kaçabileceğinden tedavi gecikebilir. DSM-IV'e göre psikojenik deri yolma tanısı alan 60 hastanın katıldığı klinik bir çalışmada deride kabuklanma, ülserasyon ve enfeksiyonların yaygın olduğu, 1/3'ünün antibiyotik tedavisi gerektirdiği saptanmıştır.[44,73,74] Deri yolma bozukluğu, nadir de olsa ölümlle sonuçlanabilecek ciddi tablolara yol açabilmektedir.

Deri Yolmaya Eşlik Eden Duygular

Deri yolma atağı sırasında duygularda anlamlı değişiklik olur. Deri yolma sırasında kişinin tüm dikkati, adeta hipnotize olmuş gibi, yolma davranışına yönelmiştir. Yolma davranışı doyum verdiği ve böylece gerginliği azalttığı için pekiştirici bir işlevi de vardır. Bu durum, eyleme direnmenin neden zor olduğunu açıklayabilir. Yolma atakları bitince utanma, suçluluk ve fiziksel ağrı başlar. Bu olumsuz duygular yolma davranışının durdurulmasına ya da ara verilmesine neden olabilirken, negatif duyguların artması sonraki atakları tetikler. Yolma davranışı sırasında yaşanan duygular, kleptomani, trikotillomani, bulimiya nervosa atakları sırasında yaşanan duygularla benzerlik göstermektedir. Bu bozukluklarla ektanı oranları da yüksek bulunmuştur. Benzer biçimde borderline kişilik bozukluğu olan hastalar kendilerini kestikten sonra negatif duygularının yoğunluğunda önemli ölçüde bir azalma olduğunu bildirmektedirler. Buradan yola çıkarak, psikojenik deri yolmalı hastalarda deri yolma eyleminin yoğun duyguları düzenlemenin bir yolu olabileceği ileri sürülmüştür.[4] Aynı çalışma ekibi bir yıl sonra yayınladıkları bir başka çalışmada, öğrencilerden oluşan klinik dışı bir örneklem grubunda deri yolma davranışının yaygınlığını ve özelliklerini araştırarak 1999 yılında yayınladıkları hasta grubuna ait verilerle karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada en dikkat çeken bulgu, yolma davranışından önce yoğun sıkıntı duyulması, yolmayla beraber bir rahatlama ve doyum olması ve

eylemin ardından gelen utanma, suçluluk gibi duyguların yalnızca hasta grubunda görülmüştür. Patolojik düzeye varmayan deri yolma davranışı olanlarda bunlar yaşanmamıştır. Bu bulgu, çalışmacıların daha önce öne sürdükleri psikojenik deri yolmanın duyguları düzenleme işlevi olduğuna ilişkin varsayımı desteklemektedir.[5]

Snorrason ve arkadaşları tarafından, deri yolma bozukluğu olan üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, yolma davranışından önce, yolma sırasında ve sonrasında duyudurumları geriye dönük olarak sorgulanmıştır.[36] Deri yolma bozukluğu olanların büyük çoğunluğu, yolma davranışından önce anksiyete, gerilim, sıkıntı gibi olumsuz duygular yaşadıklarını, sonrasında bu duyguların anlamlı düzeyde azaldığını bildirmişlerdir. Yolma sırasında haz ve heyecan duyguları yaşanırken yolmadan sonra suçluluk hissi artmaktadır.[36] Bu bulgular Wilhelm ve arkadaşlarının, Keuthen ve arkadaşlarının çalışmalarıyla bulgularıyla uyumludur.[4,5] Depresyon, anksiyete, endişe puanları istatistik olarak kontrol edildikten sonra duygu düzenlenmesi ile ilgili güçlükler ve duygusal tepkilerin deri yolma davranışını öngördüğü saptanmıştır.[36] Bu bulgular, patolojik deri yolma için duygu düzenlenmesi modelini destekler. Yine klinik dışı bir örnekleme yapılan çalışmada deri yolma davranışı öncesinde fiziksel gerilim veya dürtünün artması, yolma davranışından sonraki haz ve zevk duygularının hakim olması önceki çalışmaların sonuçlarını desteklemiştir.[70]

Tanı Ölçütleri

Psikojenik deri yolma, ICD-10 ve DSM-IV-TR' de (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) ayrı bir tanı kategorisi olarak sınıflandırılmamıştır.[20,21] DSM-IV-TR'de "Başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrolü bozukluğu" başlığı altında yer almıştır.

Psikojenik deri yolmanın fenomenolojik özelliklerinin araştırıldığı çalışmaları gözden geçiren Arnold ve arkadaşları,[6] klinik tablonun heterojen özelliğini de dikkate alarak, tanı için bazı ölçütler geliştirmişlerdir. Kompulsif, dürtüsel, karma tip olmak üzere üç alttip önermişlerdir.

1. Kompulsif tip: Deri yolma anksiyeteden kaçınmak ya da korku yaratan bir olay ya da durumu önlemek için ve/ya da bir obsesyona yanıt olarak ortaya çıkar (örn: cildin kontamine olduğuna ilişkin obsesyon), kişi durumun tamamen farkındadır, epeyce direnç gösterir, saçma ya da zararlı olduğuna ilişkin epeyce içgörü vardır.
2. Dürtüsel tip: Deri-yolma zevk verir ya da gerginliğin azalmasını sağlar, ara sıra minimal düzeyde farkındalık olur, deri yolma davranışına biraz karşı konur, saçma ya da zararlı olduğu konusunda içgörü azdır.
3. Karma tip: Deri yolma hem kompulsif hem de dürtüsel özellikler içerir.

Çalışmacılar, psikojenik deri yolmanın kompulsif-dürtüsel spektrumunda gruplandırılmasını önermişlerdir. Kompulsif, dürtüsel ve karma alt tip ayrımının her hasta için en uygun olan tedavi seçeneğinin belirlenmesi açısından da yararlı olabileceği ileri sürülmüştür.[6]

DSM-5 hazırlığı sürecinde psikojenik deri yolma, trikotillomani ve beden odaklı yineleyici davranışların birbiriyle OKB'ye göre daha güçlü ilişkilerinin olabileceği ileri sürüldüğünden çeşitli beden odaklı yineleyici davranışlarla psikojenik deri yolmanın birlikteliği araştırılmıştır. Psikojenik deri yolması olan grupta kontrol grubuna göre beden odaklı yineleyici davranışların yaygınlığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Psikojenik deri yolması olanların %50'sinin 1.derece akrabalarında psikojenik deri

yolma; yaklaşık %8'inin birinci derece akrabasında da trikotillomani saptanmıştır. Ektanı verileri kişilerin bildirimine bağlı olarak alındığından bulguların klinik örneklemelerde yapılacak çalışmalarla yinelenmesine gereksinim vardır.[75]

Bazı yazarlar, deri yolma bozukluğu ve trikotillomaniyi kapsayan 'intihar eğilimi olmayan kendine zarar verme' adı altında geniş bir tanımlama yapmışlardır. Genel toplumdaki faktör analizi çalışmaları, suicidal olmayan kendine zarar verme davranışlarının deri yolma bozukluğu ve trikotillomaniden farklı olduğunu göstermiştir.[76] Hastalık seyri ve klinik özelliklerin de farklı seyrettiği gösterilmiştir. Örneğin intihar düşüncesi olmayan kendine zarar verme davranışı tipik olarak duygusal karmaşaya bir tepkidir ve genellikle ergenlikte görülür, birkaç yılda kendiliğinden düzelir.[77] Geriye dönük çalışmalarda deri yolma bozukluğunun şiddetinin stresörlerle dalgalandığı, davranışın tipik olarak kronik olduğu, hatta stresin yoğun olmadığı dönemlerde dahi devam ettiği gösterilmiştir.[76]

DSM-5'de ayrı bir tanı kategorisi olması ile ilgili çalışmalar sırasında, deri yolmanın sendromdan çok bir belirti ya da alışkanlık olduğu eleştirisi yapılmıştır. Eğer ayrı bir bozukluk olarak tanımlanırsa tırnak yeme, dudak çiğneme, burun yolma gibi diğer alışkanlıkların da sınıflandırma sistemlerine girmesinin yolunun açılacağı ifade edilmiştir.[78] Ancak, deri yolma bozukluğunun literatürde çok uzun yıllardır tanımlanan, tanısal ölçütler önerilen bir sendrom olması, bazı olgularda önemli tıbbi sonuçlar doğurabilmesi, beklenebilir bir yanıt olduğuna ilişkin kanıt olmamakla birlikte belirli negatif etkilerle alevlenebilmesi,[1] çok yeterli olmasa da deri yolmanın nörobiyolojisine ilişkin bazı verilerin bulunması [16,18,32] birincil olarak sosyal çatışmaların sonucunda ortaya çıkmaması, daha fazla çalışmaya gereksinim olmakla birlikte klinik seyir, ektanı ve tedaviye yanıt alanlarında deri yolma bozukluğunun tanısal geçerliliğini destekleyen verilerin bulunması DSM-5'de ayrı bir tanı kategorisi olmasının gerekçeleri olarak öne sürülmüştür.[78]

Deri yolma bozukluğunun ayrı bir tanı kategorisi olması, bu durumla ilgili farkındalığı arttıracak, hastaların uygun değerlendirme ve tedavisini sağlayacak, bu alandaki araştırmalara ivme kazandıracaktır.[78] Klinik örneklemelerde deri yolması olan hastalarda trikotillomani ve OKB'nin genel topluma göre; OKB'nin kontrol grubuna göre daha yaygın olması;[1,4,12] OKB hastalarında ve birinci derece yakınlarında deri yolma oranlarının yüksek bulunması [16] bu bozuklukların birbiriyle ilişkili olabileceğini destekler.[79] APA çalışma grubu, psikojenik deri yolma için nötral ve anlaşılabilir bir ifade olan 'deri yolma bozukluğu' terimini önererek, DSM-5'de 'deri yolma bozukluğu' adıyla 'OKB ile ilişkili bozukluklar' ya da 'beden odaklı yineleyici davranışlar' başlıkları altında farklı tanısal ölçütlerle sınıflandırılabilceğini bildirmiştir.[78]

Lochner ve arkadaşları, 10 yaşından büyük olan 40 hasta ile DSM-5 için önerilen deri yolma bozukluğu ölçütleri temel alınan görüşme ve The Skin-Picking Scale (SPS), The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS) değerlendirmelerini kapsayan bir araştırma yapmışlardır.[34] Hastaların tümü, tanısal ölçütler olan madde kullanımı ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olmayan, deri lezyonlarıyla sonuçlanan deri yolmalarının yinelediğini belirtmiş; kapsamlı klinik görüşme ile hastaların tümünün belirtilerinin beden dismorfik bozukluğu gibi başka bir mental bozukluğun belirtileriyle sınırlı olmadığı saptanmıştır. Hastaların 38'i (%95), deri yolmanın sosyal, mesleki ve işlevselliğin diğer önemli alanlarında klinik olarak anlamlı bozulma yaşamalarına neden olduğunu belirtmiştir. Önerilen ek tanısal ölçütlerle ilgili olarak

hastaların 37'si (%92.5) deri yolma dürtüsünün yineleyici olduğunu; 39 hasta (%97.5) deri yolmaya direndiklerini ancak direnmelerine karşın yolmayı engelleyemediklerini belirtmiştir.

Deri yolma bozukluğu ve trikotillomaninin birlikte görüldüğü ve önemli benzerliklerinin olduğuna ilişkin kanıtlar vardır. Altta yatan aynı bozukluğun farklı görünimleri olabileceği ileri sürülmüştür. Deri yolma bozukluğu ve trikotillomaninin hem ayrı etyolojilerinin olduğu hem de aynı etyolojiyi paylaştıkları şeklinde veriler bulunmaktadır.[29] Ancak eldeki veriler bu bozuklukların etyolojilerinin aynı olduğu sonucuna varmak için yetersizdir.[75]

Deri yolma bozukluğu DSM-5'de Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde bağımsız bir tanı olarak yer almıştır.[22] Ayrı bir başlık olarak yer alması, deri yolma bozukluğu tanısının gözden kaçmasını engelleyecek, hastaların uygun bir tedavi görmelerini sağlayacaktır. DSM-5'te yer alan tanı ölçütleri Tablo.1'de gösterilmiştir.

Tablo.1 DSM-5' e Göre Deri Yolma Bozukluğu için Tanı Ölçütleri (APA-2013)

A.	Deri lezyonlarıyla sonuçlanan yineleyici deri yolma
B.	Deri yolmayı azaltmak ya da durdurmak için yineleyici girişimler
C.	Deri yolma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
D.	Deri yolma, bir maddenin (örn. Kokain) fizyolojik etkisine ya da başka bir tıbbi duruma (örn. Uyuz hastalığı) bağlanamaz.
E.	Deri yolma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn.bir psikotik bozuklukta sanrılar ya da dokunsal varsanılar, beden dismorfik bozukluğunda dış görünümle ilgili algılanan kusur ya da özürü düzeltme girişimleri, stereotipik hareket bozukluğunda stereotipik davranışlar ya da intihar amaçlı olmayan kendi kendini yaralamada kendine zarar verme amacı).

Kullanılan Ölçekler

1. **The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Neurotic Excoriation (NE-YBOCS):** YBOCS'nin deri-yolma için modifiye edilmiş biçimidir. Son bir haftalık süreyi değerlendiren yarı-yapılandırılmış bu ölçek klinisyen tarafından uygulanır. On maddeden oluşur. Her bir madde 0-4 arasında derecelendirilirken toplam skor 0-40 arasındadır.[80]
2. **The Skin-Picking Treatment Scale (SPTS):** YBOCS'den geliştirilmiş olan bir ölçektir. Belirti şiddetini değerlendiren ölçek 5 maddeden oluşur. Klinisyen tarafından doldurulur.[11]
3. **The Skin-Picking Symptom Assessment Scale (SP-SAS):** Patolojik kumar oynama ve kleptomani gibi diğer dürtü kontrol bozukluklarında kullanılan kendini bildirim ölçeğinin modifiye edilmiş biçimidir. Son bir haftalık süreyi değerlendiren ölçek 12 maddelidir. Her bir madde 0-4 arasında derecelendirilir. Toplam skor 0-48 arasındadır.[10]
4. **The Skin-Picking Scale (SPS):** Altı maddeden oluşan bir kendini bildirim ölçeğidir. Son bir haftalık süreyi sorgular. Yolmanın şiddetini değerlendirir. Her madde 0-4 arasında derecelendirilir.[81]

5. **The Skin-Picking Impact Scale (SPIS):** Yineleyici deri yolmanın psikososyal sonuçlarını değerlendirmek için geliştirilmiş bir kendini bildirim ölçeğidir. On maddeden oluşur. Kesme noktası 7'dir. Kesme noktası, kendini yaralayacak şiddette deri yolması olanlarla daha hafif şiddette deri yolması olanları ayırır.[82]
6. **The Skin-Picking Impact Scale Short Version (SPIS-S):** SPIS' nin dört maddelik kısa versiyonu olarak oluşturulmuştur.[83]
7. **The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS):** Deri yolmanın otomatik ve odaklanmış (focused) boyutlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Her biri 6 maddeden oluşan iki alt ölçeği vardır.[72]

Ayrırcı Tanı

Ayrırcı tanıda, kronik kaşıntıya ve bunun sonucunda deri lezyonlarına yol açabilecek tıbbi nedenler araştırılmalıdır. Yaygın kaşıntı pek çok etkene bağlı olarak ortaya çıkabileceğinden tam kan sayımı, biyokimyasal incelemeler, tiroid fonksiyon testleri; malign bir hastalıktan kuşulanılıyorsa buna yönelik incelemeler (örneğin; radyolojik incelemeler gibi) yaptırılmalıdır. Yaşlılarda, kserozis ya da genel deri kuruluşu kaşıntının en sık görülen nedenidir. Yaygın kaşıntı, anksiyeteye ve depresyona neden olabilirken, daha sonra psikojenik deri yolma gelişebilir. Karaciğer hastalığı, üremi, polisitemia vera, hipo ve hipertiroidizm, ürtiker, malign lenfoma ve diğer maligniteler, multipl miyelom, diabetes mellitus, demir eksikliği anemisi, kserozis, bağırsak parazitleri, gebelik etyolojide rol oynayabilecek tıbbi nedenlerdir. Bazen de hem tıbbi hem de psikiyatrik etkenler birlikte olabilir.[59]

Sanrısız parazitoz, düşünce ya da düşünce sürecinde başka bir bozukluk olmaksızın tek bir somatik sanrı biçiminde görülür. DSM-IV'te somatik tip sanrısız bozukluk başlığı altında yer alır.[84] Monosemptomatik hipokondriak psikoz olarak da adlandırılır. Major depresif bozukluk, şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklarda; amfetamin, alkol, kokain gibi maddelerin uzun süreli kullanımlarında; demans, Parkinson hastalığı, multipl skleroz, beyin tümörleri gibi nörolojik hastalıklarda ayrıca vitamin B12 yetmezliği, hipotiroidizm gibi birçok tıbbi hastalıkta parazitoz sanrıları görülebilir. Etiyolojide bedensel bir hastalık rol oynuyorsa "genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk" olarak sınıflandırılır. Tıbbi bir kanıt olmaksızın, kişinin kendisine bir mikroorganizma bulaştığına ilişkin sanrı düzeyinde inancı vardır. Dokunma varsanırları eşlik edebilir. Hastalar, enfeksiyon etkenini uzaklaştırmak amacıyla derilerini tekrar tekrar yıkayıp iğne, bıçak ya da tırnaklarıyla yolabilirler. Sıkıntı verici, sürekli, yineleyici, kontrolü güç olması, anksiyeteye yol açması gibi özellikleri nedeniyle obsesyonla benzerlik gösterebilir. Çoğu hastada hem obsesyonel hem de sanrısız düşüncelerin birlikte olması tedavi açısından önemlidir. Hastaların belirtilerinin ruhsal kaynaklı olduğuna ilişkin içgörülerinin dermatoloji kliniklerine başvururlar. Elli yaşın altında kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görülürken, 50 yaşın üzerinde kadınlarda daha siktir.[28,85]

Yapay bozuklukta görülebilen yapay dermatit, dermatitis artefakta olarak da bilinmektedir. Bu bozuklukta, hasta rolünü sürdürmek için intrapsişik bir gereksinim vardır. Diğer yapay bozukluklarda olduğu gibi hasta rolü edinebilmek için deride kasıtlı olarak lezyonlar oluşturulur. Yolma, kesme, ısırma, delme, tırnaklama yoluyla oluşturulan lezyonlarla gerçek tıbbi dermatozlar taklit edilebilir. Cilde kostik maddeler, kan, gayta enjekte edilebilir. Bazen de önceden varolan dermatozlar arttırılır. Lezyonlar tipik olarak bedenin kolay ulaşılabilir bölgelerindedir. Hastanın hangi elini kullandığına bağlı

olarak bedenin bir bölümünde daha belirgin olabilir. Hastaların verdikleri öykü belirsizdir. Bu bozuklukta, psikojenik deri yolma'dan farklı olarak kişi deri lezyonlarını kendisinin oluşturduğunu reddeder. Ektanı olarak borderline kişilik bozukluğu sık görülür.[85]

Ayrırcı tanıda dikkate alınması gereken bir başka hastalık OKBtur. Psikojenik deri yolma bazı çalışmacılarca obsesif-kompulsif spektrum bozukluğu olarak kabul edilir. İkiisi arasında ektanı oranları yüksektir. [4, 12] Ancak deri yolmanın varlığı OKB tanısı koymak için genellikle yeterli değildir. Hastadan ayrıntılı öykü alınmalıdır. Söz gelimi *yolma davranışı ne zaman ve nasıl ortaya çıkıyor? Bir obsesyonu nötralize etme amacı mı taşıyor?* vb.

Deri yolma beden dismorfik bozukluğunun bir parçası olabileceği gibi bazen hastalara hem psikojenik deri yolma hem de beden dismorfik bozukluğu tanısı konur. Beden dismorfik bozukluğu olan hastalarda psikojenik deri yolma ektanı oranları yüksektir.[4,26] Çoğu hasta deri yolmaya eşlik eden kaşıntı, yanma gibi çeşitli deri duyularından söz etse de yolma davranışı bu duyulardan bağımsızdır. Ancak hastaların küçük bir bölümünde deri yolma, yalnızca kaşıntı gibi deri duyularına yanıt olarak ortaya çıkar.[17] Bu hastalarda deri-yolmaya neden olabilecek dermatolojik bir sorun olabilir. Hasta tarafından tanımlanan kaşıntı gibi deri duyuları bilinen bir tıbbi durumla açıklanamıyorsa ya da ilişkili bir tıbbi durum olsa bile beklenenden aşırı düzeydeyse ayrırcı tanıda farklılaşmamış somatoform bozukluk (örneğin; idiyopatik pruritus gibi) tanısını da dikkate almak uygun olacaktır.[17]

Kendine zarar verme (self-mutilation), anksiyeteyi ya da psişik acıyı azaltma amacıyla yineleyici olarak, kişinin kendine zarar vermesidir. Bazen de kişi, kendine zarar vermek için bilinçli olarak plan yapar. Sıklıkla self-destrüktif amaçlı başka davranışlar da eşlik eder. Deri yolma, yakma ya da kesme, saçları çekerek koparma, organları kesip atma gibi kişinin kendi bedenine ciddi biçimde zarar vermesi ile sonuçlanan davranışlar vardır.[86]

Genetik bir bozukluk olan ve hafif ya da orta düzeyde zeka geriliğine yol açan Prader-Willi Sendromu'nda deri yolma sık ortaya çıkan bir belirtidir. Bazı çalışmacılar %90'a varan oranlar bildirmişlerdir. Deri yolmanın yanı sıra kompulsif davranışlar, obezite, öfke nöbetleri, psikoz, duygudurum belirtileri görülebilir.[27,87]

Zaman zaman sağlıklı kişiler de derilerini yolabilir. Psikojenik deri yolması olan hastalardaki yolma davranışı, morbid düzeye varmayan yolma davranışına oranla daha şiddetlidir, daha çok zaman alır, cımbız, törpü gibi aletler daha yaygın olarak kullanılır, fiziksel ve psikososyal sonuçları daha olumsuzdur. Dolayısıyla sadece yolma davranışının olması psikojenik deri yolma tanısı koymak için yeterli değildir. Yolmanın niteliği (örneğin; süresi, işlevselliği ne düzeyde etkilediği, sonuçları vb.) ayrıntılı olarak araştırılmalıdır.[5]

Gidiş ve Sonlanım

Hastaların çoğunluğunda uzun süreli iyilik dönemleri olmaksızın belirtiler sürerken bazı hastalarda da aylar hatta yıllarca devam eden iyilik dönemleri olabilir.[66] Belirtiler ortaya çıktıktan sonraki bir yıllık dönemde dermatoloji kliniğine başvuranlarda prognoz daha iyidir.[60] Psikojenik deri yolmanın uzun dönemde nasıl bir gidiş göstereceği tam olarak bilinmez. Söz gelimi, henüz ülserasyonu olmayan ve antibiyotik kullanması gerekmeyen hastaların daha sonraki bir dönemde antibiyotige gereksinimleri olabilir.

Çoğu hasta başlangıçta yolma davranışının daha seyrek olduğunu, zaman geçtikçe sıklığının ve şiddetinin arttığını bildirmiştir. Uzun dönemli seyrine ilişkin izlem çalışmaları yapılması gerekmektedir.[1]

Tedavi

Deri yolma bozukluğu olan hastalar, nadiren bu durumları için dermatolojik ya da psikiyatrik tedaviye başvururlar. Hastaların tedaviden kaçınmaları, utanmaları veya bu durumun tedavi edilemez veya kötü bir alışkanlık olması inancı ile ilişkilidir.[49]

Farmakoterapi

Psikojenik deri yolmada birçok psikotrop ilacın monoterapi olarak ya da başka ilaçlarla birlikte güçlendirme amaçlı kullanımlarına ilişkin olgu bildirimleri vardır. Konuyla ilgili yayınlara bakıldığında, bir kısmı açık-etiketli bir kısmı kontrollü olan sınırlı sayıdaki ilaç çalışmasının daha çok seçici serotonin geri alım inhibitörleriyle (selective serotonin reuptake inhibitors-SSRI) yapıldığı görülmektedir. Çalışmalarda yöntemden kaynaklanan eksiklikler olmakla birlikte, olgu bildirimleri, açık-etiketli çalışmalar ve çift-kör çalışmalarda SSRI'ların etkili olduğu gösterilmiştir.[10]

Psikojenik deri yolmada ilk kontrollü ilaç çalışması fluoksetinle yapılan, 21 hastanın alındığı, 10 hafta süren plasebo kontrollü çift-kör çalışmadır. Fluoksetin dozunun maksimum 80 mg/güne kadar yükseltildiği çalışmayı 17 hasta tamamlayabilmiştir. Çalışmanın sonunda, fluoksetinin deri yolmayı anlamlı düzeyde azalttığı bulunmuştur. Psikojenik deri yolma'daki azalmanın depresyon, anksiyete ve obsesif-kompulsif belirtilerdeki değişimden bağımsız olması fluoksetinin deri yolmada doğrudan etkili olabileceği düşüncesini desteklemiştir.[66] Bloch ve arkadaşlarının fluoksetinin psikojenik deri yolma'daki etkinliğini değerlendirmek amacıyla yürüttükleri çalışmanın ilk evresi açık-etiketli olarak planlanmış ve 15 hasta alınmıştır. Fluoksetin 20 mg/gün dozunda başlanmış, hastaların verdiği yanıt göre 4. haftada 60 mg/güne kadar yükseltilmiştir. Altıncı haftanın sonunda tedaviye yanıt veren 8 hasta (Modifiye Yale Brown Obsesif Kompulsif Skalasında (Y-BOCS) %30'dan fazla azalma tedaviye yanıt olarak değerlendirilmiş) randomizasyonla, çift-kör, plasebo kontrollü ikinci aşamaya alınmıştır. Altı hafta süren ikinci aşamanın sonunda plasebo alan grupta relaps olmuştur. Duygudurum belirtilerinin eşlik edip etmemesi, beden bir ya da birkaç bölgesindeki cildin yolunması, yolma eylemi için aletlerin kullanılıp kullanılmaması gibi etkenlerin fluoksetine yanıtı öngörmediği belirlenmiştir. Çalışmacılar sonuç olarak, fluoksetinin psikojenik deri yolma'da etkili olabileceğini, fluoksetin ya da diğer SSRI'lara yanıt verecek hasta profilini ve psikojenik deri yolma'daki en uygun tedavi yaklaşımlarını belirlemek için daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak çift-kör çalışmalara gereksinim olduğunu vurgulamışlardır. [88]

Sertralinle yapılan açık-etiketli bir çalışmada, deri yolmada anlamlı düzelme ve hastaların yaklaşık %70'inde derideki lezyonlarda gerileme olduğu bulunmuştur.[89] Bir başka açık-etiketli çalışma fluoksaminle yapılmıştır. Ondört hastayla yürütülen çalışmada, duygudurumundaki değişiklikten bağımsız olarak yolmanın şiddetinde azalma olmuştur.[81] 18 hafta süren açık-etiketli bir diğer çalışmada, psikojenik deri yolmada essitalopramın etkinliği değerlendirilmiştir.[11] Yirmidokuz hastanın alındığı çalışmada, essitalopram 10mg/gün dozunda başlanmış, kademeli arttırılarak 30 mg/güne kadar yükseltilmiştir. Çalışmayı tamamlayan 19 hastanın 11'i tedaviye tam yanıt verirken, 5'i

kısmi yanıt vermiş, 3 hasta da hiç yanıt vermemiştir. Yaşam kalitesi düzelmiş, psikojenik deri yolma şiddetinde azalma olmuş, psikojenik deri yolma belirti şiddetindeki azalma anksiyete, depresyon şiddetindeki azalmayla korelasyon göstermiştir. Hastaların tamamının tedaviye yanıt vermemesi SSRI'ların psikojenik deri yolmalı hastaların belli bir alt grubunda etkili olabilmeleriyle açıklanmıştır. Çalışmacılar Arnold ve arkadaşlarının önerdiği gibi, kompulsif/dürtüsel alt tip ayrımının her hasta için en uygun olan ilaç tedavisinin belirlenmesinde yardımcı olabileceğini vurgulamışlardır.[6] Bunun için geniş ölçekli, plasebo kontrollü çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Antidepresanların dışında antipsikotikler (pimozid, olanzapin, aripiprazol), naltrekson, inositol ve riluzolden yararlanan olgular bildirilmiştir. Pimozid, antidopaminerjik etki kadar antiopioid etki de gösterir. Sanrisal parazitözde ve monosemptomatik hipokondriyak psikozların diğer formlarında kullanılmaktadır. Antiopioid mekanizma anti-pruritik etki göstermesinde rol oynar.[53] Günlük 4 mg kullanıldığında hastaların belirtilerinde gerileme sağladığı bildirilmiştir.[90] Olanzapinin tek başına ya da antidepresanlarla kombine kullanımı sonunda belirtilerin şiddetinde azalma olmuştur. Bu sonuç, olanzapinin antihistaminik ve antidürtüsel özellikleriyle ilgili olabilir. [91-94] Yeni kuşak antipsikotiklerden aripiprazolün OKB'li hastalarda yararlı olduğundan yola çıkan Carter ve Shillcutt,[95] tedaviye dirençli psikojenik deri yolması olan bir hastada venlafaksine aripiprazol eklenmesinden sonra belirtilerde düzelme olduğunu bildirmişlerdir. OKB ile psikojenik deri yolma arasında fenomenolojik ve nörobiyolojik bir ilişki söz konusudur. Yazarlar bu sonucu, aripiprazolün etki düzeneğiyle (5-HT1A ve D2 reseptörlerinde parsiyel agonist, 5-HT2A reseptörlerinde bloke edici etki) OKB'nin biyokimyasal fizyopatolojisinin örtüşmesine bağlamışlardır.

Psikojenik deri yolması olan bir hastaya fluvoksamin 300 mg/gün ve okskarbazepin 600mg/gün verilmiş, yolma davranışında ve deri lezyonlarında kısmi azalma olmuştur. Okskarbazepin kesilip 0.7 mg/gün haloperidol, fluvoksamin tedavisine eklendiğinde belirtiler tamamen düzelmiştir.[96] Düzelme, haloperidolün antidopaminerjik etkinliğine bağlanmıştır. Kendine zarar verici davranışlar mezolimbik yapılarda dopamin reseptörlerinin aşırı uyarılmasının bir sonucu olabilir.[97]

Tedavi öncesinde SPS puanı 19 olan bir kadın hastada fluoksetin 20mg/gün olarak başlanıp titre edilerek 80 mg/gün' e kadar çıkılmıştır. Yaklaşık 6 hafta sonra SPS puanı 14 olmuştur. Ancak sıkıntıları sürdüğü için tedaviye paliperidon 3mg/gün eklenmiştir. Paliperidonla güçlendirme yapıldıktan yaklaşık iki ay sonra SPS puanı 8 olarak değerlendirilmiştir. Paliperidon dozu günlük 6 mg'a artırıldıktan iki ay sonra hasta deri yolmasının azaldığını bildirmiştir. SPS puanı 2'ye kadar gerilemiştir. Yazarlar, kaudat nukleustaki hiperdopaminerjinin paliperidonun D2 antagonizması ile tedavi edildiği bunun da deri yolma stereotipisini azalttığı yorumunu yapmışlardır. [98]

Çok yakın tarihli bir olgu bildiriminde 20 yaşında hafif mental retardasyon ve otistik özellikleri olan bir hastanın dişiyle ilgili ortaya çıkan acil bir sorunun tedavisi sonrasında derisini yolmaya başladığı, psikotik bulgularının olmadığı, yoğun anksiyetenin eşlik ettiği bildirilmiştir. Sertralin, 150 mg/gün, ketiapin uzatılmış salımlı formu 200mg/gün tedavisi düzenlenmiştir. Yirmibeş gün sonra hiçbir değişiklik olmayınca MT1 ve MT2 reseptörlerinin melatonerjik agonisti ve 5HT2C reseptör antagonisti yeni bir antidepresan olan agomelatin, 25 mg/gün dozunda güçlendirme amaçlı tedaviye eklenmiştir. Hastanın deri yolması azalmış, hasta önceki durumuna dönmüştür. Sertralin ve ketiapin kesilmiştir. 1 ay remisyonda kaldıktan sonra agomelatin de kesil-

miştir. İzlemede 3. ve 6. aylarda hastanın asemptomatik olduğu saptanmıştır. Klinik yanıt agomelatinin melatonergic etkisine bağlanmıştır.[99]

Tablo. 2 Psikojenik Deri Yolma Tedavisinde Kullanılan Antidepresanlar

Kaynak	İlaç	Çalışma deseni	Doz	Sonuç
Simeon ve ark. (1997) [66]	Fluoksetin	Çift-kör, plasebo kontrollü, 21 hasta alınıyor	20-80 mg/gün	Depresyon, anksiyete ve OK belirtilerden bağımsız olarak psikojenik deri yolma belirtileri azalmış
Bloch ve ark (2001) [88]	Fluoksetin	İlk fazı açık etiketli (15 hasta), ikinci fazı (8 hasta) çift-kör, plasebo kontrollü	20-60 mg/gün	Açık etiketli fazında 15 hastanın 8'inde belirtilerde azalma; çift-kör fazında fluoksetin alanlarda düzleme sürüyor
Phillips ve Taub (1995) [42], Gupta ve Gupta (1993) [109], Vittorio ve Phillips (1997),[110] Şahin ve ark. (2004) [111]	Fluoksetin	Olgu bildirim	20-80 mg/gün	Belirtilerde azalma
Kalivas ve ark (1996) [89]	Sertralin	Açık etiketli, 28 hasta alınıyor	25-200 mg/gün	Hastaların %68'inin (19 hasta) lezyonlarında ≥ 50 azalma
Arnold ve ark (1999)[80]	Fluvoksamin	Açık etiketli, 14 hasta alınıyor	25-300 mg/gün	Depresif belirtilerden bağımsız olarak psikojenik deri yolma belirtileri azalmış
O'Sullivan ve ark (1999)[8]	Fluvoksamin	Olgu bildirim	300 mg/gün	psikojenik deri yolma'da ve cildin görünümüyle ilgili sanrı düzeyine varan düşüncelerde azalma
Biondi ve ark (2000) [112]Ravindran ve ark (1999)[113]	Paroksetin	Olgu bildirim	30-40 mg/gün	Kaşıntı ve psikojenik deri yolma'da azalma
Haris ve ark (1987)[114]	Doksepin	Olgu bildirim	30-75 mg/gün	Kaşıntı ve psikojenik deri yolma'da azalma
Gupta ve ark (1986) [3]	Klomipramin	Olgu bildirim	50 mg/gün	Kaşıntı ve psikojenik deri yolma'da azalma
Keuthen ve ark. (2007)[11]	Essitalopram	Açık etiketli, 29 hasta alınıyor	10-30 mg/gün	psikojenik deri yolma belirti şiddetinde, anksiyete, depresyon düzeyinde azalma. Hastaların yarısında tam yanıt, ¼'inde kısmi yanıt
Luca ve ark. (2012) [96]	Fluvoksamin Haloperidol güçlendirmesi	Olgu bildirim	Fluvoksamin 300mg/gün Haloperidol 0.7mg/g	Deri yolma belirtilerinde tam düzelve
Antoniadis ve ark. (2013) [100]	Agomelatin	Olgu bildirim	Agomelatin 25mg/gün	Deri yolma belirtilerinde tam düzelve

Bir hastada, opiyat antagonisti olan naltreksonla deri-yolma ve kaşıntı yakınmalarında önemli oranda gerileme olduğu bildirilmiştir. Hasta, tedaviden önce yolma sıra-

sında ağrı hissetmezken, naltrekson kullanmaya başlamasının ardından yolmayla birlikte ağrı da duymaya başladığını ifade etmiştir. [100]

İnositolün SSRI'lara yanıt veren psikiyatrik bozukluklarda (OKB, panik bozukluğu gibi) etkili olduğu yönündeki verileri dikkate alan araştırmacılar, psikojenik deri yolma tanısıyla 40 mg/gün sitalopram kullanmakta olan bir hastanın tedavisine 18g/gün inositol eklemiştir. İnositolden sonra hastanın belirtilerinde gerileme olmuştur.[101] Hasta inositolü tolere edebildiği gibi yalnızca sitalopram aldığı dönemde ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğu da düzelmiştir. Çalışmacılar, OKB'nin yanı sıra trikotillomani ve psikojenik deri yolma gibi OKB ile ilişkili bozukluklarda beyin inositol düzeylerinde görece bir eksiklik olabileceğini ve günlük diyete eklenen inositol ile bu durumun düzelebilemiş olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Serotonerjik ve noradrenerjik reseptörlerin önemli alt tipleri ikincil mesajcı olarak fosfatidilinositol siklusunu kullanır. İnositol, serotonin-2 reseptörlerindeki desensitizasyonu azaltma yoluyla da etki göstermiş olabilir.

Tablo. 3 Psikojenik Deri Yolma Tedavisinde Kullanılan Diğer Ajanlar

Kaynaklar	İlaç	Çalışma deseni	Doz	Sonuç
Duke (1983) [90]	Pimozid	Olgu bildirimi	4 mg/gün	Belirtilerde gerileme
Lienemann ve Walker (1989) [100]	Naltrekson	Olgu bildirimi	50 mg/gün	Belirtilerde gerileme
Garnis-Jones ve ark. (2000) [92]; Gupta ve Gupta (2000, 2001);[93,94] Christensen (2004) [91]	Olanzapin (tek başına ya da antidepresanla birlikte)	Olgu bildirimi	2.5-7.5 mg/gün	Belirtilerde gerileme
Seedat ve ark. (2001) [101]	İnositol (sitalopramla birlikte)	Olgu bildirimi	18 g/gün	Belirtilerde gerileme
Sasso ve ark (2006) [57]	Riluzol (Fluoksetinle birlikte)	Olgu bildirimi	200 mg/gün	Belirtilerde gerileme
Carter ve Shillcutt (2006) [95]	Aripiprazol (venlafaksinle birlikte)	Olgu bildirimi	10 mg/gün	Belirtilerde gerileme
Grant ve ark (2007) [10]	Lamotrijin	Açık etiketli, 24 hastayla yürütülen çalışma	200-300 mg/gün	Hastaların 2/3'sinde belirtilerde gerileme
Spiegel ve ark (2009) [98]	Paliperidon (fluoksetinle birlikte)	Olgu bildirimi	6 mg/gün	Belirtilerde düzelleme
Jafferany ve ark (2010) [103]	Topiramet	Olgu bildirimi, 2 hasta	200mg/gün	Belirtilerde düzelleme yok
Grant ve ark (2010c) [102]	Lamotrijin	Çift kör plasebo kontrollü çalışma,32 hasta	300mg/gün	Plasebodan farklı bulunmamıştır

Glutamaterjik ajanların psikojenik deri yolma'daki etkinliğiyle ilgili ilk yayın Sasso ve arkadaşlarına aittir.[57] Çalışmacılar, psikojenik deri yolmanın yanı sıra OKB, major depresif bozukluk, anoreksiya nervoza ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılarıyla tedavi görmekte olan bir hastaya riluzol vermişlerdir. Daha önce birçok antidepresan, duygudurum düzenleyicisi ve antipsikotiki tek başına ya da kombine olarak kullanılan bu hasta önceki tedavilerden yararlanmamıştır. Hasta aynı zamanda iki aydır, 80

mg/gün fluoksetin ve 40 mg/gün amfetamin/dekstroamfetamin kullanmaktadır. Hastada halen dikkat eksikliği hiperaktivite bulguları olmadığından amfetamin/dekstroamfetamin azaltılarak 3 hafta içinde tamamen kesilmiştir. Riluzol 100 mg/gün olarak başlanıp daha sonra 200 mg'a çıkarılmıştır. Dört hafta içinde yeme bozukluğu belirtilerinde, OKB'de ve deri yolmada önemli ölçüde düzelme olduğu saptanmıştır. Glutamat, merkezi sinir sisteminde ödül döngüsü üzerinde etkili olabilen bir nörotransmitterdir. Riluzol glutamat üzerinde modülatör etki gösterir. Karşı konulamayan dürtüler ve kompulsif davranışın gerçekleşmesiyle birlikte gerginliğin yatışması OKB, yeme bozuklukları, psikojenik deri yolma ve madde bağımlılığının ortak fenomenolojik özelliğidir. Çalışmacılar riluzolün, mezolimbik dopaminerjik ödül yollarında modülatör etki göstererek hem yolmanın şiddetini hem de kompulsif belirtileri azaltmış olabileceği yorumunu yapmışlardır. Glutamata düzenleyen ajanların borderline kişilik bozukluklu hastaların kendilerine zarar verici davranışlarında ve trikotillomanide etkili olmasının da bu varsayımı desteklediğine dikkat çekmişlerdir. Olgu bildirimlerinden elde edilen veriler N-asetilsistein gibi glutamaterjik ajanların da, tedavi için umut verici olduğunu göstermektedir.[49] Glutamaterjik ajanların psikojenik deri yolma'daki etkinliğiyle ilgili daha net sonuçlara ulaşabilmek için kontrollü klinik çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Grant ve arkadaşları,[10] glutamat üzerinden etkili olan bir başka ajan lamotrijinin psikojenik deri yolma'daki etkinliğini değerlendirmişlerdir. Çıkış noktaları, lamotrijinin Na⁺ ve Ca⁺ kanallarını inaktive ederek anormal nöron ateşlenmesini baskılaması ve artmış glutamat salınımını inhibe etmesidir. Glutamat modülatörlerinin bazı OKB olgularında etkili olduğu gösterilmiştir. Oniki hafta süren açık-etiketli çalışmaya 24 hasta alınmış, 20'si tamamlayabilmiştir. Lamotrijin, 25 mg/gün dozunda başlanmış, hastanın verdiği yanıtı göre kademeli olarak arttırılıp 300 mg/güne kadar çıkarılmıştır. Etkinliği değerlendirmek için gün içinde deri yolmayla geçen zamanın azalması birincil ölçüt olarak alınmıştır. Oniki haftanın sonunda hastaların yaklaşık 2/3'sinde belirtilerde önemli ölçüde düzelme olmuştur. Çalışmacılar sonuç olarak, psikojenik deri yolmanın farklı alt tipleri bulunabileceğine (otomatik yolma ya da bilinçli farkındalık olmadan yolma ve dürtüsel yolma) ve bu alt tiplerin tedaviye yanıtlarının farklı olabileceğine dikkat çekmişlerdir. [10]

Deri yolma bozukluğu olan 32 hastaya, 12 hafta süren randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada monoterapi olarak lamotrijin verilmiştir. Lamotrijin dozu, 12,5 mg/ gün' den 300 mg/gün' e kadar arttırılmıştır. Deri yolma belirtileri ve işlevsellik, NE-YBOCS ve psikososyal işlevsellik ölçekleriyle değerlendirilmiştir. NE-YBOCS puanlarında %35 ya da daha fazla azalma tedaviye yanıt olarak kabul edilmiştir. Sonuç olarak, lamotrijin ve plasebo arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu çalışmada, lamotrijine yanıt verenlerle yanıt vermeyenler karşılaştırıldığında lamotrijine yanıt veren grubun başlangıç değerlendirmelerinde bilişsel esnekliklerinin daha bozuk olduğu görülmüştür. Yazarlar bu sonuçları, lamotrijinin güvenilir ve iyi tolere edilebilir olduğu ancak deri yolma bozukluğunda bütünüyle etkili olmadığı, bununla birlikte bilişsel esnekliği daha bozuk olan bir alt grupta etkili olabileceği şeklinde yorumlamışlardır.[102]

Topiramamat nöronal eksitabilite üzerine inhibitör etkilidir, GABAerjik transmisyonu artırır, Na ve Ca kanallarını inhibe eder. Başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluğu olan iki hastaya deri yolma bozukluğu için topiramamat tedavisi başlanmıştır-

tır. Doz, 12 hafta içinde 200mg/gün'e kadar arttırılmıştır. Her iki hastada da deri yolma üzerine olumlu etki görülmemiştir. Hastalardan birinde tedavinin 3.ayının bitiminde derisini ısırma davranışının eklenmesi üzerine topiramamat kesilmiş, deri yolması devam etmekle birlikte 6 hafta sonra ısırma sona ermiştir. Çalışmacılar, topiramamatın deri yolma bozukluğunun tedavisindeki yeri için çift kör, randomize, kontrollü çalışmalara gereksinim olduğunu vurgulamışlardır.[103]

Psikojenik deri yolmada ilaç tedavilerinin etkinliğini ve bipolar bozukluk gibi etkilerinin tedaviye yanıtı nasıl etkilediğini anlamak için daha fazla sayıda ve geniş örneklem gruplarının alındığı, çift-kör, plasebo kontrollü çalışmalar yapılması gerekmektedir.[6] Bugünkü bilgilerimize dayanarak, yolmanın niteliğinin (kompulsif, dürtüsel, karma ya da otomatik, dürtüsel gibi) tedaviye yanıtı öngörüp öngörmediğine ilişkin net bir şey söylenememektedir. Söz gelimi kompulsif özellikleri ön planda olan hastalar SSRI'lara yanıt verirken dürtüsel özellikleri ön planda olanlar daha geniş spektrumdaki antidepressanlara, duyudurum düzenleyicilerine ya da antipsikotiklere yanıt verebilirler.[6] Dürtüsel yolmada ilaçlar, otomatik yolmada davranışçı yöntemler daha etkili olabilir.[10]

Psikoterapi

Tedavide en çok bilişsel-davranışçı teknikler kullanılmakta ve yararlı olmaktadır. Stereotipilerin bilişsel-affektif düzeneklerle harekete geçtikleri esasına dayanılarak geliştirilen bilişsel-davranışçı yöntemlerin; içgörü yönelimli ve davranış modifikasyonunu içeren eklektik yaklaşımların ve bilişsel-davranışçı yöntemler esas alınarak internet ortamında oluşturulan kendine yardım gruplarının yararlı olduğu bildirilmiştir.[4,67,104] "Alışkanlığın tersine döndürülmesi" (habit reversal) sıklıkla uygulanan, iyi sonuçlar alınan ve iyilik halinin sürdürülebildiği davranışçı tekniklerden birisidir.[105-107]

Psikojenik Deri Yolmada Değerlendirme ve Tedavi Rehberi

Değerlendirme

1. Yolma ataklarıyla ilgili ayrıntılı öykü alın
 - a. yolunan bölgenin lokalizasyonu
 - b. zamanlama (örn: başlangıç yaşı, seyri, atakların sıklığı ve süresi, daha çok günün hangi saatlerinde olduğu vb.)
 - c. yolma yöntemi (örn: parmakla mı yolunuyor, makas, törpü gibi aletler kullanılıyor mu ?)
 - d. yolmanın şiddeti (örn: tıbbi komplikasyonlar gelişmiş mi ?)
 - e. yolma davranışını kolaylaştıran durumlar (örn: stresörler, tetikleyici etken ya da deri duyuları var mı ?)
 - f. yolma davranışının içeriği (örn: hangi durumlarda ortaya çıkıyor ?)
 - g. etkileyen etkenler (örn: neler daha kötüleştiriyor ya da daha olumlu etkiliyor)
 - h. yolma eyleminden önce, eylem sırasında ve sonrasında ortaya çıkan düşünceler, duygular
2. Dürtüsel ve/ya da kompulsif özellikleri değerlendirin
3. Yeterli bir dermatolojik değerlendirme yaptırın ve söz konusu belirtilere neden olabilecek diğer tıbbi ya da psikiyatrik nedenleri araştırın.
4. Eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalık olup olmadığını araştırın.

5. Eğer altta yatan tıbbi bir hastalıktan kuşkulaniyorsanız hastayı dermatoloji birimine yönlendirin.
6. Belirtilere yol açabilecek bir psikiyatrik bozukluk varsa (örn: beden dismorfik bozukluğu ya da sanrsal bozukluk gibi) tedavi edin.
7. Ektanı varsa tedavi edin (örn: duygudurum ya da anksiyete bozuklukları gibi).
8. Özellikle kompulsif özelliklerin ön planda olduğu hastalarda SSRI'leri ile bir tedavi denemesi yapın.
9. Pruritus yakınması ön planda olan hastalarda trisiklik bir antidepresanla tedavi denemesi yapın.
10. Antidepresanlar etkili olmazsa naltrekson ya da olanzapini tedavi seçeneği olarak düşünün.
11. Alışkanlığın tersine döndürülmesi yöntemini uygulamayı deneyin
12. Psikiyatrik tedavinin yanı sıra hastayı dermatoloji birimine yönlendirerek ülser, skar ve ekskoriasyonlar ya da akne vulgaris gibi lezyonların da eş zamanlı tedavi edilmesi sağlanmalıdır. Görünümünün mükemmel olmadığını ya da kötü görüldüğünü düşünen bir kişide ülser ya da skar dokusu deri-yolmayı agrave edebilir. Lezyonların ortadan kalkmasını ya da küçülmesini sağlayan dermatolojik girişimler hastanın kendilik imajını da olumlu yönde etkileyecektir. [108]

Sonuç

Psikojenik deri yolma, yakın zamana kadar sınıflandırma sistemlerinde ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almaması, hastaların belirtilerini saklama eğilimleri ve daha çok dermatoloji kliniklerine başvurmalarından dolayı ruh sağlığı çalışanlarının gözünden kaçabilen bir tablodur. DSM-5'de ayrı bir tanı kategorisi olarak yer alması hastalık belirtilerinin daha kolay tanınması ve konuyla ilgili çalışmaların ivme kazanmasında, etkili olabilir. Söz konusu çalışmalar hastalığın yaygınlığı, nedenleri ve tedavisine ilişkin bilgi birikimine katkıda bulunacaktır.

Kaynaklar

1. Odlag BL, Grant JE. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:61-66.
2. Odlag BL, Grant JE. Pathological Skin Picking. in *Trichotillomania, Skin Picking, and Other Body-Focused Repetitive Behaviors*,1. Baskı (Eds JE Grant, DJ Stein, DW Woods, NJ Keuthen):21-41. Washington DC., American Psychiatric Publishing, 2012.
3. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Neurotic excoriations: a review and some new perspectives. *Compr Psychiatry* 1986; 27:381-386.
4. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L. Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:454-459.
5. Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S, Hale E, Fraim C, Baer L et al. Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics* 2000; 41:210-215.
6. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation: clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15:351-359.
7. Weintraub E, Robinson C, Newmeyer M. Catastrophic medical complication in psychogenic excoriation. *South Med J* 2000; 93:1099-1101
8. O'Sullivan RL, Phillips KA, Keuthen NJ, Wilhelm S. Near-fatal skin picking from delusional body dysmorphic disorder responsive to fluvoxamine. *Psychosomatics* 1999; 40:79-81.
9. Kim DI, Garrison RC, Thompson G. A near fatal case of pathological skin picking. *Am J Case Rep* 2013; 14:284-287.

10. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: an open-label study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:1384-1391.
11. Keuthen NJ, Jameson M, Loh R, Deckersbach T, Wilhelm S, Dougherty DD. Open-label escitalopram treatment for pathological skin picking. *Int Clin Psychopharmacol* 2007; 22:268-274.
12. Çalıküsu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. Psikojenik deri yolmanın psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi: karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13:282-289.
13. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry*, 2000; 48:287-293.
14. Jenike MA. Obsessive-compulsive and related disorders: a hidden epidemic. *New Engl J Med* 1989; 321:539-541.
15. Hajcak G, Franklin ME, Simons RF, Simons RF. Hairpulling and skin picking in relation to affective distress and obsessive-compulsive symptoms. *J Psychopathol Behav Assess* 2006; 28:179-187.
16. Cullen BA, Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados M, Hoehn-Saric R, Hahn J. The relationship of pathologic skin-picking to obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:193-195.
17. Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:509-514.
18. Grant JE, Odlaug BL. Update on pathological skin picking. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11:283-288.
19. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA. Skin picking in German students: prevalence, phenomenology and associated characteristics. *Behav Modif* 2002; 26:320-339.
20. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması (Çev.Ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.:F. Çuhadaroğlu, I.Kaplan, G. Özgen, MO.Öztürk, M.Rezaki, B. Uluğ). Ankara, Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition text revision (DSM-IV-TR). Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Association, 2013.
23. Hayes SL, Storch EA, Berlanga L. Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *J Anxiety Disord* 2009; 23:314-319.
24. Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr Psychiatry* 2010; 51:183-186.
25. Odlaug BL, Lust K, Schreiber LR, Christenson G, Derbyshire K, Grant JE. Skin picking disorder in university students: health correlates and gender differences. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35:168-173.
26. Grant JE, Mancebo MC, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse control disorder in adults with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2006; 40:494-501.
27. Didden R, Korzilius H, Curfs LMG. Skin-picking in individuals with Prader-Willi Syndrome: prevalence, functional assessment, and its comorbidity with compulsive and self-injurious behaviours. *J Appl Res Intellect Disabil* 2007; 20:409-419.
28. Fennig S, Fochtmann LJ, Bromet EJ. Delusional disorder and shared psychotic disorder. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th edition (Eds BJ Sadock, VA Sadock):1525-1532. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
29. Snorrason I, Belleau EL, Woods DW. How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Clin Psychol Rev* 2012; 32:618-629.
30. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. A clinical comparison of pathologic skin picking and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2010; 51:347-52.
31. Odlaug BL, Kim SW, Grant JE. Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania. *J Anxiety Disord* 2010; 24:823-829.
32. Grant JE, Odlaug BL, Hampshire A, Schreiber LR, Chamberlain SR. White matter abnormalities in skin picking disorder: a diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology* 2013; 38:763-769.
33. Snorrason I, Ricketts EJ, Flessner CA, Franklin ME, Stein DJ. White matter abnormalities in skin picking disorder: a diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology* 2012; 24:292-299.
34. Lochner C, Grant JE, Odlaug BL, Stein DJ. DSM-V field survey: skin picking disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24:300-304.
35. Neziroglu F, Rabinowitz D, Breytman A, Jacofsky M. Skin picking phenomenology and severity comparison. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10:306-312.
36. 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; 41:238-45.

37. Karakus G, Tamam L. Impulse control disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder. *Compr Psychiatry* 2011; 52:378-385.
38. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1094-1099.
39. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59:30-37.
40. Lovato L, Ferrao YA, Stein DJ, Shavitt RG, Fontenelle LF, Vivan A et al. Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2012; 53:562-568.
41. Grant JE, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse Control disorders in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2010; 175:109-113.
42. Phillips KA, Taub SL. Skin picking as a symptom of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31:279-288.
43. Cumurcu BE, Kaya B. Trikotillomani, yolma bozukluğu ve patolojik internet kullanımı olan bir olgu. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 7:127-131.
44. Odlaug BL, Grant JE. Childhood-onset pathologic skin picking: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry*. 2007; 48:388-393.
45. Dykens EM, Roof E. Behavior in Prader-Willi syndrome: relationship to genetic subtypes and age. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49:1001-1008.
46. Morgan JR, Storch EA, Woods DW, Bodzin D, Lewin AB, Murphy TK. A preliminary analysis of the phenomenology of skin-picking in Prader-Willi syndrome. *Child Psychiatry Hum Dev* 2010; 41:448-463.
47. Wigren M, Hansen S. Rituals and compulsivity in Prader-Willi syndrome: profile and stability. *J Intellect Disabil Res* 2003; 47: 428-438.
48. Ho AY, Dimitropoulos A. Clinical management of behavioral characteristics of Prader-Willi syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010; 6:107-118.
49. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry* 2012; 169:1143-1149.
50. Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA, Liang KY, Wang Y, Grados MA et al. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? a family study perspective. *Psychol Med* 2012; 42:1-13.
51. Monzani B, Rijsdijk F, Cherkas L, Harris J, Keuthen N, Mataix-Cols D. Prevalence and heritability of skin picking in an adult community sample: a twin study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2012; 159:605-610.
52. Greenberg HR. Impulse-control disorders not elsewhere classified. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th edition (Eds BJ Sadock, VA Sadock):2035-2054. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
53. Krishnan A, Koo J. Psyche, opioids, and itch: therapeutic consequences. *Dermatol Ther* 2005; 18:314-322.
54. Odlaug BL, Grant JE. Pathological skin picking. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010; 36:296-303.
55. Goodman WK, McDougle CJ, Price LH, Riddle MA, Pauls DL, Leckman JF. Beyond the serotonin hypothesis: a role for dopamine in some forms of obsessive compulsive disorder? *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Suppl):36-43.
56. Tse W, Hälbig TD. Skin picking in Parkinson's disease: a behavioral side-effect of dopaminergic treatment? *Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 64:214.
57. Sasso DA, Kalanithi PSA, Trueblood KV, Pittenger C, Kelmendi B, Wayslink S et al. Beneficial effects of the glutamate-modulating agent riluzole on disordered eating and pathological skin-picking behaviors. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26:685-687.
58. Fenichel O. *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi* (Çev: S Tuncer). İzmir, Ege Üniversitesi Matbaası, 1974.
59. Cyr PR, Dreher GK. Neurotic excoriations. *Am Fam Physician* 2001; 64:1981-1984.
60. Fruensgaard K, Nielsen H, Hjortshoj A. Controlled electroencephalographic investigation of patients with neurotic excoriations. *Psychother Psychosom* 1980; 34:273-281.
61. Dufour BD, Adeola O, Cheng HW, Donkin SS, Klein JD, Pajor EA et al. Nutritional up-regulation of serotonin paradoxically induces compulsive behavior. *Nutr Neurosci* 2010; 13:256-264.
62. Bienvenu OJ, Wang Y, Shugart YY, Welch JM, Grados MA, Fyer AJ et al. Sapap3 and pathological grooming in humans: Results from the OCD collaborative genetics study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2009; 150B(5):710-720.
63. Odlaug BL, Chamberlain SR, Grant JE. Motor inhibition and cognitive flexibility in pathologic skin picking. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010; 34:208-211.
64. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. A cognitive comparison of pathological skin picking and trichotillomania. *J Psychiatr Res* 2011; 45:1634-1638.
65. Snorrason Í, Smári J, Ólafsson RP. Motor inhibition, reflection impulsivity, and trait impulsivity in pathological skin picking. *Behav Ther* 2011; 42:521-532.

66. Simeon D, Stein DJ, Gross S, Islam N, Schmeidler J, Hollander E. A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:341-347.
67. Flessner CA, Mouton-Odum S, Stocker AJ, Keuthen NJ. StopPicking.com: internet-based treatment for self-injurious skin picking. *Dermatol Online J* 2007; 13:3.
68. Teng EJ, Woods DW, Twohig MP, Marcks BA. Body-focused repetitive behavior problems. prevalence in a nonreferred population and differences in perceived somatic activity. *Behav Modif* 2002; 26:340-360.
69. Roberts S, O'Connor K, Bélanger C. Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clin Psychol Rev* 2013; 33:745-762.
70. Tucker BT, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample *J Anxiety Disord* 2010; 25:88-95.
71. Stein DJ, Mullen L, Islam MN, Cohen L, DeCaria CM, Hollander E. Compulsive and impulsive symptomatology in trichotillomania. *Psychopathology* 1995; 28:208-213.
72. Walther MR, Flessner CA, Conelea CA, Woods DW. The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40:127-135.
73. Kim DI, Garrison RC, Thompson G. A near fatal case of pathological skin picking. *Am J Case Rep* 2013; 14:284-287.
74. Kondziolka D, Hudak R. Management of obsessive-compulsive disorder-related skin picking with gamma knife radiosurgical anterior capsulotomies: a case report. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:1337-1340.
75. Snorrason I, Ricketts EJ, Flessner CA, Franklin ME, Stein DJ, Woods DW. Skin picking disorder is associated with other body-focused repetitive behaviors: findings from an internet study. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24:292-299.
76. Snorrason I, Stein DJ, Woods DW. Classification of excoriation (skin picking) disorder: current status and future directions. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 128:406-407.
77. Moran P, Coffey CL, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* 2012; 379:236-243.
78. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, Keuthen N, Lochner C, Singer HS et al. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depress Anxiety* 2010; 27:611-626.
79. Stein DJ, Flessner CA, Franklin M, Keuthen NJ, Lochner C, Woods DW. Is trichotillomania a stereotypic movement disorder? an analysis of body-focused repetitive behaviors in people with hair-pulling. *Ann Clin Psychiatry* 2008; 20:194-198.
80. Arnold LM, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM, McElroy SL. An open clinical trial of fluvoxamine treatment of psychogenic excoriation. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19:15-18.
81. Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Engelhard I, Forker A, O'Sullivan RL et al. The Skin Picking Scale: scale construction and psychometric analyses. *J Psychosom Res* 2001; 50:337-341.
82. Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S, Engelhard I, Forker A, O'Sullivan RL et al. The Skin Picking Impact Scale (SPIS): scale development and psychometric analyses. *Psychosomatics* 2001; 42:397-403.
83. Snorrason I, Olafsson RP, Flessner CA, Keuthen NJ, Franklin ME, Woods DW. The Skin Picking Impact Scale: Factor structure, validity and development of a short version. *Scand J Psychol* 2013; 54:344-348.
84. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. edition (DSM-IV)*, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
85. Arnold LM. Psychocutaneous disorders. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th edition* (Eds BJ Sadock, VA Sadock):2164-2173. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
86. Favazza AR. Why patients mutilate themselves. *Hosp Comm Psychiatry* 1989; 40:137-145.
87. Walley RM, Donaldson MDC. An investigation of executive function abilities in adults with Prader-Willi syndrome. *J Intellect Disabil Res* 2005; 49:613-625.
88. Bloch MR, Elliott M, Thompson H, Koran LM. Fluoxetine in pathologic skin-picking. open-label and double blind results. *Psychosomatics* 2001; 42:314-319.
89. Kalivas J, Kalivas L, Gilman D, Hayden CT. Sertraline in the treatment of neurotic excoriation and related disorders. *Arch Dermatol* 1996; 132:589-590.
90. Duke EE. Clinical experience with pimozide: emphasis on its use in postherpetic neuralgia. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8:845-850.
91. Christensen RC. Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of pathological skin picking. *Can J Psychiatry* 2004; 49:788-789.
92. Garnis-Jones S, Collins S, Rosenthal D. Treatment of self-mutilation with olanzapine. *J Cutan Med Surg* 2000; 4:161-163.

93. Gupta MA, Gupta AK. Olanzapine is effective in the management of some self-induced dermatoses: three case reports. *Cutis* 2000; 66:143-146.
94. Gupta MA, Gupta AK. Olanzapine may be an effective adjunctive therapy in the management of acne excoriee: a case report. *J Cutan Med Surg* 2001; 5:25-27.
95. Carter WG, Shillcutt SD. Aripiprazole augmentation of venlafaxine in the treatment of psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1311.
96. Luca M, Vecchio C, Luca A, Calandra C. Haloperidol augmentation of fluvoxamine in skin picking disorder: a case report. *J Med Case Rep* 2012; 6:219.
97. Ito S, Mori T, Namiki M, Suzuki T, Sawaguchi T. Complicated interaction between psychostimulants and morphine in expression of phenotype of behavior in the dopaminergic system of BALB/c mice. *J Pharmacol Sci* 2007; 105:326-333.
98. Spiegel DR, Finklea L. The recognition and treatment of pathological skin picking: a potential neurobiological underpinning of the efficacy of pharmacotherapy in impulse control disorders. *Psychiatry (Edgmont)* 2009; 6:38-42.
99. Antoniadis D, Floros GD, Nikolaidis N, Garyfallos G. Response to agomelatine: treatment of an obsessive skin picking episode. *Ann Clin Psychiatry* 2013; 25:228-229.
100. Lienemann J, Walker FD. Reversal of self-abusive behavior with naltrexone. *J Clin Psychopharmacol* 1989; 9:448-449.
101. Seedat S, Stein DJ, Harvey BH. Inositol in the treatment of trichotillomania and compulsive skin picking. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:60-61.
102. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW. A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathological skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30:396-403.
103. Jafferany M, Shireen F, Ibrahim A. An open-label trial of topiramate in the treatment of skin picking in pervasive developmental disorder not otherwise specified. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010; 12(2): pii: PCC.09100829.
104. Stein DJ, Chamberlain SR, Fineberg N. An A-B-C model of habit disorders: hair-pulling, skin picking, and other stereotypic conditions. *CNS Spectr* 2006; 11:824-827.
105. Rosenbaum MS, Ayllon T. The behavioral treatment of neurodermatitis through habit-reversal. *Behav Res Ther* 1981; 19:313-318.
106. Teng EJ, Woods DW, Twohig MP. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: a pilot investigation. *Behav Modif* 2006; 30:411-422.
107. Schuck K, Keijsers GP, Rinck M. The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: a randomized comparison to wait-list control. *Behav Res Ther* 2011; 49:11-17.
108. Bowes LE, Alster TS. Treatment of facial scarring and ulceration resulting from acne excoriee with 585-nm pulsed dye laser irradiation and cognitive psychotherapy. *Dermatol Surg* 2004; 30:934-938.
109. Gupta MA, Gupta A. Fluoxetine is an effective treatment for neurotic excoriations: case report. *Cutis* 1993; 51:386-387.
110. Vittorio CC, Phillips KA. Treatment of habit-tic deformity with fluoxetine. *Arch Dermatol* 1997; 133:1203-1204.
111. Şahin E, Kalyoncu OA, Pektaş Ö, Tan D, Mirsal H, Beyazyürek M. Fluoksetin ve bilişsel davranışçı terapiye birarada yanıt veren obsesif kompulsif bozukluğa bağlı ölümcül deri yolma: bir olgu sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004; 14:88-91.
112. Biondi M, Arcangeli T, Petrucci RM. Paroxetine in a case of psychogenic pruritus and neurotic excoriations. *Psychother Psychosom* 2000; 69:165-166.
113. Ravindran AV, Lapierre YD, Anisman H. Obsessive-compulsive spectrum disorders: effective treatment with paroxetine. *Can J Psychiatry* 1999; 44:805-807.
114. Harris BA, Sherertz EF, Flowers FP. Improvement of chronic neurotic excoriations with oral doxepin therapy. *Int J Dermatol* 1997; 26:541-543.

Pınar Çetinay Aydın, Uzm.Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul;

Leyla Gülseren, Doç. Dr., İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Pınar Çetinay Aydın, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Turkey. E-mail: pinar_cetinay@yahoo.com

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol6/no4/

Çevrimiçi yayım / Published online 25 Nisan/April 25, 2014; doi: 10.5455/cap.20140425062934