

'Deri Yolma Bozukluğu': Bir olgu sunumu

'Skin Picking Disorder': A case report

Burak Okumuş¹, Çiçek Hoccoğlu²

¹Dr.,²Prof.Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

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. Ruhsal bozuklukların tanınması ve istatistiksel el kitabı (DSM) 5'e kadar sınıflandırma sistemlerinde ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almayan deri yolma bozukluğu DSM-5'de Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde bağımsız bir tanı olarak yer almıştır. Bu çalışmada psikiyatri polikliniğimize yüz, her iki kol ve bacakta belirgin açık yaraları olan deri yolma yakınmasıyla başvuran 35 yaşındaki kadın hastanın fluoksetin 40 mg/gün, olanzapin 10 mg/gün olarak düzenlenen tedavisi literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Deri yolma bozukluğu, tanı, tedavi

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:193-199)

DOI: 10.5505/kpd.2018.48403

SUMMARY

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 this study, the treatment of fluoxetine 40 mg/ day and olanzapine 10 mg/day in a 35-year-old female patient who admitted to our psychiatry outpatient clinic with obvious open sores on both arms and legs will be presented in the light of literature information.

Key Words: Skin picking disorder, diagnosis, treatment

GİRİŞ

Deri yolma bozukluğu, dermatolojik bir problem olmaksızın, deri dokusunda hasara neden olan, cildin aşırı ve yineleyici şekilde yolunması ile karakterize bir tablodur (1). Normal yolma davranışından farklı olarak yineleyicidir ve deride ciddi biçimde hasara, hatta hayati tehlike oluşturabilecek sonuçlara neden olabilir (2,3). Nevrotik hastalardaki kontrol edilemeyen yolma davranışı, ilk kez Erasmus Wilson tarafından, 1875'te "nevrotik ekskoriasyon" adı altında tanımlanmıştır (4). Deri yolma bozukluğu, farklı kaynaklarda kompulsif deri yolma, psikojenik ekskoriasyon, nevrotik ekskoriasyon, deri yolma, acne excoriée ve dermatotillomani olarak da adlandırılmıştır (3). Çalışmacıların bir bölümü, deri yolma bozukluğunun ve trikotillomaninin obsesif kompulsif bozukluğa (OKB) benzerlik göstermelerinden dolayı, OKB spektrum bozukluğu olarak kavramsallaştırılabileceğini önermişlerdir (5). OKB ektanı oranının yüksek olması, OKB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında deri yolma bozukluğunun yüksek oranlarda bulunması, hem OKB'deki kompulsiyonların hem de yolma dürtüsünün kontrol edilmesinin güçlüğü ve eylemin ardından geçici bir rahatlanmanın olması bu varsayımı desteklemektedir (6-8). Bu nedenle günümüze kadar sınıflandırma sistemlerinde ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almayan deri yolma bozukluğu 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde bağımsız bir tanı olarak yer almıştır (9). Bunlarla birlikte OKB her iki cinsiyeti eşit oranda etkilerken deri yolma bozukluğunun kadın cinsiyette daha yüksek oranda görülmesi, kompulsiyonların girici düşünceleri takiben başlaması, deri yolma bozukluğunun ise nadiren girici düşünceleri izlemesi obsesif kompulsif bozukluktan ayrılan yanlarıdır (1,7,8). Konu ile ilgili çalışmalarda deri yolma bozukluğu ile obsesif kompulsif bozukluğun ortak bir etiolojiye sahip olduğu, eşanlı klinik görünüm ve her iki ruhsal bozukluğun tedavisinin benzer özellikler sergilediği belirtilmiştir (10-12). Olgu bildirimleri, açık-etiketli çalışmalar ve çift-kör çalışmalarda deri yolma bozukluğunun tedavisinde OKB tedavisine benzer ilaç dozlarında seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGI) deri yolma bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (13-16). Ayrıca, deri yolmanın azaltılmasında atipik ve tipik

antipsikotik ilaçlarla güçlendirme için bir dizi vaka çalışması da yazında yer almaktadır (17,18). Deri yolma bozukluğu tedavisinde son 20 yıldır SSGI'lerin dışında, lamotrijin, N-asetilsistein ve riluzol gibi glutamaterjik ajanlar ve naltrekson gibi opioid antagonistleri de dahil olmak üzere birçok farmakolojik ajan denenmiştir (1,10,19). Deri yolma bozukluğunun tedavisinin etkinliğini artırma stratejilerine yönelik randomize kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle son yıllarda halen araştırmacıların ilgi odağı olan deri yolma bozukluğunun tanı, eştanı, oluş nedenleri ile tedavi yöntemlerinin daha iyi anlaşılmasına gereksinim vardır. Bu çalışmada psikiyatri polikliniğimize deri yolma bozukluğu ve OKB yakınmaları ile başvuran kadın hasta literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

35 yaşında, kadın hasta, ilkökul mezunu, bekar, ev hanımı, halen ailesi ile birlikte Rize'de yaşıyor. Son iki yıldır içe kapanma, iştahsızlık, kilo kaybı, uykusuzluk, hayattan zevk alamama, ilgi-istek kaybı, sosyal iletişimde azalma, sık sık el yıkama, uzun süre banyoda kalma şikayetleri olan hasta son 3 aydır her iki üst, alt ekstremit ve gövde de deri yolma şikayetleri sebebiyle psikiyatri polikliniğe başvurdu. Hastanın ilk yakınmaları 12 yıl önce çay bahçesinde oturduğu sırada birden karşısına çıkan köpeklerden korkması sonrası başlamış. O dönem başlayan hayattan zevk alamama, hiçbir iş yapmak istememe, durgunluk, sıkıntılı olduğu dönemlerde vücudunun farklı yerlerindeki deriyi yolma, içe kapanma şikayetleri temizlik uğraşlarında artış şeklinde devam etmiş. Hasta cildini yolduktan sonra ellerinin kirlendiğini düşünerek sık sık ellerini yıkayıp, geceleri uzun süre banyoda zaman geçiriyormuş. Özellikle hastalığının şiddetlendiği dönemlerde elinin kirlenip uzun süre el yıkama işi ile meşgul olacağını düşündüğünden ötürü günde bir öğün yemek yemekte ve kilo kaybetmekteymiş. Evden dışarı çıktığında kıyafetlerinin kirlenebileceği ihtimali onda büyük sıkıntıya yol açması nedeni ile zamanının büyük bölümünü evde geçirmekteymiş. Evde tuvalete girip çıktıktan sonra giysilerini çamaşır makinesinde yıkamak için çıkardığında soluğu tekrar banyoda almaktaymış ve sonrasında giysilerin temizlenmediğinden şüphelenirse onları soba içerisine atıp yakıyormuş. Bazen geceleri kalkıp bulaşık yıkamaya başlayan

hasta, bir tabağı bir saate yakın sürede yıkıyor ve geceleri bulaşık yıkayıp evi temizlemekle geçirmekten ötürü uykusuz kaldığı için gündüzleri uyuyarak geçiriyormuş. Son 5 yıldır temizlik ile ilgili aşırı uğraşlarına deri yolma şikayetlerinin eklendiğini ifade eden hasta, bu durumun ilk kez denize girdikten sonra cildinde oluşan içi sıvı dolu yaraları yolmasıyla başladığını belirtti. O dönemlerde tırnak yemesi olduğunu da ekledi. Her iki alt-üst ekstremitte ve gövdesinde cilt yolmaya bağlı yaralar mevcut olan hasta yolma eylemini gerçekleştirmediği takdirde büyük sıkıntı yaşadığını, eylemi gerçekleştirdikten sonra ise büyük pişmanlık duyduğunu dile getirmekteydi. İki yıl önce bu şikayetlerden ötürü psikiyatri servisine yatırılarak bir ay boyunca takip edilen hasta fluoksetin 40 mg/gün ve olanzapin 2,5 mg/gün tedavisinden kısmen fayda görerek kendi isteği ile taburcu olmuş. Taburculuk sonrası poliklinik kontrollerine düzenli gelmeyen hasta tedavisini de düzenli kullanmamış. Deri yolma davranışları nükseden hastanın kollarında ve vücudunda oluşturduğu yaraları nedeniyle sık dermatoloji polikliniği başvuruları olmuş; fakat dermatoloji bölümünce önerilen antialerjik ilaç tedavilerinden fayda görmemiş. Aile bireyleri hastanın son üç aydır saatlerce el yıkamalarının ve banyoda uzun süre kalmalarının olduğunu bildirdiler. Hastanın bu davranışlarını kısıtlamaya çalıştıklarını ancak hastanın aşırı öfkelenildiğini ve ciddi tartışmalar yaşadıklarını ifade ettiler. Hastanın annesi

kızının banyoya girmesini engellemek ya da banyodan çıkmasını sağlamak için evin suyunu kestiğini belirtti. Deri yolma davranışlarını ise ev halkının göremeyeceği yerlerde özellikle yalnız kaldığında yaptığını ve yolma davranışıyla cildini kanattığını aktardılar. Sonrasında sabun aracılığıyla yaptığı yaraları saatlerce yıkamalarının başladığını ifade ettiler. Hasta ise, cildinin pürüzsüz olması ve temiz olması için yolma ve yıkama davranışlarını kontrolsüz, istemsiz şekilde yaptığını ve yaparken acı hissetmediğini sonrasında yanma ve acı hissini olduğunu ifade etti. Ablasının geçmiş olumlu psikiyatri yatış öyküsünü göz önünde bulundurarak ısrar etmesi üzerine psikiyatri polikliniğine geldiğini ifade etti. Annesi ve ablası eşliğinde psikiyatri polikliniğine başvuran hasta ileri tetkik ve tedavi amacı ile servisimize ikinci kez kabul edildi.

Öz ve soygeçmiş: Hasta üç çocuklu bir ailenin üçüncü çocuğu olarak Rize'de normal doğum ile hastanede doğmuş. Büyüme ve gelişmesinde herhangi bir sorun yaşanmamış. Annesi 60 yaşında sağ, okur-yazar değil, ev hanımı; babası 65 yaşında, sağ, okur-yazar, Çay-kur'dan emekli olmuş. Anne-baba 3.dereceden akrabaymış, ailelerinin isteği ile 40 yıl önce evlenmişler. Evliliklerinin ilk yıllarından bu yana babasının sürekli anneye kıskanması, çevre ile ilgili şüpheleri, anneye yönelik şiddet içeren davranışları nedeni ile ev içinde sürekli sert tartış-

Resim1. Olgunun tedavi öncesi deri yolma bozukluğuna ilişkin lezyonlarının görünümü



maların yaşandığı belirtildi. Babanın sert, kısıtlayıcı tutumları nedeniyle hasta ve kardeşleri halen radyo ve televizyonu olmayan bir evde büyümüşler. Özgeçmişinde; herhangi bir ameliyat, kaza geçirme öyküsü ve fiziksel hastalığı düşündürülen özellik yoktu. Soygeçmişinde; ablasının depresyon nedeniyle üç aydır tedavi aldığı öğrenildi.

Fizik muayene ve laboratuvar bulguları:

Vital bulgular: Normal, nörolojik muayene ve diğer sistem muayeneleri: Normal olarak saptandı. Dermatolojik muayenesinde her iki alt- üst ekstremitede ve gövde de farklı iyileşme dönemlerinde olan yolmaya bağlı yaralar mevcuttu. Boy: 155 cm, Ağırlık: 32 kg, Beden Kitle İndeksi (BKİ): 13.3 kg/m², son 3 ay içerisinde 11 kg kaybetmiş.

Laboratuvar bulguları: Hemogram, biyokimyasında anormallik tespit edilmeyen hastanın hormon tahlillerinde vitamin B12 ve ferritin değerlerinin normalin alt sınırlarında olduğu gözlemlendi. (tiroid fonksiyon testleri, folik asit, prolaktin normal sınırlarda)

Kranial BT-MR// Total Abdomen BT-USG: Normal

Ruhsal Durum Muayenesi: Yaşından küçük gösteren hastanın giyimi sosyokültürel seviyesi ile uyumluydu. Sandalyede oturan hastanın öz bakımı azalmıştı ve görüşme esnasında kısıtlı göz teması kuruyordu. Görüşmeciye karşı saygılı bir tutum sergileyen hastanın görüşmeye isteksiz olduğu izlendi. Konuşmanın içeriği fakirleşmiş, sorulan sorulara verdiği yanıtlar probleme dönük ve amaca yönelikti, düşük volümlü konuşuyordu, reaksiyon süresi hafif uzamıştı. Duygudurum çökkün, duygulanımı duygudurumla uyumlu, düşünce içeriği fakirleşmiş, düşünce içeriğinde bulaş, şüphe obsesyonları ve istemeyerek yaptığı deri yolma davranışının kontrolünü sağlamaya çalışan yakınlarının müdahalelerinin cilt yolmasını arttırdığına dair referans fikirleri mevcuttu. Bilinç açık, koopere, oryante, algılamada patolojik bulgu saptanmadı. Bellek muayenesi olağan, sınırdaki zeka olarak değerlendirildi. Soyut düşünce, gerçeği değerlendirme, yargılama kısmen bozulmuştu, benlik saygısı azalmıştı, kısmi psiko-motor retardasyon tabloya eşlik ediyordu.

Psikometrik Değerlendirme: Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) kirlenme obsesyonları ve temizleme, kontrol etme kompulsiyonları başta olmak üzere 34 puan, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11) 57 puan, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) 30 puan ve klinik psikolog tarafından yapılan Kent Egy Zeka Testi ile sınırdaki zeka (IQ 70-90) olarak değerlendirilmiştir. Psikiyatrik değerlendirme sonrası DSM-5'e göre içgörüsü kötü OKB, majör depresyon ve deri yolma bozukluğu tanıları konuldu. BKİ'si oldukça düşük olan hastanın kilo alma endişesinin olmaması, beden imgesi ile ilgili sorun yaşamaması hatta kendisinin son dönemde çok zayıfladığını belirtmesi nedeni ile olgumuzda yeme bozuklukları tanısı düşünülmemiştir. Dermatoloji ve dahiliye konsültasyonu istendi ve branş hekimlerinin görüşleri alındı. Dermatolojik değerlendirmesi sonucu sekonder enfeksiyon riski açısından antibiyotikli pomad önerilirken, dahiliye bölümü diyet önerilerinde bulundu. Hastanın servis takibi sırasında literatür bilgileri de gözden geçirilerek fluoksetin 20 mg/gün ve olanzapin 2.5 mg/gün şeklinde tedavisi düzenlendi. Eş zamanlı bilişsel ve davranışçı tedavi (BDT) uygulanan hastanın aile görüşmeleri ile ailesi hastanın durumu ve tedavisi konusunda bilgilendirildi. İlk terapi seansında, terapinin yapısı ve gündem oluşturma hakkında bilgi verme, sorunların kısaca gözden geçirilmesi, tedavi amaçlarının belirlenmesi, beklentilerin öğrenilmesi, hastanın rahatsızlığı ve bilişsel model hakkında eğitilmesi (psikoeğitim), özetleme ve geri bildirim olarak belirlendi. Servis içinde banyoda kalış süresinin kısaltılması, gün içinde el yıkama sayısı azaltılması üzerinde duruldu. Servisteki ilk günlerinde aile yakınları ve servis çalışanları ile sosyal iletişimde içine kapanıklık ve tedavisine isteksiz uyumu mevcuttu. İlaç dozları fluoksetin 40 mg/gün ve olanzapin 10 mg/gün olarak tekrar düzenlenen hastanın mevcut tedavisine devam edildi. Yolma davranışı ile ilgili ayrıntılı öykü alınarak yolunan bölgenin lokalizasyonu yolma davranışının zamanlaması (seyri, atakların sıklığı ve süresi, daha çok günün hangi saatlerinde olduğu vb.) deri yolma yöntemi, yolma davranışının şiddeti, yolma davranışını kolaylaştıran durumlar, etkileyen etkenler, yolma eyleminden önce, eylem sırasında ve sonrasında ortaya çıkan düşünceler, duygular üzerinde duruldu. Alışkanlığın tersine döndürülmesi yöntemini

uygulaması ile hastanın deri yolma davranışı kayboldu. Temizlik uğraşlarında ve depresif yakınmalarında öncesine nazaran azalma tarifleyen ve ölçeklerden alınan puanlar (Y-BOCS 23 puan, BIS-11 32 puan, HDDÖ 12 puan) da bu durumu destekler nitelikte olan hasta yatışının 30. gününde ileri salah hali ile taburcu edildi. İki hafta sonra poliklinik kontrolünde tekrar değerlendirilen hastanın deri yolma davranışının olmadığı, şüphe ve temizlik obsesyonlarının şiddetinde ise önemli derecede azalma olduğu öğrenildi. Kontrollerinde deri lezyonları tekrar değerlendirilen hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde her iki alt-üst ekstremitede ve gövdede mevcut olan eski yaralarında deri yolma davranışına bağlı skar izleri saptandı. Lezyonların ortadan kalkması ve küçülmesi hastanın kendilik imajını da olumlu yönde etkilediği gözlemlendi. Hastadan izin alınarak bir sonraki poliklinik kontrolünde karşılaştırma maksatlı deri yolma bozukluğuna bağlı skarlar kayıt altına alındı. Hastanın babası psikiyatri polikliniğine davet edilerek psikiyatrik muayene sonrası şizofreni tanısı ile tedavisi düzenlendi, poliklinik kontrolü planlandı.

TARTIŞMA

Çok eski yıllardan bu yana bilinmesine karşın tanı sınıflandırmasına yeni kabul edilen deri yolma

bozukluğunda farklı klinik görünümeler mevcuttur (3). Bazı hastalar sık ancak kısa süren deri yolma atakları tanımlarken, bazıları da daha seyrek olan ama birkaç saat süren ataklar tanımlamaktadır (1,4). Çalışmamızda olgumuzun uzun süreli deri yolma davranışının olması dikkat çekicidir. 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 (20,21). Olgumuzda ise deri yolma davranışının 23 yaşında başladığı saptanmıştır. Deri yolma bozukluğu, kadınlarda daha yaygın görülmektedir (22). Çalışmamızdaki olgunun da kadın olması bu bulgularla uyumludur. Bu bireylerde tıbbi yardım arayışı yaygın değildir. Hastaların %20'sinden azı tedavi başvurusunda bulunur (23). Çalışmamızda olgumuzun da benzer şekilde az sayıdaki tedavi başvurularının ailesinin isteği ile gerçekleştiği, önerilen tedavi programına uymaması dikkat çekicidir. Deri yolma bozukluğu sıklıkla akne gibi dermatolojik bir lezyonun yolunması ya da koparılmasıyla başlar. Çalışmamızda sunulan olgunun deri yolma bozukluğu ile ilgili ilk yakınmaları cilt üzerindeki lezyonların kabuklarının kopartılıp kanatılması ile başlaması bu sonuçlarla uyumludur. Birçok hasta kronik deri yolmaya bağlı gelişen lezyonları makyaj, bandaj gibi yöntemlerle ve giysileriyle kapatmaya çalışır (2). Olgumuzun da özellikle kollarında ve yüzündeki yaraları kapatıcı giysi ve başörtüleri tercih etmesi



Resim 2. Olgunun tedavi sonrası deri yolma bozukluğuna ilişkin lezyonlarının görünümü

dikkat çekicidir. Birçok olgu, bir başka kişinin dikkatini çekene kadar ya da cildi kanayana kadar yolma davranışının farkında değildir (4). Çalışmamızda sunulan olgunun saatler süren deri yolma bozukluğunun olması bu sonuçlarla uyumludur. Bazı yolma davranışları, OKB'dekine benzer biçimde, ritüel tarzındadır, direnç gösterilir ve ego distoniktir (3). Olgumuzdaki deri yolma bozukluğu ise ego ile uyumlu olması nedeni ile farklılık göstermiştir. Bazı hastalar derilerinde bir takım düzensizlikler olduğuna ilişkin obsesyonlar ya da derilerini pürüzsüzleştirmeye ilgili düşünce uğraşları tanımlar ve deri yolma, bu düşüncelere yanıt olarak ortaya çıkar (3). Çalışmamızda olgunun deri yolma davranışı sonucu yara yerlerini saatlerce yıkayarak derisini düzeltmeye çalışması bu bulgularla uyumludur. Deri yolma bozukluğu olan hastalarda, deri yolmanın yanı sıra sallanma, kafa vurma, dudakları ısırma ve vakamızda olduğu gibi tırnak yeme şeklinde stereotipik davranışlar da görülebilir (2). Deri yolma bozukluğu ile duygudurum bozuklukları, OKB, dürtü denetim bozuklukları ve kişilik bozuklukları birlikte bulunabilir (1,2,24). Çalışmalarda deri yolma bozukluğu ile özellikle OKB birlikteliğine dikkat çekilmiştir (25). Bu sonuçlar deri yolma bozukluğu ile OKB'nin ortak belircilerinin varlığını öngörebilir. Deri yolma bozukluğu olan olgularda gözlenen deri yolma dürtüleri ve eylemleri ile OKB'nun belirtileri ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca deri yolma bozukluğu tanısı konan olgulardaki yüksek oranda OKB görülmesi bu ilişkiyi desteklemektedir. Olgumuzda da benzer şekilde deri yolma bozukluğu, majör depresyon ve OKB tanılarının bulunması bu sonuçlarla uyumludur. Çalışmamızda olgunun depresif belirtilerinin arttığı son üç aydır deri yolma davranışında da artış olması dikkat çekicidir. Ayrıca ayrıntılı öyküsü ve yapılan psikometrik değerlendirmeler sonrasında olgunun, temizlik ve şüphe içerikli obsesyonları ile yıkama/yıkanma gibi kompulsif davranışlarının olduğu da saptanmıştır. Olgumuzun özellikle deri yolma davranışı sonrası saatlerce uzun süreli banyo yapması, günün önemli bir kısmını banyoda geçirmesi ilgi çekici bir durumdur. Deri yolma bozukluğunun tedavisine yönelik çalışmalar kısıtlıdır (10,11). Literatürde deri yolmanın azaltılması için kullanılan OKB tedavi dozlarında SSGİ'lerine eklenen atipik ve tipik antipsikotiklerle yapılan olgu sunumları mevcuttur. Örneğin, serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörü olan venlafaksine aripiprazol eklenmesi tedaviye dirençli

bir olguda deri yolma bozukluğunun tedavisinde etkin olduğu gözlenmiştir (26). İki olguda, fluoksetin, olanzapin ve fluoksetin paliperidon kombinasyonu denenmiş ve deri yolma bozukluğu tedavisinde belirgin iyileşme olduğu rapor edilmiştir (27,28). Olanzapinin tek başına ya da antidepressanlarla kombine kullanımı sonunda belirtilerin şiddetinde azalma olmuştur. Çalışmamızda da fluoksetin ve olanzapin kombinasyonu tedavisi uygulanmış ve hastanın yakınmalarında belirgin düzelme izlenmiştir. Olanzapinin tek başına kullanımında dürtüsel davranışı azaltması sadece ilacın antihistaminik yan etkilerine değil aynı zamanda serotonin ve dopamin reseptörleri blokajına da atfedilebilir. Bu sonuç, olanzapinin antihistaminik ve antidürtüsel özellikleriyle ilgili olabilir (18,29). Psikoterapi olarak en çok bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımları yararlı olmaktadır ve alışkanlığın tersine döndürülmesi de iyi sonuçlar alınan tekniklerden biridir (30,31). Olgumuzun tedavisinde de psikofarmakolojik tedavi ile eşzamanlı olarak BDT süreci değerlendirme ve vaka formülasyonu ile başlamış, daha sonra öncelikle OKB tanısına yönelik BDT modelini içeren psikoeğitim yapılmış, hastanın belirti ve bulguları bu bağlamda değerlendirilmiştir. Bunu takiben alışkanlığın tersine döndürülmesi yöntemi ile deri yolma davranışına yönelik girişimde bulunulmuştur.

Sonuç olarak, deri yolma bozukluğunun etiyolojisi, tedavisi ve diğer ruhsal bozukluklarla birlikteliğine ilişkin bilgiler yetersizdir. DSM-5 ile Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde ayrı bir tanı olarak belirlenen deri yolma bozukluğunun çalışmamızla uyumlu olarak özellikle OKB ile eşanlı olduğuna ilişkin çalışma ve görüşler dikkat çekicidir. Çalışmamızın sonuçları deri yolma bozukluğu ile OKB'nin ortak etiyolojik etmenlere sahip olabileceği ve benzer tedavi yaklaşımları ile belirtilerin düzeldiğine ilişkin bulguları destekler niteliktedir. Çalışmamızın bu yönü ile literatüre katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.

Yazışma adresi: Dr. Burak Okumuş, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rizeokumusband@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Aydın PÇ, Gülseren L . Deri yolma bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry*. 2014; 6:401-28.
2. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60:454-9.
3. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs*. 2001;15:351-9.
4. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry*. 2012;169:1143-49.
5. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BAM, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biol Psychiatry*. 2000;48:287-93.
6. Çalıküsu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. Psikojenik deri yolmanın psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi: karşılaştırmalı bir çalışma. *Türkiye Psikiyatr Derg*. 2002;13:282-89.
7. Hajcak G, Franklin ME, Simons RF, Keuthen NJ. Hairpulling and skin picking in relation to affective distress and obsessive-compulsive symptoms. *J Psychopathol Behav Assess*. 2006;28:179-87.
8. Cullen BA, Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados M, Hoehn-Saric R, Hahn J, et al. The relationship of pathologic skin picking to obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189:193-95.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. Diagnostic Stat Man Ment Disord 4th Ed TR. 2013;280.
10. Lochner C, Roos A, Stein DJ. Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017; 14: 1867-72.
11. Selles RR, McGuire JF, Small BJ, Storch EA. A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin-picking) disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;41:29-37.
12. Schumer MC1, Bartley CA, Bloch MH. Systematic review of pharmacological and behavioral treatments for skin picking disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2016 ;36:147-52.
13. 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;58:341-7.
14. Keuthen NJ, Jameson M, Loh R, Deckersbach T, Wilhelm S, Dougherty DD. Open-label escitalopram treatment for pathological skin picking. *Int Clin Psychopharmacol*. 2007;22:268-74.
15. 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.
16. Kalivas J, Kalivas L, Gilman D, Hayden CT. Sertraline in the treatment of neurotic excoriation and related disorders. *Arch Dermatol*. 1996;132:589-590.
17. 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.
18. Gupta MA, Gupta AK. Olanzapine is effective in the management of some self-induced dermatoses: three case reports. *Cutis*.2000;66:143-46.
19. 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.
20. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA. Skin picking in German students: Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif*. 2002;26:320-39.
21. Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr Psychiatry*. 2010;51:183-6.
22. 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;26:340-60.
23. 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.
24. Cumurcu BE, Kaya B. A case with trichotillomania, psychogenic excoriation and pathological internet use. *J Clin Psy*. 2004;7: 127-31.
25. 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;53:562-68.
26. Turner GA, Sutton S, Sharma A. Augmentation of Venlafaxine with Aripiprazole in a case of treatment-resistant excoriation disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2014;11:29-31.
27. Christensen RC. Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of pathological skin picking. *Can J Psychiatry*. 2004;49:788-89.
28. 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.
29. Gupta MA, Gupta AK. Olanzapine may be an effective adjunctive therapy in the management of acne excoriee: a case report. *J CutanMed Surg*. 2001;5:25-7.
30. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, Matthews K, Veale D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2015;225:236-46.
31. Teng EJ, Woods DW, Twohig MP. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: a pilot investigation. *Behav Modif*. 2006;30:411-22.