

# TEKRARLAYICI CİLT YOLMA: OLGU SUNUMU

**Dr. Emre Şahin\***, **Yrd. Doç. Dr. Ö.Ayhan Kalyoncu\*\***, **Dr. Ahmet Tiryaki\***,  
**Prof. Dr. Mansur Beyazyürek\*\***

\* Balıklı Rum Hastanesi Anatolia Klinikleri uzmanı

\*\*Maltepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim üyesi

## Özet:

41 yaşında, kadın, evli ve ev hanımı olan bu olgu hastanemize zorlantılı şekilde alın, burun çene ve yanak derilerini pens, cımbız ve iğne gibi aletlerle yolma ve yara kabuklarını koparma yakınıyla başvurmuş ve ileri tetkik için yatırılmıştır. Olgunun hastaneye yatırılmasından itibaren tekrarlanan psikiyatrik muayeneler, psikometrik incelemeler (Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme ve Depresyon Derecelendirme Ölçekleri, Rorschach Projektif test), öykü ve klinik izlem sonucu hastaya konulan Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı doğrulanmış, bu tanıya ek olarak Majör Depresif Bozukluğun eşlik ettiği tespit edilmiş ve hastaya Fluoksetin 40 mg/gün ve Valproat 1000 mg/gün tedavisi başlanarak davranışçı tedavi teknikleri uygulanmıştır. 3 hafta süreyle yatırılarak izlenen hastanın zorlantılı cilt yolma davranışının tamamen ortadan kalktığı gözlenmiştir. Hasta aynı tedavi önerisi ve klinik salah halinde ayaktan tedavisi planlanarak çıkarılmıştır.

Bazı araştırmacılar tekrarlayıcı cilt yolma davranışı ile karakterize klinik durumları ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları incelemiş, vakaların sıklıkla zorlantı-dürtü spektrumu içinde yer alan tanılar aldığını ortaya koymuşlardır. Bu olgu, tekrarlayıcı cilt yolma davranışının zorlantı-dürtü spektrumu içinde yer alan bozukluklardan özellikle Obsesif Kompulsif Bozuklukta görülen bir belirti olabileceğini işaret eden bazı araştırmalarla birlikte değerlendirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Tekrarlayıcı cilt yolma, klinik özellikler, komorbidite.

## GİRİŞ:

Doku harabiyetine yol açan ve cildin aşırı derecede yolunması veya koparılmasıyla karakterize, kendine zarar verme davranışı olan tekrarlayıcı cilt yolmanın şimdiye kadar tanımlanmış olan sistemlerde herhangi bir tanı kategorisinde yer almamış olması nedeniyle bir çok araştırma için tartışma konusu olmuştur.

Kişinin ufak bir sıyrık, sivilce veya siyah noktaları sıkması, yolması ve kazımasıyla tekrarlayıcı cilt yolma başlar. Toplu iğne veya keskin aletler kullanılabilir, cilde verilen zararlar hafif veya ağır olabilir ve bu davranış kişinin utanmasına, suçluluk duymasına ve sosyal geri çekilmesine yol açabilir (Bloch ve ark., 2001).

Tekrarlayıcı cilt yolma davranışının epidemiyolojisi genel popülasyonda çalışılmamıştır ancak dermatoloji kliniklerinde yapılan bir araştırmada prevalansı % 2 bulunmuştur. Cilt yolma davranışı kadınlarda erkeklere oranla daha fazla rastlanır ve bu davranış genellikle büyüme çağında başlar ve kronik bir seyir izler (Arnold ve ark., 2001).

Araştırmacıların bir kısmı bu davranışın zorlantı-dürtü spektrumunda yer alan tanılardan birine eşlik eden bir belirti olduğunu, diğer yandan başka araştırmacılar da tıpkı trikotillomani gibi farklı bir tanı olması gerektiği yönünde tartışma başlatmışlardır.

Bloch ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada tekrarlayıcı cilt yolma davranışıyla karakterize olan bir grup hastanın psikiyatrik incelemeleri sonucu cilt yolma davranışının DSM IV'te "Başka Türü Adlandırılmayan Dürtü Kontrol Bozuklukları" tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır (Bloch ve ark., 2001).

Lochner ve arkadaşları tekrarlayıcı cilt yolma davranışı ile trikotillomaniyi fenomenolojik olarak incelemiş, demografik veriler, eşlik eden klinik bozukluklar ve kişilik bozuklukları açısından karşılaştırmış, demografik değişkenler, her iki gruptaki olguların aldığı ek tanılar ve kişilik özellikleri açısından önemli sayılacak benzerlikler saptamışlardır (Lochner ve ark., 2001).

Kronik tekrarlayıcı tarzda saç koparmayla karakterize olan trikotillomani DSM IV'te "Başka Bir Yerde Sınıflandırılmayan Dürtü Kontrol Bozuklukları" sınıfında yer almaktadır (APA, 1994). Saç koparma öncesi yaşanan gerginlik, kişinin kendini saç koparmaktan alıkoyamaması ve saç koparma sonrası yaşanan haz duygusu benzer şekilde tekrarlayıcı cilt yolma davranışında da hastalar tarafından tanımlanmaktadır. Yine aynı şekilde trikotillomani ve cilt yolma davranışıyla karakterize olgularda saptanan dissosiyasyonun da bir alt grup oluşturabileceklerini savunmuşlardır. (Lochner ve ark., 2001).

Benzer şekilde trikotillomani tanısı alan olgular değerlendirildiğinde saç koparmanın yanı sıra tırnak yeme, dil ısırma, yanağın iç kısımlarını çiğneme davranışı gibi tekrarlayıcı zarar verme davranışları da göz önüne alındığında tekrarlayıcı cilt yolma davranışının karakteristik özellikleri trikotillomani ile örtüşmektedir (O'Sullivan ve ark., 2000).

Bu sebeple Lochner ve arkadaşları tekrarlayıcı cilt yolma davranışını tıpkı DSM IV'te yer alan obsesif kompulsif bozukluk, vücut dismorfik bozukluğu, madde kullanımına ilişkin bozukluklar, yeme bozuklukları, trikotillomani, kleptomani, kompulsif alışveriş yapma, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve sınır kişilik bozukluğu gibi zorlantı-dürtü spektrumu içinde tanımlanması gerektiğini öngörmüşlerdir (Lochner ve ark., 2001).

Wilhelm ve arkadaşları ise tekrarlayıcı cilt yolma davranışıyla karakterize klinik durumları incelemiş, vakaların sıklıkla 1. ekseninde “Obsesif Kompulsif Bozukluk” ve 2. ekseninde “Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu” tanısı aldıklarını saptamışlardır (Wilhelm ve ark., 1999).

Bu çalışmalardan yola çıkarak tekrarlayıcı cilt yolma davranışını tanı sistemlerinden bir tanı kategorisine dahil edilmesi gerektiği konusunda az sayıdaki araştırmalar incelenmiş, eşlik eden klinik durumlar ve psikiyatrik hastalıklar gözden geçirilmiş, birazdan aşağıda bahsedeceğimiz olguda da olduğu gibi tekrarlayıcı cilt yolma davranışının zorlantı-dürtü spektrumunda yer alan tanılardan özellikle Obsesif Kompulsif Bozukluk'ta görülebilen bir belirti olabileceği doğrultusunda bazı araştırmalarla birlikte değerlendirilmiştir.

### **OLGU:**

41 yaşında, evli, 2 çocuk annesi ve ev kadını olan hasta hastanemize özellikle yüzünün alın çene ve yanak derilerini zorlantılı bir şekilde pens, cımbız ve iğne gibi aletler yardımıyla yolma, oluşan yara kabuklarını koparma, yaraları kanatma, bunları yaparken kendini alıkoyamama, yaralarla uğraşmak istemese de içinden dayanılmaz bir arzuyla bu davranışı sürekli tekrar etme yakınmalarıyla başvurdu. Hayattan hiç zevk almadığını, yaşamının onun için artık bir anlam taşımadığını, hiç iyileşemeyeceğini düşündüğünü, eskiden çok güzel bir cildi olduğunu ve şimdi kendisine böyle zarar verdiği için suçluluk duyduğunu ifade ediyordu.

İleri tetkik ve tedavi amacıyla yatırılan hastanın öyküsünde; bundan 20 yıl kadar önce temizlik uğraşlarında artma, evinin kirli olduğunu düşünerek defalarca temizleme, temizlendiğinden emin olamama, evde halıları cetvel yardımı ile serme gibi yakınmalarla doktora başvurduğu ve Anafranil ve Diazem önerildiği belirtiliyor. Önerilen bu ilaçları birkaç ay süreyle kullanmış fakat fayda görmediği için tedaviyi bırakmış. Daha sonra birkaç kez daha aynı yakınmalarla doktora başvurmuş, önerilen Stilizan, Norodol gibi ilaçları iyi gelmediği gerekçesiyle kullanmamış. 20 yıl kadar önce tedavi için başvurduğu günlerden itibaren cildinde sivilce ve siyah noktalarla uğraştığı fakat cildinde herhangi bir doku harabiyeti olmadığı için başlangıçta tedavi izleminde bu belirtinin göz önünde bulundurulmadığı belirtiliyor. 10 yıl kadar önce bu uğraşının diğer belirtilerinin önüne geçmesi ve cildinde yaralar oluşması nedeniyle tekrar tedavi için başvurduğu, bu nedenle birkaç kez yatırılarak tedavi girişiminde bulunulduğu ifade edildi. Gerek yatırılarak gerekse ayaktan tedavilerinde kendisine Anafranil, Prozac, Seroxat, Buspon ve Nörofren gibi birçok ilaç önerildiğini şimdiye dek sadece Prozac kullandığı dönemde kısmi iyilik olduğunu fakat cildiyle uğraşmasının tamamen ortadan kalkmadığını belirtiyordu. Hastanemize başvurmadan 6 ay kadar önce yanaklarının üzerindeki yaralarla uğraşırken kanama olması ve kanamayı durduramaması üzerine acilen Sivas Tıp Fakültesi hastanesine yatırılmış. Önce yüzündeki yaralarına cerrahi kliniği tarafından müdahale edilmiş ve psikiyatri kliniğince izlenmiş. Seroxat ve Zyprexa tedavi kombinasyonu ile bir süre izlenen hasta ayaktan tedavisi planlanarak çıkarılmış. Hasta bu süre içinde ilaçlarını düzenli şekilde kullanıyormuş fakat yakınmalarında azalma olmamış. Son birkaç ay içinde yine birkaç kez aşırı kanama nedeniyle acil birime başvurduğunu, yaralara sütür atıldığını fakat eve döner dönmez sütürleri açarak yaralarını kanattığını, ölü olduğunu düşündüğü deri parçalarını cımbızla yolmaya devam ettiğini ve aklına intihar düşüncelerinin gelmeye başlaması üzerine hastanemize başvurduğunu belirtti.

Hasta 5 çocuklu evin 5. çocuğu. Soy geçmişinde özellik yok. Babasını 1 yaşında iken, annesini de 10 yaşında iken kaybettiği, bir süre amcaları tarafından bakıldığı, ilkokulu

bitirdikten sonra okula gönderilmediği, 16 yaşında kendi arzusu dışında şimdiki kocası ile evlendirildiği öğrenildi. Evliliğinin ilk aylarından itibaren evde sorunlar yaşamaya başladığını, kocasının ilgisiz biri olduğunu, özellikle cinsel yaşamlarında sorun yaşadıklarını, istemediği halde eşi tarafından ilişkiye zorlandığını, şikayetlerinin de evliliğinden kısa bir süre sonra ortaya çıktığını belirtiyordu. Hastanın hala eşi ve biri erkek biri kız olmak üzere 2 çocuğu ile birlikte Tokat Zile’de yaşadığı öğrenildi.

Fizik bakıda; yüzünün alın, çene ve yanak bölgelerinde uzunlukları 1-3 cm arasında değişen ve yaklaşık olarak 0.5 cm derinliğinde üzeri taze kanamalı krutlu bir çok yara göze çarpıyordu. Vücudunun diğer deri bölgelerinde yara izine rastlanmadı. Dahili muayenesinde özellik yoktu. Yapılan dermatoloji konsültasyonda acil müdahale önerilmedi. Yaraların tamamen kapanmasından 1 yıl kadar sonra plastik cerrahi girişimin planlanabileceği ifade edildi.

Yaşında gösteren, öz bakımı normal, psikomotor aktivitesi azalmış, gözlenen duygulanımı depresif olan hastanın kognitif muayenesi normal olarak değerlendirildi. Düşünce içeriğinde “yüzündeki yara kabuklarının ölü hücreler olduğu, onları ancak kopararak ve kanatarak canlandırabileceği şeklinde zorlantılı cildini yolma düşünceleri, hayatın yaşamaya değer olmadığı, hiç düzelemeyeceği, cildine zarar vermekten dolayı çirkinleştiği ve bu yüzden çok pişman olduğu” şeklinde umutsuzluk, değersizlik ve suçluluk düşünceleri tespit edildi. Yaşamının ya da ölmenin artık kendisi için bir şey ifade etmediği şeklinde ölüm düşünceleri vardı, intihar düşüncesi yoktu.

İlk muayene sırasında uygulanan Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeğinden toplam 27, Hamilton Depresyon Dercelendirme Ölçeğinden 30 ve Yale Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeğinden 57 puan aldı. Rorschach Projektif Testte; yoğun anksiyete ve depresyonun varlığının yanı sıra düşünce içeriğindeki paranoid fikirlerin nevrotik sınırlarda kaldığı tespit edildi.

Hastaya “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Depresyon” tanısıyla Fluoksetin 20 mg/gün tedavisi başlanarak, tedavi dozu 1. haftanın sonunda 40 mg/gün’e çıkarıldı. Daha önce kısmi yanıt alındığı belirtildiği için Fluoksetin öncelikli olarak seçildi. Serviste izlendiği süre içinde hastaya davranışçı tedavi teknikleri uygulandı. Başlangıçta kendisine serviste iken zarar verebileceği materyallerin listesinin çıkarılması istendi. Cildini koparma dürtüsü geldikçe duygu ve düşüncelerin not edilmesi önerildi. Tedavinin 2. haftasında ortaya çıkan dürtülerin sıklığı nedeniyle tedaviye Na Valproat 1000 mg/gün eklendi. Tekrarlanan psikiyatrik değerlendirmelerinde hastanın yoğun anksiyetesinin azaldı, depresif belirtileri geriledi. 3. haftanın sonunda cilt yolma davranışının ortadan kalktığı gözlemlendi. Tekrarlanan Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon ölçeğinden 24 puan alan hasta aynı tedavi önerisiyle ayaktan izlenmek üzere çıkarıldı. Hasta yaklaşık 6 aydır aynı tedavi ile ayaktan izlenmekte ve iyilik hali devam etmektedir.

## **TARTIŞMA:**

Bu olgu 20 yılı aşkın bir süredir “Obsesif Kompulsif Bozukluk” tanısıyla izlenmiş ve kliniğimizde izlendiği süre içinde bu tanı doğrulanmıştır.

Her ne kadar bazı araştırmacılar cilt yolma davranışını tıpkı trikotillomani gibi dürtüsel bir bozukluk olduğu yönünde savunsalar da bu olgunun “Obsesif Kompulsif

Bozukluk” tanısı almış olması nedeniyle cilt yolma davranışının ek bir tanı olarak yer alacak olması bazı soruları akla getirmektedir.

Önceleri kirlenme obsesyonları ve temizlik ve düzen kompulsiyonları nedeniyle doktora başvuran hasta, daha sonraları cildindeki yara kabuklarını yolmaya ve bazı aletler kullanarak kendine zarar vermeye başlamış ve tıbbi tedavi gerekmiştir. Gerek hastalık süresi boyunca gerekse hastanede izlendiği süre içinde hasta bu belirtiyi içinden gelen ve dayanılmaz bir istek olarak tanımlamıştır. Hasta, cildini yolarken bunun kendine zarar verici bir davranış olduğunu bildiğini fakat engellenme durumunda sıkıntısının arttığını ifade etmekteydi. Bu tanımlama, cilt yolma davranışının bu hasta için kompulsif bir belirti olduğunu düşündürmektedir.

Nitekim Wilhelm ve arkadaşlarının çalışmasında da incelenen olguların sıklıkla 1. eksende “Obsesif Kompulsif Bozukluk” tanısı almış olmaları dikkatimizi cilt yolma davranışının zorlantı-dürtü spektrumunda yer alan obsesif kompulsif bozukluk, vücut dismorfik bozukluğu, madde kullanımına ilişkin bozukluklar, yeme bozuklukları, trikotillomani, kleptomani, kompulsif alışveriş yapma, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve sınır kişilik bozukluğu gibi tanılarda görülebilen bir belirti olabileceğine dikkat çekmektedir.

Sonuç olarak literatürde cilt yolma davranışının bir belirtiden çok dürtüsel bir bozukluk olduğuna yönelik yapılan tartışmalara karşılık bu olguda dönemsel bir belirti olarak karşımıza çıkan cilt yolma davranışının zorlantı-dürtü spektrumunda yer alan “Obsesif Kompulsif Bozukluk” gibi hastalıklarda görülen bir belirti olabileceğini destekler niteliktedir.

## KAYNAKLAR

APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Edition (DSM-IV), Washington DC. The American Psychiatric Press, 1994.

Arnold LM, Auchenbach MB et al. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. Psychosomatics, May-June 2001;50(6):337-41

BlochMR, Elliot M et al. Fluoxetine in pathological skin-picking: open label and double-blind results. Psychosomatics, July-Aug 2001;42:314-9

Lochner C, Simeon D et al. Trichotillomania and Skin-picking: a phenomenological comparison. Psychosomatics 2001 Sep-Oct;42(5):397-403

O’Sullivan RL, Mansueto CS et al. Characterization of trichotillomania. A phenomenological model with clinical relevance to obsessive-compulsive spectrum disorders. Psychosomatics, May-June 2000;41(3):210-5

Wilhelm S, Kethen NJ et al. Self-injurious skin-picking: clinical characteristics and comorbidity. Psychosomatics, Jan-Feb 1999;40(1):79-81