

Psikodermatoloji Polikliniğine Başvuran Trikotillomani ve Deri Yolma Bozukluğu Tanılı Hastaların Klinik Özellikleri ve Eş Tanıları: Bir Karşılaştırma Çalışması



Efruz PİRDOĞAN AYDIN¹, Jülide GÜLER KENAR², İlknur KIVANÇ ALTUNAY³,
Azra GÖKOVALI BEĞENEN⁴, Yiğit KIVILCIM⁵, Ömer Akil ÖZER⁶,
Kayıhan Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU⁷

ÖZET

SUMMARY

Amaç: Trikotillomani (TTM) ve deri yolma bozukluğu (DYB), sırasıyla saç/kıl ve derinin yineleyici ve kompulsif bir şekilde yolunmasıyla karakterize psikiyatrik hastalıklar olup klinik ve fenomenolojik farklılıklarını karşılaştırmış çok az çalışma mevcuttur. Biz bu çalışmada, psikodermatoloji polikliniğine başvuran DYB ve TTM tanılı hastaları klinik özellikleri ve eştanıları açısından karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Psikodermatoloji polikliniğinden 113 DYB, 56 TTM tanılı hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastalara sosyodemografik form, DSM-IV TR eksen I bozukluklar için yapılandırılmış görüşme formu (SCID-I), Klinik Global İzlenim Ölçeği(KGI), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri(BAE) uygulandı. Ayrıca DSM-5'te yer alan 'Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar' da tanımlanan kriterler sorgulandı.

Bulgular: DYB ve TTM tanılı hastaların klinik özellikler ve eştanılar açısından birçok noktada benzerliklerinin olduğu saptandı. Bununla birlikte DYB ve TTM hastaları yoldukları bölge sayısı ($Z=-7,084$, $p<0,001$), sıklıkla ilk başvurdıkları poliklinik ($\chi^2=19,451$; $p<0,001$), yolma sebepleri ($p<0,05$), depresyon ($\chi^2=3,878$; $p=0,049$) ve onikofaji ($\chi^2=7,173$; $p=0,007$) eştanı sıklığı açısından istatistiksel anlamda birbirlerinden farklıydı. Eştanı alan TTM ve DYB hastalarının hastalık şiddetleri, depresyon ve anksiyete puanları eştanı almayanlara göre anlamlı derecede yüksekti ($p<0,005$).

Sonuç: TTM ve DYB çoğunlukla ortak klinik özelliklere ve yüksek oranda psikiyatrik eştanılara sahiptirler. Bu hastalıklardaki gidişatı anlamakta ve tedavi etmekte klinik özellikleri, tetikleyici etmenleri bilmek ve eştanıları tespit etmek önemli olmaktadır. Bu alanda geniş örneklemli fenomenolojik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Beden odaklı yineleyici davranışlar, eştanı, deri yolma, trikotillomani

Clinical Characteristics and Comorbidities of Patients with Trichotillomania and Skin Picking Disorder Who Admitted to a Psychodermatology Outpatient Clinic: A Comparative Study

Objective: Trichotillomania (TTM) and Skin Picking Disorder (SPD) are psychiatric disorders characterized by chronic and compulsive pulling and picking to remove hair and skin. There are very few studies on the clinical and phenomenological differences of TTM and SPD. In this study we aimed to compare the clinical characteristics and comorbidities of patients diagnosed with TTM and SPD.

Method: We enrolled 56 TTM and 113 SPD patients who were assessed with SCID-I for DSM-IV. In addition, we evaluated the DSM-5 criteria for Obsessive and Compulsive Disorder spectrum. We also utilized sociodemographic form, the Clinical Global Impression Scale, the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory.

Results: Although patients with TTM and SPD had many common clinical features and comorbidities, statistically significant differences were determined in the number of the pulling/picking sites ($Z=-7,084$; $p<0,001$), the type of the outpatient clinics which they initially consulted ($\chi^2=19,451$; $p<0,001$), reasons for pulling/picking behavior ($p<0,05$) and comorbidities of depression ($\chi^2=3,878$; $p=0,049$) and onychophagia ($\chi^2=7,173$; $p=0,007$). Disease severity and depression and anxiety scores of patients with TTM and SPD who had comorbid diseases were statistically significantly higher compared to the patients without comorbidities ($p<0,005$).

Conclusion: TTM and SPD often present with common clinical characteristics and a high incidence of psychiatric comorbidities. Finding out the clinical characteristics, the triggering factors and determining the comorbidities are important to gain an understanding of the course and determine the appropriate treatment for these disorders. Hence, phenomenological studies on large patient populations are needed.

Keywords: Body focused repetitive behavior, comorbidity, skin picking disorder, trichotillomania.

Geliş Tarihi: 23.01.2020, **Kabul Tarihi:** 23.06.2020, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 31.12.2020

^{1,2}Uzm., ⁴Asis., ⁶Doç., ⁷Prof., Sağlık Bilimleri Üniv. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bl., ³Uzm., Sağlık Bilimleri Üniv. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bl., ⁵Uzm., Eyüp Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bl., İstanbul.

EPA: <https://orcid.org/0000-0001-6056-0075>, **JGK:** <https://orcid.org/0000-0002-9241-685X>, **İKA:** <https://orcid.org/0000-0002-1354-7123>, **AGB:** <https://orcid.org/0000-0003-4103-2802>, **YK:** <https://orcid.org/0000-0003-3721-5366>, **ÖAÖ:** <https://orcid.org/0000-0001-5565-4640>, **KOK:** <https://orcid.org/0000-0001-6151-7060>

Dr. Efruz Pirdogan Aydın, e-posta: efruzpirdogan@gmail.com

GİRİŞ

Trikotillomani (TTM) ve deri yolma bozukluğu (DYB), sırasıyla saç/kıl ve derinin yineleyici ve kompulsif bir şekilde yolunmasıyla karakterize psikiyatrik hastalıklardır (Snorrason ve ark. 2012a). Hallopeau tarafından TTM, Erasmus Wilson tarafından ise nörotik ekskoriyasyon adıyla DYB 19.yy'da ilk kez tanımlanmıştır (Grant ve ark. 2012). Yakın sürece kadar dürtü kontrol bozukluğu (Arnold ve ark. 2001), obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) (Dell'Osso ve ark. 2006, Ferrão ve ark. 2006), tımarlama bozukluğu (Bienvenu ve ark. 2000), stereotipik hareket bozukluğu (Stein ve ark. 2007), davranışsal bağımlılık (Chamberlain ve ark. 2016) ve beden odaklı yineleyici davranışlar (BOYD) (Bohne ve ark. 2002) olarak çeşitli şekillerde kavramsallaştırılmışlardır. DYB ve TTM'deki tekrarlayıcı yolma davranışının, fenomenolojik olarak OKB'deki kompulsif davranışlara benziyor olması ve hastaların kendilerinde ve birinci derece akrabalarında OKB eşanı oranlarının yüksek olması nedeniyle, nihayet DSM-5'te "Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar" kategorisinde yer almaktadır (APA 2013).

Prevalans çalışmaları coğrafi bölge ve örneklem grubuna göre farklı sonuçlar vermekle birlikte TTM için % 0,6-3 (Duke ve ark. 2010), DYB için ise % 1,2-7 (Hayes ve ark. 2009, Keuthen ve ark. 2010, Prochwicz ve ark. 2016) olarak belirtilmiştir. Bu hastalıkların kadınlarda görülme sıklığı erkeklerle göre fazladır. Genellikle erken ergenlikte başlar, kronik ve dalgalı seyir gösterirler. Odaklanmış (kompulsif) ve otomatik (impulsif) alt tiplerini barındıran heterojen bir klinik tablo olduğundan bahsedilmiştir (Snorrason ve ark. 2012a). Odaklanmış alt tipinde, yolma davranışı anksiyete veya korku yaratan bir durumu önlemek için veya obsesyona yanıt olarak, yolma davranışının farkında olunmasına rağmen yolmayı durduramamak şeklinde olurken, otomatik alt tipi genellikle sedanter eylemler esnasında ortaya çıkmakla birlikte yolma davranışı zevk verir ve farkındalık yoktur (Grant ve ark. 2012).

TTM saç kaybına vesaç/kılın yutulmasıyla beraber trikobezoarlar ve sonuç olarak intestinal obstrüksiyonlara yol açabilmekte (Grant ve ark. 2008); DYB ise cildin yaralanması, ülserasyonu ve enfeksiyonunu içeren yaygın sekellere hatta ölümcül sonuçlara neden olabilmektedir (Odlaug ve Grant, 2008a). Saç kaybı veya derideki yaralar utanca ve benlik saygısında düşmeye yol açmaktadır; bu da sosyal izolasyona, iş, akademik ve sosyal hayatta kimi zorluklara ve genel olarak yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır (Odlaug ve ark. 2010). Ayrıca depresyon, anksiyete bozuklukları alkol ve madde kullanımı (Duke ve ark. 2010, Flessner ve ark. 2006), uyku bozuklukları (Ricketts ve ark. 2017) ve intihar riskinde artışa (Machado ve ark. 2018) yol açabilmektedirler.

Birçok çalışma TTM ve DYB'nin başlangıç yaşı, belirtileri, cinsiyet oranı, hastalığın gidişatı, etiyolojisi, tedaviye cevabı ve psikososyal işlevsellikte bozulma açısından klinik benzerliklerini ortaya koymaktadır (Lochner ve ark. 2002, Odlaug ve Grant 2008b, Odlaug ve ark. 2010, Snorrason ve ark. 2012b). Bunların yanında TTM ve DYB arasında kimi farklılıkların olduğu da bildirilmiştir. Yolma davranışına gün içinde ayrılan süre, davranışın tetikleyicileri (Odlaug ve Grant, 2008a), alt tiplerin yaygınlığı (odaklanmış/otomatik (Lochner ve ark. 2002), eşanı oranları (Lochner ve ark. 2002, Odlaug ve Grant 2008a), seçici serotonin gerilim inhibitörlerinin (SSGİ) etkinlikleri (Jones ve ark. 2018) açısından DYB ve TTM'de farklılıklar bulunmaktadır.

DYB ve TTM tanıları hastaların yarısından fazlasında en az bir psikiyatrik eşanı olduğu, sıklıkla depresyon, anksiyete bozuklukları ve BOYD'nin (saç yolma, deri yolma, tırnak yeme, dudak ısırma, yanak çiğneme gibi yineleyici davranışlar) eşlik ettiği bilinmektedir (Grant ve ark. 2012). DYB ve TTM'de depresyon veya anksiyete eşanı varlığının hastalığı şiddetlendirdiği ve bunun da yaşam kalitesinde düşmeye yol açtığı bildirilmiştir (Grant ve ark. 2017b, Odlaug ve ark. 2010, Ricketts ve ark. 2018). DYB ve TTM'nin DSM-5 gibi tanısal kategorilerde yeni yer alıyor olması, altta yatan psikopatolojiyle ilgili bilgilerdeki yetersizlik ve tedavi etkinlikleri konusundaki yetersiz kanıtlar, son zamanlarda bu konudaki çalışmaların giderek artmasına neden olmuştur. Ayrıca hastalığın seyrini anlamakta ve tedavi seçiminde klinik özellikleri, eşanılarını, hangi alt tip olduğunu bilmek önem kazanmaktadır. Ek olarak her hastanın tetikleyici faktörlerinin belirlenmesi davranışçı müdahaleleri planlarken ve nükslerden korunmada yarar sağlayacaktır. Biz bu çalışmada, psikodermatoloji polikliniğine başvuran DYB ve TTM tanıları hastaları klinik özellikleri ve eşanılarını açısından karşılaştırmayı ve her hastalığı kendi içinde eş tanısı olan/olmayan gruplara ayırarak klinik özellikler açısından karşılaştırmayı amaçladık.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışmamız için Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri ve Dermatoloji Polikliniği tarafından "DYB" veya "nörotik ekskoriyasyon" veya "acne excorieé" veya "TTM" tanısı almış hastalar psikodermatoloji polikliniğine yönlendirildi. DSM-5 tanı kriterlerine göre hastalar tekrar değerlendirildi. Şubat 2017- Ekim 2018 arasında başvuran hastalar içinden 113 DYB ve 56 TTM tanıları hasta çalışmaya dâhil edildi. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri: 16-70 yaş aralığında olmak, okuma-yazma bilmek ve çalışmaya katılmayı kabul etmek şeklindeydi. Şimdiki ve geçmişteki eş tanılarını tespit etmek için tüm hastalara bir psikiyatri uzmanı tarafından DSM-IV TR eksen I bozuklukları için yapılandırılmış

görüşme formu SCID-I uygulandı. Hastalara ek olarak DSM-5'te yer alan "Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yer alan Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB), OKB, Biriktiricilik Bozukluğu, TTM ve DYB açısından değerlendirildi. Sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI) verildi. Çalışmamızın dışlama kriterleri: i) DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre mental retardasyon tanısı almak ii) DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre demans tanısı almak veya geçmişte demans tanısı almış olmak iii) Okuma-yazma bilmemek iv) Hem DYB hem TTM tanı kriterlerini aynı anda karşılamak olarak belirlendi. Katılımcılara çalışmanın amacı ve tasarımı anlatıldıktan sonra aydınlatılmış onamları alındı. Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan onay alındı (Sayı:2456).

Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Hastanın yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, alışkanlıklar, tıbbi hastalık öyküsü, ilaç kullanımı, hangi kliniğin yönlendirdiği, daha önce tedavi girişimi olup olmadığı, varsa hangi psikiyatrik ilaçlar kullandığı ve hastalığının özellikleri (İlk saç/deri yolma yaşı, hastalığın süresi, neden saçını/derisini yolduğu, hastalığın başlangıcını tetikleyen stresör varlığı, yolma davranışını tetikleyici etmenler, hangi bölgeleri yolduğu, hastalığı başlatan stresör varlığı, saç/deri yolma sıklığı, yolma davranışının günde ne kadar zaman aldığı, günün hangi zamanı saç/deri yolduğu) ile ilgili soruları içeren inceleme formu çalışma için tasarlandı. Saçını/derisini neden yolduğu ile ilgili soruya "gerginliği azaltmak", "hoşnutsuzluk yaratan görüntüyü gidermek", "kaşıntıyı gidermek", "alışkanlık", "zevk" şeklinde seçenekler eklenmiştir. Odaklanmış ve otomatik alt tiplerini belirlemek için kullanılan The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS) ve Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania-Adult Version (MIST-A) ölçeklerinden maddeler örnek alınarak (Flessner ve ark. 2008, Walther ve ark. 2009) saç/deri yolma nedeninin "gerginliği azaltmak", "hoşnutsuzluk yaratan görüntüyü gidermek", "kaşıntıyı gidermek" seçeneklerinden biri olarak bildirilmesi odaklanmış tip olarak, "alışkanlık" ve "zevk" seçeneklerinden biri olarak bildirilmesi otomatik tip olarak düşünülmüştür.

DSM IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): First ve arkadaşları (1996) tarafından 1997'de DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilen yapılandırılmış klinik görüşme formudur. Geçerlik ve güvenilirliği Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

DSM-5 Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar Bölümü: Bu tanı kategorisi altında yer alan OKB, BDB, TTM, DYB,

biriktiricilik bozukluğu ölçütleri sorgulanarak, bu eş tanılar burada tanımlanan ölçütlere göre konuldu (APA 2013).

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Depresif semptomların varlığı ve şiddetini belirlemek için 21 maddelik öz bildirim ölçeği kullanılmış olup, Türkiye nüfusu için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Hisli (1989) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Beck Anksiyete Envanteri (BAE): 21 maddeden oluşan; sinirli hissetme, korku, ölüm korkusu gibi sık karşılaşılan anksiyete semptomlarını sorgulayan, anksiyete semptomlarını depresyon semptomlarından ayırmak için tasarlanmış bir öz bildirim anketidir. 4 seçenekli Likert tipi ölçektir. Türkiye nüfusu için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI): Toplam yedi değerlikli bir ölçektir. Rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1= normal, hasta değil, 2= sınırda ruhsal hastalık, 3= hafif derecede hasta, 4= orta derecede hasta, 5= belirgin derecede hasta, 6= şiddetli derecede hasta, 7= en ağır derecede hasta (Guy 1976). Hastaların saç/deri yolma sıklığı, hastalığın yol açtığı sıkıntı ve işlevsellikte bozulma ve sosyal destek ihtiyacı gözönünde bulundurularak puanlama yapılmıştır (Houghton ve ark. 2016).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler: Sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Bağımsız iki grupta sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları, normal dağılım koşullarında Student's t-test, normal dağılım koşulu sağlanmadığında Mann Whitney U testi ile yapıldı. Bağımsız gruplarda oranların karşılaştırılması Ki Kare Analizi ile yapıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dâhil edilen TTM ve DYB hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. DYB hastalarının yaş ortalamaları TTM hastalarına göre istatistiksel anlamda daha yüksekti ($Z = -3,278$; $p = 0,001$). DYB hastalarının ortalama yoldukları bölge sayısı TTM hastalarına göre istatistiksel olarak fazlaydı ($Z = -7,084$; $p < 0,001$). DYB hastalarının medeni durumu TTM hastalarına göre farklıydı ($\chi^2 = 14,222$; $p = 0,001$). İlk başvurunun psikiyatri polikliniğine olması TTM hastalarında DYB hastalarına göre istatistiksel anlamda daha fazla idi ($\chi^2 = 19,451$; $p < 0,001$). DYB ve TTM hastaları cinsiyet ($\chi^2 = 0,248$; $p = 0,618$), eğitim yılı ($Z = -1,002$; $p = 0,316$), çalışma durumu ($\chi^2 = 3,845$; $p = 0,279$), hastalığın başlangıç yaşı ($Z = -0,859$; $p = 0,390$), hastalık süreleri ($Z = -0,618$; $p = 0,536$), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü

Tablo 1. Deri Yolma Bozukluğu ve Trikotillomani Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

	DYB (n=113)	TTM (n=56)	P
Yaş	34 ±15,1	25 ±9,8	0,001
Cinsiyet (Kadın)	87 (%77)	45 (%80,4)	0,618
Medeni durum			
Evli	47 (%41,6)	10 (%17,9)	0,001
Bekar	57 (%50,4)	45 (%80,4)	
Boşanmış /Dul	9 (%8)	1 (%1,8)	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	34 (%30,1)	15 (%26,8)	0,279
Çalışmıyor	32 (%28,3)	15 (%26,8)	
Ev hanımı/Emekli	21 (%18,6)	6 (%10,7)	
Öğrenci	26 (%23)	20 (%35,7)	
Eğitim Süresi (yıl)	10 ±4,3	11 ±3,2	0,316
İlk defa yolma yaşı	23,7 ±16,3	18,2 ±7,8	0,396
Hastalık süresi (yıl)	8,6 ±9,8	7 ±6,6	0,536
Yolunan Bölge Sayısı	3 ±1,3	1,4 ±0,6	<0,001
KGİ	4,2 ±1,1	4,2 ±1,3	0,896
BAE	19,2 ±14,1	19,2 ±14,1	0,875
BDE	18,5 ±12,4	20,2 ±11	0,218
Psikiyatrik tedavi alanlar	47(%41,6)	23(%41,1)	0,948
Psikiyatri polikliniğinden yönlendirilen	55(%48,7)	47(%83,9)	<0,001
Ailede en az bir psikiyatrik hastalık öyküsü	48(%42,5)	21(%37,5)	0,535
Birinci derece akrabalarda OKB ve ilişkili bozukluk	21(%18,6)	10(%17,8)	0,908

BAE: Beck Anksiyete Envanteri, BDE: Beck Depresyon Envanteri, DYB: Deri Yolma Bozukluğu, KGİ: Klinik Global İzlem, TTM: Trikotillomani

($\chi^2=0,384$; $p=0,535$), BAE ($Z=-0,157$; $p=0,875$), BDE ($Z=-1,233$; $p=0,218$), KGİ ($Z=-0,131$; $p=0,896$) değişkenleri açısından birbirinden istatistiksel olarak farklı değildi. DYB hastaları TTM hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla “hoşnutsuzluk yaratan görüntüyü gidermek” ($\chi^2=3,975$; $p=0,046$) ve kaşıntıyı gidermek” ($\chi^2=14,097$; $p<0,001$) nedenleriyle yolduklarını ifade etmişlerdir; TTM hastaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla “alışkanlık” ($\chi^2=5,362$; $p=0,024$) ve “zevk” ($\chi^2=7,673$; $p=0,006$) nedenleriyle yolduklarını ifade etmişlerdir. DYB ve TTM hastaları arasında hastalığı başlatıcı stres faktörleri ve yolma davranışının tetikleyici etmenler, yolma davranışının bir günde ne kadar sürdüğü gibi değişkenler bakımından istatistiksel anlamda bir farklılık yoktu ($p>0,05$) (Tablo 2). DYB’de yolma bölgeleri sırasıyla yüz (%49,6), sırt (%36,3), parmaklar (%33,6), kollar (%31), bacaklar (%30,1), gövde (%28,3), kafa derisi (%12,4), ayak (%6,2), genital bölge (%5,3) ve kulak içi (%2,7) şeklinde iken, TTM’de sırasıyla saç (%85,7), kaş (%14,3), kirpik (%14,3), sakal (%8,9), pubik bölge (%5,4) ve koltuk altı (%1,8) idi. DYB ve TTM hastalarının SCID-1’e göre yaşam boyu ve şimdiki tanıları Tablo 3’te gösterilmektedir. DYB hastalarının yaşam boyu en az bir psikiyatrik hastalık eştanısı oranı%84,1; TTM hastalarınıninki ise %91,1 idi.Eş tanısı varlığı oranları bakımından iki grup arasında istatistiksel

anlamda fark yoktu ($\chi^2=1,561$; $p=0,212$). Onikofaji eş tanısı yaşam boyu görülme sıklığı TTM’de (%48) DYB’ye (%27,4) göre istatistiksel anlamda fazlaydı ($\chi^2=7,173$; $p=0,007$). TTM’de (%32,1) şimdiki major depresyon eş tanısı sıklığı DYB’ye (%18,6) göre anlamlı biçimde fazlaydı ($\chi^2=3,878$; $p=0,049$). DYB ve TTM hasta gruplarındaki hastalar yaşam boyu psikiyatrik eştanısı alıplalmama durumuna göre grup içinde karşılaştırıldığında ise: DYB hastaları içinde cinsiyet ($\chi^2=1,258$; $p=0,256$), yolduğu bölge sayısı ($Z=-0,222$; $p=0,824$), ilk defa yolma yaşı ($Z=-0,397$; $p=0,692$), hastalığın süresi ($Z=-1,765$; $p=0,078$) açısından anlamlı fark yoktu. Eştanısı olan DYB hastalarının BDE ($Z=-3,451$; $p=0,001$), BAE ($t=3,402$; $p<0,001$) ve KGİ ($Z=-2,219$; $p=0,026$) puanları ve psikiyatri polikliniği tarafından yönlendirilme oranları anlamlı düzeyde daha yüksekti ($\chi^2=5,996$; $p=0,014$). TTM hastaları içinde eş tanısı olan/olmayan grupların arasında cinsiyet (Fisher kesin ki-kare, $p=0,251$), hastalığın süresi ($Z=-2,149$; $p=0,594$), kaç bölgeyi yolduğu ($Z=-1,460$; $p=0,144$), ilk defa yolma yaşı ($t=1,383$; $p=0,172$), hangi polikliniğin yönlendirdiği gibi değişkenler bakımından anlamlı fark yoktu (Fisher kesin ki-kare, $p=0,580$). BDE ($t=2,828$, $p<0,001$), BAE ($t=2,299$; $p<0,001$) ve KGİ ($t=4,204$; $p=0,001$) puanları eştanısı olan TTM hastalarında istatistiksel olarak daha fazlaydı (Tablo 4).

Tablo 2. Deri Yolma Bozukluğu ve Trikotillomani Hastalarında Yolma Davranışını Başlatan Stresörler, Neden Yoldukları ve Yolma Davranışının Tetikleyicileri

	DYB (n=113)	TTM (n=56)	P
Bir günde yolma davranışına ayrılan tahmini süre			
1-15 dk	10 (%8,8)	9 (%16,1)	0,611
16-30 dk	18 (%15,9)	7 (%12,5)	
31-60 dk	33 (%29,2)	17 (%30,4)	
1-3 saat	44 (%38,9)	18 (%32,1)	
≥ 4 saat	8 (%7,1)	5 (%8,9)	
“Neden yoluyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplar			
Gerginliği azaltmak için	41 (%36,3)	26 (%46,4)	0,204
Hoşnutsuzluk yaratan görüntüyü gidermek	39 (%34,5)	11 (%19,6)	0,046
Alışkanlık	61 (%5,3)	9 (%16,1)	0,024
Zevk	13 (%11,5)	16 (%28,6)	0,006
Kaşıntıyı gidermek	35 (%31)	3 (%5,4)	< 0,001
Yolma davranışını başlatan stresörler			
Evlilik ilgili çatışma/ Ayrılık/Boşanma	12 (%11,5)	8 (%7,1)	0,487
Okul/Sınav Stresi	11 (%9,7)	11 (%19,6)	0,072
Göç	2 (%1,8)	3 (%3,6)	0,600
İşle ilgili stres / İşsizlik	3 (%2,7)	4 (%7,1)	0,222
Cinsel travma	3 (%2,7)	1 (%8)	0,596
Aile içi çatışma/Çocuklarıyla ilgili sıkıntılar	13 (%11,5)	8 (%14,3)	0,606
Yakınlarının ölümü/ hastalığı	13 (%11,5)	4 (%7,1)	0,375
Belirtmiyor	57 (%50,4)	19 (%33,9)	0,042
Tetikleyiciler			
Emosyonel durumlar	45 (%39,8)	18 (%32,1)	0,331
Sedanter aktiviteler	32 (%28,3)	22 (%39,3)	0,150
Uykusuzluk/Yorgunluk	2 (%1,8)	2 (%3,6)	0,600
Konsantrasyon gerektiren işler sırasında	12 (%10,6)	11 (%19,6)	0,107
Elle yoklama	5 (%4,4)	4 (%7,1)	0,481
Görme	4 (%3,5)	2 (%3,6)	0,649
Uykuya dalmadan önce	13 (%11,5)	5 (%8,9)	0,609
Belirtmiyor	36 (%31,9)	15 (%26,8)	0,499

Tablo 3. Deri Yolma Bozukluğu ve Trikotillomani Tanılı Hastalarda Yaşam Boyu ve Şimdiki Eş Tanıları

	DYB (n=113)	Trikotillomani (n=56)	P
Yaşam boyu eş tanıları			
En az bir psikiyatrik eş tanı	95 (%84,1)	51 (%91,1)	0,212
Depresyon	46 (%40,7)	22 (%39,3)	0,859
Distimi	12 (%10,6)	7 (%12,5)	0,716
Bipolar Bozukluk	15 (%13,3)	7 (%12,5)	0,888
Panik Bozukluğu	9 (%8)	2 (%3,6)	0,341
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	28 (%24,8)	15 (%26,8)	0,778
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	10 (%8,8)	6 (%10,7)	0,152
Özgül Fobi	10 (%8,8)	8 (%14,3)	0,281
Obsesif Kompulsif Bozukluk	23 (%20,4)	10 (%17,9)	0,700
Beden Dismorfik Bozukluğu	10 (%8,8)	2 (%3,6)	0,341
Onikofaji	31 (%27,4)	27 (%48,2)	0,007
Biriktiricilik Bozukluğu	5 (%4,4)	7 (%12,5)	0,064
Posttravmatik Stres Bozukluğu	10 (%8,8)	8 (%14,3)	0,281
Akut Stres Bozukluğu	6 (%5,3)	0	0,079
Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	4 (%3,3)	1 (%1,8)	1
Yeme Bozukluğu	8 (%7,1)	2 (%3,6)	0,499
Somatoform Bozukluğu	13 (%11,5)	4 (%7,1)	0,375
Alkol/Madde bağımlılığı	5 (%4,4)	2 (%3,6)	1
Psikotik Bozukluk	1 (%0,9)	0	1
Tik Bozukluğu	1 (%0,9)	0	1

Tablo 3'ün devamı

	DYB (n=113)	Trikotillomani (n=56)	P
Şimdiki eş tanı			
En az bir şimdiki psikiyatrik eş tanı	86 (%76,1)	48 (%85,7)	0,147
Depresyon	21 (%18,6)	18 (%32,1)	0,049
Bipolar Bozukluk	15 (%13,3)	7 (%12,5)	0,888
Distimi	12 (%10,6)	5 (%8,9)	0,731
Panik bozukluk	7 (%6,2)	2 (%3,6)	0,719
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	28 (%24,8)	13 (%23,2)	0,823
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	8 (%7,1)	6 (%10,7)	0,554
Özgül fobi	8 (%7,1)	7 (%12,5)	0,260
Obsesif Kompulsif Bozukluk	18 (%15,9)	8 (%14,3)	0,780
Beden Dismorfik Bozukluğu	6 (%5,3)	2 (%3,6)	1
Biriktiricilik Bozukluğu	3 (%2,7)	6 (%10,7)	0,061
Onikofaji	25 (%22,1)	16 (%28,6)	0,357
Posttravmatik Stres Bozukluğu	7 (%6,2)	5 (%8,9)	0,535
Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	4 (%3,5)	1 (%1,8)	1
Yeme Bozukluğu	2 (%1,8)	2 (%3,6)	0,600
Somatoform Bozukluğu	10 (%8,8)	3 (%5,4)	0,548
Alkol/Madde bağımlılığı	2 (%1,8)	2 (%3,6)	0,600
Tik Bozukluğu	1 (%0,9)	0	1

Tablo 4. Deri Yolma Bozukluğu ve Trikotillomani Tanılı Hastaların Yaşam Boyu Eş tanı alan/almayan Grupların Klinik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

	DYB		P	TTM		P
	Eş tanı alan (n=95)	Eş tanı almayan (n=18)		Eş tanı alan (n=51)	Eş tanı almayan (n=5)	
Yaş	34,3 ±14,58	30,9 ±17,5	0,162	25,5 ±8,9	19 ±2	0,172
Cinsiyet (Kadın)	75 (%78,9)	12 (%66,7)	0,358	42 (%82,4)	3 (%60)	0,251
Hastalığın süresi	9,4 ±10,5	4,3 ±2,5	0,078	6,9 ±6,7	7,6 ±5,2	0,594
Başlangıç yaşı	23,7 ±15,9	23,5 ±18,8	0,397	18,6 ±7,9	13,6 ±4,9	0,132
Yolduğu bölge sayısı	2,8 ±1,4	2,6 ±0,8	0,824	1,4 ±0,7	1	0,144
KGİ	4,3 ±1,1	3,6 ±0,9	0,026	4,3 ±1,3	3,2 ±0,4	0,001
BDE	20,2 ±12,6	9,7 ±5,8	0,001	21,1 ±10,6	7,8 ±4,5	<0,001
BAE	21,11 ±14,12	9,3 ±9,6	<0,001	20,2 ±14,1	5,6 ±2,2	<0,001
Psikiyatri polikliniğinden yönlendirilen	51 (%53,7)	4 (%22,2)	0,014	42 (%82,4)	5 (%100)	0,580

TARTIŞMA

Bu çalışmada, birincil olarak TTM ve DYB tanılı hastaların klinik özelliklerini ve psikiyatrik eş tanılarını karşılaştırma, ikincil olarak ise her hastalığı kendi içinde eş tanı alıpalmama durumuna göre gruplara ayırarak klinik özellikler açısından karşılaştırmak amaçlanmıştır. TTM ve DYB'nin benzer çekirdek belirtileri olması, motor inhibisyon süreçlerinde yetersizlik (Grant ve ark. 2011), OKB eştanı oranları ve birinci derece akrabalarda BOYD görülme sıklığı (Grant ve ark. 2012) açısından benzer olmaları nedeniyle etiyopatogenezlerinin ortak olduğu düşünülmektedir ve böylelikle impulsif-kompulsif spektrumda yer almaktadırlar (Ferrão ve ark. 2006, Oliveira

ve ark. 2015). Bizim çalışmamızın bulguları literatürdeki diğer çalışmaların bulguları ile kadın cinsiyet yaygınlığı, hastalığın başlangıç yaşı, depresyon ve anksiyete eştanı sıklığı yönlerinden uyumludur (Odlaug ve Grant 2008b, Odlaug ve ark. 2010, Snorrason ve ark. 2012a).

TTM'nin başlangıç yaşı erken çocukluk ve ergenlik dönemi olmak üzere bimodal dağılım göstermekte (Flessner ve ark. 2010) iken DYB'nin çoğunlukla ortalama 13 yaş civarında başladığı, yaklaşık %10'nun ise orta erişkinlikte (42 yaş civarı) başladığı, dolayısıyla DYB'nin daha geniş yaş aralığında gözlenebildiği bildirilmiştir (Ricketts ve ark. 2018). TTM'de hastalığın başlama yaşına göre klinik şiddet, hastalığın gidişatı, bilişsel işlevlerde bozulmanın farklı olduğu bildirilmiş, erken

veya geç başlangıçlı alt tiplendirilmesi yapılmıştır (Flessner ve ark. 2010). DYB’de erken veya geç başlangıçlı alt tip için yeterli kanıtlar olmasa da, bir çalışmada orta erişkinlikte başlayan DYB’de depresyon, anksiyete eştanı sıklığının ve travmatik olaylara maruz kalma öyküsünün daha sıklıkla olduğu işaret edilmiştir (Ricketts ve ark. 2018). Çalışmalarda başlangıç yaşı ortalama 13 yaştır, bununla birlikte bizim çalışmamızda başlangıç yaşı TTM’de 18,2; DYB’de 23,7 ile daha geç olarak bulunmuştur. Literatürle bu uyumsuzluğun nedeni, çalışmamıza dermatoloji polikliniğinden yönlendirilen hastaların da dâhil edilmesi olabilir. Çalışmalarda dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların başlangıç yaşlarının çoğunlukla orta erişkinlikte olduğu bildirilmiştir (Snorrason ve ark. 2012b, Yalçın ve ark. 2015).

TTM ve DYB hastaları yaygın olarak vücutlarının birden fazla bölgesini yolmaktadırlar. Hastaların ellerinin kolay ulaşabildiği noktaları sıklıkla yolma bölgesi olarak seçtikleri bilinmektedir. Literatürle paralel olarak, çalışmamızda DYB hastalarında yüz en sık yolunan bölge olup ardından parmaklar, eller, genital bölgeler gelmektedir (Flessner ve ark. 2006, Odlauğ ve Grant 2008b). TTM’de ise çalışmamızla benzer olarak en yaygın yolunan bölge saç olup ardından kaş, kirpik ve pubik kıllar yer almaktadır (Grant 2019). Odlauğ ve Grant (2008a) çalışmalarında, DYB ve TTM’de yolunan bölge sayısının benzer sayıda olduğu (ort. 2 bölge) bildirmiştir. Bizim bulgularımızda farklı olarak, DYB hastalarının (ort. 3 bölge) TTM hastalarından (ort. 1,4 bölge) daha fazla bölge yoldukları saptanmıştır. Bir çalışmada ise DYB hastalarının yoldukları bölgede kanama, ülserasyon, ağrı, acıma vb. durumlar görüldüğü için hastaların o bölgeyi iyileştirmek için aynı anda diğer bölgeleri ikincil olarak yolabildikleri dolayısıyla birden fazla bölgenin yolunmasının yaygın olarak gözlemlendiği bildirilmiştir (Odlauğ ve Grant 2008a).

Bulgularımıza göre TTM hastaları yolma sebeplerini en fazla “zevk” ve “alışkanlık” olarak bildirmişken, DYB hastaları ise “hoşnutsuzluk yaratan görüntüyü gidermek” ve “kaşıntıyı gidermek” olarak bildirmişlerdir. Yolma sebepleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. DYB ve TTM’deki yineleyici yolma davranışlarının bir taraftan OKB’deki kompulsif davranışları, bir taraftanda davranışın olumsuz sonuçlarına karşın tekrarlayıcı ve kompulsif bir şekilde sürmesi, davranışın üzerindeki kontrolün azalması ve öncesinde aşırı istek duyma ve sonrasında zevk duyma gibi özellikleri ile bağımlılığın çekirdek özelliklerini anımsattığı söylenmektedir (Chamberlain ve ark. 2016). Başka bir açıdan TTM ve DYB içinde “otomatik” veya “alışkanlık” ve odaklanmış alt tiplerinin olduğundan bahsedilmektedir (Snorrason ve ark. 2012a). Odaklanmış alt tipinde, yolma davranışı anksiyete veya korku yaratan bir durumu önlemek için veya obsesyonla yanıt olarak, yolma davranışının farkında olunmasına rağmen yolmayı durduramamak şeklinde olurken, otomatik

alt tipi genellikle sedanter eylemler esnasında ortaya çıkmakla birlikte yolma davranışı zevk verir ve farkındalık yoktur. TTM’de hastaların çoğunun otomatik tipte olduğu DYB hastalarının çoğunun ise odaklanmış tipte olduğunu bildirilmiştir (Grant ve ark. 2012). Çalışmamızda, alt tiplendirme için bir ölçek kullanılmamıştır, ancak literatürle uyumlu olarak verilen cevaplar TTM hastalarının daha çok alışkanlık olarak yolma davranışını gerçekleştirdikleri, bu yönleriyle daha impulsif uca yakın oldukları, DYB hastalarının daha çok odaklanmış tipte yolma davranışını gerçekleştirdikleri yani bu yönleriyle, kompulsif uca yakın oldukları söylenebilir.

TTM ve DYB hastalarının yarısından fazlasında yaşam boyu en az bir DSM-IV Eksen I bozukluğu bulunmaktadır. Depresif bozukluk (%13-48), anksiyete bozuklukları (%8-40), OKB (%10-36), bipolar bozukluk (%12-38), yeme bozukluğu (%7-21) ve BOYD’un (%32-70) yaşam boyu tanı oranlarının hayli yüksek olduğu belirtilmiştir (Duke ve ark. 2010, Grant ve ark. 2012). Çalışmamızda DYB hastalarının %84,1’inde ve TTM hastalarının ise %91,1’inde yaşamboyu en az bir psikiyatrik tanı eşlik ettiği saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak sırasıyla depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, BOYD, OKB, bipolar bozukluk eştanıları saptanmıştır. Bununla birlikte bazı çalışmalarda DYB ve TTM hastalarının yolma davranışıyla ilgili duyumları azaltmak amacıyla alkol ve madde türevi kullanım oranlarının (%17-25) yüksek olduğu bildirilmiştir (Flessner ve ark. 2006, Houghton ve ark. 2016). Bizim bulgularımıza göre alkol/madde bağımlılığı DYB’de %4,4 iken, TTM’de %3,6 bulunmuştur. Çalışmamızda, diğer çalışmalara göre düşük bulunmasının sebebi sosyokültürel farklılık veya hastaların alkol/madde kullanım durumlarını saklamaları olabilir. Bazı çalışmalarda DYB ve TTM arasında şimdiki ve yaşamboyu psikiyatrik tanıları açısından fark yokken (Odlauğ ve Grant 2008a, Odlauğ ve ark. 2010), Lochner ve arkadaşları (2002) DYB’de TTM’ye göre distimi oranını yüksek olarak bulmuşlardır. Çalışmamızda ise şimdiki eşlik eden tanılarda depresyon TTM’de DYB’e göre istatistiksel anlamda yüksek bulunmuştur. Çalışmalarda, TTM ve DYB hastalarının ancak 1/5’inin tedavi arayışında olduğu, bu hastaların ise eşlik eden depresyon ve anksiyete şikayetleri nedeniyle psikiyatri polikliniklerine başvurduğu, bu nedenlerden dolayı psikiyatrik eştanı oranlarının yüksek olabileceği belirtilmiştir (Tucker ve ark. 2011, Woods ve ark. 2006). Çalışmamızda TTM hastaları büyük oranda psikiyatri polikliniğinden başvurmuşken, DYB hastalarının dermatoloji/psikiyatri polikliniklik başvuruları arasında fark yoktu. Bulgularımız ışığında TTM hastalarının çoğunluğunun psikiyatri polikliniğine muhtemel depresif şikâyetleri nedeniyle başvurduğunu, DYB hastalarının bir kısmının psikiyatrik şikâyetlerden psikiyatri polikliniğine, bir kısmının ise kaşıntı, derideki lezyonlar ve ülserasyonlar gibi salt deri şikâyetleri sebebiyle dermatoloji

polikliniklerine başvurdukları ve psikiyatriyeyönlendirildikleri söylenebilir. Gerçekte DYB hastalarının asıl başvurularının dermatolojiye olduğu, derideki kaşıntı, yara yakınmalarının altında yatan sorun ile ilgili farkındalıklarının olmadığı vedermatoloji konsültasyonları ile psikiyatri başvurularının arttığı söylenebilir.

Onikofaji çoğunlukla alışkanlık şeklinde tırnak yeme/koparma davranışı olup, sıklıkla erken çocukluk dönemi olan 4-6 yaşlarında başlamakta ve ergenlik döneminden sonra semptomlar azalmaktadır (Pacan ve ark. 2014). Bu açılardan erken başlangıçlı trikotillomaninin klinik görünümünü andırmaktadır. DYB ve TTM'de benzer olarak yaşamboyu %30-40 oranlarında onikofaji gözlenmektedir (Grant ve ark. 2012). Çalışmamızda DYB ve TTM'de onikofaji görülme oranları benzer olup, TTM'de yaşam boyu onikofaji sıklığı daha fazladır. Buradan hareketle geçmiş onikofaji tanısının ileride TTM'yi öncülleyebileceği ileri sürülebilir.

Çalışmamızın bir diğer bulgusu ise, DYB ve TTM hastaları içinde eş tanısı olanların eştanısı olmayanlara göre hastalık şiddetlerinin fazla olmasıydı. Yolma davranışının disosiyatif deneyimlere yol açarak, anksiyeteyi azalttığı, bir çeşit emosyonel düzenleme işlevi gördüğü düşünülmektedir (Gupta 2013). Dolayısıyla stresli durumlar ve negatif duygulanımlar yolma davranışını artırmaktadır. Bir çalışmada bizim bulgularımıza paralel olarak, trikotillomani hastalarında depresyon veya anksiyete eştanılarıolanların eştanısı olmayanlara göre hastalık şiddetlerinin fazla olduğu; eştanısı olanların yaşam kalitesinin daha kötü olduğu ancak bilişsel işlevler açısından farklı olmadıkları bildirilmiştir (Grant ve ark. 2017a, Grant ve ark. 2017b). TTM ve DYB tedavisinde ilaç tedavilerinin belirlenmesinde eştanıların varlığı önemlidir (Jones ve ark. 2018). Hastalar TTM ve DYB açısından tedaviden fayda görseler bile, eştanılarının tedavi edilmemesi nedeniyle yolma davranışları artabilmektedir.

Çalışmamızın kimi kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, örneklem grubumuz genel toplumu yansıtmamaktadır, çünkü sadece tedavi arayışında olan hastaların verilerinden oluşmaktadır. İkinci olarak ise hastalık şiddeti yalnızca klinisyen değerlendirilmesiyle ölçülmüştür. Hastaların öz bildirimine dayalı ölçeklerin henüz Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması bulunmamaktadır. Üçüncü olarak hastaların eşik altı tanıları değerlendirilmemiştir. Bu nedenlerle çalışmanın sonuçlarını topluma genelleştirmek mümkün gözükmemektedir.

Sonuç olarak, TTM ve DYB OKB spektrumunda yer almakta olup, çoğunlukla ortak klinik özelliklere ve yüksek psikiyatrik eştanılara sahiptirler. Sanılanın aksine yaygın gözüken bu iki hastalık poliklinik şartlarında ihmal edilebilmektedir. Bu hastalıklardaki gidişatı anlamakta ve tedavi etmekte klinik özellikleri, tetikleyici etmenleri bilmek ve eştanıları tespit etmek önemli olmaktadır. Bu alanda geniş örneklemli fenomenolojik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

- American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Association.
- Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL (2001) Psychogenic excoriation: clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 15:351-9.
- Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ ve ark. (2002) Skin picking in German students: prevalence, phenomenology and associated characteristics. *Behav Modif* 26:320-39.
- Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA ve ark. (2000) The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry* 48:287-93.
- Chamberlain SR, Lochner C, Stein DJ ve ark. (2016) Behavioural addiction—A rising tide? *Eur Neuropsychopharmacol* 6:841-55.
- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme-Klinik versiyon. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A ve ark. (2006) Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *Eur Arch Psy Clin N* 56:464-75.
- Duke DC, Keeley ML, Geffken GR ve ark. (2010) Trichotillomania: a current review. *Clin Psychol Rev* 30:181-93.
- Ferrão YA, Almeida V P, Bedin NR ve ark. (2006) Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 47:282-8.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL ve ark. (1996) User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I Disorders—Research version. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Flessner CA, Woods DW (2006) Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behav Modif* 30:944-63.
- Flessner CA, Woods DW, Franklin ME ve ark. (2008). The Milwaukee inventory for subtypes of trichotillomania-adult version (MIST-A): Development of an instrument for the assessment of "focused" and "automatic" hair pulling. *J Psychopathol Behav Assess* 30:20-30.
- Flessner CA, Lochner C, Stein DJ ve ark. (2010) Age of onset of trichotillomania symptoms: investigating clinical correlates. *J Nerv Met Dis* 198:896-900.
- Grant JE, Odlaug BL (2008) Clinical characteristics of trichotillomania with trichophagia. *Compr Psychiatry* 49:579-84.
- Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR (2011) A cognitive comparison of pathological skin picking and trichotillomania. *J Psychiatr Res* 45:1634-8.
- Grant JE, Stein DJ, Woods DW ve ark. (2012) Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors. Arlington, American Psychiatric Association.
- Grant JE, Redden SA, Leppink EW ve ark. (2017a) Trichotillomania and co-occurring anxiety. *Compr Psychiatry* 72:1-5.
- Grant JE, Redden SA, Medeiros GC ve ark. (2017b) Trichotillomania and its clinical relationship to depression and anxiety. *Int J Psychiatry Clin Pract* 21:302-6.
- Grant JE (2019) Trichotillomania (hair pulling disorder). *Indian J Psychiatry* 61(Suppl 1):136-9.
- Guy W (2000) Clinical global impressions (CGI) scale, Handbook of Psychiatric Measures. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Gupta MA (2013) Emotional regulation, dissociation, and the self-induced dermatoses: clinical features and implications for treatment with mood stabilizers. *Clin Dermatol* 31:110-7.
- Hayes SL, Storch EA, Berlanga L (2009) Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *J Anxiety Disord* 23:314-9.
- Hisli N (1989) Validity and reliability of Beck Depression Inventory for university students. *Turkish Journal of Psychology* 23:3-13.
- Houghton DC, Capriotti MR, De Nadai AS ve ark. (2015) Defining treatment response in trichotillomania: a signal detection analysis. *J Anxiety Disord* 36:44-51.

- Houghton DC, Maas J, Twohig MP ve ark. (2016) Comorbidity and quality of life in adults with hair pulling disorder. *Psychiatry Res* 239:12-9.
- Jones G, Keuthen N, Greenberg E (2018) Assessment and treatment of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder. *Clin Dermatol* 36:728-36.
- Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E ve ark. (2010) The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr Psychiatry* 51:183-6.
- Lochner C, Simeon D, Niehaus DJ ve ark. (2002) Trichotillomania and skin-picking: A phenomenological comparison. *Depress and Anxiety* 15:83-6.
- Machado MO, Köhler CA, Stubbs B ve ark. (2018) Skin picking disorder: prevalence, correlates, and associations with quality of life in a large sample. *CNS spectrums* 23:311-20.
- Odlaug BL, Grant JE (2008a) Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *Gen Hosp Psychiatry* 30:61-6.
- Odlaug BL, Grant JE (2008b) Trichotillomania and pathologic skin picking: clinical comparison with an examination of comorbidity. *Ann Clin Psychiatry* 20:57-63.
- Odlaug BL, Kim SW, Grant JE (2010) Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania. *J Anxiety Disord* 24:823-9.
- Oliveira EC, Leppink EW, Derbyshire KL ve ark. (2015) Excoriation disorder: Impulsivity and its clinical associations. *J Anxiety Disord* 30:19-22.
- Pacan P, Grzesiak M, Reich A ve ark. (2014) Onychophagia and onychotillomania: prevalence, clinical picture and comorbidities. *Acta derm Venereol* 94:67-71.
- Prochwicz K, Kałużna-Wielobób A, Kłosowska J (2016) Skin picking in a non-clinical sample of young Polish adults. Prevalence and characteristics. *Compr Psychiatry* 71:77-85.
- Ricketts EJ, Snorrason Í, Kircanski K ve ark. (2018) A latent profile analysis of age of onset in pathological skin picking. *Compr Psychiatry* 87:46-52.
- Snorrason I, Belleau EL, Woods DW (2012a) How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Clin Psychol Rev* 32:618-29.
- Snorrason I, Olafsson RP, Flessner CA ve ark. (2012b) The skin picking scale-revised: factor structure and psychometric properties. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 1:133-7.
- Stein DJ, Garner JB, Keuthen NJ ve ark. (2007) Trichotillomania, stereotypic movement disorder, and related disorders. *Curr Psychiatry Rep* 9:301-2.
- Tucker BT, Woods DW, Flessner CA ve ark. (2011) The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord* 25:88-95.
- Ulusoy M, Şahin N, Erkman H (1998) Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric Properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly* 12:28-35.
- Walther MR, Flessner CA, Conelea CA ve ark. (2009) The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 40:127-35.
- Woods DW, Flessner CA, Franklin ME ve ark. (2006) The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. *J Clin Psychiatry* 67:1877-88.
- Yalcin M, Tellioglu E, Yildirim DU ve ark. (2015) Psychiatric features in neurotic excoriation patients: the role of childhood trauma. *Noro Psikiyatı Ars* 52:336-41.