

## Çocuğunun Derisini Yolan Anne: Bir Olgu Sunumu

### Mother Picks Her Child's Skin: A Case Report

Verda TÜZER, Hatice Alkan AKDAĞ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Birinci Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

#### ÖZET

Psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülebilen psikojenik deri yolmaya toplumun %5.4'ünde rastlandığı bildirilmiştir. Dürtü kontrol bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk yelpazesindeki yeri tartışılan psikojenik deri yolma; kendine zarar verme davranışı ya da saldırgan dürtüleri etkisizleştirmeye yarayan psikosomatik bir belirti olarak da ele alınmaktadır. Bu yazıda çocukluğundan beri sürdürdüğü deri yolma davranışını, iki çocuğunun derisini iz kalacak düzeyde yolarak ilerleten, çocuklukta cinsel ve fiziksel taciz öyküsü olan bir vaka sunulmaktadır. (*Archives of Neuropsychiatry* 2010; 47: 263-6)

**Anahtar Kelimeler:** Psikojenik deri yolma, psikojenik ekskoriyasyon, başkasının derisini yolma, dürtü kontrol bozukluğu

#### ABSTRACT

Psychogenic skin picking is reported to be found in 5.4% of the general public and might accompany other psychiatric disorders. The exact place of psychogenic skin picking on the spectrum between impulse control disorder and obsessive compulsive disorder is under discussion and it has also been regarded as a psychosomatic symptom, which helps to neutralize aggressive impulses, or as a self-harm behaviour. In this paper, we present a case of a patient with lifelong skin picking behaviour, which started at childhood and continued with picking the skins of her two children and with a childhood sexual and physical abuse history. (*Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47: 263-6)

**Key words:** Psychogenic skin picking, psychogenic excoriation, proxy picking, impulse control disorder

#### Giriş

Psikodermatolojik hastalıklar içinde yer alan psikojenik deri yolma (PDY) ruhsal kaynaklı, karşı konulamaz bir kaşıma ve yolma isteği sonucu sağlam ya da önemsiz sayılabilecek düzensizlikleri olan derinin aşırı derecede yolunmasıyla, hastaların kendileri tarafından oluşturulan deri lezyonlarıdır (1,2). İlk kez 1875 yılında Erasmus Wilson tarafından nörotik hastaların kendi derilerinde kaşıyıp yolarak oluşturdukları lezyonların gözlenmesi üzerine tanımlanmıştır [3]. Dermatoloji kliniklerine başvuran hastalarda sıklığı %2 (2), üniversite öğrencilerinde %4 (4) olarak bulunmuştur. Toplumda doku hasarına ve işlevsellikte bozulmaya yol açmayan deri yolma davranışının yaygınlığı %62.7 iken klinik düzeyde PDY tanı ölçütlerini karşılayanlar ise %5.4 olarak bildirilmektedir (5). Kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (5,6). Başlangıç yaşı geniş bir aralıkta yer alsa da, genellikle çocukluk ve ergenlik yaşlarında başladığı gösterilmiştir (6,7).

PDY major depresyon, anksiyete bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), beden dismorfik

bozukluğu ile ilişkilidir (6,8-11). DSM IV-TR de 'başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları' altında sınıflandırılması önerilmiştir (12). PDY için önerilen tanı ölçütleri göze çarpan deri hasarına yol açan tekrarlayıcı deri yolma davranışı; saplantı halinde, karşı konulamaz deri yolma dürtüsü; yolmaya başlamadan hemen önce gerginlik, anksiyete ya da ajitasyon hissi; yolma sırasında haz, rahatlama ya da memnuniyet hissi; yolma davranışını açıklayacak bir başka tıbbi ya da ilaç ve madde kullanımının olmaması (örn. kokain ya da amfetamin kullanım bozuklukları, uyuz) ve kişinin bu davranışı nedeniyle belirgin sıkıntı ya da sosyal veya mesleki rahatsızlık duymasıdır (2,10). Dermatolojik bir sorun gibi görünmekle birlikte primer psikiyatrik hastalıklar arasında yer alan (1) PDY'nin tanı ölçütlerinin araştırılmasının, psikiyatrik bir bozukluk olarak tanınmasını sağlayabileceği belirtilmektedir (9). PDY'si olan kişilerin kendi derilerinin yanı sıra yakınlarının da derilerini yolabildikleri belirtilmiştir (13). Bu yazıda doğrudan psikiyatri polikliniğine başvuran, kendi iki çocuğunun da derisini yolan bir anne, literatürde benzer olgu olmaması nedeniyle sunulmaktadır.

## Olgu

Beş yaşından beri deri yolma davranışı olan 24 yaşındaki A.D. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Birinci Psikiyatri polikliniğine küçük bir şehirden başvurdu. Evli, iki çocuklu, sekiz yıl temel eğitim almış bir ev hanımı idi. İlk kızının yüzündeki yolma izlerine plastik cerrahi tarafından müdahale edilecek olması ve ikinci kızında da izlerin kalıcı hale gelmesi üzerine boşanma ile tehdit edilen hasta mutsuzluk, pişmanlık, umutsuzluk yakınmaları ile başvurdu. Yaklaşık dört yıldır aralıklarla tedavi arayışı olan hastanın deri yolma davranışı ilk kez beş yaşındayken elindeki yara ile oynamasıyla başlamış. Sıklıkla el, kol ve yüzünü, nadiren de üst gövdesinde küçük alanları yoluymuş. Ailesi onu engellemek için fiziksel ve sözel şiddet uygulamış, elini bezle bağlamış ancak bu güne dek derisini yolmadığı en uzun süre bir ay olarak gerçekleşmiş. Anne ve babası hasta 6 yaşındayken boşandıklarında A, babası ile kalmış. Boşanma sonrasında beş ay halaları bakımıyla ilgilenmiş. Babasının yeniden evlenmesiyle üç yıl babasının yanında kalmış, bu süreçte babasının ikinci eşi tarafından uygulanan fiziksel ve ruhsal şiddete maruz kalmış. Dokuz yaşındayken kendisinden altı yaş büyük amcası tarafından cinsel tacize maruz kalmış. Birden fazla tekrarlayan taciz cinsel organlarının ellenmesi, sürtünülmesi şeklinde gerçekleşmiş, kimseye söylememesi için tehdit edilmiş. On yaşında annesinin yanına taşınmış. Bir yıl annesiyle yaşadıkdan sonra annesinin ikinci eşinin istememesi nedeniyle babannesinin yanına gönderilmiş. Beş yıl babaannesiyle yaşadıkdan sonra 16 yaşında görücü usulüyle evlendirilmiş. Evliliğinin başında ilişkilerini iyi olarak tanımlayan ve derisini daha az yolan hastanın, çocuklarının derilerine zarar vermesi nedeniyle zamanla evliliğinde sorunlar ortaya çıkmış.

Evliliğinin ilk yılında dünyaya gelen ilk kızının yüzünü üç aylıktan yolan hasta, ikinci kızı bir aylık olduğunda diğer kızını bırakıp bebeğin derisiyle oynamaya başlamış. Kendini sıkıntılı hissettiği zamanlarda daha sık yolduğunu ifade eden hasta sağlam deriye dokunmuyor, yaraları kendisi açmıyor, sıklıkla bir kabartı, sivilce ya da sinek sokması ile meydana gelen lezyonu tırnakları ile kazıyormuş. Cımbız, makas gibi herhangi bir alet kullanmıyormuş. Kabuk bağladıkça kabuğu kaldırdığı için çocukların yüzünde kalıcı izler oluşmuş. Özellikle kabuk bağlamış yarayı gördüğünde kendisini durduramayacak biçimde yarayla oynama isteği duyduğunu, kendisini en fazla beş dakika engellebildiğini ya da çocuğunun yüzünde yara gördüğünde en fazla çocuk uyuyuncaya kadar bekleyebildiğini ifade ediyor. Yolma davranışı yalnızken gerçekleşiyormuş. Yolma davranışından sonra büyük bir rahatlama, hemen ardından suçluluk, pişmanlık, mutsuzluk ve kendini kötü hissetme tanımıyor. Bu yakınmalarla psikiyatri polikliniğine başvurusu olan hastaya giderek artan dozlarda fluoksetin (40 mg/gün) ve klomipramin (225 mg/gün) tedavisi verilmiş. Bu tedavileri düzensiz kullanan hastanın tedavi ile PDY belirtilerinde azalma olsa da yolma davranışı tamamen geçmiyor, tedaviyi kesince de eski sıklık ve şiddetinde devam ediyormuş.

Özgeçmişinde 'depresif bozukluk ve dürtü kontrol bozukluğu' tanıları dışında özellik olmayan hastanın soygeçmişinde ba-

basının menenjit sekeli nedeniyle tekrarlayıcı bir şekilde ellerini sıkma davranışının olduğu, anne ve babasının ikinci evliliklerinden olan iki kardeşinde ve kız kardeşinde ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, teyzesinde depresif bozukluk ve dayısında şizofreni olduğu belirlendi.

Ruhsal durum muayenesinde özbakımı azalmış, yaşından büyük gösteriyordu. Affetti üzgün, düşünce içeriğinde suçluluk, mutsuzluk, yetersizlik, pişmanlık, umutsuzluk gibi depresif temalar mevcuttu. Yorgunluk, isteksizlik, hayattan zevk almama belirgindi. Algısal patoloji tariflemiyordu. Hastanın psikomotor hareketliliği azalmıştı. Fiziksel bakıda ise sol yanağında 0.5 cm çapında ve sol el bileği iç tarafında 1 cm çapında hiperemik, su lu aktif lezyonu bulunuyordu. Kızının sağ yanağında da 0,2 cm çapında kurutlu lezyon bulunmaktaydı.

İlk muayenesinde uygulanan Beck Depresyon Ölçeğinden 27 puan, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinden 21 puan aldı. Hasta alınan anamnez, ruhsal durum muayenesi ve psikometrik değerlendirmeler neticesinde DSM-IV'e göre; 'başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrolü bozukluğu (psikojenik deri yolma) ve depresyon' tanısı aldı.

Fluoksetin 40 mg/gün ile deri yolma davranışının sıklığında azalma belirten, ancak biraz düzeldiğinde ilacı kesen hastaya yine fluoksetin başlandı. İlk 16 haftanın sonunda 60 mg/gün dozla kaygısı azalan hastanın deri yolma davranışının sıklığı hemen hemen her günden haftada 3-4 kez düzeyine geriledi. Fluoksetin 80 mg/gün doza geçildikten sonra eşiyile sık tartışmaları nedeniyle yakınmaları arttı. Eklenen ziprasidon 40-80 mg/gün ile düzelme olmakla birlikte neden olduğu aşırı sedasyon nedeniyle kesildi. Fluoksetin 80 mg ve Amisülpirid 600 mg ile tedavi düzenlendikten sonra çocuğuna yönelik deri yolma davranışı düzelme gösterdi. Evlilik sorunlarına yönelik aile görüşmesi yapılan çift ile eşin işyerinden izin alamaması nedeniyle aile tedavisine devam edilemedi. Hastanın şehir dışından gelmesi nedeniyle aylık olarak yapılan izleminde bireysel görüşmeye alınarak olumsuz duygulanımlar, davranışı artıran ve azaltan durumlar üzerine farkındalığının artırılması, bir bağ kurmasının sağlanması amaçlandı. İlaç tedavisine belirgin yanıtın ardından düzenli izleme gelemeyen hastada telefonla yapılan izlemlerde kabuklu yara gördüğünde kendini tutabildiği, bir iki kez yolma davranışı başlasa da başkalarının yanına giderek, yalnız kalmayarak ya da çocuğuyla başbaşa kalmayarak baş edebildiği öğrenildi.

## Tartışma

Literatürde bir başkasının derisini yolma davranışı gözlenen olgu sayısı oldukça azdır (13,14). Kendine zarar verecek düzeyde deri yolma davranışı gösteren 31 hastanın, klinik düzeyde olmayan deri yolma davranışı gösteren 78 kişiyle karşılaştırıldığı bir çalışmada ilk grubun deri yolma süresinin daha uzun, yolunan beden bölgesinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu grupta odaklanılan beden bölgesi daha çok baştır. Kendine zarar verecek düzeyde PDY'ye eşlik eden utanç, gerginlik gibi duygulanımlar ile yolduktan duyulan haz, klinik düzeyde olmayan deri yoldmaya göre anlamlı düzeyde daha fazladır. Aynı çalışmada kendine zarar verecek düzeyde PDY saptanan bir olgunun erkek arkadaşının ve kız kardeşinin de derisini yolduğu, davranışının

başlangıç yaşının çocukluğa dayandığı belirtilmiştir (14). PDY'nin klinik özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada 60 hastanın yedisinin (%11.7) bir başkasının derisini yolduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada deri yolma davranışının şiddeti ve sıklığının zamanla arttığı bildirilmiştir (13). Bizim vakamızda da zamanla artan deri yolma davranışı şiddetlendikçe hasta kendi derisinden çocuğunun derisine geçmiştir. Küçük yaşta evlenmesi, eşinin uzun çalışma saatleri, bebeğin ve ev sorumluluğunun ağır gelmesi davranışın şiddetini artırmış olabilir. Bu bulgunun hastalığın seyri açısından önemi olguyla sınırlıdır. Bu nedenle klinik çalışmalarda hastalığın seyri ve buna etki eden etmenler üzerine çalışılması tedavisi ve tekrarlamasının önlenmesi açısından önemli olabilir. Deri yolma davranışı çocukluğunda başlayan kişilerin daha geç yaşlarda başlayanlara göre davranışlarının daha az farkında olduğu ve tedavi arayışlarının daha az olduğu belirtilmiştir (15). Bizim olgumuzda da tedavi arayışı ancak eşinin çocuklara verdiği zarar nedeniyle boşanmayla tehdit etmesi üzerine başlamıştır. Evlilikteki gerilim azaldığında da hasta tedaviyi bırakmıştır. PDY'si olan hastaların çoğu bu olguda da görüldüğü gibi olumsuz duygulara yol açan psikososyal bir etken ile mesleki ve evlilikle ilgili sorunların ön planda olduğu bir dönem tariflemektedir (13,16).

Psikojenik deri yolmaya en sık eşlik eden tanılar; depresyon ve OKB dir (6). Hastanın yere dökülen bir şeyi hemen temizlemek, ev işlerini bitirmeden bırakmamak gibi temizlik uğraşları olmakla birlikte eşlik eden yineleyici ve sürekli temizlik obsesyonlarının olmaması, yeterince temizlenmediği düşüncesiyle tekrar tekrar temizlik yapmaması nedeniyle OKB tanısı dışlanmıştır. OKB eştanısı olan hastaların obsesyonlarına yanıt olarak deri yoldukları da belirtilmektedir (11). Hastanın bir başkasına zarar vermekten kaçınma, simetri, düzen gibi bir obsesyona yanıt olarak deri yolduğu belirlenmemiştir. Deri yolma ile beden dismorfik bozukluğunun bir arada seyrettiği olgularda hayali ya da hafif bir deri düzensizliğini düzeltmek ya da ortadan kaldırmak için deri yolunur (3). Mükemmeliyetçilik, düzenlilik, kişiler arası alanda kontrol, katılık, inatçılık gibi temel özelliklerinin bulunmaması nedeniyle obsesif kompulsif kişilik bozukluğu tanısından da uzaklaşmıştır.

PDY ile çocukluk dönemindeki ebeveyn kaybı arasındaki ilişkiye dikkat çekilmektedir (17). Trikotillomani hastalarıyla yapılan yapılandırılmamış görüşmelere dayanan bir çalışmada yası tutulmamış, sessizlikle karşılanmış ölüm ve kayıpların kişide dehşet hissi ve suçluluğa yol açtığı, saç yolmanın ölümü yadsıma amaçlı disosiyatif bir ölüm ritüeli olduğu öne sürülmüştür (18). Trikotillomani ile PDY'nin olumsuz duyguları azalttığı, demografik özellikler, psikiyatrik eştanılar ve kişilik yapılanması açısından benzerlikler gösterdiği bilinmektedir (7, 8). A'nın arka arkaya yaşadığı kayıplar dikkat çekicidir. Eşinin kızını uzaklaştırmasıyla deri yolma davranışı en şiddetli düzeyine ulaşmıştır. Bu kayıplar dile getirilmemiş, geçmişte uğradığı cinsel ve fiziksel taciz sessizce baskılanmış, sık sık ev ve bakım veren kişinin değişmesi nedeniyle hissettiği olumsuz duygularla başetmesine yardımcı olabilecek biriyle bir bağ kuramamıştır. Trikotillomanide ve PDY'da belirti şiddeti ile olumsuz bir duygu ya da durumdan kaçınma ilişkili bulunmuştur [7, 19]. Uyarının olmadığı ortamlarda çocukların tırnak yeme, deri yolma, dudak kenarlarını soyma,

çiğneme gibi bedene odaklı tekrarlayıcı davranışları sık gösterdiği bildirilmiştir (20). Olumsuz duyguların bedensel farkındalığı artmış kişilerde tekrarlayıcı davranışları tetiklediği öne sürülmüştür (21). A'nın arka arkaya doğum yapan ve evin işlerinden sorumlu olan annesi ile sinirli ve "ne zaman patlayacağı belli olmayan" babasının sürekli tartışmaları sırasında yaşadığı olumsuz duyguların etkisiyle bedenine yönelmesi yani artan beden duygularının etkisiyle deri yolma gibi tekrarlayıcı bir davranışı benimsemesi olasıdır.

Deri yolma davranışı literatürde tanımlanırken hastaların derilerini yolmadan önce gerginliklerinin arttığı, yolma esnasında rahatlama ve büyünmüş gibi bir his ile birlikte giderek artan bir doyum yaşadıkları belirtilir (6). Yolma davranışı sonrasında ise gerilim azalır, utanç, suçluluk ve pişmanlık hissedilir (22). Deri yolma esnasında haz artışı ve sonrasında da gerilimin azalması davranışı karşı konulmaz hale getirir. Yolmadan sonra olumsuz duygular yeniden artar ve davranışı tetiklenir. Tekrarlayıcı ve otomatik olması, alışkanlıkla yapılması ile kompulsif; epizodik olması ve direncin çok az olması ile dürtüsel özellikler taşıyan davranış daha çok duyguların kontrol edilmesine hizmet eder (6). Hasta ilk görüşmelerde kabuklu yara gördüğünde artan gerilime, hissettiği suçluluk ve pişmanlığa odaklanmıştı. Görüşmeler ilerledikçe davranışı artıran ve azaltan durumları ayırt etmeyi, hayatındaki zorlukları konuşmayı başardı. Günlük işlerini sıraya koyması, gerektiğinde annesinden yardım alması işlevselliğini artırdı. Ancak eşinin hem annesinin kendi evlerinde kalmasını istememesi, hem de hastanın Ankara'ya gelişini onaylamaması hastanın yalıtılmış ifadesinin geri gelmesiyle sonuçlandı.

Literatürde deri yolma davranışı saldırgan dürtüleri etkisizleştirmeye yarayan psikosomatik bir belirti olarak da ele alınmıştır (23). Bir çalışmada dermatoloji kliniğine başvuran PDY hastalarında öfkenin yüksek olduğu ve öfkelerini gösteremedikleri bildirilmiştir (24). Psikoanalitik literatürde deri yolma ve kaşınmanın, öfkenin ifade edilememesi, kendini cezalandırma ve sevgi ihtiyacını karşılama yolu olduğu varsayımı yer alır. Kişi derisini yolarak, kaşıyarak kendini cezalandırırken hem çatışmadan uzaklaşır hem de suçluluk duygularını yatıştırır (24,25). Diğer bir açıklama ise cinsel deneyim ve bastırılmış cinsel uyarılma ile ilişkisi üzerinedir. Deri erken anne-bebek ilişkisinin en önemli kısımlarından biri olan dokunmayı sağlar. Derinin uyarılması sevgi ihtiyacının karşılanmasına hizmet edebilir (25,26). Çocukluk dönemindeki cinsel tacizin neden olduğu yoğun sıkıntının çocuğun henüz gelişmemiş olan santral sinir sisteminde biyolojik değişiklikler oluşturduğu, olumsuz duygular ortaya çıktığında bunları denetleyebilmek için kendine zarar verme davranışına başvurabileceği öne sürülmüştür (27). Dürtüsel özelliklerin ağır bastığı deri yolmanın çocukluk-taki cinsel istismarla ilişkisi de vurgulanmıştır. Çocukluk döneminde fiziksel ve cinsel istismara maruz kalan hastada travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olarak travmanın yeniden yaşantılanması ya da travmadan kaçınmanın, intrusiv belirtilerin olmadığı, deri yolmanın ise travmadan önce başladığı görülmektedir. Fiziksel belirtilerin fazla olmaması, hastalık korkusunun bulunmaması nedeniyle travmatik yaşantılarla ilişkili olabilecek bir diğer durum olan somatoform bozukluklar düşünülmüştür. Sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastalarda kendine zarar verme davranışının çözülmeye yol açarak olumsuz duyguların neden olduğu acıdan kaçmaya hizmet ettiği öne sürülmektedir (28).

Aşırı yüceleştirme ve değersizleştirmenin kişiler arası ilişkilerinde yer alması, duygulanımda dengesizliğin olmaması, kendini boşlukta hissetme, öfkesini denetleyememe, dikkat çekmeye yönelik eylemlerinin olmaması nedeniyle dışlanmıştır. Öte yandan çözülme de travmatik yaşantılar ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkilidir. Deri yolarken hastaların “büyülenmiş gibi” olarak tarifledikleri durum çözülmeye işaret edebilir. Cinsel istismar kişinin kendine yönelik nefret ve kızgınlığına yol açar. Kendisini ihmal ya da istismar eden ebeveynin tutumu içselleştirilir. Bu durumda duygusal acı fiziksel acıya dönüştürülerek katlanılır ve kontrol edilir hale gelirken çözülme de eşlik eder. Hastayla yapılan görüşmeler süresince disosiyatif bozukluk tanısı göz önünde bulundurulmakla birlikte tanı doğrulanmamıştır. Hastada güvensizlik, kişiler arası bağımlılık dikkat çekmekle birlikte bağımlı kişilik bozukluğu tanısı depresyonun tedavisi sonrasında değerlendirilmek üzere ayırıcı tanıda ele alınmıştır.

Bu olguda hem küçük yaşta cinsel uyarılmayla karşılaşmanın beden duyularını artırması, hem ortaya çıkan dehşet duygusuyla baş edemeyecek yaşta olması, hem de desteğin az olması nedeniyle hastanın erişkinlik döneminde de olumsuz duygularla baş etme yolu olarak bedensel duyularına odaklandığı ve gerilimi ancak deri yolarken yatıştırabildiği varsayılabilir. Sonuç olarak deri yolma davranışının ortaya çıkışı ve seyriyle ilişkili olduğu öne sürülen birden fazla etmen bu hastada özellikle davranışın şiddetinden ve çocuklarına da uygulanıyor olmasından sorumlu olabilir. Ancak bir vaka ile sınırlı olması nedeniyle klinik çalışmalarla bu varsayımların sınanması gereklidir. PDY'nin farmakolojik tedavisine literatürde belirtilen tedavi ilkeleri çerçevesinde uyulmasına ve hastanın da belirgin yanıtına rağmen (12,29) aile yaşantısındaki sorunların davranışı bir süre için tetiklemesi PDY tedavisinde aileye yönelik müdahalelerin de akıld tutulması gerektiğini gösterebilir.

## Kaynaklar

- Koo J, Lebwohl A. Psycho dermatology: The mind and skin connection. *Am Fam Physician* 2001; 64:1873-8. [Abstract] / [PDF]
- Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15:351-9. [Abstract]
- Deckersbach D, Wilhelm S, Keuthen N. Self-injurious skin picking: clinical characteristics, assessment methods and treatment modalities. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2003; 3:249-60. [PDF]
- Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ et al. Skin picking in German students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif* 2002; 26:320-39. [Abstract] / [PDF]
- Hayes SL, Storch EA, Berlanga L. Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *J Anxiety Disord* 2009; 23:314-9. [Abstract] / [PDF]
- Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T ve ark. Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:454-9. [Abstract]
- Flessner CA, Woods DW. Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behav Modif* 2006; 30:944-63. [Abstract] / [PDF]
- Lochner C, Simeon D, Niehaus DJ et al. Trichotillomania and skin-picking: A phenomenological comparison. *Depress Anxiety* 2002; 15:83-6. [Abstract] / [PDF]
- Calikusu C, Yucel B, Polat A et al. The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: A comparative study. *Compr Psychiatry* 2003; 44:256-61. [Abstract] / [PDF]
- Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF et al. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:509-14. [Abstract]
- Neziroglu F, Mancebo M. Skin picking as a form of self-injurious behaviour. *Psychiatric Annals* 2001; 31:549-55.
- Bloch MR, Elliott M, Thompson H et al. Fluoxetine in pathologic skin-picking: Open-label and double-blind results. *Psychosomatics* 2001; 42:314-9. [Abstract] / [PDF]
- Odlaug BL, Grant JE. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:61-6. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S et al. Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics* 2000; 41:210-5. [Abstract] / [PDF]
- Odlaug BL, Grant JE. Childhood-onset pathologic skin picking: Clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry* 2007; 48:388-93. [Abstract] / [PDF]
- Deckersbach T, Wilhelm S, Keuthen NJ ve ark. Cognitive-behavior therapy for self-injurious skin picking. A case series. *Behav Modif* 2002; 26:361-77. [Abstract] / [PDF]
- Şahin E, Kalyoncu A, Tiryaki A. Tekrarlayıcı cilt yolma: Olgu sunumu. 38 Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Kongre Bildirileri Özet Kitabı; Marmaris. 2002. p. 190-4.
- Lewis J. Applying self psychology to a research project: Hair-pulling as a language of death. *IAPSP eForum* 2009 [serial on the Internet]. 2009; Available from: [http://www.iapsp.org/eforum/09\\_lewis\\_01.php](http://www.iapsp.org/eforum/09_lewis_01.php).
- Begotka AM, Woods DW, Wetterneck CT. The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35:17-24. [Abstract] / [PDF]
- Woods D, Fuqua R, Siah A et al. Understanding habits: A preliminary investigation of nail biting function in children. *Education and Treatment of Children* 2001; 24:199-216. [Abstract]
- Teng EJ, Woods DW, Twohig MP et al. Body-focused repetitive behavior problems. Prevalence in a nonreferred population and differences in perceived somatic activity. *Behav Modif* 2002; 26:340-60. [Abstract] / [PDF]
- Koblenzer CS. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27:1033-5. [Abstract]
- Musaph H. Aggression and symptom formation in dermatology. *J Psychosom Res* 1969; 13:257-64. [Abstract]
- Calikusu C, Yucel B, Polat A et al. [The relationship between psychogenic excoriation and psychiatric disorders: A comparative study]. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13:282-9. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Fruensgaard K, Hjortshøj A, Nielsen H. Neurotic excoriations. *Int J Dermatol* 1978; 17:761-7. [Abstract]
- Musaph H. Psychodynamics in itching states. *Int J Psychoanal* 1968; 49:336-40. [Abstract]
- Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. Self-injurious behavior in a community sample of young women: Relationship with childhood abuse and other types of self-damaging behaviors. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:122-31. [Abstract]
- Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1788-92. [Abstract] / [PDF]
- Christensen RC. Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of pathological skin picking. *Can J Psychiatry* 2004; 49:788-9. [Abstract]