

# Could skin picking disorder be a precursor to dementia?

## Deri yolma bozukluğu demansın öncüsü olabilir mi?

Doğancan Sönmez<sup>1\*</sup>

### ABSTRACT

### Öz

Skin picking disorder (SPD) in the elderly is a condition of high clinical importance because it leads to physical health complications, psychological effects, and social isolation. The treatment process requires specialized treatment strategies. Effective management of this disorder requires a multidisciplinary approach and age-specific treatment strategies. This can significantly improve the overall health and quality of life of older individuals. SPD may be a neuropsychiatric symptom of dementia, and clinicians encountering SPD should take this into consideration. In this study, a 71-year-old male patient who applied to the psychiatry outpatient clinic with SPD complaints was discussed in the light of literature information.

Key Words: Dementia, Skin picking disorder, Elderly, Treatment

Yaşlılarda deri yolma bozukluğu (DYB), klinik önemi yüksek olan bir durumdur, çünkü fiziksel sağlık komplikasyonlarına, psikolojik etkilere, sosyal izolasyona yol açmaktadır. Tedavi süreci özelleşmiş tedavi stratejileri gerektirmektedir. Bu bozukluğun etkili bir şekilde yönetilmesi, multidisipliner bir yaklaşım ve yaşa özgü tedavi stratejileri gerektirir. Bu durum, yaşlı bireylerin genel sağlığını ve yaşam kalitesini önemli ölçüde artırabilir. DYB demansın bir nöropsikiyatrik semptomu olabilir, DYB ile karşılaşan klinisyenlerin bunu göz önünde bulundurması gerekir. Bu çalışmada, psikiyatri polikliniğine DYB yakınmaları ile başvuran 71 yaşında erkek hasta, literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Demans, Deri yolma bozukluğu, Yaşlılık, Tedavi

1.Rize Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Rize

Gönderilme Tarihi: 01/07/2024

Kabul Tarihi: 17/11/2024

Yayınlanma Tarihi: 01/02/2025

\*Sorumlu Yazar

Doğancan SÖNMEZ

Rize Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Rize, Türkiye

E-mail: dogancansonmezz@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0937-8264

Cite this article: Sönmez D. Could skin picking disorder be a precursor to dementia?. Agri Med J. 2025; 3(1): 38-41.

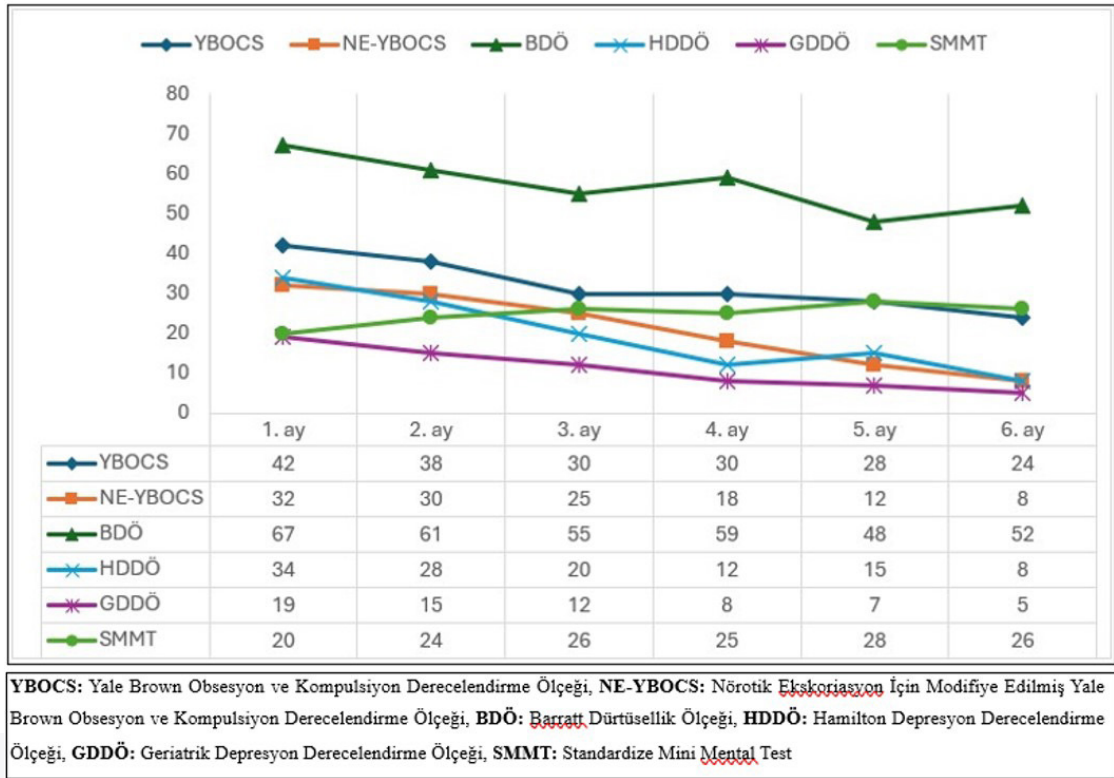
## Giriş

Deri yolma bozukluğu (DYB), dermatolojik bir problem olmaksızın, deri dokusunda hasara neden olan ve aşırı, yineleyici bir şekilde cildin yolunması ile karakterize edilen bir durumdur. Bu bozukluk, Erasmus Wilson tarafından 1875'te "nevrotik ekskoriasyon" olarak tanımlanmıştır ve farklı kaynaklarda kompulsif deri yolma, psikojenik ekskoriasyon, acne excoriée ve dermatotillomania olarak da adlandırılmıştır (1). Demans, bilişsel işlevlerin ilerleyici kaybı ile karakterize olup, özellikle yaşlı bireylerde sık görülen bir durumdur. Prevalansı yaşla birlikte artar; 65 yaş üzeri bireylerde %5-10 oranında görülürken, 85 yaş ve üzerindeki kişilerde bu oran %30-50'ye kadar çıkabilmektedir (2). Alzheimer hastalığı, demansın en yaygın formu olup, hafıza kaybı, karar verme yetisinde azalma ve kişilik değişiklikleri gibi belirtilerle kendini gösterir (2). Demansta ajitasyon ve kompulsif davranışlar gibi nöropsikiyatrik semptomlar yaygındır ve bazı durumlarda, demanslı hastalar deri yolma benzeri davranışlar sergileyebilirler. Literatürde, saç yolmanın demansın bir belirtisi olabileceğini bildiren çalışmalar mevcut olup, deri yolmanın da benzer bir ilişkiye sahip olabileceği düşünülmektedir. Ancak, bu konuya ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (2). Yaşlı erişkinlerde DYB, enfeksiyon ve hastaneye kaldırılma gibi komplikasyon riskleri nedeniyle dikkatli bir tedavi gerektirir. Bu riskler, cilt bütünlüğünde yaşa bağlı değişiklikler ve eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik durumların varlığı nedeniyle daha da kötüleşmektedir. Yönetim stratejileri bireyselleştirilmeli ve psikoterapilerin, davranışsal müdahalelerin ve farmakolojik tedavilerin bir kombinasyonunu içermelidir. Yaşlılarda tedaviye yaklaşım, bu artan riskler ve eşlik eden hastalıkların ve yaşa bağlı fizyolojik değişikliklerin yarattığı benzersiz zorluklar nedeniyle genç popülasyondan farklı olabilir (3). Bu yazıda, psikiyatri polikliniğine DYB yakınmaları ile başvuran 71 yaşında erkek hasta üzerinden deri yolma bozukluğunun demansın nöropsikiyatrik bir semptomu olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği ile ilgili literatür sunulacak ve bu olası ilişki üzerine tartışılacaktır.

## Olgu Sunumu

71 yaşında, üniversite mezunu, emekli öğretmen, erkek hasta kafa derisindeki lezyonlar nedeniyle cildiye doktoru tarafından psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Hastadan ve hastanın eşinden alınan öyküde hastanın son 1 yıldır sürekli kafa derisini kaşındığı, kafa derisindeki yaraları kopardığı, kafa derisinde sanki karıncaların yürüdüğü hissi olduğu, yaraları koparınca ve yaralardan sıvı çıkınca rahatladığını bu duruma engel olamadığı, tekrarlayan bir hal aldığı ifade ediliyor. Hastanın bu süre zarfında iče kapanma, uykusuzluk, hayattan zevk alamama, sosyal iletişimde azalma, unutkanlık, dalgınlık yakınmalarının da eşlik ettiği belirtildi. Sıkıntılı olduğu dönemlerde deri yolma davranışının arttığı öğrenildi. Hasta yaralarını kapatmak için şapka takmadan evden çıkmadığını, kapalı ortamlarda da şapkasını çıkarmadığını, yaralar nedeniyle utandığını, sosyal ortamlara giremediğini ifade ediyor. Alınan öyküde hastanın gençlik döneminde özellikle temizlik, kontrol etme ve düzen takıntılarının olduğu öğrenildi. Fakat mevcut şikayetlerinin onu çok rahatsız etmediği ve psikiyatriye başvurmadığı ifade edildi. Hasta, özellikle son dönemde kendi işlerini yönetmekte zorlanmaktadır. Örneğin, her sabah ilaçlarını almayı unutmakta ve bazen kişisel hijyenini ihmal etmektedir. Ailesi, hastanın son zamanlarda sık sık kaybolduğunu ve evin yakınlarındaki tanıdık mekanlarda bile yönünü bulmakta zorlandığını belirtmiştir. Hasta, zaman zaman telefon numaralarını yanlış çevirip, aradığı kişilere ulaşmakta güçlük çekmekteydi. Hastanın aile öyküsünde anne ve babada demans tanısı öyküsü mevcuttu. Hastanın yapılan ruhsal durum muayenesinde yaşında gösteren erkek hastanın giyimi sosyokültürel düzeyi ile uyumluydu. Öz bakımı kısmi azalmış, göz teması kuruyordu, görüşmeye karşı saygılı bir tutum sergileyen

hastanın görüşmeye isteksiz olduğu izlendi. Konuşmanın içeriği fakirleşmiş, sorulan sorulara reaksiyon süresi uzamış, amaca yönelik, düşük volümlü konuşuyordu. Duygudurum çökkün, duygulanım duygudurumu uyumlu, düşünce içeriği fakirleşmiş, düşünce içeriğinde suçluluk, utanç, istemeyerek yaptığı deri yolma davranışıyla ilgili düşünceler hakimdi. Bilinç açık, koopere, oryanteydi. Algılamada taktik halüsinasyon saptandı. Bellek muayenesinde bilişsel bozukluk lehine bulgular özellikle episodik hafıza ve dikkat alanında bozulmalar mevcuttu. Soyut düşünce, gerçeği değerlendirme, yargılama ve muhakeme korunmuştu. Psikomotor retardasyon mevcuttu. Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOCS) kirlenme obsesyonları ve temizleme, kontrol etme kompulsiyonları başta olmak üzere 42 puan; Nörotik Ekskoriasyon İçin Modifiye Edilmiş Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (NE-YBOCS) 32 puan; Barratt Dürtüsellik Ölçeği 67 puan; Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) 34 puan; Geriatrik Depresyon Derecelendirme Ölçeği 19 puan; Standardize Mini Mental Test (SMMT) 20 puan olarak değerlendirilmiştir. SMMT' de epizodik hafızada ve dikkatte bozulmalar mevcuttu. İpuçları verildiğinde hatırlama iyiydi. Saat çizme testi performansı normaldi. Hastanın psikometrik ölçek sonuçlarının aylık kontrollerine göre değişimi gösterilmiştir (Grafik 1). Fizik muayene bulgularında kafa derisinde en büyüğü 3 cm çapında olan ekzoriye lezyonlar mevcuttu. Laboratuvar bulgularında hemogram, biyokimya, hormon, vitamin B12 ve ferritin düzeyleri normal olarak saptandı. Kranial MR normal sınırlarda değerlendirildi. Dermatolojik değerlendirme sonucu sekonder enfeksiyon riski açısından antibiyotikli pomad önerildi. Psikiyatrik değerlendirme sonrası DSM-5'e göre psikotik özellikli majör depresif bozukluk ve DYB ön tanıları düşünüldü. Hasta ayrıca demans tanısına yönelik nöroloji bölümüne konsülte edildi. Hastada hafıza bozuklukları, ipuçları verildiğinde bile geri çağırmanın zorluğu ve bozulmuş epizodik bellek performansı açıkça gözlemlenmişti. Özellikle bellek, dikkat ve zaman-mekân oryantasyon alanlarında belirgin bozulmalar gözlemlenmiştir. Bellek testi sırasında, hastaya üç kelime hatırlatılması istendiğinde yalnızca birini hatırlayabilmiş, ipuçları verildiğinde bile diğer iki kelimeyi hatırlayamamıştı. Dikkat değerlendirmesinde, ardışık rakamları geriye doğru sayma görevinde önemli hatalar yapmıştı. Yapılan nörolojik muayeneye göre hafif demans tanısı konuldu ve donepezil 5 mg/gün tedavisi başlandı. Tarafımızca hastaya majör depresif bozukluk ve DYB tanılarına yönelik sertalin 50 mg/gün tedavisi başlanıp 6 aylık sürede doz kademeli olarak 200 mg/gün' e çıkarıldı. Takip eden süreçte güçlendirme tedavisi olarak aripiprazol 5 mg/gün tedavisi eklendi. Hastanın bilişsel fonksiyonlarındaki hızlı düzelleme sayesinde eş zamanlı bilişsel ve davranışçı tedavi (BDT) uygulanması planlandı fakat hasta seanslara düzenli devam edemedi. 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 yönteminin takip eden süreçlerde fayda sağladığı gözlemlendi. Hastanın deri yolma davranışları 6 aylık sürede kademeli şekilde azaldı. Hastanın temizlik ve kontrol etme takıntıları azaldı. Hasta kendisini daha mutlu ve keyifli hissettiğini, artık sosyal ortamlara girmeye çekinmediğini, yaraları örtmek için şapka takmadığını belirtti. Hastanın bilişsel performansında da düzelleme olduğu, unutkanlık ve dalgınlık gibi yakınmalarının artık olmadığı saptandı. Hastadan izin alınarak tedavi öncesi ve 6 aylık tedavi süresi sonrası poliklinik kontrollerinde karşılaştırma maksatlı deri yolma bozukluğuna bağlı lezyonların görselleri kayıt altına alındı (Şekil 1-2).



Grafik 1. Psikometrik ölçek sonuçlarının tedavi sürecine göre değişimi



Şekil 1. Olgunun tedavisi öncesi kafa derisindeki deri yolma bozukluğuna ilişkin lezyonların görünümü



Şekil 2. Olgunun tedavisi sonrası kafa derisindeki deri yolma bozukluğuna ilişkin lezyonların görünümü

## Tartışma

DYB, sıklıkla disiplinler arası bir yaklaşım gerektiren, çok yönlü bir patolojiye sahip karmaşık bir hastalıktır. Demans hastalarında literatürde bildiri yapılmış sınırlı sayıda DYB vakası mevcuttur (3). Literatür incelendiğinde, demans hastalarında nadiren bildiri yapılmış DYB ile beraber aynı spektrum bozukluğu içerisinde yer alan saç yolma bozukluğu (SYB) eşlik ettiği vaka bildirimleri mevcuttur (4, 5). Bir olgu sunumunda SYB'nin demansın belirtisi olabileceğini göstermektedir (5). Bu durum bize benzer şekilde DYB'nin de demansın bir belirtisi olabileceğini düşündürmektedir. SYB, kişinin kendi saçını veya diğer vücut kıllarını çekme dürtüsüne sahip olduğu bir durumdur. Bu durumun demansın belirtisi olabileceği düşüncesi, demans hastalarında görülen davranışsal ve psikolojik semptomların geniş yelpazesine dikkat çekmektedir. Aynı şekilde, DYB de demansın bir belirtisi olabilir. Demans, bilişsel işlevlerde ilerleyici bir bozulma ile karakterizedir ve bu durum hastalarda çeşitli nöropsikiyatrik belirtilere yol açabilir. Bu belirtiler arasında anksiyete, depresyon, psikotik belirtiler ve dürtü kontrol bozuklukları yer alabilir. SYB ve DYB gibi dürtü kontrol bozuklukları, demans hastalarında görülen bu tür davranışsal bozukluklar arasında sayılabilir. Bu bağlamda, demans hastalarında SYB ve DYB gibi kompulsif davranışların varlığı, demansın klinik spektrumunun bir parçası olarak değerlendirilebilir. Bu tür semptomların tanınması, demansın erken teşhisine yardımcı olabilir ve hastaların yönetiminde daha bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesini sağlayabilir. DYB, başlangıcı ve klinik görünümü açısından öncelikle yaşla ilişki göstermektedir. Vakaların çoğunluğu ergenlik döneminde başlar ve önemli sayıda kişi semptomların 20 yaşından önce başladığını bildirir (6). Bizim olgumuz literatürün aksine ileri yaşta başlamış bir DYB vakasıdır. Yaşlı yetişkinlerde DYB, ciltte yaşa bağlı değişikliklere bağlı ortaya çıkıyor olabilir. DYB, erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlarda daha yüksek bir prevalansa sahip olup, kayda değer bir cinsiyet eşitsizliği göstermektedir. Sistematik bir inceleme ve meta-analizden elde edilen epidemiyolojik veriler, DYB'nin kadınları erkeklerden daha fazla etkilediğini ve kadın-erkek oranın 1,45 olduğunu göstermektedir (7). Olgumuzun erkek cinsiyette olması da diğer bir önemli özelliğidir. DYB'nin nörobiyolojisi halen net bir şekilde açıklanabilmiş değildir. Yapılan nörogörüntüleme çalışmaları, DYB'li hastaların insula, orbitofrontal korteks ve beyincik dahil olmak üzere iç algılama, duygu düzenleme ve motor kontrolle ilgili beyin bölgelerinde gri madde hacminde azalma sergilediğini göstermiştir (8). Bu bulgular DYB'yi demansla ilişkili nörodejeneratif süreçlerle doğrudan ilişkilendirmese de bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Olgumuzun hafif demans evresinde olması kranial MR bulgularının normal sınırlarda olmasını açıklayabilir.

Bu bireylerde tıbbi yardım arayışı yaygın değildir. Hastaların %20'sinden azı tedavi başvurusunda bulunur. Birçok hasta deri yolmaya bağlı gelişen lezyonları makyaj, bandaj gibi yöntemlerle ve giysileriyle kapatmaya çalışır. Bu lezyonların görünürlüğü sıklıkla utanç ve sosyal damgalanma duygularını şiddetlendirerek sosyal geri çekilmeye veya sosyal etkileşimlerin bozulmasına yol açar (9). Pek çok kişinin genel işlevsellik ve yaşam kalitesini daha da bozan depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlıkları birlikte yaşaması klinik durumu kötüleştirir (10). Bizim olgumuzda yaralarını şapka takarak kapatmaya çalışmakta ve sosyal ortamlara girmemekteydi. Ayrıca hastanın mevcut klinik tablosuna yoğun depresif semptomlarda eşlik etmekteydi. İleri yaşta başlayan DYB demansın öncül bulguları olabilir mi sorusu akla gelmektedir. Beden odaklı tekrarlayıcı davranışlardan biri olan trikotillomanin demansın öncülü olabileceğini belirten literatürde çalışma mevcuttur (11). DYB için SSRI (fluoksetin, sertralin, paroksetin), N-asetilsistein, antipsikotikler (aripirazol,

risperidon) ve glutamat modülatörleri gibi farmakolojik tedavileri tamamlayan davranışsal tedaviler arasında alışkanlığı tersine çevirmeterapisi ve bilişsel-davranışçı terapi (BDT) yer alır. Alışkanlığı tersine çevirme terapisi DYB için iyi belgelenmiş bir davranışsal müdahaledir; davranışları seçme konusundaki farkındalığı artırmaya ve bunları rakip yanıtlarla değiştirmeye odaklanır (12). Hastanın izleminde MMT skorlarının 20'den 26'ya yükselmesi, demans tanısı açısından bazı soruları gündeme getirir de bu iyileşmenin birkaç önemli nedeni olabilir. İlk olarak, donepezil tedavisi, demans hastalarında bilişsel fonksiyonları iyileştirmek için yaygın olarak kullanılan bir kolinesteraz inhibitörüdür ve bu ilacın hastada bilişsel düzelmeyi sağlamış olması muhtemeldir. Hastanın belirtileri depresyona bağlı psödodemans ile benzerlik gösterse de, özellikle yapılan nöropsikiyatrik testlerdeki belirgin bilişsel gerilemeler, soyut düşünme becerilerindeki bozulma ve günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyon kaybı, demansın erken evrelerine işaret etmektedir. Aile öyküsünde Alzheimer hastalığı öyküsü bulunması, genetik yatkınlık açısından hastanın riskini artırmaktadır. Psödodemans, genellikle antidepresan tedavi ile hızla iyileşirken, hastamızın tabloyu destekleyen bilişsel bozuklukları, demansın baskın olduğunu düşündürmektedir. İkinci olarak, hastanın demansına ek olarak depresyon belirtileri de göstermesi, bilişsel semptomların depresyon tedavisi ile düzelmeye olasılığını artırmıştır. Depresyon tedavisinin de bilişsel iyileşmeye katkıda bulunduğu bilinmektedir ve bu durum hastanın MMT skorlarındaki hızlı artışı açıklayabilir. Hastaya uygulanan BDT, hastanın bilişsel fonksiyonlarının iyileşmesine rağmen, düzenli olarak devam etmemiştir. BDT'nin demans ve DYB tedavisindeki etkinliği literatürde desteklenmektedir ve bu olguda da önerilmiş ancak hasta tarafından sürdürülememiştir. Depresyonun demansla birlikte görülebileceği ve bu bağlamda, DYB'nin depresyonun mu yoksa demansın mı bir öncülü olduğu konusunda daha fazla veriye ihtiyaç duyulmaktadır. Sonuç olarak, bu olgu sunumu, demansın nöropsikiyatrik belirtileri arasında yer alan DYB'nin, demans ve depresyon tedavisinin ardından belirgin bir iyileşme sağlanabileceğini göstermektedir. Demans tanısı klinik ve nöropsikolojik değerlendirmelerle doğrulanmış olup, tedavi sürecinde yapılan multidisipliner yaklaşımın önemi vurgulanmıştır. Bu bulgular, demans tanısında nöropsikiyatrik belirtilerin dikkate alınmasının önemini ve bu tür belirtilerin doğru tedavi ile yönetilebileceğini göstermektedir.

## Sonuç

Deri yolma davranışının nöropsikiyatrik bir semptom olarak değerlendirilmesi, klinik pratikte önemli bir rol oynayabilir. Bu değerlendirme hem psikiyatrik hem de nörolojik bozuklukların erken tanı ve tedavisinde kritik olabilir. Dolayısıyla, deri yolma davranışını sadece bir alışkanlık veya basit bir cilt problemi olarak görmek yerine daha geniş bir klinik çerçevede ele almak gerekebilir. DYB ile demans arasındaki ilişki, daha fazla araştırma gerektiren önemli bir konudur. Bu iki durum arasındaki bağlantıyı anlamak, erken teşhis ve tedavi stratejileri geliştirmek için kritik olabilir. Gelecekte yapılacak uzunlamasına çalışmalar ve nörogörüntüleme teknikleri, bu hipotezin doğrulanmasında önemli rol oynayacaktır.

## Bilgilendirilmiş Onam

Bu olgu sunumu için hastanın bilgilendirilmiş onamı alınmıştır.

## Çıkar çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## Etik onay

Çalışma etik kurul onayı gerektirmemektedir.

## Finansal destek

Çalışma için herhangi bir mali destek alınmamıştır.

### KAYNAKLAR

1. Parsa L, Pixley JN, Fried RG. "Pick" wisely: An approach to diagnosis and management of pathologic skin picking. *Clin Dermatol.* 2023; 41(1): 41-48.
2. Hafeez ZH. Resolution of pathological skin picking with fluvoxamine in a 74-year-old dementia patient. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2016;18(1):10.
3. Mandarino MJ, Stummer L, Trueba AF, et al. Review of management considerations for excoriation disorder in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2024;32(7):879-894.
4. Hosseini S H, Kaveh M, Ghazvini H, et al. Trichotillomania in dementia: a case report and literature review. *Arch Neurosci.* 2023;10(1):e129428
5. Paholpak P, Mendez MF. Trichotillomania as a manifestation of dementia. *Case Rep Psychiatry.* 2016; 1: 9782702.
6. Grant JE, Chamberlain SR. Characteristics of 262 adults with skin picking disorder. *Compr Psychiatry.* 2022; 117: 152338.
7. Farhat LC, Reid M, Bloch MH, et al. Prevalence and gender distribution of excoriation (skin-picking) disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2023; 161: 412-18.
8. Schienle A, Wabnegger A. Structural neuroimaging of skin-picking disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2024;133:111024.
9. Gallinat C, Stürmlinger LL, Schaber S, et al. Pathological skin picking: phenomenology and associations with emotions, self-esteem, body image, and subjective physical well-being. *Front Psychiatry.* 2021; 12: 732717.
10. Anderson S, Clarke V, Thomas Z. The problem with picking: Permittance, escape and shame in problematic skin picking. *Psychol Psychother.* 2023; 96(1): 83-100.
11. Paholpak P, Mendez MF. Trichotillomania as a manifestation of dementia. *Case Rep Psychiatry.* 2016; 2016: 9782702.
12. Jafferany M, Mkhoyan R, Arora G, et al. Treatment of skin picking disorder: Interdisciplinary role of dermatologist and psychiatrist. *Dermatol Ther.* 2020; 33(6): 13837.