

ONBEŞ TRİKOTİLLOMANİ OLGUSUNUN NEDENLER, EŞLİK EDEN BOZUKLUKLAR VE TEDAVİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ*

Selahattin Şenol**, Elvan Karacan***

ÖZET

Araştırma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvuran ya da dermatoloji ve pediyatri polikliniklerinden konsültasyon istemi ile gönderilen olgulardan trikotilomani tanısını karşılayan 15 çocuk ve ergen ile yapılmıştır. Psikiyatri polikliniğinde yapılan değerlendirmelerde araştırmacılar tarafından geliştirilen bir form ile; sosyodemografik bilgiler, aile özellikleri, belirtilerin başlama yaşı, süresi, şiddeti, doktora başvurmadan önce aile ve çocuğun hastalıkla başetme yöntemleri, belirtilerle ilgili stres etkeni olup olmadığı sorgulanmıştır. Bu olgular klinik özellikleri, bozukluğa yol açan nedenler, eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ve tedavi yönünden değerlendirilmiştir. Olguların Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğindeki değerlendirilmelerinde klinisyenler DSM-IV trikotilomani tanı ölçütlerini tartışmışlardır. Bu tanı ölçütlerinden özellikle, çekim öncesi gerginlik ve çekim sonrası rahatlama ölçütlerinin çocuklar açısından uygunluğu ile bozukluğa ilişkin kliniğin tedavi eğilimi, yazın ışığında değerlendirilmiştir. **Anahtar sözcükler:** Çocuk, ergen, tedavi, trikotilomani.

SUMMARY: THE EVALUATION OF FIFTEEN CASES OF TRICHOTILLOMANIA MEANS OF REASONS, COMORBID DISORDERS AND TREATMENT

This study was performed with 15 children and adolescents with the diagnosis of trichotillomania who applied to Gazi University Faculty of Medicine, Child and Adolescent Psychiatry Clinic or referred from Dermatology and Pediatric clinics. Sociodemographics, family features, age of onset, duration, severity and children's and families manner to overcome the symptoms before consulted by a physician, stress effect related to symptoms were investigated by the means of a questionnaire which was developed by the investigators. DSM-IV diagnostic criteria for trichotillomania was discussed during psychiatric evaluation of the cases. Among these criteria, tension before and relief after hair pulling and treatment modalities were evaluated under the light of the literature. **Key words:** Child, adolescent, trichotillomania, treatment.

Trikotilomani terimi ilk kez 1889'da bir Fransız dermatoloğu olan François H. Hallopeau tarafından, karşı konulamayan saç yolma dürtüsünü belirtmek için kullanılmıştır. Trikotilomani, ayrı bir psikiyatrik tanı olarak ilk kez 1987'de DSM III-R'de yer almıştır (Kaplan ve ark. 1994). DSM-IV'de (APA 1994) "Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları" başlığı altında ele alınmaktadır. Tanı ölçütleri arasında; göze çarpar derecede saç kaybı ile sonuçlanacak derecede kişinin kendi saçını yolması, saç yolma öncesinde ya da bu davranışa karşı koyma girişiminde bulunduğu sırada giderek artan bir gerginlik duyumunun olması, saç yolarken haz al-

ma, doyum bulma ya da rahatlama olması bulunmaktadır. Ayrıca bozukluğun genel tıbbi bir duruma (örn. dermatolojik bir durum) bağlı olmaması, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması gerekmektedir.

Trikotilomani nedeni ile yardım isteyen çocuk ve ergenlerin sayısının giderek artmasına karşın genel popülasyonda bu bozukluğun prevalansı ile ilgili çok az sistematik veri vardır. Liseye yeni başlayan öğrencilerde belirgin saç kaybı ile sonuçlanan saç çekme davranışı için yaşam boyu prevalans %2.5, kız/erkek oranı 2.2/1 olarak bildirilmiştir. Buna karşın olguların %0.6'sı tam olarak DSM-III-R ölçütlerini karşılamışlardır (Chirstenson ve ark. 1991a). Trikotilomani ol-

* Bu çalışma 7. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

** Uzm. Dr., Gazi Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara

*** Arş. Gör. Dr., Gazi Üniv Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara

dukça seyrek görülen bir bozukluk olmasına karşın, çocuklarda yetişkinlere oranla daha siktir. Klinik örneklerin %1'inden daha azında görüldüğü bildirilmektedir. (Mannino ve Delgado 1979). Genellikle 4-10 yaşları arasında başlamaktadır. Başlangıç yaşının 6 ay - 62 yaşlar arasında olabileceği ve çoğu olgunun ise 4-17 yaşlar arasında başlangıç gösterdiği bildirilmiştir. Olguların 1/4'ünde stresli durumların yatınlığa neden olduğu bildirilmektedir (Kaplan ve ark. 1994).

Ailenin ilk çocuğunun bozukluktan daha fazla etkilendiği ortaya koyulmuştur (Oguchi ve Miura 1977). Burada kardeş kıskançlığından söz edilmiştir (Reeve ve ark. 1992). Trikotilomaninin obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Jenike 1989, Swedo ve ark. 1989). Değişik beden bölgelerinden kıl yolunabileceği, en sık saç, daha sonra ise kirpik ve kaşların seçildiği bildirilmektedir (Christenson ve ark. 1991b). Aileler çocuklardaki saç çekmenin döngüsellğine dikkat çekmişler; saç çekmenin okul aylarında arttığını, yazın belirtilerin azaldığını bildirmişlerdir. Bu da çevresel etkenlerin kliniği belirlemedeki rolünü ortaya koymaktadır (Reeve ve ark. 1992).

Reeve ve arkadaşlarının (1992)'nin yaptıkları çalışmada en sık eşlik eden DSM-III-R tanısı aşırı anksiyete duyma bozukluğudur. 10 olgudan ikisinde distimi eşlik eden diğer tanıdır. King ve arkadaşları (1995a) tarafından yapılan bir çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite, davranım ve karşı gelme bozukluğu, kronik tik bozukluğu, OKB, aşırı anksiyete bozukluğu, majör depresyon, distimi eşlik eden DSM tanıdır.

Çoğu çalışmada trikotilomanik olguların çoğunun OKB ölçütlerini karşılamadığı görülmektedir. Bu ilişkiyi açıklayan ek bilgilere gereksinim vardır (Reeve ve ark. 1992). King ve arkadaşları (1995a) araştırmalarında 15 saç çeken olgudan yalnızca ikisinin OKB tanı ölçütlerini karşıladıklarını bildirerek, bunun iki hastalık arasındaki ilişkiye yönelik kısmi bir destek sağlayabileceğini ileri sürmüşlerdir. Oranje ve arkadaşları (1986) çocukluk başlangıçlı trikotilomaniyi alışkanlık (habit) bozukluğu olarak tanımlamışlardır. Bu gruptaki çocukların parmak emme, dudak büzme, tırnak koparma, parmak çatırdatma ya da dudak yalama gibi başka alışkanlıkları da vardır. Saç çeken olguların bir kısmı diğer komorbid tanıları da almayarak tek başına stereoti-

pi, alışkanlık bozukluğu olarak değerlendirilebilir (Reeve ve ark. 1992). Anksiyete bozukluğu olduğunda saç çekme, anksiyetenin bir parçası olarak değerlendirilebilir. Reeve ve arkadaşlarının bu çalışmasında hiç bir olgu DSM-III-R OKB ölçütlerini karşılayamazken, yalnızca birisi trikotilomani ölçütlerine uymuştur. Bu da yine DSM ölçütlerinin çocuklar için sınırlayıcı olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Reeve ve ark. 1992).

Tedavide ilaç ile başarılı olunan olgular yayınlanmıştır (Krishman ve ark 1984, Snyder 1980, Weller ve ark. 1989, Childers 1958, Christenson ve ark. 1991e, Swedo ve ark. 1989). Plasebo kontrollü çift kör başka bir çalışmada ise trikotilomaniye yönelik kısa dönem ilaç tedavisinde etkinlik gösterilmemiştir (Christenson ve ark. 1991c). Trikotilomanide davranışsal girişimlere dayalı tedaviler üzerinde de durulmaktadır (Vitulano ve ark. 1992).

Bozukluğun çocuk ve ergenlerde daha sık bildirilmesine koşut olarak daha çok sayıda olguyu içeren araştırmalar yayınlanmaktadır. Ülkemizde de konuyu ayrıntılı olarak ele alan olgu serileri bildirilmeye başlanmıştır (Özcan ve ark. 1996).

Bu araştırmada da trikotilomaninin çocuklardaki görünümü, sosyodemografik ve çeşitli klinik değişkenlerle ilişkisi incelenerek; gidiş ve tedavisi ile eşlik eden bozuklukların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma Ocak 1995 ile Haziran 1996 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran hastalar ya da dermatoloji ve pedyatri polikliniklerinden konsültasyon istemi ile gönderilen olgulardan trikotilomani tanısını karşılayan 15 çocuk ve ergen ile yapılmıştır. Bu dönem içinde polikliniğe başvuran 1350 olgunun Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğindeki değerlendirilmelerinde klinisyenler DSM-IV tanı ölçütlerinden; göze çarpar derecede saç kaybı ile sonuçlanan saç yolma davranışının olması, bozukluğun genel tıbbi bir duruma (örn. dermatolojik bir durum) bağlı olmaması, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmasını dikkate alırken, olguların saç yolma öncesinde ya da bu davranışa karşı koyma girişiminde bulunduğu sırada gi-

derek artan bir gerginlik duyumu, saç yolarken haz alma, doyum bulma ya da rahatlama ölçütlerini karşılayıp karşılamadıklarını araştırmışlar ve sonuçları Tablo-1'e aktarmışlardır. Deneklere ilişkin özellikler araştırmacılar tarafından geliştirilen bir form ile kaydedilmiştir. Bu form ile sosyodemografik bilgiler, aile özellikleri, belirtilerin başlama yaşı, süresi, şiddeti, doktora başvurmada önce aile ve çocuğun hastalıkla başatma yöntemleri, belirtilerle ilgili stres etkeni olup olmadığı sorgulanmıştır. Bu olgular ayrıca klinik özellikleri, rutin EEG incelemeleri sonuçları, depresyon, durumluk ve sürekli kaygı, bozulmuş yol açan nedenler, eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ve tedavi yönünden değerlendirilmiştir.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ): Kovacs (1981) tarafından geliştirilen 5-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, 27 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmış ve patolojik kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır.

BULGULAR

15 deneğin 11'i (%73.3) kız ve 4'ü (%26.7) erkektir. Ortalama yaşları 10.8 ± 2.8 olup, yaşları 4 ile 14 yaş arasındadır. Deneklerin diğer özellikleri tablolarında görülmektedir. (Tablo-1, Tablo-2, Tablo-3)

Tablo -1: Trikotilomani olgularının sosyodemografik ve klinik özellikleri I

Olgu	Yaş	Cins	Sınıfı	Başma Yaşı	Süre	Bölge	Öncesinde Gerginlik	Sonrasında Rahatlama
1	10	K	4	10	0-6ay	Saç	-	-
2	13	E	8	10	3 yıl	Kaş, kirpik	Var	Var
3	8	K	3	6	2 yıl	Kirpik	-	-
4	12	K	6	11	1 yıl	Saç	-	-
5	10	K	4	9	1 yıl	Saç, kirpik, kaş	Var	-
6	13	K	6	11	2 yıl	Kirpik	-	-
7	13	K	8	13	0-6 ay	Saç	Var	-
8	10	K	5	4	6 yıl	Saç	-	-
9	4	K	0	2	2 yıl	Saç	-	-
10	12	K	6	10	2 yıl	Saç	-	-
11	13	K	8	12	1 yıl	Saç	-	-
12	7	E	2	6	1 yıl	Saç	-	-
13	10	K	4	8	2 yıl	Saç	Var	Var
14	13	K	6	12	1 yıl	Saç	-	-
15	14	E	8	12	2 yıl	Kirpik	-	-

Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE): Spielberger (1973) tarafından geliştirilen, durumluk ve sürekli kaygı ölçen yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta (1993) tarafından yapılmıştır. Her ne kadar ölçeğin geçerlik çalışması 9-12 yaş çocuklarında yapıldıysa da 12 yaşından büyük çocukların erişkin kaygı ölçeğini anlamada güçlük çekmeleri nedeniyle 17 yaşa kadar kullanılmaktadır (Hoehn-Saric ve ark. 1987, Strauss ve ark. 1988).

Deneklerin ortalama kardeş sayısı 2.6 ± 0.99 (2-5 kardeş) olup, 5'i ilk, 8'i ikinci, 1'i dördüncü ve 1'i beşinci çocuktur. Annelerinin yaş ortalaması 37.1 ± 6.95 (20-47 yaşlar arası), babalarının yaş ortalaması ise 42.5 ± 7.32 (27-55 yaşları arası) olarak belirlenmiştir. Annelerin eğitimleri yönünden dağılımlarına bakıldığında; 1'i (%6.7) okur-yazar değil, 6'sı (%40) ilkokul, 6'sı (%40) ortaokul-lise ve 2'si (%13.3) yüksek okul mezunu olarak belirlenmiştir. Baba eğitimi ise; 4'ü (%26.7) ilkokul, 4'ü (26.7) orta-lise ve 7'si yüksek okul mezunu olarak dağılmıştır. Anne mesleği 8'i (%53.3) ev

Tablo -2: Trikotilomani klinik özellikleri

Olgu	Alışkanlık	Eşlik eden psik. Bozukluk	Obsesif Komp. belirti	Ailede psikiyatrik boz. öyküsü	Stres etkeni	Ne zaman
1	-	-	-	Baba alkol bağ.	Var	TV izlerken
2	Tırnak y.	-	Var	-	Var	Yalnızken
3	-	E. Nokturna	Var	-	Var	Yalnızken
4	Dudak ıs.	OKB	Var	-	Var	Belirtmedi
5	Tırnak y.	-	-	-	Var	Uykuya geçerken
6	-	-	-	Hala: Depresyon Amca: Alkol bağ.	-	Sıkıntılı iken
7	Tırnak y.	Bruksizm	Var	-	Var	Uykuya geçerken
8	-	-	-	Baba alkol bağ.	-	Yalnızken
9	Tırnak y.	-	-	-	-	Belirtmedi
10	Tırnak y.	-	-	-	Var	Sıkıntılı iken
11	Atıştırma	-	-	-	-	Ders çalışırken
12	Tırnak y.	-	-	-	Var	Ders çalışırken
13	-	-	-	-	Var	Ders çalışırken
14	-	E..Nok.+Yeme boz.	-	-	Var	Sıkıntılı iken
15	Tırnak y.	-	-	-	Var	Sıkıntılı iken

Tablo -3 Trikotilomani olgularının klinik özellikleri III

Olgu	İlk Başvuru	Mevsimle İlgisi	Şiddeti	Tedavi	Sonuç
1	Pediyatri	-	Ağır	Dav-Kog+hidroksizin HCI	Kısmen düzelme
2	Dermatoloji	-	Ağır	Dav-Kog+Fluoksetin	Kısmen düzelme
3	Çocuk Psik.	-	Orta	Dav-Kog	Tam düzelme
4	Pediyatri	-	Ağır	Dav-Kog+imipramin	Tam düzelme
5	Dermatoloji	Yazın düzelme	Orta	Dav-Kog+hidroksizin HCI	Kısmen düzelme
6	Erişkin	-	Ağır	Dav-Kog+fluvoksamin	Düzelme yok
7	Dermatoloji	-	Orta	Dav-Kog	Tam düzelme
8	Dermatoloji	-	Hafif	Dav-Kog+klomipramin	Kısmen düzelme
9	Pediyatri	-	Hafif	Aileye danışmanlık	Kısmen düzelme
10	Dermatoloji	Yazın düzelme	Ağır	Dav-Kog+hidroksizin HCI	Kısmen düzelme
11	Dermatoloji	-	Orta	Dav-Kog+busprion	Tam düzelme
12	Çocuk Psik.	Yazın düzelme	Ağır	Dav-Kog	Kısmen düzelme
13	Dermatoloji	-	Hafif	Dav-Kog+Klomipramin	Kısmen düzelme
14	Dermatoloji	-	Hafif	Dav-Kog+imipramin	Kısmen düzelme
15	Dermatoloji	Yaz ve Şubat'ta düzelme	Ağır	Dav-Kog+buspiron	Kısmen düzelme

hanımı, 5'i (%33.3) çalışıyor ve 2'si (%13.3) emekli şeklinde iken, baba mesleği; 8'i (%53.3) memur, 4'ü (%26.7) serbest, diğerleri ise (%6.7) işçi, emekli ve çalışmıyor olarak dağılmaktadır.

Üç deneğin ailesi geniş aile (%20) iken, diğer 12 denek (%80) çekirdek aileden gelmektedir. Aileler sosyo-ekonomik durumlarını kendi değerlendirmelerine göre orta (13 aile; %86.7) ve iyi (2 aile, %13.3) olarak bildirmişlerdir.

Araştırma kapsamında anne babaların çocuklarındaki bu yakınma nedeni ile ilk başvuruyu nereye yaptıkları sorgulanmıştır. 9'unun (%60) dermatoloji polikliniğine, 3'ünün (%20) pediatri polikliniğine, 2'sinin (%13.3) çocuk psikiyatrisi ve 1'inin (%6.7) erişkin psikiyatri polikliniğine başvurduğu anlaşılmıştır.

Deneklerin çocuk psikiyatrisi polikliniğinde değerlendirilmeleri sırasında rutin EEG tetkikleri istenmiştir. EEG sonuçları 1 denek (%6.7) dışında 14 denek (%93.3) için normal olarak bildirilmiştir. Deneklerden okul öncesi 2 çocuk dışında 13'ünün doldurdıkları psikometrik testlerden; Depresyon Ölçeği'nde, ortalama 12.46 ± 6.02 (2 ile 22 arasında). Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 33.31 ± 5.09 (25 ile 40 arasında), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 34.77 ± 6.10 (26 ile 48 arasında) olarak bulunmuştur.

Aileler trikotilomani yakınması nedeniyle çocuklarını tedaviye getirmeden önce bozukluğa ilişkin çeşitli tutumlar sergilemişlerdir. Araştırma formunda "başetme yöntemleri" olarak sorgulanan bu tutumlar incelendiğinde; 9 (%60) deneğin ailelerinin sözel uyarıda buldukları; 2 (%16.3) deneğin ailesinin bu davranışı farkedererek doktora başvurdukları; diğer deneklerin ailelerinin ise (biri denek, %6.7) ödüllendirme, cezalandırma, saç kazıtma, elini kontrol etmesine yönelik tutumları (elini cebine sokması gibi) içeren yöntemlerden birini kullandıkları ve 1 (%6.7) deneğin ailesinin ise sözel uyarıda bulunma, saç kazıtma ve cezalandırma yöntemlerini birlikte kullanarak çekme davranışını kontrol etmeye çalıştıkları belirlenmiştir.

Tartışma

Araştırmada trikotilomani tanısı alan denekler, yaklaşık 18 aylık bir dönem içinde polikliniğe başvuran 1350 deneğin %1.1'ini oluşturmakta-

dır. Bu oran, bozukluğun klinik örneklemin %1'inden daha azında görüldüğü şeklindeki yazın bilgisinden (Mannino ve Delgado 1969) biraz fazladır. Ünal ve arkadaşları (1995) 9 yıl süresi içinde polikliniğe başvuran 15088 hasta içinde 44 trikotilomani olgusu saptamışlardır. Araştırmacıların bulduğu yaklaşık %0.3 gibi farklı sonuç olasılıkla iki araştırma arasındaki yöntem farklılığından kaynaklanmaktadır. Ayrıca daha önceki dönemlere ilişkin başvuruları yansıtan bu düşük oran, araştırma sonucumuz ile karşılaştırıldığında, ülkemizde trikotilomani nedeni ile yardım isteyen çocuk ve ergenlerin sayısının giderek arttığını da göstermektedir. Araştırmamızdaki deneklerin ortalama yaşları 10.8 olup, 4-14 yaşları arasındaki çocuk ve gençleri kapsamaktadır. Bozukluğun başlama yaşının 2-13 yaşlar arasında değiştiği ve kızlarda daha sık olduğu belirlenmiştir (kız/erkek oranı=2.75). Konuyla ilgili ulaşılabilen kaynaklarda bozukluğun genellikle 4-10 yaşları arasında başladığı bildirilmekte, başlangıç yaşının 6 ay-62 yaşlar arasında olabileceği; çoğu olgunun ise 4-17 yaşlar arasında başlangıç gösterdiği bildirilmektedir (Kaplan ve ark. 1994). Christenson ve arkadaşları (1991a) araştırmalarında kız/erkek oranını 2.2 olarak bulmuşlardır. Özcan ve arkadaşlarının (1996) bildirdiği 12 olgunun yaşları 4-15 arasında değişmekte, kız/erkek oranı ise 1.4 olarak verilmektedir. Sonuçlarımız yazın bilgilerini destekler niteliktedir. Olguların 1/4'ünde stresli durumların yakınlığa neden olduğu bildirilmektedir (Kaplan ve ark. 1994). Bu bulgu araştırmadaki 15 denekten 11'inde belirlenmiştir. Araştırmada stres etkeni olarak sorgulanan bu özellik; 6'sında derslerde sıkıntı, 1'inde yakın kaybı, 1'i yakınından ayrılma, 1'inde çevre - arkadaş sorunu, 1'inde anne baba geçimsizliği olarak bildirilmiş, 5 denek ise stres etkeni tanımlanmamıştır.

Reeve ve arkadaşları (1992) 10 trikotilomani olgusunu ele aldıkları araştırmalarında, çoğu çocuğun saçlarını okurken, ders çalışırken ya da uyumadan önce yatakta uzanırken çektikleri ve toplum içinde, okulda ya da yaşlıları arasında onu saç çekerken gören kimse olmadığı belirlenmiştir. Özcan ve arkadaşlarının (1996) bildirdiği 12 olgudan 6'sı yalnızken, 4'ü hem yalnız hem de aile bireylerinin yanında iken, 1'i ise herkesin yanında iken belirtileri sergilemektedir.

Araştırmamızdaki 4 denek sıkıntılı dönemlerde, 3 denek ders çalışırken, 2 denek uykuya geç-

ken, 1 denek TV seyredirken saç çektiğini bildirmiş, 2 denek ise bir özellik belirtememiştir. Deneklerin çekme davranışlarının genellikle yalnız oldukları dönemde görüldüğü ve sonucun yazın bilgisi ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Özcan ve arkadaşlarının (1996) bildirdiği 12 olgunun 11'inde saç çekme davranışından hemen önce giderek artan bir gerginlik duygusu ve yolmanın ardından bir rahatlama olduğu bildirilmiştir. Reeve ve arkadaşlarının (1992) araştırmalarında, olguların yalnızca birinde saç çekme öncesi huzursuzluk, dürtü; sonrasında rahatlama olduğu bildirilmiştir. King ve arkadaşları (1995a) da artan gerilim ve sonrasında haz duymanın çocuk trikotilomanisi için uygun bir ölçüt olmadığını düşünmüşlerdir. Bu sonuç, çocukların ya bilişsel gelişim ile ilgili olarak bu duyumlarını belirtemedikleri ya da bunları yaşamadıkları şeklinde yorumlanabilir. Açıklama ne olursa olsun DSM ölçütleri çocuklar için oldukça sınırlayıcı bulunmuştur. Araştırmamızda DSM-IV tanı ölçütlerinden göze çarpar derecede saç kaybı ile sonuçlanan saç yolma davranışının olması, bozukluğun genel tıbbi bir duruma (örn. dermatolojik bir durum) bağlı olmaması, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olması dikkate alınırken, olguların saç yolma öncesinde ya da bu davranışa karşı koyma girişiminde bulunduğu sırada giderek artan bir gerginlik duyma, saç yolarken haz alma, doyum bulma ya da rahatlama olması ölçütlerini karşılayıp karşılamadıkları araştırılmıştır. Çekme davranışı öncesi gerginlik 4, sonrasında rahatlama ise yalnızca 2 denekte belirlenmiştir. Araştırmanın amaçları arasında yer alan çocuk ve ergenler için DSM-IV trikotilomanisi tanı ölçütlerinin değerlendirilmesi ile ilgili sonuçlarımız, Reeve ve arkadaşları (1992) ile King ve arkadaşlarının (1995a) bildirdiği sonuçlar ile uyumludur.

Tablo 1'de görüldüğü gibi araştırmamızdaki olguların 5'inin kırıpk, 2'sinin kaş, 11'inin ise saç çektiği ve iki olgunun birden fazla bölgeye ilişkin belirti sergilediği görülmektedir. Trikotilomanide değişik beden bölgelerinden kıl yolunabileceği, en sık saç, daha sonra ise kırıpk ve kaşların seçildiği bildirilmektedir (Christenson ve ark. 1991b, Özcan ve ark. 1996).

Araştırma kapsamındaki deneklerin çocuk psikiyatrisi hizmetine ulaşım yolları da araştırılmış ve %60'ının dermatoloji, %20'sinin ise pediatri

polikliniğe başvurduğu, oradan konsültasyon istemi ile polikliniğimize gönderildiği belirlenmiştir. Deneklerin ancak %13.3'ü doğrudan çocuk psikiyatrisi polikliniğine getirilmiştir. Gürsoy Rezaki ve Öy (1996), bir devlet hastanesinde çocuk ruh sağlığı hizmetine ulaşım yollarını araştırdıkları yazılarında, çocuk psikiyatrisi'ne başvuran çocukların %51'inin ruhsal yakınmalarla ilk olarak çocuk hekimine başvurduklarını bildirmişlerdir. Belirtilen araştırmada başvuru yakınmaları içinde triotilomanisi yer almamıştır. Olasılıkla anne babalar semptomla ilgili uzmanlık dalı olarak dermatolojiyi düşünmekte ve trikotilomanisi olguları en sık bu polikliniklere başvurumaktadırlar.

Ailenin ilk çocuğunun bozukluktan daha fazla etkilendiği ortaya koyulmuştur (oguchi ve Miura 1977). Burada kardeş kıskançlığından söz edilmiştir (Reeve ve ark. 1992). Araştırmamızdaki deneklerden 5'i (%33.3.) ilk çocuktur. Bu sonuç, Özcan ve arkadaşlarının (1996) bildirdiği sonuca yakın bulunmakla birlikte, yazın da bildirilen oranlar kadar belirgin bir farklılığı yansıtmamıştır.

Yapılan aile genetik çalışmaları, bozukluğun çok etkenli geçişi olabileceğini göstermiştir (Kereshian ve Burd 1991). Özcan ve arkadaşlarının (1996) olgularının birinde anne baba birinci dereceden akraba olup, olgunun ağabeyi ve halası trikotilomanisi tanısı almıştır. Araştırmamızda genetik geçişi destekleyen bir bulgu saptanamamasına karşın, ailede alkolizm öyküsünün sıklığı dikkat çekicidir.

Araştırmalarda saç çekmenin döngüsellğine dikkat çekilmekte, saç çekmenin okul aylarında arttığı, yazın belirtilerin azaldığı bildirilmektedir. bu sonuçlar çevresel etkenlerin kliniği belirlemedeki rolünü ortaya koyması bakımından önemli bulunmuştur (Reeve ve ark. 1992). Araştırmamızda 15 deneğin 3'ünde yaz mevsiminde, 1 denekte ise yaz mevsimi ve Şubat ayında düzelme bildirilmiştir. Deneklerin çekme davranışını daha çok okul döneminde yaptıkları da gözönüne alındığında bu döngünün mevsimsellikten çok derslerle ilişkili olduğu sonucuna varılmaktadır.

Trikotilomaninin obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Jenike 1989, Swedo ve ark 1989). Çocuk, ergen ve yetişkinler-

le yapılan araştırmalarda ayrıca egodistonik obesif kompulsif belirti ya da bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, kronik basit vokal tik, sosyal fobi, dikkat eksikliği hiperaktivite, davranım ve karşı gelme bozukluğu, distimi tanularının eşlik eden diğer bozukluklar oldukları bildirilmiştir (Reeve ve ark. 1992, King ve ark. 1995a, 1995b, Christenson ve ark. 1991d). Araştırmamızda diğer DSM tanuları ile birlikte obsesif kompulsif belirtiler, anksiyete ve depresyon düzeyleri araştırılmıştır. Depresyon ölçeğinde (ÇDÖ) 2 deneğin, anksiyete ölçeklerinde (ÇDSKE) ise; 9'u sürekli, 8'i ise aynı zamanda durumluk kaygı ölçeğinde olmak üzere 9 deneğin ölçeklerin kesme noktasını aştığı belirlenmiştir. Ancak DSM-IV (APA 1994) ölçütleri göz önünde bulundurularak yapılan ruhsal muayenede bu deneklerden hiğbiri depresyon ya da anksiyete tanularını karşılamamışlardır. Aynı şekilde obsesif kompulsif belirtilerin de 4 denekte bulunduğu, buna karşın, DSM tanı ölçütlerine göre ancak 1 deneğin obsesif kompulsif bozukluk tanusunu karşıladığı belirlenmiştir. DSM tanı ölçütlerine göre araştırmamızdaki deneklerde trikotilomaniye eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar enürezis nokturna, bruksizm ve yeme bozukluğu olarak belirlenmiştir. Sonuçlarımız 12 olgudan 2'sinde obsesif kompulsif belirti ve 1 olguda obsesif kompulsif bozukluk bildiren Özcan ve arkadaşlarının (1996) sonuçları ile benzeşmekle birlikte, obsesif belirtilerdeki sıklık dışındaki yazın bilgilerini desteklememiştir. Diğer bazı çalışmalarda da trikotilomanik olguların obsesif kompulsif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamadığı bildirilmekte ve bu ilişkiyi açıklayan ek bilgilere gereksinim olduğu vurgulanmaktadır (Reeve ve ark. 1992). King ve arkadaşları (1995a) araştırmalarında 15 saç çeken olgudan yalnızca 2'sinin OKB tanı ölçütlerini karşıladıklarını bildirmiş, bu sonucun trikotilomani ve OKB arasındaki ilişkiye yalnızca kısmi bir destek sağlayabileceğini ileri sürmüşlerdir. Oranje ve arkadaşları (1986) çocukluk başlangıçlı trikotilomaniyi alışkanlık (habit) bozukluğu olarak tanımlamışlardır. Bu gruptaki çocukların parmak emme, dudak büzme, tırnak koparma, parmak çadırdatma ya da dudak yalama gibi başka alışkanlıkları da vardır. Saç çeken olguların bir kısmı diğer komorbid tanuları da almayarak tek başına sterotipi, alışkanlık bozukluğu olarak değerlendirilebilir (Reeve ve ark. 1992). Anksiyete bozukluğu olduğunda, saç çekme anksiyetenin bir parçası olarak değer-

lendirilebilir. Aynı yazarların çalışmasında hiç bir olgu DSM-III-R OKB ölçütlerini karşılamazken yalnız birisi trikotilomani ölçütlerine uymuştur. Bu da yine DSM ölçütlerinin çocuklar için sınırlayıcı olduğunu göstermektedir (Reeve ve ark. 1992).

Bozukluğun tedavisinde izokarbosazid (Krishman ve ark. 1984), amitriptilin (Snyder 1980), imipramin (Weller ve ark. 1989) klorpromazin (Childers 1958) ve lityum (Christenson ve ark. 1991e) ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Trikotilomaninin OKB'nin bir türevi olduğunu ileri süren görüşlerden yola çıkan Swedo ve arkadaşları (1989) antiobsesyonel ajanlar olan klomipramin ve fluoksetinin tedavide yararlı olabileceğini düşünmüşler ve 13 hastada 10 hafta çift kör klomipramin-desipramin karşılaştırması yapmışlardır. Bu çalışma sonunda klomipraminin üstünlüğünü ve antitrikotilomanik etkisi olduğunu bildirmişler ve 4-6 aylık izlemede yanıtın sürdüğünü göstermişlerdir. Ayrıca 2 hastanın da fluoksetine yanıt verdiği belirtilmiştir. Plasebo kontrollü çift kör başka bir çalışmada ise trikotilomaninin fluoksetine yanıt verdiği belirtilmiştir. Plasebo kontrollü çift kör başka bir çalışmada ise trikotilomaninin fluoksetin ile kısa dönem tedavisinde (18 hafta) etkinlik gösterilmemiştir (Christenson ve ark. 1991c). Araştırmamızdaki deneklerin 14'üne davranışçı-bilişsel tedavi, 1 deneğin ailesine ise danuşmanlık verilmiştir. Bu deneklerden 11'ine aynı zamanda ilaç tedavileri başlanmıştır. Bunlardan 3'ünde hidrokisizim HCl, 2'sinde klomipramin, 2'sinde imipramin, 2'sinde buspiron ve birer denekte de fluoksetin ve fluvoxamin başlanmıştır. Tablo III.'de görüldüğü gibi deneklerin yaklaşık 6-12 aylık tedavi süreçleri sonucunda 4'ünde tam düzelme, 6'sında kısmi düzelme saptanırken 1 denekte düzelme olmamıştır. Bu deneklerde ilaç ve bireysel tedavi yaklaşımlarının birlikte uygulanmasının etkili olduğu, ancak kontrol grubu olmaması nedeniyle sonuçların yorumlanmasının güç olduğu düşünölmektedir. Yazın bilgisinde de ilaç tedavisinin yanı sıra davranışsal girişimlere dayalı tedaviler üzerinde durulmaktadır. Başka bir davranışın güçlendirilmesi, gevşeme, farkındalığı arttırmaya yönelik kendini izleme gibi davranışçı yöntemlerin özellikle ilaç tedavisi, aile tedavisi ve diğer tedavi yaklaşımları ile birlikte uygulandığında faydalı olduğu ileri sürölmektedir (Vitulona ve ark. 1992).

Trikotilomani çocuklarda erişkinlerden daha sıklıkla görülen yakınmalardandır. Bozuklukla ilgili yayınlar olgu sunumları şeklinde iken son yıllarda olgu serileri yayınlanmaya ve trikotilomani yazın bilgisinde sıklıkla ele alınmaya başlanmıştır. Bu çalışmada da bozukluğun konsültasyon istemi ya da çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalar içinde %1 gibi hiç de küçümsemeyecek bir oranda görüldüğü, denek özelliklerinin yazın bilgisini destekler nitelikte olduğu belirlenmiştir. Uygulanan tedavilere ilişkin sonuçlar da bir denek dışında olumludur. Ancak bu bilgilerin kontrol grubunu da içeren benzer desenli araştırmalarla yinelenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. Washington D.C., American Psychiatric Press.
- Childers RT (1958) Report of two cases of trichotillomania of long standing duration and their response to chlorpromazine. *J Clin Exp Psychopathol*, 19: 141-144.
- Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE (1991b) Chronic hair pulling: a descriptive study of 60 adult subject. *Am J Psychiatry*, 148: 365-370.
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE ve ark. (1991c) A placebo controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *Am J Psychiatry*, 148: 1566-1571.
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE (1991d) Characteristics of 60 adult chronic hair pullers *Am J Psychiatry*, 148: 365-370.
- Christenson GA, Popkin MK, Mackenzie TB ve ark. (1991e) Lithium treatment in chronic hair pulling. *J Clin Psychiatry*, 52: 116-120.
- Gürsoy - Rezaki B, Öy B (1996) Bir devlet hastanesinde çocuk ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım yolları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 3(3): 139-143.
- Hoehn-Saric E, Maisimia M, Wiegard D (1987) Measurement of anxiety in children and adolescents using semistructured interviews. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26: 541-545.
- Jenike MA (1989) Obsessive-compulsive and related disorders: a hidden epidemic (editorial) *N Engl J Med*, 321: 539-541.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA (1994) *Synopsis of Psychiatry*. Seventh Ed. Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland USA.
- Kerbeshian J, Burd L (1991) (Mektup) Familial trikotilomania. *Am J Psychiatry*, 148: 684-685.
- King RA, Scahill L, Vitulano LA ve ark. (1995a) Childhood trichotillomania: Clinical phenomenology, comorbidity, and family genetics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 (11): 1451-1459.
- King RA, Zohar AH, Ratzoni G ve ark. (1995b) An epidemiological study of trichotillomania in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 (9): 1212-1215.
- Kovacs M (1981) rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46:305-315.
- Krishman RR, Davidson J, Miler R (1984) MAO inhibitor therapy in trichotillomania associated with depression: case report. *J Clin Psychiatry* 45: 267-268.
- Mannino FV, Delgado RA (1969) Trichotillomania in children: a review *Am J Psychiatry*, 126: 505-511.
- Oguchi T, Miura S (1977) Trichotillomania: its pathological aspect. *Compr Psychiatry*, 18: 177-182.
- Oranje AP, Peereboom - Wynia JD, De Raeymaker DM (1986) Trichotillomania in childhood: *J Am Acad Dermatol*, 15: 614-619.
- Özcan Ö, Baykara A, Miral S (1996) On iki trikotilomani olgusu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı dergisi*, 3(2): 91-97.
- Özusta Ş (1993) Çocuklar için Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri'nin uygulama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. H.Ü. Sosyal Bilimler Enst. Ankara.
- Öy B (1991) Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2: 132-136.
- Reeve EA, Bernstein GA, Christenson GA (1992) Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31, 1:132-138.
- Spielberger CD (1973) *Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Strauss CC, Lease CA, Last CG ve ark. (1988) Overanxious disorders. *J Abnorm Child Psychol*, 16: 433-443.
- Snyder S (1980) Trichotillomania treated with amitriptyline. *J Nerv Ment Dis*, 168: 505-507.
- Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL ve ark. (1989) A double blind comparison of clomipramine and desipramine in treatment of trichotillomania (hair pulling) *N England J Med*, 321: 497-501.
- Ünal F, Baysal B, Pelivan Türk B ve ark. (1995) Çocuklarda trikotilomani: Sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenler. 5. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresinde sunulmuş bildiri. Ankara.
- Vitulano LA, King RA, Scahill L (1992) Behavioral treatment of children and adolescent with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31.1: 139-146.
- Weller EB, Weller RA, Carr S (1989) Imipramine treatment of trichotillomania and coexisting depression in a seven-year-old. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28: 952-953.