

# ON İKİ TRİKOTİLOMANİ OLGUSU

Özlem Özcan\*, Ayşen Baykara\*\*, Süha Miral\*\*\*

## ÖZET

Bu çalışmada, 12 çocuk trikotilomanî olgusunun sosyodemografik, klinik özellikleri, psikiyatrik komorbidite ve tedavileri geriye dönük olarak incelendi. 12 olgunun 7'si kız, 5'i erkekti. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı  $9.33 \pm 0.98$  idi. 8 olguda yalnızca saç, 3 olgudaysa saçta ek olarak kaş ve kirpik yolma davranışı söz konusuydu. 12 olgudan 7'sinde eşlik eden bir alışkanlık davranışı vardı ve 8 olguda komorbid bir psikiyatrik tanı saptandı. Komorbid tanılar arasında en sık depresyon gözlemlendi. İzleme süreçleri boyunca olguların davranışçı kognitif ve farmakolojik tedaviler açısından yanıtları da bu konuda yapılmış çalışmaların sonuçları ile karşılaştırılarak tartışıldı.

**Anahtar sözcükler:** Trikotilomanî, çocukluk

## SUMMARY: TWELVE CASES WITH TRICOTILLOMANIA

In this study, sociodemographic, clinical features, psychiatric comorbidity and treatments of 12 cases with childhood tricotillomania were investigated retrospectively. Seven of 12 cases were girls, 5 cases were boys. Average age of beginning of the disorder was  $9.33 \pm 0.98$  years. In 9 cases only hair pulling was seen and in 3 cases pulling out of eyelashes and eyebrows was seen. In 7 of 12 cases, we detected an associated habit behavior and psychiatric comorbidity was determined in 8 cases. Depression was the most common psychiatric comorbid diagnosis. During follow-up period, results of the behavior-cognitive and pharmacological therapy were compared and discussed with the results of previous studies.

**Key words:** Tricotillomania, childhood

## GİRİŞ

Trikotilomanî, kişinin kendi saçını yolmasına ilişkin karşı konulmaz bir dürtünün varlığıyla karakterize kronik gidiş gösteren bir bozukluktur. İlk kez 1889'da Fransız dermatolog François Hallopeau tarafından tanımlanmış olup, hem dermatologlar hem de psikiyatrlar psikojenik bir orijinden kaynaklandığı görüşünü benimsemektedirler (Burt 1995). Ancak çoğunlukla ilk başvuru dermatologlara olmakta ve bu nedenle de psikiyatrik literatürde oldukça az sayıda kaynağa rastlanmaktadır. Erişkin çağa ilişkin 19 olguluk, 16 olguluk geniş sayılabilecek seriler ve retrospektif olarak değerlendirilmiş 145 erişkin olgunun yer aldığı bir dermatolojik yayın ilk göze çarpanlardır (Greenberg ve Sarner 1965, Mehregan 1970, Muller 1987).

Trikotilomanî, ayrı bir psikiyatrik tanı olarak ilk kez DSM III-R'de yer almıştır. Saç yolma davranışından hemen önce giderek artan bir gerginlik duygusunun varlığı, bu dürtüye karşı koymadaki başarısızlık ve bu davranışın ardından bir rahatlama duygusu ya da haz almanın sözkonusu oluşu nedeniyle "Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrolü Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmıştır (APA 1987). DSM III-R'de yer almasından sonra da literatürde yine ya olgu sunumları ya da sayıca sınırlı hasta serileri şeklinde gözlenmiş olup, çocukluk çağına ilişkin yayınlar son derece azdır. DSM - IV, birincil medikal tanı ve başka bir mental bozukluğun varlığını dışlama ölçütü olarak

eklemiştir. Ayrıca DSM - IV'de bu bozukluğun klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması da bir tanı ölçütü olarak yer almaktadır (APA 1994).

Önceleri son derece nadir olduğu varsayılan trikotilomanînin son yıllarda popülasyonda % 4 gibi bir sıklıkta görüldüğü düşünülmektedir (Christenson ve ark. 1991b, Burt 1995, King ve ark. 1995 a). Kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir ve bu sıklık yaklaşık 4:1 şeklindedir (Mehregan 1970, Christenson ve ark. 1991 a, 1991 b, Mc Elroy ve ark. 1992, Burt 1995, King ve ark. 1995 b). Çoğunlukla 17 yaştan önce belirir ve başlangıç genellikle erken çocukluk ya da adolesanstadır (Christenson ve ark. 1991 a, Swedo ve ark. 1991, Gelder, Gath ve Mayou 1993, King ve ark. 1995 b). Son yıllarda trikotilomanînin erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı tip olmak üzere iki farklı grupta incelenmesi eğilimi doğmuştur. Erken başlangıçlı tipin görülme sıklığı, kadın ve erkeklerde eşit olup, prognozu daha iyidir. Geç başlangıçlı tip kadınlarda fazla görülmekte ve kronik bir gidiş göstermektedir.

Yapılan araştırmaların fenomenolojik, nörobiyolojik ve ailesel-genetik verileri, trikotilomanînin obsesif kompulsif bozuklukla (OKB) birlikteliğinin sık olduğunu ve iki bozukluğun ilişkili olabileceğini göstermiştir (Swedo ve Rapoport 1991, Kerbeshian ve Burd 1991, Lenane ve ark. 1992). Son yıllarda trisiklik antidepressanlar (TSA), seçici serotonin geri alım inhibitörleri

\* Arş. Gör. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Anabilim dalı, İzmir.

\*\* Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir.

\*\*\* Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir.



(SSGİ), monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) ve atipik antidepresanlara yanıt veren bozuklukları afektif spektrum bozuklukları adı altında sınıflandırma eğilimi doğmuştur. OKB'un da aynı spektrumda incelenebileceği, fakat yapılan araştırmalara dayanılarak beden dismorfik bozukluğu, dürtü denetim bozuklukları, yeme bozukluklarının, belki kompulsif spektrum bozuklukları gibi ayrı bir kategoride yer almasının daha uygun olacağı ileri sürülmüştür (Leonard ve Tollefson 1994). Trikotilomanide, özellikle SSGİ'leri ve lityuma yanıt alınması, öncelikle serotonerjik ve dopaminerjik, hatta noradrenerjik sistem disfonksiyonlarının olasığını akla getirmektedir (Coccaro ve ark. 1989, Kruesi ve ark. 1990, Polard ve ark. 1991, Mc Elroy ve ark. 1992, Stein ve ark. 1993).

Bu bozuklukta, psikanalitik görüşe göre ayırma ve bireyselleşme süreçlerinin önemli olduğu düşünülürken, davranışçı görüşe göre tablonun çocukluk çağına özgü bir alışkanlık olabileceği ileri sürülmüştür (Fenichel 1945, Greenberg ve Sarner 1965, Kohut 1977).

Bu çalışmada çocukluk çağı trikotilomani olgularının demografik ve klinik özellikleri incelenmiş, psikiyatrik komorbiditelerinin, gidiş ve tedavi sonuçlarının araştırılması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM VE BULGULAR

Ocak 1993 ve Temmuz 1995 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Genç Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ve DSM-IV ölçütlerine göre trikotilomani tanısı almış 12 olgunun dosyaları gözden geçirildi.

İncelenen olguların yaş aralığı 4-15, yaş ortalaması  $12\pm 3.43$  ve 7'si kız (% 59.3), 5'i erkekti (% 41.6). Kız ve erkek olguların sayıları birbirine yakın olmakla birlikte, kız / erkek oranı yaklaşık 1.4 olarak bulundu.

Aile yapılarına bakıldığında, 10 olgunun çekirdek aile, 1 olgunun geniş ve yine 1 olgunun parçalanmış aileden geldiği saptandı.

Olguların 5'i ailenin 1. çocuğu, 5'i ailenin 2. çocuğu ve kalan 2 olgu da ailenin 3. çocuğu olup, 4. olgu ikiz eşiydi ve ikizinde hastalık belirtileri saptanmadı.

Aileye giren toplam gelir düzeyine göre olguların 8'i orta, 2'si alt ve yine 2'si üst sosyoekonomik düzeyden gelmekteydi.

Anne baba arasında akraba evliliği olan yalnızca 1 olgu vardı ve anne-baba 2. dereceden ak-

raba idiler. Olguların soygeçmişleri incelendiğinde, 1 olgunun ailesinde psikiyatrik hastalık bulunduğu saptandı. Bu olgu anne babası akraba olan olgu olup, 11 yaşındaki ağabeyinde geçirilmiş trikotilomani öyküsü vardı ve halasında kronik trikotilomani ve trikofaji öyküsünün oluşu dikkat çekiciydi.

Olguların klinik özellikleri Tablo 1.'de özetlenmiştir. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı  $9.33\pm 0.98$  olup, en küçük başlangıç yaşı 3, en büyük başlangıç yaşı ise 14 idi.

Tablo 1. Olguların klinik özellikleri

OLGULAR	CİNSİYET	YAŞ	BAŞLANGIÇ YAŞI	HASTALIK SÜRESİ	BÖLGE
1	E	11	9	2 YIL	Saç
2	K	11	8	3 YIL	Saç, kaş, kirpik
3	E	12	9	3 YIL	Saç
4	K	4	3	1 YIL	Saç
5	E	12	11	1 YIL	Saç
6	E	15	12	3 YIL	Saç, kaş, kirpik
7	K	15	8	7 YIL	Saç
8	K	15	11	4 YIL	Saç, kaş, kirpik
9	K	14	14	0-6 AY	Saç
10	E	7	3	4 YIL	Saç
11	K	14	11	3 YIL	Saç
12	K	14	11	3 YIL	Saç

Ortalama hastalık süresi  $2.66\pm 0.83$  yıl olup, en kısa süre 6 ay, en uzun süre 7 yıl olarak bulundu.

Kurumumuzdan önce hekim başvurusu 3 olguda söz konusu olup, bu olgular ilk başvurularını dermatologlara yapmışlardı. İlk kez psikiyatrya başvuran olgu sayısı 9 idi. 9 olguda saç yolma davranışını başlatan etken saptanamadı. 2 olguda bitlenme, 1 olguda anne ve babanın boşanması olayı başlatan etken olarak dikkati çekiyordu. Ana babası boşanan olgu halen babasının yanında yaşamını sürdürmekteydi.

Ana baba tutumları incelendiğinde, eleştirici-mükemmeliyetçi anne tutumu olguların 8'inde, edilgen-duygularını belli etmeyen baba tutumu ise 1 olguda saptandı. Diğer olguların ana baba tutumlarında patoloji saptanmadı.

9 olguda yalnızca saç yolma, 3 olguda saç ek olarak kaş, kirpik yolma davranışı da söz konusuydu. Olguların 10'u saçlarını birer birer, 2'si gruplar halinde yalmaktaydı. 4 olguda saç yolma davranışı öncesinde pruritus yakınması varken, hiçbir olgu ağrıdan yakınmıyordu.

12 olgunun 11'inde saç yolma davranışından hemen önce giderek artan bir gerginlik duygusu



ve yolmanın ardından bir rahatlama söz konusu olup, 11 olguda da semptom ego-distonikti. 4 yaşındaki diğer olgudan bu konularda güvenilir bilgi alınmadı.

Semptom, 6 olguda yalnız kaldığında, 4 olguda hem yalnızken hem de aile bireylerinin yanındayken, 1 olguda ise herkesin yanındayken ortaya çıkabiliyordu.

6 olguda yalnızca ders çalışırken, 2 olguda TV izlerken, 4 olguda ise hem ders çalışma, hem TV izleme, hem de uykuya dalma sırasında beliriyordu.

Saç yolma davranışının diurnal varyasyonuna bakıldığında, 9 olguda yalnızca akşam, 2 olguda yalnızca gündüz ve 1 olguda hem akşam, hem gündüz gözlemediği dikkati çekiyordu.

Saç yolma bütün olgularda episodlar halinde beliriyor ve episodlar 5 olguda haftalar, 4 olguda aylar, 3 olguda günler sürüyordu.

Eşlik eden alışkanlık olup olmadığı incelendiğinde, 7 olguda alışkanlıkların bulunduğu ve bunlardan tırnak yeme, parmak emme, sallanma davranışının 6 olguda görüldüğü ve 1 olguda da dudak ısırmanın olduğu saptandı.

Suçluluk duygusu ve kendine zarar verme davranışı, 2 olguda söz konusu olup, olgulardan biri elini sert bir zemine vurarak zedelemiş, bir diğeri de parmaklarını yakmaya çalışmış ve parmaklarında 2. derece yanık oluşmuştu.

Olgulardan 5'i saçsız bölgeyi örtme amacıyla kasket, başörtüsü ya da peruk gibi bir aksesuar kullanmaktaydı.

Hastalığın gidişine bakıldığında, ilk ortaya çıkışından o ana kadar geçen sürede, 7 olguda aylar, 5 olguda haftalar içinde bir ilerleyiş gözlenmiştir.

Obsessif-kompulsif belirtiler araştırıldığında, 2 olguda bunların bulunduğu ve bu olgulardan birinin aynı zamanda Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı aldığı dikkati çekmiştir. Obsesif kompulsif belirtiler, komorbid tanı ve tedaviyle ilgili bilgiler Tablo 2.'de gösterilmiştir.

Trikotilomaniye eşlik eden bir diğer psikiyatrik bozukluğun varlığı incelendiğinde, 12 olgunun 8'inde komorbid bir psikiyatrik tanı bulunduğu saptandı. Komorbid tanı, olguların 3'ünde depresyon, 2'sinde hafif derecede mental retardasyon, 1'inde obsesif-kompulsif bozukluk, 1'inde

enürezis nokturna ve yine 1'inde davranım bozukluğu şeklindeydi.

**Tablo 2: Olguların obsesif kompulsif belirti, komorbid tanı ve tedavi açısından dağılımı**

OLGULAR	ALIŞKANLIK	OBS.KOMP. BELİRTİ	KOMORBİD TANI	TEDAVİ
1	Tırnak Yeme	Var	Depresyon	DK+İmipramin
2	Parmak Emme	-	Davranım Bozukluğu	DK+İmipramin+Nörol.
3	Sallanma	-	-	DK
4	-	-	E. Nokturna	DK
5	Sallanma	-	-	DK+İmipramin+Nörol
6	Dudak Isırma	-	-	DK+İmipramin.
7	Parmak Emme	-	Depresyon	DK+Fluoksetin
8	Tırnak Yeme	Var	Obs. Komp. Bozukluk	DK+Klomipramin
9	-	-	-	DK
10	-	-	Mental Retardasyon	DK+Klomipramin
11	-	-	Depresyon	DK+Sertralin
12	-	-	Mental Retardasyon	DK+Klomipramin

İzlem ve tedavi süreçleri boyunca tüm olgular, davranışçı-kognitif terapi almışlardır. Yalnızca davranışçı-kognitif terapi uygulanan olgu sayısı 3 olup, her 3'ünde de tedaviye yanıt ikinci ayda gözlenmiş ve her 3 olgu da ortalama altı ay süreyle izlenip tam olarak iyileşmişlerdir.

Davranışçı-kognitif terapiye ek olarak farmakolojik tedavi alan olgu sayısı 9 dur. Farmakolojik ajan olarak her birine antidepresan uygulanmıştır. Seçilen antidepresanlardan 7'si trisiklik, 2'si SSRI grubundandır. Tablo 2.'de görüldüğü gibi, bu olgulardan 4'ü (1, 2, 5, 6, nolu olgular) imipramin, 3'ü (8, 10, 12 nolu olgular) klomipramin ve 1'i (11 nolu olgu) sertralin kullanmıştır. Antidepresan kullanan olgulardan yalnızca 2'sinde nöroleptik eklenmesi gerekmiştir.

İmipramin kullanan olgulardan 2'si, altı ay süreyle 75 mg / gün dozda ilaç almış ve tedaviye yanıt yaklaşık ikinci ayda ortaya çıkmış, altıncı ayın sonunda her 2 olgu da tam olarak iyileşmişlerdir. İmipramin kullanan diğer 2 olgunun birinde yanıt alınmaması ve bir diğerinde yaklaşık dördüncü ayda relaps gözlenmesi üzerine dördüncü ayda tedaviye nöroleptik eklenmiş, yaklaşık altı ay süreyle nöroleptik kullanımı sürdürülmüş, her 2 olgu da birinci yıl sonunda kısmi düzelmeye göstermiştir ve halen izlemleri sürmektedir. Bu 2 olguda seçilen nöroleptikler

den biri haloperidol olup, ortalama günlük dozu 5 mg olacak şekilde belirlenmiştir. Diğeri tiyridazindir, ortalama günlük dozu 50 mg olacak şekilde ayarlanmıştır. İki nöroleptiğe alınan yanıt birbirinden farklı olmayıp, tiyridazinin olası saç dökücü etkisi de gözlenmemiştir.

Klomipramin alan 3 olguda, günlük ilaç dozu 75-100 mg olarak düzenlenmiş, tedaviye yanıt yaklaşık 2-4 aylar arasında ortaya çıkmış ve birinci yıl sonunda olgularda belirgin düzelme gözlenmiştir. Bu olguların izlemi halen sürmektedir. Klomipramin alan 1 olguda (7 nolu olgu) ise dört ay süreyle günlük 100 mg doz uygulanmasına karşın hiçbir yanıt alınamaması üzerine, serotonin geri alım inhibitörlerinden fluoksetine geçilmiş, ortalama 40 mg günlük doz ile semptomlarda ikinci ayda belirgin düzelme gözlenmiştir. Halen bu olgunun da izlemi sürmektedir.

Sertralin kullanan olgunun ortalama ilaç dozu günlük 100 mg olacak şekilde sürdürülmüş, tedaviye yanıt yaklaşık ikinci ayda gözlenmiş ve altıncı ay sonunda belirgin düzelme sağlanmıştır. Yine bu olgunun da izlemi halen devam etmektedir.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, üzerinde oldukça az araştırma yapılmış bir konu olan çocukluk çağı trikotilomanisi ve 12 çocuk olgunun özelliklerinin araştırılması amaçlandı.

Yaklaşık ikibuçuk yıl gibi bir süre içinde birimize başvuran trikotilomanili olgu sayısının 12 olduğu düşünülecek olursa, aslında bu hastalığın sanıldığı kadar seyrek olmadığı ileri sürülebilir. Trikotilomani kadınlarda erkeklerden daha sık görülmekte, hatta bu oranın yaklaşık 4:1 şeklinde olduğu söylenmektedir (Christenson ve ark. 1991 a, 1991 b, Mc Elroy ve ark. 1992, King ve ark. 1995 b). Ancak King ve arkadaşlarının (1995 a) 794 İsraili genç grubunda yaptığı epidemiyolojik çalışmada 8 olgu saptanmış olup, bunlardan 5'i erkek, 3'ü kızdır. Ünal ve arkadaşlarının (1995), 9 yıllık süre içinde başvuran 15088 hastayı retrospektif olarak inceledikleri çalışmada, 25'i kız, 19'u erkek olmak üzere 44 olgu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da 12 olgunun 7'si kız (% 58.3), 5'i erkek (% 41,6) olup, kız /erkek oranı 1.4 tür ve bu hastalığın kadınlarda daha sık ortaya çıktığı görüşünü desteklemektedir.

Başlangıç genelde erken çocukluk çağı ya da adolesansda olmaktadır (Christenson ve ark.

1991 a, Swedo ve ark. 1991, Mc Elroy ve ark. 1992, King ve ark. 1995b). Başlangıcın en sık olduğu yaş aralığı da 11-15 yaşlar olarak bildirilmiştir (Christenson ve ark. 1991 a). Bizim olgularımızda da başlangıç en fazla 11-15 yaşlar arasında saptanmıştır ki bu da Christenson ve arkadaşlarının bulgularını desteklemektedir.

Son yıllarda öne sürüldüğü gibi, 6 yaş öncesi başlayan "erken başlangıçlı tip" kız ve erkeklerde eşit sıklıkta görülmekte ve hızlı ilerlemekte, telkin ve davranışçı terapiye iyi yanıt vermektedir. 13 yaş sonrası başlayan "geç başlangıçlı tip" ise kızlarda fazla görülmekte, kronik bir gidiş göstermektedir (Burt 1995). Bizim çalışmamızda erken başlangıçlı olan 2 olgudan 1'i, yalnızca davranışçı-kognitif terapiyle 4 ayda tam düzelme göstermiştir.

Etyolojide psikanalitik görüşe göre, ayrılma ve bireyselleşme süreçleri üzerinde durulmakta (Fenichel 1945, Kohut 1977); olguların anne tutumlarının eleştirici mükemmeliyetçi oluşuna dikkat çekilmektedir. Baba tutumu da genelde edilgen, duygularını belli etmeyen özellik taşımaktadır. Bizim olgularımızın 8'inde anne tutumu eleştirici-mükemmeliyetçi olarak değerlendirilmiştir.

Yapılan aile-genetik çalışmaları, hastalığın multifaktöriyel bir kalıtımının olabileceğini göstermiştir (Kerbeshian ve Burd 1991). Bizim bir olgumuzda ana baba birinci dereceden akraba olup, olgunun ağabeyi ve halası trikotilomani tanısı almışlardır.

Başlangıç bazılarında stresli bir yaşam olayından sonra olabilmekteyse de, genelde uzun yıllar almaktadır (Christenson ve ark. 1991 a, Gelder, Gath ve Mayou 1993, Burt 1995). Birinci sırayı genelde saçlar almakta, ikinci sırada kirpik ve kaşlar gelmektedir (Christenson ve ark. 1991 a, King ve ark. 1995 a). Olgularımızın da 9'unda saç birinci bölgedir. Saç yolma çoğunlukla ritüalistik bir davranış olarak, oturularak yapılan uğraşlar sırasında ortaya çıkar (Burt 1995, King ve ark. 1995 b). Çocukluk çağında bu daha çok ders çalışma sırasında gözlenmekte olup, olgularımızın 6'sında da aynı durum söz konusudur. Yine genellikle davranıştan hemen önce giderek artan bir gerginlik duygusu ve ardından rahatlamamanın olması tanı koymak için şarttır (APA 1994). Olgularımızın 11'i bu durumu açık şekilde tanımlamışlardır. Yolma davranışı sırasında bazı hastalar pruritusu yakınsalar da genellikle ağrıdan söz etmemektedirler (Christenson ve ark. 1991 a, King ve ark. 1995 b). Araştırmamızda pruritus yakınması 4 olguda saptanırken, ağrı



yakınmasına rastlanmamıştır. Semptomun çoğunlukla kişi yalnız kaldığında ortaya çıkıyor oluşu (Christenson ve ark. 1991 a) ve bizim olgularımızın 6'sında da aynı durumun varlığı, hekime başvuruyu geciktiren nedenlerden biri olabilir.

Eşlik eden tırnak yeme, parmak emme ve salınma gibi diğer semptomlar ya da alışkanlık davranışlarının % 85 oranında görüldüğü bildirilmektedir (Christenson ve ark. 1991 a, Jefferson ve Thompson 1995, King ve ark. 1995 b, Ünal ve ark. 1995). Bizim araştırmamızda bu davranışlar 7 olguda saptanmıştır.

Trikotilomaninin diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülme olasılığının yüksek olduğundan sözedilmektedir. Eşlik eden psikiyatrik tanılar olarak, başta duygudurum ve anksiyete bozuklukları, şizofreni, mental retardasyon, alkol ve madde kötüye kullanımı gelmektedir (Christenson ve ark. 1991 a, Mc Elroy ve ark. 1992, King ve ark. 1995 a). Hatta obsessif-kompulsif bozukluğun farklı bir şekli olarak bile kabul eden araştırmacılar vardır (Swedo ve Rapoport 1991, Kerbeshian ve Burd 1991, Rapoport ve ark. 1994). Bizim olgularımızda da komorbid psikiyatrik tanı 8 olguda bulunmakta olup, birinci sırayı depresyon almıştır ve 1 hastaya da obsessif kompulsif bozukluk tanısı konmuştur. Trikotilomaninin farmakolojik tedavisinde, beyin serotonin kullanımını artırarak etki gösteren SSGİ'leri, TSA'lar ve lityum etkili olmaktadır. Bunlardan fluoksetin ve klomipraminin en iyi sonuç verdiği, aynı zamanda uzun süreli iyileşme sağlayabildiği bildirilmektedir (Pollard ve ark. 1991, King ve ark. 1995 b). Ancak geç başlangıçlı tipte uzun süreli iyileşmeler sağlansa da semptomlar erişkin çağda yeniden belirmektedir (Stein ve ark. 1993). Bizim araştırmamızda, bir hastada klomipramine yanıt alınması üzerine fluoksetine geçilmiş ve hızlı yanıt alınmış; ayrıca 2 hastaya da nöroleptik eklenmesi gerekmiştir. Ancak klomipramin ve imipramine yanıt birbirine benzer olup, sertralin kullanan olgumuzda tedavi yanıtı daha hızlı olmuştur. Bu bulgular da fluoksetin ve sertralinin tedavide daha etkin olduğunu akla getirmektedir. Yine nöroleptik eklenmesi de yanıtı hızlandırmıştır. Tedaviye dirençli 7 trikotilomani olgusunun 3'ünde düşük doz pimozid eklenmesiyle hızla yanıt alındığına dikkat çekilmiştir (Stein ve ark. 1992, 1993). Bizim çalışmamızda da nöroleptik eklenen olgularımızda tedaviye yanıtın hızlandığı açık şekilde görülmüştür. Beyinde serotonin düzeyini artıran ilaçların, dopamini baskılaması ve eklenen antipsikotik-

lerle de bu etkinin güçlendirilmesi söz konusu olabilir. Bu da etyolojide dopaminerjik sistemin de sorumlu tutulabileceğini ileri süren görüşleri desteklemektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Trikotilomani ister bir semptom, ister bir sendrom olarak ortaya çıksın, başlangıcı sıklıkla çocukluk çağı ya da adolesansta olmakta ve ister kompulsif, ister sembolik bir davranış olsun belki aynı zamanda gelişimsel bir krizi de yansıtmaktadır. Bu nedenle henüz çok iyi anlaşılammış bu bozuklukla ilgili epidemiyolojik, fenomenolojik araştırmalara, komorbidite ve aile genetiğine yönelik incelemelere, gidiş ve prognozla ilgili izlem çalışmalarına gereksinim vardır. Farmakolojik tedavi yaklaşımlarının sonuçları da, tedavi etkinliği ve güvenilirliğinin araştırılmasında, ileri sürülen etyolojik etkenlerin aydınlatılmasında yardımcı olacaktır.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised)*. Washington D.C.. sa:177.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. Washington D.C.. s: 237-238.
- Burt VK (1995) *Impulse-control disorders not elsewhere classified and adjustment disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry (IV) içinde. Hİ Kaplan. BJ Sadock (ed). Williams and Wilkins. USA. s: 1412-1415.*
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE (1991 a) *Characteristics of 60 chronic hair pullers. Am J Psychiatry. 148: 365-371.*
- Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE (1991 b) *Estimated lifetime prevalence of tricotillomania in college students. J Clin Psychiatry. 52: 415-417.*
- Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM (1989) *Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. Arch Gen Psychiatry. 46: 587-599.*
- Fenichel O (1945) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis. W.W. Norton, New York. s: 335. 349. 458.*
- Gelder M, Gath D, Mayou R (1993) *Skin disorders. Oxford Textbook of Psychiatry içinde. M Gelder, D Gath, R Mayou (ed). Oxford University Press, Oxford. s: 458-459.*
- Greenberg HR, Sarnier CA (1965) *Tricotillomania: symptom and syndrome. Arch Gen Psychiatry. 12: 482-489.*

- Jefferson JW, Thompson TD (1995) Rhinotillexomania: psychiatric disorder or habit? *J Clin Psychiatry*, 56: 56-59.
- Kerbeshian J, Burd L (1991) (Mektup) Familial tricotillomania. *Am J Psychiatry*, 148: 684-685.
- King RA, Zohar AH, Ratzoni G ve ark (1995) An epidemiological study of tricotillomania in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 1212-1215.
- King RA, Scahill L, Vitulano L (1995) Childhood tricotillomania: clinical phenomenology, comorbidity and family genetics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 1451-1459.
- Kohut H (1977) *The Restoration of the self*. International Universities Press. New York. s: 111-112.
- Kruesi MJP, Rapoport JL, Hamburger S (1990) CSF monoamine metabolites, aggression and impulsivity in disruptive behavior disorders of children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 47: 419-426.
- Lenane B, Tollefson G (1994) Academic highlights focus on SSRI: broadening spectrum of clinical use. *J Clin Psychiatry*, 10: 459-467.
- Mc Elroy SL, Hudson JI, Pope HG (1992) The DSM - III-R. Impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*, 149: 319-327.
- Mehregan AH (1970) Tricotillomania: a clinicopathologic study. *Arch Dermatol*, 102: 129-133.
- Muller SA (1987) Tricotillomania. *Dermatol Clin*, 5: 249-265.
- Pollard CA, Ibe IO, Krojanker DN (1991) Clomipramine treatment of tricotillomania: a follow-up report on four cases. *J Clin Psychiatry*, 52: 128-130.
- Rapoport JL, Sewedo S, Leonard H (1994) Obsessive - compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry içinde*. M Rutter, E Taylor, L Hersov (ed). Blackwell Science Ltd, Oxford. s: 445-446.
- Stein DJ, Hollander E (1992) Low -dose pimozide augmentation of serotonin reuptake blockers in the treatment of tricotillomania. *J Clin Psychiatry*, 53: 124-126.
- Stein DJ, Hollander E, Liebowitz M (1993) Neurobiology of impulsivity and the impulse control disorders. *J Neuropsych Clin Neurosciences*, 5: 9-17.
- Swedo SE, Rapoport JL (1991) Annotation: tricotillomania. *J Child Psychol Psychiatry*, 32: 401-409.
- Ünal F, Bayşal B, Pehlivan Türk B ve ark. (1995) Çocuklarda tricotillomani: Sosyodemografik özellikler ve klinik değişkenler. 5. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresi, Ankara.