

Trikotillomani Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Klinik Özellikler ve Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

Clinical Features and Accompanying Psychiatric Disorders in Children and Adolescents Diagnosed with Trichotillomania

✉ Nesrin Türk¹, ✉ Cem Gökçen²

¹Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Adana, Türkiye

²Prof. Dr. Cem Gökçen Özel Muayenehane, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Trikotillomani (TTM), tekrarlayan saç çekme davranışına bağlı olarak belirgin düzeyde saç kaybı ile karakterize edilen bir klinik psikiyatrik tablodur. Bununla birlikte, TTM, özellikle sosyal ve yakın ilişkiler de dahil olmak üzere birçok alanda belirgin sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya yol açabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, TTM tanısı almış çocuk ve ergen olgularda genel klinik özellikleri ve eşlik eden psikiyatrik tanıları değerlendirmek ve bu bireyleri sağlıklı bir grup ile karşılaştırmaktır. Çalışmada, TTM tanısı olan olgularda özellikle anksiyete ve depresyon gibi diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik edebileceği hipotezi üzerinde durulmuştur. Elde edilen verilerle güncel literatüre katkıda bulunulması ve TTM tanısına bütüncül bir yaklaşımın önemine dikkat çekilmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, TTM tanısı almış ve bu tanı ile takip edilen 8-17 yaş arası 41 çocuk ve ergen ile herhangi bir ek kronik hastalığı veya psikiyatrik tanısı olmayan kırk bir sağlıklı birey dahil edilmiştir. Araştırmada sosyo-demografik veri formu, okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni ölçeğinin Türkçe versiyonu - (şimdi ve yaşam boyu versiyonu), çocuklarda kaygı ve depresyon ölçeği - (yenilenmiş çocuk versiyonu), çocuklarda kaygı ve depresyon ölçeği (yenilenmiş ebeveyn versiyonu) kullanılmıştır.

Bulgular: En fazla saç çekme davranışının saçlı deri, kaş ve kirpiklerden olduğu saptanmıştır. Olguların 37'sinde (%90,2) yaşam boyu en az bir psikiyatrik tanı, 34'ünde (%82,9) ise en az bir güncel psikiyatrik tanı mevcuttur. Anksiyete bozuklukları, şimdi ve yaşam boyu ek tanılarda en sık görülen ek psikiyatrik tanıdır.

Sonuç: TTM tedavisine bütüncül bir yaklaşım, TTM'nin tanı ve tedavisinde en önemli noktalardan biridir.

Anahtar Kelimeler: Saç yolma bozukluğu, çocuk psikiyatrisi, komorbidite

ABSTRACT

Objectives: Trichotillomania (TTM) is a clinical psychiatric condition in which significant hair loss occurs due to repeated hair pulling. However, TTM can result in significant distress and impairment in functionality, especially in a wide range of areas, including social and intimate relationships. The purpose of this study is to evaluate psychiatric diagnoses that provide general clinical features and characteristics in children and adolescents diagnosed with TTM and to compare them with a healthy group. In these cases, in addition to the diagnosis of TTM, study programs are based on the hypothesis that anxiety and other psychiatric disorders may also be present. This study aims to contribute to the current literature with the data obtained and to emphasize the importance of a holistic approach to TTM.

Materials and Methods: Forty-one children and adolescents aged 8-17 years diagnosed with TTM and being followed up with this diagnosis, along with 41 healthy cases without any additional chronic disease or psychiatric diagnosis, were included in the study. In the study, a socio-demographic data form, the Turkish version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version the Revised Children's Anxiety and Depression Scale-Child Version, and the Revised Anxiety and Depression Scale-Parent Version were used.

Results: It was determined that the most common hair-pulling behaviours involved the scalp, eyebrows and eyelashes. At least one lifetime psychiatric diagnosis was present in 37 cases (90.2%) and at least one current psychiatric diagnosis was present in 34 cases (82.9%). Anxiety disorders were the most common psychiatric comorbidities in current and lifetime co-diagnoses.

Conclusion: A holistic approach to TTM treatment is one of the most important points in the diagnosis and treatment of TTM.

Keywords: Trichotillomania, child psychiatry, comorbidity

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Nesrin Türk, Uzm. Dr., Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Adana, Türkiye

E-posta: nsm.gzr@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-0192-454X

Geliş Tarihi/Received: 30.11.2023 **Kabul Tarihi/Accepted:** 19.04.2024 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 28.03.2025

Atf/Cite this article as: Türk N, Gökçen C. Clinical features and accompanying psychiatric disorders in children and adolescents diagnosed with trichotillomania. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2025;32(1):21-8

Copyright © 2025 Yazar. Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.



Giriş

Trikotillomani (TTM, saç yolma bozukluğu), tekrarlayan saç (kıl) çekme davranışına bağlı olarak belirgin düzeyde saç kaybının görüldüğü bir klinik psikiyatrik tablodur.¹ TTM, özellikle sosyal ve yakın ilişkileri de içeren birçok alanda belirgin sıkıntı ve işlevsellikte bozulma ile sonuçlanabilmektedir.² Klinik olarak, kişide yineleyici olarak saç yolmayı azaltma veya durdurma girişimleri mevcuttur.³

Çocukluk çağında TTM prevelansının, erişkinliğe göre çok daha yüksek olduğu ve saç çekme davranışının genellikle çocukluk çağında başladığı bilinmektedir; ancak pediatrik TTM ile ilgili araştırmalar oldukça seyreklerdir.^{4,5} Saç çekme davranışı sıklıkla erken yaşlarda, özellikle 10-13 yaşlarında, başlamaktadır ve kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir.^{4,6-8}

TTM tanısı olan çocuk ve ergen hastalarda sıklıkla kafa derisindeki saçlar çekilmekle birlikte; kaş, kirpik, kollar, bacaklar, koltuk altları, kulak içi, burundaki kıllar ve genital bölgedeki kıllar gibi beden her hangi bir bölgesindeki diğer kıllar da çekilebilmektedir.⁶ Kaşlar ve kirpikler, kafa derisinden sonra en yaygın kıl çekilen alanlardır.^{6,9,10} Çocuklar genellikle sadece kafa derisindeki saçlı deriden kıl çekerler ve diğer bölgelerden kıl çekme olasılıkları daha düşüktür.^{9,11,12}

Çocukluk çağı alopesisinin yaygın nedenlerinden biri olan TTM, tedavi edilmediği takdirde ciddi sosyal ve psikolojik işlev bozukluğunun yanı sıra çeşitli tıbbi komplikasyonlar ile de sonuçlanabilmektedir.¹³⁻¹⁵

Bu çalışmanın amacı, TTM tanılı çocuk ve ergen olgularda genel klinik özellikleri ve eşlik eden psikiyatrik tanıları değerlendirmek ve TTM tanılı olguları sağlıklı grup ile depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırmaktır. Bildiğimiz kadarıyla, ülkemizde TTM tanısı olan çocuk ve ergen olgularla yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu olgularda TTM tanısına, özellikle anksiyete ve depresyon gibi diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik edebileceği hipotezi üzerinden bir çalışma oluşturulmuştur. Elde edilen verilerle güncel literatüre katkıda bulunulması ve TTM tanısına bütüncül yaklaşımın önemine dikkat çekilmek istenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, Kasım 2018-Kasım 2019 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, beşinci baskı (DSM-5) kriterlerine göre TTM tanısı almış, 8-17 yaş aralığında olan ve ek kronik hastalık (epilepsi, diabetes mellitus, çölyak hastalığı gibi) ile otizm spektrum bozukluğu, zihinsel yetersizlik veya psikotik bozukluk tanısı bulunmayan kırk bir olgu dahil edilmiştir. Kontrol grubu ise Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, geçmişte veya şu anda psikiyatri başvuru öyküsü ve kronik bir hastalığı olmayan, 8-17 yaş arası kırk bir çocuktan oluşmaktadır.

DSM-5'e göre TTM tanısı konulan 8-17 yaş arası çocuklar ve ebeveynleri ile sosyo-demografik veri-klinik formu ve çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği yenilenmiş aile formu (ÇADÖY-A), çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği yenilenmiş çocuk formu (ÇADÖY-Ç) ile okul çağı (6-18 yaş) çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu versiyonu-Türkçe versiyonu (ÇDŞG-ŞY-TV) kullanılarak değerlendirme yapılmıştır.

Kontrol grubundaki 8-17 yaş arası çocuklar ve ebeveynleri ile ÇADÖY-A, ÇADÖY-Ç ve okul çağı (6-18 yaş) için ÇDŞG-ŞY-TV kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. ÇADÖY-Ç ve ÇADÖY-A formları araştırmacı tarafından katılımcı ve ebeveynlerine verilmiş olup, bireyler tarafından doldurulmuştur. Çalışmada TTM tanısı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki de değerlendirmek istendiğinden, bireylerin kendi içsel gözlemlerinin yanı sıra ebeveynlerin dış gözlemlerinin de dikkate alınabilmesi amacıyla her iki ölçekte (ÇADÖY-Ç ve ÇADÖY-A) kullanılmıştır.

Etik kurul onayı Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulu'ndan alınmıştır (karar numarası: 2018/270, tarih: 21.11.2018). Çalışmaya davet edilen çocuk, ergen ailelerinden çalışmanın amaç ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve çalışmayı kabul ettiklerini gösteren yazılı onamları alınmıştır.

Sosyo-demografik ve Klinik Veri Formu: Hastanın sosyo-demografik verileri arasında hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, ebeveynlerin yaşı ve eğitim düzeyleri, ailenin yapısı, gelir seviyesi ve ebeveynlerin herhangi bir psikopatolojiye sahip olup olmadığı ile ilgili veriler bulunmaktadır. Klinik veri kısmında ise hastalara, ilk TTM tanısının hangi yaşta konulduğu, aldığı tedaviler, daha sık hangi bölgelerden ve hangi aktiviteler esnasında saç çekme davranışının görüldüğü, sonrasında saçıyla ne yaptığı ve ilk olarak hangi bölüme başvurduğu ile ilgili veriler yer almaktadır. Sosyo-demografik ve klinik veri formu, araştırmacı tarafından ebeveynlere (anne ve/veya baba) sorularak doldurulmuştur.

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli: Çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini taramak amacıyla Kaufman ve ark.¹⁶ tarafından geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Yirmi üç farklı tanı alanında değerlendirme yapabilen bu form, okul çağı ÇDŞG-ŞY DSM-5 Kasım 2016 Türkçe uyarlamasının çeviri ve geri çevirisi ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ünal ve ark.¹⁷ tarafından yapılmıştır. ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi, çocuk hakkında bilgi verebilecek en az bir ebeveynin katılımıyla yapılmıştır. Çocuktan ve en az bir ebeveyninden alınan bilgiler ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek değerlendirme tamamlanmıştır. Hem hasta hem kontrol grubu, bu yarı yapılandırılmış görüşmeye göre değerlendirilmiştir.

ÇADÖY-Ç: ÇADÖY-Ç, çocuk ve ergenlerde DSM-IV'e dayalı anksiyete bozuklukları ve depresyon ile ilgili semptomları değerlendiren 47 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir.

Katılımcılar her maddeyi 0-3 arasında puanlamaktadır.¹⁸ Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Gormez ve ark.¹⁹ tarafından yapılmıştır. Çalışmada, ÇADÖY-Ç'nin özellikle mevcut anksiyete ve depresyon ölçekleri ile karşılaştırmalı testlerde uygunluk gösterdiği saptanmıştır.¹⁹

ÇADÖY-A: ÇADÖY-A, çocuk ve ergenlerde DSM-IV'e göre anksiyete bozuklukları ve depresyon ile ilgili semptomları değerlendiren ve 47 maddeden oluşan bir aile bildirim ölçeğidir. Katılımcılar, her maddeyi 0-3 arasında değerlendirdiği dört farklı puan içeren Likert tip bir ölçektir.²⁰ Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2017 yılında Gormez ve ark.²¹ tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Analizlerde sosyal bilimler için kullanılan istatistik programı SPSS 22.0 Windows versiyonu paket programı (IBM Inc., Armonk, NY) kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı analizlerle özetlenmiş, ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplar için t testi kullanılmıştır. Ölçek skorları arasındaki ilişkiler korelasyon analizleri ile değerlendirilmiştir. $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir (çift yönlü).

Bulgular

Çalışmaya katılan hasta grubundaki kız/erkek oranı 1,5/1; yaş ortalaması ise $12,56 \pm 2,57$ olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki olguların kız/erkek oranı da 1,5/1; yaş ortalaması $11,17 \pm 2,67$ idi. Yapılan değerlendirmede, 11 (%26,0) olgunun ilk tanı olduğu, 30 (%73,0) olgunun ise geçmişte tanı konup takip edilen olgular olduğu görülmüştür. İlk tanı yaşı 4 ile 16 arasında değişmekte olup, ortalama ilk tanı yaşı $10,85 \pm 2,89$ olarak saptanmıştır. Erkek çocuklarda ortalama tanı yaşı $10,25 \pm 2,08$, kız çocuklarında ise $11,24 \pm 3,29$ olarak bulunmuştur. Cinsiyetler arasında tanı yaşı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Hastaların saç çekme davranışının ilk tanı yaşından itibaren ortalama süresi 1,73 yıl olarak bulunmuştur.

Saç çekme bölgesi sıklığına bakıldığında baş bölgesindeki saçların 33 olguda (%80,5) çekildiği görülmektedir. Sakal, gövde, pubik ve koltuk altı bölgelerinden saç çeken olgu bulunmamaktadır. Olgularda en az bir, en fazla üç bölgeden saç çekme durumu mevcuttur. Tek bölgeden saç çekme sayısı 24 (%58,5) olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Saç çekilen bölge sayıları açısından cinsiyetler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 1. Saç çekme bölgelerinin olgu sayısına göre dağılımı

Bölge	Sayı (n)	Yüzde (%)
Baş	33	80,5
Kaş	12	39,3
Kırpık	10	24,4
Bıyık	2	4,9
Kol	6	14,6
Bacak	1	2,4
Birden fazla bölge	17	41,5
Tek bölge	24	58,5

Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerin yaşam boyu en fazla altı psikiyatrik ek tanı aldıkları saptanmış olup, dört olguda (%9,8) TTM tanısı dışında yaşam boyu psikiyatrik ek tanı bulunmamaktadır. Yaşam boyu psikiyatrik ek tanı ortalaması 3,26 [standart sapma (SS): 1,84] olarak belirlenmiştir. Erkek cinsiyette, kız cinsiyetine göre güncel ve yaşam boyu psikiyatrik ek tanı sayısının anlamlı düzeyde fazla olduğu saptanmıştır ($p=0,012$, $p=0,025$).

Çalışmaya katılan çocuk ve ergen olguların güncel olarak en fazla beş psikiyatrik ek tanı aldıkları gözlemlenmiş olup, yedi olguda (%17,1) TTM tanısı dışında güncel psikiyatrik ek tanı bulunmamaktadır. Güncel psikiyatrik tanı ortalaması 2,02 (SS: 1,42) olarak belirlenmiştir. Güncel psikiyatrik tanılara bakıldığında, yedi olguda ek psikiyatrik tanının olmadığı, 34 olguda ise en az bir psikiyatrik ek tanının olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik ek tanı değerlendirmesinde, iki (%4,9) olgu majör depresif bozukluk (MDB), iki (%4,9) olgu çökkün duygudurumun eşlik ettiği uyum bozukluğu, iki (%4,9) olgu distimi, iki (%0,9) olgu yıkıcı duygudurum düzenleme bozukluğu (YDDDB), 20 (%48,8) olgu anksiyete bozukluğu, altı (%14,6) olgu obsesif kompulsif bozukluk (OKB), beş (%12,2) olgu enürezis, bir (%2,4) olgu enkoprezis, 21 (%51,2) olgu dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), beş (%12,2) olgu kompleks OKB grupları, altı (%14,6) olgu ebeveyn-çocuk ilişki sorunları, iki (%4,9) olgu davranım bozukluğu (DB), sekiz (%19,5) olguda ise tik bozukluğu olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Olguların yaşam boyu ek tanı değerlendirmesinde, dört (%9,8) olguda ek psikiyatrik tanı olmadığı, 37 olguda ise en az bir psikiyatrik ek tanının olduğu saptanmıştır. Ek tanı değerlendirmesinde, olgularda altı (%14,6) olgu MDB, altı (%14,6) olgu çökkün duygudurumun eşlik ettiği uyum bozukluğu, bir (%2,4) olgu tanımlanmış depresif bozukluk, dört (%9,8) olgu distimi, bir (%2,4) olgu hipomani, beş (%12,2) olgu YDDDB, 25 (%61,0) olgu anksiyete bozukluğu, altı (%14,6) olgu OKB, 11 (%26,8) olgu enürezis, dört (%9,8) olgu enkoprezis, 23 (%56,1) olgu DEHB, altı (%14,6) olgu KOKGB, altı (%14,6) olgu ebeveyn-çocuk ilişki sorunları, iki (%4,9) olgu DB, 14 (%34,1) olgu tik bozukluğu ve beş (%12,2) olguda travma sonrası stres bozukluğu tanıları olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

ÇADÖY-A

ÇADÖY-Ç formu için total depresyon, total anksiyete ve total anksiyete ve depresyon skorları ortalaması sırasıyla 9,02 (SS: 6,49), 32,48 (SS: 21,22) ve 41,51 (SS: 26,57) olarak bulunmuştur. ÇADÖY-A formu için ise bu değerler 8,70 (SS: 5,2), 29,24 (SS: 19,36) ve 37,97 (SS: 24,12) şeklindedir. Cinsiyetler arasında ÇADÖY-Ç ve ÇADÖY-A formları için total anksiyete, total depresyon ve total anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

ÇADÖY-A formu total depresyon skorları ile hastalık süresi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0,33$, $p=0,03$). ÇADÖY-Ç formu total depresyon, total anksiyete, total anksiyete ve depresyon skorları ile ÇADÖY-A formu total

anksiyete, total depresyon, total anksiyete ve depresyon skorları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Birden fazla bölgeden saç çekmesi olanlar ile ÇADÖY-Ç ve ÇADÖY-A formları için total anksiyete, total depresyon ve total anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Şimdi ve yaşam boyu tanı sayıları ile ÇADÖY-Ç formu total anksiyete, total depresyon ve total anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Ancak, ÇADÖY-A formu total depresyon skorları açısından güncel tanı sayısı ve yaşam boyu tanı sayıları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur ($p=0,022$, $r=0,035$; $p=0,002$, $r=0,466$). Ayrıca, ÇADÖY-A formu total anksiyete ve depresyon skorları ile yaşam boyu tanı sayıları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($p=0,026$, $r=0,034$).

Tanı yaşı ile ÇADÖY-Ç ve ÇADÖY-A formları için total depresyon skorları arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,007$, $r=0,416$; $p=0,31$, $r=0,337$). Cinsiyetler

Tablo 2. Güncel ve yaşam boyu psikiyatrik tanılarının sıklığı

	Yaşam boyu n (%)	Güncel n (%)
Anksiyete bozukluğu	25 (%61)	20 (%48,8)
DEHB	23 (%56,1)	21 (%51,2)
Tik bozukluğu	14 (%34,1)	8 (%19,5)
Enürezis	11 (%26,8)	5 (%12,2)
OKB	6 (%14,6)	6 (%14,6)
Ebeveyn çocuk ilişki sorunları	6 (%14,6)	6 (%14,6)
KOKGB	6 (%14,6)	5 (%12,2)
MDB	6 (%14,6)	2 (%4,9)
Çökkün duygudurumun eşlik ettiği uyum bozukluğu	6 (%14,6)	2 (%4,9)
YDDB	5 (%12,2)	2 (%4,9)
TSSB	5 (%12,2)	-
Enkoprezis	4 (%9,8)	1 (%2,4)
Distimi	4 (%9,8)	2 (%4,9)
DB	2 (%4,9)	2 (%4,9)
Tanımlanmamış depresif bozukluk	1 (%2,4)	-

n: Sayı, MDB: Majör depresif bozukluk, YDDB: Yıkıcı duygudurum düzenleme bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, KOKGB: Karşı olma, karşı gelme bozukluğu, DB: Davranım bozukluğu, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

Tablo 3. ÇADÖY-Ç ve ÇADÖY-A total anksiyete, total depresyon, total anksiyete ve depresyon Raw skorları arasındaki ilişki düzeyleri

		ÇADÖY-A total depresyon Raw skoru	ÇADÖY-A total anksiyete Raw skoru	ÇADÖY-A total anksiyete ve depresyon Raw skoru
ÇADÖY-Ç total depresyon Raw skoru	r	0,471	0,329	0,384
	p	0,002	0,036	0,013
	n	41	41	41
ÇADÖY-Ç total anksiyete Raw skoru	r	0,464	0,519	0,537
	p	0,002	0,001	0,000
	n	41	41	41
ÇADÖY-Ç total anksiyete ve depresyon Raw skoru	r	0,482	0,488	0,518
	p	0,001	0,001	0,001
	n	41	41	41
Hastalık süresi	r	-0,337	-0,239	-0,282
	p	0,031	0,132	0,074
	n	41	41	41

ÇADÖY-A: Çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği yenilenmiş-aile formu, ÇADÖY-Ç: Çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği yenilenmiş-çocuk formu, N: Sayı, $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

arasında hem kontrol grubu hem de hasta grubunda ÇADÖY-Ç ve ÇADÖY-A formları için total anksiyete, total depresyon, total anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hasta ve kontrol grubu 8-12 yaş ve 13-17 yaş şeklinde iki gruba ayrılarak yapılan analizlerde, her iki grupta da ÇADÖY-Ç ve ÇADÖY-A formları için total anksiyete, total depresyon, total anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hasta ve kontrol grubu ÇADÖY-Ç skorlarının karşılaştırmalı analizlerinde, hasta grubunda depresyon skorları açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,014$); ancak total anksiyete, total anksiyete ve depresyon skorları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hasta ve kontrol grubu ÇADÖY-A skorlarının karşılaştırmalı analizlerinde ise hasta grubunda total anksiyete, total depresyon ve total anksiyete ve depresyon skorları açısından anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p=0,002$; $p=0,008$; $p=0,005$). Hasta ve kontrol grubu ÇADÖY skorlarının 8-12 yaş ve 13-17 yaş olarak yaş gruplarına göre karşılaştırmalı analizlerinde, hasta 8-12 yaş grubunda ÇADÖY-Ç skorlarında anlamlı fark bulunmamış; ancak ÇADÖY-A total depresyon, total anksiyete ve total anksiyete ve depresyon skorlarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,001$; $p=0,024$; $p=0,008$). Hasta 13-17 yaş grubunda ise ÇADÖY-Ç skorlarında hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamış; fakat ÇADÖY-A total anksiyete ve depresyon skorlarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,024$). Hasta ve kontrol grubu ÇADÖY skorlarının cinsiyetlere göre karşılaştırmalı analizlerinde, hasta kız cinsiyet grubunda kontrol kız cinsiyet grubuna göre ÇADÖY-Ç skorları açısından fark bulunmamış; ancak ÇADÖY-A total anksiyete, total anksiyete ve depresyon skorlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,012$; $p=0,013$). Hasta erkek cinsiyet grubunda kontrol kız cinsiyet grubuna göre ÇADÖY-Ç skorları açısından fark saptanmamış; ancak ÇADÖY-A total depresyon, total anksiyete ve depresyon skorlarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,014$; $p=0,022$).

Tartışma

Çalışmamız, Türk çocuk ve ergenlerde TTM olgularında kontrol grubu ile karşılaştırmalı yapılan ilk çalışmadır. Bu çalışmada, TTM olgularının çalışmaya alındıkları dönemdeki yaş ortalaması 12,50 (SS: 2,58) olarak saptanmıştır. Olgularda TTM başlangıç yaşı ortalaması ise 10,85 (SS: 2,89) olarak bulunmuştur. Yapılan yazın taramasında, TTM başlangıç yaşının ortalama 9-13 yaşları arasında olduğu ve çalışmamızda elde edilen bu değerlerin, yazındaki diğer çocuk, ergen ve yetişkin TTM tanılı hastalarla yapılan çalışma sonuçlarıyla uyumlu olduğu görülmüştür.^{4,22-26} Yazındaki çalışmalarda TTM tanısı açısından cinsiyetler arasında kız cinsiyetin daha baskın olduğu tespit edilmiştir.^{23,27,28} Çalışmamızda ise kız/erkek oranı 1,5/1 olarak bulunmuş ve bu oran dünyada çocuk ve ergen olgularla yapılmış diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür.^{9,29,30} Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmesinin nedeni; erkeklerin saç kesimi sayesinde durumu maskeleyebilmeleri, erkeklerde

kelliğin erkek tipi kellik ile ilişkilendirilmesi veya damgalanmaya kadınlarda daha fazla neden olma ihtimaline karşın kadınlarda daha sık klinik başvuru olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda en sık baş, kaş ve kirpik bölgelerinden saç saçma eyleminin gerçekleştiği gözlemlenmiştir. Bu bulgu, dünya genelinde çocuk ve erişkin yaş grubu TTM olguları ile yapılan diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.^{9-11,23,28,31-33} Kafa derisi, kaş ve kirpik bölgelerinin en sık saç çekilen alanlar olmasının nedeni, bu bölgelerin diğer bölgelere kıyasla daha ulaşılabilir ve görünür olması ile ilişkilendirilebilir. Çalışmamızda, hastaların yaklaşık yarısında birden fazla bölgeden saç çekmenin olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, yazında çocuk ve ergen olgularla yapılan çalışmalarda, olguların yarıya yakın kısmında birden fazla bölgeden saç çekmenin olduğu bildirilmiştir.^{11,23} Franklin ve ark.'nın³⁴ 2008 yılında yayımlanan TTM Etki Projesi isimli çalışmalarında, olguların %57,0'ında birden fazla bölgeden saç çekme eyleminin olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, erişkinlerle yapılan çalışmalarda çoklu bölgeden saç çekme oranının daha sık olduğu tespit edilmiştir.⁶ Bu bulgular ve TTM semptomlarının çocuk ve ergen yaş dönemlerinde başlangıç gösterdiği gerçeği göz önüne alındığında, zamanında ve uygun tedavi edilmeyen olgularda, zamanla saç çekilen bölge sayısının artırılabilirliği sonucuna ulaşılabilir.

TTM'ye eşlik eden yaşam boyu psikiyatrik tanılar incelendiğinde; olguların hemen hemen hepsinin (dört olgu hariç) TTM'ye ek olarak bir ya da daha fazla psikiyatrik ek tanı aldığı görülmektedir. Bu oranın, yazında yapılan diğer çalışmalardaki oranlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Ülkemizde 4-17 yaş grubundaki TTM tanısı alan çocuklarla yapılan çok merkezli bir çalışmada, çocukların %79,7'sinde en az bir psikiyatrik komorbid bozukluk saptanmıştır.¹⁰ Tolin ve ark.'nın²³ 46 hasta ile yaptıkları bir çalışmada en az bir eş tanı sıklığının %38,0 olduğu bildirilmiştir. Klobuçar ve ark.'nın⁹ bildirdiği oran ise %57,0'dır; Hanna³⁵ çalışmasında bu oran %64,0 düzeylerinde tespit edilmiştir. Yazında TTM tanılı çocuk ve ergenlerde yapılan komorbidite çalışmaları incelendiğinde, büyük çoğunluğunda ölçek puanlarına göre değerlendirme yapıldığı, ÇDŞG-ŞY gibi yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile yapılan çalışmaların sayısının az olduğu görülmektedir.^{23,31,36,37} Çalışmamızda psikiyatrik eş tanı oranlarının yüksek çıkması, ÇDŞG-ŞY'nin kullanılması ve çalışmaya uzun süredir takip edilen hastaların da dahil edilmesi ile ilişkili olabilir. Benzer şekilde, ÇDŞG-ŞY-TV uygulanarak yapılan bir başka çalışmada da komorbidite oranlarının yüksek olduğu görülmüştür.¹¹ Ayrıca, çalışmamızın yapıldığı kliniğin üçüncü basamak sağlık merkezi olması nedeniyle, çalışmadaki olguların tedavi dirençli ya da uzun süredir takip edilen olgular olduğu durumu da göz önüne alındığında; ek tanı sıklığının bu durumla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda özellikle, kız cinsiyetinde erkek cinsiyetine göre MDB, distimi ve çökkün duygudurum uyum bozukluğu tanılarının belirgin düzeyde daha sık olduğu gözlemlenmiştir. Bor ve ark.'nın³⁸ 19 çalışmanın verilerini değerlendirdikleri derlemelerde, ergenlik döneminde kız cinsiyetinde içsel problemlerin erkek cinsiyetine göre daha sık görüldüğü

belirtmiştir. Bu durum, kızların okul performansındaki değişikliklere ve kilo ile görünüm gibi dış görünüm faktörlerine daha hassas olmaları ile ilişkilendirilmiştir. Saç çekme davranışının da dış görünüşte değişikliklerle sonuçlanabileceği göz önüne alındığında, kız cinsiyetinde bu tanıların daha sık görülmesi olası bir sonuçtur.³⁸

Çalışmamızda TTM tanısına en sık anksiyete bozuklukları, DEHB ve tik bozuklukları tanılarının eşlik ettiği görülmüştür. Yazındaki diğer makalelere bakıldığında benzer şekilde, anksiyete bozukluğu eş tanısının çocuk ve ergen yaş grubunda en sık eşlik eden tanı olduğu görülmektedir.^{11,23,28,29} Bununla birlikte MDB, distimi, tanımlanmış depresif bozukluk, çökkün duygudurum uyum bozukluğu ve hipomani tanılarını duygudurum bozukluğu kategorisine dahil edildiğinde, en sık anksiyete ve duygudurum bozukluklarının TTM tanısına eşlik ettiği söylenebilir. Hasta ve sağlıklı kontrol grubu ile yapılan karşılaştırmalı analizlerde, ÇADÖY-Ç total depresyon; ÇADÖY-A total depresyon, total anksiyete, total anksiyete ve depresyon skorları açısından anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızdaki anksiyete bozukluğu eş tanı sıklığı ve hasta ile kontrol grubu arasındaki karşılaştırmalı analiz sonuçları göz önüne alındığında, TTM tanısının içselleştirme bozuklukları olan duygudurum veya anksiyete bozuklukları grubu ile ilişkisinin daha güçlü olduğu düşünülmüştür. Benzer şekilde, Hanna'nın³⁵ çalışmasında da TTM tanısının daha çok içsel veya duygudurum ile ilişkili bir klinik psikiyatrik tablo olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda, hasta ve kontrol grubu hem cinsiyet hem de yaş grupları ile yapılan ayrı ayrı karşılaştırmalı analizlerde, ÇADÖY-A skorlarında hasta grubunda kontrol grubuna göre tüm skorlarda anlamlı farklılık görülmesi, dışarıdan gözlemlenebilir düzeyde anksiyete ve depresyon düzeylerinde etkilenme olduğunu, yani işlevselliği etkileyecek düzeyde olduğunu düşündürmüştür. Saç çekme davranışı sonucunda oluşan alopesi, sosyal durumlarda güçlükler, kendini izole etme ve utanma gibi durumlara neden olarak depresyon ve anksiyete belirtilerini artırabilir.²² Ek olarak, alay edilme, utanç, akran zorbalığı ve düşük benlik saygısı nedeniyle gelişen kaçınma davranışları da okul ve sosyal işlevler açısından bozulmaya yol açabilir.⁸

ÇADÖY-Ç formu total anksiyete, total depresyon, total anksiyete ve depresyon skorları ile ÇADÖY-A total anksiyete, total depresyon, total anksiyete ve depresyon skorları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmakla birlikte, ÇADÖY total depresyon skorlarının ebeveyn bildirimlerinde çocuk bildirimlerine göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Ebeveyn bildirimlerindeki bu kısmi farklılık, TTM tanısı bulunan çocuk ve ergenlerin, ebeveynlerinin farkında olmadığı psiko-sosyal sıkıntılar yaşadıklarını düşündürmektedir. ÇADÖY-A formu total depresyon skorlarının hastalık süresi ile negatif bir ilişki göstermesi, hastalık süresi uzadıkça ailelerin sürece bakış açılarının değişmesi ile ilişkili olabilir. Ayrıca, TTM'nin kronik ve dirençli doğası ile eşlik eden tanıların sık görülmesi gibi özellikler düşünüldüğünde, ebeveyn bildirimlerinde çocuk bildirimlerine göre depresyon skorlarında düşüklük olması ve ebeveyn bildirimlerindeki depresyon skorları ile hastalık süresi

arasındaki negatif ilişkinin, hastalık süresi uzadıkça ebeveynlerin bu durumu çocuk veya ergenin sekonder kazancına bağlaması, eşlik eden tanılara odaklanması, süreç esnasında TTM ile baş etmede yorulması ya da saç çekme davranışına odaklanmaması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. ÇADÖY-Ç formu total depresyon skorları ile ÇADÖY-A formu total anksiyete ve total depresyon skorları arasında yaşam boyu ek tanı sayısı ile pozitif bir ilişki bulunması, olguların tedavi edilmedikleri takdirde anksiyete bozuklukları ve depresyon geliştirmeye daha yatkın olabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmada en sık görülen tanı DEHB idi. Ülkemizde yapılan çok merkezli bir çalışmada da DEHB tanısının TTM tanısına sık eşlik ettiği bildirilmiştir.¹⁰ DEHB ve kaygı bozuklukları arasındaki eş tanı oranı klinik örneklemde %10,0-40,0 ve ortalama %25,0 olarak bildirilmektedir.³⁹ DEHB tanılı çocukların %26,0'ında bir anksiyete bozukluğu, %39,0'ında ise en az iki anksiyete bozukluğu bildirilmiştir.⁴⁰ Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da DEHB tanısına en sık anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği bildirilmiştir.⁴¹ Bu çalışma sonuçları göz önüne alındığında, en sık anksiyete ve DEHB tanılarının TTM tanısına eşlik etmesinin DEHB ve anksiyete bozuklukları eş tanı sıklığıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda eşlik eden psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde yarı yapılandırılmış bir görüşme tekniği kullanılması, hasta grubu örneklem sayısının diğer çalışmalara oranla daha yüksek sayıda olgu içermesi, yazında konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışmanın bulunması çalışmamızın güçlü yanlarından. Bununla birlikte, kontrol grubu olan çalışma sayısının kısıtlı olması ve çalışmamızda kontrol grubu ile karşılaştırmalı analizlerin yapılması diğer bir güçlü yanıdır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmada tedavi modaliteleri ve yanıt oranları ile TTM şiddeti ile ilgili veri olmaması kısıtlılıklardan. Bir diğer kısıtlılık ise araştırmanın tek bir merkezde yapılmış olması ve dolayısıyla verilerin toplandığı örnekleme sınırlı kalmasıdır. Bu nedenle çalışmanın genellenebilirliği kısıtlanmıştır. Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda bu konulara dikkat edilerek çalışmaların yapılmasının yazına katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

Sonuç

Saç çekme davranışı, biyo-psiko-sosyal açıdan medikal ve estetik problemler, sosyal geri çekilme ve psikolojik sorunlarla ilişkilidir. Çalışmamızda yüksek oranda psikiyatrik eş tanı saptanması, bu olgularda psikiyatrik ek tanı açısından değerlendirme yapılması gerektiğini ve ek psikiyatrik tanıların tespit edilmesi durumunda uygun tedavi uygulanmadığı sürece, sadece TTM tedavisinin yetersiz kalabileceğini düşündürmüştür. Dolayısıyla, TTM belirtilerini bozukluğun bir parçası olarak görmek ve bütüncül bir yaklaşım benimsemek tedavide önemli noktalardan biridir. Bununla birlikte, TTM tanısının estetik kaygılara neden olabileceği göz önüne alındığında, hem bir sebep (öncül) hem de bir sonuç olarak içselleştirme bozukluklarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, TTM tanı ve tedavi

sürecinde özellikle anksiyete ve depresif bozukluklar açısından irdelenmesi; doğru, etkili tedavi ve uzun dönem prognoz açısından büyük önem taşımaktadır. Bu yüksek düzeydeki eş tanı ve olumsuz sonuçlarına rağmen, dünyada bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı düzeyde olduğudur. Bu açıdan çalışmamızın yazına katkısı sağlayacağı kanaatindeyiz.

Etik

Etik Kurul Onayı: Etik kurul onayı Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulu'ndan alınmıştır (karar numarası: 2018/270, tarih: 21.11.2018).

Hasta Onayı: Çocuk, ergen ailelerinden bilgilendirilmiş onam alındı.

Dipnotlar

Yazarlık Katkıları

Konsept: N.T., C.G., Tasarım: N.T., C.G., Veri toplama: N.T., Yazın arama: N.T., Yazan: N.T., C.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ, Piacentini J; Trichotillomania Learning Center-Scientific Advisory Board TLC-SAB. Styles of pulling in youths with trichotillomania: exploring differences in symptom severity, phenomenology, and comorbid psychiatric symptoms. *Behav Res Ther.* 2008;46:1055-1061.
- Falkenstein MJ, Haaga DA. Symptom accommodation, trichotillomania-by-proxy, and interpersonal functioning in trichotillomania (hair-pulling disorder). *Compr Psychiatry.* 2016;65:88-97.
- American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington, D.C.; American Psychiatric Association. 2013.
- Cohen LJ, Stein DJ, Simeon D, Spadaccini E, Rosen J, Aronowitz B, Hollander E. Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. *J Clin Psychiatry.* 1995;56:319-326.
- Panza KE, Pittenger C, Bloch MH. Age and gender correlates of pulling in pediatric trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52:241-249.
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry.* 1991;148:365-370.
- du Toit PL, van Kradenburg J, Niehaus DJ, Stein DJ. Characteristics and phenomenology of hair-pulling: an exploration of subtypes. *Compr Psychiatry.* 2001;42:247-256.
- Lewin AB, Piacentini J, Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ, Moore P, Khanna M, March JS, Stein DJ; TLC-SAB. Depression, anxiety, and functional impairment in children with trichotillomania. *Depress Anxiety.* 2009;26:521-527.
- Klobučar A, Folnegović-Šmalc V, Kocijan-Hercigonja D, Sović S, Gulić L. Clinical characteristics and comorbidity of pediatric trichotillomania: the study of 38 cases in Croatia. *Psychiatr Danub.* 2018;30:79-84.
- Comertoglu Arslan S, Uzun Cicek A, Ucu I, Dogru H. Sociodemographic variables, clinical characteristics, and treatments in children with trichotillomania in terms of age and gender: a multicenter study. *Nord J Psychiatry.* 2023;77:36-45.
- Adaletli H, Gunes H, Tanidir C, Mutlu C, Aytemiz T, Kilicoglu AG, Bahali K, Kurban S, Uneri OS. Clinical features and comorbid psychiatric disorders in children and adolescents with trichotillomania: a clinical sample. *Anatolian Journal of Psychiatry/ Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2016;17:248-256.
- Sah DE, Koo J, Price VH. Trichotillomania. *Dermatol Ther.* 2008;21:13-21.
- Penzel F. The hair-pulling problem: a complete guide to trichotillomania (1st ed). Oxford University Press. 2003.
- Bruce TO, Barwick LW, Wright HH. Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents. *Paediatr Drugs.* 2005;7:365-376.
- Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatrics.* 2004;113:e494-e498.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36:980-988.
- Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroglu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, Çak, HT, Ünal, D, Tıraş K, Aslan C, Kalaycı BM, Aydos BS, Kütük F, Taşyürek E, Karaokur R, Karabucak B, Karakök B, Karaer Y, Artık A. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-DSM-5 Kasım 2016-Türkçe uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2019;30:42-50.
- Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behav Res Ther.* 2000;38:835-855.
- Gormez V, Kılınçaslan A, Orenkul AC, Ebesutani C, Kaya İ, Ceri V, Nasiroglu S, Filiz M, Chorpita B. Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale-Child Version in a clinical sample. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 2017;27: 84-92.
- Ebesutani C, Bernstein A, Nakamura BJ, Chorpita BF, Weisz JR; Research Network on Youth Mental Health. A psychometric analysis of the revised child anxiety and depression scale-parent version in a clinical sample. *J Abnorm Child Psychol.* 2010;38:249-260.
- Gormez V, Kılınçaslan A, Ebesutani C, Orenkul AC, Kaya I, Ceri V, Nasiroglu S, Filiz M, Chorpita BF. Psychometric properties of the parent version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample of Turkish children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2017;48:922-933.
- Grant JE, Redden SA, Medeiros GC, Odlag BL, Curley EE, Tavares H, Keuthen NJ. Trichotillomania and its clinical relationship to depression and anxiety. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2017;21:302-306.
- Tolin DF, Franklin ME, Diefenbach GJ, Anderson E, Meunier SA. Pediatric trichotillomania: descriptive psychopathology and an open trial of cognitive behavioral therapy. *Cogn Behav Ther.* 2007;36:129-144.
- Diefenbach GJ, Mouton-Odum S, Stanley MA. Affective correlates of trichotillomania. *Behav Res Ther.* 2002;40:1305-1315.
- King RA, Scahill L, Vitulano LA, Schwab-Stone M, Tercyak KP Jr, Riddle MA. Childhood trichotillomania: clinical phenomenology, comorbidity, and family genetics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34:1451-1459.
- Lochner C, Keuthen NJ, Curley EE, Tung ES, Redden SA, Ricketts EJ, Bauer CC, Woods DW, Grant JE, Stein DJ. Comorbidity in trichotillomania (hair-pulling disorder): a cluster analytical approach. *Brain Behav.* 2019;9:e01456.
- Odlag BL, Grant JE. Trichotillomania and pathologic skin picking: clinical comparison with an examination of comorbidity. *Ann Clin Psychiatry.* 2008;20:57-63.

28. Reeve EA, Bernstein GA, Christenson GA. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31:132-138.
29. Rahman O, McGuire J, Storch EA, Lewin AB. Preliminary randomized controlled trial of habit reversal training for treatment of hair pulling in youth. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017;27:132-139.
30. Bloch MH, Panza KE, Grant JE, Pittenger C, Leckman JF. N-Acetylcysteine in the treatment of pediatric trichotillomania: a randomized, double-blind, placebo-controlled add-on trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:231-240.
31. Walther MR, Snorrason I, Flessner CA, Franklin ME, Burkel R, Woods DW. The trichotillomania impact project in young children (TIP-YC): clinical characteristics, comorbidity, functional impairment and treatment utilization. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2014;45:24-31.
32. Woods DW, Flessner CA, Franklin ME, Keuthen NJ, Goodwin RD, Stein DJ, Walther MR; Trichotillomania Learning Center-Scientific Advisory Board. The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1877-1888.
33. Malhotra S, Grover S, Baweja R, Bhateja G. Trichotillomania in children. *Indian Pediatr*. 2008;45:403-405.
34. Franklin ME, Flessner CA, Woods DW, Keuthen NJ, Piacentini JC, Moore P, Stein DJ, Cohen SB, Wilson MA; Trichotillomania Learning Center-Scientific Advisory Board. The child and adolescent trichotillomania impact project: descriptive psychopathology, comorbidity, functional impairment, and treatment utilization. *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29:493-500.
35. Hanna GL. Trichotillomania and related disorders in children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1997;27:255-268.
36. Rozenman M, Peris TS, Gonzalez A, Piacentini J. Clinical characteristics of pediatric trichotillomania: comparisons with obsessive-compulsive and tic disorders. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016;47:124-132.
37. Schumer MC, Panza KE, Mulqueen JM, Jakubovski E, Bloch MH. Long-term outcome in pediatric trichotillomania. *Depress Anxiety*. 2015;32:737-743.
38. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48:606-616.
39. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment (3th ed). New York: Guilford Publications, 2006: p. 3-75.
40. Sciberras E, Lycett K, Efron D, Mensah E, Gerner B, Hiscock H. Anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2014;133:801-808.
41. Cak HT, Dinc GS, Tuzun Z, Evinc SG, Cop E, Cuhadaroglu Cetin F. Comorbidity and continuity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) from childhood to adolescence in Turkey. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2013;5:353-360.