

Trikotilomanide Klinik Özellikler

Vehbi KESER*, Raşit TÜKEL**, Nuray KARALI***,
Celal ÇALIKUŞU***, Tuba ÖZPULAT OLGUN****

ÖZET

Bu çalışmada, 19 trikotilomani hastasında, demografik ve fenomenolojik özellikler, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve aile öyküsü araştırıldı. Hastalar, sosyodemografik ve klinik özelliklere ilişkin yarı-yapılandırılmış bir görüşme formu, DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi, DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Kılavuzu ile değerlendirildi. Hastaların % 84'ü kadındı. Trikotilomaninin başlama yaşı ortalamasının 15.4, hastalık süresi ortalamasının 11 yıl olduğu saptandı. Hastaların, %79'unda saç koparma esas olarak saçlı deridendi. Saç koparma sonrasında, tüm hastalar rahatlama yaşarken; ondört hastanın (%73.7) ayrıca haz duygusu yaşadığı belirlendi. Trikotilomaniye ek olarak, hastaların %21'inde obsesif kompulsif bozukluk, %21'inde distimi, %10.5'inde yaygın anksiyete bozukluğu %5.3'ünde şimdiki major depresif epizod, %15.8'inde geçmiş major depresif epizod tanıları konuldu. Hastaların %36.8'inde kişilik bozuklukları mevcuttu. Elde ettiğimiz bulgular, konuyla ilgili yayınlarda bildirilen sonuçlarla karşılaştırılarak tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: Trikotilomani, saç yolma, klinik özellikler, eşitli durumlar.

KLİNİK PSİKİYATRİ 1999;1:26-33

SUMMARY

Clinical Features in Trichotillomania

In this study, we investigated the demographic and phenomenological features, comorbidity, and family history in a series of 19

* Uz. Dr., Alman Hastanesi,

** Doç. Dr., ****Dr., İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı,

*** Uz. Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İSTANBUL

patients with trichotillomania. The patients were assessed with a semistructured interview that focused on the demographic characteristics and hair-pulling behaviour, the Structured Clinical Interview for DSM-III-R, the Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. Eighty-four percent of the patients were female. The mean age at onset of hair pulling was 15.4 years, the mean duration was 11 years. Seventy-nine percent of the subjects reported pulling out hair primarily from the scalp. All subjects described a sense of relief, 14 (74%) gratification after pulling out their hair. Twenty-one percent of the patients had an associated diagnosis of obsessive compulsive disorder; 21% dysthymia; 10.5% generalized anxiety disorder; 5.3% current major depressive episode; 15.8% past major depressive episode. Personality disorders were present in 36.8% of the patients. We have discussed our findings in the light of the literature.

Key Words: Trichotillomania, hair pulling, clinical features, comorbidity.

GİRİŞ

Trikotilomani, ilk kez 1889 yılında, saçlarını tutamlar halinde koparan ve bir tür alopesi olarak değerlendirilen bir hastanın incelenmesi sonucu, dermatolog Hallopeau tarafından tanımlanmış ruhsal bir bozukluktur (Swedo 1993). Trikotilomani, eski Yunanca bir sözcük olup, "saç koparıyorum" anlamına gelmektedir (Swedo 1993). Günümüzde trikotilomani, belirgin şekilde saç kaybı ile sonuçlanacak kadar kişinin saçını tekrarlayan bir tarzda kopardığı, saç koparma öncesinde gerginlik duyumunun, saç koparıırken haz almanın görüldüğü bir bozukluk

olarak tanımlanmakta; DSM-IV'te (APA 1994) 'Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış İmpuls Kontrol Bozuklukları', ICD-10'da (WHO 1992) ise 'Alışkanlık ve Dürtü Bozuklukları' tanı grubu içinde yer almaktadır. Trikotilomani hastalarında, en sık saç koparmanın, daha seyrek olarak da kaş, kirpik, sakal-bıyık, koltukaltı ve kasık gibi bedenin çeşitli bölgelerinden kıl koparmanın görüldüğü bildirilmektedir (Christenson ve ark. 1991a, Cohen ve ark. 1995, Stanley ve ark. 1997).

Önceleri seyrek görüldüğü düşünülen bu bozukluk, uzun yıllar psikiyatri literatüründe fazlaca yer almamıştır (Stein ve ark. 1995). Ancak son dönemlerdeki araştırma verileri, trikotilomaninin sanıldığından daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır (Christenson ve ark. 1991b, Swedo ve Leonard 1992). Genel popülasyondaki prevalansı ile ilgili bir çalışma yoktur. Christenson ve arkadaşları (1991b) tarafından 2579 kolej öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşamboyu prevalansı %0,6 olarak bildirilmiştir.

Trikotilomaninin, son yıllarda ortaya atılan obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları kavramı içinde ele alınmasıyla birlikte araştırmacıların ilgisini çekerek güncelleştğini görmekteyiz (Swedo 1993, Christenson ve ark. 1991a, Cohen ve ark. 1995, Stein ve ark. 1995, Swedo ve Leonard 1992, Stein ve ark. 1992, Christenson ve ark. 1993, Stanley ve ark. 1992, Lenane ve ark. 1992). Bu çalışmada, ülkemizde trikotilomaninin kliniği ile ilgili sistemli bir çalışmanın yapılmamış olduğu da göz önüne alınarak, 19 trikotilomani hastasında, sosyodemografik özellikler, fenomenoloji, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve aile öyküsünün araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Denekler

Çalışmaya Ocak 1996 - Haziran 1998 tarihleri arasında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine başvuran ve DSM-III-R tanı ölçütlerine göre trikotilomani tanısını alan 19 hasta dahil edildi. Hastalara çalışma ile ilgili bilgi verilerek onayları alındı ve hasta seçiminde, en az ilkökul mezunu olma ve uygulanan testleri yanıtlayabilme koşulu göz önünde tutuldu.

Araçlar

DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM-III-R: SCID): DSM-III-R sınıflandırmasına göre geliştirilmiş,

birinci ekseninde tanı koyma amacıyla uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme yöntemidir (Spitzer ve ark. 1987).

DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu-Kişilik Bozuklukları Formu (Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders: SCID-II): DSM-III-R sınıflandırmasına göre geliştirilmiş, ikinci ekseninde yer alan kişilik bozuklukları tanımlarını koyma amacıyla uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme yöntemidir (Spitzer ve ark. 1990). Her iki formun da (SCID ve SCID-II) Türkçe çeviri ve uyarlamaları Sorias ve arkadaşları (1990) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ): Anksiyete düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş, değerlendirmeci tarafından puanlanan 14 maddelik bir ölçektir (Hamilton 1959).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ): Depresif hastalarda, belirtilerin şiddeti ve depresyonun düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş, değerlendirmeci tarafından puanlanan bir ölçektir (Hamilton 1967). 17, 21 ve 24 maddelik formları vardır. Çalışmamızda 17 maddelik formu kullanılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşları tarafından 1961'de geliştirilen, 1979'da yeniden gözden geçirilerek ikinci formu oluşturulan bu ölçek, depresyonda görülen bedensel, emosyonel ve bilişsel belirtileri ölçmede kullanılmaktadır. 21 maddeden oluşmakta ve değerlendirme hastanın kendisi tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmada, Türkiye uyarlaması Tegin tarafından yapılmış olan (Savaşır ve Şahin 1997) ölçeğin özgün formu kullanılmıştır.

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Listesi (YBOKBL): Klinik uygulama ve araştırmalarda yaygın olarak kullanılan, obsesyon ve kompulsiyonların özelliğini ve sıklığını saptamak üzere geliştirilmiş belirti listesidir (Goodman ve ark. 1989a,b).

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ): Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) belirtilerinin şiddetini değerlendirmek üzere geliştirilmiş ve değerlendirmeci tarafından puanlanan bir ölçektir (Goodman ve ark. 1989a,b). Puanlama, YBOKBL'nin hastayla birlikte gözden geçirilmesinin ardından yapılmaktadır. Toplam 19 maddeden oluşan bu ölçekte, ilk 10 maddenin puanları değerlendirilmeye alınmakta; 1-5. maddelerin toplamı obsesyon, 6-10. mad-

delerin toplamı kompulsiyon, 1-10. maddelerin toplamı obsesyon-kompulsiyon puanını vermektedir. Ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği Karamustafaloğlu ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır.

Araştırmamızda, YBOKBL ve YBOKÖ'nün kullanımı sırasında, trikotilomaniye özgü olan düşünce ve davranışlar değerlendirme dışında bırakılmıştır.

Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ): 'İş', 'sosyal yaşam ve boş zaman uğraşları' ve 'aile yaşamı ve evdeki sorumluluklar' alt ölçeklerini içeren ve bu alanlarda görülen yeti yitimini belirlemek üzere kullanılan bir ölçektir (Sheehan 1984). Puanlama, 0 ile 10 arasında değişen bir derecelendirmeye göre, kişinin kendisi tarafından yapılmaktadır.

Yarı-yapılandırılmış görüşme formu: Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

İşlem

Trikotilomani tanısı, klinik görüşmeler temel alınarak, DSM-III-R tanı ölçütlerine göre konuldu. Diğer birinci eksen bozukluklarının tanıları için SCID, ikinci eksen kişilik bozukluklarının tanıları için SCID-II kullanıldı. Tanı koyma işlemi ve ölçeklerin uygulanması bu konuda deneyimli bir araştırmacı tarafından gerçekleştirildi.

İstatistiksel değerlendirmeler, SPSS for Windows (version 5.01) bilgisayar programı kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Trikotilomani tanısı konmuş 19 hastanın yaşları 16-44 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 26.4 (SS = 8.3) olarak belirlendi. Olguların onaltısının (%84.2) kadın; onbeşinin (%78.9) bekar; onüçünün (%68.4) ortaokul ya da lise mezunu olduğu görüldü (Tablo 1). Çalışma durumuna bakıldığında; olgulardan altısının (%31.6) aktif olarak bir işte çalışmakta olduğu, birinin (%5.3) şimdiki rahatsızlığı nedeniyle, onikisinin (%63.2) ise başka nedenlerle çalışmadığı belirlendi.

Hastalık başlama yaşı ortalaması 15.4 (SS=5.7), hastalık süresi ortalaması 11.0 yıl (SS=9.2) idi (Tablo 1). Hastalık başlama yaşı olguların %89.5'inde 20 ve altındaki yaşlardaydı. Olgulardan dördü (%21.0) ilk olarak bir dermatoloğa başvurmuş, ikisi dermatolojik tedavi uygulanmadan, biri yalnızca lokal preparatlar, diğeri buna ek olarak anksiyete giderici ilaç uygulaması sonrası psikiyatriste gönderilmişti. Olguların

Tablo 1. Trikotilomani hastalarının sosyodemografik özellikleri

		ort ± SS	
Yaş		26.4 ± 8.3	
Hastalık başlama yaşı		15.4 ± 5.7	
Hastalık süresi (yıl)		11.0 ± 9.2	
		s	(%)
Cinsiyet	Kadın	16	(84.2)
	Erkek	3	(15.8)
Medeni durum	Evli	4	(21.1)
	Bekar	15	(78.9)
Eğitim	İlkokul	3	(15.8)
	Ortaokul	5	(26.3)
	Lise	8	(42.1)
	Yüksek	3	(15.8)

%31.5'inde, hastalık, zaman zaman birkaç ay süren remisyon dönemlerinin görülmesi dışında kronik bir gidiş göstermekteydi.

Olgulardan onbeşi (%78.9) saçlarını, biri (%5.3) kaşlarını, biri (%5.3) sakallarını, ikisi (%10.5) koltukaltı ve kasık kıllarını kopardığını belirtti (Tablo 2). Saçlarını koparanlardan biri aynı zamanda kirpiklerini koparmakta; biri göğüs bölgesinden, biri kol ve bacaklardan, bir diğeri de zaman zaman bacaklarından kıl koparmaktaydı. Saçlarını koparan onbeş hastanın onbirinde (%73.3) saç kaybı bölgesel özellikteydi ve onbir hastanın yedisinde saçlar, saçlı derinin tepe (verteks) ya da tepeye yakın bölümlerinden, birinde sol pariyetal, birinde frontal bölgeden, birinde ense ve kulak arkalarından, bir diğeri de zaman zaman değişerek çeşitli bölgelerden koparılmaktaydı. Saçlarını koparan diğer üç hastada (%20.0) ise saç kaybı, kelleşmeye yol açacak kadar çok miktarda ve yaygın idi (Tablo 2). Kaşlarını yolan bir hastanın kaşları tamamen yok olmuştu. Saçlarını koparan hastalardan birinde ise koparma yaygın olmasına karşın saç kaybı belirgin değildi.

İleri derecede saç kaybının ortaya çıktığı üç kadın hastadan ikisi (%10.5) oluşan lezyonu peruk kullanarak, diğeri (%5.3) evde de çıkarmadan başörtüsü takarak gizlemeye çalışmaktaydı. Bölgesel saç kaybı olan hastalardan; yedi kadın hasta (%36.8) uzun olan saçlarıyla açılmış bölgeyi gizliyor, bir kadın hasta (%5.3) şapka giyerek, iki erkek ve bir kadın hasta da

Tablo 2. Trikotilomani hastalarında saç/kıl koparılan bölgelerin sıklığı

	s	%
Sağlı deri	15	(78.9)
Tepe (verteks)	7	(36.8)
Sol pariyetal	1	(5.3)
Frontal	1	(5.3)
Ense ve kulak arkası	1	(5.3)
Yaygın	4	(21.0)
Değişerek çeşitli bölgeler	1	(5.3)
Kaş	1	(5.3)
Sakal	1	(5.3)
Koltukaltı ve kasık	2	(10.5)
Kirpik*	1	(5.3)
Göğüs kılları*	1	(5.3)
Kol ve / ya da bacak kılları*	2	(10.5)

(*) Saç koparmanın yanısıra

(%15.8) saçlarını çok kısa kestirerek lezyonu saklamaya çalışıyordu. Kaşlarını yolan bir kadın hasta (%5.3), kalın çerçeveli gözlük kullanarak kaş kaybını gizlemekte; sakalını koparan bir diğer hasta ise, hergün traş olarak açılan bölgenin fark edilmemesini sağlamaktaydı. Bir hastada, lezyon, saklamaya gerek olmayan bölgelerde (koltukaltı ve kasık) yer almaktaydı. Bir hastada ise, saç koparmalar, dikkatli bakılmazsa görünümünde belirgin bir değişiklik meydana getirmemişti.

Hastalardan onbeşi (%78.9) koparma sırasında hiç ağrı duymadığını belirtti. Tüm hastalar koparma sonrasında rahatlama duygusu yaşadıklarını, ondördü (%73.7) rahatlama haz duygusunun da eşlik ettiğini bildirdi. Bir hasta (%5.3) koparma öncesi ve koparmaya eşlik eden aşırı ve anlamsız bulduğu bir düşüncenin (saldırganlık obsesyonu) zihninden geçtiğini; üç hasta (%15.8) öfke duygusunun ardından koparma eylemini gerçekleştirdiklerini ifade etti (Tablo 3).

Tablo 3. Trikotilomani hastalarında saç/kıl koparmayla birlikte görülen özellikler

	s	%
Koparma sırasında ağrı duyma	4	(21.0)
Koparma sonrasında rahatlama	19	(100.0)
Koparma sonrasında haz yaşantısı	14	(73.7)
Koparma öncesinde / sırasında obsesyon	1	(5.3)
Koparma eylemine eşlik eden törensel davranış	10	(52.6)

Çalışmamızda, on olgu (%52.6) saç koparma davranışına eşlik eden törensel davranışlarının olduğunu belirtti (Tablo 3). İki olguda saç özel bir hareketle (önce ortadan kırarak) koparma, özelliği olan saç tellerini seçme (beyaz, ucu çatallı) ve koparma sonrası ağza götürme, ısırma; bir olguda saç özel hareketlerle (önce birkaç kez çekme) koparma ve koparma sonrası kök kısımlarını ağza alıp çiğneme; iki olguda özelliği olan saçları (kalın ve kökü daha beyaz) seçme ve ağza alıp ısırma, dudağa sürme; üç olguda sadece özelliği olan saçları (kalın, kıvrıkcık ve beyaz) seçme; iki olguda sadece ağza götürüp ısırma biçiminde davranışlar bulunmaktaydı.

YBOKBL ile hastaların (şimdiki) obsesyon ve kompulsiyonlarının dağılımı belirlenirken, trikotilomaniye özgü olan saç koparma davranışı değerlendirme dışında bırakıldı. YBOKBL ile yapılan değerlendirmede; onüç hastada (%68.4) obsesyon ve kompulsiyonların birlikte bulunduğu saptandı. Bir hastada (%5.3) ise yalnızca kompulsiyonlar vardı. Obsesyonların görüldüğü onüç hastadan; altısında (%46.1) saldırganlık, altısında (%46.1) kirlenme, beşinde (%38.5) dini, beşinde (%38.5) somatik, dördünde (%30.7) düzen/simetri ve üçünde (%23.0) cinsel obsesyonlar mevcuttu. Kompulsiyonların görüldüğü ondört hastadan; onbirinde (%78.6) kontrol etme, yedisinde (%50.0) temizleme/yıkama, altısında (%42.8) sayma, beşinde (%35.7) tekrarlama, dördünde (%28.6) sıralama/düzenleme, ikisinde (%14.3) biriktirme/toplama kompulsiyonlarının bulunduğu belirlendi.

Obsesyon ve kompulsiyonları birlikte bulunan dört hasta, DSM-III-R'ye göre OKB tanısını almaktaydı. Obsesyon ve/veya kompulsiyonları bulunan diğer on hastada, belirtilerin tanı eşiğinin altında kaldığı gözlemlendi.

YBOKÖ'den elde edilen kompulsiyon puanlarının (ort. 6.5, SS=5.4), obsesyon puanlarından (ort. 4.4, SS=4.9) yüksek olduğu dikkati çekmekteydi (Tablo 4). Olguların anksiyete puanı ortalaması HADÖ'ye göre

Tablo 4. Obsesyon, kompulsiyon, anksiyete ve depresyon puanları ortalamaları

	Ort ± SS
YBOKÖ - obsesyon	4.4 ± 4.9
YBOKÖ - kompulsiyon	6.5 ± 5.4
YBOKÖ - obs. komp. (toplam)	10.8 ± 8.8
HADÖ	18.6 ± 7.3
HDDÖ	12.3 ± 5.9
BDÖ	19.2 ± 15.3

18.6 (SS=7.3); depresyon puanı ortalamaları HDDÖ'ye göre 12.3 (SS=5.9), BDÖ'ye göre 19.2 (SS=15.3) bulundu (Tablo 4).

Hastalarımızda, trikotilomaniye ek olarak, şimdiki durumda %52.6, yaşamboyu %63.1 oranında en az bir DSM-III-R birinci eksen bozukluğunun mevcut olduğu belirlendi. Trikotilomaniye, şimdiki durumda, en yüksek oranda anksiyete bozuklukları (%31.6), ikinci sırada duygudurum bozuklukları (%26.3) eşlik etmekteydi. Trikotilomaniye eşlik eden DSM-III-R birinci eksen bozukluklarının dağılımları Tablo 5'te verilmiştir.

Hastaların %36.8'inde, DSM-III-R ikinci eksen kişilik bozukluklarının bulunduğu belirlendi. Trikotilomani hastalarında en sık obsesif kompulsif (%21.0), pasif agresif (%21.0) ve histrionik (%21.0) kişilik bozuklukları görülmekte; bunları, narsisistik (%15.8) ve borderline (%5.3) kişilik bozuklukları izlemektedir (Tablo 5).

SYÖ'den elde edilen sonuçlara göre; hastalarda, iş (ort. 2.9, SS=3.4), sosyal yaşam (ort. 2.7, SS=3.2) ve aile yaşamında (ort. 2.8, SS=3.7) hafif derecede yeti yitiminin mevcut olduğu belirlendi.

Çalışmamızda, hastaların bilgisine başvurularak, birinci ve ikinci derece akrabalarında trikotilomani ve OKB görülme oranları araştırıldı. Bu bilgilere göre; bir has-

tanın (%5.3) ikinci derece akrabasında trikotilomani; iki hastanın birinci derece, dört hastanın ikinci derece akrabalarında olmak üzere toplam altı hastanın (%31.6) ailesinde OKB bulunmaktaydı.

TARTIŞMA

Trikotilomaninin, kadınlarda daha yüksek oranda (%88-98) görüldüğü bildirilmektedir (Christenson ve ark. 1991a, Stanley ve ark. 1997, Stein ve ark. 1995, Stanley ve ark. 1992, Muller 1987). Çalışmamızda da, kadınlar belirgin olarak daha fazla sayıda (%84.2) idi. Cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından ortaya çıkan bu farklılığın nedenleri henüz açıklanamamıştır.

Çeşitli çalışmalardan elde edilen bulgular, trikotilomaniye, evli olanların oranının %37 ile %45 arasında değiştiğini ortaya koymaktadır (Christenson ve ark. 1991a, Stanley ve ark. 1997, Keuthen ve ark. 1997). Araştırmamızda, bekar olanlar belirgin olarak daha yüksek orandaydı (%78.9). Bu farklılığın, çalışmamızdaki hastaların yaş ortalamasının (ort. 26.4), diğer çalışmalarda bildirilenlerden (ort. 34.0 ila 34.7) daha düşük olmasına bağlı olabileceğini düşünüyoruz.

Araştırmamızda, Christenson ve arkadaşları (1991a) tarafından yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlara benzer biçimde, trikotilomani hastaları arasında orta öğrenim düzeyinde eğitim görmüş olanlar, yüksek oranda (sırasıyla; %68.4 ve %78) bulunmuştur.

Birçok çalışmada, trikotilomaninin başlama yaşının çocukluk ya da ergenlik dönemlerine rastladığı bildirilmiştir (Christenson ve ark. 1991a, Stanley ve ark. 1997, Christenson ve ark. 1993, Stanley ve ark. 1992, Keuthen ve ark. 1997, Soriano ve ark. 1996, O'Sullivan ve ark. 1997). Genellikle 20 yaşından önce başladığı ve başlangıç yaşının sıklıkla 11-15 yaşlar arasında olduğu belirtilmektedir (Christenson ve ark.

Tablo 5. Trikotilomani hastalarında eşlik eden psikopatolojiler

DSM-III-R 1. eksen bozuklukları		DSM-III-R 2. eksen kişilik bozuklukları			
	s	%	s	%	
Obsesif kompulsif bozukluk	4	(21.0)	Obsesif kompulsif	4	(21.0)
Distimi	4	(21.0)	Pasif agresif	4	(21.0)
Major depresif epizod	1	(5.3)	Histrionik	4	(21.0)
(şimdiki)			Narsisistik	3	(15.8)
(geçmiş)	3	(15.8)	Sınırdaki	1	(5.3)
Yaygın anksiyete bozukluğu	2	(10.5)	Kişilik bozukluğu	7	(36.8)
Eşanlı durum (yaşamboyu)	12	(63.1)			

1991a, Stanley ve ark. 1992). Çalışmamızda da, başlangıç yaşı ortalaması 15.4 bulunmuş; hastaların %89.5'inde hastalığın 20 ve altındaki yaşlarda başladığı belirlenmiştir.

Trikotilomani, araştırmalarda en sık saç koparma şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Christenson ve ark. 1991a, Cohen ve ark. 1995, Stanley ve ark. 1997). Olgu serimizde de, 15 olguda (%78.9), ağırlıklı olarak saç koparıldığını belirledik. Saç koparma, tüm saçlı deride yaygın olarak görülebildiği gibi, belirli bir bölgeyle de sınırlı olabilmektedir (Christenson ve ark. 1991a, Stein ve ark. 1995). Trikotilomani hastalarında, saçlı deride en sık verteksten saç koparıldığı bildirilmiştir (Christenson ve ark. 1991a). Hasta grubumuzda da, saçlı deride en sık (%36.8) verteksten saç koparıldığını belirledik. Saç koparmanın sonucu ortaya çıkan bölgesel ya da yaygın kelleşmeyi gizleme amacıyla, birçok hastanın, şapka giymek, peruk takmak, uzun olan saçlarıyla açılan bölgeyi kapatmaya çalışmak gibi çeşitli yöntemlere başvurabildikleri bildirilmektedir (Rothbaum ve Ninan 1994, Jaspers 1996). Hastalarımızda da, peruk takmak, baş örtüsü kullanmak, şapka giymek, uzun olan saçlarıyla açılan alanı örtmek, saçları kısa kestirmek gibi çeşitli gizleme yollarının kullanıldığını gözlemledik. Hastalar, sıklıkla, çirkin görünümleri nedeniyle lezyonlarını sakladıklarını belirtiyorlardı. Yine sıklıkla, lezyonun oluşumuyla ilgili bir açıklama yapmanın zorluğunu ifade ediyor; saçma buldukları, ancak engel olamadıklarını bildirdikleri bu davranışın, "delilik" olarak algılanabileceğinden çekiniyorlardı.

Christenson ve arkadaşları (1991a), trikotilomani hastalarının %68'inde koparma sırasında ağrı duyusunun olmadığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda da, olguların büyük bir çoğunluğunda (%79), koparmaya eşlik etmesi beklenen ağrı yaşantısının olmadığını belirledik.

Trikotilomanili hastalarda, saçı özel bir hareketle ya da simetrik olarak koparmaya çalışma, belli özellikleri olan saç ya da kılı seçme, koparma sonrası saçı ağza götürme gibi yineleyici tarzdaki davranışlar, törensel eylemler olarak değerlendirilmektedir (Stein ve ark. 1995, Jaspers 1996). Christenson ve arkadaşları (1991a), 60 olguluk serilerinde, koparma sonrası saçı ağza alma, ısırma, çiğneme gibi davranışların %48 oranında görüldüğünü bildirmişlerdir. Çalışmamızda, toplam on olguda (%52.6) törensel davranışlar bulunmakta; bunlardan yedisi (%36.8) koparma sonrasında

saçı ağza alma ve ısırma gibi davranışlar sergilemekteydi. Saç koparmaya eşlik eden bu tür davranışların kompulsiyonlarla benzerliğini dikkat çekici bulduk.

Trikotilomanili hastalarda genellikle, saç koparma öncesinde ya da sırasında obsesif bir düşüncenin bulunmadığı bildirilmiştir (Stanley ve ark. 1992). Çalışmamızda, sadece bir olguda, koparma davranışına obsesif düşüncenin eşlik ettiğini belirledik. Bu hastada, aynı zamanda OKB tanı ölçütleri karşılanmaktaydı.

Erişkin trikotilomanili hastaların büyük bir çoğunluğunun saç koparma öncesi artan bir gerginlik (%95) ve koparma sonrasında rahatlatma ve haz (%88) yaşadıkları bildirilmiştir (Christenson ve ark. 1991a). Çalışmamızda, tüm olgular koparma sonrasında rahatlatma yaşadığını belirtirken, ondört olgu (%73.7) ayrıca haz yaşadığını ifade etmiştir.

Çeşitli araştırmalarda, trikotilomaniye en sık eşlik eden psikiyatrik bozuklukların duygudurum ve anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir (Swedo 1993, Christenson ve ark. 1991a, Swedo ve Leonard 1992, Winchel ve ark. 1992). Çalışmamızda, trikotilomaniye olguların %31.6'sında anksiyete bozuklukları, %26.1'inde duygudurum bozukluklarının eşlik ettiğini saptadık.

Trikotilomaniye özgü olan bir kişilik özelliği ya da bozukluğu belirlenmemiştir (Christenson ve ark. 1992). Bir çalışmada, trikotilomaniye histriyonik (%27), sınırda (%19) ve pasif-agresif (%19) kişilik bozukluklarının eşlik ettiği bildirilmiştir (Swedo ve ark. 1989). Olgu serimizde, en yüksek oranda obsesif kompulsif (%21), pasif-agresif (%21) ve histriyonik (%21) kişilik bozukluklarının görüldüğünü belirledik. Ayrıca, üç olguda narsistik (%15.8), bir olguda sınırda (%5.3) kişilik bozukluğu saptadık.

Christenson ve arkadaşları (1991a), trikotilomani hastalarının %33'ünde obsesyon ve/veya kompulsiyonların; %15'inde ise OKB'nin bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu oranın, OKB'nin %2.5 olarak bildirilen genel popülasyondaki görülme oranından (Karno ve ark. 1988) yüksek olduğu dikkat çekmektedir. YBOKBL'ye göre, olgularımızın %73.7'sinde obsesyon ve/veya kompulsiyonların bulunduğunu; ancak, yalnızca dördünde (%21) OKB tanı ölçütlerinin karşılandığını belirledik.

Bir çalışmada, trikotilomani hastalarının birinci derece akrabalarında OKB görülme sıklığı %5 olarak

bulunmuştur (Lenane ve ark. 1992). Çalışmamızda, bir olgunun (%5.3) ikinci derece akrabalarında trikotilomani; iki olgunun (%10.5) birinci derece akrabalarında, dört olgunun (%21) ise ikinci derece akrabalarında OKB bulunduğunu belirledik. Ancak, ailede trikotilomani ve OKB görülme oranlarının, hastaların verdiği bilgilere dayanarak belirlenmiş olması, bu sonuçların güvenilirliğini tartışmalı kılmaktadır.

Çalışmamızda kontrol grubunun bulunmaması, sonuçların değerlendirilmesi açısından bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Sosyodemografik ve klinik özellikler açısından daha sağlıklı değerlendirmeler, ülkemizde bu alanda yapılacak geniş örneklemler ve karşılaştırmalı çalışmalarla elde edilebilecektir. Yeterince araştırılmamış olan bu hastalığın, bir dizi araştırmanın daha gündemini oluşturacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington DC, American Psychiatric Association.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF ve ark. (1979) Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 4:561-571.
- Christenson GA, Chernoff-Clementz E, Clementz BA (1992) Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. J Clin Psychiatry, 53:407-413.
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE (1991a) Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. Am J Psychiatry, 148:365-370.
- Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE (1991b) Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. J Clin Psychiatry, 52:415-417.
- Christenson GA, Ristvedt SL, Mackenzie TB (1993) Identification of trichotillomania cue profiles. Behav Res Ther, 31:315-320.
- Cohen LJ, Stein DJ, Simeon D ve ark. (1995) Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: A survey study. J Clin Psychiatry, 56:319-326.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen ve ark. (1989a) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry, 46:1006-1011.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen ve ark. (1989b) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. Arch Gen Psychiatry, 46:1012-1016.
- Hamilton M (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Sdc Clin Psychology, 6:278-296.
- Hamilton M (1959) The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychology, 32:50-55.
- Jaspers JPC (1996) The diagnosis and psychopharmacological treatment of trichotillomania: a review. Pharmacopsychiat, 29:115-120.
- Karamustafaloğlu O, Üçışık AM, Ulusoy M ve ark. (1993) Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 29 Eylül-4 Ekim, Bursa.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB ve ark. (1988) The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry, 45:1094-1099.
- Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Hayday CF ve ark. (1997) The relationship of menstrual cycle and pregnancy to compulsive hair-pulling. Psychother Psychosom, 66:33-37.
- Lenane MC, Swedo SE, Rapoport JL ve ark. (1992) Rates of obsessive compulsive disorder in first degree relatives of patients with trichotillomania: A research note. J Child Psychol Psychiatr, 33:925-933.
- Muller SA (1987) Trichotillomania. Dermatol Clin, 5:595-601.
- O'Sullivan RL, Rauch SL, Breiter HC ve ark. (1997) Reduced basal ganglia volumes in trichotillomania measured via morphometric magnetic resonance imaging. Biol Psychiatry, 42:39-45.
- Rothbaum BO, Ninan PT (1994) The assessment of trichotillomania. Behav Res Ther, 32:651-662.
- Savaşır I, Şahin NH (1997) Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Sheehan D (1984) The Anxiety Disease. New York: Scribner, s.148-149.
- Soriano JL, O'Sullivan RL, Baer L ve ark. (1996) Trichotillomania and self-esteem: A survey of 62 female hair pullers. J Clin Psychiatry, 57:77-82.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu (SCID) Kullanım Kılavuzu. İzmir, Ege Üniversitesi Yayınevi.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M ve ark. (1990) Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1987) Structured clinical interview for DSM-III-R. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Stanley MA, Breckenridge JK, Swann AC ve ark. (1997) Fluvoxamine treatment of trichotillomania. J Clin Psychopharmacol, 17:278-283.
- Stanley MA, Swann AC, Bowers TC ve ark. (1992) A comparison of clinical features in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther, 30:39-44.
- Stein DJ, Hollander E, Mullen L ve ark. (1992) Compulsive and impulsive symptoms and traits in the obsessive-compulsive related disorders (abstract). Biol Psychiatry, 31:267.
- Stein DJ, Simeon D, Cohen LJ ve ark. (1995) Trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry, 56(suppl 4):28-34.

Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL ve ark. (1989) A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *N Engl J Med*, 321:497-501.

Swedo SE, Leonard HL (1992) Trichotillomania. An obsessive compulsive spectrum disorder? *Psychiatr Clin North Am*, 15:777-790.

Swedo SE (1993) Trichotillomania. *Obsessive-Compulsive Related Disorders*, E Hollander (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press, s.93-111.

Winchel RM, Jones JS, Stanley B ve ark. (1992) Clinical characteristics of trichotillomania and its response to fluoxetine. *J Clin Psychiatry*, 53:304-308.

World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, WHO.