



Primer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili saç kayıpları

Hair loss related to primary psychiatric disorders

Emine Çiğil Fettahoğlu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Özet

Saçın sosyal ve psikolojik önemi biyolojik öneminden çoktur. Saç hastalıkları polikliniklerine başvuran hastalarda, onların zor veya sorunlu olarak tanımlanmalarına neden olan biyopsikososyal bozukluklara sık rastlanır. Saç kaybı yakınması olan hastaların ilk olarak dermatoloji polikliniklerine başvurdukları düşünüldüğünde, saç hastalıkları ve ruhsal sorunlar arasındaki nedensel ve/veya sonuçsal ilişki hakkında klinisyenlerin farkındalıklarının ne denli önemli olduğu ortaya çıkar. Bu yazıda primer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili saç kayıpları gözden geçirilecektir. (Türkderm 2014; 48: Özel Sayı 1: 52-5)

Anahtar Kelimeler: Saç kaybı, primer psikiyatrik bozukluk, beden dismorfik bozukluğu, trikotillomani, trikoteiromani, trikotemnomania

Summary

Scalp hair has greater social and psychological importance than its' biological significance. In the hair disorder consultation services there are lots of patients who are often considered as "difficult" or "problematic", because of their biopsychosocial problems. When it's considered that the hair loss patients refer to the dermatology clinics in the first step, we can understand the importance of the awareness of the clinicians about the causal and/or consequential relationship between hair diseases and the psychological problems. In this paper, hair loss diseases that are related to primary psychiatric disorders are reviewed. (Turkderm 2014; 48: Suppl 1: 52-5)

Key Words: Hair loss, primary psychiatric diseases, body dysmorphic disorder, trichotillomania, trichoteiromania, trichotemnomania

Giriş

Saçın sosyal ve psikolojik önemi biyolojik öneminden çoktur. Cinsiyet, yaş, statü, değerler ve grup üyeliği gibi pek çok farklı sosyal özelliği işaret edebilir. Ruhsal açıdan ise beden imajının temel parçalarındandır. Beden imajı, bireyin kendi dış görünüşü ile ilişkili algıları, düşünceleri, hisleri ve davranışlarının tümünü tanımlamak için kullanılan bir kavramdır. Saç bireyselliği yansıtan fiziksel bir özelliktir ve çekici olma hissinin temelinde yer alır. Aslında bireyin fiziksel görünüşünü değiştirmede kolayca kullanılan beden parçası olarak saç eşsizdir. Kısa bir zaman diliminde istenilen görsel imajı yaratmak için boyanabilir, kesilebilir, kıvrıkcık yapılabilir ve/veya yeniden şekillendirilebilir. Aksine diğer değişimlerde belli bir zaman (kilo kaybetmek, kas geliştirmek vs), yapay süsler (kıyafet, takı vs) veya cerrahi müdahaleler (yüz germe vs.) gerekir¹.

Saç hastalıkları polikliniklerine başvuran hastalarda, onların "zor" veya "sorunlu" olarak tanımlanmalarına neden olan biyopsikososyal bozukluklar oldukça sıktır. Saç hastalıkları ile ilişkili ruhsal sorunların tanımlanmasında dermatologların ve psikiyatristlerin bakış açıları her zaman uyumuna da sıklıkla ortak çalışırlar. Çünkü saç hastalıkları ya primer olarak psikiyatrik bozukluklara bağlı olarak gelişirler yada depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon gibi ciddi ruhsal ve sosyal sorunlara neden olurlar². Saç hastalığı olan bireylerin tedavilerinin başarısı iki disiplinin ortak çalışabilmelerine bağlıdır. Saç kaybı yakınması olan hastaların ilk olarak dermatoloji polikliniklerine başvurdukları düşünüldüğünde, saç hastalıkları ve ruhsal sorunlar arasındaki nedensel ve/veya sonuçsal ilişki hakkında klinisyenlerin farkındalıklarının ne denli önemli olduğu ortaya çıkar.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Emine Çiğil Fettahoğlu, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye. Tel.: +90 242 249 67 97 E-posta: cfettahoglu@gmail.com

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.*

Primer psikiyatrik bozukluklara bağlı olarak gelişen saç kayıplarının en iyi bilineni kuşkusuz *Trikotillomani*. İlk kez 19.yy'ın sonlarında tanımlanan trikotillomani temelde tipik dermatolojik görünümü (alopesi) olan birincil psikiyatrik bir bozukluktur ve belirgin saç kaybıyla sonuçlanan tekrarlayıcı saç yolma ile karakterizedir. Dermatoloji yazınında kendi kendine oluşturulan alopesilerin en sık nedeni olarak yer alan bu bozukluk psikiyatri yazınında önceleri Dürtü Kontrol Bozukluğu, günümüzde ise Beden Algısı Bozukluğu (Beden Dismorfik Bozukluğu) (BAB), Deri Yolma Bozukluğu ile birlikte "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" şemsiyesi altında ele alınmaktadır²⁻⁴.

Trikotillomaninin gerçek yaygınlığını belirleyen toplum temelli geniş ölçekli araştırmalar yoktur. Az sayıdaki çalışmada da farklı tanı ölçütlerinin kullanılması elde edilen sonuçların genellenmesini zorlaştırmaktadır. Üniversite öğrencilerinde yürütülen bir çalışmaya göre yaşam boyu yaygınlığı hem erkek hem de kadınlarda %0,6'dır⁵. Trikotillomaninin hem erişkinlerde hem de çocuklarda her iki cinsiyette eşit oranda görüldüğüne dair bulgulara rağmen klinik popülasyonda yürütülen çalışmalarda ibre belirgin olarak kadınlar lehine dönmektedir⁵⁻⁷. Sonuçlardaki farklılık kadınların tedavi için daha fazla başvurmaları, erkeklerin tedaviden kaçınmaları, durumları için erkek tipi kelliği suçlayabilmeleri ve kafalarını kazıyabilme avantajına sahip olduklarından daha az damgalanmalarıyla ilişkilendirilmiştir⁶.

Trikotillomaninin etyolojisinde rol oynayan nedenler kesin olarak bilinmemekle birlikte biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir⁶. Olguların ailelerinde saç yolma davranışının daha sık görüldüğüne dair bulgular çok sayıda farklı genin rol oynadığı düşünülen genetik yatkınlığın önemine işaret etmektedir^{6,8}.

Davranışsal modeller, trikotillomaninin alışkanlık oluşumuna benzer şekilde bir öğrenme süreciyle meydana geldiğini, strese yanıt olarak bir başa çıkma davranışı olarak gelişebileceğini ve gerilimi azaltarak pekiştirilebileceğini ileri sürmektedirler. Hem klasik hem de edimsel koşullanma süreçleriyle davranış, artan sayıda içsel ve dışsal işaretlerle ilişkilendirilir ve sonunda alışkanlık haline gelir, farkındalık ve kontrol ortadan kalkar⁹. Duygu düzenleme modeline göre ise saç yolma, sıkılma, mutlu olma, anksiyete, gerginlik, rahatlama, sakinlik, suçluluk, mutsuzluk, kızgınlık gibi duygu durumları düzenlemeye hizmet eder. Trikotillomanide saç yolmanın, birey az uyarıldığında uyarıcı, çok uyarıldığında uyarıcı emici bir işlev görenek düzenlenmeyi dışsal olarak gerçekleştirdiği de düşünülmektedir¹⁰. Trikotillomanilerin kontrollere göre duygularını daha zor kontrol ettikleri ve duygusal kontrol düzeyi ile saç yolma şiddetinin ilişkili olduğuna dair bulgular bu görüşleri desteklemektedir¹¹. Psikoanalitik bakış açısına göre ise saç yolmanın, bilinçdışı çatışmaların sembolik dışa vurumu veya olumsuz nesne ilişkilerinin bir sonucu olabileceği, gücü kaybetme, kastrasyon, çekiciliği veya sevgiyi kaybetme, suçluluk duyguları nedeniyle kendini cezalandırma gibi saldırgan ve seksüel içeriklerinin olabileceği, cinsel kötüye kullanım başta olmak üzere çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir⁶.

Tipik olarak çocukluk çağında başlayan trikotillomani, erken çocukluk ve erken ergenlik olmak üzere iki dönemde pik yapar. Bebeklerde özellikle beslenirken annenin saçıyla oynama gibi davranışlar daha çok alışkanlıkla ilişkilidir. Normal dokunsal ve çevresel araştırmanın bir varyantı olduğu düşünülür. Bu dönemde daha çok uykuya dalmadan önce ortaya çıkan saçla oynama/koparma davranışı genellikle hem çocuk hem de ebeveynler tarafından tanımlanır ve stresle veya OKB ile ilişkili değildir¹². Okul öncesi başlayan saç yolmanın geç başlayanlardan farklı bir seyir izlediği, genellikle kendini sınırladığı bir başka değişle iki

tablonun birbirlerinden farklı olabileceği düşünülmektedir¹³. Ancak erişkin hastaların %6'sında bozukluğun 6 yaş öncesinde başladığı ve bozuklukla ilgili bilgilerimiz ne denli az olduğu göz önüne alındığında küçük yaştaki olguların da dikkatle takip edilmesinin önemi açıktır¹⁴.

Klinik görünümü oldukça heterojen olan trikotillomanide, en sık saçlar daha az olarak kaş, kirpik, sakal-bıyık, kol, kasık gibi diğer beden bölgelerindeki kıllar yolunur ve yaşla birlikte yolma alanlarının sayısı artar¹⁵⁻¹⁷. Yolma sonucunda oluşan saç kaybı dışarıdan fark edilmeyecek ve strese neden olmayacak düzeyden (klinik olmayan grup) şiddetli strese neden olan, görünüşü olumsuz etkileyecek kadar yaygın kelliğe kadar değişkenlik sergileyebilir⁶.

Trikotillomanide odaklanmış ve otomatik olmak üzere iki tip saç yolma davranışı vardır¹⁸. Odaklanmış saç yolma, bireyin, dikkatini meşgul etme, şiddetli istek, gerginlik ve saç yolma düşünceleriyle ilişkilidir. Bir dürtüye (gerilimi azaltma gibi), uyarana (zevk ve memnuniyet deneyimi gibi) veya olumsuz duygusal duruma (anksiyete, depresyon, stres) yanıt olarak gerçekleştirildiği ve bu açıdan duygu düzenleme işlevi olabileceği de düşünülmektedir¹². Odaklanmış tip, ergenlikte (13-18 yaş) artar ve stresle ilişkilidir¹⁹. Otomatik saç yolma ise genellikle kişi farkında olmadan başka bir konuda düşünürken ya da başka bir görevle uğraşırken gerçekleşir¹². Örneğin çocuk televizyon seyredirken saçını yolar ve program bitinceye ya da annesi gelip gösterene kadar saçlarına olanları fark etmez. Bu açıdan otomatik yolma alışkanlık benzeri bir davranıştır ve sıklıkla tırnak yeme, deri yolma ile ilişkilidir¹⁹. Olguların dörtte üçünde baskın olarak otomatik geriye kalanında ise odaklanmış tip saç yolmanın olduğu ileri sürülse de, son yıllarda yapılan çalışmalara göre otomatik ve odaklanmış tipler aynı bireyde genellikle bir aradadırlar ve zaman içinde baskınlıkları değişir^{19,20}.

Bazı hastalar "saçı yolma öncesi veya yolma isteğine karşı direnirken artan gerginlik hissi" ve "yolduktan sonra hoşnutsuzluk/rahatlama hissinden" bahsederek. Ancak yakın zamana kadar tanı ölçütü olarak kabul edilen gerginlik-rahatlama döngüsü başta çocuklar olmak üzere çoğu hasta tarafından deneyimlenmediği için artık tanı ölçütü olarak kabul edilmemektedir^{4,7}. Genellikle hastaların pek çoğunda saç yolma ile birlikte törensel bazı davranışlar bulunur; saç özel bir hareketle veya simetrik koparma, belli özellikleri olanı seçme, koparıldıktan sonra saç/kılı ağza götürme gibi²¹. Olguların önemli bir kısmında ciddi komplikasyonlara neden olabilecek saç yutma (*trikofaji*) vardır⁵. Yutulan bu saçlar *trikobezoarların* oluşmasına ve kusma, kilo kaybı, ileus gibi ciddi sorunlara neden olabilirler. Trikobezoarlar genellikle midede olsalar da bir parçaları duodenum, ileum, jejunum, kolona ulaşabilir (*Rapunzel sendromu*). Trikobezoarların nadir olmasına rağmen saç yutma oranının yüksekliği (%5-%18) dikkate alındığında sorgulanması ve olası ciddi sorunların değerlendirilmesi gerekir⁶. Çocuklukta başlayıp kronikleşen bozukluk dalgalanmalarla seyredir¹⁶. Erişkin trikotillomanilerde ayrıca, başta duygudurum, anksiyete, madde kullanım ve kişilik bozuklukları olmak üzere diğer psikiyatrik bozuklukların görülme oranı genel topluma göre daha yüksektir^{21,22}. Trikotillomanili çocukların da üçte birinden fazlasında en az bir psikiyatrik bozukluğun (Anksiyete Bozuklukları, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite bozukluğu, Depresyon, OKB gibi) daha bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca bu çocukların birinci derece akrabalarında da depresyon, madde kötüye kullanımı, intihar öyküsü, OKB, Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anksiyete Bozuklukları genel topluma göre daha yüksek oranda görülmektedir¹⁶.

Trikotillomani hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Erişkin hastalarda günlük aktivitelerden ve cinsel yakınlıktan kaçınma,

olumsuz duygulanım, sosyal işlevsellikte, eğlenceye yönelik aktivitelerde, mesleki üretkenlikte azalma vardır^{23,24}. Olguların çoğu saç kayıplarını peruk, şapka, başörtüsü, ilginç makyaj vs. ile saklamaya çalışırlar ve bunun için çok zaman harcarlar⁶. Tedavi için başvuran hastalarda çekici olmadığı duygusu, depresif duygudurum, düşük benlik saygısı, utanç, irritabilite gibi olumsuz duygulanımlar da yaygındır²⁴. Trikotilomani çocuklarda yaşam kalitesini düşürür; çocuklar saç koparmak için günde 30-60 dakika harcadıklarını ve bu nedenle ciddi düzeyde stres yaşadıklarını belirtmektedirler. Bununla birlikte erişkinlerin aksine günlük aktivitelerden daha az kaçınırlar. Bu çocukların çoğunda özellikle dikkat ve bellek gibi temel beceriler olmak üzere okul, arkadaş sorunları vardır¹⁶.

Trikotilomani tanısı genellikle muayene ve öyküyle kolayca konulabilir. Tanı konusunda en zorlayıcı unsur utanç, suçluluk, alay edilme ve deli olarak etiketlenmekten korktukları için hastaların saçlarını yolduklarını söylememeleridir. Hekimler eğer trikotilomaniyi dikkat çekmek için yapılan davranış olarak kabul edip suçlayıcı, hafife alan, küçümseyen bir üslupla yaklaşırsa olasılıkla hasta inatlaşarak uzaklaşır. Hasta-hekim iletişiminin bu tür olgularda önemi daha da fazladır çünkü zaman, para ve emek kaybını engeller en önemlisi hastalara tedavi şansı sunar.

Değerlendirmede yolmanın şiddeti (sıklık, süre, yolunan saç sayısı, yolunan alan sayısı gibi), yolma isteğinin özellikleri (sıklığı, şiddeti, gösterilen direnç), fiziksel zarar (ekskoriasyon vs), günlük işlevselliğe etkisi ve ilişkili stres sorgulanmalıdır²⁵. Semptom şiddetinin ölçülmesi, tedavinin etkinliğinin belirlenmesi için klinisyenin uyguladığı veya hastaların öz bildirimlerine dayanan bazı ölçekler kullanılabilir (Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale, NIMH Trichotillomania Impairment Scale, Trichotillomania Scale for Children vb)^{6,25}. Alopesik alanın değerlendirilmesi, saçın yeniden uzama süresi, sürenin değişkenliği, çok sayıda yolma alanının olması, değerlendirilmenin kolay olmadığı pubik ve diğer alanların varlığı, bütün kafa derisinden diffuz olarak yolma gibi nedenlerle zor olabilir ancak unutulmamalıdır²⁵. Değerlendirme sonunda, mutlaka trikotilomaninin tanımını, yaygınlığını, yolma paternlerini, rasyonel tedavi seçeneklerini içerecek şekilde hasta bilgilendirilmelidir. Hastanın yaşına göre kendisine, ebeveynlerle birlikte veya sadece ebeveynlere bilgi verilebilir²⁶. Yapılacak olan doğru ve uygun bilgilendirme hastanın ve ailenin psikiyatriye yönlendirilmeyi kabul etmesinde önemli bir yere sahiptir.

Trikotilomanili hastalarda yürütülen randomize kontrollü tedavi çalışmaları, hem erişkinlerde hem de çocuklarda Alışkanlığı Tersine Çevirme Eğitimi gibi Kognitif Davranışçı Terapilerin etkililiğini ve farmakoterapi üzerine göreli üstünlüğünü göstermişlerdir^{6,27}. Saç yolma eylemine yönelik farkındalığın artırılması için düzenlenen Alışkanlığı Tersine Çevirme Eğitimi gibi davranışçı yöntemler otomatik yolda daha etkili iken bilişsel veya kabullenme temelli stratejiler odaklanılmış yolmalarda etkilidir²⁸. Kognitif Davranışçı Terapiler çocuklarda da oldukça etkilidir ve etkinlikleri görece uzun dönemde de devam etmektedir^{16,26}.

Trikotilomanide başta antidepressanlar olmak üzere farmakolojik tedavilerin etkinliği araştırılan az sayıda randomize kontrollü klinik çalışma vardır. Antiobsesyonel etkinliği de olan klomipraminin (trisiklik antidepressan) plasebodan daha etkili olabileceği ancak SSRI'ların plasebodan daha etkili olmadıkları saptanmıştır. Çocuklarda ise eşlik eden anksiyete veya depresyonun tedavisinde SSRI'ların etkili olabileceği düşünülmekle birlikte trikotilomaninin hedef semptomları için önerilmemektedir²⁷. Antidepressanların hedef semptomlarda etkili olmadığına dair bulguların artmasıyla birlikte antipsikotikler (olanzapin, pimozid vd), opioid antagonist (naltroksen), karbohidrat inozitol,

N-asetil sistein, lityum gibi pek çok farklı ilaç olgu serileri veya küçük kontrollsüz çalışmalarda kullanılmıştır. Kullanılan ilaçlar etkinliklerine dair ümit verici olsalar da bu ajanların olası ciddi yan etkileri (metabolik sendrom, nörotoksisite vs) akıldan tutulmalıdır⁶.

Trikotilomani dışında *trikotemnomani*, *trikoteiromani*, *trikodaganomani* gibi kendi kendine oluşturulan saç kayıpları olmakla birlikte oldukça nadirdirler ve genellikle olgu sunumları olarak bilimsel yazında yerlerini almışlardır. *Trikotemnomani* kişinin saçlarını obsesif kompulsif tarzda kesmesi/tırış etmesidir. Klinik görünümü trikotilomaniden farklı (tamamen normal histoloji, farklı boylarda saçların olmaması gibi) olan bu psikiyatrik bozukluğun garip alopesi areta olgularının ayırıcı tanısında akıldan bulundurulması gerektiği bildirilmiştir²⁹. Saçlı derinin alopesiye neden olabilecek kadar kaşınması/ovulmasıyla fiziksel olarak zarar gördüğü bir başka klinik tablo da *trikoteiromanidir*. Burada trikotilomani ve trikotemnomaniden farklı olarak makroskopik olarak beyaz saç uçları ve mikroskopik olarak saç uçlarında fırça gibi ayrılmalar görülür³⁰. *Trikodaganomani* ise birinin kendi kıllarını belirgin kıl kaybı oluşturacak şekilde ısırmasıdır. Tanımlanan ilk olgunun gergin ve anksiyöz hissettiğinde kolundaki kılları ısırma isteği duyduğu ve trikotilomanideki gibi ısırılmadan önce gerginlik ve ısırdıktan sonra rahatlama hissettiği bildirilmiş. Bu tablonun altında yatan psikopatolojinin OKB mi basmakalıp davranış bozukluğu mu yoksa bir tür trikotilomani mi olduğu ise belirsizdir³¹.

Yukarıda tanımlanan psikiyatrik bozuklukların tümünde görünür dermatolojik lezyonlar (alopesi vb) bulunur. Ancak hastaların azımsanmayacak bir kısmı objektif olarak gösterilemeyen saç kaybı yakınmasıyla polikliniklerine başvururlar. Tanımlanabilir saç kaybı olmayan veya fark edilmeyecek kadar az kayıp olmasına rağmen saç dökülmesinden şiddetle yakınan hastalarda Beden Algısı Bozukluğu (BAB) veya Somatoform Bozukluklar akla gelmelidir.

Eskiden Somatoform Bozukluklar sınıflamasına dahil olan BAB, DSM V'te tıpkı trikotilomani gibi OKB ve ilişkili Bozukluklar başlığı altında yer almaktadır^{3,4}. BAB, bir kişinin gerçekte olmayan ama var olduğunu sandığı bir beden kusuru ile aşırı uğraşması ya da bir beden kusuru varsa bile bunu aşırı abartması durumudur. Bu uğraşı, önemli ölçüde huzursuzluğa ya da işlevsellikte bozulmaya yol açar^{4,32}. BAB hastalarının büyük bir kısmı ilk olarak psikiyatristlerden çok dermatologlara, iç hastalıkları uzmanlarına, cerrahlara ve daha da sıklıkla plastik cerrahlara başvururlar³². Dermatoloji kliniklerine başvuranlarda BAB yaygınlığının %14,4 olduğu bildirilmiştir³³. BAB'lı hastaların %30'u saç dökülmesinden yakınır³⁴. Bu hastaların saç dökülmeleri başkaları tarafından fark edilmemesine rağmen algıları abartılıdır. Saç dökülmesiyle ilgili aşırı, takıntılı zihinsel uğraşları vardır ve görünüşlerinin bozulduğundan emindirler. Her gün saatlerce kompulsif bir şekilde saçlarını ayna karşısında kontrol ederler, saçlarını başkalarınıninkilerle kıyaslarlar, saç kesimi üzücü bir işkenceye dönüşebilir. Hastaların aşırı ve takıntılı zihinsel uğraşları sosyal ortamlara girme ve diğerleri ile etkileşim kurma becerilerini olumsuz etkiler, şiddetli sosyal anksiyete ve depresyon deneyimlerler⁶.

Somatoform bozukluklarda (somatizasyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriyazis vd.) genel olarak hastanın bedensel yakınmalarına tıbbi olarak bir tanı konulamaz ancak hastalar ısrarlı bir şekilde tıbbi yardım arayışlarını sürdürürler. Bu hastalar sorunlar karşısında duygusal belirtilerden çok bedensel yakınmalarla yanıt verirler. Somatizasyon bozukluğunda kişiye sıkıntı veren, günlük yaşamı olumsuz etkileyen bir veya daha fazla bedensel belirtileri ve bunlarla ilgili aşırı uğraşları vardır. Saç dökülmesinin yanı sıra sıklıkla GIS, cinsel, nörolojik belirtilerden de yakınır². Genel olarak somatizasyon depresyon ve anksiyete bozuklukları ile yakın ilişkilidir

bu nedenle hastaların detaylı ruhsal durum muayenelerinin yapılmalıdır³⁵. Somatoform bozukluklardan bir diğeri de ağrı bozukluğudur. Saçlara dokunulduğunda saç ve saç köklerinde ağrı hissedilmesine *trikodinia* adı verilir². Kronik telojen efluyumda, androjenetik alopeside, kemoterapiye bağlı alopeside, hastaların yaklaşık üçte biri görünür patolojik bulgu olmamasına rağmen ağrılı kafa derisinden yakınırırlar³⁶. Trikodinali hastaların yaklaşık dörtte üçünde de başta somatoform bozukluklar, depresyon, OKB ve anksiyete bozuklukları olmak üzere psikiyatrik bozukluklar bulunmuştur³⁷.

Sonuç olarak, saç kayıplarında başarılı tedavinin iki ayağı vardır: tıbbi ve psikolojik. Başarılı bir tedavi için klinisyen hastanın asıl endişelerinin tam olarak farkında olmalıdır. Hastanın bakış açısından saç dökülmesini, tedaviden beklentilerini öğrenmek, saç döngüsü ve etkili kozmetik iyileşme için neden sabırlı olmak gerektiği hakkında hastaları bilgilendirmek gereklidir. Ayrıca hekimler saçın ve kaybının ruhsal anlamı, etkileri konusunda da bilgi sahibi olmalıdırlar. Unutulmamalıdır ki alopesi sadece saç dökülmesinin fiziksel görünümü değildir. Çoğu kez hastanın saç dökülmesine verdiği psikolojik yanıt hekimin değerlendirmesinden çok hastanın algısıyla ilişkilidir. Altta yatan neden ne olursa olsun saç kaybı uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete, davranım bozuklukları, somatik ve/veya seksüel işlev bozukluğu, suçluluk hisleri gibi pek çok farklı ruhsal sorunla ilişkilidir³⁸. Bu hastaların sadece dermatolojik olarak değerlendirilmeleri yeterli olmayacak, altta yatan, eşlik eden veya sonuç olarak ortaya çıkan ruhsal sorunların tedavisi için psikiyatrye yönlendirilmeleri gerekecektir. Hastalar psikiyatrye yönlendirilirken oldukça dikkatli olunmalıdır. Pek çok hastanın geçmişte başarısız tedavi deneyimi vardır. Bu başarısız girişimler ve hekimlerde dahil olmak insanların onları küçümsediklerini, ciddiye almadıklarını düşündüklerinden bu hastalar oldukça alıngan ve kırılığandırlar. Hastaların çoğu bu yönlendirmeyi baştan savma, ciddiye almama, deli olarak görülme olarak algılayabilir. Bu nedenle hastaya saygılı, düşünceli ve önemseyen bir tarzda yönlendirmenin neden yapıldığı anlatılmalıdır. Bu hastaların tedavilerinin başarılı olmasında hekimler kadar hastalarında katılımlarının önemli olduğu unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Cash TF: The psychology of hair loss and its implications for patient care. Clin Dermatol 2001;19:161-6.
2. Harth W, Blume-Peytavi U: Psychotrichology: psychosomatic aspects of hair diseases. J Dtsch Dermatol Ges: 2013;11:125-35.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IVTR). Dördüncü Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007;
4. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM V). Beşinci Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014;129-141.
5. Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE: Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. J Clin Psychiatry 1991;52:415-7.
6. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, et al: Trichotillomania: a current review. Clin Psychol Rev 2010;30:181-93.
7. Tay YK, Levy ML, Metyr DW: Trichotillomania in childhood: case series and review. Pediatrics 2004;113:494-8.
8. Christenson GA, Mackenzie TB, Reeve EA: Familial trichotillomania. Am J Psychiatry 1992;149:283.
9. Mansueto CS, Stemberger RM, Thomas AM, et al: Trichotillomania: a comprehensive behavioral model. Clin Psychol Rev 1997;17:567-77.
10. Diefenbach GJ, Tolin DF, Meunier S, et al: Emotion regulation and trichotillomania: a comparison of clinical and nonclinical hair pulling. J Behav Ther Exp Psychiatry 2008;39:32-41.
11. Shusterman A, Feld L, Baer L, et al: Affective regulation in trichotillomania: evidence from a large-scale internet survey. Behav Res Ther 2009;47:637-44.
12. Swedo SE, Leonard HL: Trichotillomania: an obsessive compulsive spectrum disorder? Psychiatr Clin North Am 1992;15:777-90.
13. Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Sprich-Buckminster S. Trichotillomania: current issues in conceptualization and treatment. Psychother Psychosom 1998;67:202-13.
14. Cohen LJ, Stein DJ, Simeon D, et al: Clinical profile, comorbidity, and treatment history of 123 hair-pullers: a survey study. J Clin Psychiatry 1995;56:319-26.
15. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE: Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. Am J Psychiatry 1991;148:365-70.
16. Tolin DF, Franklin ME, Diefenbach GJ, et al: Pediatric trichotillomania: descriptive psychopathology and an open trial of cognitive behavioral therapy. Cogn Behav Ther 2007;36:129-44.
17. Flessner CA, Woods D, Franklin M, Keuthen N, Piacentini J: Styles of pulling in youths with trichotillomania: exploring differences in symptom severity, phenomenology, and comorbid psychiatric symptoms. Behav Res Ther 2008;46:1055-61.
18. Flessner CA, Conelea CA, Woods DW, et al: Styles of pulling in trichotillomania: exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact. Behav Res Ther 2008;46:345-57.
19. Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, et al: Cross sectional study of women with trichotillomania: A preliminary examination of pulling styles, severity, phenomenology, and functional impact. Child Psychiatry and Hum Dev 2009;40:153-67.
20. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE: Adult men and women with trichotillomania: A comparison of male and female characteristics. Psychosomatics 1994;35:142-9.
21. Keser V, Tükel R, Karali N, ve ark: Trikotilomanide klinik özellikler. Klinik Psikiyatri 1999;1:26-33.
22. Christenson GA, Chernoff-Clementz E, Clementz BA: Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. J Clin Psychiatry 1992;53:407-13.
23. Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, et al: Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life. Behav Res Ther 2005;43:869-84.
24. Stemberger RM, Thomas AM, Mansueto CS, et al: Personal toll of trichotillomania: Behavioral and interpersonal sequelae. J Anxiety Disord 2000;14:97-104.
25. Diefenbach GJ, Tolin DF, Crocetto J, et al: Assessment of trichotillomania: a psychometric evaluation of hair-pulling scales. J Psychopathol Behav Assess 2005;27;169-178
26. Tompkins MA: Cognitive behavior therapy for pediatric trichotillomania, J Rat Emo Cognitive Behav Ther 2014;32:98-109.
27. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, et al: Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. Biol Psychiatry 2007;62:839-46.
28. Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA: A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. Behav Res Ther 2006;44:639-56.
29. Happle R: Trichotemnomania: obsessive-compulsive habit of cutting of shaving the hair. J Am Acad Dermatol 2005;52:157-9.
30. Banky JP, Sheridan AT, Dawber RP: Weathering of hair in trichoteiromania: Australas J Dermatol 2004;45:186-8.
31. Jafferany M, Feng J, Hornung RL. Trichodaganomania: the compulsive habit of biting one's own hair. J Am Acad Dermatol 2009;60:689-91.
32. Sungur MZ: Beden dismorfik bozukluğu. Psikiyatri Dünyası 1999;3:19-22.
33. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, et al: Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. J Am Acad Dermatol 2000;42:436-41.
34. Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, et al: A sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. Int J Psychiatry Med 2006;36:243-59.
35. Kesebir S: Depresyon ve somatizasyon. Klinik Psikiyatri 2004;1:14-19.
36. Rebora A, Semino MT, Guarerra M. Trichodynia. Dermatology 1996;192:292-3.
37. Kivanç-Altunay I, Savas C, Gökdemir G, et al: The presence of trichodynia in patients with telogen effluvium and androgenetic alopecia. Int J Dermatol 2003;42:691-3.
38. Trüeb RT. The difficult hair loss patient: A particular challenge. Int J Trichol 2013;5:110-4.