



Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi

2021, 4(12): 1193-1210.

DOI: [10.26677/TR1010.2021.901](https://doi.org/10.26677/TR1010.2021.901)

ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası: www.sobibder.org



KAVRAMSAL MAKALE

Trikotillomani Tanı ve Tedavisine Güncel Bakış

Mert Can ÇOBAN, Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, e-posta: mertcoban@stu.aydin.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4414-7701>

Öz

Trikotillomani, yineleyen saç yolma eylemi sonucu vücudun bazı bölgelerinde gözle görülür düzeyde saç kaybının olduğu; kişinin birçok alanda işlevselliğini olumsuz etkileyen bir bozukluktur. Diğer psikiyatrik bozukluklarla karşılaştırıldığında uzun zamandır bilinmesine rağmen daha az merak uyandırmıştır. DSM-5'de 'Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar' kategorisi altında yer almasına karşın, sınıflandırma konusunda halen tartışmalar devam etmektedir. Son yıllarda tedavisi ve etiyolojisi ile ilgili çalışmalar artmıştır. Özellikle etiyolojisinde genetik, nörokimyasal, nörofizyolojik ve psikolojik etmenler ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Trikotillomaninin tedavisiyle ilgili ise psikofarmakolojik, bilişsel davranışçı terapiler ve Alışkanlığı Tersine Çevirme Eğitimi (HRT) gibi müdahalelerin etkin olduğunu sonucuna varılmıştır. Ancak çalışmaların henüz yeterince kanıt düzeyine ulaşamamıştır. Trikotillomanide kişilerin semptomları gizlemesi ve kişilerde utangaçlık gibi olumsuz duygular, araştırmaların sağlıklı yapılabilmesini engellemektedir. Bu makalede trikotillomaninin tanımı, etiyolojisi, sınıflandırılması, tanı ve değerlendirme kriterleri, klinik özellikler ve tedavisi konusundaki son gelişmelerin derlenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Trikotillomani, Alışkanlığı Tersine Çevirme Eğitimi, Bilişsel Davranışçı Terapi, Psikofarmakolojik Müdahale.

Makale Gönderme Tarihi: 11.10.2021

Makale Kabul Tarihi: 06.12.2021

Önerilen Atıf:

Çoban, M. C. (2021). Trikotillomani Tanı ve Tedavisine Güncel Bakış, *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(12): 1193-1210.



**Journal of Social, Humanities and
Administrative Sciences**

2021, 4(12): 1193-1210. DOI:[10.26677/TR1010.2021.901](https://doi.org/10.26677/TR1010.2021.901)
ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası: www.sobibder.org



CONCEPTUAL PAPER

Current Overview of Diagnosis and Treatment of Trichotillomia

Mert Can ÇOBAN, MSc. Student, İstanbul Aydın University, Social Sciences Institute, İstanbul,
e-mail: mertcoban@stu.aydin.edu.tr
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4414-7701>

Abstract

Trichotillomania is the loss of hair in some parts of the body as a result of repetitive hair pulling behavior. Negatively affects the functionality of the person in many areas. Compared to other psychiatric disorders, it has been known for a long time but has aroused less curiosity. Although it is under the category of 'Obsessive Compulsive and Related Disorders' in the DSM-5, there is still debate about the classification. In recent years, studies on its treatment and etiology have increased. In particular, studies have been conducted on genetic, neurochemical, neurophysiological and psychological factors in its etiology. Regarding the treatment of trichotillomania, it was concluded that interventions such as psychopharmacological, cognitive behavioral therapies and Habit Reversal Training (HRT) are effective. However, the level of evidence of the studies has not yet been reached. The fact that people with trichotillomania hide their symptoms and have negative feelings during treatment prevent research from being conducted. In this article, it is aimed to compile the latest developments in the definition, etiology, classification, diagnosis and evaluation criteria, clinical features and treatment of trichotillomania.

Keywords: Trichotillomania, Habit Reversal Training, Cognitive Behavioral Therapy, Psychopharmacological Intervention.

Received: 11.10.2021

Accepted: 06.12.2021

Suggested Citation:

Çoban, M. C. (2021). Current Overview of Diagnosis and Treatment of Trichotillomia, *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 4(12): 1193-1210.

GİRİŞ

Trikotillomani (TTM), vücutta bulunan kıl çekme davranışı sonucunda gözle görülür düzeyde saç kaybının olduğu psikiyatrik bir tablodur. Genellikle çocukluk çağı başlangıcı olan trikotillomani, erken çocukluk ve ergenlik dönemlerinde en sık rastlanır. Kişi saç yolma ve koparma davranışı öncesi yoğun bir gerginlik yaşar. Saç yolma eylemini gerçekleştirdiğinde ise bu gerginlik ortadan kalkar ve kişi bu döngüden haz almaya başlar. İlk olarak 19. yy. sonlarında Fransız Dermatolog Hallopeau tarafından trikotillomani kavramı literatüre kazandırılmıştır (Swedo, 1993). Trikotillomaninin tarihçesine bakıldığında Hippokrat'a kadar dayanmaktadır (Stein, 1999). Bu durumda hastalığın uzun zaman önce tanımlanmış bir klinik durum olduğu görülmektedir. Trikotillomani'nin etiyojisi ve tedavisiyle ilgili son yıllarda araştırmalar artmış olsa bile yeterince çalışma mevcut değildir.

Trikotillomani ilk olarak 1987 yılında Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 3 (DSM-3) e bir tanı olarak girmiştir (Stein, 1999). DMS-3'te Başka Yerde Sınıflandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu" başlığa altında yer almıştır (Stein, 1999). DSM-4'te ise "tekrarlayan dürtülere karşı direnememe" ifadesi kaldırılmıştır (APA). DSM-4'te tıpkı DSM-3'teki gibi Başka Yerde Sınıflandırılmayan Dürtü Kontrol Bozuklukları başlığı altında yer almıştır (Chamberlain vd., 2009). DMS-5'e gelindiğinde ise A ölçütü olan 'belirgin saç kaybıyla sonuçlanan tekrarlayan saç yolma' olarak belirtilmekle birlikte, her hastada belirgin saç kaybı olmadığından dolayı bu kriter çıkarılmıştır. Ayrıca Trikotillomani, DSM-5'te 'Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar' kategorisi altında yer almıştır (APA). Trikotillomani tanı ölçütü olarak yineleyici bir şekilde saç yolma, belirgin saç kaybı, kişinin saç yolma davranışı ya da davranışa karşı gelme sırasında artan gerginlik hissetmesi, saç yolma davranışı sırasında keyif alma, doyum sağlama ve rahatlama olarak tanımlanmıştır (DSM-IV-TR). Gerginlik hissetme ve saç yolmaya ilişkin keyif alma ve rahatlama ölçütlerinin bu bozukluğa sahip kişilerin tamamında gözlenmemesi, DSM'deki trikotillomani ölçütlerinin geçerliliğin tartışılmasına neden olmuştur (Conelea vd., 2008).

DSM-5 sınıflandırma kriterleri (APA);

- Saç yitimi ile sonuçlanacak biçimde kişinin yineleyici olarak saçını yolması,
- Yineleyici olarak saç yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri,
- Klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte belirgin bozulma olması,
- Saç yolma ya da saç yitimi başka bir sağlık durumuna bağlanamaz,
- Saç yolma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Trikotillomaninin temel özelliği olarak yineleyici bir şekilde vücudunun herhangi bir bölgesinde kılları yolması şeklinde ifade edilebilir. En yaygın yolunan bölgeler ise baş, kaşlar, kirpikler; en az görülen kasık, koltuk altı bölgeleridir. C ölçütünde bulunan sıkıntı kelimesi, Trikotillomanili kişilerin kontrolü kaybetme duygusu ve utangaçlık gibi olumsuz duyguları kapsamaktadır (APA).

YÖNTEM

Trikotillomani kuramsal açıdan ele alınarak incelenmesi için yurt içi ve yurtdışı psikiyatri ve psikoloji yazını taranmıştır. Bu amaçla elektronik veri tabanları (Googlescholar, elektronik kitaplar ve dergipark) gözden geçirilerek taranmıştır. 'Trichotillomania', 'Habit reversal therapy (HRT)', 'cognitive behavioral therapy', 'psychopharmacological Intervention' anahtar

sözcüklerinin farklı birleşimiyle taranmıştır. İncelenen makaleler ve makalelerin kaynakları değerlendirilmiş bu çalışma için uygun olanlar göz önüne alınmıştır.

BULGULAR

Yaygınlık

Trikotillomani genellikle çocuklukta veya ergenlikte başlar (4-17 yaş) (Christenson vd., 1991). Ergenlerde yaygınlık oranı olarak %1 gözlenmiştir (Folnegović-Šmalc vd., 2018). Trikotillomanide birçok eş tanının varlığı görülmektedir. Duygudurum ve anksiyete bozuklukları, madde kullanımı bozuklukları, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite (DEHB), zeka geriliği ve otizm komorbid durumlardandır (Christenson vd., 1991; King vd., 1995; Bernstein vd., 1992). Ayrıca çocukluk çağı travmaları trikotillomaninin gelişiminde rol oynayabilir (Keren vd., 2006; Lochner vd., 2002).

Trikotillomaninin yaygınlığı ile ilgili toplumsal temelli bir araştırma mevcut değildir. Yapılan araştırmalarda yaşam boyu saç yolma davranışının prevalansının %1 olduğu saptanmıştır (King vd., 1995). Ayrıca bazı araştırmalarda çocukluk çağında görülme olasılığın, yetişkinliğe göre daha yüksek olduğu ve çocukluk çağında başladığı bildirilmiştir (Cohen vd., 1995; Panza vd., 2013). Erişkinlerde ise cinsiyete göre farklılıklar söz konusudur. Kadınlarda, erkeklere oranla 10 kat daha fazla görülmektedir (Schlosser vd., 1994). Cinsiyet farklılığının nedeni olarak kadınların tedaviye daha fazla başvuruları, erkeklerin tedaviden kaçınmaları ise kafalarını kazıtarak daha az yaftalamasıyla ilgilidir. Yapılan araştırmalarda katılımcıların kopardıkları alanları göstermek istememe ve dış görünüş ile ilgili kaygılarından dolayı trikotillomaninin yaygınlığı net olarak belirlenmemektedir (Gawłowska-Sawosz, 2016).

Etiyoloji

Trikotillomaninin etiyojisiyle ilgili çalışmalar günümüzde devam etmektedir ve bu alanda henüz net bir bilgiye ulaşılamamıştır. Ancak bozukluğun gelişiminde birçok etmenin olduğu ileri sürülmüştür. Bozukluğun başlamasında biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkin olduğu düşünülmektedir (Duke vd., 2010). Evrimsel açıdan bakıldığında ise bazı hayvanlarda bakım ve onarım sırasında gözlenen kıl yolma davranışının gerginlik ve uyarılma esnasında artmasının insandaki trikotillomani gelişimine benzerliğine dikkat çekilmiştir (Chamberlain vd., 2009). Bazı durumda ise trikotillomanin çocuklarda psikososyal sorunlarının bir belirtisi olarak yorumlanabileceği ileri sürülmüştür (Chandran, 2015).

Yapılan araştırmalarda trikotillomani tanılı hastaların aile bireylerinde saç yolma davranışı ve buna benzer davranışlar sergilediği görülmüştür. Özellikle ikiz uyumluluk çalışmalarında Novak ve arkadaşları (2009), genetik faktörlerin trikotillomaniye neden olabileceği hakkında önemli bulgular sunmuştur (Novak vd., 2009).

Davranışsal modelde, trikotillomanin alışkanlıkların oluşumuna benzer bir öğrenme süreci ile ortaya çıktığını, strese karşı bir reaksiyon olarak üstesinden gelme davranışı gelişebileceğini ve yaşanan gerilimi azaltarak pekiştirilebileceğini ileri sürmüştür (Mansueto vd., 1997). Duygu düzenleme modelinde ise saç yolma davranışı, üzüntü, gerginlik, kızgınlık, suçluluk, mutluluk gibi duyguların düzenlemesiyle ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda trikotillomanili kişilerin kontrol grubuna göre duygularını kontrol etmekte zorlandıkları ve duygusal kontrol düzeyi ile saç yolma şiddetinin ilişki olduğuna dair bulgular bu modeli desteklemektedir (Shusterman vd., 2009).

Nöro-görüntüleme araştırmalarında ise trikotillomani tanılı hastalarda, Fonksiyonel Beyin Görüntüleme ile yapılan bir çalışmada beynin hem saç hem de sol hemisferinin alt-arka frontal bölgelerindeki ve üst-ön frontal bölgelerindeki aktivitede azalma olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, frontal lob dışındaki bölgelerde, saç anterior-temporal bölge ve sol putamende de aktivite düzeyinde önemli bir azalma olduğu gösterilmiştir (Stein vd., 2002). Başka bir çalışmada trikotillomani tanılı hastalarda beyin yapılarının hacimlerinin karşılaştırıldığı bir Manyetik Rezonans Görüntüleme çalışmasında, azalmış sol putamen ve bazal ganglionda hacimleri olduğu bildirilmiştir (O'Sullivan vd., 1997). Bu görüntüleme bulgularıyla trikotillomaninin etiyojine katkısı olsa da hastalığın bu nedenlerden dolayı geliştiği söylemek için erkendir.

Trikotillomani tedavisinde klomipramin ve desipraminin etkinliklerini karşılaştırdıkları çift körleme bir çalışmada, klomipraminin trikotillomaninin kısa süreli tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir (Swedo vd., 1992). Başka bir çalışmada ise henüz tedaviye başlanmamış kadın trikotillomani tanılı hastalar ile sağlıklı kontrol grubu olan vakalar beyin omurilik sıvısı (BOS) ölçümleri açısından karşılaştırılmıştır. Bu alışmada BOS kortizol, 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA), homovanillik asit (HVA) ve 3-metoksi-4-hidroksi fenil glikol (3-MHPG) ölçümleri sonucu trikotillomani tanılı hastalar ve kontrol grubu arasında fark olmadığı saptanmıştır. Ek olarak, Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) ile tedaviye yanıtın derecesi, başlangıçtaki BOS 5-HIAA düzeyi ile anlamlı derecede ilişkili olduğu ve bunun SSRI tedavisine verilen yanıt ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Ninan vd., 1992).

Trikotillomani tedavisinde SSRI'ların etkisini arttırmak amacıyla tedaviye düşük doz pimozid eklenerek yapılan bir çalışmada, trikotillomani tedavisinde dopamin blokajlarının kullanılabileceği bildirilmiştir. (Stein vd., 1992) Son olarak yapılan araştırmalarda ödöl sistemindeki işlevsizliğin, sa yolma davranışı üzerinde etkisi bulunmuştur (Tolin vd., 2007). Trikotillomani patofizyolojisinde rol oynayan dopaminerjik sistem etki eden ve dopamin ve norepinefrin geri alım inhibitörü olan bupropion, trikotillomani'li bir vakanın tedavisinde başarılı sonuç vermiştir. SSRI ve dopamin blokerlerine olumlu yanıtların olduğu bu çalışmalar, serotonin ve dopamin sistemlerindeki düzensizliklerin işlevsel olarak sa yolma ile ilişkili olabileceğine yönelik kanıtlar sunmaktadır (Bhanji ve Margolese, 2004).

Psikanalitik görüşte sa yolma davranışı, bilinçdışı çatışmaların sembolik tezahürü veya nesne ilişkilerinin bir sonucu olabileceği; odipal dönemde kastrasyon, sevgi nesnesini kaybetme, çekicilik, suçluluk duyguları nedeniyle mazoşistik, saldırgan ve seksüel içerikli olabileceği ve çocukluk ağı travmalarıyla ilişkili olabileceği düşünölmüştür (Duke vd., 2010). English, kıl çekmenin duygusal doyumların sağlıklı bir şekilde kazanılmasına izin verilmediği için gerilimi boşaltma yolu olduğunu ileri sürmüştür (English, 1949; aktaran Meiers ve Reichenberger, 1973). Richter ise dürtüsel bir şekilde ve zorlayıcı durumlarda ortaya çıkan motor bir reaksiyon formu olarak açıklamıştır (Richter, 1963; aktaran Meiers ve Reichenberger, 1973). Irwin, kıl çekmeyi yoğun agresyon ve yas dönemlerine bağlı olarak bir tepki olarak görmüştür (Irwin, 1953; aktaran Meiers ve Reichenberger, 1973.) Son olarak Berg, sa yolma davranışının semptom olduğunu, genital düzeyde cinsel dürtüler ile ego ve süperegonun deprese edilen güçleri arasında bir çatışmayı yansıttığını ileri sürmüştür (Berg, 1936; aktaran Galski, 1983).

Eşlik Eden Tanılar

Trikotillomanide geniş bir komorbidite yelpazesi vardır. DEHB ve özel gruplarda dürtüselliliğin yaygınlığı, madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve diğer dürtü kontrol bozuklukları için ocuk ve ergen hastalarda sıklıkla çalışılmıştır (Hartmann vd., 2013, Roberts vd., 2014). Son zamanlarda, trikotillomaninin yetişkinlerde fibromiyalji ve diyabet gibi hastalıklarla

ile ilişkisi araştırılmaktadır (Chen vd., 2013; Ertan vd., 2018; Hartmann vd., 2013, Roberts vd., 2014)

Çok sayıda epidemiyolojik araştırma, genel popülasyonla karşılaştırıldığında Trikotillomani hastaları arasında yüksek oranda DEHB tespit edilmiştir (King vd., 1995). Yapılan çalışmalarda trikotillomanili genç hastaların, özellikle seçici dikkat olmak üzere daha düşük dikkat düzeylerine sahip oldukları saptanmıştır (Swedo ve Leonard, 1992). Erişkinlerde eş tanılar ise duygudurum bozukları, depresif bozukluklar olarak karşımıza çıkmaktadır (Christenson vd., 1991; Schlosser vd., 1994). Literatüre bakıldığında trikotillomaniye eşlik eden anksiyete bozukluğunun oranı %58 olarak bildirilmiştir.

Çocuklarda trikotillomaniye en çok eşlik tanı anksiyete bozukluğudur (Adaletli vd., 2006; Tolin vd., 2007; Walther vd., 2014). Çocuklarda görülen anksiyete bozukluğunun alt tipi olarak yaygın anksiyete bozukluğuna en sık rastlanıldığı bildirilmiştir (Tolin vd., 2007). Trikotillomani ve depresif bozuklukla ilişkisinde yapılan araştırmalarda ise trikotillomaninin geliştiği çocuklarda depresif semptomların daha sık olduğu bildirilmiştir (Lewin vd., 2009).

DSM-5'de trikotillomani, 'Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar' tanı kategorisinde yer almaktadır (DSM-5). OKB'deki obsesyon, tekrarlayan, istenmeyen ve zihni zorlayan düşünce, arzu ve imgelerdir. Kompulsiyon ise bu arzu, düşünce ve imgelere karşılık yapılan yineleyici zihinsel ve davranışsal eylemlerdir. (Ferrão vd., 2009). Trikotillomanide tekrarlayıcı bir uğraş olan saç yolma davranışı, obsesyonlar ile tetiklenmez ancak kaygı, öfke ve stres gibi duygular sonucu ortaya çıkabilir (DSM-5). Trikotillomani ve OKB'nin klinik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada, trikotillomani hastalarının saç yolma sırasında yüksek düzeyde keyif aldıkları saptanmıştır; OKB hastaları ise tekrarlayan ritüelleri sırasında neredeyse hiç keyif almadıkları bildirilmiştir (Stanley vd., 1992). Trikotillomanideki kompulsif davranışlar keyif ya da tatmin sağlamak için değil, kaygı ya da sıkıntıyı bastırmak ya da gidermek amacıyla tekrarlayıcı davranışların sergilenmesi anlamına gelmektedir (Odlaug vd., 2013). Ayrıca OKB'de görülen düşünce ve eylem karmaşası, fazla sorumluluk hissetme, düşünceler kontrol edilme ihtiyacı gibi bilişsel süreçler trikotillomanide gözlenmez (Ferrão vd., 2009).

Trikotillomani ile DSM-5'te aynı tanı kategorisi altında bulunan Beden Odaklı Yineleme Davranışı Bozukluğu (BOYDB) ile saç yolması olan kişilerce yapılan çalışmada, trikotillomaniye en sık tırnak yeme ve deri yolma eşlik ettiği saptanmıştır ayrıca trikotillomanili kişilerin %70'inde beden odaklı tekrarlayıcı davranışın olduğu görülmüştür (Stein vd., 2008). Bir derleme çalışmasında deri yolma bozukluğu ve trikotillomani tanılarını arasında başlangıç yaşı, genetik faktörler, eş tanı, klinik belirtiler gibi alanlarda benzerliklerin ve farklılıkların olduğu belirtilmiştir (Snorrason vd., 2012). Deri yolma ve trikotillomaninin her ikisinde de kellik ve cilt lezyonları gibi olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır. Trikotillomanide genellikle başlangıç yaşı erkenlik olduğu görülürken; deri yolmada belirgin bir yaş grubu mevcut değildir. Ayrıca, hastaların deri yolmaya harcadıkları zaman saç yolmadan daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Snorrason vd., 2012).

Çocukluk çağı travmatik yaşantılar trikotillomani gelişimde etkin rol oynamaktadır (Golubchik vd., 2011; Lochner vd., 2002). Gershuny ve arkadaşlarının trikotillomani tedavisi alan bireylerle yaptıkları çalışmanın bulgularında, hastaların yaklaşık %76'sının en az bir travmatik öyküsünün olduğu ve %19'unun Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanı kriterlerini karşıladığını bildirmiştir. (Gershuny vd., 2006).

Trikotillomaniye eşlik eden kişilik bozuklukları olarak histriyonik kişili bozukluğu %26, borderline kişilik bozukluğu %18, pasif/agresif kişilik bozukluğu %16 olarak bildirilmiştir (Swedo ve Leonard, 1992).

Tanı ve Değerlendirme

Tanı hastanın muayenesi yapıldıktan ve öyküsü alındıktan sonra konur. Tanı koyarken en zorlayıcı durum hastaların utanç, alay edilme, suçluluk gibi olumsuz duygulanıma sahip olmaları ve deli olmak ile ilgili yaftalanma korkularındır. Değerlendirmede ise yolmanın şiddeti, sıklığı, süresi, yolunan saç sayısı, yolunan yer, yolma dürtüsünün özellikleri, hastanın direnci, tanıya eşlik eden bozukluklar, günlük işleve etkisi, davranışını tetikleyen, çekmeye zemin hazırlayan ya da zorlaştıran araştırılır (Diefenbach vd., 2005) Semptomların şiddetlerinin ölçülmesi tedavi izlemi için geliştirilen ölçekler kullanılır. "Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale (MGH-HPS)" (Keuthen vd., 1995), "Psychiatric Institute Trichotillomania Scale (PITS)" (Winchel vd., 1992), "NIMH Trichotillomania Severity Scale (NIMH-TSS)" ve "NIMH Trichotillomania Impairment Scale (NIMH-TIS)" dir. Çocuklarda ise "Trichotillomania Scale for Children (TSC)" (Tolin vd., 2008), "Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania-Child Version (MIST-C)" (Flessner vd., 2007) kullanılır. Değerlendirmenin sonunda trikotillomaninin ne olduğu, toplumdaki yaygınlığını, yolma davranışının paternleri ve tedavi seçeneklerini hastaya bildirilmelidir.

Klinik Özellikler

Trikotillomani davranışı sıklıkla kafadaki saçları çekmek ile karakterize edilse de kirpik, kaş, sakal, kol, bacak ve burun kılı gibi beden diğer bölgelerinde de görülebilmektedir. Özellikle kafada temporoparietal ve vertex bölgeleri çekilir (Christenson vd., 1991). Kaşlar ve kirpikler ise kafadan sonra en yaygın yerlerdir (Klobucar vd., 2018). Çocuklarda sıklıkla sadece kafa bölgesinden çekme görülür ve diğer bölgeler yaygın değildir (Adaletli vd., 2016; Sah vd., 2008).

Hastalar genelde saçı çektikleri bölge olarak daha önceden yoldukları saçsız alanı tercih ederler. Kırılmış, kısa, kırılmış ve yeni uzamış olması saçın çekilmesinin sebebi olabilir. Saç yolma bir bölgeden başlayarak yayılarak devam etmektedir (Konkan vd., 2011). Birçok trikotillomani hastası saçı teker teker çekmeyi tercih etmektedir (Christenson vd., 1991). Hastalar çektikleri saç farklı işlemler uygulayarak birbirinden ayrılırlar. Bu uygulanan işlemin öğrenilmesi tedavi planı için önem teşkil etmektedir (Konkan vd., 2011). Sıklıkla çekilen kılı ısırma, yutma veya kıl ile oynama şekilde ritüellere rastlanır (Gawłowska-Sawosz vd., 2016; Walsh ve McDougale, 2011). Ancak kimi hastalar ise saçı doğrudan atarken kimleri ise saklayabilir (Walsh ve McDougale, 2011). Çekilen saçın ağza alınması çocuklarda yapılan bir çalışmada %48 oranında bulunmuştur (Reeve vd., 1992).

Saç yolma, o an için keyif verici olmasına rağmen hastalar bu tekrarlayan durumdan rahatsızlık duyarlar. Çekme dürtüsüne karşı başarısız bir karşı koyma söz konusudur. Saç yolma dönemleri birbirinden farklı zaman aralıkları ve farklı miktarlarda olabilir. Saniyeler, dakikalar veya saatlerce sürebilir dolayısıyla saç koparma miktarı da bazen destelerce bazense düzinelerce olabilir (Swedo vd., 1992; Walsh ve McDougale, 2011). Klinik gözlemlerden bir diğeri ise hastaların saç seçme davranışına karşı koymaya çalışırken yoğun 'gerginlik hissi' yaşadıklarını ifade ederler. Saçın yolunması ile birlikte 'rahatlama hissi' ortaya çıktığından bahsederler (Tay vd., 2004). Saç yolma davranışından etkilenen alanlar genellikle gözle görülür bir farklılığa sahiptir. Tipi ve görüntüsü tanı koymakta yardımcı olur. Tahrip edilen bölgeler tamamen kel değildir ve kısa, kırılmış tüyleri içermektedir. Trikotillomanide ortaya çıkan saçsız bölgeler rahiplerin tras biçimine benzetilerek "Friar Tuck sign" olarak adlandırılmıştır (Dimino-Emm ve Camisa, 1991). Bu bölgelerde hemoraji ve ekskoriasyonlar görülebilir (Tay vd., 2004).

Saç yolma davranışı birçok değişkene göre farklılık göstermektedir. Saç yolma davranışını etkileyen durum yolma öncesinde, sırasında veya sonrasında olabilir. Bu durumlar bazen çekme davranışını kolaylaştırabilir, başlatabilir veya akla getirebilir. Örneğin banyoda yalnız kalındığında veya ayna karşısında uzun zaman geçirildiğinde çekme davranışını arttırabilirken; başkalarını yanında veya toplum içerisinde çekme davranışı kontrol altına alınabilir. Çekme davranışını etkileyen başka bir durum ise uyarılma düzeyidir. Kişinin gergin, öfkeli ya da üzüntülü olma gibi uyarıldığı durumlarda ya da sıkıntılı, dalgın olma gibi uyarılmanın az olduğu durumlarda saç yolma davranışında artışlar görülebilir. Saç yolma davranışı bilgisayar başındayken, iş başındayken, televizyon karşısında, yatakta uzanırken, araçta trafikte ya da ellerin çekme için serbest kaldığı durumlar sırasında artabilir. Kişiye özel formülasyon yapılırken bu durumların belirlenmesi tedavi planı için önemlidir. Ayrıca ağrı duyarlılığı ve saç yolma davranışı arasında ilişki olabileceği ileri sürülmüştür (Hocaoglu, 2009).

Trikotillomani birçok parametrenin bir arada olduğu kompleks bir hastalıktır. Karmaşık ve farklı yönleri mevcuttur. Trikotillomani odaklanmış ve otomatik olarak iki alt tipi bulunur. Otomatik saç yolma tipinde kişinin farkındalığı dışında bir işle uğraşırken ya da bir konuda düşünürken gerçekleşir (Swedo ve Leonard, 1992). Saç yolma davranışı kitap okurken, telefonda konuşurken, televizyon karşısında gibi dikkatin başka yerde olduğu durumlarda gerçekleşir. Olguların birçoğuna tırnak yeme ve deri yola davranışı eşlik eder (Flessner vd., 2009). Odanlanmış tipte saç çekme davranışı uyarana, dürtüye ve olumsuz duyguduruma reaksiyon olarak duygu düzenleme işlevi görür (Swedo ve Leonard, 1992). Kişinin dikkati stres, gerginlik, saç düşüncesi ve yolma ile ilişkilidir. Odaklanmış alt tipine ergenlikte daha sık rastlanır (Flessner vd., 2009). Vakaların büyük çoğunluğunu otomatik alt tipi oluşturur ancak son yapılan araştırmalarda aynı kişide her ikisinin de birlikte görüldüğü zaman ve duruma göre baskınlığının değiştiği bildirilmiştir (Flessner vd., 2009; Christenson vd., 1994). Otomatik saç yolma alışkanlığının farkındalık eğitimi, geri çevirme egzersizleri ve uyarın kontrolü gibi müdahalelere olumlu yanıtlar verdiği bildirilmiştir (Franklin vd., 2011).

Trikotillomani kişileri psikolojik ve sosyal olarak yıpratın aynı zamanda tedavi edilmediği takdirde ciddi komplikasyonlara neden olabilecek bir bozukluktur (Bruce vd., 2005; Penzel, 2003). Vücudun farklı bölgelerinden çekilen kılların sonucu olarak gözle görülebilecek şekilde yaralar oluşabilir. Özellikle kaş ve kirpik çekerken oluşan komplikasyonlarda göz ve göz kapağı enfeksiyonlarına sebep olabilir (Penzel, 2003). Koparılan saçların yutulmasına bağlı olarak 'trikobezoa' gelişebilir. Dolayısıyla ciddi bağırsak problemlerine neden olabilir (Ferrão vd., 2009). Trikobezoar, bulantı, kusma, karın ağrısı, bağırsak tıkanması, delinmesi, kanama ve anemiye neden olabilir (Dimino-Emme ve Camisa, 1991).

Saç yolma davranışı ile gelen hastalara klinik değerlendirse sırasında sorulması gereken sorular (Shapiro vd., 2000);

- a) Saç dökülmesi ne kadar süredir mevcut?
- b) Saç köklerinden mi dökülüyor yoksa kırılıyor mu?
- c) Saçın dökülme miktarı mı artmış yoksa saç yapısında mı incelme var?
- d) Saç dökülmesinin başlangıç yaşı kaçtır?
- e) Hasta herhangi bir ilaç kullanıyor mu?
- f) Kadınlarda saç dökülmesinin adet döngüsü, hamilelik veya menopoz ile bir ilişkisi var mı?

- g) Tıbbi başka bir hastalığı var mı? Geçmiş tıbbi hastalığı var mı?
- h) Tiroid bezi fonksiyonları nasıl?
- i) Ailede saç dökülmesi öyküsü olan var mı?
- j) Hastanın saç bakımı nasıl?
- k) Hastanın beslenme düzeni nasıldır?

Klinisyenlerin dikkat etmesi gereken işaretler (Gawłowska-Sawosz vd., 2006);

- a) Anormal davranışı ya da görünüm,
- b) Çocuklarda uyku ya da etkinlik sırasında gözlenen saç yolma davranışı,
- c) Kıl kaybının olduğu alanda tahrişe bağlı olarak ciltte değişiklikler olması,
- d) Hastaların semptomları gizlemeye çalışma çabası (peruk, eşarp, makyaj),
- e) Vücuttan diğer bölgelerinde kıl kaybının varlığı,
- f) Suya veya rüzgâra maruz kalmaktan kaçınma.

Kılların çekilme süreci, dönemleri, sıklığı, sayısı, çekilen bölge sayısı, çekme dürtüsü ve buna karşı direncin varlığı da değerlendirilmelidir. Çekme davranışının günlük yaşantıya etkisi ve yaratmış olduğu gerginlik ve sıkıntı hissini değerlendirilmesi önemlidir (Diefenbach vd., 2005).

Tedavi

Sosyal işlevlerde bozulmalar, özgüven kaybı ve geç tedaviye başlayan trikotillomani hastaları tedavi sürecinde kişiye özel ve duyarlılık gerektiren bir durumdadırlar. Tedavi ve değerlendirme sırasında bu durumun göz önünde bulundurulması, trikotillomanili hastaların tedaviyi yarıda bırakmalarının önlenmesi için gereklidir.

Literatür çalışmalarına bakıldığında davranışçı terapi, psikodinamik terapi, psikofarmakolojik müdahale olmaz üzere çeşitli müdahalelerin işlevsel olduğu görülmektedir. Hastanın kendisine ve ailesine psikoeğitimin verilmesi tedavi planının ilk basamağıdır (Bruce vd., 2005). Tedavi planı oluşturulurken daha önce denenmiş başarılı veya başarısız olunmuş tekniklerin saptanması önemlidir (Sah vd., 2008). Ayrıca tedavi planı trikotillomaninin şiddeti, tipi ve eş tanısı dikkate alınarak oluşturulmalıdır (Jones vd., 2018).

Okul öncesi grubunda trikotillomaninin şiddeti azdır ve tedaviye dirençli değildir. Bu yaş grubunda davranışsal terapi yaklaşımı daha sağlıklı sonuçlar verebilir. Tedavi sırasında ebeveyn eğitimi, cevap önleme ve mola yöntemi gibi çeşitli yöntemler kullanılabilir. Bu yaş grubu için farmakolojik müdahale nadir kullanılır ancak eş tanı varsa tercih edilmektedir (Bruce vd., 2005).

Okul çağı çocuklar için uygun olan ve en sık kullanılan terapi yöntemi davranışsal tedavilerden olan alışkanlığı geri çevirme terapisi, pozitif pekiştiren, modifiye alışkanlığı geri çevirme terapisi (HRT) kullanılabilir. Okul öncesi grubuna göre bu grupta farmakolojik müdahale daha yaygındır. En sık tercih edilen ilaçlar ise klomipramin, fluoksetin ve paroksetindir (Bruce vd., 2005). Ergenlik döneminde başlayan troktillomani kronik özellikli olup erken tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir.

Alışkanlığı Geri Çevirme Terapisi

Trikotillomani tedavisinde en sık kullanılan yöntem alışkanlığı geri çevirme terapisi. Alanyazında yapılan çalışmalara bakıldığında ise bu terapi yöntemini tecrübeli klinisyenlerin yapması, en etkili tedavi şekli olduğu belirtilmiştir (Bloch vd., 2007).

Trikotillomani kullanılan alışkanlığı geri çevirme terapisi 4 temel bileşenden oluşmaktadır (Azrin ve Nun,1973; Azrin vd., 1980).

a) Farkındalık eğitimi: Saç yolma davranışı ve saç yolma davranışına götüren gergin durumların farkındalığının artırılması eğitimidir. Örneğin hastaya kendi davranışını nasıl fark edeceği öğretilir, aynı karşısında rol playing çalışmaları davranış öncesi uyarıyı tespit etme, hastaya genelde hangi durumlarda olduğuyla ilgili farkındalık.

b) Kendini İzleme: Hasta kendi saç yolma davranışı ve bununla ilişkili bileşenlerin kaydını tutar

c) Uyarı kontrolü: Saç yolma davranışını azaltmak veya engellemek için bazı tekniklerden oluşur. Davranış pekiştiricileri ve öncülleri azaltılmalıdır. Örneğin şapka takmak, kola ses çıkaran bilezik, eldiven giymek.

d) Yarışmalı cevap müdahalesi: Hastaya dürtü kaybolana kadar başka bir davranış öğretilmesiyle ilgilidir. Bu müdahalede zıt hareket, harekete katılan kasların izometrik bir şekilde gerilmesiyle yüksek farkındalık yaratılmalıdır. Ayrıca davranış, sosyal olarak dikkat çekmeyen ve normal olarak nitelendirilecek faaliyetlerce sağlanmalıdır.

e) Uyarı-tepki müdahalesi: Saç yolma dürtüsü geldiği zaman bu dürtünün yerine geçebilecek yürüyüşe çıkma, gevşeme egzersizi gibi aktiviteler geliştirmektir.

Müdahale aşamalarında sosyal desteğin olması önemlidir (Jones vd., 2018). Kazanılan beceriler sonrasında günlük pratiğe uyarılama sağlanır. Ayrıca alışkanlığı geri çevirme terapisinde sosyal pekiştiriciler zamanla azaltılmalıdır (Azrin ve Nun,1973). HRT sonucunda saç yolma eyleminde azalma ortaya çıkmazsa eş tanı olarak depresyon veya kaygı bozukluğu gibi eş tanıları aranmalıdır. Bunlara ek olarak BDT ve/veya SSRI tedavisi önerilebilir (Labouliere ve Storch, 2012).

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı müdahalede saç yolma eyleminin yaşam kalitesi ve işlevsellik ile ilişkileri araştırılır. Saç yolma davranışının yoğunlaştığı zamanlar ve durumlar saptanır. Saç yolma dürtüsüne karşı tepki yanıtları oluşturulur ve farkındalık eğitimi verilir. Hastaya terapide kazandığı beceriler ev ödevleri verilerek pekiştirilir. Bu müdahale tekniğinde farkındalık kazandırmak önemlidir. Bilişsel davranışçı müdahalede hastanın yaşı, aile ve hastanın öyküsü terapi planı açısından önemlidir. Genç hastalarda basit ve anlaşılır ev ödevleri etkili olabilirken; yaşça büyük hastalarda ise ev ödevlerinin aynılığı ve basitliği motivasyon kaybına neden olabilir (Roblek vd., 1999).

BDT'nin trikotillomani üzerine etkisini değerlendirilen bir çalışmada, trikotillomani tanıları hastalara 6 seans boyunca bilişsel davranışçı müdahalede bulunulmuştur. Terapi seanslarının içeriğini düşünceyi durdurma, bilişsel yeniden yapılanma, bilgi toplama, alışkanlığı geri çevirme egzersizleri, gevşeme egzersizleri, nüks önleme ve rehberli öz diyalog oluşturmuştur. Yapılan çalışmanın sonucunda BDT'nin tedavide yarar sağladığı ancak semptomları nüks etme olasılığı olabileceğine ulaşılmıştır. Dolayısıyla semptomların kalıcı olarak azalması için tedavi süresini uzatmak ve nüks önleme stratejilerine odaklanmayı genişletmek gerekebileceği önerilmiştir (Walsh ve McDougle, 2001). Başka bir çalışmada ise bilişsel davranışçı müdahale ve farmakolojik

müdahalenin etkinliği karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucu olarak BDT'nin, farmakolojik müdahaleye göre semptomları azaltmada başarılı olduğu görülmüştür (Lerner vd., 1998).

Psikofarmakolojik Müdahale

Trikotillomaninin farmakolojik tedavisiyle ilgili literatürde yeterince kontrollü çalışma mevcut değildir. Vaka örnekleri ve örneklem çalışmalarında birbirinden farklı sonuçlara ulaşıldığı ortaya çıkmıştır. Psikofarmakolojik müdahalede dikkat edilmesi gereken en önemli konu yan etkilerdir. (Chandran vd., 2015). Dolayısıyla çocuklarda tedavi planı olarak ilk tercih farmakolojik tedavi yerine BDT olmalıdır (Bloch vd., 2013). Trikotillomanin, OKB ile benzer paternlere sahip olmasından dolayı OKB tedavisinde kullanılan SSRI ve klomipramin müdahalesi trikotillomani tedavisinde araştırmaların konusu olmuştur. Klomipramin, serotonin ve norepinefrin geri alımını inhibi eder ve birçok ikincil mekanizmayı etkileyerek müdahale ettiği görülmektedir (Slikboer vd., 2017). Klomipraminin, trikotillomani tedavisinde kullanılmasıyla ilgili yapılan bir çalışmada, Trikotillomani tanılı hastalara klomipramin ve BDT müdahalesi yapılmış ve etkinliği karşılaştırılmıştır. 9 haftalık, randomize, çift kör, plasebo kontrollü yapılan çalışmada, klomipraminin müdahalesinin hastalarda saç yolma davranışını plaseboya göre azalttığı saptanmıştır. Ancak, sadece BDT müdahalesinin plasebo ve klomipramine göre istatistiksel olarak daha anlamlı bir iyileşme sağladığı bildirilmiştir (Ninan vd., 2000). Her ne kadar SSRI'ların yapılan çalışmalarda etkinliklerinin kısıtlı olduğu saptanmış olsa da SSRI'lar trikotillomaniye komorbid anksiyete, OKB ve depresif bozuk gibi durumlarda tercih edilmelidir (Jones vd., 2018).

Trikotillomani tedavisinde bazı antipsikotik ilaçların etkinliğiyle ilgili çalışmalar mevcuttur. Haloperidolün etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada tedavide etkin olabileceği görülmüştür (Akaltun ve Kara, 2017). SSRI grubuna dirençli olan hastalarda ise risperidon ve olanzapin ile müdahalenin tedavide etkin olduğunu gösteren raporlar mevcuttur (Ashton, 2001; Epperson vd., 1999; Gabriel, 2001; Pathak vd., 2004; Potenza vd., 1998; Srivastava vd., 2005). Antipsikotiklerin yan etki olarak metabolik problemler, sedasyon ve kilo alımı gibi yan etkilerinden dolayı klinik kullanımda sınırlık getirmektedir. Hastalara riskleri ve faydaları ile ilgili bilgi verildikten sonra kullanımına karar verilmelidir (Jones vd., 2018). Trikotillomani tedavisinde davranış temelli müdahaleleri ve farmakolojik tedavileri araştıran bir sistematik Meta analiz çalışmasında, tedavide klomipramin, NAC ve olanzapinin potansiyel ilaçlardan olduğu; ancak, fluoksetinin etkin olmadığı saptanmıştır. Sonuç olarak, ilaçlar etkileri ümit verici olsalar da bu ajanların olası ciddi yan etkiler unutulmamalıdır.

Trikotillomaninin Yaşama Etkisi

Trikotillomani sosyal izolasyon, günlük aktivite ve cinsel yakınlıktan kaçınma, mesleki problemler, akademik başarısızlık, olumsuz duygulanım, kontrolle ilgili fiziksel ve zihinsel uğraşlar olarak birçok konuda yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. (Franklin vd., 2008; Seedat ve Stein,1998) Trikotillomanili kişilerin çekme davranışını engelleyemiyor olmalarından dolayı kişilerde utanç ve özgüven kaybı görülebilir. Vakaların birçoğu şapka, peruk veya başörtüsü ile saç kayıplarını saklamak için uğraşırlar. Tedaviye başvuran kişilerde depresif duygu durumu, utanç, çekici olmadığı düşüncesi, düşük benlik saygısı gibi olumsuz durumlar gözlenmiştir (Stemberger vd., 2000).

Trikotillomanini uzun dönem sonuçlarıyla ilgili yapılan bir çalışmada, trikotillomani tanılı çocuklarda daha fazla odaklanmış saç yolma tipinin varlığı, kötüye gidişle ilgili ilişkili olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada yaşın artmasıyla birlikte anksiyete ve depresyon düzeylerinde de

bir artış olduğu ve bu artan anksiyete ve depresyonun saç yolma şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Schumer vd., 2015). Benzer bir çalışmada, okul öncesi ve okul çağı çocuklarında semptom ciddiyeti açısından fark olmadığı; ancak, yaş arttıkça ve sosyal farkındalık kazanıldıkça sıkıntı düzeyinde ve bozukluk düzeyinde daha fazla etkilenme olduğu bildirilmiştir (Walther vd., 2014). Trikotillomaninin yaşama kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı başka bir çalışmada, depresif belirtilerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir belirleyici olduğu saptanmıştır. (Houghton vd., 2016)

TARTIŞMA ve SONUÇ

Psikolojik kökeni olan hastalıklar uzun süre bilimin çeşitli dallarınca araştırılmıştır. Bu hastalıkların nedenlerine ve tedavi yöntemlerine açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda bu hastalıkların psişik özellikleri anlaşılmasıyla birlikte psikoloji ve psikiyatri bilimi ile açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Trikotillomanin ilk kez dermatolog olan Hallopeau tarafından tanımlanmış ve dermatoloji biliminin merceği altında incelenmiştir (Swedo, 1993). Hastaların kıl çekme eyleminin sonucu derilerinde oluşan bazı fizyolojik bozukluklar onların dermatologlara başvurmasına neden olmuştur. Hastaların takibi sonucu, bu duruma kendilerinin neden olduğu ortaya çıkmasıyla birlikte psikolojik ve psikiyatri bilimiyle ilişki olduğu görülmüştür.

Trikotillomani tanımlandığı günden beri psikiyatri biliminde etiolojisi ve tedavisi araştırma ve tartışma konusu olmuştur. Hastalığın başlangıç yaşının çocukluk çağı ve ergenlik dönemi olması ve çeşitli tanılarla hastalığa eşlik etmesi son yıllarda konuyla ilişkin merak uyandırmaktadır. Trikotillomani, etiolojisiyle ilgili araştırmacıları fikir ayrılığına sürüklemiş, kimileri semptom kimileri ise sendrom olduğunu ileri sürmüştür. Trikotillomanin tanı kriterleri ve sınıflandırmasıyla ilgili de fikir ayrılıkları yaşanmıştır. DMS-4'de 'başka yerde sınıflandıramayan dürtü kontrol bozukluğu' biri olarak sınıflandırılmıştır. Daha sonra DMS-5'e gelindiğinde ise 'obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar' tanı kriterleri altında sınıflandırılmıştır. Trikotillomanin sahip olduğu özellikler bakımından heterojen bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. Hastalığın DSM-5'de 'obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar' altında sınıflandırılması OKB'ye benzer yanları olduğu gibi bazı belirgin farklılıklarda mevcuttur. Semptom anında keyif almaya yönelik olması ve benlikle uyumlu olması OKB'de görülen tablodan oldukça farklıdır. Tıpkı OKB ve trikotillomani ilişkisinde olduğu gibi hastalığa birçok psikiyatrik bozukluğun eşlik etmesi tanı koymayı, tedavi planını ve hastalığın gidişatını olumsuz etkileyebilecek faktörlerdendir. Hastalığın tanı ve değerlendirmesinde klinik gözlem birinci basamağı oluşturmaktadır.

Literatürde hastalığın toplumsal yaygınlığının tahmin edildiğinden daha çok olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda hastaların fiziksel kusurlu alanları göstermek istememesi ve bu kusurların sonucu oluşan düşük benlik saygısı nedeniyle yeterince katılımın olmadığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca çocukluk dönemi, erişkinliğe göre trikotillomani yaygınlığının daha yüksek olduğu ve saç yolma davranışının genellikle çocukluk çağına başladığı bilinmekle birlikte, pediatrik trikotillomani ile ilgili araştırmaların oldukça seyrek olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgulara klinik ortamlarda dermatologlar ve psikiyatristlerce ulaşılmaktadır. Ancak yine de hastalığın etiolojisinin anlaşılması ve tedavi planı oluşturulması için yapılan çalışmalar halen yetersizdir. Yapılacak araştırmalarda demografik verilerin sağlıklı belirlenmesi ve klinik gözlemlerin önemi, hastalığın etiolojisinin aydınlatılması, tedavi algoritması oluşturulması ve yaygınlığının tespit edilmesi için önemlidir.

Trikotillomani tedavisinde alanyazına bakıldığında psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, psikodinamik terapi, HRT, psikofarmakoloji olmaz üzere çeşitli müdahalelerin işlevsel olduğu sonucuna varılmıştır. Tedavi esnasında başlangıç yaşı, şiddeti ve eşlik eden tanılar dikkate alınarak planlama yapılmalıdır. Hastaların tedaviye geç başlaması ve uygun tedavi planı yapılmayan olgularda, saç çekilen bölgelerin sayısının arttığı sonuna ulaşılmıştır. Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımında stres yaratan duygu, düşünce ve davranışın önlenmesi ve stres azaltma alışkanlığının değiştirilmesine odaklanılır. İlaç tedavisinde ise amaç nörotransmitterlerin düzenlenmesini sağlamaktır. Noradrenalin ve serotonin hormonlarının geri alımını durduran ilaçlar kullanılır. SSRI ve dopamin blokerlerine olumlu yanıtların olduğu bu çalışmalar, serotonin ve dopamin sistemlerindeki düzensizliklerin fonksiyonel olarak saç yolma ile ilişkili olabileceğine yönelik kanıtlar sunmaktadır. Yapılan çalışmalarda psikofarmakolojik tedaviler ve bilişsel davranışçı terapilerin en etkili olduğu sonucuna varılmış ancak bütüncül yaklaşım tedavide önemli noktalardan biridir. Literatürde halen tedavi planı hakkında yeterince çalışma ve olgu sunumun mevcut olmadığı söylenebilir.

KAYNAKÇA

Adaletli, H., Günes, H., Tanidir, C., Mutlu, C., Aytemiz, T. and Kiliçoğlu, A.G. (2016). Clinical features and comorbid psychiatric disorders in children and adolescents with trichotillomania: a clinical sample. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 17, 248-256.

Akaltun, I. and Kara, T. (2017). Atomoxetine-related trichotillomania in a boy with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 27, 923, 49-73.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2007). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Köroğlu E (Çeviren), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, ss. 970- 973.

Ashton, A. K. (2001). Olanzapine augmentation for trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*. 158 (11):1929-1930.

Azrin, N. and Nunn, R. (2016). Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*. 11, 619-628.

Azrin, N. H, Nunn, R. G, and Frantz, S. (1980). Treatment of hairpulling (trichotillomania): a comparative study of habit reversal and negative practice training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 11, 13-20.

Bhanji, N. H, and Margolese, H. C. (2004). Alternative pharmacotherapy for trichotillomania: a report of successful bupropion use. *J Clin Psychiatry*. 65:1283, 65-97.

Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Dombrowski, P., Kelmendi, B., Wegner, R. and Nudel, J. (2007). Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biological Psychiatry*. 62:839-846.

Bloch, M. H, Panza, K. E., Grant, J. E, Pittenger, C. and Leckman, J. F. N. (2013). Acetylcysteine in the treatment of pediatric trichotillomania: a randomized, double-blind, placebo- controlled add-on trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 52:231-240.

- Bruce, T. O, Barwick, L. W, and Wright, H. H. (2005). Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents. *Pediatric Drugs*. 7:365-376.
- Chatterjee, K. (2012). The genetic factors influencing the development of trichotillomania. *Journal of Genetics*. 91:259-262.
- Chamberlain, S. R., Odlaug, B. L., Boulougouris, V., Fineberg, N. A. and Grant, J. E. (2009). Trichotillomania: neurobiology and treatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 33:831-842.
- Chandran, N. S., Novak, J., Iorizzo, M., Grimalt, R. and Oranje, A. P. (2015). Trichotillomania in children. *Skin Appendage Disorders*. 1:18-24.
- Chen, H. J., Lee, Y. J., Yeh, G. C. and Lin, H. C. (2013). Association of attention-deficit/hyperactivity disorder with diabetes: a population-based study. *Pediatr Res*. 73:492-496.
- Christenson, G. A, Mackenzie, T. B. and Mitchell, J. E. (1991). Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry*. 148(3): 65-70.
- Christenson, G. A., Mackenzie, T.B. and Mitchell, J. E. (1994). Adult men and women with trichotillomania: A comparison of male and female characteristics. *Psychosomatics*, 35:142-149.
- Cohen, L. J., Stein, D. J., Simeon, D., Spadaccini, E., Rosen, J. and Aronowitz, B. (1995). Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 56(7): 319-326.
- Conelea, C. A., Walter, M. R., Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E. and Keuthen, N. J. (2008). Examining the incremental validity of criteria B and C for trichotillomania in children and adolescents. Poster presented at the association for behavioral and cognitive therapies annual conference, November 2008, Orlando.
- Diefenbach, G. J, Tolin, D. F, Crocetto, J., Maltby, N. and Hannan, S. (2005). Assessment of trichotillomania: a psychometric evaluation of hair-pulling scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 27:169-178.
- Dimino-Emme, L. and Camisa, C. (1991). Trichotillomania associated with the "Friar Tuck sign" and nail-biting *Cutis*, 47(2):107-110.
- Duke, D. C., Keeley, M. L. and Geffken, G. R. (2010). Trichotillomania: a current review. *Clin Psychol Rev.*, 30:181-193.
- Epperson, C. N., Fasula, D., Wasyluk, S., Price, L. H. and Mcdougale, C. J. (1999). Risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-resistant trichotillomania: three cases. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 9:43-49.
- Ertan, Y. and Lut, T. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder and impulsivity in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 14:1883-9.
- Ferrão, Y. A., Miguel, E. and Stein, D. J. (2009). Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: how closely are they related? *Psychiatry Research*. 170:32-42.
- Flessner, C. A., Woods, D. W. and Franklin, M. E. (2009). Cross sectional study of women with trichotillomania: A preliminary examination of pulling styles, severity, phenomenology, and functional impact. *Child Psychiatry and Hum Dev*. 40:153-167.
- Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., Piacentini, J. and Cashin, S. E. (2007). The Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania-Child Version (MIST-C): initial development and psychometric properties. *Behav Modif*, 31(6):896-918.

- Franklin, M. E., Flessner, C. A., Woods, D. W., Keuthen, N. J., Piacentini, J.C. and Moore, P. (2008). The child and adolescent trichotillomania impact project: descriptive psychopathology, comorbidity, functional impairment, and treatment utilization. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 29:493-500.
- Franklin, M. E., Zgrabbe, K., Benavides, K. L., Christenson, T., and Toit, D. (2011). Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert review of neurotherapeutics*. 11:1165-74.
- Gabriel, A. (2001). A case of resistant trichotillomania treated with risperidone- augmented fluvoxamine. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 46:285-6.
- Galski, T. (1983). Hair Pulling (Trichotillomania). *Psychoanalytic Review* 70(3), 331-346.
- Gawłowska-Sawosz, M., Wolski, M., Kamiński, A., Albrecht, P. and Wolańczyk, T. (2016). Trichotillomania and trichophagia-diagnosis, treatment, prevention. The attempt to establish guidelines of treatment in Poland. *Psychiatr Pol*. 50:127-43.
- Gershuny, B. S., Keuthen, N.J., Gentes, E. L., Russo, A. R., Emmott, E. C. and Jameson, M. (2006). Current posttraumatic stress disorder and history of trauma in trichotillomania. *Journal of Clinical Psychology*. 62:1521-9.
- Golubchik, P., Sever, J., Weizman, A and. Zalsman, G. (2011). Methylphenidate treatment in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid trichotillomania: a preliminary report. *Clinical Neuropharmacology*. 34:108-10.
- Hartmann, A. S., Rief, W. and Hilbert, A. (2013). Impulsivity and negative mood in adolescents with loss of control eating and ADHD symptoms: an experimental study. *Eat Weight Disord*. 18:53-60.
- Hocaoglu, Ç. (2009). Trikotillomani. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi-Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2(1):57- 65.
- Houghton, D. C., Maas, J., Twohig, M. P., Saunders, S. M., Compton, S. N. and Barnett, A. M. (2016). Comorbidity and quality of life in adults with hair pulling disorder. *Psychiatry Research*. 239:12-9.
- Jones, G., Keuthen, N. and Greenberg, E. (2018). Assessment and treatment of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder. *Clinics in Dermatology*. 36:728-36.
- Keren, M., Ron-Miara, A., Feldman, R. and Tyano, S. (2006). Some reflections on infancy-onset trichotillomania. *Psychoanal Study Child*. 61:254-72.
- Keuthen, N. J., O'Sullivan, R. L., Ricciardi, J. N., Shera, D., Savage, C. R. and Borgmann, A. S. (1995). The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 1. development and factor analyses. *Psychother Psychosom* 64(3-4):141-45.
- King, R. A., Scahill, L., Vitulano, L. A., Schwab-Stone, M., Tercyak, K. P., Jr., and Riddle, M. A. (1995). Childhood trichotillomania: clinical phenomenology, comorbidity, and family genetics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 34:1451-9.
- King, R. A., Zohar, A. H., Ratzoni, G., Binder, M., Kron, S. and Dycian, A. (1995). An epidemiological study of trichotillomania in Israeli adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 34:1212-5.
- Klobucar, A., Folnegović-Šmalc, V., Kocijan-Hercigonja, D., Sović, S. and Gulić, L. (2018). Clinical Characteristics and Comorbidity of Pediatric Trichotillomania: The Study of 38 Cases in Croatia. *Psychiatria Danubina*. 30:79-84.

- Konkan, R., Senormancı, Ö. ve Sungur, M. Z. (2011). Trikotillomani: Tanı, farmakoterapi ve kognitif davranışçı terapisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 21:265-74.
- Labouliere, C. D. and Storch, E. A. (2012). Pediatric trichotillomania: Clinical presentation, treatment, and implications for nursing professionals. *Journal of Pediatric Nursing*. 27:225-32.
- Lerner, J., Franklin, M. E., Meadows, E.A., Hembree, E. and Foa, E. B. (1998). Effectiveness of a cognitive behavioral treatment program for trichotillomania: An uncontrolled evaluation. *Behavior Therapy*. 29:157-71.
- Lewin, A. B., Piacentini, J., Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E. and Keuthen, N. J. (2009). Depression, anxiety, and functional impairment in children with trichotillomania. *Depression and Anxiety*. 26:521-7.
- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., and Seedat, S. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*. 15:66-8.
- Mansueto, C. S., Stemberger, R. M., Thomas, A. M. and Golomb, R. G. (1997). Trichotillomania: a comprehensive behavioral model. *Clin Psychol Rev*. 17:567-77.
- Meiers, G. G., Reichenberger, H.G. and Reichenberger, I. (1973). Trichotillomanie. *Der Hautarzt* 24, 248-252, Springer - Verlag
- Ninan, P. T., Rothbaum, B. O., Marsteller, F. A., Knight, B. T., and Eccard, M. B. (2000). A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 61(1): 47-50.
- Ninan, P. T., Rothbaum, B. O., Stipetic, M., Lewine, R. J., and Risch, S. (1992). CSF 5-HIAA as a predictor of treatment response in trichotillomania. *Psychopharmacology Bulletin*. 28(4): 451-455.
- Novak, C. E., Keuthen, N. J., Stewart, S. E. and Pauls, D. L. (2009). A twin concordance study of trichotillomania. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 150:944-9.
- Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., Schreiber, L. R., and Grant, J. E. (2013). Where on the obsessive impulsive-compulsive spectrum does hair-pulling disorder belong? *Int J Psychiatry Clin Pract*. 17:279-85.
- O'Sullivan, R. L., Rauch, S.L., Breiter, H. C., Grachev, I. D., Baer, L. and Kennedy, D. N. (1997). Reduced basal ganglia volumes in trichotillomania measured via morphometric magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*. 42:39-45.
- Pathak, S., Danielyan, A. and Kowatch, R. A. (2004). Successful treatment of trichotillomania with olanzapine augmentation in an adolescent. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 14:153-4.
- Panza, K.E., Pittenger, C., and Bloch, M. H. (2013). Age and gender correlates of pulling in pediatric trichotillomania. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 52:241-9.
- Penzel, F. (2003). *The hair-pulling problem: A complete guide to trichotillomania*: Oxford University Press, USA.
- Potenza, M. N., Wasyluk, S, Epperson, C. N. and McDougle, C. J. (1998). Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*. 155:1299a-300.

- Reeve, E. A., Bernstein, G. A., and Christenson, G. A. (1992). Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 31:132-8.
- Reeve, E. A., Bernstein, G. A. and Christenson, G. A. (1992). Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31(1):132-38.
- Roberts, W., Peters, J. R., Adams, Z. W., Lynam, D.R. and Milich, R. (2014). Identifying the facets of impulsivity that explain the relation between ADHD symptoms and substance use in a nonclinical sample. *Addict Behav*. 39:1272-7.
- Roblek, T. L., Detweiler, M. F., Fearing, T., and Albano, A.M. (1999). Cognitive behavioral treatment of trichotillomania in youth: What went right and what went wrong? *Cognitive and Behavioral Practice*. 6:154-61.
- Rozenman, M., Peris, T. S., Gonzalez, A. and Piacentini, J. (2016). Clinical characteristics of pediatric trichotillomania: comparisons with obsessive-compulsive and tic disorders. *Child Psychiatry & Human Development*. 47:124-32.
- Sah, D. E., Koo, J. and Price, V. H. (2008). Trichotillomania. *Dermatologic Therapy*. 21:13-21.
- Seedat, S. and Stein, D. J. (1998). Psychosocial and economic implications of trichotillomania: a pilot study in a South African sample. *CNS Spectrums*. 3:40-3.
- Schlosser, S., Black, D.W., Blum, N. and Goldstein, R. B. (1994). The demography, phenomenology, and family history of 22 persons with compulsive hair pulling. *Annals of Clinical Psychiatry*. 6:147-52.
- Schumer, M. C., Panza, K. E., Mulqueen, J. M., Jakubovski, E, and Bloch, M. H. (2015). Long term outcome in pediatric trichotillomania. *Depression and Anxiety*. 32:737-43.
- Shapiro, J., Wiseman, M. and Lui, H. (2000). Practical management of hair loss. *Canadian Family Physician*. 46:1469-77
- Slikboer, R., Nedeljkovic, M., Bowe, S. J., and Moulding, R. (2017). A systematic review and meta-analysis of behaviourally based psychological interventions and pharmacological interventions for trichotillomania. *Clinical Psychologist*. 21:20-32.
- Shusterman, A., Feld, L. and Baer, L. (2009). Affective regulation in trichotillomania: evidence from a large-scale internet survey. *Behav Res Ther*. 47:637-44.
- Snorrason, I., Belleau, E. L., and Woods, D. W. (2012). How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Clinical Psychology Review*. 32:618-29.
- Srivastava, R., Sharma, S., Tiwari, N., and Saluja, B. (2005). Olanzapine augmentation of fluoxetine in trichotillomania: two cases. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 39:112.
- Stanley, M. A., Hannay, H. J. and Breckenridge, J. K. (1997). The 35. neuropsychology of trichotillomania. *J Anxiety Disord*. 11:473-88.
- Stanley, M. A., Swann, A. C., Bowers, T. C., Davis, M. L. and Taylor, D. J. (1992). A comparison of clinical features in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 30:39-44.

- Stein, D. J., Chamberlain, S. R., and Fineberg, N. (2006). An A-B-C model of habit disorders: hair-pulling, skin-picking, and other stereotypic conditions. *CNS Spectr.* 11(11):824-27.
- Stein, D. J., Christenson, G. A., and Hollander, E. (1999). Trichotillomania: American Psychiatric Pub. 13(2): 184-189.
- Stein, D. and Hollander, E. (1992). Low-dose pimozide augmentation of serotonin reuptake blockers in the treatment of trichotillomania. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 53:123-6.
- Stein, D. J., Flessner, C. A., Franklin, M., Keuthen, N. J., Lochner, C. and Woods, D. W. (2008). Is trichotillomania a stereotypic movement disorder? An analysis of body-focused repetitive behaviors in people with hair-pulling. *Annals of Clinical Psychiatry.* 20:194-8.
- Stein, D. J., van Heerden, B., Hugo, C., van Kradenburg, J., Warwick, J., and Zungu-Dirwayi, N. (2002). Functional brain imaging and pharmacotherapy in trichotillomania: single photon emission computed tomography before and after treatment with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* 26:885-90.
- Stemberger, R. M., Thomas, A. M. and Mansueto, C. S. (2000). Personal toll of trichotillomania: Behavioral and interpersonal sequelae. *J Anxiety Disord.* 14:97-104.
- Swedo, S. E. (1993) Trichotillomania. *Obsessive-Compulsive Related Disorders*, E Hollander (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press.
- Swedo, S. E and Leonard, H. L. (1992). Trichotillomania: an obsessive-compulsive spectrum disorder? *Psychiatric Clinics.* 15:777-90.
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Rapoport, J. L., Lenane, M. C., Goldberger, E. L, and Cheslow, D.L. (1989). A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *New England Journal of Medicine.* 321:497- 501.
- Tay, Y. K., Levy, M. L., and Metry, D. W. (2004). Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatrics.* 113:e494-e8.
- Tolin, D. F., Diefenbach, G. J., Flessner, C.A., Franklin, M. E., Keuthen, N. J. and Moore, P. (2008). Trichotillomania Learning Center Scientific Advisory Board. The trichotillomania scale for children: development and validation. *Child Psychiatry Hum Dev.* 39(3):331-49.
- Tolin, D. F., Franklin, M. E., Diefenbach, G. J., Anderson, E. and Meunier, S. A. (2007). Pediatric trichotillomania: descriptive psychopathology and an open trial of cognitive behavioral therapy. *Cognitive Behaviour Therapy.* 36:129-44.
- Wadlington, W. B, Rose, M. and Holcomb, G. W. Jr. (1992). Complications of trichobezoars: A 30-year experience. *South Med J.* 85(10):1020-22.
- Walther, M. R., Snorrason, I., Flessner, C. A., Franklin, M. E., Burkel, R. and Woods, D. W. (2014). The trichotillomania impact project in young children (TIP-YC): clinical characteristics, comorbidity, functional impairment and treatment utilization. *Child Psychiatry & Human Development.* 45:24-31.
- Walsh, K. H., and McDougale, C. J. (2001). Trichotillomania. *American Journal of Clinical Dermatology.* 2:327-33.
- Winchel, R. M., Jones, J. S., Molcho, A., Parsons, B., Stanley, B. and Stanley, M. (1992). The Psychiatric Institute Trichotillomania Scale (PITS). *Psychopharmacol Bull.* 28(4):463-76.