

Saçlarının Döküldüğüne İnanan Bir Trikotillomani Olgusu

A Trichotillomani who Believes Hair Loss

Bilge Burçak Annagür

Konya Numune Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Özet

Trikotillomani, tekrarlayan kronik saç yolmalarla karakterize, sıklıkla beraberinde eşanlı durumlarla ilişkili bir dürtü denetim bozukluğudur. Olguların çoğunluğunda trikotillomani sonucu saçlı deride tam ya da kısmi alopesi oluşur. Erişkinlerde genellikle trikotillomani ile birlikte psikiyatrik eşanı çok yaygın görülmektedir. En sık affektif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, bağımlılık bozuklukları birliktelik gösterir. Trikotillomaninin etkisi oldukça geniş ve ciddi olabilir. Kişiler arası ilişkiler üzerine olan olumsuz etkileri olduğu gibi toplumdan, sosyal aktivitelerden kaçınmaya neden olabilecek çok sayıda olumsuz etkileri vardır. Tedavi genellikle psikiyatrist ve dermatologların ortak katılımı ile olur. Bu yazıda alopesia totalisi olan ve yıllarca sadece dermatolojiye başvuran ve sonucunda tedavi olamadığına inanan genç bir bayan olgu sunulmuştur. Bu olgu saç yolma davranışını yıllarca gizlemesi ve sonucunda depresyon kliniği ile prezente olması ve uzun süre trikotillomaninin yaşam kalitesini nasıl bozduğuna yönelik iyi bir örnek olduğu düşünülerek hazırlanmıştır.

Anahtar sözcükler: depresyon-komarbidite-trikotillomani

Abstract

Trichotillomania characterized by recurrent chronic hair pulling is an impulse control disorder which is associated with comorbid conditions. In most cases trichotillomania results in a total or partial scalp alopecia. The psychiatric comorbidity is usually seen with trichotillomania in adults. The most common psychiatric comorbidities are affective disorders, anxiety disorders, addiction disorders. The effect of trichotillomania can be quite large and serious. It has many negative effects such as either on relationships between people or causing avoid social activities. The treatment of trichotillomania usually involves participation of both psychiatrists and dermatologists. In this article, a case of a young female patient, who has applied only dermatology policlinic for many years with diagnosis of alopesia totalis and not believing being treated in result, is presented. This case has been prepared as a good example of that trichotillomania causes the depression and the decrease on the quality of life.

Key words: depression-comorbidity-trichotillomani

GİRİŞ

Trikotillomani, tekrarlayan kronik saç yolmalarla karakterize bir dürtü denetim bozukluğudur. Trikotillomani olgularında genellikle saçlı deride tam ya da kısmi alopesi oluşur. Yaygınlığı %1-3.5 olarak bildirilmiştir (1). Ancak son dönemlerdeki temel klinik verilere göre daha önceleri inanıldığından daha yaygın olduğu görülmektedir. Trikotillomanili hastaların çoğunluğu yetişkin olup, ortalama başlangıç yaşı 13'tür. Tipik olarak kritik gelişimsel dönemler içinde yer alan çocukluk ve erken ergenlik sürecinde başlayan bozukluk sıklıkla, istenmeyen durumları takiben yeniden ortaya çıkabilmektedir. Trikotillomaninin etkileri oldukça geniş ve ciddi olabilir. Kişiler arası ilişkiler üzerine olan olumsuz etkileri olduğu gibi toplumdan, sosyal aktivitelerden kaçınmaya neden olabilecek çok sayıda olumsuz etkileri rapor edilmiştir (2,3).

Erişkinlerde genellikle trikotillomani ile birlikte psikiyatrik eşanı çok yaygın görülmektedir. Christenson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada trikotillomani tanısı olan erişkin örnekleminde %82 oranında Eksen I bozukluk saptanmıştır. En sık affektif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, bağımlılık bozuklukları ile birliktelik gösterir. Sıklıkla görülen kişilik bozuklukları ise histriyonik, borderline

ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarıdır (4,5).

Trikotillomaninin kronikleşen ve zaman zaman iyileşen tipleri bulunmaktadır. Saçlı deri en çok tüy yolunan alan olup bunu kaş ve kirpikler izlemektedir.[6] Saç yeme (trikofaji) nadir görülen bir durumdur, ancak varsa mide ve bağırsakta trikobezoar oluşumu da ciddi komplikasyonudur (7).

Saç yolmanın kompulsiyona benzer şekilde tekrarlayıcı, kontrol dışı doğası ve SSRI'lara yanıt vermesi gibi benzerlikleri nedeni ile trikotillomani birçok araştırmacı tarafından OKB'ye benzetilmektedir. Bu nedenle de trikotillomani obsesif kompulsif spektrum bozuklukları içinde sınıflandırılmıştır (3,6).

Tedavi genellikle psikiyatrist ve dermatologların ortak katılımı ile olup farmakoterapide genellikle SSRI'lar kullanılmaktadır (8). Naltreksonun iyi sonuçlar verdiği çalışmalar vardır (9). Bilişsel davranışçı terapilerin etkin olduğu plesebo kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir (10). Davranışsal yaklaşımlar; farkındalık eğitimi, kendini gözlem, gizli duyarlılaştırma ve alışkanlık bozmadır. Farmakoterapi ve psikoterapi kombine kullanıldığı zaman daha iyi sonuçlar alınmaktadır (11).

Çocukluk çağında alopesi areata ve trikotillomani

birlikteliğine değinilen yayınlar vardır (12). Bu yazıda alopesia totalisi olan ve yıllarca sadece dermatolojiye başvuran ve sonucunda tedavi olamadığına inanan genç bir bayan olgu sunulmuştur. Bu olgu saç yolma davranışını yıllarca gizlemesi ve sonucunda depresyon kliniği ile prezente olması ve uzun süre trikotillomaninin yaşam kalitesini nasıl bozduğuna yönelik iyi bir örnek olduğu düşünülerek hazırlanmıştır.

OLGU

Yirmibir yaşında, kadın, üniversite öğrencisi. Polikliniğe yaklaşık bir yıldır süren hayattan zevk alamama, isteksizlik, çekingenlik yakınmaları ile başvurdu. Bir yıldır üniversitede okuduğu, ailesinden uzakta olduğu ve öğrenci yurdunda kaldığı öğrenildi. İsteksizliği nedeni ile okula çoğu zaman gitmediğini ve vaktini yurttan yalnız kalarak geçirdiğini, arkadaş edinemediğini belirtti.

Ruhsal muayenesinde; yaşından küçük gösteriyordu. Kendine olan ilgi ve bakımı azalmıştı. Bakımsız bir peruğu vardı. Çağrışımları yavaşlamıştı Düşünce içeriğinde depresif temalı düşünceleri yoğundu. Duygulanımı çökkündü.

Görüşmenin devamında neden peruk taktığı sorulduğunda, saçlarında dökülme olduğu için peruk taktığını söyledi ancak konuyu kapatmak isteyerek ailesinden uzak kalmanın zorluklarına değindi. Ailesi ve okuluna yönelik konuları konuştuğundan sonra saçlarının ne zamandan beri döküldüğü sorulduğunda çocukluktan beri döküldüğünü, uzun süredir tedavi gördüğünü ancak düzellemediğini söyledi. Peruğu oldukça bakımsızdı ve peruktaki açılmalar dikkat çekiciydi. Peruğunda açılmaların olması hastada trikotillomani olabileceğini akla getirdi. Saç yolma alışkanlığı olup olmadığı sorulduğunda sorulardan kaçınmaya çalışsa da saçlarını kopardığını söyledi. Ancak bu durumundan ailesinin ve dermatoloji doktorunun haberi olmadığı, kendisinin bile saçlarında dökülme olduğuna inandığı gözlemlendi.

İkinci görüşmede ortaokul yıllarından beri saç kopardığını, saç dibinde kaşıntı ve yanma hissi olduğunda elini saçlarına götürdüğünü, saç telini koparıp rahatlatma hissettiğini belirtti. Bu hareketleri bir süre farkında olmadan tekrarladığını, fark ettiğinde ise pişmanlık duyduğunu söyledi. Saç koparma davranışını genellikle yalnız kaldığında, ders çalışırken veya rahat bir şekilde televizyon seyrederken tekrarladığını söyledi. Lise yıllarında peruk kullanmaya başladığını, peruk kullanmaktan pek de rahatsızlık duymadığını belirtti. Peruğunu çıkardığında saç kaybının totale yakın olduğu gözlemlendi. Peruğundaki açılmaları da yolarak yaptığını söyledi.

Hatanın ilk başvurusunda Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) ve Belirti Tarama Listesi (SCL-90) uygulandı. HAM-D puanı 22 idi. SCL-90 da depresyon puanı 2.5, kişiler arası duyarlılık puanı 2.3, obsesif kompulsif belirtiler puanı 1.5, anksiyete puanı 1.2 ve ek skala puanı 2.4 olarak saptandı.

Hastada çocukluk yaşlarından beri devam eden trikotillomani tanısı ve eştanı olarak da depresyon düşünüldü. İlk başvurudaki durumu ile klinik görünümü depresyon olduğu için öncelikle depresyon tedavisine başlandı ve hastaya 20 mg/g fluoksetin önerildi. Üç hafta sonraki kontrolde ilaç dozu 40 mg/gün'e çıkarıldı. Tedavi ile depresif belirtilerinde bir miktar düzelleme olduğu gözlemlendi. Sonraki görüşmeler daha çok saç yolma davranışına

yönelik farkındalığını arttırmaya yönelik devam etti. Saç yolma davranışından rahatsızlık duyduğunu belirtmeye başladı. Farkındalık sağlanan hastada sonraki aşamada bilişsel davranışçı tekniklerle devam edildi. Saç yolduğu dönemlerdeki duygu ve düşüncelerinin kayıtlarını tutması istendi. Tedaviye ilk başvurusunda duygusal izolasyon yapan hasta sonraki görüşmelerde kendini daha iyi ifade ediyordu. Davranışlarını kontrol etmeye yönelik yeni beceriler kazandı. Stres faktörleri ile zaman zaman saç koparmaları az da olsa tekrarladı. Tedavinin 8.haftasından sonra depresif belirtilerinde belirgin düzelleme oldu. Saç koparma davranışlarında ise 16.haftada düzelleme saptanan hastanın takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA

Son yıllarda araştırmacılar dürtü bozuklukları ve eştanlı durumlar arasındaki bağlantıyı da açıklayabilecek çeşitli teoriler geliştirmişlerdir. Bununla ilgili olarak dürtü kontrol bozukluklarını çeşitli bozuklukların bir türevi (bağımlılık, duygu durum bozuklukları, organik mental bozukluklar) ya da spektrum bozukluklarının (obsesif kompulsif spektrum bozuklukları, affektif spektrum bozuklukları) bir üyesi olarak değerlendiren varsayımlar da ortaya atılmıştır (13). Bu varsayımların en önemlilerinden biri, dürtü kontrol bozukluklarının obsesif kompulsif spektrum bozukluğunun bir parçası olabileceğidir. Bu varsayım temelde karşı konulamaz dürtüler ile OKB'nin obsesyonları ve kompulsyonları arasındaki fenomenolojik ilişkinin benzerliğine dayanmaktadır. Benzerliklere karşın, OKB ve dürtü kontrol bozuklukları arasındaki bazı belirgin farklılıklar da bu varsayımın ciddi biçimde eleştirilmesine yol açmıştır. Dürtü kontrol bozukluklarında görülen belirtilerin daha çok duygu durum düzenleyicilere yanıt vermesi, belirtilerin daha zararlı, daha anlamsız, daha çok kendiliğinden, haz almaya yönelik ve benlikle uyumlu olması OKB de görülen tablodan oldukça farklıdır. Dürtü kontrol bozukluklarındaki belirtiler bir bütün olarak değerlendirildiğinde; atak anında haz almaya yönelik benlikle uyumlu bir durum söz konusuysen, atağın olmadığı dönemlerde benlikle uyumsuz, rahatsız edici bir durum tabloya hâkim görünmektedir. Bu bağlamda olgu için OKB ayırıcı tanısı yapılarak Trikotillomani tanısı düşünülmüştür.

Yapılan araştırmalarda trikotillomanisi olan erişkin örneklem grubunda tanı esnası veya öncesinde Eksen I bozukluk varlığı %82 olarak bildirilmiştir (1). En sık birliktelik ise afektif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve bağımlılık bozukluklarıdır. Christenson ve ark.nın yaptığı bir çalışmada (1995) trikotillomanide major depresyon birlikteliği %57 olarak bildirilmiştir (14). Swedo ve Leonard (1992) trikotillomanisi olan çocuk, adolesan ve erişkinden oluşan karma bir örneklem grubunda unipolar depresyon oranını %39 olarak saptamışlardır (5). Sunduğumuz olgunun kliniğe başvurma nedeni de depresyondur. Saç yolma davranışı çocukluk-ergenlik döneminde başlamış, alopesi ile sonuçlanmış ancak esas psikopatoloji fark edilememiş ve yıllar sonra depresyon kliniği ile psikiyatrye başvurmuştur.

Klinik açıdan trikotillomaninin işlevselliği bozduğu açıktır. Sunulan olguda da görüldüğü gibi erken adolesan dönemden itibaren toplumsal aktivitelerden kaçınma, arkadaşlık ilişkilerinde sıkıntı duyma ve kaçınma, okula gitmekten kaçınma olduğu görülmektedir. Komorbid

depresyon eşlik ettiği için hem klinik kötüleşme hem de işlevsellikte kötüleşme oldukça belirgindir. Diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi trikotillomaninin psikiyatrik bozukluklarla bir arada bulunması hastalarda tanı konmasını güçleştirir, uygulanacak tedaviyi ve hastalığın gidişini olumsuz etkiler. Bu bozuklukların rutin psikiyatrik muayene ve yarı yapılandırılmış görüşmelerde sorgulanması erken tanı aşamasında faydalı olacaktır. Bu nedenle klinisyenler hastalığın tedavisi ve ileride oluşabilecek komplikasyonlar açısından eştanıyı dikkate almalıdırlar. Birliktelik durumlarının belirlenmesi daha uygun ve daha özgün bir tedaviye olanak sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE, et al. A placebo-controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *Am J Psychiatry* 1991;148(11):1566-71.
- 2- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry* 1991;148:365-70.
- 3- Stemberger RMT, Thomas AM, Mansueto CS, et al. Personal toll of trichotillomania: behavioral and interpersonal sequelae. *J Anxiety Disord* 2000;14:97-104.
- 4- Schlosser S, Black DW, Blum N, et al. The demography, phenomenology, and family history of 22 persons with compulsive hair pulling. *Ann Clin Psychiatry* 1994;6(3):147-52.
- 5- Swedo SE, Leonard HL. Trichotillomania. An obsessive compulsive spectrum disorder? *Psychiatr Clin North Am* 1992;15(4):777-90.
- 6- Reeve E. Hair pulling in children and adolescents, in *Trichotillomania* Edited by Stein DJ, Christenson GA, Hollander E, Washington DC. American Psychiatric Press 1999:201-24.
- 7- JE Grant, BL Odlaug. Clinical Characteristics of Trichotillomania with Trichophagia. *Compr Psychiatry* 2008;49(6):579-84.
- 8- Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL, et al. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *N Engl J Med* 1989;321(8):497-501.
- 9- Christenson GA, Crow SJ, Mackenzie TB. A placebo controlled double blind study of naltrexone for trichotillomania. Paper presented at the 147th annual meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, 1994.
- 10- Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, et al. A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 2000;61(1):47-50.
- 11- Van Minnen A, Hoogduin KA, Keijsers GP, et al. Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(5):517-22.
- 12- Trüeb RM, Cavegn B. Trichotillomania in connection with alopecia areata. *Cutis* 1996;58(1):67-70.
- 13- Tamam L. Dürtü kontrol bozuklukları. *Psikiyatri Temel Kitabı* (Ed Köroğlu E) 2. baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
- 14- Christenson GA. Trichotillomania: from prevalence to comorbidity. *Psychiatric Times* 1995;12:44-8.