T.C.
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı

59479

Çocukluk Çağı Trikotilomani'sinde Davranış, Semptom ve Komorbiditenin İncelenmesi

(Yan Dal Uzmanlık Tezi)

Uz. Dr. Işık GÖRKER

İstanbul - 1997

Bu araştırmada danışmanlığımı yapma özverisini gösteren ve yalnız bu çalışmamda değil, meslek yaşamımda değerli ilgileri ve örnek eğitimi ile klinik nosyonumu kazanmamda çok önemli katkıları olan sayın hocam Prof.Dr.Kayıhan Aydoğmuş'a şükran duygularım, gelecekteki çalışmalarım sırasında da özel yerini koruyacaktır.

Ayrıca, eğitimim sırasında değerli bilgilerinden yararlandığım sayın Prof.Dr.Ulviye Etaner'e, bu araştırmam nedeni ile zaman zaman başvurularımda nazik ilgileri ile yardımcı olan sayın Prof.Dr.Özgür Polvan ve sayın Doç.Dr.Ümran Tüzün'e, araştırmamı yaparken bana gereç ve olgu edinmemde yardımcı olma inceliğini gösteren sayın Doç.Dr.Nahit Mukaddes'e, klinik çalışmalarımla ilgili psikometrik incelemeleri yaparken büyük destek veren çalışma arkadaşım sayın Psikolog Füsun Aygölü'ye, kaynak toplama çabalarıma yurt dışından yardım elini uzatan sevgili arkadaşım Uz.Dr.Hale Perlmutter'a, yine kaynak edinmemde İstanbul dışından yardımda bulunan Opr.Dr.Zerrin Kılınç'a, araştırmamla ilgili olguları elde etmemde yardımcı olan ve gerektiğinde ilgilerini esirgemeyen sayın Doç.Dr.Levent Kayaalp ve Dr.Türkay Demir'e, bu araştırmamın istatistik çalışmalarını ilgi ve özveri ile düzenleyip oluşturmakta yardımcı olan sayın Dr.Nurcan Ertürk'e, bu araştırmam sırasında okul çocukları ile ilişkilerimi sağlayan 60.yıl Kadıköy Anadolu İlköğretim Okulu yönetimine, hastalarımı biraraya getirmemde yardımcı olan asistan arkadaşlarıma ve kliniğimiz hemşirelerine içten teşekkürlerimi dile getirmeyi borç bilirim.

Ve son olarak öğrencilik yıllarımdan beri her sorunumda yakın ve sevecen ilgileri ile destek olan, yol gösteren, örnek olan, bu araştırmam sırasında da ilgi ve yardımlarını ulaştırmayı görev edinen sevgili hocam Prof.Dr.Türkan Saylan'a en sıcak duygularımla teşekkürlerimi iletir, bu araştırmamın meslekdaşlarıma ve öğrencilerimize yararlı olmasını dilerim.

Uz.Dr. Işık Görker

İÇİNDEKİLER

sayfa no

I. GİRİŞ VE AMAÇ.....1

II. GENEL BİLGİLER.....3

A. TANIM VE SINIFLANDIRMA.....3

B. KLİNİK ÖZELLİKLER.....5

C. EPİDEMİYOLOJİ.....10

D. ETYOPATOGENEZ.....13

E. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE KOMORBİDİTE İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR.....34

F. AİLESEL TRİKOTİLOMANİ.....44

G. KÜLTÜRE BAĞLI TRİKOTİLOMANİ.....45

H. AYIRICI TANI.....47

I. TEDAVİ.....53

III. GEREÇ VE YÖNTEM.....55

IV. BULGULAR.....59

V. TARTIŞMA.....79

VI. SONUÇ.....89

ÖZET.....91

SUMMARY.....93

KAYNAKLAR.....95

EKLER

I.GİRİŞ VE AMAÇ

Psişik kökeni olan hastalıkların çoğu, yıllar boyu tıbbın çeşitli bilim dallarında inceleme ve araştırma konusu olmuştur. Bu hastalıkların nedeni araştırılmış, çeşitli tedavi yöntemleri uygulanarak dertlerine çare aranmıştır. Yapılan çalışmalarda bazı hastalıkların kökeninin giderek psişik olduğu anlaşılmış ve psikiyatri bilimi ile ilişki kurularak hastalar birlikte izlenmiş, tedavileri birlikte yürütülmüştür. Bu hastalıklardan birisi de, 1889 yılında Fransız dermatolog Hallopeau tarafından ilk kez tanımı yapılan ve kıl koparma deliliği anlamına gelen Trikotilomani'dir. Dermatoloji bu hastalıkları uzun yıllar izlemiş, tedavilerini üstlenmiştir. Trikotilomanisi olan hastanın bu yakınmasını, utanarak dile getirememesi özelliği gözönüne alınırsa, dermatoloji kliniğine getirilme nedeni daha kolay anlaşılabilir. Kıl içeren bölgelerde açılmaların oluşması ve dolayısıyla fiziksel görünümün bozulması ile hasta dermatologa kendisi gelmiş ve çoğunlukla yakın çevresi tarafından, bir deri hastalığı olduğu kanısı ile getirilmiştir. Hastaların izlendiği süre içinde, bu durumu kendilerinin oluşturduğu öğrenilince, bunun psikiyatrik bir bozukluk olduğu düşünülmüş ve psikiyatri ile işbirliğine girme sıklığı giderek artma göstermiştir. Halen dermatoloji biliminde klinik ve histopatolojik yönden araştırmaları devam etmektedir.

Tanımlandıktan sonra yüzyılı aşkın bir süredir kliniği, etyopatogenezi ve tedavisinin araştırıldığı trikotilomani, halen psikiyatri biliminde tartışılır özelliğini korumaktadır. Gerek başlangıç yaşının çocukluk çağı veya adolesan döneminde olması, gerekse çeşitli tanılar ile komorbidite göstermesi, son zamanlarda bu konuya olan ilgiyi gittikçe arttırmaktadır. Araştırmacılar, etyopatolojisi açısından çeşitli görüşler ileri sürmüşler ve trikotilomaninin bir semptom veya bir sendrom olduğu konusunda fikir birliğine varamamışlardır.

Halen DSM-IV tanı kriterlerinde, başka yerde sınıflandırılamayan impuls kontrol bozukluklarından birisi olarak sınıflandırılırsa da, son yıllarda yapılan araştırmalar, trikotilomaninin bir anksiyete bozukluğu kapsamına girmesi yönünde uğraşıları bize göstermektedir.

Bu çalışmalardan yola çıkarak kliniğimizde trikotilomanisi olan bir grup çocuk, komorbidite açısından DSM-IV tanı kriterleri gözönüne alınarak incelenmesi düşünüldü. Aynı zamanda bu grubun, hem obsessif kompulsif bozukluk tanısı alan bir grup, hem de ilkokul çağı normal bir grup çocuk ile anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi, obsessif kompulsif belirti düzeyi ve davranışları değerlendirme açısından karşılaştırılmalarına karar verildi. Bu karşılaştırma ile, trikotilomani ve obsessif kompulsif bozukluk tanısı alan grubun benzerliklerinin ya da aykırılıklarının olup olmadığı ve normal çocuklardan, bu araştırılan düzeylerdeki farklılıkların bulunup bulunmadığının ortaya çıkarılması amaçlandı.

II. GENEL BİLGİLER

A. TANIM VE SINIFLANDIRMA:

Yunanca'da thrix (kıl), tillein (çekmek) ve mania (delilik) kelimelerinin birleşmesinden meydana gelen (4) trikotilomani terimi, ilk olarak 1889 yılında Fransız dermatolog Hallopeau tarafından, başlıca baş bölgesinden olmak üzere aynı zamanda kaş, kirpik, pubik bölge ve sakal bölgesinden kişinin karşı konulamaz bir istekle kendi kılını çekip koparması şeklinde tanımlanmıştır (4,28,30). Hallopeau, bunu aşikâr bir deri hastalığı olmaksızın yoğun bir kaşıntıya karşı kendine yönelik bir kıl koparma derdi olarak tanımlamış, ancak daha sonra kaşıntı olması gerektiği görüşünü kaldırmıştır (10). Son takı olan mani, psikoz gibi ciddi bir psikiyatrik bozukluğu ifade etmesi nedeni ile trikotilomani terimine itirazlar çok olmuştur. Besnier tarafından trichomani, Coppola tarafından otodepilasyon şeklinde olması önerilmiştir. Raymond küçük çocuklarda tik depilasyon terimini, Jillson ise trichotilohabitus terimini önermiştir. Trikotilomaninin özellikle çocuklarda farklı psikiyatrik hastalıkların bir bulgusu veya bir habituel tik olabilmesi, trikotilosis veya trikotilotik terimlerinin alternatif olarak kullanılmasını ortaya çıkarmıştır (4). Bu davranış hem psikiyatrik hem dermatolojik literatürlerde ele alınmış ve tartışılmış, 1940 'larda literatürde trikotilomani ile ilgili beş kaynak varken, bu duruma ilgide gittikçe artma olmuştur (19). İlk kez spesifik bir psikiyatrik tanı olarak DSM-III-R'da yer almıştır (46). Bugün DSM-IV tanı kriterlerinde başka yerde sınıflandırılamayan impuls kontrol bozuklukları sınıflandırılmasında yer almaktadır.

DSM-IV sınıflandırmasında kriterler şunlardır:

A- Göze çarpan kıl kaybı ile sonuçlanacak derecede, kişinin kendi kılını tekrar tekrar yolması.

B- Kıl yolma öncesinde ya da bu davranışa karşı koyma girişiminde bulunduğu sırada, giderek artan bir gerginlik duyumunun olması.

C- Kıl yolarken haz alma, doyum bulma ya da rahatlama sağlama.

D- Bu bozukluğun başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanmaması ve genel tıbbi bir duruma bağlı olmaması (örneğin dermatolojik durum).

E- Bu bozukluğun klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olması (5).

Çocuklar, kıl çekmeden önce gittikçe artan gerilim hissinin, çekip kopardıktan sonra bir doyum hissi ile sonuçlandığını nadiren belirtirler. Dolayısıyla tanının konması sıklıkla DSM-III-R'a sıkıca bağlanmadan yapılır (58).

ICD-10 tanı sınıflandırmasında ise, psikolojik bozukluklar ve fiziksel faktörlerin eşlik ettiği davranışsal sendromlar grubunda, alışkanlık ve dürtü bozuklukları başlığı altında yer almaktadır. ICD-10 tanımlamasında, trikotilomaninin, kıl çekip koparma dürtülerine direnç göstermede tekrarlayan bir başarısızlık nedeniyle, görülür kıl kaybı ile karakterize olduğu, genellikle öncesinde gerilim artışının ve koparma sonrasında rahatlama hissi veya doyumun oluştuğu ifade edilmektedir. Bu tanının, eğer öncesinde bir enflamasyon varsa veya eğer kıl koparma, bir delüzyona veya hallusinasyona yanıt ise konulmaması gerektiği vurgulanmaktadır. ICD-10'da ayrıca kıl koparma şeklinde stereotipik hareket bozukluğu dışlayıcı kriterdir (65).

B. KLİNİK ÖZELLİKLERİ:

Trikotilomani sıklıkla kişinin baş bölgesinde inkomplet (tam olmayan) alopesi şeklinde kendini gösterir. Özellikle tepe kısmı olmak üzere, oksipital ve parietal bölgeler kolaylıkla ulaşılabilen bölgelerdir ve kişinin dominant eli ile karşı taraf koparılmaya eğilimlidir (50). Bazı araştırmacılar en sık çekilen bölgenin frontotemporal bölge olduğunu söylerler (28). Sıklıkla tepe kısmı traş edilen bir papaz görüntüsü ile sonuçlanır (19). Erişkinlerde yakın zamanda yapılan bir çalışmada, en sık koparılan yerin skalp olduğu, daha sonra kirpik ve kaş olduğu gösterilmiştir. Skalpta çocuklarda tercih edilen kıl çekme bölgesi, frontotemporal ve parieto-temporal bölgeler olarak tanımlanmaktadır (48). Baş derisi yüzeyi, genellikle bir sıyrılma belirtisi göstermez. Özellikle ense dışında, tam saçsızlığa yakın bir durumda olabilirler. Buna "tonsure trikotilomani" denir (5). Saçlar dışında, kirpikler, kaşlar, sakal, koltuk altı ve pubik bölgelerdeki kıllar da koparılarak yok edilebilir. 24 erkek ve 120 kadın ile yapılan bir çalışmada en sık koparılan bölgenin başın santral bölgesi olduğu saptanmıştır. Diğer bölgeler olarak erkeklerde 8 kişinin kaş, 12 kişinin sakal, favori, bıyık, koltuk altı ve pubik bölgelerini kopardığı, kadınlarda ise 20 kişinin kaş, 24 kişinin ise kirpik kopardığı saptanmıştır (25). Bazıları, başka birilerinin saçını çekmeye yeltenirler ve bazen gizlice bu fırsatı bulmaya çalışırlar. Evdeki hayvanların, bebeklerin ve kazak veya halı gibi diğer tüylü eşyaların kıllarını, tüylerini çekebilirler (5). Uzuvların veya gövdenin üstündeki kılların bölüm bölüm tamamen koparılmış olduğu alanlar doğabilir. Alopesi alanları, tek veya multipl olabilir. Bu alanlar iyi sınırlanmıştır. Bazı hastalardaki düzensiz şekil almış koparma alanları, lineer veya sirküler şekillerde olabilir. Sıklıkla hem kısa, hem uzun kırılmış kılları içeren bir görünümdedirler. Yolunmuş alandaki kıvrık uçlu kıllar, elle yoklandığında sakalda uzamış traş hissini verirler (18,50). Skalp genellikle normal görünür. Ancak uzun süren fırçalama ve bölgede kıl çekmeye sekonder olarak hafif kahverengi renk değişimi olabilir (56).

Kılı yok etmenin en sık metodu, onu düğümleyerek veya bükerek koparmaktır. Bazı araştırmalarda da bunun bir ritüel ile meydana geldiği söylenmektedir. Kıl koparılmakta ve incelenmekte ve kökü veya diğer kısmı bazen yenmektedir. Kıllar atılmadan önce biriktirilebilir. Kılı ortadan kaldırma, kılın atılmasının yanı sıra kılı kesme (kirpiklerini kesip kül tablasına koyma), kılı yeme, kılı yalama ya da emme şeklinde olabilir.

Kıl çekme seansları, dört beş saatte birkaç yüz kılın çekilmesinden, yalnızca birkaç kılın çekildiği kısa epizodlara kadar giden ve her gün düzinelerce kılın tekrar oluştuğu şekilde değişkenlikler gösterir (25,61).

Hastalar alopesi bölgesinde sıklıkla kaşıntıdan, nadiren kıl koparmalarını haklı çıkaracak ağrı veya irritasyondan yakınırlar (18). Mehregan'ın çalışmasında ayırdedici bulgu, kıl kaybının tamamlanmamış natürü ile enflamasyon, atrofi ve sikatris olmamasıdır. Alopesi karakteristik olarak asemptomatikdir. Skar, atrofi veya eritem belirtisi yoktur. Aslında bazı hastalarda, likenifikasyon ile kaşıntı ve sekonder olarak derinin sıyrılması meydana gelir. Kaşıntının, natüründe psikojenik olduğuna inanılmaktadır (19,50).

Sanderson ve Hall-Smith trikotilomaniklerin normalde baş bölgesinden saç koparılmasıyla oluşan ağrıdan daha az ağrı hissettiklerini, kıl kaybının tipik papazların tepe bölgesi kelliği paterninin, başın geri kalan bölgesine göre vertekste ağrı eşiğini daha da yükseltmeyi yansıtabildiğini bildirmiştir. Christenson ve arkadaşlarının 1991'de yayınlanmamış bildirilerinde 141 kıl koparanın 109'unda (%77,3) kıl koparma ile bağlılığı olmayan tipik bir ağrı bildirilmiştir. Yakın zaman çalışmaları, trikotilomaniklerde devam eden kıl koparma olayına izin veren genel bir hipoaljezinin olup olmadığı şeklindedir. 25 trikotilomanik ve 31 normal kişinin olduğu grup, ağrının oluşumu ve ağrı

tolerans eşiği açısından, eşik düzeyleri aneljeziometre ile değerlendirilerek karşılaştırılmıştır. Her iki grup arasında ne ağrı oluşumu ne de ağrı tolerans eşiği açısından bir fark görülmemiştir. Bu sonuç, genel hipoaljezinin, trikotilomaninin korunmasında izin verici bir rol oynamadığını göstermiştir. Yakın zaman çalışmalarının sonuçlarına göre, deneklerde sık görülen bölgeler ve bu bölgelerdeki seçici alanları içeren kıl koparmanın lokalizasyonu gözönüne alındığında, trikotilomaniklerde yalnızca bu bölgelerde ağrı oluşumunun normale göre daha az olduğu kanısı güçlenmiştir. Bu lokalize olmuş hipoaljezi, kıl koparmanın oluşmasından daha önce kendisini gösterecektir. Veya tekrarlayıcı çekmelerden dolayı lokalize olarak ağrıya alışma ya da lokal nosiseptörlerde gerçek bir hasar sonucu meydana gelecektir. Bu faktörler, trikotilomanik deneklerin kıl koparma işlevi boyunca sıklıkla ağrı olmadığını bildirmelerinin nedenini açıklamaktadır (16).

Semptom, egodistoniktir ve hastanın günlük aktivitelerinin arasına yeteri kadar karışır (28). Çocuğun kendi kılını çekip koparması alışkanlığı, genellikle çocuk yatakta uykuya geçmeden önce veya ders çalışırken ya da televizyon seyrederken olmaktadır (56). Sıklıkla evde yalnız kaldıklarında koparmaktadırlar. Nadiren toplum içinde de bu davranışa yönelebilirler (58). Tetiği çeken olay, çocuğun hospitalizasyonu, okul zorlukları veya bozulmuş anne çocuk ilişkisi olabilir.

Daha büyük yaştaki hastalar, genellikle kızlar, kıl çekip kopardıklarını inkâr ederler ve utandıkları için sosyal kontaktan kaçınırlar. Peruk takarak veya kozmetik kullanarak bu davranışlarını gizlemeye çalışırlar (28). Çocuklar tipik olarak saç koparmayı inkâr ettikleri için, neden saçsız kaldıklarını öğrenmek isteyen früstüre olmuş ebeveynleri tarafından kliniğe, değerlendirilmeleri amacıyla götürülürler (58). Öykü alma sırasında hastalar kıllarını niçin çekip kopardıklarını bilmediklerini ve bırakmaya çaba

göstermelerine rağmen yapamadıklarını söylerler. Kıl çekip koparma acı vermesine rağmen, çekme arzusu bu rahatsızlığın üstüne çıkar (61).

Tanı koyma kolay olmayabilir. Başlangıçta çocuğun kıllarını çekip koparmasını ailelerinin onaylamaları çok zor olabilir. Yatakta kılların görülmesi, bu konuda fiziki bir bulgu olması açısından yardımcı olabilir. Tanı koymada hem çocuk hem ebeveyn ile ayrı ayrı konuşulması önemlidir. Unutulmamalıdır ki, aile sorunlarının bazılarını çözmeye çalışmak, gerçekte bir darbe olabilir ve evliliğin bozulmasına yol açabilir. Halbuki çocuk belki de anne ve babasının beraberliğini koruma çabası içindedir (18).

Trikotilomani tanısı şüpheli ise ve kişinin semptomu inkâr etmesi tanı koymayı etkilediği zaman, karakteristik bazı histolojik bulgular tanı koymada yardımcı olabilir. Histolojik muayene, sayısı artmış kırık saçları ortaya çıkardığı kadar, bazı bölgelerde normal ve bozulmuş foliküller de ortaya çıkaracaktır.

Trikotilomanisi olan bazı kişiler, kılı kopardıktan sonra yutmaktadırlar. Bu duruma trikofaji denir. Bu ciddi bir medikal durumdur. Çünkü hastaların kopardıkları kılı yemeleri sonucu, kıl yumakları yani trikobezoarlar oluşmaktadır. Trikobezoarlar, abdominal ağrı, bulantı, kusma, kötü nefes kokusu, anoreksia, konstipasyon, gaz ve anemiye neden olurlar. Daha ciddi komplikasyonlar olarak, intestinal obstrüksiyon, gastrointestinal kanama, barsak perforasyonu, akut penkreatit ve obstrüktif sarılık oluşabilir (19,28,30).

1938'de Debakey ve Ochner, o zamana kadar yayınlanmış 171 trikobezoar olgusunu gözden geçiren ve kendilerinin bir olgularını da içeren bir makale yayınlamışlardır. Bu makalede, ilk olgunun trikotilomani terimi kullanılmadan önce 1779'da Baudumant tarafından sunulduğunu, ilk cerrahi girişiminin Schonborn tarafından yapıldığını belirtmişlerdir. Debakey ve

Ochner tüm olguları gözden geçirdiklerinde, trikobezoarı olan kişilerin yüzde sekseninden fazlasının 30 yaşından küçük olduğunu ve yüzde 91,4'ünün kadın olduğunu bulmuşlardır. Bu hastaların çoğunda abdominal kitle, karın ağrısı veya kusma, bulantı saptamışlardır. Komplikasyonlar ise, barsak tıkanması, ülserasyon, perforasyon ve peritonit olmuştur.

Daha öncesinde bildirilen diğer komplikasyonlar ise, B_{12} vitamini eksikliğine bağlı megaloblastik anemi, duodenumun gerilmesine bağlı tıkayıcı tipte sarılık veya pankreatit, barsağın içiçe geçmesi ve ödemle seyreden protein kaybına yol açan gastroenteropati olmuştur.

Rapunzel Sendromu, çekum veya daha distaline uzanan gastrik trikobezoarın ender görülen bir bulgusudur. Bu sendromda sıklıkla barsak perforasyonu eşlik etmektedir. 1961'de 2-3 yaşlarında iken saç yediği saptanan, obsessif kompulsif bozukluk tanısı alan hafif retarde olarak bildirilen bir kadın olguda yapılan incelemede 30 yıl içinde trikofajinin yol açtığı trikobezoarların, malnütrisyon, barsak tıkanması ve kanama ile ülserasyon gibi komplikasyonlar yaptığı gözlemlenmiştir. Barsak tıkanmalarının birinde duodenumu engelleyen superior mezenter arter saptanmıştır. Bu, superior mezenterik arter sendromuna bağlı obstrüksiyonun bildirildiği ilk olgu olmuştur. Hastaya, bu tekrarlayan trikobezoarlar nedeniyle altı kez laparatomi uygulanmıştır (67).

60 erişkin trikotilomanik hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların %48'i en az bir veya birkaç oral davranış ifade etmiştir. Bunlar, kılı çekip kopardıktan sonra ağzının etrafında sürtme, yalama, yeme, çiğneme ve saçın son kısmını koparıp atma şeklinde davranışlar olmuştur. Hiç bir denek abdominal ağrı ve trikobezoar öyküsü getirmemiştir. Bir kişi, dışkısında kıl farkettiğini ifade etmiştir (11).

Trikotilomaniye bazen başka bulgular da eşlik eder. Bunlar tırnak koparma, parmak emme, temper tantrum'lar, kemirme, deriyi soyma ve self mutilasyonun diğer şekilleri olabilir (5,18,46,61). 60 erişkin trikotilomanik hasta ile yapılan çalışmada hastalara, tırnak yeme, parmak eklemlerini çıtlatma, burun karıştırma, parmak emme, dili çiğneme, yanak çiğneme, dudak ısırma, başını vurma, vücudunu sallama, yara kabuğu ile oynama ve aknenin rutin olarak veya son zamanlarda sıklıkla var olup olmadığı sorulmuştur. 60 deneğin %85'i bu davranışlardan birini öykü olarak vermiştir (11).

C. EPİDEMİYOLOJİ:

Genel popülasyonun %4'ünde kıl koparmanın var olduğundan, yaklaşık %10'unda ise yaşamın bir bölümünde bu alışkanlığın geçici olarak yer aldığından söz edilmektedir (53). Azrin ve arkadaşları 1978'de sekiz milyon kadar Amerikalının trikotilomanik olduğunu bildirmişlerdir (19). Sistematik bir veri yoktur. Nadir görülen bir durum olduğu önceden düşünülmesine rağmen, son zamanlarda daha sıklıkla oluştuğu kanısı kuvvetlenmektedir (5). İlk yapılan çalışmalarda trikotilomaninin sık rastlanan bir semptom olmadığını düşünülmüştür. Anderson ve Dean çocuk rehberliği kliniğinde çeşitli sorunları olan 500 çocukla yaptıkları bir çalışmada, yalnızca 3 trikotilomanik çocuk bulmuşlardır. Schachter, psikiyatrik bozukluğu olan on binden fazla çocuk arasında, beş trikotilomanik çocuk saptamıştır. Kamu sağlığı çalışma merkezinde sorun sergileyen bütün çocukların tetkiki yapılmış, 1368 çocuktan yalnızca 7'sinde kıl koparma sorununa rastlanmıştır (38). Fabri ve Dy, 1200 olgunun psikiyatrik tedavi gördüğü, ayaktan tedavi ünitesi olan özel bir klinikte yalnızca 2 olgu görmüşlerdir.

Bu konu ile ilgili olarak klinik dışında genel popülasyon üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Azrin ve Nunn halen popülasyonun %4'ünün kıl kopardığını ve %10'unun benzer davranışlarda bulunduğunu tahmin etmişlerdir. Klinik dışı olan geniş bir popülasyonda trikotilomani prevalansını değerlendirmek için yapılan ilk sistematik girişim, özel bir sanat koleji ve iki üniversiteye kaydolmuş olan öğrencilerdeki yaşam boyunca kıl koparma prevalansını değerlendiren çalışmadır. 2524 denek incelenmiştir. Bu incelemede trikotilomanikler üç gruba ayrılmıştır. Birinci grupta yalnızca kıl koparma öyküsü ve görünür kıl kaybı gözönüne alınmış, deneklerin %3,4'ü kadın, %1,5'i erkek olmak üzere, total ortalama %2,5 olarak kabul edilmiştir. İkinci grupta DSM-III-R kriterleri gözönüne alındığında %0,6 kadın ve %0,6 erkek olmak üzere total ortalama %0,6 olarak elde edilmiştir. Üçüncü grupta ise gözle görünür kıl kaybı ile birlikte hem çekme arzusu hem de çektikten sonra gerilimde azalma ya da doyum hissi gözönüne alındığında, denekler birinci ve ikinci soruları veya birinci ve üçüncü soruları onaylamış, her ikisini de onaylayan olmadığı için DSM-III-R kriterlerine uymamışlar ve çalışmadan düşmüşlerdir. Bu yaşam prevalans oranları, bazı deneklerde çocukluk çağı ve adolesan dönem esnasında kıl koparma, sınırlayıcı bir şekilde olabildiğinden dolayı yüksek görünebilir.

Burada ilginç bulunan, daha kısıtlı kriterler taşıyan trikotilomanik kız ve erkeklerin eşit miktarda olmalarıdır. Halbuki literatür, bu bozukluğun prevalansının kızlarda daha fazla olduğunu söylemektedir. Örneğin Muller, 20 yılın üstünde gördüğü trikotilomanili 319 hastanın %73'ünün kadın olduğunu ifade etmiştir. Başka bir çalışmada 60 erişkin kıl koparanın %93'ü kadın olarak bulunmuştur ve ortalama başlangıç yaşı 13 ± 8'dir (11). Bu görünen aykırılık, erkeklerin araştırmaya yardım açısından gönülsüz olmaları ya da bu konuya birçok neden gösterebilmelerine dayanmaktadır. Muller ayrıca okul öncesi çağda kıl koparanlarda cinsiyet ayırımının daha çok olduğu ve erkek dominansının olduğu kanısına varmıştır (15).

Bir dermatoloji kliniğinde 59 saç kaybı olan çocuktan 6'sında trikotilomani saptanmıştır. Prevalansının çocuklarda erişkinlere göre 7 kat fazla olduğu, kızlarda erkeklere göre 2,5 kat fazla olduğu ve okul öncesi çocuklarda erkek çocukların daha çok etkilendiği belirtilmektedir (28).

Klinik olarak trikotilomaninin iki formu bildirilmiştir (61):

1. 2-6 yaş arası başlayan, selim olduğu düşünülen, kendi kendini sınırlayıcı formu.
2. Adolesan dönemde başlayan ve daha büyük psikopatolojilerin eşlik ettiği formu.

Erişkinlerde trikotilomani, preadolesan dönemde başlangıç gösterir ve egzaserbasyonlar, isimlendirilmiş olan uygun stresler tarafından başlatılmış olabilir (4).

Muller 1968-1977 yılları arasında Mayo kliniğinde 145 hastada okul öncesi erkek hastanın daha çok olduğunu bulmuştur. Ancak tüm dağılımda %70 hastanın kız olduğu sonucuna varılmıştır. Dawber benzer olarak erken çocukluk çağı trikotilomanisinde erkek/kız oranını 3/2 olarak bulmuştur. Orange ve arkadaşları kız/erkek oranını 2,5/1 olarak bulmuştur (58).

Trikotilomanili hastaların sıklıkla en büyük kardeş veya tek çocukta olduğu gözlemlenmiştir (56).

Epidemiyolojik olarak yapılan en son çalışma, 1995'te yayınlanan ve 17 yaşlarında 794 İsrailli ile yapılan çalışmadır. Hiçbiri DSM-IV trikotilomani kriterlerini tam olarak taşımamıştır. 5 erkek 3 kız olan 8 deneğin, 3 erkek ve 1 kız olan 4'ünün geçmişte ve halen kıl kopardığı, 2 erkek ve 2 kız olan diğer 4'ünün de geçmişte kıl kopardığı saptanmıştır. Bu sonuçlara dayanarak

bildirilen kıl koparma prevalansı %0,5 ± 0,02 şeklinde düşük bulunmaktadır. Yaşam prevalansı %1 ± 0,004 olarak saptanmıştır (34).

Ailenin sosyo-ekonomik durumu önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Trikotilomaninin bozulmuş sosyal ortamlarda meydana gelmesi olağandır. Sıklıkla ebeveynler arası marital problemler, aile içinde hastalık, özellikle çocuğun uzun dönem hospitalize edilmekten dolayı etkilenmesi, kardeş, ebeveyn ve büyük ebeveynlerin hastalanmaları ile trikotilomani olasılığı çoğalmaktadır (18).

D. ETYOPATOGENEZ:

Trikotilomaninin etyolojisi hakkında çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Eski saç hastalıkları kitaplarında trikotilomani için spesifik bir yer ayrılır ve psikojen bir kökeni olduğu kabul edilir. Joseph'e göre (1910) hastalık prosesi, baş derisinin nevrotik bir semptomu olup paranoyalarda ve epileptiklerde daha çok görülür. Galewsky (1932), psikotik komponentleri asıl neden olarak görmüştür. Stein (1935), melankolik ve histerik hastaların bu semptomu çok bariz bir şekilde gösterdiklerini ve ayrıca psikopat olmayanlarda da görüldüğünü söylemiştir (40).

1936 yılında Berg, kıl davranışının genelde bir semptom olduğunu, genital düzeyde cinsel impulslar ile ego veya süperegonun represe edilen güçleri arasında bir konflikti yansıttığı fikrini ortaya atmıştır. Kılın incelmesi veya dökülmesinden endişe duymak, kastrasyon anksiyetesinin yer değiştirmesi olarak görülmektedir (6,23,38).

Barahal (1940), mit ve geleneklerde kılın rolünü keşfetmiştir. Kılın, güç, güzellik, yas ve kastrasyon kompleksini sembolize ettiğini ifade etmiştir. Yas

sırasında saçın kesilmesinin, obje kaybı ile ilgili bir ifade olduğunu vurgulamıştır. Örneğin Menninger (1938), yas tutan bazı toplumlarda bir uygulama olarak kılın nasıl önerildiğini bildirmiştir. Menninger, kocaları ölen Perulu kadınların, kocalarının cenazesi yakılırken saçlarını kesip oraya fırlattıklarını söylediklerini, bu felakete katlanabilmelerinde saçın feda edilmesinin, yasın sembolize edilmesiyle tutarlı bir eylem olduğunu belirtmiştir (6).

Barahal aynı zamanda Berg'e benzer şekilde kılı, fallik bir sembol olarak yorumlamıştır. Ve kıl koparmanın dışarıdan emosyonel görüntüsü ne olursa olsun, cinsel uyumsuzluğun herhangi bir tipinde görülebildiğini göstermiştir. Abraham da (1924), bir hastasının rüyasına dayanarak kılın bir fallus sembolü olduğunu kaydetmiştir. Menninger bize Yunan gençlerinin erkekliğe erişmek için saçlarını nehire sunduklarını anlatır. Bu hareket, anneye saçını bırakmaya kendisini mecbur ederek cinsel olgunluk ile erkekliğe ulaşmayı ifade etmektedir. Yunan genci için anne, su ile sembolize edilmektedir (6,23,38). Birçok araştırmacı, saç kesmenin sembolik anlamının kastrasyon olduğunda görüş birliğindedirler. Freud (1913), Da Vinci çalışmasında bir dip notta buna değinmiştir. Simmel (1925), kendi oğlunun penisini kesme tehdidinde bulunan cerraha yanıtı ile ilgili çalışmasında, kıl ile penis sembolik eşitlemesini çok harika bir delil ile gösterir. Tehditten bir yıl sonra çocuğun, kendisi 3,5 yaşında iken cerrahın penisini değil de saçını keseceği tehdidinde bulunduğunu hatırlaması ilginçtir (6).

Monroe ve Abse (1963), trikotilomanisi olan bir hasta ile yaptıkları çalışmalarında, benzer fikir konfigürasyonları buldular. Hastalarının saç koparmaları, sembolik olarak anne tarafından kastrasyon fantazilendirilmesinin tekrarlanması idi (6). Anne çocuk ilişkisindeki daha spesifik bozukluklar, Langford, Monroe ve Abse, Buxbaum, Stadeli, Phippopoulos ve Greenberg-Sarner tarafından bildirilmiştir. Olguların çoğunda, çocuğun erken

yıllarda değişken miktarlarda oldukça belirgin iç gereksinmelerinin ve uzamış früstürasyonun delilinin var olduğu bildirilmiştir. Bu semptomun hem haz hem hostil komponentleri, Phippopoulos, Monroe-Abse, Buxbaum, Gerard ve Greenberg ile Sarner tarafından bildirilmiştir (38).

Sperling, kıl koparmaya ilgi göstermekten ziyade, kıl ile uğraşmayı tartıştı. 7 olgunun analizinde kıl ile oynamanın bilinçdışı biseksüel konfliktlerin ifadesi için bir sembol olduğunu gözlemledi; bazı örneklerde, selfin feminen kısmını bırakmayı ifade ediyordu (23,38). Sperling, saç kesmenin bir sembolik anlamının da kastrasyon olduğunu ileri sürerek, hastalarından birinin fantazisini örnek gösterdi. Anorexia Nervosa'lı bir kızın, bütün bebeklerin, bebek kılı olarak saçılan penisleri olduğu şeklinde fantazisi vardı. Sperling daha sonra trikotilomani, trikofaji ve siklik kusmaları olan bir hasta ile çalıştı (1968). Bu çalışmanın ayrıntıları arasında, hastanın kılını, babasının ve annesinin penisi ile eş tutması belgelenerek ispatlanmıştır. Sperling, kıl ile ilgili olmanın, dyadik düzey anksiyeteleri kavramında ortaya çıktığını gözlemlemiştir. 1968'deki çalışmasında Sperling, bu kızın trikofajisinin, kız tarafından annesinin bir kanibalizasyonu olduğu şeklinde deliller toplamıştır. Kılın fetişistik bir kullanımı ile çeşitli davranışlarda annenin yerine geçmiş olduğunu belirtmiştir. Bu hasta pubertenin eşlik ettiği değişiklikler sırasında, anneye olan güçlü pregenital bağ ile mücadele etmiştir. Bu çalışma daha sonra hem annenin kendisinden hem de bir anne önemi taşıyan kişilerden, kıl ile en erken yaşamın annelik figüründen ayrılması arasında derin bir psişik bağlantı olduğunu onaylayan geniş bir klinik veri ile uygunluk göstermiştir.

Freeman (1968), bir gök gürültüsü tanrısı tarafından korkutulan bir grup insanın yaptıkları ile ilgili antropolojik çalışmalardan elde edilen bulgular kaydetmiştir. Tanrının intikam hareketleri olarak görülen fırtına boyunca halk, kendisini kesebilir. Tanrı tarafından emilen meyvaların, gökte kan akıttıklarına inanırlar. Bu tanrı, yaşamın en erken periyodunda algılanmış olan annenin

tipik bulgularına uygun özellikler göstermektedir. Kendilerine zarar vermeyi durduramazlar, çünkü bu, Allah anaya birşeyler verme düşüncesini içermektedir. Hareketin amacı da annenin şefkatini yenilemektir. Bu tezin önemi, Freeman'ın, kılın, kanın kurban edilmesine benzer bir usulde kurban edilmesini kaydetmesidir. Bu nedenle kıl bir hediyedir, bir onarmadır. Onun için kıl kesme, zarar veren bir obje için bir onarım ifadesi olabilir. Melanie Klein (1935, 1940), reparasyon psikolojisini zengin bir anlatımla dile getirmiştir. Doyumların suçu provoke edebildiğini, çünkü objeyi incitme olarak yorumlanabileceğini bulmuştur. Aynı zamanda hayal kırıklıklarının da, objeye zararın bir sonucu ile oluştuğu şeklinde yorumlanabilmektedir. Subje, objenin gücünün yokedilmiş olmasından dolayı onun vermemesine inanmaktadır. Bu Kleine'ın "depressif durumu"nun kalbidir. Nedenselliğin, özellikle egosantrik olmanın çok immatür değerlendirilmesine dayanan bir yorumdur. Anksiyete ve suçluluk, bu fantaziler ile meydana gelmektedir. Kleine'ın tutunduğu fantaziler tarafından oluşan anksiyete ve suçluluk, fantazisi bozulmuş olan objenin bütünlüğünü ve erdemliğini restore etmek için tasarlanmış verme hareketleri olan reparasyon hareketleri vasıtasıyla kısmen yapıcı olarak üssesinden gelmektir.

Büyüme, yeni arzuları ve doyumları getirir. Bu yeni deneyimler ve anneye yönelik antagonistik dürtülerin tamamlanması hissedildiğinde, reparasyon yapmak için istek ortaya çıkabilir. Eğer anneye karşı suç, onun kastrasyonu olarak hissedilirse, veya babanın anneden çalması olarak hissedilirse ya da her ikisi de doğruysa, bir fallusun restorasyonu ile zarara uğramış anneye onarım için bir istek ortaya çıkabilir. Restore edilen fallus belki onun kastrasyonundan önce var olduğu hayal edilen annenin fallusudur. Veya sevgi act'ında babanın fallusunun anneye verilmesi olabilir. Kıl hediyesi her ikisinin mükemmel bir sembolik restorasyonudur.

Mrs. Kleine'ın gösterdiği gibi (1932), annenin üretimini harap etmek için imrenme bazındaki dürtüler, aynı zamanda bir kadın için çok zorlayıcı anksiyete kaynağıdır. Üretimi içeren spesifik onarıcı impulslar, bu nedenle kıl hediyesinde umulacaktır. Ve gerçekte kıl, tohum veya üretici bir güç taşıması için hayal edilmiştir (Freeman 1968). Bir kıl hediyesi, böylece fertiliteyi iyileştirir. Şimşek tanrısından korkan, kurbanları tarafından tanrının içine doğru taşınan meyvayı hayal eden Freeman topluluğu örneğindeki gibi.

Brody (1954), Rapunzel'de saç kesme eylemini okuduğunda fertilitenin sembolü olarak kıl'ı vurgular. Rapunzel, Girman kardeşler tarafından toplanan (1944) folk peri masallarının en kıymetli olanları arasında yer alır. Saç kesilmesi bu masalda çok merkezi bir olay olarak yer almaktadır. Aynı zamanda hastaların mental yaşamlarında önemli yer almaktadır. Rapunzel'e benzer şekilde arzuları ve yaşam olayları olduğu zaman, bu fikre yönelirler. Bu rastlantı, saç kesmenin katı psikanalitik anlamda bir sembol olabileceğini ortaya atmaktadır. Rapunzel masalı bir dilenme ile başlar. Bir adam ve karısı bir çocuk sahibi olma isteklerinde hayal kırıklığına uğramışlardır. Karısının dikkati, büyücü bir kadının yakınındaki yeşil bir bahçe yatağına yönelir ve orada büyümekte olan çan çiçeğine (Rapunzel'e) imrenir. Israrı üzerine kocası, bu çan çiçeklerinden biraz almak için duvarın üstünden bahçeye atlayarak çalar. Karısının tekrarlayıcı bu istekleri ile kocası bir gün büyücü kadın Dame Gothel'e yakalanır. Büyücü kadın ona eğer karısı bu çan çiçeklerini yerse artık kısır olmayacağını söyler. Ancak büyücü kadın bu hoşgörüsü için yüksek bir fiyat ister. Çocuk doğduğunda onu isteyecektir. Doğduğunda büyücü kadın onu alır ve çocuğa bu bitkinin adını koyar. Rapunzel 12 yaşına geldiğinde büyücü kadın onun ormana gitmesini yasaklar. Yalnızca tepede bir pencereye doğru geçidi olan bir kuleye kapatır. Büyücü kadın her gün Rapunzel'i ziyaret ettiğinde onun saçlarını aşağıya indirmesini ister ve Rapunzel'in saçları ile yukarıya onun yanına çıkar. Bir gün oradan geçen bir prens, Rapunzel'in çekici şarkısını duyar. Ona

ulaşamamasına rağmen her gün gelir ve bu ısrarı, buna tanık olan büyücü kadın tarafından ödüllendirilir. Artık Rapunzel'e ulaşmanın bir anahtarına sahiptir. Ve Rapunzel'e saçlarını sarkıtmasını söyler ve onun saçlarına tırmanarak yukarı çıkar. Rapunzel, prensin aşkının büyücü kadınınkinden daha iyi olacağına karar vererek prensin evlenme önerisini kabul eder. Kaçmayı planlarlar. Ancak planlarını gerçekleştiremeden Dame Gothel bu sırrı öğrenir ve Rapunzel'in saç örgüsünü öfkeli bir şekilde keserek onu ıssız bir yere götürür. Orada kız, kedere sürüklenmiştir. Dame Gothel kuleye döner ve prense yine olağan bir şekilde kuleye gelmesi için Rapunzel'in saç örgüsünü sallandırır. Prens yukarı çıkınca onun Rapunzel olmadığını, kör olması için beddua eden büyücü kadın olduğunu anlar. Kulenin üstünden atlar ve dikenler onu kör eder. Yıllar sonra ormanda kendi iki çocuğunu doğuran Rapunzel'e ulaşır. Kızın gözyaşları prensin gözlerine akar ve onları iyileştirir. Mutlu bir yaşama başlarlar.

Bu masalın gösterdiği gibi saç kesme, öykünün düğüm noktasıdır. 12 yaşına geldiğinde ergenlik dönemine girmesiyle birlikte tehdit edilerek Rapunzel'in kapanması başlar. Önce anne kız arasındaki ilişki çok iyidir. Günlük konuşmalarının aracı Rapunzel'in saçıdır. Ancak Rapunzel'in bir erkeğe olan aşkı, masala göre yaşlı anneyle olan ilişkinin yanında serpilemez. Rapunzel'in aşkının cinsel farklılığı, onu annesini kaybetmeye, saçını kaybetmeye ve yasa girmeye mecbur tutar. Saç kesme eylemi, öyküde üç önemli fonksiyona sahiptir. Kızın bedeninin çok güzel bir parçasını kaybetmesine neden olmaktadır; kızın annesine bağlanmasına hizmet eder; daha önce kızında bulunan bir şeye annenin kendisi için sahip olmasını sağlar. Bunlar saç kesmenin üç sembolik anlamıdır. Farklı bir dilde biliyoruz ki bunlar, kastrasyon, annenin kaybı ve reparasyon'dur.

Andresen bu masala dayanarak birkaç olgu örneği vermiştir. Örnekler, daha çok kadınların mental yaşamlarından çıkarılmıştır. Hastalar, sözlük

anlamında bizim için sembolleri çevirmediklerinden, fikirlerin tuhaf konfigürasyonu, sembolize edilmiş olarak meydana gelir. Sembolik anlamın delili, sembolün tekrarlayıcı olarak görülmesinin demonstrasyonuna dayanır (Freud 1900). Buradaki hastalar, fikirlerinin konfigürasyonunu, rüyalarında gördükleri saç kesme ile sembolize ederek göstermişlerdir. Analizde iki hastada vücutça cazibeli olmama ve kusurlu olma fikirleri ile saç kesme sembolü birleştirildi. Kadınlarda vücudun kusurluluğuna ait duygular sıklıkla kastrasyon fantazilerinden kaynağını alır.

Brody, büyücü kadının sembolik olarak Rapunzel'in fertilitesine zarar verdiğini iddia eder. Bunu akla uydurmak zordur. Çünkü saçı kesildiğinde Rapunzel hamiledir. Annenin kendi üretme kapasitesi üzerindeki girişiminin, kızın korkusunu dramatize ettiğini iddia etmek daha akla yatkındır. Brody aynı zamanda saç kesmenin, kızın olgunlaşmasını elde olmadan neden etkileyebileceğini, çünkü bağımsız olması gerektiğini ekler (6).

Zaidens (1951), baş bölgesinden saç koparma ile kaş, kirpik veya pubik kılları koparmayı birbirinden ayırmıştır. İkincisini, tatmin edilmemiş cinsel gerilimi boşaltmak için kullanılan hafif nevrotik bir semptom olarak (mastürbatuar bir yedek), birincisini ise karşı konulamaz cinsel durumlardan kaçmak için (evlilik gibi) bir girişim şeklinde daha ciddi bir dert olarak ele almıştır.

Masserman (1955), trikotilomaniye ritüalistik kişiliğin kompulsif bir eylemi olarak bakmıştır. Ve aynı zamanda kıl koparmanın, erotik arzuların önceden tedbirini almak için ifade edildiğine inanmıştır.

Bazı araştırmacılar, trikotilomaniyi cinsel kaynaklardan uzaklaşıp başka durumlara yüklediler. Örneğin English (1949), kıl koparmanın, emosyonel doyumların sağlıklı yolla kazanılmasına izin verilmediği veya düşünülmediği

hastalar için gerilimi rahatlatma yolu olarak bir sapma olduğuna inandı. Richter de (1963), trikotilomaniyi dürtüsel olarak veya zorlayıcı durumlarda oluşan motorik bir reaksiyon formu olarak açıklamıştır (40).

Bartch (1956), trikotilomaniyi, subkortikal bölgelerden motor boşalımın bir formu olarak tanımladı ve bu nedenle organik bir bozukluk olarak gördü.

Schwarzkopf bu durumu parmak emme gibi motorik bir boşalma olarak görmüştür (40).

Kanner (1950) de kıl koparmayı tike benzer bir davranıştan ayırdı ve parmak emme, burun karıştırma veya tırnak koparma gibi vücudun bir alışkanlık manipülasyonu olarak tanımlamıştır.

Irwin (1953), kıl koparmayı yas ve şiddetli öfke ile bağı olan agressif bir reaksiyon olarak gördü.

Weyl (1959), erken gelişim döneminde bir seri affektif früstürasyonları olan 20 aylık kıl koparan bir kız çocuğu olgusu gösterirken, emosyonel ilişkinin natürü ile anne bakım niteliğinin çok önemli bir faktör olduğunu ifade etmiştir (23).

Buxbaum (1960), başlangıçta obsessif bir kompulsif bozukluk tanısı alan ve daha sonra anksiyete ve depressif yakınmaları ile trikotilomani yakınması olan bir hasta örneğini, aile psikodinamikleri ve cinsel konflikt açısından ele alarak, kıl koparma ve fetişizm bağlantısına dikkat çekmiştir. May E. Romm'un "fetişizmde bazı dinamikler" isimli yazısında kıl koparma sorununa değinilmiştir (1949). Buna karşılık psikanalitik yazıların az bir kısmı fetişizm sorununa değinmektedir. Bunlar arasında Freud'u izleyen Phyllis Greenacre vardır. Freud'un teorisine göre (1927), fetişistin, annenin

genitallerini gördüğünde ve mastürbatuar uyarılma sırasında onun görünür kastrasyonunu gözlemlediğinde tepki göstermesi, bu konudaki psikanalitik düşüncenin temelidir. Phyllis Greenacre, "Fetişizm ile Vücut İmajının Yanlış Gelişimi Arasındaki Bazı İlişkiler (1953)" ve "Fetişizm ile İlgili İleri Düşünceler (1955)" isimli iki yazısında fetişizm sorununa değinmiştir. Fetişizmi, genital - ödipal sorunlarla karşılaşmada sağlıksız ve emniyetsiz bir yapının oluştuğu (özellikle bu periyodun normal kastrasyon tehdidi ile karşılaştığında) pregenital dönem bozukluk temelinden gelen, klinik olarak olağan dışı ciddi kastrasyon korkusu şeklinde bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Buxbaum'un bu tehdidin var olduğunu gördüğü olgularda, kastratif tip, tam ödipal gelişmeden önce olağan dışı ciddi bir travma sırasında görülmüştür ki tehdit, ilk olarak Freud tarafından ifade edildiği gibi (1927) yalnızca annenin genitallerini görerek ve özel bir mastürbasyon uyarılmasında onun görünen kastrasyonunu gözlemleyerek olmaz, daha çok çocuk doğumu, düşükler veya kazalar gibi (kendisine veya başkalarına) etki formlarında kanlı bir sakatlanma olayı yaşayarak veya tanık olarak da olur.

Greenacre, çocuğun 1-2 yaş arasındaki bu gibi deneyimlere açık olduğu zaman özellikle incinebilir olduğunu düşünür. Buxbaum'a göre bu fetişizm kavramında eklenmesi gereken bir durum söz konusudur. Bütün çocukların bu faza girerken özellikle bir veya birkaç objeye (içi doldurulmuş hayvan, tüylü oyuncak ayı, battaniye veya yastık gibi) bağlandıkları sık bilinmektedir. Ve Buxbaum fetişizmin bu çeşidinde diğer bozukluklar gibi Greenacre'ın tanımladığı şekilde, libidinal gelişimin belli bir fazında bir fiksasyon noktasına dönmesi, aynı zamanda çocuğun bu gibi objeler hakkında yoğun duyguları olduğu zaman bu periyoda dönmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Birçok araştırmacı, erken sahip olmanın önemi üzerinde çalışmıştır. M. Wulff (1946), Freud, Sterba ve Friedjung tarafından yazılan daha önceki

yazılar üstünde değiştirmeler yaparak, erken çocukluk çağında fetişizm ve obje seçimi üzerine bir yazı yazmıştır. Olive Stevenson, "İlk Kıymetli Sahip Olma" üzerine bir yazı yayınlamıştır. Bu, çocuğun yaşamında özellikle sevilen objeler ve oyuncakları ile yapılmış bir çalışmadır (1954). Yazısı, Winnicott'ın geçici obje ve geçici fenomen çalışmasını temel almıştır. Ki bu da fetişizmin patolojik formları ile erken infantil sevilen şeyleri önemli şekilde ayırdeder. Winnicott, yeni doğan bebeğin avuçlaması ve ağız aktiviteleri ile başlayan ve sonunda bir bebek, oyuncak ayı, yumuşak oyuncak veya sert bir oyuncağa bağlanmasına yönelten bir dizi olaylarda bulunmuş olan geniş bir çeşitliliği olduğunu söyler. Oral heyecan ve doyumdan çok burada bazı şeylerin daha önemli olduğu açıktır. Bu herşeyin temeli olmasına rağmen Buxbaum, bir bebeğin realiteyi tanımak ve onaylamaya karşı yetersizliği veya bunu geliştirmeye olan yeterliliği arasında bir ara duruma sahip çıktığını söylemektedir.

Winnicott, bebeğin gerçekte "benim olmayan" objelere elle dokunabildiği progresine de değinmiştir. Ona göre bazı büyüklükteki objeler meme yerine geçebilir, ancak dikkate alınacak başka şeyler de vardır. İlk sahip olma, parmak emme gibi otoerotik aktiviteler ile birarada kullanılmaktadır. Bazı olgularda annenin kendisi dışında geçici bir obje yoktur veya başka olgularda bir bebek geçici durumun hoş olmadığı veya obje sıralarının bozulduğu bir emosyonel gelişim yaşayabilir. Bununla beraber bu sıra, gizli bir yolda korunmuş durumdadır.

Winnicott, Wulff'un yazısına bir göndermesinde, çocuğun ilk sahip olduğu sevgili objeleri için "fetiş" kelimesini kullanmasını protesto eder. Wulff'un, cinsel sapmaların temel teorisine ait olan bazı şeyleri bebeğe mal ettiğini söyler. Daha da ileri giderek, geçici fenomeni sağlıklı ve beynelmilel bir olay olarak düşündüğünü, bunun da ötesinde eğer normal fenomeni örtmek için fetiş kelimesi yaygın olarak kullanılacaksa, belki bu terimin bazı

değerlerinin kaybedilmesi gerektiğini vurgular. Winnicott, fetiş kelimesini, bir maternal fallusun delüzyonu nedeniyle meşgul edilen objeyi tanımlamak için alıkoyulmasından yana olduğunu belirtmektedir. Bu, Freud'un fetişizm üzerine yazılan yazısıyla aynı fikri taşımaktadır.

Buxbaum, olgu materyali olarak kıl koparma semptomu olan biri 3 diğeri 6 yaşında iki kızdan söz etmektedir. Bu semptomun, Winnicott'ın tanımlamasında bir geçici objeye bağlı olduğu ve Freud ile Greenacre'ın formülasyonunu destekleyen fetişizmin bir formuna bağlı olduğu görülmektedir. Küme halinde saçlarını koparan iki kız çocuğu da parmaklarından birini aynı zamanda emerken saçı ağız ve burunları etrafına sürerek kendilerini gıdıklıyorlardı. Zaman içinde saçlarını emmeye başlamışlardı. Geçici objeler için Winnicott "yün"den bahseder. Ve bunu izleyen en sık aktivitelerden birinin parmak emme gibi otoerotik deneyim komplikasyonu olduğunu söyler. Bebek, erken aylardan başlayarak, aktivitesinin okşayan kısmı için kılı koparır, biriktirir ve kullanır. Daha az sıklıkta yün yutulmaktadır ve felakete neden olabilir.

Her iki kız da erken bir yaşta tekrar tekrar ebeveynlerinin genitallerini görmüşlerdir. Biri babasının genitallerinin yaralandığını (ki bu, tuvalette gizlice gördüğü hemoroid idi), diğeri annesinin menstürasyonunu olan kanayan genitallerini görerek yaralanma olarak yanlış yorumlamıştır. 18 aylık olan her iki çocuk da çok önemli yaşta idiler. Kıl koparma bu travmalarla başlamış, her iki olguda bu deneyim tartışıldıktan ve yanlış kavrama aydınlatıldıktan sonra durmuştur. Bu travmalar, Greenacre ve Freud'un, fetişizmi ima eden tanımlamalarına çok benzemektedir. Çocuklar otoerotik aktivitelerine (emme ve okşama) devam etmiş ve buna ek olarak kendi başlarından saçlarını koparmışlardır.

Winnicott, çocukların aracı bir objeye yönelmeleri halinde, bu objelere çok kaba davrandıklarını, ancak uzun bir zaman onlarla ilgilendiklerini ve tam olarak yok etmediklerini ifade eder.

Her iki kız çocuğu da tedavide, tüylü bir aracı obje vasıtasıyla obje ilişkilerine girmişlerdir. Onlara saç çekmemesini hatırlatan ve kendisini sevmesine izin veren yardımsever bir süperego figürü yerine geçtiler. Berta Bernstein (1936), bu yatak oyuncaklarının rollerini, çocuğun id ve süperegosunun reprezantativleri olarak tanımlamıştır.

Kıl koparma yalnızca selfin aleyhine dönen agresyona dayanarak tanımlanmaz. Her iki çocuk da, biri terkedilmişliği ve sevilmemişliği hissettiği zaman, diğeri de üzgün olduğu zaman daha çok saçlarını koparmakta idiler. Bu durum, keder ve yasın bir bulgusu olarak "kişinin kılının gözyaşı dökmesi" ifadesini hatırlatmaktadır. Kıl koparmak çocuğun anksiyete ve yalnızlık zamanlarında başvurduğu mastürbasyonun bir formuna benzer. İnsanlar onun ümidini kırdığı zaman kendine tutunduğu bir girişimdir, ona kendisini hatırlatır, kendisini hissederek varolur. Bu çocuklar kıllarını koparırken kendilerini, bunun da ötesinde kıllarını kötü bir şekilde incitmemek için çok dikkatlidirler.

Görünüşte karşılıklı aktif ve pasif deri kontağı, oral kontakt kadar büyük önem taşır. Spitz gibi (1951), Escalona ve Leitch (1952) de bu konuya dikkat çekmişlerdir. Deneysel olarak küçük maymunlar annelerinden ayrıldığında, laktasyon olmaksızın yumuşak bir havlu verilmesi ile de yeterli bir deri kontağı geliştiği görülmüştür (Darlow 1959).

Mittelman (1955), çocukların, fetişizmin gelişmesi için çok önemli olarak düşündüğü toddler dönemleri boyunca vücutlarına neyin ait olduğu ve neyin ait olmadığını farketme durumunda olduklarını ifade etmiştir. Söz edilen olgular için can alıcı bir zaman olan 18. ay, Mittelman'ın bulgularına da uyar.

Cansız objeler, çocuğun annesinden ayrılmasına yani onunla kendisi arasına mesafe koymasına neden olduğu için, libidinal olarak katekte edilmektedir. Toddler yaşı, aynı zamanda temizliği öğrenme yaşıdır. Ancak sık olmamakla birlikte anne ile deri kontağı arasında hoş olmayan duygular oluşmaktadır. Sözü edilen her iki hastada da kir ve genital bölge birliktelik göstermektedir. Her iki çocuğun terapilerinde, vücutlarının diğer bölgelerine dokunulmaları ve okşanmaları serbest olmuştur. Aynı zamanda insanlarla arkadaşça bir fiziksel kontakt kurmaya yeniden başlamak, bir aracı objenin yardımıyla olmuştur.

Dokunma ve deri duyarlılığındaki fazda travmatik deneyim yaşayan çocuklar büyük önem taşırlar. Bunu izleyen durum, kendilerine uyum sağlama yeteneklerinin bozulmasıdır. Böylece, travmatik deneyimin yaşandığı zamandaki obje ilişkilerinin ve libidinal gelişmenin düzeyinde fikse olarak kalırlar. Travmatik deneyim bilince getirildiğinde, çocuklar dokunma ve deri duyarlılıklarının gereksinimi karşılaması ile kıllarını kullanmaktan vazgeçmişlerdir. Daha da ileri giderek, bu amaç için "benden başkası" objeleri kabul etmişlerdir. Araç obje, differansiye olmamış (self ve anneden) dan "self'den başkası" objelerine geçişi kolaylaştırmıştır. Anne, çocuk için ayrı bir varlık olmuş, çocuk daha bağımsız olarak hareket etmeye başlamış ve annenin yanında diğer kişilerle de ilişki geliştirmeye başlamıştır. Daha sonra her iki çocuk, başkalarına olduğu kadar kendilerine dokunmaktan da haz almaya başlamışlar, kendilerini hissetmeye başlamışlardır. Çünkü kişinin vücudunu hissetmesi , duyguların, yani başkası için olduğu kadar kendisi için de çocuğun geliştirdiği kendi emosyonlarının prekürsörleridirler. Dokunma kontağı bozulduğu sürece, anne vücuduna ve çocuğun kendi vücuduna olan ambivalan differansiye olmamış ilişki varolmaktadır ve dolayısıyla genital duygularla birlikte obje ilişkileri de bozulacaktır (9).

Stadeli (1963), bu semptomu yapan farklı etkilerin birçok teorilerini entegre etme girişiminde bulunmuş, bu hastaların henüz orijinal anne çocuk ilişkisinin ötesinde matürasyon göstermediklerini, annelerinden separe edilmiş, früstürasyonlarının düşük olduğunu, yalnızlık duyguları yaşadıklarını ve başkaları ile anlamlı deneyimleri başlatma ya da sürdürmelerinde başarısız olduklarını ifade etmiştir. Anne çocuk ilişkisine eşlik eden oral, agressif ve hassas duygular suprese edilmiş ve bedensel duygular bozulmuştur. Stadeli, çocuğun kendisine dayanmayı öğrendiğini veya kendini hissetmenin, kendini yaralayan kıl koparma aracılığıyla olduğunu, bu yolla şefkate olan gereksinimini karşılayarak doyum sağladığını ve primitif bir yol ile kontakt kurduğunu ifade etmiştir. Böylece bozulmuş olan bedensel duygular, anneden tamamlanmamış ayrılık, suprese edilen impulslar, trikotilomaninin gelişmesine yol açan durumlardır (23).

Dührssen de çocuklarda trikotilomaniyi, bir taraftan öne çıkmış olan öfke impulsları veya agresyon hazırlığı, diğer taraftan çok yoğun bir şefkat gereksiniminin olduğu bir durum olarak görmüştür. Bedensel duygu ile çocuk, saç koparırken kısa bir zaman için kendi var oluşunu kanıtlamaktadır. Bu durum psikopatolojide subje-obje yer değiştirmesi olarak bilinmektedir. Agressivitenin yönlendirildiği obje idealleştirildiği için, bu yönde bir gerginlik boşalması olmaz. Bu idealleştirmede obje, genellikle annedir. Ve annenin yarattığı bir atmosfer içinde bu agressivite boşalmaz. Agresyonu uzaklaştırmak, genellikle mümkün olmaz. Çünkü dürtünün motorik kısmı artık hazırlanmış durumdadır (Uexküll) ve yalnız affektif kısmı (hiddet) yaşamaya izin vermez. Bu şekilde motorik dürtünün taşıyıcısına karşı gelir; subje, obje olur. Deri artefaktını yapan bu komunikatif semptomun gerçekleştirildiği alan, anne değil bizzat kendi vücudu olmaktadır. Buna göre trikotilomani, interaksiyonel bir semptomdur. Bu interaksiyonel semptom, idealize edilen ilişki objesine karşı olan agressif früstürasyonlardır. Bu agressif inhibisyonlar, bu idealize edilmiş olan ilişki objesine karşı hareket eder. Ancak bu agresyon,

ilişki objesi tarafından izin verilmediği için, kendine döner. Trikotilomaninin semptomu, agressif impulsların musluğudur (40).

Trikotilomani çok tanımlı bir durumdur. Galski, trikotilomanisi ve trikofajisi olan iki kız kardeş incelemiş, her iki kardeş ve aileleri ile kooperasyonunda, bu durumun intrapsişik ve intrafamilyal görünüşünü keşfetme olanağı bulmuştur. Galski, trikotilomaninin etyolojisi hakkında ikna edici hiç bir bulgu yayınlanmadığını ifade etmektedir. Ortak fikirlerdeki azlığın nedenlerinden bir kısmını, bütün yaş grupları ve nozolojik olarak kategorilere dokunan çok tanımlı bir semptom olmasına, sıklıkla fonksiyonel durumlar gibi organisite ile kombine olmasına ve defektif bireylerde olduğu kadar entellektüellerde de meydana gelmesine bağlamaktadır. Bununla beraber trikotilomaninin, anne çocuk arasında erken bozulmuş ilişkilerden kökenini aldığına ilişkin biraz konsensus oluşmuş gibi görünmektedir. Gerçekte bazı araştırmacılar, trikotilomaninin daha sonraki gelişimi için zemin oluşturan bozukluğun, her kişinin varlığı için gereken, yaşamın birinci ayında birbirine bağımlı bir anne-çocuk dönemi olan simbiyotik fazın başlangıç dönemine rastlandığına inanmaktadırlar (Mannino ve Delgado 1969, Monroe ve Abse 1963, Zaidens 1951). Bu dönemde karşılıklı birbirini uyarıcı şekilde annenin emosyonları çocuğunkilerle ilişki içindedir, bu da çocuğu yeni ve daha içiçe olacağı deneyim ve yanıtlara doğru götürmektedir.

Mannino ve Delgado trikotilomaninin psikodinamiğinin, primer olarak emosyonel deprivasyona veya çocuğun gereksinimlerinin anne tarafından früstürasyona uğratılmasına bağlı olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgular, annenin kendi çocuğu ile sağlıklı bir simbiyozis oluşturamadığını, çünkü kendisinin çözümlenmemiş emosyonel konfliktleri ve doyurulmamış yoğun bağımlılık gereksinimleri olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlıklı simbiyozis terimi, normal gelişim sırasında oluşan anne ile çocuk arasındaki karşılıklı bağımlılığı vurgulamak için kullanılmaktadır. Buna karşı sağlıklı olmayan

simbiyozisin ise, borderline patoloji gösteren kişilerin erken gelişim dönemlerinin karakteristiği olduğuna inanılır. Sağlıklı olmayan simbioziste çocuğun anneye gereksiniminden daha çok olmasa da annenin çocuğa gereksinimi varmış gibi görünür. Bu nedenle, çocuğun büyüme ve gelişmesiyle ilgili perspektifini kaybeder. Yapışma, tutunma ve bağımlı davranış ödüllendirmesi ile çocuğun herhangibir doğal gelişimini direkt veya indirekt yolla cezalandırarak kimlik kazanmasını engeller. Anne çocuğa daha az güven verir.

Galski'nin incelediği kızların annesi, onların aktiviteleri ile aşırı ilgilenmişti. Çocuğun selfini hissetmesinin çok önemli gelişmesi olan simbiyotik fazda bir eksilme olmadı. Separasyon-individüasyon fazı olan başarı fazına giriş ve çözülmesine, annenin affeksiyonlarından kendini çekmesi ile engel olunmuştur. Kısacası, gelişimleri simbiyotik fazda durmuştur. Hasta ve kardeşi, hakimiyet duygusu ve çevresinde bağımsız olarak fonksiyone olmada sınırlı gelişim göstermişlerdir. Internalize edilmiş olanın kaybı veya terketmesine karşı aşırı duyarlı hale gelmişler, reddedilmeye karşı çok fazla duyarlı olmuşlar, self-esteem ve früstürasyon tabiatı ne olursa olsun, ilişkiyi korumada yetersizlik göstermişlerdir. Kısacası, dünyayı depressif bir pozisyonla göre çocuklar, yetersizlik duyguları, bağımlılık, reddedilme beklentileri içindedirler. Akademik başarıları, çok meşgul olmaları ve titiz görünmeleri, muhtemelen temel inferiorite duyguları için kompansatuar bir mekanizmadır.

Bir kişi, bir simbiyozis tuzağına girmişse, her separasyon individüasyonun yeniden oluşmasında gözle görülür bir zorluk yaşaması beklenecektir. Galski'nin olgularında görüldüğü gibi, uyum sorunları Deutsch'a göre ikinci separasyon individasyon fazının başladığı prepubertal dönemde hasta ve kardeşinde manifest hale gelmiştir. Gerçekte, hasta ve kız kardeşinin saçlarını koparma ve yeme kompülsiyonlarının başladığı zaman ile

aynı zamana rastlamaktadır. Bu olgu, anne çocuk ilişkisi natürünün trikotilomani etyolojisini içine alan major bir faktör olduğunu desteklemektedir. Annenin her iki çocukla simbiyotik ilişki içinde olması, Greenberg ve Sarner'ın (1965), trikotilomaninin karşılıklı transferansların olduğu bir savaş alanına dönüşen çocuğun başındaki bir kıl koparma simbiyozisi terimi ile kusursuz bir şekilde yorumlanan düşüncelerine uyabilir. Bununla beraber, babanın tutum ve davranışları en azından eşit önemde tayin edici olmuş görünmektedir. Greenberg ve Sarner, trikotilomaniklerin babalarının aşırı pasif, genel olarak uyumsuz, aile içinde zayıf ve silik olan "psödo-etkili kişilik" semptomu ile bu semptomun gelişmesine katkıda bulunduklarını ileri sürmüşlerdir. Normal gelişim seyrinde, çocuk ilk yabancı olarak babaya atılmaktadır. Aslında separasyon - individüasyon prosesinin bir kısmı olarak ilk "anne olmayan" dır (Mahler 1968, Greenacre 1952). Baba, separasyon individüasyon girişimlerini desteklemek için, kontamine olmayan bir kişi olarak uygun değilse, çocuk için birçok sonuç doğacaktır. Birincisi, çocuk anne ile başarılı bir şekilde simbiyotik fazı geçiremeyecek ve gerçekte baba ile diğer bir simbiyotik yakınlığa doğru zorlanmış gibi görünecektir. Bu olguda babanın kendisi ile çocuk arasında diğer bir simbiyotik ilişkiye eğilim gösterdiği fazlaca görünmektedir. Sonuçta, baba normalde umulduğu gibi farklı ebeveyn-diğer ebeveyn (Abelin 1971) olmamış ve odipus kompleksinin habercisi olan anne ve baba objeleri, selfin sembolik mental imajlarının yapılandırılmasında kullanılması için çocuğa yardımcı olmada başarısız kalmıştır. İkinci sonuç Freud'a göre (1933) çocuğun cinsel kimliğinin temellerinin değerlendirilmesi için tatminkâr olarak çözümlenmesi gereken çocuk için uygun bir odipus kompleksi ile ilgilidir. Bu, normalde kızlarda, anneye bağımlılıktan kurtulmak ve babaya doğru libidinal enerjilerini aynı zamanda yatırmaları ile çözümlenmektedir. Bununla beraber trikotilomanik hastalarda, annenin ötesinde bağımlılığı çözen bir etki yok gibi görünmektedir. Bağımlılığın artmış hissi dışında babaya yönelik girişimlerden hiçbirisi ulaşmamaktadır. Baba

çocuğa anneden daha fazla gözükür ve çocuğun aklında onların mental imajları temelde eşit olur. Kısacası baba, normal gelişim seyrinde umulduğu gibi, libidinal olarak boşaltılan kişi değildir ve çocuk herhangibir dış objeye tutunmadan kalan bu duyguları represe etmek için zorlanır. Çocuk latent döneme girdikçe, represyon sürecinde bu duyguların, en azından kısmî olarak çocuğun baş gibi vücudunun bazı bölgelerine bağlanması muhtemeldir. Bu duygular prepubertal veya adolesan dönemde, cinsel duyguların tekrar oluşmasına kadar hareketsiz kalır. Eğer baba çocuklarını prepubertal veya adolesan dönemde başka bir erkeğe teslim etmeye gönülsüz olacak şekilde kıskançlık gösteriyorsa, burada Jones'un Giselda kompleksi (1949) olarak tanımladığı durum ortaya çıkar. Bu durum, ödipal karmaşanın çözülmesini etkileyen, aynı zamanda kadınların erkeklerden daha fazla trikotilomaniye yatkın gibi görünmeleri bulgusu için bazı önemli bağlantıları olan bir durumdur. Üçüncü olarak, çocuk başkaları ile gittikçe daha rahat bir ilişki kurmada başarısız kalır. Dolayısıyla, yaşam boyunca "yabancı anksiyetesi" kalır ve kişilerarası ilişkiler anksiyete kaynağına dönüşür, hazdan ziyade rahatsızlık yaratır. Yabancı anksiyetesini çözmedeki bu başarısızlık ile yakından bağlantılı olan, çocuğun başkalarına karşı asla güven geliştirememesidir. Çünkü sosyal bir ortamda hakimiyet duyguları introjekte edilmemiştir. Trikotilomaninin alopesisi nedeniyle fiziksel görünüm tabii ki bu sorunları şiddetlendirir ve hatta erişkin yaşamı boyunca yabancı anksiyetesi ile yüzleşmekten hastayı korumak için bile kullanılabilmektedir.

Bütün bunlarla Galski, prepuberte döneminde trikotilomanisi olan çocukların ebeveynlerinin kendi simbiyotik - parazitik gereksinimleri nedeniyle yaşamlarının içine doğru zorla girilen aşırı koruyucu, uzayarak yayılan bir erken deneyime sahip olduklarına inanmaktadır. Sonuç olarak, egonun normal gelişimini ciddi şekilde bozan psikolojik hasar, hem nonspesifik ego zayıflığı oluşturmakta ve hem de bir semptom olarak trikotilomaninin

etyolojisinde klinik önemin olduğu obje sürekliliğini başarmada başarısızlığa neden olmaktadır.

Kernberg (1975-1976), gerçeği değerlendirmedeki zorlukları, düşük früstürasyon toleransını, impuls kontrol sorunlarını ve genellikle borderline kişilik bozuklukları olarak tanı alan hastalarda görülen bulanık ego sınırlarını tanımlamak için "nonspesifik ego zayıflığı" terimini keşfetti. Bu olgu çalışmasındaki trikotilomanik hastalar, nonspesifik ego zayıflığının birçok bulgularını göstermişlerdir. Diğer bulgularla bağlantılı olabilen bu durum, trikotilomaniklerin temel borderline kişilik organizasyonu olduğunu göstermektedir. Kernberg aynı zamanda nonspesifik ego zayıflığının, çocukta obje sürekliliğinin saptanmasında sorunları birleştirdiğini vurgular. Obje sürekliliğini değerlendirmede tipik referans annedir. Çünkü çocuğun bütün erken doyumlarına aracılık eder. Obje sürekliliğini başaramayan çocuk, annenin imajını sürekli olarak aklına getiremez ve geriye kalan, anneye idrakî bir güvendir. Böyle çocuklar, anne gibi sevgi objesinden geçici olarak ayrılıklarda az tolerans geliştirirler. Aktüel veya potansiyel bir obje kaybına, felaket getiren olarak tepki gösterirler. Obje (kişilerarası) ilişkileri, tamamen früstürasyona izin vermez ve kalitesi, çocuğun gereksinimleri ile geniş ölçüde değişkenlik gösterir. Belki daha da önemlisi çocuk, objelere-kişilere tamamıyla bağlanmaz, bunun yerine annenin memesi gibi, obje kişinin önemli bir kısmına, geniş ölçüde kısmî objelere dayanan bir bağlanma gösterir.

Trikotilomanik hastanın obje sürekliliğini kuramadığı görülmekte ve geçmişte bütün aktiviteler veya doyumlara aracılık etme ya da sağlamada olduğu gibi anne ile ilgili güven sorunu olduğu görülmektedir. Trikotilomanik, bağımsız bir fonksiyon için tam olarak bir tolerans geliştirmemektedir. Çünkü seperasyon individüasyon fazı tatminkâr bir şekilde geçmemiştir. Bu nedenle hasta kişilere, onların besleme bakma potansiyeline dayanarak bağlanır. Daha matür, karşılıklı sosyal ve cinsel gereksinimlerinin doyumundan

ziyade, primitif gereksinimlerini doyurmak için bağlanır. Trikotilomanik, annesinin yerine başkaları geçmiş gibi, annede aradığı doyumlara aracılık eden kişilere güvenemez. Böylece çok fazla güvensizlik geçmişi olan trikotilomaniklerin, buna karşı olarak görünüşte doyum alabilecekleri, bakım alabilecekleri ve böyle bir garantiyi verecek objeler tarafından abondan edilmeyecek kalıcı bir garantiye gereksinimleri vardır. Kısacası, kompulsif kıl koparan, sıklıkla kayıp ve abondanlığın duygularını yaşar veya sezinler görünür. Başkalarının fiziksel (algısal) varlığına garantisi için gereksinim duyar. Çünkü kalıcı bir hafıza imajı (Freiberg 1969) çaresiz, uğursuz duygularını defetmeyi aklına getiremez.

Doyum gereksinimi olarak annesinin veya bir başka kişinin fiziksel varlığı ya da imajının olmaması halinde trikotilomanik, annenin bakıcı, koruyucu garantisinin kaybını sembolize etmek için, yerini değiştirerek kıla, algısal ve emosyonel olarak bağlanır görünür. Bu izlenim, bazı doğrulamaları kabul eder. Çünkü trikotilomanik hastaların genellikle reddedilme, kayıp durumlarında ve abondan bir halde iken kıllarını koparmaları, beklenen, umulan veya gerçekte yaşanan bir durumdur.

Aslında kıl koparma eyleminden daha önemlisi, kılı korpore ederek, yani yiyerek (trikofaji) veya bir süre üstünde kılın yeniden çıkmasını arzu ederek, geçici olarak başarılmış olan obje - annenin sürekliliğinin garantisi veya teyit edilmesi için bir alan kuruluyor gibi görünmektedir. Daha basitleştirilirse, kılın ortadan kaldırılmasının besleyen bir figür olarak annenin kaybını sembolize ettiği görülmektedir. Böyle bir kaybın, bütün hayal kırıklıklarını, bütün terkedilmişlik duygularını, selfi tehdit edişini göstermesi,

kılın (annenin) korpore edilebileceği gerçeğinin veya fantazisinin keşfedilmesiyle giderilmesi söz konusudur. Elbetteki trikotilomanik, kılını koparark ve yiyerek yalnızca geçici bir garantiyi başarabildiği için, ele geçirilen bu kalıcı garanti paternini, kompulsif olarak tekrarlamayı sürdürecektir (23).

E. KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE KOMORBİDİTE İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

Yakın zamanda yapılan araştırmalar, trikotilomani yakınması olan kişilerin kişilik özellikleri ile bu duruma eşlik eden tanılar üzerine yoğunlaşmıştır. Araştırmalar bazen psikanalitik bakış açısı gözönüne alınarak, bazen de yalnız tanı sınıflandırılmalarından yola çıkılarak değerlendirilmiştir.

Çocukluk çağı trikotilomanisinin tırnak koparma ve parmak emme ile olan birlikteliği, gözlemcilerin bu durumu, sinirsel alışkanlık veya tik olarak değerlendirmelerine neden olmuş, bu da trikotilohabitus olarak adlandırılmaları önerisini getirmiştir (Jillson 1983).

Çocukluk çağı trikotilomanisine, öğrenme bozuklukları, mental retardasyon ve demir yetmezliğinin eşlik ettiği bildirilmiştir. Adolesan dönem ve erişkin dönemde mental retardasyon ve alışkanlık bozuklukları, daha az sıklıkta birliktelik gösterir. Erişkinlerde anksiyete bozuklukları, depresyon, hipokondriazis, yeme bozuklukları, obsessif kompulsif bozukluk, ilaç veya alkol bağımlılığı, şizofreni ve kişilik bozuklukları sık görülmektedir (10,25,28,61).

Zaidens, dört trikotilomanik kadın ile yaptığı çalışmasında, evlilik sorunları olan bu kadınlar için cinselliğin kiri, kontaminasyonu, enfestasyonu ve zehirlenmeyi ifade ettiğini, rüyalarında saçlarındaki, vücutlarındaki ve giysilerindeki böcek, solucan ve hamam böceklerini defetmeye çalıştıklarını belirtmiştir. Bu kirli parazitlerin, cinsel ilişki boyunca kontamine oldukları ve onları dağıtmak isteyen kocaları ile birlikte olduğunu, aynı zamanda buna uygunluk gösteren paranoid fikirlerin olduğunu gözlemlemiştir. Paranoya,

sıklıkla cinsel ifade ile birliktelik gösteren kastrasyon korkularından oluşmaktadır. Bu hastalar çocukluk çağında iken, ebeveynlerinin, onların birtakım cinsel oyunları veya bu konuya olan ilgilerini engelleyici şekilde cezalandırıcı olduklarını saptamıştır. Baş trikotilomanisi, paranoid psikozların akut ajite durumlarında bazen görülmektedir. Hastalarda sıklıkla oluşan suçluluk hissi, kendi kendini suçlama ve perseküsyon fikirleri ile deri ve kıllarını koparark acting out yaparlar (71). Joseph (1910), bu yakınmaların paranoya ve epilepside daha sık görüldüğünü belirtmiştir (40). Yine bazı literatürler trikotilomaninin şizofreni gibi psikotik durumlarda ve otizmde görülebildiğini ifade etmişlerdir (10,28). Trikotilomani ile otizmin aynı anda var oluşu, birçok nedeni ortaya koyar. Birincisi otizm gibi kronik psikiyatrik bir bozukluğun kişiyi başka bir hastalıktan korumadığını hatırlatır. İkincisi otizmde farmakolojik tedavinin başarısı sınırlı olmasına rağmen, trikotilomani, fluoxetin ve klomipramin gibi serotonerjik medikasyonlara yanıt verir. Üçüncüsü de otizmle ortaya atılan serotonerjik sistemin hiperaktivitesi, bu nörotransmiterlerle bağlantılı olan trikotilomaninin aynı zamanda var oluşu ile desteklenmektedir. Sonuçta trikotilomani ile otizm arasındaki birliktelik, otizmin bir sentez etyolojik modelini ortaya koyar. Bu da otizmdeki kognitif ve sosyal sapmanın belki, stereotipik ritüeller, kendisini uyarıcı veya kendisini yaralayıcı davranışlar ve trikotilomaniye neden olan, diğerlerinden ayırdedici etyolojik faktörlerin sonucu olduğu spekülasyonunu getirmektedir. Trikotilomani ile otizm arasındaki birliktelik, hipotetik olarak kalmıştır (27).

Yakın zamanda yapılan çalışmalar, trikotilomaninin belki bir obsessif kompulsif bozukluk olgusu olabileceği veya bir depresyon eşdeğeri olduğu şeklindedir. Swedo ve Rapoport, tanı sınıflandırma sisteminde trikotilomaninin nereye ait olduğu sorusunun halen devam ettiğini, bu hastalığın kişilik envanterinin, impulsivite veya diğer kendine zarar verici davranışların bir profilini göstermediğini, dolayısıyla impuls kontrol bozukluğu

olarak yanlış sınıflandırıldığını ifade etmektedirler. Çocukluk çağında veya adolesan dönemde oluşan bozukluklarla aynı yere konulabileceği, diğer yandan anksiyete ile beraber olması nedeniyle anksiyete bozuklukları başlığı altında yer alabileceği görüşündedirler (61). Phillipopoulos 1961'deki yazısında bütün psikiyatristlerin patolojik kıl koparmayı bir obsessif kompulsif nevrozun semptomu olarak tanımladıklarını ifade etmiştir. Greenberg ve Sarner'ın kendi örneklerinde psikiyatrik tanılar, şizofrenik reaksiyon, borderline bozukluk, psikonevroz mikst tip ve obsessif kompulsif bozukluk olarak çok değişkenlik göstermiştir. Bireysel hasta tedavileri ile daha çok ilgilenen ve semptomun teorik açıklamaları ile daha az ilgili olan psikiyatrik kaynaklardaki olgu bildirileri patolojik kıl koparması olan kişilere uygun tanılar olarak obsessif kompulsif bozukluk, major depresyon ve psikozu vurgulamaktadırlar. 60 denek ile yapılan deskriptif bir çalışmada bazı denekler, kıl koparmadan önce anksiyete, koparmadan sonra doyum hissi tanımlamalarına rağmen, %28'i DSM-III-R kriterlerini tam olarak karşılamamışlardır. Bu çalışmada hem trikotilomani hem de öykü ile aynı zamanda komorbidite oranı yüksek bulunmuştur. Deneklerin %65'i duygulanım bozukluğu, ancak yalnızca %15'i obsessif kompulsif bozukluk tanısı almışlardır (19). Duygulanım bozukluğu yüzdesine giren deneklerin 14'ünde halen depresyon kriterlerinin var olduğu, 19 denekte major depresyon öyküsünün olduğu, 3 deneğin distimi ve iki deneğin de bipolar II duygulanım bozukluğu tanısı aldığı saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu prevalansı %57 bulunmuş ve bu yüzdedeki deneklerin bir kısmı panik bozukluk, agorafobi, bir kısmı da obsessif kompulsif bozukluk tanısı almıştır. Bazı olgular da panik bozukluk veya obsessif kompulsif bozukluk öyküsü vermiştir. Bu çalışmada %20 yeme bozuklukları veya öyküsü, %22 bağımlılık bozukluğu tanısı elde edilmiştir. Duygulanım bozukluk oranının yüksekliği, trikotilomaninin, depresyonun bir varyantı olabileceği fikrini akla getirmiştir (11).

DSM-IV sınıflandırılmasında, Eksen I ve Eksen II bozukluklar ile birlikte olan sistematik bir çalışmada, 20 trikotilomanik klinik hastada, duygulanım bozukluğu - şizofreni yaşam olayı şeması ve yapılandırılmış kişilik bozukluğu görüşmesi ile değerlendirmeler yapılmıştır. Bu çalışmada iki hastada panik bozukluk, dokuz hastada genelleşmiş anksiyete bozukluğu, yedi hastada alkol ya da ilaç bağımlılığı, iki hastada bipolar duygulanım bozukluğu kriterleri, dokuz hastada da daha önce geçirilmiş depressif epizodlar saptanmıştır. Bunlarla birlikte özellikle kompulsif ve pasif agressif kişilik bozuklukları olmak üzere Eksen II bozukluklarının sıklığı da fazla görülmüştür. Klinik olarak duygulanım bozukluğu, obsessif kompulsif bozukluk ve trikotilomaninin ailesel olarak yüksek oranlarda bulunduğu saptanmıştır. Trikotilomaninin tek sistematik aile çalışması, Lenane ve arkadaşları tarafından 16 trikotilomanik hastanın 65 birinci derece akrabalarında DSM-III-R Eksen I ve Eksen II bozuklukları için yapılandırılmış psikiyatrik görüşme uygulanarak yapılmıştır. Birinci derece akrabalarında ciddi primer obsessif kompulsif bozukluk, genel populasyonda umulandan (%2) veya psikiyatrik karşı grubun akrabalarında bulunanlardan (%1,5) daha yüksek bir oranda (%11,9) bulunmuştur. Swedo ve Rapoport'a göre bu sendrom, normal bir çeki düzen verme davranışının patolojik varyantlarını ifade edebilir. Bu patolojik çeki düzen verme kompulsiyonlarında dürtü, değişmiş olarak hipotize edilmektedir. Böylece davranış, uzun bir inhibisyon göstermez veya patolojik bir anahtar stimulus çıkararak, ritüalize olmuş davranışın oluşmasına neden olur (35,61).

Yaşları 9-17 arası olan 13'ü kız 15 kronik kıl koparan çocuk, sistematik olarak değerlendirilmiştir. Bu kız çocuklarının davranış profili, genel çocuk psikiyatrisi kliniğinden 37 kız ve obsessif kompulsif bozukluk tanısı almış 15 kız ile karşılaştırılmıştır. Bütün kıl koparanların görüntüleri kozmetik olarak iyi değildi. Bu üç grubun davranış sorunu skorları karşılaştırıldı. Trikotilomanik grubun davranış semptom profili, genel klinik gruptan önemli derecede farklılık gösteriyordu. Ancak obsessif kompulsif bozukluk tanısı olan grup ile

kuvvetle benzerlik gösteriyordu. Trikotilomanik grupta aslında kıl koparmanın yanında az miktarda obsesyon ve kompulsiyon da vardı. Bu grupta deneklerin ikisi (%13) obsessif kompulsif bozukluk kriterlerini karşıladı. Bir grup olarak trikotilomanik denekler, önemli bir komorbid psikopatolojiye sahipti, ailesel olarak tik, alışkanlıklar ve obsessif kompulsif semptom öyküsü sıktı. Sonuç olarak bu bulgular, bir obsessif kompulsif bozukluk spektrum bozukluğu olarak trikotilomani nosyonunu kısmen desteklemeye eğilimlidir. Öncesinde gerilim ve bunu izleyen sonrasında doyum hissinin, trikotilomani için uygun bir tanı kriteri olmadığı düşünülmüştür. 9 denek en az bir DSM-III-R tanısını karşılamıştır. Kıl koparmaya ek olarak 2 denekte duygulanım bozukluğu ve 7 denekte yıkıcı davranış bozukluğu saptanmıştır. Yalnızca iki denek kıl koparmadan ziyade, semptomların temelinde obsessif kompulsif bozukluk tanısı almıştır (33).

Trikotilomani ile obsessif kompulsif bozukluk arasında fenomenolojik, aile öyküleri ve tedaviye yanıttaki benzerlikler olmasına rağmen bazı çalışmalar bu hipotezi çürütmektedir. Örneğin trikotilomaniklerle yapılan desipramin ile çift kör karşılaştırmalı çalışmada, antiobsesyonel ajan klomipramine pozitif yanıt verdikleri görülmüştür. Ancak fluoxetine yanıt verdiğini ortaya koyan açık çalışmalara rağmen yakın zamanda çift kör plasebo kontrollü karşılaştırmalı çalışma, bu drogun etkisini demonstre etmede başarısız kalmıştır. Ayrıca trikotilomaniklerde PET, obsessif kompulsif bozuklukta gözlemlenen tipik paternlerini göstermemiştir (10). Bu konuda Swedo ile Rapoport'un 10 trikotilomanik aynı yaşta kadın hasfa ile yaptıkları kontrollü çalışmalarında, gri madde arasında glukoz metabolik oranlarında önemli derecede global yükselme ile sağ, sol serebellar ve sağ sup.parietal glukoz metabolik oranlarında normal değerler saptanmıştır. Bu sonuç, obsessif kompulsif bozuklukta görülen sonuçlardan farklılık göstermiştir (62). Ayrıca trikotilomani ve obsessif kompulsif bozukluk

arasında, lityum tedavisine olan yanıtta, ortalama başlangıç yaşı ve erkek/kız oranı ile ilgili farklılıklar bulunmaktadır (48).

8 trikotilomanik ve 13 obsessif kompulsif bozukluğu olan hasta ile yapılan bir çalışmada, trikotilomaninin obsessif kompulsif bozukluğun bir varyantı olup olmadığı araştırılmıştır. Bu çalışmada alınan sonuçlara göre, trikotilomanik hastaların kıl koparma süresi boyunca obsessif kompulsif bozukluğu olan hastaların ritualistik davranışlarda bulunduğu sürede bildirilenden daha fazla derecede haz aldıkları, trikotilomaniye önemli derecede daha az obsessif kompulsif semptomların eşlik ettiği, grupların, anksiyete, depresyon ve kişilik özelliklerini içeren diğer bulguları ile ilgili olarak farklılıklar gösterdiği görülmüştür. Dolayısıyla trikotilomaninin obsessif kompulsif bozukluğun bir varyantı olmadığı sonucuna varılmıştır (54).

Trikotilomanik çocuklarda klinik özellikler ve psikiyatrik komorbiditenin araştırıldığı bir çalışma, Reeve tarafından 10 denek üzerinde yapılmıştır. Çalışmanın amacı DSM-III-R Eksen I tanılarını isimlendirmek, çocuk ve ebeveynlerin genel psikolojik profillerini elde ederek ailelerin patolojik fonksiyonlarını karakterize etmek olmuştur. Çalışmada denekler için anksiyete, depresyon, kendini değerlendirme skalaları, yaşam olayları şeması kullanılmış, çocukların davranış değerlendirme ölçeği ebeveynler tarafından doldurulmuş ve ebeveynlerin kendilerini değerlendirmeleri için bir skala kullanılmıştır. 10 deneğin 7'si en az bir tane Eksen I duygulanım bozukluğu veya anksiyete bozukluğu tanısı almışlardır. 6 denek Overanxious tanısı almış, bu deneklerden birisi overanxious tanısı ile birlikte separasyon anksiyetesi ve basit fobi kriterlerini taşımışlardır. Yine bir overanxious tanısı alan denek, aynı zamanda distimi tanısı almıştır. Skala oranlarında depresyon ve anksiyete orta derecede yüksek bulunmuş, annelerin davranış değerlendirme ölçeğindeki ifadeleri ile içe yönelim semptomları, dışa yönelim semptomlarından daha çok bulunmuştur. Aileler, trikotilomaninin sıklık bir

seyir gösterdiğini ifade etmişler ve okul dönemlerinde arttığını söylemişlerdir. Buna göre trikotilomaninin aynı zamanda çevresel faktörler tarafından etkilenen, duygulanım veya anksiyete bozuklukları gibi diğer psikiyatrik hastalıkların nonspesifik bir semptom ifadesi olabileceği kanısına varılmıştır. Değerlendirmeleri yapılan ebeveynlerin 2'sinde obsessif kompulsif semptomlar, kişiler arası duyarlılık ve depresyon, birinde obsessif kompulsif semptomlar, depresyon ve hostilite saptanmıştır. Bu durum, anksiyete ve depresyon skalalarında da orta derecede yükselme ile birliktelik göstermiştir. Annelerin çocukları ile ilgili ifadelerinde içe yönelim semptomlarını daha çok vermeleri, çocuklarında isimlendirdikleri anksiyete ve duygulanım bozukluğu oranlarının deneklerde yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ebeveynlerinin de bazılarının anksiyete ve depresyonla ilişkili semptomlar vermesi, iki türlü spekülasyona götürmüştür. Ya ebeveynlerinin anksiyetelerindeki artma çocuklarında öğrenilmiş bir anksiyete davranış bozukluğu paternine neden olmaktadır ve/veya çocuklarında, anksiyete bozukluğunun genetik bir predispozisyonunu ifade etmektedir. Veriler, ebeveynlerin, çocuklarının kendilerine yakın olduklarını ve kendilerini ifade edebilir olduklarını algılamakla birlikte, gerçekte çocukların onların zannettiği kadar yakın olmadıkları ve kendilerini ifade edemediklerini ortaya koymaktadır. Normal veriler ebeveynlerin yanıtları ile karşılaştırıldıklarında, çocukların yakınlık gösterme, kendini ifade edebilme, bağımsızlık, entellektüel ve dinsel uyum üzerinde daha az durduklarını, daha çok aile içindeki konflikt ile başarı üzerinde durduklarını göstermiştir (Moos 1974).Başka yazarlara göre, trikotilomaninin genelde ilk doğan çocuklarda daha çok görülmesinin nedeni, kendisinden sonraki çocuklara ailenin daha çok ilgi gösterdiği kanısıyla doğan rekabetin ailesiyle ilgili bağları azaltmasıdır (48).

Greenberg ve Samer'a göre kıl koparma, bir depresyon eşdeğeri olarak gözönüne alınmıştır (25). Oguichi ve Miura (1977) trikotilomaninin sıklıkla anksiyete , depresyon ve davranış bozukluğu ile birlikteliğini

vurgulamıştır. Weller ve arkadaşları (1989), trikotilomani ve depresyonu olan 7 yaşında bir kız çocuğu olgusu getirmişler ve aralarında bir bağlantı olduğu şartını ileri sürmüşlerdir. Naylor ve arkadaşları da trikotilomani, depresyon ve davranış bozukluğu olan 16 yaşında bir kız olgusunu sunmuşlar, bu olgunun klomipramine yanıt vermesi nedeniyle obsessif kompulsif bozukluk ile de yakınlığı konusunda araştırma gereksinimini dile getirmişlerdir (42).

Huntington hastalarında bazal ganglia'nın yapısal lezyonlarının kognitif değişikliklere yol açması, Martin ve arkadaşlarını OKB ve trikotilomanili hastalarda kognitif fonksiyonları ölçüp, aynı defisitlerin olup olmadığının araştırılmasına yöneltmiştir. 17 OKB, 11 trikotilomani olgusu ve 16 normal olgu yaş, eğitim, semptomun başlangıç yaşı, depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırılmış ve umulanın aksine nöropsikometrik incelemelerde herhangi bozulmuş bir ölçüm saptanmamıştır (37).

Trikotilomanide kıl koparan potansiyel subtipleri ve farklı paternleri ayırdetmede, emosyonel ve çevresel işaretleri keşfetmek için 75 trikotilomanik hastadan 339 maddelik bir listeyi yanıtlamaları istenmiştir. Burada, kıl koparmada önemli olan iki bağımsız komponent ortaya çıkmıştır. Bunlardan birisi, negatif duygulanım durumları, diğeri ise sabit aktiviteler ve dış etkileri algılayamayacak ölçüde dalıp gitme durumlarıdır. Yüksek negatif duygulanım skorları; obsessif kompulsif bozukluğun, diğer anksiyete bozukluklarının, halen veya geçmişte var olan depresyonun ve obsessif kompulsif kişilik bozukluğunun artmış yaşam prevalansı ile olduğu kadar, dalıp gitmeyle odaklanan kıl koparma ile de bağlantılıdır. Dalıp gitmeyle ilgili yüksek skorlar, yalnızca major depresyon öyküsü ile bağlantılı görünmektedir (17).

Bazı araştırmacılar, trikotilomaniklerin %20'sinin öyküsünde bulimia nervosa veya atipik yeme bozukluğu olduğunu söylemişlerdir. Greenberg ve

Sarner'ın 1965'teki çalışmasında, 19 hasta serisindeki 16 kadından 12'sinin zayıf olma ile aşırı ilgilendiklerini ve bunun gerçek somatik bir uğraşıya vardığını göstermişlerdir. Daha sonra başka araştırmacıların da bulimia ve trikotilomaninin patolojilerindeki birliktelik konusunda bildirileri olmuştur. Marks, Brewerton ve Cochrane (1990), 5 bulimik hasta serisinde trikotilomaninin ve trikofajinin sık olabileceği, ancak genellikle bulimia'nın gizli bir komplikasyonu olduğunu söylemişlerdir (64).

Daha önce de belirtildiği gibi, alkol veya ilaç bağımlılığı ile olan birlikteliği, bazı çalışmalarda görülmektedir. Bir çalışmada 74 trikotilomanili hastanın 17'sinin (%23) alkol veya ilaç bağımlılığı öyküleri olduğu gösterilmiştir (39).

Trikotilomani ve vücut dismorfik bozukluğu beraberliği ile ilgili bir çalışmada, annesi ile hostil ve bağımlı bir ilişkisi olan 23 yaşında bir erkek olgudan söz edilmiştir. Anksiyetenin represe edildiği ve yer değiştirerek yap-boz savunma mekanizmalarına doğru nötralize edildiği ifade edilmiştir (63). Trikotilomaninin Eksen II kişilik bozuklukları ile komorbiditesi hakkındaki çalışmalar daha azdır. Hynes, anksiyöz, agressif, obsesyonel ve histerik kişilik bulguları ile çeşitli şekillerde karakterize olmuş 5 trikotilomanik olgu tanımlamıştır. Sorosky ve Sticher ile Schnurr, pasif agressif ve histerik bulgular bildirmişlerdir. Galski, daha önce de belirtildiği gibi trikotilomaniklerin früstürasyona zayıf toleransları, impuls kontrol sorunları, akıcı ego bağları ve zayıf obje devamlılıkları ile karakterize edilen borderline kişilik organizasyonunu demonstre ettiklerini düşündürmüştür. Greenberg ve Sarner, 19 trikotilomanik olgunun 7'sini borderline durum olarak tanımlamıştır. Daha önce belirtilen Swedo ve Rapoport'un çalışmasında kişilik tanılarını değerlendirmek için daha sistematik bir yaklaşım ile trikotilomanik denekler, DSM-III kişilik bozukluğu için yapılandırılmış görüşmeyle değerlendirilmişler, bu hastaların özellikle kompulsif ve pasif agressif kişilik bozuklukları ile

karakterize oldukları bulunmuştur. Bu ilginç gözlem serisine rağmen, trikotilomani ile kişilik bozuklukları ve kişilik semptomları arasındaki sorunsal ilişkinin bir dereceye kadar kesinlik kazanmadığı düşünülmüştür. Örneğin trikotilomanikler arasında kişilik semptomları ve bozukluklarının prevalansı, aynı klinik popülasyonda trikotilomanik olmayan psikiyatrik hastalar arasında gözlemlenenden farklı bulunmamıştır. Bu hipotezi değerlendirmek için, ayaktan izlenen trikotilomanik ve trikotilomanik olmayan erişkin hastalarda MMPI kullanarak kişilik özellikleri değerlendirilmiş ve yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılarak Eksen II bouzkluklarının oranı sistematik olarak tayin edilmiştir. Çalışma, özellikle hiçbir kişilik bozukluğu veya özelliğinin, kadın trikotilomanikleri karakterize etmediğini ortaya koymuştur. Trikotilomaniklerin %58,3'ü bir kişilik tanısı göstermemiştir. Geri kalanları histrionik (%14,6), çekinik (%10,4) ve bağımlı (%8,3) gibi yüksek oranlarda kişilik bozuklukları göstermişlerdir. Ancak bunların ayaktan psikiyatrik karşılaştırmalı grup ile istatistiksel olarak ayrılık göstermemesi, bu gibi bozuklukların genelde ayaktan psikiyatrik hastalarda daha sık olduğunu düşündürmüştür. Bu iki grup trikotilomanik hastaların trikotilomaniden başka hiçbir tanı almaması dışında Eksen I tanı kategorileri açısından istatistiksel olarak ayrılmamışlardır. Hiçbir tek Eksen I tanısının, trikotilomaninin özelliği olmadığı görülmüştür. Bulgular, bu bozukluğa eşlik eden geniş bir psikiyatrik komorbiditenin demonstre edildiği daha önceden belirtilen araştırmalarla tutarlılık göstermiştir. Burada olgu bildirileri ile ortaya konulmuş olan trikotilomaniye eşlik eden kişilik psikopatolojisi görülmemiştir. Obsessif kompulsif, pasif agressif ve şizoid kişilik bozuklukları, umulduğu gibi kaynaklarda verilenden daha sık gözlemlenmemiştir. Bir olguda psikiyatrik kontrollerden daha az Cluster A semptomatolojisi görülmüştür. Gruplar arasında Cluster B ve Cluster C patolojisinde hiçbir farklılık yoktur. Galski'nin, klasik borderline kişilik bozukluğu gösterdikleri iddiası desteklenmemiştir. Yalnızca bir trikotilomanik bu tanıyı vermiştir. Trikotilomanikler, psikiyatrik

karşılaştırmalı gruptan önemli derecede daha az borderline tanısına sahiptirler (10,61).

Graber, bu durumun primer olarak depresyon ile birlikteliği olmasına rağmen, aynı zamanda diğer tanı ve semptomların geniş bir çeşitliliği ile bir ilişki içinde olduğunu, bundan dolayı bağımsız bir durum olarak değerlendirilemeyeceğini, birçok farklı kaynaklar ve anlamları ile göz önünde tutulması gerektiğini vurgulamaktadır (25).

F. AİLESEL TRİKOTİLOMANİ

Galski, yaşları 25 ve 27 olan ve çocukluk çağından beri kıl koparıp yiyen iki kız kardeş bildirmiştir. Her ikisinin de aynı anda kıl koparmaya başladığını saptamış ve birinin, davranışı diğerinden model almış olabileceğini ifade etmiştir (23).

Swedo ve Rapoport, trikotilomanisi olan olguların birinci derece akrabalarının %5'inde trikotilomani olduğunu bildirmiştir (61).

161 erişkin, adolesan ve çocuk trikotilomaniğinin %13'ünün birinci derece akrabalarında trikotilomani bulunmuştur. Galski'nin model almaya bağlı olduğu hipotezine karşı, bu durumun muhtemel bir herediter predispozisyonu olduğunu düşündürmüştür (13).

Kerbeshian J., 37 yaşında, çocukluk ve adolesan dönemde cinsel istismara uğramış, kaş ve kirpiklerini koparan bir kadın hastanın kız kardeşinin de sürekli kaş ve kirpik kopardığını saptamıştır. Tekrarlayan cinsel kurban oluşların da belki amprik bir tetik olabileceği yorumunu getirmiştir (32).

G. KÜLTÜRE BAĞLI TRİKOTİLOMANİ

Hindistanda bu fenomeni gösteren Hindu kominitesinin manastır mezhebine bağlı kişiler, saçlarını koparark başlarındaki bütün saçları ortadan kaldırmaktadırlar. Bu durum "Locha" olarak adlandırılmaktadır. Saçtan kurtulmanın bu yöntemi hindulara özgüdür. Bu durum aslında, âyin olarak kendileri tarafından saygı görmektir. Fiziksel ağrıdan ayrılmayı ifade etmek için yapılmaktadır. Bu eylem, sosyal onay alır ve keşiş ya da havarileri tarafından bir seremoni şeklinde yapılır. Sosyal olarak onaylanan bir fenomen olması ve nozolojik olarak bu durumun saygıya gereksinim duyması ilginç görünmektedir (52).

İki Makrani kadını DSM-III-R kriterlerine göre trikotilomani tanısı almıştır. Makraniler, Sind ilinde Karaçi'ye yakın Makran kıyısında otururlar. Afrika kökenli olup, 18. ve 19. yüzyılda Hindistan'a köle olarak alınmışlardır. Düşük sosyo-ekonomik grupturlar ve daha çok hizmetli olarak çalışmaktadırlar. Birçok karışık evlilik yapmalarına rağmen hâlâ kendi kültürel fenomenlerinden bazılarını korurlar. Okuma yazma bilmezler, natüründe oldukça agressiftirler. Ancak evlerinde veya yerel camilerinde dinî eğitim alabilirler. Sıklıkla karılarını döverler. Yerlileri, kinci olduklarını itiraf ederler. Mücevher, bir feminite sembolü olarak kabul edilir ve kadınları çok genç yaşta mücevher takmaya başlarlar. Bir kadın steril ise, değersiz olarak görülür ve sıklıkla bu kocaların yeni bir kadın aramalarına yol açar. Her iki olgu da 30 yaşlarındadır. Hamile kalamayan ilk kadın, agressif ve ona bakmayan kocası tarafından faydasız bir yaratık olarak görülmektedir. Çünkü çocuk üretememiştir. Fertilite, feminiteyi ifade eder. Bu nedenle kendini değersiz hisseder ve feminitesi deprive edilen bu deprese kadında kıl koparma, muhtemelen duygularının sembolik bir ifadesidir. İkinci hasta, kocasının ve kendisinin yaşadığı ekonomik zorluklarla mücevherini satar ve

yerine yenisini koyamadığı için saçlarını koparmaya başlar. Giderek başında açık alanlar oluşur ve depresyona girer. Trikotilomani aynı zamanda selfin feminen kısmını bırakmanın bir ifadesi olarak kabul edilmektedir. Bu kadının kültüründe olduğu gibi bazı kültürlerde saç ve mücevher, feminiteyi ifade eder. Ve belki, bu mücevheri gittiği zaman kendisini değersiz hisseder ve bu da depresyonun nedenini açıklamaktadır (30).

H. AYIRICI TANI (47,56)

Kıl kaybı olan hastaların değerlendirilmesinde şu kriterler önemlidir:

1. Öykü
    a. Kıl, kökü ile birlikte mi geliyor, yoksa kırılıyor mu?
    b. Dökülmede artma mı, yoksa incelmesinde artma mı daha üstün?
    c. Süresi
    d. Bu olayın başlangıcından önceki üç ayı da içine alacak şekilde, alınan bütün ilaçlar
    e. Menstürasyon hamilelik, menapoz
    f. Başlamasından önceki yıldan başlayarak geçmişteki sağlık durumu
    g. Kıl bakımı, kıl kozmetikleri
    h. Aile öyküsü
    ı. Başlangıcından önce diyet yapıyor muydu, eğer vejeteryan ise protein kaynakları neler?
    k. Çocuklarda mental ve fiziksel gelişimin kontrol edilmesi (dişler, tırnaklar, gözler, kulaklar, ısıya tolerans)

2. Klinik Muayene:
    a. Kıl dokusu
    b. Ne kadar zamanda uzuyor, bütün kıllar hep aynı uzunlukta mı büyüyor?
    c. Kıl kaybının paterni ve dağılımı
    d. Çekme testi: Üç farklı bölgeden çekilen kıl kaç tane?
    e. Kıl uçları çok mu incelmiş veya kırık mı?
    f. Skalp normal mi?
    g. Başka yerlerdeki kıllar çok mu fazla veya çok mu az?

h. Akne, virilizasyon

Klinik muayenede kıl tepesi incelenmelidir. Bu inceleme kontrast bir fonda yapılır ve birkaç kıl tepesi karşılaştırılır.

3. Baş biyopsisi: Bütün açıklık olan yerlerden yapılmalıdır. Skar olmayan alopeside skalp biyopsisi, androjenetik alopesi, alopecia areata ve trikotilomani tanıları için yardımcı olabilir. Biyopside yerin, büyüklüğün ve derinliğin önemi vardır.

4. Tanı konulmasına yardımcı olan laboratuvar testleri:
   a. Plazma testosteron düzeyi
   b. T_3, T_4, TSH düzeyi
   c. VDRL düzeyi
   d. Tam kan sayımı
   e. Alopesia areata ile ilgili olan tiroglobülin, adrenal, parietal hücre antikorlarına bakılması

Kıl folikülünün yaşam süklusu:

Üç faza ayrılmaktadır. Anajen faz, aktif büyüme periyodudur. Birkaç yılda sonlanır. Normal bir skalp mozaik bir şekilde yani rastgele %85 - 90 gelişen anajen kıllar içerir. Katajen faz yalnızca birkaç günde sonlanır ve gelişme ile dinlenme dönemleri arasında bir geçiştir. Telojen veya dinlenme dönemi 60-90 günde sonlanır. Normal bir skalp, %10-15 rastgele bir şekilde düşen telojen kıllar içermektedir. Normal bir skalp yaklaşık 100.000 kıl içerir. Bunun %90'ı gelişen, %10'u da dinlenen ve düşen kıllardır. Herhangi bir hastalık olmaksızın günde 100 kadar kıl kaybetmek mümkündür. Pratikte söylenen, şampuanlanmadığı zaman normal bir skalpta olağan dışı olarak günde 50'den fazla kıl kaybı görülebildiği şeklindedir. Büyüyen kıl folikülleri, dinlenme dönemi olan telojen faza daha az regrese olarak fizyolojik ve

patolojik stresin farklı tiplerine (yüksek ateş, ciddi influenza, cerrahi, aşırı diyet, ilaçlar, hipotiroidizm) uygun bir şekilde yanıt verebilirler. Telojen kıl kaybı hasta iyi göründüğü ve kendini iyi hissettiği, ancak saç kaybından dolayı biraz anksiyöz olduğu zamandan sonraki 2-4 ayda oluşur. Kıl kaybının bu tipi genellikle hasta dışında başkaları için klinik olarak aşikâr değildir. Klinikte farkedilmezden önce, bu süredeki kıl kaybının %25-50 dolaylarında olması gerekir. Günlük kıl kaybını değerlendirmek için basit bir teknik, hastanın kılını kibarca çekmektir. Normalde 5 veya 6 kıl gelir . Ancak bu sayı telojen fazda fazlaca miktarda artmaktadır. Günlük kıl kaybını tanımlamada diğer bir yol, 10 günlük periyotta hastanın kaybettiği kılları saymasıdır.

Anojen fazda dökülmenin nedenleri:

a. Kanser kemoterapötik droglar (siklofosfamid, metotreksat, kolşisin v.b.)
b. X ışınları dozları
c. Alopecia areata
d. Radyum
e. Talyum
f. Bitkilerdeki sitostatik ajanlar (selenosistotionin, mimozin)

Telojen fazda dökülmenin nedenleri:

a. Yüksek ateş
b. Çocuk doğumu
c. Ciddi enfeksiyon
d. Ciddi kronik hastalık
e. Ciddi psikolojik stres
f. Cerrahi
g. Hipotiroidizm
h. Ağır diyetler, likit protein diyetleri

ı. İlaçlar: Antikeratinize edici droglar, antikoagülanlar, antitiroid droglar, antikonvülzanlar, hormonlar, ağır metaller ve diğerleri

Çocuklarda sıklıkla görülen kıl kaybı nedenleri:

a. Tinea Capitis

b. Alopecia Areata

c. Traction Alopecia

d. Trikotilomani

Trikotilomanide, histopatolojik bulgular, katagen kılların sayılarında artma, keratin tıkaçları, foliküler travma delili, kıl folikülünde yumuşak pigmente olmuş keratinöz materyal ile minimal enflamasyon veya pullanma delilleridir.

Alopecia areata için patognomonik olarak gözönüne alınan soru işareti kılları, trikotilomanide de bulunmaktadır. Trikotilomanide iki olgudan ve alopecia areatalı 9 olgudan toplanmış olan soru işareti kılları, ışık mikroskopu altında karşılaştırılmıştır. İki çeşit soru işareti kılları vardır. Distal sonların yıprandığı çeşit alopecia areatalılarda, kör distal sonları olan çeşit ise trikotilomaniklerde bulunmaktadır (31).

Çocuklarda daha az sıklıkta kıl kaybı nedenleri:

Kıl gelişim anormalliklerinin eşlik ettiği birçok konjenital ve herediter bozukluklar vardır. Bebeklikte oluşan alopesinin nedenlerinden bazıları şunlardır:

A. Bebeklikte sınırlı olan alopesi nedenleri:

a. Nevi - Organoid, epidermal

b. Aplasia Cutis

c. Obstetrik travma, sefal hematom

d. İncontinentia pigmenti (skatrisyel alopesi)

e. Foliküler aplazi (şakakların triangular aplasizi)
f. Hallerman - Streiff sendromunun sutural alopesisi
g. Alopecia Areata
h. Enfeksiyon (gonokok enfeksiyonu gibi)
ı. Kıl folikülü hamartomları
k. Conradi hastalığı
l. Yeni doğanın oksipital alopesisi
m. Kimyasal veya termal yaralanma

B. Bebeklikte yaygın (diffüz) alopesi nedenleri:
a. Alopecia Congenita Universalis
b. Herediter hipotrichosis (Manie - Unnahipotrichosis)
c. Ektodermal displaziler: Hidrotik ektodermal displazi, anhidrotik ektodermal displazi
d. Amino asit bozuklukları: Argeninosuccinic asidüri, homosistinüri, fenilketonüri
e. Kıl sapı anormallikleri: Moniletrix, pili torti, trichorrhexis nodosa, trichorrexis invaginata (Netherton sendromu), trichothiodistrofi, Menkes sendromu
f. Endokrin: Hipotiroidizm, hipertiroidizm, hipopitüitarizm, hipoparatiroidizm, hipoadrenalizm, Diabetes Mellitus
g. Progenia
h. Foliküler atrofoderma
ı. Kimyasal zehirlenme: İlaçlar, fare zehiri, bitkiler
k. Nutrisyonel: Hipervitaminosis A, acrodermatitis enteropatika, Marasmus

l. Muhtelif sendromlar: Down sendromu, Cornelia de Lange sendromu, kartilaj kıl hipoplazisi (Mc Kusick sendromu), Cockayne sendromu, oral-fasial-dijital sendrom

C. Çocukluk çağında ender olarak görülen alopesi nedenlerinden bazıları da şunlardır:

a. Androgenetik alopesi
b. Skarlı alopesi
c. Kıl sapı defektleri: Trichoptilosis, trichoclasis, trichorrhexis, trichoschisis
d. Pohl-Fincus işareti
e. Monilethrix
f. Pili Torti
g. Trichorrhexis nodosa,
h. Trichorrhexis invaginata
ı. Pili Annulati
k. Pseudo-Pili Annulati
l. Trichonodosis
m. Pili Multigemini
n. Trichothiodystrophy
o. Menkes Kinky - Hair sendromu

I. TEDAVİ

1990'lara kadar trikotilomanide, psikodinamik etyopatogenezden yola çıkılarak yapılan tedavilerde, psikanalitik psikoterapi ve oyun tedavisi şeklindeki uygulamalarla başarılı sonuçlar elde edilmiştir (23). Bunun yanında son yıllarda trikotilomaninin tedavisi ile ilgili şu kategorilerde çalışmalar yapılmaktadır:

1. Davranış Tedavisi :

Birkaç tek olgu çalışmalarında başarılı sonuçlar alınmıştır (7,8,68). 5 yaşında parmak emmesi ve trikotilomanisi olan çocukta davranış tedavisi ile parmak emme ekarte edilerek, trikotilomaninin tedavisi sağlanmış, bu tedavi yolunun başarılı olabileceği önerisi getirilmiştir (68). Bazı çalışmalar, davranış tedavisinin, farmakolojik, aile ve diğer tedavi modelleri ile birlikte yapılmasının faydalı olacağı fikrini getirmiştir (66).

2. Antidepresanlar:

Serotonin geri alım inhibitörlerinden klomipraminin yararlı olduğuna ilişkin bazı çalışmalar yapılmıştır (21,59). Bir çalışmada, kaşınmayı engellemek için klomipramine topikal steroidler eklenmiş, ancak tedavi kesildikten sonra remisyon göstermiştir (26).

Fluoxetin, trikotilomanisi ve depresyonu olan bir çocukta iyi yanıt vermiştir (51). Ancak Cristenson ve arkadaşlarının plasebo kontrollü çift kör çalışmasında, fluoxetinin belirgin bir etkisi görülmemiştir (12).

Fluoksetin'e ve klomipramine yanıt vermeyen 45 yaşındaki 30 yıldır trikotilomanisi olan bir erkek hastada paroxetin ile iyi sonuç alınmıştır (49).

Klomipramin, fluoxetin ve buspirona yanıt vermeyen bir kadın hastada trazodone denenmiş, klinik bir iyileşme görülmüştür (57).

Serotonerjik ajanlarla dopamin blokerlerinin birlikte kullanılmasının, trikotilomaninin tedavisinde bir rol oynayabileceği düşünülmüştür. Serotonin geri alım inhibitörlerine yanıt veren, ancak relaps olunca pimozid eklenen 7 hastanın 6'sında trikotilomaninin tedavisi iyi sonuç vermiştir (55).

Serotonin geri alım inhibitörleri ile yapılan farmakoterapinin bazı trikotilomanili hastalar için uzun dönemde fayda sağlayabileceği, ancak ilaç tedavisinin davranış tedavisi ile kombinasyonunun maksimal yarar sağlayabileceği düşünülmektedir (59).

3. Fenfluramin:

Trikotilomanisi olan 30 yaşında bir kadında denenmiş ve iyileşme görülmüştür (36).

4. Lityum:

Kronik trikotilomanisi olan 10 hastada 2-14 aylık bir süre içinde lityum karbonat denenmiştir. 8 hastada kıl koparma azalmış, 3 hastada da lityum tedavisi kesildikten sonra kıl koparma yakınmasında artma olmuştur. Lityumun kıl koparma üzerine etkisinin, agressivite, impulsivite ve mood instabilitesine olan yararlı etkilerine bağlı olduğu düşünülmüştür (14).

5. Haloperidol:

Otizm ve mental retardasyonu olan trikotilomanik bir erkek çocukta, olumlu yanıt vermiştir (24).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya üç ayrı grup alınmıştır. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran, yaşları 6-14 arası 24 trikotilomani tanısı almış çocuk ile, yaşları 7-14 arası olan 15 obsessif kompulsif bozukluk tanısı alan çocuk, iki hastalık grubunu oluşturmaktadır. Normal çocukları içeren üçüncü grup, 60.yıl Kadıköy Anadolu İlköğretim Okulu'ndan 20 ilkokul öğrencisi seçilerek oluşturulmuştur. Normal grup çocuklarının hiçbiri daha önce psikiyatri kliniğine başvurmamışlardır.

Her iki hasta grubunun kültürel durumlarına göre Cattell veya Stanford Binet zeka testleri uygulanarak IQ düzeyleri ölçülmüş, normal veya normalin üstü düzeyde olanlar çalışma grubuna alınmışlardır. Bu çocuklar ve ebeveynleri ile ayrıntılı olarak görüşülmüş ve görüşmede kliniğimizde kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Klinik testi olarak L. Düss, C.A.T. psikanalitik hikaye testleri ile Rorschach projektif testi uygulanmıştır.

Her iki hasta grubu ve normal gruptaki çocuklara, Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Leyton Obsessif Kompulsif Envanteri Çocuk ve Ergen formu verilerek görüşme sırasında iken doldurmaları istenmiştir. Ayrıca her üç grubun annelerine Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'ndeki sorular sorularak yanıtları alınmış ve değerlendirilmiştir.

Trikotilomanik çocuklarda komorbiditenin değerlendirilmesi amacı ile bu çocukların herbirinin diğer DSM-IV tanı ölçütlerine de uyup uymadığı değerlendirilmiştir.

Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

1973 yılında Spielberger tarafından hazırlanmıştır. Kaygı yatkınlığında kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlar. Sürekli Kaygı Ölçeği yirmi maddeden oluşur ve çocukta, kendini genellikle nasıl hissettiğini değerlendirip, maddede verilen durumun oluş sıklığına göre en uygun seçeneği belirtmesi istenir. Her durumun "hemen hemen hiç", "bazen" ve "sık sık" olarak belirlenmiş seçeneklerinden "sık sık" seçeneğinin seçilmesi en yüksek puan olan "3"ün, "hemen hemen hiç" seçeneğinin seçilmesi en düşük puan olan "1"in alınmasına yol açar. Sürekli Kaygı Ölçeği'nden alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 60'tır. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde çocuklardan içinde bulundukları "o anda" kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve ilgili 3 seçenekten birini işaretlemeleri istenmektedir. 20 maddeden oluşan bu duyguların varlığı çocuk tarafından "çok" olarak bildirildiği durumda en yüksek puan olan 3, olmadığını bildirmesi durumunda ise en düşük puan "1" verilir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nden alınabilecek en düşük puan ise 20'dir. Geçerlik-güvenirlik araştırması Ankara Hacettepe Üniversitesi'nde Uz. Psikolog H. Şeniz Özusta tarafından yapılmıştır.

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

1980 yılında Kovacs tarafından hazırlanmıştır. Beck Depresyon Ölçeği esas alınmakla birlikte, çocukluk depresyonuna özgü okul durumu, arkadaş ilişkisi gibi alanlarla ilgili sorular da eklenmiştir. Dili, 6-17 yaş çocuklarının anlayabileceği şekilde sadeleştirilmiştir. 27 maddelik bir ölçektir. Ölçek çocuğa okunarak veya çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulur. Çocuktan son iki hafta içinde kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Üç seçenek vardır. Her madde belirtinin şiddetine göre 0,1 veya 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse depresyon o kadar

ağır demektir. Kesim puanı 19 olarak önerilir. Geçerlik-güvenirlik araştırması Hacettepe Üniversitesi'nde Dr. Belma Öy tarafından yapılmıştır.

Leyton Obsessif Kompulsif Envanteri-Çocuk ve Ergen Formu

1986 yılında Berg ve arkadaşları tarafından Cooper'ın (1970) yetişkinler için geliştirmiş olduğu Leyton Obsessif Kompulsif Envanteri'nden, ergenler ve daha küçük yaştaki çocuklar üzerinde kullanmak amacıyla uygulanan bu form, 20 maddeden oluşan bir öz-değerlendirme aracıdır. Maddeler, ısrarlı düşünceleri, kontrol etmeyi, kirlilik korkusunu, tehlikeli objelerden kaçınmayı, temizlik ve titizliği, düzeni, tekrarlamayı ve kararsızlığı içerir. Bu form, "evet-hayır" şeklinde değerlendirilmekte ve yanıtları ayrıca 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçek, normal grubu obsessif kompulsif bozukluk tanısı alan gruptan ayırdedebilmekte ve dolayısıyla yüksek risk taşıyan obsessif kompulsif bozukluğu olan kişileri ayırdedebilmektedir. 1993 yılında "Obsessif Kompulsif Bozukluğun İlkokul ve Ortaokul Çocuklarında Görülme Sıklığı : Norm Çalışması" adı altında Palulu'nun yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında bu formun geçerlik - güvenirlik çalışması yapılmış, 39 ve üzeri puan alanlar klinik grup olarak kabul edilmiştir.

Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği

İlk veriler Achenbach tarafından 1966 yılında yayımlanmıştır. Şimdi kullanılan şekli; 1978-1979 yıllarında yayımlanmış, 118 davranış belirti maddesini içermiştir. 4-16 yaş arasındaki çocuklara uygulanabilmektedir. 6-11 yaş kız çocukları için bedensel yakınmalar, şizoid-obsessif, depresyon, sosyal içe çekilme, cinsel sorunlar, suçlu, agressif, hiperaktif, acımasız olmak üzere 9 faktör saptanmıştır.

6-11 yaş erkek çocukları için şizoid, depresyon, iletişim güçlüğü, obsessif kompulsif, bedensel yakınmalar, sosyal içe çekilme, hiperaktif, saldırgan ve suçlu olmak üzere 9 faktör bulunmuştur.

12-6 yaş kız çocukları için bedensel yakınmalar, şizoid, depressif içe çekilme, endişeli-obsessif, çocuksu-hiperaktif, acımasız, agressif ve suçlu olmak üzere 8 faktör saptanmıştır.

12-16 yaş erkek çocuklarında da bedensel yakınmalar, şizoid, iletişim güçlüğü, çocuksu, obsessif - kompulsif, hostilite, içe çekilme, suçlu, agressif, hiperaktif olmak üzere 9 faktör elde edilmiştir.

İleri faktör analizi sonuçları ile ayrıntılı davranış belirti ölçekleri ve iki genel tanı grubu bulunmuştur. Bu iki grup, içe yönelim ve dışa yönelim olarak adlandırılmıştır.

Achenbach, ölçeğin anne, baba ve çocuğun diğer yakınları tarafından derecelendirilebileceğini belirtir. Ölçeği işaretleyenler, yönergeye göre, davranış belirtilerini 0-1-2 olarak dereceler. Çocuğun son 6 aylık dönemine göre değerlendirme yapılır. Ölçekte belirtilen madde, çocukta son 6 aydır yoksa (0), çocuk için bazen ya da biraz doğru ise (1), çok doğru ya da çoğunlukla doğru ise (2) olarak işaretlenir.

Ölçeğin tanıtımı ve güvenirlik çalışması, Dr. Melda Akçalın tarafından Ankara Üniversitesi'nde yapılmıştır.

IV. BULGULAR

Çalışma grubu içindeki trikotilomani tanısı almış çocuk sayısı 24'tür. Semptomların başlangıç yaşı ortalaması 8 yaş olarak bulunmuştur.

Tablo 1'de, yaşa göre sıralanmış olan çocukların cinsiyeti, trikotilomaninin başlangıç yaşı, hangi vücut bölgelerinden kıl kopardıkları, eşlik eden oral davranış bulguları ve DSM-IV tanı kriterlerine uyularak araştırılan eklenmiş tanılar gösterilmiştir.

Trikotilomanik çocukların EEG bulguları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2

Hasta sayısı	EEG Bulguları
15	Normal
6	Normal sınırlar içinde
1	Hemisferlerin ön yarılarında hafif organizasyon bozukluğu
1	Hemisferlerin arka yarılarında hafif organizasyon bozukluğu
1	Hafif ve yaygın organizasyon bozukluğu

Tablo 1

Olgu Sayısı	Cinsiyet	Yaş	Başlama Yaşı	Eşlik Eden Oral Davranışlar	Kıl Koparma Bölgeleri	Komorbidite
1	E	6,8	6		Saç	Depresyon
2	K	6,11	6	Tırnak Koparma	Kirpik	
3	K	7,0	4	Tırnak Koparma	Saç	Depresyon
4	E	8,4	5		Saç	Depresyon
5	E	8,4	2		Saç	
6	K	8,6	8	Tırnak Koparma	Saç	
7	E	8,8	7	Tırnak Koparma	Saç	Tik Boz., Depresyon
8	E	8,9	7		Saç	Depresyon
9	K	9,0	9		Saç	
10	K	9,1	9	Parmak Emme	Saç	Enürezis Noc.
11	K	9,2	6	Tırnak Koparma	Saç	
12	K	9,4	8	Parmak Emme	Saç, Kirpik	Basmakalıp Davranış Boz.
13	E	9,4	9		Kaş, Kirpik	Depresyon
14	K	9,7	6		Kirpik	
15	K	10,0	6	Ağzının İçini Emme Hareketi	Saç	Enürezis Noc.
16	K	10,3	10	Tırnak Kenarındaki Eti Yeme	Saç	Astım, Depresyon
17	K	10,9	10	Tırnak Koparma	Kirpik	Kekemelik
18	E	11,4	11	Parmak Emme	Saç, Kirpik, Kaş	Yaygın Anx. Boz.
19	E	11,10	11	Tırnak Koparma	Saç	Kekemelik, Depresyon
20	K	11,11	9		Kaş	
21	K	12,2	10		Saç	
22	E	12,11	11	Dudak ve Yanağın İç Kısmını Isırma, Kopardığı Saçın Kökünü Koparıp Tükürme	Saç	
23	K	13,0	8		Kaş, Kirpik	Depresyon, Vücut Dismorfik Boz.
24	K	14,0	13	Dudak Yolma	Saç	Depresyon

Çalışma gruplarının cinsiyet ve gruplara göre dağılımı tablo 3 ve 4'te verilmiştir. Yaş ortalamaları dağılımları ise tablo 5, 6 ve 7'de verilmektedir.

Tablo 3

Cinsiyet	n	%
Kız	33	55,9
Erkek	26	44,1

Tablo 4

Gruplar	n	%
Trikotilomani	24	40,7
OKB	15	25,4
Normal	20	33,9

Tablo 5

Yaş	ort (+/-) st.dev.	median
	10,14 (+/-) 1,98	10

Tablo 6

Cinsiyete göre yaş ortalaması	ort (+/-) std.dev.	Median
Kız	9,97(+/-) 1,8	10
Erkek	10,35(+/-) 2,17	10

Tablo 7

Grupların yaş ortalaması	ort (+/-) std.dev	Median
Trikotilomani	9,46 (+/-) 2,04	9
OKB	11,53 (+/-) 2,29	12
Normal	9,9 (+/-) 0,9	10

Uygulanmış olan durumluk-sürekli kaygı, depresyon ve Leyton formlarındaki skorların hastalık ve normal gruplara ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8

Sürekli	**Ortalama**	**St.sapma**
Trikotilomani	43,6667	7,0629
OKB	45,9333	6,5516
Normal	31,3000	5,4299
Durumluk		
Trikotilomani	30,2917	3,8840
OKB	31,6000	4,1023
Normal	30,8500	1,2258
Depresyon		
Trikotilomani	16,8800	7,4800
OKB	20,2700	8,8200
Normal	6,5000	3,4400
Leyton		
Trikotilomani	6,9600	3,4200
OKB	28,4700	9,6000
Normal	7,6500	3,6500

Gruplararası karşılaştırmalar, grupların dağılım özelliklerine bağlı olarak parametrik ve parametrik olmayan testler yardımı ile

değerlendirilmiştir. Nicel değerlere sahip gruplarda, normal dağılım göstermeyen gruplardaki ikili grup karşılaştırmaları için Mann-Whitney U, üçlü karşılaştırmalar için Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplar, tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Bu gruplar arasındaki farklılıklar için ileri testler uygulanmıştır (Duncan). Nitel değerlere sahip gruplarda ki-kare ve Fischer'in tanı testi uygulanmıştır.

Her üç grubun sürekli ve durumluk kaygı ölçeği ortalamaları ayrı ayrı karşılaştırıldı (Tablo 9,10). Sürekli kaygı değerlendirmesinde gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı (F=28.68, tek yönlü varyans analizi p<0,0001). Normal grup, trikotilomani ve OKB tanıları alan gruplardan daha düşük düzeyde kaygı gösterdi (ileri değerlendirme, Duncan test) (Tablo 9).

Tablo 9

Sürekli Kaygı	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F Oranı	p
Gruplar arası	2364,38	2	1182,19	28,68	0,0001
Gruplar içi	2308,46	56	41,22		
Total	4672,84	58			

sd= serbestlik derecesi

Tablo 10

Durumluk Kaygı	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F Oranı	p
Gruplar arası	15,84	2	7,92	0,72	0,48
Gruplar içi	611,10	56	10,91		
Total	626,94	58			

sd= serbestlik derecesi
p değeri anlamsız

Leyton OKB Çocuk ve Ergen formunda elde edilen değerler, gruplar arasında karşılaştırıldı (Kruskal Wallis ki-kare test=31,54, p<0,001). Trikotilomani grubu ile normal grup arasında fark bulunmadı (p=0,55). OKB grubu ile normal grup arası anlamlı derecede farklı bulundu (p<0,001) (OKB olgularının tümü klinik olarak tanı almasına rağmen, Leyton OKB Çocuk ve Ergen formundaki sınır değeri karşılamadılar. Bu nedenle değerler toplamı, ortalamalara göre karşılaştırılmıştır.).

Çocuk Depresyon Ölçeği'nde elde edilen değerler, gruplar arasında farklı bulundu (Kruskal Wallis ki-kare test=27,54, p<0,001). Trikotilomani grubu ile OKB grubu arasında fark bulunmadı, p değeri anlamsızdı (Mann Whitney p=0,2410). Trikotilomani grubu ile normal grup arası anlamlı derecede farklı bulundu (p<0,001). OKB grubu ile normal grup arası anlamlı derecede farklı bulundu (p<0,001).

Durumluk kaygı, sürekli kaygı, depresyon ve Leyton OKB Çocuk ve Ergen Formu değerleri Trikotilomani ve OKB gruplarında cinsiyet açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında fark bulunamamıştır. Normal grup, her üç ölçek değerleri de yüksek bulunmadığından ele alınmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11

	Fischer'in tanı testi
Durumluk kaygı	
Trikotilomani	p = 0,5
OKB	p = 1
Sürekli kaygı	
Trikotilomani	p = 1
OKB	Bu grupta, ortalama değerin üstünde olgu olmadığı için değerlendirme yapılmadı
Depresyon	
Trikotilomani	p = 0,2
OKB	p = 0,13
Leyton OKB	
Trikotilomani	p = 1
OKB	p = 0,47

Depresyon Ölçeği gruplar için alt ve üst sınır değerlerine göre değerlendirildiğinde, Trikotilomani ve OKB grupları arasında fark saptanmadı. Trikotilomani grubu ile Normal grup arasında ve OKB ile Normal grup arasında fark bulundu (Tablo 12).

Tablo 12

Depresyon sınır değerine göre	**p değeri**
Trikotilomani - OKB	p = 0,65 ki-kare testi
Trikotilomani - Normal	p = 0,002 ki-kare testi
OKB - Normal	p = 0,00027 Fischer'in tanı testi

Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nde gruplardaki yaş ve cinsiyet ayırımına göre sayı ve ortalamaları Tablo 13, 14, 15, 16'da gösterilmiştir.

Tablo 13

6-11 yaş kız grubu	n	%
Trikotilomani	11	44
OKB	4	16
Normal	10	40

Tablo 14

6-11 yaş erkek grubu	n	%
Trikotilomani	8	42,1
OKB	2	10,5
Normal	9	47,4

Tablo 15

12-16 yaş kız grubu	n	%
Trikotilomani	4	50
OKB	3	37,5
Normal	1	12,5

Tablo 16

12-16 yaş erkek grubu	n	%
Trikotilomani	1	14,3
OKB	6	85,7
Normal	-	-

Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nde T skorları belirlendi. T skorları üzerinden grafikler çizildi ve değerlendirmesi yapıldı.

6-11 yaş kız grubunda faktörlerin ortalama ve standart sapmaları Tablo 17'de görülmektedir.

Tablo 17

6-11 yaş kız grubu	Ortalama	Std.Sapma
I Depresif		
Trikotilomani	77,09	7,74
Obsessif kompulsif	84,75	1,26
Normal	64,2	11,21
II Sosyal içe çekilme		
Trikotilomani	71,45	6,82
Obsessif kompulsif	75,75	11,24
Normal	56,9	3,07
III Bedensel yakınmalar		
Trikotilomani	54,54	9,54
Obsessif kompulsif	68,25	11,79
Normal	53,1	5,34
IV Şizoid, obsessif		
Trikotilomani	62,36	11,17
Obsessif kompulsif	80,75	2,06
Normal	57,5	5,7
V Hiperaktif		
Trikotilomani	62,54	9,67
Obsessif kompulsif	61,75	10,9
Normal	52,2	3,08
VI Cinsel sorunlar		
Trikotilomani	60,18	12,02
Obsessif kompulsif	71,25	9,6
Normal	52,3	5,12
VII Suçlu		
Trikotilomani	63,27	8,85
Obsessif kompulsif	64,75	11,32
Normal	57	
VIII Agressif		
Trikotilomani	60,45	11,97
Obsessif kompulsif	68,5	10,97
Normal	50,5	3,44
IX Acımasız		
Trikotilomani	60,63	8.74
Obsessif kompulsif	59	6
Normal	56	

Bu grubun alınan faktör sonuçlarına göre p değerleri Tablo 18'de özetlenmiştir.

Tablo 18

6-11 yaş kız grubu	Trikotilomani-OKB	Trikotilomani-Normal	OKB-Normal
İçe Yönelim Grubu			
Depressif	p = 0,0029	p = 0,007	p = 0,002
Sosyal içe çekilme	p = 0,48	p = 0,0001	p = 0,008
Bedensel yakınma	p = 0,04	p = 0,008	p = 0,014
Şizoid-Obsessif	p = 0,0015	p = 0,38	p = 0,002
Dışa Yönelim Grubu			
Hiperaktif	p = 0,75	p = 0,008	p = 0,14
Cinsel sorunlar	p = 0,17	p = 0,15	p = 0,004
Suçlu	K - W değerlendirmesine göre p = 0,24		
Agressif	p = 0,17	p = 0,86	p = 0,002
Acımasız	K - W değerlendirmesine göre p = 0,53		

Şekil 1'de üç grubun faktör değerlendirmeleri görülmektedir. İçe yönelim grubunda depressif durum trikotilomani grubunda normal gruptan daha yüksektir. Ancak OKB grubunda en yüksek oranda bulunmuştur. Sosyal içe çekilme, hem OKB hem trikotilomani grubunda mevcuttur ve her iki grupta da normal gruptan daha yüksek orandadır. Bedensel yakınmalar, OKB grubunda trikotilomani ve normal gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Şizoidi ve obsesyon bulgularına baktığımızda bu bulgular en

yüksek düzeyde OKB grubundadır. Trikotilomani ile normal grupta düşüktür ve aralarında fark bulunmamıştır. Dışa yönelim grubunda hiperaktivite açısından değerlendirildiğinde trikotilomani ve OKB grubu arasında fark bulunmamış, ancak trikotilomani grubu, normal gruptan anlamlı derecede daha fazla hiperaktivite düzeyi göstermiştir. OKB ve normal grup arasında fark bulunmamıştır. Cinsel sorunlar, yalnızca OKB grubunda normal gruptan daha fazladır. OKB grubu ile trikotilomani grubu arasında fark bulunmamıştır. Suçluluk her üç grupta da mevcut değildir. Agressivite düzeyi, trikotilomani ve OKB grubunda normal gruptan daha yüksektir. OKB grubunda en yüksek düzeyde bulunmuştur. Acımasızlık, her üç grupta da saptanmamıştır.

6-11 yaş erkek grubunda faktörlerin ortalama ve standart sapmaları Tablo 19'da gösterilmektedir.

Tablo 19

6-11 yaş erkek grubu	Ortalama	Std. Sapma
I Şizoid		
Trikotilomani	72,25	8,41
Obsessif kompulsif	78	2,82
Normal	53,33	6,73
II Depresif		
Trikotilomani	73	7,65
Obsessif kompulsif	83	1,41
Normal	67,33	1,32
III İletişim güçlüğü		
Trikotilomani	73,25	10,98
Obsessif kompulsif	79,50	2,12
Normal	54	0
IV Obsessif Kompulsif		
Trikotilomani	70,37	9,88
Obsessif kompulsif	77,50	6,36
Normal	57	0
V Bedensel yakınmalar		
Trikotilomani	58,12	10,31
Obsessif kompulsif	60	4,24
Normal	53,88	2,42
VI Sosyal içe çekilme		
Trikotilomani	63,62	12,93
Obsessif kompulsif	66	5,66
Normal	44	0
VII Hiperaktif		
Trikotilomani	66,37	66,38
Obsessif kompulsif	72,5	72,5
Normal	46,44	46,44
VIII Agressif		
Trikotilomani	67,75	9,54
Obsessif kompulsif	74,5	10,61
Normal	49,1	1,62
IX Suçlu		
Trikotilomani	67,12	8,32
Obsessif kompulsif	64,5	4,95
Normal	51	0

Bu grubun alınan faktör sonuçlarına göre p değerleri Tablo 20'de özetlenmiştir.

Tablo 20

6-11 yaş erkek grubu	Trikotilomani-OKB	Trikotilomani-Normal	OKB-Normal
İçe Yönelim Grubu			
Şizoid	p = 0,18	p = 0,002	p = 0,04
Depressif	p = 0,04	p = 0,07	p = 0,03
İletişim güçlüğü	p = 0,71	p = 0,0001	p = 0,03
Obsessif-kompulsif	p = 0,26	p = 0,0079	p = 0,03
Bedensel yakınma	p değeri anlamsız		
Mixt			
Sosyal içe çekilme	p = 0,88	p = 0,001	p = 0,03
Dışa Yönelim Grubu			
Hiperaktif	p = 0,53	p = 0,0001	p = 0,03
Agressif	p = 0,71	p = 0,0001	p = 0,03
Suçlu	p = 0,71	p = 0,001	p = 0,03

Şekil 2'de üç grubun faktör değerlendirmeleri görülmektedir. İçe yönelim semptomlarından şizoid faktörüne baktığımızda, OKB grubunda trikotilomaniden daha yüksek düzeydedir. Normal grup her iki hasta grubundan daha düşük düzeyde bulunmuştur. Depressif durum, OKB grubunda trikotilomani grubundan daha yüksek düzeyde bulunmuş, ancak gruplar arasında bir anlamlılık saptanmamıştır. İletişim güçlüğü hem OKB hem trikotilomani grubunda görülmektedir ve normal gruptan daha yüksek bir grafik göstermiştir. Obsesyon ve kompulsiyonlar, trikotilomani ve OKB

grubunda normal gruptan anlamlı derecede yüksek düzeydedir. Bedensel yakınmaların düzeyi, gruplar arasında anlamlılık göstermemiştir.

Sosyal içe çekilme, trikotilomani ve OKB grubunda normal gruptan daha fazla düzeydedir. Her iki hasta grubu arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Hiperaktivite, trikotilomani ve OKB grupları arasında farklı bulunmamıştır. Her iki grupta da normal gruptan yüksek düzeyde bulunmuştur. Agressivite, trikotilomani ve OKB grubunda normal gruptan daha yüksek düzeydedir. Suçluluk, yine trikotilomani ve OKB grubunda normal gruptan daha yüksek düzeydedir.

12-16 yaş kız grubunda faktörlerin ortalama ve standart sapmaları Tablo 21'de gösterilmektedir.

Tablo 21

12-16 yaş kız grubu	Ortalama	Std. Sapma
I Anksiyöz-obsessif		
Trikotilomani	72,75	9,39
Obsessif kompulsif	73,66	7,37
Normal	71	0
II Bedensel yakınmalar		
Trikotilomani	68,6	7,85
Obsessif kompulsif	61,3	5,5
Normal	61	0
III Şizoid		
Trikotilomani	72,75	1,26
Obsessif kompulsif	70,66	6,5
Normal	71	0
IV Depresif içe çekilme		
Trikotilomani	67	6,58
Obsessif kompulsif	65	3,46
Normal	63	0
V Çocuksu, hiperaktif		
Trikotilomani	63	5,83
Obsessif kompulsif	65,3	5,5
Normal	57	0
VI Suçlu		
Trikotilomani	63,75	2,06
Obsessif kompulsif	60	4,58
Normal	57	0
VII Agressif		
Trikotilomani	60	3,59
Obsessif kompulsif	65,33	2,88
Normal	52	0
VIII Acımasız		
Trikotilomani	62,25	3,77
Obsessif kompulsif	64	6,56
Normal	57	0

Bu grupta yeterli sayıda olgu olmadığından trikotilomani ve OKB tanısı alan gruplar arasında ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Karşılaştırma sonuçları Tablo 22'de gösterilmektedir Karşılaştırmada bütün p değerleri anlamsız bulunmuştur (Bakınız Şekil 3).

Tablo 22

12-16 yaş kız grubu	Trikotilomani-OKB Mann-Whitney U
Anksiyöz-Obsessif	p = 0,85
Bedensel yakınma	p = 0,23
Şizoid	p = 0,63
Depressif içe çekilme	p = 0,85
Çocuksu Hiperaktif	p = 0,4
Suçlu	p = 0,22
Agressif	p = 0,11
Acımasız	p = 0,63

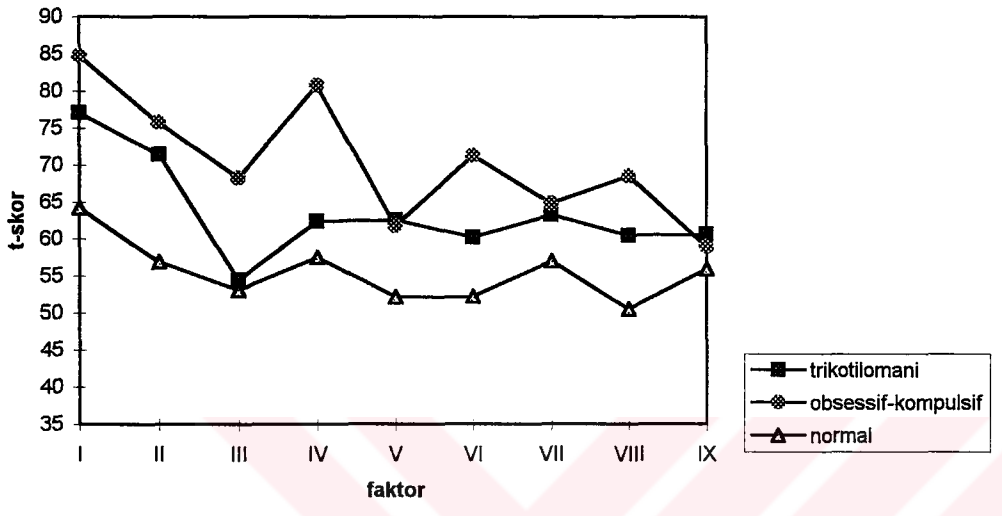
12-16 yaş erkek grubunda faktörlerin ortalama ve standart sapmaları Tablo 23'de gösterilmektedir.

Tablo 23

12-16 yaş erkek grubu	Ortalama	Std.Sapma
I Bedensel yakınmalar		
Trikotilomani	59	
Obsessif kompulsif	72	8,35
II Şizoid		
Trikotilomani	68	
Obsessif kompulsif	78,3	4,76
III İletişim güçlüğü		
Trikotilomani	68	
Obsessif kompulsif	77,16	7,75
IV Çocuksu		
Trikotilomani	52	
Obsessif kompulsif	78,66	7
V Obsessif-kompulsif		
Trikotilomani	55	
Obsessif kompulsif	77,5	4,03
VI Hostil, içe çekilme		
Trikotilomani	60	
Obsessif kompulsif	71,83	7,83
VII Suçlu		
Trikotilomani	57	
Obsessif kompulsif	59,33	6,12
VIII Agressif		
Trikotilomani	56	
Obsessif kompulsif	71,83	9,9
IX Hiperaktif		
Trikotilomani	51	
Obsessif kompulsif	67,16	10,28

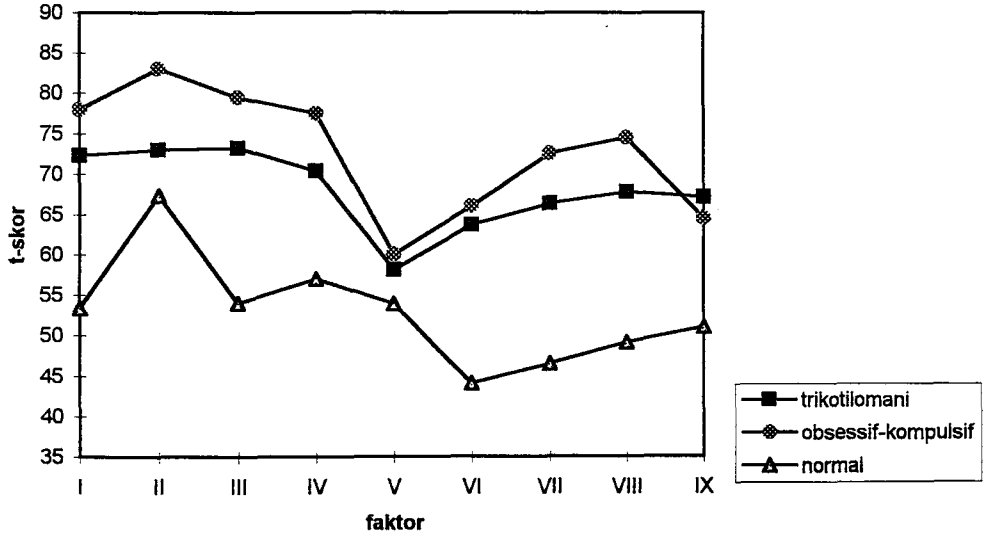
Bu gruptaki 6 kişi, yeterli bir sayı olmadığı için karşılaştırılmamıştır. Şekil 4'te görüldüğü gibi içe yönelim semptomları her iki hasta grubunda da yüksek düzeydedir ve OKB grubunda bu düzey anlamlı derecede daha yüksek olarak saptanmıştır.

Şekil 1. 6-11 yas kız grubu t-skorlarının faktör dağılımları



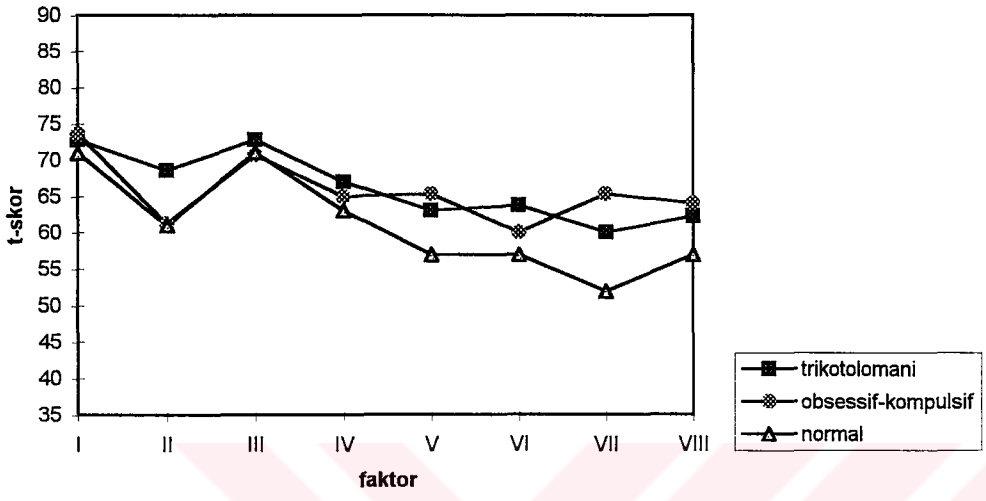
I Depresif
II Sosyal içe çekilme
III Bedensel yakınmalar
IV Şizoid, obsessif
V Hiperaktif
VI Cinsel sorunlar
VII Suçlu
VIII Agressif
IX Acımasız

Şekil 2. 6-11 yas erkek grubu t-skorlarının faktör dağılımları



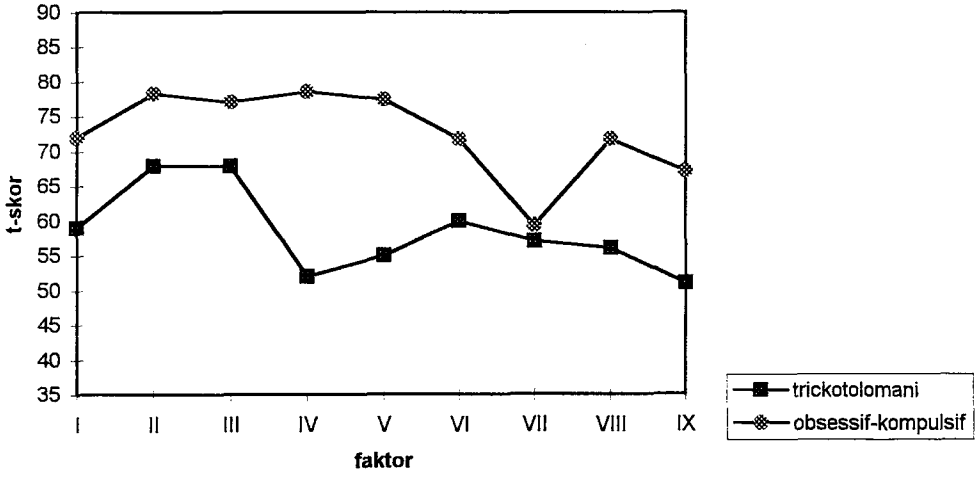
I Şizoid
II Depresif
III İletişim güçlüğü
IV Obsessif-kompulsif
V Bedensel yakınmalar
VI Sosyal içe çekilme
VII Hiperaktif
VIII Agressif
IX Suçlu

Şekil 3. 12-16 yas kız grubu t-skorlarının faktör dağılımları



I Anksiyöz, obsessif
II Bedensel yakınmalar
III Şizoid
IV Depresif içe çekilme
V Çocuksu, hiperaktif
VI Suçlu
VII Agressif
VIII Acımasız

Şekil 4. 12-16 yas erkek grubu t-skorlarının faktör dağılımları



I Bedensel yakınmalar
II Şizoid
III İletişim güçlüğü
IV Çocuksu
V Obsessif-kompulsif
VI Hostil, içe çekilme
VII Suçlu
VIII Agressif
IX Hiperaktif

V. TARTIŞMA

Trikotilomaninin ender olarak görülmesi ve psikiyatrideki yerinin halen tartışılır özelliğini koruması, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilimdalı polikliniğine başvuran trikotilomani tanısı almış çocukları inceleme motivasyonu getirmiştir. Olgular, 1994-1996 yılları arasında polikliniğimize başvuruda bulunmuş ve bu tanıyı almış çocuklar arasından, IQ düzeyleri normal veya normalin üstünde olanları seçilerek ele alınmıştır. Bu olguların bazıları doğrudan kliniğimize başvurmuş, bir kısmı da Fakültemizin dermatoloji kliniğine başvurmuş ve oradan kliniğimize gönderilmişlerdir. Çocuklar ve aileleri ile yapılan görüşmede, ailenin önceden saptamasına rağmen, çocukların bu durumu inkâr ettikleri gözlenmiştir. Belirli aralıklarla yapılan görüşmelerden sonra bu çocuklar kıl kopardıklarını itiraf etmişler ve bunu ellerinde olmadan yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadeler, kaynaklarda bu tip olgular için anlatılanlara tipik olarak uygunluk göstermektedir (58,61). Sorulduğunda, kaynaklardaki bilgilere benzer şekilde, kıl koparma davranışını genellikle boş kaldıkları ve sıkıntı duydukları zaman yaptıklarını, bu durumun daha çok akşam saatlerinde, ders çalıştıkları sırada, televizyon seyrederken ya da yatağa yatıp uykuya geçme sırasında oluştuğunu ifade etmişlerdir (56,58). Sıkıntı hissi ve boşluk hissi ile bu davranışın yapılması, trikotilomaninin belli stres kaynakları ile oluşabileceği fikrini akla getirebilir. Görünen bir stres kaynağı ile başlamamış da olabilir (4). Olgularımızın çoğunda bu davranışı başlatmış olan bir stres kaynağı görüşme sırasında dile getirilmemiştir. Birkaç olguda, ders çalışma yoğunluğunun artması, babanın hapiste olması veya babanın yurt dışında olması gibi durumların, trikotilomaniyi başlattığı öğrenilmiştir. Ailelerin sosyo-ekonomik durumlarına bakıldığında, iki olguda sosyo-ekonomik düzeyde düşüklük, iki ailede sosyo-ekonomik düzeyde yükseklik saptanmış, diğer olguların aileleri sosyo-ekonomik açıdan orta düzeyde bulunmuştur. Burada istatistiksel olarak

anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Cotterill J.A., ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin önemli bir risk faktörü olduğunu söylemektedir. Ebeveynler arası marital problemler, aile içinde hastalık, çocuğun uzun süre hospitalize edilmesi, kardeş ebeveyn veya büyük ebeveynlerin hastalanmalarının sıklıkla risk faktörü olduğunu belirtmektedir (18). Bizim olgularımızda sosyo-ekonomik düzey faktörü bu ölçüde anlamlı bulunmamıştır. Ebeveynler arası ya da çocuğun ebeveynleri ile yaşadığı konfliktler, ebeveyn suçluluğu, ebeveynin hospitalize edilmesi, kardeş doğumu gibi faktörler, trikotilomaninin başlamasında öncelikli olarak gözlenmiştir.

Sorulduğunda 24 trikotilomanik olgunun hepsi kıl koparma sırasında ağrı hissetmediklerini söylemişlerdir. Christenson G.A. ve arkadaşları bu durumu, tekrarlayıcı çekmelerden dolayı lokalize olarak ağrıya alışma ya da lokal nosiseptörlerde gerçek bir hasarın oluşması ile açıklamışlardır (16).

Olguların birisi, saç koparma öncesi kopardığı bölgede kaşıntı hissi olduğunu belirtmiştir. Dermatoloji kliniğinde yapılan muayenesinde, kaşıntıyı açıklayacak bir durum saptanmamıştır. Bu nedenle Dean J.T. ve Schneider D. tarafından belirtildiği gibi kaşıntının psikojenik olduğuna karar verilmiştir (19,50).

Başlangıç yaşı ortalama 8 yaş olarak bulunmuştur. Christenson ve arkadaşları 1991 yılında 60 erişkin trikotilomanik olgu ile yaptıkları çalışmalarında, başlangıç yaşını 13 ± 8 olarak bulmuşlardır (11). Swedo E. ve Rapoport J.L., trikotilomaninin 2-6 yaş arası başlayan ve adolesan dönemde başlayan formları olmak üzere iki formu olduğunu iddia etmişlerdir (61). Aljabre S.H.N., erişkin dönemde karşılaşılan trikotilomanik olgularda, başlangıç yaşının preadolesan dönemde olduğunu belirtmektedir (4). Bizim olgularımızda ortalama başlangıç yaşı, preadolesan dönem yaşı olan 8 yaştır.

Olgu sayımızın fazla olmaması nedeniyle bu konudaki tartışmalar, daha fazla sayıda olgu ile yapılan çalışmalarda anlamlılık kazanacaktır.

Olgularımızın 15'i kız, 9'u erkektir. Kaynaklarda trikotilomaninin kızlarda ve kadınlarda daha çok görüldüğü şeklinde veriler mevcuttur. Muller, 20 yılın üstünde gördüğü trikotilomanili 319 hastanın %73'ünün kadın olduğunu bulmuştur. Christenson'un 1991 yılında 60 erişkin trikotilomanik olgu ile yaptığı çalışmasında kadın olgu yüzdesi %93 olarak bulunmuştur (11). Muller 145 hasta ile Mayo kliniğinde yaptığı çalışmasında %70 olgunun kız olduğunu saptamıştır. Dawber, erken çocukluk çağı trikotilomanisinde erkek/kız oranının 3/2 olduğunu ifade etmiştir. Orange ve arkadaşları ise bu oranı 2,5/1 olarak saptamıştır (58). Ancak okul öncesi çocuklarda erkek dominansı olduğu söylenmektedir (28). Bizim olgu sayımız, bu oran ile ilgili epidemiyolojik bir veri vermemize engeldir. Ancak çalışmamızda da kız dominansının olduğu saptanmıştır.

Kıl koparmaya eşlik eden oral davranışın olup olmadığı araştırıldığında, olgularımızın çoğunda var olduğu saptandı. Bir olguda trikofaji bulundu. Christenson G.A. ve arkadaşlarının 60 erişkin kronik kıl koparan olgu ile yaptıkları çalışmalarında trikofaji %48 gibi yüksek bir orandadır. Diğer davranışlar, parmak emme, tırnak koparma, dudak yolma, ağzının içini emme, dudak ve yanağı ısırma ve kılı kopardıktan sonra kökünü koparıp tükürme idi. Bu bulgular, kaynaklarda ifade edilenlerle uygunluk göstermiştir (5,11,18,46,61). Bu durum olgularımızın psikoseksüel gelişimleri sırasında oral dönem takıntısını göstermektedir. 24 olgudan 14'ünde bu semptomların olması, olguların değerlendirilmesi açısından önemli görünmektedir.

Görüşmelerimizde olguların çoğunluğunun kaynaklarda belirtildiği gibi anksiyöz olması, bir kısmının depressif görünümde olması, bir kısmının da obsessif kompulsif bulgular göstermesi, bizi bu konunun araştırılmasına

yöneltmiştir. 24 trikotilomanik olgu ile, yine polikliniğimize başvuran çocuklar arasından klinik olarak obsessif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı alan 15 çocuk seçilerek alınmıştır. Eşit düzeyde kız/erkek oranına dikkat edilerek aynı yaşlarda 20 normal çocuk ile üç grubun karşılaştırılmasına karar verilmiştir. Halen elimizde var olan kaynaklardaki çalışmaların hiçbirisinde normal çocuk grubuna rastlanmamıştır. Bu nedenle değerlendirme sonuçlarının anlamlı olabileceği düşünülmüştür.

Grupların tümü ele alındığında %55,9'u kız ve %44,1'i erkektir. Trikotilomanikler %40,7, OKB tanısı alanlar %25,4 ve normal grup %33,9 oranlarında bulunmaktadır. Tüm grubun yaş ortalaması ve cinsiyete göre yaş ortalaması 10 yaştır.

Anksiyete düzeyinin ölçülebilmesi için Spielberger'in çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri her üç gruba da uygulanmıştır. Her üç grubun durumluk ve sürekli kaygı ortalamaları ayrı ayrı karşılaştırıldığında, sürekli kaygının değerlendirilmesinde gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,0001$). Durumluk kaygı değerlendirilmesinde ise sonuç anlamsız bulunmuştur ($p < 0,48$). Burada trikotilomani ve OKB tanısı alan gruplarda, normal gruba göre süreklilik gösteren daha yüksek kaygı düzeyinin olması anlamlıdır.

Leyton OKB çocuk ve ergen formu her üç gruba uygulanmış ve trikotilomani ile normal grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,55$). Ancak OKB ile normal grup arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0,001$). Bu durum, trikotilomani ve OKB tanısı alan çocuklar arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, Swedo S.E. ve Rapoport J.L.'un 1991 yılında ifade ettikleri gibi trikotilomaninin anksiyete ile beraber olmasının, bu durumun anksiyete bozukluğu başlığı altında görülebileceği görüşünü desteklemektedir (61). Ancak trikotilomaninin OKB'un eşdeğeri olabileceği

hipotezini çürütmektedir. Phillipopoulos'un 1961 yılında belirttiği, trikotilomaninin bir obsessif kompulsif nevrozun semptomu olduğu fikrine aykırıdır. Halbuki bazı çalışmalarda komorbidite değerlendirmeleri yapılmış, 60 denek ile yapılan bir çalışmada deneklerin %15'i OKB tanısı almışlardır (19). Yine bu çalışmada anksiyete bozukluğu prevalansı %57 olarak bulunmuş, anksiyete bozukluğu kapsamına OKB de alınarak bu yüzde saptanmıştır.

20 erişkin trikotilomanik olgu ile yapılan bir çalışmada 2 olguda panik bozukluk, 9 olguda genelleşmiş anksiyete bozukluğu saptanmıştır (61). Bizim olgularımızdan birisi de aynı zamanda genelleşmiş anksiyete bozukluğu tanısı almıştır.

Yaşları 9 ile 17 arasında 13 kız olmak üzere 15 kıl koparan çocuğun davranış profili, genel çocuk psikiyatrisi kliniğinden çeşitli yakınmaları olan 37 kız ve OKB tanısı almış 15 kız ile karşılaştırılmıştır. Trikotilomani grubu, çeşitli psikiyatrik yakınmaları olan gruptan farklılık gösterse de OKB tanısı alan grup ile benzerlik göstermiştir. Trikotilomanik deneklerin ikisi OKB kriterlerini karşılamışlardır. Bazı trikotilomanik deneklerde komorbidite saptanmıştır. Sonuçta trikotilomaninin bir OKB spektrum bozukluğu olduğunu destekleme eğilimi söz konusu olmuştur (33). Bu sonuçlar, bizim çalışmamızla benzerlik göstermemiştir. Olgu sayımız, bu çalışmadakilerden daha fazla sayıda olmasına rağmen, olgularımızın bazısında obsessif kompulsif bulgular olsa da, hiçbirisi OKB tanısını klinik olarak karşılamamıştır.

Trikotilomani ile OKB arasındaki benzerliklerin olup olmadığı konusuna ilişkin çalışmalardan birisi de trikotilomaninin klomipramine yanıt verse de fluoxetine yanıt vermediğini ortaya koyan açık çalışmadır. Yine trikotilomaniklerde yapılan PET, OKB de görülen tipik paternlerden farklılık

göstermiştir (10). Swedo ve Rapoport, 10 trikotilomanik aynı yaşta erişkin kadın hastada, gri madde arasında glukoz metabolik oranlarında global yükselme ile sağ-sol serebellar ve sağ sub.parietal glikoz metabolik oranlarında normal değerler saptamıştır. Bu sonuç da, OKB'de görülen sonuçlardan farklılık göstermektedir (62). Yine trikotilomani ve OKB arasında, lityum tedavisine yanıt, ortalama başlangıç yaşı ve erkek/kız oranı ile ilgili farklılıkların bulunduğu gösterilmiştir (48).

Stanley M.A. ve arkadaşlarının, 18 trikotilomanik ve 13 OKB'ğu olan olgu ile yaptıkları çalışmalarında trikotilomaninin yine bir OKB'nin varyantı olup olmadığı araştırılmıştır. Bu çalışmadan alınan sonuçlara göre, trikotilomanik olguların kıl koparma süresi boyunca, OKB tanısı alan olguların ritüalistik davranışlarda bulunduğu süre içinde bildirilenden daha fazla derecede haz aldıkları, trikotilomaniye önemli derecede daha az obsessif kompulsif semptomların eşlik ettiği, grupların, anksiyete, depresyon ve kişilik özelliklerini içeren diğer bulguları ile ilgili olarak farklılıklar gösterdiği görülmüştür. Dolayısıyla trikotilomaninin OKB'un bir varyantı olmadığı sonucuna varılmıştır (54). Bu çalışmada iki grup karşılaştırılmıştır. Bizim çalışmamızda ek olarak normal grup olsa da, sonuçta bu çalışmadaki gibi trikotilomani ve OKB tanıları alan gruplar arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Trikotilomaniklerde, Leyton OKB çocuk ve ergen formunda aranan obsessif kompulsif belirtiler, normal çocuk grubundan bir farklılık göstermemiştir.

Çalışmamızda her üç gruba aynı zamanda çocuklar için depresyon ölçeği uygulanmış ve depressif bulguların var olup olmadığı araştırılmıştır. Elde edilen değerler, gruplar arasında farklılıklar göstermiştir ($p < 0,001$). Trikotilomani ile OKB arasında bir farklılık bulunmamış ($p = 0,24$), ancak hem trikotilomani ile normal grup arasında, hem de OKB ile normal grup arasında

anlamlı derecede farklılıklar saptanmıştır ($p < 0,001$). Depresyon ölçeği, gruplar için alt ve üst sınır değerlerine göre değerlendirildiğinde trikotilomani ve OKB grupları arasında bir fark bulunmamıştır ($p = 0,65$). Ancak her iki grup normal gruptan farklılık göstermiştir ($p = 0,002$, $p = 0,00027$).

Her üç ölçeğin değerleri trikotilomani ve OKB gruplarında cinsiyet açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında fark bulunmamıştır. Normal grupta bu ölçeklerin değerleri düşük olduğundan ele alınmamıştır.

Çalışmamızda trikotilomani olgularında komorbidite araştırıldığında 10 olgu depresyon kriterlerine uymuştur. Depresyona bir hastada tik bozukluğu, bir hastada astım, bir hastada kekemelik ve bir hastada vücut dismorfik bozukluğu eşlik etmiştir Diğer olgulardan birisi kekemelik, iki olgu enüzeris nocturna, bir olgu genelleşmiş anksiyete bozukluğu ve bir olgu da basmakalıp davranış bozukluğu kriterlerine uymuştur. Reeve tarafından 10 trikotilomanik çocuk üzerinde klinik özellikler ve psikiyatrik komorbidite araştırılmıştır. 7 denek en az bir tane Eksen I duygulanım bozukluğu veya anksiyete bozukluğu tanısı almıştır. 6 denek overanxious bulunmuş, bu deneklerden birisi aynı zamanda separasyon anksiyetesi ve basit fobi kriterlerini taşımışlardır. Yine bu deneklerden birisi aynı zamanda distimi tanısı almıştır (48). Bu sonuçlarda duygulanım bozukluğunun ağırlıklı olması, bizim çalışmamızda ağırlıklı olan depresyon tanısı ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada aynı zamanda, bizim çalışmamızdaki gibi çocukların davranışlarını değerlendirme ölçeği kullanılmış ve içe yönelim semptomlarının, dışa yönelim semptomlarından daha fazla olduğu saptanmıştır. Çocukların yaş ortalamaları $9,9 \pm 2,5$'tur. İçe yönelim semptomlarının çocuklarda daha fazla olması, anksiyete ve duygulanım bozukluğu oranlarının deneklerde yüksek olmasının nedenini açıklamaktadır. Bizim çalışmamızda da, çocukların davranışlarını değerlendirme ölçeği, maddeleri ebeveynlere tek tek okunup yanıtları alınarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda yaş grubu 6-15 yaş arası

çocuk ve adolesanlardır. Değerlendirmeler, 6-11 yaş kız ve erkek, 12-16 yaş kız ve erkek gruplarına göre yapılmıştır. Bizim değerlendirmelerimizde de içe yönelim semptomlarının skorları daha yüksek bulunmuştur. Grafiklere baktığımızda 6-11 yaş kız grubunda içe yönelim semptomlarının, hem trikotilomani hem de OKB grubunda dışa yönelim semptomlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Normal grupta içe yönelim ve dışa yönelim semptomlarının yüksek olmadığı ve her iki hasta grubundan farklı olduğu görülmektedir. Aynı bulgular 6-11 yaş erkek grubu için de geçerlidir. Dışa yönelim semptomları olan hiperaktivite ve agresyon düzeyleri yüksek olsa da içe yönelim semptomları daha yüksek bulunmuştur. 6-11 yaş trikotilomani ve OKB tanısı alan çocuklarda içe yönelim semptomlarının yüksek oranda görülmesi ve daha önce belirtildiği gibi sürekli kaygı düzeyinin, depresyon düzeyinin normal gruptan anlamlı derecede yüksek olması, Reeve'in çalışması ile uygunluk göstermektedir. 12-16 yaş kızlarda her üç grup arasında anlamlı bir fark olmayışı ilginçtir. Bu durum yaş ilerledikçe semptomlarda değişikliğin oluştuğunu göstermektedir. Normal çocuklarda da aynı düzeylerin saptanması, adolesan dönemde doğal sayılabilecek olan duygulanım değişikliklerini yansıtıyor olabilir. Ancak bu yaştaki çocukların çok sınırlı sayıda olması, bu konuda bir spekülasyon yapmamıza olanak sağlamamaktadır. Aynı durum, 12-16 yaş erkekler için de geçerlidir. Bu yaş grubunda normal grup yoktur ve bu nedenle karşılaştırma şansı olamamıştır. OKB grubu ve trikotilomani grubunda yine içe yönelim semptomları fazladır ve OKB grubunda belirgin derecede yüksek görünmektedir.

Greenberg ve Sarner'ın trikotilomaniyi bir depresyon eşdeğeri olarak görmesi (25), Oguichi ve Miura'nın trikotilomaninin, anksiyete, depresyon ve davranış bozukluğu ile birlikteliğini vurgulaması, Weller ve arkadaşlarının trikotilomani ve depresyonu olan 7 yaşında bir kız çocuğu olgusundan yola çıkarak bu bağlantıyı desteklemesi (42), depresyonun, trikotilomanide önemli

yer oluşturduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızdaki bulgular da bu yönden anlamlılık kazandırmaktadır.

Christenson G.A. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada trikotilomanide negatif duygu durumları ve sabit aktiviteler ile dış etkileri algılayamayacak ölçüde dalıp gitme durumlarının önemini ortaya koymuşlardır. Negatif duygu durumlarının OKB, diğer anksiyete bozuklukları, halen ya da geçmişte var olmuş olan depresyon ile bağlantılı olduğunu, dalıp gitme ile odaklanan yüksek skorların yalnızca major depresyon öyküsü ile bağlantılı olduğunu belirtmişlerdir (17).

Bir olgumuzda, eşlik eden depresyonla birlikte vücut dismorfik bozukluğu saptanmıştır. Bu olgu 13 yaşında bir kızdır. Tanquary J., trikotilomani ile vücut dismorfik bozukluğunun birlikteliği ile ilgili bir çalışmasında, hostil ve bağımlı bir ilişkisi olan 23 yaşında bir erkek olgudan söz etmiştir. Anksiyetenin represe edildiği ve yer değiştirerek yap - boz savunma mekanizmalarına doğru nötralize edildiğini ifade etmiştir (63).

Çalışmamızda komorbidite, DSM-IV Eksen I tanı kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Eksen II, olguların bir kısmı çocukluk çağı döneminde olduğu için araştırılmamıştır.

Graber, trikotilomaninin primer olarak depresyon ile birlikteliği olmasına rağmen, aynı zamanda diğer tanı ve semptomların geniş bir çeşitliliği ile ilişki içinde olduğunu, bundan dolayı bağımsız bir durum olarak değerlendirilemeyeceğini, birçok farklı kaynaklar ve anlamlar ile gözönünde tutulması gerektiğini vurgulamaktadır (25).

Olgularımızın ailelerinde trikotilomaninin geçmişte ya da şimdi var olup olmadığına bakılmış, yalnızca bir olgunun ikiz kardeşinde geçmişte

trikotilomani öyküsü olduğu saptanmıştır. Bu durum, Galski'nin her iki kız kardeşte var olan trikotilomani bildirisine uymaktadır (23). Swedo ve Rapoport (61) , Christenson G.A. ve arkadaşları (13) ile Kerbeshian J. (32) kaynaklarında bu konuda olgular getirmişlerdir.

Çalışmamızda, trikotilomani ve OKB olgularının sayıları, iki yıl içinde saptanmıştır. Normal grup bu sayılara bağlı olarak alınmıştır. Normal grupta 12-16 yaş erkek grubu ele alınamamıştır. Bu nedenle bu grupta trikotilomani ve OKB ikili karşılaştırması yapılmıştır. Olgularda cinsiyet eşit derecelerde seçilemediğinden yaş gruplarındaki karşılaştırmalarda bazen bir grubun sayısı çok aza inmiştir. Dolayısıyla toplanabilen olgu sayısına göre, gruplar arasında orantısızlıklar oluşmuş ve karşılaştırmalar buna göre yapılmıştır. Ancak kaynaklara baktığımızda bu tip çalışmalarda olgu çok bulunamadığından, çalışmamızdaki olgu sayısına benzer veya daha az sayıda olgularla çalışıldığı görülmektedir.

Psikodinamik ağırlıklı çalışmalar, trikotilomaniklerde kastrasyon, annenin kaybı ya da emosyonel deprivasyon ve reparasyonu açıklamaktadırlar (6). Sorunları, anne ile ağırlıklı bir simbiyozis dönemi oluşturulamamasına bağlamaktadırlar (38). Separasyon-individüasyon fazını aşamadıklarını, aşırı duyarlı ilişkiyi korumada yetersizliği olan, depressif, yetersizlik duyguları yaşayan çocuklar olduklarını ifade etmektedirler (23). Çalışmamızda bu çocuklar yalnızca gösterdikleri semptom bazında incelenmiştir ve retrospektif olarak incelenmemişlerdir.

Bazı olgular komorbidite göstermekte ancak bazıları göstermemektedir. Olguların OKB'den farklı bir tablo olduğu bu çalışmada görülmektedir. Tek başına bir sendrom olması veya olmaması ile ilgili bir spekülasyon, ancak retrospektif olarak psikodinamik bir araştırma ile gerçekleştirilebilir kanısındayım.

VI. SONUÇ

Tez çalışmamda alınan sonuçlar şunlardır:

Sürekli kaygının değerlendirilmesinde, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($F = 28.68$, tek yönlü varyans analizi $p < 0,0001$). Normal grupta sürekli kaygı, trikotilomani ve OKB tanıları alan gruplardan daha düşük düzeyde bulunmuştur.

Durumluk kaygı değerlendirmesi her üç grupta karşılaştırıldığında bir anlamlılık bulunmamıştır.

Obsessif kompulsif bulgu düzeyleri, gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Burada trikotilomani ve normal grup arasında bir anlamlılık saptanmamıştır. Ancak OKB grubu ile diğer iki grup arasında anlamlı derecede farklılık saptanmıştır (K - W $p < 0,001$).

Depresyon bulgu düzeyleri açısından trikotilomani ve OKB grubu arasında bir farklılık saptanmamıştır. Ancak trikotilomani ve OKB grupları ile normal grup arasında anlamlı derecede farklılık bulunmuştur (K - W $p < 0,001$).

Durumluk-sürekli kaygı, obsessif kompulsif ve depresyon düzeyleri her üç grupta cinsiyet açısından karşılaştırıldığında fark bulunmamıştır.

Trikotilomani, OKB ve normal gruplarda çocukların davranışları, 6-11 yaş ve 12-16 yaş kız ve erkek gruplarına ayrılarak değerlendirilmiştir. Burada trikotilomani ve OKB grubu çocuklarında içe yönelim semptomlarının normal grup çocuklarına göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Trikotilomanik çocuklarda komorbidite, DSM-IV tanı ölçütlerine göre araştırılmış ve 24 çocuktan 10 çocuk depresyon tanısı ile komorbidite göstermiştir. 4 olguda ayrı ayrı olmak üzere depresyon ile birlikte tik bozukluğu, astım, kekemelik ve vücut dismorfik bozukluğu vardır. 2 olguda enürezis noktürna, 1 olguda genelleşmiş anksiyete bozukluğu, 1 olguda basmakalıp davranış bozukluğu saptanmıştır. 9 olguda komorbidite saptanmamıştır. Hiçbir olgu OKB ile komorbidite göstermemiştir.

Trikotilomanide sürekli kaygı düzeyinin yüksek olması, olguların neredeyse yarı yarıya bir oranda depresyon ile komorbidite göstermesi, davranış profilinde içe yönelim semptomlarının ağırlıklı olması dikkate alınarak, trikotilomaninin etyopatogenezini araştırmaya yönelik yeni çalışmaların gerekli olduğu kanısına varılmıştır.

Bizim çalışmamızı kendi materyalimiz çerçevesinde çok özetlemeye yöneldiğimizde, trikotilomani olgularının OKB ile özdeşleşmediği veya komorbidite ilişkisi kurulamadığı görülmüştür. Bu da trikotilomani olgularının hiç değilse belirli bir çizgiye kadar bağımsız olarak ele alınabileceğini düşündürmektedir. Daha çok olgu sayısı ile yapılan çalışmalar, bu konunun aydınlatılmasına yardımcı olacaktır.

ÖZET

Trikotilomani DSM-IV tanı ölçütleri içinde başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları grubunda yer alsa da halen yeri tartışılır özelliğini korumaktadır. Trikotilomani tanısı alan ulaşabildiğimiz Türk çocuklarında anksiyete, davranışlarında inhibisyon, duygularını ifade etmede zorluk ve depressif yakınmaların görülmesi, bizi bu çocukların hangi davranış ve semptomları gösterdiğini tanımaya ve bu bilgilerin ışığında psikiyatrideki tanımlama yerinin ne olabileceğini araştırmaya yöneltmiştir. Son yıllarda anksiyete bozuklukları kapsamına alınması ve OKB'un bir varyantı olup olmadığı tartışması gündemdedir. Bu nedenle, çalışmamızın diğer bir amacı da trikotilomani tanısı almış çocuklarımızın OKB tablosu ile ilişkisi veya beraberliğini irdelemek olmuştur.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı polikliniğine başvurmuş, IQ düzeyi normal veya normalin üstü 24 trikotilomani, 15 obsessif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı almış çocuk ile 60.yıl Kadıköy Anadolu İlköğretim Okulu'ndan seçilmiş 20 normal çocuk, anksiyete, depresyon, obsessif kompulsif bulgular ve davranış profilinin değerlendirilmesi açısından karşılaştırıldı.

Anksiyete, durumluk-sürekli kaygı envanteri ile değerlendirilerek gruplar arasında anlamlı bir fark saptandı. Normal grupta sürekli kaygı, trikotilomani ve obsessif kompulsif bozukluk tanıları alan gruplardan daha düşük düzeyde bulundu.

Obsessif kompulsif bulgular, Leyton OKB Çocuk ve Ergen Formu ile değerlendirildi. OKB grubu, trikotilomani ve normal gruptan anlamlı derecede farklı bulundu. Trikotilomani ve normal grup arasında bir anlamlılık saptanmadı.

Çocuk Depresyon Ölçeği ile yapılan değerlendirmede, trikotilomani ve OKB grupları arasında bir fark bulunmadı. Her iki grup ile normal grup arasında anlamlı derecede farklılık saptandı.

Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği, çocukların annelerinden yanıt alınarak değerlendirildi. Trikotilomani ve OKB grubu çocuklarında, içe yönelim grubu faktörlerinin normal grup çocuklarındakilere göre daha yüksek düzeyde olduğu görüldü.

DSM-IV tanı ölçütlerine göre trikotilomanide komorbidite değerlendirildi. En yüksek komorbidite, depresyon ile oldu. Hiçbir olgu OKB ile komorbidite göstermedi.

Trikotilomanide sürekli kaygı düzeyinin yüksek olması, davranış profillerinde içe yönelim semptomlarının ağırlıklı olması, yüksek oranda depresyon ile komorbidite göstermesi ve OKB ile komorbidite göstermemesi, daha çok olgu ile trikotilomanin etyopatogenezini araştırmaya yönelik yeni çalışmaların gerekliliğini doğurmaktadır.

SUMMARY

Although Trichotillomania has been defined in, not elsewhere classified as impulsive control disorders of DSM-IV, it has still been discussion on it. The anxiety, inhibated behavior, difficulty in expressing feelings and depressive complaints have been among the trichotillomania diagnosed Turkish children whom we could reach, it is suggested us to search the behavior and symptoms of these patients and find their diagnostic place in psychiatry. Recently, two questions have been raised is trichotillomania should be taken into consideration as anxiety disorders and is it a variant of OCD? That is why, have also aimed to find out relationship between OCD and the children who were diagnosed trichotillomania.

24 trichotillomania cases with normal or above normal IQ levels, 15 obsessive compulsive disordered children and 20 normal children from 60th Kadıköy Anadolu Primary School have been compared and assessed for anxiety, depression, obsessive compulsive findings and behavior profile.

Anxiety has been evaluated with State-Trait Anxiety Inventory for Children and a significant difference has been found between the groups. Trait anxiety has been found in lower level in the normal group than the groups of trichotillomania and OCD diagnosed groups.

OCD findings were evaluated by Leyton Obsessive Compulsive Inventory-Child and Adolescent Version. OCD group has been found significantly different from the trichotillomania and normal groups. There is no significant difference between the trichotillomania and normal groups.

According to the evaluation made by Child Depression Inventory, no difference has been found between trichotillomania and OCD groups.But a significant differenciation has been found between these groups and the normal group.

Children Behavior Check List was assessed by the answers of the subjects' mothers. The Internalization group factors are in higher levels in the trichotillomania and OCD groups than the normal group.

Comorbidity is assessed by DSM-IV in trichotillomania. The highest comorbidity was with depression. None of the trichotillomania cases showed comorbidity with OCD.

In conclusion, the high level of trait anxiety, more Internalization symptoms on the behavior profile, comorbidity with higher percentage with depression and no comorbidity with OCD suggest the necessity of new studies and researches on etyopathogenesis of trichotillomania on more cases.

KAYNAKLAR

1. Achenbach T.M.: "The Child Behavior Profile: I. Boys 6-11": J. of Consulting and Clinical Psychology, V.46, 478-488, 1978.
2. Achenbach T.M. and Craig S. Edelbrock: "The Child Behavior Profile: II. Boys Aged 12-16 and Girls Aged 6-11 and 12-16". J. of Consulting and Clinical Psychology. V.47, No:2, 223-233, 1979.
3. Akçakın M.: "Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeğinin Tanıtımı ve Güvenirlik Çalışması." Psikoloji Dergisi. Cilt 5, Sayı 18, 3-6, Temmuz 1985.
4. Aljabre Salih H.M.: "Trichotillomania: Trichotillosis, A Trichotillotic, or A Tic Trichotillosis." International Journal of Dermatology: Cameo Vol.32, No:11, November 1993.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington 1994.
6. Andresen Jeffry J.: Rapunzel: The symbolism of the cutting of hair. J. Am. Pshchoanal. Assoc. 28, 69-88, 1980.
7. Baer Lee: Behavior Therapy for OCD and Trichotillomania. Advances in Neurology. Ed: Chase T.N., Friedhoff A.J. and Cohen D.J. Raven Press Ltd. 58, 333-340, New York 1992
8. Blum Nathan J., Barone Vincent J., Friman Patrick C.: A Simplified Behavioral Treatment for Trichotillomania: Report of Two Cases. Experience and Reason 993-995.
9. Buxbaum Edith: Hair Pulling and Fetishism. The Psychoanalytic Study of the Child. International Universities Press, 15, 243-260, New York 1960.
10. Christenson Gary A., Chernoff - Clementz Elizabeth, and Clementz Brett A.: Personality and Clinical Characteristics in Patients with Trichotillomania. J. Clin Psychiatry, 53:11, 407-413, Nov.1992.

11. Christenson Gary A., Mackenzie Thomas B. and Mitchell James E.: Characteristics of 60 Adult Chronic Hair Pullers. Am.J. Psychiatry, 148:3, 365-370, March 1991.

12. Christenson Gary A., Mackenzie Thomas B., Mitchell James E. and Callies Allan L.: A Placebo-Controlled, Double-blind Crossover Study of Fluoxetine in Trichotillomania. Am.J. Psychiatry, 148:11, 1566-1571, Nov. 1991.

13. Christenson Gary A., Mackenzie Thomas B.,, Reeve Elizabeth A.: Familial Trichotillomania. Am.J. Psychiatry-Letters to the Editor 149:2, 283, February 1992.

14. Christenson Gary A., Popkin Michael K., Mackenzie Thomas B., Realmuto George M.: Lithium Treatment of Chronic Hair Pulling. J. Clin. Psychiatry 52:3, 116-120, March 1991.

15. Christenson Gary A., Pyle Richard L. and Mitchell James E.: Estimated Lifetime Prevalence of Trichotillomania in College Students. J.Clin Psychiatry. 52:10, 415-417, October 1991.

16. Christenson Gary A., Raymond Nancy C., Faris Patricia L., Mc Allister Robin D., Crow Scott J., Howard Lynn A., and Mitchell James E.: Pain Thresholds are not elevated in Trichotillomania. Biol. Psychiatry 36, 347-349, 1994

17. Christenson Gary A., Ristvedt Stephen L. and Mackenzie Thomas B.: Identification of Trichotillomania Cue Profiles. Behav. Res.Ther. 31:3, 315-320, 1993.

18. Cotterill John A.: "Trichotillomania: A Manipulative Alopecia?" J.Clin Psychiatry 54:2, 182-183, February 1993.

19. Dean Jon T., Nelson Elliot and Moss Lori: "Pathologic Hair-Pulling: A Review of the Literature and Case Reports". Comprehensive Psychiatry 33:2, 84-91, March/April 1992.

20. Enta Tom: "Can you identify this condition?". Canadian Family Physician 40, 669-677, April 1994.

21. Friedman Ernest H.: Clomipramine Treatment of Trichotillomania. J.Clin. Psychiatry 52:11, 478-479, Nov.1991.

22. Friman Patrick C., Blum Nathan J., Rostain Anthony: "Is Hair Pulling Beningn?". J.Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 31:5, 991-992, Sep.1992.

23. Galski Thomas: "Hair Pulling (Trichotillomania)". Psychoanalytic Review 70(3), 331-346, Fall 1983.

24. Ghaziuddin M., Tsai Luke Y. and Ghaziuddin N.: Brief Report: Haloperidol Treatment of Trichotillomania in a Boy with Autism and Developmental Disorders 21:3, 365-371, 1991.

25. Graber Jacklyn and Arndt William B.: "Trichotillomania". Comprehensive Psychiatry 34:5 (Sep., Octo.), 340-346, 1993..

26. Gupta Sanjay, Freimer Martin: Trichotillomania, Clomipramine, Topical Steroids. Am. J. Psychiatry 150:3, 524, March 1993.

27. Hamdan - Allen Ghada: Brief Report: Trichotillomania in an Autistic Male. Journal of Autism and Developmental Disordes 21:1, 79-82, 1991.

28. Hamdan - Allen G.: "Trichotillomania in Childhood: Review Article". Acta Psychiatr. Scand.83, 241-243, 1991.

29. Holttum John R., Lubetsky Martin J. And Eastman Laurie E.: Comprehensive Management of Trichotillomania in a Young Autistic Girl. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry - Case Study 33:4, 577-581, May 1994.

30. Hussain Shahin H: "Trichotillomania: two case reports from a similar cultural background". Psychopatology: Orijinal paper 25, 289-293, 1992.

31. Ihm C.W. Han J.H.: Diagnostic Value of Exclamation Mark Hairs. Dermatology 18, 99-102, 1993.

32. Kerbeshian Jacob, Burd Larry: Familial Trichotillomania. Am. J. Psychiatry - Letters to the Editor 148:5, 684, May 1991.

33. King Robert A., Schahill Larry, Vitulano Lawrence A., Schwab - Stone Mary, Tercyak Kenneth P. and Riddle Mark A.: Childhood Trichotillomania: Clinical Phenomenology, Comorbidity, and Family Genetics. J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 34:11, 1451-1459, Nov.1995.

34. King Robert A., Zohar Ada H., Ratzoni Gıdı, Binder Monica, Kron Shmuel, Dycian Anat, Cohen Donald J., Pauls David L. and Apter Alan: An Epidemiological Study of Trichotillomania in Israeli Adolescents. J.Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 34:9, 1212-1215, September 1995.

35. Lenane Marge C., Swedo Susan E., Rapoport Judith L., Leonard Henrietta, Sceery Walter and Guroff Juliet J.: Rates of OCD in First Degree Relatives of Patients with Trichotillomania: a Research Note. J.Child. Psychol. Psychiat. 33:5, 925-933, 1992.

36. Mahr Greg: Fenfluramine of Trichotillomania - Case Report. Psychosomatics-Letters 34:3, 284-285, June 1993.

37. Martin Alex, Pigott Teresa A., Lalonde François M., Dalton Irene, Dubbert Billinda, and Murphy Dennis L.: Lack of Evidence for Huntington's Disease-like Cognitive Dysfunction in OCD. Biol. Psychiatry 33, 345-353, 1993.

38. Mannino Fortune V. and Delgado Rafael A.: Trichotillomania in Children: A Review. Am.J. Psychiat. 126:4, 505-511, October 1969.

39. Mc. Elroy Susan L., Hudson James I., Pope Harrison G., Keck Paul E., and Aizley Harlyn G.: "The DSM-III-R Impulse Control Disorders not elsewhere classified: Clinical Characteristics and relationship to other Psychiatric Disordes" Am.J. Psychiatry 149:3, March 1992.

40. Meiers H.G., Rechenberger H.G. und Rechenberger I.: Trichotillomanie. Der Hautarzt 24, 248-252, Springer - Verlag 1973.

41. Moffaert Myriam Van: Psychodermatology: An Overview, Psychother. Psychosom.-Special Article 58, 125-136, 1992.

42. Naylor Michael W., Grossman Meg, Arbor Ann.: "Trichotillomania and Depression" J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry: Letters to the Editor 30:1, January 1991.

43. Öy Belma: "Çocuklar için Depresyon Ölçeğinin Öğrenciler ve Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Çocuklarda Uygulanması." Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, 1990.

44. Özusta H.Şeniz: Çocuklar için Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 10 (34), 32-44, 1995.

45. Palulu Nilgün: Obsessif Kompulsif Bozukluğun İlkokul ve Ortaokul Çocuklarında Görülme Sıklığı: Norm Çalışması (Yüksek Lisans), Ankara 1993.

46. Popkin Michael K.: Trichotillomania: Impulse Control Disordes not elsewhere classified. In Comprehensive Textbook of Psychiatry / V Ed.: Kaplan Harold I., Sadock Benjamin J. Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland 1989.

47. Price Vera H.: Disorders of the Hair in Children (Symposium on Pediatric Dermatology). Pediatric Clinics of North America 25:2, 305-320, May 1978.

48. Reeve Elizabeth A., Bernstein Gail A. and Christenson Gary A.: "Clinical Characteristics and Psychiatric Comorbidity in Children with Trichotillomania". J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 31:1, 132-138, January 1992.

49. Reid Timothy: Treatment of Resistant Trichotillomania with Paroxetine. Am. J. Psychiatry 151:2, 290, February 1994.

50. Schneider Doron, Janniger Camila K.: Trichotillomania Cutis (Pediatrics) 53, 289-294, June 1994.

51. Sheikha Sabri H., Wagner Karen Dineen, Wagner Richard F.: Fluoxetine Treatment of Trichotillomania and Depression in a Prepubertal Child. Cutis 51, 50-52, Jan 1993.

52. Shome S., Bhatia M.S., Gautam R.K.: "Culture-Bound Trichotillomania". Am. J. Psychiatry: Letters to the Editor 150:4, April 1993.

53. Slagle Dodge A., Martin III. Thomas A.: Trichotillomania AFP 43:6, 2019-2024, June 1991.

54. Stanley Melinda A., Swann Alan C., Bowers Theron C., Davis Michelle L., Taylor Deborah J.: A comparison of clinical features in trichotillomania and obsessive compulsive disorder. Behav. Res. Ther. 30:1, 39-44, 1992.

55. Stein Dan J. and Hollander Eric: Low - Dose Pimozide Augmentation of Serotonin Reuptake Blockers in the Treatment of Trichotillomania. J. Clin. Psychiatry 53:4, 123-126, April 1992.

56. Stroud James D.: Hair Loss in Children. Pediatric Clinics of North America 30:4, 641-657, August 1983.

57. Sunkureddi Krishna, Markovitz Paul: Trazodone Treatment of OCD and Trichotillomania. Am. J. Psychiatry 150:3, 523-524, March 1993.

58. Swedo Susan E.: "Trichotillomania". In Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America: Anxiety disorders. Ed. Melvin Lewis W.B., Leonard Henrietta L. W.B. Saunders Company Philadelphia 2:4, 685-694, October 1993.

59. Swedo Susan E., Lenane Marge C., Leonard Henrietta L.: Long-term Treatment of Trichotillomania (Hair Pulling). The New England Journal of Medicine - Correspondence July 8, 329:2, 141-142, 1993.

60. Swedo Susan E. and Leonard Henrietta L.: "Trichotillomania: An Obsessive Compulsive Spectrum Disorder?". In The Psyhiatric Clinics of North America: Obsessional Disorders. Ed: Jenike Michael A. W.B. Saunders Company, Philadelphia 15:4, 777-790, December 1992.

61. Swedo Susan E. and Rapoport Judith L.: Annotation: Trichotillomania. J.Child Psychol Psychiat. 32:3, 401-409, 1991.

62. Swedo Susan E., Rapoport Judith L., Leonard Henrietta L., Schapiro Mark B., Rapoport Stanley I., Grady Cherly L.: Regional Cerebral Glucose Metabolism of Women with Trichotillomania. Arch. Gen. Psychiatry 48, 828-833, September 1991.

63. Tanquary John: "Trichotillomania and Body Dysmorphic Disorder". J. Clin. Psychiatry: Letters to the Editor 55:1, 35, January 1994.

64. Tattersall Mark L.: Further Comments on Trichotillomania. Am. J. Psychiatry - Letters to the Editör 149:2, 284, February 1992.

65. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines, Oxford University Press, Geneva 1992.

66. Vitulano Lawrence A., King Robert A., Scahill Lawrence, Cohen Donald J.: Behavioral Treatment of Children and Adolescents with Trichotillomania. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry - Case Study 31:1, 139-146, Jan. 1992.

67. Wadlington William B., Rose Michael and Holcomb George W.: Complications of Trichobezoars: A 30 - Year. Southern Medical Journal 85:10, 1020-1022, October 1992.

68. Watson T. Steuart, Allen Keith D.: Elimination of Thumb Sucking as a Treatment for Severe Trichotillomania. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 32:4, 830-834, July 1993.

69. Winchel RM, Jones TS,Molcho Avraham, Parsons Bruce, Stanley Barbara and Stanley Michael: The Psychiatric Institute Trichotillomania Scale (PITS). Psychopharmacology Bulletin 28:4, 463-476, 1992.

70. Yung Paul M.B.: Treatment for Trichotillomania. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 32:4, 878, July 1993.

71. Zaidens Sadie H.: "Self-Inflicted Dermatoses and their psychodynamics". J. Nerv - Ment. Dis. 113, 395-404, 1951.

Ek 1: SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

"NASIL HİSSEDİYORUM" ANKETİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. "hemen hemen hiç" mi, "bazen" mi, yoksa "sık sık" mı? Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye birşey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Genellikle nasıl hissettiğinizi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Yanlış yapacağım diye endişelenirim....( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
2. Ağlayacak gibi olurum.....( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
3. Kendimi mutsuz hissederim.....( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
4: Karar vermekte güçlük çekerim.....( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
5. Sorunlarımla yüzyüze gelmek bana zor gelir.....( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
6. Çok fazla endişelenirim..... ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
7. Evde sinirlerim bozulur.....( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
8. Utangacım..... ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
9. Sıkıntılıyım..... ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
10. Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder.....( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
11. Okul beni endişelendirir..... ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
12. Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim..... ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
13. Kalbimin hızlı hızlı çarptığını farkederim.....( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
14. Nedenini bilmediğim korkularım var.....( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
15. Annem-babam için endişelenirim.....( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
16. Ellerim terler.....( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
17. Kötü birşeyler olacak diye endişelenirim..... ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
18. Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim.....( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
19. Karnımda bir rahatsızlık hissederim..... ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık
20. Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir..... ( )hemen hemen hiç ( )bazen ( )sık sık

Ek 2: DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

"NASIL HİSSEDİYORUM" ANKETİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve şu anda nasıl hissetiğinize karar verin. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye birşey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam bu anda, bu dakikada nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Kendimi ( )çok sakin hissediyorum ( )sakin hissediyorum ( )sakin hissetmiyorum
2. Kendimi ( )çok öfkeli hissediyorum ( )öfkeli hissediyorum ( )öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi ( )çok huzurlu hissediyorum ( )huzurlu hissediyorum ( )huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi ( )çok sinirli hissediyorum ( )sinirli hissediyorum ( )sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi ( )çok huzursuz hissediyorum ( )huzursuz hissediyorum ( )huzursuz hissetmiyorum
6. Kendimi ( )çok dinlenmiş hissediyorum ( )dinlenmiş hissediyorum ( )dinlenmiş hissetmiyorum
7. Kendimi ( )çok ürkmüş hissediyorum ( )ürkmüş hissediyorum ( )ürkmüş hissetmiyorum
8. Kendimi ( )çok rahatlamış hissediyorum( )rahatlamış hissediyorum ( )rahatlamış hissetmiyorum
9. Kendimi ( )çok endişeli hissediyorum ( )endişeli hissediyorum ( )endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi ( )çok hoşnut hissediyorum ( )hoşnut hissediyorum ( )hoşnut hissetmiyorum
11. Kendimi ( )çok korkmuş hissediyorum ( )korkmuş hissediyorum ( )korkmuş hissetmiyorum
12. Kendimi ( )çok mutlu hissediyorum ( )mutlu hissediyorum ( )mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden ( )çok eminim ( )eminim ( )emin değilim
14. Kendimi ( )çok iyi hissediyorum ( )iyi hissediyorum ( )iyi hissetmiyorum
15. Kendimi ( )çok başım dertte hissediyorum ( )başım dertte hissediyorum ( )başım dertte hissetmiyorum
16. Birşeylerin beni ( )çok rahatsız ettiğini hissediyorum ( )rahatsız ettiğini hissediyorum ( ) rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17. Kendimi ( )çok keyifli hissediyorum ( )keyifli hissediyorum ( )keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi ( )çok dehşete kapılmış hissediyorum ( )dehşete kapılmış hissediyorum ( )dehşete kapılmış hissetmiyorum.
19. Kafamda ( )herşeyi çok karmakarışık hissediyorum ( )herşeyi karmakarışık hissediyorum ( )hiçbirşeyi karmakarışık hissetmiyorum
20. Kendimi ( )çok neşeli hissediyorum ( )neşeli hissediyorum ( )neşeli hissetmiyorum

Ek 3: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

A)1-Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2-Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3-Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B)1-İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2-İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim
3-İşlerim yolunda gidecek

C)1-İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2-İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.
3-Herşeyi yanlış yaparım.

D)1-Birçok şeyden hoşlanırım.
2-Bazı şeylerden hoşlanırım.
3-Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E)1-Herzaman kötü bir çocuğum.
2-Çoğu zaman kötü bir çocuğum
3-Arada sırada kötü bir çocuğum

F)1-Arada sırada başıma kötü birşeylerin geleceğini düşünüyorum.
2-Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3-Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

G)1-Kendimden nefret ederim.
2-Kendimi beğenmem
3-Kendimi beğenirim.

H)1-Bütün kötü şeyler benim hatam.
2-Kötü şeylerin bazısı benim hatam.
3-Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I)1-Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2-Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3-Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ)1-Hergün içimden ağlamak gelir.
2-Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3-Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J)1-Herşey herzaman beni sıkar.
2-Herşey sık sık beni sıkar.
3-Herşey arada sırada beni sıkar.

K)1-İnsanlarla birlikte olmaktan hoşlanırım.
2-Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3-Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

L)1-Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2-Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.

M)1-Güzel yakışıklı sayılırım.
2-Güzel yakışıklı olmayan yanlarım var.
3-Çirkinim.

N)1-Okul ödevlerimi yapmak için herzaman kendimi zorlarım.
2-Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3-Okul ödevlerimi yapmak.sorun değil.

O)1-Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2-Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3-Oldukça iyi uyurum.

Ö)1-Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2-Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3-Herzaman kendimi yorgun hissederim.

P)1-Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2-Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3-Oldukça iyi yemek yerim.

R)1-Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2-Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3-Herzaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S)1-Kendimi yalnız hissetmem.
2-Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3-Herzaman kendimi yalnız hissederim.

Ş)1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T)1-Birçok arkadaşım var.
2-Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3-Hiç arkadaşım yok..

U)1-Okul başarım iyi.
2-Okul başarım eskisi kadar iyi değil.
3-Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

Ü)1-Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2-Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3-Diğer çocuklar kadar iyiyim.

V)1-Kimse beni sevmez.
2-Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3-Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y)1-Bana söyleneni genellikle yaparım.
2-Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3-Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z)1-İnsanlarla iyi geçinirim.
2-İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3-İnsanlarla herzaman kavga ederim.

Ek 4: Leyton Obsessif Kompulsif Envanteri Çocuk ve Ergen Formu (20 Maddelik)

Çocuğun Adı ve Soyadı	:	Annenin Eğitimi	:
Çocuğun Cinsiyeti	:	Annenin İşi	:
Çocuğun Doğum Tarihi	:	Annenin Yaşı	:
Çocuğun Yaşı	:	Babanın Eğitimi	:
Okul / Sınıf	:	Babanın İşi	:
Günün Tarihi	:	Babanın Yaşı	:

Aşağıdaki maddeleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa "EVET"i, uygun değilse "HAYIR"ı işaretleyiniz. Eğer cevabınız "EVET" ise yanındaki sayılardan sizin için uygun olanı daire içine alınız.

Cevabınız "EVET" ise;

0-Bu alışkanlık, yapmak istediğim diğer şeyleri engellemiyor.
1-Bu alışkanlık, beni biraz engelliyor ya da çok az zamanımı alıyor.
2-Bu alışkanlık, yapmak istediğim şeyleri engelliyor ve zamanımın bir kısmını alıyor.
3-Bu alışkanlık, birçok şeyi yapmamı engelliyor ve çok fazla zamanımı alıyor.

	HAYIR	EVET	
1. Sıklıkla yapmak zorunda olmadığınızı bile bile bazı şeyleri yapmaya kendinizi mecbur hisseder misiniz?	☐	☐	0 1 2 3
2. Düşünceler ya da kelimeler aklınızdan tekrar tekrar geçer mi?	☐	☐	0 1 2 3
3. Bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol eder misiniz?	☐	☐	0 1 2 3
4. Kirden ve kirli şeylerden tiksinir, nefret eder misiniz?	☐	☐	0 1 2 3
5. Başkasının dokunduğu ya da kullandığı birşeyin sizin için artık kirlenmiş olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	0 1 2 3
6. Yeterince temiz olup olmadığınız konusunda endişelenir misiniz?	☐	☐	0 1 2 3
7. Ellerinizin temiz olmasına çok özen gösterir misiniz?	☐	☐	0 1 2 3
8. Gece yatarken eşyalarınızı mutlaka düzgün biçimde kaldırır mısınız?	☐	☐	0 1 2 3

	HAYIR	EVET	
9. Okula arkadaşlarınız sıranızı karıştırırlarsa öfkelenir misiniz?	☐	☐	0 1 2 3
10. Ev ya da okul ödevlerini doğru yaptığınızdan emin olana kadar onları kontrol ederek zaman harcar mısınız?	☐	☐	0 1 2 3
11. Tamamen doğru olduğundan emin olmadan önce belli bir sayıda tekrar tekrar yaptığınız şeyler var mıdır?	☐	☐	0 1 2 3
12. Sürekli olarak saydığınız ya da aklınızdan geçirdiğiniz sayılar var mıdır?	☐	☐	0 1 2 3
13. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığınız için okul ödevlerini ya da günlük işlerinizi bitirmekte güçlük çeker misiniz?	☐	☐	0 1 2 3
14. İçinizden birçok kere tekrarladığınız ve bazı şeyleri o sayı kadar yaptığımız özel bir sayınız var mıdır?	☐	☐	0 1 2 3
15. Hiçkimse kötü olduğunu düşünmediği halde yaptığınız bazı şeylerden dolayı kendinizi kötü hisseder misiniz?	☐	☐	0 1 2 3
16. Bazı şeyleri tam olarak istediğiniz gibi yapamayınca üzülür müsünüz?	☐	☐	0 1 2 3
17. Karar vermede güçlük çeker misiniz?	☐	☐	0 1 2 3
18. Yaptığınız şeyleri doğruluğundan emin olmadığınız için, tekrar tekrar yapar mısınız?	☐	☐	0 1 2 3
19. Şanssızlıktan korunmak için özel olarak yaptığınız bir davranış ya da söylediğiniz söz var mıdır?	☐	☐	0 1 2 3
20. Şanssızlık ya da kötülüklerden kurtulmak için kullandığınız özel sayılar ya da kelimeler var mıdır?	☐	☐	0 1 2 3

Ek 5: Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği

Aşağıda çocukları anlatan maddeler sıralanmıştır. Bu maddeleri, çocuğunuzun bugünkü veya son 6 ayki durumunu düşünerek değerlendiriniz. Eğer madde çocuğunuz için çok geçerli (doğru) veya genellikle doğru ise 2'yi; bir dereceye kadar doğru veya bazan doğru ise 1'i; doğru değilse 0'ı yuvarlak içine alınız. Lütfen her maddeyi elinizden geldiğince iyi değerlendirmeye çalışın.

0= Doğru değil (bildiğiniz kadarı ile)	1=Bir dereceye kadar veya bazan doğru	2= Çok doğru veya genellikle doğru

0 1 2 1. Yaşına göre çok küçük davranışlarda bulunur.
0 1 2 2. Alerjisi vardır (Açıklayınız)

0 1 2 3. Çok münakaşa eder.
0 1 2 4. Astımı vardır.
0 1 2 5. Karşı cins gibi davranır.
0 1 2 6. İhtiyacını tuvaletin dışında giderme alışkanlığı vardır.
0 1 2 7. Övünür.
0 1 2 8. Dikkatini bir noktada toplayamaz, bir faaliyete uzun süre dikkatini veremez.
0 1 2 9. Aklını bazı düşüncelerden alamaz, sabit fikirleri vardır (Açıklayınız)

0 1 2 10. Hareketsiz oturamaz, rahat duramaz, aşırı hareketlidir.
0 1 2 11. Büyüklere yapışır veya aşırı bağımlıdır.
0 1 2 12. Yalnızlıktan şikayet eder.
0 1 2 13. Bulanık düşünceli veya dalgındır.
0 1 2 14. Çok ağlar.
0 1 2 15. Hayvanlara karşı zalimdir.
0 1 2 16. Zalimdir, zorbadır veya başkalarına karşı kötüdür.
0 1 2 17. Hayal kurar veya düşüncelere dalar.
0 1 2 18. Kendine kasten zarar verir veya intihara teşebbüs eder.
0 1 2 19. Çok ilgi ister.
0 1 2 20. Kendi eşyalarını tahrip eder.
0 1 2 21. Kendi ailesine veya başka çocuklara ait eşyaları tahrip eder.
0 1 2 22. Evde itaatsizdir.
0 1 2 23. Okulda itaatsizdir.
0 1 2 24. İyi yemez.
0 1 2 25. Diğer çocuklarla geçinmez.
0 1 2 26. Yaramazlık yaptıktan sonra suçluluk duymuyormuş gibi gelir.
0 1 2 27. Kolay kıskanır.
0 1 2 28. Yemek olmayan şeyleri yer veya içer (Açıklayınız)

0 1 2 29. Bazı hayvanlardan, durumlardan veya okul dışında bazı yerlerden korkar (Açıklayınız).

0 1 2 30. Okula gitmekten korkar.
0 1 2 31. Kötü birşey düşünmekten ya da yapmaktan korkar.
0 1 2 32. Kusursuz olması gerektiğini düşünür.
0 1 2 33. Kimsenin onu sevmediğini hisseder veya bundan şikayet eder.
0 1 2 34. Başkalarının ona karşı kasıtları olduğu hissine kapılır.
0 1 2 35. Kendini değersiz hisseder veya aşağılık duygusu vardır.
0 1 2 36. Çok incinir,kazaya yatkındır.
0 1 2 37. Birçok kavgaya girer.
0 1 2 38. Alay edilmeye müsaittir.
0 1 2 39. Başı derde giren çocuklarla birlikte olur.
0 1 2 40. Olmayan şeyleri duyar (Açıklayınız).

0 1 2 41. Fevrîdir veya düşünmeden hareket eder.
0 1 2 42. Yalnız kalmaktan hoşlanır.
0 1 2 43. Yalan söyler veya çalar.
0 1 2 44. Tırnaklarını yer.
0 1 2 45. Sinirli, hassas veya gergindir.
0 1 2 46. Sinirli hareketleri veya tikleri vardır (Açıklayınız).

0 1 2 47. Kabus görür.
0 1 2 48. Diğer çocuklar tarafından sevilmez.
0 1 2 49. Kabızdır, bağırsakları çalışmaz.
0 1 2 50. Çok korkar veya endişelidir.
0 1 2 51. Başı döner.
0 1 2 52. Çok suçlu hisseder.
0 1 2 53. Aşırı yer.
0 1 2 54. Aşırı yorgundur.
0 1 2 55. Aşırı şişmandır.
0 1 2 56. Tıbbi neden olmaksızın fiziksel problemler:
- a. Sızılar veya ağrılar
- b. Baş ağrıları
- c. Bulantı, kendini hasta hissetme
- d. Gözlerinden sorunlu (Açıklayınız)

- e. Kızarıklıklar veya diğer deri sorunları
- f. Karın ağrıları veya kramplar
- g. Kusma
- h. Diğer (Açıklayınız)

0 1 2 57. İnsanlara fiziksel olarak saldırır.
0 1 2 58. Burun, deri ve vücudun diğer kısımlarını kurcalar (Açıklayınız)

0 1 2 59. Umumi yerlerde kendi cinsel organlarıyla oynar.
0 1 2 60. Kendi cinsel organlarıyla çok oynar.
0 1 2 61. Derslerinde zayıftır.
0 1 2 62. Sakar veya hantaldır.
0 1 2 63. Kendinden büyük çocuklarla oynamayı tercih eder.
0 1 2 64. Kendinden küçük çocuklarla oynamayı tercih eder.
0 1 2 65. Konuşmayı reddeder.
0 1 2 66. Bazı davranışları üst üste tekrarlar, tekrarlamak zorundaymış gibi hisseder (Açıklayınız).

0 1 2 67. Evden kaçar.
0 1 2 68. Çok bağırır.
0 1 2 69. Sır saklar, ketumdur.
0 1 2 70. Olmayan şeyleri görür (Açıklayınız).

0 1 2 71. Kolayca utanır.
0 1 2 72. Ateş yakar.
0 1 2 73. Cinsel sorunları vardır (Açıklayınız).

0 1 2 74. Gösteriş veya soytarılık yapar.
0 1 2 75. Çekingen veya sıkılgandır.
0 1 2 76. Çoğu çocuktan daha az uyur.
0 1 2 77. Gündüz ve/veya gece çoğu çocuktan daha çok uyur (Açıklayınız).

0 1 2 78. Dışkısını etrafa bulaştırır veya onunla oynar.
0 1 2 79. Konuşma sorunu vardır (Açıklayınız).

0 1 2 80. Boş boş bakakalır.
0 1 2 81. Evde çalar.
0 1 2 82. Ev dışında çalar.
0 1 2 83. İhtiyacı olmayan şeyleri biriktirir (Açıklayınız).

0 1 2 84. Garip davranışları vardır (Açıklayınız).

0 1 2 85. Garip fikirleri vardır (Açıklayınız).

0 1 2 86. İnatçı, somurtkan veya terstir.
0 1 2 87. Mizacında veya duygularında ani değişiklikler olur.
0 1 2 88. Çok surat asar.
0 1 2 89. Şüphecidir.
0 1 2 90. Küfreder veya müstehcen dil kullanır.
0 1 2 91. Kendini öldürmekten söz eder.
0 1 2 92. Uykusunda konuşur veya yürür (Açıklayınız).

0 1 2 93. Çok konuşur.
0 1 2 94. Çok şaka yapar.
0 1 2 95. Huysuzluk nöbetleri vardır veya çabuk kızar.
0 1 2 96. Seks hakkında fazla düşünür.
0 1 2 97. İnsanları tehdit eder.
0 1 2 98. Parmak emer.
0 1 2 99. Düzenlilik veya temizlik ile fazla ilgilidir.
0 1 2 100. Uyumakta zorluk çeker (Açıklayınız).

0 1 2 101. Okuldan kaçar.
0 1 2 102. Hareketsizdir, yavaş hareket eder veya enerji noksanlığı vardır.
0 1 2 103. Mutsuz, üzgün veya canı sıkkındır.
0 1 2 104. Alışılagelmişin dışında gürültücüdür.
0 1 2 105. Alkol veya uyuşturucu kullanır (Açıklayınız).

0 1 2 106. Tahripkârdır (yıkar, bozar.).
0 1 2 107. Gündüz altını ıslatır.
0 1 2 108. Yatağını ıslatır.
0 1 2 109. Sızlanır.
0 1 2 110. Karşı cinsten olmak ister.
0 1 2 111. İçine kapanıktır veya başkalarıyla ilişkiye girmez.
0 1 2 112. Kuruntuludur.
0 1 2 113. Çocuğunuzun yukarıda belirtilmemiş başka herhangi bir problemi varsa lütfen belirtiniz.

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2