



**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**TRİKOTİLLOMANİ TANILI ÇOCUK ve ERGENLERDE KLİNİK
ÖZELLİKLER ve EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Nesrin TÜRK

**ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

GAZİANTEP

2020

**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**TRİKOTİLLOMANİ TANILI ÇOCUK ve ERGENLERDE KLİNİK
ÖZELLİKLER ve EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Nesrin TÜRK

**ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cem GÖKÇEN**

**GAZİANTEP
2020**

TEZ ONAY SAYFASI

T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİMDALI

TRİKOTİLLOMANİ TANILI ÇOCUK ve ERGEN HASTALARDA KLİNİK
ÖZELLİKLER VE EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Dr. Nesrin TÜRK
13.11.2020

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

İmza.....
Prof. Dr.Can DEMİREL

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

İmza.....
Prof.Dr.Cem GÖKÇEN
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Prof.Dr.Cem GÖKÇEN
Anabilim Dalı Başkanı
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ :

1. Prof.Dr.Cem GÖKÇEN.....
2. Doç.Dr.Hatice ALTUN.....
3. Dr. Öğretim Üyesi Zehra TOPAL.....

I. TEŞEKKÜR

Hekimlik hayatım boyunca her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen eşim Dr. Abdurrahman TÜRK'e tüm kalbimle sevgi, saygı ve şükranlarımı iletiyorum.

Yaşamım boyunca bana katkı sağlamış, üzerimde emeği olan ve desteklerini esirgemeyen annem, babam ve kardeşlerime,

Asistanlık eğitimim ve hekimlik sürecimde bana yol gösteren, mesleki ve kişisel gelişimime katkı sağlayan hocalarım Prof. Dr. Cem Gökçen, Dr. Öğretim Üyesi Mehmet Karadağ, Dr. Öğretim Üyesi Zehra Topal'a

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım ve yardımlarını esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma, sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Nesrin TÜRK
GAZİANTEP-2020

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	iii
II. İÇİNDEKİLER	iv
III. ÖZET	vi
IV. ABSTRACT	vii
V. KISALTMALAR	viii
VI. TABLO LİSTESİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TRİKOTİLLOMANİ (TTM)	3
2.2. TANIM VE TARİHÇE	3
2.3. TANISAL SINIFLANDIRMA	4
2.3.1. Epidemiyoloji	5
2.3.2. Etiyoloji	6
2.3.2.1. Genetik faktörler	6
2.3.2.2. Nöropsikolojik faktörler	8
2.3.2.3. Nöro-görüntüleme	8
2.3.2.4. Nörokimyasal faktörler	9
2.3.2.5. Psikanalitik Görüşler	10
2.3.2.6. Psikososyal Faktörler	11
2.4. KOMORBİDİTE	11
2.4.1. TTM ve DEHB	12
2.4.2. TTM ve Anksiyete Bozuklukları	13
2.4.3. TTM ve Depresif Bozukluklar	14
2.4.4. TTM ve OKB	15
2.4.5. Beden Odaklı Yinelemeli Davranış Bozukluğu, Deri Yolma Bozukluğu ve TTM	16
2.4.6. TTM ve Tık Bozuklukları	19
2.4.1. TTM ve Travma ve Tetikleyici Stresörle İlişkili Bozukluklar	19
2.4.2. TTM ve Yeme Bozuklukları	21
2.5. KLİNİK ÖZELLİKLER	22
2.5.1. Genel Klinik Özellikler	22
2.5.2. Çocuklardaki Gelişim Dönemlerine Göre TTM	25
2.5.2.1. Okul öncesi çağıdaki çocuklarda TTM (0-6 yaş) ve okul çağı çocuklarında (6-10 yaş) TTM: ..	25
2.5.2.2. Ergenlik Dönemi:	26
2.6. KOMPLİKASYONLAR	26
2.7. KLİNİK DEĞERLENDİRME VE AYIRICI TANI	27
2.7.1. Klinik Değerlendirme	27
2.7.1.1. Öykü	27
2.7.1.2. Fizik muayene	28
2.7.1.3. Histolojik değerlendirme	29
2.7.1.4. Psikometrik değerlendirme	29

2.7.2.	Ayırıcı tanı	30
2.7.2.1.	Alopesi Areata:.....	30
2.7.2.2.	Telojen Efluvium:	30
2.7.2.3.	Traksiyon Alopesi:	31
2.7.2.4.	Gevşek Anajen Sendromu;.....	31
2.8.	TEDAVİ	31
2.8.1.1.	Psikoterapötik Müdahaleler.....	32
2.8.1.2.	Alışkanlığı Geri Çevirme Terapisi.....	32
2.8.1.3.	Bilişsel Davranışçı Terapi.....	33
2.8.1.4.	Psikofarmakolojik Müdahaleler	35
2.8.1.4.1.	N-AsetilSistein (NAC)	35
2.8.1.4.2.	Antidepresanlar	35
2.8.1.4.3.	Antipsikotikler	37
2.8.1.5.	Eş Tanı Durumlarında Tedavi	37
2.9.	YAŞAM KALİTESİ	38
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1.	ARAŞTIRMANIN DESENİ.....	39
3.2.	ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	39
3.3.	ARAŞTIRMA EVRENİ.....	39
3.4.	ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ	39
3.4.1.	Araştırmaya dahil edilme kriterleri	39
3.4.2.	Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri	40
3.5.	ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİ VE YÖNTEM.....	40
3.6.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	40
3.6.1.	Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	40
3.6.2.	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli.....	41
3.6.3.	Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Çocuk Formu	42
3.6.4.	Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Aile Formu	42
3.7.	İSTATİSEL DEĞERLENDİRME	43
4.	BULGULAR	44
4.1.	TANIMLAYICI BULGULAR.....	44
4.2.	OLGULARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ	46
4.3.	EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK TANILAR.....	49
4.4.	ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ –YENİLENMİŞ ÇOCUK VE AİLE FORMU	55
4.5.	YAŞ GRUPLARI AÇISINDAN İSTATİSEL BULGULAR	57
5.	TARTIŞMA.....	59
5.1.	OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	59
5.2.	EŞLİK EDEN KLİNİK TANILAR	61
6.	SONUÇ	66
7.	KAYNAKLAR	67
8.	EKLER.....	1

ÖZET

TRİKOTİLLOMANİ TANILI ÇOCUK ve ERGENLERDE KLİNİK ÖZELLİKLER VE EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Dr. Nesrin TÜRK

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cem GÖKÇEN

KASIM-2020, 79 sayfa

Trikotillomani (TTM, saç yolma bozukluğu), tekrarlayan saç çekme davranışına bağlı olarak belirgin düzeyde saç kaybının olduğu; sosyal ve yakın ilişkileri de içeren birçok alanda belirgin sıkıntı ve işlevsellikte bozulma ile karakterize bir bozukluktur. Ülkemizde TTM tanısı olan çocuk ve ergen olgular ile yapılan çalışmalar kısıtlı düzeydedir. Çalışmamızda TTM tanılı çocuk ve ergen olgularda genel klinik özellikler ve eşlik eden psikiyatrik tanımlar değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler ile güncel literatüre katkıda bulunulması hedeflenmiştir. Araştırmaya TTM tanısı alan ve bu tanı ile takip edilmekte olan 8-17 yaş arası 41 çocuk ve ergen hasta dahil edildi. Çalışmada Sosyodemografik Veri Formu, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY), Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Çocuk Formu (ÇADÖY-Ç), Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Aile Formu (ÇADÖY-A) kullanıldı. Çalışmamızda kadın/erkek oranı 1,5/1 idi. 41 olgunun 33'ünde (%80,5) kafa derisindeki saçlı deriden saç çekme olduğu saptandı. Kaş, kirpik ve kol bölgeleri kıl çekmenin yoğun olduğu diğer bölgelerdi. 17 (%41,5) olguda birden fazla alandan saç çekme mevcuttu. Yaşam boyu 37 olguda (%90,2), güncel 34 olguda (%82,9) en az bir ek psikiyatrik tanı mevcuttu. Yaşam boyu psikiyatrik ek tanılarda en sık Anksiyete Bozuklukları, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Tik Bozuklukları saptanırken; güncel psikiyatrik ek tanılarda ise en sık DEHB, Anksiyete Bozuklukları, Tik Bozuklukları saptanmıştır. Çalışmamızda TTM tanılı çocuk ve ergenlerde yüksek oranda psikiyatrik komorbidite saptanmıştır. TTM tanısında belirtileri bozukluğun bir parçası olarak görmek ve TTM tedavisine bütüncül yaklaşmak; TTM tanı ve tedavisinde önemli noktalardan biridir.

Anahtar kelimeler: Saç Yolma Bozukluğu, Klinik Özellikler, Komorbidite

III. ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS AND ACCOMPANYING PSYCHIATRIC DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH TRICHOTILLOMANIA

Dr. Nesrin Türk

CHILDREN AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH AND DISEASES
DEPARTMENT

Thesis Advisor: Prof. Dr. Cem Gökçen

November-2020, 79 pages

Trichotillomania (TTM, hair pulling disorder) indicates that there is significant hair loss due to repetitive hair pulling behavior; it is a disorder characterized by significant distress and impairment in functionality in many areas including social and close relationships. Studies conducted with children and adolescents diagnosed with TTM in our country are limited. In our study, general clinical features and accompanying psychiatric comorbidities were evaluated in children and adolescents with TTM. It is aimed to contribute to the current literature with the obtained data. Forty-one children and adolescents aged 8-17 years, diagnosed with TTM and which were followed up with this diagnosis were included in the study. In the study, Sociodemographic Data Form, Affective Disorders and Schizophrenia Interview Schedule for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), Revised Children's Anxiety and Depression Scale-Child Version, Revised Anxiety and Depression Scale-Parent Version was used. In our study, the female / male ratio was 1.5 / 1. It was found that 33 of 41 patients (80.5%) had hair pulling from the scalp. Eyebrows, eyelashes and arm were other areas where hair pulling was intense. Hair pulling occurred in more than one area in 17 (41.5%) patients. At least one additional lifetime psychiatric diagnosis was present in 37 cases (90.2%) whereas at least one additional present psychiatric diagnosis present in 34 cases (82.9%). Anxiety Disorders, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Tic Disorders were the most common lifetime psychiatric comorbidities; as for present psychiatric comorbidities, ADHD, Anxiety Disorders, Tic Disorders were found most frequently. High rate of psychiatric comorbidity was found in children and adolescents diagnosed with TTM in our study. Seeing symptoms as part of the disorder in the diagnosis of TTM; a holistic approach to TTM treatment is one of the most important points in the diagnosis and treatment of TTM.

Keywords: Hair Pulling Disorder, Clinical Features, Comorbidity

IV. KISALTMALAR

AN: Anoreksiya Nervoza

BB: Bipolar Bozukluk

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BN: Bulimiya Nervoza

BOS: Beyin omurilik sıvısı

ÇADÖY-A: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Aile Formu

ÇADÖY-Ç: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Çocuk Formu

ÇDŞG-ŞY-TV: Okul Çağı (6-18 yaş) Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Versiyonu

DB: Davranım Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DRD1: Dopamin D1 Reseptör

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

HRT: Habit Reverseal Therapy (Alışkanlığı Geri Çevirme Terapisi)

KGI: Klinik Global İzlem Ölçeği

KOKGB: Karşıt Olma, Karşı Gelme Bozukluğu

MDB: Majör (Yeğin) Depresif Bozukluk

NAC: N- Asetil Sistein

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

ÖF: Özgül Fobi

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TTM: Trikotillomani

TYB: Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

YDDB: Yıkıcı Duygudurum Düzenleme Bozukluğu

3-MHPG: 3-metoksi-4-hidroksifenil glikol

5-HIAA: 5-hidroksi indolasetik asit

5-HTR2A: Serotonin reseptör 2A



V. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: TTM, Deri yolma, Tırnak yeme özellikleri (Bohne ve ark. 2005)	18
Tablo 2: TTM, Deri yolma, Tırnak Yeme için muhtemel fiziksel işaretler ve komplikasyonlar (Bohne 2005).....	18
Tablo 3: Tourette Sendromu, OKB ve TTM özellikleri (Ferrão ve ark. 2009).....	20
Tablo 4: Eğitim durumu, gelir durumu, aile yapısı, kardeş sayısı dağılımları.....	45
Tablo 5: Cinsiyetler arası tanı yaşı değerlendirmesi	46
Tablo 6: Saç çekme bölgelerinin olgu sayısına göre dağılımı	47
Tablo 7: Saç çekme davranışının olduğu aktivitelerin olgu sayısına göre dağılımları ..	48
Tablo 8: Saç çekme sonrası saça uygulanan davranışların olgu sayısına göre dağılımları	48
Tablo 9: Güncel ve yaşam boyu toplam psikiyatrik hastalık sayısı ve ortalaması.....	50
Tablo 10: Güncel ve yaşam boyu psikiyatrik tanılarının sıklığı	54
Tablo 11: ÇADÖY-Ç ve ÇADÖY-A formu Raw skorları.....	55
Tablo 12: ÇADÖY-Ç ve ÇADÖY-A total anksiyete, total depresyon, total anksiyete ve depresyon Raw skorları arasındaki ilişki düzeyleri.....	56

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Trikotillomani (TTM, saç yolma bozukluğu), tekrarlayan saç (kıl) çekme davranışına bağlı olarak belirgin düzeyde saç kaybının olduğu bir klinik psikiyatrik tablodur (1). Bununla birlikte, TTM, özellikle sosyal ve yakın ilişkileri de içeren birçok alanda, belirgin sıkıntı ve işlevsellikte bozulma ile sonuçlanabilmektedir (2). Klinik olarak bakıldığında, kişide yineleyici olarak saç yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri mevcuttur (3).

TTM prevelansı; kesin tanı kriterleri, tanıdaki güçlükler ve hastaların sorunlu alanı göstermedeki isteksizliklerinden dolayı net olarak belirlenememektedir (4). Çocukluk çağında, erişkinliğe göre TTM prevelansının çok daha yüksek olduğu ve saç çekme davranışının genellikle çocukluk çağında başladığı bilinmekle birlikte, pediatrik TTM ile ilgili araştırmaların oldukça seyrek olduğu görülmektedir (5, 6). Saç çekme davranışı, sıklıkla erken yaşlarda, özellikle 10-13 yaşlarında, başlangıç göstermektedir ve kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir (5, 7-9). Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, çocuk ve ergen yaş grubunda kadın/erkek oranının birbirine yakın düzeyde olduğu görülürken, erişkin yaş gurubunda bu oranın daha yüksek düzeylerde olduğu görülmektedir (10-13).

TTM'nin etiyolojisinde birçok etken ileri sürülmüş olmakla birlikte, genetik yatkınlık, nörobiyolojik, nöroanatomik, evrimsel ve hormonal etkilerin etiyolojide rol alabileceği belirtilmektedir (14).

TTM tanısı olan çocuk ve ergen hastalarda sıklıkla kafa derisindeki saçlar çekilmekle birlikte; kaş, kirpik, kollar, bacaklar, koltuk altları, kulak içi, burundaki kıllar ve genital bölgedeki kıllar gibi bedenin herhangi bir bölgesindeki diğer kıllar da çekilebilmektedir (7). Kaşlar ve kirpikler, kafa derisinden sonra en yaygın kıl çekilen alanlardır (7, 10). Çocuklar genellikle sadece kafa derisindeki saçlı deriden kıl çekerler ve diğer bölgelerden kıl çekme olasılığı daha düşüktür (10, 11, 15).

Bazı hastalar sadece bir bölgeden saç çekebilirken, bazıları ise birkaç bölgeden çekebilmektedir (16).

TTM, çocukluk çağı alopesisinin yaygın nedenlerinden biridir (17). Ancak endokrinolojik anormallikler, genetik yatkınlık, sistemik hastalıklar, ilaçlar, diğer psikolojik bozukluklar, diyet, travma, enfeksiyonlar, otoimmünite ve yapısal saç bozuklukları gibi durumlar da saç dökülmesine veya alopesiye neden olabilmektedir (18). Etiyolojide birçok faktör olması nedeniyle hastalar aynı zamanda organik etiyoloji ve/veya psikopatolojiler açısından değerlendirilmelidir (19). TTM tedavi edilmediği takdirde, ciddi sosyal ve psikolojik işlev bozukluğunun yanı sıra çeşitli tıbbi komplikasyonlar ile sonuçlanabilmektedir (16, 20).

Alan yazında klinik ruhsal patolojilerin TTM tanısına sıklıkla eşlik ettiği görülmektedir (10, 11, 21). TTM tanılı çocuk ve ergenlerde komorbidite ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, TTM tanısına en sık Anksiyete Bozuklukları'nın eşlik ettiği görülmektedir (11, 22, 23). Anksiyete Bozuklukları dışında sıklıkla eşlik eden diğer tanılar ise Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Yıkıcı Davranış Bozuklukları ve Enürezis tanılarıdır (11, 22).

Ülkemizde TTM tanısı olan çocuk ve ergen olgularla yapılan çalışmalar kısıtlı düzeydedir. Çalışmamızda, TTM tanılı çocuk ve ergen olgularda genel klinik özellikler ve eşlik eden psikiyatrik tanılar değerlendirilmiştir. Çalışmamızda elde edilen veriler ile güncel literatüre katkıda bulunulması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Trikotillomani (TTM)

2.2. Tanım ve Tarihçe

TTM, tekrarlayan saç çekme davranışına bağlı olarak belirgin düzeyde saç kaybının olduğu bir klinik psikiyatrik tablodur (1). Bununla birlikte, TTM, özellikle sosyal ve yakın ilişkileri de içeren birçok alanda belirgin sıkıntı ve işlevsellikte bozulma ile sonuçlanabilmektedir (2). Yunanca’da thrix=saç(kıl), tillein=çekmek, mania=delilik kelimelerinin birleşiminden türetilen TTM terimi, ilk olarak 1889 yılında Fransız dermatolog Hallopeau tarafından tanımlanmıştır (24, 25). Hallopeau önceden yayımlamış olduğu başlangıç raporunu, 1894 yılında yayımladığı ek vaka raporu ve bu bozukluğun daha ayrıntılı anlatımıyla genişletmiştir. Hallopeau bozuklukla ilgili bazı temel özelliklerin olduğunu belirtmiştir. Bu özellikler: a) vücudun tüm saçlı bölgelerinde olan kaşıntı; b) hastayı rahatlatmak için kaşıntıdan saç yolmaya iten bir “delilik tipi”; c) uzun süreli; d) tedavi yetersizliği, şeklindedir. Bununla birlikte, Hallopeau’nun tanımlamalarından önceki tarihlerde de saç yolma ile ilişkili tıbbi kayıtların var olduğu düşünülmektedir. En erken tıbbi kayıtların ise eski Yunan hekim Hippokrat’a kadar dayandığı tahmin edilmektedir. Literatürdeki bazı yayınlarda, Hippokrat’ın saç yolmanın rutin muayene maddelerinden biri olarak değerlendirilmesini önerdiği belirtilmektedir (26). Bu değerlendirmelere dayanarak TTM teriminin uzun süre önce tanımlanmış olan bir klinik durum olduğu görülmekle birlikte, TTM etiyolojisi ve tedavisi üzerinde araştırma yapılmasının uzun süre ihmal edilmiş olduğu, son yıllarda ise bu konu üzerindeki araştırmaların artmış olduğu da gözlenmektedir (25). Bütün bu geçmişine rağmen TTM ilk olarak 1987 yılında Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-III-R’da bir tanı olarak yerini almıştır (26).

2.3. Tanısal Sınıflandırma

TTM tanısı ilk olarak 1987 yılında DSM-III-R'de ‘‘Başka Yerde Sınıflandırılmayan Dürtü Kontrol Bozukluğu’’ sınıflamasında yer aldı (26).

DSM-IV'te ‘‘tekrarlayan dürtülere karşı direnememe’’ ifadesi kaldırıldı ve kriterlerden biri direnç göstermeye çalışırken oluşan gerilimi vurgulamak için genişletildi (27). DSM-IV'ün taslağının hazırlanması sırasında, TTM'nin hem kaygı bozukluklarına, hem de ilk önce çocukluk veya ergenlikte Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu gibi ortaya çıkan bozukluklara dahil olduğu düşünülmekle birlikte, DSM-III-R'de olduğu gibi, DSM-IV'de de ‘‘Başka Yerde Sınıflandırılmayan Dürtü Kontrol Bozuklukları’’ kategorisinde yer almıştır (28).

DSM-IV tanı kriterleri (27);

- Kişinin saçında belirgin düzeyde saç kaybıyla sonuçlanacak şekilde tekrarlayan saç çekme davranışı
- Saç çekme öncesi ya da bu davranışa direnç göstermeye çalışırken gerginlikte artma
- Saç çekme sırasında zevk alma, rahatlama ve haz alma
- Rahatsızlık, başka bir zihinsel bozukluk ya da tıbbi durumla daha iyi açıklanamaz (dermatolojik durumlar gibi)
- Rahatsızlık, sosyal, mesleki veya diğer önemli iş alanlarında klinik olarak önemli bir sıkıntı veya bozulmaya neden olur.

2013 yılı Mayıs ayında yayımlanan DSM-V'te son halini almıştır. DSM-IV'de, A ölçütü belirgin saç kaybıyla sonuçlanan tekrarlayan saç yolma olarak belirtilmekle birlikte, her hastada belirgin saç kaybı olmadığından bu kriter DSM-V'de çıkarılmıştır. DSM-V. baskısında, TTM tanısı, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Deri Yolma Bozukluğu, Vücut Dismorfik Bozukluğu ve İstifleme Bozukluğu'nu da içeren Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar bölümünde yer almaktadır (3).

DSM-V sınıflandırma kriterleri (3);

- A. Saç yitimi ile sonuçlanacak biçimde kişinin yineleyici olarak saçını yolması
- B. Yineleyici olarak saç yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri

- C. Klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte belirgin bozulma olması
- D. Saç yolma ya da saç yitimi başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.
- E. Saç yolma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Saç yolma bozukluğunun temel özelliği, birinin kendi saçını tekrarlayıcı şekilde yolmasıdır. Saç yolma davranışı bedenin herhangi bir kıllı cilt bölgesine yönelebilir. En yaygın saç çekme olan bölgeler, baş, kaşlar, kirpikler; en az görülen bölgeler ise koltuk altı, yüz, kasık ve peri-rektal bölgelerdir. Ölçüt C’de ki belirgin sıkıntı kelimesi, saç yolma bozukluğu olan kişilerin kontrolünü kaybetme duygusu ve utanma gibi olumsuz duygulanımını kapsamaktadır (3).

ICD-10 tanı sınıflandırmasında ise “Yetişkin Kişilik ve Davranış Bozuklukları” başlığı altında, “Alışkanlık ve Dürtü Bozuklukları” alt grubunda değerlendirilmektedir. ICD-10’a göre TTM, saç çekme dürtüsüne karşı dirençte yetersizlik nedeniyle, fark edilir düzeyde saç kaybıyla karakterize bir bozukluktur. Genellikle saç çekme öncesi artan gerilim hissi ve bunu izleyen bir rahatlama ya da haz alma mevcuttur. Önceden bir deri enflamasyonu var ise ya da saç çekme bir delüzyon ya da halüsinasyona cevap olarak oluşmuş ise bu tanı konulmamalıdır. Ayrıca, ICD-10’da saç yolma şeklinde olan stereotipik hareket bozuklukları da kapsam dışı bırakılmıştır (29).

Son olarak, ICD-11’de ise “Zihinsel, Davranışsal veya Nörogelişimsel Bozukluklar” kategorisinde; “Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar” sınıflamasındaki “Beden Odaklı Tekrarlayıcı Davranış Bozuklukları” alt sınıflamasında yer almaktadır (30).

2.3.1. Epidemiyoloji

TTM prevelansı; kesin tanı kriterleri, tanıdaki güçlükler ve hastaların sorunlu alanı göstermedeki isteksizliklerinden dolayı net olarak belirlenememektedir (4). Duke ve arkadaşlarının (14) yayımladığı bir derlemede, üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalara göre TTM prevelansının %1-13 arasında değişkenlik gösterdiği

belirtilmiştir. Çocukluk çağında, erişkinliğe göre TTM prevalansının çok daha yüksek olduğu ve saç çekme davranışının genellikle çocukluk çağında başladığı bilinmekle birlikte, pediatrik TTM ile ilgili araştırmaların oldukça seyrek olduğu görülmektedir (5, 6). King ve arkadaşlarının (31) 17 yaşında 794 olgu ile yaptıkları bir çalışmada, yaşam boyu saç çekme davranışı olan olguların prevalansı %1 olarak bildirilmiştir. Ancak, hastaların dış görünüşlerinden utanmaları ve tedaviye başvurma konusunda gönüllü olmamaları nedeniyle bu oranların poliklinik başvurularından daha sık olduğu düşünülmektedir (25).

Erişkinlerde kadın cinsiyette, erkek cinsiyete göre yaklaşık 10 kat daha sık görülmektedir (3, 32). Çocuk yaş grubunda ise TTM'nin cinsiyetler arasındaki oranlarının, erişkin yaş grubuna göre daha eşit düzeyde olduğu bildirilmektedir (3, 17). 1389 kadın ve 1135 erkek öğrenci ile DSM-III-R ölçütleri kullanılarak yapılan bir çalışmada TTM sıklığı %0,6 olarak bulunmuştur. DSM'nin tanı için gerekli gördüğü tüm tanı kriterlerini karşılamadan, yani tanı için gerekli olan "yolma öncesi gerginlik ve yolma sonrasında doyum ve rahatlama olması" ölçütleri aranmaksızın yapılan değerlendirmede, sorunlu saç yolmanın erkeklerin %1.5 ve kadınların ise %3.4'ünde görüldüğü bildirilmiştir (33).

Karakuş ve arkadaşlarının (34) 18-27 yaş aralığı 226 üniversite öğrencisi ile Dürtü Kontrol Bozuklukları'nı araştırdıkları çalışmada, TTM yaşam boyu yaygınlığının %6.2 olarak saptandığı bildirilmiştir. Ayrıca, bu çalışmada cinsiyetler arasında TTM görülme oranları açısından anlamlı bir fark olmadığı da belirtilmiştir.

2.3.2. Etiyoloji

TTM'nin etiyolojisinde birçok etken ileri sürülmüş olmakla birlikte, genetik yatkınlık, nörobiyolojik, nöroanatomik, evrimsel ve hormonal etkilerin etiyolojide rol alabileceği belirtilmektedir (14).

2.3.2.1. Genetik faktörler

Chatterjee ve arkadaşlarının (35) TTM gelişimindeki genetik faktörleri değerlendirdikleri bir derlemede, TTM'de ailesel ve genetik değişikliğin olduğu ve

TTM tanılı hastaların akrabalarında saç çekme ve benzeri davranışların daha sık görüldüğü belirtilmiştir.

TTM gelişiminde rol oynayan faktörlerin araştırıldığı başka çalışmalarda serotonin ve dopamin nörotransmitterlerinin bu süreçte rol oynayabileceği belirtilmiştir (35). Hemmings ve arkadaşlarının (36) TTM gelişiminde rol oynayan aday genleri araştırdıkları çalışmalarında, TTM tanılı hastalar ile kontrol grubu arasında serotonin reseptör 2A (5HT-2A) T102C varyantında genotip dağılımları açısından önemli farklar olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, bu çalışmada T102T genotipi, kontrollere kıyasla, TTM hastalarında belirgin düzeyde saptanmıştır ve bu alelin resesif olarak bozukluğun gelişimine katkı sağlayabileceği belirtilmiştir.

Zuchner ve arkadaşlarının (37) 178 kontrol ve 165 TTM ve/veya OKB tanılı vaka ile yaptığı bir çalışmada, heterozigot SAPAP3 varyantları, tanı konulan TTM/OKB hastalarının %4.2'sinde saptanmakla birlikte kontrollerin ise sadece %1.1'inde saptanmıştır.

Greer ve arkadaşları (38) erişkin farelerle yaptıkları çalışmada, Hoxb8 alelindeki fonksiyon kaybının yolma davranışlarıyla ilişkili olduğu ve dolayısıyla, bu aleldeki fonksiyon kaybının insanlardaki TTM gelişimi ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir.

Lochner ve arkadaşlarının (39) monamin fonksiyonlarına katılan genlerde genetik polimorfizmi araştırdıkları çalışmalarında, TTM ve OKB'nin herhangi bir değişkenle ilişkisi tespit edilmemiştir.

İkiz uyumluluk çalışmaları, bir bozukluğun gözlenen aileselliğinin genetik etkilere, ortak çevresel faktörlere veya her ikisine de bağlı olup olmadığını belirlemek için sıklıkla kullanılır. Novak ve arkadaşlarının (40) 24 monozigot ikiz ve 10 dizigot ikiz ile yaptıkları bir ikiz çalışmasında, 3 farkı tanı şemasında (DSM, modifiye DSM, kozmetik olmayan saç çekme) anlamlı farklar olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada kalıtım derecesi tahminleri 0,76 ile 0,78 arasında değişkenlik göstermiştir. Çalışma sonucunda gözlenen uyumluluk oranları, genetik faktörlerin TTM etiolojisindeki önemli rolünü göstermektedir.

Ayrıca bu genetik faktörlere ek olarak TTM'nin SLITRK1, Dopamin D1 Reseptör (DRD1) genleri ile de ilişkili olabileceği bazı çalışmalarda bildirilmiştir (35).

2.3.2.2. Nöropsikolojik faktörler

TTM ve OKB hastalarında vizüo-spasyal yetenekler, hafıza ve yönetici işlevlerin değerlendirildiği bir çalışmada her iki hasta grubunda genel nöropsikolojik fonksiyonlarda bozukluğu olmadığı; ancak TTM hastalarında nesne değişim görevlerinde (Object Alternation Task) cevap esnekliği açısından bozulmalar olduğu saptanmıştır (41).

TTM ve OKB hastalarında motor inhibisyon ve bilişsel esnekliği araştıran bir çalışmada, TTM tanısı olanlarda daha fazla olmak üzere, TTM ve OKB tanıları olan iki ayrı hasta grubunda motor inhibisyonun sağlıklı kontrol grubuna göre yetersiz düzeyde olduğu ve TTM hastalarında bilişsel esneklikte bozulma olmadığı; sadece OKB hastalarında bilişsel esneklikte bozulmaların olduğu saptanmıştır (42). Bohn ve arkadaşlarının (43) TTM ve OKB hastalarında motor inhibisyonu araştırdıkları bir başka çalışmada da TTM hastalarının bir grubunun motor inhibisyon eksikliklerinin olduğu saptanmıştır. Ek olarak, bu çalışmada gruplar arasında ortalama reaksiyon süresi, hız ve doğruluk performansları açısından fark olmadığı gösterilmiştir. Bununla birlikte, Bohn ve arkadaşlarının (44) OKB ve TTM hastalarında bilişsel defisiti araştırdıkları bir diğer çalışmalarında ise, TTM hastalarında bilişsel inhibisyon defektinin olmadığı bildirilmiştir.

2.3.2.3. Nöro-görüntüleme

Nöro-görüntüleme çalışmalarında, TTM tanısı için önemli olabilecek çeşitli yapısal ve fonksiyonel beyin değişiklikleri olduğu bildirilmiştir (45). TTM tanılı hastalarda Fonksiyonel Beyin Görüntüleme ile yapılan bir çalışmada beynin hem sağ hem de sol hemisferinin alt-arka frontal bölgelerindeki ve üst-ön frontal bölgelerindeki aktivitede azalma olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, frontal lob dışındaki bölgelerde, sağ anterior-temporal bölge ve sol putamende de aktivite düzeyinde önemli bir azalma olduğu gösterilmiştir (46). Bununla birlikte, TTM hastalarında kortikal kalınlık anormalliklerinin araştırıldığı bir başka çalışmada TTM tanılı

hastalarda semptom şiddetinden bağımsız olarak sağ inferior frontal girusta küme kalınlaşma olduğu bildirilmiştir (47).

Chamberlain ve arkadaşlarının (48) TTM hastalarında Morfometrik Manyetik Rezonans Görüntüleme ile beyin gri madde anormalliklerini araştırdıkları bir çalışmada, TTM tanılı hastalarda sol striatum, sol amigdalo-hipokampal formasyon, bilateral kortikal alanda gri cevher yoğunluğunda artış olduğu gösterilmiştir. Chamberlain ve arkadaşlarının (49) beyin beyaz madde yoğunluğunda azalmayı araştırdıkları başka bir çalışmada ise, bilateral orbito-frontal korteks ve anterior-singulat, sol temporal lob ve pre-suplementer motor alana bağlayan beyaz cevher yollarının yoğunluğunda azalma olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada ek olarak, temporal lobdaki beyaz madde de anormallikler olduğu belirtilmiştir.

TTM tanılı hastalarda beyin yapılarının hacimlerinin karşılaştırıldığı bir Manyetik Rezonans Görüntüleme çalışmasında, azalmış sol putamen hacimleri olduğu bildirilmiştir (50).

Swedo ve arkadaşlarının (51) TTM tanılı erişkin kadın hastalarda bölgesel beyin glukoz metabolizmasını değerlendirdiği bir çalışmada ise, sağ ve sol serebellum ve sağ üst parietal bölge glukoz metabolizma oranlarında artış olduğu saptanmıştır.

2.3.2.4. Nörokimyasal faktörler

Nörokimyasal faktörlerin değerlendirilmesi açısından yapılan çalışmalarda daha çok ilaç tedavilerine yanıt ve ilaçların etki mekanizmalarıyla olan ilişkiler değerlendirilmiştir (52-54).

Swedo ve arkadaşlarının (52) TTM tedavisinde klomipramin ve desipraminin etkinliklerini karşılaştırdıkları çift kör bir çalışmada, klomipraminin TTM'nin kısa süreli tedavisinde etkin olduğu gösterilmiştir.

Başka bir çalışmada ise, tedavi almayan kadın TTM tanılı hastalar ile normal kontrol grubu olan olgular beyin omurilik sıvısı (BOS) ölçümleri açısından karşılaştırıldı. Çalışmada BOS kortizol, 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA), homovanillik asit (HVA) ve 3-metoksi-4-hidroksi fenil glikol (3-MHPG) ölçümleri açısından hasta ve kontrol grubu arasında fark olmadığı bildirilmiştir. Ek olarak, Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) ile tedaviye yanıtın derecesi, başlangıçtaki

BOS 5-HIAA düzeyi ile anlamlı derecede ilişkili olduğu ve bunun SSRI tedavisine verilen yanıt ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (53).

Stein ve Hollander (54), TTM tedavisinde SSRI'ların etkisini güçlendirmek amacıyla tedaviye düşük doz pimozid ekleyerek yaptıkları bir çalışmada, TTM tedavisinde dopamin blokörlerinin kullanılabileceğini bildirmiştir.

SSRI ve dopamin blokerlerine olumlu yanıtların olduğu bu çalışmalar, serotonin ve dopamin sistemlerindeki düzensizliklerin fonksiyonel olarak saç çekme ile ilişkili olabileceğine yönelik kanıtlar sunmaktadır.

2.3.2.5. Psikanalitik Görüşler

Ebeveyn-bebek ilişkisinin kalitesi, biyolojik eğilim ve aile öyküsü gibi faktörler arasındaki karmaşık etkileşimin sonucu olarak erken başlangıçlı TTM gelişebilmektedir (55). Jeffrey J. Andresen (56), saç kesme eyleminin bir sembol olduğunu ve saç kesiminin, ana nesneden ayrılma, hadım etme ve tazelenmeyi sembolize ettiğini belirtmiştir.

John T. Monroe Jr. ve D. Wilfred Abse ‘‘TTM ve Trikofaji Psikopatolojisi’’ adlı makalelerinde (57), bir olgu sunumu üzerinden bu konuyla ilgili görüşlerini belirtmişlerdir. Monroe ve Abse, makalelerinde saç çekme semptomu olan hastaların saç çekmelerinin sembolik olarak anne tarafından kastrasyon hayalinin tekrarlanması şeklinde olduğunu ve bu nedenle saç çekmenin kastrasyon ile ilişkili olabileceğini varsayımlardır. Buna göre, saç çekme=kastrasyonu ve saçın uzadığını görme çabası=güven kazanmayı temsil etmektedir. Ek olarak, bu yazımda çocukluk çağındaki dayak ve diğer cezaların bir dereceye kadar erotikleştirilebileceği ve bunun da saç çekmenin kişinin kendisini cezalandırma ya da cildi uyararak, mastürbasyon yerine geçebilecek cinsel haz alma ile sonuçlanabileceği varsayımına da ulaşılabilceğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Buxbaum’un saç çekme ve fetişizmi değerlendirdiği çalışmasında, saç çekmenin çocuğun yalnız kaldığında, endişe durumlarında, başarısız olduğu durumlarda; kendisine kendini hissettirerek var olduğunu hatırlattığı, bir mastürbasyon şeklini andırabileceğini belirtmiştir (58).

Çocuk gelişiminin anal döneminde olan saç toplama davranışı, nesneye ve içselleştirilmiş süper egoya yönelik öfke ve hayal kırıklığını ifade eder; ki bu

semptom artık depresif bir eşdeğer olur. Genital aşamada ise, kadınlarda saç çekme davranışı, anneye kızının kadınlığı inkar edeceğini ve ödipal mücadeleden vazgeçeceğini göstermektedir. Ancak belirti, kızı baba ile de tanımlar; çocuk “eğer ben saçımı keserek erkek olursam, annem beni sevgilisi olarak kabul eder” der. Öte yandan kellik, kızının ustaca babasını cinsel olarak istediğini gösterebilir. Erkeklerde semptom, çocuğun oto-kastrasyon yoluyla enest dürtülerini reddetmesine neden olur, ancak yine de kendisini annenin sevgilisi olan saçsız bir baba olarak da tanımlayabilir. Her iki cinsiyet için de tüysüzlük, tüm genital cinsellik iddialarını reddeden hastanın, masum çocukluğunu vurgulayabilir (59).

2.3.2.6. Psikososyal Faktörler

Her ne kadar saç çekme davranışı açıklanamayan ve dirençli bir alışkanlık olarak ifade edilse de, yeni bir eve taşınma, anne ya da çocuğun hastane yatışının olması, kardeş rekabeti gibi aile içi strese bağlı olarak gelişen bir alışkanlık olabilir (60). Benzer şekilde, yeni bir okula başlamak, düşük performans, akran zorbalığı ve gergin öğretmen-öğrenci ilişkileri de saç çekmeye neden olabilir. Bu durumlarda, TTM ayrı bir hastalık yerine çocuğun altta yatan psikososyal sorununun bir belirtisi olarak yorumlanabilir (61).

2.4. Komorbidite

Literatürde yapılan çalışmalarda psikiyatri kliniğine başvurma süresi ile çoklu komorbid psikiyatrik bozukluklar arasında geçen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve semptomların başlamasından sonra kısa sürede tedavi edilmez ise, diğer psikiyatrik sorunların ortaya çıkma riski ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığının arttığı görülmektedir (11).

TTM hastalarında komorbidite ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, TTM tanılı çocuklarda tanıya en sık Anksiyete Bozuklukları'nın eşlik ettiği görülmektedir (11, 22, 23). TTM tanılı erişkin hastalarla yapılan çalışmalarda ise, en sık Duygudurum Bozukluklarının, özellikle Majör (Yeğin) Depresif Bozukluğun (MDB) tanıya eşlik ettiği gösterilmiştir (7, 32).

Adaletli ve arkadaşlarının (11) 6-18 yaş arası 23 TTM tanılı çocuk ve ergen hasta ile yaptıkları çalışmalarında, TTM tanısına eşlik eden psikiyatrik bozukluk oranlarının yüksek düzeyde olduğu gösterilmiştir. Hastaların %82,6'sında en az bir komorbid psikiyatrik bozukluk olduğu ve hastaların %60,9'unda iki veya daha fazla komorbid psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir. Ek olarak, tanıya en sık Anksiyete Bozukluğu ve Yıkıcı Davranış Bozukluğu'nun eşlik ettiğini bildirmişlerdir.

Walther ve arkadaşları (22) 0-10 yaş arası saç çekme sorunu olan 110 katılımcı ile yaptıkları çalışmalarında, okul öncesi çocuklarda okul çağı çocuklarına göre daha düşük oranda eşlik eden tanının olduğunu ve yaş ile birlikte eşlik eden tanı sıklığının arttığını saptamışlardır. Ancak, bu sonucun psikiyatrik bozuklukların genellikle okul öncesi yaş grubunda başlamaması ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca, bu çalışmada %23,6 oranında en az bir ek tanının mevcut olduğu ve en sık Anksiyete Bozukluğu (%13,6) ve DEHB (%10) tanılarının tanıya eşlik ettiği bildirilmiştir.

Aleksandra Klobučar ve arkadaşlarının (10) 38 TTM tanılı çocuk olgu ile yaptıkları çalışmada, 22 olguda bir veya daha fazla eşlik eden tanının olduğu ve en sık DEHB ve Tik bozukluklarının tanıya eşlik ettiği belirtilmiştir.

2.4.1. TTM ve DEHB

DEHB; dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite belirtileri yanında, odaklanma ve organize olmada güçlük ile karakterize bir durumdur. DEHB tanılı çocuklarda sadece dikkat eksikliği, sadece hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri görülebileceği gibi, her iki belirti grubu bir arada da görülebilir. Tanı için; belirtiler 12 yaşından önce başlamalıdır ve en az iki alanda olmak üzere; ev, okul, günlük yaşam gibi birçok alanda işlevsellik kaybı yaratmalıdır (3).

Literatürde yapılan çalışmalarda DEHB'nin TTM'ye farklı sıklıkta eşlik ettiği gösterilmiştir; Rozenman ve arkadaşlarının (62) çalışmasında %13 oranında, Schumer ve arkadaşlarının (63) çalışmasında %10 oranında, Hanna GL'nin (21) çalışmasında ise %18 oranında tanıya DEHB'nin eşlik ettiği belirtilmiştir. Belirtilen

Çalışmalarda görüldüğü gibi, özellikle ocuklarda DEHB ile eş tanı oranı sık olmasına rağmen bu iki bozukluk arasındaki ilişki tam açıklanamamıştır (10, 64).

Eroğlu ve arkadaşlarının (64), TTM tanıılı erişkin hastalarda DEHB ve drtselliği değerlendirdikleri çalışmada; TTM ve DEHB tanısı olan hastalarda, DEHB tanısı olmayan TTM hastalarına göre daha fazla dikkat problemi olduğu; ancak, hiperaktivite ve dürtüsellik açısından fark olmadığı gösterilmiştir. TTM tanıılı hastaların nöropsikolojik açıdan değerlendirmesinin yapıldığı başka bir çalışmada ise, hastalarda bölünmüş dikkat sorunlarının olduğu belirtilmekle birlikte, odaklanmış dikkatte sorun olmadığı bildirilmiştir (65).

2.4.2. TTM ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete Bozuklukları, aşırı korku ve kaygı özelliklerini paylaşan bozuklukları ve ilişkili davranışsal bozuklukları kapsamaktadır (3).

Çocuklarla yapılan çalışmalarda, TTM tanısına en sık Anksiyete Bozukluğu tanısının eşlik ettiği gösterilmiştir (11, 22, 23). Tolin ve arkadaşlarının (23) alışmasında bu oran %30 olarak saptanmakla birlikte, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) tanısının Anksiyete Bozuklukları tanı grubu içinde en sık görülen alt tip olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde ocuk TTM olgularında yapılan bir çalışmada Anksiyete Bozuklukları içinde en sık YAB (%26.1) ve zgl Fobi (F)'nin (%21.7) eşlik ettiği bildirilmiştir (11).

Anksiyete Bozukluğu ek tanısı olan TTM olgularında, Anksiyete Bozukluğu ek tanısı olmayan olgulara göre daha şiddetli sa çekme davranışı görülebilmektedir. Sa ekme sonrası oluşan kellik, utanma duygusuna ve bu durum da sosyal ortamlarda endişe duymaya neden olabilir. Grant J.E. ve arkadaşlarının (66) TTM ve Anksiyete Bozukluğu eş tanısını değerlendirdikleri çalışmalarında, Anksiyete Bozukluğu eş tanısı olan olgularda depresyonun daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir.

2.4.3. TTM ve Depresif Bozukluklar

DSM-5'e göre Depresyon Bozuklukları arasında Majör Depresif Bozukluk (MDB), Distimi, Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu, Premenstrüel Disforik Bozukluk, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk, Başka Sağlık Duruma Bağlı Depresif Bozukluk, Tanımlanmış Diğer Bir Depresif Bozukluk ve Tanımlanmamış Depresif Bozukluk vardır. Bütün bu bozuklukların ortak özelliği, üzgün, boş ya da çabuk kızan (irritabl) bir duygudurumun varlığına bedensel ve bilişsel değişikliklerin eşlik etmesi ve bu durumun kişinin işlevsellik düzeyini belirgin düzeyde etkilemesidir. Bunları birbirinden ayıran faktörler; süre, zamanlama veya varsayılan etiyolojik faktörlerdir (3).

Çocuk ve ergenlerde depresyon; üzüntü, mutsuzluk, aktivitelere ilgisizlik ve keyif alamama, yemek ve uyku düzeninde değişiklik ve ölüm düşünceleri ile karakterizedir. Çocuklarda irritabilite, ergenlerde ise öfke ön plana çıkan belirti olabilir (67). Mevcut olan depresif belirtilerin en az 2 hafta boyunca bulunması "Major Depresif Bozukluk" olarak ifade edilmektedir (3).

Lewin ve arkadaşlarının (9) 10-17 yaş arası 133 katılımcıyla yaptıkları internet tabanlı bir çalışmada, daha büyük yaşlarda TTM geliştiren çocuklarda depresif semptomların daha sık olduğu bildirilmiştir. Çalışmadaki bu sonucun daha erken saç çekmeye başlayan çocukların, kendilerini saç çekme ve saç dökülmesiyle ilgili gelişebilecek utanç duygusu ve alaylardan korumak için daha güçlü baş etme becerileri (düşünce/davranış) geliştirmiş olabileceğinden ya da saç çekmelerini başkalarından gizlemek için daha iyi teknikler geliştirmiş olabileceklerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, sekonder cinsel karakterlerin geliştiği, ergenin görünüm ve akran görüşüne odaklandığı ergenlik dönemiyle de ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

İçselleştirici semptomlar (depresyon, anksiyete gibi), beceri kazanımını ve çekme dürtüsünü kontrol etmek için davranışsal tedavilerin rutin uygulanmasını engelleyebilir.

Komorbid anksiyete ve depresyon semptomlarının varlığında Anksiyete Bozukluğu ve MDB tanıları açısından hastanın değerlendirilmesi ve ek olarak bu

tanıların varlığında uygun tedavilerinin yapılması TTM tedavi sürecinde önemli bir noktayı oluşturmaktadır (9).

2.4.4. TTM ve OKB

DSM-5 semptomların benzerliği, eş tanı, ailelik ve tedaviye yanıt gibi diğer birçok potansiyel kriterleri göz önüne alarak tanıların gruplandırmasını yapmıştır. DSM-5'te OKB ve TTM, Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar tanı kategorisinde yer almaktadır (3).

OKB, obsesyonların ve/veya kompulsiyonların varlığıyla karakterizedir. Obsesyonlar, girici ve istenmeyen şekilde yaşanan tekrarlayıcı ve sürekli düşünceler, dürtüler ve imgelerdir. Kompulsiyonlar, obsesyona karşılık yapılan katı, tekrarlayan davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. TTM, saç kaybı ile sonuçlanacak düzeyde tekrarlayıcı şekilde saç yolma ve saç yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri ile tanımlanmaktadır. TTM'de bedene odaklı bu tekrarlayan davranışlar, obsesyonlar veya zihinsel uğraşlar ile tetiklenmez; fakat sonrasında kaygı veya sıkıntı hissi gibi çeşitli duygusal durumlar görülebilir (3). OKB'de ise kompulsiyonlar, obsesif düşünce, imge ya da dürtülere bir cevap olarak yapılır (68).

Lamothe ve arkadaşlarının (69) MEDLINE endeksli makaleler ile TTM, OKB ve Tourette Sendromu'nu karşılaştırdıkları bir derlemede, OKB ve TTM'nin benzer ve farklı yönleri değerlendirilmiştir. Derlemede, elde edilen verilere göre OKB hastalarında, TTM'nin %6-11 arasında değişen oranlarda eşlik ettiği; TTM hastalarında ise %2.6-20 oranında OKB öyküsünün olduğu görülmüştür. Epidemiyolojik açıdan her iki bozukluğunda kadınlarda daha sık görüldüğü; ancak, TTM'de bu oranın biraz daha fazla olduğu belirtilmiştir. Yine bu çalışmada, TTM başlangıç yaşı ile erken başlangıçlı OKB yaşının benzer olduğu, OKB tanılı hastaların %4'ünün ailesinde TTM olduğu ve nöro-görüntüleme çalışmalarında her ikisinde de striatal yapı anormallikleri olduğu bildirilmiştir. Buna ek olarak, Stanley ve arkadaşlarının (70) OKB ve TTM'nin klinik özelliklerini araştırdıkları başka bir çalışmada, her iki bozukluk açısından bazı farkların olduğu bildirilmiştir. Çalışmada, TTM hastalarının saç çekme sırasında yüksek düzeyde haz aldıklarını bildirdiği; ancak,

OKB hastalarının zorunlu ritüellerin performansı sırasında neredeyse hiç haz bildirmediği belirtilmiştir. Hedef davranışları yapma dürtüsü ve ilişkili düşüncelerin ciddiyetinin TTM grubunda OKB grubuna göre daha düşük düzeylerde olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte, OKB’de görülen düşünce-eylem füzyonu, aşırı sorumluluk alma, düşünceler üzerinde kontrol ihtiyacı gibi bilişsel süreçler TTM’ de yoktur (68).

İnhibitör motor davranışlar ya da dürtüsellik açısından OKB ve TTM klinik görünümü benzerlik göstermektedir. Chamberlain ve arkadaşlarının (42) her iki hasta grubunda motor inhibisyonu ve bilişsel esnekliği değerlendirdikleri çalışmalarında, her iki klinik grupta da ciddi şekilde bozulmuş motor inhibisyon olduğunu ancak sadece OKB grubunda bilişsel esneklikte bir eksiklik olduğunu bildirmişlerdir.

Hemmings ve arkadaşlarının (36) TTM genetiğiyle ilgili çalışmalarında, OKB hastalarına kıyasla TTM hastalarında T102T genotipinin belirgin düzeyde daha yüksek frekansta saptandığı bildirilmiştir. Bu sonuç, yazarlara OKB ve TTM etiyolojisinin farklı olabileceğini düşündürmüştür.

Ek olarak, TTM tedavisinde Haloperidol, pimozid ve risperidon gibi nöroleptiklerin tek başına ya da SSRI tedavisini güçlendirmede kullanılması, OKB ve TTM tanılarının benzer etiyolojide olabileceklerini de göstermektedir (71).

2.4.5. Beden Odaklı Yinelemeli Davranış Bozukluğu, Deri Yolma Bozukluğu ve TTM

Beden Odaklı Yinelemeli Davranış Bozukluğu, tekrarlayan biçimde bedene odaklı yinelemeli davranışlarla ve bu davranışları azaltmak ya da durdurmak için tekrarlayıcı girişimlerle karakterizedir. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da klinik anlamda sosyal, mesleki ve diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur. Bu durum, saç yolma bozukluğu, deri yolma bozukluğu, basmakalıp devinim bozukluğu ve intihar amaçlı olmayan kendini yaralama davranışı ile daha iyi açıklanamaz. DSM-5’te Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar tanı kategorisindeki Tanımlanmış Diğer Bir Takıntı-Zorlantı Bozukluğu

ve İlişkili Bozukluk alt tanı grubunda yer almaktadır. Deri Yolma Bozukluğu ise, kişinin kendi cildini deri lezyonlarına sebep olacak düzeyde tekrarlayıcı şekilde yolma ve bu tekrarlayıcı olan deri yolmayı azaltma ya da durdurma girişimleri ile karakterize bir klinik tablodur. Belirtiler, klinik olarak belirgin sıkıntıya veya işlevsellikte bozulmaya neden olacak düzeydedir (3).

Stein ve arkadaşlarının (72) internet tabanlı olarak yaptıkları çalışmalarında, saç çekmesi olan katılımcıların %70'inde beden odaklı tekrarlayıcı davranışın olduğunu ve en sık deri yolma ve tırnak yemenin eşlik ettiğini belirtmişlerdir. Eşlik eden beden odaklı tekrarlayıcı davranış bozukluklarının daha fazla stres, anksiyete, depresyon, işlevsellikte düşme ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmada daha rijid tanı kriterleri uygulanarak TTM tanısı konulanlarda benzer oranlarda (deri yolma %53.5, tırnak yeme %31.5) beden odaklı tekrarlayıcı davranış bozukluklarının eşlik ettiği gösterilmiştir.

Snorrason ve ark. (73) tarafından yayımlanan bir derlemede, TTM tanılı hastalarda deri yolma bozukluğu eş tanısının %10 ile %34 arasında değiştiği, deri yolma bozukluğu olanlarda ise TTM eş tanı sıklığının %5-%29 arasında değiştiği belirtilmiştir. Bununla birlikte, Deri Yolma Bozukluğu ve TTM tanıları arasında klinik belirtiler, başlangıç yaşı, genetik faktörler, eş tanı gibi alanlarda fark ve benzerliklerin olduğu da belirtilmiştir. Ortak genetik altyapı her iki bozukluktaki klinik benzerlik ve eş tanıyı kısmen de olsa açıklamaktadır. Deri yolma ve TTM'nin her ikisinde de kellik ve cilt lezyonları gibi olumsuz durumlara sebep olan tekrarlayıcı, kompulsif yolma davranışları vardır. Deri yolma bozukluğunda bimodal başlangıç yaşı görülürken; TTM de ise başlangıç yaşı genellikle ergenlik dönemidir. Ayrıca, Deri Yolma Bozukluğu'nda yolma davranışına, saç yolma davranışına göre daha fazla zaman harcanmaktadır (74).

Aşağıda Bohne ve arkadaşlarının (75) derlemesinden elde edilen saç yolma, deri yolma ve tırnak yeme ile ilgili klinik özellikler ve komplikasyonların tablolarına yer verilmiştir (**Tablo 1 ve Tablo 2**).

Tablo 1: TTM, Deri yolma, Tırnak yeme özellikleri (Bohne ve ark. 2005)

Özellik	TTM	Deri yolma	Tırnak yeme
Patolojik davranışlar	Çekme, kırma, yeme	Sıkma, çizme, ısırma, kazıma	Isırma, yırtma
Etkilenen vücut bölgeleri	Baş, kaş, kirpik, pubik kıllar	Yüz, baş, pubik bölge, göğüs, ekstermiteler	Parmak tırnakları, ayak tırnakları
Yaygın motivasyon	Gerilimi azaltmak, duygu düzenlemesi, düzensizlikleri giderme	Gerilimi azaltmak, duygu düzenlemesi, görünümü iyileştirme amaçlı	Gerilimi azaltmak, duygu düzenlemesi, düzensizlikleri giderme

[TTM: Trikotillomani (Bohne ve ark. 2005)]

Tablo 2: TTM, Deri yolma, Tırnak Yeme için muhtemel fiziksel işaretler ve komplikasyonlar (Bohne 2005)

	TTM	Deri yolma	Tırnak yeme
Deri	Enfeksiyon, skar	İnflamasyon, skar, keloid, ekskoriasyon	İnflamasyon, skar, ekskoriasyon, keloid
Saç(kıl)	Kellik, seyrek saç(kıl), saç(kıl) foliküllerinde hasar		
Tırnak			Paronişi, onikodistrofi, pigmentasyon,
Ağız	Dişeti iltihabı, dental hasar		
Kas-iskelet	Karpal tünel sendromu		
Gastrointestinal	Trikobezoar, trikofitobezoar		

[TTM: Trikotillomani(Bohne ve ark. 2005)]

2.4.6. TTM ve Tik Bozuklukları

Tikler, ani, hızlı, yineleyici, düzensiz, motor hareketler ya da seslerdir. Genellikle istemsiz olmakla birlikte, değişik uzunluktaki sürelerde istemli olarak baskılanabilirler (3).

Tikler sıklıkla bir veya daha fazla kas grubunun ani hareketlerini içerir ve duyuşsal bir dürtüye cevap olarak meydana gelir. Ancak, saç çekme her zaman birçok kas grubunu içerir ve bu da çok belirgin bir “yolma davranışı ” ile sonuçlanabilecek bir dizi karmaşık harekete neden olur (68).

Lamothe ve arkadaşlarının (69) MEDLINE endeksli makalelerle yaptıkları derlemede TTM tanısına Tik Bozuklukları'nın eşlik etme sıklığının %0-3 arasında olduğu bildirilmiştir. Aşağıda Ferrão ve arkadaşlarının (68) derlemesinden elde edilen Tourette Sendromu, OKB ve TTM özelliklerinin karşılaştırmalı olarak özelliklerinin yer aldığı tablo verilmiştir (**Tablo 3**).

2.4.7. TTM ve Travma ve Tetikleyici Stresörle İlişkili Bozukluklar

Travma ya da stresli bir yaşam olayının ardından meydana gelen sıkıntı oldukça değişken olabilmektedir. Maruziyet sonrası, korku ve kaygı temelli semptomların yanı sıra, anhedoni, disforik belirtiler, öfke ve saldırganlık, disosiyatif semptomlar da görülebilmektedir. Çocuklar oyunlarında durumu yeniden canlandırıyor gibi dışa vurabilirler (3).

Çocukluk çağı travması, TTM gelişimiyle ilişkili olabilir (76, 77). Lochner ve arkadaşlarının (76) OKB ve TTM hastaları ile kontrol grubunda çocukluk çağı travmasını araştırdıkları bir çalışmada, çocukluk çağı travma ve duyuşsal ihmal sıklığının OKB ve TTM hastalarında kontrol grubuna oranla daha sık olduğu

bildirilmiştir. Ancak, bu durum çocukluk çağı travması ile daha sonra gelişen TTM arasında mutlaka nedensel bir ilişki olacağı anlamına gelmemektedir; çünkü, yaş, komorbidite ve sosyo-ekonomik durum gibi değişkenler bu verileri etkileyebilir (76).

Tablo 3: Tourette Sendromu, OKB ve TTM özellikleri (Ferrão ve ark. 2009)

	Tourette Sendromu	TTM	OKB
Başlangıç yaşı	❖ Hastaların çoğunda <10yaş	❖ Ergenlik döneminde ❖ Çocukluk başlangıcı geçidi	❖ Sıklıkla 15-30yaş ❖ 10 yaş %20
Kadın/Erkek oranı	❖ K/E <1 (1/4)	❖ Erişkinlerde %75-90 kadın ❖ Çocuklarda K/E1	❖ Erişkinlerde K/E >1 ❖ Erken başlangıçlı K/E<1
Kronik seyir	❖ Genellikle kronik (%80), semptomlar yaşla birlikte iyileşir	❖ Genellikle kronik (%60), çevresel stresöre göre şiddeti değişken	❖ Genellikle kronik seyirli
Epizodik seyir	❖ Nadiren epizodik	❖ Erişkinlerde nadiren epizodik ancak, çocuklarda geçici olabilir	❖ Epizodik olabilir (6 ay semptomsuz) %25
Remisyon	❖ Erken erişkinlikte remisyon (%85)	❖ Remisyon görülebilir ancak yaygın değil	❖ Remisyon %20
Bilişsel süreç	❖ Simetri, doğruluk, takıntıları sık	❖ Obsesyonlar nadirdir	❖ Obsesyonlar yaygındır
Tekrarlayıcı davranışlar	❖ İstenmeden yapılan yineleyici ani, hızlı, tekrarlayan, ritmik olmayan hareketlerdir ❖ Zaman zaman fiziksel kaygıya yanıt olarak yapılır. ❖ Zevkten ziyade rahatlama ile ilişkilidir. ❖ Genellikle daha az katıdır.	❖ Tekrarlayıcı davranışlar istemli ya da istemsiz olarak gerçekleştirilebilir ❖ Karşı konulmazdırlar ancak, değişken sürelerde baskılanabilirler ❖ Genellikle planlanır, tekrarlanır ve basamaklıptırlar ❖ Duyusal fenomenden önce gelebilir	❖ Bilerek gerçekleştirilir (bilinçli davranış). ❖ Katı kurallara ya da takıntılara yanıt olarak gerçekleştirilir. ❖ Arada sırada “bedensel duyumlara” cevap olarak ortaya çıkabilir ❖ Zaman zaman fiziksel kaygıya yanıt olarak veya bunları hafifletmek için yapılır. ❖ Rahatlama ve/veya zevk ile ilişkili olabilir ❖ Daha az katı olabilir.

[TTM: Trikotillomani; OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk (Ferrão ve ark. 2009)]

Gershuny ve arkadaşlarının (78) TTM tedavisi alan 42 birey ile yaptıkları çalışmanın bulgularında, hastaların yaklaşık %76'sının en az bir travmatik olay öyküsü bildirdiğini ve %19'unun Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) için kriterleri karşıladığını ortaya koymuştur. En sık travma tipleri ise kaza, aile içi şiddet, ölüm, yaralanma, çocukluk çağı cinsel istismarı olarak bildirilmiştir.

Golubchi ve arkadaşlarının (77) DEHB+TTM tanısı olanlarda metilfenidat tedavisini araştırdıkları çalışmalarında, metilfenidat tedavisine yanıt verenlere göre metilfenidat tedavisi ile düzelmeyen TTM hasta grubunda, stresli yaşam olaylarına önemli düzeyde maruz kalındığı gösterilmiştir. Ortaya çıkan olumsuz yaşam olaylarının TTM/DEHB tanılı ergenlerin, TTM tedavisine direnç göstermesinde önemli bir rol oynayabileceği belirtilmiştir.

2.4.8. TTM ve Yeme Bozuklukları

Beslenme ve yeme bozuklukları, yiyeceklerin tüketilmesi ya da emilmesinde değişim ile sonuçlanan; bedensel sağlık ve psikosozal işlevsellikte belirgin düzeyde bozulma ile yeme ve diğer yeme ile ilgili davranışlarda da kalıcı bozulmanın eşlik ettiği klinik bozukluklardır (3).

Saç çekme davranışı, yeme bozukluğu olan kişilerde itici dürtülerden ziyade ritüelistik kompulsiyonlarla ilişkili olabilir (79).

TTM'nin çekirdek özelliği olan tekrarlayan, zorlayıcı saç çekme davranışı, yeme bozukluklarında ilgi çekici bir araştırma konusu olmuştur. TTM'de yeme bozukluğu eş tanısı nadir değildir (79). Houghton ve arkadaşlarının (80) TTM hastalarında yeme bozukluğu prevelansını değerlendirdikleri derlemelerinde, Anoreksiya Nervoza (AN) prevelansının %1.6-5, Bulimiya Nervoza (BN) prevelansının %2-%14 ve Tikanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) prevelansının ise %6-%10 arasında değiştiğini belirtmişlerdir (80). TTM tanılı hastaların yaklaşık %20'si yeme bozukluğu yaşamakla birlikte, en sık BN görülmektedir (7). Bununla birlikte, Christenson ve Mitchell (81) 65 BN tanılı hasta ve 40 kontrol grubu katılımcısı ile BN'de TTM ve tekrarlayıcı davranışları araştırdıkları bir çalışmada,

TTM açısında, BN'li bireyler ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir.

Bu eş tanılar dışında Bipolar Bozukluk (BB), Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) gibi tanılarında komorbiditesi değerlendirilmiştir. Karakuş ve Tamam (82) çalışmasında, BB %6,5'unda TTM tanımlanmıştır. Bununla birlikte, TTM'de BB'nin gerçek prevalansı ise belirsizdir (80). Bu konuda güçlü kanıtlar olmamakla birlikte, olgu raporları mevcuttur (68). Ek olarak, bir çalışmada çocuklarda TTM ile KOKGB arasında bilinen bir ilişki saptanmadığı belirtilmiştir (68).

2.5. Klinik Özellikler

2.5.1. Genel Klinik Özellikler

İlk kez 19.yüzyılın sonlarında tanımlanan TTM, temelde tipik dermatolojik görünümü, tekrarlayıcı saç yolmaya bağlı olarak, fark edilir düzeyde saç kaybı ile karakterize bir klinik psikiyatrik bozukluktur (83).

Saç çekme davranışı, sıklıkla erken yaşlarda, özellikle 10-13 yaşlarında, başlangıç göstermektedir ve kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir (5, 7-9). Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, çocuk ve ergen yaş grubunda kadın/erkek oranı birbirine yakın düzeyde iken, erişkin yaş gurubunda ise bu oran daha yüksek düzeylerde (10-13). Bununla birlikte, bazı araştırmacılar cinsiyetler arasındaki bu dengesizliğin fazla olmadığına, erkeklerde davranışın bildirilme oranlarının düşük olduğuna inanmaktadır (4). Ayrıca, Lochner ve arkadaşlarının çalışmasında (84), kadınlarda saç çekme davranışının erkeklere kıyasla daha erken yaşlarda başladığı, daha az komorbidite ve daha fazla yetersizlikle ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Kıl çekme sadece kafa derisindeki saçları çekmek ile sınırlı değildir. Kaş, kirpik, kollar, bacaklar, koltuk altları, kulak içi, burundaki kıllar ve genital bölgedeki kıllar gibi bedenin herhangi bir bölgesindeki diğer kıllar da çekilebilmektedir. En sık kafa

derisindeki, özellikle vertex ve temporoparietal bölgedeki, saç kılları çekilmektedir (7). Kaşlar ve kirpikler bir sonraki en yaygın alanlardır (7, 10). Çocuklar genellikle sadece kafa derisinden çekerler ve çocuklarda diğer bölgelerden çekme olasılığı daha düşüktür (10, 11, 15). Bazı hastalar sadece bir bölgeden saç çekebilirken, bazıları ise birkaç bölgeden çekebilmektedir. Bazı kişiler sadece kendi vücutlarından saç çekebilirken, bazı kişiler ise kendi aile üyelerinin kıllarını, hayvan kıllarını çekebilmektedir (16).

TTM tanılı hastalar, sıklıkla saçı çekerken, yolma bölgesindeki saçsız alanın çevresini tercih ederler. Saçın yeni uzamış, kırılmış, kabalaşmış, kısa, beyazlamış olması o saçı çekmek için bir sebep olabilir. Genellikle, saç çekme bir bölgeden başlar ve zamanla diğer bölgelerde yayılım gösterir (25). Hastaların çoğu saçı tutamlar halinde değil de, tek tek çeker ve baskın elini kullanır. Azınlık bir grup ise cımbız gibi aletler kullanarak saçı çeker (7).

TTM tanılı hastaların çektikleri saçta uyguladıkları işlem de farklılık gösterebilmektedir ve bu işlemin bilinmesi tedavinin planlanması açısından önemlidir (25). Genellikle bozukluk, kılı ısırma, çiğneme, yutma veya onlarla oynama gibi tekrarlayan ritüellerin varlığı ile de ilişkilidir (4, 85). Bazıları ise saçı doğrudan atabilir ya da saklayabilir (85).

Saç çekme, genellikle tatmin edici olmakla birlikte, çoğu hasta bu durumdan dolayı ciddi stres ve rahatsızlık yaşar. Bu çekme dürtüsü ise sıklıkla başarısız karşı koyma ile sonuçlanmaktadır. Saç çekme dönemleri, uzun süreli ya da aralıklı olarak saniyelerden dakikalara kadar, bir günde düzinelerce kez oluşabilir (85, 86). Dolayısıyla saç çekme davranışı, zaman alıcı bir davranıştır ve bu çekme davranışına günde ortalama 2 saat kadar zaman harcanabilmektedir (17, 87). Bazı hastalar saçı yolma öncesi, yolma isteğine karşı direnirken artan bir 'gerginlik hissi' ve saçı yolduktan sonra bir 'rahatlama hissinden' de bahseder. Ancak, özellikle çocuklar olmak üzere, TTM tanılı birçok hasta bu gerginlik/arınma fenomeninden bahsetmemektedir (17).

Klinik olarak, saç çekme alanlarında bazıları künt uçlu (kırılmış saç) ve bazıları konik uçlu (yeni büyüme) gibi farklı saç uzunluklarının olduğu alanlar mevcuttur. Kılların bazıları şaftın ortasında kırılmış veya düzensiz anız gibi görünebilir,

diğerleri ise saç derisinin yüzeyinde küçük siyah noktalar oluşturmuş şekilde görülebilir. Genel saç yoğunluğu normaldir. Etkilenen alan genellikle olağandışı bir görünüme sahiptir, tipik görünümü tanıda yardımcıdır (15). Bu görünüm muayeneden muayeneye değişkenlik gösterebilir. Etkilenen bölgeler asla tamamen kel değildir ve kısa, kırılmış tüylerin ipuçlarını içermektedir. Bu alanlarda perifoliküler eritem, hemoraji ve ekskoriasyonlar görülebilir (17). Ayrıca, bir diğer klinik görünümü de "Tonsura TTM" modeli ya da "Friar Tuck" olarak da ifade edilen modeldir. Bu görünüm, alt oksiputta kalan uzun kuyruk benzeri kılları tanımlamaktadır ve bu alan daha hassas ve ulaşılması güç olduğundan bozulmamıştır (15).

TTM terimini, sadece "saç yolma" olarak ifade etmek fazla basite indergemek demektir. TTM basit bir alışkanlık değildir, bunun daha da ötesinde karmaşık ve farklı yönleri de mevcuttur (16).

TTM'de otomatik ve odaklanmış olmak üzere 2 major alt tip tanımlanmıştır. TTM tanılı hastaların çoğunluğunda saç çekme davranışı okuma, yazma, televizyon izleme, telefonda konuşma, araba kullanımı, yatakta uzanma gibi hareketsiz faaliyetler sırasında meydana gelen "otomatik" bir davranış olarak tanımlanmaktadır (7, 26, 85, 88). Bu alt tipte kişinin dikkati genellikle kılı çekme esnasında başka bir yöne odaklanmıştır. Çekme işlemi en sık parmaklarla yapılır, bazıları kılları ovalayabilir ve saç uçlarını fırça gibi görünen uçlarla küçük ayırık saplamalar bırakarak kılları kırabilir. Çekme işlemi, diğer aktivitelere tamamen katılırken de gerçekleşebilir. Odaklanmış alt tipte ise, kişi o an sadece saç çekme işlemine odaklanmıştır ve o an temel eylem o davranışı yapmaktır. Odaklanmış alt tipte, saç çekme eylemi sıklıkla ayna önünde yapılır ve cımbız gibi aletlerin kullanımı daha fazladır. Saç çekme eylemi sıklıkla ritüel gibi yapılır. Bu alt tipte çekilen kılın dokusu, rengi, uzunluğu, yeri gibi özellikleri çekilmesi için bir neden olabilir (16).

Farkındalık dışında ve genellikle sedanter eylemler sırasında gerçekleşen otomatik çekme, dokunsal öncüllere (örneğin, parmak uçlarıyla başa dokunma) karşı oldukça duyarlı görünmekte iken; odaklanmış çekme ise duygusal veya bilişsel

öncüllere karşı daha duyarlı görünmektedir (88). Bununla birlikte, güçlü olumsuz duygular, odaklanmış saç çekme ile oldukça ilişkilidir (85).

Bu iki alt tipin bilinmesi tedavinin belirlenmesi açısından önemlidir (88). Odaklanmış alt tipte kılı çekme ve ilişkili duyumlara odaklanıldığından, saç çekme esnasındaki gerilimde artma ve sonrası rahatlatma hissi, otomatik alt tipe göre daha fazla görülmektedir (85). Franklin ve arkadaşlarının (88) derlemesinde, otomatik çekmenin alışkanlığı geri çevirme egzersizleri, yarışmalı cevap, farkındalık eğitimi, uyaran kontrolü gibi eğitimlere daha fazla cevap verebileceği belirtilmiştir.

2.5.2. Çocuklardaki Gelişim Dönemlerine Göre TTM

2.5.2.1. Okul öncesi çağıdaki çocuklarda TTM (0-6 yaş) ve okul çağı çocuklarında (6-10 yaş) TTM:

Chandran ve arkadaşları (61) tarafından yapılan bir kohort çalışmasında, saç çekme ortalama yaşının 5.5 yaş olduğu ve saç kaybı başlangıç yaşının bir grup olguda (%36) 1-2 yaş civarında olduğu saptanmakla birlikte, saç çekme davranışının okul öncesi yaş grubunda da yaygın olabileceği belirtilmiştir. Aynı çalışmanın örneklemindeki okul öncesi çocukların, okul çağındaki çocuklara göre daha az farkındalığa ve daha az gerginliğe sahip olduğu belirtilmekle birlikte, bu durumun yaş arttıkça çocukların farkındalık ve önceki gerginliğinin artabileceği ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Aynı zamanda bu durum, küçük çocuklardaki daha az gelişmiş bilişsel kapasite ile ilişkili olabileceği de ifade edilmiştir.

Hastalık genellikle okul öncesi çocuklarda daha az şiddetli, daha az tedaviye dirençli ve daha kısa süreli ve daha fazla spontan remisyon oranları ile seyretmektedir. Ancak, okul öncesi yaş grubunda, hem hasta hem de ailesi için ciddi bir sıkıntıya neden olabilmektedir (20). Ek olarak, okul çağı çocuklarında akademik, sosyal işlevsellikte bozulma ve eş tanılar da daha sık görülebilmektedir. Bu nedenle daha fazla profesyonel desteğe ihtiyaçları olabilmektedir (22).

2.5.2.2. Ergenlik Dönemi:

Ergenlik dönemindeki TTM, genellikle daha kronik seyreden bir form ile ilişkilidir. Başka psikiyatrik hastalık eş tanısı daha sıktır ve ele alınmadıkça herhangi bir tedavi planını sınırlayabilmektedir. Ergenler, tekrarlayan saç çekmeye bağlı cilt lezyonları, trikobezoar gelişimi, benlik saygısı ve sosyal gelişim üzerindeki olumsuz etkiler, diğer rutin tıbbi bakımdan kaçınılması gibi TTM ile ilişkili komplikasyonlar açısından da daha fazla risk altındadır. Bu sebeplerden dolayı ergenlik dönemindeki saç çekme ile başvuran olgular daha dikkatli değerlendirilmelidir (20).

2.6. Komplikasyonlar

TTM tedavi edilmediği takdirde ciddi sosyal ve psikolojik işlev bozukluğunun yanı sıra çeşitli tıbbi komplikasyonlar ile sonuçlanabilmektedir (16, 20). Kıl çekmeye bağlı olarak vücudun farklı bölgelerinde, özellikle yüz bölgesinde olmak üzere, kol, bacak, göz gibi diğer bölgelerde yaralanmalar gelişebilir. Saç çekme eylemi, parmak uçlarındaki nasır gibi hafif problemlere, boyun, sırt, dirsek ve omuzdaki tekrarlayan gerilme yaralanmalarına, çekme sırasında bileklerin bükülmesi ve bükülmesine bağlı tendinit gibi daha ciddi problemlere yol açabilir. Kirpik bölgesindeki kılların çekilmesi sonucunda göz ve göz kapağı enfeksiyonlarına, saçı çiğnemeye bağlı olarak gelişen diş minesini hasarı gibi bazı diş sağlığı problemlerine de sebep olabilir (16).

Sağın bir bölümü ya da tamamının ısırılması ya da yutulması “trikobezoar” oluşumuna neden olabilir. Trikobezoar da daha ciddi komplikasyon olan bağırsak tıkanıklığına neden olabilir (68). TTM tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %20.6’sında trikofaji olduğu ve bu hastaların çoğunun erkek olduğu bildirilmiştir (89). Trikobezoar gelişen hastaların fizik muayenesinde karın bölgesinde şişlik ya da durumla ilişkili olarak gastrit, pankreatit, ülser belirtileri görülebilir (4).

2.7. Klinik Değerlendirme ve Ayırıcı Tanı

2.7.1. Klinik Değerlendirme

TTM, çocukluk çağı alopesisinin yaygın nedenlerinden biridir (17). Ancak endokrinolojik anormallikler, genetik yatkınlık, sistemik hastalıklar, ilaçlar, diğer psikolojik bozukluklar, diyet, travma, enfeksiyonlar, otoimmünite ve yapısal saç bozuklukları gibi durumlar da saç dökülmesine veya alopesiye neden olabilmektedir (18). Etiyolojide birçok faktör olması nedeniyle hastalar aynı zamanda organik etiyoloji ve/veya psikopatolojiler açısından da değerlendirilmelidir (19).

Saç çekme davranışı ile başvuran hastalarda tanı, ayırıcı tanı ve komorbid durumların değerlendirilmesi için, hem psikiyatrik hem de dermatolojik her iki açıdan da hastaların muayene edilmesi gerekebilmektedir (20). Hastanın ayrıntılı öyküsünün alınması ve ayrıntılı fizik muayenesinin yapılarak gerek görüldüğü durumlarda laboratuvar tetkiklerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (18).

2.7.1.1. Öykü

Saç çekme davranışı ile başvuran hastalarda rutin klinik değerlendirmedeki sorulara ek olarak başka soruların da aydınlatılması gerekmektedir. Saçlı deriden saç kaybı ile gelen hastalarda araştırılması gereken sorular (18);

- Saç dökülmesi ne kadar süredir mevcut? Saç dökülme paterni nasıldır?
- Saç köklerinden mi dökülüyor, yoksa kırılıyor mu?
- Saçın dökülme miktarı mı artmış, yoksa saç yapısında mı incelme var?
- Saç dökülmesinin başlangıç yaşı kaçtır?
- Hasta herhangi bir ilaç kullanıyor mu?
- Kadınlarda saç dökülmesinin adet döngüsü, hamilelik veya menopoz ile bir ilişkisi var mı?
- Tıbbi başka bir hastalığı var mı? Geçmiş tıbbi hastalığı var mı?
- Tiroid bezi fonksiyonları nasıl?
- Ailede saç dökülmesi öyküsü olan var mı?
- Hastanın saç bakımı nasıl?

- Hastanın beslenme düzeni nasıldır?

Klinisyenin dikkate alması gereken bazı uyarı işaretleri olabilir (4);

- Saçlı derideki saç dökülme şikayeti ile beraber hastaların semptomlarını kamufle etme çabaları (saç modeli, peruk, eşarp, makyaj gibi)
- Vücudun diğer bölgelerinde de kıl kaybı eşlik edebilmektedir (kaş, kirpik, kasık kılı, sakal, koltuk altı, göğüs, bacaklar gibi)
- Bazen kıl kaybı olan alanda tahrişe bağlı olarak tüysüz ciltte değişiklikler olması
- Çocuklarda uyku ya da etkinlik sırasında gözlenen saç çekme davranışı
- Anormal davranış ya da görünüm
- Rüzgar veya suya maruz kalma ile ilgili faaliyetlerden kaçınmak

Ayrıca çekme sıklığı, süreç, çekme epizodları, çekilen saç sayısı, çekilen bölge sayısı, saç çekme dürtüsü ve buna karşı direncin var olup olmadığı da değerlendirilmelidir. Saç çekmenin günlük aktivitelere olan etkisi ve oluşturduğu sıkıntı hissinin değerlendirilmesi işlevselliğin değerlendirilmesi açısından önemlidir (90).

2.7.1.2. Fizik muayene

Saç kaybı ile gelen hastanın fizik muayenesinde, saçlı deri öncelikle inflamasyon, eritem, skar gibi lezyonlar açısından muayene edilmelidir; saçın dağılımına, yoğunluğuna, kıl shaftının uzunluğuna, kırılabilirlik ve şekline bakılmalıdır (18). TTM fizik muayenesinde, saçlı deride saç çekmeye bağlı olarak doğrusal ya da yuvarlak bir düzlemde yama şeklinde saçsız alanlar vardır. Çekme bölgelerinde kırılmış künt uçlu kısa saçlar, yeni çıkan konik uçlu saçlar ile birlikte, uzun ve normal saçların beraber bulunduğu garip şekilli alanlar mevcuttur. Saçlı deride küçük siyah noktalar görülebilir. Cilt görünümü normaldir ve herhangi yara izi yoktur. Bununla birlikte, genel saç yoğunluğu normaldir (15, 91). Fizik muayenede kafa bölgesindeki saç kaybı dışında vücudun farklı bölgelerinde de saç kaybı olup olmadığı değerlendirilmelidir. Özellikle TTM ve alopesi areata vücudun farklı bölgeleri de etkilenebilmektedir (18).

Ayrıca fizik muayene sırasında saç çekme testi de uygulanabilir. Saçlı derinin 3 farklı bölgesinden grup şeklinde traksiyon uygulanır. 5'ten fazla kıl ele gelirse test pozitif kabul edilir. Bu test, saç çekme testi pozitif olan alopesi areatadan ayırır. TTM hastalarında ise test negatiftir (61).

2.7.1.3. Histolojik değerlendirme

Histolojik değerlendirme, daha çok klinik tablo belirsiz olduğunda ya da hasta ve yakınları tanıyı reddettiği durumlarda kullanılabilmektedir (15). Kafa derisi biyopsisi daha büyük hastalarda kullanılabilmekle birlikte, çocuk ve adolesan hastalarda tercih edilmemektedir (15, 92). Histolojik incelemede, inflamasyon belirtisi olmadan katajen ve telojen fazda kıllar mevcuttur (15, 93). Saçların total sayısı normaldir. Bununla birlikte, terminal katajen ve da telojen saç sayısında artış vardır (93). Kanamalı alanlar ve eksüdatif reaksiyon içeren alanların olduğu saç ampulleri TTM histolojik tanısında önemlidir. Genellikle belirgin fibrozis yoktur (92).

2.7.1.4. Psikometrik değerlendirme

Yapılan değerlendirmeler neticesinde TTM düşünülen olgularda psikometrik bazı ölçekler de tanıda destekleyici olarak kullanılabilir;

- **Çocuklar İçin TTM Değerlendirme Ölçeği:** Tolin ve arkadaşları (94) tarafından geliştirilen, ebeveyn ve çocuk formu bulunan bir ölçektir. Ölçek genel olarak sıkıntı düzeyi, bozukluk ve semptomların şiddetini değerlendiren 3 bölüm, 12 maddeden oluşmaktadır. Her bölümdeki maddeler 0-2 arasında derecelendirilmektedir. Hastalık şiddeti ile ilgili bölümde saç çekme ya da bu çekme dürtüsünün süresi, sıklığı, epizodları, kaç saç çektiği ve kontrol edilebilirliği; sıkıntı bölümünde ilişkili duygusal durumları; bozukluk bölümünde ise aile, sosyal ilişkiler ve yolma davranışının ritüelleri değerlendirilmektedir. Daha yüksek puan semptom şiddetiyle ilişkilidir.
- **Klinik Global İzlem ölçeği (KGI):** Genel psikopatolojilerin değerlendirilmesinde kullanılabilen ve klinisyen tarafından değerlendirilen bir ölçektir. TTM'de de kullanılabilmektedir. Ölçekte hastalık şiddet düzeyi 7 puan üzerinden değerlendirilmektedir (14).
- **TTM Stilleri İçin Milwaukee Envanteri-Çocuk Versiyonu:** TTM tanımlı çocuk ve ergenlerde TTM alt tiplerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.

Çocuk ve ergenlerde otomatik saç çekme ve odaklanmış saç çekme alt tiplerini değerlendirmektedir. 36 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Daha yüksek puan artan düzeyde odaklanmış ve/veya otomatik saç çekme ile ilişkilidir (95).

- **TTM Şiddet Ölçeği:** Trikotillomani Şiddet Ölçeği, 5 kısımdan oluşmaktadır. 4 madde 0-5 arasında puanlanırken, 1 madde 0-4 arasında puanlanır. Ölçek, çekme nedeniyle oluşan hasarın derecesine, hasarı çekme veya gizlemek için harcanan süreye ve hastanın davranışı kontrol etme yeteneğine bağlı olarak tek bir şiddet derecesi sağlar (96).

2.7.2. Ayırıcı tanı

Saç kaybı ile başvuran hastalarda özellikle belirsiz etiyoloji varlığında ayırıcı tanı araştırılmalıdır. Değerlendirmede, skar olmadan saç kaybı ile sonuçlanan durumların ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir. Androjenik alopesi, telojen efluvium, alopesi areata, traksiyon alopesi, mantar etkileri, tinea capitis skar olmadan saç kaybı ile giden hastalıklardır (18).

2.7.2.1. Alopesi Areata:

Otoimmün bir hastalık olduğu düşünülen, skar olmadan yuvarlak yamalar şeklinde saç kaybının olduğu bir klinik tablodur. Aktif alopesi areata'da yapılan bir saç çekme testi, telojen saçlar için pozitif olacaktır (15). Alopesi areata'da tırnaklar gibi diğer ektodermal deri ekleri de tutulabilmektedir. Buna bağlı olarak, tırnaklarda sıralar halinde stippling, kırılğan tırnak, onikoliz görülebilmektedir (15, 93). TTM'de ise tırnaklar normaldir ve saç çekme testi negatiftir, yani saçlar kolayca çekilmez. Alopesi areata, kaşıntı veya dizestezi ile birlikte olabilir; dolayısıyla kafa derisinin çizilmesine ve daha sonra da saç çekilmesine neden olabilir (15).

2.7.2.2. Telojen Efluvium:

Bu hastalık sistemik hastalık veya değişken fizyolojik durumlar ile ilişkili en sık görülen saç kaybı tipidir. Saç kaybı tetikleyici durumdan ortalama 3 ay sonra başlar. Saç incilmesi tüm saçlı deridedir; total saç sayısı normaldir, inflamasyon ve skar yoktur (93). Nedenleri arasında yenidoğanda fizyolojik dökülme, ateşli hastalık

sonrası, enfeksiyon sonrası, postpartum, şiddetli uzamış stres, hipotiroidi, cerrahi sonrası, ilaçlara bağlı olarak gelişebilmektedir (18, 93).

2.7.2.3. Traksiyon Alopesi:

Traksiyon alopesi saç üzerinde uzun süreli traksiyon ile ilişkili saç şekillerinden kaynaklanır. Öykü, tanı açısından önemlidir. Mümkünse hastanın önceki saç modelleri ve mevcut olan saç modeli değerlendirilmelidir. Bu hastalardaki saç dökülme paterni saç şekillendirme öyküsü ile tutarlıdır (15).

2.7.2.4. Gevşek Anajen Sendromu;

Hastalar genellikle saçı yavaş uzayan ve nadir saç kesimi gerektiren çocuklardır. Saç çekme testi pozitifdir. Öykü, fizik muayene ve ışık mikroskopisi ile tanı konur. Ayırıcı tanıda daha az olasılıklıdır (15).

2.8. Tedavi

Çocuk ve ergenlerde TTM tedavisi konusunda fikir birliği yoktur. Yapılan çalışmalarda yetişkinlerde olduğu gibi, psikodinamik terapi, davranışsal terapi ve psikofarmakolojik müdahaleler de dahil olmak üzere çeşitli müdahalelerin bu yaş grubunda uygulanabileceği bildirilmiştir. Muhtemelen en uygun strateji, bu müdahaleleri beraber içeren çok yönlü yaklaşımlardır (20). Çocuğun yaşına bağlı olarak, TTM ile baş etmek için çeşitli tedavi seçenekleri mevcuttur (97). Tedaviye başlamadan önce geçmişte denenmiş, başarılı ve/veya başarısız olunan teknikleri ortaya çıkarmak, tedavinin planlanması açısından önemlidir (15). Tedavi TTM'nin şiddetine, tipine ve eş tanılarına göre planlanmalıdır (98).

Hasta ve ebeveynine bozukluk ile ilgili psikoeğitim verilmesi tedavideki ilk aşamayı oluşturmaktadır (20).

Okul öncesi yaş grubunda, öncelikle davranışsal terapiler tercih edilmelidir. TTM bu yaş grubunda daha az şiddetli seyreder, daha az tedavi dirençlidir ve hastalığın daha fazla spontan remisyon olasılığı vardır. Bu dönemde daha çok ebeveyn eğitimi, cevap önleme, mola yöntemi gibi yöntemler kullanılabilir.

Farmakoterapi, bu yaş grubunda tedavide nadiren kullanılmaktadır ve daha çok eş tanı varlığında tercih edilmektedir (20).

Okul çağındaki çocuklarda (7-12 yaş), TTM muhtemelen okul öncesi yıllardaki erken başlangıçlı vakalardan devam eden olgular ile TTM'nin daha yetişkin (geç başlangıçlı) formunda olan yeni olguların olduğu bir karışımdır. Bu nedenle okul öncesi çağıdaki çocuklarda değerlendirme için yapılan öneriler bu yaş grubunda da uygulanabilmektedir. Davranışçı terapi, bu yaş grubunda da en sık kullanılan tedavi şeklidir ve bu grupta davranışsal tedavilerde Alışkanlığı Geri Çevirme Terapisi (Habit Reverseal Therapy = HRT), modifiye HRT, pozitif pekiştireçler kullanılabilir. Okul öncesi yaş grubuna göre bu dönemde farmakolojik ilaçların kullanımı daha yaygındır. Okul çağı yaş grubunda en sık kullanılan medikal ajanlar ise klomipramin, fluoksetin ve paroksetindir.

Adölesan dönem başlangıçlı TTM ise kronik seyirlidir; bu nedenle hastalığın tanınması ve tedavi edilmesi komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir (20).

2.8.1.1. Psikoterapötik Müdahaleler

Bu bölümde davranışsal müdahaleleri temel alan HRT ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'den bahsedilecektir. HRT bazı çalışmalarda BDT'nin bir bileşeni olarak değerlendirilebilmektedir, ancak bu yazımda ayrı ayrı ele alınmışlardır (99).

2.8.1.2. Alışkanlığı Geri Çevirme Terapisi

TTM için en yaygın test edilen psikososyal terapi yöntemi HRT'dir. Bununla birlikte, literatürde yapılan çalışma sonuçlarına göre HRT'nin tecrübeli klinisyenler tarafından yapıldığı takdirde, en etkili tedavi seçeneği olduğu belirtilmiştir (99).

TTM tedavisinde kullanılan HRT 4 ana bileşenden oluşmaktadır (98-101);

- a) Kendini izleme: Kendini izleme bileşeninde, hasta kendi saç çekme davranışının kaydını tutar.
- b) Farkındalık eğitimi: Saç çekme davranışı ve sıklıkla saç çekme davranışını tetikleyen yüksek riskli durumların farkındalığının artırılması eğitimi (gerekirse ayna karşısında hareketi yaptırma, danışmana kendi davranışını nasıl fark edeceğini öğretme, davranış öncesi erken uyarı işaretlerini bulma,

danışana davranışın genelde olduğu durum, kişi, yer ilişkisini değerlendirmeyi öğretme gibi).

- c) Uyarın kontrolü: Saç çekme fırsatlarını azaltmak veya çekmeyi engellemek için bazı teknikleri içerir. Bu aşamada davranış öncülleri ve davranışın pekiştiricileri azaltılmalıdır (eldiven giymek, şapka takmak, kola ses çıkaran bilezik takmak gibi).
- d) Uyarın-tepki müdahalesi ya da yarışmalı cevap müdahalesi: Uyarın tepki müdahalesi, saç çekme isteği geldiğinde bu isteğin yerine geçebilecek derin kası gevşetme ya da yürüyüşe çıkma gibi aktiviteler geliştirme olarak tanımlanmaktadır. Yarışmalı cevap müdahalesi, hastaya belirli bir süre (birkaç dakika kadar) ya da dürtü kaybolana kadar davranışa zıt bir davranış sergilemesini öğretmeyi kapsar. Bu çalışmada zıt hareket, harekete katılan kasların izometrik bir şekilde gerilmesiyle yüksek farkındalık yaratılmalıdır. Ek olarak, davranış sosyal olarak göze çarpmayan ve normal devam eden faaliyetlerle kolayca sağlanmalıdır. Ancak, yine de alışkanlık ile uyumsuz olmalıdır.

Bu aşamalar sürecinde hastayı teşvik etmek ve övmek için sosyal destek tanımlaması da istenir (98). Edinilen beceriler için, sonrasında genelleme eğitimi verilerek günlük pratiğe uyarılama sağlanabilir. Tüm bunlara ek olarak, HRT'de sosyal pekiştiriciler de azaltılmalı ya da elimine edilmelidir (100).

Bloch ve arkadaşları (99) TTM tedavisinde farmakolojik ve davranışsal tedavileri değerlendirdikleri derlemelerinde, HRT'nin plasebo grubuna göre belirgin düzeyde etkin olduğunu bildirmişlerdir.

HRT ile saç çekmede bir azalma sağlanamazsa ya da depresyon veya anksiyete bozuklukları gibi önemli psikiyatrik eş tanımlar mevcut ise, tedaviye ek olarak BDT ve/veya bir SSRI önerilebilir (97).

2.8.1.3. Bilişsel Davranışçı Terapi

BDT'de terapi öncesi aile ve hastanın motivasyonu, aile ve hastadan alınan öykü ve hastanın yaşı terapi etkinliği açısından önemlidir. Daha genç olan hastalar (13 yaş altı), tedavi prosedürlerinde kullanılan ev ödevleri gibi basit, anlaşılır tekniklerle

daha fazla ilgili olabilirler; ancak, daha büyük hastalar bu tür ev ödevlerinin hep aynı olduğunu düşünebilir ve bu konuda motive olmada zorlanabilir (102).

BDT’de öncelikle saç çekmenin yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerine olan etkileri danışan ile araştırılır. Saç çekmeyi arttıran durum ve zamanlar belirlenir. 3. Aşamada rakip yanıt oluşturma sağlanır ve ardından farkındalık eğitimi verilir. Saç çekme davranışına farkındalık oluştuktan sonra, rakip yanıt ve farkındalık eğitiminin birleştirilmesi sağlanır. Danışana, terapi esnasında öğrendikleri ile ilgili pratik yapması açısından ev ödevleri verilerek terapiye devam edilir. BDT’de de HRT’de olduğu gibi farkındalık eğitimi önemlidir (102).

Learner ve arkadaşları (103), TTM’de BDT etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında, TTM tanılı hastalara 6 seans halinde BDT uygulamışlardır. Çalışmada, seans içeriğinin bilgi toplama, alışkanlığı geri çevirme egzersizleri, gevşeme egzersizleri, düşünceyi durdurma, bilişsel yeniden yapılandırma, rehberli öz diyalog, nüks önlemeden oluştuğu belirtilmiştir. Çalışmanın sonucunda ise BDT’nin TTM tedavisinde başarılı olduğu ancak, takiben eden süreçte nüks olabileceği bilgisine ulaşılmıştır. Bu nedenle daha büyük ilk semptom azalması elde etmek için tedavi süresini uzatmak ve nüks önleme stratejilerine odaklanmayı genişletmek gerekebileceği önerilmiştir.

Van minnen ve arkadaşları (104) tarafından fluoksetin ve davranışçı terapinin etkinliğini karşılaştırıldığı bir çalışmada, davranışçı terapinin semptomları azaltmada, fluoksetine üstün olduğu gösterilmiştir. Davranışsal terapi alan grupta TTM semptomlarında belirgin azalma olduğu gösterilmiştir.

Tolin ve arkadaşları tarafından TTM tanılı 22 hastaya BDT uygulanarak yapılan başka bir çalışmada, KGI değerlendirmesinde hastaların %77 sinde ‘‘tedaviye cevap’’, %32’sinde ise ‘‘çok iyi cevap’’ şeklinde sonuçlandığı görülmüştür. Çalışmada 6 aylık izlem sonrası %64 tedaviye cevap oranı görülmüştür ve bu bulgulara bakılarak BDT’nin çocuklardaki TTM tedavisinde faydalı olabileceği belirtilmiştir (23).

2.8.1.4. Psikofarmakolojik Müdahaleler

Çocuklarda psikofarmakolojik tedavilerle ilgili sonuçlar karışık görünmektedir. Bununla birlikte, kullanılan ilaç tedavilerinin yan etkileri de takip sürecinde dikkatli olunması gereken bir diğer konudur (61). Çocuklarda öncelikli yaklaşım davranışçı müdahaleler olmalıdır (105).

2.8.1.4.1. N-Asetil Sistein (NAC)

NAC, glutamat düzenleyici bir ajan olup, nörokimyasal, antioksidan, mukolitik, anti-enflamatuar, karaciğeri koruyucu etkilere sahiptir. Oksidatif stresi azaltarak ve glutaminerjik geçişi normalleştirerek etki etmektedir (106).

TTM tanılı 50 erişkin hastada NAC etkinliğini araştıran, çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada, hastalara 12 hafta boyunca 1200-2400 mg NAC ya da plasebo verilmiştir. Çalışmanın sonunda, TTM tedavisinde NAC'ın plaseboya göre anlamlı düzeyde etkin olduğu bulunmuştur. Hastaların %56'sında "çok ya da çok iyi iyileşme" olduğu gözlenirken, plasebo alan grubun sadece %16'sında benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmada belirgin yan etki olmadığı ve NAC'ın iyi tolere edildiği bildirilmiştir (107).

8-17 yaş arası TTM tanılı 39 çocuk ve ergen ile yapılan çift kör, randomize, plasebo kontrollü başka bir çalışmada ise, tedavi sonuçları açısından NAC ve plasebo arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Zamanla iyileşme, NAC ve plasebo grubunun her ikisinde de görülmüştür (105).

2.8.1.4.2. Antidepresanlar

TTM'nin OKB benzeri davranış paterni göstermesinden dolayı OKB'de etkili olan klomipramin ve SSRI TTM'nin farmakolojik tedavisinde sıklıkla araştırma konusu olmuştur.

Trisiklik antidepresanlardan olan klomipramin, serotonin ve norepinefrin geri alımını inhibe ederek ve ayrıca birçok ikincil mekanizmayı da etkileyerek etki göstermektedir (108). OKB tedavisinde etkin olan klomipraminin TTM tedavisinde de kullanıldığı bazı çalışmalar mevcuttur. Ninan ve arkadaşları (109) tarafından 23 TTM tanılı olguda tedavide BDT ve klomipramin etkinliğinin karşılaştırıldığı, 9 haftalık, randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada, klomipraminin saç

çekme üzerinde, semptomları plaseboya göre daha fazla azalttığının saptandığı belirtilmiştir. Ancak, sadece BDT'nin hem klomipramin hem de plaseboya göre istatistiksel olarak daha anlamlı bir iyileşme sağladığı da görülmüştür. Desipramin ve klomipraminin etkinliğinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada da klomipraminin TTM semptomlarını kısa dönem azaltmada etkin olduğu bildirilmiştir (52).

TTM'de tedavi modalitelerinin değerlendirildiği bir sistematik metaanaliz çalışmasında, klomipraminin tedavide potansiyel ajanlardan biri olduğu; ancak, fluoksetinin etkisinin kısıtlı olduğu ya da hiç etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Çalışmadaki bu bulgunun, klomipraminin nöradrenalin sistemi üzerindeki ek etkisinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür (108).

SSRI'ların özellikle fluoksetinin TTM tedavisinde kullanıldığında etkin olduğunu gösteren bazı çalışmalar mevcuttur (110-112). Ancak etkinliğinin kısıtlı olduğu ya da plasebodan anlamlı fark olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (113, 114). Bu etki farklarının çalışmalarda kullanılan ilaç dozlarının ve kullanım sürelerinin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (104).

TTM tedavisinde fluoksetin ve davranışsal tedavilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, hastalara günde 20 mg fluoksetin başlanmış ve doz 2 hafta içinde 60 mg' a titre edilerek yükseltilmiştir. Bu çalışmada 14 hastaya davranışsal terapi, 11 hastaya fluoksetin tedavisi uygulanmıştır ve 15 hasta ise bekleme grubuna alınmıştır. Çalışma bulgularına göre davranışsal tedavilerin semptomları azaltmada etkin olduğu ancak fluoksetinin semptomları azaltmada etkin olmadığı saptanmıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda ve olgu sunumlarında da essitalopram, sitaloqram, paroksetin gibi SSRI grubu ilaçların tedavide etkili olabileceği gösterilmiştir (114-117). Dougherty ve arkadaşlarının (118) HRT ve sitaloqram etkinliğini değerlendirdiği bir çalışmada, sadece HRT ve sadece sitaloqramın tedavide etkin olduğu bildirilmekle birlikte, HRT ve sitaloqramın birlikte kullanımının tedavide daha etkili olduğu belirtilmiştir.

Her ne kadar çalışmalarda SSRI etkinlikleri kısıtlı gösterilmiş olsa da, SSRI'lar depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve OKB tedavisinde temel tedaviler

olduğu için, eş tanı varlığında TTM tedavisinde düşünülmelidirler ve özellikle bu durumlarda tercih edilmelidirler (98).

2.8.1.4.3. Antipsikotikler

TTM tedavisinde haloperidol, risperidon, olanzapin gibi ajanların etkinliği bazı çalışmalarda gözlenmiştir.

TTM tanılı 9 olgu ile haloperidolün etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada haloperidolün tek başına ya da SSRI ile birlikte kullanıldığında TTM tedavisinde etkili olabileceği gösterilmiştir. Çalışmada yer alan 6 katılımcının daha öncesinde SSRI tedavisi almış olan ancak, direnç gösteren hastalar olduğu da belirtilmiştir (119).

Benzer şekilde, SSRI dirençli olgularda olanzapin ve risperidon ile güçlendirme tedavisinin faydalı olduğuna dair bazı olgu raporları da mevcuttur (120-125).

Ekstrapiramidal yan etkiler, kilo alımı, metabolik sorunlar, sedasyon gibi önemli yan etkilerinden dolayı olanzapin ve diğer antipsikotiklerin klinik kullanımları kısıtlıdır. Ancak, ciddi vakalarda hastalara risk / fayda ile ilgili bilgi verildikten sonra kullanımlarına karar verilmelidir (98).

Diğer psikofarmakolojik müdahaleler ise açık uçlu çalışmalar ve olgu raporlarında yer alan, topiramet, lityum, bupropion gibi medikal ajanlardır (126-128)

TTM tedavisinde davranış temelli psikolojik girişimleri ve farmakolojik tedavileri araştıran bir sistematik metaanaliz çalışmasında, tedavide NAC, klomipramin ve olanzapinin potansiyel ilaçlardan olduğu; ancak, fluoksetinin etkin olmadığı saptanmıştır. Sonuç olarak, TTM tedavisinde davranış temelli tedaviler medikal tedavilere üstündür (108).

2.8.1.5. Eş Tanı Durumlarında Tedavi

Eş tanının tedavi edilen tanı üzerinde etkisi olabilmesi nedeniyle, eş tanı varlığında tanılardan sadece birini tedavi etmek yeterli olmayabilir (66). Erken müdahale, tedavi seçeneklerini ve prognozu etkileyebilen komorbid psikiyatrik bozuklukların gelişmesini önleyebilir. Aynı zamanda komorbid psikiyatrik bozuklukların tedavisi de saç çekme davranışını azaltmaya yardımcı olabilir (11).

Tedavi edilmeyen bozukluk, sosyal, mesleki ve diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur (4).

SSRI'lar, antipsikotikler ve diğer çeşitli farmakolojik tedaviler tedaviye dirençli hastalarda eş tanı varlığında kullanılabilir; ancak, kullanılacak olan medikal tedaviler her hastanın klinik ihtiyacına göre uyarlanmalıdır (98).

2.9. Yaşam Kalitesi

TTM tedavi edilmediği takdirde sosyal, mesleki, ailevi ve akademik işlevlerde belirgin sıkıntıya neden olarak yaşam kalitesinde belirgin bozulma ile sonuçlanabilmektedir (129, 130). Ayrıca doğru tanı ve ya uygun tedavi uygulamasındaki gecikmeler ek maliyetlere sebep olarak ekonomik bir yük de oluşturabilmektedir (129).

Houghton ve arkadaşlarının (80) TTM tanılı hastalarda eş tanı ve TTM'nin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini araştırdıkları bir çalışmada, hastalarda var olan depresif belirtilerin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuzluğun tek belirleyicisi olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, Franklin ve arkadaşlarının (130) çalışmasında, anksiyete ve depresif belirtilerin ciddiyetindeki artışın TTM semptomları ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

TTM uzun dönem sonuçları ile ilgili yapılan bir çalışmada, TTM tanılı çocuklarda daha ileri yaş ve daha fazla odaklanmış saç çekme düzeyinin, zayıf prognoz ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, çalışmada yaş ile birlikte depresyon ve anksiyete düzeylerinde artış olduğu ve bu artan anksiyete ve depresyon semptomlarının ise saç çekme şiddeti ile korele olduğu bildirilmiştir (63). Benzer şekilde, yapılan başka bir çalışmada da okul öncesi ve okul çağı çocuklarında semptom ciddiyeti açısından fark olmadığı; ancak, yaş büyüdükçe ve sosyal farkındalık arttıkça sıkıntı düzeyinde ve bozukluk düzeyinde daha fazla etkilenme olduğu bildirilmiştir (22).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ve DSM-V'e göre TTM tanısı almış olan çocuklarda, eşlik eden psikiyatrik tanılar ve klinik özelliklerin değerlendirilmesini amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Araştırma için Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulu'ndan 2018/270 karar numarası ile onay alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Gaziantep, sosyal, kültürel, ekonomik ve coğrafik açıdan Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin gelişmiş illerinden olup, 2018 yılı Türkiye İstatistik Kurumu adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre Gaziantep' in toplam nüfusu 2 028 563'dür (131). Araştırma kapsamına Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ve DSM-V'e göre TTM tanısı almış olan çocuk ve ergen hastalar alınmıştır.

3.3. Araştırma Evreni

Araştırmaya, Kasım 2018 ile Kasım 2019 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na tedavi amaçlı başvuran, DSM-V'e göre TTM tanısı alan ve araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan 41 TTM tanılı hasta alınmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma kriterleri

3.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- a. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümünde TTM tanısı almış olma

- b. Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- c. 8-17 yaş aralığında olma

3.4.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

- a) Çalışmaya katılmak istememe
- b) Çocukta zeka geriliği ve yaygın gelişimsel bozukluk tanılarının olması
- c) Bilinen ek kronik fiziksel hastalık olması (epilepsi, kanser vb.)

3.5. Araştırmanın Yürütülmesi ve Yöntem

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Kasım 2018 ile Kasım 2019 tarihleri arasında TTM tanısı almış hastalar içerisinde araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan 41 çocuk ve ergen hasta çalışmaya alınmıştır.

Hastalarda, TTM tanısının saptanması amacıyla araştırmacı tarafından hastalar DSM-V'e göre değerlendirilmiştir. DSM-V'e göre TTM tanısı konulan 8-17 yaş arası çocuk sahibi ebeveynlere Sosyodemografik Veri Formu ve Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş Aile Formu (ÇADÖY-A) poliklinik başvurusunda doldurtulmuştur. Çocuk ve ergenlerle, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Çocuk Formu (ÇADÖY-Ç) doldurtulmuştur. Hasta ve ebeveynleri ile Okul Çağı (6-18 yaş) Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-TV) ile tarama yapılmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Hastanın sosyodemografik verileri içinde hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, ebeveynlerin yaşı ve eğitim düzeyleri, ailenin yapısı, gelir seviyesi ve ebeveynlerin herhangi bir psikopatolojiye sahip olup olmadığı ile ilgili

veriler bulunmaktadır. Klinik veri kısmında ise hastalara ilk TTM tanısının kaç yaşında iken konduğu, aldığı tedaviler, daha sık hangi bölgelerden ve hangi aktiviteler esnasında saç çekme davranışının olduğu, sonrasında saça ne yaptığı ve ilk hangi bölüme başvurduğu ile ilgili veriler bulunmaktadır (Ek 4).

3.6.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli

Çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şuandaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (132) tarafından geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Yirmi üç farklı tanı alanında değerlendirme yapabilen, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) DSM-5 Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması'nın ÇDŞG-ŞY' nin Türkçe çeviri ve geri çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ünal ve arkadaşları tarafından Hacettepe Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Şubat 2018–Haziran 2018 tarihleri arasında başvuran, yaşları 6-17 arasındaki, 150 çocuk ve ergen ile yapılmıştır. ÇDŞG-ŞY-TV ile konulan tanıların geçerliği, klinik değerlendirme ile konulan DSM-5 tanıları (uyum geçerliliği) ve o tanıyı değerlendiren ölçek puanları (eş zaman geçerliği) dikkate alınarak değerlendirilmiştir.

Görüşme çizelgesinin ilk bölümünde yapılandırılmamış bir görüşme ile çocuğun ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, yakınmaları, gelişim öyküsü, sağlık durumu, genel olarak okuldaki ve evdeki işlevselliği ile ilgili bilgiler sorgulanır.

İkinci bölüm, hem geçmiş hem de şu andaki (son iki aydaki) 200'den fazla özgül belirtiyi değerlendiren tarama soruları yer alır.

Üçüncü bölüm, DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur.

Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır.

Değerlendirilebilecek tanılar; MDB, süregelen depresif bozukluk, mani, hipomani, siklotimi, BB, yıkıcı duygudurum düzenleme bozukluğu (YDDDB), şizoafektif bozukluklar, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu/seçici konuşmazlık, yaygın anksiyete bozukluğu, OKB, DEHB, DB, KOKGB, ebeveyn çocuk ilişki sorunları, enürezis, enkoprezis, yeme bozuklukları, geçici tik bozuklukları, Tourette Sendromu, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı, TSSB ve otizm spektrumu bozukluklarıdır (133) (Ek 7).

3.6.3. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Çocuk Formu

ÇADÖY-Ç, çocuk ve ergenlerde DSM-4'e dayalı anksiyete bozuklukları ve depresyon ile ilgili semptomları değerlendiren, 47 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Katılımcılar her maddeyi 0-3 arasında puanlamaktadır (0=asla, 1=bazen, 2=sık sık ve 3=her zaman). Ölçek, Total Anksiyete ve Depresyon puanı ve Total Anksiyete puanı ile Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Anksiyete, Panik Bozukluk, OKB, Depresyon şeklinde diğer alt ölçeklerden oluşmaktadır (134). Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Görmez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışmada ÇADÖY-Ç'nin özellikle mevcut anksiyete ve depresyon ölçekleri ile karşılaştırmalı testlerde uygunluk gösterdiği saptanmıştır (135) (Ek 5).

3.6.4. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Aile Formu

ÇADÖY-A, çocuk ve ergenlerde DSM-IV'a göre anksiyete bozuklukları ve depresyon ile ilgili semptomları değerlendiren ve 47 maddeden oluşan bir aile bildirim ölçeğidir. Katılımcıların her maddeyi 0-3 arasında değerlendirdiği 4 farklı puandan oluşan likert tip bir ölçektir (0=asla, 1=bazen, 2=sık sık ve 3=her zaman).

Ölçek, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Anksiyete, Panik Bozukluk, OKB, Depresyon ile Total Anksiyete ve Depresyon puanı ve Total Anksiyete puanını değerlendirmektedir (136). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2017 yılında Görmez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (137) **(Ek 6)**.

ÇADÖY'de ölçek maddeleri çocuk ve aile tarafından puanlandıktan sonra, her bir anksiyete bozukluğu tanısı için elde edilen puanlar T skoruna göre değerlendirilmektedir. T skoruna göre 70 puan ve üzeri alan olgularda o tanı klinik olarak eşik üstü olarak kabul edilmektedir. Çalışmada olgularda anksiyete bozukluğu ve depresyon maddelerinde T skor 70 ve üstü alan olgularda klinik olarak o tanı semptomlarının olduğu kabul edilmiştir. Ancak, T skor Türk toplum örnekleminde değerlendirilmediğinden çalışmamızda T skor yerine Raw skor ile veriler analiz edilmiştir.

3.7. İstatiksel Değerlendirme

Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro Wilk testi ile test edilmiştir. Sayısal değişkenlerde iki bağımsız grup karşılaştırılmasında normal dağılanlarda Student t testi, normal dağılmayanlarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerde üç bağımsız grup karşılaştırılmasında normal dağılan değişkenlerde ANOVA ve LSD testleri, normal dağılmayanlarda Kruskal Wallis ve Dunn çoklu karşılaştırma testleri kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Kikare testi ile test edilmiştir. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearmanrank korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Analizlerde SPSS 22.0 Windows versiyonu paket programı kullanılmıştır. $P<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışma Kasım 2018-Kasım 2019 tarihleri arasında kliniğimizde TTM tanısı alan ve bu tanı ile takip edilen 41 olgu ile yapılmıştır. Görüşmeler tek seans ve ortalama 2 saat sürmüştür. Çalışma hakkında aile ve çocuğa bilgi verildikten sonra aydınlatılmış onam formu ebeveynlerden biri ve çocuk tarafından imzalanmıştır. Daha sonra sırayla Sosyodemografik Veri Formu, ÇDŞG-ŞY-TV araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Çocuklar için ÇADÖY-Ç Formu çocuk tarafından, ÇADÖY-A formu ebeveyn tarafından doldurulmuştur.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmaya katılan 41 çocuk ve ergenin 25'i (% 61) kız çocuk, 16'sı (% 39) ise erkek çocuktan oluşmaktaydı. Kız/Erkek oranı 1.5/1 idi. Çocukların yaşları 8 ile 17 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 12.56 ± 2.57 idi.

Ebeveyn özelliklerine bakıldığında; annelerin yaşları 28 ile 55 arasında değişmekte olup, ortalama yaşları 39.65 (SS 6.10) iken; babaların yaşları 32 ile 63 arasında değişmekte olup, ortalama yaşları 44.32 (SS 7.15) yıldı.

Annelerin hepsi sağ olup; eğitim seviyeleri, 1'i (%2.4) okuma yazma bilmiyor, 19'u (%46.3) ilkokul mezunu, 6'sı (%14.6) ortaokul mezunu, 6'sı (%14.6) lise mezunu, 9'u (%22.0) üniversite mezunu düzeyindeydi. Babaların da hepsi sağ olup; eğitim seviyeleri, 13'ü (%31.7) ilkokul mezunu, 11'i (%26.8) ortaokul mezunu, 4'ü (%9.8) lise mezunu, 13'ü (% 31.7) üniversite mezunu düzeyindeydi. Okuma yazma bilmeyen yoktu.

Ebeveynlerde psikiyatrik başvuru sıklığı değerlendirmesinde; annelerin 11'inin (%27.5), babaların ise 8'inin (%19.5) yaşam boyu en az bir kez psikiyatrik başvurularının olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerden en az birinde psikiyatri başvuru öyküsü olanların sayısı 17 (%42.5), her iki ebeveynin de psikiyatrik başvuru öyküsü olanların sayısı ise 2 (%4.9) idi. Hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, aile gelir durumu, aile yapısı ve kardeş sayısı ile ilgili özellikler Tablo 4'te belirtilmiştir.

Tablo 4: Eğitim durumu, gelir durumu, aile yapısı, kardeş sayısı dağılımları

Genel tanımlayıcı özellik	Kategoriler	N (%)
Cinsiyet	Kız	25 (61)
	Erkek	16 (39)
Eğitim durumu	İlköğretim	6 (1.6)
	Ortaokul	21 (51.2)
	Lise	14 (34.1)
Gelir durumu	1500 TL ve daha az	5 (12.2)
	1500 TL – 4000 TL	23 (56.1)
	4000 Tl ve üzeri	13 (31.7)
Aile yapısı	Evli	37 (90.2)
	Ayrı	3 (7.3)
	Vefat	1 (%.4)
Yaş (şimdi yıl) (ortalama $\pm$ ss)	12.56 $\pm$ 2.57	
Kardeş sayısı (ortalama $\pm$ ss)	3.04 $\pm$ 1,11	

(N: Sayı; %: Yüzde, ss: standart sapma)

4.2. Olguların Klinik Özellikleri

Yapılan değerlendirmede, olguların 11'inin (%26.8) değerlendirme esnasında ilk tanı olduğu saptanmakla birlikte, 10'unun (%24.4) 1 yıldan kısa süredir, 8'inin (%19.5) 1-3 yıldır, 12'sinin (29.3) 3 yıldan uzun süredir TTM tanısı almış olduğu görüldü. İlk tanı yaşları 4 ile 16 arasında değişmekle birlikte, ilk tanı yaşı ortalaması ise 10.85 ± 2.89 olarak saptanmıştır. Erkek çocuklarda ortalama tanı yaşı 10.25 ± 2.08 iken, kız çocuklarında ise 11.24 ± 3.29 idi. Cinsiyetler arasında tanı yaşları açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (**Tablo 5**). Hastaların saç çekme davranışı için ilk tanı yaşlarından bu yana olan hastalık süresi ortalama 1.73 (SS1.73) yıl olarak bulunmuştur.

Tablo 5: Cinsiyetler arası tanı yaşı değerlendirmesi

Cinsiyet	Tanı yaşı (yıl)	P
Kız	11.24 ± 3.29	0,070
Erkek	10.25 ± 2.08	
Toplam (ortalama $\pm$ ss)	10.85 ± 2.89	

(ss: standart sapma, $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir)

Saç çekme bölge sıklığına baktığımızda ise, baş bölgesindeki saçların olguların 33'ünde (%80.5) çekildiği görülmektedir. Hastaların 12'sinde (%29.3) kaş bölgesinden, 10'unda (%24.4) kirpik bölgesinden, 2'sinde (% 4.9) bıyık bölgesinden, 6'sında (%14.6) kol bölgesinden, 1'inde (%2.4) bacak bölgesinden kıl çekmenin olduğu görülmüştür. Sakal, gövde, pubik ve koltuk altı bölgelerinden hiç saç çeken olgu yoktu. Olgularda en az 1, en fazla 3 bölgeden saç çekme vardı. Birden fazla

bölgeden saç çekme olanların sayısı 17 (%41.5), tek bölgeden saç çekme sayısı 24 (%58.5) idi. Çekilen bölge sayısı ortalaması 1.5 ± 0.80 idi (**Tablo 6**).

Saç çekilen bölge sayıları açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ebeveynlerin psikiyatrik başvuruları, ebeveyn eğitim durumları, aile gelir düzeyi ile saç çekilen bölge sayıları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6:Saç çekme bölgelerinin olgu sayısına göre dağılımı

Bölge	Sayı (n)	Yüzde (%)
Baş	33	80.5
Kaş	12	39.3
Kirpik	10	24.4
Bıyık	2	4.9
Kol	6	14.6
Bacak	1	2.4
Birden fazla bölge	17	41.5
Tek bölge	24	58.5

Saç çekme davranışının 33 (%80.5) olguda dinlenme sırasında, 23 (%56.1) olguda TV izlerken, 16 (%39) olguda ödev yaparken, 14 (% 34.1) olguda okulda ders dinlerken, 15 (%36.6) olguda telefon veya bilgisayar ile vakit geçirirken, 6 (%14.6) olguda yemek yeme esnasında olduğu görülmüştür (**Tablo 7**).

Tablo 7: Saç çekme davranışının olduğu aktivitelerin olgu sayısına göre dağılımları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dinlenme	33	80.5
TV izleme	23	56.1
Ödev yapma	16	39
Okulda ders dinleme	14	34.1
Telefon veya bilgisayar ile vakit geçirme	15	37.5
Yemek yeme	6	14.6

Saçı çekme sonrası saça uygulanan davranış değerlendirmesine bakıldığında ise; olguların 35'i (%85.4) saçı yere atarken, 11'i (%26.8) saçı kopardıktan sonra inceler, 5'i (%12.2) ağzına alır çiğner ancak yutmaz, 3'ü (%7.3) parmaklarına dolarken, olguların hiçbirinin saçı yutmadığı görülmüştür (**Tablo 8**).

Tablo 8: Saç çekme sonrası saça uygulanan davranışların olgu sayısına göre dağılımları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Saçı yere atar	35	85.4
Saçı inceler	11	26.8
Saçı çiğner ancak yutmaz	5	12.2
Parmaklarına dolar	3	7.3

Olguların saç çekme davranışı için ilk başvurularının hangi bölüme yapıldığına bakıldığında; 29 olgunun (%72.5) ilk olarak çocuk psikiyatri bölümüne, 9 olgunun (%22.5) ilk olarak dermatoloji bölümüne, 2 olgunun (%5) ilk olarak psikoloğa başvurduğu görülmüştür.

Çalışmamızda 11 (%26) olgunun ilk tanı olgu olduğu, 30 (%73) olgunun ise geçmişte tanı konup takip edilen olgular olduğu görülmüştür. Olguların geçmişte kullandıkları farmakolojik tedaviler değerlendirildiğinde, 28 (%68) olgunun geçmişte herhangi bir farmakolojik tedavi kullanmadığı, 13 (%31) olgunun farmakolojik tedavi kullandığı saptanmıştır. 30 olgunun takipli olgular olduğu ve bu olguların bu 17'sinde (%56) geçmişte farmakolojik tedavi kullanım öyküsünün olmadığı saptanmıştır. Güncel farmakolojik tedavi kullanan olgular ise 5 (%12) olgu idi. 11 olgu ilk tanı olgu olduğundan güncel ve geçmiş farmakolojik tedavi kullanım öyküleri yoktu. Daha önceden TTM tanısı konup takip edilen 25 (%60) olguda güncel farmakolojik tedavi kullanımı yoktu. 16 (%39) olguda geçmiş ve güncel ilaç kullanım öyküsü yoktu. Güncel farmakolojik tedavilerde ise 2 olguda antipsikotik, 2 olguda antidepresan, 1 olguda NAC; geçmiş farmakolojik tedavilerde 7 olguda antipsikotik, 7 olguda antidepresan kullanımının olduğu saptanmıştır. 1 olgunun ise tedavi aldığı ancak hangi tedaviyi aldığını hatırlamadığı belirtilmiştir. Tedaviden fayda düzeyleri hiç, az, orta, iyi şeklinde sıralanarak analiz edilmiştir. Geçmişte psikofarmakolojik tedavi kullanan olgulardan ilaç fayda düzeylerine bakıldığında 3 olguda (%23,07) iyi düzeyde, 1 olguda (%7,69) orta düzeyde, 4 olguda (%30,6) az düzeyde, 2 olguda (%15,38) ise hiç fayda olmadığı saptanmıştır. Güncel tedavilerde ise 3 olguda (%60) iyi düzeyde, 1 olguda (%20) orta düzeyde, 1 olguda (%20) az düzeyde fayda sağladığı saptanmıştır.

4.3. Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerin yaşam boyu en fazla 6 psikiyatrik ek tanı aldıkları saptanmakla birlikte, 4 olguda (%9.8) TTM tanısı dışında yaşam boyu psikiyatrik ek tanı yoktu. Yaşam boyu psikiyatrik ek tanı ortalaması 3,26 (SS 1,84) idi. 4 olgu (%9.8) 1 ek tanı, 5 olgu (%12.2) 2 ek tanı, 10 olgu (%24.4) 3 ek tanı, 5

olgu (%12.2) 4 ek tanı, 8 olgu (%19.5) 5 ek tanı, 5 olgunun (%12.2) 6 ek tanı aldığı görülmüştür (**Tablo 9**).

Çalışmaya katılan çocuk ve ergen olguların güncel olarak en fazla 5 psikiyatrik ek tanı aldıkları saptanmakla birlikte, 7 olguda (%17.1) TTM tanısı dışında güncel psikiyatrik ek tanı yoktu. Güncel psikiyatrik tanı ortalaması 2.02 (SS 1.42) idi. 9 olgu (%22) 1 tanı, 9 olgu (%22) 2 tanı, 10 olgu (%24.4) 3 tanı, 4 olgu (%9.8) 4 tanı, 2 olgu (%4.9) 5 tanı aldığı görülmüştür (**Tablo 9**).

Güncel ve yaşam boyu psikiyatrik ek tanı sayıları açısından cinsiyetler arasında kız cinsiyette erkek cinsiyete göre anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.012$, $p=0.025$) (**Tablo 9**).

Tablo 9: Güncel ve yaşam boyu toplam psikiyatrik hastalık sayısı ve ortalaması

Tanı sayısı	Güncel N (%)	Yaşam boyu N (%)
0	7 (17.1)	4 (9.8)
1	9 (22)	4 (9.8)
2	9 (22)	5 (12.2)
3	10 (24.4)	10 (24.4)
4	4 (9.8)	5 (12.2)
5	2 (4.9)	8 (19.5)
6	-	5 (12.2)
Ortalama $\pm$ ss	2.02 $\pm$ 1.42	3,26 $\pm$ 1,84
Tanı sayısı (kız ve erkek cinsiyet)	$p=0.012$	$p=0.025$

(N: Sayı, %: yüzde, $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir)

Güncel psikiyatrik ek tanı sayısı ile ebeveyn psikiyatrik başvurusu ve gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmazken; yaşam boyu psikiyatrik ek tanı ile aile gelir düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.034$). 1500TL-4000 TL ile 4000 TL üstünde yaşam boyu tanı sayısı açısından anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.028$)

Güncel psikiyatrik tanılara bakıldığında 7 olguda ek psikiyatrik tanının olmadığı, 34 olguda ise en az bir psikiyatrik ek tanının olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik ek tanı değerlendirmesinde 2 (%4.9) olgu MDB, 2 (%4.9) olgu Çökkün Duygudurumun Eşlik Ettiği Uyum Bozukluğu, 2 (%4.9) olgu Distimi, 2 (%4.9) olgu YDDB, 20 (%48.8) olgu Anksiyete Bozukluğu, 6 (%14.6) olgu OKB, 5 (%12.2) olgu Enürezis, 1 (%2.4) olgu Enkoprezis, 21 (51.2) olgu DEHB, 5 (%12.2) olgu KOKGB, 6 (%14.6) olgu ebeveyn çocuk ilişki sorunları, 2 (%4.9) olgu DB, 8 (%19.5) olguda Tik Bozukluğu olduğu saptanmıştır (**Tablo 10**).

Güncel eşlik eden DEHB açısından güncel psikiyatrik tanılara bakıldığında 21 olguda DEHB saptanmakla birlikte, bu olguların 15'inde (%71.42) bileşik tip DEHB, 5'inde (% 23.80) dikkat eksikliği baskın tip DEHB, 1'inde (%4.76) tanımlanmamış tip DEHB alt tipleri saptandı

Güncel psikiyatrik ek tanı değerlendirmesinde, Anksiyete Bozukluğu ek tanısı alan olgularda 10 (%50) Özgül Fobi, 4 (%20) Sosyal Anksiyete Bozukluğu, 3 (%15) Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu, 1 (%5) Agorafobi, 2 (%10) Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, 1 (%5) Yaygın Anksiyete Bozukluğu olduğu görülmekle birlikte hiç Panik Bozukluk ve Selektif Mutizm ek tanısı saptanmamıştır. Özgül Fobi tanısı alan olgularda hayvansal alt tip en fazla görülürken, durumsal tip, doğal çevre tipi ve kan tipi bunu takip etmektedir. En sık görülen alt tiplerin hayvanlar (kedi, köpek ve böcek), karanlık, yükseklik, asansör ve kan ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Olguların yaşam boyu ek tanı değerlendirmesinde 4 (%9.8) olguda ek psikiyatrik tanı olmadığı 37 olguda ise en az bir psikiyatrik ek tanının olduğu saptanmıştır. Ek tanı değerlendirmesinde olgularda 6 (%14,6) olgu MDB, 6 (% 14.6) olgu çökkün Duygudurumun Eşlik Ettiği Uyum Bozukluğu, 1 (%2.4) olgu Tanımlanmış Depresif Bozukluk, 4 (%9.8) olgu Distimi, 1 (%2.4) olgu Hipomani, 5 (%12.2) olgu YDDB, 25 (%61) olgu Anksiyete Bozukluğu, 6 (%14.6) olgu OKB, 11 (%26.8) olgu Enürezis, 4 (%9.8) olgu Enkoprezis, 23 (56.1) olgu DEHB, 6 (%14.6) olgu KOKGB, 6 (%14.6) olgu ebeveyn çocuk ilişki sorunları, 2 (%4.9) olgu DB, 14 (%34.1) olgu Tik Bozukluğu ve 5 (%12.2) olguda TSSB tanıları olduğu saptanmıştır **(Tablo 10).**

Yaşam boyu psikiyatrik ek tanı değerlendirmesinde, Anksiyete Bozukluğu ek tanısı alan olgularda; 14 (%56) Özgül Fobi, 8 (%32) Sosyal Anksiyete Bozukluğu, 4 (%16) Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, 1 (%4) Agorafobi, 1 (%4) Panik Bozukluk, 1 (%4) Yaygın Anksiyete Bozukluğu, 4 (%16) Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu olduğu görülmekle birlikte, hiç Selektif Mutizm ek tanısı saptanmamıştır. Özgül Fobi tanısı alan olgularda hayvansal alt tip en fazla görülürken, durumsal tip, doğal çevre tipi ve kan tipi bunu takip etmektedir. En sık görülen alt tiplerin hayvanlar (kedi, köpek ve böcek), karanlık, yükseklik, asansör ve kan ile ilişkili olduğu görülmüştür.

yaşam boyu eşlik eden psikiyatrik tanılarda, 23 olguda DEHB saptanmakla birlikte, alt tipleri açısından değerlendirildiğinde bu olguların 16'sında (%69.5) bileşik tip DEHB, 5'inde (% 21.7) dikkat eksikliği baskın tip DEHB, 1'inde (%4.3) hiperaktivite-dürtüsellik baskın tip DEHB, 2'sinde (%8.6) tanımlanmamış tip DEHB alt tipleri saptanmıştır.

Cinsiyetler arasında güncel ek tanı değerlendirmesinde YDDDB, DB, DEHB, Tik bozuklukları açısından erkeklerde kızlara göre anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p=0.048$, $p=0.001$, $p=0.048$, $p=0.021$). Ek olarak kız cinsiyette erkek cinsiyete göre sosyal anksiyete açısından anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.04$).

Cinsiyetler arasında yaşam boyu ek tanı değerlendirmesinde MDB, kkn Duygudurum Uyum Bozukluğu, Distimi açısından kız cinsiyette erkek cinsiyete göre daha anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.010$, $p=0.010$, $p=0.040$). Ek olarak, erkek cinsiyette kız cinsiyete göre DEHB, DB, Enürezis, Tourette Sendromu tanıları açısından anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p=0.001$, $p=0.048$, $p=0.007$, $p=0.043$).

Tablo 10: Güncel ve yaşam boyu psikiyatrik tanıların sıklığı

	Güncel N(%)	Yaşam boyu N(%)
MDB	2 (%4.9)	6 (%14.6)
Çökkün Duygudurumun Eşlik Ettiği Uyum Bozukluğu	2 (%4.9)	6 (% 14.6)
Tanımlanmamış depresif bozukluk	-	1 (%2.4)
Distimi	2 (%4.9)	4 (%9.8)
YDDB	2 (%4.9)	5 (%12.2)
Anksiyete Bozukluğu	20 (%48.8)	25 (%61)
OKB	6 (%14.6)	6 (%14.6)
DEHB	21 (%51.2)	23 (%56.1)
KOKGB	5 (%12.2)	6 (%14.6)
Ebeveyn çocuk ilişki sorunları	6 (%14.6)	6 (%14.6)
DB	2 (%4.9)	2 (%4.9)
Tik bozukluğu	8 (%19.5)	14 (%34.1)
Enürezis	5 (%12.2)	11 (%26.8)
Enkoprezis	1 (%2.4)	4 (%9.8)
TSSB	-	5 (%12.2)

(N: sayı, %: yüzde, MDB: Majör Depresif Bozukluk; YDDB: Yıkıcı Duygudurum Düzenleme Bozukluğu; OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu; KOKGB: Karşıt olma, Karşı Gelme Bozukluğu; DB: Davranım Bozukluğu; TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu)

4.4. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği–Yenilenmiş Çocuk ve Aile Formu

Çalışmamızda kullanılan ÇADÖY-Ç formu ve ÇADÖY-A formunun ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ancak T skor uyarlaması ülkemiz toplum örneklemine göre yapılmadığından ölçekteki Raw skorlar üzerinden istatistiksel analizler yapılmıştır. Buna göre ÇADÖY-Ç formu total depresyon, total anksiyete ve total anksiyete ve depresyon Raw skorları ortalaması sırayla 9.02 (SS 6.49), 32.48 (SS 21.22), 41.51 (SS 26.57) idi. ÇADÖY-A formu Total depresyon, total anksiyete ve total anksiyete ve depresyon Raw skorları ortalaması sırayla 8.70 (SS 5.82), 29.24 (SS 19.36), 37.97 (SS 24.12) idi (**Tablo 11**).

Cinsiyetler arasında ÇADÖY-Ç formu ve ÇADÖY-A formu total anksiyete, total depresyon ve total anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11: ÇADÖY-Ç ve ÇADÖY-A formu Raw skorları

	ÇADÖY-Ç Raw Skor	ÇADÖY-A Raw Skor
Total Anksiyete Puanı	8.85 ± 6.48	8.70 ± 5.90
Total Depresyon Puanı	41.65 ± 26.89	29.30 ± 19.60
Total Anksiyete ve Depresyon Puanı	32.82 ± 21.38	38.02 ± 24.43

(ÇADÖY-A: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Aile Formu
ÇADÖY-Ç: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Çocuk Formu)

ÇADÖY-A formu Total depresyon Raw skorları ile hastalık süresi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0.33$ $p=0.03$). ÇADÖY-Ç formu total depresyon, total anksiyete, total anksiyete ve depresyon Raw skorları ile ÇADÖY-A formu total anksiyete, total depresyon, total anksiyete ve depresyon Raw skorları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. ÇADÖY-A formu total depresyon Raw skorları ile yaşam boyu psikiyatrik ek tanı sayısı arasından pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0.002$ $r=0.466$) (**Tablo 12**).

Tablo 12: ÇADÖY-Ç ve ÇADÖY-A total anksiyete, total depresyon, total anksiyete ve depresyon Raw skorları arasındaki ilişki düzeyleri

		ÇADÖY-A Total Depresyon Raw skoru	ÇADÖY-A Total Anksiyete Raw skoru	ÇADÖY-A Total Anksiyete ve Depresyon Raw skoru
ÇADÖY-Ç Total Depresyon Raw skoru	R	0,471	0,329	0,384
	P	0,002	0,036	0,013
	N	41	41	41
ÇADÖY-Ç Total Anksiyete Raw skoru	R	0,464	0,519	0,537
	P	0,002	0,001	0,000
	N	41	41	41
ÇADÖY-Ç Total Anksiyete ve Depresyon Raw skoru	R	0,482	0,488	0,518
	P	0,001	0,001	0,001
	N	41	41	41
Hastalık süresi	R	-0,337	-0,239	-0,282
	P	0,031	0,132	0,074
	N	41	41	41

(ÇADÖY-A: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Aile Formu

ÇADÖY-Ç: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş-Çocuk Formu

N: Sayı, $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir)

Birden fazla bölgeden saç çekmesi olanlar ile ÇADÖY-Ç formu ve ÇADÖY-A formu total anksiyete, total depresyon ve total anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Şimdi ve yaşam boyu tanı sayıları ile ÇADÖY-Ç formu total anksiyete, total depresyon ve total anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

ÇADÖY-A formu Total depresyon Raw skorları açısından güncel tanı sayısı ve yaşam boyu tanı sayıları arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0.022$ $r=0.035$, $p=0.002$ $r=0.466$). ÇADÖY-A formu total anksiyete ve depresyon Raw skorları ile yaşam boyu tanı sayıları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($p=0.026$, $r=0.034$)

Tanı yaşı ile ÇADÖY-Ç formu ve ÇADÖY-A formu Total depresyon Raw skorları arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0.007$ $r=0.416$, $p=0.31$ $r=.337$).

ÇADÖY-A formu total depresyon, total anksiyete, total anksiyete ve depresyon Raw skoru bakımından gelir grupları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($p=0,041$, $p=0.037$, $p=0.032$). ÇADÖY-A formu total depresyon, total anksiyete Raw skorları 1500-4000 TL geliri olan grupta 4000 TL ve üzeri geliri olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur ($p= 0.039$, $p= 0.034$). ÇADÖY-A formu, total anksiyete ve depresyon Raw skorları 1500 TL–4000 TL geliri olan grupta 4000 TL ve üzeri olan gruba göre 1500 TL-4000TL geliri olan grupta 1500 TL ve altı geliri olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0.033$, 0.043).

4.5. Yaş grupları açısından istatistiksel bulgular

Olguların istatistiksel açıdan verileri analiz edildiğinde; yaş dağılımı aynı zamanda 8-12 yaş ve 13-17 yaş grubu şeklinde 2 grup olarak da değerlendirilmiştir. 8-12 yaş arası 18 olgu (%43.9), 13-17 yaş arası 23 olgu (% 56.1) olduğu görülmüştür.

8-12 yaş ile 13-17 yaş grubu arasında kirpik bölgesinden sa(kıl) çekme açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0.007$). Bölge sayısı açısından yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,180$).

Güncel psikiyatrik ek tanı değerlendirmesinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Distimi tanıları açısından 13-17 yaş grubunda olan olgularda anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p=0.026$, $p=0.034$). 8-12 yaş grubunda olan olgularda ise DEHB ve Enkoprezis tanıları açısından anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p=0.017$, $p=0.08$).

Yaş grupları ile ÇADÖY-A formu ve ÇADÖY-Ç formu total anksiyete, total depresyon ve total anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ve DSM-V 'e göre TTM tanısı almış olan çocuklarda eşlik eden psikiyatrik tanılar ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma ülkemizde TTM ve eşlik eden tanılar ile ilgili bilgilerin kısıtlı olması nedeniyle yapılmıştır. Elde edilen veriler güncel veriler ışığında tartışılmıştır.

5.1. Olguların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi

Bu çalışmada TTM olgularının çalışmaya alındıkları dönemdeki yaş ortalamasının 12.50 (SS 2.58) olduğu saptanmıştır. Olgularda TTM başlangıç yaşı ortalaması 10.85 (SS 2.89) idi. Yapılan literatür taramasında TTM başlangıç yaşının ortalama 9-13 yaşlarında olduğu ve çalışmamızda elde edilen bu değerlerin literatürdeki diğer çocuk, ergen ve erişkin TTM tanılı hastalarla yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu olduğu görülmüştür (5, 13, 23, 138-140). Çalışmamızda cinsiyetler arasında başlangıç yaşı açısından anlamlı bir fark olmamakla birlikte, erkek cinsiyette başlangıç yaş ortalamasının daha erken yaşlarda olduğu görülmüştür. Çocuk, ergen ve erişkin TTM tanılı hastalarla yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde erkek cinsiyette daha erken başlangıç yaşı olduğu gözlenmiştir (86).

Literatürde yapılan çalışmalarda TTM tanısı açısından cinsiyetler arasında kız cinsiyetin daha baskın olduğu görülmektedir (23, 74, 141). Çalışmamızda kız/erkek oranının 1.5/1 olarak bulunması Türkiye ve dünyada çocuk ve ergen olgularla yapılmış diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür (10, 12, 105). Benzer şekilde, ülkemizde 23 TTM tanılı çocuk ve ergen ile yapılan bir klinik örneklem çalışmasında bu oranın 1.8/1 olduğu görülmektedir (11). Ancak, erişkinler ile yapılan çalışmalarda bu oranın daha yüksek olduğu görülmektedir (13). Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmesinin nedeni erkeklerin saç kesimi nedeniyle durumu maskeleyebilmeleri, erkeklerde kelliğin erkek tipi kellik ile ilişkilendirilmesi ya da damgalanmaya kadınlarda daha fazla neden olma ihtimaline karşın kadınlarda daha

sık klinik başvuru olması ile ilişkili olabilir. Çocuk yaş grubunda henüz bu baş etme becerilerinin edinilmemiş olması ya da damgalanmanın daha sınırlı düzeyde olması; cinsiyetler arasındaki oranların çocuk ve ergen yaş grubunda, neden erişkin olgulara göre bu kadar daha yakın olduğuna cevap olabilir.

Çalışmamızda en sık baş, kaş ve kirpik bölgelerinden saç çekmenin olduğu görülmüştür. Bu elde edilen bulgu, ülkemizde ve dünyada yapılan diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (11, 22, 23, 141-143). Adaletli ve arkadaşlarının (11) çalışmasında da benzer şekilde en sık etkilenen bölgenin baş bölgesindeki saçlı deri olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, 38 TTM tanılı çocuk ve ergen ile yapılan çalışmada, olguların yaklaşık %90'ında baş bölgesindeki saçlı deriden saç çekmenin olduğu gözlenmiştir (10). 1657 erişkin ile yapılan internet tabanlı TTM Etki Projesi (Trichotillamnia İmpact Project Çalışması)'nde de benzer şekilde en sık saç çekilen bölgenin kafa derisindeki saçlı deri olduğu saptanmıştır (22). Kafa derisi, kaş ve kirpik bölgelerindeki saçlı derinin en sık saç çekilen bölge olması, o bölgelerin diğer bölgelere kıyasla daha ulaşılabilir olması ve daha görünür olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda hastaların yaklaşık yarısında birden fazla bölgeden saç çekmenin olduğu görülmektedir. Benzer şekilde literatürde çocuk ve ergen olgularla yapılan çalışmalara bakıldığında olguların yarıya yakın kısmında birden fazla bölgeden saç çekmenin olduğu bildirilmiştir (11, 23). Franklin ve arkadaşlarının (130) 2008 yılında yayımlanan TTM Etki Projesi isimli çalışmalarında, olguların %57 sinde birden fazla bölgeden saç çekmenin olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, erişkinlerle yapılan çalışmalarda ise çoklu bölgeden çekmenin oran olarak daha sık olduğu gözlenmiştir (7). Bu bulgular ile TTM semptomlarının çocuk ve ergen yaş dönemlerinde başlangıç gösterdiği bulgusu göz önüne alındığında, zamanında ve uygun tedavi edilmeyen olgularda zamanla saç çekilen bölge sayısının arttığı sonucuna ulaşılmaktadır.

Çalışmamızda saç çekmenin özellikle dinlenme ve TV izleme gibi aktiviteler esnasında daha sık olduğu gözlenmiştir. Sedanter aktiviteler esnasında daha sık saç çekme olduğu bulgusu daha önce başka çalışmalarda da gösterilmiştir (10, 138).

Çalışmamızda tedavi ile ilgili istatistiksel verilere bakıldığında farmakolojik tedavi kullanım öyküsünün sınırlı düzeyde (geçmiş %56, güncel %12) olduğu

görülmektedir. Benzer şekilde, 123 TTM tanılı olgu ile yapılan başka bir çalışmada da olguların %58'inde tedavi öyküsünün olmadığı ve kullanılan tedavilerde ise minimal düzeyde iyileşme olup, tedaviler arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (5). TTM tedavisinde davranışsal tedavilerin etkin olduğu ve farmakolojik tedavilerin etkinliğinin kısıtlı olduğu düşünülünce, hekimlerin bu olgularda farmakolojik tedaviyi öncelikli tercih etmedikleri varsayımı çıkarılabilir.

5.2. Eşlik eden klinik tanılar

TTM'ye eşlik eden yaşam boyu psikiyatrik tanılar incelendiğinde; olguların hemen hemen hepsinin (4 olgu hariç) TTM'ye ek olarak bir ya da daha fazla psikiyatrik ek tanı aldığı görülmekle birlikte, bu oranın literatürde yapılan diğer çalışmalardaki oranlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Tolin ve arkadaşlarının (23) 46 hasta ile yaptıkları bir çalışmada en az bir eş tanı sıklığının %38 olduğu bildirilmiştir. Klocubar ve arkadaşlarının (10) 38 TTM tanılı çocuk ve ergen olgu ile yaptıkları çalışmada ise %57 düzeylerinde eş tanı saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise bu oran %64 olarak bildirilmiştir (21). Literatürde TTM tanılı çocuk ve ergenlerde yapılan komorbidite çalışmaları incelendiğinde; büyük çoğunluğunda ölçek puanlarına göre değerlendirme yapıldığı, ÇDŞG-ŞY gibi yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile yapılmış çalışmaların az sayıda olduğu görülmektedir (22, 23, 62, 63). Çalışmamızda psikiyatrik eş tanı oranlarının yüksek çıkması, çalışmamızda ÇDŞG-ŞY'nin kullanılması ve çalışmaya uzun süredir takip edilen hastaların da dahil edilmesi ile ilişkili olabilir. Benzer şekilde, ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada da ÇDŞG-ŞY-TV kullanılmış ve benzer şekilde komorbidite oranı yüksek bulunmuştur (11). Ancak, Klocubar ve arkadaşlarının (10) çalışmasında, ÇDŞG-ŞY kullanılmakla birlikte komorbidite oranının çalışmamıza göre daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışmanın yapıldığı kliniğin 3. Basamak sağlık merkezi olması

ve dolayısıyla tedavi dirençli ya da uzun süredir takip edilen hastaların kliniğe başvurusunun olması, neden çalışmamızda eş tanı oranlarının bu kadar sık olduğu sorusuna cevap olarak görülebilir.

Çalışmamızda psikiyatrik ek tanı sayısının kız cinsiyette erkek cinsiyete göre daha sık olduğu gözlenmiştir. Özellikle kız cinsiyette erkek cinsiyete göre MDB, Distimi, Çökkün Duygudurum Uyum Bozukluğu tanılarının belirgin düzeyde daha sık olduğu gözlenmiştir. Bor ve arkadaşlarının (144) 19 çalışmanın verilerini değerlendirdikleri derlemelerinde, adölesan dönemde kız cinsiyette içsel problemlerin erkek cinsiyete göre daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Bu durum kızların okul performansındaki değişikliklere ve kilo ve görünüş gibi dış görünüm faktörlerine daha hassas olması ile ilişkilendirilmiştir. Saç çekme davranışının da dış görünüşte değişikliklerle sonuçlanabileceği göz önüne alındığında, kız cinsiyette bu tanıların daha sık görülmesi olası bir sonuçtur. Ayrıca, derlemede kızların erkeklere göre sosyal-duygusal dikkatlerinin daha fazla olmasının kızlarda olumsuz bilişsel stile neden olarak depresyona yatkınlık oluşturabileceği de belirtilmiştir (144). Çalışmamızdaki kız cinsiyet eş tanı sayısı baskınlığının, kız cinsiyette dış görünüşe ve dışarıdan gelen olumsuz eleştirilere daha fazla önem verme ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

YDDB, DEHB, Tourette Sendromu tanılarının erkek cinsiyette kız cinsiyete oranla belirgin düzeyde daha sık olduğu gözlenmiştir. Çalışma bulgularına benzer şekilde, bu tanıları ile ilgili yapılan başka çalışmalarda da bu tanıların genel olarak erkek cinsiyette görülme sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (145-150). Dolayısıyla, bu tanıları açısından erkek cinsiyet baskınlığı literatür bilgileri ile uyumludur.

Çalışmamızda TTM tanısına en sık Anksiyete bozuklukları, DEHB, Tik Bozuklukları tanılarının eşlik ettiği görülmüştür. Ülkemizde çocuk ve ergen TTM hastaları ile yapılan güncel başka bir çalışmada da benzer şekilde Anksiyete Bozukluğu tanısının en sık eşlik eden tanı olarak saptandığı bildirilmiştir. Bu çalışmada Yıkıcı Davranış Bozuklukları ve Tik Bozuklukları tanılarının bunu izlediği belirtilmiştir (11). Literatürdeki diğer makalelere bakıldığında benzer şekilde,

Anksiyete Bozukluğu eş tanısının çocuk ve ergen yaş grubunda en sık eşlik eden tanı olduğu görülmektedir (12, 23, 141). Bununla birlikte MDB, Distimi, Tanımlanmış Depresif Bozukluk, Çökkün Duygudurum Uyum Bozukluğu, Hipomani tanıları duygudurum bozukluğu kategorisine dahil edildiğinde toplamda 23 (%56.1) olgunun bu grupta olduğu görülmektedir. Yani, çalışmamızda çocuk ve ergen yaş grubunda TTM tanısına en sık anksiyete ve duygudurum bozukluklarının eşlik ettiği söylenebilir. Çalışmamızdaki Anksiyete Bozukluğu eş tanı sıklığı ve ÇADÖ-Y skorları da göz önüne alındığında, TTM tanısının içselleştirme bozuklukları olan duygudurum ya da anksiyete bozuklukları grubu ile ilişkisinin daha güçlü olduğu düşünülmüştür. Benzer şekilde, Hanna ve arkadaşlarının (21) çalışmasında da TTM tanısının daha çok içsel ya da duygudurum ilişkili bir klinik psikiyatrik tablo olduğu belirtilmiştir (21).

TTM klinik belirtilerinin daha ağır seyrettiği olgularda, daha fazla depresif semptomlar görülebilmektedir ve bu durum çocuklarda işlevsellikte daha fazla etkilenme ile ilişkilidir. Ek olarak, alay edilme utanç, akran zorbalığı ve düşük benlik saygısı nedeniyle gelişen kaçınma davranışları da okul ve sosyal işlevler açısından bozulmaya neden olabilir (9). Saç çekme davranışı ve sonucunda oluşan alopesi, sosyal durumlarda güçlüklerle, kendini izole etmeye ve utanmaya neden olarak; depresyon ve anksiyete belirtilerini arttırabilir (13). Çalışmamızdaki anksiyete ve duygudurum bozuklukları tanılarının sık olmasının bir diğer nedeninin de bu durum ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Genel anlamda bakıldığında anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile bu yoğun komorbidite düzeyi, “TTM’nin kendisi mi anksiyete ve duygudurum bozukluklarına neden oluyor yoksa, anksiyete ve duygudurum bozuklukları mı saç çekmeye neden oluyor?” sorusunu akla getirmektedir. Kaygı ve korkunun normal sağlıklı gelişen çocuklarda da görülmesi, Anksiyete Bozukluğu olan çocukların genellikle sadece fiziksel semptomlar bildirmesi ve içselleştirilmiş “endişe” veya “korku” semptomlarını sözlü olarak ifade etmekte zorlanmaları nedeniyle çocuklarda Anksiyete Bozukluğu tanısı konması güç olabilmektedir (151). Dolayısıyla, saç çekme davranışı, çocukta zaten var olan Anksiyete Bozukluğu'nun bir fiziksel yansıması da olabilir.

Çalışmamızdaki diğer sık görülen ek tanı ise DEHB tanısıydı. Yapılan bazı çalışmalarda TTM hastalarında bazı dikkat problemlerinin daha fazla olduğu sonucu ele alındığında bu durum şaşırtıcı görünmemektedir (64, 65). Ancak, literatüre bakıldığında Tolin ve arkadaşlarının (23) çalışmasında, dışsal bozuklukların (KOKGB, DB, DEHB) %11 oranında olduğu, yalnızca DEHB tanısının %8.7 olduğu saptandığı; ebeveyn bildirimlerinde ise daha yüksek düzeylerde (%30.4) DEHB tanısı olduğu ve özellikle dikkat eksikliği baskın tipin daha sık olduğu bildirilmiştir. Bu farklı sonuçlar, dışsallaştırma problemlerin ebeveyn bildirimlerinde daha sık olması ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmamızdaki DEHB, KOKGB ve DB ek tanı sıklıkları ve saç çekme davranışının sedanter aktivitelerde daha sık olması göz önüne alındığında, saç çekme davranışının aynı zamanda düşünmeden yapılan davranış komponentinin varlığını da desteklemektedir. Çalışmamızdaki anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile DEHB, DB, KOKGB tanılarının sıklığı, TTM'nin odaklanmış ve otomatik alt tiplerinin varlığıyla ilişkili olabilir. Bu açılarından da bakıldığında TTM tanısının basitçe saç çekme davranışı olarak değil, aslında karmaşık bir yapıya sahip olduğu görülmektedir.

TTM tanısı DSM-V'de Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar tanı kategorisinde değerlendirilmesine rağmen, çalışmamızda OKB tanısının ek tanılar içerisinde daha düşük sıklıkta eşlik ettiği görülmüştür. Benzer şekilde, literatürdeki başka çalışmalarda da OKB eş tanı oranının diğer tanılara kıyasla daha düşük olduğu gözlenmiştir (23, 141, 152). Ek olarak, ebeveyn psikiyatrik tanı değerlendirmesinde de hiç OKB tanısı ile takip edilen ebeveyn olmadığı görülmüştür.

ÇADÖY- Ç formu total anksiyete, total depresyon, total anksiyete ve depresyon Raw skorları ile ÇADÖY-A total anksiyete, total depresyon, total anksiyete ve depresyon Raw skorları arasında pozitif yönde bir ilişki olmakla birlikte, ÇADÖY total depresyon skorlarının ebeveyn bildirimlerinde çocuk bildirimlerine göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ebeveyn bildirimlerindeki bu kısmi farklılığın, TTM tanısı bulunan çocuk ve ergenlerin, ebeveynlerinin farkında olmadığı psiko-sosyal sıkıntılar yaşadıklarını düşündürmektedir. Benzer şekilde, çocuk ve ergenlerde anksiyete ve depresyon ile ilgili yapılan başka çalışmalarda da çocuk bildirimlerinde, ebeveyn bildirimlerine göre içselleştirici semptomlarla ilgili skorların daha yüksek olduğu gözlenmiştir. ÇADÖY-A formu Total depresyon Raw

skorlarının hastalık süresi ile negatif ilişkisi hastalık süresi uzadıkça ailelerin sürece bakış açılarının değişmesi ile ilişkili olabilir. Ayrıca, TTM'nin kronik ve dirençli doğası ve eşlik eden tanıların sık olması gibi özellikleri düşünüldüğünde, gerek ebeveyn bildirimlerinde çocuk bildirimlerine göre depresyon skorlarında düşüklük olması, gerekse ebeveyn bildirimlerindeki depresyon skorları ile hastalık süresi arasındaki negatif ilişkinin, hastalık süresi uzadıkça ebeveynlerin bu durumu çocuk veya ergenin sekonder kazancına bağlaması, ebeveynlerin eşlik eden tanılara odaklanması, süreç esnasında TTM ile baş etmede yorulma ya da saç çekme davranışına artık odaklanmama ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

ÇADÖY-Ç formu total depresyon Raw skorları ve ÇADÖY-A formu total anksiyete ve total depresyon Raw skorları ile yaşam boyu ek tanı sayısı arasındaki pozitif yöndeki ilişkinin varlığı, olguların tedavi edilmedikleri takdirde, anksiyete bozuklukları ve depresyon geliştirmeye daha yatkın olabileceğini kanıtlar niteliktedir. Dolayısıyla, eşlik eden tanı sayısında artışla da ilişkili olabileceği görülmektedir.

Açıkçası, bu potansiyel hipotezleri yeterince incelemek için gelecekteki büyük ölçekli araştırmalar ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ

Saç çekme davranışı bilindiği üzere biyo-psiko-sosyal açıdan medikal, estetik problemler, sosyal geri çekilme, psikolojik sorunlarla ilişkilidir.

Çocuklarda saç kaybı olan bölgeleri saklamak ya da göstermemek için utanma, sosyal geri çekilme ile sonuçlanabilir. Bu durum çocuk, ailesi ya da bakım verenler açısından da yaşam kalitesinde olumsuz etkilenme ile sonuçlanabilir.

Çalışmamızda yüksek oranda psikiyatrik eş tanı saptanması, bu olgularda psikiyatrik ek tanı açısından değerlendirme yapılması gerektiğini ve ek psikiyatrik tanıların tespit edilmesi durumunda uygun tedavilerinin yapılmadığı sürece sadece TTM tedavisinin yetersiz kalabileceğini düşündürmüştür. Dolayısıyla TTM belirtilerini bozukluğun bir parçası olarak görmek, bütüncül yaklaşmak tedavide önemli noktalardan biridir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar ve literatür bilgileri de beraber değerlendirildiğinde, TTM tanısının eşlik eden klinik tanıları açısından heterojen bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Özellikle eş tanıları içerisinde Anksiyete Bozuklukları eş tanı oranının yüksek olması ve ÇADÖY skorları göz önüne alındığında, TTM tanısının Anksiyete Bozuklukları ile ilişkisinin güçlü olduğu düşünülmüştür. Aslında, TTM tanısının anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile bu yoğun semptomatik ilişkisi baz alındığında; TTM ile anksiyete ve duygudurum bozuklukları arasındaki eş tanı ilişkisinin "neden mi yoksa sonuç mu?" olduğu sorusu akla gelmektedir. Dolayısıyla, özellikle nörokimyasal ve nöroanatomik çalışmaların bu yönde genişletilmesi, etiyolojinin aydınlatılması ve tedavi stratejilerinin belirlenmesi açısından önemlidir.

Bu yüksek düzey komorbidite ve olumsuz sonuçlarına rağmen bu konuda ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar kısıtlıdır. TTM tanısı hakkında yapılan eş tanı ve klinik özellikler ilişkili çalışmalar, tedaviyi düzenleme ve tedavi etkinliği açısından fayda sağlayabilir. Bu açıdan çalışmamızın literatüre katkısı olacağı kanaatindeyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ, Piacentini J, Trichotillomania Learning Center-Scientific Advisory Board T-S. Styles of pulling in youths with trichotillomania: exploring differences in symptom severity, phenomenology, and comorbid psychiatric symptoms. *Behav Res Ther.* 2008;46:1055-61.
2. Falkenstein MJ, Haaga DA. Symptom accommodation, trichotillomania-by-proxy, and interpersonal functioning in trichotillomania (hair-pulling disorder). *Compr Psychiatry.* 2016;65:88-97.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
4. Gawłowska-Sawosz M, Wolski M, Kamiński A, Albrecht P, Wolańczyk T. Trichotillomania and trichophagia-diagnosis, treatment, prevention. The attempt to establish guidelines of treatment in Poland. *Psychiatr Pol.* 2016;50:127-43.
5. Cohen LJ, Stein DJ, Simeon D, Spadaccini E, Rosen J, Aronowitz B, et al. Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. *The Journal of clinical psychiatry.* 1995.
6. Panza KE, Pittenger C, Bloch MH. Age and gender correlates of pulling in pediatric trichotillomania. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2013;52:241-9.
7. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult hair pullers. *The American journal of psychiatry.* 1991.
8. du Toit PL, van Kradenburg J, Niehaus D, Stein DJ. Characteristics and phenomenology of hair-pulling: an exploration of subtypes. *Comprehensive Psychiatry.* 2001;42:247-56.
9. Lewin AB, Piacentini J, Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ, et al. Depression, anxiety, and functional impairment in children with trichotillomania. *Depression and Anxiety.* 2009;26:521-7.
10. Klobučar A, Folnegović-Šmalc V, Kocijan-Hercigonja D, Sović S, Gulić L. Clinical Characteristics And Comorbidity Of Pediatric Trichotillomania: The Study Of 38 Cases In Croatia. *Psychiatria Danubina.* 2018;30:79-84.

11. Adaletli H, Güneş H, Tanidir C, Mutlu C, Aytemiz T, KILIÇOĞLU AG, et al. Clinical features and comorbid psychiatric disorders in children and adolescents with trichotillomania: a clinical sample. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016;17.
12. Rahman O, McGuire J, Storch EA, Lewin AB. Preliminary randomized controlled trial of habit reversal training for treatment of hair pulling in youth. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2017;27:132-9.
13. Grant JE, Redden SA, Medeiros GC, Odlaug BL, Curley EE, Tavares H, et al. Trichotillomania and its clinical relationship to depression and anxiety. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2017;21:302-6.
14. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Trichotillomania: a current review. *Clinical psychology review*. 2010;30:181-93.
15. Sah DE, Koo J, Price VH. Trichotillomania. *Dermatologic therapy*. 2008;21:13-21.
16. Penzel F. The hair-pulling problem: A complete guide to trichotillomania: Oxford University Press, USA; 2003.
17. Tay Y-K, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatrics*. 2004;113:e494-e8.
18. Shapiro J, Wiseman M, Lui H. Practical management of hair loss. *Canadian Family Physician*. 2000;46:1469-77.
19. Diefenbach GJ, Reitman D, Williamson DA. Trichotillomania: a challenge to research and practice. *Clinical Psychology Review*. 2000;20:289-309.
20. Bruce TO, Barwick LW, Wright HH. Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents. *Pediatric Drugs*. 2005;7:365-76.
21. Hanna GL. Trichotillomania and related disorders in children and adolescents. *Child psychiatry and human development*. 1997;27:255-68.
22. Walther MR, Snorrason I, Flessner CA, Franklin ME, Burkel R, Woods DW. The trichotillomania impact project in young children (TIP-YC): clinical characteristics, comorbidity, functional impairment and treatment utilization. *Child Psychiatry & Human Development*. 2014;45:24-31.
23. Tolin DF, Franklin ME, Diefenbach GJ, Anderson E, Meunier SA. Pediatric trichotillomania: descriptive psychopathology and an open trial of cognitive behavioral therapy. *Cognitive behaviour therapy*. 2007;36:129-44.

24. Eskeland S, Moen E, Hummelen B. Trichotillomania. Tidsskrift for den Norske laegeforening; tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke. 2018;138.
25. Konkan R, Şenormancı Ö, Sungur MZ. Trikotillomani: Tanı, farmakoterapi ve kognitif davranışçı terapisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2011;21:265-74.
26. Stein DJ, Christenson GA, Hollander E. Trichotillomania: American Psychiatric Pub; 1999.
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.
28. Chamberlain SR, Odlaug BL, Boulougouris V, Fineberg NA, Grant JE. Trichotillomania: neurobiology and treatment. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2009;33:831-42.
29. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: Geneva: World Health Organization; 1992.
30. ICD-11. [Available at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/125399965>.
31. King RA, Zohar AH, Ratzoni G, Binder M, Kron S, Dycian A, et al. An epidemiological study of trichotillomania in Israeli adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1995;34:1212-5.
32. Schlosser S, Black DW, Blum N, Goldstein RB. The demography, phenomenology, and family history of 22 persons with compulsive hair pulling. Annals of Clinical Psychiatry. 1994;6:147-52.
33. Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. The Journal of clinical psychiatry. 1991.
34. Karakuş G, Tamam L, Öztürk Z, Eroğlu Mz, Bahali K, Nebioğlu M, et al. Bir Grup Üniversiteye Hazırlık Öğrencisinde Dürtü Kontrol Bozukluğu. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi. 2011;48.
35. Chatterjee K. The genetic factors influencing the development of trichotillomania. Journal of genetics. 2012;91:259-62.
36. Hemmings SM, Kinnear CJ, Lochner C, Seedat S, Corfield VA, Moolman-Smook JC, et al. Genetic correlates in trichotillomania-a case-control association

study in the South African Caucasian population. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2006;43:93.

37. Züchner S, Wendland J, Ashley-Koch A, Collins A, Tran-Viet K, Quinn K, et al. Multiple rare SAPAP3 missense variants in trichotillomania and OCD. *Molecular psychiatry*. 2009;14:6.

38. Greer JM, Capecchi MR. Hoxb8 is required for normal grooming behavior in mice. *Neuron*. 2002;33:23-34.

39. Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, Niehaus DJ, Nel DG, Corfield VA, et al. Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Comprehensive psychiatry*. 2005;46:14-9.

40. Novak CE, Keuthen NJ, Stewart SE, Pauls DL. A twin concordance study of trichotillomania. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2009;150:944-9.

41. Bohne A, Savage CR, Deckersbach T, Keuthen NJ, Jenike MA, Tuschen-Caffier B, et al. Visuospatial abilities, memory, and executive functioning in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2005;27:385-99.

42. Chamberlain SR, Fineberg NA, Blackwell AD, Robbins TW, Sahakian BJ. Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163:1282-4.

43. Bohne A, Savage CR, Deckersbach T, Keuthen NJ, Wilhelm S. Motor inhibition in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2008;42:141-50.

44. Bohne A, Keuthen NJ, Tuschen-Caffier B, Wilhelm S. Cognitive inhibition in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2005;43:923-42.

45. Slikboer R, Reser MP, Nedeljkovic M, Castle DJ, Rossell SL. Systematic Review of Published Primary Studies of Neuropsychology and Neuroimaging in Trichotillomania. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2018;24:188-205.

46. Stein DJ, van Heerden B, Hugo C, van Kradenburg J, Warwick J, Zungu-Dirwayi N, et al. Functional brain imaging and pharmacotherapy in trichotillomania: single photon emission computed tomography before and after treatment with the

selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2002;26:885-90.

47. Chamberlain SR, Harries M, Redden SA, Keuthen NJ, Stein DJ, Lochner C, et al. Cortical thickness abnormalities in trichotillomania: international multi-site analysis. *Brain imaging and behavior*. 2018;12:823-8.

48. Chamberlain SR, Menzies LA, Fineberg NA, del Campo N, Suckling J, Craig K, et al. Grey matter abnormalities in trichotillomania: morphometric magnetic resonance imaging study. *The British Journal of Psychiatry*. 2008;193:216-21.

49. Chamberlain SR, Hampshire A, Menzies LA, Garyfallidis E, Grant JE, Odlaug BL, et al. Reduced brain white matter integrity in trichotillomania: a diffusion tensor imaging study. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67:965-71.

50. O'Sullivan RL, Rauch SL, Breiter HC, Grachev ID, Baer L, Kennedy DN, et al. Reduced basal ganglia volumes in trichotillomania measured via morphometric magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*. 1997;42:39-45.

51. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL, Schapiro MB, Rapoport SI, Grady CL. Regional cerebral glucose metabolism of women with trichotillomania. *Archives of General Psychiatry*. 1991;48:828-33.

52. Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL, Lenane MC, Goldberger EL, Cheslow DL. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *New England Journal of Medicine*. 1989;321:497-501.

53. Ninan PT, Rothbaum BO, Stipetic M, Lewine RJ, Risch S. CSF 5-HIAA as a predictor of treatment response in trichotillomania. *Psychopharmacology bulletin*. 1992.

54. Stein D, Hollander E. Low-dose pimozide augmentation of serotonin reuptake blockers in the treatment of trichotillomania. *The Journal of clinical psychiatry*. 1992;53:123-6.

55. Keren M, Ron-Miara A, Feldman R, Tyano S. Some reflections on infancy-onset trichotillomania. *The Psychoanalytic study of the child*. 2006;61:254-72.

56. Andresen JJ. Rapunzel: the symbolism of the cutting of hair. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1980;28:69-88.

57. Monroe Jr JT, Abse DW. The psychopathology of trichotillomania and trichophagy. *Psychiatry*. 1963;26:95-103.

58. Buxbaum E. Hair pulling and fetishism. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1960;15:243-60.
59. Greenberg HR, Sarner CA. Trichotillomania: symptom and syndrome. *Archives of General Psychiatry*. 1965;12:482-9.
60. Oranje AP, Peereboom-Wynia JD, De Raeymaecker DM. Trichotillomania in childhood. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1986;15:614-9.
61. Chandran NS, Novak J, Iorizzo M, Grimalt R, Oranje AP. Trichotillomania in children. *Skin appendage disorders*. 2015;1:18-24.
62. Rozenman M, Peris TS, Gonzalez A, Piacentini J. Clinical characteristics of pediatric trichotillomania: comparisons with obsessive-compulsive and tic disorders. *Child Psychiatry & Human Development*. 2016;47:124-32.
63. Schumer MC, Panza KE, Mulqueen JM, Jakubovski E, Bloch MH. Long term outcome in pediatric trichotillomania. *Depression and anxiety*. 2015;32:737-43.
64. Eroğlu MZ, Sahan E, Demirkol ME, Gelegen V, Tamam L. Attention deficit hyperactivity disorder and impulsivity in patients with trichotillomania. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44:1-.
65. Stanley MA, Hannay HJ, Breckenridge JK. The neuropsychology of trichotillomania. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997;11:473-88.
66. Grant JE, Redden SA, Leppink EW, Chamberlain SR. Trichotillomania and co-occurring anxiety. *Comprehensive psychiatry*. 2017;72:1-5.
67. Gaze C, Kepley HO, Walkup JT. Co-occurring psychiatric disorders in children and adolescents with Tourette syndrome. *Journal of Child Neurology*. 2006;21:657-64.
68. Ferrão YA, Miguel E, Stein DJ. Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: how closely are they related? *Psychiatry research*. 2009;170:32-42.
69. Lamothe H, Baleyte J-M, Mallet L, Pelissolo A. Trichotillomania is more related to Tourette disorder than to obsessive-compulsive disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2019.
70. Stanley MA, Swann AC, Bowers TC, Davis ML, Taylor DJ. A comparison of clinical features in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1992;30:39-44.

71. Sentürk V, Tanriverdi N. Resistant trichotillomania and risperidone. *Psychosomatics*. 2002;43:429-30.
72. Stein DJ, Flessner CA, Franklin M, Keuthen NJ, Lochner C, Woods DW. Is trichotillomania a stereotypic movement disorder? An analysis of body-focused repetitive behaviors in people with hair-pulling. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2008;20:194-8.
73. Snorrason I, Belleau EL, Woods DW. How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Clinical psychology review*. 2012;32:618-29.
74. Odlaug BL, Grant JE. Trichotillomania and pathologic skin picking: clinical comparison with an examination of comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2008;20:57-63.
75. Bohne A, Keuthen N, Wilhelm S. Pathologic hairpulling, skin picking, and nail biting. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2005;17:227-32.
76. Lochner C, du Toit PL, Zungu Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, et al. Childhood trauma in obsessive compulsive trichotillomania, and controls. *Depression and anxiety*. 2002;15:66-8.
77. Golubchik P, Sever J, Weizman A, Zalsman G. Methylphenidate treatment in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid trichotillomania: a preliminary report. *Clinical neuropharmacology*. 2011;34:108-10.
78. Gershuny BS, Keuthen NJ, Gentes EL, Russo AR, Emmott EC, Jameson M, et al. Current posttraumatic stress disorder and history of trauma in trichotillomania. *Journal of Clinical Psychology*. 2006;62:1521-9.
79. Zucker N, Von Holle A, Thornton LM, Strober M, Plotnicov K, Klump KL, et al. The significance of repetitive hair pulling behaviors in eating disorders. *Journal of clinical psychology*. 2011;67:391-403.
80. Houghton DC, Maas J, Twohig MP, Saunders SM, Compton SN, Neal-Barnett AM, et al. Comorbidity and quality of life in adults with hair pulling disorder. *Psychiatry research*. 2016;239:12-9.
81. Christenson GA, Mitchell JE. Trichotillomania and repetitive behavior in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1991;10:593-8.
82. Karakus G, Tamam L. Impulse control disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2011;52:378-85.

83. Fettahoğlu EÇ. Primer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili saç kayıpları. Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm. 2014;48.
84. Lochner C, Seedat S, Stein DJ. Chronic hair-pulling: phenomenology-based subtypes. Journal of anxiety disorders. 2010;24:196-202.
85. Walsh KH, McDougle CJ. Trichotillomania. American journal of clinical dermatology. 2001;2:327-33.
86. Swedo SE, Leonard HL. Trichotillomania: an obsessive compulsive spectrum disorder? Psychiatric Clinics. 1992;15:777-90.
87. Szepietowski JC, Salomon J, Pacan P, HREHORÓW E, Zalewska A. Frequency and treatment of trichotillomania in Poland. Acta dermato-venereologica. 2009;89:267-70.
88. Franklin ME, Zangrabbe K, Benavides KL, Christenson, Tolin, Toit D, et al. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. Expert review of neurotherapeutics. 2011;11:1165-74.
89. Grant JE, Odlaug BL. Clinical characteristics of trichotillomania with trichophagia. Comprehensive psychiatry. 2008;49:579-84.
90. Diefenbach GJ, Tolin DF, Crocetto J, Maltby N, Hannan S. Assessment of trichotillomania: a psychometric evaluation of hair-pulling scales. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2005;27:169-78.
91. Oguchi T, Miura S. Trichotillomania: its psychopathological aspect. Comprehensive Psychiatry. 1977;18:177-82.
92. Muller SA. Trichotillomania: A histopathologic study in sixty-six patients. Journal of the American Academy of Dermatology. 1990;23:56-62.
93. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatology: 2-volume set. St Louis, MO: Mosby. 2007.
94. Tolin DF, Diefenbach GJ, Flessner CA, Franklin ME, Keuthen NJ, Moore P, et al. The trichotillomania scale for children: development and validation. Child Psychiatry and Human Development. 2008;39:331-49.
95. Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ, Piacentini J, Cashin SE, et al. The Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania-Child Version (MIST-C) Initial Development and Psychometric Properties. Behavior Modification. 2007;31:896-918.

96. Stanley MA, Breckenridge JK, Snyder AG, Novy DM. Clinician-rated measures of hair pulling: a preliminary psychometric evaluation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1999;21:157-70.
97. Labouliere CD, Storch EA. Pediatric trichotillomania: Clinical presentation, treatment, and implications for nursing professionals. *Journal of pediatric nursing*. 2012;27:225-32.
98. Jones G, Keuthen N, Greenberg E. Assessment and treatment of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder. *Clinics in dermatology*. 2018;36:728-36.
99. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, et al. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biological psychiatry*. 2007;62:839-46.
100. Azrin N, Nunn R. Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour research and therapy*. 1973;11:619-28.
101. Azrin NH, Nunn RG, Frantz S. Treatment of hairpulling (trichotillomania): a comparative study of habit reversal and negative practice training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1980;11:13-20.
102. Roblek TL, Detweiler MF, Fearing T, Albano AM. Cognitive behavioral treatment of trichotillomania in youth: What went right and what went wrong? *Cognitive and Behavioral Practice*. 1999;6:154-61.
103. Lerner J, Franklin ME, Meadows EA, Hembree E, Foa EB. Effectiveness of a cognitive behavioral treatment program for trichotillomania: An uncontrolled evaluation. *Behavior Therapy*. 1998;29:157-71.
104. van Minnen A, Hoogduin KA, Keijsers GP, Hellenbrand I, Hendriks G-J. Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study. *Archives of general psychiatry*. 2003;60:517-22.
105. Bloch MH, Panza KE, Grant JE, Pittenger C, Leckman JF. N-Acetylcysteine in the treatment of pediatric trichotillomania: a randomized, double-blind, placebo-controlled add-on trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013;52:231-40.
106. Barroso LAL, Sternberg F, Souza MNIdF, Nunes GJdB. Trichotillomania: a good response to treatment with N-acetylcysteine. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2017;92:537-9.

107. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Archives of general psychiatry*. 2009;66:756-63.
108. Slikboer R, Nedeljkovic M, Bowe SJ, Moulding R. A systematic review and meta analysis of behaviourally based psychological interventions and pharmacological interventions for trichotillomania. *Clinical psychologist*. 2017;21:20-32.
109. Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight BT, Eccard MB. A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *The Journal of clinical psychiatry*. 2000.
110. Stanley MA, Bowers TC, Swann AC, Taylor DJ. Treatment of trichotillomania with fluoxetine. *The Journal of clinical psychiatry*. 1991.
111. Koran LM, Ringold A, Hewlett W. Fluoxetine for trichotillomania: an open clinical trial. *Psychopharmacology bulletin*. 1992.
112. Winchel RM, Jones JS, Stanley B, Molcho A, Stanley M. Clinical characteristics of trichotillomania and its response to fluoxetine. *The Journal of clinical psychiatry*. 1992.
113. Streichenwein SM, Thornby JI. A long-term, double-blind, placebo-controlled crossover trial of the efficacy of fluoxetine for trichotillomania. *The American journal of psychiatry*. 1995.
114. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE, Callies AL. A placebo-controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *The American journal of psychiatry*. 1991.
115. Stein DJ, Bouwer C, Maud CM. Use of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in treatment of trichotillomania. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 1997;247:234-6.
116. Bhatia M, Sapra S. Escitalopram in trichotillomania. *European Psychiatry*. 2004;19:239-40.
117. Block C, West SA, Baharoglu B. Paroxetine treatment of trichotillomania in an adolescent. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 1998;8:69-71.
118. Dougherty DD, Loh R, Jenike MA, Keuthen NJ. Single modality versus dual modality treatment for trichotillomania: sertraline, behavioral therapy, or both? *The Journal of clinical psychiatry*. 2006;67:1086-92.

119. Akaltun İ, Kara T. Atomoxetine-related trichotillomania in a boy with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2017;27:923-.
120. Srivastava R, Sharma S, Tiwari N, Saluja B. Olanzapine augmentation of fluoxetine in trichotillomania: two cases. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2005;39:112.
121. Ashton AK. Olanzapine augmentation for trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158:1929-a-30.
122. Potenza MN, Wasylink S, Epperson CN, McDougale CJ. Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155:1299a-300.
123. Pathak S, Danielyan A, Kowatch RA. Successful treatment of trichotillomania with olanzapine augmentation in an adolescent. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2004;14:153-4.
124. Epperson Cn, Fasula D, Wasylink S, Price Lh, Mcdougale Cj. Risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-resistant trichotillomania: three cases. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 1999;9:43-9.
125. Gabriel A. A case of resistant trichotillomania treated with risperidone-augmented fluvoxamine. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2001;46:285-6.
126. Lochner C, Seedat S, Niehaus DJ, Stein DJ. Topiramate in the treatment of trichotillomania: an open-label pilot study. *International clinical psychopharmacology*. 2006;21:255-9.
127. Christenson GA, Popkin MK, Mackenzie TB, Realmuto GM. Lithium treatment of chronic hair pulling. *The Journal of clinical psychiatry*. 1991.
128. Bipeta R, Yerramilli SS. Bupropion for the treatment of fluoxetine non-responsive trichotillomania: a case report. *Journal of medical case reports*. 2011;5:557.
129. Seedat S, Stein DJ. Psychosocial and economic implications of trichotillomania: a pilot study in a South African sample. *CNS Spectrums*. 1998;3:40-3.
130. Franklin ME, Flessner CA, Woods DW, Keuthen NJ, Piacentini JC, Moore P, et al. The child and adolescent trichotillomania impact project: descriptive psychopathology, comorbidity, functional impairment, and treatment utilization. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2008;29:493-500.

131. Türkiye İstatistik Kurumu, (TÜİK) available at : http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059.

132. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36:980-8.

133. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroglu F, Çengel Kültür Se, Akdemir D, Foto Özdemir D, et al. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016-Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30.

134. Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour research and therapy*. 2000;38:835-55.

135. Gormez V, Kılınçaslan A, Orenkul AC, Ebesutani C, Kaya I, Ceri V, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale-Child Version in a clinical sample. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2017;27:84-92.

136. Ebesutani C, Chorpita BF, Higa-McMillan CK, Nakamura BJ, Regan J, Lynch RE. A psychometric analysis of the Revised Child Anxiety and Depression Scales-Parent version in a school sample. *Journal of abnormal child psychology*. 2011;39:173-85.

137. Gormez V, Kılınçaslan A, Ebesutani C, Orenkul AC, Kaya I, Ceri V, et al. Psychometric properties of the parent version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample of Turkish children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*. 2017;48:922-33.

138. Diefenbach G, Mouton-Odum S, Stanley M. Affective correlates of trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40:1305-15.

139. King RA, Scahill L, Vitulano LA, Schwab-Stone M, Tercyak Jr KP, Riddle MA. Childhood trichotillomania: clinical phenomenology, comorbidity, and family genetics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34:1451-9.

140. Lochner C, Keuthen NJ, Curley EE, Tung ES, Redden SA, Ricketts EJ, et al. Comorbidity in trichotillomania (hair pulling disorder): a clinical approach. *Brain and behavior*. 2019;9:e01456.

141. Reeve EA, Bernstein GA, Christenson GA. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992;31:132-8.

142. Woods DW, Flessner CA, Franklin ME, Keuthen NJ, Goodwin RD, Stein DJ, et al. The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67:1877.
143. Malhotra S, Grover S, Baweja R, Bhateja G. Trichotillomania in children. *Indian pediatrics*. 2008;45:403.
144. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand journal of psychiatry*. 2014;48:606-16.
145. Hesapçioğlu ST, Tural MK, Kandil S. Kronik Tik Bozukluklarında Sosyodemografik, Klinik Özellikler ve Risk Etmenleri. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2013;24.
146. Dinç G, Sekmen E, Goker Z, Çöp E, Üneri Ö. Tik bozukluğu tanılı çocuklarda farmakoterapi uygulamaları: Geriye dönük, kesitsel bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2020;23.
147. İmren SG, Arman AR, Gümüştas F, Yulaf Y, Çakıcı Ö. Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve/veya davranım bozukluğu eşhastalanımı olan ve olmayan DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliğinin değeriendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*. 2013;38:22-30.
148. Johnstone JM, Leung BM, Srikanth P, Hatsu I, Perez L, Gracious B, et al. Development of a composite primary outcome score for children with attention-deficit/hyperactivity disorder and emotional dysregulation. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2020.
149. Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170:173-9.
150. Greenberg E, Tung ES, Gauvin C, Osiecki L, Yang KG, Curley E, et al. Prevalence and predictors of hair pulling disorder and excoriation disorder in Tourette syndrome. *European child & adolescent psychiatry*. 2018;27:569-79.
151. Emslie GJ. Pediatric anxiety—underrecognized and undertreated. *Mass Medical Soc*; 2008.
152. Jaisoorya T, Reddy YJ, Srinath S. The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: results from an Indian study. *Comprehensive Psychiatry*. 2003;44:317-23.

8. EKLER



EK-1

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Trikotillomani tanılı çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	270	
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi Binası (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	etikkurul@gantep.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Cem GÖKÇEN	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI		
	DESTEKLEYİCİ		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐
		FAZ 2	☐
		FAZ 3	☐
FAZ 4		☐	
Gözetimsel ilaç çalışması		☐	
Tıbbi cihaz klinik çalışması		☐	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
	İlaç dışı klinik araştırma	☒	
	Diger ise belirtiniz :		
	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SIGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayvün BARANSEL İSİR

Not: Etik kurul başkanı, imzasının geçerliliği için sayfa 2'ye atmalıdır.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Trikotillomani tanımlı çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	270		
KARAR BİLGİLERİ	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
Karar No:2018/270	Tarih: 21.11.2018		
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Aysun BARANSEL ISIR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Aysun BARANSEL ISIR	ADLI TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYÖLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Özgür ALTINDAĞ	FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	F ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Birol ÖZÇURPICI	HALK SAĞLIĞI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Muradiye NACAK	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Mehmet KEŞKİN	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ ve METABOLİZMA HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Sinan AKBAYRAM	ÇOCUK HEMATOLOJİ ve ONKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOG	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Umut ELBOĞA	NÜKLEER TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Serkan GÜRGÜL	BİYOFİZİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Eda Didem YALÇIN	AĞIZ, DİŞ ve ÇENE RADYOLOJİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Uzm. Dr. Günay KOZAN	KULAK, BURUN, BOĞAZ HASTALIKLARI	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Emine Aybeken YILDIRIM	AVUKAT (Hukukçu)	Gaziantep Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Recep TÜRK	BANKAÇI (Kurum Yönetimi)	Ziraat Bankası Gaziantep Bölge Yöneticisi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	

* Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aysun BARANSEL ISIR

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-2

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı : ‘Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu) tanılı çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar’

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu) tanısı bulunan çocuk ve ergenlerde klinik özelliklerin ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların araştırılması amaçlanmaktadır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu) tanısı bulunan bir çocuğun annesi veya babası olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırma dahilinde sizden ve çocuğunuzdan verilen formları doldurmanız istenecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sorulan sorulara doğru yanıt vermek ve gerçekleri yazmak sizin sorumluluklarıdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 40 gönüllü şeklinde planlanmaktadır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 1 gündür.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu) tanısı olan çocuğunuzdaki klinik belirtileri ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların belirlenmesine katkıda bulunulması amaçlanmaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Herhangi bir risk yoktur.

Erkek gönüllüler için de gerekiyorsa kendisinin ve partnerinin korunması konusunda uyarı yapılmalıdır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz. Reddetme veya vazgeçme durumunda bile çocuğunuzun sonraki bakımı garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

Katılımcı Veli

Adı – Soyadı:

İmza:

Katılımcı ile görüşen Hekim

Adı – Soyadı:

İmza:

Adı – Soyadı:

İmza:

Gözlemci

Adı – Soyadı:

İmza:

EK-3

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN ÇOCUK RIZA FORMU

Sevgili Kardeşim,

Benim adım Dr. Nesrin Türk Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu) tanısı olan hastalarımızda bir araştırma yapıyoruz. Amacımız bu hastalarda klinik özellikleri ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları araştırmaktır. Araştırma ile yeni bilgiler öğreneceğiz. Bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz.

Araştırmayı ben ve başka bazı doktorlar birlikte yapıyoruz. Bu araştırmaya katılacak olursan seninle psikiyatrik bir görüşme yapacağız ve senden bir ölçek doldurmanı isteyeceğiz.

Bu araştırmanın sonuçları senin gibi Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu) olan çocuklar için yararlı bilgiler sağlayacaktır. Bu araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğiz, sonuçları bildireceğiz ama senin adını söylemeyeceğiz.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Anne ve baban tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da doktorlar muayene ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun adı, soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı, soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştıracının adı, soyadı, ünvanı:

Adres :

Tel:

İmza:

Tarih:

EK-4:
Sosyodemografik veri formu

Adı Soyadı:

No:

Tel:

Tarih:

1) Yaş:

2) Cinsiyet: E () K ()

3) Eğitim Durumu:

İlkokul () Ortaokul () Lise ()

4) Kardeş sayısı:

5) Gelir algısı: 1500TL ve daha az 1500-4000 TL () 4000 TL üstü ()

6) Aile durumu: A-B evli () A-B ayrı () Ebeveynlerden biri vefat etmiş ()

7) Anne yaşı:.....

8) Anne eğitimi İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Okumamış ()

9) a- Daha önce annede psikiyatri başvuru öyküsü: Var () Yok ()

b- Var ise tanı nedir ?

Majör depresif bozukluk ()

Anksiyete bozukluğu ()

Obsesif kompulsif bozukluk ()

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ()

Diğer, belirtiniz

10) Baba yaşı:.....

11) Baba eğitimi: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Okumamış ()

12) a- Daha önce babada psikiyatri başvuru öyküsü: Var () Yok ()

b- Var ise tanı nedir ?

Majör depresif bozukluk ()

Anksiyete bozukluğu ()

Obsesif kompulsif bozukluk ()

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ()

Diğer, belirtiniz

13) Çocuğunuza ilk kez Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu) tanısı kaç yıl önce kondu?

- İlk tanı ()
1 yıl ve daha kısa süre ()
1-3 yıl ()
3 yıldan fazla süre ()

14) a) Şu an Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu) tanısına yönelik ilaç tedavisi alıyor mu?

Evet () Hayır ()

b) Evet ise şu an kullandığı ilaçlar nelerdir ?

- Antidepresan ()
Antipsikotik ()
Psikostimulan ()
Atomoksetin ()

Diğer, belirtiniz

c) Evet ise kullanmakta olduğu ilaçları ne kadar süredir kullanıyor ?

1 yıl ve daha az () 1-3 yıl () 3 yıldan fazla ()

d) Evet ise çocuğunuz tedaviden ne kadar fayda gördü?

Hiç fayda görmedi () Az () Orta () İyi ()

15) Eşlik Eden Tıbbi Hastalık:.....

16) a) Daha Önce farklı sebeple Çocuk Psikiyatri başvuru öyküsü var mı?

Evet () Hayır ()

b) Var ise tanı nedir?

- Majör depresif bozukluk ()
Anksiyete bozukluğu ()
Obsesif kompulsif bozukluk ()
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ()
Diğer, belirtiniz

17) Saç yolma davranışı vücudun hangi bölgesinde daha sık olmaktadır?

- | | |
|------------|-----------------|
| Baş () | Bacak () |
| Kaş () | Pubik bölge () |
| Kirpik () | Koltukaltı () |
| Sakal () | Gövde () |

Bıyık ()

Kol ()

Diğer, belirtiniz.....

18) Saç yolma davranışı daha çok hangi aktivite sırasında olmaktadır?

Tv izlerken ()

Telefon veya bilgisayar ile vakit geçirirken ()

Ev ödevlerini yaparken ()

Sınıfta ders dinleme esnasına ()

Dinlenme esnasında ()

Yemek esnasında ()

Diğer, belirtiniz.....

19) Saç yolma davranışı sonrası saç ne yapar?

Saçı inceler ()

Saçı yere atar ()

Saçı ağzına alır çiğner ama yutmaz ()

Saçı yutar ()

Saçı elinde parmaklarına dolar ()

Diğer, belirtiniz.....

20) Saç yolma davranışı için ilk olarak hangi bölüme başvurduunuz

Çocuk psikiyatri ()

Dermatoloji ()

Aile hekimliği ()

Psikolog ()

Diğer belirtiniz.....

21) Çocuğunuzun saç yolma davranışı ile ilgili hangi cümle sizin fikrinizi ifade ediyor?

a) istenmeden yapılan, çocuk tarafından kontrol edilemeyen bir durumdur. ()

b) aslında çocuk tarafından kontrol edilebilecek bir durumdur ()

EK-5

ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Adı ve Soyadı: Yaş: Cinsiyet: Eğitimi (sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunun olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunun var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca görüldüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunun olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunun olduğunda titrediğimi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)

ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfimin önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissedirim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)

EK-6**ÇADÖY-AİLE FORMU (ÇADÖY-A)****ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ-YENİLENMİŞ**

Adı ve Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitimi (sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Çocuğum bazı konularda endişe/kaygı duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Çocuğum kendisini üzgün veya boşlukta hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Çocuğumun bir sorunu olduğunda midesinde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Çocuğum bir işte başarısız olduğunu veya işi iyi yapmadığını düşündüğü zaman endişelenir/kaygılanır	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Çocuğum hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyor	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Çocuğum sınava gireceği zaman korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Çocuğum birinin ona kızgın olduğunu düşündüğünde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Çocuğumu ailesinden uzakta olmak endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Çocuğumu aklındaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Çocuğumun uyku sorunu var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Çocuğum okulda başarısız olacağından korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Çocuğum aileden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Çocuğum hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyormuş gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	Çocuğumun iştah ile ilgili sorunları var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Çocuğum yaptığı şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığını tekrar tekrar kontrol eder (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Çocuğum kendi başına uyuması gerektiğinde bundan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Çocuğum sabahları gergin veya endişeli hissettiğinden okula gitmek istemez	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Çocuğumun hiçbir şey için enerjisi yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Çocuğum aptalca görünmekten endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Çocuğum kendisini çok yorgun hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Çocuğum başına kötü şeyler geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Çocuğum kötü ve saçma düşünceleri kafasından atamıyor	(0)	(1)	(2)	(3)

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
24.	Çocuğum bir sorunu olduğunda kalbi çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Çocuğum rahat bir şekilde düşünemez	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Çocuğum başına kötü bir şey geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Çocuğum bir sorunu olduğunda titrer	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Çocuğum kendisini değersiz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Çocuğum yanlış yapmaktan kaygılanır/endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri(sayılar, kelimeler gibi) aklından geçirir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Çocuğumu diğer insanların onun hakkında ne düşündükleri endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Çocuğum kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken birden yoğun korkuduyar	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Çocuğum gelecek hakkında endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden başı döner ve bayılacak gibi olur	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Çocuğum ölüm hakkında düşünür	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Çocuğumu sınıfın önünde konuşma yapmak korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Çocuğumun kalbi sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Çocuğum hareket etmek istemiyor gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Çocuğum ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Çocuğum aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hisseder (ellerini yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	Çocuğum insanların önünde aptal durumuna düşmekten korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri “tam olması gereken biçimde” yapmak zorunda hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Çocuğum geceleri yatağa gittiğinde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Çocuğum gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Çocuğum kendisini huzursuz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)

ÇDŞG – ŞY DSM – 5

KASIM 2016

İçindekiler:

A. Tarama Görüşmesi

B. Ekler

- I. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar Eki
- II. Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar Eki
- III. Anksiyete Bozuklukları, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Travma ile ilişkili Bozukluklar Eki
- IV. Nörogelişimsel, Yıkıcı ve Davranım Bozuklukları Eki
- V. Yeme Bozuklukları ve Madde ile ilişkili Bozukluklar Eki

Erken Başlangıçlı Duygulanım ve Anksiyete Bozuklukları için

İleri Düzey Müdahale ve Hizmet Araştırma Merkezi (ACISR)

Batı Psikiyatri Enstitüsü ve Kliniği

Çocuk ve Ergen Araştırma ve Eğitim (CARE)

Programı, Yale Üniversitesi

Türkçe Çeviri

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) DSM-5 Kasım 2016'nın Türkçe çeviri ve geri-çevirisi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üye ve yardımcıları tarafından yapılmıştır (Bu versiyon için katkıda bulunanlar: Fatih Ünal, Ferhunde Öktem, Füsun Çuhadaroğlu Çetin, S.Ebru Çengel Kültür, Devrim Akdemir, Dilşad Foto Özdemir, Halime Tuna Çak, Kevser Tıraş, Cihan Aslan, Merve Bilge Bekler, Büşra Sultan Doğan, Funda Kütük, Emine Taşyürek, Remzi Karaokur, Başak Karabucak, Burak Karakök, Yusuf Karaer, Abdülbaki Artık).

Katılımcı

Tarih / / 20

Görüşmeci

