

گزارش یک مورد نادر تریکوتیلومانیا

دکتر حسن ضیاءالدینی* - دکتر علی خردمند**

* متخصص روانپزشکی، دانشیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان

** دستیار روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان

چکیده

مقدمه: تریکوتیلومانیا یکی از انواع اختلالات کنترل تکانه می‌باشد که در آن فرد مبتلا به طور مکرر موهایش را می‌کند که سبب از دست دادن محسوس مو می‌شود. تریکوتیلومانیا هم‌چنین می‌تواند بخشی از طیف اختلالات وسواسی جبری یا جزو رفتارهای به خود آسیب‌رسان باشد. معرفی مورد: در این گزارش خانم جوانی مبتلا به تریکوتیلومانیا گزارش شده است که علاوه بر موهای سر خودش، موهای سر پسر ۹ ساله‌اش را نیز می‌کند است به طوری که پسرش از ناحیه وسط سر دچار کم‌مویی شده و دچار مشکلاتی در تحصیل و کارکرد شده بود. نتیجه‌گیری: تاکنون گزارشی از تریکوتیلومانیا ایجاد شده توسط فرد دیگر گزارش نشده است و آن را می‌توان به عنوان یکی از انواع (Variant) این اختلال به حساب آورد. در سابقه بیمار معرفی شده سوءاستفاده جنسی و تروماهای دوران کودکی وجود داشته، هم‌چنین در روابط جنسی کنونی بیمار نیز مشکلاتی وجود دارد که می‌توان به عنوان عوامل مؤثر در ایجاد بیماری وی مطرح باشد. کلید واژه‌ها: تریکوتیلومانیا، اختلالات کنترل تکانه، رفتارهای خودآزاری

تأیید مقاله: ۱۳۸۷/۹/۲۴

وصول مقاله: ۱۳۸۶/۱۰/۵

نویسنده پاسخگو: کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، بیمارستان شهید بهشتی alikheradmand2007@yahoo.com

مقدمه

نیست. مطالعات، شیوعی حدود ۱/۵٪ در مردان و ۳/۴٪ در زنان (۴) را نشان داده است. در تحقیق دیگری در سال ۲۰۰۶ نیز شیوع این اختلال، ۳/۴ - ۰/۱۶٪ در بزرگسالان برآورد شده است (۵). از اوایل سال ۱۹۹۰ بعضی از محققین پیشنهاد کردند که اختلال کنترل تکانه ممکن است قسمتی از طیف اختلالات وسواسی جبری باشند (۸-۶). تحقیقات اخیر، میزان بروز اختلال وسواسی جبری را در تریکوتیلومانیا ۲۷ - ۳٪ گزارش کرده‌اند (۹).

با این وجود، تحقیقات دیگری تریکوتیلومانیا را در طیفی از رفتارهای به خود آسیب‌رسان^۱ از جمله اختلالات اجبار تکانشی زخمی کردن و بریدن پوست، قرار داده‌اند (۱۰، ۸). در بیش از یک چهارم موارد، شروع تریکوتیلومانیا با موقعیت‌های پر استرس ارتباط دارد. آشفتگی در روابط مادر و کودک، ترس از تنها ماندن و فقدان اخیر فرد مورد علاقه (object) به عنوان عوامل اساسی این اختلال ذکر شده‌اند. پویایی‌های افسردگی اغلب به عنوان عوامل زمینه‌ساز معرفی شده است ولی این بیماران صفت شخصیتی یا اختلال شخصیتی خاصی ندارند. برخی خودانگیزی را هدف اولیه کردن مو می‌دانند. نظریات زیستی

1 - self injury behaviors

اختلالات کنترل تکانه در چهارمین ویرایش تشخیصی و آماری آمریکا (DSM - IV) شامل موارد زیر می‌باشند: قماربازی بیمارگون، تریکوتیلومانیا، جنون دزدی، جنون آتش‌افروزی، اختلالات انفجاری متناوب و اختلال کنترل تکانه‌ای که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است (۱).

اخیراً نیز گروه جدیدی بنام اختلالات اجبار تکانشی (compulsive - impulsive) تعریف شده است که شامل چند زیر گروه می‌باشد: اختلالات اجبار تکانشی مربوط به استفاده از اینترنت، رفتارهای جنسی، بریدن و زخمی کردن پوست، خرید کردن (۲). تریکوتیلومانیا (TTM)، کندن مکرر مو است که سبب از دست دادن محسوس مو می‌شود. فرد مبتلا، احساس تنش فرایندهای بلافاصله قبل از کشیدن موها و یا هنگامی که در مقابل تکانه مقاومت می‌کند، دارد و به هنگام کشیدن و کندن موها احساس لذت، ارضا و تسکین دارد که بلافاصله با اجبار دیگری از کندن مو یا اضطراب بزرگتری جایگزین می‌شود (۳). شیوع تریکوتیلومانیا به طور دقیق مشخص



تصویر ۲- طاسی وسط سر پسر ۸ ساله که توسط مادر وی ایجاد شده است

کناره گیری می کرد تا از کندن موهایش توسط مادر در امان باشد ولی مادر حتی در حالی که فرزندش در خواب بود نیز موهای او را می کند. اولین عادت کندن موها را در سن ۱۵ سالگی و هنگامی که معلم علوم در مورد مو و پیاز مو صحبت می کرده، آغاز شده بود. بیمار یکی از موهایش را کنده بود تا پیاز آن را ببیند و بعد از آن این کار را به صورت عادت تا یک سال تکرار می کرده و پس از آن خوب شده بود ولی با شروع شیمی درمانی پدرش و ریختن موهای او، دوباره شروع به کندن موهایش کرده است و بعد از ورشکستگی مالی شوهرش و اعتیاد او از چهار سال پیش این کار را با شدت بیشتری انجام می داده، همزمان کندن موهای سر فرزندش را نیز شروع کرده بود. همچنین بیمار دارای سابقه اختلال رفتاری جنسی بود و خود را در اعتیاد و مشکلات مالی همسرش به خاطر داشتن سابقه اختلال جنسی سهیم می دانست و سرزنش می کرد.

در شرح حال اخذ شده از کودکی بیمار، سابقه آزار جسمی در خانواده داشته به طوری که والدین مرتب او را کتک می زدند. هم چنین سابقه آزار جنسی در کودکی از سوی بیمار بیان می شد. در معاینه وضعیت روانی، مضطرب به نظر می رسید و روحیه اش را به خاطر کندن موهای پسرش غمگین عنوان می کرد. شواهدی از روانپریشی (توهم،

به تفاوت های متابولیک در دستگاه های سروتونین و مواد شبه افیونی اشاره کرده اند (۱۱). ارتباط آسیب ها و تجربیات آشفته خانوادگی در زمان کودکی و از جمله سوءاستفاده های فیزیکی، عاطفی و جنسی دوران کودکی در زنان با تریکوتیلومانیا مشخص شده است (۱۴-۱۲).

معرفی مورد

بیمار زن جوانی ۲۵ ساله، با مدرک تحصیلی دیپلم، خانه دار، متأهل و ساکن کرمان که به علت کندن موهای خود و فرزندش از چهار سال پیش به مرکز ما مراجعه کرده و دچار طاسی وسط سر شده بود؛ به طوری که مجبور بود همیشه روسری بر سر داشته باشد (تصویر ۱). پسر ۸ ساله اش نیز دچار طاسی وسط سر شده بود و مورد تمسخر همکلاسی هایش قرار می گرفت و دچار مشکلات رفتاری، پرخاشگری و افت تحصیلی شده بود (تصویر ۲). بیمار فقط کندن موهای ناحیه سر داشته و کندن موهای نواحی دیگر بدن را نداشت. بیمار موهای خود را بیشتر در هنگام عصبانیت و اضطراب می کند و اگر این کار را انجام نمی داد دچار اضطراب شدیدی می شد و بعد از کندن موهای خود و یا پسرش، احساس آرامش و راحتی می کرد. پسر بیمار اکثر اوقات از او



تصویر ۱- طاسی وسط سر در مادر مبتلا به تریکوتیلومانیا

آمریکا و کانادا مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد، چهل نفر (۹۱٪) درجاتی از تروما یا خشونت را در طول زندگی گزارش کردند و ۳۶ نفر (۸۶٪) خشونت‌های هم‌زمان با شروع تریکومانی را گزارش کردند (۱۲). در گزارش ما نیز گرچه بین خشونت و شروع اولین تریکوتیلومانی‌ها هذیانی وجود نداشت ولی آزارهای بعدی در زندگی بیمار از جمله بیمار شدن و شیمی درمانی همسر بیمار و در مراحل بعدی داشتن اختلال رفتاری جنسی، می‌تواند به عنوان مهم‌ترین ادامه دهنده^۲ و تشدیدکننده بیماری در بیمار ما به شمار آید.

این گزارش نقش مشکلات و اختلالات جنسی حتی در بزرگسالی را در بروز تریکوتیلومانی مورد تأکید قرار می‌دهد. در گزارش موردهای متعددی، همراهی تریکوتیلومانی و انواع بیماری‌های دیگر مطرح شده است که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: افسردگی (۱۷) مانیا (۱۶) اختلال خلقی فصلی (۱۸) اسکیزوفرنی (۱۹) پارازیتوز هذیانی (۲۰) مصرف کوکائین (۲۱) سندرم الکل جنینی (۲۲) اختلال هویت جنسی (۲۳) زنا با محارم (۲۴) (incest) اوتیسم و عقب ماندگی ذهنی (۲۷-۲۵) کره سیدنهام (۲۸) بی‌اشتهایی عصبی (آنورکسی نروزا) (۳۱-۲۹) عفونت ایدز (۳۲) (HIV) و اختلال بدریختی بدن (۳۳) که شواهد هیچ کدام از این حالات و بیماری‌ها در بیمار ما وجود نداشت. از طرفی با توجه به اینکه علایم و نشانه‌های جسمی (در اینجا کنده شدن موهای سر) توسط مادر در کودک تحت مراقبت خود ایجاد شده است و به نظر در جهت اخذ غیر مستقیم نقش بیمار توسط وی بوده است، تشخیص اختلال ساختگی نیابتی را نیز باید مدنظر داشت (۳۴).

هذیان) وجود نداشت. جهت‌یابی، حافظه و تمرکز طبیعی بود. معاینه عصبی نکته قابل توجهی نداشت.

بحث

تاکنون حالات مختلفی از تریکوتیلومانی گزارش شده است؛ به طور مثال یک مورد تریکوتیلومانی فصلی گزارش شده است (۱۶) هم چنین یک مورد تریکوتیلومانی در فاز مانیای بیماری دو قطبی گزارش شده است (۱۶) ولی تا به حال تریکوتیلومانی توسط فرد دیگر و آن هم توسط مادر گزارش نشده است این حالت را در کودک معرفی شده می‌توان نوع خاصی از تریکوتیلومانی در نظر گرفت.

طبق تحقیقات انجام شده استرس‌های دوران کودکی از جمله سوء استفاده جنسی، عاطفی و فیزیکی دوران کودکی، می‌تواند فرد را مستعد تریکوتیلومانی سازد (۱۴-۱۲). Saraswat. یک مورد تریکو تیلومانی را در بچه ۱۲ ساله گزارش کرد که توسط معلم مدرسه مورد بدر رفتاری واقع شده بود (۱۴). در مطالعه دیگر تعداد ۳۶ مورد تریکوتیلومانی با گروه کنترل بررسی گردید و مشاهده شد تروماهای کودکی و به خصوص غفلت عاطفی در گروه بیماران به وضوح بیشتر می‌باشد (۱۳). در گزارش بیمار ما نیز سابقه‌ای از سوء استفاده جنسی در کودکی وجود دارد که می‌تواند به عنوان عامل زمینه‌ساز برای بیمار مدنظر قرار گیرد.

همچنین ارتباط بین خشونت و تریکوتیلومانی بررسی شده است. در مطالعه آقای Boughn تعداد ۴۴ زن با تریکوتیلومانی از ۲۱ ایالت

References

- 1- American psychiatric association: Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. Washington DC. 2000; 674 – 77.
- 2- Dell ' Osso B, Altamura AC, Allen A, Marazziti D, Hollander E. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders. Eur Arch psychiatry clin Neurosci. 2006; 256: 464-475.
- 3- Swedo E, Rapoport JL. Annotation: tricotillomania. J Child Psychiatry. 1991; 32. 401-409.
- 4- Swedo SE, Tricotillomania In: Hollander (ed). Obsessive compulsive related disorders. American psychiatric Publishing Inc Washington. DC. 1993; 93-113 and 256.
- 5- Woods DW, Flessner CA, Franklin ME, Keuthen NJ, Goodwin RD, Stein DJ, et al. The Tricotillomania Impact project (TIP) exploration phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. J clin psychiatry. 2006 Dec; 67 (12): 1877-88.
- 6- Hollander E. Introduction. In: Hollander E (ed). Obsessive-compulsive Related Disorders, American psychiatric publishing, Inc, Washington, D.C, 1993; 1-16.
- 7- Tukul R, Kisser V, Karali N, Olgun T, Calikusu C. Comparison of clinical characteristics in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder, j Anxiety Disord. 2007; 15: 433-41.
- 8- Lochner C, Seedat S, Toit Pt, Nel DG, Neihavs DGH, Sabdler R. Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: phenomenological comparison. BMC psychiatry. 2005; 5: 2.
- 9- Christenson GA, Mansueto CS. Descriptive characteristics and phenomenology. In: stein DJ, Christenson GA, Hollander E (eds). Trichotillomania: Current Concepts Washington

2 - Perpetuating

- DC. 1999; 1-42.
- 10- Simeon D, Favazza AR. Self - injurious behaviors, phenomenology and assessment. In: simeon D, Hollander E (eds) Self- injurious behaviors, assessment and treatment. American psychiatric publishing Inc: Washington DC. 2001; 1-97.
 - 11- Sadock BY. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. 19th ed Lippincott, Williams & wilkin's. 2007; 773 - 850.
 - 12- Boughn S, Holdom JJ. The relationship of violence and trichotillomania. J Nurs scholarsh. 2003; 35 (2): 165-70.
 - 13- Lochner C, du Toit p, Zungu-dirwayi N, Marais A, Kradenburg JV, Seedat S, et al. Childhood trowma in obsessive- compulsive disorder , tricotillomania , and controls. *Depress Anxiety*. 2002; 15(2): 66-8.
 - 14- Saraswat A .Child abuse and tricotillomania. *BMJ* 2005; 330: 83- 84.
 - 15- Feldman- Naim S, Rosenthal NE. A case of seasonal trichotillomania. 1997 May; 58 (5): 218-9.
 - 16- Hamiel D. Yoffe A. Roe D. Trichotillomania and the mourning process: a case report and review of the psychodynamics. *Isr J psychiatry Relat Sci*. 1999; 36(3): 192-9.
 - 17- Lewin AB, Pacentini J, Flessner CA, Wods DW, Franklin ME, Kevthen NJ, et al. Depression, anxiety, and functional impairment in children with tricotillomania. *Depress Anxiety*. 2008 Nov 18. (Epub a head of print).
 - 18- Kurita H, Nakayasu N. Brief report: an autistic male presenting seasonal affective disorder (SAD) and trichotillomania. *J Autism Dev Disord*. 1994 oct; 24 (5): 687- 92.
 - 19- Tsia SI, chang FR. Repetitive hair pulling associated with schizophrenia. *Br J Demerol*. 1998 Jun; 138(6): 1095-96.
 - 20- Bhatia MS, Gautam RK, Shome S, Bedi GK. Delusional parasitosis with trichotillomania. *J Indian Med Assoc*. 1994 Nov; 92 (11): 389.
 - 21- George S, Moselhy H. Cocaine- induced trichotillomania *Addiction*. 2005 Feb; 100 (2): 255-6.
 - 22- Suzuki K. Adult fetal alcohol syndrome (FAS) with Various. neuropsychiatry symptoms. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*. 2004; 39 (5): 81. [Japanese].
 - 23- Schnurr RG, Davidson S. Tricotillomania in a ten year old boy: gender identity issues formulated in terms of individual and family factors. *Can J psychiatry*. 1989; 34(7): 721- 4.
 - 24- Singh AN, Maguire J. Tricotillomania and incest. *Br J psychiatry*. 1989 Jul; 155: 108-10.
 - 25- Ghaziaddin M, Tsai LY, Ghaziaddin N. Brief eport: haloperidol treatment of trichotillomania in a boy with autism and mental retardation. *J Autism Dev Disord*. 1991 sep; 21 (3): 365- 71.
 - 26- Mcdougale CJ, Kresch LE, Posey DJ. Repetitive thoughts and behavior in pervasive developmental disorders: Treatment eith serotonin revptake inlibitors. *Journal of autism and development al disorders*. 2000; 30(5), 427- 435.
 - 27- Mourdsen SR, Rich B, Isager T, Nedergaard NJ. Psychiatric disorders in individuals diagnosed with infantile autism as children: A case control study. *Journal of psychiatric practice* 2008, 14(1): 5-12.
 - 28- Stein DY. Hair pulling in a patient with sydenham's chorea. *Am J Psychiatry*. 1997 Sep; 154 (9): 1320.
 - 29- Favaro A, santorastaso P. Self- ingurious behavior in anoxexia nervosa. *Journal of Nervas & Mental Diseases* 2000; 188 (8): 537-542.
 - 30- Pryo TL , Martin RL, Roach N. Obsesive-compulsive disorder, tricotillomania, and anorex nervosa: a case report. *Int J Eat Discord*. 1995 Dec; 18(4): 375- 9.
 - 31- Tonkin RS. Tricotillomania and anorexia nervosa. *Jadolesc Health*. 1997 May; 20 (5): 336.
 - 32- Rahman MA, Gregory R. Tricotillomania associated with HIV infection And response to sertraline. *psychosomatics*. 1995 Jul-Aug; 36 (4): 417- 8.
 - 33- Fontenelle LF. The man with the purple nostrils: a case of rhinotrichotillomaina secondary to body dysmorph disorder. *Acta Psychiatry Scand*. 2002 Dec; 106 (6): 464- 6.
 - 34- Wang D, Nadiga DN, Jenson JJ. Factitious disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Lippincott Williams and Wilkins. 2005: 1829-43.