

در این مورد، گزارش شده بود. در سالهای ۱۹۴۰ تا ۱۹۴۹ پنج مورد و در سالهای ۱۹۵۰ تا ۱۹۵۹ بیست و یک مورد، و بالاخره بین سالهای ۱۹۶۰ تا ۱۹۶۸ بیست مورد دیگر گزارش گردیده است. ارزیابی شیوع این علامت بعلت کمیابی آن کار آسانی نیست. در یکی از بررسی‌هاییکه توسط آندرسن و دین [۱] در لوس آنجلس انجام شده است از پانصد کودک که بعلت مسائل و مشکلات مختلف روانی به کلینیک راهنمایی کودکان مراجعه کرده‌اند، تنها سه کودک به این علامت خاص مبتلا بوده‌اند.

مؤلف دیگری [۱۱] بیش از ده هزار کودک را که به انواع و اقسام اختلالات روانی دچار بودند مورد مطالعه قرار داده است و فقط به پنج کودک که موهای خود را می‌کنده‌اند برخورد کرده است. در بررسی انجام شده در این مرکز بهداشت روانی در یک دوره ده ساله از ۱۳۶۸ کودک، تنها در هفت مورد کودکان مورد جزئی شکایات آنها بوده است.

سن و بیماری با توجه به موارد گزارش شده از ۱۷ ماهگی تا ۱۶ سالگی است. در یک بررسی دیگر جوانترین کودک مبتلا ۲/۵ ساله و بقیه از ۷ تا ۱۴ ساله بوده‌اند [۹]. برخی از مؤلفین [۳] بین سن و تریکوتیلومانیا به وجود رابطه‌ای قائل نیستند.

استادلی [۱۳] معتقد است که تریکوتیلومانیا در هر سنی ممکن است مشاهده شود. اما نوزده موردی که توسط گرین برگ و سارنر [۶] مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، اغلب آنها دختران جوان بوده‌اند.

تریکوتیلومانیا نوعی تیک یا عادت مرضی است که نزد برخی کودکان یا افراد بالغ دیده میشود. این عادت بصورت میل شدید و غیر قابل کنترل به کندن موها، بخصوص موی سر ظاهر میکنند. اما ممکن است این عارضه در مورد موهای ابرو، شکم، سینه یا زهار هم مشاهده شود. کندن مو گاهی بعد از خارش و گاهی بدون خارش آغاز میشود.

در اغلب موارد گزارش شده این علامت با اختلالاتی دیگری چون جویدن ناخن، مکیدن شصت و یا پر خاشگری همراه است، بطوریکه میتوان گفت بندرت ممکن است کندن مو بعنوان یک علامت منحصر بفرد وجود داشته باشد.

از لحاظ بالینی در نظر اول شبیه «پلاد» است، اما اگر خوب دقت شود با «پلاد» تفاوت دارد. خصوصیات بالینی آنرا میتوان بشرح زیر خلاصه کرد:

۱- ریزش مو در تریکوتیلومانیا هیچوقت کامل نیست بطوریکه در محل طاسی چنانکه در عکس بیمار ما مشاهده میشود موها به اندازه‌های مختلف وجود دارند.

۲- در تریکوتیلومانیا موهای که باقی مانده است، کاملاً محکم و سفت می‌باشد و به آسانی کنده نمیشود.

۳- وجود دانه‌های ریزی در محل سوراخ موهای کنده شده که نشانه ترشح نهایی «پاپی» بجای موهای کنده شده است. رویم رفته تریکوتیلومانیا در کودکان عارضه نادری است بطوریکه قبل از سال ۱۹۵۰ فقط شش مورد در نشریات مهم دنیا

* گروه روانپزشکی - دانشکده پزشکی پهلوی

بمعنوان مثال وقتی از وی سؤال میشود که آیا از وضع مالی خودتان راضی هستی؟ میگوید «چرا همه ماشین دارند و بگردش میروند و ما نداریم».

تاریخچه شخصی:

مادر بهنگامی که بیمار را آستان بوده کاهلا سالم بوده است. زایمان بطور طبیعی انجام شده و نوزاد بهنگام تولد کاهلا عادی بوده است. رشد دوران کودکی بخوبی صورت گرفته است. از بیماریهای دوران کودکی بیمار به سرخک و سیاه سرفه مبتلا شده است.

بیمار در دوران طفولیت از لحاظ روانی طبیعی بوده و هیچگونه نشانه‌ای که دلیل بر اختلال هیجانی دوران کودکی وی باشد وجود نداشته است.

در هفت سالگی به مدرسه رفته. و اکنون در کلاس چهارم دبستان درس میخواند. تا بحال مردود نشده است. تا دو سال پیش رفتار او در مدرسه خوب بوده است. ولی از وقتی بیمار شده با همکلاسان خود نیز رفتار خوبی ندارد و کمتر روزی است که با آنها درگیری نداشته باشد.

معاینه روانی:

بیمار در خرد ساله ایست که در نخستین برخورد به سؤالات بخوبی پاسخ میدهد.

اظهار میدارد بیشتر شبها رؤیاهای وحشتناکی می بینم و از خواب بیدار میشوم و بی اختیار موهای خود را میکشم. از تاریکی میترسم.

در جریان مصاحبه بیمار ناخنهای خود را میجوید، چند بار نیز دست خود را بطرف سر خود برد و به کندن مو اقدام کرد. از سردرد و سرگیجه شکایت دارد. از لحاظ خلقی کمی افسرده است و در عین افسردگی اضطراب باری دارد. اخیراً نسبت به درس بی علاقه شده است. علت این بی علاقه را خستگی زودرس بیان میکند.

بیمار بیش از هر چیز از کشمکشهای موجود بین پدر و مادر خود ناراحت است و نسبت به آنها تهاجم زیادی احساس میکند. تاجائیکه میگوید اگر بخواند اینطور ادامه بدهد بالاخره روزی هم خودم و هم آنها را میکشم.

آزمونهای روانشناسی:

ضریب هوشی بیمار در حدود ۹۰ است. آزمونهای شخصیتی مبین وجود درجه‌ای از افسردگی و اضطراب و خصوصیات نوروتیک شخصیت میباشد.

معاینه بدنی:

از لحاظ بدنی در معاینه سالم بنظر میرسد. الکتروانسفالو-گرام با توجه به سن بیمار در حدود عادی است.

در ایران دو موردی که تاکنون گزارش شده است هر دو دخترانی ۱۲ ساله بوده‌اند [۲۰ منابع فارسی].

تعیین ارتباط تریکو تیلومانی با جنس بیماران، گرچه بسبب کمی موارد مشاهده شده مشکل است، اما بنظر میرسد این عارضه با وجود آنکه در هر دو جنس دیده شده است در دختران شایع تر از پسران می باشد یا لااقل در موارد گزارش شده اینطور است. بمعنوان مثال از شانزده موردی که در نشریات مختلف روانپزشکی انتشار یافته سیزده مورد دختر و سه مورد پسر بوده‌اند. در بررسی انجام شده در یکی از مراکز بهداشت روانی امریکا از هفت مورد پنج دختر و دو پسر بوده‌اند که با دو مورد دختری که بعداً مراجعه کرده‌اند جمعیاً هفت دختر در مقابل دو پسر می باشد [۹].

در ایران دو مورد قبلی و موردی که در این مقاله گزارش میشود هر سه دختر بوده‌اند با وجود این برخی مؤلفین عقیده دارند که با وجود آنکه موارد مشاهده شده بیشتر دختر بوده‌اند، اما نمیتوان بین کندن مو و جنس را بطله‌ای قائل گردید [۱۳ و ۳].

شرح حال بیمار

دوشیزه ۱۰ ساله اهل اصفهان ساکن تهران بعزت کندن و خوردن موهای سر و مژه‌ها، جویدن ناخن، پر خاشکری و فحاشی نسبت به مادر و خواهر و همکلاسان خود در تاریخ ۱۳۵۳/۲/۱۹ به درمانگاه بیمارستان روزبه مراجعه داده شده است. بیمار میگوید: «هر وقت تنها یک گوشه‌ای بنشینم بی اختیار موهای خود را می‌کنم». این حالت هر وقت او را به سبب پر خاشکری‌هایش کتک بزنند یا بنحوی او را عصبانی نمایند شد می‌یابد.

بیماری از دو سال پیش آغاز شده است. بیمار تاکنون چندین بار کوشیده است تا این عادت را ترک نماید، اما موفق نشده است.

تاریخچه خانواده:

بیمار فرزند پنجم خانواده است. سه خواهر و سه برادر دارد که همگی سالم هستند. پدر و مادر با هم نسبت فامیلی ندارند. پدر ۵۴ ساله و مادر ۳۸ ساله است. ۷ سال است که پدر بازنشسته شده است.

پدر بیمار فردی فوق‌العاده عصبانی است. بطوریکه پدر و مادر اغلب اوقات با هم دعوا دارند. مادر زنی است که در حال حاضر بطور قابل ملاحظه افسرده بنظر میرسد و اظهار میدارد که از دعواهای خانواده گسی خسته شده‌ام، بطوریکه حوصله هیچ کاری ندارم. گذشته از عصبانیت و کشمکشهای شدید والدین، بیماری روانی مهمی در خانواده وجود ندارد.

از لحاظ اقتصادی وضع مالی خانواده متوسط است ولی بیمار از نداشتن برخی وسایل مانند اتومبیل ناراحت است.

این آزمون‌ها توسط آقای دکتر نادر نوع پرست انجام شده است.

بحث

درباره عوامل پسیکودینامیک و چگونگی پیدایش این علامت در نشریات روان پزشکی نظریات مختلفی ابراز شده است. بسال ۱۹۳۶ برگ [۴] کندن مورانوعی علامت ناشی از کشمکش‌های موجود بین انگیزه‌های جنسی و نیروهای «فوق من» یا «من» که سبب واپس زده شدن این انگیزه‌ها در مرحله «فالیك» (سه تاشش سالگی) میشوند دانست.

این دانشمند عقیده دارد که کشمکش‌های جنسی دوران کودکی زیربنای این علامت را تشکیل میدهد و کندن مو نتیجه جابجایی عقده اختگی است.

باراهال [۱] نقش مو را در افسانه‌ها و عادات ملل مختلف مورد بحث قرار داده، آنرا سمبول زیبایی، سو کواری و عقده اختگی دانسته است. این دانشمند نیز مانند «برگ» کندن مو را ترجمانی از کشمکش‌های جنسی دوران کودکی دانسته و عقیده دارد که این علامت ممکن است در کلیه حالاتی که شخص در پذیرش نقش جنسی خود دچار اشکال باشد (عدم سازش جنسی) ظاهر شود.

اسپرلینگ [۱۲] تریکو تیلومانیا را بی آنکه برای مو اهمیت خاصی قائل شود بمنوان نوعی اشتغال خاطر با مو توصیف کرده است. این مؤلف در تجزیه و تحلیل روانی ۷ مورد مشاهده کرده است که اشتغال خاطر با مو «سمبولی» برای بیان کشمکش‌های ناخود آگاهانه در زمینه دو جنسی است.

(Unconscious Bisexual Conflicts)

در بعضی موارد این علامت نوعی اعتراض علیه زن بودن است. فنیکل [۵] دختر بیماری را مورد بحث قرار داده است که موهای زهار خود را تا سرحد درو پیدایش «درماتیت» کنده بود. در این مورد کندن مو را بمنوان جلوه‌ای از تمایلات «مازوشیستیک» همراه با کشمکش موجود بین تخریب «سادیستیک» ناشی از انکار شیئی مورد علاقه و امیال سادیستیک مربوط به آن دانسته است.

ماسرمان [۱۰] تریکو تیلومانیا را نوعی کردار ناگهانی شخصیت‌های وسواسی دانسته است. نامبرده در مورد زنی ۲۸ ساله که علاوه بر کندن مو علائم روانی دیگری نیز داشته است، کندن مو را کوششی برای حفظ خود در قبال تمایلات عشقی توجیه کرده است. تعدادی از مؤلفین نیز کندن مو را شکلی از تخلیه کشش روانی یا ارضای خاطر کژخویانه دانسته‌اند. [۹]

ویلسون [۱۵] در این عادت خاصیت «تیک» هارا مشاهده کرده و مینویسد انجام این عمل سبب ارضای خاطر و جلوگیری از آن موجب ناراحتی بیمار میشود و اگر بعد از دوران کودکی باقی بماند نشانه نورو زوسواس است.

کانر [۸] تریکو تیلومانیا را از تیک‌ها متمایز شناخته و آنرا نوعی دستکاری عاداتی موشبه مکیدن شصت، جویدن ناخن و غیره توصیف کرده است.

ایروین [۷] کندن مو را نوعی واکنش تهاجمی و ناشی از خشم غیر قابل ابراز دانسته است. «ویل» ضمن گزارش دختر بیست ماهه‌ای که موی خود را میکند و از لحاظ مراقبت‌های مادری محرومیت شدیدی داشت، نحوه مراقبت‌های مادری و ارتباط‌های عاطفی بین مادر و کودک را عامل مهمی دانسته است.

استادلی [۱۳] در مقاله جالب خود تأثیر عوامل گوناگون را در نحوه انتخاب این علامت خاص مورد بحث قرار داده است این مؤلف خاطر نشان ساخته است که در بیمارانیکه موی خود را می‌کنند نوعی احساس‌های بدنی آشفته توأم با انگیزه‌های واپس زده شده دهانی و تهاجمی که طبیعت خشم آلودی دارد دست اندر کار است. این بیماران با مادر خود رابطه خوبی نداشته‌اند و بنا بر این در برقرار کردن رابطه واقعی با مردم و دیگر اشیاء محیط ناتوانند و بهنگام جدایی از مادر دچار محرومیت شده احساس تنهایی میکنند. بعبارت دیگر قادر نیستند جدایی از مادر را به آسانی تحمل نمایند. به این ترتیب ترس از تنها ماندن و احساس‌های بدنی آشفته بر کودک مستولی میشود. در این موارد معمولاً دو حالت اتفاق می‌افتد. درپاره‌ای موارد کودک این احساس‌ها را واپس زده در خود فرو میبرد. و گاهی نیز پشکل خود آزاری متجلی میشود. به این ترتیب نیاز کودک به مهربانی و عطوفت و ارتباط با محیط باروش ابتدایی، ناقص و پیچیده‌ای که همان کندن مو باشد ارضاء میگردد.

بنابراین احساس‌های بدنی آشفته، انگیزه‌های واپس زده شده دهانی، تهاجمی، مهر طلبی، جدایی ناکامل از مادر همه شرایطی هستند که پیدایش این علامت را ممکن میسازند.

با توجه به کلیه عقاید و نظریات ابراز شده در این زمینه میتوان نتیجه گرفت که محرومیت هیجانی در ارتباط با مادر بخصوص در جریان سال‌های نخستین زندگی در پیدایش تریکو تیلومانیا نقش قابل ملاحظه‌ای دارد.

در بعضی موارد مقدم بر پیدایش بیماری تجارب دردناکی که بیشتر جنبه «روانی-جنسی» داشته در کار بوده است. گاهی نیز ناراحتی پوست سر مانند خارش یا عارضه فیزیکی دیگری که بنحوی توجه کودک را به این قسمت معطوف داشته در شروع بیماری وجود داشته است.

اغلب مؤلفین دراینکه عامل اصلی اتیولوژیک وجود نوعی

فیزیکی بهبودی‌هایی مشاهده کرده‌اند. اما اغلب روان‌پزشکان روان‌درمانی و اصلاح محیط را مؤثر میدانند و در مورد بیمار مورد بحث مذاکره با والدین و تخفیف کشمکش‌های بین آنها همراه با انجام روان‌درمانی و تجویز روزانه نیم میلی‌گرام هالوپریدول (Halooperidol (Serenace) دوبار در روز به مدت ده ماه سبب بهبود قابل توجهی گردیده است.



دوشیزه ژ.م. پس از ده ماه درمان

بطوریکه در عکسی که ده ماه بعد از نخستین مراجعه بیمار گرفته شده است مشاهده می‌گردد موهای ناحیه طاسی بطور قابل توجهی رشد کرده است. توضیح آنکه درمان دارویی روان‌درمانی همچنان ادامه دارد.

خلاصه

تریکو تیلومانی عارضه نادری است که بیشتر در دختر بچه‌ها مشاهده می‌شود و بصورت میل شدید و غیر قابل کنترل به کندن موها بخصوص موی سر ظاهر می‌کند. در محل طاسی ایجاد شده بر اثر این کندن مداوم موها به اندازه‌های مختلفی وجود دارند. در این مقاله ضمن توصیف شرح حال دختر ۱۰ ساله‌ای که به این عارضه مبتلا بود، خصوصیات بالینی و عوامل «پسیکودینامیک» مؤثر در پیدایش این علامت و نحوه درمان آن مورد بحث قرار گرفته است.

کشمکش است با هم توافق دارند. اما در مورد آنکه این کشمکش مربوط به چه سطحی از رشد روانی می‌باشد وحدت نظر وجود ندارد. برخی تثبیت در مرحله دهانی و بعضی مشکلات و کشمکش‌های مربوط به آموزش مراسم توالت را مؤثر دانسته‌اند. عده‌ای از روان‌پزشکان کودک نیز برای انواع مختلف تریکو تیلومانی معانی متفاوتی قائلند. این گروه تریکو تیلومانی‌ای ابرو، مژه‌ها، سرو زهار را از لحاظ توجیهات روانشناسی متفاوت میدانند. برخی روان‌کاوان عقیده دارند که کندن موی ابرو نوعی سندرم نوروتیک خفیف است و آن را بعنوان وسیله‌ای جهت کاهش کشش روانی تلقی می‌کنند. در حالیکه کندن موی سر را جلوه‌ای از اختلال شدیدی میدانند که نمایشگر برخی مشکلات جنسی میباشد [۹].

در مورد بیمار مورد بحث ما محرومیت عاطفی در ارتباط با والدین (پدر و مادر) و تهاجم بسیار شدید علیه آنها که بطور خود-آگاه در اطراف کشمکش‌های مداوم آنها متمرکز گردیده است بی‌شک در پیدایش این علامت نقش داشته است. توضیح آنکه این تهاجم بقدری شدید است که فکر کشتن خود و آنها در ذهن بیمار خطور کرده است.

از سوی دیگر این بیمار از لحاظ هوشی تقریباً در حد پائین افراد متوسط قرار دارد.

بنابراین شاید بتوان چنین توجیه کرد که بخشی از تهاجم شدید علیه والدین درون افکنده شده، بصورت میل به تخریب خود تظاهر کرده است. کندن مو در اینجا ضمن آنکه نوعی تخریب خویش تلقی می‌شود، وسیله‌ای پیچیده و غیر عادی برای جلب توجه و وابستگی به اطرافیان بحساب می‌آید که احتمالاً بعلت ظرفیت محدود هوشی بیمار انتخاب شده است.

درمان

برای این علامت درمان خاصی وجود ندارد و بطور کلی پیش‌آگهی چندان خوب نیست. برخی از مؤلفین به کمک درمان‌های



دوشیزه ژ.م. بهنگام نخستین مراجعه به درمانگاه بیمارستان روزبه

منابع فارسی

- ۱- بطحائی، دکتر حسن. يك مورد تريكو تیلومانی شدید. مجله طب عمومی. سال هشتم. صفحه ۴۳
- ۲- کرمانی، دکتر ابراهیم جعفر. گزارش يك مورد تريكو تیلومانی. نشریه مرکز طبی کودکان. دوره دوم. شماره اول (مهرماه ۱۳۴۹) صفحه ۱۵

منابع خارجی

- 1- Anderson, F.N., and Dean, H.C. Public Health monograph No. 42. 1946.
- 2- Bararahal, H.S.: Psychoanal. Rev. 27, 291-310, 1940.
- 3- Bartsch, E, Psychiat. Neurol Med. Psychol. 8. 173-182, 1956.
- 4- Berg, C.: int. J. Psychoanal. 17:73-88, 1936.
- 5- Fenichel, O. New York: W.W. Norton & co., 1945 P. 363.
- 6- Greenberg, H.R., and Sarner, C.A., Arch. Gen. Psychiat. 12: 482, 1965.
- 7- Irwin, D.: «Alopecia» in Russel, B.G., and Wittkower, E.D.; New York: Paul Hoeber 1953, P. 179.
- 8- Kanner, R. Springfield. III: Charlese Thomas, 1950, P. 540.
- 9- Mannino, F.V. Amer. J. of Psychiat. 126. 505, 1969.
- 10- Masserman, J. Dynamic Psychiatry, Philadelphia. W.B. Saunders Co., 1955, PP. 163-171.
- 11- Chachter, M, T. Kinderpsychol 10, 120, 1961.
- 12- Sperling, M. Psychoanal. Rev. 41. 363-365, 1954.
- 13- Stadeli, H. Prax. Kinderpsychol. 12. 122-127, 1963.
- 14- Weyl's Med. Infant. 66. 29-33, 1959.
- 15- Wilson, S.A.; Neurology. London: Arnold. 1944 P. 1632.