



## مقایسه کلومیپرامین، هیدروکسی‌زین و رفتار درمانی در درمان تریکوتیلومانیا

دکتر عباس عطاری\*، دکتر فاطمه خسروی‌زادگان\*\*

### چکیده

به منظور بررسی تأثیر درمانی سه روش استفاده از کلومیپرامین، استفاده از هیدروکسی‌زین و شیوه رفتار درمانی در درمان تریکوتیلومانیا ۱۵ مراجع ۵ ساله و بالاتر (۲ مرد، ۱۱ زن) با میانگین سنی ۱۹/۳ سال در ۳ گروه ۵ نفری، به مدت شش هفته مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش را سه پرسشنامه روزنگار تعداد موهای کنده شده، روزنگار عمل‌کنندگی مو، و مقیاس مطابقت دیداری تشکیل داده است. داده‌های پژوهش به کمک آزمون آو تحلیل واریانس و پابره‌گیری از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که در گروه رفتار درمانی بیش از دو گروه دیگر شدت اختلال کاهش یافته و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بوده است. از نظر کاهش تعداد موهای کنده شده، روش رفتار درمانی بیش از دو روش دیگر موفق بوده است، اما تفاوت موجود از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. درمان کلومیپرامین مؤثرتر از درمان با هیدروکسی‌زین بود، گرچه تفاوت بین این دو نیز از نظر آماری معنی‌دار نبوده است.

Andoosheh  
Va  
Raftar  
تدبیه و رفتار  
۳۸

### کلید واژه: تریکوتیلومانیا، کلومیپرامین، هیدروکسی‌زین، معکوس‌سازی عادت

وسواس‌کنندگی مو<sup>(۱)</sup> عبارت است از تکانه و انگیزه  
وسواس‌گونه‌کنندگی مو، تا آنجا که فرد در مقابل تنش  
حاصل از این تکانه نمی‌تواند مقاومت کند و به‌کنندگی  
موهای سر و صورت خود می‌پردازد. فرد مبتلا بیش از همه  
موهای سر، ابرو و مژه‌های خود را می‌کند ولی ممکن است  
موهای دیگر نواحی بدن را نیز بکند (کاپلان<sup>(۲)</sup> و  
سادوک<sup>(۳)</sup>، ۱۹۹۴).  
نخستین بار هالوپو<sup>(۴)</sup> که یک متخصص پوست اهل

\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، خیابان حکیم نظامی، ابتدای خیابان شریعتی، مرکز مشاوره و بهداشت روان کودک و نوجوان.

\*\* روانپزشک، اصفهان، خیابان هشت بهشت، بیمارستان خورشید، بخش روانپزشکی

1- trichotillomania

2- Kaplan

3- Sadock

4- Hallopeau

فرانسه است این اختلال را در سال ۱۸۸۹ میلادی گزارش نمود (کاپلان، سادوک، ۱۹۹۵). شیوع این اختلال در کودکان دو تا هفت برابر شایعتر از بزرگسالان است و در زنها شایعتر از مردها است (همانجا). اختلال کنندن معمولاً از دوران کودکی آغاز می‌شود (کوهن<sup>(۱)</sup>) و اشتین<sup>(۲)</sup>، ۱۹۹۵). بررسیهای سازمان جهانی بهداشت نشان داده است که شیوع این اختلال در مجموع کمتر از یک درصد است (کاپلان، سادوک، ۱۹۹۵).

در زمینه سبب شناسی این اختلال علل چندی را بر شمرده‌اند: وجود یک موقعیت استرس‌زا، طرد شدن از جانب مادر، سخت‌گیریهای بیش از حد، نقش پدر در خانواده بصورت فردی ضعیف و بی‌خاصیت، کنندن مو به عنوان ترس از تنها ماندن، قطع رابطه بین پدر و مادر، افسردگی و اضطراب از جمله این عوامل به شمار می‌روند. از دیدگاه روان پویایی، کنندن مو به عنوان نماد نفرت و بیزاری از خود تلقی شده است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴ و ۱۹۹۵). در بیوپسی از پوست، موهای کاتازن، پلاک‌های کراتین، اتساع انفانددیول فولیکول مو<sup>(۳)</sup>، و نبود التهاب یا اسکار از مشخصه‌های آسیب‌شناسی این اختلال است. آلپوسی در یک یا چند قسمت مشاهده می‌شود و معمولاً شکلی نامنظم دارد ولی گاهی با الگوی خطی مشاهده شده است. رشد مجدد موها بدون تغییرات رنگ دانه‌ای می‌باشد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵) تاکنون درمانهای غیردارویی چندی برای درمان این اختلال معرفی گردیده است: روش متوقف کردن فکر در سال ۱۹۶۳ توسط تایلور<sup>(۴)</sup> (۱۹۶۳) روش ایجاد بیزاری توسط بایر<sup>(۵)</sup> (۱۹۷۲) روش معکوس‌سازی عادت توسط نان - آزرین<sup>(۶)</sup> در ۱۹۷۳ (تی‌نس<sup>(۷)</sup>، وی‌مستید<sup>(۸)</sup>، ۱۹۹۲) روش رفتارهای انقباضی توسط استابلر<sup>(۹)</sup>، وارانته<sup>(۱۰)</sup> در ۱۹۷۴، روش تقویت مثبت توسط اوآنز<sup>(۱۱)</sup> (۱۹۷۹) و چندین روش رفتار درمانی دیگر.

از روشهای دارویی: هیدروکسی زین، داروهای سه حلقه‌ای (به ویژه کلومیپرامین)، نورولپتیک‌ها، کربنات

لیتیوم و SSRI مطرح شده است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵؛ کوهن و اشتین، ۱۹۹۵؛ کریستین سن<sup>(۱۲)</sup>، پوپکین<sup>(۱۳)</sup>، مک کنزی<sup>(۱۴)</sup>، ریلیموت<sup>(۱۵)</sup>، ۱۹۹۱). با وجود این برتری هیچیک از روشهای درمانی به اثبات نرسیده است. از این رو در این بررسی کوشش بر آن بوده است تا از میان داروهای مطرح شده، دو نوع از داروهای که بیشتر در دسترس بوده و قیمت کمتری داشته و عوارض دارویی آن برای کودکان کمتر است انتخاب و با یک روش رفتار درمانی (معکوس‌سازی عادت) که اجرای آن هم برای کودکان و هم بزرگسالان آسان می‌باشد مقایسه گردد.

### روش

این بررسی از نوع پژوهشهای آزمایشی می‌باشد. ۱۵ بیمار (۴ مرد و ۱۱ زن) از بین مراجعین به کلینیک مشاوره و بهداشت روانی کودک و نوجوان اصفهان، کسانی که تشخیص تریکوتیلومانیا براساس معیارهای DSM-IV<sup>(۱۶)</sup> (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) برای ایشان مطرح بود انتخاب شده و به عنوان آزمودنیهای پژوهشی مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی آنان ۱۹/۳ سال، ۳ نفر متأهل و بقیه مجرد بودند. ۵ نفر از آزمودنیها دارای تحصیلات دبیرستانی، ۴ نفر راهنمایی، ۳ نفر ابتدایی و یک نفر بیسواد بودند. همچنین ۲ نفر دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بودند.

از تابستان ۱۳۷۴ تا تابستان ۱۳۷۵ بمدت یکسال، جمعاً ۲۵ بیمار با تشخیص تریکوتیلومانیا به درمانگاه

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 1- Cohen   | 2- Stein        |
| 3- trichomatacia   | 4- Taylor       |
| 5- Bayer   | 6- Nunn-Azrin   |
| 7- Tyness  | 8- Wimatead     |
| 9- Stabler   | 10- Warrent     |
| 11- Evans  | 12- Christenson |
| 13- Popkin   | 14-Mackenzi     |
| 15- Realmut  |                 |
| 16- Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th ed.) |                 |

مراجعه نمودند. از این میان ده بیمار بدلیل عدم مراجعه مکرر از بررسی کنار گذاشته شدند. ۱۵ بیمار باقیمانده به تصادف در سه گروه پنج نفری جای داده شدند: گروه اول با استفاده از کلومیپرامین با مقدار مصرف ۳-۱/۵ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن برای مدت ۶ هفته تحت درمان قرار گرفتند. مراجعات پیگیری آنها هر دو هفته یکبار بود. گروه دوم با استفاده از هیدروکسی زین (۲۰۰-۷۵ میلی گرم در روز) مورد درمان قرار گرفتند. این افراد به مدت ۶ هفته با مراجعه هر دو هفته یکبار درمان را ادامه دادند.

گروه سوم بدون مصرف هیچ دارویی تنها از روش معکوس سازی رفتاری<sup>(۱)</sup> استفاده نمودند. در این روش ابتدا بیمار و والدین وی آموزش لازم را در این زمینه دریافت می کردند، سپس از آنها خواسته می شد که در منزل نیز این تمرین را ادامه دهند و هر دو هفته یکبار برای بررسی شیوه درست اجرا و ارزیابی تأثیر درمانی به مدت ۶ هفته مراجعه نمایند.

ویژگیهای فردی و خانوادگی بیماران با استفاده از پرسشنامه تریکوتیلومانیا گردآوری گردید. این پرسشنامه شامل چند پرسش درباره مشخصات آزمودنیها (نام، سن، جنس، تحصیلات، رتبه، تولد، شغل)، منبع ارجاع دهنده، طول مدت اختلال، وجود بیماریهای بدنی همراه با بیماری، سابقه مصرف دارو، عوامل مؤثر در بروز، تشدید یا تخفیف علائم، وجود بیماریهای روانی همراه، زمان شروع بیماری، تاریخچه خانوادگی، اثر اختلال بر عملکرد اجتماعی و تحصیلی می باشد.

برای بررسی شدت اختلال و میزان پیشرفت درمان از فرمهای: الف) روزنگار تعداد موهای کنده شده، ب) روزنگار عمل کندن مو، ج) مقیاس مطابقت دیداری استفاده گردید. دو پرسشنامه اول برای ارزیابی دفعات و تعداد موهای کنده شده در طول روز و توسط خودآزمودنی روزانه در ۴ نوبت تکمیل شده است. از وی خواسته شد موهای کنده شده را هر نوبت در پاکت مخصوص ریخته و

سپس شمارش و در فرمهای یاد شده وارد نماید. مقیاس مطابقت دیداری: این مقیاس جهت ارزیابی شدت اختلال (وسعت ضایعه، رویش مجدد موها، میزان موهای کنده شده، دفعات کندن مو، محل کندن مو، وضعیت خلقی و هیجانی بیمار) در نظر گرفته شده توسط درمانگر با در نظر گرفتن وضعیت آزمودنی تکمیل می گردید.

پرسشنامه تریکوتیلومانیا فقط در نخستین مراجعه به کار برده می شد ولی فرمهای الف، ب و ج هر دو هفته یکبار تکرار می شد. داده های پژوهش با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس و آزمون t و به کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

از نظر سنی ۴ بیمار در گروه سنی ۴ تا ۱۱ سال، ۶ بیمار در گروه سنی ۱۱ تا ۲۰ سال، و ۵ بیمار در گروه ۲۰ سال و بالاتر قرار داشتند.

در زمان نخستین مراجعه، در سه بیمار، کمتر از یکسال، چهار بیمار بین یک تا ۲ سال و هشت بیمار بیش از ۲ سال از آغاز اختلال تریکوتیلومانیا در آنان می گذشت. جدول ۱، محل کندن مو را در افراد مورد بررسی نشان

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش برحسب محل ضایعه

محل گرفتاری	فراوانی	درصد
سر	۶	۴۰
ایرو	۲	۱۳/۲
مژه و ایرو	۳	۲۰
سایر نواحی بدن	۱	۶/۷
سر و مژه	۱	۶/۷
سر و ایرو و مژه	۱	۶/۷
سر و سایر نواحی	۱	۶/۷
جمع	۱۵	۱۰۰

می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، سر، ابرو و مژه بیش از دیگر مناطق گرفتار شده‌اند و این نتایج با آنچه در دیگر متون پزشکی آمده است مطابقت دارد.

تقریباً در تمام بیماران، سایر اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی، اضطراب، وسواس یا اختلال شخصیت نیز مشاهده گردید و تنها در یک بیمار سایر اختلالات مشاهده نشد.

از نظر میانگین موهای کنده شده پیش و پس از درمان در سه گروه درمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۲). از نظر میزان کاهش اختلال، تنها در گروه معکوس‌سازی عادت، تفاوت میانگین پیش و پس از درمان معنی‌دار بود هر چند که در دو گروه کلومیپرامین و هیدروکسی‌زین نیز، پس از درمان، میانگین شدت اختلال کاهش یافت.

جدول ۲- مقایسه میانگین موهای کنده شده پیش و پس از درمان

گروه درمانی	میانگین پیش		میانگین پس	
	از درمان	از درمان	داری	سطح معنی
کلومیپرامین	۸۰/۹	۳۶/۲	۵٪	
هیدروکسی‌زین	۸۱/۲	۱۲۲/۷	۵٪	
معکوس‌سازی عادت	۳۸	۱۰/۶	۵٪	

مقایسه میانگین شدت (جدول ۳)، همچنین تعداد موهای کنده شده در سه روش درمانی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد؛ هر چند کاهش شدت و کاهش تعداد موهای کنده شده در روش معکوس‌سازی رفتاری بیش از دو روش دیگر بود.

جدول ۳- مقایسه میانگین شدت اختلال در مرحله پیش و پس از درمان

گروه درمانی	میانگین پیش		میانگین پس	
	از درمان	از درمان	داری	سطح معنی
کلومیپرامین	۹۹	۶۷	۰/۰۵	
هیدروکسی‌زین	۹۸	۸۱	۰/۲۰۹	
معکوس‌سازی عادت	۹۹	۳۹	۰/۰۱	

در مجموع تفاوت میانگین نمرات در مرحله پیش و پس از درمان از نظر شدت اختلال در روش دارویی ۶/۴ و در روش غیر دارویی ۱۱/۲ بود. بنابراین این تفاوت دو میانگین در روش غیردارویی در مرحله پیش از درمان و پس از درمان برتری روش غیردارویی را بر روش دارویی نشان می‌دهد.

تفاوت میانگین نمرات پیش و پس از درمان از نظر تعداد موهای کنده شده در روش دارویی ۹/۳ و در روش غیردارویی ۵/۴ بود تفاوت میانگینهای دو روش یاد شده از نظر آماری معنی‌دار نبوده است.

از میان دو روش درمانی استفاده از کلومیپرامین و هیدروکسی‌زین برتری با کلومیپرامین بود هر چند این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود.

### بحث در نتایج

شیوع اختلال تریکوتیلومانیا در کودکان و زنان بیش از دیگر گروهها گزارش شده است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵). از این رو نتایجی که در این بررسی از نظر شیوع سنی و جنسی بدست آمده همانند کتابهای معتبر روانپزشکی است.

بیشتر گزارشها گویای آن هستند که داروی کلومیپرامین می‌تواند تأثیر مفیدی در درمان تریکوتیلومانیا داشته باشد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴، ۱۹۹۵؛ کوهن واشتین، ۱۹۹۵). در حالیکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کلومیپرامین چندان مؤثر واقع نشده است. یکی از دلایل این امر شاید نوع داروی ساخته شده در ایران باشد. این تفاوت در بررسیهای انجام شده پیرامون میزان تأثیر برخی داروهای ساخت خارج و ساخت داخل، از جمله تأثیر داروی کلومیپرامین ساخت خارج و داخل کشور در درمان وسواس نیز گزارش شده است.

در مورد تأثیر هیدروکسی‌زین در درمان تریکوتیلومانیا جای بحث وجود دارد، اما در پاره‌ای منابع بعنوان یکی از درمانهای دارویی این بیماری یاد شده

## منابع

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Bayer, C. A. (1972). Self-monitoring and mild aversion treatment of trichotillomania. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 139-41.
- Christenson, G., Popkin, M., Mackenzi, T., & Realmut, G. (1991). Lithium treatment of chronic hair pulling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 116-20.
- Cohen, L. J., & Stein, D. (1995). Clinical profile, comorbidity and treatment history in 123 hair pullers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 319-26.
- Evans, B.A. (1979). Cause of trichotillomania in a child treated in a home token program. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 197-8.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Greb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Stabler, B., & Warren, A.A. (1974). Behavioral contracting in treating trichotillomania case. *Journal of Psychological Report*, 34, 401-2.
- Taylor, J. G. (1963). A behavioral compulsive interpretation of obsessive compulsive neurosis, *Journal of Behavior Research and Therapy*, 1, 237-44.
- Tyness, L.L., Wimstead, D.K. (1992). Behavioral aspects of trichotillomania. *Journal La-State-Soc.*, 10, 30-59.
- است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴). آنچه از این بررسی می‌توان دریافت اینک هیدروکسی زین در درمان تریکوتیلومانیا تأثیر کمی داشته است.
- گرچه کسانی که مبتلا به اختلالهای رفتاری مانند تریکوتیلومانیا هستند، مصرف دراز مدت دارو را می‌پذیرند، اما روشهای رفتار درمانی با توجه به همکاری بیشتر بیمار در درمان، هزینه کمتر و نتایج بدست آمده از این بررسی، بر درمان دارویی تریکوتیلومانیا برتری دارد.
- توصیه می‌شود در صورتیکه بیمار ویژگیهای وسواسی داشت، افزون بر رفتار درمانی کلومیپرامین هم به کار رود.
- همچنین در صورتیکه احساس سوزش در سر و محل ضایعه وجود داشته باشد از هیدروکسی زین هم استفاده گردد.
- در پایان لازم می‌دانیم از همکاری دکتر غلامرضا قاسمی مشاور روش پژوهش و آقای رضا باقریان مشاور روانشناسی طرح تشکر و قدردانی نماییم.

