

Trichotillomania – obraz kliniczny i postępowanie

Trichotillomania – clinical picture and management

Jacek Szepietowski^{1,2}, Joanna Salomon¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. Eugeniusz Baran

²Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk we Wrocławiu
Dyrektor: prof. dr hab. med. Jacek Szepietowski

Przeegl Dermatol 2009, 96, 104–106

STRESZCZENIE

SŁOWA KLUCZOWE:

trichotillomania, psychodermatozy,
psychodermatoses, leczenie,
postępowanie.

KEY WORDS:

trichotillomania,
psychodermatoses,
psychodermatology, treatment,
management.

Trichotillomania jest rzadkim schorzeniem psychiatrycznym, w którym przewlekłe wrywanie włosów doprowadza do zauważalnego wyłysienia lub przerzedzenia włosów. Choroba okazuje się przyczyną znacznego stresu i istotnie upośledza jakość życia pacjenta. Osoby dotknięte tym schorzeniem zazwyczaj odczuwają narastające uczucie napięcia przed czynnością wrywania włosów, a sama czynność rozładowuje stres lub stanowi dużą przyjemność. Początek zachorowania przypada zazwyczaj na wiek dziecięcy oraz okres dojrzewania. Dziewczęta chorują kilkakrotnie częściej niż chłopcy. W obrazie klinicznym najczęściej obserwuje się wrywanie włosów owłosionej skóry głowy, znacznie rzadziej włosy mogą być wrywane z innych obszarów. Leczenie trichotillomanii zależy od wieku pacjenta. Dzieciom zazwyczaj wystarczy opieka psychologiczna lub terapia behawioralna pod nadzorem psychiatry. Starsi pacjenci często wymagają włączenia farmakoterapii, głównie inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny.

ABSTRACT

Trichotillomania (TTM) is an impulse control disorder characterized by chronic hair pulling which causes noticeable hair loss. The disorder produces stress and significant impairment of quality of life. Usually patients experience increasing tension before hair pulling that is relieved by pulling and this action is gratifying or pleasurable. The disease usually starts in children and adolescents. Girls suffer from the disease considerably more often than boys. Scalp is the most commonly involved region, but sometimes patients pull hair from other parts of the body. Treatment depends on the age of patients. The most beneficial therapy for children with TTM is behavioural therapy under the supervision of a psychiatrist. For older patients pharmacotherapy is needed, mainly serotonin reuptake inhibitors.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Katedra i Klinika Dermatologii
i Wenerologii Akademii Medycznej,
ul. Chałubińskiego 1,
50-368 Wrocław

WPROWADZENIE

Psychodermatologia jest stosunkowo nową dziedziną wiedzy dotyczącą związku między symptomatologią psychiatryczno-psychologiczną i czysto dermatologiczną [1–3]. Z punktu oceny oddziaływania zmian skórnych na psychikę oraz udziału czynników psychicznych w etiologii chorób skóry dermatozy można podzielić na kilka grup, takich jak przewlekłe schorzenia skóry, które ze względu na długotrwały nawrotowy przebieg i widoczną dla otoczenia patologię mogą wpływać na zmianę psychiki, dermatozy indukowane lub zaostrzane przez zdarzenia stresowe, dermatozy przebiegające ze świadem, dermatozy pogarszane przez zachowanie chorych (np. *acne excoriée*) oraz psychodermatozy [3].

Psychodermatozami nazywa się zaburzenia, w których występujące zmiany skórne lub przeświadczenie o ich obecności są wynikiem pierwotnych zaburzeń psychicznych [1, 2]. Wśród najczęściej spotykanych psychodermatoz wymienia się: trichotillomanię, obłęd pasywny, dysmorfofobię, samouszkodzenia (*dermatitis atreficialis*) czy onychofagię [1, 4–6].

TRICHOTILLOMANIA

Trichotillomania jest rzadkim schorzeniem psychiatrycznym, w którym przewlekłe wrywanie włosów prowadzi do zauważalnego wylsienia lub przerzedzenia włosów. Choroba okazuje się przyczyną znacznego stresu i istotnie upośledza jakość życia pacjenta. Osoby dotknięte schorzeniem zazwyczaj odczuwają narastające uczucie napięcia przed czynnością wrywania włosów, a sama czynność rozładowuje stres lub stanowi dużą przyjemność. Etiologia zaburzenia nie została dotychczas dobrze poznana. Niektórzy autorzy podkreślają podobieństwo do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych.

Skąpe dane epidemiologiczne sugerują, że około 1% populacji cierpi na trichotillomanię [7]. W rzeczywistości częstość występowania zjawiska może być większa, ponieważ pacjenci czasem unikają lekarzy, a dokładne dane są trudne do zebrania. Poza tym istnieje grupa pacjentów przyznających się do nawyku wrywania włosów, lecz klinicznie bezobjawowa [8]. Życiowe ryzyko zachorowania wynosi 0,6–3,4% [9]. Początek zachorowania przypada zazwyczaj na wiek dziecięcy – między 5. a 8. rokiem życia – oraz na okres dojrzewania – około 13. roku życia [10, 11]. Dziewczęta chorują kilkakrotnie częściej niż chłopcy, co jest szczególnie widoczne w grupie nastolatków [10, 11]. Jest to zgodne z własnymi obserwacjami autorów niniejszej publikacji, wszyscy bowiem pacjenci diagnozowani i leczeni w ich ośrodku w ostatnich latach to osoby płci żeńskiej, w większości niepełnoletnie (dane niepublikowane). Wielu autorów sugeruje, że trichotillomania u dzieci, szczególnie w wieku przedszkolnym, jest stosunkowo łagodnym i samoograniczającym się schorzeniem [12, 13]. Występowanie zdarzeń stresowych często indukuje impuls

wrywania włosów i zapoczątkowuje chorobę [4, 7]. Stres zwykle wiąże się z trudnościami szkolnymi, brakiem akceptacji przez grupę rówieśników lub nieprawidłowymi stosunkami rodzinnymi. Opisano przypadki dzieci, u których rozwój trichotillomanii łączono z odseparowaniem dziecka od bliskich osób poprzez np. hospitalizację czy nawet narodziny rodzeństwa [12].

Choroba występująca u młodzieży i dorosłych jest poważniejszym problemem, często współistniejącym z innymi zaburzeniami psychiatrycznymi [9, 14]. Starsi pacjenci znacznie częściej doświadczają uczucia napięcia i ulgi związanej z wrywaniem włosów.

W obrazie klinicznym najczęściej obserwuje się wrywanie włosów z owłosionej skóry głowy, znacznie rzadziej – z innych obszarów. Włosy mogą być wrywane praktycznie z każdej okolicy, gdzie występują w zasięgu ręki, np. łonowej, okołoodbytniczej, przedramion, brwi i rzęs [7, 15]. Niekiedy dochodzi do wrywania włosów innym osobom lub z zabawek czy przedmiotów mających materiał *włosopodobny*, np. dywanów czy kap [1, 15]. W typowych przypadkach obserwuje się nieregularne ogniska wylsienia, bez tendencji do bliznowacenia. W obrębie ognisk rzadko występuje całkowite wylsienie, a włosy, które pozostały, są połamane i o różnej długości. Nietypowy obraz kliniczny tego rzadkiego schorzenia może nastęrczać trudności diagnostyczne. W diagnostyce różnicowej najczęściej uwzględnia się: łysienie plackowate, łysienie mechaniczne czy infekcję grzybiczą.

Wyróżnia się dwie odmiany kliniczne trichotillomanii [16]. W pierwszej z nich pacjent skupia uwagę na wrywaniu włosów. Zasadniczym zjawiskiem jest tutaj narastanie napięcia i stresu, które są rozładowywane przez czynność wrywania włosów. W drugim typie trichotillomanii pacjenci wrywają sobie włosy w trakcie innych czynności, np. oglądania programów telewizyjnych czy rozmowy przez telefon. Czynność wrywania ma tutaj bardziej mimowolny i automatyczny charakter. Niektórzy dermatolodzy donoszą także o przypadkach wrywania włosów jedynie w czasie odpoczynku nocnego [17].

Czynności wrywania włosów towarzyszą czasem różnego typu rytuały. Pacjenci owijają włosy wokół palców, łamią na mniejsze części, ssą lub połykają. Możliwym powikłaniem są trichobezoary, mogące być przyczyną niedrożności jelitowej.

Mimo przyjemności odczuwanej przez pacjentów podczas wrywania włosów, samo schorzenie jest źródłem stresu i frustracji. Pacjenci starają się nie ulegać pokusie, często jednak bezskutecznie. Schorzeniu towarzyszy uczucie zażenowania, wstydu czy też niska samoocena [10, 11]. Czynność wrywania włosów zabiera pacjentom nieraz kilka godzin w ciągu dnia. Chorzy zwykle nie przyznają się do manipulacji przy włosach, próbują ukryć zmiany i unikają wizyt u lekarzy. Prowadzą zwykle ograniczone życie towarzyskie.

W diagnostyce schorzenia najistotniejsze są obraz kliniczny oraz dokładnie zebrany wywiad. Czasem niezbędna

jest rozmowa z innymi członkami rodziny. W obrazie histologicznym widoczne są cechy uszkodzenia mieszków włosowego, drobne wynaczynienia domieszkowe oraz trichomalacja.

Leczenie trichotillomanii zależy od wieku pacjenta. Dzieciom zazwyczaj wystarczy opieka psychologiczna lub terapia behawioralna pod nadzorem psychiatry. Stosuje się techniki pozytywnej motywacji, treningi nad panowaniem nad nawykami oraz system kar i nagród [18–22]. Starsi pacjenci zazwyczaj wymagają włączenia farmakoterapii. Najlepiej przebadanym lekiem w leczeniu trichotillomanii jest klomipramina – trójcykliczny lek przeciwdepresyjny, inhibitor zwrotnego wychwytu serotoniny (ang. *serotonin reuptake inhibitor* – SRI) [22–24]. Istnieją również doniesienia o dobrych efektach klinicznych terapii selektywnymi inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny (ang. *selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI), takimi jak fluoksetyna, fluwoksamina czy paroksetyna [22, 25–27]. W terapii można także rozpatrzyć zastosowanie alternatywnych leków, np. naltreksonu czy soli litu [28]. Niektóre doniesienia sugerują, że w przypadku słabszej lub częściowej odpowiedzi na leczenie SRI można dołączyć środki neuroleptyczne, takie jak pimozyd (nie jest zarejestrowany w Polsce), risperidon lub haloperidol [29–31].

Trichotillomania jest schorzeniem psychiatrycznym, jednak to dermatolog okazuje się zwykle pierwszym specjalistą, do którego trafia pacjent. Wraz z ustaleniem rozpoznania warto rozważyć współpracę z psychiatrą w leczeniu takiego chorego.

Piśmiennictwo

1. **Pacan P., Szepietowski J.:** Psychodermatozy – zaburzenia psychiczne czy choroby dermatologiczne? *Adv Clin Exp Med* 2001, 10 (Suppl. 1), 29-33.
2. **Koo J.Y., Pham C.T.:** Psychodermatology. Practical guidelines on pharmacotherapy. *Arch Dermatol* 1992, 128, 381-388.
3. **Szepietowski J., Pacan P.:** Dermatozy wymagające pomocy psychiatryczno-psychologicznej. *Adv Clin Exp Med* 2001, 10 (Suppl 1), 25-28.
4. **Szepietowski J., Pacan P., Czekalska I., Szybejko-Machaj G.:** Trichotillomania – aspekty dermatologiczne i psychiatryczno-psychologiczne. *Przegl Dermatol* 1997, 84, 447-451.
5. **Pacan P., Szepietowski J.:** Dysmorfobia – zaburzenie psychiczne, z którym pacjenci zwracają się do dermatologa. *Przegl Dermatol* 1999, 86, 171-175.
6. **Pacan P., Szepietowski J.:** Oblęd pasożytniczy. *Przegl Dermatol* 2001, 88, 381-384.
7. **King R.A., Zohar A.H., Ratzoni G., Binder M., Kron S., Dycian A. i inni:** An epidemiological study of trichotillomania in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34, 1212-1215.
8. **Hautmann G., Hercogova J., Lotti T.:** Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol* 2002, 46, 807-821.
9. **Christenson G.A., Mackenzie T.B., Mitchell J.E.:** Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry* 1991, 148, 365-370.
10. **Soriano J.L., O'Sullivan R.L., Baer L., Philips K.A., McNally R.J., Jenike M.A.:** Trichotillomania and self-esteem: a survey of 62 female hair pullers. *J Clin Psychiatry* 1996, 57, 77-82.
11. **Oguchi T., Miura S.:** Trichotillomania: its psychopathological aspect. *Compr Psychiatry* 1977, 18, 177-182.
12. **Walsh K.H., McDougle C.J.:** Trichotillomania. Presentation, etiology, diagnosis and therapy. *Am J Clin Dermatol* 2001, 2, 327-333.
13. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. IV wyd. Washington, DC, 1995.
14. **Schneider D., Janniger C.K.:** Trichotillomania. *Cutis* 1994, 53, 289-294.
15. **Hamdan-Allen G.:** Trichotillomania in childhood. *Acta Psychiatr Scand* 1991, 83, 241-243.
16. **Christenson G.A., Crow S.J.:** The characterization and treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 1996, 57 (Suppl 8), 42-49.
17. **Murphy C., Redenius R., O'Neill E., Zallek S.:** Sleep-isolated trichotillomania: a survey of dermatologists. *J Clin Sleep Med* 2007, 3, 719-721.
18. **Keuthen N.J., O'Sullivan R.L., Sprich-Buckminster S.:** Trichotillomania: current issues in conceptualization and treatment. *Psychother Psychosom* 1998, 67, 202-213.
19. **O'Sullivan R.L., Keuthen N.J., Christenson G.A., Mansueto C.S., Stein D.J., Swedo S.E.:** Trichotillomania: behavioral symptom or clinical syndrome? *Am J Psychiatry* 1997, 154, 1442-1449.
20. **Peterson A.L., Campise R.L., Azrin N.H.:** Behavioral and pharmacological treatments for tic and habit disorders: a review. *J Dev Behav Pediatr* 1994, 15, 430-441.
21. **Chamberlain S.R., Menzies L., Sahakian B.J., Fineberg N.A., Fineberg N.A.:** Lifting the veil on trichotillomania. *Am J Psychiatry* 2007, 164, 568-574.
22. **Bloch M.H., Landeros-Weisenberger A., Dombrowski P., Kelmendi B., Wegner R., Nudel J. i inni:** Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biol Psychiatry* 2007, 62, 839-846.
23. **Thorén P., Asberg M., Cronholm B., Jörnstedt L., Träskman L.:** Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. I. A controlled clinical trial. *Arch Gen Psychiatry* 1980, 37, 1281-1285.
24. **Swedo S.E., Leonard H.L., Rapoport J.L., Lenane M.C., Goldberger E.L., Cheslow D.L.:** A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *N Eng J Med* 1989, 321, 497-501.
25. **Stanley M.A., Breckenridge J.K., Swann A.C., Freeman E.B., Reich L.:** Fluvoxamine treatment of trichotillomania. *J Clin Psychopharmacol* 1997, 17, 278-283.
26. **Stanley M.A., Bowers T.C., Swann A.C., Taylor D.J.:** Treatment of trichotillomania with fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 1991, 52, 282.
27. **Block C., West S.A., Baharoglu B.:** Paroxetine treatment of trichotillomania in an adolescent. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1998, 8, 69-71.
28. **De Sousa A.:** An open-label pilot study of naltrexone in childhood-onset trichotillomania. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008, 18, 30-33.
29. **Stein D.J., Hollander E.:** Low-dose pimozide augmentation of serotonin reuptake blockers in the treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 1992, 53, 123-126.
30. **Stein D.J., Bouwer C., Hawkrigde S., Emsley R.A.:** Risperidone augmentation of serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive and related disorders. *J Clin Psychiatry* 1997, 58, 119-122.
31. **Van Ameringen M., Mancini C., Oakman J.M., Farvolden P.:** The potential role of haloperidol in the treatment of trichotillomania. *J Affect Disord* 1999, 56, 219-226.

Otrzymano: 30 III 2009 r.

Zaakceptowano: 4 IV 2009 r.