

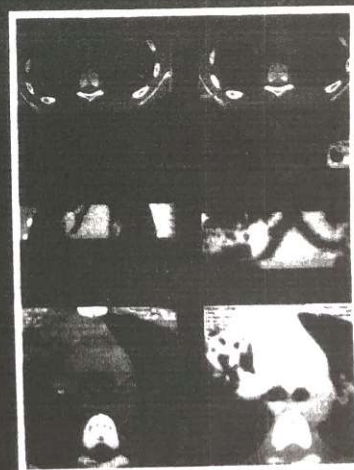
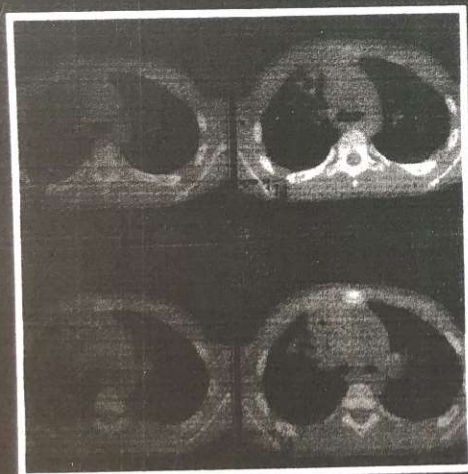
CODEN GZMSAH

ISSN 0065-1214

MCM MJM

Македонско списание
за медицина

Macedonian Journal
of Medicine



Мак спи мед 2007. 53 (1-2). 1 - 88

Mac J Med 2007. 53 (1-2). 1 - 88

ТРИХОТИЛОМАНИЈА-ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ

TRICHOTILLOMANIA-CASE RE- PORT

Татјана Зорчец¹

Tatjana Zorcec¹

¹Клиника за детски болести

¹Pediatric Clinic, Skopje

Извадок

Abstract

Трихотиломанијата (ТТМ) е појава на повторувачко, компулсивно кубење на влакната на косата, лицето, торзото, екстремитетите или влакната во пубичната област. Клиничката слика е комплексна, со присуство на силни компулсивни и импулсивни елементи, кои се решаваат по долготрајна и комбинирана терапија.

Во нашата клиничка пракса досега сме третирале 4 случаи на ТТМ: три пациентки на возраст од 7, 14 и 17 години и пациент на возраст од 12 години.

Прикажуваме случај на 17 годишна пациентка со ТТМ. Психолошка евалуација беше спроведена преку батерија психометриски инструменти, составена од Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Beck Depression Inventory (BDI) и Цртеж на човечка фигура, додека за проценка на одредени психофизиолошки параметри применивме неурофидбек, skin conductance (SC) биофидбек и квантитативно ЕЕГ (qEEG).

Психометриските резултати укажуваат на значајно покачено ниво на депресивност, маскирана агресивност со повремени acting-out епизоди, егосентричност и потешкотии во социјалното функционирање. Психофизиолошката проценка покажа присуство на покачено ниво на стрес, анксиозност, како и зголемена возбуденост и активност на автономниот нервен систем.

Специфика на нашиот приод во третманот на ТТМ е примена и на мултимодална биофидбек терапија во комбинација со когнитивно-

Trichotillomania (TTM) is defined as a recurrent, compulsive pulling out of hair from the scalp, face, body, legs and arms or the hair from the pubic area. It is a complex clinical condition, with compulsive and impulsive elements, treated with combined long-term therapy.

In our clinical practice, so far we had four cases with TTM: three female patients' age 7, 14 and 17 and one 12 years old boy.

We are presenting a case of 17-year-old girl with TTM. Psychological evaluation was done with Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Beck Depression Inventory and Human figure drawing (Machover). Evaluation of particular psychophysiological parameters was done with neurofeedback, skin conductance (SC) biofeedback and quantitative EEG (qEEG).

Psychometric assessment revealed presents of depression, masked aggression with occasional acting-out episodes, egocentric tendency and social difficulties. Psychophysiological evaluation confirmed high level of stress, anxiety, arousal and over activation of the vegetative nervous system.

A specific part of our therapeutic approach is application of multimodal biofeedback therapy in a combination with cognitive-behavior psychotherapy and selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants.

After one month of therapy significant decrease of the symptoms was achieved, as well as a growth of a new, young hair on the scalp.

...случај треба да се бараат и индивидуални причини за настанување на растројството. Според некои последни студии, кај ТТМ покрај многуте други фактори, можно е да се работи и за абнормалности на мозочната неурохемија, односно за нарушена меѓуклеточна комуникација во мозокот [2]. Психодинамски, кај ТТМ доминира прегенитална сексуалност на инфантилно ниво, со фиксација на кожата, со силно присуство на садомазохистички елемент кој ја вклучува болката како задоволство. Исто така, во настанувањето на ТТМ значајно придонесува и чувството на несигурност, отфрленост и емоционалната каренца која детето ја чувствува во своите емоционални релации со објектите кои му се најнеопходни.

Возрасните пациенти кои страдаат од ТТМ прават обиди да се спротивстават на потребата да се кубе косата, поради што доаѓа до создавање на прогредиентна анксиозност. Кога анксиозноста ќе стане неиздржлива, косата се кубе, при што доаѓа до олеснување, задоволство и намалување на анксиозноста. Кај децата постои поинаков механизам: додека возрасните се обидуваат да се спротивстават на компулсијата, детето поради сеуште неизградената личност, нивото на интелектуалниот развој и слабо организираното Его и Супер Его, не се спротивставува на компулсијата, туку напротив се бори да ја реализира секаде и постојано, со цел да се постигне задоволство и релаксација. Кубењето на косата може да биде намерно, кога се запираат сите други активности за целото внимание да се насочи само на кубењето, или може да биде автоматско, кога со ниско ниво на свесност се врши кубењето додека се врши некоја друга активност.

Вистинската преваленца на ТТМ не се знае, бидејќи честопати поради чувство на срам за ваквото поведење, пациентот или семејството, не бараат стручна помош. Дури и кога таа ќе се побара, мотивираноста за разрешување на проблемот кај пациентите е многу мала. Во минатото се сметало дека растројството е многу ретко, но во последните декади свесноста и разбирањето на оваа појава се повеќе добива на значење, па поради

tion of pregenital sexuality on infant level, with skin fixation and strong presence of sadomasochistic elements, which includes pain as a pleasure. In addition, TTM can be initiated due to feelings of insecurity, rejection and emotional deficiency, which the child is experiencing in the emotional relationships with the people that are necessities.

Adult TTM patients are making strong efforts to resist the need for hair pulling, which leads to growing anxiety. When the anxiety is becoming unbearable, the hair pulling starts and that produces relief, pleasure and anxiety reduction. With children, there is a different mechanism: while adults are trying to fight the compulsion, children due to incomplete personality development, immature level of intellectual functioning and poor organized Ego and Super Ego, are not resisting to the compulsion. Uncontrary, the child is performing the compulsion at any place and any time, in order to achieve pleasure and relaxation. Hair pulling can be on purpose, when all other activates are stopped and the whole attention is focused on the hair pulling or can be done automatically with low level of consciousness during performing other activities.

The real prevalence of TTM is still unknown. Because of a feeling of disgrace for this kind of behavior, the patient or the family do not request any professional help. When the help is acquired, the motivation of the patients for solving the problem is usually very low. Previously, it was considered that TTM is very rare condition. However, in the recent decades awareness and understanding for this problem is raising. As of this statement, the number of people seeking professional help is continuously rising. What is in fact acknowledged is that TTM is more often in female than in male population.

Most effective clinical treatment options for TTM are cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy [5, 1]. Behavior therapy has a goal to stop or control specific unwanted behaviors and replace them with new healthy patterns. The patients are educated to perform self-monitoring, awareness for the condition that lead to hair pulling, application of healthy mechanisms of defense in various life situations, object substitute and perform techniques of relaxation. Cog-

1. Die ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

Verfahren

Ergebnis

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

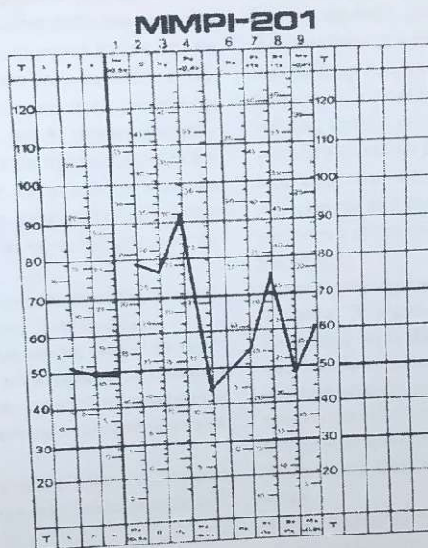
1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

1. ...
2. ...
3. ...

неадекватност, тешко справување со стресните ситуации и потешкотии во прифаќање на одговорности, поради што се можни психосоматски манифестации. Се работи за пасивно-зависна структура на личност. (Слика 2).



Слика 1. Профил на личноста кај мајката на А.

Figure 1. Personality profile of the patient's mother

Евалуацијата со неурофидбек укажува на доминантност на бета ритмот, што зборува за покачено ниво на анксиозност (Табела 1). Добисниот резултат со SC биофидбекот, укажува на силно доживување на стрес и неможност

Neurofeedback evaluation shows dominance of beta brain wave, which is indicating high level of anxiety (Table 1). The obtained result with SC biofeedback is showing presence of high levels of stress and inability for its constructive relief.

Табела 1. Неурофидбек проценка

Мозочни Ритми	очи отворени (µV)	очи затворени (µV)	читање (µV)	математика (µV)
тета 4-7,5 Hz	14.02	16.27	13.11	16.18
алфа 7,5-12 Hz	14.69	27.56	14.34	14.81
SMR 12-15 Hz	10.54	13.77	9.08	9.76
бета 15-30 Hz	13.67	15.75	13.66	13.84

Table 1. Neurofeedback assessment

Brain waves	eyes open (µV)	eyes closed (µV)	reading (µV)	math (µV)
theta 4-7,5 Hz	14.02	16.27	13.11	16.18
alpha 7,5-12 Hz	14.69	27.56	14.34	14.81
SMR 12-15 Hz	10.54	13.77	9.08	9.76
beta 15-30 Hz	13.67	15.75	13.66	13.84

Третман Treatment

Во третманот на А. применивме комбинација на когнитивно-бихевиорална психотерапија, фармакотерапија и биофидбек третман.

Најпрвин со А. направивме детална анализа на ситуациите во кои се случува кубењето на косата. Анализата покажа дека најчесто кубењето е во ситуации кога совладува училишен материјал. Следствено, кај А. психотерапевтските интервенции беа во правец на стекнување увид за овој факт, едукација за техники на самомониторирање, самоконтрола и техники за свесна замена на објектот што ќе започне со кубењето.

Од фармакотерапија, применивме tabl. Sertraline (Asentra) 50 mg како дневна доза.

Третманот со SC биофидбек, беше во функција на стекнување на вештини за намалување на растечката анксиозност и напнатост и конструктивно справување со преголемиот стрес.

Психотерапевтските сеанси, како и третманот со SC биофидбек се одвиваа двапати неделно.

Дискусија Discussion

TTM е асоцирана со сериозни социјални, психолошки и медицински дисфункции.

Ова растројство долго време беше надвор од фокусот на клиничарите и научниците. Во последните 20 години TTM станува се поинтересна, но голем дел од публикуваната научна литература се состои од прикази на случаи. Растројство не е доволно темелно истражено, а етиологијата, текот и третманот се сеуште тема на големи научни дискусии. Досега не се спроведени контролирани клинички студии за третманот на TTM во детската и адолесцентната популација. Приказите на случаи укажуваат дека бихевиоралниот приод е прв избор на третман, во комбинација со соодветна фармакотерапија [4, 5].

Голема дебата се води и околу класифицирањето на ова растројство. Одредени автори сметаат дека се работи за подоблик на опсе-

Therapeutic approach was combined from cognitive-behavior therapy, pharmacotherapy and biofeedback.

Firstly, we have completed a detail analysis of the situations in which our patient was doing the hair pulling. Analysis showed that pulling is most frequent in a situation when she is studying. According to this, psychotherapeutic interventions were in a direction to raise the awareness for this fact, education on self-monitoring techniques, self-control and mechanisms for conscious replacement of the object as soon as she starts with the pulling.

Pharmacotherapy was consisted from Sertraline (Asentra) 50 mg as a daily dosage.

Treatment with the SC biofeedback was in a function for achieving skills for reduction of the growing anxiety and tension and building constructive mechanisms for stress reduction.

Psychotherapeutic sessions, as well as SC biofeedback training, were performed twice per week.

After one month of therapy significant decrease of the symptoms was achieved, as well as a growth of a new, young hair on the scalp.

TTM is associated with serious social, psychological and medical dysfunctions.

This disorder for a long period was neglected from the clinicians and scientists. This disorder is not well researched and etiology, clinical course and treatment are still subjects of big discussions. In the last 20 years, TTM is becoming more and more acknowledge, but most of the published scientific literature is based on case reports. There are no controlled clinical studies for the treatment of the TTM in the childhood and adolescence. Case reports are indicating that behavioral psychotherapy is a therapy of choice in the treatment of TTM in a combination with appropriate pharmacotherapy [4, 5].

There is also a big debate about the classification of this disorder. TTM is considered a form of OCD, or impulse disorders or even stereotyped disorder with elements of self-harming. How-