



## Trichotillomania

ELŻBIETA TRYPKA<sup>1</sup>, PRZEMYSŁAW PACAN<sup>1</sup>, SYLWIA LEDZIŃSKA<sup>2</sup>

Z: 1. Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu  
2. SPZOZ we Wrocławiu

### STRESZCZENIE

**Cel.** Trichotillomania jest rzadkim zaburzeniem kontroli impulsów, polegającym na przymusie wyrywania sobie włosów. Prowadzi do zauważalnej utraty włosów.

**Przypadek.** 52-letnia kobieta z objawami trichotillomanii.

**Komentarz.** W leczeniu trichotillomanii stosuje się głównie selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny. Trichotillomania może być też skutecznie leczona olanzapiną.

### SUMMARY

**Objective.** Trichotillomania, a rare disorder of impulse control, consists in compulsive pulling out one's hair which results in a noticeable hair loss.

**Case.** A 52-year-old woman with symptoms of trichotillomania.

**Commentary.** In the treatment of trichotillomania mostly selective inhibitors of serotonin reuptake are used. Trichotillomania may be also effectively treated with olanzapine.

---

**Słowa kluczowe:** trichotillomania / terapia

**Key words:** trichotillomania / therapy

---

Termin *trichotillomania* został wprowadzony w 1889 r. przez francuskiego dermatologa Hallopeau dla opisania nieodpartego przymusu wyrywania włosów [1]. Trichotillomania charakteryzuje się niekontrolowanym przymusem wyrywania sobie włosów, któremu towarzyszy uczucie ulgi i przyjemności [2, 3]. Włosy mogą być wyrywane z każdej owłosionej okolicy ciała, niekiedy doprowadzając do całkowitej depilacji. Najczęściej włosy wyrywane są ze skóry owłosionej głowy, w dalszej kolejności brwi, rzęs, przedramion, oraz okolicy łonowej i okołoodbytniczej [2, 3, 4]. Skóra w miejscach depilacji pozostaje niezmienną, bez cech stanu zapalnego czy zaniku. Trichotillomania bywa mylona z łysieniem plackowatym bądź postacią skórną tocznia rumieniowatego [2]. Niekiedy przymusowi wyrywania włosów towarzyszy trichofagia, czyli przymus ich zjadania. Może to doprowadzać do powstawania tichobezoarów (kamieni włosowych), które mogą powodować niedrożność jelit [3]. Trichotillomania zarówno w ICD-10, jak i DSM-IV została umieszczona w rozdziale zaburzenie nawyków i popędów (kontroli impulsów). Rozpowszechnienie trichotillomanii ocenia się na 0,6–2% [5, 6]. Zaburzenie po raz pierwszy pojawia się zazwyczaj w wieku dziecięcym (ze szczytem zachorowania między 5 a 6 rokiem życia) oraz w okresie dojrzewania (ze szczytem zachorowania w 13 roku życia) [5]. Tylko w okresie dziecięcym rozpowszechnienie

w grupie dziewcząt i chłopców jest równe. Ocenia się, że począwszy od okresu dojrzewania trichotillomania pojawia się 5 do 10 razy częściej u kobiet [7].

### OPIS PRZYPADKU

Kobieta, lat 52, mężatka, matka 19-letniej córki, wykształcenie podstawowe, pracowała jako szwaczka. Przebywa na rencie od 1997 r. z powodu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa.

Nie jest obciążona rodzinnie chorobami psychicznymi. W przeszłości nie była leczona psychiatrycznie. Zaprzeczała nadużywaniu alkoholu i przyjmowaniu substancji psychoaktywnych. W połowie 1997 r. zaczęła obgryzać paznokcie. Po ok. trzech miesiącach dołączył się przymus wyrywania włosów z głowy. Zarówno obgryzanie paznokci i wyrywanie włosów poprzedzane było uczuciem wewnętrznego napięcia. Po dokonaniu obu tych czynności pojawiało się uczucie ulgi i uspokojenia. Po upływie kolejnych kilku miesięcy zaniechała obgryzania paznokci. Po raz pierwszy do psychiatrii zgłosiła się w grudniu 2001 r., skierowana przez lekarza rodzinnego. Wcześniej była konsultowana dermatologicznie; wykluczono choroby włosów i skóry owłosionej głowy. U pacjentki obecne były obszary całkowitej depilacji skóry owłosionej głowy. Jedynie pojedyncze

kępki włosów występowały w okolicach skroniowych. Nie było cech stanu zapalnego skóry głowy. Badaniem psychiatrycznym wykluczono obecność zaburzeń nastroju i innych zaburzeń psychotycznych.

Postawiono rozpoznanie trichotillomanii i rozpoczęto leczenie fluoksetyną w dawce wzrastającej do 40 mg/die. Po okresie 6 miesięcy ustąpiło wrywanie włosów, obserwowano powolny odrost włosów na całej powierzchni skóry głowy. Następnie trzykrotnie w okresie roku pacjentka sama przerywała leczenie, co skutkowało nawrotem nieodpartego przymusu wrywania sobie włosów. Ponowne włączenie fluoksetyny w dawkach do 60 mg/die nie przynosiło poprawy. W styczniu 2003 r. rozpoczęto leczenie olanzapiną w dawce wzrastającej do 10 mg/die, z jednoczesnym stopniowym odstawianiem fluoksetyny. Po miesiącu przyjmowania olanzapiny obserwowano znaczącą redukcję objawów, a po kolejnym miesiącu całkowite zaniechanie wrywania włosów. Po pół roku leczenia olanzapiną cała powierzchnia skóry pokryta była równomiernym owłosieniem. Pacjentka kontynuuje (tym razem systematycznie) leczenie olanzapiną.

## KOMENTARZ

Onychofagię (obgryzanie paznokci) i trichotillomanię uważa się za zaburzenia ze spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, gdzie obgryzanie paznokci i wrywanie włosów stanowi formę kompulsji. Potwierdzona jest skuteczność inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) w leczeniu trichotillomanii [8]. Stąd wybór fluoksetyny jako leku pierwszego rzutu w leczeniu opisywanego przypadku. Wobec jej nieskuteczności

podjęto leczenie olanzapiną. W piśmiennictwie znajdujemy doniesienia o skuteczności neuroleptyków atypowych, w tym olanzapiny w leczeniu trichotillomanii [9, 10]. Opisywany przypadek potwierdził, że zastosowanie olanzapiny może być alternatywą dla leczenia trichotillomanii inhibitorami wychwyty zwrotnego serotoniny.

## PIŚMIENNICTWO

1. Greenberg HR, Sarner CA. Trichotillomania: symptom and syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 482–9.
2. Pacan P, Kantorska-Janiec M, Kiejna A. Trichotillomania. *Psychiatr Pol* 1998; 32: 799–805.
3. Pacan P, Szepietowski J. Psychodermatozy – zaburzenia psychiczne czy choroby dermatologiczne. *Adv Clin Exp Med* 2001; 10 (supl 1): 29–33.
4. Szepietowski J, Pacan P. Nietypowy obraz kliniczny trichotillomanii. *Przeł Dermatol* 1999; 86: 171–5.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> edition. Washington, DC: 1995.
6. King RA, Zohar AH, Ratzoni G, Binder M, Kron S, Dycian A, Cohen DJ, Pauls DL, Apter A. An epidemiological study of trichotillomania in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 1212–5.
7. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adults chronic hair pullers. *Am J Psychiatry* 1991; 52: 365–70.
8. Soriano JL, O’Sullivan RL, Baer L, Phillips KA, McNally RJ, Jenike MA. Trichotillomania and self-esteem: a survey of 62 female hair pullers. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 77–82.
9. Gupta MA, Gupta AK. Olanzapine is effective in the management of some self-induced dermatoses: three case reports. *Cutis* 2000; 66: 143–6.
10. Stewart RS, Nejtck VA. An open-label, flexible-dose study of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 49–52.

*Adres: Dr Przemysław Pacan, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej,  
ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław, e-mail: pacanp@psych.am.wroc.pl*