

**ТРИХОТИЛОМАНИЯ И ТРИХОФАГИЯ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ-
ДИАГНОСТИКА И МЕТОДИ ЗА ПСИХОЛОГИЧНО ВЪЗДЕЙСТВИЕ**

Д-р Миглена Кръстева-Иванова д.пс.

ВСУ“Черноризец Храбър“

***Резюме:** Статията е посветена на случай от клиничната практика, свързан с пряка психосоматична зависимост. Разгледан е диагностичният и терапевтичен алгоритъм на рядко срещащо се състояние.*

***Ключови думи:** трихотиломания, трихофагия, етиология, патогенеза, терапия, детска патопсихология.*

**TRICHOTILLOMANIA AND TRICHOPHAGIA IN CHILDHOOD –
DIAGNOSTICS I METHODS FOR PSYCHOLOGICAL IMPACT.**

Dr. Miglena Krusteva – Krusteva – Ivanova, M.D, Ph.D

VFU “Chernorizets Hrabar”

***Abstract:** The article is dedicated on a case from the clinical practise, connected directly with psychosomatic dependence. It is viewed the diagnosticall and theoretical algorithm of a rarely seen case.*

***Key words:** trichotillomania, trichophagia, ethnology, pathogenesis, therapy, child patopsychology.*

В психологичната консултативна практика на деца и юноши има състояния, при които точната диагностична оценка не се подлага на особено съмнение, но те представляват изключително предизвикателство към професионализма на психолога по отношение на терапевтичното въздействие. В тази категория патологични състояния можем да категоризираме трихотиломанията и трихофагията, които са обект на разглеждане на настоящата статия.

Първото посещение на хора с подобни проблеми е в кабинета на общопрактикуващия лекар или на специалиста-дерматолог. Известно е, че голяма част от дерматозите са свързани с психични разстройства, т.е. съществува коморбидност /5/ на дерматологичната и психологична компонента, то следва, че в терапевтичната намеса се налага интердисциплинарно взаимодействие на дерматолозите със специалистите в областта на психичното здраве.

Интерес представлява проучването на W. Tress et al., което твърди, че психични разстройства се наблюдават при 35,5% от пациентите в дерматологични клиники. Според германските дерматолози O. Braun-Falco, G. Plewig, H. Wolff, около 20% от всички страдащи от хронични дерматологични заболявания проявяват едно или друго психопатологично разстройство. При дерматозите, при които етиологията е предимно психологична е трихотиломанията.

Според МКБ 10 Трихотиломанията (ТТМ) е разстройство на навиците и импулсите, характеризиращо се с изразена загуба на коса поради многократни неуспешни опити за потискане на желанието да бъдат отскубнати (код по МКБ 10- F63.3).

Въвеждането на термина трихотиломания дължим на френския дерматолог Франсоа Анри Алопо (1842-1919), който представя на

медицинската общност историята на млад мъж, страдащ от сърбеж на скалпа. Описанието на случая разказва, че когато сърбежът станал нетърпим за пациента, той започнал яростно да изскубва космите от скалпа си. Името трихотиломания идва от три гръцки думи: trich - коса, tillo - издърпване, издърпване, мания - патологично привличане.

По-късно E.D. Vaughan, J.L. Sawyers и H.W. Scott описват синдрома на Рапунцел /както популярно се нарича и днес/ или още трихофагия, като наблюдават и описват случай на младо момиче, което имало много дълга коса, поглъщало косми, в резултат на което се стигнало до чревна обструкция от образуван космен конгломерат /трихобезоар/.

По отношение на епидемиологията на разстройството е отчетено, че се среща по-често при момичета, отколкото при момчета.

Причините за възникването и механизмите на протичането на това разстройство са не достатъчно добре проучени. Вероятно можем да приемем тезата за полиетиологичност.

При разглеждане на проблематиката в детска възраст следва да се отбележи, че децата, които се възпитават в строги условия, особено често страдат от ТТМ, когато към детето се отправят прекомерни изисквания, които то не е в състояние да изпълни, което води до формиране на невротична личност. Факторите на емоционално въздействие, насилие, сексуално насилие, емоционален дефицит в ранна възраст играят съществена роля за проявата на този проблем. В такива случаи ТТМ е реакция на протеста на детето към ситуацията. Чувството за самонанасяне на болка може да намали вътрешното чувство на изолация и страдание.

Знаем, че кожата и нейните придатъци, вкл. мастните космени фоликули, са добре инервирани от гъста мрежа нервни влакна. Този фактор е важен за патогенезата на самоиндуцираните дерматози, тъй като кожата

често става фокус на намаляване на напрежението и емоционално регулирано поведение, особено по време на състояния на възбуда.

Според направения мета анализ на екипа McGuire, J.F. Ung, D. Selles, R.R. Rahman, O. Lewin, A.B. Murphy, T.K. Storch et al. /2014/, ТТМ може да дебютира на различни възрасти: 1) детска възраст (2-6 години). Такъв ТТМ (описан в литературата като „бебешки трих“) най-често се разрешава спонтанно от пубертета; 2) юношеството е най-често срещаното време за появата на ТТМ. Болестта при юноши е хронична, с рецидиви. в повечето случаи свързани с психични разстройства; 3) бимодален ход (първият връх - в предучилищна възраст, вторият - в началото на пубертета); 4) млада и средна възрастност (изключително рядко) - характерни са чести рецидиви. По този начин, колкото по-късно започва заболяването, толкова по-тежко е то. /1/

В проявлението на това разстройство на първо място се забелязват следните 3 вида дърпане на косата: 1) автоматично (в безсъзнание) - по-често се наблюдава в детска възраст. Такива пациенти издърпват косата си, без да осъзнават. Процесът протича по време на вълнуваща дейност или силен стрес. Понякога човек дори не знае, че дърпа косата: това му го казват околните и последиците са под формата на плешиви петна. Някои пациенти описват състоянието си в такива моменти като транс; 2) съзнателен (фокусиран) - за такива хора ТТМ е важен ритуал. Най-често процесът протича в самота. Човек се подготвя за процедурата: въоръжава се с пинсета, създава подходяща среда; 3) комбинирани. В повечето случаи пациентът прекарва общо 1 до 3 часа на ден, като дърпа косата. Пристрастяващото поведение обикновено е скрито (пациентите носят шапки, перуки, изкуствени мигли, дрехи с дълги ръкави), може да се комбинира с онихофагия (гризане на нокти), трихофагия, самонараняване на кожата (надраскване за отстраняване на получените корички). Любими

места за издърпване на косата са лесно достъпната фронтално-теменна зона, мигли, вежди, срамни косми, косми по тялото и лицето. Някои пациенти не се ограничават до издърпване на косата от собственото си тяло. /4/

Трихофагията представлява поглъщане на оскубнатите косми или влакна и представлява пряка заплаха за физическото здраве на пациентите. Образувалят се трихобезоар, най-често в тънките черва, заплашва от стоп на перисталтиката. /3/

По отношение на терапията на разстройството отново следва да подчертаем, че за постигането на ефективност в резултата е необходимо колаборирането на интердисциплинарен екип. По литературни данни, фармакотерапията има спорен ефект в овладяването на трихотиломанията и трихофагията. /2/ Златен стандарт в лечението е прилагането на Когнитивно Поведенческа Психотерапия /CBT/. Много проучвания потвърждават ефективността от прилагането техниката за пре-научаване на навици, която има за цел постепенната подмяна на дезадаптивното с адаптивно поведение.

Казус от практиката

Касае се за момиче, на 4,5 години, което бе доведено за консултация от своята майка. Детето посещавало детска градина и на учителката направило впечатление, че при фрустрационна ситуация, то откубва косми от главата си и ги „смуче“. Майката сподели, че това не се наблюдава у дома, но след по-настойчиво наблюдение се оказва, че детето го прави в усамотение. При оглед на скалпа, майката вижда „голо петно“.

По време на първичното интервю, от наблюдение и събрана анамнестична информация, насочих детето към консулт с детски хирург, въпреки че майката до този момент в продължение почти на една година не бе оценила сериозността на здравословното състояние на детето си. В

последствие се наложи спешна оперативна намеса за механично отстраняване на трихобезоара.

След физическото възстановяване на детето прецених, че първата цел на психологичната намеса е да се преодолее стреса от преживяната оперативна интервенция, както от детето, така и от майката.

Историята на тази малка „Рапунцел“, в този случай е историята на едно дисфункционално семейство. Детето и неговото разстройство беше симптом на разстроена система, в която всеки от участниците на разширеното семейство имаше своя етиологична роля. Несигурната тревожна привързаност между свръхангажираната майка и свръхизпълняващата дъщеря подклаждаше омагьосания кръг на състоянието. Терапевтичният процес имаше своите препятствия и трудности, положителният резултат се закрепваше бавно, понякога несигурно. Резултатът от проведената продължителна терапия е оптимистичен по отношение на първичната диагноза.

При децата около 11-12 годишна възраст е показано прилагането на СВТ, съобразено с развиващото се мета-мислене. При тях, както и при юношите, е препоръчително целта на терапията да е замяната на един модел поведение с друг. Основните етапи тук са: 1) довеждането на детето/юношата до осъзнаване на това, което прави и че това действие се предшества от порива; 2) да се научи пациента да разпознава ситуации, в които възниква нежелано поведение; 3) да се разработят стратегии пациента да използва алтернативни методи на поведение, когато се появи импулсивен порив. Груповата психотерапия е от голямо значение, като се предвижда активното участие на самите пациенти в лечението, което се ръководи от психотерапевта.

Трихотиломанията и трихофагията са част от богатата палитра на детската патопсихология и психосоматика.

Литература:

1. McGuire, J.F. Ung, D. Selles, R.R. Rahman, O. Lewin, A.B. Murphy, T.K. Storch et al. Treating trichotillomania: a meta-analysis of treatment effects and moderators for behavior therapy and serotonin reuptake inhibitors. *Journal of psychiatric research*. 2014; 58: 76-83.
2. Christenson G.A., Mackenzie T.B., Mitchell J.E., Callies A.L. A placebo-controlled, double-blind crossover study of fluoxetine in trichotillomania. *The American journal of psychiatry*. 1991; 148(11): 1566–1571.
3. Sharma NL, Sharma RC, Mahajan VK, Sharma RC, Chauhan D, Sharma AK. Trichotillomania and trichophagia leading to trichobezoar. *J Dermatol*. 2000;27(1):24–26.
4. Abraham L.S., Torres F.N., Azulay-Abulafia L. Dermoscopic clues to distinguish trichotillomania from patchy alopecia areata. *An Bras Dermatol*. 2010; 85: 723—6.
5. Львов, А.Н. Дерматозы, коморбидные с психическими расстройствами: классификация, клиника, терапия и профилактика. / А.Н. Львов // . – М., 2006.