

TRICHOTILLOMÁNIA ÉS KOMORBIDITÁS – A LAMOTRIGIN ÚJ MEGVILÁGÍTÁSBAN

MORETTI MAGDOLNA

Pszichiátriai magánrendelés, Eger

ÖSSZEFOGLALÁS

A trichotillománia (hajtépegetés) viszonylag ritkán diagnosztizált kórkép; a segítségre szorulóknak száma lényegesen nagyobb annál, mint amit a pszichiátriai ellátásban tapasztalunk. A BNO-10 és a DSM-IV-TR az impulzuskontroll-zavarok közé sorolja, ám a legújabb, neurobiológiai kutatások és képző eljárások az addikciókkal való rokonságot is alátámasztják. A cikk áttekinti a trichotillománia legújabb szakirodalmát, a terápiás lehetőségekkel együtt. Úgy tűnik, a hangulatstabilizátorok, ezen belül a lamotrigin terápiás effektusa egyre nagyobb hangsúlyt kap a kompulzív-impulzív betegségek, így a trichotillománia kezelésében is. A közlemény felhívja a figyelmet az igen gyakori komorbiditásra (depresszió, disztímia, OCD) és felhívja a figyelmet a korai traumák patoplasztikus szerepére. Az esetismertetés kapcsán a trichotillomániában alkalmazható komplex terápia számos eleme is bemutatásra kerül.

KULCSSZAVAK: trichotillománia, kompulzív-impulzív kórképek, impulzuskontroll-zavarok, lamotrigin alkalmazása

TRICHOTILLOMANIA AND COMORBIDITY – LAMOTRIGINE IN A NEW PERSPECTIVE

Trichotillomania (an impulse disorder that causes people to pull out the hair) is a relatively rare psychiatric illness, though the number of patients in need are definitely much higher than that we encounter in psychiatric practice. According to ICD-10 and DSM-IV-TR trichotillomania is an impulse disorder but latest researches in neurobiology and picture taking procedures seem to provide convincing evidence of it's being a relative of addictions. The article is a glimpse into the core of the newest literature also focusing on therapeutical solutions. The therapeutical effects of mood stabilizers as lamotrigine appear to gain on significance in the treatment of compulsive-impulsive illnesses such as trichotillomania. The article points out the especially high comorbidity with depression and distimia (OCD) and focuses on the pathoplastic impact of early traumas. In the case study many elements of the complex therapy of trichotillomania are also displayed.

KEYWORDS: trichotillomania, TTM, impulsive symptoms, impulse disorders, lamotrigine

„... *ti vad, és gyönyörű finom fájdalmak!*”
(*W. Woodsworth*)

A trichotillománia viszonylag ritkán diagnosztizált, ám nem ritka kórkép. Az alább következő eset megírására két dolog késztetett. Az egyik: a nagyon nehéz, igazi kihívást jelentő terápia élmény és tanulság volt számomra – hogyan bontakozik ki a felkínált tünet mögött sok, egymásba kapaszkodó szálon abúzusélmény, affektív kórkép, evészavar, kompulzivitás, és impulzivitás, család-történet. A másik: páciensem ritkán tapasztalt erősségű önfeltárási vágya, „elmondom hát mindenkinek” lelkesültsége, amely már a terápia kezdete előtt megmutatkozott. Mint elmondotta, annyira régóta szenved a tünetektől, és olyan ne-

hezen talált segítségre, hogy szeretné megosztani betegségének stációját a sorstársakkal.

Történeti áttekintés, diagnosztikai kritériumok, etiológia

A trichotillománia (TTM) vagy hajtépegetés első leírása Hallopeau nevéhez fűződik, aki 1889-ben közölte cikkét az Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie c. folyóiratban (id. Boughn, Holdom 2003) – ám csak 1987-ben került az APA osztályozásában az impulzuskontroll-zavarok közé. A BNO-10 a Kóros szokások és impulzus-zavarok között szerepelteti F63.3 kóddal: „Jelentős hajhiány észlelhető, mivel az egyén nem tud ellenállni annak a késztetésének, hogy kihúzza a

haját. A hajszál kitépését jelentős feszültség előzi meg, míg azt követően megkönnyebbülés illetve elégedettség észlelhető. A diagnózis nem adható, ha bőrgyulladás előzte meg, vagy a hajkitépés hallucináció vagy téveszme hatására következik be.”

A DSM-IV-TR az impulzuskontroll-zavarokhoz sorolja, az alábbi kritériumokkal jellemezve:

- A. Észrevehető hajvesztéshez vezető, ismétlődő hajtépkedés.
- B. Fokozódó feszültségérzés közvetlenül a hajtépkedés előtt vagy amikor megpróbál ellenállni a viselkedésnek
- C. Öröm, kielégülés és megkönnyebbülés-érzés a hajtépkedés közben.
- D. A zavar nem magyarázható jobban más mentális zavarral és nem általános egészségi állapot (pl. bőrgyógyászati probléma) következménye.
- E. A zavar klinikailag jelentős szenvedést vagy a szociális, foglalkozási vagy más fontos funkciók romlását okozza.

1914-ben csaknem epidémiás volt a hajtépkedés gyermekeknél az árvaházakban, a *British Journal of Dermatology* közlése alapján. Az 1930-as években a pszichoanalitikus irodalomban is találkozhatunk már a leírásával, majd az 1970-es években számos esetismertetés jelenik meg, gyermek és serdülő hajtépkedők viselkedésterápiájáról. Az elmúlt évtizedben az impulzuskontroll-zavarok, valamint a kényszerbetegség és határterületei kutatása kapcsán egyre inkább fókuszba került. A hazai szakirodalomban Németh A. tekinti át a „kényszerspektrumot”, a kompulzivitás, kockázatkerülés versus impulzivitás, kockázatvállalás skáláján, jelezve az ide tartozó kórképek (kiindulva az OCD-től, testdiszmozgófóbia, monoszimptomás hypochondriázis, anorexia nervosa, trichotillomania, onychophagia, bulimia nervosa, kényszeres vásárlás, kleptománia, kóros játékszenvedély, parafilák, violens öngyilkosságot elkövetők, végül antiszociális személyiségzavar) kapcsolódási pontjait, a körlefolyás, tünettann, komorbiditás, neurobiológia és terápia hasonlóságai alapján. Itt a trichotillomania 0,5%-os élettartam-prevalenciáját említik, azonban a külföldi szakirodalomban ennél nagyobb, 0,6-3,4%-ot valószínűsítene, az átlagos életkor a tünetek fellépése idején 13 év (Bruce és mtsai 2005). Christenson és Mansueto adatai szerint nőknél 3,4% az élettartam-prevalencia (id. Boughn, Holdom 2003).

Dell’Osso és munkacsoportja (2006) közleményében újabb adatokat szolgáltat az impulzuskontroll-zavarok (ICD) epidemiológiájáról és kli-

nikai megjelenéséről. A hagyományos kategóriákon (kóros játékszenvedély, trichotillomania, pirománia, intermittáló explozív zavar) felül részletesen elemzi az újabb, kompulzív-impulzív (C-I) kórképeket, úgymint C-I internethasználat, C-I szexuális viselkedés, C-I bőrtépkedés (ezt az önkárosító viselkedés [self-injurious behaviors, SIB] közé is sorolják egyes szerzők), C-I vásárlás. E csoport mind kompulzív (drive), mind impulzív (arousal) jegyeket hordoz. A főbb ICD jellegzetességek:

- a beteg képtelen ellenállni impulzusnak, amely káros önmagára vagy másokra nézve;
- növekvő arousal vagy feszültségérzés a cselekedetet megelőzően;
- öröm, jutalomélmény vagy ellazulás érzése, miután elkövette.

Gyakran kriminalitást is jelent, vagy a normál funkcionálás károsodását. A kényszerbetegséggel való rokonságát alátámasztják a PET, fMRI vizsgálatok, valamint a genetikai kutatások is, de egyéb modellek meglétét szintén feltételezik. Fontenelle és szerzőtársai (2005) nyílt vizsgálatukban arra kerestek választ, vajon mekkora a prevalencia ICD vonatkozásában az OCD-s betegek között, valamint kíváncsiak voltak arra is, milyen sajátosságokat mutatnak szociodemográfiai, klinikai és prognosztikai szempontból azok, akik egyidejűleg ICD-ben és OCD-ben is szenvednek. 45 járóbeteg vizsgáltak, kizáró kritérium volt a személyiségzavar, pszichózis, neurológiai vagy endokrin megbetegedés. 35,5%-uknál egyidejűleg állt fenn ICD és OCD. Ezekre a páciensekre jellemző volt a korai kezdetű kényszerszertünet, több és súlyosabb kompulzióval (elsősorban számolási kényszer), gyakrabban társult szorongásos betegséggel. Arra a következtetésre jutottak, hogy a kényszerbetegség gyakran társul a csökkent impulzuskontrollal (pl. gyermekkori viselkedési zavar, felnőttkori antiszociális viselkedés, szuicid kísérletek). Mintájukban leggyakrabban alkohol abúzus, bőrtépkedés, trichotillomania fordult elő. A vizsgálat Rio de Janeiróban történt. A szerzők megemlítik, hogy hasonló felmérés Dél-Afrikában némiképpen más eredményt mutatott, nevezetesen, ott a társult ICD bőrtépkedés, kompulzív vásárlás és intermittáló explozív zavar volt. Ez mindenképpen továbbgondolásra késztet a kulturális faktorok patoplasztikus hatását illetően. A szerzők több lehetséges magyarázatot feltételeznek a két kórkép együttlétére.

1) A kompulzív tünetek elképzelhetők, mint a magas fokú szorongásból adódó impulzusok kontrollálásának egyfajta módja (utalnak megfigyelésekre, miszerint impulzív pácienseknél az acting-out viselkedés megelőzte a kénysztüneteket, és megerősítve látják ezt a teóriát OCD-s betegeknél végzett pszichológiai vizsgálatokkal (Barratt Impulzivitás Skála), ahol pozitív korreláció volt az agresszív és a szexuális szimptomákkal. Továbbmenve, idézik Steinék (1994) feltevését, akik úgy találták, hogy az agresszív és szexuális tartalmú kényszerektől szenvedő betegek elsődlegesen impulzuskontroll-zavarral jellemezhetők. Így kínálkozik a magyarázat, hogy a kényszer voltaképpen az impulzivitás féken tartását szolgálja. Eszerint az OCD-ben talált hiperfrontalizmus inkább kompenzáló, mintsem primer jelenség.

2) Az impulzív cselekedetek felléphetnek mint a súlyos kénysztünetek komplikációi (megemlítenek egy anyát, aki a kétéves gyermekére irányuló homicid kénysztől szenvedve megölte a tekinősbékájukat).

3) Mivel mindkét betegség gyakran a disztressz és szorongás ideje alatt fejlődik ki, valójában két megküzdési mód lehet a helyzettel. Carlsson (2000) többféle lehetséges magyarázatot vél az ICD és OCD együttes előfordulására: szerinte az instabil prefrontális glutamátrendszer lehet fluktuálóan hiperaktív, amikor kompulzív, és hipoaktív, amikor impulzív tüneteket produkál.

Az újabb kutatások a kompulzív-impulzív spektrumbetegség jellegzetességei mellett felhívják a figyelmet a kórkép addikciókra jellemző sajátosságaira. Grant és mtsai (2007) az addikció-modellt a következőképpen vázolják fel: a TTM addiktív jellegű magtünetei repetitív vagy kényszeres elfoglaltság, a következmények ellenére, melyre jellemző

- kontrollvesztés;
- sürgetés, sóvárgás (craving);
- a tevékenység alatti örömlélmény (OCD esetében ez hiányzik).

Ugyanaz tehát, ami a kényszeres zavarnál énidégen és a szorongás csökkentését szolgálja, az addiktív spektrumban örömlélményhez vezet (TTM-ban a kettő általában egyidejűleg van jelen).

A kórkép oka nem ismert, noha viselkedési, neurobiológiai és humán-etológiai modellek születtek a magyarázatára. Van olyan elképzelés, miszerint a TTM válasz a gyermekkori traumatizációra, mások szerint a TTM-ben szenvedők ma-

gas fájdalomküszöbe facilitálhatja a betegség kifejlődését. Felvetődik a stressz és a szorongás szerepe, ugyanakkor sok betegnél éppen a passzívabb, üldögéléssel vagy unalommal járó időszakok fokozzák a tünetet.

Grant és mtsai (2007) felmérése szerint a trichotillomániások első fokú rokonai között szignifikánsan nagyobb volt a szerhasználat (14,7%) és az alkoholbetegség (21,6%), szemben a kontrollcsoport 2,2%-os szerhasználat és 7,7%-os alkoholbetegség arányával. Vizsgálatot végeztek OCD-ben szenvedő betegek rokonai között is, ahol a droghasználat 3%, az alkoholprobléma 11-15% volt.

Az újabban TTM-ban is alkalmazott naltrexon jó hatása is alátámasztja a szerzők szerint az addikciókkal közös neurobiológiai alapot. Feltételezik a mezolimbikus dopamin-diszregulációt is. Mindezek alapján tehát két alcsoport létezését vélik; az egyik magtünetei az OCD-re jellegzetesek, míg a másik csoporté az addiktív kórképekre.

Walsh és munkatársai (2001) az újabb agyi képalkotó eljárások eredményei alapján kiemeli az agy morfológiai elváltozásait TTM-ban: mMRI szignifikánsan kisebb bal oldali putamen és lencsemag-volument írt le az egészséges kontrollokhoz képest, hasonlóan a Tourette-szindrómához. OCD-s betegeknél ezt nem látták, mindazonáltal a cerebrális glükóz-metabolizmust illetően a TTM és az OCD hasonló. A clomipraminra reszponder TTM és OCD betegek csökkent elülső cinguláris és orbitofrontális metabolizmust mutattak. A non-respondereknél mindkét csoportban igen magas metabolikus aktivitás volt megfigyelhető, amely nem változott a terápiára.

A kutatások alapján úgy tűnik, hogy a trichotillomániás páciensek kognitív flexibilitása gyengébb, a kórképben mind a frontális lebeny, mind a striatum, és kismértékben a cerebellum is érintett.

Coetzer és Stein (1998) OCD-ben és TTM-ban szenvedő nőbetegeket vizsgált neuropszichológiai módszerekkel. A Rey-Osterreith Copy Test alapján a pontosság és tervezés terén mindkét csoport rosszabbul teljesített az egészséges kontrollokhoz képest. Ez ráirányítja a figyelmet a corticostriatalis körök szerepére, melyet OCD-ben már bizonyítottak.

Látható tehát, hogy többféle modell létezik, és alapos, prospektív, longitudinális kutatások szükségesek a kórkép eredetének és mibenlétének egyértelmű tisztázására.

Klinikai megjelenés

A szőrszálak tépegetése leggyakrabban a fejbőrről történik, azonban szemöldök, szempilla is célpont lehet, valamint a végtagok és a szeméremtáj szőrzete. Férfiaknál gyakoribb a mellkas, has, arc szőrzetének tépegetése. Történhet szálanként vagy csomóban. Van, aki segédeszközt használ (csipesz, vérzéscsillapító), amely fokozhatja a fájdalmat. Előfordul, hogy a színe, vastagsága, göndörsege, vagy pl. bőrviszketés helye alapján „szemelik ki” a szőrt, általában a „legértékesebb” a nagy, vastag gyökérrel bíró forma, és az, amikor vérzéssel jár. Gyakorikak a különféle rituálék: a beteg az ajka között húzogatja, nyalogatja, leharapja a gyökeret, harapdálja, végül esetleg le is nyeli (5-18%). Az időtartam változó: megjelenhetnek „binge”, dözsölő jellegű, hosszabb epizódok, vagy napi többszöri, pár másodperces-perces időtöltések. Walsh és McDoougle (2001) áttekintő tanulmányában részletesen elemzi a kórképet, s az epizódok két alapvető típusát különbözteti meg: az ún. fókuszált (ez a klasszikus), amikor is a csillapíthatatlan vágy következtében a pszichés tenzió nő, a beteg kizárólag erre a cselekvésre koncentrálnak, majd ellazulás következik be. A másik típus az ülő/szemlélődő állapotban, pl. tévénézés, olvasás, fekvés, tanulás, autózvezetés alatti tépegetés. A páciensek többsége tagadja a következményes fájdalmat (ugyanakkor a szerzők szerint nincs jelen generalizált hipoalgézia). 98%-uk megpróbál ellenállni a sürgető készítésnek és különféle eszközökhez folyamodik: sapka, kesztyű, paróka, esetleg ráül a saját kezére, vagy próbál kézimunkázni. Mindezek a kísérletek általában sikertelennek bizonyulnak.

Noha pillanatnyi gratifikációval jár, a hajtépkedés pszichoszociális hatása drámai lehet. A szerzők idéznek egy tanulmányt, melynek keretében 67 TTM-ben szenvedő beteget vizsgáltak. A páciensek fele komoly kapcsolati problémákról, a tünet miatti vitákról számolt be. Túlnyomó többségük rútnak, lehangoltnak és szégyennel telinek írta le magát. 80%-uk titkolta a betegséget. Csaknem minden esetben aláasta az önbecsülést.

Előfordul a kórkép izolált formája, szempilla és szemöldök tépkedése. Radmanesh és mtsai (2006) 7 ilyen esetről számolnak be, a páciensek életkora 6-16 év volt. Figyelemre méltó, hogy 5 esetben az anya OCD-ben szenvedett, illetve perfekcionista volt. A komorbiditás is jellegzetes mintát mutatott: 4 személy OCD diagnózist is kapott, egy kényszeres, egy perfekcionista, egy pedig nagyon

visszahúzó, szorongó személyiségű volt. A legtöbb családot rigid szülői viselkedés jellemezte, az elhanyagolás és a traumák is gyakrabban fordultak elő.

Olvashatunk extrém példákat is, mint pl. az orrszőrök tépkedését: Fontenelle és mtsai (2002) leírják egy 29 éves férfi esetét, aki testdiszmorfofóbiában szenvedett, s másodlagosan alakult ki – általa esztétikai defektussal magyarázva – az orrszőrök tépkedése, komoly sérüléseket okozva az ornyálkahártyában. A beteg kényszeresen kérdezgette anyjától, lát-e még szőrt, mert annak pusztja megjelenését is gusztustalannak tartotta. A testdiszmorfofóbiával (body dysmorphic disorder, BDD) gyakran jár együtt az önkárosító viselkedés. A szerzők által idézett adatok szerint a bőrtépkedés előfordulása fenti betegcsoportban 26,8% volt.

A trichotillománia és a kóros mértékű bőrtépkedés (pathological skin-picking, PS) fenomenológiai átfedéséről számol be közleményében Lochner és munkacsoportja (2002). 68, TTM-ban és 21, PS-ben szenvedő beteget vizsgálva megállapították, hogy mind demográfiai jellemzőik, mind a betegségkezdés és a nemi eloszlás, valamint a komorbiditás tekintetében nem volt szignifikáns különbség. Egyetlen kivételt említenek: a dysthymia gyakoribb volt a PS betegekénél, míg az elkerülő személyiségzavar inkább a TTM-csoportot jellemezte. Nagyobb arányban fordul elő a TTM-ban szenvedő betegek között az egyéb, repetitív, saját testre irányuló cselekedet, mint pl. körömrágás, a nyelv rágása, a fej ütögetése stb. A szerzők megjegyzik, hogy a trichotillomániás betegek gyakran „transz-szerű”, illetve disszociált állapotban tépik a szőrszálakat, s elképzelhetőnek tartják egy altípus meglétét, amelyre ez az állapot jellemző. Az önkárosító viselkedés és a disszociáció kapcsolata még kevésbé feltárt terület.

Különleges és ritka szövödmény TTM-ban a trichobezoár. Sehgal és Srivastava (2005) áttekintő tanulmányában részletesen elemzi ezt a jelenséget. A trichobezoár, vagy más néven Rapunzel-szindróma (1968-ban írta le Vaughan és munkacsoportja) a lenyelt szőrök, haj által alkotott konglomerátum (az epigastriumban olykor tapintható, mobilis képlet), amely a gyomortól akár az ileocecalis billentyűig is húzódhat, mintegy farokként kitöltve az emésztőtraktust. (Érdekes a szó etimológiailag is: bezoar = étel vagy rostkonglomerátum, a gadzehr (arab) és a padzahar (perzsa) szavakból eredeztethető, jelentése ellenméreg,

antidotum.) Létezik phyto-bezoár (növényi), trichobezoár (haj, szőr), lactobezoár (tej, aludttej) és kevert (papír, homok, szurok, sellak stb). Együtt járhat picával, és gyakran fordul elő mentális retardáció, illetve pszichiátriai betegség esetében gyermekeknél, de gyomoroperáció után felnőtnél is. A tünetei lehetnek: fájdalom, hányinger, bűzös lehellet, flatulencia, vérzés, anorexia, szorulás. Perforációt és obstrukciót is okozhat, endoszkópos vagy műtéti eltávolítása jön szóba. 90%-ban 20 év alatti lányoknál tapasztalták.

Epidemiológia és lefolyás

Walsh és McDougle (2001) korai és késői kezdetű trichotillomániát különböztet meg. A korai kezdetű (8 éves kor alatti) relatíve jóindulatú. A háttérben sokszor anyai szeretetlenség, testvér-rivalizáció, családi stressz áll. A felnőtt TTM-betegek egyharmada tízéves kor alatti, 14%-a 7 éves kor alatti betegségkezdetről számolt be. Nincsenek elérhető utánkövetéses vizsgálatok e formakörben. Fenti szerzők idézésében olvashatjuk: Reeve és mtsai nem kontrollált tanulmánya 10 gyermekről számolt be; akiknél a tünetek átlagosan 6,8 éves korban jelentek meg (a vizsgálatba kerüléskor átlagosan 9,9 évesek voltak). Többségükönél szorongásos kórképet vagy hangulatzavart is diagnosztizáltak. Hat főnél egyéb szokások (hüvelykujjszopás, körömtépkedés, szájnyalogatás) is fennálltak. OCD-t nem találtak.

King és mtsai kontrollált vizsgálatában 15 gyermek szerepelt, a tünetek fellépésének átlagos életkora 9,1 év volt. Közülük 11 fő jelzett pszichés tenziót, majd ellazulást a cselekvést követően. A fiatalabb csoporthoz képest gyakoribb volt a figyelemzavar, az ADHD, az oppozíciós viselkedés, az OCD és a tic.

Bruce és mtsai (2000) tovább finomítják az életkorok szerinti felosztást.

A) Az iskoláskor előtti (0-6 év) korcsoport tüneteiről kevés adat szerepel. Úgy vélik, hogy a TTM bimodális kezdettel jellemezhető: az első csúcs ebben az életkorban van, és gyakoribb, mint azt addig gondolták. Ez a megjelenési forma a legtöbb szempontból különbözik a későbbi életkorban megjelenő tünetegyüttestől. Ámbár ez a korai típus benignusabb, viszonylag rövidebb ideig áll fenn, mégis jelentős kellemetlenséget okoz a gyermeknek és a családnak is. Szorongás, szegény, büntudat, alacsony önbecsülés kíséri, a szülők pedig frusztrációt, haragot élnek meg, nevelési nehézségekkel együtt. Bár kevés adat áll rendelkezésre

zésre a komorbiditásra vonatkozóan, szorongás, beszédzavar, reaktív kötődési zavar és pervazív fejlődési zavar gyakrabban fordul elő.

B) Iskoláskor (7-12 év): ebben a csoportban szerepelnek az előzőekből „felnőtt” gyermekek, valamint a késői kezdetű (átlagosan 13 éves korban), inkább felnőtt típusú trichotillomániás betegek. Ezeknél a gyermekeknél gyakoribb volt a szempilla, szemöldök, kéz, láb, szeméremtáj szőrének a tépkedése is. Többnyire elalvás körül, vagy unalomtól, egyedüllétől, esetleg frusztrációtól szenvedve végezték.

C) A serdülőkori (13-18 év) előfordulás krónikus megjelenést mutat. A felnőttkori TTM esetén az átlagos betegségkezdés 13 éves korban volt. A komorbiditást tekintve: OCD 25%-ban, GAD 25%-ban és ADHD szintén 25%-ban jelent meg. A tépegetés ritualizáltabbá válik ebben a korcsoportban, és gyakoribb a „szortírozás”, szín, textúra és hosszúság szerint. A serdülők szociális térben való működésére alapvetően kihat a betegség: visszahúzódnak, gyakran a szükséges orvosi vizsgálatokat is elkerülik, hogy eltitkolhassák.

Dell'Osso és munkacsoportja a TTM prevalenciájával kapcsolatban hozzátételek (idézett) adatokat közöl: felsőoktatási intézményekben végzett felmérések szerint a férfiak 1,5%-a, a nők 3,4%-a vallott be klinikailag szignifikáns hajtépegetést, 0,6% valamennyi kritériumot teljesítette. Meglepő felismerés volt, hogy a nem -klinikai hajtépegetés ugyanitt 15,3%-ot mutatott.

Komorbiditás

A komorbiditásról már ejtettünk szót az egyes korcsoportok tüneteinek részletezésénél. A trichotillomániás páciensek körében az átlagpopulációhoz képest általában magasabb arányú a pszichiátriai zavarok előfordulása. A leggyakoribb komorbid állapot a major depresszió és a disztímia. Magas a szorongásos kórképek előfordulása is. Együtt járhat alkohol abúzzsal és személyiségzavarral. Az OCD aránya is magasabb, mint az átlagpopulációban, de kérdéses, vajon elsődleges vagy másodlagos-e a megjelenése. Mind a TTM, mind pedig az OCD gyakoribb volt a trichotillomániás páciensek elsőfokú rokonainál.

Mindezeket túl, a TTM-ben szenvedők gyakran számolnak be önértékelési zavarokról és a szociális aktivitások, interperszonális kapcsolatok kerüléséről (Dell'Osso 2006).

Trauma, erőszak és trichotillománia

Ma már nyilvánvaló a kapcsolat az anamnézisben előforduló erőszak (érzelmi, fizikai, szexuális) és a trichotillománia között. Boughn és Holdom (2003) 44, TTM-ben szenvedő nőbeteggel készített interjút, interneten történő jelentkezést követően. A nők többségénél egybeesett a hajtépkedés kezdete valamilyen abúzus elszívésével, sőt a kaotikus családi élet is kapcsolatba hozható volt a tünett. A szerzők idézik Green (1978) tanulmányát is, mely szerint a traumatikus környezet és a család dezorganizációja szoros összefüggésben áll az impulzuskontroll-zavarokkal. A hajtépkedés indulása egybeeshet elköltözéssel, barátoktól való szétválással, iskolai problémákkal, testvér rivalizációval, a szülőktől való elszakadással. Igen szorosnak látszik a kapcsolat a verbális abúzus (gyermekes esetében) és a TTM kezdete között. A gyermekkori verbális abúzus mintegy bejósolhatja a felnőttkori érzelmi és viselkedési problémákat. A fenti szerzők 44 nőbeteg vizsgáltak, retrospektív módon. Átlagos életkoruk 33,7 év volt, 61% értelmiségi foglalkozású, közép- ill. felsőközéposztály státussal. A TTM kezdete átlagosan 13,2 év volt. A nők 27%-a autoagresszív cselekedeteket („falcolás”, megégetés) is bevallott, 91% tapasztalta meg az erőszak valamely formáját, 89% a családon belül (ez az adat a felmérés szerint az átlagpopulációban 16%)! 77%-nál a hajtépés kezdete egybeesett az elbeszéltraumával. A megkérdezett nők 86%-a tartotta egyidejűnek a tünet fellépését és az abúzust. Ami a származási családot illeti, 82% jelzett erőszakot a szülőkkel kapcsolatban. 67,1% számolt be a családon kívüli erőszakos eseményről (döntően szexuális inzultusokról).

Lochner és munkacsoportja (2002) a Gyermekkori Trauma Kérdőív (CTQ) segítségével 74 OCD-ben, 36 TTM-ben szenvedő, valamint 31 egészséges nőt mért fel, érzelmi, fizikai és szexuális abúzus, valamint érzelmi és fizikai elhanyagolás kategóriái mentén. Bár a szerzők maguk is fenntartásokkal értékelték a retrospektív vizsgálatot, a klinikai csoportokban szignifikánsan magasabb volt a gyermekkori trauma előfordulása.

A traumával való megbirkózás diszfunkcionális módja az önsértő viselkedés. Néhányan felvetik, hogy a trauma és a poszttraumás stressz zavar (PTSD) OCD tünetekhez is vezethet (ellenőrzés, mosakodás stb.). Gershuny és mtsai (2006) 42, TTM-ben szenvedő beteget vizsgáltak, 95,3%-uk nő volt. Életkori átlag 36 év. A tünet átlagosan

15,3 éve állt fenn. A vizsgált személyek 76,3%-a számolt be valamiféle trauma elszívéséről, és 19%-uk teljesítette a PTSD kritériumait. Gyermekkori szexuális abúzus 25,8%-ban, fizikai abúzus 20,6%-ban, felnőttkorban elszívett szexuális erőszak 23,3%-ban fordult elő! A súlyosabb PTSD tünetek érdekes módon kevésbé súlyos TTM tünetekkel jártak – vélhetőleg a hajtépkedés enyhítette a PTSD tüneteit. A trauma-függő önsértés általában enyhítette a szorongást.

Kezelés

Egyértelműen hatékony kezelést jelenleg nem ismerünk, azonban számos lehetőség kínálkozik.

A viselkedésterápia a tépés gyakoriságának csökkentésében eredményes lehet. A legjobban dokumentált terápia a szokáskioltás illetve a viselkedés-átirányítás (habit reversal), egyéni vagy csoportos formában. Jó módszer a zsetonnal való jutalmazás is. A kognitív-viselkedésterápia is segíthet. Vannak szórványos adatok hipnózis és pszichoanalitikus megközelítésekről is. Olvashattunk próbálkozást EMDR (eye movement desensitization and reprocessing), és expozíció-válasz megelőzés alkalmazásáról is, de kutatások ezzel kapcsolatban nem történtek.

A farmakoterápia leghatásosabb módjának eddig a SSRI szerek adása látszik, széles körű felmérések alapján, azonban más irodalmi adatok hatékonyabbnak írják le a viselkedésterápiát. Látványos esetismertetések olvashatóak clomipramin-terápiáról (30-150 mg).

Az újabb közlemények hangsúlyozzák, hogy alapvető a segítő háló megfelelő képzése e tárgykörben, figyelemmel arra is, hogy a betegségkezdettől a diagnózisig gyakran évek telnek el. Gyermekes terápiájánál két sikeres esetet közölt Blum és mtsai (1993), time-out, valamint fokozott szülői törődés alkalmazásával. A 3 éves kislánynál, ha a dorgáló („time-out”) székben (3 perces intervallumokat alkalmaztak) tépte a haját, zoknit húztak a kezére. A másik esetben (9 éves lány) hajtépkedés esetén előírás volt a szóbeli figyelmeztetés, a magas rizikójú intervallumok tünettmentességéért megerősítés mind a szülők, mind a tanár részéről, valamint válaszmegelőzés azzal, hogy a kezére kellett ülnie, vagy mindkét kezében tollat tartania.

Amennyiben egyéb pszichopatológia nem társul, gyermekeknél lehet benignus és átmeneti a trichotillománia, és igen gyakran hüvelykujjszópással jár együtt.

Bruce és kollégái (2005) hasonlóan a fentiekhez, a 0-6 éves korcsoportban kiemelik a gondozói törődést (a szülők, környezet edukációját igen lényegesnek tartják!) és a viselkedésterápiás technikákat alkalmazását, a fentiekén kívül pl. az arc eltakarását. Érdekes tapasztalat, hogy a kovariáns hüvelykujjszopás behavior-terápiás kezelése a trichotillomániát is megoldotta – ilyen esetekben tehát az ujjszopás, nem a hajtépkedés van fókuszban. A 7-12 éves korosztálynál is túlnyomórészt a viselkedésterápia (zsetonmódszer, szülői viselkedés megváltoztatása, önmonitorozás, válaszmegszakítás stb.) segített, de alkalmaztak hipnoterápiát és farmakont is, súlyosabb esetekben SSRI-t és clomipramint, sőt haloperidolt (ebben az esetben autizmus és mentális retardáció állt fenn), valamint imipramint (depressziós tünetek miatt). A serdülőknél elsődleges fókusként a család edukációját jelölték meg, továbbá a viselkedésterápiát, amely hatékonyabbnak bizonyult (nem jelentősen) a farmakoterápiánál. Szociális támogatás, pozitív megerősítés, önmonitorozás, relaxációs technikák és egyéb viselkedésterápiás módszerek is a terápiás arzenál részét képezik.

Walsh és Mc Dougle (2001) tanulmányában áttekinti a kezelési lehetőségeket a rendelkezésre álló szakirodalom alapján. Eszerint kontrollált vizsgálatok a clomipramin (50-150 mg/die) hatékonyságát igazolják, bár megkérdőjelezzik a hosszú távú tünetmentességet. Beszámolnak SSRI szerekkel történő vizsgálatokról is. Fluoxetin 80 mg/die, kettős vak elrendezésben, nem volt hatékonyabb a placebónál. Fluvoxamin, paroxetin, sertralín kezelésekről szórványos beszámolók vannak, csekély eredményt jelezve. Az újabb próbálkozások, mint fentebb is említettük, a naltrexonnal ígéretesnek tűnnek – a kezelt páciensek 43%-ánál több mint 50%-os tünetcsökkenést értek el. Vannak leírások a clomipramin és fluoxetin risperidon, pimozid, haloperidol-augmentációjáról, azonban a kis esetszám miatt messzemenő következtetéseket nem vonhatunk le. Mások a viselkedésterápiát esetenként lokális, kellemetlen érzést okozó capsaicin krémmel egészítették ki. Komplex módszer a szokáskioltás-tréning, melyben a trigger-szituációk azonosítása, eltérítő cselekvés (ujjak ökölbe szorítása mindaddig, míg elmúlik a késztetés), valamint a hajtépkedés tudatosságának fokozása szerepel. Jó eredményeket értek el e módszer segítségével. Mások kombinált (kognitív viselkedésterápia [CBT] + clomipramin) kezeléssel számoltak be. A 9 ülésű CBT szignifikán-

san hatékonyabb volt, mint a clomipramin monoterápia. A kognitív átstrukturálás megtanította a pácienseket a hajtépkést kiváltó gondolatok azonosítására.

Berk és mtsai (2003) esetismertetése egy bipoláris zavarban szenvedő páciens trichotillomániájának sikeres kezeléséről szól. A 26 éves nő előzményében abuzív anya, serdülőkori szuicid kísérlet, posztnatális depresszió, majd a depressziót megelőző, néhány napos hipomániás epizódok szerepelnek; a haját 6 éves kora óta tépte. Családi anamnézis pozitív volt (anya impulzív, agresszív, ciklotím, valamint több családtag depressziós). A bevezetett 450 mg lithiumkarbonát teljes tünetmentességet eredményezett a TTM szempontjából, az utánkövetés ezt igazolta.

A külföldi szakirodalmat áttekintve, a nálunk csaknem elfelejtett, valaha sokat alkalmazott antipszichotikum, a pimozid mint augmentációs lehetőség egyfajta reneszánszát éli: trichotillománia, metasztatikus melanoma, Ekbom-szindróma (bőr-férgesség-téboly), posztherpeszes trigeminus neuralgia esetében jó hatást tapasztaltak. Testdisz-morfofóbia kezelésében is pozitív effektusú volt. Feltételezik a szer anti-opiát hatását is, a szelektív D2 receptor blokáddal mellett.

A fentiekből is kitűnik, hogy eddig nem sikerült széles körben hatékony kezelést találni a TTM-ban szenvedő pácienseknek. Az utóbbi időben a szakirodalomban egyre több közlemény bukkan fel a lamotrigin alkalmazásáról önsértő viselkedés (self injurious behavior, SIB), valamint egyéb impulzuskontroll-zavarok esetében. Közölnek esetet kompulzív szexuális zavar lamotrigin-fluoxetin kezeléséről (Schupak 2007). A glutamát rendszer szerepét feltételezve a SIB patofiziológiájában, Davanzo (1996) mentális retardációban szenvedő serdülő önsértő viselkedésének sikeres kezeléséről számol be lamotriginnel (200 mg/die). Grant és munkatársai (2007) nyílt vizsgálatába 24, bőrtépkedő nőbeteget vontak be; átlagosan 200 mg lamotrigin adása mellett a páciensek kétharmada mutatott javulást.

Az impulzuskontroll-zavarok kezelésében egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a hangulatstabilizátorok és az antikonvulzívumok (Dell'Osso et al. 2006). Az intermittáló explozív zavar (IED) terápiajában lítium (elsősorban gyermekeknél és serdülőknél), carbamazepin, phenytoin, SSRI, risperidon kedvező hatású volt. A béta-blokkoló propranolol, pindolol inkább az agykárosodással összefüggő agresszív viselkedésnél tűnt haté-

konynak. (Ide kívánczok, hogy ambulanciánkon hosszú ideje kezelünk egy 51 éves nőbeteget, IED miatt, a fenti szerek közül valamennyi kipróbálásra került, sikertelenül. Az egyébként békés, csendes nőbeteg expozív kitörései alkalmával hozzá tartozóit bántalmazta, környezetét rombolta. Lamotrigin terápia bevezetése óta az utóbbi hónapokban nem volt tünete!)

Esetismertetés

*„Állsz az asztalnál, apu,
A képen, ahogy megőriztelek,
Állad, nem lábad volt hasított
DE éppúgy ördög vagy, mint a sötét
Ember, aki ketté-
Harapta piros kis szívemet”
(Sylvia Plath)*

A húszas évei végén járó, déli szépség-külsejű Rebeka először évekkal ezelőtt lépett be a rendelőbe, kezében újságcikket lobogtatva a trichotillomániáról. 14 évesen kezdődött az, amiről akkor még nem tudta, hogy betegség. Azért jött el most, mert terhes, gyakran törnek rá félelmek, szorongások. Nevetve-sírva utal rá, mennyire szörnyű gyermekora volt, apja verte őt és az anyját is. Még gyorsan elhadarja (érzelmeiket alig nyilvánítva), hogy féltékeny a férjére, aki fiatal nőkkel van körülveve. A hajtépegetéssel járó fájdalomra szüksége van. Később elmondja azt is, hogy amikor „béke van” otthon, akkor a legjobb a fájdalomkórosítás, tépkedi az ajkát is. Ha a haját leköti, akkor a lábáról, vagy a szeméremtájáról szedi a szőrt. Megfigyelte, hogy az erősebb libidó a tépkedési inger is növeli, annak idején, a fogamzásgátló szedésekor sem libidó, sem tépkedés nem volt 1-2 hónapig, emiatt hormonvizsgálatok is történtek, de ez vakvágánynak bizonyult.

Szép, hosszú haja foltosan a csonkokra felragasztott (!) szálakból áll, kendőt is visel.

Gyógyszert nem akart szedni, ezért kognitív-viselkedésterápiában állapodtunk meg (túlceremonizálás – a hajszálakat tízes csoportokba rendezve, összekötve kellett elrakosgatnia, naplót vezetnie, rögzítve a szituációt, a társuló gondolatot, az inger erősségét 1-10-ig terjedő skálán, a kitépelt hajszálak számát, a kísérő érzelmeiket és a nap folyamán megélt másfajta örömeztéseket is) (Molnár 2000). A következő találkozáskor újabb felfedezéséről számolt be: amikor esténként pihen, lazít, akkor jön az inger. Egyébként köszöni, jobban van. Rádöbbsent, hogy a szórakozás és a fájdalom

valahogyan összekapcsolódott a fejében: annak idején, gyerekként nem lehetett pihenni és örülni – még a sikeres érettségi napján is árkot kellett ásnia a tűző napon, míg mások ünnepeltek...

Három találkozás után Rebeka elmaradt, majd szülés után, két év múlva visszatért. Váratlanul jelent meg. Most kénytelen gyógyszert szedni, mondja, és a korábbi, viselkedésterápiás feladatok mellett sertralint kezdte. A számomra is váratlan, „gyanús” javulás (10 napi teljes tünetmentesség) kérészéletű volt, azonban megalapozta a bizalmat, ettől kezdve mélyült a kapcsolatunk és vált igazi pszichoterápiává, melyben végigkísérte a naplózást. Amit nem tudott, nem mert elmondani, azt a naplón keresztül osztotta meg velem. Humán értelmiségi foglalkozása révén bravúrosan bánt a szavakkal, korán megnyilvánuló őszintesége megindító volt.

A tünetek

„Minél jobban fáj, annál jobb” – írja, és a tünetmentesség alatt hiányérzete jelentkezett. Régtől fogva a „gyulladt gyökereket” tépi, az a legjobb. Elindulunk tehát a pszichoterápiában a „gyökértől” a gyökerek felé. „Érdekes, nem jut eszembe semmi a gyerekkorról.” A napló azonban árulkodik: felidéződött apja sok durvasága, ami miatt kamaszkorában elköltözött otthonról. „A hajtépegetés annyira felpörgetett, hogy nem tudtam elaludni... teljesen kontrollt vesztem, csak ez járt az eszemben, órákon keresztül csak ezt csinálni.” Aggodalommal tölti el, és még inkább ösztönzi a gyógyulásra, hogy kislánya is tépkedi az ajka bőrét!

Kutatva a múltban, anyjának megemlítette, hogy nem szeretné a mások által javasolt hipnózist, mert nem akarja újra átélni, hogy menekülni kellett otthonról. Mire az anya azt felelte, rosszul emlékszik, ilyesmi nem fordult elő. Szerinte jó lenne a hipnózis, hogy rádöbbenjen, csak képzelte ezeket... Rebeka sírva fakadt: „Nem létezik, hogy elfelejtette, hogy öngyilkos akartam lenni.” Tudjuk: a támogatás, védelem hiánya súlyosbíthatja a bántalmazott gyermek tüneteit; ha a másik szülő sem elérhető, vagy netán maga is abúzus-áldozat; és a gyermek szemtanúja ennek az erőszaknak, ún. kumulatív traumáról beszélünk (Kuritárné 2008).

Állandó rémületben éltek: szitkozódás, ordítás, verés, az anyának is, kiszámíthatatlanul. „Emlékszem, már akkor bepisiltem, amikor mentem lefelé a lépcsőn”. Kb. 10 éves korában annyira megverte az apja, hogy utána sírva bocsánatot kért a lányától és vett neki egy gyűrűt...

Herman (2003) a traumát túlélők pszichoterápiájánál a felépülést a következő szakaszokra osztja: 1) biztonság, 2) emlékezés és gyász, 3) visszakapcsolódás. A bántalmazó családban felnövekvő gyermekek számára kőbe vésett a hallgatás szabálya, a családi titok őrzése. A felgyülemlett érzések, emlékek kimondása katartikus hatású, és komoly megkönnyebbülést hoz. Rebekát is erre biztattam (levél írása, illetve beszélgetések), amikor már elég erősnek éreztem ehhez a feladathoz. Minden lépést közösen beszéltünk meg, az ő tempójához, teherbírásához igazodva.

A biztonság az otthonról való korai elköltözéssel, házassággal látszott megteremtődni Rebekánál. Az emlékezés és gyász folyamata a terápia alatt vált teljessé: a kezdetben könnyed, mosolygós előadás helyett igazi, mély érzelmek kerültek felszínre. Ezt a munkát a származási családban történtek tisztázására elszántan folytatta. Felidézte, hogy a tágabb család értékrendje szerint a pihe-nés mindig bűn volt, olvasni is csak titokban lehetett. Rebeka anyja még a mai napig is dugdossa a könyveket... Az apja szavaiból csöpögött a gyűlölet, csakúgy, mint az apai nagymamából. A megfélemlített anya ma is Rebekát használja lelki társul, barátnőként. Mindent megbeszél vele. Rebeka gyűlölte az apját, olykor a halálát kívánta.

A pszichoterápia folyamán feltárul a szörnyű múlt, már szavakkal is, nemcsak az írás vall. A családfaelemzés során a szülők történetére is fény derül, Rebeka hosszabban elidőzik az apjájánál. Az apai nagymama hideg és kemény. A nagyapa is szigorú volt a saját gyerekekhez, de az unokákkal szeretetteljes.

A következő találkozáson a naplóban ez a meglepő közlés áll: „Hozzábújtam apához. Jó érzés volt. Olyan mackós. Szeretem.”

Anya és lánya is lassanként őszintébben beszélgetnek. Az anya bevallotta az öngyilkossági kísérleteket. És az emlékezés hozta felmelegedés szétárad a családban: szép emlékek is sorakoznak, szülőkről, nagyszülőkről. De még jönnek elő a szörnyűségek. Tőmondatokban, fényképfelvétel-szerű villanások a füzet lapjain.. Egyik ilyen pillanatszerű felvétel: anyja királylányt rajzol neki, nevetgélnek – ebbe az idillbe robban be az apa, ordítva. Rebeka félti az anyját: „meg akarom védeni”.

Az apai nagyapa kedves, szerető lényének emléke máig elkíséri. „Most apa olyan, mint akkor volt papa.” A hasonlóság segít a megbocsátásban. Képes beszélgetni az apjával, őszintén kimondani a fájdalmas emlékeket. Egy alkalommal meg is di-

cséri az apját: „Mondtam, hogy milyen ügyes, és büszke vagyok rá, hogy ő az apukám”. Rebeka bevallja, hogy kicsit ő maga is hirtelen haragú, akár az apja – de ha a kislánya feldühíti, elszámol húszig, hogy lehiggadjon.

A hajtépegetés változó intenzitású, Rebeka minden nap feljegyzi, hány szálat tépett ki: 0 és 100 között mozog. Ha erős a libidó, többet. Elárulja, hogy rettenetesen kívánja a szexet, naponta többször is, sőt, maszturbálnia is kell olykor. Férfjétől külön él, annak párkapcsolatai miatt, itt megjegyzi, nem is a szexuális aktusokra, hanem arra az intimitásra volt féltékeny, amit tetten ért, más lányoknál, egy simogatás, egy kedves szó... Naplórészlet: „Úgy érzem magam, mint aki minden szennyesétől meg akar szabadulni. Először apu, most X.” (a férj új barátnője)

Élettársa előtt végre felfedi a betegségét. A férfi segít, a tépkedést nehezítő feladatokat ad, jutalmazza a sikert.

Rebeka lassanként egyre kiegyensúlyozottabb. Napokig nem tépked, de folytatja a gyermekkor feldolgozását, hazahazatér a szülői házba. Ezek a beszélgetések olykor felzaklatják, bántja, hogy az apja még mindig agresszív az anyjával, de mindezt a felnőtt pozíciójából képes látni a terápiás órákban. Immár nem a koravén gyermek, akinek meg kell védenie az anyját, hanem felnőtt nő, maga is anya, aki mindkét szülőjét magáért felelős embernek tekinti.

A nagymama halála relapszust okoz; a sertralin emelt dózisára paradox módon reagál, így clomipramint kezdünk. Beszél a gyászról, és a betegséget most így kommentálja: „Olyan jó érzés, hogy szinte beleránt... nem is tudom, kell-e változtatni? Mindent elsöprő inger!”

A bántalmazott gyermekek szörnyű élményei, tartós szorongása nem szüntethetők meg az öngyógyítás szokásos eszközeivel – írja Herman (2003) „...előbb-utóbb felfedezik, hogy ez az érzés a testüket érő erős fizikai behatással szüntethető meg a leghatékonyabban... ha akaratlagosan okoznak maguknak sérüléseket.” A krónikus diszfória átmenetileg megszűnhet, és az öngyógyítás e destruktív eszközei rögzülhetnek. A vegetatív idegrendszer izgalmi állapotának növelése – akár az evészavar tünetei, vagy kényszeres szexuális viselkedés, veszélyhelyzet keresése, drog stb. – az érzelmi állapot szabályozásának eszközeül szolgál. Rebeka általában intenzív szexuális életet él, meg is jegyzi tréfásan, „Férfi-módra tudnék vadászni”.

A traumatizált páciensek bizalma alapvetően sérült. A jó verbalitás, barátságos kommunikáció mögött is érezhető volt egy finom „függöny” – Rebeka lassan, mintegy „adagolva”, engem is folyamatosan tesztelve hozott elő újabb és újabb élményeket. Az oly problémamentesnek beállított szexuális életéről egy általam felvetett regény (Coelho: *Tizenegy perc*) segítségével megnyitott csatornán volt képes őszintén beszélni. Ez is mérföldkő volt a kettőnk kapcsolatában.

Amikor egy hét múlva visszajön, maga is hihetetlennek tartja, hogy semmi inger nem jelentkezik. Csodaszert szed? Az üresség, amit érez, különös, „muszáj helyette valamit csinálni”. Fontossá vált hirtelen a szépség. Bújja az újságokat és elmeséli, hogy egy szinte kompulzív jellegű vásárlásban rengeteg pénzt költött sminkre. „Kibújt belőlem a NŐ! Élvezem a hajam, a sminket, olyan ruhákat vennék fel, túsarkú cipőt.” És megosztja velem ismét egy titkát: 14 éves kora óta böjtöl, előfordult, hogy egy hétig csak folyadékot fogyasztott. A családban mindenki kövér, ő nem akart az lenni... hajlamos volt a végletekre mindig is, pl. fél nap sport, 4-5 óra alvás, teli energiával – serdülőkor óta így van ez.

A krónikus traumát átélteknél nem ritka a tartós fiziológiai zavar: a normális evési, alvási stb. ritmus nem alakul ki, a fájdalomérzékelés is abnormális lehet (Herman 2003).

Feltűnt, hogy Rebeka mindig puritán, inkább sportos öltözékben, egyszerű frizurával (a kezdetben viselt kendő elmaradt, már nem zavarta a fiús frizura), smink nélkül érkezett, sietve, s a beszélgetések alatt is folyton az volt az érzésem a terápia elején, hogy csak éppen megpihen, rohanna tovább, gyerünk, gyorsan legyünk túl mindenben... Később mesélte el, hogy ha serdülőkorában sminkelt, az apja ráordított, hogy ne „kurválkodjon”. Volt, hogy ki is tépte a hajából a csavarókat. Szerencsétlennek, értéktelennek nevezte. Rebeka sosem tartotta szépnek magát, nem is használt sminket. Ám megdöbbentő módon ugyanez az apa dicsérni is tudta: „Milyen gyönyörű vagy... de jó a lábad.”

Ezen a ponton felmerül a terapeutában az apa esetleges inceszt vágya, amelyet agresszióval pállástól – a verések, abúzusok nem mentesek az erotizált színezettől. Az apa a beteg elmondása alapján „nagy étvágyú a szexben”, „én is ilyen vagyok”, ismeri be. Anyja sokat szenvedett ettől – a szülők intenzív és viharos házaselete Rebeka számára ismert volt.

Mivel tudja, hogy hajlamos a végletekre, korábban kell tartania magát. Már más örömökre áhítozik, a hajtépés helyett új örömforrásokra bukkan, enni is tud jóízűen, bűntudat nélkül. Kreatív módon próbál segíteni magán, rituálékat talál ki, illetve önmegegerősítésként a naplójába gyönyörű hajzuhataggal pompázó női képeket ragasztott, melyeket vágyakozva nézeget, pozitív önverbalizációval kísérve.

Erre a békeidőre újabb hullámvölgy következik. Néhány szálát megint tépett a hajából, mert „istenien fáj”, nevet, de rendkívül zaklatott az élete, igaz, ő amúgy is „pörgős”, most viszont egyszerre több munkahelyen dolgozik, meg a gyereknevelés stb. – érzi, hogy lassítania kellene. Premenstruumban erősödnek a tünetek.

A hosszmetzeti kép alapján megerősödik a gyanúm: Rebeka a bipoláris spektrumba tartozik, hipertím, kórjelző az őszintén elmesélt „nagy kánállal fogyasztott” élet. (Volt alkalmi szex, élvezi az izgalmas napokat, vágyik új szenvedélyekre, miközben nagyon sokat dolgozik. Egyfajta kettősséget él meg: tudja, hogy a „konzervatív része” a családi békét, nyugalmas életet kívánja, ám a másik „fele” a szenvedélyt, az izgalmakat...) Lamotrigint állítok be.

Ettől kezdve elcsitulnak a hullámok: szinte tünetmentes, a premenstruumban kiújuló hajtépkedés miatt 25 mg sertralint szed (önmagának állította be ezt a dózist) – csak néhány napig – a lamotrigin mellett, ezzel teljesen megszűnik az inger.

Az utóbbi években jóval többet tudunk a bipoláris spektrumba tartozó, ám eddig nem ott számon tartott kórképekről. Ma már tény, hogy a bipoláris spektrumbetegségek prevalenciája nagyobb, mint korábban hitték, a korrekt diagnózis általában éveket késik (Rihmer 2001, 2007). A hangulatstabilizátorok közül a lamotrigin ígéretes lehetőség a korábban rezisztensnek minősülő kórkepek esetében is. Amennyiben a depresszív tünetek dominanciája jellemző, gyakran unipoláris depresszió diagnózissal kezelik a pácienseket éveken át. A közismert lítium és valproát terápia rapid ciklusok esetén nem elégséges, azonban a lamotrigin jó eredményeket mutathat fel (Sümegei 2008). Érdemes a HCL-32 kérdőívet is felhasználni (Angst, Rihmer 2005) a korábban differenciáldiagnosztikai nehézséget okozó vagy már számos diagnózissal érkező, nem javuló páciensek kórtörténetét és diagnózisát revideálni. A fentiekben áttekintett irodalom megerősíti, hogy a kompulzív-

impulzív spektrum betegségeiben is biztató eredmények vannak a lamotrigin alkalmazásával.

Megbeszélés

Rebeka esetében a hosszmetszeti kép bipoláris spektrumbetegséget (is) mutat, a ciklotímia jellegzetességeit. A familiáris anamnéziséből kiemelhetjük az apa féktelen agresszióját (intermittáló explozív zavarral együtt?), a fiútestvér szemöldöktépkedését, az apai nagynéni trichotillomániáját és a beteg óvodáskorú lányának bőrtépkedését. Lényeges mozzanat a patológia megértésében a tartós gyermekkori abúzus (fizikai és verbális).

A betegnél hospitalizációra sohasem került sor, a graviditás, a posztpartum időszak lényegében eseménytelen volt, munkáját (több munkahelyen!) mindvégig jól végezte. A főként kapcsolati zökkenőkben, a fizikai aktivitás és a szexuális élet szélsőségeiben megnyilvánuló tünetek időszakosan okoztak csak szenvedésnyomást, a segítségkérés oka valójában a trichotillomania volt. Rebeka esetében jól kirajzolódik a komorbiditás is, anorexiás epizódokkal (önsanyargató böjtölésekkel), önsértő viselkedéssel.

Két éve tartó terápiája során a lamotrigin a beteg életminőségén jelentősen javított. Végre képes volt férjéről (akivel enyhébb formában megismételte a korai kiszolgáltatott áldozat-pozíciót) le-

válni. Magabiztosabb lett, egyenletesen nagy teherbírású. Szellemi munkát végez, amelyben a verbalitás kiemelt fontosságú. Sem a beszédfluenzában, sem a memóriában deficit nem tapasztalható. Gyógyszer mellékhatás nem jelentkezett, a beteg továbbra is aktív, kielégítő szexuális életet él.

Az egyéni pszichoterápia és a farmakoterápia jól kiegészítette egymást. A lamotrigin kezelés tartós remissziót eredményezett mind a kedélybetegség, mind pedig az impulzuskontroll-zavar tekintetében. Érdekes elgondolkodni a korábban gyógyszerellenes beteg egy kijelentésén, melyet egyik – intenzív tünetekkel járó – mélypontján mondott: „Itt már nincs jelentősége annak, mi van a háttérben, ez már kémia! Érzem, hogy kell a gyógyszer, és fogom is szedni!”

Úgy vélem, az egyéni és családi anamnézis alapos megismerése, a bio-pszicho-szociális (sőt, családrendszer-szemléletű) keretben történő gondolkodás és a biztos alapokon nyugvó terápiás szövetség átsegíti a terapeutát, és betegét is, a kezelés hullámvölgyein.

*Levelezési cím:
Dr. Moretti Magdolna
Eger, Pf. 15. 3301
moretti@vipmail.hu*

IRODALOM

- Angst J et al. The HCL-32. Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders* 2005;88:217-233.
- alaján, a kérdőív magyar fordítása Rihmer A, Seregi K, Gonda X, Rihmer Z munkája., Rihmer Z. ajánlásával.
- Blum, Nathan J et al. A Simplified behavioral treatment for trichotillomania: Report of two cases. *Pediatrics*, 993-995.
- Berk, Michael et al. Trichotillomania: response to lithium in a person with comorbid bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2003;18: 575-577.
- BNO-10. A mentális és viselkedés-zavarok osztályozása WHO-MPT 1994.
- Boughn, S., Holdom, J.J. The Relationship of Violence and trichotillomania. *J Nursing Scholarship*, 2003. 35:2, 165-170.
- Bruce, T.O. et al. 2005. Diagnosis and management of trichotillomania in children and adolescents *Pediatr Drugs* 2005;7 (6)365-376.
- Carlsson, M.L. On the role of cortical glutamate in obsessive-compulsive disorder and attention-deficit hyperactivity disorder, two phenomenologically antithetical conditions. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102: 401-413.
- Coetzer, R, Stein, D.J. Neuropsychological measures in women with obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1999, 53, 413-415.
- Davanzo, P.A., King, B.H. Open trial lamotrigine in the treatment of self-injurious behavior in an adolescent with profound mental retardation. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1996, 6 (4):273-9.
- DSM-IV TR. Animula, 2001.
- Fontenelle, L.F. et al. Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2005, 59, 30-37.
- Fontenelle, L.F. et al. The man with the purple nostrils: a case of rhinotrichotillomania secondary to body dysmorphic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106:464-466.
- Gershuny, B.S. et al. Current Posttraumatic Stress Disorder and History of Trauma in Trichotillomania. *J Clinical Psychology*, 62 (12) 1521-1529, 2006.
- Grant, J.E. et al. Addicted to Hair Pulling? How an Alternate Model of Trichotillomania May Improve Treatment Outcome. *Harv Rev Psychiatry* 2007; 15:80-85.
- Grant, J.E et al Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: an open-label study. *J Clin Psychiatry*. 2007, 68 (9) 1384-91.
- Harrison, S., Sinclair, R. Optimal Management of Hair Loss (Alopecia) in Children. *Am J Clin Dermatol* 2003, 4 (11):757-770.
- Herman, J. Trauma és gyógyulás. Háttér Kiadó-Kávé Kiadó-Nane Egyesület, Budapest, 2003.
- Kuritárné, Sz.I. Borderline személyiségzavar. *Medicina*, Budapest.
- Lochner, C et al. Trichotillomania and skin picking: a phenomenological

- comparison. *Depression and Anxiety* 15, 83-86, 2002.
- Lochner, C. et al. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety* 15:66-68, 2002.
- Lorenzo, C.R., Koo, J. Pimozide in dermatologic practice. *Am J Clin Dermatol* 2004;5 (5) 339-349
- Molnár K. Probléma egy hajszálse.(esetismertetés). In: *Kényszerbetegség és határterületei* (szerk. Németh A.) Filum, 2000.
- Montesa, J.M. et al. Lamotrigine for the treatment of bipolar spectrum disorder: a chart review. *Journal of Affective Disorders* 86 (2005) 69-73.
- Németh A. (szerk) *Kényszerbetegség*. Cserépfalvi, Budapest, 1994.
- Németh A (szerk) *Kényszerbetegség és határterülete*. Filum, 2000.
- Dell'Osso et al. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2006) 256: 464-475.
- Radmanesh, M. et al. Isolated eyebrow and eyelash trichotillomania mimicking alopecia areata. *Int J Dermatology* 2006, 45. 557-560.
- Rihmer Z. Pharmacological prevention of suicide in bipolar patients – a realizable target. *J Affect Disord.* 2007, 103 (1-3):1-3. Epub 2007 Sep 7. No abstract available. PMID: 17825921 [PubMed – indexed for MEDLINE]
- Rihmer Z, Szádóczy E, Füredi J, Kiss K, Papp Z. Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II and unipolar major depression: results from a population-based study in Hungary. *J Affect Disord.* 2001, 67(1-3):175-9. PMID: 11869765 [PubMed – indexed for MEDLINE]
- Rihmer A, Gonda X, Balazs J, Faludi G. The importance of depressive mixed states in suicidal behaviour. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2008, 10 (1):45-9. PMID: 18771019 [PubMed – in process]
- Schupak, C. CAse report: Lamotrigine/fluoxetine combination in the treatment of compulsive sexual behavior. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* .2007, 15; 31(6):1337-8.
- Sehgal, VN.,Srivastava, G Trichotillomania+trichobezoar:revisited. *J Eur Acad Dermatology and Venerology*, 2006, 20, 911-915.
- Sümegei, A. Hangulatstabilizátorok. múlt, jelen és jövő. *Neuropsychopharmacol Hung* 2008, X/1;31-42.
- Takei, A. A case of trichotillomania successfully treated with clomipramine. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 200., 54. 513.
- Walsh, K., Mc Dougle, C.J. Trichotillomania. Presentation etiology, diagnosis and therapy. *Am J Clin Dermatol* 2001;2 (5):327-333.

**Magyar Pszichofarmakológusok Társasága
Hungarian Association of Psychopharmacology**

**XII. MAGYAR NEUROPSZICHOFARMAKOLÓGIAI KONGRESSZUS
(nemzetközi részvétellel)
Tihany, Hotel Club Tihany
2009. október 1-3.**

Érdeklődni lehet: www.mppt.hu, mppt@mppt.hu
valamint

Dr. Gaszner Péter, tel/fax: 275-7085, mobil: 06-30-649-1381
e-mail: h12890gas@ella.hu

Dr. Faludi Gábor, SE KUT Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály,
1125 Budapest, Kútvolgyi út 4. Tel/fax: 355-8498
e-mail: faludi@kut.sote.hu