

# Trihotilomanija i komorbiditet u adolescenata: prikaz dvaju bolesnika

Aleksandra Klobučar<sup>1</sup>, Nenad Jakušić<sup>1</sup>, Aran Tomac<sup>2</sup>, Vera Folnegović Šmalc<sup>3</sup>

*Trihotilomanija je relativno rijedak poremećaj. U Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja (DSM-V, 2013.) svrstan je u skupinu s opsesivno-kompulzivnim i njemu srodnim poremećajima. Trihilomanija ima i karakteristike poremećaja impulsa i navika. Prvi simptomi trihilomanije najčešće se pojavljuju u adolescenciji. Klinička slika u djece i adolescenata često je komplicirana postojanjem komorbiditeta. Najčešće opisivani komorbiditet su anksioznost i depresija iz područja osjećaja i raspoloženja, a rjeđi su tikovi, hiperkinetski i opsesivno-kompulzivni poremećaj, različiti oblici regresivnog ponašanja i neki drugi. Prikazana su dva bolesnika kod kojih je prepoznavanje poremećaja bilo otežano time što djeca i adolescenti nerado priznaju trihilomaniju, a daljnje liječenje bilo je dijelom multidisciplinarno i u mnogo čemu je ovisilo o komorbiditetu. U prvom prikazu etiopatogeneza je najvećim dijelom emocionalna. U drugom prikazu prateći poremećaj je iz skupine neurorazvojnih poremećaja. Odabir psihoterapijske tehnike i širi pristup liječenju u cijelosti su ovisili o komorbiditetu i zahtjevali su suradnju dječjeg psihijatra sa stručnjacima iz drugih područja pedijatrijske medicine. Mislimo da istraživanja ovog poremećaja treba ustrajno i dalje usmjeravati otkrivanju izravne i druge povezanosti trihilomanije i komorbiditeta, kako bi se omogućilo što primjerenije i učinkovitije prepoznavanje i liječenje ovog poremećaja.*

**Ključne riječi:** adolescent; komorbiditet; trihotilomanija

## UVOD

Trihotilomanija (TTM) relativno je rijedak psihijatrijski poremećaj obilježen opetovanim čupanjem dlaka vlasišta, koje uzrokuje uočljivi gubitak kose. U općoj populaciji kod odraslih i adolescenata učestalost se procjenjuje na 1%-2%. U DSM-V klasifikaciji psihijatrijskih bolesti iz 2013. godine isključen je dijagnostički kriterij iz DSM-IV klasifikacije po kojem čupkanju dlaka prethodi rastuća napetost te sam čin donosi olakšanje i smirenje. Pridodan je kriterij opetovanih pokušaja prestanka i ponovnog započinjanja čupkanja. Bolesnici koje opisujemo dijagnosticirani su prema kriterijima iz DSM-IV prikazanih u tablici 1. U istraživanjima TTM-e tijekom posljednjih desetak godina navedeni kriterij nije bio potkrijepljen dostatnim dokazima. TTM je sada uvršten u skupinu opsesivno-kompulzivnih i srodnih poremećaja. Osim vlasišta, oni koji pate od ovog poremećaja pokatkad čupkaju i dlačice s drugih dijelova tijela. Kod djece su to najčešće obrve i trepavice (1, 2). U posljednjih desetak godina nešto veće zanimanje za ovaj poremećaj proizlazi iz istraživanja rezultati kojih upućuju na postojanje neuroana-

tomskih i neurofizioloških korelata ovog i drugih psihijatrijskih poremećaja koji su u prošlosti uglavnom sagledavani kao poremećaji emocionalne etiologije.

U udžbeničkoj literaturi i jednoj od najrelevantnijih studija u kojoj je ispitano 123-je djece i mladih od 10-17 godina, kao značajan komorbiditet navode se anksioznost i depresija (3). Studije fokusirane na iznalaženje medikamentoznog terapijskog rješenja upućuju na depresiju, distimiju i ranu traumatu kao komorbidna stanja (4). Studije koje opisuju manje od 20-ero uključenih ispitanika navode hiperaktivnost, različite oblike regresivnog ponašanja, opsesivno-kom-

<sup>1</sup> Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju, Poliklinika za dječju i adolescentnu psihijatriju, Klaićeva 16, Zagreb

<sup>2</sup> Klinika za psihološku medicinu KBC-a Zagreb, Kišpatićeva 12, Zagreb

<sup>3</sup> Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Šalata 3, Zagreb

## Adresa za dopisivanje:

Aleksandra Klobučar, dr.med., spec. psihijatrije, subspec. dječje i adolescentne psihijatrije, Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju, Poliklinika za dječju i adolescentnu psihijatriju, Klaićeva 16, 10000 Zagreb, e-mail: sandraklobucar@gmail.com

Primljeno/Received: 24. 9. 2014., Prihvaćeno/Accepted: 1. 11. 2014.

**TABLICA 1. DSM-IV dijagnostički kriteriji za trihotilomaniju (prema DSM-IV,1996.)**

- A. Rekurentno čupanje dlaka koje uzrokuje područje upadljivog gubitka dlakavosti
- B. Rastući osjećaj napetosti neposredno prije čupanja dlaka ili ako mu se pokuša oduprijeti
- C. Osjećaj zadovoljstva ili opuštenosti kad se dlaka iščupa
- D. Poremećaj se ne može u potpunosti objasniti nekim drugim mentalnim poremećajem ili općim zdravstvenim stanjem (npr. dermatološka bolest)
- E. Postoji klinički značajno oštećenje u socijalnom, radnom i drugim važnim područjima funkcioniranja

pulzivni poremećaj (OKP), tikove te još neka stanja i poremećaje kao prateća psihijatrijska stanja u djece s dijagnosticiranim TTM-om (5-7).

Kao važni rizični čimbenici za nastanak ovog poremećaja navode se stresni događaji i disfunkcionalna obiteljska situacija (8, 9). Istražuje se i moguće značenje genetičke osjetljivosti u varijacijama gena za pojavu TTM-a (10, 11). OKP, tikove i njima srodne poremećaje dovodi se u neurobiološku etiopatogenetsku vezu s TTM-om (12, 13).

Nedostatak diferencijacije između uma i tijela tijekom djetinjstva i adolescencije podloga je za doživljaj tijela kao zamjene za um i mentalna stanja. Relativni neuspjeh razvoja mentalizacije (razumijevanje i mišljenje o vlastitim mentalnim stanjima te sposobnost razlikovanja između svojih mentalnih stanja i onih koji pripadaju drugome) može rezultirati smještanjem ovih psihičkih procesa u područje tijela, tj. da ih se doživi kao psihosomatska stanja i procese (14, 15).

Terapijski modeli ponuđeni u literaturi podržavaju model kombinirane neurobiološke i emocionalne etiopatogeneze poremećaja i relativnu korist od liječenja medikamentima, osobito antidepressivima, a potom atipičnim antipsihoticima i stabilizatorima raspoloženja. U liječenju se kao učinkovite navode različite psihoterapijske tehnike. Najčešće spominjane su kognitivno-bihevioralna terapija i tehnike za liječenje poremećaja navika, koje se primjenjuju u većim centrima sa specijaliziranim jedinicama za liječenje TTM-a i sličnih poremećaja. Prednosti kombiniranog liječenja psihoterapijom i psihofarmacima navode se u nekoliko relevantnih studija (16-18).

Preispitujući naše iskustvo, djeca i adolescenti s TTM-om prvi put najčešće pomoć potraže kod pedijatra i dermatologa. Djeca i adolescenti nerado roditeljima i drugima priznaju da čupkuju kosu. Stoga roditelji najprije posumnjaju da djetetu opada kosa i da je uzrok organske prirode. Uz navedeno, prema iskustvima adolescenata čupkanje se razlikuje od drugih oblika samoozljeđivanja po tome što ga se doživljava kao „nesvjesno“ pa se gotovo ne registrira dok ne dosegne razinu realne problematičnosti (npr. upadljiva očitost nedostatka kose i potrebe njegova prikrivanja) (15).

## **Bolesnica 1**

Marina je šesnaestogodišnja djevojka. Kad joj je bilo 12 godina, roditelji su opazili na više mjesta u kući nakupine kose. U početku su mislili da je djevojka neuredna, no potom su posumnjali da joj opada kosa. Djevojčica je nijekala svaku drugu mogućnost, izuzevši one da joj kosa opada. Nakupine kose nalazili su na jastuku, mjestu gdje radi na osobnom računalu i mjestima gdje sjedi dok uči ili gleda televiziju. Javili su se pedijatru, a potom je započeta šira diferencijalno-dijagnostička obrada. Nije se našao organski uzrok tegobama te se tijekom pedijatrijske i dermatološke obrade posumnjalo na TTM-u. Upućena je dječjem psihijatru gdje joj je u dobi od 13 godina potvrđena dijagnoza TTM-e i započeto liječenje. U osnovnoj školi je bila odlična učenica uz individualizaciju u pristupu poduci zbog nespecifičnih poteškoća učenja. Zbog navedenog i dislalije pohodila je logopedsku terapiju do petog razreda, a potom je imala pomoć u učenju. Sad pohađa 3. razred gimnazije. Prolazi s dobrim uspjehom uz redovite popravke negativnih ocjena na kraju svake školske godine. U anamnestičkim se podatcima ne navode razvojno rizični prenatalni i postnatalni čimbenici. Jedino je dijete roditelja opterećenih dugogodišnjim nesuglasicama u bračnom odnosu. Roditelji su brižni i topli, no naglašeno usmjereni na brigu o Marini i želju da im kći postigne što bolji uspjeh u školi. Od 12. godine Marina se učestalo žali na razne somatske tegobe. Slijedom toga dva je puta hospitalizirana zbog glavobolje i bolova u trbuhu. Tijekom obrade i pedijatrijski angažman značajno je pridonosio uvidu i uspjehnosti psihoterapije. U statusu su zabilježeni napetost, tjeskoba, sklonost sniženom raspoloženju, potiskivanje i inhibiranost u iznošenju osjećaja. Djevojka nerado govori o čupkanju kose, a roditelji su sumnjičavi prema etiologiji smetnji. Tijekom psihoterapije doznaje se kako kosu najčešće čupka pred spavanje i tijekom gledanja televizijskog programa. Iznosi i depresivne ruminacije koje prelaze okvire očekivane u adolescenciji. Simptomatika TTM-e intenzivna je tijekom godinu dana od prvog pregleda. Opetovano pokušava prestati s čupkanjem, no nakon mjesec do dva ponovo počinje. Započeta je individualna suportivna psihoanalitička terapija uz psihoterapiju roditelja kao para. Kad se simptomatika TTM-e nakon godinu dana povlači, djevojka se počinje samoozljeđivati reckanjem podlaktice lijeve ruke i dolazi do pogoršanja kliničke slike, koje je moguće povezati s opterećenjem školskim obvezama i gimnazijskim gradivom. Roditelji su ustrajni u tome da djevojka završi gimnaziju i pokušavaju joj olakšati učenje brojnim instrukcijama. S obzirom na pogoršanje u kliničkoj slici, osobito sniženo osnovno raspoloženje, u terapiju se uvodi anti-depresiv sertalin iz skupine inhibitora ponovne pohrane serotonina. Potom je kombinirano psihoterapijsko i medikamentozno liječenje. U sljedećih šest mjeseci roditelji smanjuju svoja očekivanja od kćeri, uz pozitivne pomake u

bračnom odnosu. Otada do danas prošlo je šest mjeseci tijekom kojih je klinička slika u značajnom poboljšanju. Zasad nema simptoma TTM-e i samoozljeđivanja, a simptomatika iz područja poremećaja osjećaja i raspoloženja je reducirana.

### **Bolesnik 2**

Kad je 12-godišnjem Mariu bilo 10 godina, slično kao kod prvog opisanog slučaja, roditelji su u više navrata zamijetili nakupinu kose na dječakovom radnom stolu. Pošto su mu pregledali vlasništvo, iza uha su zamijetili manje areale bez izrasle kose. Odveli su ga na pregled dermatologu te je obavljena šira diferencijalno-dijagnostička obrada. Nije se našao organski uzrok tegobama i upućen je na pregled dječjem psihijatru, iako je nijekao da čupka kosu. Roditelji su bili skloniji vjerovati u neprepoznati organski uzrok tegoba. Iz anamnestičkih podataka doznaje se kako je neurorizično dijete koje je do 1. godine bilo uključeno u vježbe medicinske gimnastike. Trudnoća je bila održavana medikamentozno, rođen je u 35. tjednu, Apgar 9/10. Neuropedijatar ga je opisao kao neurorizično dijete i dijagnosticiran mu je distoni sindrom. Majka opisuje uredan razvoj živahnog i odgojno zahtjevnog dječaka. Godinu dana prije polaska u školu pohodio je logopedsku terapiju zbog dislalije. Od polaska u školu učiteljica zamjećuje dječakovu nestrpljivost, nemir i teškoće u koncentraciji. Emocionalno je nezreliji. Ima učestale konflikte s vršnjacima. U području osjećaja i raspoloženja nije bilo značajnih odstupanja a u školi je postizao izvrstan uspjeh i bio vrlo zadovoljan. Roditelji počinju prihvaćati dijagnozu TTM-e dva mjeseca nakon prvog dolaska, a dječak ni tada nije bio sklon govoriti o tome. O navici čupkanja dlaka vlasništva počinje govoriti pošto ga terapeut upoznaje s djevojčicom njegove dobi koja ima slične tegobe. Opisuje čupkanje tijekom gledanja televizije, igranja igrice na osobnom računalu, pošto se posvađa s roditeljima te kada duže vrijeme uči (duže od pola sata). S obzirom na zdravu obiteljsku dinamiku i psihijatrijski status bez značajnih, dubljih odstupanja u domeni osjećaja i raspoloženja, započne se kognitivno-bihevioralni tretman liječenja poremećaja kontrole impulsa i navika. Nakon četiri mjeseca terapije nalazi se naznaka reduciranja simptomatike, a nakon sljedećih šest mjeseci pa do danas dječak više nema simptome i znakove TTM-e. U školi je uvedena individualizacija u pristupu koja se odnosi na poteškoće iz domene hiperkinetskog poremećaja, poglavito hipotenaciteta i hipervigiliteta pozornosti uz redoviti tretman defektologa. Dječak je zajedno s roditeljima psioedukacijski i potporno i dalje u redovitom praćenju dječjeg psihijatra.

### **RASPRAVA**

U kliničkoj slici TTM-e često postoji komorbiditet. Djeca i adolescenti s TTM-om mnogo su više od „samo“ pacijenata

koji čupkaju dlake. Oni su nerijetko tjeskobni, sniženog osnovnog raspoloženja do razine dijagnosticirane anksioznosti i depresije. Mogu biti pod utjecajem opterećujućih okolinskih čimbenika i imati pridružene neurorazvojne i/ili neke druge poremećaje (1-18). U prvom prikazu djevojka s TTM-om ima poremećaj osjećaja i raspoloženja, koji se u kliničkoj slici prepoznaje kroz depresivnu i anksioznu simptomatiku. Uz to značajno opterećenje dolazi od nerazumijevanja okoline za njene nespecifične poteškoće u učenju i ograničenja koja je sprječavaju u uspješnim školskim postignućima. Disfunkcionalna obiteljska situacija svakako pridonosi razvoju kliničke slike. U drugom prikazu dječak ima podtip hiperkinetskog poremećaja koji se poglavito odnosi na nedostatak pozornosti, a potom nemir i specifične poteškoće u učenju. U želji uspješnog svladavanja školskih obveza susprezao je nedostatke s dojmom da ga roditelji i učiteljica ne razumiju. I dječak i djevojčica nekoliko mjeseci nikome nisu rekli da čupkaju dlake vlasništva, a i nakon priznanja neko su vrijeme to nerado spominjali. Na TTM-u su tijekom obrade posumnjali pedijatar i dermatolog te su ih uputili dječjem psihijatru. Somatizacije su moguće u kliničkoj slici s obzirom na simptomatiku anksioznosti i niveliranog osnovnog raspoloženja u djece s TTM-om. Kad u kliničkoj slici postoji gubitak kose, važno je da pedopsihijatrijske suradne struke tijekom diferencijalno-dijagnostičkih postupaka, između ostalog, razmotre i TTM-u kao mogući uzrok. U liječenju obaju bolesnika najvažnija je bila diferencijalna dijagnostika psihijatrijskih i somatskih simptoma i znakova pratećih poremećaja, a potom odabir terapije. Napose je značajno što bolje razumijevanje direktne povezanosti komorbidnog poremećaja ili stanja s TTM-om. Multidisciplinski pristup i suradnja pokazali su se značajnim u prepoznavanju i liječenju obaju bolesnika. U prvom prikazu suradnja pedijatra, dermatologa i dječjeg psihijatra omogućila je prepoznavanje, a potom i primjereno liječenje. U drugom prikazu su osim pedijatra u prepoznavanje, a potom i liječenje bili uključeni logoped, defektolog i psiholog. S obzirom na komorbiditet iz domene neurorazvojnih poremećaja njihova uloga u liječenju bila je dominantna.

TTM ima značajke poremećaja impulsa i navika. Djeca i adolescenti s TTM-om nerijetko i grizu nokte što ima iste značajke (2, 3). TTM i grizenje noktiju povezani su u području autodestrukcije, kompulzivne repetitive i navike. No TTM je značajno ozbiljniji poremećaj, uglavnom praćen komorbiditetom i pratećom fenomenologijom samoozljeđivanja i boli, kompulzivnosti, čestih recidiva, estetskih promjena, srama, krivnje i ostalog iz domene koja uzrokuje ozbiljniju patnju. Stoga je u DSM-V, novom izdanju dijagnostičkog priručnika za klasifikaciju psihijatrijskih bolesti, svrstan u skupinu s opsesivno-kompulzivnim i njemu sličnim poremećajima. Pravodobno prepoznavanje i liječenje TTM-e i ko-

morbiditeta može spriječiti daljnji razvoj komponente kompulzivnosti, s obzirom na to da u adolescenata, osobito kod predisponiranih, ovakvo ponašanje ima visok adiktivni potencijal (na ponašajnoj razini, u načinu nošenja s problemima, na neurofiziološkoj razini „ovisnost o endorfinima“). Nužan je multidisciplinski pristup u prepoznavanju i tretmanu s obzirom na moguću složenost kliničke slike i komorbiditet.

#### NOVČANA POTPORA/FUNDING

Nema/None

#### ETIČKO ODOBRENJE/ETHICAL APPROVAL

Nije potrebno/None

#### DOPRINOSI AUTORA/DECLARATION OF AUTHORSHIP

Svi autori jednako su doprinijeli izradi rada/*All authors have equally contributed to a manuscript writing*

#### SUKOB INTERESA/CONFLICT OF INTEREST

Autori su popunili *the Unified Competing Interest form* na [www.icmje.org/coi\\_disclosure.pdf](http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf) (dostupno na zahtjev) obrazac i izjavljuju: nemaju potporu niti jedne organizacije za objavljeni rad; nemaju financijsku potporu niti jedne organizacije koja bi mogla imati interes za objavu ovog rada u posljednje 3 godine; nemaju drugih veza ili aktivnosti koje bi mogle utjecati na objavljeni rad./*All authors have completed the Unified Competing Interest form at www.icmje.org/coi\_disclosure.pdf (available on request from the corresponding author) and declare: no support from any organization for the submitted work; no financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous 3 years; no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.*

#### LITERATURA

- Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. 4. izd. Međunarodna verzija. Jastrebarsko; Naklada Slap; 1996.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> ed. Text Revision. Washington, DC; American Psychiatric Association; 2013.
- Cohen LJ, Stein DJ, Simeon D, Spadaccini E, Rosen J, Aronowitz B, Hollander E. Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. *J Clin Psychiatry*. 1995;56:319-26.
- Keren M, Ron-Miara A, Feldman R, Tyano S. Some reflections on infancy-onset trichotillomania. *Psychoanal Study Child*. 2006;61:254-72.
- Miltenberger RG, Rapp JT, Long ES. Characteristics of trichotillomania. Tic disorders, trichotillomania and other repetitive behavior disorders. *Behav Modif*. 2001;25:79-93.
- Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, Niehaus DJ, Stein DJ. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depress Anxiety*. 2002;15:66-8. <http://dx.doi.org/10.1002/da.10028>
- Boughn S, Holdom JJ. The relationship of violence and trichotillomania. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35:165-70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00165.x>
- Keren M, Ron-Miara A, Feldman R, Tyano S. Some reflections on infancy-onset trichotillomania. *Psychoanal Study Child*. 2006;61:254-72.
- Franklin ME, Flessner CA, Woods DW, et al. Trichotillomania Learning Center-Scientific Advisory Board. The child and adolescent trichotillomania impact project: descriptive psychopathology, comorbidity, functional impairment, and treatment utilization. *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29:493-500. <http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0b013e31818d4328>
- Crane J, Fagerness J, Osiecki L, Gunnell B, Stewart SE, Pauls DL, Scharf JM. The Tourette syndrome International Consortium for Genetics (TSAICG). Family-based genetic association study of DLGAP3 in Tourette syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2011;156B:108-14. <http://dx.doi.org/10.1002/ajmg.b.31134>.
- Diefenbach GJ, Reitman D, Williamson DA. Trichotillomania: a challenge to research and practice. *Clin Psychol Rev*. 2000;20:289-309. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00083-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00083-X)
- Tucker BT, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord*. 2011;25:88-95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.007>
- Chamberlain SR, Hampshire A, Menzies L, et al. Reduced brain white matter integrity in trichotillomania: A diffusion tensor imaging study. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:965-71. <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.109>
- Fonagy P, Target M. Toward Understanding Violence: The use of the body and the role of the father. U: Perelberg R, ed. *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide*. London: Routledge; 1999.
- Bateman AW, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, Pittenger C, Leckman JF, Coric V. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biol Psychiatr*. 2007;62:839-46.
- Treiner K. Treating trichotillomania in children and adolescents: CBT versus medication. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1610-1. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040664>
- Walsh KH, McDougle CJ. Trichotillomania: presentation, etiology, diagnosis, and therapy. *Am J Clin Dermatol*. 2001;2:327-33. <http://dx.doi.org/10.2165/00128071-200102050-00007>

## SUMMARY

## Trichotillomania and comorbidity in adolescents: two case reports

A. Klobučar, N. Jakušić, A. Tomac, V. Folnegović Šmalc

Trichotillomania (*TTM*) is a relatively rare disorder. In recent editions of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2013)*, *TTM* is classified in the group including obsessive-compulsive and related disorders. *TTM* also has some characteristics of the disorders of impulses and habits. Initially, *TTM* symptoms usually occur during adolescence. The clinical picture in children and adolescents is often complicated by the presence of comorbidity. In children and adolescents, the most common comorbidity is in the domain of affect, specifically depression and anxiety. Rarely described comorbidities are tics, hyperkinetic disorder, obsessive-compulsive disorder, various forms of regressive behavior, and some others. In the two cases reported, recognizing *TTM* was impeded. Specifically, children and adolescents reluctantly acknowledge *TTM*, so recognizing and further treatment was in many ways multidisciplinary and depended on the comorbidity. In the first case, the etiopathogenesis is mostly emotional. In the second case, the associated disorder is from the group of neurodevelopmental disorders. The choice of psychotherapeutic techniques and broader approach to the treatment entirely depended on the comorbidity and also required cooperation of experts from other areas of pediatric medicine. We believe that research should persistently be focused on discovering direct and other relationships of *TTM* and comorbidity in order to allow for the most appropriate and effective recognizing and treatment of this disorder.

**Keywords:** adolescent; comorbidity; trichotillomania