

Trichotillomania

Trichotillomania

Piotr Januszko¹, Alicja Aluchna², Małgorzata Supińska³, Anna Mach¹,
Joanna Miecznik⁴, Agnieszka Radziwonka⁴, Maria Radziwoń-Zaleska¹

¹ Department of Psychiatry, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland

² Department of Comprehensive Dentistry Medical University of Warsaw, Poland

³ Nowowiejski Hospital, Warsaw, Poland

⁴ Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland – student

Summary

Trichotillomania (TTM), also known as hair-pulling disorder, is characterised by an uncontrollable and persistent compulsion to pull out one's own hair, which results in noticeable hair loss. TTM, which belongs to a group of body-focused repetitive behaviour disorders (BFRBDs), considerably affects the quality of life by producing a sense of own unattractiveness, low self-esteem, dissatisfaction with the appearance of one's own body, and the associated feelings of shame and embarrassment. As a result, the disorder leads to significant distress and impairs the patient's functioning in both their social and working life. TTM often coexists with other mental conditions; it is underdiagnosed and often ineffectively treated.

This article presents a case of effective treatment with aripiprazole in a 38-year-old female who had suffered from concomitant body-focused repetitive behaviour disorders since childhood. Well-selected medical treatment, an increased patient willingness to undergo treatment, and her motivation to engage in psychotherapy helped improve the patient's psychosomatic condition and relieve her TTM symptoms.

Słowa kluczowe: trichotillomania, leczenie trichotillomanii, trichofagia

Key words: trichotillomania, trichotillomania treatment, trichophagia

Wstęp

Trichotillomania (TTM) to zaburzenie, które charakteryzuje się niekontrolowanym i uporczywym przymusem wrywania własnych włosów, skutkującym zauważalnym ubytkiem owłosienia [1–5]. Czynność wrywania włosów poprzedzona jest narastającym napięciem lub wystąpieniem niepokoju, a działanie to przynosi uczucie ulgi lub

zadowolenia. Po raz pierwszy termin „trichotillomania” został użyty i opisany w 1889 roku przez francuskiego lekarza François Henriego Hallopeau [6].

Zaburzenie to związane jest z występowaniem powtarzalnych rytuałów z użyciem włosów, takich jak m.in. zabawy nimi, ich gryzienie, a nawet żucie. Wrywanie jest jedynie jednym z elementów i bywa zakończone odgryzaniem cebulek włosowych i ich połykaniem lub połykaniem całych włosów (trichofagia) [3, 5]. Trichofagia występuje u 5–20% chorych dotkniętych TTM, a jej konsekwencją może być wytworzenie trichobezoaru – nagromadzenia niestrawionych resztek, głównie w żołądku (występuje u 1% osób z trichofagią) [3].

Wrywanie włosów może dotyczyć każdego obszaru ciała, przeważnie osoby dotknięte tym zaburzeniem wrywają włosy z więcej niż jednej okolicy ciała [2, 3, 5]. Najczęściej, bo aż w 75% przypadków trichotillomanii, problem dotyczy owłosionych części skóry głowy, w następnej kolejności rzęs, brwi, okolic łonowych i okołoodbytniczych, skóry przedramion lub brody [2, 3, 5]. Czas trwania epizodów wrywania włosów waha się od kilku minut do kilku godzin. TTM charakteryzuje się nawrotowością. Próby ograniczenia intensywności takiego zachowania często są nieskuteczne.

TTM według klasyfikacji DSM-5 (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition*) zaliczana jest do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i pokrewnych (OCD). Natomiast według klasyfikacji ICD-11 należy do grupy zaburzeń zachowania skoncentrowanych na ciele (*Body-focused Repetitive Behavior Disorders – BFRBDs*) [4, 7–9]. BFRBDs to szereg powtarzalnych autostymulacyjnych aktywności takich jak: ciągnięcia, wrywania, gryzienia i/lub drapania włosów, skóry lub paznokci, skutkujące uszkodzeniem ciała [5].

Zestawienie porównujące klasyfikacje ICD-10 [7], ICD-11 [8] i DSM-5 [9] z uwzględnieniem kryteriów diagnostycznych zaprezentowano w tabeli.

Tabela. Trichotillomania – porównanie klasyfikacji ICD-10, ICD-11 i DSM-5 z uwzględnieniem kryteriów diagnostycznych

ICD-10 kod F63.3 należy do zaburzeń nawyków i popędów	ICD-11 kod 6B25.0 należy do grupy zaburzeń zachowania skoncentrowanych na ciele (<i>Body-focused Repetitive Behavior Disorders</i> – BFRBDs)	DSM-5 kod 312.39 należy do grupy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i zaburzeń pokrewnych
– Zaburzenie charakteryzują zauważalna utrata włosów spowodowana uporczywym i nawracającym ich wrywaniem oraz niepowodzenia w próbie przeciwstawienia się temu impulsowi. – Intensywny popęd do wrywania własnych włosów, czynność jest poprzedzana wzrastającym napięciem, a po jej zakończeniu następuje uczucie ulgi lub zadowolenia. Kryterium wyłączenia: – zapaleniem skóry poprzedziło wrywanie włosów – wrywanie włosów jest wynikiem urojeń czy omamów – stereotypie ruchowe z wrywaniem włosów (F98.4)	– Zaburzenie charakteryzuje się nawracającym wrywaniem własnych włosów prowadzącym do znacznej utraty włosów, któremu towarzyszą nieudane próby zmniejszenia lub powstrzymania tego zachowania. – Wrywanie włosów może wystąpić w dowolnym obszarze ciała, w którym rosną włosy, ale najczęstszymi miejscami są skóra głowy, brwi i powieki. – Wrywanie włosów może występować w krótkich epizodach rozproszonych w ciągu dnia lub w rzadszych, ale bardziej długotrwałych okresach. – Objawy powodują znaczny niepokój lub znaczne upośledzenie w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania. Kryterium włączenia – kompulsywne wrywanie włosów Kryterium wyłączenia – stereotypowe zaburzenia ruchowe z wrywaniem włosów (6A06)	A. Nawracające wrywanie włosów powodujące ich utratę. B. Powtarzające się próby zmniejszenia lub zaprzestania wrywania włosów. C. Wrywania włosów nie można lepiej wytłumaczyć objawami innego zaburzenia psychicznego (np. próbami poprawy postrzeganego defektu lub wady wyglądu, co można zaobserwować w przypadku dysmorfii ciała). D. Wrywanie lub wypadanie włosów nie może być przypisane innemu schorzeniu medycznemu (np. schorzeniu dermatologicznemu). E. Zaburzenie powoduje klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania.

Stopień ubytku owłosienia jest różny i zależy m.in. od częstości nawrotów i czasu trwania epizodów wrywania włosów, ilości wrywanych włosów oraz liczby dotkniętych tym działaniem okolic. Nasilenie łysienia, będące konsekwencją trichotillomanii, ma rozpiętość od niezauważalnego (wrywanie pojedynczych włosów z niewielkich obszarów) do znacznego (masywne, widoczne ubytki owłosienia głowy i/lub ciała) [1, 3]. W badaniu klinicznym stwierdza się pojedyncze lub liczne ogniska wyłysienia o nieregularnym kształcie, lecz skóra w obrębie wyłysienia będzie wolna od zmian patologicznych – bez cech stanu zapalnego, zaniku, owrzodzeń czy bliznowacenia.

TTM istotnie wpływa na jakość życia, przyczynia się bowiem do znacznego cierpienia i upośledzenia funkcjonowania w życiu społecznym i zawodowym. Pomimo poważnych konsekwencji zdrowotnych i emocjonalnych, w tym myśli i prób samobójczych, leczenie farmakologiczne i wsparcie psychologiczne u pacjentów z TTM często są niewystarczające [10–12].

TTM jest złożonym zaburzeniem o wieloczynnikowej etiologii, obejmującej komponenty neurobiologiczne, genetyczne i psychologiczne. Na poziomie neurobiologicznym coraz więcej danych wskazuje na istotne zaburzenia w obrębie obwodówczołowo-prążkowiowych, odpowiedzialnych za kontrolę impulsów [13, 14]. Analizy neuroobrazowe sugerują zmiany w strukturze i łączności istoty białej w obszarachczołowych, limbicznych i mózdzku, co może odpowiadać za trudności w regulacji emocji i deficyty funkcji wykonawczych obserwowane u osób z TTM [15, 16].

Badania rodzinne i genetyczne sugerują istotny komponent dziedziczny – wyższe współwystępowanie TTM u bliźniąt jednojajowych (odziedziczalność >70%) oraz częstsze występowanie TTM i OCD u krewnych pierwszego stopnia [17, 18]. Opisano także możliwość występowania rodzinnych podtypów TTM, zwłaszcza w wypadku współistniejącego OCD [17]. Geny takie jak *SAPAP3*, *SLITRK1* i *HOXB8*, związane z regulacją układów glutaminergicznych i dopaminergicznych, wskazują na wspólne mechanizmy biologiczne z występowaniem tików i zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych [19–22].

Psychologiczne modele patogenezy TTM podkreślają znaczenie zaburzeń w regulacji emocji i impulsywności. Teorie poznawczo-behawioralne, takie jak teoria regulacji stymulacji oraz koncepcja uzależnienia behawioralnego, opisują TTM jako sposób redukcji napięcia emocjonalnego, utrwalany poprzez negatywne wzmocnienie [23]. Badania potwierdzają również obecność deficytów hamowania reakcji oraz elastyczności poznawczej (*cognitive flexibility*), co wskazuje na udział procesów wykonawczych i umieszcza pozycję TTM jako kontinuum impulsywności i kompulsywności [15, 24–28].

Podejścia psychodynamiczne z kolei interpretują TTM jako regresywny mechanizm obronny. Akt wyrywania włosów może służyć rozładowaniu napięcia emocjonalnego lub agresji skierowanej ku obiektowi wewnętrznemu bądź zewnętrznemu, a także odzwierciedlać nierozwiązane konflikty w zakresie separacji, autonomii lub tożsamości [29].

TTM jest zaburzeniem nawracającym, którego początek może nastąpić w każdym wieku, lecz zazwyczaj po raz pierwszy pojawia się w okresie dziecięcym lub okresie dojrzewania [3–5, 7–9]. Przez długi czas TTM uważano za bardzo rzadkie zaburzenie. Obecnie, w związku z najnowszymi badaniami, częstość występowania szacuje się na od 0,6% do 3% w populacji ogólnej [30–32]. Diagnostyka jest dodatkowo utrudniona tym, że ponad połowa chorych (ok. 65%) nie szuka pomocy medycznej lub zgłasza się do specjalisty dermatologa [33]. Dermatolog może wykluczyć występowanie zakażeń i/lub chorób skórnych, co umożliwi prawidłowe zdiagnozowanie pacjenta.

Ze względu na brak jasnych danych epidemiologicznych na temat TTM nie tylko oszacowanie częstości występowania stanowi trudność, lecz również rozkład płci. Istniała niespójność danych na temat rozkładu płci w populacji ogólnej. Większość

wcześniejszych badań opartych na próbkach klinicznych sugerowała przewagę kobiet (4:1 u Granta i Chamberlaina [24] (2016); według DSM-5 [4] dysproporcja wzrastała wraz z wiekiem i u osób dorosłych wynosiła 10:1). Ostatnie badanie epidemiologiczne (Grant i wsp. [31] (2020)) oraz metaanalizy (Thomson i wsp. [32] (2022)) nie wykazały różnic płciowych we wskaźnikach TTM. Thomson i wsp. [32] zwracają uwagę, że istnieje znaczna heterogeniczność między badaniami. Część badaczy uważa, że mężczyźni rzadziej spontanicznie zgłaszają się po pomoc specjalistyczną, co skutkuje dysproporcją płciową w częstości występowania TTM w badaniach epidemiologicznych. Mężczyznom łatwiej jest też ukrywać obecność problemu (np. przez golenie miejsc dotkniętych zaburzeniem) [5].

U pacjentów z TTM obserwuje się występowanie poczucia własnej nieatrakcyjności, niezadowolenia z wyglądu własnego ciała oraz towarzyszące temu uczucie wstydu, zażenowania i niska samoocena [5]. Należy zaznaczyć, że TTM przeważnie nie jest zaburzeniem występującym w sposób izolowany. U pacjentów z TTM częstość występowania współistniejących zaburzeń psychicznych, zdiagnozowanych w ciągu całego życia, sięga 80%. Do najczęściej występujących zaburzeń należą: depresja (37–65%), zaburzenia lękowe (10–60%), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (5–13%), tiki (6–9%), zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder* – ADHD) (10–40%), zaburzenia osobowości, zaburzenia odżywiania, nadużywanie substancji psychoaktywnych i uzależnienia (>30%) oraz zespół stresu pourazowego [3, 5, 24, 25, 34, 35]. Współwystępowanie powtarzających się zaburzeń zachowania skupionych na ciele jest częste, a pacjenci z tymi współwystępującymi zaburzeniami mają znacznie poważniejsze objawy i są bardziej narażeni na duże zaburzenia depresyjne w porównaniu z pacjentami z wyłącznie TTM lub PSP (*Pathological Skin Picking*; po polsku znane jako dermatillomania, czyli patologiczne skubanie skóry) [36]. Zarówno TTM, jak i PSP przez większość autorów uznawana są za zjawisko należące do grupy zaburzeń nawyków i popędów nieklasyfikowanych nigdzie indziej. Do tej jednej kategorii trafiają zaburzenia charakteryzujące się występowaniem powtarzających się działań podejmowanych bez racjonalnej i zrozumiałej motywacji, niemożliwych do kontrolowania i prowadzących do szkodliwych następstw. W grupie zaburzeń nawyków i popędów wymienia się również piromanię, kleptomanię i patologiczny hazard. Wszystkie te zaburzenia zostały ujęte w jednej kategorii ze względu na występowanie impulsywności, na którą składają się: pojawienie się impulsu do określonego działania (np. wrywania włosów) oraz narastające poczucie napięcia aż do zainicjowania tego działania. W następstwie tegoż działania podjętego pod wpływem impulsu doświadcza się przyjemności i/lub uczucia odprężenia. Dość często, jako odległe następstwo, pojawia się także poczucie winy.

Postuluje się, że istnieje związek między trudnościami w regulacji emocji a objawami TTM. Metaanaliza Crowe i wsp. [30] z 2024 roku dostarczyła wstępnej integracji dowodów i wykazała, że osoby z wyższym poziomem nasilenia TTM wydają się wykazywać zmniejszone ogólne zdolności i strategie regulacji emocji.

TTM ze względu na styl wrywania włosów można podzielić na 4 typy, w zależności od jej stopnia nasilenia i tego, czy wrywanie włosów jest celowe, czy automatyczne [37]. Podział ten jednak jest uważany za nieprzydatny klinicznie i w związku z tym

proponuje się podział na 3 typy, w którym wyróżnia się: *sensory sensitive pullers*, *low awareness pullers* oraz *impulsive/perfectionist pullers* [24, 25]. W najbardziej uproszczonym podziale uwzględnia się 2 podstawowe style wrywania włosów: zautomatyzowany (*automatic*), kiedy to chorzy wrywają włosy automatycznie (nawykowo, lecz bez skupienia uwagi na tej czynności) oraz skoncentrowany (*focused*). W tym drugim typie pacjenci są w pełni świadomi wykonywanej czynności, która często ma charakter swoistego dystraktora wobec niechcianych myśli lub emocji. W typie skoncentrowanym czynność wrywania włosów jest poprzedzona uczuciem niepokoju lub wzrastającym napięciem, po czym przynosi odprężenie oraz uczucie ulgi, zadowolenia. Pacjenci często są w stanie wskazać czynnik spustowy, wyzwalający epizod TTM [3, 5].

Pomimo coraz większej wiedzy na temat mechanizmów neurobiologicznych TTM skuteczne interwencje terapeutyczne są ograniczone, a dotychczas żadna farmakoterapia nie została zatwierdzona przez FDA [38, 39]. Farmakologiczne strategie leczenia opierają się głównie na zastosowaniu selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) oraz kłomipraminy. Niestety, skuteczność tych leków – szczególnie u pacjentów z dominującą impulsywnością – jest ograniczona i niespójna [39, 24–28]. Leczenie TTM pozostaje zatem dużym wyzwaniem klinicznym. Systematyczny przegląd piśmiennictwa Hoffmana i wsp. [40] z 2021 roku nie dostarczył wystarczających dowodów, aby potwierdzić lub obalić skuteczność jakiegokolwiek grupy leków w leczeniu TTM niezależnie od grupy wiekowej (w badaniu uwzględniono dzieci, młodzież oraz osoby dorosłe).

W ostatnich latach coraz większe zainteresowanie budzą leki oddziałujące na inne układy neuroprzebieżnikowe, w tym dopaminergiczny i glutaminergiczny. Jednym z najbardziej obiecujących leków jest aripiprazol – lek przeciwpsychotyczny drugiej generacji, działający jako częściowy agonista receptorów dopaminowych D2 oraz serotoninowych 5-HT1A, a także antagonist receptorów 5-HT2A. Jego mechanizm działania obejmuje stabilizację funkcji układów czołowo-prążkowiowych, co może przekładać się na poprawę kontroli impulsywności i redukcję napięcia emocjonalnego [14].

Badania kliniczne sugerują, że nawet niskie dawki aripiprazolu (1,5–5 mg/dobę) mogą być skuteczne w redukcji objawów TTM. W otwartym badaniu White’a i Koran [41] (2011) stosowanie aripiprazolu w średniej dawce 7,5 mg/dobę przez 8 tygodni doprowadziło do istotnej redukcji objawów u większości pacjentów, bez jednoczesnego wpływu na objawy depresyjne czy lękowe. Podobne efekty uzyskano w opisach przypadków pacjentów adolescentnych – m.in. 14-letniej dziewczynki, u której uzyskano całkowitą remisję objawów po zastosowaniu dawki 1,5 mg/dobę [42] czy 15-letniej pacjentki leczonej z powodzeniem dawką 2,5–5 mg/dobę [43]. W opisywanym w niniejszym artykule przypadku uzyskano całkowitą remisję objawów TTM u pacjentki, która ze wstydliwymi i uporczywymi zachowaniami zmagala się od kilkudziesięciu lat.

Aripiprazol dzięki korzystnemu profilowi bezpieczeństwa – niskiemu ryzyku przyrostu masy ciała, sedacji czy objawów pozapiramidowych – może być szczególnie użyteczny w przypadkach opornych na SSRI lub psychoterapię [41, 44]. W przeglądzie systematycznym Ghani i wsp. [44] (2024) aripiprazol, obok N-acetylocysteiny, został

uznany za jedną z najbardziej obiecujących opcji farmakoterapeutycznych w leczeniu TTM. Autorzy podkreślają jednak konieczność prowadzenia dalszych, dobrze zaprojektowanych badań randomizowanych.

Pomimo tych obiecujących danych należy pamiętać, że oddziaływania pozafarmakologiczne, zwłaszcza psychoterapia z elementami treningu odwracania nawyków (HRT), wciąż są zalecanym postępowaniem pierwszego rzutu [45, 46]. Skuteczność tej metody u części pacjentów bywa ograniczona, a problemem pozostają także wysoki wskaźnik nawrotów oraz trudności z dostępnością do specjalistów. Ponadto współwystępowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych może redukować efektywność terapii [24–28].

Arypiprazol jawi się zatem jako wartościowa alternatywa terapeutyczna, szczególnie w przypadkach opornych na standardowe leczenie. Jego mechanizm działania, korzystny profil bezpieczeństwa oraz wstępne wyniki badań klinicznych stanowią podstawę do dalszej eksploracji jego roli w leczeniu TTM. Poniżej opisano skuteczne leczenie aripiprazolem u 38-letniej pacjentki cierpiącej od dzieciństwa na współwystępujące, powtarzające się zaburzenia zachowania skupione na ciele.

Opis przypadku

Pacjentka lat 38, mężatka od 20 lat, matka 2 nastoletnich dzieci, z wywiadu ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym, hipercholesterolemią, atopowym zapaleniem stawów, otyłością patologiczną (waga 138 kg). W wieku 7 lat przebyła wstrząs mózgu.

Pacjentka leczona psychiatrycznie od 9. roku życia z powodu trichotillomanii. W wieku 9–10 lat przez 2 lata uczęszczała z tego powodu na psychoterapię. Jako nastolatka cierpiała z powodu depresji, okresowo występowały omamy słuchowe zgodne z nastrojem. Relacje pacjentki z rodzicami były trudne i kształtujące/podtrzymujące problem

W wieku 13 lat podjęła pierwszą próbę samobójczą przez nadużycie leków, była hospitalizowana w Oddziale Psychiatrii Dziecięcej, po wypisie ze szpitala nie kontynuowała leczenia.

W kolejnych latach doświadczała nawrotów pogorszenia stanu psychicznego, z nasileniem objawów trichotillomanii, depresji oraz próbami samobójczymi. W wieku 28–34 lat korzystała nieregularnie z opieki ambulatoryjnej, była kilkakrotnie hospitalizowana w oddziałach ogólnopsychiatrycznych i rehabilitacyjnych. Rozpoznanie obejmowały: trichotillomanię, zaburzenia osobowości, nawracające zaburzenia depresyjne oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Pacjentka kilkakrotnie przerywała leczenie. W ramach terapii farmakologicznej stosowano m.in.: paroksetynę (do 40 mg/dobę; terapię przerwano z powodu silnych bólów głowy i wymiotów), fluwoksaminę (odstawioną ze względu na działania niepożądane), wenlafaksynę (w dawkach 75 mg, 150 mg, a następnie 225 mg/dobę), aripiprazol (początkowo w dawce 5 mg/dobę, następnie zwiększony do 15 mg/dobę, dobrze tolerowany). Według relacji pacjentki aripiprazol był najskuteczniejszym lekiem w redukcji objawów trichotillomanii, lecz bywał odstawiany z powodów finansowych.

W 2023 roku, 3 lata po poprzedniej hospitalizacji, 38-letnia pacjentka została ponownie przyjęta do Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie po próbie samobójczej polegającej na zażyciu leków (tramadol, sertralina, ketoprofen) w stanie po spożyciu alkoholu (ok. 300 ml bimbrow). Pacjentka podjęła próbę samobójczą w reakcji na wiadomość o niewierności męża. W trakcie hospitalizacji ponownie włączono aripiprazol ze względu na wcześniejszą dobrą odpowiedź kliniczną. Po 5 dniach pacjentka wypisała się na własne żądanie, jednak po kilku dniach zgłosiła się ponownie z powodu trudnej sytuacji domowej i chęci kontynuacji leczenia.

W oddziale pacjentka początkowo prezentowała trudne do opanowania, nasilone objawy trichotillomanii. Pod wpływem stresu i napięcia wynikającego z trudnej sytuacji osobistej wyrwała sobie włosy z głowy, brwi i rzęs. W ten sposób regulowała emocje i uzyskiwała uczucie ulgi. Jednocześnie z powodu wyglądu relacjonowała poczucie winy, wstydu, niskiej samooceny oraz unikała sytuacji społecznych, m.in. uczestnictwa w grupowych zajęciach rehabilitacji psychiatrycznej. Nie nawiązywała relacji z innymi pacjentami. Zgłaszała utrzymujący się obniżony nastrój i stale towarzyszące uczucie lęku uogólnionego. Pod wpływem psychoterapii indywidualnej w nurcie poznawczo-behawioralnym oraz zastosowanego leczenia aripiprazolem w dawce 15 mg/dobę i escitalopramem w dawce 20 mg/dobę obserwowano stopniową poprawę stanu psychicznego w zakresie podwyższenia nastroju, wyciszenia lęku i całkowitego ustąpienia objawów trichotillomanii. Pacjentka została wypisana w stanie ogólnym dobrym.

Wnioski

TTM rzadko występuje jako izolowane zaburzenie, przy czym nadal, z wielu powodów, jest ona niedostatecznie diagnozowana i/lub nieefektywnie leczona. Jak można zaobserwować na przykładzie zaprezentowanego opisu przypadku, nasilenie TTM może się łączyć ze zwiększeniem stresu w związku z życiowymi wydarzeniami. Jednakże nieleczona – prowadzi do pogłębiających się zaburzeń funkcjonowania społecznego, zawodowego oraz innych obszarów życia pacjenta. Prawidłowo dobrana farmakoterapia i pogłębienie motywacji do zaangażowania w psychoterapię mogą stanowić elementy wpływające na poprawę stanu psychicznego i ustąpienie objawów TTM.

Piśmiennictwo

1. Patkar P, Patil AA, Singh I, Priyambada R, Chaudhury S. *Trichotillomania in childhood: A case series*. Ind. Psychiatry. J. 2021; 30(Suppl 1): S243–S248. Doi: 10.4103/0972-6748.328820. Epub 2021 Oct 22. PMID: 34908700; PMCID: PMC8611599.
2. Asplund M, Lenhard F, Andersson E, Ivanov VZ. *Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for trichotillomania and skin-picking disorder in a psychiatric setting: A feasibility trial*. Internet Interv. 2022; 30: 100573. Doi: 10.1016/j.invent.2022.100573. PMID: 36133915; PMCID: PMC9483632.

3. Nemeczek S, Merkisz K, Walczak K, Walczak P, Zdun S, Grzybowski J i wsp. *Trichotillomania – Therapeutic possibilities*. J. Educ. Health Sport 2023; 13(2): 201–208. <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/41384> (dostęp: 14.04.2025).
4. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Gawłowska-Sawosz M, Wolski M, Kamiński A, Albrecht P, Wolańczyk T. *Trichotillomania i trichofagia – rozpoznawanie, leczenie, zapobieganie. Próba ustanowienia standardów leczenia w Polsce. (Trichotillomania and trichophagia – diagnosis, treatment, prevention. The attempt to establish guidelines of treatment in Poland)*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(1): 127–143. Doi: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/59513>.
6. Hallopeau H. *Alopecie par grattage (trichomanie ou trichotillomanie)*. Ann. Dermatol. Syphiligr. (Paris) 1889; 10: 440–441.
7. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>.
8. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th Revision*. https://icd.who.int/ct/icd11_mms/en/release.
9. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016. Table 3.27, DSM-IV to DSM-5 Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder) Comparison. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519704/table/ch3.t27/>.
10. Grant JE, Collins M, Chamberlain SR. *Clinical characteristics of trichotillomania*. Ann. Clin. Psychiatry 2023; 35(4): 228–233. Doi: 10.12788/acp.0120. PMID: 37850990.
11. Grant JE, Chamberlain SR. *Natural recovery in trichotillomania*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2022; 56(10): 1357–1362. Doi: 10.1177/00048674211066004. Epub 2021 Dec 14. PMID: 34903086; PMCID: PMC7614802.
12. Ali A, Ioannidis K, Grant JE, Chamberlain SR. *Cognition in trichotillomania: A meta-analysis*. CNS Spectr. 2024; 29(3): 158–165. Doi: 10.1017/S1092852924000129. Epub 2024 Mar 13. PMID: 38477170.
13. Roos A, Fouché JP, Stein DJ. *White matter integrity in hair-pulling disorder (trichotillomania)*. Psychiatry Res. Neuroimaging 2013; 211(3): 246–250.
14. Heuvel van den OA, Werf van der YD, Verhoef KMW, Wit de S, Berendse HW, Wolters EC i wsp. *Frontal-striatal abnormalities underlying behaviours in the compulsive-impulsive spectrum*. J. Neurol. Sci. 2010; 289(1–2): 55–59. Doi: 10.1016/j.jns.2009.08.043.
15. Okumuş HG, Akdemir D. *Body focused repetitive behavior disorders: Behavioral models and neurobiological mechanisms*. Turk. Psikiyatri. Derg. 2023; 34(1): 50–59.
16. Uhlmann A, Dias A, Taljaard L, Stein DJ, Brooks SJ, Christine Lochner C. *White matter volume alterations in hair-pulling disorder (trichotillomania)*. Brain Imaging Behav. 2020; 14(6): 2202–2210.
17. Keuthen NJ, Altenburger EM, Pauls DL. *A family study of trichotillomania and chronic hair pulling*. Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet. 2014; 165B(2): 167–174.
18. Novak CE, Keuthen NJ, Stewart SE, Pauls DL. *A twin concordance study of trichotillomania*. Am. J. Med. Genet. B. 2009; 150B(7): 944–949.
19. Greer JM, Capecchi MR. *HOXB8 is required for normal grooming behavior in mice*. Neuron. 2002; 33(1): 23–34.

20. Mattheisen M, Pato MT, Pato CN, Knowles JA. *What have we learned about the genetics of obsessive-compulsive and related disorders in recent years?* Focus 2021; 19(4): 384–391.
21. Welch JM, Lu J, Rodriguiz RM, Trotta NC, Peca J, Ding JD i wsp. *Cortico-striatal synaptic defects and OCD-like behaviors in SAPAP3-mutant mice.* Nature 2007; 448(7156): 894–900.
22. Züchner S, Cuccaro ML, Tran-Viet KN, Cope H, Krishnan RR, Pericak-Vance MA i wsp. *SLITRK1 mutations in trichotillomania.* Mol. Psychiatry 2006; 11(10): 887–889.
23. Pyrtek S, Kołakowski A. *Cognitive behavior therapy for hair-pulling disorder.* Psychoterapia 2018; 4(187): 43–55.
24. Grant JE, Chamberlain SR. *Trichotillomania.* Am. J. Psychiatry 2016; 173(9): 868–874. Doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15111432. PMID: 27581696; PMCID: PMC5328413.
25. Grant JE, Chamberlain SR, Odlaug BL. *Trichotillomania and skin-picking disorder: An update.* CNS Drugs 2021; 35(4): 391–401.
26. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. *Neurocognitive dysfunction in trichotillomania.* Curr. Behav. Neurosci. Rep. 2016; 3(4): 304–311.
27. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. *Comorbidity of trichotillomania and psychiatric disorders.* J. Clin. Psychiatry 2016; 77(3): e349–e355.
28. Grant JE, Chamberlain SR, Redden SA. *Open-label trial of aripiprazole in the treatment of trichotillomania.* J. Clin. Psychopharmacol. 2020; 40(2): 201–204.
29. Saya A, Siracusano A, Niolu C, Ribolsi M. *The psychodynamic significance of trichotillomania: A case study.* Riv. Psichiatr. 2018; 53(4): 214–217. Doi: 10.1708/2996.30026.
30. Crowe E, Staiger PK, Bowe SJ, Rehm I, Moulding R, Herrick C i wsp. *The association between trichotillomania symptoms and emotion regulation difficulties: A systematic review and meta-analysis.* J. Affect. Disord. 2024; 346: 88–99. Doi: 10.1016/j.jad.2023.11.010. Epub 2023 Nov 6. PMID: 37940058.
31. Grant JE, Peris TS, Ricketts EJ, Lochner C, Stein DJ, Stochl J i wsp. *Identifying subtypes of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder using mixture modeling in a multicenter sample.* J. Psychiatr. Res. 2021; 137: 603–612. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.001>.
32. Thomson HA, Farhat LC, Olfson E, Levine JL, Bloch MH. *Prevalence and gender distribution of trichotillomania: A systematic review and meta-analysis.* J. Psychiatr. Res. 2022; 153: 73–81. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.058>.
33. Duke D, Keeley M, Geffken G, Storch E. *Trichotillomania: A current review.* Clinical Psychology Review 2010; 30(2): 181–193.
34. Rozenman M, Peris TS, Gonzalez A, Piacentini J. *Clinical characteristics of pediatric trichotillomania: Comparisons with obsessive-compulsive and tic disorders.* Child Psychiatry Hum. Dev. 2016; 47(1): 124–132.
35. Ortiz-López LI, Sakunchotpanit G, Chen R, Braun N, Kim EJ, Aihie OP i wsp. *Skin-picking disorder: Risk factors, comorbidities, and treatments.* JAAD Rev. 2025; 3(2): 182–189. Doi: 10.1016/j.jdrv.2025.02.004.
36. Prochwicz K, Starowicz A. *Review article Dermatillomania. Symptoms, course and consequences of pathological skin picking.* Neuropsychiatria i Neuropsychologia /Neuropsychiatry and Neuropsychology 2012; 7(4): 197–205.
37. Keuthen NJ, Rothbaum BO, Falkenstein MJ, Meunier S, Timpano KR, Jenike MA i wsp. *DBT-enhanced habit reversal treatment for trichotillomania: 3-and 6-month follow-up results.* Depress. Anxiety. 2011; 28(4): 310–313. Doi: 10.1002/da.20778. Epub 2010 Dec 15. PMID: 21456040.

38. Everett GJ, Jafferany M, Skurya J. *Recent advances in the treatment of trichotillomania (hair-pulling disorder)*. Dermatol. Ther. 2020; 33(6): e13818. Doi: 10.1111/dth.13818.
39. Sani G, Gualtieri I, Paolini M, i wsp. *Drug treatment of trichotillomania (hair-pulling disorder), excoriation (skin-picking) disorder, and nail-biting (onychophagia)*. Curr. Neuropharmacol. 2019; 17(8): 775–786. Doi: 10.2174/1570159X17666190320164223.
40. Hoffman J, Williams T, Rothbart R, Ipser JC, Fineberg N, Chamberlain SR i wsp. *Pharmacotherapy for trichotillomania*. Cochrane Database Syst. Rev. 2021; 9(9): CD007662. Doi: 10.1002/14651858.CD007662.pub3. PMID: 34582562; PMCID: PMC8478440.
41. White MP, Koran LM. *Open-label trial of aripiprazole in the treatment of trichotillomania*. J. Clin. Psychopharmacol. 2011; 31(4): 503–506. Doi: 10.1097/JCP.0b013e318225b74a.
42. Sasaki T, Iyo M. *Treatment of puberty trichotillomania with low-dose aripiprazole*. Ann. Gen. Psychiatry. 2015; 14: 18. Doi: 10.1186/s12991-015-0056-0.
43. Uzun N, Akça ÖF. *Effectiveness of low dose aripiprazole in the treatment of an adolescent patient with trichotillomania*. Psychol. Res. 2017; 7(10): 557–559. Doi: 10.17265/2159-5542/2017.10.005.
44. Ghani H, Podwojniak A, Tan IJ, Fllorent R, Jafferany M. *From tugs to treatments: A systematic review on pharmacological interventions for trichotillomania*. Clin. Exp. Dermatol. 2024; 49(8): 774–782. Doi: 10.1093/ced/llae052.
45. Jafferany M, Moin A. *Nonpharmacological treatment approach in trichotillomania (hair-pulling disorder)*. Dermatol. Ther. 2020; 33(6): e13622. Doi: 10.1111/dth.13622.
46. Franklin ME, Zangrabbe K, Benavides KL. *Trichotillomania and its treatment: A review and recommendations*. Expert. Rev. Neurother. 2011; 11(8): 1165–1174. Doi: 10.1586/ern.11.92.

Autor korespondencyjny: Alicja Aluchna
e-mail: alicja.aluchna@wum.edu.pl