

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

Marta Gawłowska-Sawosz¹, Marek Wolski², Andrzej Kamiński³,
Piotr Albrecht⁴, Tomasz Wolańczyk⁵

¹Oddział Kliniczny Psychiatrii Samodzielnego Publicznego Dziecięcego
Szpitala Klinicznego w Warszawie

²Oddział Kliniczny Chirurgii i Urologii Dziecięcej i Pediatrii Samodzielnego Publicznego
Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie

³Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej WUM

⁴Klinika Gastroenterologii i Żywienia Dzieci WUM

⁵Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowych WUM

Summary

Trichotillomania is a disorder characterised by inability to control over pulling own hair from various parts of a body resulting in noticeable hair loss. Due to its long-term, progressive course, untreated trichotillomania can lead to disturbances in the functioning of patients and complications which are dangerous to life and health. Due to the ambiguous nature of the symptoms, they often remain unrecognised by clinicians. Most patients are afraid of revealing symptoms and reluctantly seek for professional help.

In our opinion, it is necessary to increase the awareness of the disorder of physicians of different specialties to improve the detection, treatment efficacy and to prevent dangerous complications of trichotillomania.

This paper summarises the current state of knowledge on the epidemiology, aetiology, clinical presentation, and treatment of trichotillomania.

It is also an attempt to create guidelines in all cases of suspected trichotillomania – adapted to Polish conditions. It also highlights the importance of a multidisciplinary treatment as a condition of effectiveness of the therapy and prevention of relapse.

Słowa kluczowe: trichotillomania, wytyczne

Keywords: trichotillomania, guidelines

Wstęp

Trichotillomania to zaburzenie charakteryzujące się niemożnością zapanowania nad impulsem wrywania własnych włosów z różnych okolic ciała, skutkujące zauważalnym ubytkiem owłosienia. Jednym z kryteriów rozpoznania są próby ograniczenia intensywności zachowania – często o ograniczonej w czasie skuteczności. Zazwyczaj czynność wrywania włosów poprzedzona jest narastającym napięciem i w następstwie przynosi uczucie ulgi lub zadowolenia [1].

Często – prócz wrywania owłosienia – zaburzenie to związane jest z występowaniem powtarzalnych rytuałów przy użyciu włosów, takich jak ich gryzienie, żucie, zabawy czy połykanie. Mimo iż najczęściej problem dotyczy owłosionych części głowy (75%), część chorych wrywa włosy także z innych okolic ciała, takich jak brwi (42%), rzęsy (53%), broda (10%), okolice łonowe (17%). Zazwyczaj pacjenci wrywają włosy z więcej niż jednej okolicy ciała [2]. Spowodowane trichotillomanią łysienie ma różne nasilenie – od niezauważalnego (wrywanie pojedynczych włosów z niewielkich obszarów) do znacznego (masywne, widoczne ubytki owłosienia głowy lub ciała).

Trichotillomania rzadko występuje jako izolowane zaburzenie. Częściej stanowi element szerszego spektrum powtarzalnych zachowań skoncentrowanych na ciele (Body-Focused Repetitive Behavior – BFRB) – obejmujących powtarzalne autostymulacyjne aktywności o charakterze ciągnięcia, wrywania, gryzienia i/lub drapania włosów, skóry lub paznokci, skutkujące uszkodzeniem ciała [3]. Szacuje się, że wśród 5% do ponad 20% przypadków trichotillomanii objawem towarzyszącym jest trichofagia – związana z kompulsywnym lub impulsywnym zjadaniem fragmentów (końcówek, korzeni) lub całych (pęczków) włosów [2, 4, 5]. W skrajnych przypadkach, głównie w grupie dzieci i chorych z towarzyszącymi diagnozami psychiatrycznymi, zjadane mogą być także włosy innych osób, zwierząt lub włosy znalezione w otoczeniu.

Nieleczone zaburzenie prowadzi do pogłębiających się zaburzeń funkcjonowania społecznego, zawodowego oraz innych obszarów funkcjonowania pacjenta. W przypadku rozwoju odległych powikłań może powodować pogorszenie ogólnego stanu zdrowia i – niekiedy – konieczność interwencji chirurgicznych [1]. Dla postawienia właściwej diagnozy konieczne jest wykluczenie innych stanów somatycznych (np. chorób dermatologicznych) lub innych zaburzeń psychicznych (np. dysmorfofobia, zaburzenia urojeniowe), które mogłyby tłumaczyć postępujący ubytek owłosienia.

Pomimo stosunkowo dużego rozpowszechnienia [6, 7] i potencjalnie poważnych powikłań zdrowotnych i socjoekonomicznych choroby, zainteresowanie badaczy tym zagadnieniem jest niewielkie. Do bazy PubMed rocznie wprowadzanych jest ok. 30–40 prac dotyczących trichotillomanii. Z tej liczby prace oryginalne poświęcone diagno-

stycie i/lub leczeniu stanowią niespełna połowę, reszta to głównie prace poglądowe oraz opisy przypadków.

Polskie publikacje z tego zakresu ograniczają się do pojedynczych prac oryginalnych lub opisów przypadków (od 2000 roku do ww. bazy wprowadzono jedynie trzy prace oryginalne dotyczące trichotillomanii) [8-10].

Jedyna metaanaliza badań nad skutecznością dostępnych form terapii trichotillomanii z 2007 r. nie uwzględnia wszystkich dostępnych form leczenia zaburzenia [11].

Nieliczne publikacje dotyczące zaburzenia i niedostateczne rozpowszechnienie wiedzy na temat trichotillomanii wśród lekarzy różnych specjalności, w naszej ocenie, uzasadniają podjęcie tego tematu w poniższej pracy. Wielospecjalistyczny zespół autorów podejmuje także próbę ustanowienia standardu postępowania w trichotillomanii – dostosowanego do warunków polskiej opieki zdrowotnej.

Epidemiologia

Ocena rozpowszechnienia zjawiska jest trudna ze względu na niechęć do ujawniania problemu przez pacjentów, trudności diagnostyczne, nieprecyzyjne kryteria badawcze. Przyjmując ściśle kryteria diagnostyczne DSM-5 (obejmujące uczucie napięcia poprzedzające czynność wrywania włosów), rozpowszechnienie zjawiska ocenia się na 0,6%. Biorąc pod uwagę przypadki zaburzeń, które nie spełniają wszystkich niezbędnych kryteriów, powodujące jednak zauważalne ubytki owłosienia, dyskomfort i zaburzenia funkcjonowania pacjenta w środowisku, częstość zjawiska szacuje się na 1,5% u mężczyzn i 3,4% u kobiet. Te dane prawdopodobnie lepiej odzwierciedlają skalę zjawiska [7]. Anonimowe badanie kwestionariuszowe przeprowadzone w populacji amerykańskiej ocenia częstość zachowań o typie trichotillomanii na ponad 6% [6].

Brak jest wystarczająco dużych badań epidemiologicznych, aby móc oszacować częstość występowania zaburzenia w populacji dziecięcej. Podkreśla się jednak, że występuje ono w tej grupie wiekowej wielokrotnie częściej niż u osób dorosłych [12]. Brak jest polskich danych na temat skali rozpowszechnienia zjawiska. Pośrednio można o niej wnioskować na podstawie liczby pacjentów otoczonych opieką dermatologiczną. Około 11% polskich dermatologów ma regularny kontakt z pacjentami z tej grupy, a 68% zetknęło się z nimi w trakcie swojej pracy zawodowej [10]. Brak jest statystyk opisujących pacjentów pozostających w opiece psychiatrycznej. Sugeruje się bimodalny rozkład zachorowań – z „pikami” w okresach wczesnego dzieciństwa i adolescencji. Szczyt zachorowań przypada pomiędzy 4. a 17. rokiem życia, a średni wiek ujawniania się objawów choroby to 11–13 lat [12, 13]. Uważa się, że wcześniejszy początek objawów zwykle wiąże się z łagodniejszym przebiegiem i lepszym rokowaniem, późniejszy – częściej z większym nasileniem objawów, opornością na leczenie i współchorobowością [14].

Większość badań potwierdza, że zaburzenie częściej występuje w grupie kobiet [6, 7, 13]. Dysproporcja ta wzrasta z wiekiem i szacuje się, że wśród osób dorosłych stosunek ten wynosi nawet ok. 10:1 [1]. Część badaczy uważa jednak, że dysproporcja płciowa występowania zaburzenia nie jest aż tak wysoka, różna jest jedynie częstość ujawniania zaburzenia wśród pacjentów płci męskiej. Zakłada się, że mężczyznom

łatwiej jest ukrywać obecność problemu (np. poprzez golenie miejsc dotkniętych zaburzeniem), jak również rzadziej spontanicznie zgłaszają się po pomoc specjalistyczną.

Znacząca większość chorych z rozpoznaniem trichotillomanii spełnia kryteria co najmniej jednej niezależnej diagnozy z osi I DSM [2, 13]. Najczęściej współchorobowość dotyczy zaburzeń depresyjnych (37%–65%), lękowych (55–60%), uzależnień (ponad 30%), zaburzeń odżywiania się [2]. Tak wysoka i zróżnicowana współchorobowość stanowi punkt wyjścia dla poszukiwań podłoża etiologicznego trichotillomanii.

Etiologia

W etiologii rozwoju objawów trichotillomanii wyróżnia się m.in. czynniki genetyczne, temperamentalne i środowiskowe. Za tłem genetycznym zaburzeń przemawia wysoka zgodność występowania zaburzenia wśród bliźniąt monozygotycznych, szacowana na ok.38% [15]. Istnieją również pozytywne wyniki badań molekularnych, potwierdzające obecność mutacji w obrębie genów zaangażowanych w procesy neurorozwojowe lub funkcje synaps [16]. Badania neuroobrazowe wskazują na zmiany gęstości istoty szarej w regionach prążkowania, hipokampa i ciała migdałowatego [16].

Badania pośrednio potwierdzają złożony obraz zaburzeń neurotransmisji, obejmujący nieprawidłowości funkcjonowania układów serotoninerгіcznego, dopaminergicznego oraz glutaminergicznego [14].

Próby psychologicznego wytłumaczenia zjawiska obejmują mechanizm regulacji emocji, m.in. napięcia, co zbliża rozumienie trichotillomanii do mechanizmu występującego w zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych (obsessive-compulsive disorder– OCD) [17, 18]. Inna hipoteza uwzględnia mechanizm autostymulacyjny – częstszy w postaciach choroby o bardziej zautomatyzowanym charakterze objawów [16]. Objawy trichotillomanii mogą także być rozumiane jako odpowiedź na działanie stresorów. Istotny jest jednak fakt, że brak jawnej patologii w środowisku pacjenta nie wyklucza prawdopodobieństwa rozwoju objawów. Aktualnie stosowane systemy diagnostyczne (DSM-5 i ICD-10) umieszczają trichotillomanię wśród zaburzeń kontroli impulsów, podkreślając jej pokrewieństwo z zaburzeniami z kręgu obsesyjno-kompulsywnego. Brak jednak wystarczających danych empirycznych na potwierdzenie tego pokrewieństwa. Istnieje kilka alternatywnych hipotez, z których każda częściowo tłumaczy obraz, przebieg i odpowiedź na leczenie trichotillomanii.

Trichotillomania jako zaburzenie ze spektrum OCD

Za pokrewieństwem etiologicznym tych dwóch zaburzeń przemawiają: nakładająca się i podobna współchorobowość, rodzinne występowanie zaburzeń z tego kręgu, odpowiedź na leczenie [18]. Zarówno w trichotillomanii, jak i zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych występują powtarzalne, celowe zachowania, powodujące dyskomfort lub zaburzenia funkcjonowania. Podobnie jak w przypadku zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, w trichotillomanii bardzo często zachowanie (wrywanie włosów) poprzedzone jest narastającym napięciem, które zostaje rozładowane poprzez zachowanie. W badaniach neuroobrazowych opisuje się podobne zmiany wśród pa-

cjentów z trichotillomanią, zespołem Tourette’a i OCD [17]. Powiązanie tych dwóch zaburzeń znalazło swoje odzwierciedlenie w próbach zastosowania leków z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) jako podstawowej strategii terapeutycznej. Niestety, dotychczasowe wyniki badań dotyczących skuteczności tego rodzaju leczenia są niejednoznaczne – większość autorów ocenia ją jako niewystarczającą [19]. Za odmiennym podłożem biologicznym przemawiają także dane z obserwacji klinicznych: brak myśli obsesyjnych poprzedzających zachowanie, częsta gratyfikacja (zamiast zmniejszenia napięcia czy niepokoju pacjenta) po wykonaniu czynności, stały, niezmienny w czasie obraz rytuałów, znaczna przewaga płci żeńskiej wśród osób dotkniętych zaburzeniem, częsty początek zaburzeń w okresie adolescencji [20]. Odmienność kliniczną tych grup pacjentów potwierdzają także rzadziej stwierdzane u pacjentów z trichotillomanią inne objawy ze spektrum objawów obsesyjno-kompulsywnych (objaw izolowany), zaburzeń lękowych czy zaburzeń nastroju. W porównaniu z pacjentami z OCD, wśród chorych z rozpoznaniem trichotillomanii rzadziej ujawnia się w wywiadzie doznana przemoc seksualną, mniej nieadaptacyjnych schematów poznawczych, częściej – większą potrzebę poszukiwania nowości [20].

Trichotillomania jako zaburzenie uwarunkowane behawioralnie (nawyk)

Alternatywne wytłumaczenie dla objawów trichotillomanii stanowi uznanie ich za nawyk, wykształcający się w procesie uczenia. Mogą one stanowić także wyuczoną strategię radzenia sobie ze stresem – poprzez zachowanie regulujące napięcie [14]. Podstawowym dowodem przemawiającym za słusznością tej teorii są wyniki badań potwierdzające skuteczność terapii behawioralnej w leczeniu trichotillomanii. Trening zmiany nawyków (ang. Habit Reversal Training), obejmujący trzy podstawowe moduły (trening uważności, trening konkurencyjnych reakcji, wsparcie otoczenia), stanowi jedną z najskuteczniejszych strategii terapeutycznych [20].

Trichotillomania jako zaburzenie ze spektrum uzależnień – teoria pozytywnych wzmocnień

Uzasadnienie dla tej hipotezy stanowią podobieństwa kliniczne tych dwóch grup zaburzeń, obejmujące: powtarzalne lub kompulsyjne zaangażowanie pacjenta w aktywność – pomimo świadomości jej negatywnych konsekwencji, zmniejszona kontrola nad zachowaniem nieprawidłowym, narastające pragnienie poprzedzające czynność wyrywania włosów oraz gratyfikacja podczas lub po wykonaniu czynności. Uczucie przyjemności, związane z czynnością wyrywania włosów, stanowi podstawowy czynnik różnicujący trichotillomanię z zaburzeniami ze spektrum OCD i główny argument za jej pokrewieństwem z zaburzeniami ze spektrum uzależnień [21]. Wzmocnieniem tej hipotezy są także zachęcające wyniki badań nad skutecznością leczenia środkami modyfikującymi przekąźnictwo dopaminergiczne. Pozytywnych wyników dostarczyły m.in. badania z zastosowaniem bupropionu [22] i naltreksonu [23].

Teoria dopaminowa

Niedostateczna skuteczność leków serotoninerгіcznych w terapii trichotillomanii sugeruje możliwość zaangażowania w rozwój i podtrzymywanie objawów innych szlaków neuroprzebieżności. Wstępne wyniki badań nad skutecznością zastosowania leków przeciwpseychotycznych (kwetiapina, olanzapina, aripiprazol) – zarówno w monoterapii, jak i terapii skojarzonej w połączeniu z SSRI – przemawiają za zaangażowaniem szlaków dopaminergicznycн [24-26].

Inne hipotezy i pośrednie dowody

Pośrednich dowodów na odmienne bądź też bardziej złożone od zaburzeń ze spektrum OCD podłoże biologiczne trichotillomanii dostarczają wyniki badań nad skutecznością środków oddziałujących w innych mechanizmach działania niż hamowanie wychwytu monoamin. Pozytywne efekty leczenia zanotowano po zastosowaniu m.in. topiramatu [27], lamotryginy [28], okskarbamazepiny [29], N-acetylocysteiny [30].

Niezależnie od proponowanego wytłumaczenia etiologii zaburzenia, wyróżnia się jego trzy podstawowe podtypy, o odmiennym obrazie klinicznym i rokowaniu [14]:

1. O wczesnym początku – w którym obraz zaburzenia rozwija się poniżej 8 r.ż. Uważa się go za najłagodniejszą postać zaburzenia. Większość chorych nie jest obejmowana opieką medyczną z uwagi na często samoograniczający się charakter zaburzenia.
2. Automatyczny – w którym objawy zazwyczaj mają charakter nieuświadomiony i występują głównie podczas angażowania się pacjenta w różnego rodzaju aktywności, takie jak czytanie, oglądanie TV, słuchanie radia, jazda samochodem. Obejmuje ok. 75% wszystkich przypadków.
3. Skoncentrowany – gdzie chory poświęca uwagę wykonywaniu czynności związanych z wyrywaniem/bawieniem się włosami. W tym podtypie najbardziej wyraźne są poprzedzające czynność napięcie i następcza ulga/gratyfikacja, a także intensywne myśli dotyczące (wyrywania) włosów. Obraz kliniczny zaburzenia jest bardziej zbliżony do OCD – większa jest również skuteczność leczenia lekami z grupy SSRI [20].

Obraz kliniczny i przebieg

Diagnostyka zaburzenia nie jest łatwa. Pacjenci rzadko spontanicznie zgłaszają się po pomoc psychologiczną lub psychiatryczną, a nawet jeśli to robią – często zaprzeczają problemowi podczas rutynowego wywiadu lekarskiego. W tej sytuacji pewną diagnozę można postawić wyłącznie na podstawie potwierdzającego wyniku gastrokopii lub – w ostrych przypadkach – podczas laparotomii. Mimo trudności diagnostycznych istnieje jednak wiele objawów, które mogą sugerować trichotillomanię i powinny być brane pod uwagę w diagnostyce różnicowej.

Obraz psychologiczny chorego obejmuje: poczucie własnej nieatrakcyjności, niezadowolony z wyglądu własnego ciała, towarzyszące – uczucie wstydu, zażeno-

wania, niską samoocenę. Wielu pacjentów ma trudności w funkcjonowaniu w rolach społecznych, unikają lub aktywnie wycofują się z codziennych aktywności, zwłaszcza związanych z narażeniem się na widok publiczny. Część pacjentów funkcjonuje społecznie w ograniczonym stopniu, mimo to relacjonując poczucie izolacji, osamotnienia, wyobcowania. Bardzo często chorzy cierpią z powodu współistniejących zaburzeń psychicznych (82%) oraz problemów związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych [2, 13].

„Znaki ostrzegawcze”, które powinny zwrócić uwagę klinicyści – niezależnie od wykonywanej specjalizacji – to m.in.:

- a. ubytki owłosienia skóry głowy lub relacjonowane problemy z wypadaniem włosów – zazwyczaj z towarzyszącymi próbami kamuflowania objawu poprzez uczesanie, peruki, szale, makijaż itp.;
- b. ubytki owłosienia w innych regionach ciała: brwi, rzęsy, owłosienie łonowe, broda, pachy, klatka piersiowa, nogi – często także maskowane makijażem, odpowiednim strojem lub innymi metodami;
- c. niekiedy – towarzyszące zmiany skóry nieowłosionej (zadrapania, rany, obszary zapalnie zmienionej skóry), będące wynikiem regularnego drażnienia tych okolic;
- d. obserwowane zachowania o charakterze ciągnięcia bądź też wyrwania włosów podczas codziennych czynności lub zasypiania (zgłaszane przez opiekunów);
- e. nietypowe zachowania lub wygląd pacjenta, w tym nieuzasadnione innymi okolicznościami noszenie kapeluszy, chust, peruk, intensywny makijaż oczu, ekstrawaganckie okulary;
- f. unikanie niekorzystnych warunków pogody bądź też aktywności związanych z narażeniem na działanie wiatru/wody (basen, aktywności sportowe);
- g. pogorszenie funkcjonowania szkolnego, zawodowego lub zmiana w modelu zachowań społecznych pacjenta, dla której trudno znaleźć wyraźną przyczynę.

Niecharakterystyczne objawy ogólne zgłaszane przez część pacjentów to osłabienie, wzmożona męczliwość, uczucie dyskomfortu w klatce piersiowej, zawroty głowy, omdlenia. Objawy ze strony przewodu pokarmowego – zazwyczaj obecne w przypadkach, gdy doszło do powstania trichobezoaru – obejmują: bóle brzucha, nudności, wymioty, nawracające biegunki lub zaparcia, utratę masy ciała (z lub bez utraty apetytu) lub brak oczekiwanych przyrostów masy ciała w okresie wzrostowym.

Do uformowania trichobezoaru dochodzi w ok. 30% przypadków trichofagii [5], częściej w grupie adolescentów i dzieci. W powyższych przypadkach w badaniu przedmiotowym zazwyczaj w rzucie żołądka stwierdza się obecność guza w jamie brzusznej. Pacjenci mogą poszukiwać pomocy z powodu towarzyszących zaburzeniu schorzeń gastrologicznych: zapalenia błony śluzowej żołądka, owrzodzenia ściany żołądka lub dwunastnicy, zapalenia trzustki, enteropatii z utratą białek.

W badaniach pomocniczych może zwracać uwagę, niewyjaśniona innymi przyczynami, anemia sideropeniczna (związana z zaburzeniami wchłaniania żelaza), megaloblastoza (z niedoboru wit. B₁₂) czy – nie zawsze obecna – leukocytoza [9, 31, 32].

Niekiedy pierwszym powodem skłaniającym chorego do poszukiwania pomocy medycznej są dopiero powikłania choroby wymagające natychmiastowego leczenia

chirurgicznego. Najczęściej pacjenci zgłaszają się z objawami zapalenia otrzewnej, niedrożności mechanicznej, perforacji przewodu pokarmowego lub wgłobienia ściany jelita [31, 33, 34]. Rzadziej do zgłoszeń dochodzi z powodu żółtaczk zastoinowej – będącej wynikiem zatkania przewodów żółciowych przez fragmenty trichobezoaru (zespół Roszpunka) lub – rozwijającego się wtórnie do kamicy żółciowej – ostrego martwiczego zapalenia trzustki [33]. Zazwyczaj trudności diagnostyczne rozstrzyga diagnostyka obrazowa jamy brzusznej lub – w ostrych przypadkach – laparotomia zwiadowcza jamy brzusznej [31-33]. Dostępne metody obrazowania mają swoje ograniczenia wynikające z samej techniki badania lub też jej powikłań. Przeglądowe zdjęcie RTG umożliwia jedynie potwierdzenie obecności przeszkody w przewodzie pokarmowym. Jednak niedostateczna czułość badania sprawia, że zastosowanie tej techniki w diagnostyce trichobezoaru jest ograniczone. Większe możliwości diagnostyczne daje zastosowanie kontrastu w badaniach RTG. Nie jest to jednak standardowa procedura w polskich warunkach [9, 32, 34, 35]. Znacznie częściej przy podejrzeniu przeszkody w przewodzie pokarmowym stosuje się tomografię komputerową (TK) z kontrastem [9, 32, 35]. Dostępne i tanie badanie USG jamy brzusznej ma ograniczone znaczenie w diagnostyce trichobezoarów [9, 35].

W obrazach ultrasonograficznych, tomograficznych czy rezonansie magnetycznym niejednokrotnie nie udaje się jednoznacznie ustalić charakteru ciała obcego stwierdzonego w przewodzie pokarmowym. Użycie MRI w warunkach polskich jest dodatkowo znacznie ograniczone ze względu na koszt badania. Ostateczna diagnoza trichobezoaru często jest ustalana śródoperacyjnie.

W diagnostyce stanów ostrych stosunkowo proste i dostępne badanie TK jamy brzusznej pozwala na trafną diagnozę w ok. 97% przypadków trichobezoaru [32]. Obok badania RTG z kontrastem stanowi najczęściej wykorzystywaną metodę diagnostyczną w przypadkach jego podejrzenia [9, 35]. Ograniczenie rutynowego zastosowania tej metody w celu monitorowania operowanych pacjentów pod kątem nawrotu objawów trichofagii stanowi jednak wielkość napromieniowania podczas badania. Utrudnia to zastosowanie tej metody jako standardu, zwłaszcza wśród dzieci (m.in. z uwagi na znaczny wzrost ryzyka rozwoju nowotworów) [36].

Jedyną wystarczająco swoistą techniką diagnostyczną, pozwalającą na precyzyjną ocenę wielkości i składu materiału zatorowego, jest badanie gastroskopowe [9, 31, 33, 35].

Leczenie i zapobieganie nawrotom trichotillomanii

Psychoterapia

W każdym przypadku choroby podstawowym i wstępnym etapem leczenia powinna być psychoedukacja, dostosowana do wieku i możliwości intelektualnych pacjenta. W grupie dzieci i młodzieży powinna być ona skierowana również do członków rodziny, a w niektórych przypadkach także członków najbliższego otoczenia, które powinno być zaangażowane w proces leczenia [3]. Elementem leczenia może być także zaangażowanie pacjenta bądź też członków rodziny w uczestnictwo w grupach

wsparcia. Niestety, dostępność tej metody jest w warunkach polskich bardzo ograniczona. Dla pacjentów młodzieżowych pewną pomocą mogą stanowić międzynarodowe fora internetowe dla pacjentów dotkniętych problemem trichotillomanii.

Standardem leczenia trichotillomanii jest obecnie psychoterapia. Metodę z wyboru stanowi terapia poznawczo-behawioralna (cognitive-behavioural therapy – CBT), której skuteczność wykazano w kilku niezależnych badaniach [37-39] i która stanowi podstawę dla wytycznych ustanowionych przez grono ekspertów największego ośrodka zajmującego się tym zagadnieniem (Trichotillomania Learning Center) [3]. Wykazano skuteczność treningu zmiany nawyków (habit-reversaltraining – HRT) jako metody ograniczającej intensywność i częstotliwość zachowań powiązanych z trichotillomanią [3, 40]. Jako kluczowy element terapii wymienia się trening odpowiedzi konkurencyjnych polegający na wyćwiczeniu u pacjenta aktywności motorycznej uniemożliwiającej realizację schematu ruchowego zaangażowanego w wyrwanie/zjadanie włosów. Inne elementy terapii HTR, wykorzystywane w terapii trichotillomanii, to samoobserwacja, trening uważności, techniki kontroli impulsów oraz – wspomagająco – techniki relaksacyjne i wsparcie społeczne. Wyniki badań kontrolnych z randomizacją potwierdzają skuteczność oddziaływań behawioralnych przewyższającą dostępne metody farmakoterapii. Wykazano wyższość technik behawioralnych w stosunku do zastosowania klomipraminy [39]. Podobne rezultaty uzyskano w badaniu z zastosowaniem fluoksetyny – wskaźniki poprawy wyniosły odpowiednio 64% w grupie leczonej CBT w porównaniu z 9% w grupie otrzymującej SSRI [37]. Techniki behawioralne wykazują udowodnioną skuteczność w redukcji zarówno objawów trichotillomanii, jak i towarzyszących zaburzeń lękowych i depresyjnych, co może częściowo tłumaczyć długoterminową odpowiedź na leczenie. W badaniu Woodsa i wsp. skuteczność terapii utrzymywała się w okresie trzymiesięcznej obserwacji po zakończeniu leczenia [38]. Nieliczne badania potwierdzają skuteczność CBT w populacji dziecięcej [41, 42]. W badaniu Tolina i wsp. odpowiedź na leczenie wyniosła 77% (oceniana miarą CGI-I) i większość uczestników utrzymywała remisję przez sześć miesięcy po zakończeniu terapii [42].

W badaniach nad skutecznością różnych form oddziaływań terapeutycznych coraz częściej podkreśla się, że na skuteczność technik terapeutycznych może wpływać dominujący styl wyrwania włosów. W stylu automatycznym, gdzie aktywność motoryczna odbywa się w dużej mierze poza świadomością pacjenta, wyrwanie włosów często poprzedzone jest bodźcami dotykowymi (dotykane, bawienie się włosami). W tych przypadkach skuteczność technik behawioralnych (w tym treningu uważności, kontroli bodźców, wykształcenia odpowiedzi konkurencyjnej) wydaje się wyższa niż w stylu skoncentrowanym. W tym drugim przypadku zazwyczaj większy jest udział poprzedzających bodźców emocjonalnych i/lub poznawczych i w terapii bardziej skuteczne może okazać się zastosowanie technik poznawczych CBT, jakie oferują m.in. dialektyczna terapia behawioralna czy terapia akceptacji i zaangażowania (acceptance and commitment therapy) [38, 43].

Jak dotychczas brak jest badań oceniających efektywność innych form psychoterapii w leczeniu trichotillomanii. W terapii dzieci i adolescentów wskazuje się na

zasadność zaangażowania rodziny w terapię [3]. Brak jednak jednoznacznych wytycznych sugerujących terapię systemową jako strategię postępowania.

Pojedyncze opisy potwierdzają skuteczność m.in. narzędzi ułatwiających samonitorowanie pacjentów [44] lub zastosowanie hipnozy [45].

Farmakoterapia

Najwięcej doniesień dotyczy zastosowania SSRI jako metody z wyboru lub stanowiącej uzupełnienie psychoterapii. Potencjalne korzyści z leczenia farmakologicznego lekami o potencjale przeciwdepresyjnym i przeciwłękowym mogą wynikać ze złagodzenia nasilenia objawów w towarzyszących zaburzeniach psychicznych. Stąd decyzja o ich włączeniu do farmakoterapii może okazać się korzystna w większości przypadków [2]. Brak jednak wystarczających danych empirycznych jednoznacznie potwierdzających skuteczność tej grupy leków w zmniejszeniu intensywności wrywania/połykania włosów [46-50]. Wykazano wyższą skuteczność terapii kombinowanej (CBT + sertralina) w stosunku do każdej z tych strategii stosowanej osobno [51]. Taki wynik był najprawdopodobniej uwarunkowany korzystnym wpływem leków serotonergicznymi na współistniejące objawy zaburzeń lękowych i/lub depresyjnych.

Istnieje wiele doniesień na temat potencjalnej skuteczności innych środków farmakologicznych. Na obecnym etapie mają one jednak głównie charakter terapii eksperymentalnych i konieczna jest weryfikacja wstępnie uzyskanych wyników. Badanie porównujące skuteczność różnych środków wykazało obiecujące wyniki leczenia uzyskane m.in. przez zastosowanie klomipraminy, N-acetylocysteiny i olanzapiny [19]. W badaniu Ninana i wsp. skuteczność klomipraminy była nieznacznie wyższa w porównaniu z placebo i niższa niż technik CBT [39]. Jednak wszystkie wyniki wymagają potwierdzenia w badaniach kontrolnych z randomizacją na większych grupach chorych.

Zachęcające wstępne wyniki badań z zastosowaniem bupropionu – w tym skuteczność w przypadkach opornych na działanie SSRI – czynią go kolejnym potencjalnym środkiem zmniejszającym nasilenie objawów trichotillomanii [22, 52].

Hamujące działanie naltreksonu, potwierdzone w badaniach w różnych grupach wiekowych [23, 53], nie znalazło odzwierciedlenia w kontrolowanym badaniu Granta i wsp. [54].

Obiecujących wyników dostarczają wstępne wyniki badań z zastosowaniem modulatora układu glutaminergicznego – N-acetylocysteiny. Wykazano jej znaczną skuteczność w zmniejszaniu nasilenia objawów wrywania włosów przy równoczesnym korzystnym profilu tolerancji i bezpieczeństwa leczenia [30, 55]. Stosowanie neuroleptyków atypowych, pomimo zachęcających danych dotyczących ich skuteczności w terapii trichotillomanii, jest znacznie ograniczone przez ich niekorzystny profil działań niepożądanych [24-26]. Z tego względu ich stosowanie powinno być zarezerwowane wyłącznie dla przypadków nieodpowiadających na inne formy terapii. Zachęcające efekty leczenia zanotowano również po zastosowaniu topiramatu [27], lamotryginy [28], okskARBamazepiny [29], choć dokładny mechanizm działania tych leków w przypadku trichotillomanii nie jest znany.

Objawowo, głównie przez lekarzy innych specjalności (dermatolodzy, pediatrzy), stosowane są leki przeciwświądowe, przeciwzapalne, a niekiedy także uspokajające i nasenne.

Warto podkreślić, że obecnie nie ma żadnej metody farmakoterapii oficjalnie zarejestrowanej do leczenia trichotillomanii, zarówno w warunkach polskich, jak i na świecie.

Leczenie chirurgiczne

Rola leczenia chirurgicznego ogranicza się do postępowania w przypadkach powikłań trichofagii. Najczęściej wybraną metodą leczenia zabiegowego jest laparotomia. Rzadziej stosuje się leczenie metodami endoskopową i laparoskopową, leczenie enzymatyczne, techniki laserowe [56-59]. Ich zastosowanie wiąże się jednak ze szczególnymi ograniczeniami. Wykorzystanie metody endoskopowej możliwe jest w przypadkach, w których usunięcie bezoaru drogą naturalną nie spowoduje ryzyka uszkodzenia przewodu pokarmowego i zwykle zarezerwowane jest dla bezoarów o niewielkiej średnicy [57].

Zaletą techniki laparoskopowej jest mniejszy uraz powłok, a co za tym idzie – krótszy okres gojenia i lepszy efekt estetyczny. Jednak podstawowymi wadami tego rozwiązania są dłuższy czas zabiegu oraz ryzyko przedostania się skażonego materiału do jamy brzusznej i rozwoju zapalenia otrzewnej [57-59].

Próby fragmentacji bezoaru przy użyciu enzymów trawiennych (chymopapina, celulaza, acetylocysteina) wykazały się niedostateczną skutecznością [56].

W przeważającej większości przypadków zdiagnozowanego trichobezoaru metodą leczenia z wyboru jest laparotomia. Podstawowe zalety tej metody to możliwość usunięcia zmian o dowolnej wielkości (w tym rozprzestrzeniających się do dalszych odcinków przewodu pokarmowego – zespół Roszpunkki) oraz mniejsze ryzyko rozwoju stanu zapalnego jako powikłania leczenia zabiegowego.

Propozycja wytycznych postępowania

Obecnie w piśmiennictwie europejskim brak jest jednoznacznych wytycznych dotyczących postępowania w przypadkach trichotillomanii z lub bez trichofagii. Najbardziej aktualne opracowania tego zagadnienia pochodzą z amerykańskich standardów Trichotillomania Learning Center i stanowią podstawę opracowanych przez nas propozycji wytycznych postępowania w Polsce [3].

Powyższe zalecenia stanowią próbę stworzenia programu kompleksowej opieki nad pacjentami z trichotillomanią w warunkach polskich. Przy ich stworzeniu wykorzystano wiedzę i doświadczenie ekspertów z dziedziny psychiatrii dziecięcej, gastrologii i chirurgii dziecięcej.

Schemat opieki

1. Diagnostyka różnicowa pacjentów z podejrzeniem trichotillomanii w wielospecjalistycznym zespole złożonym z psychiatry, psychologa/psychoterapeuty,

- dermatologa, chirurga i/lub gastrologa. Wydaje się, że osobą koordynującą pracę zespołu wielospecjalistycznego powinien być psychiatra.
2. Objęcie opieką psychiatryczną każdego pacjenta z postawioną diagnozą trichotillomanii; w ramach tej opieki:
 - a. psychoedukacja pacjenta, w przypadku dzieci/młodzieży – psychoedukacja rodziny i (ewentualnie) otoczenia,
 - b. opieka psychoterapeutyczna – wskazana indywidualna praca z pacjentem w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej przez okres niezbędny do uzyskania poprawy objawowej, potwierdzonej endoskopowo,
 - c. rozważenie farmakoterapii w przypadku współistniejących zaburzeń psychicznych, znacznego nasilenia objawów lub braku poprawy przy zastosowaniu psychoterapii bądź braku możliwości jej prowadzenia,
 - d. w przypadku znacznego zaangażowania rodziny w objawy pacjenta – do rozważenia terapia rodzinna.
 3. Objęcie opieką chirurgiczną każdego pacjenta z podejrzeniem trichofagii; w jej ramach:
 - a. badanie przedmiotowe, badania laboratoryjne oraz diagnostyka obrazowa wszystkich przypadków podejrzanych o trichofagię (wskazana diagnostyczna endoskopia);
 - b. w przypadku potwierdzenia trichobezoaru – leczenie techniką laparotomii; po leczeniu chirurgicznym – kontrolna gastroscopia po 6, 12 i 24 mies. [60]

Dyskusja

W ocenie autorów podstawowe ograniczenie dla możliwości zastosowania powyższych wytycznych stanowi brak dostatecznej wiedzy na temat trichotillomanii wśród lekarzy różnych specjalności. Nasze opracowanie stanowi jedno z niewielu poświęconych temu zagadnieniu, dostępnych w polskim piśmiennictwie. Jednym z jego głównych celów było przybliżenie zagadnienia trichotillomanii psychiatrom, którzy prawdopodobnie najczęściej stykają się z niezdiagnozowanymi i/lub niepowikłanymi jej przypadkami.

Kolejne ograniczenia dla możliwości zastosowania tych zaleceń stanowi niedostateczna dostępność usług medycznych w Polsce. Przy znacznym czasie oczekiwania na wizytę u psychiatry (a zwłaszcza psychiatry dzieci i młodzieży) oraz wciąż dużej niechęci do kontaktu z lekarzami tej specjalności wśród znacznej części populacji w procesie diagnozy i leczenia niezbędne wydaje się zaangażowanie także lekarzy innych specjalności (m.in. pediatrów, lekarzy POZ, dermatologów). W populacji pediatrycznej, stanowiącej znaczny odsetek chorujących pacjentów, konieczne byłoby zaangażowanie także personelu pozamedycznego pełniącego opiekę nad tą grupą, w tym nauczycieli, wychowawców, psychologów i pedagogów szkolnych. Co za tym idzie – wskazane byłoby zwiększenie świadomości istnienia tego zaburzenia wśród tych specjalistów.

Trudności w realizacji zaleceń przedstawia także opieka psychoterapeutyczna, stanowiąca podstawę leczenia trichotillomanii. W Polsce brakuje wykwalifikowanych

psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych. Jeszcze mniejszą grupę stanowią terapeuci CBT z doświadczeniem w pracy z dziećmi i młodzieżą. Dostępność bezpłatnej terapii w tym nurcie, a także każdej innej formy wykwalifikowanej opieki psychoterapeutycznej obejmującej pacjentów dziecięcych/młodzieżowych i ich rodziny ogranicza się do kilku ośrodków, zlokalizowanych w dużych miastach.

W tej sytuacji pośrednim rozwiązaniem może być opieka świadczona przez psychologów i terapeutów innych niż poznawczo-behawioralni, którzy poprzez psychoedukację, nawiązanie relacji terapeutycznej, pracę nad redukcją towarzyszących objawów afektywnych, zaangażowanie w proces leczenia rodziny pacjenta oraz współpracę i koordynowanie działań z innymi specjalistami (m.in. pediatrą, lekarzem POZ) mogliby przyczynić się do uzyskania poprawy objawowej w zakresie trichotillomanii. Opracowanie materiałów, zawierających podstawowe informacje nt. zaburzenia oraz propozycję uproszczonego schematu terapeutycznego, stworzonego na podstawie HRT, mogłoby być pomocą dla tych specjalistów.

Kolejne, istotne ograniczenie dla możliwości zastosowania powyższych zaleceń stanowi potencjalna jatrogenność proponowanych procedur diagnostyczno-leczniczych. Stosowanie gastrokopii jako rutynowej procedury powinno być ograniczone do przypadków, w których wywiad i/lub badanie fizykalne wyraźnie potwierdzają rozpoznanie trichofagii. W przypadkach wątpliwych bardziej uzasadnione wydaje się zastosowanie mniej inwazyjnych technik obrazowania (USG, RTG z kontrastem). Pogłębiona diagnostyka jest wskazana dopiero po potwierdzeniu obecności przeszkody w przewodzie pokarmowym. Decyzje o przeprowadzeniu kontrolnych badań gastrokopowych powinny być podejmowane we współpracy z lekarzem koordynującym leczenie (najczęściej psychiatrą). Niezbędnym elementem kompleksowego leczenia powikłanych przypadków – niestety utrudnionym w przypadku leczenia wielośrodowego – jest współpraca specjalistów (psychiatry, psychologa/psychoterapeuty, dermatologa, chirurga i/lub gastrologa). Korzystnym rozwiązaniem byłoby prowadzenie leczenia w dużych ośrodkach pediatrycznych, dysponujących odpowiednim zapleczem.

Podsumowanie

Powyższe opracowanie zawiera najistotniejsze informacje na temat trichotillomanii i trichofagii oraz praktyczne wskazówki dla lekarzy stykających się z tymi zagadnieniami w swojej codziennej praktyce. Wydaje się, że wiedza na temat tej choroby jest niewystarczająca wśród większości praktykujących psychiatrów, dermatologów i lekarzy innych specjalności. Co za tym idzie – niedostateczna jest jej rozpoznawalność, większa częstość powikłań zdrowotnych oraz ryzyko poważnych zaburzeń funkcjonowania społecznego dotkniętych nią pacjentów. Brak farmakoterapii o potwierdzonej skuteczności sprawia, że leczenie trichotillomanii jest znacznie utrudnione. Nie zmniejsza to jednak roli psychiatry w procesie diagnostyczno-leczniczym. Do zadań lekarza należą: wieloosiowa diagnoza psychiatryczna, systematyczna ocena stanu psychicznego i decydowanie o konieczności i rodzaju terapii współistniejących zaburzeń psychicznych, monitorowanie stanu somatycznego i kierowanie pacjentów

na badania diagnostyczne (samodzielnie lub we współpracy z pediatrą/internistą) oraz koordynowanie procesu leczniczego.

Autorzy podjęli próbę stworzenia wytycznych postępowania w przypadkach podejrzenia choroby, potwierdzonej diagnozy oraz powikłań choroby, podkreślając znaczenie opieki prowadzonej w wielospecjalistycznym zespole. Biorąc pod uwagę wszystkie wymienione ograniczenia i trudności w realizacji proponowanych zaleceń, w naszej ocenie nadal zasadne jest stworzenie obowiązujących wytycznych postępowania w trichotillomanii. Warta podkreślenia jest także potrzeba dalszych badań nad skutecznością innych form oddziaływań psychoterapeutycznych i farmakologicznych w terapii zaburzeń z kręgu BFRB.

Autorzy opracowania będą wdzięczni za uwagi praktykujących kolegów dotyczące proponowanych wytycznych, które mogłyby posłużyć do stworzenia ich ostatecznej wersji – w możliwie największym stopniu uwzględniającej realia opieki zdrowotnej w Polsce.

Piśmiennictwo

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. *Characteristics of 60 adult chronic hair pullers*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 365–370.
3. Colomb R, Franklin M, Grant JE, Keuthen NJ, Mansueto CS, Mouton-Odum S. iwsp. *Expert consensus treatment guidelines for trichotillomania, skin picking and other body-focused repetitive behaviors*. 2011; http://www.trich.org/dnld/ExpertGuidelines_000.pdf [dostęp: 06.12.2015].
4. Grant JE, Odlaug BL. *Clinical characteristics of trichotillomania with trichophagia*. Compr. Psychiatry 2008; 49: 579–584.
5. Bouwer C, Stein DJ. *Trichobezoars in trichotillomania: case report and literature overview*. Psychosom. Med. 1998; 60: 658–660.
6. Duke DC, Bodzin DK, Tavares P, Geffken GR, Storch EA. *The phenomenology of hairpulling in a community sample*. J. Anxiety Disord. 2009; 23: 1118–1125.
7. Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. *Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students*. J. Clin. Psychiatry 1991; 52: 415–417.
8. Rakowska A, Slowinska M, Olszewska M, Rudnicka L. *New trichoscopy findings in trichotillomania: flame hairs, V-sign, hook hairs, hair powder, tulip hairs*. ActaDerm. Venereol. 2014; 94: 303–306.
9. Czerwinska K, Bekiesinska-Figatowska M, Brzewski M, Gogolewski M, Wolski M. *Trichobezoar, rapunzel syndrome, tricho-plaster bezoar – a report of three cases*. Pol. J. Radiol. 2015; 80: 241–246.
10. Szepletowski JC, Salomon J, Pacan P, Hrehorow E, Zalewska A. *Frequency and treatment of trichotillomania in Poland*. ActaDerm. Venereol. 2009; 89: 267–270.
11. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J. iwsp. *Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania*. Biol. Psychiatry 2007; 62: 839–846.

12. Keren M, Ron-Miara A, Feldman R, Tyano S. *Some reflections on infancy-onset trichotillomania*. Psychoanal. Study Child 2006; 61: 254–272.
13. Cohen LJ, Stein DJ, Simeon D, Spadaccini E, Rosen J, Aronowitz B. *iwsp. Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study*. J. Clin. Psychiatry 1995; 56: 319–326.
14. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. *Trichotillomania: A current review*. Clin. Psychol. Rev. 2010; 30: 181–193.
15. Novak CE, Keuthen NJ, Stewart SE, Pauls DL. *A twin concordance study of trichotillomania*. Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet. 2009; 150B: 944–949.
16. Flessner CA, Knopik VS, McGeary J. *Hair pulling disorder (trichotillomania): genes, neurobiology, and a model for understanding impulsivity and compulsivity*. Psychiatry Res. 2012; 199: 151–158.
17. Fineberg NA, Potenza MN, Chamberlain SR, Berlin HA, Menzies L, Bechara A. *iwsp. Probing compulsive and impulsive behaviors, from animal models to endophenotypes: a narrative review*. Neuropsychopharmacology 2010; 35: 591–604.
18. Lochner C, Seedat S, du Toit PL, Nel DG, Niehaus DJ, Sandler R. *i wsp. Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison*. BMC Psychiatry 2005; 5: 2.
19. Rothbart R, Amos T, Siegfried N, Ipser JC, Fineberg N, Chamberlain SR. *i wsp. Pharmacotherapy for trichotillomania*. Cochrane Database Syst. Rev. 2013; 11: CD007662.
20. Flessner CA, Busch AM, Heideman PW, Woods DW. *Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing*. Behav. Modif. 2008; 32: 579–594.
21. Grant JE, Odlaug BL, Potenza MN. *Addicted to hair pulling? How an alternate model of trichotillomania may improve treatment outcome*. Harv. Rev. Psychiatry 2007; 15: 80–85.
22. Bhanji NH, Margolese HC. *Alternative pharmacotherapy for trichotillomania: a report of successful bupropion use*. J. Clin. Psychiatry 2004; 65: 1283.
23. De Sousa A. *An open-label pilot study of naltrexone in childhood-onset trichotillomania*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 2008; 18: 30–33.
24. Jefferys D, Burrows G. *Reversal of trichotillomania with aripiprazole*. Depress. Anxiety 2008; 25: E37–E40.
25. Crescente Junior JA, Guzman CS, Tavares H. *Quetiapine for the treatment of trichotillomania*. Rev. Bras. Psiquiatr. 2008; 30(4): 402.
26. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Bennett M, Oakman J. *A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania*. The J. Clin. Psychiatry 2010; 71: 1336–1343.
27. Lochner C, Seedat S, Niehaus DJ, Stein DJ. *Topiramate in the treatment of trichotillomania: an open-label pilot study*. Int. Clin. Psychopharmacol. 2006; 21: 255–259.
28. Moretti M. *[Trichotillomania and comorbidity – lamotrigine in a new perspective]*. Neuropsychopharmacol. Hung. 2008; 10: 201–212.
29. Leombruni P, Gastaldi F. *Oxcarbazepine for the treatment of trichotillomania*. Clin. Neuropharmacol. 2010; 33: 107–108.
30. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. *N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study*. Arch. Gen. Psychiatry 2009; 66: 756–763.

31. Rabie ME, Arishi AR, Khan A, Ageely H, Seif El-Nasr GA, Faghih M. *Rapunzel syndrome: the unsuspected culprit*. World J. Gastroenterol. 2008; 14: 1141–1143.
32. Tiwary SK, Kumar S, Khanna R, Khanna AK. *Recurrent Rapunzel syndrome*. Singapore Med. J. 2011; 52: e128–e130.
33. Gorter RR, Kneepkens CM, Mattens EC, Aronson DC, Heij HA. *Management of trichobezoar: case report and literature review*. Pediatr. Surg. Int. 2010; 26: 457–463.
34. Naik S, Gupta V, Rangole A, Chaudhary AK, Jain P, Sharma AK. *Rapunzel syndrome reviewed and redefined*. Digest. Surg. 2007; 24: 157–161.
35. Jain M, Solanki SL, Bhatnagar A, Jain PK. *An unusual case report of Rapunzel syndrome trichobezoar in a 3-year-old boy*. Int. J. Trichology 2011; 3: 102–104.
36. Miglioretti DL, Johnson E, Williams A, Greenlee RT, Weinmann S, Solberg LI. *iwsp. The use of computed tomography in pediatrics and the associated radiation exposure and estimated cancer risk*. JAMA Pediatr. 2013; 167: 700–707.
37. van Minnen A, Hoogduin KA, Keijsers GP, Hellenbrand I, Hendriks GJ. *Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study*. Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60: 517–522.
38. Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. *A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania*. Behav. Res. Ther. 2006; 44: 639–656.
39. Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight BT, Eccard MB. *A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania*. J. Clin. Psychiatry 2000; 61: 47–50.
40. Azrin NH, Nunn RG. *Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics*. Behav. Res. Ther. 1973; 11: 619–628.
41. Franklin ME, Edson AL, Ledley DA, Cahill SP. *Behavior therapy for pediatric trichotillomania: a randomized controlled trial*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2011; 50: 763–771.
42. Tolin DF, Franklin ME, Diefenbach GJ, Anderson E, Meunier SA. *Pediatric trichotillomania: descriptive psychopathology and an open trial of cognitive behavioral therapy*. Cogn. Behav. Ther. 2007; 36: 129–144.
43. Keuthen NJ, Rothbaum BO, Falkenstein MJ, Meunier S, Timpano KR, Jenike MA. *iwsp. DBT-enhanced habit reversal treatment for trichotillomania: 3-and 6-month follow-up results*. Depress. Anxiety 2011; 28: 310–313.
44. Himle JA, Perlman DM, Lokers LM. *Prototype awareness enhancing and monitoring device for trichotillomania*. Behav. Res. Ther. 2008; 46: 1187–1191.
45. Zalsman G, Hermesh H, Sever J. *Hypnotherapy in adolescents with trichotillomania: three cases*. Am. J. Clin. Hypn. 2001; 44: 63–68.
46. Gadde KM, Ryan Wagner H 2nd, Connor KM, Foust MS. *Escitalopram treatment of trichotillomania*. Int. Clin. Psychopharmacol. 2007; 22: 39–42.
47. Ninan PT, Knight B, Kirk L, Rothbaum BO, Kelsey J, Nemeroff CB. *A controlled trial of venlafaxine in trichotillomania: interim phase I results*. Psychopharmacol. Bull. 1998; 34: 221–224.
48. Block C, West SA, Baharoglu B. *Paroxetine treatment of trichotillomania in an adolescent*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 1998; 8: 69–71.
49. Stanley MA, Breckenridge JK, Swann AC, Freeman EB, Reich L. *Fluvoxamine treatment of trichotillomania*. J. Clin. Psychopharmacol. 1997; 17: 278–283.
50. Streichenwein SM, Thornby JI. *A long-term, double-blind, placebo-controlled crossover trial of the efficacy of fluoxetine for trichotillomania*. Am. J. Psychiatry 1995; 152: 1192–1196.

51. Dougherty DD, Loh R, Jenike MA, Keuthen NJ. *Single modality versus dual modality treatment for trichotillomania: sertraline, behavioral therapy, or both?* J. Clin. Psychiatry 2006; 67: 1086–1092.
52. Bipeta R, Yerramilli SS. *Bupropion for the treatment of fluoxetine non-responsive trichotillomania: a case report.* J. Med. Case Rep. 2011; 5: 557.
53. Carrion VG. *Naltrexone for the treatment of trichotillomania: a case report.* J. Clin. Psychopharmacol. 1995; 15: 444–445.
54. Grant JE, Odlaug BL, Schreiber LR, Kim SW. *The opiate antagonist, naltrexone, in the treatment of trichotillomania: results of a double-blind, placebo-controlled study.* J. Clin. Psychopharmacol. 2014; 34: 134–138.
55. Rodrigues-Barata AR, Tosti A, Rodriguez-Pichardo A, Camacho-Martinez F. *N-acetylcysteine in the treatment of trichotillomania.* Int. J. Trichology 2012; 4: 176–178.
56. Phillips MR, Zaheer S, Drugas GT. *Gastric trichobezoar: case report and literature review.* Mayo Clin. Proc. 1998; 73: 653–656.
57. Filipi CJ, Perdakis G, Hinder RA, DeMeester TR, Fitzgibbons RJ Jr, Peters J. *An intraluminal surgical approach to the management of gastric bezoars.* Surg. Endosc. 1995; 9: 831–933.
58. Son T, Inaba K, Woo Y, Pak KH, Hyung WJ, Noh SH. *New surgical approach for gastric bezoar: “hybrid access surgery” combined intragastric and single port surgery.* J. Gastric Cancer 2011; 11: 230–233.
59. Tudor EC, Clark MC. *Laparoscopic-assisted removal of gastric trichobezoar; a novel technique to reduce operative complications and time.* J. Pediatr. Surg. 2013; 48: e13–e15.
60. [60] (dokładny schemat kontroli endoskopowej zawarty jest w artykule: M. Wolski, Gawłowska-Sawosz M, Gogolewski M, Wolańczyk T, Albrecht P, Kamiński A. *Trichotillomania, trichofagia, trichobezoar – opis trzech przypadków. Propozycja modelu kontroli endoskopowej pacjentów z trichotillomanią.*)

Adres: Marta Gawłowska-Sawosz
II Klinika Psychiatrii UM w Łodzi
92-216 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10

Otrzymano: 14.04.2015

Zrecenzowano: 29.05.2015

Otrzymano po poprawie: 23.09.2015

Przyjęto do druku: 24.09.2015