

NEMECZEK, Sylwia, MERKISZ, Konrad, WALCZAK, Klaudia, WALCZAK, Patrycja, ZDUN, Sylwia, GRZYBOWSKI, Jakub, MARCINIAK, Agnieszka, GRZYWNA, Natalia, JASKUŁA, Karolina & ORŁOWSKI, Władysław. Trichotillomania – therapeutic possibilities. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023;13(2):201-208. eISSN 2391-8306. DOI <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.13.02.029> <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/41384> <https://zenodo.org/record/7499680>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).

© The Authors 2023;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 13.12.2022. Revised: 21.12.2022. Accepted: 02.01.2023.

## Trichotillomania – therapeutic possibilities

Sylwia Nemecek Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

<https://orcid.org/0000-0003-2936-1822> | [sylwianem@gmail.com](mailto:sylwianem@gmail.com)

Konrad Merkiś Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

<https://orcid.org/0000-0002-3533-2967> | [konrad.merkisz@gmail.com](mailto:konrad.merkisz@gmail.com)

Klaudia Walczak Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

<https://orcid.org/0000-0002-5156-2260> | [klaudia.walczak100@gmail.com](mailto:klaudia.walczak100@gmail.com)

Patrycja Walczak Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<https://orcid.org/0000-0002-4151-9170> | [walczakpatrycja106@gmail.com](mailto:walczakpatrycja106@gmail.com)

Sylwia Zdun Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie

<https://orcid.org/0000-0002-5359-3618> | [sylwiazdun15@gmail.com](mailto:sylwiazdun15@gmail.com)

Jakub Grzybowski Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

<https://orcid.org/0000-0002-2110-7304> | [grzybowski.jakub00@gmail.com](mailto:grzybowski.jakub00@gmail.com)

Agnieszka Marciniak Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie

<https://orcid.org/0000-0002-3158-8842> | [agnieszka\\_marciniak96@wp.pl](mailto:agnieszka_marciniak96@wp.pl)

Natalia Grzywna I Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie

<https://orcid.org/0000-0001-9132-5326> | [nataliaa.grzywna@gmail.com](mailto:nataliaa.grzywna@gmail.com)

Karolina Jaskuła Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie

<https://orcid.org/0000-0002-0040-4545> | [kmierzwa159@gmail.com](mailto:kmierzwa159@gmail.com)

Władysław Orłowski Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie

<https://orcid.org/0000-0002-8191-2102> | [wladyslaworlowski96@gmail.com](mailto:wladyslaworlowski96@gmail.com)

### Abstract

**Introduction:** Trichotillomania is a mental disorder in which the patient persistently and recurrently pulls out his own hair, which results in varying degrees of hair loss. This causes considerable suffering and impairs quality of life, but patients rarely seek specialist help. It affects 0.5–3% of the general population, but data may be underestimated due to low reporting.

**Aim of the study:** The aim of our study is to summarize the current state of knowledge on the treatment of trichotillomania.

**Materials and methods:** The literature available in the PubMed and Google Scholar database was reviewed using the following keywords: "trichotillomania", "trichophagia", "trichobezoar", "trichotillomania treatment".

**Results:** Treatment of TTM is difficult and involves many methods. The division of therapeutic methods focuses mainly on psychotherapy and pharmacological treatment. The greatest effectiveness is attributed to cognitive-behavioral therapy, especially habit reversal training. Medications can help reduce symptoms, especially in the presence of other disorders, e.g. depression, anxiety disorders.

**Conclusions:** Trichotillomania contributes to significant suffering and negatively affects functioning in social and professional life. The basis of its treatment is psychotherapy, but there are many reports on the effectiveness of selected drugs (SSRIs, clomipramine, antipsychotics, N-acetylcysteine, naltrexone, lamotrigine, bupropion, dronabinol, inositol), but they require further research on a larger group of patients.

**Keywords:** trichotillomania, trichotillomania treatment, trichophagia

### Abstrakt

**Wprowadzenie:** Trichotillomania jest zaburzeniem psychicznym, w którym chory w sposób uporczywy i nawracający wyrwa własne włosy, co powoduje różnego stopnia ubytek owłosienia. Powoduje to znaczne

cierpienie i pogarsza jakość życia, jednak pacjenci rzadko szukają specjalistycznej pomocy. Dotyka 0,5–3% populacji ogólnej, jednak dane mogą być niedoszacowane ze względu na małą zgłaszalność.

**Cel pracy:** Celem naszej pracy jest podsumowanie aktualnego stanu wiedzy na temat leczenia trichotillomanii.

**Materiały i metody:** Dokonano przeglądu literatury dostępnej w bazie PubMed i Google Scholar, używając słów kluczy: „trichotillomania”, „trichofagia”, „trichobeozar”, „trichotillomania leczenie”.

**Wyniki:** Leczenie TTM jest trudne i obejmuje wiele metod. Podział metod leczniczych skupia się głównie na psychoterapii i leczeniu farmakologicznym. Największą skuteczność przypisuje się terapii poznawczo-behawioralnej, szczególnie treningowi zmiany nawyków. Leki mogą pomóc w redukcji objawów, zwłaszcza przy współwystępowaniu innych zaburzeń np. depresji, zaburzeń lękowych.

**Wnioski:** Trichotillomania przyczynia się do znacznego cierpienia i negatywnie wpływa na funkcjonowanie w życiu społecznym i zawodowym. Podstawą jej leczenia jest psychoterapia, natomiast istnieje wiele doniesień na temat skuteczność wybranych leków (SSRI, klomipraminy, leków przeciwpsychotycznych, N-acetylocysteiny, naltreksonu, lamotryginy, bupropionu, dronabinolu, inozytolu), jednak wymagają one dalszych badań na większej grupie pacjentów.

Słowa kluczowe: trichotillomania, leczenie trichotillomanii, trichofagia

## Wstęp

Trichotillomanię (TTM, hair-pulling disorder) możemy określić jako zaburzenie psychodermatologiczne, charakteryzujące się uporczywym i niekontrolowanym przymusem wrywania własnych włosów i skutkujące ich utratą. [1,2] Wrywanie włosów może dotyczyć każdego obszaru ciała; jednak do szczególnie często dotkniętych miejsc zalicza się: owłosioną skórę głowy, brwi, rzęsy oraz skórę przedramion, okolice łonową i okołoodbytniczą.[3] Zwykle osoby dotknięte TTM wrywają włosy z więcej niż jednej okolicy ciała, a czas trwania epizodów wrywania waha się od kilku minut do kilku godzin.[4] Stopień ubytku owłosienia również może być różny.[5] Do postawienia prawidłowej diagnozy konieczne jest wykluczenie innych stanów somatycznych (m.in. chorób dermatologicznych) lub innych zaburzeń psychicznych (np. dysmorfofobii), które mogłyby wiązać się z postępującym ubytkiem owłosienia.[6] Trichotillomania rzadko występuje w sposób izolowany, częstość występowania współistniejących zaburzeń psychicznych w ciągu całego życia sięga 80%. Najczęściej TTM towarzyszą lęk, depresja, zespół stresu pourazowego, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania, dysmorfia ciała i zaburzenia osobowości.[7] Warto wspomnieć o trichofagii, czyli zjadaniu wyrwanych włosów lub ich części, np. końcówek, która współwystępuje u od 5 do ponad 20% chorych dotkniętych TTM. [6] Konsekwencją trichofagii może być wytworzenie trichobezoaru, czyli nagromadzenia niestrawionych resztek, głównie lokalizującego się w żołądku. Szacuje się, że trichobezoar powstaje u 1% osób z trichofagią.[8] Zaczepnięta od imienia długowłosej bohaterki baśni braci Grimm nazwa zespołu Roszpunki odnosi się do szczególnej postaci trichobezoaru, w którym jego ogon rozciąga się do jelit i może powodować ich niedrożność. [9] Trichotillomania przyczynia się do znacznego cierpienia i upośledzenia funkcjonowania w życiu społecznym zawodowym. [1] Mimo że trichotillomania znacząco wpływa na jakość życia, większość chorych (około 65% lub więcej) nigdy nie szuka leczenia. [4] Ponadto pacjenci często zwracają się z tym problemem do dermatologa, starając unikając konsultacji psychiatrycznej. [10]

Obraz kliniczny różni się u poszczególnych pacjentów – wyróżnia się 2 podstawowe style wrywania włosów: zautomatyzowany (automatic), w którym chorzy wrywają włosy automatycznie, nawykowo nie skupiając uwagi na tej czynności oraz skoncentrowany (focused). U dzieci poniżej 10 r.ż., dominuje styl zautomatyzowany. W typie skoncentrowanym chorzy są w pełni świadomi wykonywanej czynności, jest ona poprzedzona uczuciem niepokoju lub wzrastającym napięciem. Pacjenci często są w stanie wskazać czynnik spustowy, a sama czynność ma często charakter swoistego dystraktora wobec niechcianych myśli lub emocji i przynosi odprężenie oraz uczucie ulgi, zadowolenia. Niekiedy przymusowi wrywania włosów towarzyszy trichofagia, czyli odczuwanie przymusu ich zjadania, [3,5,11] co może prowadzić do powstawania trichobezoarów i stwarzać bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia pacjenta z powodu ryzyka niedrożności jelit i konieczności interwencji chirurgicznej. [12]

## Klasyfikacja

Zgodnie z klasyfikacją DSM-5 trichotillomania została zaszeregowana do grupy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i pokrewnych.[5] W międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-10) zalicza się ją do grupy zaburzeń nawyków i popędów.[11] Według nowej klasyfikacji ICD-11 TTM również została przyporządkowana jako zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne i pokrewne, z wyróżnioną podgrupą skoncentrowanych na ciele powtarzających się zaburzeń zachowania. [13]

Według DSM-5 trichotillomanię klasyfikuje się jako zaburzenie spełniające poniższe kryteria:

- Nawracające wrywanie własnych włosów, powodujące ich utratę.
- Powtarzające się próby zmniejszenia lub zaprzestania wrywania włosów.
- Wrywanie włosów powoduje klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie w społecznych, zawodowych lub innych ważnych obszarach funkcjonowania.

- Wrywanie lub wypadanie włosów nie jest spowodowane innym stanem medycznym (np. dermatologicznym).
- Wrywania włosów nie można lepiej wytłumaczyć występowaniem innego zaburzenia psychicznego. [14]

W kryteriach diagnostycznych ICD-10 znalazły się:

- Zauważalna utrata włosów spowodowana uporczywym i nawracającym ich wrywaniem oraz niepowodzenia w próbie przeciwstawienia się temu impulsowi.
- Intensywny popęd do wrywania własnych włosów, z kulminacją napięcia przez tym działaniem i uczuciem ulgi po nim.
- Wcześniej nie występowało zapalenie skóry, a wrywanie włosów nie jest wynikiem urojeń lub omamów. [5]

### **Epidemiologia**

Wprawdzie brakuje szczegółowych badań epidemiologicznych, jednak szacunkowe dane sugerują, że TTM dotyka 0,5–3% populacji ogólnej, jednak część osób cierpiących na trichotillomanię wstydzi się swojej choroby i wartości te mogą być niedoszacowane. [1,7] Jeśli uwzględnimy przypadki zaburzeń niespełniających wszystkich kryteriów diagnostycznych to częstość zjawiska jest szacowana na 1,5% u mężczyzn i 3,4% u kobiet, jednak anonimowe badanie ankietowe przeprowadzone w populacji amerykańskiej oceniło częstość zachowań o typie trichotillomanii na ponad 6%. Może wystąpić w każdym wieku, ale uważa się, że w populacji dziecięcej choroba jest rozpowszechniona szerzej niż w populacji dorosłych. [6,12] Badania wskazują, że częściej dotyczy osób płci żeńskiej niż męskiej. Stwierdzono, że w dzieciństwie rozkład płci jest równy, a z wiekiem dysproporcja między płciami się pogłębia; niektóre źródła podają, że TTM nawet 10-krotnie częściej występuje u dorosłych kobiet niż u mężczyzn. [3,5,15] W opozycji do tego pozostaje pogląd, że rozpowszechnienie tego zaburzenia może być bardziej równomierne, a różnice pomiędzy płciami mogą wynikać z częstszego poszukiwania pomocy przez kobiety. Ponadto w badaniach obejmujących studentów uczelni medycznych, wśród osób spełniających kryteria trichotillomanii stosunek kobiet do mężczyzn wynosił 1:1 [16,17] Sugeruje się, że w wieku rozwojowym występują 2 piki zachorowań – w okresie wczesnego dzieciństwa i adolescencji. Trichotillomania, zwłaszcza niepełnoobjawowa, u młodszych dzieci może być przejawem kryzysu emocjonalnego, związanego np. z trudnościami w przedszkolu. Podkreśla się, że wczesny początek wiąże się z łagodniejszym, często samoograniczającym przebiegiem i lepszym rokowaniem. [5,10]

### **Etiologia**

Etiologia trichotillomanii nie jest jeszcze do końca poznana, ale uważa się, że przyczyną są czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne.[18] Za tłem genetycznym przemawia ok. 38% zgodność występowania zaburzenia wśród bliźniąt monozygotycznych [6] oraz badania molekularne, w których stwierdzono mutacje m.in. w genach SLITRK1 i HOXB8 u pacjentów z TTM, jak również w modelach zwierzęcych.[5] Badania obrazowe wskazują na zmiany gęstości istoty szarej w obrębie prążkowie, hipokampa i ciała migdałowatego. [5,6]

W etiologii sugeruje się również nieprawidłowości w przewodnictwie układów dopaminergicznego, serotonergicznego oraz glutaminergicznego. Psychologiczne teorie dotyczące wytłumaczenia zjawiska opierają się na odpowiedzi na działanie stresorów, mechanizmie autostymulacyjnym i mechanizmie regulacji emocji. [6] Pewne doniesienia podnoszą kwestię związku pandemii Covid-19 z TTM w populacji dziecięcej; pacjenci przyznali, że w związku z zamknięciem szkół i ograniczeniem kontaktów społecznych ze zdudzenia zaczęli wrywać sobie włosy.[18]

### **Leczenie**

Leczenie trichotillomanii jest trudne, często interdyscyplinarne i obejmuje wiele metod leczenia. Do tej pory nie wprowadzono standardów postępowania, a żaden z leków nie został specjalnie zarejestrowany w tym rozpoznaniu. Wyróżniamy 2 główne grupy metod terapeutycznych; psychoterapię oraz leczenie farmakologiczne. Należy także zwrócić uwagę na fakt, że aby leczenie było skuteczne TTM musi najpierw zostać trafnie zdiagnozowana, a zdarza się, jest mylona z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi (OCD), zaburzeniami lękowymi, dysmorfia ciała lub zachowaniami samouszkodzającymi. [4] Psychoedukacja, przystosowana do wieku i możliwości intelektualnych chorego powinna być podstawowym i wstępnym etapem leczenia, należy pamiętać o skierowaniu jej także do rodzin i bliskiego otoczenia pacjentów. [6] Witryną internetową zawierającą dużo informacji na temat etiologii i leczenia trichotillomanii, która może pomóc pacjentom w zrozumieniu choroby i pozwoli uzyskać wsparcie jest strona The TLC Foundation for Body-Focused Repetitive Behaviors, dostępna w kilku wersjach językowych. [19] Wiele badań wskazuje na to, że najbardziej skuteczną metodą leczenia TTM jest psychoterapia, wśród której największą skuteczność i rozpowszechnienie wykazuje nurt poznawczo-behawioralny (CBT – cognitive behavioural therapy). [12] W jego ramach wyróżniamy trening zmiany nawyku (HRT – habit reversal training), cechujący się najlepszymi efektami. [5] Wśród innych metody psychoterapii, mających zastosowanie w TTM wyróżniamy: terapię dialektyczno-behawioralną, terapię ekspozycji i powstrzymania reakcji, terapię metapoznawczą, terapię akceptacji i zaangażowania oraz terapię grupową. [15]

Twierdzi się, że **terapia/ trening zmiany nawyków** powinna być leczeniem pierwszego rzutu TTM, ponieważ jest skuteczniejszy od innych form terapii. HRT opiera się na kilku istotnych elementach, takich jak; trening odpowiedzi konkurencyjnych, trening uważności, samoobserwacja, metody relaksacyjne, wsparcie społeczeństwa, procedury kontroli impulsów i trening uogólniania. [4,15,20] Trening zmiany nawyków pozwala pacjentom uzyskać świadomość dotyczącą czynników wyzwalających u nich potrzebę wrywania włosów (np. sytuacja stresowa w pracy), a następnie pomaga im zastąpić to zachowanie przez inne czynności, które mogą wykonywać rękami (np. zaciskanie je w pięści), wtedy gdy poczują potrzebę pociągania włosów. Ważnym elementem HRT jest wsparcie bliskich i ich pozytywny feedback zachęcający do dalszej pracy. [21] Sugeruje się, że rozwój techniki może poprawić skuteczność terapii zmiany nawyku; opisano urządzenie składające się z naszyjnika emitującego fale dźwiękowe i bransoletki, która zaczyna wibrować, gdy znajduje się w okolicy głowy przez dłużej niż kilka sekund - może być to pomocne w terapii automatycznego stylu wrywania włosów, które jest bardziej charakterystyczne dla dzieci. [7] **Terapia akceptacji i zaangażowania** to dodatkowy elementem HRT, kładzie ona nacisk na akceptację własnych uczuć, impulsów i myśli. Podczas sesji pacjenci mają za zadanie odczuwać chęć ciągnięcia włosów i ją zaakceptować, ale nie wykonywać tej czynności. Ma to pomóc choremu w zrozumieniu, że nie musi reagować na impulsy lub emocje, co może sprawić, że poczuje większą kontrolę nad swoim zachowaniem.[15, 20] **Trening kontroli bodźców** (Stimulus control training) jest techniką, w której pacjent ma uczynić swoje otoczenie jak najmniej sprzyjającym do wrywania sobie włosów. [7,20] **Podczas treningu konkurencyjnej reakcji** chory uczy się innej odpowiedzi na impulsy używając tej samej grupy mięśni, może to być np. zaciskanie pięści zamiast ciągnięcia włosów. [20] **Terapia dialektyczno-behawioralna** zawiera w sobie tradycyjne podejście poznawczo-behawioralne, ale kładzie szczególny nacisk na trening uważności, uczenie pacjentów sposobów redukcji negatywnych emocji i ich akceptację przy jednoczesnym powstrzymaniu się od wrywania włosów. [15] Ten rodzaj terapii opiera się na czterech modułach: uważności, regulacji emocji, efektywności interpersonalnej i tolerancji na stres i może zwiększyć efektywność innych terapii opartych na uczeniu się. [21]

W 2016 roku opublikowano artykuł, w którym autorzy porównali skuteczność terapii poznawczej i behawioralnej, starając się wykazać przewagę tej pierwszej w długoterminowych efektach leczenia. Zauważyli oni, że pacjenci dotknięci TTM przejawiają specyficzne przekonania, często mają przeświadczenie, że poddanie się impulsowi wrywania włosów może przynosić korzyści, m.in. uczucie zrelaksowania, przyjemności. Ponadto pacjenci twierdzą, że nie da się kontrolować przymusu oddania się tej czynności, a samego nawyku nie można odwrócić. Autorzy chcieli sprawdzić, czy terapia poznawcza zapewni bardziej długofalową remisję. Badaniu zostało poddanych 56 pacjentów z TTM, którzy zostali losowo podzieleni na dwie grupy, z których każda została poddana 6 sesjom psychoterapii behawioralnej lub poznawczej, a 48 chorych ukończyło leczenie. Wykazano znaczną redukcję nasilenia objawów TTM bezpośrednio po zakończeniu terapii, bez istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami. Należy jednak wspomnieć, że wykazano iż efekt terapeutyczny terapii poznawczej po 3 miesiącach od zakończenia leczenia był większy niż terapii behawioralnej, natomiast z upływem czasu od zakończenia leczenia nawrót objawów nastąpił w obu grupach, a autorom nie udało się wykazać, aby terapia poznawcza cechowała się niższym odsetkiem nawrotów. [22]

Warto również zaznaczyć, że stygmatyzacja powodowana chorobą, względy ekonomiczne i geograficzne mogą stanowić poważne bariery w dostępie do psychoterapii. Rozwiązaniem tego problemu może być terapia behawioralna przeprowadzana online, badania nad wykazały obiecujące rezultaty.[2] Badanie dotyczące żywienia osób chorych na TTM wskazuje, że wysokie spożycie cukru i tłuszczów nasyconych jest związane z większą kompulsywnością i impulsywnością. Wymaga to dalszych badań, ponieważ nie wiadomo jeszcze, czy to dieta ma wpływ na kompulsje, czy one na sposób odżywiania. Modyfikacja diety mogłaby być potencjalnie kolejną użyteczną interwencją w leczeniu. [9] Istotnym aspektem jest także leczenie TTM występującej we śnie; przeprowadzono m.in. badanie dotyczące wpływu higieny snu i melatoniny na nasilenie objawów, lecz kwestia ta wymaga dalszych analiz. [23]

### **Leczenie farmakologiczne**

Nie ma leków, które zostały specjalnie zatwierdzone do leczenia trichotillomanii, nie opracowano także jednolitych schematów leczenia, jednak niektóre leki, zarejestrowane w innych wskazaniach, mogą pomóc w kontrolowaniu objawów TTM. Prawdopodobnie jest to wynikiem zmniejszenia dolegliwości powodowanych chorobami psychicznymi, które często współwystępują z TTM niż skutecznością leczenia samej trichotillomanii. [7] Leki są często stosowane by zmniejszyć natężenie emocji lub wrażeń, które nasilają wrywanie włosów, zamiast leczyć samo zaburzenie. Część badań sugeruje, że tymczasowe przyjmowanie leków pozwala pacjentom na lepsze wykorzystanie terapii behawioralnej.[21] Doniesienia wskazują głównie na zastosowanie: SSRI, TLPD, N-acetylocysteiny, naltreskonu, neuroleptyków atypowych, bupropionu, lamotryginy i dronabinolu.

**SSRI** są najczęściej wybieraną grupą leków w terapii TTM, jednak brakuje przekonujących dowodów na ich skuteczność. Wiele badań wskazuje na ich efektywność w połączeniu z psychoterapią, jednak zaznacza się, że w monoterapii to psychoterapia przynosi lepsze rezultaty. W badaniach porównujących fluoksetynę i placebo nie wykazano pomiędzy nimi istotnych różnic w redukcji chęci wrywania włosów, ich liczby lub czasu

poświęconego na tę czynność. Ich zastosowanie wydaje się być zasadne w celu redukcji współwystępującego lęku lub objawów depresyjnych. [7,12,20]

**Klomipramina** należy do grupy trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, działając głównie poprzez hamowanie zwrotnego wychwytu noradrenaliny i serotoniny do odpowiednich neuronów oraz wykazuje działanie antagonistyczne w stosunku do receptorów cholinergicznym typu M, receptorów histaminowych, receptorów adrenergicznych  $\alpha$  oraz do receptorów serotoninowych. Jest zalecana w przypadku nieskuteczności SSRI. [20] Metaanalizy wykazały, że wśród TLPD tylko klomipramina wydaje się być skuteczna, ale efekt jest stosunkowo niewielki. [15] W badaniach porównujących jej przydatność w leczeniu TTM w monoterapii okazała się bardziej skuteczna niż placebo, ale mniej niż psychoterapia poznawczo-behawioralna. [7]

Istnieją badania, które wykazały, że stosowanie **leków przeciwpsychotycznych** takich, jak olanzapina, aripiprazol i kwetiapina może być skutecznie w leczeniu TTM, jednak brak jest wystarczających i jednoznacznych dowodów. Badanie z 2010 r. wykazało, że olanzapina wydaje się być efektywnym i bezpiecznym leczeniem w TTM, jednak grupa badawcza była stosunkowo niewielka. [25]

Należy pamiętać, aby przy stosowaniu tych leków rozważyć potencjalne korzyści z możliwymi działaniami niepożądanymi. [7,15,25,26]

Wydaje się, że **N-acetylocysteina** jest jednym z najbardziej obiecujących leków w leczeniu TTM. Wpływa ona na przewodnictwo glutaminergiczne i jest także antyoksydantem. Ma stosunkowo dobrą tolerancję i profil bezpieczeństwa w porównaniu do innych leków stosowanych w TTM. Badania z jej zastosowaniem wykazały znaczący efekt w redukcji wrywania włosów w grupie dorosłych, jednak w grupie dzieci nie wykazano pozytywnych rezultatów. [27,28] W badaniu populacji dorosłych dotyczącym skuteczności dermatillomanii również zauważono znaczącą redukcję objawów i dobrą tolerancję leczenia. [29] Możliwe, że za te różnice odpowiada wzorzec wrywania włosów i NAC może być skuteczniejsza w typie skoncentrowanym. [7,15,27,30] Opisano także przypadek zastosowania NAC jako synergetyku, z dobrym efektem leczenia TTM, w połączeniu z bupropionem i fluwoksaminą u pacjentki z wcześniej błędnie postawionymi diagnozami depresji, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego lub zaburzenia lękowego i nieskutecznie leczonej sertaliną, fluwoksaminą, bupropionem i risperidonem w monoterapii lub politerapii/leczeniu skojarzonym. [31]

**Naltrekson** jest antagonistą receptorów opioidowych stosowanym off-label w leczeniu trichotillomanii. Jest powszechnie stosowany w leczeniu uzależnień, także behawioralnych np. hazardu. [32,33] W niektórych opisach przypadków wykazał skuteczność w trichotillomanii, zmniejszając potrzebę wrywania włosów. Jednak w badaniach z podwójnie ślepą próbą naltrekson nie wykazał znaczącej różnicy w zmniejszeniu wrywania włosów w porównaniu do placebo. [7,34]

**Bupropion** jest wybiórczym inhibitorem zwrotnego wychwytu neuronalnego amin noradrenaliny i dopaminy, nie hamuje aktywności MAO, ma minimalny wpływ na wychwyt indoloamin. [35] Wstępne wyniki badań z jego udziałem wskazują, że może być potencjalnym lekiem zmniejszającym nasilenie objawów trichotillomanii, działającym także w przypadkach opornych na działanie SSRI. [6] Opis przypadku pacjentki chorej na zespół policystycznych jajników, u której również występowała TTM i jedzenie kompulsywne, sugeruje zmniejszenie popędu do wrywania włosów przy zastosowaniu bupropionu i naltreksonu połączonych razem z psychoterapią. [36]

**Dronabinol** należy do syntetycznych kannabinoidów i może przynosić korzyści w schorzeniach psychiatrycznych. [37] W badaniu z małą liczbą chorych wykazał zmniejszenie wrywania włosów u 75% badanych i był dobrze tolerowany. [7]

Istnieją doniesienia wskazujące na redukcję objawów kompulsywnych po zastosowaniu **inozytolu**, jednak badanie 38 chorych na TTM mające na celu określić jego skuteczność i tolerancję nie wykazało istotnych różnic w redukcji objawów pomiędzy inozytolem a placebo. Zastosowanie inozytolu wymaga dalszych badań na większej grupie pacjentów. [30,38]

Pojawiły się doniesienia o pewnej skuteczności **lamotryginy** oraz innych leków przeciwpadaczkowych (topiramatu i okskarbamazepiny) w leczeniu trichotillomanii. [20] Uważa się, że mechanizm działania lamotryginy w TTM opiera się o inaktywację wrażliwych na napięcie kanałów  $\text{Na}^+$  i prawdopodobnie  $\text{Ca}^{2+}$ , co prowadzi do zahamowania nieprawidłowo zwiększonej aktywności neuronów i tym samym zapobiega nadmiernemu uwalnianiu glutaminianu. [30] Badanie przeprowadzone na 32 chorych na dermatillomanię nie wykazało jednak by lamotrygina wykazywała znacząco lepsze działanie niż placebo. [39]

**Leczenie chirurgiczne** jest wykorzystywane do leczenia powikłań trichotillomanii; w większości przypadków zdiagnozowanego trichobezoaru laparotomia jest metodą leczenia z wyboru. [6]

#### **Wnioski**

Trichotillomania jest zaburzeniem, które przysparza znacznego cierpienia i jednocześnie stygmatyzuje, co sprawia, że chorzy często nie szukają pomocy, więc odsetek jej występowania może być zaniżony. Negatywnie wpływa na funkcjonowanie w życiu społecznym i zawodowym. Terapia wymaga zaangażowania multidyscyplinarnego psychiatrów, psychologów, dermatologów, członków rodziny. W jej leczeniu największą skuteczność wykazała psychoterapia, szczególnie poznawczo-behawioralna; przyjęło się, że trening/terapia

zmiany nawyku powinna być leczeniem pierwszego rzutu, jednak inne metody psychoterapii również wiązały się z dobrymi efektami. Warto zwrócić także uwagę na przydatność nowych technologii w leczeniu TTM, np. edukacyjne witryny internetowe, terapia online, urządzenia wibrujące w odpowiedzi na wrywanie włosów. Leczenie farmakologiczne jest stosowane pomocniczo w celu zmniejszenia nasilenia objawów, najszerzej są stosowane leki z grupy SSRI, klomipramina, N-acetylocysteina, jednakże potwierdzenie stopnia ich przydatności wymaga dalszych analiz ze względu na stosunkowo małe grupy badawcze.

#### Bibliografia:

1. Patkar P, Patil AA, Singh I, Priyambada R, Chaudhury S. Trichotillomania in childhood: A case series. *Ind Psychiatry J*. 2021 Oct;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 Sep 13;30:100573. doi: 10.1016/j.invent.2022.100573. PMID: 36133915; PMCID: PMC9483632.
3. Maciejewska Jolanta. Trichotillomania. *Medycyna Praktyczna* 2017.08.31. [www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/170716,trichotillomania](http://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/170716,trichotillomania)
4. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania and Skin-Picking Disorder: An Update. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2021 Oct;19(4):405-412. doi: 10.1176/appi.focus.20210013. Epub 2021 Nov 5. PMID: 35747295; PMCID: PMC9063575.
5. Iwona Makowska. Trichotillomania u dzieci i młodzieży. *Dermatologia po Dyplomie* 2020.02 Trichotillomania u dzieci i młodzieży. <https://podyplomie.pl/dermatologia/34204,trichotillomania-u-dzieci-i-mlodziezy>
6. Marta Gawłowska-Sawosz, Marek Wolski, Andrzej Kamiński, Piotr Albrecht, Tomasz Wolańczyk. Trichotillomania i trichofagia – rozpoznawanie, leczenie, zapobieganie. Próba ustanowienia standardów leczenia w Polsce. *Psychiatr. Pol.* 2016; 50(1): 127–143
7. Melo D.F., Lima C.S., Piraccini B.M., Tosti A. Trichotillomania: What Do We Know So Far? *Skin Appendage Disord* 2022;8:1–7. doi: 10.1159/000518191
8. Prasad A, Jain A, Gupta A, Kamra A. Trichobezoar: Ravenous for Hair. *Euroasian J Hepatogastroenterol*. 2018 Jan-Jun;8(1):97-98. doi: 10.5005/jp-journals-10018-1271. Epub 2018 May 1. PMID: 29963475; PMCID: PMC6024051.
9. Grant JE, Valle S, Chamberlain SR. Nutrition in Skin Picking Disorder and Trichotillomania. *Front Psychiatry*. 2021 Nov 23;12:761321. doi: 10.3389/fpsy.2021.761321. PMID: 34887788; PMCID: PMC8650212.
10. Pereyra AD, Saadabadi A. Trichotillomania. [Updated 2022 Jun 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493186/>
11. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja, Tom I, wydanie 2008.; str.245
12. Cisoń H, Kuś A, Popowicz E, Szyca M, Reich A. Trichotillomania and Trichophagia: Modern Diagnostic and Therapeutic Methods. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2018 Sep;8(3):389-398. doi: 10.1007/s13555-018-0256-z. Epub 2018 Aug 11. PMID: 30099694; PMCID: PMC6109030.
13. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 02/2022); <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1253999657>
14. Ruth Golomb, Martin Franklin, Jon E. Grant, Nancy J. Keuthen, Charles S. Mansueto, Suzanne Mouton-Odum, Carol Novak, Douglas Woods. Expert Consensus Treatment Guidelines for Trichotillomania, Skin Picking And Other Body-Focused Repetitive Behaviors. 2011 Trichotillomania Learning Center, Inc.
15. Grant JE. Trichotillomania (hair pulling disorder). *Indian J Psychiatry*. 2019 Jan;61(Suppl 1):S136-S139. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_529\_18. PMID: 30745687; PMCID: PMC6343418.
16. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania and Skin-Picking Disorder: An Update. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2021 Oct;19(4):405-412. doi: 10.1176/appi.focus.20210013. Epub 2021 Nov 5. PMID: 35747295; PMCID: PMC9063575.
17. Grant JE, Dougherty DD, Chamberlain SR. Prevalence, gender correlates, and co-morbidity of trichotillomania. *Psychiatry Res*. 2020 Jun;288:112948. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112948. Epub 2020 Apr 18. PMID: 32334275; PMCID: PMC7212053.
18. Öner Ü. Children with trichotillomania in COVID-19 outbreak. *J Cosmet Dermatol*. 2021 Jul;20(7):1967-1968. doi: 10.1111/jocd.14200. Epub 2021 May 18. PMID: 33950551; PMCID: PMC8242538.
19. <https://www.bfrb.org/>

20. Waldemar Krzyszkowiak, Małgorzata Kuleta-Krzyszkowiak, Eliza Krzanowska. Leczenie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD) i zaburzeń powiązanych (OCRD). *Psychiatr. Pol.* 2019; 53(4): 825–843 PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE) [www.psychiatriapolska.pl](http://www.psychiatriapolska.pl) DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/105130>
21. Ruth Golomb, Martin Franklin, Jon E. Grant, Nancy J. Keuthen, PhD Charles S. Mansueto, Suzanne Mouton-Odum, Carol Novak, Douglas Woods. *Expert Consensus Treatment Guidelines Body-Focused Repetitive Behaviors Hair Pulling, Skin Picking, and Related Disorders*. 2016 The TLC Foundation for BFRBs. All Rights Reserved
22. Keijsers GP, Maas J, van Opdorp A, van Minnen A. Addressing Self-Control Cognitions in the Treatment of Trichotillomania: A Randomized Controlled Trial Comparing Cognitive Therapy to Behaviour Therapy. *Cognit Ther Res.* 2016;40:522-531. doi: 10.1007/s10608-016-9754-4. Epub 2016 Feb 2. PMID: 27471331; PMCID: PMC4947120.
23. Lichtblau KR, Romani PW, Greer BD, Fisher WW, Bragdon AK. Remote treatment of sleep-related trichotillomania and trichophagia. *J Appl Behav Anal.* 2018 Apr;51(2):255-262. doi: 10.1002/jaba.442. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29468679; PMCID: PMC5996980.
24. 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. *J Clin Psychiatry.* 2010 Oct;71(10):1336-43. doi: 10.4088/JCP.09m05114gre. Epub 2010 Apr 20. PMID: 20441724.
25. Hoffman J, Williams T, Rothbart R, Ipser JC, Fineberg N, Chamberlain SR, Stein DJ. Pharmacotherapy for trichotillomania. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Sep 28;9(9):CD007662. doi: 10.1002/14651858.CD007662.pub3. PMID: 34582562; PMCID: PMC8478440.
26. Baczynski C, Sharma V. Pharmacotherapy for trichotillomania in adults. *Expert Opin Pharmacother.* 2020 Aug;21(12):1455-1466. doi: 10.1080/14656566.2020.1761324. Epub 2020 Jul 7. PMID: 32633577.
27. Bloch MH, Panza KE, Grant JE, Pittenger C, Leckman JF. N-Acetylcysteine in the treatment of pediatric trichotillomania: a randomized, double-blind, placebo-controlled add-on trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Mar;52(3):231-40. doi: 10.1016/j.jaac.2012.12.020. PMID: 23452680; PMCID: PMC3745012.
28. 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 Jul;66(7):756-63. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.60. PMID: 19581567.
29. Grant JE, Chamberlain SR, Redden SA, Leppink EW, Odlaug BL, Kim SW. N-Acetylcysteine in the Treatment of Excoriation Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2016 May 1;73(5):490-6. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0060. PMID: 27007062.
30. Sani G, Gualtieri I, Paolini M, Bonanni L, Spinazzola E, Maggiora M, Pinzone V, Brugnoli R, Angeletti G, Girardi P, Rapinesi C, Kotzalidis GD. 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. PMID: 30892151; PMCID: PMC7059154.
31. Zhao X, Wang S, Hong X, Lu S, Tang S, Shen Y, Feng M, Guo P, Fang Y. A case of trichotillomania with binge eating disorder: combined with N-acetylcysteine synergistic therapy. *Ann Gen Psychiatry.* 2021 Sep 25;20(1):46. doi: 10.1186/s12991-021-00369-9. PMID: 34563228; PMCID: PMC8467022.
32. Mouaffak F, Leite C, Hamzaoui S, Benyamina A, Laqueille X, Kebir O. Naltrexone in the Treatment of Broadly Defined Behavioral Addictions: A Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Eur Addict Res.* 2017;23(4):204-210. doi: 10.1159/000480539. Epub 2017 Sep 7. PMID: 28877518.
33. Magdalena Rowicka. *UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE Terapia i Profilaktyka*. 2015 Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii Fundacja Praesterno. ISBN 978-83-940806-1-7. s. 124
34. Sikora M, Rakowska A, Olszewska M, Rudnicka L. The Use of Naltrexone in Dermatology. *Current Evidence and Future Directions.* *Curr Drug Targets.* 2019;20(10):1058-1067. doi: 10.2174/1389450120666190318121122. PMID: 30887922.
35. Jerzy, Dudek Dominika, Kucharska-Mazur Jolanta, Murawiec Sławomir, Rymaszewska Joanna, Cubąła Wiesław Jerzy, Heitzman Janusz, Szulc Agata, Bała Małgorzata, Gałecki Piotr: Pharmacological treatment of a depressive episode and recurrent depressive disorder - guidelines of the Polish Psychiatric Association and the National Consultant for Adult Psychiatry, *Psychiatria Polska*, vol. 55, no. 2, 2021, pp. 235-259, DOI:10.12740/PP/OnlineFirst/132496
36. Shah K, Kulkarni R, Singh R, Pannu HS, Kamrai D. Role of Bupropion and Naltrexone in Managing Depression With Polycystic Ovary Syndrome: A Case Report and Literature Review. *Cureus.* 2020 Nov 5;12(11):e11343. doi: 10.7759/cureus.11343. PMID: 33304679; PMCID: PMC7719465.

37. Julia Lewandowska, Jan Maciej Kapała, Łukasz Puchała. Therapeutic Potential of Dronabinol: A Systematic Review of Human Trials. *Farm Pol*, 2021, 77(8): 477–490
38. Leppink EW, Redden SA, Grant JE. A double-blind, placebo-controlled study of inositol in trichotillomania. *Int Clin Psychopharmacol*. 2017 Mar;32(2):107-114. doi: 10.1097/YIC.000000000000156. PMID: 27824633.
39. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW. A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathological skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *J Clin Psychopharmacol*. 2010 Aug;30(4):396-403. doi: 10.1097/JCP.0b013e3181e617a1. PMID: 20531220; PMCID: PMC3172612.