

Sylwia Kosioł

TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA W LECZENIU PATOLOGICZNEGO SKUBANIA SKÓRY. SKUTECZNOŚĆ I METODY POSTĘPOWANIA

COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY FOR PATHOLOGICAL SKIN PICKING. EFFICACY AND PROCEDURES

Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej OD NOWA we Wrocławiu

**skin picking disorder
dermatillomania
cognitive-behavioural therapy**

Streszczenie

Patologiczne skubanie skóry (ang. pathological skin picking, PSP), znane również jako dermatillomania, charakteryzuje się nadmiernym i powtarzającym się drapaniem lub zrywaniem zdrowej skóry lub skóry z niewielkimi nieregularnościami. Zachowanie to prowadzi do uszkodzenia skóry i znacznego dyskomfortu wpływającego na społeczne funkcjonowanie chorego. Co ważne, zaburzenie to nie jest spowodowane podstawową chorobą dermatologiczną. Patologiczne skubanie skóry dotyka 1,5% populacji ogólnej, czasem zaczyna się już przed ukończeniem dziesiątego roku życia. Dermatillomania jest ściśle powiązana z trichotillomanią (patologicznym wyrrywaniem włosów) (ang. hair pulling disorder, TTM). Choć patologiczne skubanie skóry zostało udokumentowane w literaturze medycznej już w XIX wieku, dopiero niedawno zostało włączone jako odrębna jednostka do systemów klasyfikacji diagnostycznych. Dermatillomania nie jest uwzględniona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych — rewizja dziesiąta (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, ICD-10). Jednak w ICD-11 oraz w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych, wydanie 5. (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V) PSP istnieje jako zaburzenie przeczosowe (ang. excoriation disorder, ED), przeczosy psychogenne lub dermatillomania. PSP zostało włączone w spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, biorąc pod uwagę, że ma podobne cechy i mechanizm powstawania jak trichotillomania. Jednym z klinicznie udowodnionych sposobów leczenia dermatillomanii jest trening odwracania nawyku (ang. habit reversal training, HRT) oraz terapia akceptacji i zaangażowania (ang. acceptance and commitment therapy, ACT).

Summary

Pathological skin picking (PSP), also known as dermatillomania is characterized by excessive and repeated scratching or picking of normal skin or skin with minor surface irregularities. It leads to damage to the skin tissue and significant distress or functional impairment. What is important, this disorder is not caused by basic dermatological disease. Skin picking affects 1.5% of the general population and sometimes begins before the age of ten. Dermatillomania is closely related to tricho-

tillomania (hair pulling disorder, TTM). While pathological skin picking has been documented in the medical literature since the 19th century, it has only recently been included as a distinct entity in psychiatric classification systems. Dermatillomania is not classified in the International Classification of Diseases, 10th Revision. However, in the 11th Revision and in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition it was coded as excoriation disorder (ED), psychogenic excoriation or dermatillomania. Skin picking disorder has been included in the obsessive-compulsive disorder spectrum, given its overlap with conditions such as trichotillomania. One of the clinically effective treatments for dermatillomania is habit reversal training (HRT) and acceptance and commitment therapy (ACT).

Patologiczne skubanie skóry

Patologiczne skubanie skóry (ang. *pathological skin picking, PSP*) nazywane również dermatillomanią, to zrytualizowane drapanie i skubanie zdrowej skóry, którego powtarzanie prowadzi do wyraźnych uszkodzeń tkanek. Samouszkodzeń dokonuje się najczęściej za pomocą paznokci, pęset i wykałaczek, rzadziej z wykorzystaniem igieł i noży. Osoby z rozpoznaniem PSP skubią skórę twarzy, ramion, nóg, brzucha, pleców i dłoni [1–3], jednak zdecydowanie najczęściej okaleczają skórę twarzy. Pozostałe miejsca skubane są wówczas, gdy naskórek na twarzy jest znacznie uszkodzony i chory zmuszony jest do zrobienia sobie w jej drapaniu przerwy, by rany mogły się zagoić. PSP wpływa na pojawienie się krwawiących ran i brzydkich blizn, które stanowią dla chorego przyczynę istotnego cierpienia psychicznego (unikania wydarzeń towarzyskich, aktywności grupowych, wychodzenia w ciągu dnia lub do miejsc z dobrym oświetleniem, formalnych wydarzeń, rozrywek, wyjść do restauracji oraz wchodzenia w związki intymne z obawy przed dostrzeżeniem przez innych zmian skórnych). Skubanie stanowi sposób radzenia sobie z napięciem, będąc początkowo zachowaniem nieświadomym, z czasem jednak staje się świadomą czynnością, której nie da się kontrolować [1]. Chorzy znają konsekwencję swojego zachowania i wielu z nich próbuje bezskutecznie zatrzymać ten nawyk [4]. Cierpiący na dermatillomanię doświadczają bardzo intensywnych emocji poczucia winy, wstydu, złości, smutku, lęku i in., które są częścią ich kompulsywnych zachowań. Ponieważ pojawiają się one bezpośrednio przed skubaniem skóry, niektórzy badacze upatrują w owej dysregulacji emocji patomechanizmu PSP. Po dokonaniu aktu rozdrapania zmian skórnych dyskomfort zostaje tymczasowo zredukowany [5].

W świetle wyników badań Keuthen i współpracowników [1] w populacji ogólnej rozpowszechnienie dermatillomanii stanowi około 1,4%, dane te jednak mogą być niedoszacowane ze względu na wstyd związany z przyznaniem się do osobistych trudności z zaprzestaniem skubania skóry. Badacze wskazują, że zaburzenie to może być dziedziczone [1, 2]. PSP zaczyna się w okresie dojrzewania, co ma związek z pojawieniem się zmian dermatologicznych skóry twarzy typowych dla nastolatków (trądzik zwyczajny, łojotokowe zapalenie skóry, łuszczyca), jednak skubanie skóry trwa nawet po ustąpieniu dermatozy. Niektóre dane sugerują, że choroba może pojawić się w każdym wieku [6]. Częściej występuje u dziewczynek i młodych kobiet, jednak należy mieć na uwadze, że duże rozpowszechnienie PSP u osób płci żeńskiej może odzwierciedlać jedynie dysproporcje w tendencji do poszukiwania pomocy medycznej i nie wskazywać rzeczywistych różnic w częstości występowania zaburzenia u obu płci [7].

Etiologia tej choroby nie jest dokładnie znana. Jako prawdopodobne przyczyny powstania PSP wyróżnia się: stres, lęk i inne czynniki psychologiczne, traumatyczne wydarzenia, szczególnie w okresie dzieciństwa, oraz nierównowagę neurologiczną związaną z przeciążeniem układu nerwowego przez stres [4]. Na pojedynczy epizod skubania skóry w dermatillomanii może mieć wpływ wiele wyzwalaczy nierzadko występujących jednocześnie: stres, lęk, brak zajęć, nuda [8], zmęczenie czy złość [1]. Chorzy najczęściej rozdrapują krosty, strupy, blizny, otwarte rany, zmiany na skórze spowodowane ukąszeniem owadów lub po prostu zdrową skórę [2]. Współwystępowanie patologicznego skubania skóry z innymi zaburzeniami psychicznymi jest zjawiskiem potwierdzanym w badaniach, a spośród najczęściej opisywanych należy wymienić przede wszystkim: zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (alkohol, tytoń, narkotyki) oraz inne zaburzenia kontroli impulsów [1, 9].

Wyróżnia się dwa podtypy PSP: impulsywny i kompulsywny. Skubanie kompulsywne — ma na celu unikanie lęku lub zachowania powstającego pod wpływem natrętnych myśli dotyczących skóry. Jest wykonywane świadomie. Chory próbuje się przed skubaniem bezskutecznie powstrzymać. Skubanie impulsywne może być zupełnie automatyczne i związane z pobudzeniem, chęcią odczucia przyjemności i redukcją napięcia; chory nie próbuje się powstrzymać od tego zachowania. Badacze sugerują, że PSP może również istnieć jako typ mieszany PSP [2, 7]. W niektórych badaniach sprawdzano, które cechy osobowości połączone z deficytem regulacji emocji danej osoby pozwalają przewidywać wystąpienie określonych podtypów PSP [10]. Wyniki sugerują, że automatyczne (impulsywne) skubanie skóry jest umiarkowanie związane z cechami unikającymi, masochistycznymi i cechami zaburzenia osobowości typu borderline, natomiast słabo związane z depresją i zależnością. Osoby reprezentujące ten typ PSP mogą mieć deficyty związane ze zdolnością do angażowania się w zachowania ukierunkowane na cel. Uszkodzenia tkanek skóry powodowane powtarzającymi się tendencjami do jej skubania zwykle zwiększają lęk przed interakcjami społecznymi, wzmacniając w ten sposób unikające cechy osobowości i nieadaptacyjne schematy. PSP kompulsywne natomiast może być dezadaptacyjną strategią radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami (jak np. w zaburzeniu osobowości borderline) [7].

PSP w klasyfikacjach chorób psychicznych

W obowiązującej w Europie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych — rewizja dziesiąta (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* — ICD-10) dermatillomanii nie wyodrębniono. Obecnie PSP uznawane jest za zjawisko należące do grupy zaburzeń nawyków i popędów (impulsów) niesklasyfikowanych gdzie indziej: F63.8 *Inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)*: „Tę kategorię należy stosować do innego rodzaju uporczywie powtarzanych niedostosowanych zachowań, które nie są wtórne do rozpoznanych zespołów zaburzeń psychicznych, a wynikają, jak się wydaje, z powtarzających się niepowodzeń przeciwstawiania się takiemu impulsowi działania. Występuje zwiastunowy okres napięcia i poczucie ulgi w czasie działania”. [11, str.123]. O ile w ICD-10 nie ma wzmianki o patolo-

gicznym skubaniu skóry, o tyle w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego — Kryteriach Diagnostycznych Zaburzeń Psychiczych, Wydaniu Piątym (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition — DSM-5*), dermatillomanię dodano do nowo utworzonego rozdziału: „Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i inne z nimi związane” pod nazwą: wywołane zapalenie skóry (przechosy psychogenne), kod: 698.4 [12]. W klasyfikacji tej, zarówno angielsko-, jak i polskojęzycznej, nie ma jednej nazwy na to zaburzenie, co może przysparzać trudności diagnostyczno-definicyjnych: *pathological skin picking* (patologiczne skubanie skóry), *acne excoriee* (trądzik przechosowy), *excoriation disorder* (zaburzenie przechosowe), *dermatillomania czy skin-picking disorder* (zaburzenie skubania skóry). W języku polskim również istnieje kilka nazw zamiennie używanych: wywołane zapalenie skóry, przechosy psychogenne czy samodzielnie wywołana dermatoza. W DSM-5 patologiczne skubanie skóry jest diagnozowane w przypadku nawracającego rozdrapywania skóry powodującego zmiany skórne (kryterium A), występujących wielokrotnych prób zmniejszenia nasilenia lub powstrzymania drapania się (kryterium B), a zachowanie to powoduje istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w obszarach społecznych, zawodowych i innych ważnych (kryterium C). W przypadku diagnozy DSM-5 PSP nie może być spowodowane fizjologicznym działaniem substancji (np. kokainy) albo stanem ogólnomedycznym, np. świerzbem (kryterium D), ani nie może być lepiej wyjaśnione występowaniem objawów innych zaburzeń psychicznych (np. urojeń lub omamów czuciowych w zaburzeniu psychotycznym, próbami poprawienia wyobrażonych defektów wyglądu zewnętrznego w cielesnym zaburzeniu dymorficznym, ruchami stereotypowymi w zaburzonych stereotypiach ruchowych, zamiarami autoagresywnymi w samouszkodzeniach niemających charakteru samobójczego — kryterium E) [13].

W jedenastym wydaniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) Światowej Organizacji Zdrowia, które zostało zatwierdzone w maju 2019 roku, w kategorii „Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne współwystępujące zaburzenia” wyodrębniono grupę zaburzeń, którą określa się zbiorczo mianem „Nawykowych czynności dotyczących ciała” (ang. *body-focused repetitive behaviour disorders — BFRBD*). Należą do niej: trichotillomania, zaburzenie przechosowe (ang. *excoriation disorder*; ED), inne określone nawykowe czynności dotyczące ciała oraz nawykowe czynności dotyczące ciała, nieokreślone. Nowa klasyfikacja ICD-11 będzie obowiązywać od 2022 roku. Patologiczne skubanie skóry określono tamże jako zaburzenie przechosowe. Zaburzeniu temu towarzyszą nieskuteczne próby zmniejszenia lub ograniczenia zachowania charakteryzującego się nawracającym drapaniem skóry twarzy, ramion, pleców, rąk i dłoni, prowadzącym do zmian skórnych. Skubanie skóry następować może w krótkich epizodach rozproszonych w ciągu dnia lub rzadziej, natomiast w związku z wykonywaniem owych czynności upośledzone zostaje życie jednostki w obszarach osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych i zawodowych [14]. Tabela 1 przedstawia zmiany w nowej klasyfikacji ICD-11.

Tabela 1. Porównanie wybranych grup zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 i ICD-11 [15]

ICD-10	ICD-11
<p>F50-F59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi</p> <p>F50 Zaburzenia odżywiania</p> <p>F51 Nieorganiczne zaburzenia snu</p> <p>F52 Dysfunkcja seksualna nie spowodowana zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną</p> <p>F53 Zaburzenia psychiczne związane z położeniem, nie sklasyfikowane gdzie indziej</p> <p>F54 Czynniki psychologiczne i behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami klasyfikowanymi w innych rozdziałach</p> <p>F55 Nadużywanie substancji niepowodujących uzależnienia</p> <p>F59 Nieokreślone zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi</p>	<p>Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne pokrewne</p> <p>6B20 Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne</p> <p>6B21 Cieleśne zaburzenie dymorficzne</p> <p>6B22 Węchowy zespół odnoszący</p> <p>6B23 Hipochondria</p> <p>6B24 Patologiczne zbieractwo</p> <p>6B25 Nawykowe czynności dotyczące ciała:</p> <p>6B25.0 Trichotillomania</p> <p>6B25.1 Zaburzenie przeczosowe</p> <p>6B25.Y Inne określone nawykowe czynności dotyczące ciała</p> <p>6B25.Z Nawykowe czynności dotyczące ciała, nieokreślone</p>
<p>F60-F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych</p> <p>F60 Specyficzne zaburzenia osobowości</p> <p>F61 Zaburzenia osobowości mieszane i inne</p> <p>F62 Trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu</p> <p>F63 Zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)</p> <p>F63.0 Patologiczny hazard</p> <p>F63.1 Patologiczne podpalanie (piromania)</p> <p>F63.2 Patologiczne kradzieże (kleptomania)</p> <p>F63.3 Trichotillomania</p> <p>F63.8 Inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)</p> <p>F64 Zaburzenia identyfikacji płciowej</p> <p>F65 Zaburzenia preferencji seksualnych</p> <p>F66 Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną</p> <p>F68 Inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych</p> <p>F69 Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych, nieokreślone</p>	<p>Zaburzenia specyficznie związane ze stresem</p> <p>6B40 Zespół stresu pourazowego</p> <p>6B41 Złożony zespół stresu pourazowego</p> <p>B42 Przedłużająca się żaloba</p> <p>6B43 Zaburzenia adaptacyjne</p> <p>6B44 Reaktywne zaburzenia przywiązania</p> <p>6B45 Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych</p> <p>6B4Y Inne określone zaburzenia związane ze stresem</p> <p>6B4Z Zaburzenia specyficznie związane ze stresem, nieokreślone</p>

	Zaburzenia kontroli impulsów 6C70 Patologiczne podpalanie 6C71 Patologiczne kradzieże 6C72 Kompulsywne zachowania seksualne 6C73 Okresowe eksplozywne zaburzenia zachowania 6C7Y Inne określone zaburzenia kontroli impulsów 6C7Z Zaburzenia kontroli impulsów, nieokreślone
--	--

PSP a inne zaburzenia

Patologiczne skubanie skóry należy niewątpliwie zaklasyfikować do zachowań kompulsywnych, ponieważ powtarzające się, szkodliwe dla jednostki zachowania mogą być przejawem utraty kontroli nad impulsami, jak również manifestacją patomechanizmu obsesyjno-kompulsywnego [16]. Do specyficznych właściwości grupy zaburzeń kontroli impulsów należą: 1) powtarzalność zachowań bez racjonalnej motywacji, 2) szkodliwość działań związanych z własną osobą lub innymi ludźmi oraz 3) działania związane z trudno kontrolowanym impulsem [17, 18]. Dermatillomania jest bardzo podobna do trichotillomanii (TTM), polegającej na impulsywnym wrywaniu sobie włosów przez pacjenta, podczas którego pojawia się napięcie psychiczne ustępujące po wyrwaniu włosów, a zastępuje je przyjemność i odczucie ulgi. Patologiczne skubanie skóry często występuje też u chorych cierpiących na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (ang. *obsessive-compulsive disorder*, OCD). Główną cechą, która wskazuje na podobieństwo PSP i TTM — rozpoznania wchodzącego w skład zaburzeń ze spektrum obsesyjno-kompulsyjnego, jest początek powstania choroby. W literaturze przedmiotu podaje się, że najczęściej patologiczne skubanie skóry, jak i niepohamowane wrywanie włosów rozpoczynają się w okresie adolescencji lub wczesnej dorosłości, aczkolwiek pierwsze objawy mogą pojawić się już w dzieciństwie [19, 20]. Skubanie skóry, podobnie jak wrywanie włosów w TTM, ma przede wszystkim służyć złagodzeniu wewnętrznego napięcia i negatywnych emocji albo znalezieniu sobie zajęcia dla wypełnienia wolnego czasu. Podobieństwo PSP i TTM przejawia się również we wskaźnikach płci (częstsze występowanie tych zaburzeń u kobiet), dysfunkcyjnym charakterze zaburzenia oraz próbach jego ukrycia. Natomiast różnice, jakie zostały wykryte przez badaczy, to wyzwalacze czuciowe oraz czas spędzony na wykonanie dysfunkcyjnego zachowania [21]. Wśród przyczyn biochemicznych zachowania niosącego cechy samookaleczenia wyróżnia się rolę bólu, ponieważ doznania bólowe pojawiają się dopiero później, po jednej lub dwóch godzinach od dokonania aktu skubania skóry czy wrywania włosów [17]. Bardzo często u osób z PSP występuje brak tolerancji dla niedoskonałości własnej skóry, co skutkuje usilnymi staraniami, by krostki zostały wygładzone lub całkowicie usunięte. Zdarza się zatem, że dermatillomania może być częścią większego problemu związanego z dysmorficznym zaburzeniem ciała (ang. *body dysmorphic disorder*, BDD), które polega na zaabsorbowaniu rzekomymi defektami skóry oraz wykonywaniu czynności

związanych z poprawą i ukryciem wad, a także upewnianiem się, co do perfekcyjności własnego wyglądu zewnętrznego [22]. W obliczu podobieństwa obrazu klinicznego — PSP bardzo często jest błędnie diagnozowane jako OCD lub BDD.

Powtarzające się objawy rozdrapywania skóry mają pewne podobieństwa do powtarzalnych kompulsywnych rytuałów w OCD, co może być przesłanką na postawienie hipotezy wspólnej neurobiologicznej ścieżki powstawania tychże chorób. Jednak PSP jest w dużej mierze zaburzeniem częściej rozpoznawanym u kobiet, a OCD czy BDD rozpoznaje się zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet [1, 2]. Niektórzy badacze podają natomiast, że zaabsorbowanie wyglądem, u osób cierpiących na BDD, może również predysponować osobę do kompulsywnego skubania skóry i rozwinięcia PSP [3].



Rysunek 1. **Spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego**
[modyfikowano za: 19, 20]

Rysunek 1 przedstawia spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, które w ciekawy sposób łączy zaburzenia mające podobne cechy, tj.: zbliżony wiek wystąpienia pierwszych objawów choroby, zazwyczaj przewlekły przebieg choroby oraz czasem po-

dobne cechy osobowości (najczęściej osobowości typu „borderline” lub antyspołecznej) [10, 19]. Schemat ten podzielono na trzy zbiory wchodzące w skład zaburzeń ze spektrum OCD: zaabsorbowanie wyglądem lub wrażeniami z ciała, zaburzenia kontroli impulsów oraz zaburzenia neurologiczne. Każde z zaburzeń z danego zbioru łączy cechy podobne do zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, m.in. w dysmorfofobii pojawiają się zachowania: nadmierne przeglądanie się w lustrach i myśli związane z porównywaniem się z innymi, w zaburzeniu hipochondrycznym powtarzające się myśli o możliwości zachorowania na poważną chorobę, w kleptomanii trudne do powstrzymania powtarzające się zachowania ukierunkowane na dokonanie kradzieży, natomiast w Zespole Tourette’a koprofalia.

Terapia poznawczo-behawioralna

Terapia poznawczo-behawioralna (ang. *cognitive-behavioural therapy*, CBT) powstała w latach 60. XX wieku, głównie z powodu ograniczeń istniejących ówczesznie nurtów psychoterapeutycznych. Połączenie teorii behawioralnej i poznawczej skupia się przede wszystkim na tym, jak ludzie zachowują się w konkretnych sytuacjach oraz jak postrzegają siebie, świat i innych. Kluczowa w CBT jest restrukturyzacja poznawcza danego wydarzenia oraz wpływ negatywnych myśli automatycznych na zachowanie, emocje i reakcje fizjologiczne. Począwszy od okresu dzieciństwa człowiek formułuje różne przekonania. Część z nich utrzymuje się przez całe życie, a niektóre są modyfikowane przez doświadczenia życiowe. W ten sposób kształtuje się schemat poznawczy, który ma każdy człowiek. Schemat poznawczy jest strukturą, która selekcionuje, koduje i ocenia bodźce oddziałujące na jednostkę [23]. Stanowi spójną i utrwaloną wiedzę człowieka, ukształtowaną na podstawie wcześniejszych doświadczeń. Schematy poznawcze odpowiadają za wydobywanie z pamięci informacji zgodnych z obecnym nastrojem osoby, w związku z czym w sytuacjach niejednoznacznych pomagają w interpretowaniu napływających informacji. Taka cecha schematu poznawczego stanowi o tym, że często postrzega się i interpretuje nowe sytuacje i wydarzenia zgodnie z podstawowymi przekonaniem danej osoby [23].

Przekonania kluczowe to podstawowe przekonania o sobie, innych ludziach i świecie. Osoby cierpiące na dermatilomanię często wykazują następujące przekonania: „Jestem brzydka”, „Jestem słaba”, o innych: „Ludzie oceniają”, „Ludzie odrzucają”, o świecie: „Świat jest zagrażający”. U chorych na PSP wyodrębnić można kilka silnych przekonań pośredniczących (warunkowych) m.in.: „Jeśli będę brzydka, to nikt mnie nie pokocha”, „Jeśli mam krostę na twarzy, muszę się jej natychmiast pozbyć”, „Zawsze trzeba mieć piękną skórę twarzy”. Niektóre części schematu są zniekształcone przez błędy poznawcze, zwane zniekształceniami poznawczymi m.in. czytanie w myślach, katastrofizację, selektywną uwagę i myślenie dychotomiczne. **Czytanie w myślach** polega na tym, że jednostka zakłada, iż wie, co inne osoby myślą na jej temat. Przykładem tego zniekształcenia poznawczego w przypadku PSP byłoby: „On myśli, że moje blizny na twarzy są obrzydliwe”. **Katastrofizm** natomiast to tworzenie w myślach czarnych scenariuszy oraz wymyślanie, co złego może się wydarzyć: „Nigdy nie przestanę drapać skóry twarzy”, „Te blizny będą tak wielkie, że wszyscy je zobaczą”. W przypadku **selektywnej uwagi** wyłapywane są informacje, które pasują do wizji świata danego

człowieka przy jednoczesnym pomijaniu bądź negowaniu informacji, które od tej wizji odstają: „Oni patrzą tylko na moje strupy i blizny”. Natomiast *myślenie dystomatyczne* cechuje się postrzeganiem różnych zjawisk tylko w skrajnych aspektach: „Albo mam piękną, gładką skórę twarzy, albo jestem najbrzydszą osobą na Ziemi” [23].

CBT jest stosowana na całym świecie, często rekomendowana przez różne ośrodki badawcze jako wyłączna lub dodatkowa metoda leczenia osób cierpiących na wiele zaburzeń, m.in. zespołu stresu pourazowego (ang. *posttraumatic stress disorder*, PTSD), zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zaburzeń lękowych itp. W pracy z klientem korzysta się z poszczególnych modeli zaburzeń i protokołów dostosowanych do konkretnego zaburzenia. CBT ma określoną strukturę i zakres czasowy oraz jest zorientowana na cel. Podczas pracy z klientem terapeuta korzysta z wielu technik terapeutycznych, zarówno poznawczych, jak i behawioralnych, które mają na celu zmianę dysfunkcjonalnego myślenia, emocji i zachowań.

Sposoby postępowania w leczeniu dermatillomanii

Ostatnimi czasy obserwuje się zwiększenie liczby osób dotkniętych patologicznym skubaniem skóry. Zgłaszają się one po pomoc do specjalistów z dziedziny psychoterapii głównie ze względu na fakt, iż dermatolodzy, do których w pierwszej kolejności najczęściej trafiają osoby chore, coraz częściej zalecają równocześnie z leczeniem dermatologicznym rozpoczęcie terapii poznawczo-behawioralnej. W rzeczywistości jednak zaledwie 30–45% osób z rozpoznaniem dermatillomanii szuka leczenia [7]. Wyniki badań pokazują, że u ponad 47,5% chorych PSP rozpoczęło się przed ukończeniem dziesiątego roku życia, a około 11,5% osób może podjąć w przyszłości próby samobójcze [2, 21]. Trudno jednak rozpocząć proces leczenia w wieku młodzieńczym, ponieważ problemy skórne są typowe dla adolescentów. Zainteresowanie badaczy i klinicystów problemami pacjentów z PSP systematycznie więc wzrasta, co jest najbardziej widoczne w zwiększającej się liczbie badań nad zaburzeniem ekskoracyjnym. Skutecznym postępowaniem w leczeniu objawów dermatillomanii jest stosowanie leków przeciwdepresyjnych [4], szczególnie escitalopramu należącego do grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (ang. *selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI) [24]. Inne badania kliniczne podają mieszane rezultaty skuteczności SSRI w PSP, natomiast sugerują, że N-acetylocysteina (NAC) [1] oraz naltrekson (antagonista receptorów opioidowych) [25] mogą być pomocne w znoszeniu takich symptomów, jak obgryzanie paznokci czy skubanie skóry. Natomiast wszyscy badacze jednogłośnie podkreślają, że najbardziej skuteczne leczenie dermatillomanii polega na połączeniu farmakoterapii z metodami niefarmakologicznymi [1].

CBT jako metoda o udowodnionej naukowo skuteczności w leczeniu osób o zróżnicowanych problemach emocjonalnych i zaburzeniach psychicznych [23], również rekomendowana jest do terapii patologicznego skubania skóry [4]. CBT jest najczęstszą i najskuteczniejszą formą leczenia pacjentów cierpiących na PSP lub inne nawykowe czynności dotyczące ciała, takie jak TTM [26]. W kontekście PSP terapia poznawczo-behawioralna obejmuje psychoedukację, restrukturyzację poznawczą, nacisk na zapobieganie nawrotom poprzez zwiększanie poczucia własnej skuteczności chorego i jasno określonych technik

samodzielnego radzenia sobie z niwelowaniem przymusu skubania skóry. W CBT pracuje się zatem nad zmianą myślenia doprowadzającego do konkretnych dysfunkcyjnych zachowań, jednocześnie wprowadzając terapię behawioralną, która prowadzi do zmiany wykonywanych kompulsywnie czynności [23]. Restrukturyzacja poznawcza w pracy terapeutycznej z osobami cierpiącymi na PSP rozpoczyna się od rozpoznania przez pacjenta jego własnego systemu znaczeń nadawanych wyglądowi zewnętrznemu czy kondycji skóry twarzy, czyli rozwinięcia u niego umiejętności metapoznawczych: „Muszę mieć piękną cerę, bo nie zaakceptują mnie”, przez naukę rozpoznawania sposobu przetwarzania informacji — charakterystycznych zniekształceń poznawczych i ruminowania, a kończąc na modyfikacji sposobów interpretowania relacji między jednostką a otoczeniem: „Jeśli na mnie patrzy, to znaczy, że mnie lubi, a nie, że przypatruje się moim bliźnim”.

W schorzeniach związanych z patologicznym skubaniem skóry podstawowe elementy terapii poznawczo-behawioralnej można podzielić na dwa etapy: 1) wyłapanie czynników wyzwalających oraz podtrzymujących skubanie skóry podczas treningu odwracania nawyku (dzienniczek treningu samoświadomości) oraz 2) pogłębianie świadomości zachowania pacjenta poprzez restrukturyzującą poznawczą, czyli poznawcze omówienie konkretnych przekonań kluczowych i myśli automatycznych oraz terapię opartą na akceptacji i zaangażowaniu [26]. Skuteczność interwencji behawioralnych opartych na technice odwracania nawyku (ang. *habit reversal training*, HRT) potwierdzono w badaniach jako skuteczny sposób nefarmakologicznego leczenia PSP [4], natomiast bardzo dobre rezultaty osiąga połączenie HRT z terapią akceptacji i zaangażowania (ang. *acceptance and commitment therapy*, ACT) [1, 22].

Technika odwracania nawyku

W literaturze przedmiotu odnaleźć można zastosowanie techniki odwracania nawyku w leczeniu trichotillomanii [27]. W związku z tym, że istnieją podobieństwa między patomechanizmem TTM oraz PSP poddano modyfikacji trening odwracania nawyku, by móc zastosować go w leczeniu dermatillomanii. Skuteczność treningu odwracania nawyku wiąże się z uwzględnieniem kilku charakterystycznych cech PSP: a) osoby chore są w stanie jedynie chwilowo powstrzymać się od drapania skóry, b) napięcie i poczucie dyskomfortu w tym czasie wzrasta, powodując u chorego stan niepokoju, c) w krótkim czasie pojawiają się objawy czuciowe, tj. mrowienie czy swędzenie skóry, d) dochodzi do aktu rozdrapania zmian skórnych i wzmocnienia zachowania przez doznana w związku z tym ulgę. Biorąc pod uwagę powyższe cechy HRT przedstawia choremu na PSP alternatywne sposoby radzenia sobie z napięciem i objawami czuciowymi, zanim dokona on aktu rozdrapania skóry, oraz udziela konkretnych wskazówek postępowania w przypadku, kiedy ulegnie zachowaniu kompulsywnemu.

Na technikę HRT składają się:

1. trening świadomości, polegający na codziennym monitorowaniu drapania skóry: miejsca, w którym doszło do aktu jej rozdrapania, siły pragnienia drapania na skali od 0 do 10, stopnia świadomości danego zachowania na skali od 0 do 10, emocji, jakie odczuwa chory podczas drapania oraz myśli, jakie wtedy przychodzą do głowy, objawów z ciała, wysiłku włożonego w powstrzymanie skubania oraz subiektywnej

Terapia akceptacji i zaangażowania

Terapia oparta na akceptacji i zaangażowaniu to podejście psychoterapeutyczne stworzone przez Stevena C. Hayesa, Kelly'ego G. Wilsona i Kirka Strosahla [28]. Należy do nurtu „trzeciej fali terapii behawioralnych” obok terapii poznawczej opartej na uważności, dialektycznej terapii behawioralnej oraz terapii schematów. ACT rozwija się w obrębie kontekstualnej nauki o zachowaniu (ang. *contextual behavioral science*, CBS), która w założeniach jest bliska filozofii radykalnego behawioryzmu B.F. Skinnera. W ACT jednak podkreśla się znaczenie procesów werbalnych w regulacji zachowania się jednostki [28]. Terapia ta jest ukierunkowana na poszerzenie repertuaru dostępnych pacjentowi sposobów reagowania i działania w otaczającej go rzeczywistości, a nie redukcji symptomów braku zdrowia psychicznego. Nadrzędnym celem ACT jest zwiększenie psychologicznej elastyczności (ang. *psychological flexibility*) pacjenta, czyli umożliwienie mu życia w zgodzie z własnymi wartościami, nawet jeśli wiąże się to z doznawaniem wewnętrznego dyskomfortu przez odczuwaniem negatywnych emocji czy myśli. Zakłada się bowiem, że unikanie tych nieprzyjemnych doznań wiąże się z niemożnością doświadczenia wartościowego życia. Psychologiczna elastyczność jest nie tylko celem terapeutycznym, ale też mediatorem zmiany zachodzącej w terapii oraz podstawą zdrowia psychicznego [28]. ACT proponuje zmianę prób kontrolowania myśli i uczuć na ich akceptację oraz uczy traktowania myśli jako tego, czym naprawdę są, czyli produktami umysłu, a nie rzeczywistością. Jednym z procesów werbalnych przyczyniających się do rozwoju psychopatologii jest fuzja poznawcza (ang. *cognitive fusion*). W jej ramach dochodzi do założenia, że treści poznawcze stanowią obiektywną prawdę o człowieku i otaczającym świecie. Przykładem może być myśl: „Z taką brzydką skórą twarzy nikt mnie nie pokocha”. Fuzja poznawcza z taką myślą może u osoby cierpiącej na dermatillomanię prowadzić do silnej reakcji emocjonalnej i zwiększenia zachowań autoagresywnych w celu obniżenia poziomu napięcia i przeżywanego negatywnego afektu.

W fuzji poznawczej człowiek zatem traktuje myśli, słowa i zdarzenia jakby były rzeczywistością, czyli reaguje na własne konstrukty umysłowe jak na konkretną, rzeczywistą sytuację w świecie fizycznym [29]. W celu odwrócenia tego typu procesu stosuje się defuzję poznawczą, która sprzyja rozdzieleniu myśli od rzeczywistości i uczy, jak przyglądać się własnym myślom w sposób uważny oraz z dystansem, bez traktowania ich dosłownie [30].

Skuteczność terapii akceptacji i zaangażowania została potwierdzona w licznych badaniach [28]. Tego typu terapię poznawczo-behawioralną promującą akceptację negatywnych myśli i uczuć jako elementu składowego ludzkiego doświadczenia oraz zachęcającą do myślenia o sposobach reagowania na te negatywne myśli i emocje w sposób zgodny z osobistymi wartościami i celami u pacjentów z PSP stosuje się skutecznie. ACT ma na celu przełamanie unikania doświadczenia, czyli prób zmiany częstotliwości lub formy niechcianych, wewnętrznych przeżyć, w tym myśli, emocji, wspomnień lub doznań cielesnych nawet wówczas, gdy takie postępowanie jest źródłem osobistego cierpienia jednostki [30]. Osoba cierpiąca na PSP, rozdrapując skórę, stara się zmniejszyć swoje cierpienie psychiczne: „Chcę mieć gładką skórę, bez krostek, bo dopiero wtedy inni mnie zaakceptują i będę piękna”. Wewnętrzne napięcie, by usunąć krosty, uzyskać sympatię innych i uniknąć odczuwania negatywnych emocji wymaga częstszego poznawczego

kontakt z określonymi przeżyciami. W konsekwencji osoba, która próbuje uniknąć doświadczenia zostaje mu ponownie poddana. Alternatywnym procesem do unikania doświadczenia jest akceptacja, która w ACT rozumiana jest jako uświadomienie sobie aktualnych myśli, emocji i doznań bez próby zmiany ich treści, częstotliwości czy formy. Celem akceptacji jest zwiększenie elastyczności podejmowanych działań w obliczu doświadczeń, które wcześniej ograniczały człowieka. Zwiększa się wówczas częstotliwość zachowań zgodnych z wartościami i celami życiowymi danej osoby. Natomiast HRT uczy reakcji konkurencyjnej do rozdrapywania zmian skórnych. Zastosowanie interwencji HRT i ACT znacznie zmniejsza patologiczne skubanie skóry czy wrywanie włosów w TTM [1, 22]. Niektóre badania wskazują, że biorąc pod uwagę podtyp PSP można dostosować najskuteczniejszą metodę leczenia [26]. W automatycznym skubaniu skóry (podtyp impulsywny) HRT sprawdza się bardzo dobrze, jednak w podtypie kompulsywnym (w którym drapanie skóry jest całkowicie uświadomioną przez chorego czynnością) badacze sugerują konieczność połączenia zarówno terapii opartej na akceptacji i zaangażowaniu, jak i treningu odwracania nawyku (ang. *acceptance-enhanced behavior therapy*, AEBT), przy czym nie ma znaczenia, czy pierwszą zastosowaną techniką jest ACT czy HRT. Badania oraz liczne studia przypadków wskazują, że AEBT może być użyteczna w zmniejszaniu nasilenia skubania skóry [26, 30, 31].

Wnioski

Niektórzy specjaliści uważają patologiczne skubanie skóry za rodzaj uzależnienia czy formę samoookaleczenia, inni stawiają hipotezę nieumiejętności radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami, jednak nie do końca wiadomo jednoznacznie, co powoduje dermatillomanię. Abstrahując od etiologii tego zaburzenia warto zaznaczyć, że w przypadku nieleczenia jest to choroba przewlekła, często powodująca znaczną dysfunkcję psychospołeczną i może prowadzić do zagrażających życiu problemów medycznych czy zachowań suicydalnych. Kontrola tego zaburzenia ma kluczowe znaczenie dla długotrwałego utrzymania zdrowia i jakości życia człowieka. W całościowym leczeniu PSP skupić należy się na: 1) dokładnym określeniu diagnozy schorzenia skóry oraz współwystępujących zaburzeń psychicznych, 2) współpracy z lekarzem dermatologiem, 3) psychoedukacji pacjenta, 4) zapewnieniu terapii poznawczo-behawioralnej (w tym treningu odwracania nawyku i terapii akceptacji i zaangażowania) oraz 5) włączeniu farmakoterapii (SSRI, N-acetylocysteina, naltrekson) — wybór leków powinien zawsze uwzględniać ewentualne zaburzenia współistniejące i historię leczenia pacjenta. Niewątpliwie zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu dermatillomanii przyczynia się do zmiany dysfunkcyjnych przekonań jednostki, co pozytywnie wpływa na postępy w terapii. Istnieją również przesłanki sugerujące korzystny wpływ na leczenie patologicznego skubania skóry za pomocą metody łączącej HRT i ACT, czyli *acceptance-enhanced behavior therapy*, AEBT, jednak zagadnienie to wymaga dalszych badań.

Ograniczeniem skuteczności zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu PSP są współwystępujące zaburzenia osobowości, najczęściej zaburzenie osobowości typu borderline, a także młody wiek pacjenta. Młode osoby często nie mają wykształconych

umiejętności metapoznawczych, co może niekorzystnie wpływać, a wręcz uniemożliwiać przebieg restrukturyzacji poznawczej.

Piśmiennictwo

1. Grant J, Odlaug B, Chamberlain S, Keuthen N, Lochner Ch, Stein D. Skin picking disorder. *Am. J. Psychiatry* 2012; doi: 10.1176/appi.ajp. 2012.12040508; dostęp uzyskano: 11.02.2019 z <https://www.researchgate.net>.
2. Hallion L, Tung E, Keuthen N. Phenomenology of excoriation (skin picking) Disorder. *ResearchGate*, 2017; doi: 10.1002/9781118890233.ch45, uzyskano dostęp 05.02.2019 z <https://www.researchgate.net>.
3. Hayes S, Storch E, Berlanga L. Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *J. Anxiety Disord.* 2009; 23: 314–319. DOI: 10.1016/j.janxdis.2009.01.008; dostęp uzyskano: 11.02.2019 z: <https://www.researchgate.net>.
4. Sachan A, Agrawal R, Parihar A. Dermatillomania: in patient undergoing orthodontic treatment. *Indian J. Dent. Res.* 2014; 25(4), doi:10.4103/ 0970-9290.142580, uzyskano dostęp: 06.02.2019 z <https://www.researchgate.net>.
5. Wabnegger A, Schienle A. The role of the cerebellum in skin-picking disorder. *Cerebellum* 2018; doi: 10.1007/s12311-018-0957-y; dostęp uzyskano: 11.02.2019 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
6. Arbabi M, Farnia V, Balighi K, Mohammadi M, Nejatisafa A, Yazdchi K. Psychiatric characteristics and quality of life in patients with pathologic skin picking. *Iran J. Psychiatry* 2008; 3: 16–19.
7. Prochowicz K, Starowicz A. Dermatillomania. Objawy, przebieg i następstwa patologicznego skubania skóry. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2012; 7, 4: 197–205.
8. Prochowicz K, Kałużna-Wielobób A, Starowicz-Filip A. Signal detection in pathological skin picking. Findings from non-clinical sample. *Arch. Psychiatrii Psychother.* 2013. DOI: 10.12740/APP/17837; dostęp uzyskano: 11.02.2019 z: <https://www.researchgate.net>.
9. Bryńska A. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2007; 3: 21–23.
10. Pozza A, Giaquinta N, Dettore D. Borderline, avoidant, sadistic personality traits and emotion dysregulation predict different pathological skin picking subtypes in a community sample. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016, doi: 10.2147/NDT.S109162, dostęp uzyskano: 05.02.2019 z <https://www.dovepress.com>.
11. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 1998.
12. Rabiei M, Donyavi V, Nikfarjam M, Nezhady M. Validation of a classification system for obsessive-compulsive and related disorders based on DSM-5. *Open J. Psychiatry*, 2015; 5, 137–143. doi.org/10.4236/ojpsych.2015.52015, dostęp uzyskano: 11.02.2019 z <http://www.scirp.org/journal/ojpsych>.
13. American Psychiatric Association. Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference. Wrocław: Edra Urban&Partner; 2015.
14. International Classification of Diseases 11th Revision, dostęp uzyskano: 29.01.2019 z: <https://icd.who.int>.
15. Gaebel W, Zielasek J, Reed G. Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status. *Psychiat. Pol.* 2017; 51(2): 169–195; doi.org/10.12740/PP/69660, dostęp uzyskano: 28.01.2019 z: <http://psychiatriapolska.pl>.

16. Grzegorzewska I, Cierpiałkowska L. Uzależnienia behawioralne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2018; 1: 20–27.
17. Augustynek A. Psychopatologia człowieka dorosłego. Warszawa: Difin; 2015; 2: 32–33.
18. Jarema M, Rabe-Jabłońska J, red. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011; 2: 44.
19. Ravindran A, da Silva T, Ravindran L, Richter M, Rector N. Obsessive-compulsive spectrum disorders: a review of the evidence-based treatments. *Can. J. Psychiatry*, 2009; 54(5): 331–343.
20. Rabe-Jabłońska J. Spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego a spektrum zaburzeń impulsywnych. Miejsce agresji w obu grupach zaburzeń. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 2005; 2: 103–112.
21. Grant J, Odlaug B, Chamberlain S. A cognitive comparison of pathological skin picking and trichotillomania. *J. Psychiatr. Res*; 2011; 1–5. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.07.012, dostęp uzyskano: 07.02.2019 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
22. Lochner Ch, Roos A, Stein D. Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatr. Dis. Treat*, 2017; 13: 1867–1872. doi: 10.2147/NDT.S121138; dostęp: 04.02.2019 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
23. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Paradygmat; 2008.
24. Reddy B., Das S., Guruprasad S. A case of clozapine-induced skin picking behaviour. *Gen. Psychiatr.* 2018; 31:e000012. doi:10.1136/gpsych-2018-000012; dostęp uzyskano 05.02.2019 z <https://www.researchgate.net>.
25. Roth AS, Ostroff RB, Hoffman RE. Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour: an open-label trial. *J. Clin. Psychiatry* 1996; 57: 233–237.
26. Torales J, Paez L, O’Higgins M, Arce A. Cognitive behavioral therapy for excoriation (skin picking) disorder. *Telangana J. Psychiatr.* 2016; 2(1): 27–30.
27. Hyman B, Cherry P. Pokonać OCD, czyli zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Praktyczny przewodnik. Gdańsk: Harmonia Universalis. 2014; 16: 313–322.
28. Hayes S, Strosahl K, Wilson K. Terapia akceptacji i zaangażowania. Proces i praktyka uważnej zmiany. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013; 2: 50–91.
29. Podina I, David D. Cognitive behavior therapies: a guidebook for practitioners. Wirginia: American Counseling Association; 2018. 6: 177–208.
30. Capriotti M, Ely L, Snorrason I. Acceptance-enhanced behavior therapy for excoriation (skin-picking) disorder in adults: a clinical case series. *Cogn. Behav. Pract.* 2014, doi:10.1016/j.cbpra.2014.01.008dostęp uzyskano 25.02.2019 z <https://www.researchgate.net>.
31. Flessner C, Bush A, Heideman P, Woods D. Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing. *Beh. Modif.* 2008; 32(5):579-94; doi: 10.1177/0145445507313800. Dostęp uzyskano 25.02.2019 z <https://www.ncbi.nlm.nih.org>.

Adres: sylwia.kosiol@gmail.com