

Sylwia Pyrtek, Artur Kołakowski

## TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA U OSÓB Z ZABURZENIEM POLEGAJĄCYM NA WYRYWANIU WŁOSÓW

### COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR HAIR-PULLING DISORDER

Szkoła Psychoterapii Crescentia w Warszawie

**cognitive behavior therapy  
hair-pulling disorder  
Comprehensive Behavioral Model**

#### Streszczenie

*Celem artykułu jest przedstawienie aktualnego rozumienia zaburzenia z wyrywaniem włosów oraz opartej o model terapii poznawczo-behawioralnej propozycji jego leczenia. W zaburzeniu tym, inaczej nazywanym trichotillomanią, zasadniczym objawem jest powtarzające się zachowanie: wyrywanie włosów. Zarówno ze względu na odmienny wzorzec wyrywania włosów u poszczególnych osób, jak również występowanie tego zaburzenia w różnych etapach rozwojowych uważane jest ono za złożone. Stało się przedmiotem większego zainteresowania klinicystów i badaczy od lat 90. XX w., a więc od niedawna prowadzi się coraz liczniejsze badania naukowe na jego temat oraz kształci się klinicystów zainteresowanych nim. W nowszej literaturze widoczna jest wyraźna tendencja do umieszczania zaburzenia z wyrywaniem włosów w ramach szerszej kategorii diagnostycznej, określonej jako powtarzające się (powtarzalne) zachowania skoncentrowane na ciele. To pojęcie dopiero zaczyna pojawiać się w rewizjach klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Terapia poznawczo-behawioralna w powtarzających się zachowaniach skoncentrowanych na ciele jest uznawana za leczenie z wyboru. W tym nurcie terapeutycznym jedną z wiodących konceptualizacji zaburzenia z wyrywaniem włosów jest Kompleksowy Model Behawioralny Charlesa S. Mansueto. Konieczne jest kontynuowanie badań skuteczności psychoterapii opartej o ten model, jak również innych programów terapii poznawczo-behawioralnej kierowanych do osób z powtarzającymi się zachowaniami skoncentrowanymi na ciele tak, aby pacjenci mogli korzystać z rzeczywiście pomocnych opcji leczenia, zgodnych ze standardami psychoterapii opartej na dowodach (evidence-based psychotherapy).*

#### Summary

The purpose of this article is to present the current understanding of hair-pulling disorder and the proposed treatment of this disorder based on a cognitive behavior therapy model. The basic symptom of hair-pulling disorder, also known as trichotillomania, is a repetitive behavior, i.e. hair-pulling. It is a complex disorder both with respect to the diverse pattern of hair-pulling in particular individuals, as well as its occurrence at different stages of development. Hair-pulling disorder has been the subject of greater interest among clinicians and researchers since the 1990s. Therefore, it is an area in which only recently more scientific research and education of clinicians has been conducted. In more recent literature, there is a visible tendency to place hair-pulling disorder within the framework of a broader diagnostic category defined as body-focused repetitive behaviors. This term has just started to appear in reviews of the classifications of mental disorders. The cognitive behavior therapy for

body-focused repetitive behaviors is the treatment of choice. The Comprehensive Behavioral Model developed by Charles S. Mansueto constitutes one of the main conceptualizations of the hair-pulling disorder in this therapeutic approach. Currently, it is necessary to continue studies on the efficacy of psychotherapy based on Mansueto's model as well as other cognitive behavior programs intended for individuals with body-focused repetitive behaviors so that the patients can utilize helpful treatment options consistent with the standards of evidence-based psychotherapy.

### Wprowadzenie — wyjaśnienie terminów

Zaburzenie z wrywaniem włosów (*hair-pulling disorder*; HPD) to nawracające wyrywanie włosów, które prowadzi do ich ubytku. Inaczej określane jest jako trichotillomania (*trichotillomania*, TTM). Choć pojęciem TTM klinicyści i naukowcy posługują się od XIX wieku, to poprzez potoczne skojarzenia z manią może ono wprowadzać w błąd i stygmatyzować osoby wrywające włosy. Natomiast termin HPD odnosi się wyłącznie do kluczowego aspektu behawioralnego opisywanego zaburzenia, nie niosąc ze sobą negatywnej konotacji [1].

Podstawowy przegląd nowszej literatury anglojęzycznej dotyczącej tego zagadnienia [1–3] wskazuje na tendencję do umieszczania HPD w obrębie nadrzędnej kategorii zaburzeń określanej zazwyczaj jako POWTARZAJĄCE SIĘ (POWTARZALNE) ZACHOWANIA SKONCENTROWANE NA CIELE (*body-focused repetitive behaviors*, BFRBs; inna nazwa to *body-focused repetitive behavioral disorders*, BFRBDs). Oznaczają one powtarzane wzorce behawioralne, które odnoszą się do ciała (włosy, skóra, paznokcie, nos, usta, wnętrze jamy ustnej), wykraczając poza zakres prawidłowych czynności samopielegnacyjnych (*self-grooming behaviors*), skutkując szkodą fizyczną oraz znacznym dystresem lub/i zakłóceniem codziennego funkcjonowania. To ogólne pojęcie obejmuje zachowania w rodzaju wrywanie włosów, nadmierne ich przycinanie, rozdrapywanie skóry, obgryzanie paznokci, przygryzanie warg lub policzków etc. Różne postacie BFRBs dość często występują równocześnie albo naprzemiennie u tej samej osoby [3].

Dokonywane rewizje klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM oraz ICD [4–7] łączą tradycję z nowymi propozycjami kategoryzacji. W DSM-5 HPD przesunięto do grupy diagnostycznej ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNE I INNE Z NIMI ZWIĄZANE (*Obsessive-compulsive and related disorders*, OCRDs), analogiczną zmianę zapowiada projekt ICD-11. W ramach tej grupy HPD pozostaje wyodrębnioną subkategorią, czyli ma własny kod. Nadal preferowana jest nazwa TTM. Wprowadzane są zarazem nowe terminy HPD bądź BFRBDs. Szczegółowe zestawienie zachodzących zmian przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Porównanie kategoryzacji HPD (TTM) w klasyfikacjach DSM oraz ICD [4–7]

DSM-IV-TR Zaburzenia kontroli impulsów niesklasyfikowane w innym miejscu 312.39 Trichotillomania	DSM-5 Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i inne z nimi związane 312.39 Trichotillomania (Zaburzenie z wrywaniem włosów).
--	--

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

ICD-10 F63 Zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) F63.3 Trichotillomania	ICD-11* Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne lub inne z nimi związane 6B25 Zaburzenia powtarzającego się zachowania skoncentrowanego na ciele ( <i>Body-focused repetitive behaviour disorders</i> ) 6B25.0 Trichotillomania
---	---

\*<https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1121465374>, dostęp 2018-11-09

### Zaburzenie z wrywaniem włosów

Wrywanie włosów pojawia się na różnych etapach rozwoju, od niemowlęctwa do dorosłości. Zazwyczaj rozpoczyna się we wczesnej adolescencji, pomiędzy 11. a 13. rokiem życia. Osoby wrywające włosy nie robią tego w jednakowy sposób. Każda ujawnia specyficzny wzorec behawioralny, na który wpływa okres rozwojowy. Profil wrywania włosów różni się więc u poszczególnych osób, ponadto u tej samej osoby może zmieniać się na przestrzeni czasu [2, 8].

W HPD usuwanie włosów wykracza poza standardowe czynności służące pielęgnacji ciała, jak depilacja. Utrata włosów może rozciągać się od względnie niewielkiego do znacznego stopnia, z usunięciem większości, niemal wszystkich włosów z określonego miejsca ciała. Najczęściej włosy są wrywane ze skóry głowy, także pospolite jest wrywanie brwi, rzęs, jednak może dotyczyć dowolnej owłosionej części ciała (w tym włosów łonowych). Może być skoncentrowane na jednej okolicy lub więcej. Na ogół wrywanie dotyczy własnych włosów, choć zdarza się, że niektóre osoby, zwykle dzieci, wrywają włosy innym ludziom bądź sierść zwierzętom domowym [3].

Beattie, Hezel, Stewart [9] zwróciły uwagę na łatwy do przeoczenia wariant HPD, mogący sprzyjać postawieniu błędnego rozpoznania. Autorki opisały przypadki dzieci z ubytkiem włosów, wynikającym z HPD ich matek, które im je wrywały. Takiemu zachowaniu nadały nazwy POŚREDNIE WRYWANIE WŁOSÓW, ZASTĘPCZA TRICHOTILLOMANIA (*by-proxy hair-pulling, trichotillomania-by-proxy*). Jeśli przyczyna utraty włosów u dziecka pozostaje niejasna, wówczas należy rozważyć tę postać HPD.

Wrywanie włosów może współwystępować z trichofagią, tzn. gryzieniem, połykaniem włosów, stwierdzaną głównie u dziewcząt w okresie adolescencji [3]. Włosy nie są trawione, przyklejają się do śluzu żołądkowego i stopniowo odkładają w przewodzie pokarmowym, tworząc rozrastający się trichobezoar, czyli zbitą bryłę włosów tkwiącą zwykle w żołądku, mogącą osiągnąć znaczny rozmiar. U niektórych osób z trichofagią rozwija się tzw. zespół Roszpunkki (*Rapunzel syndrome*) — w tym przypadku trichobezoar ma warkocz, pasmo włosów sięgające jelita cienkiego. Obecności trichobezoara może towarzyszyć dyskomfort lub ból w nadbrzuszu, wczesne odczucie sytości, zmniejszenie apetytu, spadek masy ciała, nudności, wymioty, halitoza. Te objawy mogą przez dłuższy czas nie pojawiać się albo uporczywie utrzymywać. Pacjent w wywiadzie może nie ujawnić miejscowego ubytku włosów, ich przerzedzenia czy braku przyrostu włosów. Niezbędne może okazać się

leczenie chirurgiczne, służące ewakuowaniu trichobezoara, którego przyrastanie zagraża śmiercią [10]. Podejrzenie lub stwierdzenie trichofagii u osoby z HPD stanowi wskazanie do konsultacji gastroenterologicznej bądź chirurgicznej.

Przy podejrzeniu HPD, przed rozpoczęciem terapii, psychoterapeuta powinien skierować pacjenta na konsultację psychiatryczną i dermatologiczną celem przeprowadzenia diagnostyki różnicowej oraz podjęcia decyzji dotyczących leczenia farmakologicznego.

### **Strategie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzenia z wyrywaniem włosów**

Początek stosowania terapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive behavior therapy*, CBT) w HPD sięga lat 70. XX w., kiedy psycholodzy Nathan Azrin i Gregory Nunn [11] wprowadzili trening zmiany nawyku (*habit reversal training*, HRT). W tym czasie wyrywanie włosów definiowano jako nieprawidłowy nawyk ruchowy, którego osłabianie wymaga uczenia się stosowania niezgodnej z nim reakcji motorycznej. Takie rozumienie HPD modyfikowano, poszerzając propozycje postępowania terapeutycznego. Obecnie wyrywanie włosów jest uznawane za złożony problem, którego najbardziej widoczny komponent behawioralny stanowi jeden z kilku uwzględnianych [2]. Programy leczenia psychologicznego HPD w paradygmacie CBT opierają się w szczególności na treningu świadomości, kontroli bodźca, treningu reakcji konkurencyjnej, restrukturyzacji poznawczej oraz uczeniu się akceptacji dla impulsu wyrywania włosów [3, 12, 13].

Trening świadomości (*awareness training*, AT) służy zwiększaniu samoświadomości epizodów wyrywania włosów oraz rozpoznawaniu ich zindywidualizowanego wzorca przez osobę z HPD, również przez terapeutę. Prowadzony jest od początku terapii za pomocą dokonywanych przez pacjenta zapisów w *Formularzu samomonitorowania*, ukierunkowanych na problem HPD. Proponowane arkusze formularza nieco się różnią, zazwyczaj uwzględniają sytuacje wyzwalające wyrywanie włosów, myśli i emocje przed wyrywaniem włosów, zachowanie wyrywania włosów, myśli i emocje po wyrywaniu włosów. Analiza zawartości formularzy określa dalsze działania, dobrane do zidentyfikowanego u pacjenta wzorca. Samomonitorowanie jest kontynuowane ze względu na zmiany profilu wyrywania włosów zachodzące wraz z podejmowaniem interwencji terapeutycznych [3, 12, 13].

Kontrola bodźca (*stimulus control*, SC) oznacza zajęcie się kontekstem, w którym pojawia się problematyczne zachowanie. Poprzez klasyczne warunkowanie zachowanie wyrywania włosów zostaje skojarzone z wyzwalającymi sygnałami zewnętrznymi i wewnętrznymi. Przykładowo, łatwa dostępność do narzędzi używanych podczas wyrywania (lustro, pęseta) zwiększa prawdopodobieństwo epizodu HPD, podobnie jak występowanie charakterystycznych myśli. Po zidentyfikowaniu w AT specyfiki związków „bodziec wyzwalający zachowanie wyrywania włosów” są stosowane strategie zmierzające do zmodyfikowania oddziaływania sygnałów kontekstowych tak, aby ograniczać ekspozycję na bodźce wyzwalające, a zwiększać udział czynników sprzyjających redukowaniu tego zachowania. Przykładem „progu zwalniającego” epizody wyrywania włosów jest zastąpienie w łazience lustra podświetlanego innym, pozbawionym oświetlenia, albo ograniczanie czasu korzystania z łazienki czy lustra za pomocą minutnika. Z pacjentem uzgadnia się

akceptowane przez niego sposoby kontroli bodźca, a zmiany profilu wrywania włosów są monitorowane [3, 13].

Trening reakcji konkurencyjnej (*competing response training*, CRT) polega na uczeniu się podejmowania zachowania, które koliduje z jednoczesnym wrywaniem włosów [3]. Reakcja jest wdrażana w sytuacji zwiększonego ryzyka epizodu wrywania, przed jego wystąpieniem. Może być też wprowadzana po rozpoczęciu wrywania i spostrzeżeniu tego faktu przez osobę podejmującą tę aktywność, co umożliwia jej zaprzestanie wrywania. Reakcje konkurencyjne mają różnorodną postać. Istotne, aby były łatwe do stosowania w życiu codziennym, nie wywoływały zwiększonego zainteresowania osób postronnych oraz zostały wybrane przez pacjenta z HPD. Może to być zajęcie dłoni dowolnym przedmiotem (*fidget/fiddle toy*), którym osoba bawi się, jak piłeczka koosh, przyrząd używany w ćwiczeniach mięśni dłoni, własna biżuteria, np. bransoletka albo podjęcie czynności angażującej dłoń, innej, niż wrywanie włosów, np. haftowanie, majsterkowanie. Reakcja konkurencyjna do wrywania włosów niekoniecznie wymaga trzymania czegoś w rękach, może przyjąć formę umieszczenia dłoni w kieszeniach, ich zaciśnięcia, skrzyżowania rąk na klatce piersiowej. W trichofagii może okazać się przydatne żucie gumy, łuskanie i zjadanie orzechów itp. Osoba z HPD wybiera kilka reakcji, z których korzysta elastycznie, zależnie od sytuacji. Standardowy czas pojedynczej reakcji to 3 minuty, odpowiednio do potrzeby jest zmieniany, np. u dzieci skracany. W CRT ma zastosowanie zasada nadmiernej korekty (*overcorrection principle*), czyli przedłużenie wykonywania reakcji konkurencyjnej, aby pacjent mógł zaobserwować spadek odczuwanego dyskomfortu, mimo braku zaangażowania w wrywanie włosów [12, 13]. Wynik tej obserwacji można wykorzystać w dalszej analizie, podczas restrukturyzacji poznawczej.

Restrukturyzacja poznawcza (*cognitive restructuring*, CR) obejmuje identyfikację negatywnych myśli automatycznych, dysfunkcyjnych przekonań pośredniczących, negatywnych przekonań kluczowych, ich weryfikowanie oraz sukcesywne modyfikowanie. Treści poznawcze osoby z HPD mogą wpływać na ujawnienie i podtrzymywanie tego problemu, przykładowo: „Nie mogę mieć włosów, które nie wyglądają perfekcyjnie”, „Muszę wyrwać, bez tego nie wytrzymam napięcia” [3, 13]. Praca terapeutyczna prowadzona jest w konwencji dialogu sokratejskiego, zgodnie z zasadami CBT opisanymi przez Beck [14].

Nowszą propozycją w leczeniu HPD, bazującą na terapii akceptacji i zaangażowania (*acceptance and commitment therapy*, ACT), jest uczenie się akceptacji dla występowania impulsu do wrywania włosów [3]. Nie jest to równoznaczne z akceptowaniem wrywania włosów, lecz oznacza obserwowanie pojawiania się, utrzymywania, jak też przemijania takiego impulsu, mimo braku korespondującego z nim zachowania. Przez akceptację zmierza się do osłabienia wzbudzenia odczuwanego przy występowaniu tego impulsu, traktowanego przez osobę z HPD jako wyznacznik koniecznego działania, na rzecz dokonania wyboru zachowania, które może — jednak nie musi — być zgodne z impulsem. Zamiast zwalczania nawracającego impulsu do wrywania włosów kluczowe staje się rozpoznawanie własnych wartości w różnych obszarach codziennego funkcjonowania (np. relacje z ludźmi, kształcenie się, rozwój zawodowy, rekreacja) i dążenie do ich realizacji [15].

Zastosowanie tych podstawowych strategii terapeutycznych w HPD zależy od zidentyfikowanego u pacjenta stylu wrywania włosów [3, 16].

### Automatyczne i uważne wrywanie włosów

Christenson i Mackenzie [17] podzielili wrywanie włosów na automatyczne oraz uważne, odpowiednio do braku albo utrzymania samoświadomości tego zachowania w trakcie jego podejmowania. Te dwie kategorie stanowią o stylu wrywania włosów, którego określenie jest przydatne w rozpoznawaniu wzorca wrywania. Ułatwia to terapię dobór strategii postępowania adekwatnych do zidentyfikowanego stylu pacjenta.

Automatyczne wrywanie włosów (*automatic hair pulling*) jest zachowaniem przebiegającym poza uwagę osoby z HPD, która w trakcie epizodu nie zauważa, że wrywa sobie włosy, spostrzega to dopiero po fakcie. Dzieje się tak, kiedy uwaga jest skierowana na obiekt inny niż włosy, zwykle podczas aktywności z utrzymywaniem przez dłuższy czas pozycji siedzącej, np. czytania książki, oglądania telewizji, jazdy samochodem. Częściej występuje u dzieci i nastolatków niż osób dorosłych. Względem zautomatyzowanego wrywania włosów rekomendowane jest postępowanie terapeutyczne oparte o trening świadomości, kontrolę bodźca oraz trening reakcji konkurencyjnej [3, 16].

Uważne (skoncentrowane) wrywanie włosów (*focused hair pulling*) przebiega ze zogniskowaniem uwagi na tej aktywności. Od początku epizodu osoba ma świadomość, że wrywa sobie włosy. Może to być działanie zaplanowane. Zwykle występuje w reakcji na przeżywane napięcie emocjonalne, lęk, złość, przygnębienie. Poprzez wrywanie włosów osoba z HPD uzyskuje okresowe złagodzenie nieprzyjemnych emocji, również gratyfikację towarzyszącą czynności wrywania włosów w postaci odczucia zadowolenia. W przypadku tego stylu, zachowanie wrywania włosów jest przejawem mechanizmu regulacji emocjonalnej, dysfunkcyjnym, przy tym skutkującym wzmocnieniami pozytywnymi, sprzyjającymi jego kontynuowaniu. Trudność regulowania może dotyczyć określonego rodzaju emocji, która prawdopodobnie na ogół będzie towarzyszyła epizodom wrywania. Zalecane jest postępowanie terapeutyczne służące modyfikacji przeżywania i radzenia sobie z własnymi emocjami (odmiennie niż przez wrywanie włosów), czyli restrukturyzacja poznawcza, ponadto praca nad akceptacją impulsu wrywania włosów, z zaangażowaniem w odkrywanie indywidualnego systemu wartości oraz realizację celów określonych przez te wartości. Stosowany bywa trening relaksacji [3, 16].

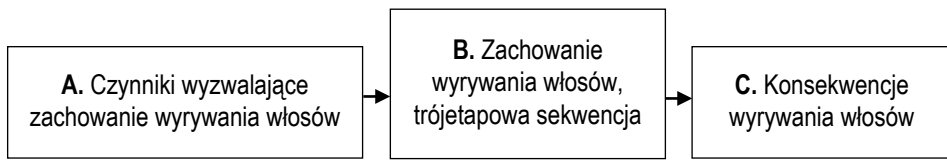
Zazwyczaj osoby z HPD ujawniają oba wymienione style wrywania włosów, choć mogą preferować jeden z nich, zaś ich proporcja może zmieniać się zależnie od czynników wyzwalających. Poza tym obraz kliniczny HPD, wraz z natężeniem wrywania automatycznego i uważnego, może podlegać zmianom w czasie [3, 13].

Istnieje dość dużo metod przydatnych w diagnostyce BFRBs, w tym skale ułatwiające rozpoznanie intensywności obu subkategorii wrywania włosów. Flessner i wsp. [18, 19] opracowali dwa narzędzia określające proporcję automatycznego i uważnego wrywania włosów. U dzieci i nastolatków jest stosowany *Inwentarz Stylów Trichotillomanii Milwaukee* (*Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania-Child Version*, MIST-C), u osób dorosłych *Inwentarz Podtypów Trichotillomanii Milwaukee* (*Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version*, MIST-A). MIST-C składa się z 25 stwierdzeń, MIST-A z 15 stwierdzeń, do których osoba badana się odnosi w skali Likerta. Zgodnie z naszą (autorów) wiedzą, do czasu napisania artykułu (listopad 2018 r.) nie wdrożono polskiej adaptacji żadnej z anglojęzycznych metod badania psychologicznego BFRBs, jak

również nie opublikowano polskiego narzędzia. Do czasu ich opracowania, dla potrzeb psychoterapii można zobrazować nasilenie zautomatyzowanego vs. uważnego wrywania włosów posługując się wartościami procentowymi lub wykresem kołowym i odnosząc do przejawów tych stylów [14].

### Analiza funkcjonalna w zaburzeniu z wrywaniem włosów

Stwierdzenie, że ktoś wrywa włosy, pozornie sugeruje wykonanie jednej prostej czynności. W gruncie rzeczy opisuje ono sekwencję zachowań, poprzedzoną wyzwalającymi je czynnikami oraz skutkującą określonymi konsekwencjami, w tym najbardziej oczywistym ubytkiem włosów. Z tego względu w leczeniu HPD opartym o CBT nie poprzestaje się jedynie na stwierdzeniu występowania problematycznego zachowania wrywania włosów. Podstawą dalszego postępowania w terapii jest dokonanie szczegółowej analizy tego zachowania, uwzględniającej jego kontekst i funkcje w modelu linearnym: Czynniki wyzwalające–Zachowanie–Konsekwencje (*Antecedents–Behavior(s)–Consequences*, ABC) [3, 20]. Model ABC w HPD ilustruje rysunek 1.



Rysunek 1. Model ABC w zaburzeniu z wrywaniem włosów [3, 20]

Korzystając z modelu ABC amerykański psycholog Charles S. Mansueto i współpracownicy [20, 21] opracowali model diagnostyczno-terapeutyczny HPD, nazwany Kompleksowym Modelem Behawioralnym, inaczej Modelem ComB (*Comprehensive Behavioral Model, ComB Model*). Model Mansueto pozwala na wielowymiarową conceptualizację problemu wrywania włosów oraz zindywidualizowany dobór strategii postępowania terapeutycznego. Stanowi jedną z ważniejszych propozycji leczenia HPD, rekomendowaną przez The TLC Foundation for Body-Focused Repetitive Behaviors ([www.bfrb.org](http://www.bfrb.org)). The TLC Foundation for BFRBs to organizacja działająca w Stanach Zjednoczonych, wiodąca na świecie pod względem zaangażowania w poparte badaniami naukowymi poszukiwania skutecznej psychoterapii i farmakoterapii u osób z BFRBs oraz przekazywanie pacjentom, ich rodzinom i klinicytom aktualizowanej wiedzy o tej grupie zaburzeń [2].

### Kompleksowy Model Behawioralny Charlesa S. Mansueto i współpracowników

W Kompleksowym Modelu Behawioralnym [2, 20–22] przyjmuje się, że złożona charakterystyka HPD wyraża się zróżnicowaniem wzorców wrywania włosów. Leczenie psychologiczne oparte o Model ComB składa się z czterech etapów. P i e r w s z y e t a p to analiza funkcjonalna zachowania wrywania włosów. Na podstawie samomonitorowania są rozpoznawane czynniki wyzwalające to zachowanie, jego sekwencyjność oraz konsekwencje. W d r u g i e j f a z i e zidentyfikowane komponenty funkcjonalne,

głównie czynniki wyzwalające i konsekwencje, zostają zorganizowane w pięć modalności (domen): sensoryczną, poznawczą, emocjonalną, motoryczną, środowiskową. Łącznie określa je akronim SCAMP (*Sensory, Cognitive, Affective, Motor, Place*). Konfiguracja tych modalności różnicuje osoby z HPD. Te dwa etapy pozwalają na zrozumienie funkcji wrywania włosów, czyli potrzeb, którym służy — co sprzyja efektywnej interwencji terapeutycznej.

### A. Czynniki wyzwalające zachowanie wrywania włosów [3, 20–22]

Liczba i rodzaj czynników wyzwalających epizody wrywania włosów różni się u osób z HPD. Sygnały wyzwalające dzielą się na zewnętrzne oraz wewnętrzne.

#### A1. Sygnały zewnętrzne dotyczą środowiska i aktywności:

- 1) **Modalność środowiskowa:**
  - a) otoczenie, w którym osoba przebywa:
    - setting domowy, np. własny pokój, łazienka,
    - setting pozadomowy, np. klasa szkolna, miejsce pracy, samochód;
  - b) środowisko społeczne:
    - obecność lub nieobecność ludzi, potencjalnych obserwatorów,
    - obecność osób nieznajomych vs. znajomych, zwłaszcza osób bliskich, rodziny;
  - c) narzędzia używane w trakcie wrywania włosów, np. pęseta, lustra różnego typu: ścienne, kieszonkowe, powiększające.
- 2) **Modalność motoryczna:** aktywność w rodzaju czytanie, uczenie się, korzystanie z komputera, oglądanie TV, rozmawianie przez telefon, czynności pielęgnacyjne twarzy, nakładanie makijażu, prowadzenie samochodu, jazda samochodem jako pasażer, przygotowania do snu etc.

#### A2. Sygnały wewnętrzne odpowiadają pozostałym trzem modalnościom:

- 1) **Modalność sensoryczna,** czyli różnorodne doznania sensoryczne, przykładowo:
  - a) doznania wzrokowe: kolor włosa, jego struktura, lokalizacja;
  - b) doznania czuciowe: właściwość wyróżniająca włos w dotyku, np. szorstki, pogrubiony lub skręcony; odczucia ze skóry, jak swędzenie, pieczenie, mogą być skutkiem uprzedniego wrywania włosów.
- 2) **Modalność poznawcza:** negatywne myśli automatyczne, dysfunkcjonalne przekonania, np. „Nie mogę mieć włosów siwych / niemiłych w dotyku”, „Linia moich włosów powinna być równa, symetryczna”, „Wyrwę tylko kilka włosów”, „Muszę wyglądać idealnie”; treści poznawcze mogą wyrażać dążenie do osiągnięcia określonego, np. perfekcyjnego, wyglądu.
- 3) **Modalność emocjonalna:** szeroki zakres emocji, niekoniecznie negatywnych, jak np. lęk, smutek, frustracja, gniew, także znużenie, ekscytacja, zadowolenie.

Sygnały z modalności motorycznej i sensorycznej sprzyjają inicjowaniu wrywania automatycznego, natomiast sygnały z modalności poznawczej i emocjonalnej wyzwalaniu wrywania uważnego.



## B. Zachowanie wyrywania włosów z trójetapową sekwencją [3, 20–22]

Po sygnale (sygnałach) wyzwalającym następuje rozwinięcie wzorca behawioralnego wyrywania włosów, który — precyzyjnie ujmując — składa się z trzech etapów: B1. zachowanie przygotowujące do wyrywania włosów, B2. zachowanie wyrywania włosów (wąsko rozumiane), B3. zachowanie dysponowania wyrwanymi włosami.

**B1. Zachowanie przygotowujące do wyrywania włosów** jest wyrazistsze w stylu uważnym niż zautomatyzowanym:

- 1) **Modalność środowiskowa:** dostęp do środowiska sprzyjającego podjęciu wyrywania włosów, np. własny pokój bez obecności innych osób, zaopatrzenie w odpowiednie przedmioty.
- 2) **Modalność motoryczna:**
  - a) aktywność zmierzająca do znalezienia się w powyższym środowisku;
  - b) kierowanie jednej (lewej, prawej) lub obu dłoni w stronę określonej części ciała i włosów, ich dotykanie, przeczesywanie włosów palcami.
- 3) **Modalność sensoryczna:**
  - a) wzrokowe przeszukiwanie włosów, aby wybrać włos właściwy do wyrwania;
  - b) dotykowe przeszukiwanie włosów, służące temu samemu celowi.

**B2. Zachowanie wyrywania włosów** angażuje **modalność motoryczną**:

Zazwyczaj wyselekcjonowane włosy wyrywane są ręką wiodącą. Czas trwania wyrywania, liczba usuniętych włosów mogą różnić się u poszczególnych osób oraz u tej samej osoby. Intensywne epizody mogą zajmować wiele godzin, z wyrwaniem setek włosów. Wyrywanie może być ograniczone do jednego obszaru ciała albo rozproszone, obejmując kilka okolic, aby uniknąć widocznego dla innych ubytku włosów w jednym miejscu.

**B3. Zachowanie dysponowania wyrwanymi włosami** przyjmuje różnorodną formę:

- 1) **Modalność motoryczna:**
  - a) natychmiastowe wyrzucenie włosa;
  - b) różnego rodzaju manipulowanie włosem, jak np. skręcanie, przygryzanie;
  - c) gromadzenie włosów, np. w celu późniejszej stymulacji skóry, ust z ich użyciem.
- 2) **Modalność sensoryczna**, w szczególności:
  - a) doznania wzrokowe związane z oglądaniem wyrwanego włosa;
  - b) doznania dotykowe, np. przy przesuwaniu włosa między opuszkami palców.

## C. Konsekwencje wyrywania włosów [3, 20–22]

Konsekwencje wyrywania włosów są dzielone na dwie kategorie, wzmacniające oraz awersyjne (karzące). Konsekwencje wzmacniające, umożliwiając uzyskanie szybkiej gratyfikacji, przyczyniają się do podtrzymywania epizodów wyrywania włosów. Po nich pojawiają się konsekwencje awersyjne, które skłaniają do przerw w podejmowaniu tego zachowania. Wśród nich wiodącym następstwem jest różnego stopnia ubytek włosów, od ich przeredzenia po brak w określonym miejscu ciała.

**C1. Konsekwencje wzmacniające:**

- 1) **Modalność środowiskowa:** pozyskiwanie uwagi, zainteresowania otoczenia, np. rodziców; może stanowić istotny czynnik podtrzymujący u dzieci i młodzieży.
- 2) **Modalność motoryczna:** zaangażowanie w wrywanie włosów zamiast inną aktywność domową, szkolną, zawodową, towarzyską.
- 3) **Modalność sensoryczna:** zwiększenie stymulacji sensorycznej, czyli poczucie ożywienia, „zastrzyk energii” lub zmniejszenie stymulacji, np. złagodzenie swędzenia.
- 4) **Modalność poznawcza:** osiągnięcie celu odpowiadającego koncepcji dotyczącej własnych włosów i wyglądu, odwrócenie uwagi od nieakceptowanych myśli.
- 5) **Modalność emocjonalna:** zredukowanie nadmiernego napięcia, ulga, unikanie przeżywania niechcianych emocji, przyjemność towarzysząca wrywaniu.

**C2. Konsekwencje awersyjne:**

- 1) **Modalność środowiskowa:** zdziwienie, dezaprobaty, krytyka ze strony innych, m.in. osób bliskich, w odpowiedzi na zaobserwowane wrywanie włosów lub jego rezultaty. Aby tego uniknąć osoba z HPD rozwija różne zachowania służące ukryciu ubytku włosów. Przede wszystkim zmierza do zamaskowania go, np. odpowiednią fryzurą, opaską do włosów. Unika wizyt u fryzjera i lekarza, podczas takich wizyt może udzielać informacji sugerujących inny problem niż faktyczny — łysienie zamiast wrywania włosów. Unika kontaktów towarzyskich, zajęć sportowo-rekreacyjnych.
- 2) **Modalność motoryczna:** zmęczenie intensywnym epizodem wrywania.
- 3) **Modalność sensoryczna:** ból w miejscu wrywania włosów, uszkodzenie skóry, infekcja skóry; ból szyi, ramienia, pleców wynikający z długotrwałe przyjmowanej postawy ciała podczas wrywania.
- 4) **Modalność poznawcza:** uświadomienie sobie epizodu wrywania i jego następstw.
- 5) **Modalność emocjonalna:** wstyd, zażenowanie, poczucie winy, przygnębienie, złość z powodu nawracającego wrywania włosów; tłem dla tych emocji może być zaniżona samoocena osoby z HPD.

Trzeci etap Modelu ComB to dobór konkretnych strategii terapeutycznych do modalności profilu wrywania włosów pacjenta (potrzeb, którym wrywanie służy) oraz ich stosowanie przez kilka tygodni wraz z samomonitorowaniem. Czwartą fazą jest ocena efektywności interwencji, w razie konieczności dokonanie zmiany, np. zastąpienie nową strategią dotychczasowej, która u danej osoby okazała się nieprzydatna [20–22].

- 1) **Modalność środowiskowa:** kontrola bodźca; zarządzanie wzmocnieniami, takimi jak nagrody za stosowanie strategii terapeutycznych (*contingency management*, CM).
- 2) **Modalność motoryczna:** trening świadomości; trening reakcji konkurencyjnej; zapobieganie wrywaniu włosów (*response prevention*, RP) podczas aktywności z podwyższonym ryzykiem ujawnienia tego zachowania, czyli plastry na opuszkach palców, rękawiczki na dłoniach, czapka na głowie, wilgotne lub związane włosy.

- 3) **Modalność sensoryczna:** reakcja zaspokajająca potrzebę stymulacji sensorycznej, np. szczotkowanie włosów lub ciała; farbowanie włosów; użycie preparatu łagodzącego swędzenie skóry głowy.
- 4) **Modalność poznawcza:** restrukturyzacja poznawcza, uczenie się akceptacji dla impulsu do wyrwania włosów.
- 5) **Modalność emocjonalna:** relaksacja, farmakoterapia (objawy depresji, lęku).

Model ComB można stosować w leczeniu osób z innymi postaciami BFRBs niż HPD, np. w zaburzeniu z rozdrapywaniem skóry (*skin-picking disorder*, *excoriation disorder*) [2, 3].

### **Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniu z wrywaniem włosów**

Brakuje badań na temat skuteczności CBT w leczeniu dzieci, młodzieży i osób dorosłych z HPD. Dotychczasowe prace badawcze odnosiły się głównie do HRT (zawiera AT, CRT, wsparcie społeczne), czyli leczenia psychologicznego BFRBs o najdłuższej tradycji [12]. Wyniki wskazują na przydatność HRT w uzyskaniu poprawy raczej krótkoterminowej. W niektórych badaniach follow-up odnotowano nawroty epizodów wrywania włosów u około 50% osób po trzech miesiącach, z odsetkiem narastającym w czasie, są więc dość prawdopodobne u pacjentów stosujących tylko ten trening [3, 23]. Możliwym wyjaśnieniem jest zbyt słabe zindywidualizowanie HRT, które nie uwzględnia wystarczająco specyfiki profilów wrywania włosów, odzwierciedlającej zróżnicowanie potrzeb osób z BFRBs. Propozycję terapeutyczną dostosowaną do indywidualnych potrzeb, przez swoją modułową strukturę, dostarcza Model ComB. W praktyce klinicznej jest stosowany od lat 90. XX w., pozytywnie przyjmowany przez pacjentów i terapeutów, uzyskuje zachęcające wyniki leczenia [2, 24]. Obecnie trwa pierwsze randomizowane badanie kontrolne (*randomized controlled trial*, *RCT*) skuteczności terapii opartej o ten model, prowadzone pod kierunkiem Davida A.F. Haaga z American University, zaplanowane na 2 lata z udziałem 42 uczestników od 18. roku życia (<http://bfrb.org/blog/1-blog/366-new-treatment-study-american-university>, dostęp 2018-11-09).

### **Podsumowanie**

HPD jest niewystarczająco rozumiane przez osoby wrywające włosy, ich rodziny, znajomych, również klinicystów, badaczy, stąd potrzeba popularyzowania zgromadzonej i na bieżąco aktualizowanej wiedzy o BFRBs oraz postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym, zwłaszcza rekomendowanym przez Komisję Naukową TLC Foundation for BFRBs. Konieczne są badania m.in. wymiaru psychologicznego i neurobiologicznego BFRBs, także skuteczności interwencji terapeutycznych, ze szczególnym uwzględnieniem RCTs jako najwyższego standardu psychoterapii i medycyny opartej na dowodach. W Polsce Marta Gawłowska-Sawosz i współpracownicy [25] podjęli pierwszą próbę sformułowania wytycznych interdyscyplinarnej diagnozy oraz leczenia skierowanego do osób z HPD.

## Piśmiennictwo

1. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, Keuthen N, Lochner C, Singer HS, Woods DW. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010; 27(6): 611–626. <https://doi.org/10.1002/da.20700>
2. Golomb R, Franklin M, Grant JE, Keuthen NJ, Mansueto CS, Mouton-Odum S, Novak C, Woods D. Expert consensus treatment guidelines. Body-focused repetitive behaviors. Hair pulling, skin picking, and related disorders. Santa Cruz: The TLC Foundation for BFRBs; 2016. [http://www.bfrb.org/storage/documents/Expert\\_Consensus\\_Treatment\\_Guidelines\\_2016w.pdf](http://www.bfrb.org/storage/documents/Expert_Consensus_Treatment_Guidelines_2016w.pdf) Dostęp 9.11. 2018
3. Grant JE, Stein DJ, Woods DW, Keuthen NJ. Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012.
4. APA. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008.
5. APA. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018.
6. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Insytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
7. Grant JE, Stein DJ. Body-focused repetitive behavior disorders in ICD-11. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014; 36(1): 59–64. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1228>
8. Mouton-Odum S, Golomb RG. A parent guide to hair pulling disorder: effective parenting strategies for children with trichotillomania. Silver Spring: Goldum Publishing; 2013.
9. Beattie KC, Hezel DM, Stewart SE. Trichotillomania-by-proxy: a possible cause of childhood alopecia. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 18(1): 51–52.
10. Pietrzak J, Koszowski T, Madziara W, Obuchowicz A. Trichobezoar jako przyczyna guza w nadbrzuszu u nastolatki. *Pediatr Med Rodz*. 2017; 13(2): 253–259. <https://doi.org/10.15557/PiMR.2017.0027>
11. Azrin NH, Nunn RG. Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behav Res Ther*. 1973; 11(4): 619–628. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(73\)90119-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(73)90119-8)
12. Woods DW, Miltenberger RG. Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavior disorders. Behavioral approaches to analysis and treatment. New York: Springer Science+Business Media, LLC; 2006.
13. Franklin ME, Tolin DF. Treating trichotillomania. Cognitive-behavioral therapy for hairpulling and related problems. New York: Springer Science+Business Media, LLC; 2007.
14. Beck JS. Terapia poznawczo-behavioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012.
15. Woods DW, Twohig MP. Treatments that work. Trichotillomania. An ACT-enhanced behavior therapy approach. New York: Oxford University Press; 2008.
16. Franklin ME, Zgrabke K, Benavides KL. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert Rev Neurother*. 2011; 11(8): 1165–1174. <https://doi.org/10.1586/ern.11.93>
17. Christenson GA, Mackenzie TB. Trichotillomania. W: Hersen M, Ammerman RT, red. *Handbook of prescriptive treatments for adults*. New York: Springer Science+Business Media, LLC; 1994, s. 217–235. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1456-9>
18. Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ, Piacentini J, Cashin SE, Moore PS. The Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania-Child Version (MIST-C). Initial development and psychometric properties. *Behav Modif*. 2007; 31(6): 896–918. <https://doi.org/10.1177/0145445507302521>

19. Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Cashin SE, Keuthen NJ. The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version (MIST-A): Development of an instrument for the assessment of „focused” and „automatic” hair pulling. *J Psychopathol Behav Assess.* 2008; 30(1): 20–30. <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9073-x>
20. Mansueto CS, Golomb RG, Thomas AM, Stemberger RMT. A comprehensive model for behavioral treatment of trichotillomania. *Cogn Behav Pract.* 1999; 6(1): 23–43. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(99\)80038-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(99)80038-8)
21. Mansueto CS, Stemberger RMT, Thomas AM, Golomb RG. Trichotillomania: a comprehensive behavioral model. *Clin Psychol Rev.* 1997; 17(5): 567–577. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00028-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00028-7)
22. Stemberger RMT, Stein DJ, Mansueto CS. Behavioral and pharmacological treatment of trichotillomania. *Brief Treat Crisis Interv.* 2003; 3(3): 339–352. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhg025>
23. Walther MR, Ricketts EJ, Conelea CA, Woods DW. Recent advances in the understanding and treatment of trichotillomania. *J Cogn Psychother.* 2010; 24(1): 46–64. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.1.46>
24. Falkenstein MJ, Mouton-Odum S, Mansueto CS, Golomb RG, Haaga DAF. Comprehensive behavioral treatment of trichotillomania: A treatment development study. *Behav Modif.* 2016; 40(3): 414–438. <https://doi.org/10.1177/0145445515616369>
25. Gawłowska-Sawosz M, Wolski M, Kamiński A, Albrecht P, Wolańczyk T. Trichotillomania i trichofagia — rozpoznawanie, leczenie, zapobieganie. Próba ustanowienia standardów leczenia w Polsce. *Psychiatr Pol.* 2016; 50(1): 127–143. <http://dx.doi.org/10.12740/PP/59513>

Adres: sylwiapyrtek@gmail.com