

Trichotillomania. Przebieg i następstwa psychospołeczne

Trichotillomania. Its course and psychosocial consequences

Katarzyna Prochwicz, Anna Starowicz

Z Instytutu Psychologii UJ
Kierownik: dr hab. n. hum. W. Łosiak

Summary

The article contains the definition and characteristics of trichotillomania, its prevalence, main syndromes and factors which intensify the pressure of uncontrolled hair pulling. It also raises the problem of the role of tension in maintaining these behaviours what is connected with some controversy around the definition of trichotillomania. In addition this article includes its relationship with other mental disorders. Special attention was given to the subjective experiences of chronic hair-pulling, and to social and psychological consequences of trichotillomania.

Słowa klucze: Trichotillomania, wrywanie włosów

Key words: Trichotillomania, hair-pulling

Trichotillomania – definicja i charakterystyka

Trichotillomania jest zjawiskiem, które do dzisiaj na gruncie psychologii nie zostało szczegółowo zbadane. Od czasu, gdy w 1889 roku została po raz pierwszy opisana przez francuskiego dermatologa Hallopeau [1, 2], podejmowane były nie-liczne próby ściślejszego określenia jej przyczyn, metod leczenia oraz społecznych i psychologicznych skutków jej występowania. Usiłowania te nie doprowadziły do sformułowania jednoznacznych wniosków dotyczących statusu trichotillomanii wśród innych zaburzeń psychicznych, ani do ostatecznego rozstrzygnięcia kwestii, czy jest ona odrębnym zaburzeniem, czy też uzasadnione jest uznawanie jej za rodzaj zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Trichotillomania definiowana jest jako zaburzenie charakteryzujące się niemożnością powstrzymania się od wrywania włosów. Przymus ten odczuwany jest w postaci narastającego napięcia, które może być zredukowane jedynie przez czynność wrywania, wywołującą uczucie ulgi i zadowolenia. Powtarzające się zachowania tego typu doprowadzają do widocznej utraty włosów, co zwykle staje się przyczyną dalszych problemów natury społecznej i psychologicznej [3].

We współczesnych systemach klasyfikacji zaburzeń psychicznych trichotillomania zaliczana jest do zaburzeń nawyków i popędów (impulsów). Kategoria ta, obok trichotillomanii, obejmuje patologiczny hazard, patologiczne podpalanie (piromanię), patologiczne kradzieże (kleptomanię) oraz inne zaburzenia nawyków i popędów, nie opisane szczegółowo [3]. Wszystkie te zaburzenia charakteryzują się występowaniem powtarzających się działań podejmowanych bez racjonalnej, zrozumiałej motywacji, niemożliwych do kontrolowania przez osobę, u której one występują i prowadzących do następstw szkodliwych dla tej osoby, a niekiedy także dla innych ludzi. Ponieważ przyczyny tych zaburzeń nie zostały do końca poznane, ujmuje się je w jedną kategorię wyłącznie na podstawie łączących je opisowych podobieństw.

Ponad 40% pacjentów, u których stwierdzono trichotillomanię, mówiło o potrzebie systematycznego wrywania sobie włosów. Niektórym osobom czynność ta może zajmować codziennie wiele godzin, podczas gdy u innych ma ona postać krótkich epizodów powtarzających się kilkakrotnie w ciągu dnia. Liczba włosów usuwanych w trakcie jednego epizodu wynosi zazwyczaj od 11 do 30, choć obserwowano także jednorazowe wrywanie większej lub mniejszej ich liczby [4]. Kolor i długość włosów w większości przypadków nie odgrywają znaczącej roli, choć część badanych ma zwyczaj wrywania jedynie włosów krótkich lub włosów określonego koloru. Włosy zazwyczaj usuwane są pojedynczo, a osoby cierpiące na trichotillomanię w trakcie wykonywania tej czynności posługują się zarówno prawą, jak i lewą ręką, niezależnie od tego, która z rąk jest w ich przypadku dominująca. Ponieważ część osób wrywa sobie włosy bez świadomej kontroli, wybór ręki nie dominującej często związany jest z faktem, że ręka dominująca w tym samym czasie zaangażowana jest w wykonywanie innej czynności, na którą skierowana jest uwaga [4]. Rzadziej występuje wrywanie włosów za pomocą pęset, lub innych narzędzi, których użycie zwiększa ryzyko uszkodzenia skóry [5]. Większość osób cierpiących na trichotillomanię zaprzecza odczuwaniu bólu w trakcie usuwania włosów, choć bardziej uogólniona hipotalgezja nie wydaje się u nich występować [5]. Częściej spotykane są relacje o odczuwaniu swędzenia lub mrowienia w miejscach, z których włosy są usuwane. Odczucia te mogą być czynnikiem wyzwalającym samą czynność wrywania, gdyż zazwyczaj w jej wyniku ulegają zredukowaniu [2]. Nasilenie się zaburzenia wieczorem dotyczy około 70% osób z diagnozą trichotillomanii, podczas gdy w godzinach porannych lub popołudniowych niemożność powstrzymania się od wrywania włosów stanowi problem tylko dla około 18% badanych.

Większość osób cierpiących na trichotillomanię zazwyczaj wyrzuca włosy bezpośrednio po ich wyrwaniu, nie wykonując przy tym żadnych dodatkowych czynności [5], w niektórych przypadkach można zaobserwować towarzyszące wrywaniu rytuały. Chodzi tu o czynności odbywające się według specyficznego, stałego dla danej osoby wzoru, takie jak wrywanie włosów w określony sposób i manipulowanie nimi po wyrwaniu. Osoby cierpiące na trichotillomanię zazwyczaj wrywają włosy w sposób prowadzący do ich asymetrycznej utraty, natomiast wrywanie w sposób symetryczny, choć także odnotowywane, należy do zachowań dużo rzadszych. Do najczęściej spotykanych rytuałów należy gryzienie wyrwanych włosów na kawałki lub odgryzanie ich korzeni, a także ssanie włosów, lub wkładanie ich między wargi

i zęby. Odnotowywano także wężanie wyrwanych włosów, dotykane nimi twarzy, a także bawienie się włosami przed ich wyrwaniem [4]. Spotykane są również przypadki trichofagii, czyli połykania wyrwanych włosów. Rytuał ten występuje u około 30% osób, u których stwierdza się trichotillomanię [4]. W niektórych przypadkach może on doprowadzać do powstawania w jelitach lub w żołądku kamienia włosiowego, czyli trichobezoar, złożonego z połączonych włosów zmieszanych z pochodzącymi z pokarmów włóknami roślinnymi [2].

U osób cierpiących na trichotillomanię zazwyczaj stwierdza się znaczącą utratę włosów głowy, zwłaszcza z jej przedniej części, ale także ze skroni i okolic ciemieniowych. Często jest także wyrywanie brwi, rzęs, brody i wąsów. W dalszej kolejności należy wymienić opisywane niekiedy znaczne depilacje klatki piersiowej, brzucha, pleców, przedramion, nóg i okolic łonowych. Opisywane są też próby wyrywania włosów innym osobom¹, a sporadycznie także zwierzętom i lalkom [4]. Odnotowywano również wyciąganie włosów z włochatych tkanin, takich jak dywany i swetry [2].

Trichotillomania do niedawna uznawana była za zaburzenie stosunkowo rzadkie, jednak bardziej współczesne badania wydają się sugerować jej wzrastające rozpowszechnienie. Trichotillomania dotyka obecnie około 4% ogólnej populacji, przy czym ocenia się, że 90% osób cierpiących na nią stanowią kobiety² [1]. Nie jest do końca jasne, czy asymetria ta odzwierciedla rzeczywistą większą zapadalność kobiet na to zaburzenie, czy też jest ona wynikiem częściej podejmowanych przez kobiety prób uzyskania pomocy medycznej [6]. Ponieważ próby te wiążą się z koniecznością ujawnienia problemu, zazwyczaj zostają odnotowane w kartotekach medycznych stanowiących podstawę opracowań statystycznych. Istnieją także badania nie potwierdzające tej dysproporcji, a nawet sugerujące częstsze występowanie trichotillomanii wśród mężczyzn niż kobiet [5].

Z badań, w których wzięto pod uwagę wpływ płci na występowanie trichotillomanii, wynika, że pomimo istnienia pewnych różnic związanych z tym czynnikiem, zaburzenie to ma podobny przebieg u mężczyzn i kobiet [6]. Ujawnione różnice dotyczą przede wszystkim wieku pojawiania się zaburzenia oraz miejsc, w których w badaniu fizykalnym stwierdza się znaczną utratę włosów. U mężczyzn trichotillomania ujawnia się około 15 roku życia, a więc później niż u kobiet, u których jej pierwsze objawy stwierdza się zazwyczaj między 12 a 13 rokiem życia [7]. Jednak w przypadku mężczyzn przymus wyrywania włosów zazwyczaj dotyczy kilku miejsc, podczas gdy u kobiet depilacja ogranicza się zwykle do obszaru głowy. Ten ostatni wynik przynajmniej częściowo można wyjaśnić oczywistymi różnicami w budowie fizycznej [6].

Pierwsze epizody trichotillomanii mogą pojawić się w każdym wieku, jednak u większości osób zaburzenie to rozpoczyna się w dzieciństwie, często przed ukończeniem 10 roku życia. W tym okresie występuje ono z równą częstotliwością u dziewcząt i chłopców [2]; rzadziej niż ma to miejsce u osób dorosłych związane jest z odczuwalną

¹ W badaniach przeprowadzonych przez Toit i wsp. [4] do wyrywania włosów innym osobom przyznało się 10 spośród 47 pacjentów z trichotillomanią, co stanowiło 21% badanych.

² Dane te dotyczą występowania trichotillomanii w USA.

redukcją napięcia, a w niektórych przypadkach może mu towarzyszyć obniżony nastrój lub zaburzenia o charakterze lękowym [5]. Badania poświęcone trichotillomanii u dzieci wskazują ponadto, że zaburzenie to stosunkowo często może charakteryzować się sezonową zmiennością, polegającą na nasilaniu się objawów w okresie nauki szkolnej i zanikaniu ich po jej zakończeniu [5].

Zdiagnozowanie trichotillomanii według kryteriów zawartych w ICD-10 wymaga potwierdzenia u osoby dotkniętej tym zaburzeniem występowania narastającego napięcia, które może zostać zredukowane jedynie przez czynność wyrywania włosów. Napięcie to pojawia się przed rozpoczęciem wyrywania, natomiast w jego trakcie powinno ustępować uczuciu ulgi lub zadowolenia [3]. Spadek napięcia jest zazwyczaj krótkotrwały i nie powoduje wyraźnej poprawy, dlatego osoba cierpiąca na trichotillomanię zazwyczaj nie może zaprzestać wyrywania włosów na okres wystarczająco długi, aby mogło nastąpić ich odrośnięcie [7]. Wyniki współczesnych badań nad trichotillomanią sugerują, że nie wszyscy pacjenci doświadczają uczucia napięcia poprzedzającego wyrywanie włosów lub towarzyszącego tej czynności, albo odczuwają je tylko w trakcie nielicznych epizodów. Przypadki te nie powinny być diagnozowane jako przykłady trichotillomanii, jednak wielu autorów nie przywiązuje zasadniczej wagi do tego kryterium, uznając chronicznie odczuwany przymus wyrywania włosów za objaw wystarczający do stwierdzenia tego zaburzenia [7]. Redukcja napięcia i odczuwana w jej wyniku gratyfikacja występują zazwyczaj wtedy, gdy w trakcie epizodu wyrywania włosów osoba koncentruje swoją uwagę na tej czynności i towarzyszących jej odczuciach. Natomiast w sytuacji, gdy czynność ta wykonywana jest automatycznie, napięcie zazwyczaj w ogóle się nie pojawia, a kryterium jego redukcji przestaje mieć zastosowanie [5].

Toit i wsp. [4] sugerują możliwość wyróżnienia dwóch odrębnych typów epizodów trichotillomanii, w zależności od tego, czy mamy do czynienia z intencjonalnym, czy automatycznym wyrywaniem włosów. Jedynie u nielicznych osób z trichotillomanią autorzy ci stwierdzili jednakową częstość występowania wyrywania automatycznego i skoncentrowanego na tej czynności. W większości przypadków udało się wykazać wyraźną, ilościową przewagę jednego z wymienionych typów. Toit i wsp. [4] wskazują na konieczność przeprowadzenia dalszych badań w celu potwierdzenia słuszności sugerowanego podziału.

Pomimo iż epizody trichotillomanii mogą występować zarówno w chwilach napięcia, jak i w stanach relaksu, osoby cierpiące na to zaburzenie często podkreślają, że doświadczanie stresu jest czynnikiem w istotny sposób nasilającym skłonność do wyrywania włosów [2, 5]. Podobną rolę przypisuje się także lękowi [8]. Osoby dorosłe proszone o przypomnienie sobie okoliczności, w których po raz pierwszy wystąpił u nich przymus wyrywania włosów, zazwyczaj przywołują wydarzenia takie, jak przewlekła choroba, konflikty rodzinne, rozwód czy śmierć osoby bliskiej. Wymieniają także sytuacje, które szczególnie sprzyjają nasilaniu się objawów trichotillomanii, zaliczając do nich między innymi stres towarzyszący przygotowywaniu się do egzaminów [1]. Wśród innych okoliczności nasilających objawy trichotillomanii wymienia się także zespół napięcia przedmiesiączkowego i ciążę, choć ten ostatni czynnik może także powodować redukcję nasilenia objawów [6].

Trichotillomania jest zaburzeniem o charakterze przewlekłym i mającym skłonność do nawracania. W jej przebiegu można odnotować wielokrotnie podejmowane, zazwyczaj nieudane próby powstrzymania się od wrywania włosów. Obejmują one głównie świadome tworzenie barier mających utrudnić dostęp do miejsc, w których rozległa utrata włosów byłaby widoczna dla otoczenia. Tworzenie tych barier obejmuje noszenie kapeluszy, peruk, wiązanie tasiemek oraz zakładanie rękawic, a także próby powstrzymywania się od wrywania przez splatanie palców rąk lub siadanie na dłoniach [5].

Trichotillomania a inne zaburzenia psychiczne

U osób cierpiących na trichotillomanię, poza chronicznym wrywaniem włosów często można stwierdzić obecność innych zaburzeń o charakterze samouszkodzeniowym, którym przypisuje się funkcję redukcji lęku. Do najczęściej występujących należy gryzienie warg i obgryzanie paznokci. Z badań Toit i wsp. [4] wynika, że u osób, u których zachowania te współwystępują ze skłonnością do wrywania włosów, przebieg epizodów trichotillomanii może różnić się od przebiegu właściwego dla osób, u których nie stwierdza się innych zachowań samouszkodzeniowych. Osoby te charakteryzuje skłonność do wrywania większej liczby włosów w trakcie jednego epizodu i częste doświadczanie redukcji napięcia w wyniku ich usuwania. Przejawiają one także silniejszą tendencję do gryzienia włosów lub wkładania ich do ust, a pojawienie się przymusu wrywania częściej w ich przypadku jest poprzedzone występowaniem uczucia gniewu. Choć różnice te sugerują cięższy przebieg trichotillomanii, to jednak ogólna liczba epizodów wrywania włosów jest u tych osób mniejsza, w porównaniu z badanymi, u których nie występują inne zachowania o charakterze samouszkodzeniowym, a sama czynność wrywania łatwiej może zostać przerwana, jeśli osoba zostanie wprowadzona w stan relaksacji. Należy także podkreślić, że w przebiegu trichotillomanii nie spotyka się samouszkodzeń szczególnie dotkliwych, zagrażających życiu lub zdrowiu pacjenta [4].

W przebiegu trichotillomanii w niektórych przypadkach można stwierdzić występowanie tików ruchowych lub wokalnych. Dotyczy to zazwyczaj mężczyzn [4]. Wiele osób cierpiących na trichotillomanię twierdzi, że uczuciu napięcia poprzedzającemu przymus wrywania włosów często towarzyszy mrowienie w miejscach, z których usuwane są włosy, co zdaniem wielu autorów wykazuje pewne podobieństwo do objawów poprzedzających tiki [9].

Badania dotyczące współwystępowania zaburzeń psychicznych wskazują, że u osób z trichotillomanią często stwierdza się zaburzenia nastroju, w tym depresję endogenną i dystymię. Zależność ta dotyczy szczególnie kobiet, w przypadku których niekontrolowane wrywanie włosów częściej niż w przypadku mężczyzn wydaje się odpowiadać na negatywne stany emocjonalne [6]. Także dane dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń lękowych wskazują, że są one częściej stwierdzane u osób cierpiących na trichotillomanię w porównaniu z ogólną populacją [5]. W grupie osób z trichotillomanią wysokie jest także ryzyko występowania uzależnień od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, choć nie zawsze przewyższa ono wskaźniki obliczone dla ogółu

populacji [5]. Podobnych danych dostarczają badania prowadzone z udziałem rodzin osób cierpiących na trichotillomanię. Ujawniły one, że u ich krewnych pierwszego stopnia częściej niż w rodzinach osób z grupy kontrolnej można stwierdzić występowanie depresji, antyspołecznego zaburzenia osobowości oraz uzależnienia od alkoholu i narkotyków [5]. Samo potwierdzenie częstego współwystępowania trichotillomanii z innymi zaburzeniami psychicznymi nie pozwala jeszcze rozstrzygnąć, czy zaburzenia te są przyczyną pojawiania się przymusu wrywania włosów, czy też pojawienie się depresji, uzależnień lub zaburzeń lękowych jest konsekwencją przewlekłego występowania zaburzeń kontroli impulsów i powinno być uważane za wtórne wobec podstawowego problemu, jakim jest trichotillomania. Przypadki, w których wrywanie włosów jest skutkiem występowania innej choroby psychicznej i pojawia się w odpowiedzi na pojawiające się w jej przebiegu urojenia lub omamy, nie powinny być diagnozowane jako zaburzenie nawyków i popędów [3].

Jeszcze bardziej złożonym problemem wydają się wzajemne relacje między trichotillomanią a zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym. Trichotillomania, choć klasyfikowana jako zaburzenie nawyków i popędów, zdaniem wielu autorów wykazuje daleko idące podobieństwa do czynności przymusowych i często bywa wymieniana wśród zjawisk należących do spektrum zaburzeń kompulsyjnych [10, 6]. Wśród wspomnianych podobieństw zazwyczaj wymienia się występowanie stereotypowych, powtarzających się zachowań, a także charakterystyczną dla obydwu tych zaburzeń nadaktywność układu serotonergicznego [11, 12, 13, 5]. Na pokrewieństwo tych dwu zaburzeń wydaje się także wskazywać fakt, że czynności przymusowe u krewnych osób z trichotillomanią stwierdza się istotnie częściej niż ma to miejsce w ogólnej populacji [10]. Mimo iż podobieństwa te wydają się wyraźne, istnienie wspomnianego związku jest często kwestionowane między innymi na podstawie danych dotyczących rozpowszechnienia trichotillomanii i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych wśród mężczyzn i kobiet. O ile pierwsze z tych zaburzeń w przeważającej części przypadków diagnozowane jest u kobiet, o tyle asymetrii związanej z płcią zazwyczaj nie stwierdza się u osób cierpiących na kompulsje [2, 6, 4]. Wielu autorów podkreśla także, że w przypadku trichotillomanii nie mamy do czynienia z pojawianiem się obsesyjnych myśli ani uczucia lęku, które mogłyby być przyczyną występowania natrętnych czynności; obserwowane zachowania mają zazwyczaj na celu redukcję napięcia lub są podejmowane w odpowiedzi na intensywne pragnienie wrywania włosów. Zaspokojeniu tego pragnienia towarzyszy uczucie przyjemności, które nie jest doświadczane przez osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi w trakcie wykonywania przez nie natrętnych czynności [5]. Ponadto osoba cierpiąca na trichotillomanię nie musi być świadoma, że zaburzenie to u niej występuje [4].

Psychologiczne i społeczne konsekwencje trichotillomanii

Trichotillomania wydaje się mieć rozległe konsekwencje, które powinny być rozważane nie tylko w kontekście komplikacji medycznych, takich jak uszkodzenia skóry, będące wynikiem przewlekłego wrywania włosów [14], czy dolegliwości ze strony układu pokarmowego pojawiających się w następstwie trichofagii, ale także

w odniesieniu do przeżyć osoby doświadczającej przymusu usuwania włosów. Wydaje się, że analiza subiektywnych doświadczeń osób cierpiących na trichotillomanię pozwala naświetlić niektóre przyczyny przewlekłego charakteru tego zaburzenia, a także wyjaśnić niechęć osób na nie cierpiących do zwracania się po poradę i pomoc lekarską.

Społecznym i psychologicznym następstwem trichotillomanii zazwyczaj nie poświęca się zbyt wiele uwagi. Opracowania teoretyczne i raporty z badań traktujące o tym zaburzeniu koncentrują się zwykle na szczegółowym opisie samej czynności wrywania włosów, problematyce towarzyszącej mu redukcji napięcia lub próbach ustalenia przynależności zaburzeń nawyków i popędów do szerszego spektrum zaburzeń kompulsyjnych. Publikacje, w których brano pod uwagę subiektywne przeżycia osób ponoszących psychologiczne koszty występowania u nich tego zaburzenia, mają zazwyczaj charakter opisów pojedynczych przypadków. Wyjątek stanowią badania przeprowadzone przez Casati i wsp. [1], w których na podstawie jakościowej analizy wywiadów z kobietami cierpiącymi na trichotillomanię³ wyodrębniono obszary, w których funkcjonowanie badanych jest w znacznym stopniu upośledzone przez przymus wrywania włosów. Autorzy tego opracowania skupili swoją uwagę na niekorzystnych zmianach w relacjach społecznych, w sferze emocjonalnej, obrazie własnego ciała i poczuciu utraty kontroli nad swoim zachowaniem.

Ponieważ trichotillomania doprowadza do znaczącej i często widocznej utraty włosów, wydaje się oczywiste, że wywiera negatywny wpływ na życie towarzyskie i zawodowe. Niekorzystne zmiany w wyglądzie zewnętrznym mogą być tak znaczne, że prowadzą do unikania sytuacji, w których osoba cierpiąca na trichotillomanię mogłaby odczuwać zażenowanie z powodu utraty włosów. Ponieważ utrata ta najczęściej dotyczy miejsc widocznych, takich jak głowa, rzęsy czy brwi, codzienna aktywność tych osób może podlegać drastycznym ograniczeniom. Trichotillomania często prowadzi do zaniechania takich działań, jak wychodzenie z domu podczas wietrznej pogody, uprawianie sportu czy udział w spotkaniach towarzyskich organizowanych w zamkniętych pomieszczeniach. W skrajnych przypadkach może doprowadzać do sytuacji, w której osoba w ogóle unika jasno oświetlonych miejsc lub wychodzi z domu tylko po zapadnięciu zmroku. Trichotillomania może także wpływać na decyzję o wyborze zawodu, prowadząc do świadomej rezygnacji z wykonywania pracy w warunkach, w których trudno jest ukryć miejsca pozbawione włosów. Osoby, dla których trichotillomania nie oznacza tak drastycznego ograniczenia aktywności, opisują ją jako zaburzenie niezwykle absorbujące, zmuszające do podejmowania czasochłonnych działań w celu ukrycia zmian w wyglądzie zewnętrznym i poprzez to mające wpływ na dzienny rozkład zajęć. Problem ten pojawia się szczególnie w relacjach kobiet, w przypadku których miejsca pozbawione włosów muszą być maskowane, gdyż trudno wyjaśnić ich istnienie naturalnym procesem łysienia.

Osoby cierpiące na trichotillomanię mogą unikać nawiązywania przyjaźni i bliskich relacji partnerskich w obawie, że skutki podejmowanych przez nie zachowań

³ W badaniach Casati i wsp. [1] wzięło udział 7 kobiet, które spełniały kryteria diagnostyczne trichotillomanii zawarte w DSM-IV (średnia wieku badanych 25,86, średni czas utrzymywania się objawów trichotillomanii: 14 lat).

samouszkodzeniowych wzbudzą dezaprobatę innych ludzi. Obawy takie zazwyczaj potęguje fakt, że osoby te często są przekonane, iż problem niekontrolowanego wrywania włosów jest wyłącznie ich udziałem i nie występuje u innych ludzi. Ponieważ wkładają wiele wysiłku w utrzymanie swojego postępowania w tajemnicy, rzadko mają okazję przekonać się o niesłuszności tego założenia. Całkowite unikanie bliższych relacji społecznych nie dotyczy jednak wszystkich osób z trichotillomanią. Casati i wsp. [1] zwracają uwagę, że większość kobiet biorących udział w ich badaniach pozostawała w związku małżeńskim, przy czym ich małżonkowie nie zawsze zdawali sobie sprawę z występowania u swoich żon tak przewlekłego i uporczywego zaburzenia. W rodzinach, w których krewni osób cierpiących na trichotillomanię są świadomi obecności tego problemu, często dochodzi na tym tle do konfliktów, gdyż wiedza o istnieniu zwyczaju wrywania włosów nie zawsze pociąga za sobą pełne zrozumienie współwystępujących z nim okoliczności, takich jak odczucie intensywnego pragnienia usuwania włosów i doświadczenie silnego napięcia, które uniemożliwia powstrzymanie się od ich wrywania. Osobom, które same nie miały tego typu doświadczeń, zachowanie ich bliskich może wydawać się szkodliwe i irracjonalne, a ponieważ sprawa ono wrażenie zachowania podejmowanego dobrowolnie, odmowa powstrzymania się od niego może być interpretowana jako niechęć do podjęcia jakichkolwiek wysiłków w tym kierunku.

Dla wielu osób cierpiących na trichotillomanię problemem jest nie tylko brak odpowiedniej wiedzy i zrozumienia ze strony najbliższych, ale także lekceważenie ich problemów przez osoby, do których zwracają się one po profesjonalną pomoc. Najczęściej chodzi tu o minimalizowanie szkodliwych następstw trichotillomanii, przypisywanie czynności wrywania włosów statusu nieszkodliwego przyzwyczajenia, niedocenianie wpływu, jaki zaburzenie to może wywierać na samopoczucie osoby odczuwającej przymus wrywania włosów. Opór osób zgłaszających się po pomoc lekarską mogą budzić także zbyt radykalne diagnozy, pogłębiające poczucie zażenowania i upokorzenia [1].

Badania przeprowadzone przez Casati i wsp. [1] ujawniły, że osoby cierpiące na trichotillomanię odczuwają negatywne emocje w związku z widoczną utratą włosów, a także doświadczają braku poczucia kontroli nad własnym zachowaniem, co jest wynikiem niezdolności do powstrzymania się od ich wrywania. Wszystkie osoby biorące udział w badaniach Casati i wsp. [1] opisywały poczucie zażenowania i wstydu w związku z pojawianiem się widocznych zmian w wyglądzie zewnętrznym. Działania, które podejmowały one w celu ukrycia miejsc pozbawionych włosów, zazwyczaj miały powodować redukcję tych uczuć. Poczucie zażenowania i wstydu u niektórych osób było dodatkowo wzmacniane przez konieczność noszenia peruk lub przymus wkładania nakrycia głowy nawet wtedy, gdy przebywały w zamkniętym pomieszczeniu. Źródłem poczucia wstydu dla niektórych badanych było także przekonanie, że ludzie zauważają miejsca pozbawione włosów nawet wtedy, gdy otwarcie o tym nie mówią.

Osoby cierpiące na trichotillomanię mogą także odczuwać poczucie winy z powodu doprowadzania do powtarzających się podrażnień i uszkodzeń skóry, choć zazwyczaj nawet fakt pojawiania się infekcji nie powoduje zaprzestania wrywania włosów. Poczucie winy może być także wywoływane koniecznością rezygnacji z życia towarzyskiego w sytuacjach, gdy inicjatywa w tym kierunku wychodzi od innych osób.

Niezdolność do powstrzymania się od wrywania włosów zazwyczaj jest także źródłem gniewu i frustracji. Osoby cierpiące na trichotillomanię często w ten właśnie sposób przeżywają własną niezdolność do powstrzymania się od zachowań, które przez nich samych odbierane są jako prowadzące do szkodliwych następstw. Uczucia te są zazwyczaj najsilniejsze w sytuacjach, gdy osoba powraca do wrywania włosów po kilkumiesięcznej przerwie, w trakcie której zaczęła mieć nadzieję na całkowite wyleczenie [1, s. 347]. Inne negatywne emocje, często odczuwane przez osoby biorące udział w badaniach Casati i wsp. [1], to strach, że mimo podejmowanych przez nie wysiłków miejsca pozbawione włosów zostaną zauważone przez innych ludzi, oraz poczucie upokorzenia w sytuacjach, gdy zdarzenie takie ma miejsce.

Trichotillomania może także wpływać na stopień samoakceptacji, a także powodować daleko idące zmiany w obrazie własnego ciała. Kobiety badane przez Casati i wsp. [1] relacjonowały częste doświadczanie poczucia własnej nieatrakcyjności związane z widoczną utratą włosów, uczucie smutku towarzyszące kontemplowaniu własnego wyglądu, a także znaczne obniżenie samooceny.

Osoby cierpiące na trichotillomanię często doświadczają poczucia utraty kontroli nad swoim zachowaniem. Jest to skutkiem wielokrotnego i długotrwałego angażowania się w usuwanie włosów, przy jednoczesnym silnym dążeniu do powstrzymania się od tej czynności. Konsekwencją tej sytuacji jest subiektywne wrażenie utraty możliwości wpływania na własne postępowanie, tym silniej odczuwane, im bardziej usuwanie włosów postrzegane jest jako zachowanie podejmowane dobrowolnie, a więc zależnie od decyzji jednostki. Tworzenie fizycznych barier, takich jak zakładanie czapek lub rękawiczek, mających utrudniać wrywanie, może być interpretowane jako podejmowanie działań w celu przejęcia kontroli nad własnym zachowaniem. Niektóre osoby cierpiące na trichotillomanię osiągają częściową kontrolę nad wrywaniem włosów nie poprzez próbę całkowitego wyeliminowania tej czynności, ale dzięki ograniczeniu wrywania tylko do niektórych miejsc lub limitowaniu liczby włosów, które mogą zostać usunięte w trakcie jednego epizodu trichotillomanii. Działania takie zazwyczaj mają większe szanse powodzenia niż dążenie do całkowitego powstrzymania się od zachowań samouszkodzeniowych. Nie prowadzą one wprawdzie do poprawy stanu somatycznego, ale wydają się wpływać na samopoczucie osób narzucających sobie tego typu ograniczenia [1].

Próby sprawowania kontroli nad własnym zachowaniem mogą także przejawiać się decyzją o ujawnieniu innym faktu, że jest się osobą cierpiącą na trichotillomanię. Przyjmuje ona wtedy formę otwartego mówienia o tym zaburzeniu i dzielenia się swoimi przeżyciami, lub całkowitego rezygnowania z prób ukrycia miejsc pozbawionych włosów. Skłonność do podejmowania tego typu inicjatywy nie występuje jednak często. Wydaje się ona zależeć od czasu trwania zaburzenia, oraz od tego, czy osoba cierpiąca na trichotillomanię sama akceptuje swoją chorobę [1].

Ńďčōñčēēīēřīč · Ńī-līčī č đ'ñčōñāūlññāliūl đ'ñēlāññāč

Ńiāldēřīčī

Â nññūl nñāldēřīčī id'dlālēlīč č ōřđřēñđēññčēř 'āēlīč' Ńďčōñčēēīēřīč. Đđlāññāēlīñ Ńāñó-

čáličlíl líl ní+líc', d'rnú'd'nnndrlic' č írcáielł árciúł óreńidú, óncččartúcl óň' čláličlíl d'dčioacnleuinał, ilėińdričđiátińai áudúáric' áreń. Óeřčírř diėu d'iaúrlil' č d'laóęđčč ířd'd' člić' á alířdřčřřčč č đčęńřčč nčđ'ńieā nđčóinčėėieřil'č č, ná' čřiiúł n' ýněč áid'dině, ěińđiáldnčč, ěřńřtúclń' id'dlálėlić' ýńai' áelil'č'. Đđčálalıú nřęcl' ná' čč nđčóinčėėieřil'č č číúčč d'ńččč-lńęđčč ířdóřlč' čč, ř iníalilil' áiceřil'č íadřúlił íř nóáuleńčáiúł d'ldlččáric' ěčó, nńđřářtúččó nđčóinčėėieřil'čle. Íadřúlił áiččřil'č íř nńččřeúil' č d'ńčóieiač-lńęcl' d'inėláńńac' ířčč-č' ó nřęččó ěřalė nđčóinčėėieřil'č.

Trichotillomanie. Verlauf und psychosoziale Folgen

Zusammenfassung

Der Artikel enthält die Definierung und Charakteristik der Erscheinung der Trichotillomanie. Er bespricht ihren Verlauf, Verbreitung und die wichtigsten Faktoren, die den Zwang des unkontrollierten Haarausreißens intensivieren. Er bespricht auch die Rolle der Steigerung und Reduktion der Spannung im Generieren und Anhalten der Symptome der Trichotillomanie und die mit dieser Frage verbundenen Kontroversen um ihre Definierungskriterien. Es wurden auch die Zusammenhänge der Trichotillomanie mit anderen psychischen Störungen berücksichtigt. Eine besondere Aufmerksamkeit schenkte man der subjektiven Erlebnissen der Personen, die an Trichotillomanie leiden, und den sozialen, psychologischen Folgen dieser Störung bei ihnen.

La trichotillomanie – cours et conséquences psychosociales

Résumé

L'article présente la définition et la caractéristique de la trichotillomanie. Il décrit aussi son cours, sa fréquence et les facteurs les plus importants stimulant l'arrachement incontrôlé des cheveux. Cet article analyse encore le rôle de l'accroît et de l'abaissement de la tension dans le prolongement des symptômes de la trichotillomanie et les controverses concernant sa définition ainsi que ses connexions avec les autres troubles psychiques. On attire l'attention aux expériences subjectives des personnes malades et aux conséquences sociales et psychiques de ce trouble.

Piśmiennictwo

1. Casati J, Toner BB, Yu B. *Psychosocial issues for women with trichotillomania*. *Compr. Psychiatry* 2000; 41 (5): 344–351
2. Pacan P, Kantorska-Janiec M, Kiejna A. *Trichotillomania*. *Psychiatr. Pol.* 1998; 6: 799–805.
3. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 1994.
4. Toit PL du, Kradenburg J van, Niehaus DJH, Stein DJ. *Characteristic and phenomenology of hair-pulling: An exploration of subtypes*. *Compr. Psychiatry* 2001; 3: 247–256.
5. Walsh KH, McDougale ChJ. *Trichotillomania. Presentation, etiology, diagnosis and therapy*. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2001; 2 (5), 327–333.
6. Locher C, Stein DJ. *Gender in obsessive-compulsive disorder and obsesive-compulsive spectrum disorders*. *Arch. Woman's Ment. Health* 2001; 4: 19–26.
7. Neal-Barnett AM, Ward-Brown BJ, Mitchell M, Krownapple M. *Hair pulling in African Americans – only your hairdresser knows for sure: An exploratory study*. *Cult. Div. Ethnic Min. Psychol.* 2000; 4: 352–362.
8. Cohen HA, Barzilai A, Lahat E. *Hypnotherapy: an effective treatment modality for trichotillomania*. *Acta Paediatr.* 1999; 88: 407–410.
9. O'Sullivan R.L, Rauch SL, Breiter HC, Grachev I.D, Baer L, Kennedy DN, Keuthen NJ, Savage CR, Manzo PA, Caviness VS, Jenike MA. *Reduced basal ganglia volumes in trichotillomania*

- measured via morphometric magnetic resonance imaging.* Biol. Psychiatry 1997; 42: 39–45.
10. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang K-Y, Cullen BAM, Grados MA, Nestadt G. *The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study.* Biol. Psychiatry 2000; 48: 287–293.
 11. Coetzer R, Stein DJ. *Neuropsychological measures in women with obsessive-compulsive disorder and trichotillomania.* Psychiatr. Clin. Neurosc. 1999; 53: 413–415.
 12. Stein DJ, Heerden B van, Hugo Ch, Kradenburg J van, Warwick J, Zungo-Dirwayi N, Seedat S. *Functional brain imaging and pharmacotherapy in trichotillomania. Single photon emission computed tomography before and after treatment with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram.* Progr. Neuro-Psychopharm. Biol. Psychiatry 2002; 885–890.
 13. Ninan PT, Mansueto C, Rothbaum BO, O'Sullivan RL, Nemeroff CB. *Challenges in the classification and treatment of trichotillomania.* CNS Spectr. 1998; 3: 30–35.
 14. Bergfeld W, Mulinari-Brenner F, McCarron K, Embi C. *The combined utilization of clinical and histological findings in the diagnosis of trichotillomania.* J. Cutan. Pathol. 2002; 29: 207–214.

Otrzymano: 26.06.2003

Zrecenzowano: 23.07.2003

Przyjęto do druku: 29.08.2003

Adres: Katarzyna Prochwicz
Uniwersytet Jagielloński
Instytut Psychologii
31-120 Kraków, al. Mickiewicza

