

JULIA ANNA NETCZUK

Katedra Fizjologii Zwierząt i Człowieka
Wydział Biologii
Uniwersytet Gdański
Wita Stwosza 59, 80-303 Gdańsk
E-mail: julianetczuk@gmail.com

SKUPIENI NA CIELE, NIEMOGĄCY PRZESTAĆ – CZYLI CZYM SĄ BFRBs

WPROWADZENIE

Większość ludzi słyszała o obgryzaniu paznokci, być może wiele z nich zetknęło się także ze zjawiskiem skubania skórek, a już na pewno nikomu nie jest obce „niewinne” dłu-banie w nosie. Natomiast zaskoczeniem dla szerokiej grupy osób może być fakt, że czynności te, jeśli wykraczają poza pielęgnację ciała i przynoszą cierpienie danej osobie, kwalifikują się do grupy zaburzeń psychicznych, nazywanych powtarzalnymi czynnościami skupionymi/skoncentrowanymi/zogniskowanymi na ciele (ang. body focused repetitive behaviors, BFRBs). Niektóre z tych czynności znane były już w czasach starożytnych Hipokratesowi, który pisał, że w trakcie ogólnego badania medycy pytali o to, czy pacjenci wrywają sobie włosy, drapią skórę albo płaczą (CHAMBERLAIN i OLAUG 2014). Obecnie w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 zaklasyfikowane są one jako podgrupa zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i innych z nimi związanych. Na czym polegają te zaburzenia? Jak nazwa wskazuje, BFRBs skoncentrowane są na ciele i charakteryzują się powtarzalnością. Są to nawracające, nawykowe czynności, trudne do zaprzestania lub ograniczenia, które dotyczyć mogą skóry, włosów, paznokci, ust czy nawet oczu [ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA, 2019].

ICD-11 wyszczególnia dwa osobne podrodzaje BFRBs, z których jeden dotyczy polegającej na patologicznym wrywaniu włosów trichotillomanii (TTM), zaś drugi, patologicznego skubania skóry (neurotycznego drapania skóry), czyli dermatillomanii (DTM). Szkodli-

wość tych schorzeń polega na tym, że długo-trwałe wrywanie włosów prowadzi do widocznych ubytków w owłosieniu, zaś skubanie skóry wiąże się z chorobliwymi zmianami skórnymi i bliznami. Zatem wspólną cechą wszystkich BFRBs jest to, że prowadzą one do fizycznych następstw somatycznych. w rezultacie objawy te wywołują u chorego poczucie wstydu, powodującego niepokój i upośledzenie funkcjonowania na polu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym czy zawodowym [ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA, 2019].

Ogólne dane na temat rozpowszechnienia BFRBs są dosyć ograniczone, jednak w badaniach HOUGHTON i współaut. (2018), przeprowadzonych na próbie prawie 4500 dorosłych osób stwierdzono, że 12% badanych spełnia kryteria co najmniej jednego patologicznego BFRB (najczęściej zgłaszanym zachowaniem było przygryzanie policzków). Większość pacjentów tej grupy, bo aż 77% stanowiły kobiety, ale także w całym badaniu przeważały uczestniczki płci żeńskiej (69%). Oprócz tego niemal 60% ankietowanych, z których większość ponownie stanowiły kobiety (69%), zgłosiła zaangażowanie się w subkliniczne BFRBs, nie spełniające kryteriów patologicznych, a najczęstszym BFRB było także przygryzanie policzków.

TRICHOTILLOMANIA

Termin trichotillomania został użyty w 1889 r. przez francuskiego dermatologa Francois Henry'ego Hallopeau'a i pochodzi od greckich słów *trich* (włosy), *tillain* (ciągnąć lub rwać) i *mania* (od *mainesthai*, co oznacza być szalonym). Jednak wrywanie włosów opisywa-

ne zostało po raz pierwszy w IV w. p.n.e. przez Arystotelesa (WAAS i YESUDIAN 2018). Według ICD-11 TTM charakteryzuje się repetytywnym wyrwaniem sobie włosów, prowadzącym do ich widocznej utraty, któremu towarzyszą nieudane próby powstrzymania tego zachowania i upośledzenie funkcjonowania na różnych polach życiowych [ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA, 2019].

Włosy mogą być wyrwane z dowolnego miejsca na ciele, ale w zdecydowanej większości przypadków choroby wyrwiają włosy ze skalpu, brwi i rzęs, rzadziej z pach, twarzy czy okolic łonowych i okołodbytnicznych. Wzór wyrwania włosów jest zróżnicowany w zależności od przypadku i może zmieniać się na przestrzeni czasu. Epizody mogą trwać od kilku minut do nawet kilkunastu godzin. Niektórzy pacjenci skupiają się na jednym obszarze, podczas gdy inni wyrwiają włosy z różnych miejsc, co sprawia, że trudniej jest zauważyć ubytki. Często praktyką jest ukrywanie swoich zmagą z TTM, ponieważ wiedza o tym zaburzeniu jest mało rozpowszechniona w społeczeństwie. Osoby cierpiące na TTM często tuszują braki poprzez noszenie sztucznych rzęs, makijaż permanentny brwi lub noszenie nakryć głowy albo peruk [ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA, 2019].

TTM zazwyczaj zaczyna się na przełomie późnego dzieciństwa i wczesnej dorosłości (standardowo między 10 a 13 rokiem życia), niezależnie od warunków kulturowych. Jest to przewlekłe zaburzenie ze zmiennym nasileniem, które nieleczone utrudnia pacjentom życie przez ponad 20 lat. Niestety, z powodu (często słusznego) przeświadczenia o tym, że psychiatry i psychoterapeuci nie dysponują dostateczną wiedzą na temat TTM, chorujący bardzo rzadko szukają pomocy u specjalistów. Wiąże się to również z poczuciem wstydu i zażenowania z powodu wyrwania włosów, obawą przed nieadekwatną reakcją ze strony lekarzy czy brakiem świadomości na temat tego, że niepohamowane wyrwanie włosów jest zaburzeniem, które należy leczyć (GRANT i CHAMBERLAIN 2016).

Wyodrębniono dwa podtypy TTM: automatyczny – kiedy pacjent nie jest (przynajmniej przez pewien czas) świadomy tego, że wyrwa włosy, i skupiony – kiedy chory jest tego świadomy. Wyrwanie owłosienia często nasila się podczas stresu, ale także nudy, złości czy odczuwanego napięcia, a w trakcie wyrwania pacjent wybiera konkretne włosy, które odbiegają wyglądem lub strukturą od większości – są szorstkie, nieregularne, być może w innym kolorze lub o innej długości. Wyrwaniu konkretnych włosów towarzyszą często specyficzne rytuały dotyczące oglądania i dotykania włosów przed wyrwaniem, żeby zidentyfikować te, które zdaniem pacjenta odbiegają od normy, albo

zabawa włosami po ich wyrwaniu, np. pocieranie ich o usta lub wkładanie ich do ust, a nawet zjadanie. Połykanie wyrwanych włosów (trichofagia) to poważne schorzenie, które dotyczy 20% osób z TTM. Ponieważ ludzie nie trawia włosów, mogą one zalegać w przewodzie pokarmowym, a ich duża ilość w skrajnych przypadkach może powodować tworzenie kul włosowych (trichobezoarów), które należy usunąć operacyjnie (GRANT i CHAMBERLAIN 2016), [ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA, 2019].

DERMATILLOMANIA

Dermatillomania (DMT), nazywana inaczej neurotycznym/patologicznym skubaniem skóry, to zaburzenie psychiczne z grupy psychodermatoz, które zostało po raz pierwszy opisane przez Erasmusa Wilsona w 1875 r. w odniesieniu do nasilonego, niezwykle trudnego, jeśli nie niemożliwego do kontrolowania, skubania skóry u pacjentów z nerwicą (GRANT i STEIN 2014). Zgodnie z ICD-11 zaburzenie to polega na nawracającym skubaniu (także drapaniu, zrywaniu czy dłubaniu) własnej skóry, prowadzącym do zmian skórnych, któremu towarzyszą nieudane próby zaprzestania tego zachowania. Tak samo jak w przypadku TTM, prowadzi do znacznego dystresu i pogorszenia jakości życia [ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA, 2019].

Najczęściej skubane miejsca na ciele to twarz, ramiona i ręce, ale chorzy mogą skubać skórę w wielu miejscach. w jaki sposób dochodzi do wyboru miejsca, które będzie celem danego epizodu? Oczywiście jest to bardzo zróżnicowane i indywidualne dla danego pacjenta, ponieważ część osób wybiera do skubania zdrową, niezniszczoną skórę, natomiast inni wolą drobne nierówności skóry czy zmiany skórne takie jak pryszcze lub modzele, bądź strupy powstałe po wcześniejszym rozdrapywaniu, co zapewnia dodatkowe doznania dotykowe. Rozpoczęcie epizodu skubania skóry może być spowodowane różnymi emocjami towarzyszącymi choremu, takim jak: stres, zdernerwowanie, niepokój, bądź pojawić się może w trakcie znużenia i odczuwanego zmęczenia, często w trakcie takich aktywności jak czytanie książki czy oglądanie telewizji (LOCHNER i współaut. 2017), [ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA, 2019].

Zaburzenie może pojawić się w każdym wieku, ale przeważający średni wiek wystąpienia DMT ma miejsce w okresie dojrzewania, około 13–14 roku życia. Średni czas trwania zaburzenia wynosi prawie 13 lat (od 3 do nawet 40 lat) (ODLAUG i i współaut. 2010, SNORRASON i współaut. 2011). Większość pacjentów jest w stanie przestać skubać skórę najwyżej przez 2 dni, jednak zdarzają się osoby, które

wykazują dłuższą remisję epizodów DMT (kilka tygodni, miesiące, rzadziej lat), co zazwyczaj ma miejsce w okresie zmniejszonego stresu (SNOR-RASON i współaut. 2011).

INNE BFRBs

W ICD-11, oprócz podrozdziałów dotyczących TTM i DMT, wyodrębniono dwa podrozdziały dotyczące innych określonych lub nieokreślonych BFRBs. Należą do nich:

- trichofagia – przeżuwanie i zjadanie włosów oraz cebulek włosowych,
- trichodaganomania – gryzienie i odgryzanie włosów,
- trichotemnomania – obcinanie lub golenie włosów,
- trichoteiromania – pocieranie owłosionej skóry, prowadzące do uszkodzenia włosów,
- trichokryptomania/trichorreksomania – łamanie włosów paznokciami,
- dermatofagia – gryzienie i żucie skóry,
- ssanie kciuka/palca,
- bruksizm – zaciskanie i zgrzytanie zębami,
- onychotillomania – uszkodzanie płytki paznokciowej i jej otoczenia,
- onychofagia – obgryzanie i jedzenie paznokci,
- rhinoilleksomania – dłubanie w nosie,
- *morsicatio labiorum* – przygryzanie warg,
- *morsicatio linguarum* – przygryzanie języka,
- *morsicatio buccarum* – przygryzanie policzków,
- mucus fishing syndrome – zespół połowu śluzu z oczu

(GLASS i MAIZE, 1991, MCCULLEY i współaut. 1985, FREYSCHMIDT-PAUL i współaut. 2001, PEREIRA 2004, SKURYA i współaut. 2020, NAJERA 2022).

PRZYCZYNY WYSTĘPOWANIA

Na pytanie, dlaczego ja lub moi bliscy cierpią na BFRBs, nie ma niestety wciąż jednoznacznej odpowiedzi. Obecnie w rozwoju tego typu zaburzeń zwraca się uwagę na możliwą dziedziczność, zaangażowanie wybranych struktur mózgowych oraz na indywidualną podatność psychologiczną.

Genetyczny wkład w rozwój TTM odgrywają przede wszystkim dwa geny: *SLITRK1* i *HOXB8*. Gen *SLITRK1* koduje neuronalne transbłonowe białko Slit i Trk-like 1. Zmiany w obrębie sekwencji tego genu wiązane są z zespołem cech charakterystycznych dla TTM. Efekty mutacji genu *HOXB8* obserwowane były jedynie u myszy, które nadmiernie się czyściły, co powodowało łysienie i zmiany skórne. Zdaniem badaczy ta przesadna pielęgnacja jest dosyć

podobna do zachowań, jakie wykazują osoby z TTM (JOHNSON i EL-ALFY 2016).

Zachorowalność na BFRBs może mieć także związek z historią rodzinną. w badaniu, obejmującym 265 osób z trichotillomanią lub dermatillomanią, wykazano, że 29% pacjentów miało przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia, który również cierpiał na jedno z tych zaburzeń, zaś przynajmniej jeden krewny pierwszego stopnia był uzależniony od alkoholu lub narkotyków u 22% badanych. Uczestnicy z historią rodzinną nadużywania tych substancji spędzali więcej czasu na wyrwaniu włosów lub skubaniu skóry (REDDEN i współaut. 2016).

Istnieją pewne powiązania między występowaniem BFRBs a posiadaniem konkretnych cech osobowości. Przykładowo, TTM występuje częściej u osób z zaburzeniami osobowości i u osób bardziej ekstrawertycznych (CHAMBERLAIN i ODLAUG 2014).

Występowanie BFRBs może mieć także związek ze zmianami w obrębie mózgowia, obserwowanymi w wynikach badań neuroobrazowania. Badania skupiają się na tzw. „obszarach zainteresowania”, gdzie konkretne struktury są wybierane do porównania z grupą kontrolną. Wybór bazuje w dużej mierze na strukturach, które wykazano uprzednio jako zaangażowane w przypadki zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (CHAMBERLAIN i współaut. 2009).

BLUM i współaut. (2018) przeprowadzili obrazowanie metodą strukturalnego rezonansu magnetycznego prażkowie, jądra półleżącego i hipokampa, czyli struktur, które były uwzględnione we wcześniejszych badaniach neuroobrazowych DMT czy TTM, u osób cierpiących na patologiczne skubanie skóry. Uczestników poproszono o wykonanie testów neurokognitywnych: Intra-Extra Dimensional Set Shift (IED), mierzącego elastyczność zachowania (umiejętność adaptacji do zmiany reguł) i Stop Signal Task (SST), służącego do oceny kontroli nad potencjalnym, nawykowym zachowaniem motorycznym. w teście SST mierzono czas reakcji na dźwiękowy sygnał „stop”, który następował po prezentacji strzałki (ang. stop signal reaction time, SSRT). U pacjentów z grupy badanej zaobserwowano dwa skupiska, w których grubość kory korelowała ujemnie z SSRT (kora wyspy i płata ciemieniowego). Wyspa zaangażowana jest w kontrolę hamowania i jest niezbędna do wykrywania, a następnie przetwarzania istotnych bodźców (tj. sygnałów „stop”), natomiast kora ciemieniowa łączy wrażenia dotykowe z ruchem palców. Cieńsza kora wyspy może zaburzać możliwość zahamowania albo zredukowania skubania skóry. Z kolei zmniejszona grubość kory ciemieniowej jest prawdopodobnie przyczyną

skubania skóry w nierównych miejscach, ponieważ reorganizacji ulegają ścieżki neuronalne, które łączą dotyk z ruchem.

Z kolei UHLMANN i współaut. (2020), wykorzystując rezonans magnetyczny i morfometrię trójwymiarową wykazali, że osoby zmagające się z TTM mają zwiększoną ilość istoty białej w obrębie zakrętu przyhipokampowego i mózdzku. Hipokamp jest częścią mózgowia, która wiąże się z kodowaniem wspomnień i formowaniem skojarzeń, co może odgrywać potencjalną rolę w różnych psychopatologiach i być przyczyną zgłaszania przez pacjentów stanu „oderwania od rzeczywistości”. Mózdzek wykazuje wiele dwukierunkowych połączeń z korą mózgową, zaangażowaną m.in. w integrację i koordynację informacji czuciowo-ruchowych. Dysfunkcje w tym obszarze są charakterystyczne nie tylko dla TTM, ale także wielu innych zaburzeń psychicznych, jak autyzm, schizofrenia, mania, depresja czy zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Autorzy zaobserwowali również pewien związek pomiędzy zwiększonym nasileniem wrywania włosów (mniejsza liczba prób oparcia się chęci wrywania) a zwiększoną ilością istoty białej w obszarze zakrętu skroniowego, językowego (zmiany w tym obszarze korelują z zaburzonymi funkcjami poznawczymi i emocjonalnymi oraz somatomotorycznymi) i mózdzku (kompulsywne i impulsywne podejmowanie decyzji o wrywaniu włosów).

LECZENIE

Obecnie nie istnieje jeden, uniwersalny sposób leczenia BFRBs. w ramach farmakoterapii stosowane są z mniejszym lub większym sukcesem różne substancje, ponieważ w patofizjologię zaburzeń kontroli impulsów zaangażowane są zróżnicowane neuroprzekaźniki, wzajemnie się uzupełniające. Sugeruje się udział ścieżek serotonergicznymi (5-HT) i dopaminergicznymi. Pozytywne rezultaty zaobserwowano po zastosowaniu inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SRI), w szczególności klomipraminy oraz blokera dopaminy – desipraminy w połączeniu ze zwiększoną dawką SRI, podczas gdy SRI stosowane pojedynczo nie przynoszą oczekiwanych efektów (CHATTOPADHYAY 2012).

Ostatnio uwaga lekarzy i naukowców skupiona jest głównie na N-acetylocysteinie (NAC), która działa jako modulator glutaminianu i przeciwutleniacz. Glutaminian to główny neuroprzekaźnik pobudzający w ośrodkowym układzie nerwowym, który w nadmiernej ilości uszkadza komórki nerwowe. Podwyższony poziom tej cząsteczki stwierdzono w przypadku zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Działanie NAC polega na uwalnianiu glutaminianu do przestrzeni pozakomórkowej – pobudzane są

receptory hamujące glutaminianu, zmniejszając neurotransmisję glutaminergiczną. Co więcej, NAC jest tanim lekiem z nieznacznymi skutkami ubocznymi (LEE i LIPNER 2022).

Najpopularniejszą, niefarmakologiczną metodą stosowaną w terapii zaburzeń, takich jak: wrywanie włosów, skubanie skóry czy obgryzanie paznokci, jest trening odwracania nawyków, będący jedną z form psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Składa się on z kilku etapów, chociaż nieco odmiennych niż te, które możemy kojarzyć z ćwiczeniami na siłowni. Po pierwsze pacjenci muszą uświadomić sobie własne, powtarzające się zachowania i to, że pewne okoliczności mogą wywoływać dany epizod. w dalszej kolejności następuje próba wypracowania konkurencyjnej odpowiedzi na dany bodziec, czyli zastąpienie niepożądanego zachowania inną czynnością. Ważnymi krokami w terapii są także: etap relaksacji, który pomoże zmniejszyć odczuwany stres, oraz wsparcie ze strony bliskich, stanowiących dla chorego zewnętrzną motywację do działania (SKURYA i współaut. 2020).

PODSUMOWANIE

Nie ulega wątpliwości, że BFRBs potrafią uprzykrzyć życie niejednej osobie, często już w młodym wieku. Brak powszechnej świadomości istnienia takiej grupy zaburzeń wiąże się nierzadko ze stygmatyzacją pacjentów i pacjentek, zmagających się z BFRBs. Przekłada się to także na trudności w leczeniu, ponieważ często chorujący wolą ukrywać się ze swoimi przypadłościami w obawie przed negatywną oceną, niezrozumieniem i wstydem, będących konsekwencjami ich zachowania. Terapia BFRBs powinna być kompleksowa, zaplanowana indywidualnie i oparta na współpracy psychiatrów, dermatologów, trichologów, psychologów, psychoterapeutów i kosmetologów. Miejmy nadzieję, że szerzenie tego skrywanego przed światem zewnętrznym problemu, spowoduje wzrost wiedzy o nim i powiększy grono ekspertów, którzy będą mogli przyjść z pomocą osobom cierpiącym na BFRBs.

Streszczenie

Powtarzalne czynności skupione na ciele, czyli BFRBs (ang. body focused repetitive behaviors), to należące do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych zaburzenia psychiczne polegające na wykonywaniu przez chorego niepożądanego, trudnego do zaprzestania lub ograniczenia, zachowania skutkującego utratą owłosienia lub uszkodzeniami naskórka. Dla wielu pacjentów jest to wstydlivy problem, skrywany przed otoczeniem, co w rezultacie ma znaczący wpływ na pogorszenie jakości ich życia. Wiedza o BFRBs jest wciąż mało rozpowszechniona, a to bezpośrednio przekłada się na brak efektywnych i szeroko dostępnych metod leczenia. Niniejsza praca charakteryzuje rodzaje (głównie tricho- i dermatillomanię), epidemiologię, etiologię, pato-

genezę BFRBs oraz aktualne kierunki terapii, zwracając szczególną uwagę na zróżnicowanie tych zaburzeń oraz trudności diagnostyczne i terapeutyczne.

LITERATURA

- BLUM A. W., CHAMBERLAIN S. R., HARRIES M. D., ODLAUG B. L., REDDEN S. A., GRANT J. E., 2018. *Neuroanatomical correlates of impulsive action in excoriation (skin-picking) disorder*. J. Neuropsychiatr. Clin. Neurosci. 30, 236-241.
- CHAMBERLAIN S. R., ODLAUG B. L., 2014. *Body focused repetitive behaviors (BFRBs) and personality features*. Curr. Behav. Neurosci. Rep. 1, 27-32.
- CHAMBERLAIN S. R., ODLAUG B. L., BOULOUOURIS V., FINEBERG N. A., GRANT J. E., 2009. *Trichotillomania: Neurobiology and treatment*. Neurosci. Biobehav. Rev. 33, 831-842.
- CHATTOPADHYAY K., 2012. *The genetic factors influencing the development of trichotillomania*. J. Genet. 91, 259-262.
- FREYSCHMIDT-PAUL P., HOFFERMANN R., HAPPEL R., 2001. *Trichoteiromania*. Eur. J. Dermatol. 11, 369-71.
- GLASS L.F., MAIZE J. C., 1991 *Morsicatio buccarum et labiorum (excessive cheek and lip biting)*. Am. J. Dermatopathol 13:271-274.
- GRANT J. E., CHAMBERLAIN S. R., 2016. *Trichotillomania*. Am. J. Psychiatry 173, 868-874.
- GRANT J. E., STEIN D. J., 2014. *Body-focused repetitive behavior disorders in ICD-11*. Braz. J. Psychiatry 36, 59-64.
- HOUGHTON D. C., ALEXANDER J. R., BAUER C. C., WOODS D. W., 2018. *Body-focused repetitive behaviors: More prevalent than once thought?* Psychiatry Res. 270, 389-393.
- JOHNSON J., EL-ALFY A. T., 2016. *Review of available studies of the neurobiology and pharmacotherapeutic management of trichotillomania*. J. Adv. Res. 7, 169-184.
- LEE D. K., LIPNER S. R., 2022. *The potential of N-acetylcysteine for treatment of trichotillomania, excoriation disorder, onychophagia, and onychotillomania: An updated literature review*. Int. J. Environ. Res. Public Health 19, 6370.
- LOCHNER C., ROOS A., STEIN D. J., 2017. *Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options*. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 13, 1867-1872.
- MCCULLEY J. P., MOORE M. B., MATOBA A. Y., 1985. *Mucus fishing syndrome*. Ophthalmology 92, 1262-1265.
- NAJERA D. B., 2022. *Body-focused repetitive behaviors: Beyond bad habits*. J. Am. Acad. Physic. Assist. 35, 28-33.
- ODLAUG B. L., KIM S. W., GRANT J. E., 2010. *Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania*. J. Anxiety Disord. 24, 823-829.
- PEREIRA J. M., 2004. *Compulsive trichoses*. An. Bras. Dermat. 79, 609-618.
- REDDEN S. A., LEPPINK E. W., GRANT J. E., 2016. *Body focused repetitive behavior disorders: Significance of family history*. Comp. Psychiatry 66, 187-92.
- SKURYA J., JAFFERANY M., EVERETT G. J., 2020. *Habit reversal therapy in the management of body focused repetitive behavior disorders*. Dermatol. Ther. 33, 13811.
- SNORRASON Í., SMÁRI J., ÓLAFSSON R. P., 2011. *Motor inhibition, reflection impulsivity, and trait impulsivity in pathological skin picking*. Behav. Ther. 42, 521-532.
- ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA, 2019. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów zdrowotnych – wersja jedenasta (ICD-11), rozdział 6 Zaburzenia psychiczne, behawioralne lub neurorozwojowe, podrozdział Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i inne z nimi związane, kategoria 6B25 Powtarzalne zaburzenia skoncentrowane na ciele*.
- UHLMANN A., DIAS A., TALJAARD L., STEIN D. J., BROOKS S. J., LOCHNER C., 2020. *White matter volume alterations in hair-pulling disorder (trichotillomania)*. Brain Imaging Behav. 14, 2202-2209.
- WAAS R. L., YESUDIAN P. D., 2018. *Plucking, picking, and pulling: The hair-raising history of trichotillomania*. Int. J. Trichology 6, 289-290.

KOSMOS Vol. 71, 4, 405-409, 2022

JULIA ANNA NETCZUK

Department of Animal and Human Physiology, Faculty of Biology, University of Gdansk, 59 Wita Stwosza Str., 80-303 Gdańsk,
e-mail: julianetczuk@gmail.com

FOCUSED ON THE BODY, UNABLE TO STOP – WHAT ARE BFRBS

Summary

Body focused repetitive behaviors (BFRBs) are psychiatric disorders belonging under obsessive-compulsive disorders characterised by performing unwanted, difficult to stop or limit grooming behaviors that result in hair loss or epidermal damage. For many patients, it is an embarrassing problem, hidden from relatives, which leads progressively to a significant deterioration of their quality of life. Knowledge of BFRBs is still not widespread, and this has a direct effect on a lack of effective and widely available treatments. This article briefly characterizes the types (mainly tricho- and dermatillomania), epidemiology, etiology, pathogenesis of BFRBs and current treatment approaches, paying special attention to the diversity of these disorders as well as diagnostic and therapeutic difficulties.

Key words: body-focused repetitive behaviors, dermatillomania, trichotillomania, obsessive-compulsive disorders, neurobiology of mental disorders