ROCZNIK KOMISJI NAUK PEDAGOGICZNYCH
Tom LXV, 2012: 175–189 PL ISSN 0079-3418

Alina Kałużna-Wielobób
Katarzyna Prochwicz

ZABURZENIA BFRB U MŁODZIEŻY

Abstract

This article focuses on three syndromes that belong to the BFRB group of disorders — body focused repetitive behaviours that might lead to body injuries as well as cause negative consequences of psychological nature. 1) Trichotillomania is a disorder distinguished by recurrent hair pulling resulting in hair loss. 2) Dermatillomania or pathological skin picking is defined as a repetitive, ritualistic picking of the skin which results in the tissue damage. 3) Onychophagia, is habitual nail biting. All three types of BFRB disorders are found among secondary school students as well as university students. The syndromes then are put into a context of emotional development during the adolescence period. Preliminary suggestions how teachers can play a role in the prevention of the BFRB disorders were presented in the article.

Key words: trichotillomania, dermatillomania, onychophagia
Słowa kluczowe: trichotillomania, dermatillomania, onychofagia

WSTĘP

Ponieważ uczniowie i studenci znaczną część swojego czasu spędzają w szkołach lub na uczelniach, więc nauczyciele (szkolni i akademiccy) mają możliwość obserwowania ich przez długi czas (często dłużej niż rodzice). Dzięki temu są w stanie zauważyć pierwsze objawy procesów, które mogą doprowadzić do zaburzeń. Artykuł dotyczy trzech rodzajów zachowań, które w skrajnej formie przyjmują postać zaburzeń takich jak: *trichotillomania*, czyli przymus wyrywania włosów, *dermatillomania*, czyli patologiczne skubanie skóry oraz *onychofagia*, czyli nawykowe obgryzanie paznokci, które są zaliczane do grupy BFRB (*body focused repetitive behaviors*), a więc nawykowych czynności dotyczących ciała, które mogą doprowadzić do jego uszkodzeń, jak również mogą wywołać negatywne następstwa natury psychologicznej. Z wszystkimi trzema typami zachowań możemy spotkać się zarówno u uczniów szkół średnich, jak i u studentów (chociaż mogą one dotyczyć również innych grup wiekowych). Najczęściej spotykamy się z patologicznym skubaniem skóry, które w niewielkim nasile-

niu (nie przybierającym jeszcze charakteru zaburzenia) występuje dość powszechnie wśród uczniów (a w szczególności uczennic) szkół średnich i wyższych. Jednocześnie zachowania te nie są zazwyczaj uważane za niepokojące czy godne uwagi. Często ani nauczyciele, ani rodzice, ani uczniowie nie rozumieją ich specyfiki, nie są więc w stanie rozpoznawać objawów BFRB na etapie, kiedy nie są one jeszcze mocno utrwalone. Nie mają też wiedzy na temat specyfiki tych zachowań, co byłoby podstawą do podjęcia skutecznych działań zmierzających do wyeliminowania szkodliwych nawyków (lub udzielenia w tym zakresie pomocy).

Warto również zwrócić uwagę, że objawy nawykowych zachowań zaliczanych do grupy BFRB nasilają się w sytuacjach stresujących, takich jak egzaminy[1]. W związku z tym nauczyciele (szkolni i akademiccy) powinni obserwować je szczególnie uważnie (podobnie jak inne objawy nieadaptacyjnych form reagowania w sytuacjach stresowych) w okresach egzaminów gimnazjalnych i maturalnych (szkoły), czy sesji egzaminacyjnej (uczelnie wyższe).

Problem BFRB wydaje się niezwykle ważny dla nauczycieli, wykładowców uczelni oraz pedagogów innych specjalizacji, aby zapobiegać rozwojowi tych zaburzeń u młodzieży poprzez psychoedukację i upowszechnianie wiedzy na temat potencjalnych negatywnych konsekwencji tych zachowań oraz obserwację młodzieży pod kątem ich występowania, aby we wczesnym stadium problemu wskazać możliwości uzyskania profesjonalnej pomocy. Ważna więc wydaje się psychoedukacja w zakresie specyfiki BFRB skierowana w pierwszej kolejności do nauczycieli, aby z kolei oni mogli uświadomić w tym zakresie młodzież, czy też w razie potrzeby pomóc młodemu człowiekowi (udzielając użytecznych wskazówek osobom doświadczającym niewielkiego nasilenia objawów, zwracając uwagę na potencjalne zagrożenia osobom nie postrzegającym dotyczącego ich zjawiska jako problemu, czy też w przypadkach przybierających formę zaburzenia, kierując po pomoc do specjalisty: psychologa, czy też w ostrzejszych stanach do lekarza psychiatry oraz dermatologa).

W artykule przedstawiono charakterystykę trzech zespołów objawów zaliczanych do BFRB, umiejscowienie ich w kontekście rozwojowym (specyfika emocjonalności okresu adolescencji) oraz wnioski praktyczne.

CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH RODZAJÓW BFRB

Zjawiska zaliczane do grupy BFRB (*body focused repetitive behaviors*) to powtarzane, nawykowe czynności, wykonywane bez racjonalnych przyczyn, które cechuje duży stopień zautomatyzowania oraz to, że dotyczą one ciała[2]. Czynności te mogą przybierać różnorodne formy, przy czym do najbardziej rozpowszechnionych należą obgryzanie paznokci, skubanie nierówności na powierzchni skóry, manipulowanie włosami oraz gryzienie warg i policzków. Dane dotyczące rozpowszechnienia tych zachowań wskazują, że występują one stosunkowo często, zwłaszcza w grupie osób młodych.

---

[1] G. Hajack, M.E. Franklin, R.F. Simons, N.J. Keuthen, *Hairpulling and skin picking in relation to affective stress and obsessive-compulsive symptoms*, "Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment" 2006, 3(28), s. 179–187.

[2] E.J. Teng, D.W. Woods, M.P. Twohig, B.A. Marcks, *Body — focused repetitive behaviors problems. Prevalence in non refered population and differences in perceived somatic activity*, "Behavior Modification" 2002, 26(3), s. 340–360.

Zazwyczaj mają one charakter przemijających nawyków nie powodujących szkodliwych następstw, niekiedy jednak częstotliwość, z jaką są wykonywane osiąga tak duże nasilenie, że stają się przyczyną widocznych uszkodzeń tkanek, deformacji lub nawracających infekcji. Zachowania te mogą także prowadzić do negatywnych następstw psychologicznych w postaci depresji, poczucia wstydu czy tendencji do izolowania się od otoczenia.

Przyczyny, dla których u części osób nawyki te przybierają tak skrajną formę nie zostały do tej pory jednoznacznie określone. Badania wskazują, że zachowania te mogą pełnić rolę w regulacji emocji przyczyniając się zarówno do obniżenia poziomu emocji negatywnych — takich jak lęk, depresja czy nuda, jak i podnosząc poziom emocji pozytywnych[3]. Redukcja nieprzyjemnych stanów napięcia lub uczucie przyjemności doświadczane w trakcie skubania skóry, gryzienia paznokci lub manipulowania włosami prawdopodobnie utrwala te zachowania, zwiększa ich częstotliwość i utrudnia redukowanie.

Zachowania nawykowe dotyczące ciała nie zostały do tej pory wyróżnione w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych jako odrębna kategoria, choć niektóre z nich są obecnie diagnozowane w ramach grupy zaburzeń kontroli impulsów (trichotillomania), a kryteria diagnostyczne innych (patologiczne skubanie skóry) znalazły się w projekcie klasyfikacji DSM V[4]. Jednoznaczne zaliczenie tego typu zachowań do zaburzeń psychicznych nadal budzi kontrowersje, przede wszystkim dlatego, że często mają one charakter objawu występującego w przebiegu innych zaburzeń, a nie zespołu objawów, który mógłby być klasyfikowany jako odrębne zjawisko[5].

TRICHOTILLOMANIA

Zaburzeniem należącym do grupy BFRB, które do tej pory doczekało się największej liczby opracowań jest trichotillomania, czyli przymus wyrywania włosów. Trichotillomania charakteryzuje się niezdolnością powstrzymania pragnienia usuwania włosów, występowaniem narastającego napięcia, które poprzedza czynność wyrywania oraz odczuciem przyjemności lub rozluźnienia pojawiającym się w wyniku wyrywania włosów. Zdiagnozowanie trichotillomanii wymaga także potwierdzenia, że wyrywanie włosów nie jest skutkiem pierwotnej choroby dermatologicznej lub psychicznej[6].

Ocenia się, że epizody wyrywania włosów występują u około 4% ogólnej populacji[7], przy czym zdecydowaną większość osób przyznających się do tego typu zachowań stanowią kobiety[8]. Widoczną utratę włosów na skutek ich wyrywania stwierdza się

---

[3] F. Penzel, *The hair — pulling problem. A complete guide to trichotillomania*, Oxford University Press, New York 2003; I. Snorrason, J. Smari, R.P. Otafsson, *Emotion regulation in pathological skin picking: Findings from a non — treatment seeking sample*, "Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry" 2010, 41, s. 238–245.

[4] D.J. Stein, J.E. Grant, M.E. Franklin, N. Keuthen, C. Lochner, H.S. Singer, D.W. Woods, *Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder and stereotypic movement disorder: toward DSM V*, "Depression and Anxiety" 2010, 27, s. 611–626.

[5] D.J. Stein, J.E. Grant, M.E. Franklin, N. Keuthen, C. Lochner, H.S. Singer, D.W. Woods, *Trichotillomania (hair pulling disorder)...*

[6] *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD — 10*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1994.

[7] J. Casati, B.B. Toner, B. Yu, *Psychosocial issues for women with trichotillomania*, "Comprehensive Psychiatry" 2000, 41(5), s. 344–351.

[8] Tamże; K.H. Walsh, Ch.J. McDougle, *Trichotillomania. Presentation, Etiology, Diagnosis and Therapy*, "American Journal of Cilnical Dermatology" 2001, 2(5), s. 327–333.

u 2,5% studentów[9]. Epizody wyrywania mogą być inicjowane przez odczucie swędzenia lub mrowienia, ale sama czynność wyrywania nie powoduje bólu[10]. Włosy najczęściej usuwane są z obszarów głowy, w tym także z rzęs, brwi, brody i wąsów. Notuje się także przypadki usuwania włosów z klatki piersiowej, pleców, brzucha, przedramion, nóg, a nawet okolic łonowych[11]. Większość osób cierpiących na trichotillomanię wyrywa włosy palcami, rzadziej obserwuje się wyrywanie za pomocą grzebieni lub pęset[12]. Powszechne jest manipulowanie włosami bezpośrednio po ich usunięciu. Może ono przybierać formę zrytualizowanego skręcania włosów palcami, dotykania nimi policzków, gryzienia, ssania, a niekiedy nawet połykania ich[13]. Pojedynczy epizod wyrywania trwa od kilku minut do kilku godzin. Część osób cierpiących na trichotillomanię usuwa jedynie włosy określonego typu (np. siwe, kręcone) lub specyficznej długości (np. tylko włosy krótkie odrastające na miejscu wcześniej wyrwanych)[14].

W literaturze psychologicznej proponowany jest podział na świadome oraz automatyczne wyrywanie włosów[15]. Wyrywanie świadome jest zazwyczaj poprzedzane stanem napięcia i rozpoczynane w celu jego obniżenia, przy czym osoba wyrywająca włosy zdaje sobie sprawę z tego, że wykonuje tę czynność w momencie, w którym jest ona realizowana. Natomiast wyrywanie automatyczne oznacza nieświadome usuwanie włosów, często podczas wykonywania innych czynności.

Trichotillomania może pojawić się w każdym wieku, jednak u wielu cierpiących na nią osób pierwsze epizody wyrywania obserwowane są w okresie wczesnej adolescencji, zazwyczaj około 13. roku życia.

Mimo iż w przebiegu trichotillomani mogą spontanicznie występować okresy redukcji lub nawet całkowitego zaniku objawów, zazwyczaj są one krótkotrwałe, a samo zaburzenie uznawane jest za przewlekłe i nawracające. Osoby cierpiące na trichotillomanię często intencjonalnie podejmują wysiłki w celu zaprzestania wyrywania, choć

---

[9] G.A. Christenson, R.L. Pyle, J.E. Mitchell, *Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students*, "Journal of Clinical Psychiatry" 1991, 52, s. 415–417.

[10] P. Pacan, M. Kantorska-Janiec, A. Kiejna, *Trichotillomania*, „Psychiatria Polska" 1998, 6, s. 799–805; K.H. Walsh, Ch.J. McDougle, *Trichotillomania…*

[11] G.A. Christenson, T.B. Mackenzie, I.E. Mitchell, *Adult men and women with trichotillomania: A comparison of male and female characteristics*, "Psychosomatics" 1994, 35, s. 142–149; P.L. du Toit, J. van Kradenburg, D.J.H. Niehaus, D.J. Stein, *Characteristic and Phenomenology of Hair — Pulling: An Exploration of Subtypes*, "Comprehensive Psychiatry" 2001, 3, s. 247–256.

[12] K.H. Walsh, Ch.J. McDougle, *Trichotillomania…*

[13] C.S. Mansueto, A.A. Thomas-McCombs, A.L. Brice, *Hair pulling and its affective correlates in an African-American university sample*, "Journal of Anxiety Disorders" 2007, 21, s. 590–599; P. Pacan, M. Kantorska-Janiec, A. Kiejna, *Trichotillomania…*; P.L. du Toit, J. van Kradenburg, D.J.H. Niehaus, D.J. Stein, *Characteristic and Phenomenology of Hair — Pulling…*; K.H. Walsh, Ch.J. McDougle, *Trichotillomania…*

[14] D.W. Woods, C.A. Flessner, M.E. Franklin, C.T. Wetterneck, M.R. Walther, E.R. Anderson, D. Cardona, *Understanding and treating trichotillomania: What we know and what we don't know*, "Psychiatric Clinic of North America" 2006, 29, s. 487–501.

[15] C.A. Flessner, D.W. Woods, M.E Franklin, S.E. Cashin, N. Keuthen, *The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania (MIST-A): Development of an instrument for the assessment of "focused" and "automatic" hair pulling*, "Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment" 2008, 30, s. 20–30; C.A. Flessner, D.W. Woods, M.F. Franklin, N. Keuthen, J. Piacentini, S.E. Cashin, P.S. Moore, *The Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania –Child Version (MIST-C): Initial development and psychometric properties*, "Behavior Modification" 2007, 31, s. 896–918; P.L. du Toit, J. van Kradenburg, D.J.H. Niehaus, D.J. Stein, *Characteristic and Phenomenology of Hair — Pulling…*; K.H. Walsh, Ch.J. McDougle, *Trichotillomania…*

zazwyczaj kończą się one niepowodzeniem. Wysiłki te zwykle obejmują tworzenie barier utrudniających usuwanie włosów, np. noszenie nakryć głowy czy rękawiczek ograniczających dostęp do powierzchni skóry lub wyznaczanie obszarów, z których włosy mogą być wyrywane, przy jednoczesnych próbach powstrzymania się od usuwania włosów z innych, bardziej widocznych miejsc.

Dotkliwość zaburzenia, jakim jest trichotillomania staje się wyraźnie widoczna w kontekście jego medycznych i psychologicznych skutków. Z perspektywy medycznej systematyczne wyrywanie włosów może prowadzić do podrażnień i uszkodzeń skóry, powodować trwałe zmiany w strukturze włosów, być przyczyną wymagających leczenia infekcji[16]. W kontekście medycznych następstw trichotilllomanii jako szczególnie niebezpieczne opisywanie jest połykanie włosów, ponieważ utworzone z nich struktury w postaci kamieni włosinowych mogą prowadzić do uszkodzenia układu pokarmowego[17].

Psychologiczne następstwa trichotillomanii to przede wszystkim spadek samooceny i doświadczenie braku kontroli nad własnym zachowaniem. W sferze emocjonalnej odnotowuje się obniżenie nastroju, poczucie zażenowania i wstydu oraz nieustanną obawę, że pozbawione włosów obszary zostaną zauważone przez inne osoby. Długotrwałym, emocjonalnym skutkiem trichotillomanii jest także poczucie winy, gniewu i frustracji, wywołane niezdolnością do powstrzymania się od wyrywania włosów. Odczucia te są wzmacniane przez powszechną opinię, że wyrywanie włosów jest czynnością w pełni zależną od woli i jako takie może był łatwo kontrolowane[18]. Psychologicznym następstwem trichotillomanii może być także wycofanie z życia społecznego wynikające z poczucia wstydu lub przekonania o własnej nieatrakcyjności. W skrajnych przypadkach wycofanie to może przybierać formę unikania bliskich relacji lub decyzji o wyborze drogi zawodowej, która wyklucza jakikolwiek bezpośredni kontakt z ludźmi[19]. Ponadto trichotillomania w znacznym stopniu absorbuje czas i uwagę cierpiącej na nią osoby, gdyż zmusza do podejmowania wysiłków w celu ukrycia obszarów skóry pozbawionych włosów poprzez układanie pracochłonnych fryzur czy odpowiedni dobór stroju.

PATOLOGICZNE SKUBANIE SKÓRY

Patologiczne skubanie skóry (dermatillomania) to zaburzenie charakteryzujące się występowaniem powtarzającego się skubania skóry, prowadzącego do uszkodzeń tka-

---

[16] W. Bergfeld, F. Mulinari-Brenner, K. McCarron, C. Embi, *The combined utilization of clinical and histological findings in the diagnosis of trichotillomania*, "Journal of Cutaneous Pathology" 2002, 29, s. 207–214, D.W. Woods, C.A. Flessner, M.E. Franklin, N. Keuthen, R.D. Goodwin, D.J. Stein, M.R. Walther, *The trichotillomania impact project (TIP): Exploring phenomenology, functional impact, and treatment utilization*, "Journal of Clinical Psychiatry" 2006, 67, s. 1877–1888.

[17] C. Bouwer, D.J. Stein, *Trichobezoars in trichotillomania: Case report and literature overview*, "Psychosomatic Medicine" 1998, 60, s. 658–660; D.W. Woods, C.A. Flessner, M.E. Franklin, C.T. Wetterneck, M.R. Walther, E.R. Anderson, D. Cardona, *Understanding and treating trichotillomania…*

[18] J. Casati, B.B. Toner, B. Yu, *Psychosocial issues for women with trichotillomania…*; P.L. du Toit, J. van Kradenburg, D.J.H. Niehaus, D.J. Stein, *Characteristic and Phenomenology of Hair — Pulling…*; D.W. Woods, C.A. Flessner, M.E. Franklin, N. Keuthen, R.D. Goodwin, D.J. Stein, M.R. Walther, *The trichotillomania impact project…*

[19] J. Casati, B.B. Toner, B. Yu, *Psychosocial issues for women with trichotillomania…*; D.W. Woods, C.A. Flessner, M.E. Franklin, N. Keuthen, R.D. Gooodwin, D.J. Stein, M.R. Walther, *The trichotillomania impact project…*

nek. Podobnie jak w przypadku trichotillomanii, zachowanie to jest przyczyną stresu, trudności w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym, oraz stanowi przyczynę komplikacji zdrowotnych, takich jak powstawanie na powierzchni skóry ran, czy nawracających infekcji[20]. Projekt kryteriów diagnostycznych dermatillomanii opracowywany w ramach klasyfikacji DSM V obejmuje występowanie nawracającego skubania skóry prowadzącego do jej uszkodzenia, powtarzających się prób powstrzymywania się od skubania, powstającego w wyniku skubania stresu, lub problemów w ważnych obszarach funkcjonowania. Ponadto skubanie skóry pozwalające zdiagnozować dermatillomanię nie może być wynikiem pierwotnej choroby dermatologicznej lub innego zaburzenia psychicznego[21].

Patologiczne skubanie skóry, spełniające wszystkie proponowane kryteria diagnostyczne, w tym przeżywanie stresu i obecność zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym, występuje u około 0,2% populacji[22], podczas gdy łagodne postaci dermatillomanii z epizodami skubania nie prowadzącymi do uszkodzeń ciała obserwuje się u około 17% dorosłych[23]. Patologiczne skubanie skóry szczególnie często występuje u studentów — w tej grupie epizody dermatillomanii spełniające wszystkie kryteria diagnostyczne występują u około 4% osób[24]. Podobnie jak w przypadku trichotillomanii, patologiczne skubanie skóry częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn[25].

Zdecydowana większość osób cierpiących na dermatillomanię poświęca czynności skubania lub próbom powstrzymania się od niego przynajmniej godzinę dziennie. W zaawansowanych postaciach dermatillomanii czas ten może ulec wydłużeniu do tego stopnia, iż skubiące skórę osoby odnoszą wrażenie, że robią to niemal cały czas[26]. Sku-

---

[20] L.M. Arnold, M.B. Auchenbach, S.L. McElroy, *Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment*, "Therapy in Practice" 2001, 15(5), s. 351–359; C. Calikuşu, B. Yucel, A. Polat, A. Baykal, *The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: A comparative study*,"Comprehensive Psychiatry" 2003, 3(44), s. 256–261; N.J. Keuthen, L.M. Koran, E. Aboujaoude, M.D. Large, R.T. Serpe, *The prevalence of skin picking in US adults*, "Comprehensive Psychiatry" 2010, 51, s. 183–186.

[21] D.J. Stein, J.E. Grant, M.E. Franklin, N. Keuthen, C. Lochner, H.S. Singer, D.W. Woods, *Trichotillomania…*

[22] N.J. Keuthen, L.M. Koran, E. Aboujaoude, M.D. Large, R.T. Serpe, *The prevalence of skin picking in US adults…*

[23] S.L. Hayes, E.A. Storch, L. Berianga, *Skin picking behaviors: An examination of prevalence and severity in a community sample*, "Anxiety Disorders" 2009, 23, s. 314–319; N.J. Keuthen, L.M. Koran, E. Aboujaoude, M.D. Large, R.T. Serpe, *The prevalence of skin picking in US adults…*

[24] A. Bohne, S. Wilhelm, N. Keuthen, L. Baer, M. Jenike, *Skin picking in German students: prevalence, phenomenology, and associated characteristics*, "Behavior Modification" 2002, 26, s. 320–339; C. Calikuşu, S. Kucukgoncu, E. Bestepe, *Skin picking in Turkish students*, "European Psychiatry" 2011' P03, s. 534; N.J. Keuthen, T. Deckersbach, S. Wilhelm, E. Hale, C. Fraim, L. Baer, R.L. O'Sullivan, M.A. Janike, *Repetitive skin picking in a student population and comparison with sample of self–injurious skin pickers*, "Psychosomatic" 2000, 41, s. 210–215.

[25] L.M. Arnold, M.B. Auchenbach, S.L. McElroy, *Psychogenic excoriation…*; S.L. Hayes, E.A. Storch, L. Berianga, *Skin picking behaviors…*; S. Wilhelm, N.J. Kauthen, T. Deckersbach, *Self injurious skin picking; clinical characteristic and comorbidity*, "Journal of Clinical Psychiatry" 1999, 60, s. 454–459.

[26] L.M. Arnold, S.L. McElroy, D.F. Mutasim, M.M. Dwight, C.L. Lamerson, E.M. Morris, *Characteristic of 34 adults with psychogenic excoriation*, "Journal of Clinical Psychiatry" 1998, 59, s. 509–514; F. Neziroglu, D. Rabinowitz, A. Breytman, M. Jacofsky, *Skin picking phenomenology and severity comparison*, "Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry" 2008, 10 (4), s. 306–312; B.L. Odlaug, S.W. Kim, B. Grant, *Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania*, "Journal of Anxiety Disorder" 2010, 24, s. 823–829.

banie skóry może pojawiać się jako reakcja na swędzenie, pieczenie, suchość, kłucie lub szczypanie skóry, sama czynność skubania skóry nie powoduje jednak bólu[27]. Zdecydowana większość osób cierpiących na dermatillomanię drapie skórę twarzy. Częste są także przypadki skubania skóry głowy, ramion, nóg, klatki piersiowej, brzucha, pleców, szyi, okolic łonowych, stóp, pośladków, uszu i skóry pod brwiami[28]. Część osób skubie zdrową skórę, ale skubane są także nierówności i wcześniej zagojone zadrapania, zmiany trądzikowe, miejsca ugryzień owadów oraz wszelkiego typu nierówności na powierzchni skóry[29]. Skóra zazwyczaj skubana jest palcami rąk, niektóre osoby używają także pęset, szpilek lub innych ostrych przedmiotów[30]. Skubaniu skóry mogą towarzyszyć rytuały dotyczące postępowania ze zdrapanym naskórkiem, takie jak zwijanie go w palcach lub połykanie[31]. Podobnie jak w przypadku trichotillomani, część epizodów skubania skóry przebiega świadomie, inne realizowane są w sposób automatyczny, często w trakcie wykonywania innych, absorbujących uwagę czynności, takich jak czytanie, oglądanie telewizji, czy prowadzenie samochodu[32].

Pierwsze epizody dermatillomanii najczęściej występują w okresie adolescencji, zwykle między 13. a 16. rokiem życia, lub w okresie dorosłości między 30. a 40. rokiem życia[33]. Dermatilllomania ma przebieg chroniczny, choć u osób, u których występuje

---

[27] L.M. Arnold, S.L. McElroy, D.F. Mutasim, M.M. Dwight, C.L. Lamerson, E.M. Morris, *Characteristic of 34 adults…;* D. Simeon, D.J. Stein, S. Gross, N. Islam, J. Schmeidler, E. Hollander, *A double blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking*, "Journal of Clinical Psychiatry" 1997, 58, s. 341–347.

[28] L.M. Arnold, S.L. McElroy, D.F. Mutasim, M.M. Dwight, C.L. Lamerson, E.M. Morris, *Characteristic of 34 adults…*; B. Dell'Osso, A.C. Altamura, A. Allen, D. Marazziti, E. Hollander, *Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders. A critical review*, "European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience" 2006, 256, s. 464–475; B.T.P. Tucker, D.W. Woods, C.A. Flessner, *The skin picking impact project: Phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population — based sample*, "Journal of Anxiety Disorders" 2011, 25, s. 88–95; C. Calikuşu, B. Yucel, A. Polat, A. Baykal, *The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders…*

[29] S. Wilhelm, N.J. Kauthen, T. Deckersbach, *Self injurious skin picking; clinical characteristic and comorbidity*, "Journal of Clinical Psychiatry" 1999, 60, s. 454–459.

[30] T. Deckersbach, S. Wilhelm, N. Keuthen, *Self — injurious skin — picking: clinical characteristic, assessment methods and treatment modalities*, "Brief Treatment and Crisis Intervention" 2003, 3, s. 249–260; M.A. Gupta, A.K. Gupta, H.F. Haberman, *The self — inflicted dermatoses: a critical review*, "General Hospital Psychiatry" 1987, 9, s. 45–52; S.L. Hayes, E.A. Storch, L. Berianga, *Skin picking behaviors: An examination of prevalence and severity in a community sample*, "Anxiety Disorders" 2009, 23, s. 314–319.

[31] A. Bohne, S. Wilhelm, N. Keuthen, L. Baer, M. Jenike, *Skin picking in German students…*; S. Wilhelm, N.J. Kauthen, T. Deckersbach, *Self injurious skin picking…*

[32] L.M. Arnold, M.B. Auchenbach, S.L. McElroy, *Psychogenic excoriation…*; S. Wilhelm, N.J. Kauthen, T. Deckersbach, *Self injurious skin picking…*

[33] L.M. Arnold, S.L. McElroy, D.F. Mutasim, M.M. Dwight, C.L. Lamerson, E.M. Morris, *Characteristic of 34 adults…*; M.A. Gupta, A.K. Gupta, H.F. Haberman, *The self — inflicted dermatoses…*, T. Deckersbach, S. Wilhelm, N. Keuthen, *Self — injurious skin — picking…*; C.A. Flesser, D.W. Woods, *Phenomenological characteristics, social problems and the economic impact associated with chronic skin picking*, "Behavior Modification" 2006, 30, s. 944–963; N.J. Keuthen, S. Wilhelm, T. Deckersbach, I.M. Engelhard, A.E. Forker, L. Baer, M.A. Janike, *The skin picking scale. Scale construction and psychometric analyses*, "Journal of Psychosomatic Research" 2001, 50, s. 337–341; B.L. Odlaug, L. Brian, J.D. Grant, *Clinical characteristic and medical complications of pathologic skin picking*, "General Hospital Psychiatry" 2008, 30, s. 61–66; D. Simeon, D.J. Stein, S. Gross, N. Islam, J. Schmeidler, E. Hollander, *A double blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking*, "Journal of Clinical Psychiatry" 1997, 58, s. 341–347.

ona od wielu lat można niekiedy zauważyć okresy przejściowego zanikania objawów pod wpływem zmian biologicznych (np. w okresie ciąży), lub w wyniku podejmowanych intencjonalnie prób zaprzestania skubania.

Intensywne skubanie skóry prowadzi do powstawania na jej powierzchni widocznych, trwałych blizn i przebarwień, może także być przyczyną krwawień lub wymagających leczenia infekcji[34]. Częstymi, psychologicznymi następstwami skubania są poczucie winy, wstydu i obniżony nastrój. U osób cierpiących na dermatillomanię powszechne jest niezadowolenie z własnego wyglądu, gdyż skubane są przede wszystkim miejsca łatwo dostępne, a więc również dobrze widoczne, takie jak twarz czy ramiona i szyja. Wiele osób skubiących skórę przyznaje, że z powodu wywołanych skubaniem zmian w wyglądzie zewnętrznym opuszczało szkołę lub pracę zawodową, unikało kontaktów społecznych, a nawet przebywania w miejscach publicznych[35]. Osoby te cechuje także niższa jakość życia niż osoby z ogólnej populacji, choć dotychczasowe badania wskazują, że patologiczne skubanie skóry nie obniża jakości życia w takim zakresie, jak ma to miejsce w przypadku trichotillomanii[36].

ONYCHOFAGIA

Onychofagia (gryzienie paznokci) to zachowania, które w łagodnej formie polegają na wkładaniu do ust paznokci w taki sposób, że dochodzi do kontaktu między płytką paznokcia a zębami[37], w bardziej nasilonych formach definiowana jest jako odgryzanie krawędzi paznokcia aż do granicy miękkich tkanek[38]. Osoby cierpiące na zaawansowaną onychofagię często gryzą paznokcie aż do całkowitego usunięcia ich wystającej części, niekiedy gryzą także odsłonięty pod usuniętymi paznokciami naskórek[39]. Osoby, u których stwierdza się onychofagię zazwyczaj gryzą paznokcie palców rąk, choć notowane są także przypadki gryzienia paznokci stóp[40].

Nieliczne dane dotyczące rozpowszechnienia onychofagii (por. tabela 1) wskazują, że występuje ona szczególnie często w późnym dzieciństwie (do obgryzania paznokci przyznaje się od 13% do 44% dzieci w wieku 13 lat, w zależności od badań), a jej rozpowszechnienie wyraźnie spada w okresie późnej adolescencji i wczesnej doro-

---

[34] B.L. Odlaug, L. Brian, J.D. Grant, *Clinical characteristic*.., C.A. Flessner, *The skin picking impact project: Phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population — based sample*, "Journal of Anxiety Disorders", 2011, 25, s. 88–95.

[35] N.J. Keuthen, L.M. Koran, E. Aboujaoude, M.D. Large, R.T. Serpe, *The prevalence of skin picking in US adults*…….; D. Simeon, D.J. Stein, S.Gross, N. Islam, J. Schmeidler, E. Hollander, *A double blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking*, "Journal of Clinical Psychiatry" 1997, 58, s. 341–347; B.T.P. Tucker, D.W. Woods, C.A. Flessner, *The skin picking impact project…*

[36] B.L. Odlaug, S.W. Kim, B. Grant, *Quality of life and clinical severity…*

[37] B.A. Barrios, *Cue — controlled relaxation in reduction of chronic nervous habits*, "Psychological Reports" 1977, 41, s. 703–706.

[38] H.L. Leonard, M.C. Lenne, S.E. Swedo, D.C. Rettew, J.L. Rapoport, *A doble — blind comparison of clomipramine and desipramine treatment of severe onychophagia (nailbiting)*, "Archives of General Psychiatry" 1991, 48, s. 821–827.

[39] J. Money, G. Wolff, C. Annecilo, *Pain Agnisia and self — injury in the syndrome of reversible somatropin deficiency (psychosocial dwarfism),* "Journal of Autism and Childhood Schizophrenia" 1972, 2, s. 127–139.

[40] H.L. Leonard, M.C. Lenne, S.E. Swedo, D.C. Rettew, J.L. Rapoport, *A doble — blind comparison of clomipramine*…..; A.K.C. Leung, W.L.M, Robinson, *Nailbiting*, "Clinical Pediatrics" 1990, 29, s. 690–692.

słości[41]. Spadek liczby przypadków onychofagii następujący wraz z wiekiem bywa łączony z kształtowaniem się poczucia kontroli lub z wzrastającą rolą dbałości o wygląd zewnętrzny[42]. Zaprzestanie gryzienia paznokci w wielu przypadkach jest wynikiem świadomej decyzji i konsekwentnego powstrzymywania się od tych zachowań[43].

Tabela 1

Rozpowszechnienie onychofagii u dzieci i młodzieży

Autor	Badana grupa	Rozpowszechnienie onychofagii w badanej grupie
B.R. Ballinger, 1970[44]	Osoby dorosłe (723) i uczniowie (n=109)	Rozpowszechnienie onychofagii u osób w wieku: 0–9 lat — 18,4% 10–9 lat — 35,2% 20–29 lat — 25,6% 30–39 lat — 19,3% 40–49 lat — 17,3% 50–59 lat — 14,0% 60–69 lat — 4,5%
P.A. Deardorff, A.J. Finch i L.R. Royall,1974[45]	Młodzież w wieku 13 lat (n=90, w tym 45 dziewcząt, 45 chłopców)	Rozpowszechnienie onychofagii 12,2% (5 dziewcząt, 6 chłopców)
C.E. Joubert, 1993[46]	Studenci (n=310, 202 kobiet, 108 mężczyzn)	Rozpowszechnienie onychofagii 40,7% (34,2% kobiet, 47,2% mężczyzn)
L. Odenrick i V. Brattström, 1985[47]	Młodzież w wieku 13–15 lat (n=339)	Rozpowszechnienie onychofagii 45% (48% kobiet, 42% mężczyzn)

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeglądu literatury prezentującej dane z badań empirycznych.

Łagodne formy onychofagii nie muszą powodować trwałych zniekształceń paznokcia i otaczającej go skóry, jednak w bardziej nasilonych formach onychofagia może stać się przyczyną problemów zdrowotnych, takich jak powstawanie na otaczającej paznok-

[41] B.R. Ballinger, *The revelance of nailbiting in normal and abnormal populations*, "British Journal of Psychiatry" 1970, 117, s. 445–446; J.H. Wells, J. Haines, C.L. Williams, *Severe morbid onychophagia: the classification as self — mutilation and a proposed model of maintenance*, "Australian and New Zeland Journal of Psychiatry" 1998, 32, s. 534–545.

[42] T.I. Williams, *Onychophagia (Nail biting): Clinical asects*, [w:] E. Aboujaoude, L.N. Koran, *Impulse control disorder*, Cambridge University Press, New York 2010.

[43] T.I. Williams, *Onychophagia (Nail biting)…*

[44] B.R. Ballinger, *The revelance of nailbiting…*

[45] P.A. Deardorff, A.J. Finch, L.R. Royall, *Manifest anxiety and nail — biting*, "Journal of Clinical Psychology" 1974, 30, s. 378.

[46] C.E. Joubert, *Incidence of some oral habits among college students and their correlations with use of oral stimulations*, "Psychological reports" 1993, 73, s. 579–583.

[47] L. Odenrick, V. Brattström, *Nailbiting: frequency and association with root resorption during orthodontic treatmen*, "British Journal of Orthodontic" 1985, 12, s. 78–81.

cie skórze ran, infekcji i bliznowców[48]. Do powikłań onychofagii należy także zapalenie szpiku spowodowane infekcjami kości znajdujących się pod paznokciami[49] oraz uszkodzenia dziąseł i resorpcja korzeni zębów wywołana zwiększonym naciskiem[50]. Obgryzanie paznokci sprzyja też przenoszeniu do ust, a następnie do układu pokarmowego, bakterii znajdujących się na rękach.

Obgryzanie paznokci wywiera także niekorzystny wpływ na funkcjonowanie społeczne, gdyż zachowanie to jest praktyką społecznie nieakceptowaną i może być oceniane jako nieestetyczne lub niegrzeczne. Bywa także traktowane jako przejaw niedojrzałości, nerwowości lub braku kompetencji społecznych[51].

BFRB A ROZWÓJ EMOCJONALNY W OKRESIE ADOLESCENCJI

Badania pokazują, że *dermatillomania* (skubanie skóry) często pojawia się w okresie adolescencji, a wiek wystąpienia pierwszego epizodu przypada często między 12. a 16. r.ż.[52], co może wiązać się ze zmianami trądzikowymi. Z *trichotillomanią* oraz *onychofagią* również możemy spotkać się u młodzieży. Występowanie tych zaburzeń nie jest specyficzne jedynie dla tego okresu rozwojowego, ale ponieważ jest związane między innymi ze sferą emocjonalną (zachowania z grupy BFRB pełnią często funkcję regulatora emocji[53] oraz poziomu pobudzenia[54]), więc w odniesieniu do młodzieży ważne wydaje się rozumienie ich w kontekście specyfiki emocjonalności tego okresu. We wczesnej fazie dorastania (11./13.–16. r.ż.) mamy do czynienia z dużą labilnością (chwiejnością) emocji[55] — szybko zmieniające się emocje przechodzące „ze skrajności

---

[48] H.L. Leonard, M.C. Lenne, S.E. Swedo, D.C. Rettew, J.L. Rapoport, *A doble — blind comparison of clomipramine*...

[49] B.A. Walkman, I.J. Frieden, *Osteomyelitus caused by nailbiting*, "Pediatric Dermatology" 1990, s. 189–190.

[50] L. Odenrick, V. Brattstrom, *Nailbiting*...

[51] C.E. Joubert, *Associations of social personality factors with personal habits*, "Psychological Reports" 1995, 76, s. 1315–1321.

[52] L.M. Arnold, S.L. McElroy, D.F. Mutasim, M.M. Dwight, C.L. Lamerson, E.M. Morris, *Characteristic of 34 adults*...; M.A. Gupta, A.K. Gupta, H.F. Haberman. *The self — inflicted dermatoses: a critical review*, "General Hospital Psychiatry" 1987, 9, s. 45–52; T. Deckersbach, S. Wilhelm, N. Keuthen, *Self — injurious skin — picking: clinical characteristic, assessment methods and treatment modalities*, "Brief Treatment and Crisis Intervention" 2003, 3, s. 249–260; C.A. Flesser, D.W. Woods, *Phenomenological characteristics, social problems and the economic impact associated with chronic skin picking*, "Behavior Modification" 2006, 30, s. 944–963; N.J. Keuthen, S.Wilhelm, T. Deckersbach, I,M. Engelhard, A.E. Forker, L. Baer, M.A. Janike, *The skin picking scale. Scale construction and psychometric analyses*, "Journal of Psychosomatic Research" 2001, 50, s. 337–341, B.L. Odlaug, L. Brian, J.D. Grant, *Clinical characteristic and medical complications of pathologic skin picking*, "General Hospital Psychiatry" 2008, 30, s. 61–66, D. Simeon, D.J. Stein, S. Gross, N. Islam, J. Schmeidler, E. Hollander, *A double blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking*, "Journal of Clinical Psychiatry" 1997, 58, s. 341–347.

[53] I. Snorrason, J. Samri, R.P. Otafsson, *Emotion regulation in pathological skin picking: Finding from a non-treatment seeking amole*, "Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry" 2010, 41, s. 238–245.

[54] K. Prochwicz, A. Kałużna-Wielobób, *Emotions and activation level in pathological and non — pathological skin picking*, (w recenzji).

[55] I. Obuchowska, *Drogi dorastania: Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*, WSiP, Warszawa 1996.

w skrajność" (np. z radości do silnej złości, czy z nienawiści do miłości[56]) oraz z obecnością uczuć ambiwalentnych[57], co sprawia, że młody człowiek może mieć wrażenie chaosu i braku klarowności emocji. W im mniejszym stopniu własne emocje są dla osoby zrozumiałe (nie umie ich rozpoznać, werbalizować, adekwatnie rozpoznać przyczyny oraz bodźca, który emocję wyzwolił), tym większe ryzyko pojawienia się symptomów w sferach fizycznej i ruchowej. Natomiast rozumiejąc swoje emocje oraz to, z jaką sprawą są związane (lub o jakiej niezaspokojonej potrzebie informują) osoba może poradzić sobie nawet z silnymi emocjami, odnosząc się do danej sprawy. Objawy BFRB mogą pojawiać się szczególnie często w momentach emocji silnych, trudnych i niezrozumiałych dla osoby, która ich doświadcza, a więc typowe dla wczesnej adolescencji labilność oraz ambiwalencja emocjonalna, mogą je nasilać. We wczesnej adolescencji, zwłaszcza u dziewcząt, dominują często emocje negatywne[58], a skubanie skóry może służyć redukowaniu intensywnych, negatywnych emocji lub poprawie samopoczucia przez wyzwalanie emocji pozytywnych (np. przyjemności)[59]. Ponadto emocjonalność tego okresu związana jest z silnym pobudzeniem mającym podłoże fizjologiczne (dojrzewanie), a zachowania BFRB (np. skubanie skóry) pełnią często funkcję regulatora poziomu pobudzenia[60]. W odniesieniu do źródeł emocji, w okresie dorastania, dużą rolę odgrywają czynniki fizjologiczne związane z dojrzewaniem (zmiany hormonalne)[61] oraz zmiany w budowie ciała, a zachowania z grupy BFRB związane są właśnie z manipulacjami dokonywanymi na ciele. Można postawić hipotezę, że emocje mające źródło w ciele (np. związane z budzącymi się potrzebami seksualnymi) mogą być jednym ze źródeł impulsów do zachowań z grupy BFRB (związanych z ciałem).

Kolejnym istotnym zagadnieniem jest charakterystyczne dla młodzieży zainteresowanie własną atrakcyjnością fizyczną. Duże skupienie uwagi na tym zagadnieniu może sprawić, że nawet drobne niedoskonałości dotyczące skóry subiektywnie mogą być odbierane jako duży problem, co może wywoływać skłonność do „własnoręcznego usuwania niedoskonałości" na skórze (np. usuwania wyprysków wynikających z trądziku). Z kolei widoczne na skórze ślady skubania mogą wywoływać emocje związane z oceną siebie jako nieatrakcyjnym/nieatrakcyjną, czy też wywoływać poczucie winy. Kolejnym zagadnieniem jest niezwykle istotna w tym okresie rola więzi społecznych (przyjaźnie, kliki, związki miłosne[62]), na co wpływa społeczna atrakcyjność (a szczególnie atrakcyjność dla płci przeciwnej), która w tym wieku w dość znacznym stopniu zależy od fizycznej atrakcyjności. Wczesna adolescencja to również okres, kiedy wielu młodych ludzi doświadcza przejściowego nasilenia nieśmiałości oraz lęków społecz-

---

[56] Dla zilustrowania zjawiska odnosimy się do szerokiej grupy stanów związanych ze sferą emocjonalną, nie dokonując rozróżnień np. na „emocje", „uczucia" czy inne stany afektywne, (co wiąże się też z tym, że w literaturze podziały na emocje i uczucia znacznie się różnią, w zależności od sposobu przedefiniowania tych terminów).

[57] G.D. Rosenblum, M. Lewis, *Emotional development in adolescence*, [w:] *Blackwelll Handbook of Adolescence*, red. G.R. Adams, M.D. Berzonsky, Blackwell Publishing, Malden, Oxford 2004; A. Oleszkowicz, A. Senejko, *Dorastanie*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, red. J. Trempała, Wydaw. Naukowe PWN, Warszawa 2011.

[58] R. Larson, M. Richards, *Divergent realities: The emotional lives of mothers, fathers and adolescents*, Basic Books, New York 1994; G.D. Rosenblum, M. Lewis, *Emotional development in adolescence*…; A. Oleszkowicz, A. Senejko, *Dorastanie*…

[59] I. Snorrason, J. Samri, R.P. Otafsson, *Emotion regulation in pathological skin picking*...

[60] K. Prochwicz, A. Kałużna-Wielobób, *Emotions and activation level*...

[61] I. Obuchowska, *Drogi dorastania*..., s. 62.

[62] Tamże, s. 65.

nych[63]. Ślady po wyrywaniu włosów, skubaniu skóry, czy obgryzaniu paznokci mogą te trudności w kontaktach społecznych potęgować. Dorastanie to okres istotny dla kształtowania obrazu siebie i samooceny. We wczesnej adolescencji samoocena często ulega obniżeniu[64]. Znaczący może tu okazać się kontrast pomiędzy „ja realnym" — subiektywnym postrzeganiem swojego stanu aktualnego (które może być, w odniesieniu do cery, zdeterminowane bliznami czy innymi śladami po skubaniu skóry), a „ja idealnym" (wykształconym np. na podstawie zretuszowanych komputerowo, pokrytych grubą warstwą profesjonalnego makijażu twarzy modelek). O ile skutki fizyczne zachowań z grupy BFRB (nie osiągających nasilenia klinicznego) w większości bywają przejściowe, to potencjalne konsekwencje natury psychologicznej, związane z: wykształceniem negatywnego obrazu siebie (negatywnej samooceny), brakiem pewności siebie w kontaktach społecznych (co może negatywnie wpływać na budowanie więzi społecznych) oraz wykształceniem poczucia braku kontroli wewnętrznej — mogą okazać się długotrwałe.

W okresie późnej adolescencji (16.–19./22. r.ż.) i w początkowym okresie wczesnej dorosłości mamy już zwykle do czynienia ze wzrostem stabilności emocjonalnej, zwiększeniem samoświadomości emocji oraz większymi umiejętnościami regulacji emocji (niż we wczesnej adolescencji), jednak możemy tutaj stwierdzić duże różnice indywidualne, które mogą być związane zarówno z czynnikami wrodzonymi (np. cechy temperamentu), jak i z międzypokoleniowym przekazem (wzorce rodzinne)[65]. W przypadku studentów, u których zachowania z grupy BFRB występują już od okresu wczesnej adolescencji, istotną rolę może odgrywać utrwalenie nawyków (skubania skóry czy wyrywania włosów). Zachowania z grupy BFRB mogą się nasilać w okresach stresu egzaminacyjnego. Mogą również utrudniać nawiązywanie bliskich więzi społecznych, a w konsekwencji zakładanie rodziny, jak również karierę zawodową. Przypadek z terapii[66]: 21-letnia studentka, nie mogąc zaakceptować śladów na skórze powstałych na skutek usuwania przed randką niedoskonałości związanych z trądzikiem, nie tylko odwołała spotkanie z chłopakiem (bo „wyglądała okropnie"), ale doprowadziła do zerwania z nim kontaktów, bardzo to przeżywając, a po pewnym czasie doświadczając wielu objawów typowych dla depresji, co z kolei wpłynęło negatywnie na jej studia[67].

WNIOSKI PRAKTYCZNE DLA PEDAGOGÓW

Jak wspomnieliśmy na wstępie, nauczyciel, mając duże możliwości obserwacji uczniów, może odegrać istotną rolę w prewencji zaburzeń z grupy BFRB. Działania jakie potencjalnie może w tej sprawie podjąć nauczyciel (osobiście lub za pośrednictwem innych specjalistów, np. psychologa szkolnego) podzielono na sześć grup:

---

[63] Tamże, s. 66.

[64] J.E. Jacobs, M.M. Bleeker, M.J. Constantino, *The self-system during childhood and adolescence: Development influences and implications*, "Journal of Psychotherapy Integration" 2003, 13 (1), s. 33–65; R.W. Robins, K.H. Trzesniewski, J.L. Tracy, S.D. Gosling, J. Potter, *Global self-esteem cross the life span*, „Psychology and Aging" 2002, 17 (3), s. 423–434; A. Oleszkowicz, A. Senejko, *Dorastanie*...

[65] H.K. Kim, K.C. Pears, D.M. Capaldi, L.D. Owen, *Emotion Dysregulation in the Intergenerational Transmission of Romantic Relationship Conflict*, "Journal of Family Psychology" 2009, 23 (4), s. 585–595.

[66] Źródło: własna praktyka psychoterapeutyczna.

[67] Oczywiście wspomniany przypadek był bardziej złożony i dotyczył większej ilości problemów natury psychologicznej niż patologiczne skubanie skóry, jednak służy on jedynie zilustrowaniu możliwych konsekwencji psychologicznych i społecznych zachowań z grupy BFRB.

1. Prewencja:
   a) psychoedukacja w zakresie BFRB (objawy, mechanizmy, konsekwencje, możliwości uwalniania się od nawyków oraz gdzie szukać profesjonalnej pomocy);
   b) uczenie adaptacyjnych form radzenia sobie ze stresem (a w szczególności technik radzenia sobie ze stresem egzaminacyjnym);
   c) nauka sposobów radzenia sobie z trudnymi emocjami (jakkolwiek ta funkcja może być trudna do spełnienia przez nauczyciela w szkole, użyteczne mogłyby tutaj okazać się psychologiczne treningi pracy z emocjami);
   d) edukacja na temat różnych stanów aktywacji (pobudzenia), związków poziomu pobudzenia ze skutecznością w działaniu oraz samopoczuciem, technik regulacji pobudzenia, jak również związków między zachowaniami z grupy BFRB a stanami pobudzenia (skubanie skóry może pełnić funkcję regulatora pobudzenia, jako sposób obniżania wysokiego pobudzenia związanego z napięciem lub uzyskiwania stanu niskiego pobudzenia związanego z relaksem i spokojem[68]). W tym zakresie również wskazana może okazać się pomoc szkolnego psychologa, który mógłby poprowadzić zajęcia psychoedukacyjne, np. w ramach lekcji wychowawczej.
2. Obserwacja i dostrzeganie pierwszych symptomów zachowań z grupy BFRB oraz ewentualna interwencja.
   Ponieważ problem może być dla kogoś wstydliwy, wskazane jest wykazywanie się delikatnością i taktem w bezpośrednim poruszaniu tego tematu w odniesieniu do konkretnej osoby. Raczej zręczniejsza będzie prezentacja zagadnienia i metod radzenia sobie z nim dla całej klasy lub niedyrektywna sugestia, kiedy nie zwracamy się bezpośrednio do danej osoby, mówiąc o jej problemie, ale mówimy o problemie, który dotyczy pewnej części populacji lub opisujemy hipotetyczny przypadek „osoby, którą spotkaliśmy".
3. Uświadamianie potencjalnych negatywnych konsekwencji osobom z BFRB, nie widzącym potrzeby zmiany sytuacji (a czasem również ich rodzicom).
   Trudność polega na tym, że przy słabym nasileniu zjawiska osoby często nie postrzegają go jako problemu i nie mają motywacji do podjęcia wysiłków w kierunku jego zmiany. Rolą pedagoga może być tu zwrócenie uwagi na potencjalne niebezpieczeństwa oraz pokazanie możliwości zmiany.
4. Zapobieganie negatywnym psychologicznym konsekwencjom BFRB:
   a) Budowanie akceptacji dla własnego ciała i demontaż szkodliwych aspektów nierealistycznych wzorców urody. Przykładowo można skierować uwagę młodzieży na znane postaci, które społecznie postrzegane są jako atrakcyjne (również przez współczesną młodzież), mimo iż ich wygląd fizyczny nie pasuje do aktualnych kanonów urody oraz osób, które w przeszłości prezentowały się jako mało atrakcyjne, ale stan ten uległ zmianie w naturalny sposób (bez chirurgicznych interwencji) — wzór „brzydkiego kaczątka przemieniającego się w łabędzia", czy zwracając uwagę na relatywność wzorców urody do czasów i kultury. Oczywiście działanie takie musiałoby zostać przeprowadzone zręcznie, aby młodzież nie miała wrażenia, że nauczyciel próbuje „wpłynąć" na jej stosunek do fizycznej atrakcyjności.

[68] K. Prochwicz, A. Kałużna-Wielobób, *Emotions and activation level...*

b) Zmniejszanie poczucia winy i wstydu u osób z nawykami z grupy BFRB przez uświadamianie im, że trudność w zaprzestaniu niechcianych zachowań nie świadczy negatywnie o osobie, ale jest związana z tym, że w wielu przypadkach nawyki te mogą być trudne do zmiany przez samo „postanowienie", lecz istnieją techniki uwalniania się od nich.

5. Pomoc w uwolnieniu się od szkodliwych nawyków zachowań z grupy BFRB osobom, u których nasilenie objawów nie ma formy zaburzenia o charakterze klinicznym. W tych działaniach wskazana może okazać się pomoc szkolnego psychologa:
   a) Psychoedukacja dotycząca zjawisk związanych z aktywacją, której celem będzie uświadomienie edukowanym samego zjawiska, aby skierować ich uwagę na świadome monitorowanie własnego stanu pobudzenia.
   b) Uczenie bardziej adaptacyjnych form radzenia sobie ze stanami pobudzenia:
      — uczenie technik relaksacyjnych
      — uczenie technik obniżania napięcia,
      — utrzymywania poziomu aktywacji na poziomie optymalnym (np. poprzez dzielenie czasu pracy na odpowiednie odcinki w trakcie realizacji angażujących zadań),
      — wypracowanie czynności, która będzie pełnić podobną do skubania skóry funkcję regulatora poziomu pobudzenia, ale która będzie bardziej adaptacyjna.
   c) Uczenie metod radzenia sobie ze stresem.
   d) Niezrozumienie własnych emocji i brak umiejętności ich kontroli (charakterystyczny dla wieku rozwojowego) może nasilać zaburzenie. Pomocna tu może okazać się nauka rozpoznawania, rozumienia oraz kontrolowania emocji, np. poprzez treningi zwiększające świadomość emocji oraz uczące metod regulowania emocji. W niektórych przypadkach wskazana może okazać się praca ze stanami emocjonalnymi (np. smutkiem czy lękiem) poprzez ich analizę w procesie psychoterapii.
6. Skierowanie osób, u których zachowania z grupy BFRB przybierają nasilenie o charakterze zaburzenia (występowanie nawracającego skubania skóry prowadzącego do jej uszkodzenia, nieskuteczne próby powstrzymywania się od skubania, stres powstający w wyniku skubania stresu lub problemy w ważnych obszarach funkcjonowania[69]) po pomoc specjalistyczną: do psychologa lub psychiatry (w ostrych przypadkach) w celu diagnozy oraz terapii zaburzenia oraz do dermatologa — w celu leczenia problemów skórnych.

[69] Kryteria wg projektu DSM V, za: D.J. Stein, J.E. Grant, M.E. Franklin, N. Keuthen, C. Lochner, H.S. Singer, D.W. Woods, *Trichotillomania (hair pulling disorder)...*

Alina Kałużna-Wielobób
Katarzyna Prochwicz

BFRB DISORDERS IN ADOLESCENCE

Summary

This article focuses on three syndromes that belong to the BFRB group of disorders — body focused repetitive behaviours that might lead to body injuries as well as cause negative consequences of psychological nature. 1) Trichotillomania is a disorder distinguished by recurrent hair pulling resulting in hair loss. 2) Dermatillomania or pathological skin picking is defined as a repetitive, ritualistic picking of the skin which results in the tissue damage. 3) Onychophagia, is habitual nail biting. All three types of the habitual behaviours are found among secondary school students as well as university students. The article gives a description of the three syndromes belonging to BFRB. The syndromes then are put into a context of emotional development during the adolescence period as the behaviours of the BFRB group of disorders often serve as emotion regulation and activation level control.

Since teachers, having plenty of possibilities and occasions to observe their students, can play a significant role in the prevention of the BFRB disorders, the article presents activities that can be potentially taken on the subject. They are divided into six groups: 1) prevention, 2) observation and noticing first symptoms of BFRB and possibly intervening, 3) making the people with BFRB (who do not see the need to change) aware of potentially negative consequences,4) preventing the negative psychological consequences of BFRB, 5) help in getting rid of the harmful habitual behaviours of the BFRB group, 6) referring the people whose BRFB behaviours become increased up to the point of disorder to specialists.