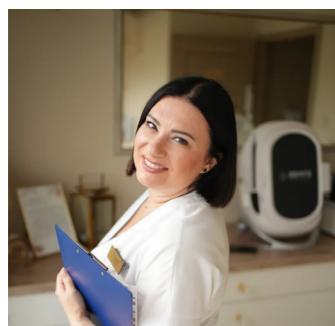


MIŁOŚĆ. TROSKA. TRĄDZIK

Trądzik pospolity należy do psychodermatoz i wiąże się z poczuciem wstydu, braku akceptacji, izolacji społecznej oraz odrzucenia. Wielu rodziców wykazuje wobec swoich pociech empatię i zrozumienie problemu – jest dla nich prawdziwym oparciem, dzięki czemu terapia skóry przebiega sprawnie. Jednak nie zawsze tak to wygląda. Z jakimi niewłaściwymi postawami opiekunów spotykamy się podczas wizyt konsultacyjnych w gabinetach specjalistów kosmetologów czy dermatologów?



MGR KATARZYNA NOWACKA

Kosmetolog, holistka, wykładowczyni, laureatka nagrody Holistic Beauty Award. Specjalistka psychosomatyki i somatopsychologii, członkini Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia oraz Polskiej Akademii Dietetyki i Mikrodżywiania. Od niemal 30 lat mierzy się z trudnymi przypadkami terapeutycznymi, m.in. z zaostrzonym trądzikiem, patologiczną suchością skóry, przebarwieniami. Ma interdyscyplinarną perspektywę rozwiązywania problemów dermatologicznych zgodnie z hasłem „Zdrowa głowa – zdrowe ciało – zdrowa skóra”.

Trądzik pospolity jest jedną z najczęściej występujących dermatoz na świecie. Zajmuje wśród nich 8. miejsce i dotyka blisko 80% światowej populacji w przedziale wiekowym 11–30 lat. Może pojawić się zarówno u noworodka, jak i osób w wieku dojrzałym (*acne tarda*). Najczęściej koreluje z okresem pokwitania, czyli wiekiem około 12 r.ż., jednak aż 7% stanowią dzieci młodsze. Wykazuje charakter przewlekły. W 85% przebiega łagodnie, lecz 15% przypadków kończy się bliznowaceniem i przebarwieniami pozapalnymi, co stanowi ogromne wyzwanie terapeutyczne zarówno w terapii skóry, jak i psychiki. Piętno odcisnięte na psychice dzieci i młodzieży spowodowane trądzikiem jest dużo trudniej usunąć niż blizny powstałe na skórze^{1,2,3}.

Na stopień nasilenia choroby, jej przebieg i proces bliznowacenia mają wpływ czynniki demograficzne (rasa, wiek, płeć), czynniki ekspozycyjne (błędy pielęgnacyjne, dieta, zaburzenia snu, charakter wykonywanej pracy, klimat itp.), farmakologia, a także tło genetyczne¹. Wywiad potwierdza u 81% badanych obecność trądziku u rodziców. Chłopcy przechodzą *acne vulgaris* zdecydowanie gorzej i częściej na niego zapadają w okresie dojrzewania. Inaczej przedstawia się sytuacja w grupie wiekowej powyżej 25 r.ż. Dermatologia ta dotyka częściej kobiet – 54%, choruje na nią około 40% mężczyzn, natomiast po 40 r.ż. 5% kobiet i tylko 1% mężczyzn cierpi na trądzik dorosłych^{1,2,3}. Uwarunkowania rodzinne w przypadku jednego rodzica, który przechodził schorzenie, predysponują





do pojawienia się choroby u potomstwa w stopniu umiarkowanym do ciężkiego 2–3-krotnie częściej.



TRĄDZIK U OBOJGA RODZICÓW ZWIĘKSZA RYZYKO WYSTĄPIENIA U DZIECKA DO 70%.

Co ważne, trądzik pospolity może pojawić się wtedy zdecydowanie szybciej, mieć gorszy przebieg, z tendencją do występowania guzków i cyst, a w konsekwencji do bliznowacenia, oraz wykazywać lekooporność^{1,2,3}.

Trądzik jest psychodermatozą

Trądzik pospolity należy do psychodermatoz i wiąże się z poczuciem wstydu, braku akceptacji, izolacji społecznej oraz odrzucenia. Jego obecność predysponuje do niskiej samooceny, kompleksów, bywa powodem drwin rówieśników. Również my, dorośli, nie gwarantujemy odpowiedniego wsparcia dla dziecka w tym trudnym momencie życia. Bardzo często dziecko jest bombardowane negatywnymi komentarzami najbliższych na temat swojego wyglądu: rodziców, dziadków lub „życzliwych” ciotek – na nie zawsze

można liczyć również w kwestii oceny naszej sylwetki. „Jak ty wyglądasz? Zrób coś z tym!”, „O matko, ale Cię wysypało...”. Dorośli nie potrafią się powstrzymać od wypowiedziania krzywdzących stwierdzeń czy wiecznego przyglądania się i oceniania.

Akceptacja zmian, które niesie ze sobą okres dojrzewania, nie jest łatwa – i ze względu na młody wiek, i w wyniku presji „idealnego”, nierealnego wizerunku, kreowanego przez wirtualny świat. Dermatoza nasila objawy depresji, lęku, a nawet może prowadzić do myśli samobójczych⁴. Wsparcie dorosłych jest podstawą budowania poczucia własnej wartości, bezpieczeństwa i akceptacji u dziecka, musimy jednak wspierać mądrze. Przecież kochamy swoje dzieci i chcemy dla nich dobrze.

Wielu rodziców wykazuje empatię i zrozumienie problemu. Jest prawdziwym oparciem dla swoich pociek, dzięki czemu terapia skóry przebiega sprawnie, ale nie zawsze tak to wygląda. Z jakimi niewłaściwymi postawami opiekunów spotykamy się często podczas wizyt konsultacyjnych w gabinetach kosmetologów, dermatologów i wielu innych specjalistów?

Postawa nadopiekuńcza

Prowadzi często do przeniesienia własnych lęków na dziecko i wzbudzenia w nim poczucia dużego zagrożenia schorzeniem. Na każde zadane pytanie rodzic odpowiada za dziecko, ograniczając mu swobodę

udzielenia odpowiedzi i podzielenia się swoimi odczuciami. Z reguły taki rodzic niepokoi się o przebieg terapii, ewentualne skutki uboczne, czy uda się uzyskać 100% poprawy wyglądu skóry i w jakim czasie. Jest przerażony, kiedy stan cery ulega chwilowemu pogorszeniu, na co – jak wiemy – wpływa wiele czynników, między innymi przewlekłość schorzenia. Padają pytania: „Jak ona będzie wyglądała po tym zabiegu?”, „Czy będzie mogła pójść bez makijażu do szkoły?”. Obawa o wygląd skóry swojego dziecka jest tak silna, że wzbudza w młodym pacjencie poczucie ułomności i bycia gorszym. A przecież rodzic chce dobrze, bo kocha z całego serca i ciągle się martwi, czy na pewno trądzik nie spowoduje trwałych uszkodzeń skóry jego pociechy. Deklaruje, że dopilnuje protokołu pielęgnacji domowej, diety oraz wizyt w gabinecie specjalisty. Nad wszystkim będzie trzymał pieczę. Dziecko jest dociążone nadmierną troską, a właściwie nadzorem.



JUŻ SAMA TERAPIA TRĄDZIKU MOŻE WYWOŁAĆ NIEPOTRZEBNE NAPIĘCIE,

a dodatkowo dziecko próbuje zadowolić opiekuna, często wbrew sobie, i nie umie sprostać wymaganiom. Stres wywołuje efekt błędnego koła i może zaostrzyć objawy skórne.

Z pozorów postawa rodzica, który czuwa, interesuje się, jest dobra, tylko gdzie w tym wszystkim jest samo dziecko dotknięte dermatozą? Jakie są jego odczucia, oczekiwania, samoocena? Jaka jest jego determinacja, poziom zaangażowania i tolerancja zmian podczas terapii, a także wrażliwość na bodźce? Nie zawsze to, co wie i komunikuje mama, jest stanem faktycznym. Wszystkie powyższe informacje są niezmiernie ważne dla przebiegu terapii trądziku pospolitego. One warunkują osiągnięcie zadowalających efektów końcowych. Z reguły udaje się to wszystko ustalić przy drugiej, trzeciej wizycie, kiedy specjaliście udało się już zyskać zaufanie rodzica i ten pozwala mu na przestrzeń do pracy, pozostawiając dziecko sam

na sam podczas spotkania. Pozytywna strona takiej postawy opiekuna to szybka reakcja na problem, już na samym początku dermatozy, oraz dostrzeganie wagi zdrowej skóry.

Postawa bagatelizująca

Rodzic nie zauważa powagi problemu – ani jeśli chodzi o obraz skóry dziecka, ani jego stan emocjonalny związany z trądzikiem pospolitym. Umniejsza wartość wizyt u specjalisty i rolę pielęgnacji, nie przestrzega częstotliwości wyznaczonych terminów. Nie wspiera dziecka, bagatelizując powagę schorzenia. „Nie przesadzaj!”, „Wyrośniesz z tego!”, „Inni mają gorzej”, „Ja też miałem trądzik, a jakoś życie sobie ułożyłem – mam żonę i dzieci, dobrą pracę. Szkaradny nie jestem”, „Szkoda na to pieniędzy! Ja ci nie dam, weź od dziadków” – to tylko przykłady komunikatów, z którymi musi mierzyć się dziecko. Brzmią one tak, jakby dziecko było karane za to, że ma trądzik. Dorośli często uzurpują sobie prawo do oceny faktów z pozycji nieomylnego i z perspektywy własnych doświadczeń, natomiast u młodego człowieka nawet kilka pryszczy wywołuje kompleksy, niską samoocenę i krytykę rówieśniczą. Taka postawa rodzicielska ogranicza terapię skóry, ponieważ dziecko zostaje w tym samo, pozbawione empatii, a także środków finansowych niezbędnych do przeprowadzenia leczenia. Zdarzają się przypadki, kiedy młody pacjent przeznacza na niekieszonkowe lub wszystkie datki zebrane od rodziny.

Postawa oceniająco-krytykująca



PRESJA DOBREGO WIZERUNKU, URODY BEZ SKAZY I CIĄGŁE NAPIĘTNOWANIE CODZIENNYCH RYTUAŁÓW PIELĘGNACYJNYCH ORAZ ŻYWIENIOWYCH

– taka postawa wiąże się z ciągłą oceną wyglądu skóry.

„Jak Ty wyglądasz?!”, „Jesteś brzydka!”, „Nie możesz tak iść do szkoły, zamaluj to!”. Takie komentarze są dowodem braku miłości i troski rodzica. „Ona nic nie robi z tą skórą, nie myje jej, nie nakłada kremu!”. „Znowu zjadła słodczyce, a obiecała, że tego nie zrobi...”. „Nie przestrzega Pani zaleceń, znowu sobie powyciskała, ciągle drapie”. „Przestanę płacić za te wizyty, bo to nie ma sensu”. Dziecko leży skulone na fotelu, ośmieszona, zawstydzona, jakby zapadnięte w sobie. Nie jest w stanie sprostać wyimaginowanym oczekiwaniom rodzica. Jest obwiniana za każdą nową grudkę i krostę, bo zapewne niedostatecznie się stara. Czasem próbuje walczyć i odcina się, mówiąc, że to nieprawda, że mama nie jest z nim przez 24 godziny na dobę, więc skąd może wiedzieć, jak wyglądał jego dzień i co zrobiło, a czego nie. Przecież nikt z nas nie robi wszystkiego na 100–110%, mimo że bardzo byśmy chcieli. Taka postawa rodzicielska niestety również nie wspiera terapii skóry z trądzikiem. Dziecko czuje presję, niechęć do współpracy, jest zdolowane i przygnębione. Czasem płacze.

Inna postawa wszechwiedząca

Bycie nieomylnym i wszechwiedzącym ma jeszcze jedną odslonę: negowanie i poddawanie w wątpliwość proponowanych i przyjętych przez specjalistę metod pracy. „Czytałam, że...”, „U dzieci mojej koleżanki to się nie sprawdziło”, „Próbowaliśmy wszystkiego i nic nie pomaga”, „Mam wątpliwości co do tej drogi” itd. Chcąc za wszelką cenę utrzymać w oczach dziecka swój autorytet, rodzic podważa autorytet i wiedzę specjalisty, utrudniając mu przeprowadzenie terapii. Zaprzecza i poddaje w wątpliwość jego ocenę. Czyha na jego błąd, a ewentualny brak poprawy skóry przypisuje swojej nieomyślności. Taka postawa również nie sprzyja dobrej współpracy. Dziecko zaczyna wątpić w powodzenie leczenia.



LĘK PACJENTA ORAZ POCZUCIE BEZNADZIEJNOŚCI SYTUACJI TYLKO SIĘ POGLEBIAJĄ.

Efektom silnego stresu i napięcia jest również rozdrapywanie zmian trądzikowych. Wielu młodych ludzi deklaruje, że próbuje w ten sposób rozładować emocje. Kiedy wyczuwają na skórze zmianę lub jakąś nierówność, nie mogą się powstrzymać, żeby nie drapać. To jest silniejsze od nich. Dochodzi do stanów zapalnych i uszkodzeń skóry kończących się przebarwieniami pozapalnymi i ubytkami. Najchętniej uszkodzane okolice ciała to twarz, ramiona i plecy. Rzadziej dekolt. Skóra staje się odbiorcą tego, co boli w głowie.

Kochani rodzice i opiekunowie...

Powyższy artykuł nie stanowi w żadnym stopniu wymierzonej w Was krytyki. Nie ma szkoły „dobrego rodzica”, a proces wychowawczy jest trudny i zależy od wielu czynników, między innymi od naszej własnej historii, dojrzałości, otwartości i chęci zrozumienia. Ten tekst to próba uświadomienia nam wszystkim, jak olbrzymią rolę odgrywa postawa rodzicielska i wsparcie otoczenia w terapii skóry na każdym jej etapie. Potwierdziły to blisko 30-letnie obserwacje własne i potrzeba współpracy interdyscyplinarnej. Jestem kosmologiem od tzw. trudnych przypadków oraz psychosomatykiem, dlatego w kręgu moich najbliższych zainteresowań znajdują się prace z psychodermatozami, neuroinflamacją i psychoneuroimmunologia.

Jeden z przeprowadzonych przeze mnie eksperymentów dotyczył wykazania bezpośredniego wpływu „dobrych” i „złych” komunikatów nawiązujących do wyglądu i jakości skóry. Uczestniczka z trądzikiem pospolitym została uprzedzona, że będą do niej kierowane najpierw wypowiedzi negujące, a później wspierające, ale nie znalazła wcześniej ich treści. Zostało to zarejestrowane kamerą. Uczestniczka usłyszała: „Jesteś brzydka”, „Jak Ty wyglądasz!”, „Zrób coś z tym!”, „Nie możesz tak iść do ludzi!”, „Ale masz pryszcze!” itp. A potem: „Jak się z tym czujesz?”, „Co mogę dla Ciebie zrobić?”, „Pomogę Ci! Zaradzimy temu!”, „To Cię nie definiuje. Jesteś wspaniała, to tylko kilka pryszczy”, „Pójdziemy do specjalisty. Coś zaradzi” itd. Oczywiście deklarowanie wsparcia jest bardzo indywidualne i zależy w dużej mierze od stopnia tolerancji problemu przez

dziecko. Uczestniczka badania wyznała po wszystkim, że nawet mając pełną świadomość, że sytuacja jest zaaranżowana, poczuła się przytłoczona moimi negatywnymi komunikatami – mimo ich jednorazowego wydzwięku – i na chwilę straciła pewność siebie oraz zdolność do samooceny. Podczas drugiej scenki, kiedy zachowywałam się wspierająco, jej odczucia były odwrotne – powoli się uspokajała, odzyskiwała zaufanie i zaczynała wierzyć, że wszystko się uda. Bardzo ważne jest również chwalenie postępów terapii dziecka. Kiedyś jeden z moich podopiecznych wspominał, jak źle się czuł ciągle krytykowany i oceniany za swój wygląd przez innych, kiedy miał trądzik: „Jakbym nie miał lustra i nie widział, jak

wyglądam. Dlaczego nikt z tych ludzi nigdy mnie nie pochwalil, nie wyrazil uznania, kiedy się go pozbyłem?!”. No właśnie – dlaczego? Na to pytanie odpowiadamy sobie sami.

Bibliografia:

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10709101/>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8953587/>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9837660/>
4. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8213250/>

