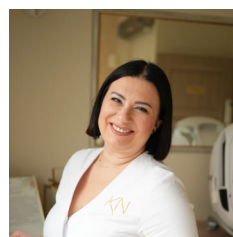




W KRZYWYM ZWIERCIADLE

GDY PSYCHIKA ZAPISUJE SIĘ NA SKÓRZE



AUTOR

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 Mikroodżywiania. Od niemal 30 lat mierzy się z trudnymi przypadkami terapeutycznymi, m.in. z zaostrożnym trądzikiem, patologiczną suchością skóry, przebarwieniami. Ma interdyscyplinarną perspektywę rozwiązywania problemów skórnych pod hasłem „Zdrowa głowa – zdrowe ciało – zdrowa skóra”.

Media społecznościowe i kult perfekcyjnego wyglądu sprawiają, że coraz więcej osób patrzy na siebie przez pryzmat nieosiągalnych ideałów. Efektem bywają nie tylko obniżona samoocena i obsesja na punkcie urody, ale także zaburzenia psychiczne, które pozostawiają wyraźny ślad na skórze. Dysmorfofobia, dermatilomania, acne excoriée czy bigoreksja to problemy, z którymi coraz częściej spotykają się dermatolodzy i kosmetolodzy. Dlaczego holistyczne spojrzenie na pacjenta jest dziś tak ważne i kiedy gabinet kosmetyczny powinien stać się początkiem interdyscyplinarnej terapii?

Żyjemy w dość trudnych czasach, w których dążenie do idealnego, wymagowanego i pozbawionego realizmu wyglądu dominuje nasze myśli i działania. „Perfect skin”, „glow/glass skin”, „body perfect” to tylko kilka haseł podsycających obsesję piękna i kult ciała. Fiksacja ta niejednokrotnie prowadzi do ogromnej presji, frustracji i niskiej samooceny. Koncentruje myśli wokół wyśrubowanych diet, treningów, rygoru i potrzeby nieustannego „poprawiania siebie”. Tracimy poczucie dobrostanu. Zjawisko to prowadzi do zaburzeń psychosomatycznych, niekiedy zagrażających nawet życiu. Dysmorfofobia przybiera na sile i koreluje z zaburzeniami odżywiania, zespołem OCD, fobią społeczną, stanami lękowymi, depresją. Konsekwencją wymienionych dysfunkcji jest obraz zmienionych chorobowo skóry i przydatków. Ponad 30% pacjentów z dermatozami (trądzik pospolity, różowaty, ŁZS, AZS, bielactwo, łysienie plackowate etc.) wykazuje współistnienie zaburzeń psychicznych [1]. W przypadku łuszczycy tendencje do pojawienia się depresji oscylują w okolicy 60% [2]. Dwukierunkową zależność psychoskórą podkreśla fakt współistnienia zaburzeń psychicznych z objawami skórnymi. Dlatego dermatolog czy kosmetolog to specjalista pierwszego kontaktu,



ŻYJEMY W DOŚĆ TRUDNYCH CZASACH, W KTÓRYCH DĄŻENIE DO IDEALNEGO, WYIMAGINOWANEGO I POZBAWIONEGO REALIZMU WYGLĄDU DOMINUJE NASZE MYŚLI I DZIAŁANIA. „PERFECT SKIN”, „GLOW/GLASS SKIN”, „BODY PERFECT” TO TYLKO KILKA HASEŁ PODSYCAJĄCYCH OBSESJĘ PIĘKNA I KULT CIAŁA.

który powinien rozpoznać również tło psychiczne dolegliwości skórnych i wskazać potrzebę współpracy np. z psychologiem, psychoterapeutą, psychiatrą, dietetykiem klinicznym. [1]

Kogo widzę w lustrzanym odbiciu?

Przychodzi młoda, śliczna dziewczyna i od progu zaczyna narzekać na swój wygląd. Patrzymy obie w lustro i ku jej zdziwieniu ja postrzegam ją bardzo dobrze. Nie widzę tych wszystkich „rzekomych” niedoskonałości, lecz ona oczekuje wielkich zmian i dużej ingerencji. Innym razem w progu gabinetu staje kobieta w średnim wieku z trądzikiem z wydrapania i niezliczoną ilością blizn na twarzy. Rozpaczliwie szuka pomocy. Albo na konsultację stawia się mężczyzna załamany trądzikiem na plecach i ramionach oraz rozstępami, który jednocześnie deklaruje potrzebę pozbycia się tłuszczu na „boczach”. Ćwiczy na siłowni cały czas, a mimo tego sylwetka go nie zadowala. Ktoś inny wskazuje na pucołowate policzki i nazywa siebie pączkiem, a w wywiadzie przyznaje się do drakońskich restrykcji kalorycznych, które mogą być znamionami zachowań anorektycznych. W przebiegu wielu zaburzeń psychosomatycznych cierpi nasza skóra.

Dermatillomania, dysmorfofobia, onychofagia, acne excoarie etc.

Anoreksja, bulimia, bigoreksja oraz wiele innych jednostek wpływających na zaburzenia funkcji całego organizmu, w tym skóry i przydatków znajdziemy DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [1]. Jest to podręcznik diagnostyczny i statystyczny, doskonałe narzędzie pracy psychiatrów i psychologów klinicznych, ale także wykaz jednostek przebiegających z objawami dermatologicznymi. Nie sposób omówić wszystkich przykładów w kontekście dysfunkcji skóry na łamach tego artykułu, dlatego skupimy się na wybranych.

Spaczony obraz siebie

Dysmorfofobia jest terminem znanym, ale bardziej właściwe określenie to BDD (Body Dysmorphic Disorder), czyli zaburzenia obrazu własnego ciała, gdyż pierwsze określenie błędnie wskazuje na fobię jako przyczynę objawów. Jest to jednostka psychiatryczna, według ICD-11 oraz DSM-V należąca do grupy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych OCD [3]. Ma charakter przewlekły oraz dość zagadkową i nie do końca poznaną etiopatogenezę. Uważa się, że stoją za nią deficyty przetwarzania obrazu twarzy i ciała przez nasz mózg, co prowadzi do wyolbrzymiania defektów wyglądu, nierealnego wyobrażenia siebie, którego nie zauważają inni [1,3]. Ważną rolę w rozwoju BDD odgrywa układ serotoninergericzny i dopaminergiczny, a także czynniki kulturowe, rodzinne (doświadczenie traumy w dzieciństwie), psychologiczne (np. osobowość unikająca i obsesyjno-kompulsyjna). BDD wywołuje niepokój, napięcie, stany lękowe, depresyjne (70% przypadków), fobię społeczną, objawy OCD (skubanie skóry, dotykanie), nadpobudliwość psychoruchową oraz predysponuje do uzależnienia od alkoholu i środków uspakajających oraz zabiegów estetycznych. Osoba z BDD obsesyjnie sprawdza swój wygląd w lustrze lub powierzchniach gładkich, porównuje się do innych, kontroluje reakcje otoczenia związane z odbiorem swojego wizerunku. Stosuje kamuflaż, zakrywa twarz włosami, dużymi okularami, kapturem itp. Bywa, że zamartwianie się i czynności kompulsywne zajmują większą część dnia i zaburzają funkcjonowanie psychospołeczne (średnio od 3 do 8 godzin, a w ¼ przypadków nawet ponad 8 godzin). Obsesja wyglądu jest analogią zachowań towarzyszących zaburzeniom odżywiania. Wstyd, brzydota, wstręt do siebie, poczucie ogromnego cierpienia i natręctwo myśli o swoich defektach prowadzi do wzrostu ryzyka samobójstw. Blisko 80% osób z BDD deklaruje obecność myśli samobójczych, a ponad 25% próbuje tego aktu [3]. Podopieczny odwiedza niezliczone gabinety specjalistów, szukając poprawy wyglądu,

naprawy defektów, i nie osiąga nigdy zadowolenia z uzyskanych efektów. Spaczony obraz siebie i nazbyt wiele różnego rodzaju ingerencji prowadzą do „popsucia urody”, a nie poprawy. Liczne korekty twarzy, liposukcje, implanty niestety nie pozwalają osiągnąć perfekcyjnego wyglądu, zamiast tego deformując umęczone ciało, aż przestajemy przypominać siebie.

Możliwości skóry do regeneracji są także ograniczone, a przy zbyt intensywnych procedurach może dojść do przestymulowania, ścięczenia, naruszenia bariery



DRAKOŃSKA, WYNISZCZAJĄCA DIETA, NADMIAR SUPLEMENTACJI, FARMAKOLOGIA, KARKOŁOMNE TRENINGI, LICZNE KONTUZJE, CIĄGLE ZA MAŁO MASY MIĘŚNIOWEJ, A ZBYT DUŻO TKANKI TŁUSZCZOWEJ – WSZYSTKO TO PROWADZI DO NAPIĘĆ, PRZECIĄŻENIA, NIEZADOWOLENIA Z SIEBIE I FRUSTRACJI.

ochronnej, czyli „overtreated skin”. Poza tym kiedy zmienia się specjalistów oraz gabinety, łatwo o dublowanie wielu procedur. Poważnym problemem jest również skubanie skóry, które może wywołać trądzik z wydrapania. Należy podkreślić, że pacjenci z BDD często skarżą się na zmiany trądzikowe, które w rzeczywistości mają charakter łagodny lub wcale nie występują mimo deklaracji podopiecznych [3]. Szybkie rozpoznanie tego zaburzenia pozwala uniknąć oskarżeń o błędy w sztuce oraz pomóc potrzebującemu, na ile się da. Dysmorfofobia wymaga



LICZNE KOREKTY
TWARZY, LIPOSUKCJE,
IMPLANTY NIESTETY NIE
POZWALAJĄ OSIĄGNAĆ
PERFEKCYJNEGO
WYGLĄDU, ZAMIAST TEGO
DEFORMUJĄC UMĘCZONE
CIAŁO. PRZESTAJEMY
PRZYPOMINAĆ SIEBIE.



olbrzymiej wiedzy i uważności oraz kompleksowego wsparcia interdyscyplinarnego zespołu, który wypracuje wspólny program terapeutyczny. Niekiedy bywa mylona z niezadowoleniem z własnego ciała (body dissatisfaction) lub innymi zaburzeniami [1,3].

The winner is...

Należącą do BDD bigoreksję, czyli dysmorfie mięśniową, nazywa się także „odwróconą anoreksją”, „kompleksem Adonisa”. Charakteryzuje się zaburzoną obrazem własnego ciała wobec pożądaną za wszelką cenę muskulatury [4,5]. Kilka lat temu, obok zastrzyków ze sterydami anaboliczno-androgenowymi, hormonem wzrostu czy peptydami, powszechnie stosowanych przez najbardziej dysfunkcyjnych kulturystów, w użyciu pojawił się synthol. Ten związek olejowy (mieszanka oleju MTC, lidokainy i alkoholu beznylowego) podawany domięśniowo nie buduje mięśni, działa jak wypełniacz, lecz niestety wywołuje stan zapalny i obrzęk mięśni, łącznie z ich martwicą. Bigoreksja dotyczy dojrzewających i młodych mężczyzn, aktywnych fizycznie, sportowców, osób z zaburzeniami odżywiania marzących o nienaganej sylwetce, którzy podporządkowują całe swoje życie rygorowi ćwiczeń. Nie bez znaczenia pozostaje niska samoocena, a także kompleksy z dzieciństwa i wyśmiewanie



z powodu wątlej lub przeciwnie – otyłej postury oraz poczucie braku atrakcyjności seksualnej. Drakońska, wyniszczająca dieta, nadmiar suplementacji, farmakologia, karkołomne treningi, liczne kontuzje, ciągle za mało masy mięśniowej, a zbyt dużo tkanki tłuszczowej – wszystko to prowadzi do napięć, przeciążenia, niezadowolenia z siebie i frustracji. Subiektywnie odczuwany brak efektów wywołuje izolację społeczną, niechęć do pokazywania ciała. Obsesja budowania sylwetki prowadzi do zaburzeń odżywiania, snu, gospodarki hormonalnej, stresu, co często indukuje trądzik w okolicy twarzy, klatki piersiowej,

ramion i pleców, tzn. trądzik sterydowy. Do tego dochodzą rozstępy na skórze oraz ginekomastia, a nawet ryzyko atrofii jąder [4,5]. Potrzeba dostarczania odpowiedniej ilości białka w celu budowania masy mięśniowej może nasilać objawy dermatozy ze względu na stosowane odżywki białkowe oraz mleko i produkty mleczne. Badania pokazały dodatnią korelację spożywania białka serwatkowego z nasileniem zmian trądzikowych. Mechanizm ten jest zależny od specyfiki działania kazeiny zawartej w mleku krowim w kierunku wzrostu IGF-1 oraz insulinotropowych funkcji białka serwatkowego zawierającego

czynniki wzrostu. Hiperinsulinemia i podwyższony poziom IGF-1 stymulują gruczoły łojowe do hipertrofii i wzmożonej lipogenezy. Ponadto mleko krowie zawiera progesteron oraz prekursorzy DHT (dihydrotestosteronu), które predysponują do powstawania zmian trądzikowych. Powtarzalność zachowań kompulsywnych, w tym sterydoterapii, nasila dysfunkcję osi HPA (podwzgórze-przysadka-nadnercza), co utrudnia pracę z trądzikiem i zmniejsza efektywność terapii [6].

Dermatillomania i acne excorie

Obie jednostki należą do grupy dermatoz wywołanych w przebiegu pierwotnych zaburzeń psychicznych. Wynikają z samouszkodzeń jawnych, których pacjent jest świadomym sprawcą, z zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Towarzyszy im natęstwo powtarzania danych czynności i myśli, jak skubanie skóry czy wyciskanie zmian skórnych oraz wewnętrzny przymus powtarzania ich. W obu przypadkach autoagresja jest niekontrolowana, impulsywna i stanowi swoistą odpowiedź na stres, emocje, popędy lub nawyki [1,3]. Dermatillomania, nazywana również patologicznym skubaniem skóry lub zadrapaniami neurotycznymi, opiera się na rytualnym przymusie skubania, drapania. Prowadzi do uszkodzeń w postaci przeczosów, nadżerek, a w konsekwencji do nadkażeń bakteryjnych, które mogą przypominać zmiany zapalne w trądziku, oraz do trwałych

uszkodzeń w postaci blizn. Mimo pełnej świadomości podopieczny nie potrafi opanować przymusu skubania i drapania, co może być sposobem rozładowania napięcia oraz źródłem przyjemności u niektórych. Za taką potrzebą stoją nieprawidłowości w metabolizmie neuroprzekazników – serotoniny, dopaminy i glutaminianu. Najczęściej samouszkodzeń w dermatillomanii doświadczamy na twarzy, szyi, ramionach, dłoniach (skórki wałów paznokciowych – onychotillomania), tułowi lub na skłpie [1,3].

Acne excorie to nic innego jak trądzik z wydrapania lub neuropatyczny, który jest psychiatrycznym zaburzeniem w przebiegu trądziku pospolitego o zazwyczaj łagodnym nasileniu. Niestety u podopiecznego występuje ciągły przymus opróżniania każdego zaskórника, każdej zmiany lub nierówności wyczuwalnej na powierzchni skóry, co prowadzi do uszkodzeń, nadżerek i wtórnych infekcji oraz przebarwień pozapalnych i blizn. Kompulsywne wyciskanie, skubanie jest podyktowane nadzieją na całkowite oczyszczenie i usunięcie zmian trądzikowych oraz ustąpienie dermatozy [1]. Wyjątkowo trudno pracuje się z acne excorie, a dobór procedur zabiegowych musi być dobrze przemyślany pod kątem inwazyjności, dawki, mocy, okresu rekonwalescencji ze względu na podopiecznego, któremu nie możemy zaufać na 100% w kwestii dostosowania się do zaleceń. I wbrew pozorom to dość często spotykane zaburzenie w gabinetach kosmetycznych,

nie tylko u młodzieży, ale również u dorosłych, którzy przechodzili trądzik w młodości. Może ono również prowokować do trądziku dorosłych.

W przypadku obu jednostek chorobowych manipulacje skórne prowadzą do trwałych uszkodzeń i pogłębiają niską samoocenę, przygnębienie i frustrację, a także poczucie winy związane z niemożnością zaprzestania



www. praktyk, dlatego wymagają działania interdyscyplinarnego. Należy podkreślić, że często współistnieją z BDD, zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi, zaburzeniami osobowości i odżywiania [1,3]. Mogą towarzyszyć anoreksji, bulimii czy kompulsywnemu objadaniu się. Dlatego ważne, by pacjenta objąć szeroką, holistyczną opieką współdziałających ze sobą specjalistów.

Bibliografia:

1. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395638/#abstract1>
2. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8776235/>
3. A. Zalewska-Janowska, „Psychodermatologia. Podejście interdyscyplinarne”, PZWL, Warszawa 2023, ss. 38-39, 78-80, 88-92.
4. <https://www.gsacademy.pl/bigoreksja-nieznana-choroba-kulturytow/>
5. <https://wolmed.pl/blog/bigoreksja-dysmorfia-miesni-objawy-leczenie/>
6. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11676061/#sec-11-nutrients-16-04354>