

Samouszkodzenia skóry. Rola kosmetologa w diagnostyce i terapii

*Self-inflicted lesions. The role of the cosmetologist
in diagnosis and therapy*

Danuta Nowicka^{1,2}
Edyta Janiczek-Chudy²

¹ Katedra
i Klinika Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii
Uniwersytet Medyczny
we Wrocławiu
ul. Chałubińskiego 1
50-368 Wrocław

² Katedra Kosmetologii
Wydział Fizjoterapii
Akademii Wychowania
Fizycznego
we Wrocławiu
Akademia Wychowania
Fizycznego
we Wrocławiu
Aleja Ignacego Jana
Paderewskiego 35
51-612 Wrocław
E: danuta.nowicka@awf.
wroc.pl
M: +48 609 034 248

WSTĘP

Najnowsza klasyfikacja ESDaP (*The European Society for Dermatology and Psychiatry*) dzieli samouszkodzenia na postaci jawne i ukryte, spowodowane zaburzeniami o charakterze kompulsywnym lub impulsywnym. Do kompulsywnych zalicza się: trądzik samouszkodzający, trichotillomanię oraz onychofagię. Impulsywne uszkodzenie ciała polega przede wszystkim na ranieniu, okaleczaniu, oparzeniach substancjami chemicznymi. Ukryte samouszkodzenia to tzw. zespół Münchhausena, dążenie pacjenta do pozostawania pod opieką bliskich lub personelu medycznego poprzez pozorowanie objawów somatycznych jak i często chorób psychicznych [1]. W myśl pierwszych definicji, samookaleczenie było rozumiane jako umyślne, celowe, niezagrażające życiu i nieakceptowane społecznie dokonanie uszkodzenia lub zniekształcenia własnego ciała, najczęściej przybierające formę nacinania lub przypalania, a w bardziej skrajnych przypadkach „wydobywania oczu, okaleczania nosa,

języka i narządów płciowych, głębokiego ranienia tkanek, autokanibalizmu i autokastracji” [2]. Wraz z rozpowszechnieniem się w kulturze Zachodu zjawiska *body art*, obejmującego profesjonalne tatuowanie, kolczykowanie, skaryfikacje, wypalanie wzorów na skórze oraz inne modyfikowanie ciała typowe dla kultur plemiennych, rozszerzono pojęcie normy w zakresie ingerowania w ciało i jego okaleczania [3]. Konieczność ponownego określenia granicy dla zachowań normatywnych stała się punktem wyjścia rozwoju badań nad mechanizmami i czynnikami ryzyka samookaleczeń, co znalazło swoje odzwierciedlenie w klasyfikacjach diagnostycznych. Obecnie samouszkodzenia dotyczą szczególnie młodych osób o osobowości typu borderline, z zaburzeniami lękowymi, depresyjnymi, nierzadko również z towarzyszącymi zaburzeniami odżywiania. Kosmetolog, prowadząc odpowiedni wywiad, budując zaufanie klienta, oceniając stan skóry może przyczynić się do rozpoznania, a co za tym idzie do ewentualnego podjęcia odpowiedniej terapii.

» 169

STRESZCZENIE

Samouszkodzenia, pomimo coraz częstszego występowania, są zjawiskiem trudnym do jednoznacznego sklasyfikowania. Obecnie zaliczane są do grupy psychodermatoz, czyli chorób z pogranicza psychiatrii i dermatologii.

Celem pracy było przedstawienie problemu samouszkodzeń oraz czynników ryzyka, a także podkreślenie roli kosmetologa w rozpoznawaniu samo-okaleczeń i uświadamianiu klienta o konieczności podjęcia odpowiedniej terapii.

Terapia nie powinna ograniczać się jedynie do zabiegów medycznych polegających przede wszystkim na przyspieszeniu gojenia się powstałych urazów, ewentualnie likwidacji blizn, ale uwzględniać diagnozę i leczenie psychiatryczne lub psychoterapeutyczne.

Słowa kluczowe: samouszkodzenia, psychodermatologia, uszkodzenia ciała

ABSTRACT

Self-mutilations (self-harm), despite the increasing occurrence, are a phenomenon that is difficult to classify unambiguously. Currently, they are included in the so-called psychodermatosis, or diseases from the borderline of psychiatry and dermatology.

The aim of this paper was to present the problem of self-mutilations lesions and risk factors.

It is worth to emphasize the role of the cosmetologist in self-harm diagnosis and make the client aware of the necessity to take proper treatment, that cannot be limited only to medical treatment, such as improving wound healing or elimination of scars but should include diagnosis as well as psychiatric and psychotherapeutic treatment.

Keywords: self-inflicted lesions, psychodermatology, self-injury

otrzymano / received

06.12.2018

poprawiono / corrected

13.01.2019

zaakceptowano / accepted

01.02.2019

HISTORIA

Od zarania dziejów człowiek próbował modyfikować swoje ciało. Działania te przybierały czasami skrajne formy, niewyobrażalne w naszej kulturze. Wystarczy wspomnieć o tradycji krępowania stóp dziewczynkom w Chinach, w efekcie czego dochodziło do trwałego kalectwa i upośledzenia funkcjonowania. Wiązało się to z doświadczaniem stałego cierpienia. Pomimo tego, kobiety poddawały się tym zabiegom, chcąc potwierdzić pozycję społeczną, a także sprostać obowiązującym standardom piękna. W Birnie żyją kobiety z obręczami na szyi. Obręcze te powodują nienaturalne wydłużenie szyi oraz liczne skutki uboczne. Poczynając od ran, które tworzą się na ciele, poprzez problemy ze spaniem i poruszaniem się.

W kulturach polinezyjskich nadal można spotkać tatuaż całego ciała, również twarzy. Odpowiednie wzory tego tatuażu informują o imieniu, pozycji społecznej czy pochodzeniu danej osoby.

Wszystkie te przypadki wiążą się z bólem, trwałymi zmianami w obrębie ciała, powodują niekiedy znaczne trudności w funkcjonowaniu. Stanowią one jednak normę kulturową i w żaden sposób nie mogą być łączone z jakąkolwiek psychopatologią – w przeciwieństwie do samouszkodzeń.

Samouszkodzenie jako pojęcie w kategorii psychopatologicznej zostało po raz pierwszy użyte przez Karla Menningera na początku XX w. Definiował je jako „częściowe samobójstwo” [4]. W najnowszej wersji klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5, samouszkodzenia to wszelkiego rodzaju fizyczne, celowe, uszkodzenie własnego ciała bez intencji samobójczych. Wywołujące ból, krwawienie, zasinienie, podejmowane w celu redukcji dyskomfortu psychicznego [5]. Działania te są nieakceptowane społecznie, budzą powszechny lęk i odrazę.

Trudności dotyczące oceny rozpowszechnienia samookaleceń w populacji ogólnej, wynikają przede wszystkim z braku dostatecznej liczby badań w grupach nieklinicznych. Wyniki dostępnych prac prowadzonych w różnych krajach, pozwalają przyjąć, że dotyczą one w głównej mierze adolescentów i młodych dorosłych (ok. 13–42%), a ich rozpowszechnienie zmniejsza się wraz z wiekiem (ok. 4–6% osób dorosłych). Zjawisko to, jest znacznie częstsze w populacjach klinicznych, gdzie częstość występowania samookaleceń szacuje się na poziomie około 21% w przypadku dorosłych pacjentów oraz od 40 do nawet 80% w odniesieniu do pacjentów w okresie dojrzewania. Objawy pojawiają się najczęściej między 12. a 14. rokiem życia. Zachowania są podejmowane z inicjatywy adolescenta lub pod wpływem sugestii otoczenia, a ich średni czas trwania wynosi około 2 lat [6]. Nie zaobserwowano związków z płcią, uwarunkowaniami kulturowymi oraz ze statusem społeczno-ekonomicznym. Najbardziej rozpowszechnioną formą samookaleczenia jest nacinanie skóry, występujące u 70–90% osób, w dalszej kolejności uderzanie (21–44%) oraz przypalanie (15–35%). Ponadto obserwuje się dokonywanie zadrapań, gryzienie, uderzanie głową w twarde powierzchnie, wyrywanie włosów, a także zażywanie leków. Większość

osób dokonujących samookaleczenia stosuje więcej niż jedną metodę, przy czym u kobiet częściej obserwuje się nacinanie i dokonywanie zadrapań, u mężczyzn zaś przypalanie. Okolicami ciała najbardziej narażonymi na tego typu urazy są: ręce, nadgarstki, przedramiona, ramiona, uda i brzuch [7].

Cechą charakterystyczną samouszkodzeń jest powtarzalność, która bezpośrednio związana jest z ich głównym motywem – redukcją napięcia psychicznego. Osoby dokonujące samouszkodzeń wskazują na wzrost napięcia emocjonalnego przed dokonaniem aktu oraz ulgę wywołaną odczuciem bólu fizycznego doznawanego podczas autoagresji. Jednakże ten sposób radzenia sobie z negatywnymi emocjami nie może być skuteczny, ponieważ działa tylko chwilowo. W związku z tym, osoby takie ponownie dokonują samookaleczenia. W ten sposób niejako uzależniają się od samouszkodzeń i traktują je jako sposób radzenia sobie z negatywnymi emocjami.

CZYNNIKI RYZYKA

Wśród czynników ryzyka dla samouszkodzeń wymienia się osobowość borderline, zaburzenia lękowe, depresyjne, odżywiania, a także doświadczenia o charakterze traumatycznym [8]. Rozwód rodziców, utrata lub brak więzi, problem alkoholowy w rodzinie, przemoc fizyczna i seksualna mogą być przyczyną działań autoagresywnych.

W przypadku osobowości typu borderline, aż 70–75% pacjentów dokonuje samouszkodzeń. Liczne badania podkreślają, iż u osób z zaburzeniami borderline poziom stresu i negatywnych doświadczeń w dzieciństwie są predyktorami zachowań samouszkodzących [9]. Niewątpliwie wiąże się to również z obniżoną w tej grupie tolerancją na stres [10].

Grupą szczególnego ryzyka są też osoby młode. Problem samouszkodzeń dotyczy 10% młodzieży [8]. Warto zwrócić uwagę, że dokonuje ich około 1,4% całej populacji [11]. Można to wytłumaczyć specyfiką okresu adolescencji – między innymi tym, iż wówczas dochodzi do gwałtownych, nie zawsze akceptowanych zmian w obszarze ciała. Może to być źródłem dużego stresu i w efekcie prowadzić do zachowań autoagresywnych. Motywem dla którego młodzi ludzie dokonują samouszkodzeń jest też chęć zaistnienia wśród rówieśników i zdobycie ich uwagi.

Kolejną grupą, w której samouszkodzenia występują znacząco częściej, niż w pozostałej części populacji są osoby z zaburzeniami odżywiania, szczególnie dotyczy to anoreksji.

Cechą charakterystyczną w tym zaburzeniu jest odrzucenie własnego ciała, niskie poczucie własnej wartości oraz chroniczny lęk przed przytyciem. W grupie tej, często występuje depresja. Przyjmuje się, że dotyczy ona ok. 46–74% kobiet chorujących na anoreksję [11]. Do tego dochodzą poważne zaburzenia ze strony organizmu: kołatanie serca, obniżone ciśnienie krwi, osteoporoza, brak miesiączek, łamliwe włosy, problemy ze skórą. Wszystkie te czynniki powodują duże napięcie i problemy w obszarze psychicznym. Dodatkowo potęguje je presja bycia piękną i szczupłą, której poddane są współczesne kobiety [12].



Fot. 1 i 2 Przykłady zmian skórnych w przebiegu samouszkodzeń
 Źródło: Zbiory Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

ROLA KOSMETOLOGA

Objawy skórne mogące wzbudzić podejrzenie samouszkodzeń to przede wszystkim nieogójące się zmiany skórne, zazwyczaj nieprzystające do stanu skóry pacjenta i jego opisu choroby. Obraz morfologicznych zmian skórnych zazwyczaj jest bardzo różnorodny, najczęściej występują one w łatwo dostępnych lokalizacjach, np. twarz, dekol, nadgarstki, przednia część ud, okolica lewego ramienia u osoby praworęcznej.

Kosmetolog ze względu na charakter swojej pracy, bardzo często jest pierwszą osobą, która może zwrócić uwagę na potencjalny problem.

Przed rozpoczęciem zabiegu przeprowadza wywiad, dokonuje przeglądu skóry i diagnozuje jej stan. Najczęściej wywiad opiera się na rozmowie, w przypadku pytań kłopotliwych można zastosować ankietę, którą wypełnia klient. Ten etap zabiegu pozwala zauważyć zmiany o innej, typowej dla samouszkodzeń morfologii. Zapisywane w karcie klienta dane, uzupełniane na bieżąco, umożliwiają późniejszą analizę informacji w szerszym kontekście, na przestrzeni pewnego okresu.

Na każdym etapie pracy kosmetologa ważną rolę odgrywa więź, jaka tworzy się między nim a klientem.

Wyjątkowość tej relacji wynika m.in. z faktu, że kosmetolog poprzez dotyk skóry wchodzi w przestrzeń intymną klienta, która jest zarezerwowana tylko dla osób bliskich. To z kolei sprzyja otwartości i budowaniu klimatu zaufania. W takiej atmosferze klient łatwiej dzieli się problemami, których nie ujawniłby w innych okolicznościach.

W rozmowie z osobą, której dotyczy problem samouszkodzeń powinno zwracać się uwagę na stosunek do własnego ciała, występowanie trudnych, stresujących doświadczeń, nieumiejętność radzenia sobie z emocjami. W przypadku podejrzenia samouszkodzeń należy zasugerować kontakt z odpowiednim specjalistą.

PODSUMOWANIE

Samouszkodzenia, jeśli nie są przejawem norm kulturowych, zawsze mają związek z psychiką. Terapia nie powinna ograniczać się tylko do medycznych zabiegów ukierunkowanych na leczenie skóry, ale powinna uwzględniać diagnozę i leczenie psychiatryczne lub psycho-terapeutyczne.

Kosmetolog może spotkać się w swojej pracy z problemem samouszkodzeń. Dlatego tak ważne jest, aby posiadał wiedzę z tego zakresu umożliwiającą rozpoznanie problemu i odpowiednie wsparcie klienta. Należy pamiętać, że kwestie te są niezwykle wstydlive dla osób dokonujących samouszkodzeń, dlatego też w kontakcie z klientem należy wykazać się dużą delikatnością i empatią.

LITERATURA

1. Gieler U, Consoli SG, Tomás-Aragones L, Linder DM, Jemec GB, Poot F, Szepietowski JC, de Korte J, Taube KM, Lvov A, Consoli SM. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification – a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol.* 2013, vol. 93: 4-12.
2. Lenkiewicz K, Racicka E, Bryńska A. Self-injury – placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature. *Psychiatr Pol.* 2017, vol. 51: 323-334.
3. Horner G. Nonsuicidal Self-Injury. *J Pediatr Health Care.* 2016, vol. 30: 261-267.
4. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature *Arch Suicide Res.* 2007, vol. 11: 129-147.
5. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model *Clin Psychol Rev.* 2012, vol. 32: 482-495.
6. Deliberto TL, Nock MK. An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res.* 2008, vol. 12: 219-231.
7. Mohandas P, Ravenscroft JC, Bewley A. Dermatitis artefacta in childhood and adolescence: a spectrum of disease. *G Ital Dermatol Venereol.* 2018, vol. 153: 525-534.
8. Błaszczuk-Schier S, et al. Regulacja emocji, stres a zachowania samouszkodzające u osób z zaburzeniami osobowości typu borderline. *Polski Merkurusz Lekarski.* 2015, vol. XXXVIII (228): 51-55.
9. Mirucka B, Sakson-Obara O. Ja cieleśne – od normy do zaburzeń. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2013.
10. Józefik B. Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
11. Brytek-Matera A, Rybicka-Klimczyk A. Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej. Difin., Warszawa 2009.
12. Schier K. Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
13. Canuto MJ, Martins ACGP, Dwan AJ, Neto CF, Simonsen Nico MM. Extraordinary Findings in a Case of Self-inflicted Cutaneous Lesions *Acta Derm Venereol.* 2017, vol. 97(8): 967-968.