

# Dincolo de piele

*În spatele obiceiului banal de a stoarce un coș (sau mai multe) se poate ascunde o afecțiune-tabu, cu implicații psihice majore – dermatilomania.*

Degetele îmi merg peste taste pentru a scrie aceste rânduri, dar, în paralel, la un anumit interval de timp, se poticnesc asupra fiecărei imperfecțiuni a pielii pe care o găsesc în cale. Sau mai degrabă o caută, ca pretext pentru o nouă pauză. Din păcate, „piața” este destul de ofertantă pentru a hrăni nevoia incontrollabilă de a stoarce ceva: punctulețele de keratoză pilară de pe brațe sunt întotdeauna victime la îndemână. Mai scriu câteva rânduri, rămân din nou în pauză de inspirație, mâinile mi se mută instinctiv de pe tastatură înapoi pe brațe, în căutare. Reușesc să „mutilez” și întreaga suprafață a celeilalte mâini. Jumătate de pagină mai târziu, când mă poticnesc din nou, imaginea pe care o văd în oglinda din spatele laptopului mă copleșește: două brațe pline de umflături roșii și inflamate, care vor persista zile bune. Le simt cum ard, la fel precum sentimentul de vinovăție care mă cuprinde când realizez că iar nu m-am putut controla să nu îmi distrug pielea. Un sentiment care mă bântuie periodic încă din adolescență. Pielea mea de pe corp nu a fost niciodată perfectă, așa că mă agățam de această scuză pentru a mutila orice punctuleț în relief, orice coș ivit răzleț pe umeri sau pe spate ori pentru a „săpa” cu o pensetă ascuțită după orice fir de păr nu reușea să își croiască drum la suprafața pielii. Totul începea cu o imperfecțiune minoră și se sfârșea, minute bune mai târziu, cu răni pe suprafața pielii. Conștientizam că e greșit și că trebuie să mă opresc, ajungeam uneori să mi-o spună și apropiații, însă nu îmi puteam controla pornirea.

„Începea inconștient, prin zgărirea scalpului, a firelor crescute sub piele sau a cuticulelor și se termina conștient, dar de-abia în momentul în care apărea rana și simțeam durerea. Impulsul era atât de puternic încât nu îl puteam controla”, mi-a povestit colega mea beauty editor, Mădălina, care

se confruntă cu aceeași problemă. „Evident, erau și emoții puternice la mijloc. De exemplu, de fiecare dată când mă luptam cu stres acut sau cu anxietate, ajungeam să-mi zgării scalpul și să-mi rănesc cuticulele. Simțeam un soi de ușurare apoi, dar era o ușurare falsă și scurtă, pentru că răul fusese produs și așa ajungeam în același cerc vicios și rușinos: creștea din nou nivelul de anxietate și compulsia se declanșa iar.” Din fericire, Mădălina face parte din minoritatea celor care au curajul să accepte că este o problemă ce depășește sfera pielii și să vorbească deschis despre asta, astfel și-a găsit diagnosticul cu ajutorul terapiei. „În cazul meu, este vorba despre o tulburare de anxietate, o versiune mai puțin agresivă din spectrul OCD. Diagnosticul a venit la terapie, după o serie de teste care au confirmat atât bănuielele specialistului, cât și pe ale mele”, povestește ea.

Dermatilomanie: acesta era numele afecțiunii cu care aveam de-a face. Iar ca noi mai sunt o mulțime de persoane care își ascund problema, o neagă sau pur și simplu nu îi cunosc complexitatea. Este de înțeles, ținând cont că informațiile despre ea sunt destul de limitate. Motivul reiese încă din simptomatologia ei. Persoanele afectate resimt sentimente puternice de rușine, culpabilizare și anxietate, precum și teama stigmatului social, astfel că evită să discute despre problemă sau să apeleze la ajutor specializat. Sunt însă și persoane care se confruntă cu dermatilomania și care au înțeles impactul comunității în a accepta și normaliza această afecțiune și și-au făcut curaj să vorbească deschis despre ea și să ofere sprijin. Fundația Picking Me ([pickingme.org](http://pickingme.org)) din Chicago, Illinois, fondată de Lauren McKeane, care aproape că și-a pierdut piciorul din cauza dermatilomaniei, are ca scop susținerea comunității sub-raportate și neînțelese a bolnavilor

de dermatilomanie, destigmatizarea acesteia și educarea prin materiale informative. Pe pagina de Instagram @peau.ssible, Camille, care se prezintă ca fiind o fostă dermatilomaniacă, își împărtășește cu sinceritate traseul parcurs în lupta cu această afecțiune, momente vulnerabile și deopotrivă încurajatoare, povești ale altor persoane care se confruntă cu ea, dar și multe sfaturi utile deprinse din acest parcurs sinuos. Iar lista poate continua cu o mulțime de conturi de Instagram care au ca misiune normalizarea și acceptarea acestei afecțiuni atât de puțin cunoscute.

Apoi, mai este și riscul să cazi în capcana de a crede că stoarcerea coșurilor sau alte forme de manipulare a pielii sunt un comportament comun și (oarecum) normal, așa cum și eu am făcut-o mult timp. Căci atracția pentru a stoarce coșurile e ceva relativ firesc, cu o explicație logică din punct de vedere psihologic. Manipularea unui coș oferă un sentiment de gratificație instantă pentru că pare că deții controlul situației, astfel creierul produce dopamină, hormonul fericirii asociat cu plăcerea și recompensa. Probabil din acest motiv foarte multe persoane au acest obicei, fie că vizează un coș, un punct negru sau orice altă imperfecțiune. „Inițial, o fac din dorința de a ajuta la vindecarea mai rapidă, eliminând conținutul purulent, însă ulterior, din obișnuință și urmărind senzația de satisfacție care urmează”, explică dr. Dana Bratu, medic dermatolog și director medical al clinicilor DermaBeauty. În plus, mai este și factorul de dezgust, care, în doze mici, controlate, poate fi satisfăcător pentru unele persoane. „Conceptul de «masochism benign» ilustrează modul în care oamenii sunt atrași de experiențe care produc emoții nedorite, cum ar fi dezgustul”, explică Abigail Cline, medic dermatolog la Centrul de Cercetare în Dermatologie de la Școala de Medicină Wake Forest, pentru menshealth.com. Tot masochismul benign e responsabil și pentru atracția pentru filmele horror. Dacă ai această plăcere în raport cu imperfecțiunile pielii, poți face ușor pasul spre instalarea unui comportament psihogen de excorieere. „Atunci când indicația terapeutică este ca abordarea oricărui leziuni ale pielii să nu fie făcută acasă și, cu toate acestea, persoana respectivă ignoră sfaturile, continuând comportamentul nociv, putem vorbi de instalarea dermatilomaniei, mai ales dacă aceste gesturi sunt însoțite de frică, anxietate și sunt urmate apoi de o formă de liniștire, descărcare”, explică Beatrice Popescu, psihoterapeut în cadrul Centrului Medical Bellanima.

Potrivit literaturii de specialitate, afecțiunea are atestări vechi, dermatologul francez Louis-Anne-Jean Brocq făcând referire la ea încă din anul 1898, prin descrierea cazului unei adolescente cu acnee care își provoca leziuni tegumentare întinse. În prezent, afectează până la 1 din 20 de persoane, conform Fundației Internaționale pentru OCD și este experimentată mai des de femei (75%) decât de bărbați. Un motiv ar putea fi presiunea mai sporită pusă pe aspectul fizic al femeilor, ceea ce le-ar putea determina pe acestea să caute tratament pentru această afecțiune, modificând astfel ușor ratele de diagnosticare.

Dermatilomania, denumită și tulburare de excoriație, excorieere psihogenă sau skin-picking disorder, e o afecțiune caracterizată prin nevoia imperioasă, incontrollabilă și repetitivă a unei persoane de a-și leza pielea. Această afecțiune își are numele de la trei cuvinte grecești: derma (piele), tillo (tragere sau ciupire) și mania (comportament sau activitate excesivă). Ea poate duce la o afectare severă a țesutului cutanat, cu cicatrici permanente și necesitatea unui tratament dermatologic (uneori chiar chirurgical), dar și a unui psihoterapeutic. Spre deosebire de manipularea ocazională a unui coș, în care majoritatea oamenilor se angajează, în cazul dermatilomaniei, comportamentul este cronic, iar dincolo de afectarea fizică, vine întotdeauna însoțită de o suferință psihologică semnificativă. Similar cu tulburările de control al impulsurilor, cum ar fi cleptomania, persoanele care suferă de dermatilomanie pot descrie un sentiment de tensiune care este temporar ușurat odată ce cedează în fața nevoii de a leza pielea. „Înainte de lezarea pielii, starea este fie de plictiseală, fie de tensiune sau stres extrem. În timpul lezării pielii, se produce o descărcare a tensiunii. Anxietatea sau starea de tensiune generează acest comportament compulsiv, de a răni pielea și a-i produce leziuni. Deseori apar sentimentele de vinovăție, atunci când se văd rezultatele acestei auto-agresiuni și degradarea progresivă a apariției fizice”, explică psihoterapeutul.

Este important de precizat că dermatilomania reprezintă una din tulburările obsesiv-compulsive (OCD) mai puțin cunoscute, dar și mai rezistente la tratament, după cum precizează Beatrice Popescu. „Tulburările obsesiv-compulsive fac parte din marea categorie a tulburărilor de anxietate, dar au câteva particularități care le diferențiază de celelalte tipuri de anxietate. Oamenii care suferă de tulburarea obsesiv-compulsi-

**În prezent, dermatilomania afectează până la 1 din 20 de persoane, conform Fundației Internaționale pentru OCD și este experimentată mai des de femei (75%) decât de bărbați, motivul putând fi presiunea mai sporită pusă pe aspectul fizic al femeilor.**

vă au gânduri care îi îngrijorează și pe care încearcă să le controleze cu ajutorul unor ritualuri. În mod paradoxal, în loc să reușească să își controleze teama cu ajutorul ritualurilor, aceste ritualuri le fac viața mai dificilă, ajung să îi stăpânească pe cei care au această tulburare. Încercarea de a controla anumite gânduri obsesive conduce la dezvoltarea compulsiilor, a comportamentelor de anulare a acestor gânduri.” Natura repetitivă a lezării tegumentelor întâlnită în dermatilomanie este similară ritualurilor compulsive din cadrul tulburărilor obsesiv-compulsive. Totodată, pacienții cu OCD pot fi preocupați excesiv de contaminarea tegumentelor, de o potențială anormalitate a lor, de a avea pielea fină și fără imperfecțiuni, prin urmare nevoia de auto-vătămare este dictată de dorința de a scăpa de anxietatea care decurge din acestea.

În ceea ce privește cauzele, ele nu sunt cunoscute cu exactitate, însă trebuie analizate din dublă perspectivă. Există, o dată, câțiva factori fizici care pot declanșa nevoia de a manipula imperfecțiunile pielii. „De cele mai multe ori, excorieerea debutează pe zonele de piele afectate de acnee sau de foliculită. Simpla atingere a suprafeței cutanate și senzația de denivelare a pielii pot fi stimul pentru grataj și excorieere. În aceste condiții, se poate ca zona maltratată să nu aibă leziuni de fond sau să existe doar minime probleme, însă odată debutat procesul de stoarcere, acesta de obicei continuă și se amplifică în special în momente de stres”, explică dr. Ana Maria Dumitrescu, medic primar dermatovenerologie. O altă cauză dermatologică poate fi și pruritul, inclusiv cel psihogen. „Studiile arată că 9% dintre pacienții care suferă de prurit tind să dezvolte această afecțiune. Nu toate cazurile de prurit au o afecțiune dermatologică subiacentă, multe sunt psihogene. Mai exact, dermatilomania poate să presupună scărpănarea, zgârierea sau agresarea pielii aparent sănătoase și se poate asocia și cu alte afecțiuni psihice precum tricotilomania”, explică dr. Dana Bratu. Trecând la cauzele psihice, ele nu sunt cunoscute cu exactitate și necesită studii suplimentare, însă există câteva teorii care precizează factori biologici, de mediu sau neurologici, după cum menționează psihoterapeutul Beatrice Popescu. „La un moment dat s-a considerat că dermatilomania, ca și tricotilomania (smulgerea părului), provine din plictiseală, lipsă de ocupație, stres, anxietate, incapacitate de adaptare a unui individ la niște factori traumatizanti sau dintr-un mecanism deficitar de adaptare a persoanei la stres. În paradigma psihanalitică, furia reprimată față de părinții hipercritici ar produce acest tip de comportament auto-mutilant. Alte teorii susțin că un perfectionism înalt și un autocriticism înalt ar sta la baza acestui comportament obsesiv-compulsiv.” Tulburarea a fost adesea asociată cu dependența de substanțe psihostimulante, cu episoade depressive, cu tulburarea anxioasă, precum și cu tulburarea dismorfică corporală. Totuși, unul dintre principalele criterii de diferențiere între dermatilomanie și alte afecțiuni precum tulburarea dismorfică corporală, spre exemplu, este că persoana este conștientă din punct de vedere cognitiv că lezarea este nedorită și, prin urmare, încearcă să oprească acest obicei. Unul dintre semnele unei tulburări de excoriație este, prin urmare, un istoric de încercări eșuate de a rezista acestor impulsuri.

Cel mai adesea există anumiți factori care declanșează impulsul de a leza pielea. Îngrijorător este că aceștia sunt, în cele mai multe cazuri, imposibil de evitat, mai ales raportându-ne la stilul de viață actual. „Orice factor stresant poate fi un declanșator pentru dermatilomanie”, conform psihoterapeutului, „fie că vorbim despre stresori din mediu (examene, război, situația economică, gestionarea defectuoasă a termenelor-limită, activități pe care persoana nu le face cu plăcere), stresori ca boli organice (debutul unei boli grave a persoanei sau a unei persoane apropiate) sau alți declanșatori, cum ar fi o relație traumatică sau toxică în care individul este implicat, fără posibilitatea de a se detașa de abuzator. Uneori, traumele din trecut sau o situație traumatică recentă (o despărțire romantică) se pot constitui ca declanșatori”, detaliază Beatrice Popescu.

Principalul simptom al dermatilomaniei fiind lezarea compulsivă a pielii, simptomele sale la nivel fizic sunt ușor de reperat de medicul dermatolog, în cazul în care pacientul se prezintă. „În aceste cazuri, noi, ca dermatologi,



suntem în fața unui pacient cu leziuni monomorfe – pare că toate sunt în același stadiu de evoluție, sunt localizate pe zone care pot fi ușor traumatizate (la care se ajunge ușor) și, de cele mai multe ori, pacienții nu recunosc faptul că își provoacă leziunile, ceea ce este parțial de înțeles pentru că procesul devine reflex și nu mai este conștientizat ca un eveniment izolat”, explică dr. Dumitrescu. Experții descriu, de regulă, actul lezării pielii prin termeni precum „zgâriere”, „scobire”, „stoarcere” sau „scărpinare”. Lezarea implică, de obicei, unghiile și vârful degetelor, dar poate include și mușcarea (mai ales atunci când suprafața pielii afectate se află pe buze) și chiar obiecte ascuțite, cum ar fi pensete sau ace. „Cel mai frecvent întâlnim leziuni excoriate pe față, scalp și pe brațe, însă nu de puține ori, dacă examinăm pacientul, vedem cicatrici sau leziuni proaspete și pe spate, pe zona gâtului și a omoplaților sau pe decolteu”, precizează medicul. O zonă mai rar afectată sunt membrele inferioare; ele sunt țintele dermatilomaniei, de regulă, când apar probleme declanșate de creșterea firelor de păr după epilare în plan orizontal, „în piele”, ceea ce poate declanșa un episod de dermatilomanie, după cum mai menționează specialistul.

Această activitate are loc de obicei în două moduri distincte: automat sau concentrat. În cazul celei automate, lezarea se produce adesea fără ca persoana să se gândească la asta. Experții numesc uneori acest comportament „scanare” deoarece tinde să implice trecerea mâinilor sau a degetelor peste piele pentru a găsi zone care se simt diferite, care ar putea deveni apoi ținte pentru lezarea concentrată. Aceasta este centrată pe o anumită regiune a corpului, iar „răcăiala” pielii poate dura ore întregi. Tinde să fie mai severă și este mai probabil să afecteze pielea.

Este lesne de înțeles că acest comportament repetitiv se soldează cu repercusiuni pe termen lung la nivel fizic. „Riscul principal în cazuri de excorieere cronică este apariția de cicatrici”, explică medicul dermatolog Ana Maria Dumitrescu. „Acestea au de obicei dimensiuni similare, sunt inițial roșiatice, apoi roșeața e înlocuită cu o colorație maronie (pigmentare post-inflamatorie) și în final se ajunge la culoarea albă a cicatricii definitive.” Un risc care apare mai rar, dar nu este de neglijat pentru că poate avea consecințe serioase, este cel de suprainfecție. „Zonele de leziuni se înroșesc mai tare, pielea din jur se umflă (apare edem) și doare și de cele mai multe ori apare o secreție gălbuie mai vâscoasă pe suprafața afectată.” În situații severe, pacienții își pot cauza leziuni desfigurante, vindecabile numai cu ajutorul intervențiilor chirurgicale.

Însă consecințele serioase nu se limitează doar la ceea ce este vizibil pe piele, așa cum este posibil să crezi până să conștientizezi problema reală. În ciuda satisfacției de moment experimentate în timpul manipulării pielii, persoana este conștientă de faptul că ceea ce face este distructiv, iar acest lucru îi provoacă o suferință accentuată. Astfel, sentimentele de eliberare și mulțumire din timpul procedurii sunt înlocuite rapid de rușine intensă, vinovăție și eșec. O altă consecință la nivel psihic poate merge până la afectarea activității zilnice și a vieții sociale, în special în cazurile severe când episoadele au loc frecvent, pentru timp îndelungat. În cazurile în care persoana resimte impulsul într-un moment care nu îi permite să îi dea curs (de exemplu, în compania altora), poate manifesta dificultăți în a se concentra. Daunele cauzate de excorieerea pielii reprezintă, de asemenea, o sursă de jenă și rușine, ceea ce duce adesea la evitarea situațiilor sociale în care cicatricile pot fi mai vizibile, cum ar fi plaja, piscina sau sala de sport. În cazuri grave, persoana poate deveni complet izolată în încercarea de a preveni ca alte persoane să vadă daunele pe care le-a cauzat pielii, mai ales dacă acestea sunt foarte severe și pe zone expuse, precum față.

Dermatilomania nu este o afecțiune ușor de acceptat. În ecuație pot apărea frecvent sentimente de negare, minimalizare a gravității situației sau neasumare. Persoanele cu dermatilomanie evită să caute tratament dermatologic sau psihiatric pentru starea lor din cauza stigmatului social, a convingerii că e doar un obicei prost sau că nu este tratabilă. Unele studii sugerează că mai puțin de 20% dintre cei ce se confruntă cu dermatilomania caută tratament, multe persoane neștiind că există opțiuni viabile de tratament. Deși este o afecțiune pe viață, tratamentul sporește șansele de

remisie a impulsurilor de a leza pielea, adică să nu mai simți nevoia sau să poți evita acest comportament pentru perioade lungi.

Autodiagnosticarea rămâne un pas util, căci implică acceptarea și conștientizarea problemei, însă nu suficientă pentru a putea ține sub control această tulburare. Consultul specializat este necesar și poate face diferența în calitatea vieții unui pacient cu dermatilomanie. „Diagnosticul este deosebit de complex și implică colaborarea dintre un medic psihiatru, un medic dermatolog și un psiholog clinician. Fiecare dintre acești specialiști poate menționa factorii etiologici și factorii de menținere ai comportamentului autodistructiv”, explică psihoterapeutul Beatrice Popescu. Diagnosticarea necesită îndeplinirea integrală a cinci criterii: 1. lezarea pielii în mod constant sau repetat; 2. încercări multiple de a opri sau limita acest obicei; 3. impact negativ asupra diferitelor aspecte ale vieții, inclusiv munca sau viața socială, din cauza rușinii, jenei sau altor emoții similare; 4. excorieerea pielii nu se întâmplă din cauza unei alte afecțiuni medicale (precum o boală de piele) sau din cauza unui medicament; 5. impulsul de lezare a pielii nu este cauzat de o altă afecțiune de sănătate mintală, cum ar fi tulburarea dismorfică corporală.

Fiind o condiție care afectează atât fizicul, cât și psihicul, și tratamentul trebuie să fie pluridisciplinar și să vizeze toate aspectele bolii. „Medicul psihiatru ar putea aborda această tulburare tratând-o cu antidepressive SSRI de ultimă generație sau cu alte medicații eficiente. Medicul dermatolog ar putea evalua gravitatea problemelor dermatologice preexistente acestei tulburări, ar putea oferi tratamente pentru tratarea acneei și urmărirea evoluției vindecării și cicatrizării țesuturilor.”

Esențial este să înțelegem care au fost și sunt declanșatorii impulsului de a leza pielea pentru a putea alege tratamentul potrivit, iar în acest sens o evaluare psihologică poate veni cu toate răspunsurile. „În urma ei, se pot determina cauzele acestui comportament, pornind de la conflictele intrapsihice, cauzele conștiente și inconștiente ale tulburării.” În tratarea cauzelor psihologice, „se pot combina tehnici din psihoterapia cognitiv-comportamentală, tehnici de relaxare, mindfulness sau hipnoză ori tehnici din alte psihoterapii, care urmăresc să scadă sentimentele de vinovăție sau să creeze contextul în care acea persoană poate trăi cu un nivel al vi-

novăției (autocreată din criticism interior sau hiper criticism ori creată de reproșurile celor apropiați sau autorități). În psihoterapie se vizează de asemenea creșterea stimei de sine și mai ales a autoacceptării, atât cu calitate, cât și cu defecte”. Apoi mai există și opțiunea tratamentului medicamentos, care constă în administrarea de substanțe care să reducă intensitatea simptomelor și a compulsiilor de vătămare. „Farmacoterapia este extrem de eficientă, existând o paletă imensă de medicamente cu acțiune antidepressivă care acționează eficient asupra simptomelor tulburării obsesiv-compulsive”, precizează Beatrice Popescu.

„Nu în ultimul rând, medicul dermatolog va fi în poziția să prescrie medicația pentru cicatrizarea țesuturilor afectate, pentru minimizarea dăunelor la nivelul imaginii de sine.” Dacă declanșatorul a fost în primă instanță o condiție a pielii, precum acneea sau keratoza pilară, în cazul meu, este esențială tratarea cauzei și ținerea sub control a leziunilor existente pentru a susține repararea pielii pe durata tratamentului. „Dacă dermatilomania a apărut din cauza unei afecțiuni de piele, aceasta va fi tratată corespunzător. Acneea, de exemplu, se va trata prin soluții topice sau medicamentoase orale”, precizează medicul dermatolog Dana Bratu. „În ceea ce privește leziunile deja existente, acestea trebuie toaletate cu soluții antiseptice și aplicarea de pansamente ocluzive cu diferite substanțe antibiotice și cicatrizante. Recomandăm gelurile de silicon pentru proprietățile intense emoliente, acid hialuronic, glicerină și panthenol pentru capacitatea de regenerare tisulară. În plus, aplicarea unui pansament previne scărpina și maltratarea suplimentară a leziunilor.” Odată ce se oprește acest proces, atunci se poate interveni cu diverse tratamente antiinflamatoare și eventual și cu antibiotic pentru a scădea roșeața și a trata eventuala suprainfecție adăugată, după cum recomandă dr. Ana Maria Dumitrescu. „Putem interveni cu tratamente laser sau cu lumină intensă pulsată pentru accelerarea vindecării. În cazul în care cicatricile sunt subdenivelate, atunci se pot face tratamente succesive de microneedling, laser sau radiofrecvență fracționată pentru stimularea sintezei de colagen.” Însă, în cele din urmă, „dacă problema persistă în ciuda unor controale repetate, atunci cu siguranță vom avea nevoie și de intervenție cel puțin de ordin psihologic, așa încât să asigurăm un proces optim de vindecare”. ■

**Persoanele cu dermatilomanie evită să caute tratament dermatologic sau psihiatric pentru starea lor din cauza stigmatului social, a convingerii că e doar un obicei prost sau că nu este tratabilă.**