

# Analiza trzech przypadków samouszkodzenia skóry

## Analysis of three cases of skin self-injury

KATARZYNA GREWLING, JUSTYNA KURSA-ORŁOWSKA, MARTA SEMPRUCH,  
KATARZYNA SIKORA, BOGUMIŁA STĘPIEŃ, DOROTA JENEROWICZ

Katedra i Klinika Dermatologii Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,  
kierownik Katedry i Kliniki prof. dr hab. Wojciech Silny

### Abstract

The project describes three patients admitted in 2003 to the Dermatology Clinic of the University of Medical Sciences in Poznań in whom the appearance of skin lesions was associated with self-injury.

Special attention was drawn to morphology of skin changes, their localization, and a possible participation of diverse factors (mental, infectious, immunological) in the pathomechanism of origination of these skin lesions. The course of administered treatment was evaluated (types of medication, therapeutic results).

Precise anamnesis was taken, including the onset and the course of skin lesions, possible cause and the treatment administered before hospitalization. Results of laboratory tests, radiological examinations and consulting specialists' suggestions have also been analysed.

It should be highlighted that the skin lesions in the three described cases were of a great variety: deep ulcerations, numerous scars, erosions, excoriations and postinflammatory discolorations.

Described cases of self-injuries in dermatological patients present as a difficult issue, rarely brought up in literature. Self-injuries may create diagnostic and therapeutic problems and thus require cooperation of various specialists – particularly dermatologists and psychiatrists.

**Key words:** self-injuries of the skin, artifacts, obsessive-compulsive disorder.

### Streszczenie

W pracy opisano przypadki 3 chorych, hospitalizowanych w 2003 r. w Klinice Dermatologii AM w Poznaniu, u których powstanie zmian skórnych związane było z samouszkodzeniem ciała. Szczególną uwagę zwrócono na charakter wykwitów, ich lokalizację oraz na możliwy współdziałanie różnorodnych czynników (psychicznych, infekcyjnych, immunologicznych) w patomechanizmie powstawania tego typu zmian skórnych. Ocenił przebieg zastosowanego leczenia (rodzaje preparatów, rezultat leczniczy).

Przeprowadzono dokładny wywiad, uwzględniający m.in. początek pojawienia się zmian, czas ich trwania, sposób i ewentualne przyczyny powstania, postępowanie lecznicze do czasu hospitalizacji. Analizie poddano także wyniki badań laboratoryjnych, obrazowych oraz zalecenia konsultujących specjalistów.

Na podkreślenie zasługuje fakt znacznej różnorodności zmian skórnych u 3 analizowanych chorych: głębokie owrzodzenia, liczne blizny, wykwity o charakterze nadżerki, przeczyszczeń oraz przebarwień pozapalnych.

Opisane przypadki samouszkodzeń u pacjentek dermatologicznych stanowią trudne i rzadko poruszane w literaturze zagadnienie. Stwarzają problemy diagnostyczne i lecznicze oraz wymagają współpracy lekarzy różnych specjalności – zwłaszcza dermatologów i psychiatrów.

**Słowa kluczowe:** samouszkodzenie skóry, artefakty, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne.

(PDiA 2005; XXII, 1: 46–50)

### Wprowadzenie

Samouszkodzenie skóry jest ważnym problemem zarówno medycznym, jak i społecznym. Dermatolodzy w swojej praktyce, oprócz często spotykanych i rozpo-

wszechnionych chorób skóry, mogą także spotkać się ze zmianami wywoływanymi bezpośrednio przez pacjenta. Otto Braun-Falco [1] wyróżnia następujące typy samouszkodzenia skóry:

Adres do korespondencji: dr med. Dorota Jenerowicz, Katedra i Klinika Dermatologii, Akademia Medyczna, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań

- ▶ samouszkodzenia ze świadomością manipulacji,
- ▶ samouszkodzenia z przyznaniem się do manipulacji:
  - symulacja choroby (objawy fałszywe, artefakty, patomimikra, choroby wywołane),
  - zaburzenia obsesyjno-kompulsywne,
- ▶ samouszkodzenia z zaprzeczeniem manipulacji (ze-spół Münchhausena),
- ▶ samouszkodzenia ze świadomym nieprzyznaniem się do manipulacji:
  - *dermatitis artifacta*,
  - urojenia robaczyc.

Skłonność do samoookaleczenia wykazują często osoby z zaburzeniami psychicznymi. W literaturze znaleźć można opisy przypadków samoookaleczenia skóry u chorych na schizofrenię, chorych z fobią pasożytniczą, AIDS-fobią czy też u osób histerycznych. Samouszkodzenie skóry może być również reakcją na bardzo silny stres lub konflikt z otoczeniem. Bywa także próbą zwrócenia uwagi członków rodziny i otoczenia. Samoookaleczenie w okolicy narządów płciowych, występujące głównie u kobiet, najczęściej ma podłoże seksualne i może współistnieć z nerwicą lub być efektem molestowania seksualnego pacjentki w dzieciństwie [2, 3]. Jak donoszą badania naukowców z Wydziału Psychiatrii Uniwersytetu w Oksfordzie [4], opublikowane w *British Medical Journal*, tendencje do samouszkodzeń są dość częste wśród nastolatków. Badaniem objęto 6 tys. uczniów w wieku 15–16 lat, z czego 7% osób dokonało aktu samoookaleczenia w roku poprzedzającym badanie. Najczęstszymi zachowaniami typu autoagresji były: zadawanie ran ciętych (65%) i przedawkowanie leków (30%). Zwrócono uwagę, że 4-krotnie więcej zachowań autoagresywnych przejawiały dziewczęta, głównie z problemami rodzinnymi i kompleksami.

Ponadto do występowania samouszkodzeń skóry pre-dysponuje szereg chorób somatycznych, takich jak organiczne uszkodzenie mózgu i rdzenia kręgowego czy cukrzyca [5].

W obrębie pewnych grup społecznych (więźniowie, osoby unikające służby wojskowej, osoby starające się uzyskać rentę) samoookaleczenie skóry celem osiągnięcia określonych korzyści stwierdza się szczególnie często.

Obraz morfologiczny zmian powstałych w wyniku samouszkodzenia skóry jest bardzo zróżnicowany, w zależności od czynników wywołujących. Bardzo często są to liczne zadrapania i przeczosy lub nacięcia skóry o różnej głębokości i kształcie. Stwierdza się także owrzodzenia skóry, często sączące, z obrzękiem i zaczerwienieniem wokół, powstałym w wyniku zakażenia miejsca manipulacji lub owrzodzenia, otoczone całkowicie zdrową skórą, powstałe w wyniku oparzenia, a także działania stężonych kwasów lub zasad. Niekiedy pacjent wstrzykuje sobie różne substancje (najczęściej ciekłe) w tkankę podskórną, czego wynikiem są głębokie ropnie, mogące ulegać przebieciu

z wytworzeniem przetok [6]. U osób z zaburzeniami seksualnymi występują głównie zmiany w okolicy narządów płciowych, łącznie z amputacjami. Trwałymi następstwami samoookaleczenia mogą być rozległe blizny, włóknienie, przetrwały obrzęk limfatyczny, zakrzepowe zapalenie żył, a nawet posocznica. Charakterystyczna dla samouszkodzeń skóry jest ich lokalizacja w miejscach dostępnych dla pacjenta, podczas gdy niektóre okolice ciała (np. plecy) pozostają zwykle niezmienione.

## Opis przypadków

### Przypadek I

Pacjentka, lat 44, została przyjęta do Kliniki Dermatologii celem leczenia głębokiego owrzodzenia o średnicy 3 cm, o regularnym brzegu, otoczonego zapalną obwódką, zlokalizowanego w okolicy prawego biodra (fot. 1.). Ponadto na skórze uda oraz przedniej powierzchni klatki piersiowej (fot. 1., 2.) występowały liczne, podłużne blizny powstałe w wyniku wcześniejszego chirurgicznego usuwania ropni uporczywie pojawiających się od wielu miesięcy, bez uchwytnej przyczyny. Okolica pleców była wolna od zmian skórnych. Chora była w przeszłości leczona psychiatrycznie i powstało podejrzenie, że bolesne, zapalne guzy są efektem manipulacji samej pacjentki.

Podczas pobytu w Klinice Dermatologii stwierdzono w okolicy lewego uda obecność świeżej zmiany o charak-



Fot. 1. Liczne podłużne blizny zlokalizowane w okolicy klatki piersiowej u 44-letniej chorej, powstałe wskutek kolejnych zabiegów chirurgicznego usunięcia zmian o charakterze bolesnych guzów



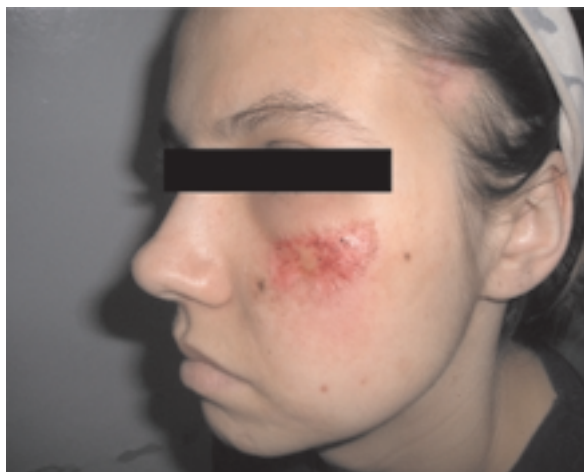
**Fot. 2.** Głębokie owrzodzenie w okolicy prawego stawu biodrowego oraz mnogie podłużne blizny po zabiegach chirurgicznego usunięcia bolesnych guzów

terze bolesnego guzka z widocznym miejscem wkłucia nieznanego rodzaju substancji, prawdopodobnie olejowej. Chora zdecydowanie zaprzeczyła dokonaniu samouszkodzenia.

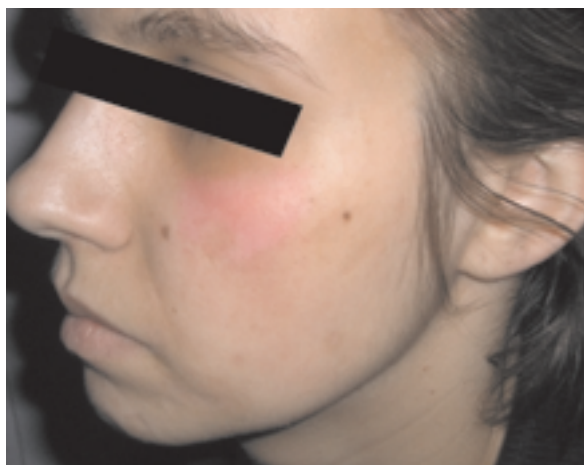
Przeprowadzona konsultacja psychiatryczna ujawniła obecność zaburzeń somatyzacyjnych z koniecznością hospitalizacji i dalszego leczenia w tym kierunku, jednakże chora odmówiła dalszej terapii i nie kontynuowała także leczenia w poradni dermatologicznej.

### **Przypadek II**

Pacjentka, lat 26, zgłosiła się do Kliniki Dermatologii celem leczenia zmiany skórnej umiejscowionej w okolicy lewego policzka o charakterze płytkiej nadżerki o wymiarach 2 x 3 cm, nieregularnego kształtu, częściowo pokrytej strupem, ostro odgraniczonej od otoczenia (fot. 3.). Zmianie towarzyszył obrzęk sąsiednich tkanek oraz obu powiek. Na lewej skroni stwierdzono obecność bliznowatego ogniska o wymiarach 1 x 1,5 cm, o nieregularnych brzegach, pozbawionego włosów. Ponadto u chorej stwierdzono nasilony łojotok w obrębie



**Fot. 3.** Płytkie nadżerka na skórze lewego policzka u 26-letniej chorej przed leczeniem. Zaznaczony obrzęk otaczających tkanek



**Fot. 4.** Stan po leczeniu. Całkowite wygojenie nadżerki

skóry twarzy oraz obecność blizn potrądzikowych w okolicy brody. W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższenie OB (20 mm/godz.) oraz odchylenia w badaniu ogólnym moczu (obecność białka, acetonu i licznych bakterii). Konsultacja laryngologiczna wykazała przewlekłe ropne zapalenie migdałków podniebiennych.

Chora przyznała się do manipulacji celem niedopuszczenia do zagojenia zmian skórnych, co w jej opinii było potęgowane przez przewlekły stres związany z konfliktami w rodzinie. Włączone leczenie ogólne (antybiotykoterapia, leki przeciwhistaminowe) oraz miejscowe (okłady z 2-% roztworu kwasu borsowego oraz 2-% maść detreomycynowa) przyniosły całkowite ustąpienie zmian skórnych (fot. 4.).





Fot. 5a. i 5b. Liczne zmiany skórne o charakterze przeczosów, nadżerek, strupów i drobnych blizenek rozsianych w okolicy kończyn dolnych (ryc. 5a.) i pośladków (ryc. 5b.) u 17-letniej pacjentki. Zmianom skórnym towarzyszył nasilony świąd

### Przypadek III

Pacjentka, lat 17, przyjęta do Kliniki celem diagnostyki i leczenia zmian skórnych o charakterze przeczosów, nadżerek, strupów i drobnych blizenek rozsianych głównie w okolicy kończyn dolnych i pośladków (fot. 5a. i 5b.) z całkowitym pominięciem pleców. Zmiany skórne obecne były od roku i towarzyszył im przewlekły świąd, nasilający się w porze nocnej. Dotychczasowe leczenie preparatami przeciwświerzbowymi nie przyniosło poprawy. Chora skarżyła się w szczególności na świąd skóry, jednak zdecydowanie zaprzeczała, jakoby obecne zmiany skórne były spowodowane ciągłym drapaniem i manipulacją.

Przeprowadzona diagnostyka ujawniła dodatni wynik naskórkowych testów płatkowych z siarczanem niklu (+++) po 48 i 72 godz.

### Omówienie

Samouszkodzenie skóry jest schorzeniem o podłożu wieloczynnikowym. W oparciu o wyżej opisane przypadki kliniczne można stwierdzić, że w etiologii tego schorzenia znaczącą rolę odgrywają zaburzenia psychiatryczne (somatyzacyjne) oraz psychoemocjonalne. Na występowanie zmian skórnych mogą mieć również wpływ czynniki alergiczne, infekcyjne, a także sytuacje stresowe, np. konflikty z otoczeniem.

W pierwszym opisanym przypadku zaburzenia psychiczne były główną przyczyną powstania objawów choroby. Pacjentka wielokrotnie samodzielnie wstrzykiwała w tkankę podskórną ciecz (najprawdopodobniej oleistą), powodując tym samym powstawanie licznych ropni. Konsekwencją chirurgicznego usuwania guzów zapalnych były liczne blizny linijne. Chora nie przyznała się do manipulacji. Zlecono konsultację psychiatrycz-

ną, która wykazała zaburzenia somatyzacyjne. Lekarz psychiatra zalecił leczenie w szpitalu psychiatrycznym, na które pacjentka nie wyraziła zgody. Na własne życzenie została wypisana z Kliniki, co uniemożliwiło ocenę leczenia. Chorzy najczęściej nie przyznają się do wyrządzenia sobie krzywdy [7]. W literaturze można znaleźć wiele przykładów samookaleczenia skóry, powstałych w wyniku wstrzykiwania różnorodnych substancji. Mushoff i wsp. [6] opisują przypadek 26-letniego mężczyzny leczonego z powodu bolesnego obrzęku tkanek miękkich. Podczas operacji nie stwierdzono obecności treści ropnej, wykryto natomiast obecność tkanki martwiczej. W badaniu toksykologicznym zmienionej tkanki stwierdzono obecność ropy naftowej, którą pacjent sobie najprawdopodobniej wstrzykiwał [6].

Analizując drugi przypadek opisany w pracy, należy podkreślić, że chora przyznała się do manipulacji, za przyczynę podając sytuację konfliktową w rodzinie [8]. Jednoczesne występowanie u niej objawów łojotoku oraz zmian trądzikowych mogło prowokować i skłaniać do manipulowania w obrębie skóry twarzy. Nie można także wykluczyć pośredniego udziału czynnika infekcyjnego, ponieważ konsultacja laryngologiczna ujawniła przewlekłe ropne zapalenie migdałków, a badanie moczu – bakteriurię. Zastosowane leczenie przyniosło w tym przypadku bardzo zadawalające rezultaty. Uzyskano całkowite wygojenie nadżerki na policzku. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że sama obecność pacjenta na oddziale szpitalnym ogranicza jego dostęp do zmian skórnych oraz zmniejsza szanse powtórnych prób manipulacji. Leczenie często powoduje łatwą i szybką poprawę stanu skóry, podczas gdy po wypisaniu pacjenta do domu można nierzadko zaobserwować nawrót choroby.

W powstawaniu samouszkodzenia skóry należy także uwzględnić czynniki alergiczne, mogące mieć pośred-

ni wpływ na wystąpienie tego rodzaju zmian skórnych. W przypadku trzeciej chorej dominującym objawem był przewlekły świąd skóry. W ramach przeprowadzonej diagnostyki stwierdzono dodatni wynik testu naskórkowego płatkowego z siarczanem niklu po 48 i 72 godz. Zmiany skórne o charakterze przeczosów, strupów i drobnych blizenek były rozsiane, zajmujące przede wszystkim kończyny dolne i pośladki. Należy zaznaczyć, że rozległość, charakter i nasilenie zmian skórnych było raczej nietypowe dla alergii kontaktowej, jednakże silny alergen kontaktowy, jakim jest siarczan niklu, mógł być czynnikiem nasilającym świąd, który w przypadku tej chorej miał w dużej mierze podłoże psychogenne. W literaturze obecne są opisy chorych, u których podejrzewano związek pomiędzy manipulacją a obecnością alergii. Według Kranke i wsp. [9] *acne excoriata*, jako rodzaj samouszkodzenia skóry spotykany szczególnie często u młodych dziewcząt, może być związany z nadwrażliwością na produkty pochodzenia ptasiego, np. alergeny jaj czy pierza. Kontakt z wymienionymi alergenami (prawdopodobnie poprzez wywołanie świądu lub innych dolegliwości) stymuluje w tych przypadkach manipulację w obrębie skóry twarzy, a unikanie tych alergenów stanowi nierzadko bardzo pomocny element terapii [9].

W literaturze problem samouszkodzeń skóry jest poruszany dość rzadko. Według niektórych autorów problem ten często współistnieje z poważnymi zaburzeniami ze strony ośrodkowego układu nerwowego, takimi jak schizofrenia, mikrodelekcje (zespół Pradera-Williego) [11] czy uszkodzenia organiczne. Nierzadko występuje pod postacią zaburzeń somatyzacyjnych, monosymptomatycznych psychoz czy różnych fobii (np. parazytofobia). W zespole Pradera-Williego na rozległość i charakter zmian skórnych ma wpływ rodzaj delecji. U osób z delecją 15q11-q13 stwierdzono częstsze manipulacje w obrębie skóry przedniej powierzchni kończyn dolnych i głowy w porównaniu z przypadkami disomii 15 [11]. U schizofreników często spotyka się bardzo niebezpieczne sposoby samookałeczenia ciała, mogące doprowadzić nawet do śmierci. Opisano 2 przypadki kliniczne, gdzie podczas sekcji zwłok stwierdzono samouszkodzenia poprzez wkłucie igieł w okolice klatki piersiowej i jamy brzusznej oraz uszkodzenie skóry i kości czaszki poprzez głębokie wkłucie igły [12].

Samookaleczenie skóry może dotyczyć osób ze stwierdzonymi monosymptomatycznymi psychozami, charakteryzującymi się występowaniem złudzeń, psychoz hipochondrycznych. Do grupy tych zaburzeń zalicza się wszelkiego rodzaju fobie, np. parazytofobie, czy też urojenia dotyczące innych chorób: AIDS-fobie, cancerofobie. W przypadku AIDS-fobii chorzy za wszelką cenę chcą dowieść, że są chorzy na AIDS, co nie jest prawdą. Część z nich wielokrotnie poddaje się testom

w kierunku zakażenia wirusem HIV, jednocześnie nie akceptując braku choroby [13].

Samouszkodzenie skóry często występuje także u osób z zaburzeniami seksualnymi. Okaleczanie narządów płciowych spotyka się u transwestytów, transseksualistów, schizofreników, u pacjentów z odrębnymi zwyczajami religijnymi i kulturalnymi [11]. W grupie tych chorych spotyka się głównie mężczyzn, którzy okaleczają ciało poprzez np. kastrację, oraz osoby, u których uszkodzenia skóry związane są z wypełnieniem obyczajów kulturowych [12, 13].

Celem powyższej pracy było zwrócenie uwagi na trudny problem samouszkodzenia skóry. Należy podkreślić ogromną różnorodność zmian skórnych oraz czynników, mogących mieć wpływ zarówno na wystąpienie choroby, jak i na jej przebieg. Przypadki samouszkodzeń najczęściej stwarzają problemy diagnostyczne i lecznicze [14–16]. Zwykle też wymagają współpracy lekarzy różnych specjalności – zwłaszcza dermatologów i psychiatrów.

#### Piśmiennictwo

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff H, et al.: *Dermatology*, Springer Verlag. 1996: 1001-6.
2. Cavanaugh RM: Self-induced carving and scarification of the forearms as a manifestation of sexual abuse in a 14-YEAR-old adolescent girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000, 113: 97-8.
3. Bourgeois M: Genital self mutilation. *Contracept Fertil Sex (Paris)* 1984, 12: 597-601.
4. Hawton K, Rodham K, Evans E, et al.: Deliberate self harm in adolescents: self representative survey in schools in England. *BMJ* 2002, 325: 1207-11.
5. Vogel LC, Anderson CJ: Self-injurious behavior in children and adolescents with spinal cord injuries. *Spinal Cord* 2002, 40: 666-6.
6. Musshoff F, Schmidt P, Madea B, et al.: An unusual case of self-harm with petroleum distillate. *Arch Kriminol* 2000, 205: 37-43.
7. Faller-Marquardt M, Hellerich U, Pollak S: Occupation-specific mode of self injury within the scope of a fictitious assault. *Arch Kriminol* 1999, 203: 129-37.
8. Vieker S, Hilger-Wittkowsky B, Kruger A, et al.: Factitious skin lesions as an expression of a family crisis. *Klin Pediatr* 1999, 211: 44-6.
9. Kranke B, Brabek E, Derhaschnig J, et al.: Acne excoriata-look for allergy! *Dermatology* 2001, 203: 256-7.
10. Wang CK, Lee JY: Monosymptomatic hypochondriacal psychosis complicated by self-inflicted skin ulceration, skull defect and brain abscess. *Br J Dermatol* 1997, 137: 299-302.
11. Symons FJ, Butler MG, Sanders MD, et al.: Self-injurious behavior and Prader-Willi syndrome: behavioral forms and body locations. *Am J Ment Retard* 1999, 104: 260-9.
12. Peschel O, Betz P, Eisenmenger W: Self-mutilation with needles. *Med Sci Law* 1997, 37: 175-8.
13. Lutzow-Holm C: Psycho-cutaneous disorders in practice. Self-inflicted skin diseases of psychological origin. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997, 117: 3241-4.
14. Hafeez U, Goodyear HM: Self-mutilation, do not overlook the obvious. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003, 17: 369-70.
15. Favazza AR: The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1998, 186: 259-68.
16. Antony SJ, Mannion SM: Dermatitis artefacta revisited. *Cutis* 1995, 55: 362-4.