

# ***Dermatitis artefacta* – opis przypadku**

## Artificial dermatitis – a case study

Anna Rosińska, Hanna Walkowiak, Ryszard Żaba

Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,  
kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Wojciech Silny

Post Dermatol Alergol 2007; XXIV, 6: 290–296

### **Streszczenie**

Psychodermatologia zajmuje się związkami między skórą a psychiką. Leczenie chorych z psychodermatozami wymaga zrozumienia zależności między środowiskiem życia i pracy a zmianami skórnymi. *Dermatitis artefacta* (*factitial dermatitis*) odnosi się do stanu chorobowego, w którym pacjent sam uszkadza skórę paznokciami, ostrymi przedmiotami, przypala papierosami lub środkami chemicznymi. Wiele jest przykładów na to, że postawienie diagnozy w takich przypadkach okazuje się trudne. Badanie histologiczne nie ma charakterystycznego obrazu i zależy od obrazu klinicznego zmian. Od niego też zależna jest diagnostyka różnicowa. W artykule opisano 51-letniego chorego ze zmianami zlokalizowanymi na prawym podudziu o nietypowej morfologii. Diagnozę *dermatitis artefactalis* (*factitial dermatitis*) postawiono na podstawie wywiadu, nietypowego obrazu zmian klinicznych i wykluczeniu innych chorób dermatologicznych.

**Słowa kluczowe:** *dermatitis artefacta*, diagnostyka, leczenie, psychodermatologia.

### **Abstract**

Psychodermatologic disorders are conditions involving an interaction between the skin and the mind. Understanding the psychosocial and occupational context of skin diseases is critical for the optimal management of psychodermatological disorders. *Dermatitis artefacta* (*factitial dermatitis*) refers to conditions in which the patient self-inflicts excoriations with his own nails, sharp instruments, burning cigarettes or chemicals. There are instances in which recognition of this disorder is difficult. Histological findings are not characteristic and diagnosis depends on the clinical presentation. The differential diagnosis of cutaneous lesions is extensive, depending on the lesion type. In this article, the authors describe a 51-year-old patient with bizarre-shaped lesions, which consist of linear or geometric outlines located on the right leg. Diagnosis of *dermatitis artefactalis* was based on clinical grounds, including bizarre-looking lesions, sites accessible to the patients and absence of other dermatologic diseases to explain the dermatosis.

**Key words:** *dermatitis artefacta*, diagnosis, treatment, psychodermatology.

### **Wprowadzenie**

Psychodermatologia to dziedzina dermatologii zajmująca się problematyką chorób skóry, w etiopatogenezie których istotną rolę odgrywają zaburzenia psychiczne lub psychologiczne. W codziennej praktyce lekarskiej spotyka się wielu chorych, którym potrzebna jest przede wszystkim pomoc psychologiczna lub psychiatryczna, a leczenie dermatologiczne powinno mieć jedynie znaczenie wspomagające [1]. Samouszkodzenia (*autolesio*, *dermatitis artefacta*) należą do chorób wywoływanych lub prowokowanych przez pacjenta. Ze względu na łatwą dostępność, skóra jest organem, w obrębie którego najczęściej obser-

wuje się wykwyty typu *autolesio*. Chorzy, u których podejrzewa się samouszkodzenie, to zwykle młodzi dorośli i osoby w średnim wieku (20–50 lat), przy czym 2–3-krotnie częściej są to kobiety [2]. U dzieci samouszkodzenia występują zdecydowanie rzadziej i są na ogół związane z przebytych wydarzeniem stresowym. Postępowanie z pacjentami, u których stwierdza się zmiany typu *dermatitis artefacta*, jest dość trudne. Są to na ogół osoby sprawiające wrażenie bardzo przejętych procesem diagnostycznym i leczniczym, natomiast pytani, czy sami nie prowokują zmian skórnych, stanowczo zaprzeczają. Diagnostyka i leczenie choroby wymaga współpracy dermatologa z psy-

---

**Adres do korespondencji:** lek. med. Anna Rosińska, Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, e-mail: annarosinska@poczta.onet.pl

chologiem i psychiatrą. Część chorych po pewnym czasie przyznaje się do wywoływania zmian skórnych, a ich pomysłowość przy swoistym kreowaniu wykwitów zadziwia nawet doświadczonych klinicystów [3].

Wydrapywanie, wcieranie lub wstrzykiwanie pod skórę różnych substancji o działaniu drażniącym, nacinanie, uderzanie, wrywanie włosów, fragmentów naskórka czy paznokci, a nawet przypalanie ogniem lub papierosem należą do najczęściej stosowanych przez chorych *metod* prowadzących do uszkodzenia skóry [1–9]. U większości pacjentów, u których podejrzewa się *dermatitis artefacta*, występują zaburzenia psychiczne [1–13]. *Autolesio* jest zaburzeniem, które może zarówno poprzedzać wystąpienie choroby psychicznej (np. psychozy, depresji, zespołów lękowych, zaburzeń osobowości), jak i być jedynym zaburzeniem psychicznym obserwowanym w ciągu życia [12, 14]. Dość istotny dla rozwoju choroby wydaje się być status socjoekonomiczny pacjentów. Często są to osoby samotne, bezrobotne, starające się o świadczenia rentowe lub obawiające się utraty tych świadczeń [1, 2]. W pracy przedstawiono chorego diagnozowanego i leczonego od ponad 2 lat, u którego wykluczono organiczne przyczyny zmian skórnych.

## Opis przypadku

51-letniego pacjenta przyjęto do Katedry i Kliniki Dermatologii w Poznaniu z powodu licznych owrzodzeń i nadżerek, zlokalizowanych w obrębie podudzia prawego, z podejrzeniem zapalenia naczyń, niesztowicy lub piodermii. Pierwsze wykwitły o charakterze płytkich nadżerek pojawiły się na przedniej powierzchni podudzia prawego w 2004 r., po operacji neurochirurgicznej z powodu przewlekłych bólów kręgosłupa w przebiegu przepukliny jądra miazdżystego. Powikłaniem po operacji jest występujący u pacjenta zespół ogona końskiego, cechujący się upośledzeniem czucia w obrębie kończyn dolnych, nietrzymaniem moczu i stolca oraz zaburzeniem funkcji seksualnych. Dodatkowo chory cierpi na chorobę wrzodową żołądka, kamicy żółciową, chorobę zwyrodnieniową stawów kręgosłupa i padaczkę (spowodowaną niedokrwieniem ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu zawału mięśnia sercowego w 2002 r.). Mimo przebytego zawału mięśnia sercowego pacjent nie przestał palić (wypala ok. pół paczki papierosów na dobę). Przyjmuje nieprzerwanie od 3 lat duże dawki leków przeciwbólowych, co tłumaczy dolegliwościami bólowymi ze strony podudzia prawego i kręgosłupa. Był wielokrotnie hospitalizowany na oddziałach neurologicznych i neurochirurgicznych. Ponadto chory podaje, że w ciągu ostatniego roku schudł ok. 8 kg – przy wzroście 171 cm ważył 52 kg (BMI 17,8). Od kilku lat pobiera świadczenia rentowe – początkowo z powodu choroby niedokrwiennej serca, obecnie – choroby zwyrodnieniowej stawów kręgosłupa. Prowadzi bardzo szczegółową dokumentację, na którą składają się wyniki badań, konsultacji specjalistycznych, wypisy ze szpitala i orzecz-

nie komisji rentowych. Był bardzo roszczeniowo nastawiony do pracowników służby zdrowia, których obwinia za powikłania powstałe po operacji neurochirurgicznej. Twierdził też, że od 3 lat żaden lekarz nie jest w stanie rozpoznać choroby skóry, która pojawiła się w obrębie prawego podudzia po wspomnianej już operacji neurochirurgicznej.

W 2006 r. chory był leczony i diagnozowany na oddziale dermatologicznym szpitala w Gorzowie Wlkp. Pobrano wówczas do badania histopatologicznego wycinek ze zmian na podudziu prawym. W badaniu histopatologicznym stwierdzono nieliczne nacieki zapalne wokół naczyń, złożone z komórek limfoidalnych plazmatycznych i neutrofilów bez utkania nowotworowego.

## Stan dermatologiczny

Skóra całego ciała była ziemistoszara, błony śluzowe jamy ustnej bez wykwitów. W jamie ustnej widoczne były liczne braki w uzębieniu i ubytki próchnicze, niezaopatrzone stomatologicznie. Na skórze tułowia obserwowano liczne teleangiektazje. Tętno na obu kończynach dolnych było wyczuwalne. Węzły chłonne pachwinowe były powiększone po stronie prawej, wielkości 0,5–2 cm, przesuwalne względem podłoża, niebolesne. W obrębie prawej kończyny dolnej widoczny był obrzęk ciastowaty, sięgający od 1/3 górnej podudzia do stawu skokowego. Na skórze przedniej, przyśrodkowej i bocznej powierzchni podudzia prawego obserwowano liczne owrzodzenia i nadżerki o średnicy 1–2 cm, o równych, wysztancowanych brzegach, pokryte grubym, nawarstwionym, czarnym strupem. Wokół owrzodzeń i nadżerek widoczne były brunatno przebarwione blizny po wykwitach, które uległy zagojeniu. W obrębie prawej kończyny dolnej od połowy podudzia do stawu skokowego obserwowano obrzęk ciastowaty. Podudzie lewe było wolne od zmian. Na skórze tułowia obecne liczne drobne teleangiektazje (ryc. 1–3.).

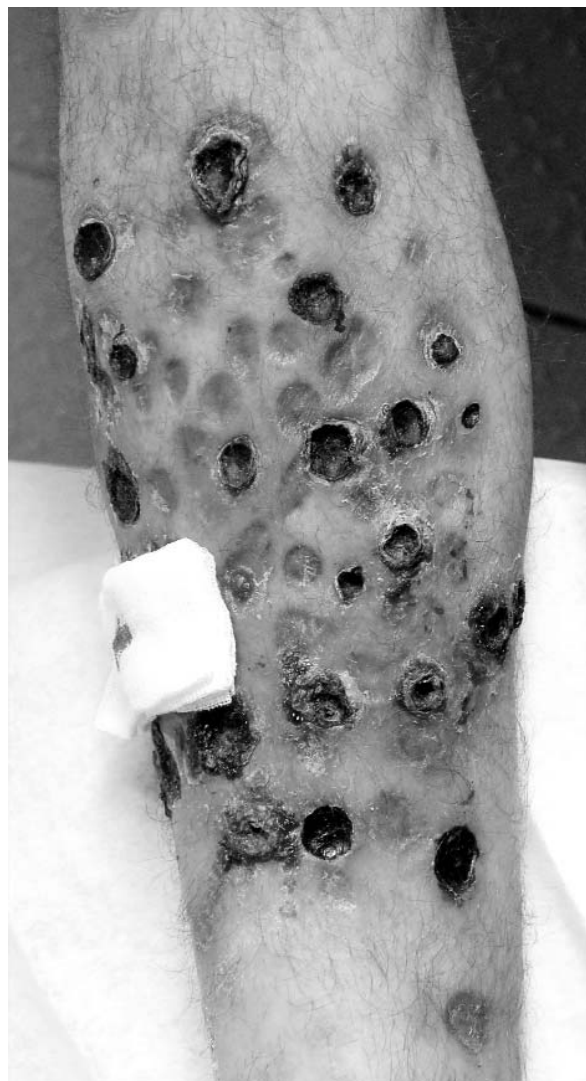
W podstawowych badaniach laboratoryjnych z odchyleń stwierdzono podwyższone OB (26 mm/godz.) i stężenie fibrynogenu w surowicy (499 g/dl). Do badania histopatologicznego pobrano wycinek z jednej ze zmian w obrębie podudzia prawego. W badaniu mikroskopowym odnotowano naskórek z wyraźnym obrzękiem międzykomórkowym, bez nadżerki czy owrzodzenia, w skórze właściwej wokół naczyń krwionośnych skupiska komórek zapalnych z dominacją plazmacytów, dużą liczbą fibroblastów w górnej części skóry właściwej, brak cech *vasculitis*, *ecthyma* lub *pyoderma*.

Mimo wielokrotnych zapytań i sugestii, pacjent zaprzeczał, jakoby sam wywoływał obserwowane zmiany skórne. Konsultujący chorego psycholog kliniczny stwierdził, że bardzo prawdopodobne jest organiczne tło obserwowanych zaburzeń nastroju i zaburzeń adaptacyjnych. Pacjent przyznał się badającemu psychologowi, że zaburzenia nastroju występują u niego od czasu operacji neurochirurgicznej w 2004 r. Psycholog podejrzewał również, że przyjmowa-



**Ryc. 1.** Obraz przed leczeniem. Liczne owrzodzenia i nadżerki o równych wysztancowanych brzegach, pokryte grubo nawarstwionym, czarnym strupem

nie przez chorego dużych dawek leków przeciwbólowych (co należałoby już rozpatrywać w kategoriach uzależnienia), może pogarszać codzienne funkcjonowanie i przyczyniać się do obniżenia nastroju. Ponadto pacjent wydaje się być bezradny wobec sytuacji życiowych i ma poczucie, że spotkała go krzywda ze strony służby zdrowia, a przyjęcie przez niego roli chorego i ofiary stanowi prawdopodobnie formę radzenia sobie z napięciami. Nie bez znaczenia jest również fakt, że bał się utraty świadczeń rentowych, które przyznano mu jedynie do 2008 r.

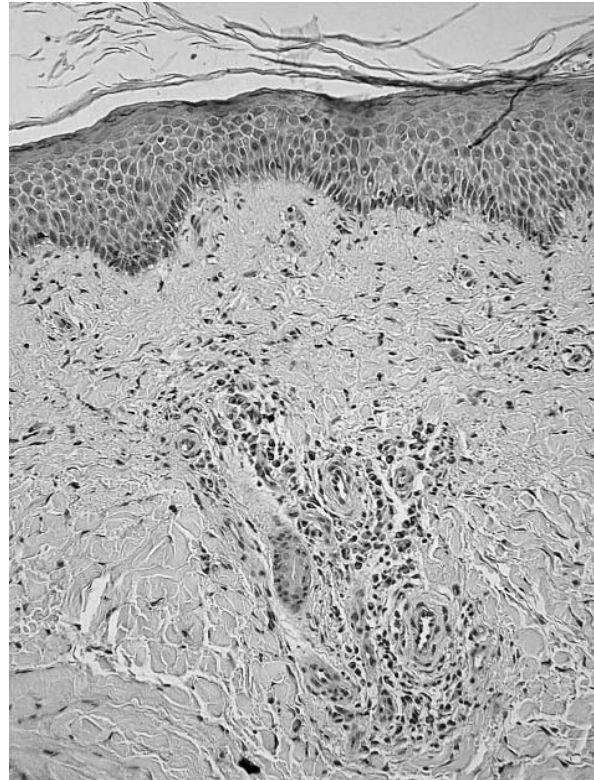


**Ryc. 2.** Obraz przed leczeniem. Owrzodzenia i nadżerki pokryte strupem oraz blizny po wygojonych zmianach. Widoczne miejsca po pobraniu wycinka do badania histopatologicznego

Włączono leczenie ogólne (doksycyklina 2 razy dziennie 100 mg *p.o.*, omeprazol 20 mg raz dziennie). Zastosowano maść borną pod okluzją w celu rozmiękczenia nawarstwionych strupów pokrywających większość nadżerek i owrzodzeń. Pacjent podawał, że od dłuższego czasu nie mył podudzia prawego, aby nie zamoczyć zmian. Po usunięciu strupów pokrywających nadżerki i owrzodzenia zastosowano przemywanie płynem Octenisept oraz krem borny 3 razy dziennie. Po nałożeniu preparatów na podudzie prawe zakładano opatrunek, aby uniemożliwić choremu manipulację w obrębie zmian. W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano stopniowe gojenie się wykwitów (ryc. 4.–6.). Podczas pobytu pacjenta w Klinice nie odnotowano też pojawienia się nowych wykwitów, chociaż cho-



**Ryc. 3.** Obraz przed leczeniem. Ciastowaty obrzęk podudzia prawego. Pojedyncze wykwyty o charakterze owrzodzeń pokrytych strupem



**Ryc. 4.** Badanie histopatologiczne. Naskórek z wyraźnym obrzękiem międzykomórkowym. W skórze właściwej wokół naczyń krwionośnych skupiska komórek zapalnych z dominacją plazmacytów. Duża liczba fibroblastów w górnej części skóry właściwej. Brak cech *vasculitis*, *ecthyma* i *pyoderma*. Zdjęcie dzięki uprzejmości doc. M. Bowszyc-Dmochowskiej

ry twierdził, że jeszcze 2 dni przed przyjęciem do szpitala obserwował powstawanie nowych zmian.

## Dyskusja

Trudności diagnostyczne *dermatitis artefacta* wynikają po części z faktu, że przed postawieniem rozpoznania należy wykluczyć wszystkie potencjalne jednostki chorobowe, w przebiegu których mogą być obecne obserwowane u chorego wykwyty. Bardzo pomocne jest badanie histopatologiczne, które w większości przypadków pozwala wykluczyć organiczne tło choroby, co przy wsparciu psychologa i/lub psychiatry umożliwia postawienie właściwej diagnozy. Zmiany typu *dermatitis artefacta* można podejrzewać wówczas, gdy spełnione jest jedno z kryteriów – obraz kliniczny nie odpowiada żadnej jednostce dermatologicznej, zebrany wywiad nie uzasadnia obserwowanych na skórze zmian, a także gdy pacjent pragnie osiągnąć pewne korzyści w związku z chorobą [4].

Wśród psychodermatoz wyróżnia się zaburzenia psychosomatyczne, psychiczne pierwotne i wtórne [14]. Zaburzenia psychosomatyczne nie wywołują choroby, ale

mogą wpływać na jej przebieg, jak to ma miejsce w przebiegu wielu przewlekłych dermatoz, takich jak atopowe zapalenie skóry, łuszczyca, pokrzywka przewlekła, liszaj płaski, trądzik młodzieńczy i różowaty czy łojotokowe zapalenie skóry. Efektywne leczenie ponad 30% pacjentów cierpiących na jedną z ww. jednostek chorobowych wymaga skierowania ich na psychoterapię [14]. Pierwotne zaburzenia psychiczne (zespół obsesyjno-kompulsywny, zespoły lękowe i depresyjne) mogą indukować powstanie wielu zmian skórnych (*dermatitis artefacta*, trichotilomania, dysmorfofobia, urojenia o infestacji pasożytniczej, zespół Münchhausena, zaburzenia jedzenia). Z kolei wtórne zaburzenia psychiczne ujawniają się w przebiegu przewlekłej choroby skóry, wywołującej u pacjenta zespół lękowy, niską samoocenę lub fobię. Przewlekła choroba skóry (dawniej trąd i kiła, współcześnie np. objawy skórne w przebiegu zakażenia wirusem HIV) może być przyczyną swoistej stygmatyzacji pacjenta i wyeliminowania go z życia społecznego.

W innym podziale schorzeń z kręgu psychodermatologii wyróżniono choroby symulowane i prowokowane. Przykładem chorób symulowanych są objawy fałszywe (su-



**Ryc. 5.** Obraz po leczeniu. Na przedniej powierzchni podudzia prawego widoczne liczne blizny po wygojonych zmianach, ziarninowanie w obrębie owrzodzeń. Pojedyncze owrzodzenia pokryte strupem



**Ryc. 6.** Obraz po leczeniu. Na przyśrodkowej powierzchni podudzia prawego znaczne zmniejszenie obrzęku tkanek. Widoczne liczne przebarwione blizny, nadżerki pokryte ziarniną oraz pojedyncze owrzodzenia pokryte strupem

biektywne lub takie, których nie można stwierdzić, np. świad skóry i/lub błon śluzowych, ból, drętwienie, dysmorfobia), artefakty (pacjent prowokuje obiektywne objawy, np. wstrzykiwanie krwi do moczu, rozdrapywanie gojącej się rany, trichotillomania) czy zjawisko patomimikry (prowokowanie nawrotów choroby, np. chorzy na pęcherzycę lub *pemphigoid* samowolnie zaprzestający leczenia immunosupresyjnego, natomiast na kontaktowe zapalenie skóry prowokujący objawy). Do chorób prowokowanych zalicza się z kolei *dermatitis artefacta* (chorzy uszkodzają skórę, nie przyznając się do tego, zwykle nie pragną też uzyskać korzyści materialnych), zespół Münchhausena (zespół psychiatryczny, skrajna forma samouszkodzeń – pacjent wywołuje u siebie, dziecka lub współmałżonka różne objawy, w tym zmiany skórne, przedstawiając niesamowite historie ich powstania) oraz obrzęk limfatyczny wywołany (manipulacja w obrębie skóry prowadzi do włóknienia i utrwalonego obrzęku limfatycznego) [5].

Zmiany o charakterze *autolesio* mogą mieć bardzo różnorodny charakter – od powierzchniowych nadżerek, po głębokie rany i owrzodzenia o wymyślnych kształtach [3]. Jak podali Verraes-Derancourt i wsp. [6], wykwity obserwowano zwykle w miejscach łatwo dostępnych dla pacjenta (twarz – w 67% przypadków, kończyny górne – 43%, rza-

dziej kończyny dolne i tułów). Nie występują one raczej w okolicach, których chory nie jest w stanie osiągnąć (skóra pleców). Miejsce występowania zmian determinuje też kończyna dominująca pacjenta (leworęczność lub praworęczność), a różnorodność obserwowanych wykwitów wymaga wykluczenia wielu dermatologicznych jednostek chorobowych. Opisuje się przypadki, w których morfologia wykwitów sugerowała fotodermatozę [7], zmiany o charakterze plamicy naczyniowej [8], raka podstawnomórkowego [9] czy *pyoderma gangrenosum* [10]. Przy podejściu zmian o charakterze *autolesio* w obrębie skóry twarzy należy zawsze wykluczyć najczęstsze jednostki chorobowe występujące w tej okolicy [11]. Analiza retrospektywna przeprowadzona przez Verraesa-Derancourta i wsp. [6] w grupie 31 dorosłych osób, u których rozpoznano samouszkodzenie, wykazała, że do najczęstszych wykwitów należały rumień (50%), owrzodzenie (37%), strup (23%) i pęcherze (17%). Stosunkowo często obserwuje się też ropnie, krosty, rozpadliny czy blizny po zagojonych wykwitach [11]. Jedną ze znamienych cech *autolesio* może być polimorfizm obserwowanych u chorego zmian [1, 2, 5]. Do najczęstszych objawów chorób prowokowanych u dzieci należą nadżerki, trądzik typu *acne excoriee* i trichotillomania [14–17]. Choć jedną ze standardowych metod leczenia sa-

mouszkodzeń jest odpowiednia psychoterapia, to wg oceny Verraesa-Derancourta i wsp. [6] jedynie połowa z 65% pacjentów, którym zaproponowano leczenie u psychologa, wyraziła zgodę na taką formę leczenia, natomiast u 4 badanych po kilku latach od rozpoznania *autolesio* wystąpiły poważne zaburzenia psychiczne (m.in. psychoza). Wyniki wielu analiz dowodzą, że nie znalazło potwierdzenia powszechne przekonanie o wyższej częstości prób samobójczych i/lub samobójstw wśród osób, u których rozpoznano *autolesio* [1, 2, 6, 18–20]. Próby samobójcze i/lub samobójstwa dotyczą jedynie wąskiej grupy chorych na schizofrenię, u których stosunkowo powszechne są – często rozległe i poważne – samouszkodzenia [17]. Wydaje się, że osoby, które prezentują cechy choroby prowokowanej, chcą jedynie zamanifestować swoją obecność i zwrócić na siebie uwagę, nie wyrządzając sobie jednak zbyt dużej krzywdy. Jednym z najbardziej drastycznych opisów *autolesio* dostępnych w literaturze pozostaje jednak przypadek 66-letniego mężczyzny z zespołem hipochondriacalnym. Pacjent, chcąc usunąć *toksyczny korzeń* z czoła, który – jak twierdził – był odpowiedzialny za wszystkie jego dolegliwości, spowodował u siebie ubytek w kości czoła o wymiarach 6 × 4 cm, w wyniku którego doszło do rozwoju ropnia w płacie czołowym [21].

Chorzy symulujący chorobę starają się zwykle osiągnąć określony cel. Szacuje się, że 0,5% pacjentów korzystających z pomocy w ogólnej praktyce lekarskiej i 2% zgłaszających się do dermatologa pragnie udowodnić, że przyczyną dolegliwości jest wykonywana praca, co ma na celu uzyskanie świadczeń rentowych lub odszkodowania [22]. Samouszkodzenie może być też sposobem na uniknięcie pracy w pewnych grupach zawodowych. Badania wykazały, że przyjęcie roli chorego w przebiegu *autolesio* jest wśród żołnierzy popularnym sposobem na uniknięcie służby w trudnych warunkach lub walki na froncie [23].

Zespół szoku pourazowego (ang. *post-traumatic stress disorder* – PTSD) występujący u osób poddanych działaniu dużego stresu (np. żołnierze, osoby, które uległy wypadkom, katastrofom, przechodzące trudne sytuacje życiowe) również może manifestować się samouszkodzeniami [23–26]. Opisuje się przypadki *dermatitis artefacta*, które wystąpiły po rozpoznaniu u danego pacjenta ciężkiej lub nieuleczalnej choroby. Ostatnio rośnie liczba przypadków *autolesio* po zdiagnozowaniu zakażenia wirusem HIV [25].

Samouszkodzenia mogą być jednym z licznych objawów ze strony skóry w przebiegu zaburzeń jedzenia – anoreksji i bulimii – ponieważ u podłoża tych jednostek chorobowych również leżą zaburzenia psychiczne [26]. Samouszkodzenia są nierzadko swoistym wołaniem o pomoc. Chory intuicyjnie wyczuwa, że powinien udać się do psychologa lub psychiatry, jednak nie potrafi lub nie chce zaakceptować tego typu leczenia [26, 27]. Dlatego też pacjenci, u których objawy choroby psychicznej dotyczą przede wszystkim skóry (parestezje, świąd, ból, *autolesio*), zdecydowanie chętniej i częściej szukają pomocy u specjalisty dermatologa [27–29].

Diagnostyka zmian typu *dermatitis artefacta* u dzieci wymaga dużej ostrożności. Warto przyjrzeć się rodzicom i ich relacji z chorym dzieckiem. Nietypowe zmiany skórne u dzieci wywołują często rodzice, jednocześnie przedstawiając lekarzowi skomplikowane historie, które miałyby tłumaczyć ich powstawanie (zespół Münchhausena) [30–33]. W tej sytuacji należy przede wszystkim przeprowadzić rozmowę z rodzicem dziecka i skierować go na leczenie. Zespół Münchhausena może przyjmować bardzo drastyczne postaci – opisywano przypadki dorosłych pacjentów lub rodziców, którzy w obawie przed chorobą nowotworową wymuszali przeprowadzenie operacji profilaktycznych [33].

Stosowanie leków przeciwdepresyjnych wydaje się uzasadnione, ponieważ najczęściej rozpoznawanym u pacjentów z samouszkodzeniami jest zespół depresyjny [31]. Leczenie dermatologiczne okazuje się jedynie leczeniem wspomagającym długotrwałą psychoterapię prowadzoną przez psychiatrę i psychologa. Zmiany skórne ustępują spontanicznie przy odpowiedniej psychoterapii, a sukces terapeutyczny w większym stopniu zależy od zmiany trudnej sytuacji życiowej pacjenta niż od stosowanych leków [34].

W czasach, kiedy odnotowuje się wzrost liczby zachorowań na choroby psychiczne, znajomość zaburzeń psychicznych, których objawem mogą być zmiany w obrębie skóry, nabiera coraz większego znaczenia. Woodruff i wsp. [35] dowodzą, że spośród 149 pacjentów skierowanych przez lekarza dermatologa na konsultację psychiatryczną, u 95% rozpoznano chorobę psychiczną. Najczęściej rozpoznawano zespół depresyjny (44%) i lękowy (35%), natomiast najrzadziej obserwowano fobię społeczną, zespół zależności alkoholowej, obsesyjno-kompulsyjny, stresu pourazowego, anoreksję i schizofrenię. Dopiero właściwe leczenie przez psychiatrę i psychologa spowodowało ustąpienie prezentowanych objawów ze strony skóry w tej grupie pacjentów. Silny związek między samopoczuciem psychicznym a stanem skóry pacjenta może tłumaczyć fakt, że mózg, będący centrum wszystkich funkcji psychicznych, pochodzi podobnie jak skóra z tej samej listewki zarodkowej – z ektodermy [14]. Dolegliwości nieadekwatne do obserwowanych zmian skórnych czy morfologia wykwitów nieprzypominająca żadnej ze znanych dermatologicznych jednostek chorobowych powinny skłonić klinicystę do diagnostyki w kierunku *dermatitis artefacta*.

#### Piśmiennictwo

1. Koo JY, Do JH, Lee CS. Psychodermatology. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 848-53.
2. Nielsen K, Jeppesen M, Simmelsgaard L, et al. Self-inflicted skin diseases. A retrospective analysis of 57 patients with *dermatitis artefacta* seen in a dermatology department. *Acta Derm Venereol* 2005; 85: 512-5.
3. Körber A, Grabbe S, Dissemond J. *Dermatitis artefacta* (factitious dermatitis) an interdisciplinary diagnostic and therapeutic challenge. *MMW Fortschr Med* 2006; 148: 52-5.

4. Joe E, Li V, Magro C, et al. Diagnostic clues to *dermatitis artefacta*. *Cutis* 1999; 63: 209-14.
5. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf H, Burgdorf W. *Dermatologia*. Tom II. Gliński W, Wolska H, Zaborowski P (red. wyd. pol.). Czelej, Lublin 2004; 931-53.
6. Verraes-Derancourt S, Derancourt C, Poot F, et al. *Dermatitis artefacta*: retrospective study in 31 patients. *Ann Dermatol Venereol* 2006; 133: 235-8.
7. Sommerland M, Beier C, Kaufmann R. *Dermatitis artefacta* presenting as photodermatosis. *Hautartz* 2007; 58: 153-5.
8. Sawhney MP, Arora G, Arora S, Prakash J. Undiagnosed purpura: a case of autoerythrocyte sensitization syndrome associated with *dermatitis artefacta* and pseudo-ainhum. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2006; 72: 379-81.
9. Murray AT, Goble R, Sutton GA. *Dermatitis artefacta* presenting as basal cell carcinoma – an important clinical sign missed. *Br J Ophthalmol* 1998; 82: 97.
10. Harries M, McMullen E, Griffiths C. *Pyoderma gangrenosum* masquerading as *dermatitis artefacta*. *Arch Dermatol* 2006; 142: 1509-10.
11. Ugurlu S, Bartley GB, Otley CC, Baratz KH. Factitious disease of periocular and facial skin. *Am J Ophthalmol* 1999; 127: 196-201.
12. Kwon EJ, Dans M, Koblenzer CS, et al. *Dermatitis artefacta*. *J Cutan Med Surg* 2006; 10: 108-13.
13. Stein DJ, Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 237-42.
14. Buljan D, Buljan M, Situm M. Psychodermatology: a brief review for clinicians. *Psychiatr Danub* 2005; 17: 76-83.
15. Sneddon I, Sneddon J. Self-inflicted injury: a follow-up study of 43 patients. *Br Med J* 1975; 30: 527-30.
16. Shah KN, Fried RG. Factitial dermatoses in children. *Curr Opin Pediatr* 2006; 18: 403-9.
17. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 1030-46.
18. Saez-de-Ocariz M, Orozco-Covarrubias L, Mora-Magaña I, et al. *Dermatitis artefacta* in pediatric patients: experience at the national institute of pediatrics. *Pediatr Dermatol* 2004; 21: 205-11.
19. Haenel T, Rauchfleisch U, Schuppli R, Battegay R. The psychiatric significance of *dermatitis artefacta*. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1984; 234: 38-41.
20. Doran AR, Roy A, Wolkowitz OM. Self-destructive dermatoses. *Psychiatr Clin North Am* 1985; 8: 291-8.
21. 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.
22. Anthony SJ, Mannion SM. *Dermatitis artefacta* revisited. *Cutis* 1995; 55: 362-4.
23. Cohen AD, Vardy DA. *Dermatitis artefacta* in soldiers. *Mil Med* 2006; 171: 497-9.
24. Gupta MA. Somatization disorders in dermatology. *Int Rev Psychiatry* 2006; 18: 41-7.
25. Saez-de-Ocariz M, Duran-McKinster C, Orozco-Covarrubias L, Ruiz-Maldonado R. *Dermatitis artefacta* in a teenager after awareness of his HIV-positive diagnosis. *Clin Exp Dermatol* 2005; 30: 92-3.
26. Gupta MA, Lanius RA, van der Kolk BA. Psychologic trauma, posttraumatic stress disorder, and dermatology. *Dermatol Clin* 2005; 23: 649-56.
27. Strumia R. Dermatologic signs in patients with eating disorders. *Am J Clin Dermatol* 2005; 6: 165-73.
28. Koblenzer CS. Cutaneous manifestations of psychiatric disease that commonly present to the dermatologist – diagnosis and treatment. *Int J Psychiatry Med* 1992; 22: 47-63.
29. Koblenzer CS. *Dermatitis artefacta*. Clinical features and approaches to treatment. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1: 47-55.
30. Stankler L. Factitious skin lesions in a mother and two sons. *Br J Dermatol* 1977; 97: 217-9.
31. Ludviksson BR, Griffin J, Graziano FM. Munchausen's syndrome: the importance of a comprehensive medical history. *Wis Med J* 1993; 92: 128-9.
32. Tlacuilo-Parra JA, Guevara-Gutierrez E, Barron-Perez E, et al. Munchausen's syndrome: a diagnostic challenge. *Gac Med Mex* 1999; 135: 177-81.
33. Grenga T, Dowden R. Munchausen's syndrome and prophylactic mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 1987; 80: 119-20.
34. Gupta MA, Gupta AK. The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15: 512-8.
35. Woodruff PW, Higgins EM, du Vivier AJ, et al. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology – psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 29-35.