

# Dermatillomania. Objawy, przebieg i następstwa patologicznego skubania skóry

## Dermatillomania. Symptoms, course and consequences of pathological skin picking

Katarzyna Prochwicz<sup>1</sup>, Anna Starowicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

<sup>2</sup>Zakład Psychologii Lekarskiej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2012; 7, 4: 197–205

### Adres do korespondencji:

dr Katarzyna Prochwicz  
Instytut Psychologii UJ  
al. Mickiewicza 3, 31-120 Kraków  
tel. +48 12 634 13 55, faks +48 12 634 76 99  
e-mail: nosek@apple.phils.uj.edu.pl

### Streszczenie

Dermatillomania (patologiczne skubanie skóry, *pathological skin picking* – PSP) to powtarzające się, zrytualizowane skubanie zdrowej skóry prowadzące do wyraźnych uszkodzeń tkanek. Dermatillomania nie została do tej pory wyróżniona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako odrębna kategoria diagnostyczna, ale przez większość autorów zaliczana jest do grupy tzw. zaburzeń kontroli impulsów nieklasyfikowanych gdzie indziej lub do zjawisk należących do spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Rozpowszechnienie patologicznego skubania skóry w ogólnej populacji oceniane jest na 1,4%, choć rzeczywista skala występowania tego zaburzenia nie jest znana. Pierwsze objawy dermatillomanii zazwyczaj pojawiają się w okresie adolescencji, ale zaburzenie to może się rozpocząć także w późniejszym wieku, między 30. a 40. rokiem życia. W literaturze wyróżnia się dwa typy patologicznego skubania skóry: skubanie świadome, które jest inicjowane w celu rozładowania nieprzyjemnego napięcia psychologicznego lub negatywnych emocji, oraz skubanie automatyczne, przebiegające poza świadomością, zazwyczaj niepoprzedzone doświadczeniem negatywnych stanów emocjonalnych. Do psychologicznych następstw patologicznego skubania skóry zalicza się zaburzenia codziennego funkcjonowania, izolację społeczną, wysoki poziom stresu i lęku oraz obniżenie nastroju. Patologiczne skubanie skóry może także prowadzić do negatywnych skutków natury medycznej, takich jak nawracające infekcje. Dermatillomania jest zaburzeniem o przebiegu chronicznym. Często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju, a także z innymi zaburzeniami kontroli impulsów.

**Słowa kluczowe:** dermatillomania, patologiczne skubanie skóry, zaburzenia kontroli impulsów.

### Abstract

Dermatillomania or pathological skin picking (PSP) is defined as repetitive, ritualistic picking of the normal skin which results in tissue damage. Pathological skin picking is not recognized as a distinct psychiatric disorder in the International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10), but it is currently classified as an impulse control disorder not otherwise specified or obsessive-compulsive spectrum disorder. Pathological skin picking often begins in adolescence but some studies have reported the age of onset between 30 and 40 years. Although prevalence of PSP is unknown, it is estimated that 1.4% of the general population meet the criteria of picking with noticeable skin damage or with associated distress. Many studies indicate that pathological skin picking is a heterogeneous condition, and it is possible to differentiate at least two styles of picking: the focused style involves picking with full awareness often in response to an urge or negative effect, whereas the automatic style occurs beyond one's awareness, often in sedentary situations. Pathological skin picking is associated with psychosocial impairments, social isolation, distress, and high levels of anxiety and depression, and it often leads to serious medical complications, i.e. recurrent infections. Pathological skin picking is a chronic disorder with a high rate of psychiatric comorbidity. Individuals with skin picking disorder have a high incidence of anxiety disorders, mood disorders, body dysmorphic disorder and impulse control disorders other than PSP.

**Key words:** dermatillomania, pathological skin picking, impulse control disorder.

Dermatillomania, czyli patologiczne skubanie skóry (*pathological skin picking* – PSP), to zaburzenie charakteryzujące się występowaniem powtarzającego się, często zrytualizowanego uszkodzenia skóry poprzez jej skubanie, drapanie, dłubanie, pocieranie, klucie lub szczypanie (Arnold i wsp. 2001). Czynności te prowadzą do wyraźnych uszkodzeń tkanek (Arnold i wsp. 2001; Calikuşu i wsp. 2003; Grant i wsp. 2009; Keuthen i wsp. 2010; Odlaug i wsp. 2010; Odlaug i wsp. 2008), które powstają jedynie jako konsekwencja czynności skubania zdrowej skóry i nie są spowodowane pierwotnym problemem dermatologicznym (Snorrason i wsp. 2010). Osoba cierpiąca na PSP wykazuje nadmierne zaabsorbowanie czynnością skubania skóry lub doświadcza silnego pragnienia skubania, które odbiera jako nieracjonalne i bezsensowne. Nadmierne zaabsorbowanie, przymus lub zachowania związane ze skubaniem skóry są przyczyną wyraźnego stresu, zajmują czas, przeszkadzają w funkcjonowaniu społecznym lub zawodowym i stanowią przyczynę problemów natury medycznej, np. infekcji (Arnold i wsp. 2001).

Zjawisko PSP po raz pierwszy zostało opisane w 1875 r. przez Erasmusa Wilsona, który zaobserwował ubytki w skórze spowodowane drapaniem u pacjenta cierpiącego na nerwicę (Fruensgaard i wsp. 1978). Dwadzieścia lat później Brocq opisał przypadek młodej kobiety, u której podobne uszkodzenia powstawały na skutek skubania zmian trądzikowych pod wpływem stresu. W 1915 r. Adamson użył zaproponowanego wcześniej przez Wilsona terminu *neurotic excoriations* na oznaczenie uszkodzeń na powierzchni skóry powstałych na skutek intencjonalnego skubania (Fruensgaard i wsp. 1978). W 1920 r. George MacKee zdefiniował *neurotic excoriations* jako zmiany powstające w wyniku nawykowego, często nieświadomego skubania niewielkich nieregularności skóry (MacKee 1920).

Dermatillomania nie została do tej pory wyróżniona w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych jako odrębne zaburzenie (Keuthen i wsp. 2001; Tucker i wsp. 2011), choć propozycję wyodrębnienia *skin picking disorder* jako jednostki diagnostycznej zawiera projekt klasyfikacji DSM-V. Kryteria diagnostyczne dermatillomanii proponowane w tej klasyfikacji akcentują takie cechy zaburzenia, jak: nawracające skubanie skóry prowadzące do jej uszkodzenia, powtarzające się próby zaprzestania lub ograniczenia skubania, występowanie stresu lub problemów w życiu społecznym, zawodowym lub w innych ważnych

obszarach funkcjonowania spowodowanych skubaniem. Ponadto skubanie skóry nie może być spowodowane działaniem substancji psychoaktywnych (np. kokainy) lub konsekwencją innego zaburzenia o charakterze somatycznym, nie może być także lepiej wyjaśnione występowaniem innych zaburzeń psychicznych (np. zaburzeń psychotycznych, dysmorfofobii) (Stein i wsp. 2010). Za umieszczeniem patologicznego skubania skóry w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych przemawia przede wszystkim jego stosunkowo duże rozpowszechnienie i konsekwencje w postaci stresu lub niesprawności, w tym także poważnych powikłań zdrowotnych. Ponadto PSP nie może być uznane jedynie za reakcję na zdarzenia o charakterze stresu lub utraty, w tym także na te uwarunkowane kulturowo i związane z konfliktami społecznymi. Zdiagnozowanie PSP pozwala przewidywać przebieg, określić zaburzenia współwystępujące, a także skuteczność proponowanego leczenia, ma więc wyraźną wartość prognostyczną. Z drugiej strony zachowania polegające na skubaniu skóry mają raczej charakter objawu czy nawyku niż syndromu, który mógłby zostać opisany jako oddzielne zaburzenie, często są też wyrazem innych problemów psychicznych, a nie izolowanym zjawiskiem. Wprowadzenie PSP do klasyfikacji zaburzeń psychicznych otwiera także drogę do uznania innych zachowań o charakterze nawyków, takich jak np. obgryzanie paznokci czy gryzienie policzków, za odrębne zaburzenia psychiczne (Stein i wsp. 2010).

Obecnie dermatillomania przez większość autorów uznawana jest za zjawisko należące do grupy zaburzeń nawyków i popędów (impulsów) nieklasyfikowanych gdzie indziej (Arnold i wsp. 1998; Calikuşu i wsp. 2003; Hayes i wsp. 2009; Wilhelm i wsp. 1999). Kategoria ta obejmuje zaburzenia charakteryzujące się występowaniem powtarzających się działań podejmowanych bez racjonalnej, zrozumiałej motywacji, niemożliwych do kontrolowania i prowadzących do szkodliwych następstw. Do grupy tej, obok PSP, zalicza się m.in. trichotillomanię, piromanię, kleptomanię i patologiczny hazard (ICD-10, 1994). Zaburzenia te zostały ujęte w jedną kategorię ze względu na występowanie impulsywności rozumianej jako pojawienie się impulsu do określonego działania oraz narastającego poczucia napięcia, które inicjuje to działanie. Następstwem zachowań podjętych pod wpływem impulsu jest doświadczenie przyjemności i uczucia odprężenia w trakcie ich wykonywania, a często także poczucia winy jako odległej konsekwencji tych działań.

Niektórzy autorzy proponują zaliczyć takie zachowania, jak drapanie skóry, wrywanie włosów, obgryzanie paznokci czy przygryzanie warg i policzków, do odrębnej kategorii tzw. zachowań repetytywnych dotyczących ciała (*body-focused repetitive behaviors* – BFRB) ze względu na podobny charakter objawów i psychospołecznych konsekwencji tych zaburzeń (Bohne i wsp. 2002). Wielu autorów umieszcza PSP w spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (Keuthen i wsp. 2000), za czym przemawia obecna w obydwu zaburzeniach powtarzalność zachowań, a także doświadczenie utraty kontroli nad zachowaniem. Wspólną cechą obydwu zaburzeń wydaje się także redukcja lęku, poczucie bezsensowności wykonywanych czynności i próby powstrzymania się od nich, a także podejmowanie zachowań będących objawem zaburzeń w celu zaspokojenia potrzeby perfekcji i symetrii. Zaburzenia te odróżnia jednak zdecydowanie większe rozpowszechnienie dermatillomanii u kobiet niż u mężczyzn, uczucie przyjemności, które może towarzyszyć skubaniu skóry niepojawiające się w trakcie wykonywania kompulsji, brak lub bardzo rzadkie występowanie myśli obsesyjnych u osób cierpiących na PSP, a także nieskuteczność leczenia dermatillomanii metodami wykorzystywanymi w terapii zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (terapia OCD; *obsessive-compulsive disorder*) (Odlaug i Grant 2009, por. Penzel 2003).

Pojawiają się także propozycje klasyfikowania dermatillomanii jako stereotypowych zaburzeń ruchu (Calikuşu i wsp. 2003; Wilhelm i wsp. 1999) lub dysmorfofobii (Bohne i wsp. 2002; Phillips i Taub 1995). Wilhelm i wsp. (1999) sugerują, że PSP jest zjawiskiem niejednorodnym, co oznacza, że nie jest możliwe zaliczenie wszystkich przypadków PSP do jednej kategorii diagnostycznej, a występujące u konkretnych osób zachowania tego rodzaju powinny być rozpatrywane jako przejawy różnego typu zaburzeń.

Dane dotyczące rozpowszechnienia dermatillomanii wskazują, że łagodne postaci PSP, nieprowadzące do uszkodzeń tkanek i zaburzeń funkcjonowania społecznego, występują stosunkowo często (Bohne i wsp. 2002; Keuthen i wsp. 2000), natomiast rozpowszechnienie form bardziej nasilonych różni się w zależności od przyjętych kryteriów diagnostycznych. Zaangażowanie w jakiegokolwiek formy skubania, pocierania, drapania skóry występuje u ponad 60% osób w populacji ogólnej (Hayes i wsp. 2009), natomiast obecność łagodnych form zaburzenia, definiowanych jako występowanie drapania skóry niepowodującego uszkodzenia

tkanek, potwierdza od 16,6% do 17,6% dorosłych (Hayes i wsp. 2009; Keuthen i wsp. 2010). Obecność wszystkich objawów, w tym wyraźnych zmian w wyglądzie skóry będących skutkiem skubania, a nie współwystępujących chorób dermatologicznych, przeżywanie stresu jako konsekwencji uszkodzenia skóry i spowodowane zmianami w wyglądzie zaburzenia funkcjonowania społecznego, takie jak np. nieobecność w pracy czy w szkole, stwierdza się u ok. 0,2% populacji (Keuthen i wsp. 2010). Przyjęcie mniej restrykcyjnych kryteriów, niewymagających potwierdzenia jednoczesnego występowania stresu i następstw społecznych, pozwala zdiagnozować dermatillomanię u 1,4% osób dorosłych (Keuthen i wsp. 2010). Badania Hayes (2009) wskazują natomiast, że wysoki poziom stresu w związku z tym zaburzeniem przeżywa 8,6% badanych, a 13% deklaruje znaczący wpływ skubania skóry na funkcjonowanie psychospołeczne (Hayes i wsp. 2009).

Badania dotyczące rozpowszechnienia PSP wskazują, że zaburzenie to szczególnie często występuje w grupie studentów. Okazjonalne, łagodne formy dermatillomanii pojawiają się u ok. 80–90% badanych z tej grupy (Bohne i wsp. 2002; Calikuşu i wsp. 2011; Keuthen i wsp. 2000), natomiast do skubania skóry prowadzącego do znacznych uszkodzeń tkanek przynajmniej 5 godzin dziennie, natomiast 4% przeżywało z tego powodu stres o co najmniej średnim nasileniu (Hajack i wsp. 2006). Calikuşu i wsp. (2011) potwierdzili występowanie silnego stresu, zaburzeń funkcjonowania i wyraźnych uszkodzeń tkanek u 12,2% studentów tureckich uniwersytetów skubiących skórę. Występowanie PSP stwierdza się u ok. 2% pacjentów leczonych dermatologicznie (Doran i wsp. 1985; Gupta i wsp. 1987), 11,8% młodzieży leczonej z powodu innych niż PSP zaburzeń psychicznych (Grant i wsp. 2007) i ok. 50% osób cierpiących na dysmorfofobię (Simeon i wsp. 1997). Należy jednak pamiętać, że rozpowszechnienie PSP było do tej pory szacowane prawie wyłącznie na podstawie badań kwestionariuszowych, w których osoby cierpiące na PSP samodzielnie oceniały częstość i nasilenie występujących u nich objawów. Taka forma zbierania danych nie zawsze dostarcza

rzetelnych informacji, gdyż część osób nie jest w stanie obiektywnie opisać własnych zachowań lub nie przyznaje się do nich nawet mimo anonimowego charakteru badań. Ocenę rzeczywistego rozpowszechnienia PSP utrudnia także fakt, że skubanie skóry jest czynnością nie zawsze przebiegającą świadomie. Ponadto wspomniane wyżej badania obejmowały zazwyczaj grupy złożone z kilkuset osób rekrutowanych przede wszystkim wśród studentów (Bohne i wsp. 2002; Calikušu i wsp. 2011; Hayes i wsp. 2009; Keuthen i wsp. 2000), co dodatkowo ogranicza wiarygodność zebranych informacji. Jedynie badania przeprowadzone przez Keuthen i wsp. (2010), w których brało udział ponad 2500 osób dorosłych rekrutowanych losowo z ogólnej populacji i badanych metodą wywiadu telefonicznego, oraz badania Tuckera i wsp. (2011) przeprowadzone na próbie 1663 respondentów zarejestrowanych na forach internetowych dostarczają bardziej obiektywnych danych. Wiarygodność tych ostatnich badań może jednak podważyć brak bezpośredniego kontaktu z badanymi oraz wspomniany już retrospektywny i subiektywny charakter zebranych informacji.

Patologiczne skubanie skóry występuje przede wszystkim u kobiet. Szacuje się, że stanowią one 80–94% wszystkich osób cierpiących na dermatillomanię (Arnold i wsp. 1998; Hayes i wsp. 2009; Wilhelm i wsp. 1999). U kobiet zaburzenie to zdecydowanie częściej osiąga kliniczne nasilenie – w badaniach Hayes i wsp. (2009) stres i zaburzenia codziennego funkcjonowania będące wynikiem częstego skubania skóry relacjonowało 15% kobiet w porównaniu z 6% mężczyzn (Hayes i wsp. 2009). U kobiet skubanie skóry wydaje się też mieć bardziej chroniczny przebieg i dotyczyć większej liczby miejsc (Arnold i wsp. 1998; Simeon i wsp. 1997). Podobnie jak w przypadku innych danych epidemiologicznych dotyczących PSP, należy pamiętać, że dane wskazujące na szczególnie duże rozpowszechnienie dermatillomanii u kobiet mogą odzwierciedlać jedynie dysproporcje w tendencji do poszukiwania pomocy medycznej, a nie rzeczywiste różnice w częstości występowania tego zaburzenia (Grant i wsp. 2006).

Pierwsze objawy PSP mogą wystąpić w każdym wieku, epizody skubania obserwowano zarówno u małych dzieci, jak i u osób, które ukończyły 80 lat (Arnold i wsp. 1998). Wyniki badań wskazują, że dermatillomania szczególnie często pojawia się w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości, a wiek wystąpienia pierwszego epizodu przypada zazwyczaj między 12.

a 16. rokiem życia (Deckersbach i wsp. 2003; Flessler i Woods 2006; Keuthen i wsp. 2000; Odlaug i wsp. 2008; Simeon i wsp. 1997). Pojawiająca się w adolescencji skłonność do nadmiernego skubania skóry ma prawdopodobnie związek z występowaniem zmian trądzikowych. Istnieje także liczna grupa osób, u których PSP po raz pierwszy wystąpiło między 30. a 40. rokiem życia (Arnold i wsp. 1998; Calikušu i wsp. 2003; Gupta i wsp. 1987).

Patologiczne skubanie skóry ma przebieg chroniczny, średnio objawy utrzymują się przez 5–21 lat w zależności od badanej próby (Arnold i wsp. 1998; Bohne i wsp. 2005; Wilhelm i wsp. 1999). U niektórych osób występują jednak okresy, w których są w stanie powstrzymać się od skubania przez kilka miesięcy lub nawet lat (Simeon i wsp. 1997). Intensywność skubania skóry i czas poświęcany na tę czynność mogą wykazywać daleko idącą zmienność (Wilhelm i wsp. 1999). W początkowych stadiach zaburzenia skubanie pojawia się sporadycznie, ale z biegiem czasu jego częstotliwość i intensywność ulegają zwiększeniu (Odlaug i wsp. 2008). Także u osób, u których dermatillomania występuje od wielu lat, można zaobserwować okresowe zaostrzenie się i zanikanie objawów (Odlaug i wsp. 2008). Hajack i wsp. (2006) zwracają uwagę, że w przypadku studentów, którzy stanowią grupę szczególnie podatną na PSP, zmiany w nasileniu objawów mogą być związane z różnicami w poziomie spostrzeganego stresu i nasilać się w okresie egzaminów. Zmiany w nasileniu objawów wykazują także związek ze zmianami hormonalnymi – u większości kobiet cierpiących na dermatillomanię częstsze drapanie skóry notuje się w czasie menstruacji i bezpośrednio przed nią (Wilhelm i wsp. 1999). Ocenia się, że ok. 1/3 pacjentów doświadcza objawów PSP często lub przez cały czas, tak że nie można wykazać istnienia okresów wyraźnej poprawy (Locher i wsp. 2002).

Osobom cierpiącym na dermatillomanię skubanie skóry może zajmować od kilku minut do kilku godzin dziennie (Arnold i wsp. 1998; Neziroglu i wsp. 2008; Odlaug i wsp. 2010; Wilhelm i wsp. 1999). Wyniki badań wskazują, że 75% z nich spędza przynajmniej jedną godzinę dziennie na samej czynności drapania lub podejmując wysiłki w celu powstrzymania się od tej czynności (Tucker i wsp. 2011). W niektórych przypadkach czas spędzany na skubaniu skóry może przekraczać 8 godzin dziennie, osoby doświadczające tego zaburzenia w tak dotkliwym stopniu zazwyczaj odnoszą wrażenie, że drapią swoją skórę prawie cały czas

(Hajack i wsp. 2006). U osób cierpiących na dermatillomanię zazwyczaj występuje ok. 8 epizodów skubania skóry w ciągu jednego dnia. Pojedynczy epizod może trwać 5–60 minut (Tucker i wsp. 2011), rzadko przekracza godzinę (Neziroglu i wsp. 2008). Najczęściej czynność skubania zabiera jednorazowo ok. 20 minut. U wielu osób skłonność do drapania skóry wykazuje wahania dobowe, nasila się wieczorem, zwłaszcza między godziną 20.00 a 24.00 (Wilhelm i wsp. 1999). Epizod skubania skóry zazwyczaj rozpoczyna się od dotyknięcia twarzy ręką i przesuwania palcami po skórze, skubanie rozpoczyna się w momencie natrafienia na nierówności na dotykanej powierzchni. Podczas epizodu skubania typowe jest doświadczanie transu czy odczucie „zahipnotyzowania”, osoba nie może przerwać raz rozpoczętej czynności (Wilhelm i wsp. 1999; Bohne i wsp. 2002).

Skubanie może dotyczyć każdego obszaru skóry (Dell'Osso i wsp. 2006), jednak zdecydowana większość osób cierpiących na dermatillomanię drapie skórę twarzy (Dell'Osso i wsp. 2006; Neziroglu i wsp. 2008). Częste są także przypadki skubania skóry głowy, ramion, nóg, klatki piersiowej, brzucha, pleców, szyi, okolic łonowych, stóp, pośladków, uszu i skóry pod brwiami (Arnold i wsp. 1998; Calikusu i wsp. 2003; Neziroglu i wsp. 2008; Penzel i wsp. 2003; Tucker i wsp. 2011; Wilhelm i wsp. 1999). Z badań Tuckera i wsp. (2011) wynika, że pojedyncza osoba skubie skórę 4–5 różnych obszarów ciała, wiele osób świadomie zmienia drapane miejsca po to, żeby zagoiły się powstałe wcześniej rany (Odlaug i wsp. 2008).

Ponad połowa osób cierpiących na dermatillomanię dłubie zdrową skórę (Wilhelm i wsp. 1999), ale wielu pacjentów drapie także nierówności i blizny powstałe pod wpływem wcześniejszego skubania. Skubane są także zmiany trądzikowe, strupy powstałe w wyniku wcześniejszego drapania lub z innych przyczyn, grudki pojawiające się pod powierzchnią skóry, miejsca po ugryzieniach owadów, miejsca infekcji, otwarte zranienia oraz wszelkie inne nierówności występujące na powierzchni skóry (Deckersbach i wsp. 2003; Hayes i wsp. 2009). U wielu osób skubanie skóry ma związek z potrzebą poprawienia jej wyglądu i wygładzenia poprzez zdrapanie nierówności. Wydaje się, że ważną rolę może tu odgrywać potrzeba „gładkości” i perfekcjonizm (Tucker i wsp. 2001).

Osoby cierpiące na dermatillomanię zazwyczaj dłubią skórę palcami, paznokciami rąk, częste są też przypadki dłubania za pomocą pęset, szpilek oraz ostrzy, w tym noży i żyłek (Dec-

kersbach i wsp. 2003; Gupta i wsp. 1987; Hayes i wsp. 2009; Odlaug i wsp. 2008) lub skubania skóry zębami (Tucker i wsp. 2011). Niektórzy pacjenci używają przedmiotów, które w danym momencie są im dostępne, niezależnie od ich rodzaju (Neziroglu i wsp. 2008). Większość osób cierpiących na dermatillomanię wyrzuca dłubany naskórek na podłogę, niektórzy rolują go w palcach lub wycierają ręcznikiem. Notowane są także przypadki polykania zdrapanej skóry (Bohne i wsp. 2002; Wilhelm i wsp. 1999).

Drapanie skóry może się pojawiać jako reakcja na swędzenie, pieczenie, suchość, kłucie lub szczypanie skóry (Arnold i wsp. 1998; Simeon i wsp. 1997). Odczucia te mogą występować w miejscach, w których skóra była wcześniej skubana, ich pojawianie się powoduje ponowne drażnienie skóry, co w efekcie uniemożliwia gojenie.

Zdiagnozowanie dermatillomanii wymaga potwierdzenia występowania narastającego napięcia, które poprzedza czynność skubania i które może być rozładowane jedynie poprzez dłubanie, szczypanie lub ściskanie skóry (Arnold i wsp. 1998; Phillips i Toub 1995; Wilhelm i wsp. 1999). W trakcie epizodu skubania napięcie zanika, ustępując miejsca uczuciu ulgi i uspokojenia. Wyniki wielu badań potwierdzają, że skubanie skóry rzeczywiście jest poprzedzone silnym, niemożliwym do powstrzymania pragnieniem zdrapywania występujących na skórze nierówności i że czynność ta redukuje to napięcie (Keuthen i wsp. 2000; Keuthen i wsp. 2010; Neziroglu i wsp. 2008; Tucker i wsp. 2011; Wilhelm i wsp. 1999). Powszechne jest też wrażenie utraty kontroli i uogólnionego negatywnego afektu (Neziroglu i wsp. 2008). Niektórzy autorzy wskazują jednak, że uczucie napięcia i silne pragnienie skubania nie pojawiają się u wszystkich osób cierpiących na dermatillomanię (Neziroglu i wsp. 2008). U ok. 1/4 pacjentów skubania skóry nie poprzedza odczucie dyskomfortu lub poziom napięcia doświadczany przed i po wykonaniu czynności skubania nie różni się znacząco (Neziroglu i wsp. 2008). U wielu osób skubanie skóry nie wywołuje także uczucia ulgi i odprężenia lub ulga pojawia się tylko w wypadku niektórych epizodów. Wśród osób badanych przez Neziroglu i wsp. (2008) uczucie ulgi w następstwie każdego epizodu skubania potwierdzało jedynie 11% osób, a blisko 30% twierdziło, że uczucie ulgi nie pojawia się nigdy. Penzel (2003) sugeruje, że drapanie skóry może wystąpić nie tylko w wyniku silnego pobudzenia emocjonal-

nego, lecz także w stanach obniżonego pobudzenia, gdy osoba doświadcza uczucia nudy. Wiele osób cierpiących na dermatillomanię twierdzi także, że skubanie skóry nie tylko pozwala obniżyć lęk czy osłabić uczucie złości, lecz przede wszystkim poprawia samopoczucie, ponieważ samo w sobie jest źródłem przyjemności (Snorrason i wsp. 2010). Czynność skubania może więc z jednej strony pełnić funkcję mechanizmu pozwalającego na redukcję intensywnych, negatywnych emocji, z drugiej może podnosić poziom emocji pozytywnych u osób, u których nie mogą być one wzbudzone w inny, bardziej adaptacyjny sposób. Wilhelm i wsp. (1999) zwracają także uwagę, że czynność skubania skóry z jednej strony powoduje natychmiastowe obniżenie lęku i przynosi ulgę, z drugiej jednak w dłuższej perspektywie jest przyczyną narastania napięcia. Powstaje w ten sposób zamknięty cykl, który uniemożliwia całkowite zaprzestanie zachowań samouszkodzeniowych.

Wspomniane różnice w poziomie przeżywanego napięcia i intensywności negatywnych emocji poprzedzających epizod skubania skóry pozwoliły wyróżnić dwa typy dermatillomanii: typ skoncentrowany na czynności (*focused skin picking*) i typ automatyczny (*automatic skin picking*) (Arnold i wsp. 1998). W wypadku skubania skóry skoncentrowanego na czynności osoba jest świadoma, że skubie skórę, przystępuje do tej czynności z rozmysłem, zazwyczaj w samotności (Neziroglu i wsp. 2008), a skłonność do skubania pojawia się w chwilach, w których doświadcza ona negatywnych emocji, takich jak gniew, frustracja, niepokój czy smutek, lub w związku z wydarzeniami, które mają miejsce w trakcie codziennej aktywności. Osoby, u których występuje ten styl skubania, potwierdzają także doświadczanie poprzedzających drapanie skóry „dziwnych” odczuć oraz intensywnego pragnienia skubania (Walther i wsp. 2009). Skubanie automatyczne natomiast występuje w trakcie wykonywania innej, absorbującej uwagę czynności, np. podczas oglądania telewizji, rozmawiania przez telefon, czytania czy prowadzenia samochodu (Arnold i wsp. 1998; Fruensgaard 1984). Jest ono nieświadome, często w chwilach relaksu, a osoba skubiąca skórę nie wie, że to robi, do momentu, w którym nie zakończy tej czynności lub w którym nie zauważy śladów dłubania na powierzchni skóry (Walther i wsp. 2009). Typ automatyczny nie wydaje się związany z redukowaniem napięcia czy przeżywanych świadomie negatywnych emocji. Badania dotyczące rozpo-

wszechnienia skubania automatycznego i skubania skoncentrowanego na czynności wskazują, że u zdecydowanej większości osób nie można wykazać wyraźnej przewagi jednego z wymienionych typów.

Również Arnold i wsp. (2003) proponują wyróżnienie dwóch podtypów PSP. Autorzy ci odnoszą się do umiejscowienia objawów dermatillomanii na kontinuum impulsywności – kompulsywności. Kompulsywny typ PSP charakteryzuje się występowaniem skubania skóry, którego celem jest uniknięcie silnego lęku lub zapobieżenie mającym nastąpić niepokojącym zdarzeniom. Jest to także dłubanie powstające pod wpływem obaw o charakterze obsesji, np. natrętnych myśli dotyczących zanieczyszczenia skóry. Skubanie kompulsywne jest wykonywane z pełną świadomością i zazwyczaj towarzyszy mu wysiłek w celu powstrzymania się od tej czynności. Typ impulsywny natomiast jest związany z występowaniem pobudzenia (*arousal*), odczucia przyjemności i redukcją napięcia. Skubanie może przebiegać poza kontrolą (automatycznie) i nie towarzyszą mu próby powstrzymywania tej czynności ani wgląd w jej szkodliwość i bezsensowność (Arnold i wsp. 2003). Arnold i wsp. (2003) postulują również możliwość występowania typu mieszanego mającego cechy zarówno skubania kompulsywnego, jak i impulsywnego.

Pomimo że w większości przypadków skubanie skóry wiąże się z uczuciem ulgi i odprężenia lub z wzbudzeniem przyjemności, u większości osób cierpiących na dermatillomanię odległym następstwem skubania jest poczucie winy i wstydu (Arnold i wsp. 2003; Fruensgaard 1984; Snorrason i wsp. 2010; Wilhelm i wsp. 1999), a w wielu przypadkach także obniżony nastrój (Keuthen i wsp. 2000). Powszechne jest odczuwanie dotkliwego stresu – obecność tego objawu jest jednym z kryteriów diagnostycznych PSP (Deckersbach i wsp. 2006; Hajack i wsp. 2006; Keuthen i wsp. 2010; Neziroglu i wsp. 2008; Tucker i wsp. 2011). Patologiczne skubanie skóry może także wywierać istotny wpływ na funkcjonowanie społeczne i zawodowe. Wiele osób cierpiących na dermatillomanię przyznaje, że z powodu zmian w wyglądzie będących konsekwencją skubania skóry opuszczało zajęcia w szkole lub było nieobecnych w pracy (Keuthen i wsp. 2010; Tucker i wsp. 2011), unikało wszelkich sytuacji społecznych (Keuthen i wsp. 2010; Simeon i wsp. 1997; Tucker i wsp. 2011; Wilhelm i wsp. 1999), a nawet przebywania w miejscach publicznych (Tucker i wsp. 2011; Wilhelm i wsp. 1999). Prawie 20% z nich przy-

znaje, że z powodu PSP przez większość czasu przebywa wyłącznie w domu, ograniczając kontakty z innymi ludźmi do niezbędnego minimum (Wilhelm i wsp. 1999). Ponad 80% osób cierpiących na dermatillomanię podejmuje wysiłki w celu ukrycia za pomocą ubrania lub makijażu zmian skórnych wywołanych skubaniem (Wilhelm i wsp. 1999), przy czym konieczność ukrywania blizn znacznie zawęża możliwość wyboru fryzury czy stroju (Simeon i wsp. 1997). Społeczne konsekwencje skubania skóry wydają się w większym stopniu dotyczyć kobiet niż mężczyzn, prawdopodobnie ze względu na większą wagę, jaką przykładają one do wyglądu zewnętrznego, i większe społeczne oczekiwania wobec kobiet w tym zakresie (Hayes i wsp. 2009).

Patologiczne skubanie skóry, oprócz skutków psychospołecznych, może też prowadzić do poważnych komplikacji medycznych (Odlaug i wsp. 2008). U większości osób cierpiących na dermatillomanię występują wyraźne zmiany na powierzchni skóry będące konsekwencją skubania, dłubania, drapania, ściskania lub szczypania. Zazwyczaj występują one na obszarach odsłoniętych, które przez swoją dostępność stosunkowo łatwo podlegają drażnieniu, a jednocześnie dobrze widocznych, takich jak twarz lub szyja. Skubanie skóry jest przyczyną krwawień, infekcji, stanów zapalnych, powoduje powstawanie ran. Większość osób cierpiących na dermatillomanię ma na powierzchni skóry kilkumilimetrowe zadrapania, owrzodzenia i blizny powstałe po zagojeniu wcześniej drapanych obszarów (Deckersbach i wsp. 2006; Odlaug i wsp. 2008; Tucker i wsp. 2011). Liczba blizn może się wahać od kilku do ponad stu (Wilhelm i wsp. 1999). Typowe są także zmiany zabarwienia dużych powierzchni ciała. Z badań Odlaug i wsp. (2008) wynika, że infekcje wymagające leczenia antybiotykami występują u ok. 35% osób cierpiących na dermatillomanię, powstają pod wpływem dłubania ranek brudnymi rękoma lub narzędziami, takimi jak niezdezynfekowane pęsety czy szpilki (Odlaug i wsp. 2008). U osób z PSP powszechne jest niezadowolenie ze swojego wyglądu zewnętrznego (Wilhelm i wsp. 1999) i obawa, że zmiany skórne zostaną dostrzeżone przez innych ludzi (Deckersbach i wsp. 2003). Część osób decyduje się na zabiegi dermatologiczne lub interwencje chirurgiczne mające na celu korektę wyglądu skóry (Neziroglu i wsp. 2008).

U osób, u których stwierdza się PSP, powszechne jest też występowanie innych zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, innych zaburzeń kontroli

impulsów, a także dysmorfofobii (Arnold i wsp. 2003; Calikuşu i wsp. 2003; Deckersbach i wsp. 2003; Dell'Osso i wsp. 2006; Hajack i wsp. 2006; Hayes i wsp. 2009; Keuthen i wsp. 2001; Keuthen i wsp. 2010; Neziroglu i wsp. 2008; Odlaug i wsp. 2008; Tucker i wsp. 2011). Dermatillomania wydaje się szczególnie często współwystępować z zaburzeniami nastroju (Calikuşu i wsp. 2003; Keuthen i wsp. 2000; Neziroglu i wsp. 2008; Odlaug i wsp. 2008). Ocenia się, że stany depresyjne występują u ok. 80% osób cierpiących na PSP (Arnold i wsp. 1998; Locher i wsp. 2002). Związek między PSP a depresją nie został jednak jednoznacznie potwierdzony (Bohne i wsp. 2002; Bohne i wsp. 2005). Hajack i wsp. (2006) sugerują, że dodatkowym czynnikiem modyfikującym rodzaj związków między dermatillomanią a depresją może być wiek badanych osób – współwystępowanie tych zaburzeń udało się wykazać w badaniach z udziałem osób w średnim wieku (Keuthen i wsp. 2000), nie ujawniono go natomiast w badaniach, w których brali udział studenci (Bohne i wsp. 2005). Wynik ten pozwala sformułować hipotezy dotyczące wzajemnych relacji tych zaburzeń. Ponieważ u osób z PSP depresja rozwija się wraz z upływem czasu i nie musi być obecna w chwili wystąpienia pierwszego epizodu dłubania, skłonność do drażnienia skóry prawdopodobnie nie pojawia się pod wpływem obniżonego nastroju, ale to obniżenie nastroju jest jedną z konsekwencji zmian w wyglądzie zewnętrznym i poczucia mniejszej atrakcyjności fizycznej (Hajack i wsp. 2006). Z kolei Calikuşu i wsp. (2003) sugerują, że szczególnie duże rozpowszechnienie depresji u osób cierpiących na PSP może wynikać z faktu, że u osób z PSP jest ona podstawowym zaburzeniem, a sama skłonność do skubania stanowi zejściową formę epizodu depresyjnego (Calikuşu i wsp. 2003).

U osób z objawami PSP stwierdza się także podwyższony poziom lęku i stosunkowo częste występowanie zaburzeń lękowych, takich jak fobie, zespół paniki, zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (Arnold i wsp. 1998; Calikuşu i wsp. 2003; Deckersbach i wsp. 2003; Locher i wsp. 2002; Odlaug i wsp. 2008; Simeon i wsp. 1997; Wilhelm i wsp. 1999). Z badań wynika, że rozpowszechnienie zaburzeń lękowych u osób cierpiących na PSP wynosi 40–65%, w zależności od badań (Arnold i wsp. 1998; Wilhelm i wsp. 1999). Calikuşu i wsp. (2003) potwierdzili występowanie zespołu uogólnionego lęku u ok. 30% osób z dermatillomanią, natomiast zaburzeń obsesyjno-kom-

pulsyjnych u ok. 45%. Z badań Calikušu i wsp. (2003) wynika także, że rozpowszechnienie fobii specyficznych wśród osób z diagnozą PSP osiąga 6,5%, podobną częstość współwystępowania ujawnili w odniesieniu do fobii społecznych, natomiast objawy zespołu paniki występowały u 3,2% badanych przez nich pacjentów. Intensywne dłubanie skóry może się także pojawiać w przebiegu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, np. jako reakcja na obsesyjne myśli dotyczące symetrii lub zabrudzenia (Deckersbach i wsp. 2003; Locher i wsp. 2002).

Patologiczne skubanie skóry często współwystępuje także z innymi zaburzeniami kontroli impulsów, przede wszystkim z trichotillomanią (patologicznym wrywaniem włosów) (Snorrason i wsp. 2012). Odlaug i wsp. (2008) potwierdzili występowanie trichotillomanii u prawie 40% osób z objawami PSP, co wskazuje na istotnie większe rozpowszechnienie tego zaburzenia w badanej grupie niż w populacji ogólnej, w której częstość występowania trichotillomanii nie przekracza 3%. Odlaug i wsp. (2008) potwierdzili także związek między PSP a gryzieniem paznokci – we wspomnianych badaniach zaburzenia te współwystępowały w ponad 30% przypadków, podczas gdy rozpowszechnienie obgryzania paznokci w grupie studentów bez objawów PSP szacowane jest na 6,4% (Teng i wsp. 2002). U osób z dermatillomanią częściej niż w populacji ogólnej występuje także kleptomania, bulimia oraz inne zachowania repetytywne dotyczące ciała, takie jak ssanie kciuka, gryzienie warg, języka i policzków (Wilhelm i wsp. 1999).

W literaturze medycznej udokumentowany jest także związek między PSP a dysmorfofobią. Phillips i Taub (1995) wykazali, że zachowania polegające na skubaniu skóry występują u ok. 30% osób, u których zdiagnozowano dysmorfofobię. Dla osób z tym zaburzeniem typowe jest także nadmierne zaabsorbowanie stanem swojej skóry (Neziroglu i wsp. 2008), dlatego często spełniają one kryteria diagnostyczne PSP.

Patologiczne skubanie skóry jest także odnotowywane jako jeden z wielu objawów występujących u dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi. Przykładem może być zespół Pradera-Williego, choroba genetyczna spowodowana nieobecnością lub częściową utratą długiego ramienia chromosomu 15, pochodzącego od ojca (Butler 1990). Badania wskazują, że objawy PSP występują u ok. 85% osób z tym zespołem (Lang i wsp. 2010).

Patologiczne skubanie skóry wydaje się często związane z występowaniem w rodzinie cho-

rego jakiegó formy zaburzeń psychicznych. Z badań wynika, że ok. 40% osób z dermatillomanią ma przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia, u którego zdiagnozowano zaburzenia psychiczne (Odlau i wsp. 2008), przy czym najczęściej zaburzeniem tym jest PSP – jego występowanie stwierdza się u prawie 30% krewnych pacjentów z PSP (Odlau i wsp. 2008). Badania przeprowadzone na bliźniętach wykazały, że PSP może być w istotnym stopniu uwarunkowane genetycznie (Monzani i wsp. 2012). Pozostałe zaburzenia często występujące w rodzinach pacjentów to nadużywanie alkoholu i depresja (Arnold i wsp. 1998; Odlau i wsp. 2008; Wilhelm i wsp. 1999).

## Piśmiennictwo

1. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15: 351-359.
2. Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, et al. Characteristic of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 509-514.
3. Bohne A, Keuthen NJ, Tuschen-Caffier B, Wilhelm S. Cognitive inhibition in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43: 923-942.
4. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, et al. Skin picking in German students: prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif* 2002; 26: 320-339.
5. Butler MG. Prader-Willi syndrome: current understanding of cause and diagnosis. *Am J Med Genet* 1990; 35: 319-332.
6. Calikušu C, Kucukgoncu S, Bestepe E. Skin picking in Turkish students. *European Psychiatry* 2011; P03 – 534. Abstract.
7. Calikušu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: a comparative study. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 256-261.
8. Deckersbach T, Wilhelm S, Keuthen N. Self – injurious skin – picking: clinical characteristic, assessment methods and treatment modalities. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2003; 3: 249-260.
9. Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, et al. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders. A critical review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 464-475.
10. Doran AR, Roy A, Wolkowitz OM. Self-destructive dermatoses. *Psychiatr Clin North Am* 1985; 8: 291-298.
11. Flessner CA, Woods DW. Phenomenological characteristics, social problems and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behav Modif* 2006; 30: 944-963.
12. Fruensgaard K. Neurotic excoriations: a controlled psychiatric examination. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1984; 312: 1-52.
13. Fruensgaard K, Hjortshøj A, Nielsen H. Neurotic excoriations. *Int J Dermatol* 1978; 17: 761-767.
14. Grant JE, Menard W, Phillips KA. Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 487-493.
15. Grant JE, Odlaug BL. Update on pathological skin picking. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11: 283-288.
16. Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. Lamotrigine treatment of pathological skin picking: an open label study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1384-1391.



17. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. The self-inflicted dermatoses: a critical review. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9: 45-52.
18. Hajack G, Franklin ME, Simons RF, Keuthen NJ. Hairpulling and skin picking in relation to affective distress and obsessive – compulsive symptoms. *J Psychopathol Behav Assess* 2006; 3: 179-187.
19. Hayes SL, Storch EA, Berlanga L. Skin picking behaviors: an examination of prevalence and severity in a community sample. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 314-319.
20. Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S, et al. Repetitive skin-picking in a student population and comparison with sample of self-injurious skin pickers. *Psychosomatics* 2000; 41: 210-215.
21. Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E, et al. The prevalence of skin picking in US adults. *Compr Psychiatry* 2010; 51: 183-186.
22. Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, et al. The Skin Picking Scale: scale construction and psychometric analyses. *J Psychosom Res* 2001; 50: 337-341.
23. Lang R, Didden R, Machalicek W, et al. Behavioral treatment of chronic skin-picking in individuals with developmental disabilities: a systematic review. *Res Dev Disabil* 2010; 31: 304-315.
24. Lochner C, Simeon D, Niehaus DJ, Stein DJ. Trichotillomania and skin picking: a phenomenological comparison. *Depress Anxiety* 2002; 15: 83-86.
25. Neziroglu F, Rabinowitz D, Breytman A, Jacofsky M. Skin picking phenomenology and severity comparison. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10: 306-312.
26. MacKee G. Neurotic excoriation. *Arch Derm Syphilol* 1920; 193: 256-269.
27. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1994.
28. Monzani B, Rijdsdijk F, Cherkas L, et al. Prevalence and heritability of skin picking in an adult community sample: a twin study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2012; 159B: 605-610.
29. Odlaug BL, Grant JE. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 61-66.
30. Odlaug BL, Kim SW, Grant JE. Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania. *J Anxiety Disord* 2010; 24: 823-829.
31. Penzel F. The hair – pulling problem. A complete guide to trichotillomania. Oxford University Press, New York 2003.
32. Phillips KA, Taub SL. Skin picking as a symptom of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31: 279-288.
33. Simeon D, Stein DJ, Gross S, et al. A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 341-347.
34. Snorrason I, Smári J, Olafsson RP. Emotion regulation in pathological skin picking: findings from a non – treatment seeking sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010; 41: 238-245.
35. Snorrason I, Belleau EL, Woods DW. How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 618-629.
36. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, et al. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depress Anxiety* 2010; 27: 611-626.
37. Teng EJ, Woods DW, Twohig MP, Marcks BA. Body-focused repetitive behavior problems: prevalence in a nonreferred population and differences in perceived somatic activity. *Behav Modif* 2002; 26: 340-360.
38. Tucker BT, Woods DW, Flessner CA, et al. The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord* 2011; 25: 88-95.
39. Walther MR, Flessner CA, Conelea CA, Woods DW. The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40: 127-135.
40. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, et al. Self-injurious skin picking: clinical characteristic and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 454-459.
41. Wright A, Rickards H, Cavanna AE. Impulse-control disorders in Gilles de la Tourette syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2012; 24: 16-27.