

Obłęd pasożytniczy: opis przypadku

Delusional parasitosis: case report

Katarzyna Jakuszkowiak-Wojten, Wiesław Jerzy Cubała,
Joanna Szeliiga-Lewińska

Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych AM w Gdańsku
Kierownik prof. dr hab. n. med. J. Landowski

Summary

A case of a 75-year-old woman suffering from delusional parasitosis is described. The patient was referred to the consultant psychiatrist by a dermatologist with the diagnosis of psychosis. In course of the psychiatric treatment the patient revealed the delusional parasitosis and received antipsychotic treatment resulting in full remission. Delusional parasitosis (Ekbom syndrome) is a condition where a person has the unshakeable mistaken belief of being infested with parasites. Patients give detailed descriptions of the activity and offending parasites: crawling, biting, burrowing. According to the contemporary ICD-10 diagnostic criteria, the delusional parasitosis is a disorder which belongs to organic hallucinosis that are usually attached to lonely, old women. In such cases, a therapeutic process using antipsychotic treatment is necessary. A liaison between dermatologist and psychiatrist is advocated.

Słowa kluczowe: obłęd pasożytniczy, halucynozą organiczną, pasożytozą, zespół Ekboma
Key words: delusional parasitosis, organic hallucinosis, parasitosis, Ekbom's syndrome

Wstęp

Występowanie zaburzeń psychicznych w populacji pacjentów zgłaszających się do poradni dermatologicznych szacuje się na 9–46% [1]. W związku z tym powstała gałąź nauki zajmująca się tą problematyką – psychodermatologia [2]. Jednym z zaburzeń psychicznych, manifestującym się objawami z zakresu dermatologii, jest obłęd pasożytniczy, nazywany inaczej pasożytozą czy zespołem Ekboma, będący zaburzeniem psychotycznym zaliczanym do grupy halucynoz, w którym chory doznaje omamów czucia ustrojowego oraz wypowiedzi urojenia choroby pasożytniczej skóry.

W pracy opisano przypadek pacjentki cierpiącej z powodu obłędu pasożytniczego, nie leczonego przez 2 lata. Celem artykułu jest omówienie pozycji nozologicznej obłędu pasożytniczego w świetle współczesnego systemu diagnostycznego oraz zaznaczenie wagi roli psychiatrii konsultacyjnej w medycynie.

Opis przypadku

Pacjentka A.B., lat 75, została przyjęta 26.10.2004 r., po konsultacji psychiatrycznej w poradni przyklinicznej, na oddział ogólnopsychiatryczny z rozpoznaniem organicznego zaburzenia urojeniowego. Nie była poprzednio hospitalizowana na oddziale psychiatrycznym; niechętnie, za namową lekarza, wyraziła zgodę na hospitalizację. Wizytę u psychiatry zalecił jej dermatolog. Dyżurny psychiatra stwierdził u niej brak poczucia choroby psychicznej, urojenią koncentrację na zmianach skórnych, dysforyczny nastrój, zaburzenia pamięci; wywiad określił jako trudny do zebrania.

Pacjentka pochodziła z ciąży prawidłowej, porodu siłami natury. Urazy głowy, wypadki komunikacyjne negowała. Szkołę podstawową ukończyła o czasie, następnie skończyła szkołę zawodową o profilu krawieckim, po czym rozpoczęła pracę w wyuczonym zawodzie, w którym pracowała do momentu przejścia na emeryturę w wieku 60 lat. Związek małżeński zawarła w wieku dwudziestu jeden lat, po dwudziestu pięciu latach trwania małżeństwa rozwiodła się z powodu alkoholizmu męża i w momencie podjęcia hospitalizacji mieszkała samotnie od 15 lat. Z jedyne go związku ma cztery córki, obecnie dorosłe, które założyły swoje rodziny; trzy z nich mieszkają za granicą, utrzymują z matką kontakt telefoniczny, jedna z córek mieszka w sąsiedniej miejscowości. Pacjentka miała również syna, który w 10 r. ż. doznał w wyniku wypadku poważnego urazu głowy i wymagał przez 15 lat rehabilitacji do momentu śmierci w wieku 25 lat. Skarżyła się, że córki poświęcają jej niewiele uwagi, uważają ją za „ciągle sprawną, zaradną osobę”.

Pacjentka cierpiała z powodu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, nadciśnienia tętniczego krwi, choroby niedokrwiennej serca; schorzenia te nie były leczone. Na 6 miesięcy przed hospitalizacją psychiatryczną przebyła obserwację szpitalną w kierunku guza jelita grubego, której wynik okazał się negatywny. Była leczona ginekologicznie z powodu nietrzymania moczu, przeszła operacyjne usunięcie zaćmy oka prawego oraz miała usunięty pęcherzyk żółciowy. W wypisie z oddziału neurologicznego (przed trzema laty) podano rwę kulszową, niezbyt żołądka oraz zespół neurasteniczno-pitiatyczny; w przeprowadzonym wtedy badaniu przedmiotowym na skórze głowy stwierdzono nadżerki.

Wywiad rodzinny w kierunku występowania chorób psychicznych był ujemny. Pacjentka nie paliła tytoniu, nie nadużywała alkoholu, nie brała narkotyków.

Podawała, że w młodości miała rozpoznaną „nerwicę serca” – w okresie, gdy była w konflikcie z mężem alkoholikiem. W tym czasie przyjmowała doraźnie „leki uspokajające”, jej objawy „nerwicowe” ustąpiły. Pacjentka twierdziła, że była zawsze osobą towarzyską, jednak w ostatnim okresie odsunęła się od ludzi ze względu na „chorobę skóry głowy”, czuła się niezrozumiana przez znajomych, rodzinę i lekarzy. Problemy skórne zaczęły się przed dwoma laty. Pacjentka podawała, że miała zmiany alergiczne na skórze głowy i pleców. Testy alergiczne na wiele substancji (m.in. farby do włosów) według chorej były dodatnie (brak potwierdzającej dokumentacji). Rozpoznana alergia była leczona maściami, po których zmiany ustąpiły. Wkrótce zaczęła czuć ponownie świąd głowy, miała „twarde gule w skórze”, twierdziła, że „czuje robaki” pełzające pod skórą głowy, wyczesywała je, starała się zniszczyć, uważała, że zaraziła się od

kogoś chorobą pasożytniczą skóry, być może wszawicą, kupowała, mimo niskiej renty, różne preparaty na wszy, maści dermatologiczne, wstawała w nocy, by wyczesywać robaki, pokazywała jako dowód fragmenty skóry, domagała się od lekarzy badania pod lupą, pobrania wycinka skóry do oceny. Wystąpienie wyżej wymienionych dolegliwości zbiegło się w czasie z przebytych incydentem naczyniowym – chora podała w wywiadzie krótkotrwałą utratę przytomności, po której wystąpiły dezorientacja i niepokój, nie zgłosiła się wtedy do lekarza. Przyznała, że mimo stwierdzonego nadciśnienia tętniczego, leków przeciwnadciśnieniowych systematycznie nie przyjmuje. Była hospitalizowana w styczniu 2004 na oddziale dermatologii, gdzie rozpoznano zespół samouszkodzający; konsultujący psychiatra zdiagnozował zespół depresyjny na podłożu organicznym, zaburzenia somatyzacyjne oraz reakcję paranoiczną, zalecił promazyne 75 mg/dzień, hydroksyzynę 45 mg/dzień. U pacjentki stosowano także maści: detreomycynową, neomycynową. Chora twierdziła, że przez krótki okres po leczeniu była poprawa, dolegliwości miały mniejsze natężenie. Od miesiąca pozostawała pod opieką przyklinicznej poradni zdrowia psychicznego, przyjmowała tiorydazynę. Mimo zalecenia 200 mg/dzień tiorydazyny, pacjentka ze względu na zawroty głowy, spowodowane ortostatycznymi spadkami ciśnienia tętniczego krwi, przyjmowała mniejsze dawki leków. Nie było żadnej poprawy stanu psychicznego, wobec czego została skierowana na oddział psychiatryczny. Jak podaje, trudno jej było poradzić sobie z chorobą, oczekiwała pomocy, uważała, że jest to problem dermatologiczny, nie psychiatryczny – „czuję, że coś chodzi, gryzie”, szczegółowo opisywała odczucie chodzących pod skórą robaków.

Córka pacjentki potwierdziła podane przez nią dane. W jej relacji dolegliwości matki wystąpiły przed 2 laty, kiedy ona wyprowadziła się z rodziną do sąsiedniego miasta. Z matką nigdy nie miały bliższego kontaktu, a po jej zachorowaniu ich kontakty jeszcze rozluźniły się. Pacjentka nie przyjmowała negatywnych komentarzy rodziny, czuła się niezrozumiana, obrażała się, że córka „jej nie wierzy, że ma wszawicę”, że nie chce pomagać smarować skórę głowy maściami dermatologicznymi. Córka opisywała matkę jako osobę upartą, wymagającą i konfliktową, co jeszcze nasiliło się z wiekiem. Przyznała, że małżeństwo rodziców było nieudane, ojciec był alkoholikiem, znęcał się nad matką psychicznie i fizycznie – brała w tym okresie tabletki uspokajające, skarżyła się na kołatania serca, niepokój, zamartwiała o chorego syna. Potwierdziła, że matka ma żal do córek o to, że nie poświęcają jej należytej uwagi.

Przy przyjęciu pacjentka była w niepokoju psychoruchowym, drażliwa, labilna afektywnie, w wypowiedziach rozwlekła, drobiazgowa, ich afekt i tempo modulowała. Orientacja pełna, świadomość jasna. Widoczne były zaburzenia pamięci świeżej, problemy z koncentracją uwagi. Miała urojenia pasożytniczej choroby skóry, twierdziła, że zaraziła się prawdopodobnie wszawicą, halucynacjom wzrokowym i słuchowym przeczyła, podawała omamy czucia ustrojowego. Nie miała poczucia choroby psychicznej. Choroba miała w znacznym stopniu wpływ na jej codzienne funkcjonowanie (ograniczyła kontakty z rodziną, znajomymi, często zdarzały się między nimi konflikty). Sen był zaburzony w zakresie wszystkich faz, łaknienie w normie. Pacjentka nie wypowiadała myśli i zamiarów samobójczych. Osobowość miała zwartą, z cechami zubożenia na podłożu organicznym. Postawiono diagnozę wstępną: organiczne za-

burzenia urojeniowe?/halucynozą organiczną? (F06.0), różnicowanie z urojeniową interpretacją świądu w przebiegu choroby somatycznej czy reakcji alergicznej.

W wykonanym badaniu SPECT naczyń mózgowych wykazano dwupółkulowe obniżenie się perfuzji w okolicy czołowej, okołosrodkowej oraz ciemieniowej przedniej, 72–80% perfuzji mózdkowej, małe pole hipoperfuzji w okolicy ciemieniowej przedniej lewej – 11%, świadczące o typie przednim hipoperfuzji oraz małym, pojedynczym lewopółkulowym deficycie perfuzji, najprawdopodobniej na tle naczyniowym. W zapisie EEG – bez ewidentnych cech patologii.

Pacjentka była konsultowana przez dermatologa, który wykluczył schorzenie dermatologiczne, rozpoznał zespół samouszkodzeniowy i zlecił 2% maść detreomycynową. Podstawowe badania laboratoryjne były w granicach normy. W badaniu fizykalnym i neurologicznym bez istotnych odchyłeń od normy.

W badaniu neuropsychologicznym wykazano obecność zaburzeń w zakresie funkcji poznawczych: osłabienie pamięci świeżej, dotyczące różnych rodzajów materiału (słowa, cyfry, obrazki) i różnych modalności zmysłowych, oraz pamięci długotrwałej, trudności w koncentracji uwagi, obniżoną giętkość myślenia i deficyty w zakresie konstruowania przestrzennego, stwierdzając wtórne globalne obniżenie się poziomu procesów poznawczych.

W trakcie hospitalizacji pacjentka była w dobrym kontakcie z lekarzem prowadzącym, ciągle skoncentrowana na sobie i swoich dolegliwościach domagała się uwagi personelu, chętnie opowiadała o swoich dolegliwościach, zgłaszając, że „ma robaki w skórze głowy”. U pacjentki przeprowadzono z dobrym efektem leczenie pernazyną (250 mg/dzień), jednocześnie skóra smarowana była maścią detreomycynową. Stan psychiczny chorej uległ znacznej poprawie po dwóch tygodniach leczenia. Pacjentka udała się wtedy na swoją prośbę na przepustkę weekendową, pod opieką córki. W domu samowolnie zredukowała dawkę pernazyny do 100 mg/dzień i po powrocie zaobserwowano pogorszenie się stanu psychicznego. Tym razem pacjentka twierdziła, że głowa została wyleczona, ale odczuwała „klucie”, które wiązała z chodzącymi pod skórą robakami w kończynach dolnych. Kolejny raz przeprowadzono psychoedukację dotyczącą prowadzonej farmakoterapii, zlecono faradyzację (10 zabiegów), sugerując przy tym, że „prądy zabijają chodzące pod skórą robaki”. W czasie hospitalizacji chora przyjmowała, oprócz pernazyny, wlewy kroplowe prokainy i cetyryzynę. Pacjentkę wypisano w stanie pełnej remisji po ośmiotygodniowym okresie leczenia, utrzymując leczenie pernazyną w dawce 250 mg/dzień.

Omówienie

Parazytoza została po raz pierwszy opisana przez szwedzkiego psychiatrę Karla Axela Ekbona w 1938 roku [3], ale już wcześniej istniały w literaturze doniesienia na temat tego schorzenia. O obłądzie pasożytniczym pisał między innymi francuski dermatolog Thibierge w 1894 roku, a wśród polskich badaczy problematyką tą zajmował się Jarosz, publikując w latach pięćdziesiątych XX wieku monografię *Urojenia pasożytniczej choroby skóry* [4]. Zaburzenie to traktowano początkowo jako rodzaj fobii, nazywając je akarofobią lub parazytofobią, zweryfikowano jednak nazwę uznając,

że choroba ma charakter urojeniowy i nie spełnia kryteriów zaburzeń lękowych [5]. Termin parazytoza urojeniowa wprowadzili po raz pierwszy Wilson i Miller w 1946 roku [za: 6]. W polskiej tradycji nozologicznej dominuje określenie obłęd pasożytniczy (halucynoza dotykowa) [7, 8].

Obłęd pasożytniczy jest zaburzeniem heterogennym, rozwija się najczęściej na podłożu organicznego uszkodzenia OUN. Chory jest przekonany, że pod skórą poruszają się „robaczki” lub „maleńkie zwierzątka”, wyjaśnia również, jak się rozmnażają, krążą pod skórą, wychodząc czasami poza jej obszar [9]. Zdesperowani pacjenci prezentują „dowody” zainfekowania w postaci fragmentów skóry, złuszczonego naskórka czy części ciała niektórych insektów wyciągnięte rzekomo ze skóry. Urojenia mogą stanowić interpretację urojeniową doznań fizjologicznych, np. świądu i innych dolegliwości uwarunkowanych zmianami skórными w przebiegu chorób somatycznych, jak cukrzyca, hipowitaminoza, niedokrwistość, odczyny uczuleniowe. Zaburzenie to dotyka najczęściej samotne kobiety w podeszłym wieku, żyjące często w izolacji społecznej, o niskim statusie socjoekonomicznym, niskim wykształceniu; występuje w różnych kulturach, niezależnie od rasy [10]. Obłęd pasożytniczy wymaga leczenia lekami przeciwpsychotycznymi. Dobre wyniki uzyskiwano stosując pimozyd, który jest antagonistą receptora D_2 , wykazującym bardzo wysokie powinowactwo względem receptora $5HT_7$, a także działa jako antagonist centralnego receptora opioidowego, co ma powodować redukcję świądu. Lek ten należy stosować ostrożnie w związku z jego możliwym działaniem kardiotoksycznym. W literaturze istnieją również doniesienia opisujące dobrą odpowiedź terapeutyczną na atypowe leki przeciwpsychotyczne ze względu na ich wpływ zarówno na układ dopaminergiczny, jak i serotoninergiczny [11]. Opisywano zakończone sukcesem próby terapii skojarzonej z zastosowaniem atypowych leków przeciwpsychotycznych oraz przeciwdepresyjnych z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) [11]. Być może rola SSRI miała znaczenie w związku z ich działaniem antykompulsyjnym, zmniejszały one prawdopodobnie potrzebę drapania się [11].

Opisany przypadek, zaliczany zgodnie ze starszą nomenklaturą przez niektórych autorów do zaburzeń z kręgu paranoi (paranoja pasożytnicza) [12] czy halucynoz (halucynoza dotykowa) [7, 8], obecnie, zgodnie z ICD-10, można zdiagnozować jako halucynozę organiczną lub organiczne zaburzenia urojeniowe [13]. W znacznej części symptomatologia tych zaburzeń pokrywa się ze sobą. Kryterium wykluczającym dla halucynozy organicznej jest brak dominacji urojeń. Wg klucza diagnostycznego, w przypadku organicznych zaburzeń urojeniowych, urojeniom mogą towarzyszyć omamy, jednak nie powiązane z nimi treściowo. W powyższym przypadku dominowały omamy uczucia ustrojowego z towarzyszącą im jedynie ich urojeniową interpretacją, co było istotne dla ostatecznego rozpoznania halucynozy organicznej [13]. Czynnikiem, który zmusił autorów do refleksji, był brak krytycyzmu chorobowego u opisanej pacjentki, jednakże zachowany krytycyzm chorobowy nie jest bezwzględny kryterium dla rozpoznania halucynozy organicznej. Halucynoza organiczna wymaga leczenia przeciwpsychotycznego. Chorą leczono początkowo tiorydazyną, piperydynową pochodną fenotiazyny, zalecaną w związku z jej działaniem nie tylko przeciwpsychotycznym, ale również uspokajającym i przeciwhistamionowym. Pacjentka z powodu

objawów ubocznych odstawiła włączoną w poradni tiorydazyne. Skuteczne okazało się u niej leczenie pernazyną, prokainą oraz doraźnie hydroksyzyną, która jako pochodna difenylometanu jest zalecana w psychodermatologii, gdyż wykazuje, oprócz działania przeciwlękowego i uspokajającego, antyhistaminowe działanie na receptory H₁, powodując zmniejszenie świądu. Wydaje się, że u opisywanej pacjentki można dopatrywać się związku czasowego między podawanym w wywiadzie epizodem o charakterze TIA (przejściowy napad niedokrwienny) a wystąpieniem zaburzeń psychicznych. Przypomnijmy, że pacjentka cierpiała na nadciśnienie tętnicze od lat, nie przyjmowała leków przeciwnadciśnieniowych. Równie ważną rolę w patogenezie zaburzenia u prezentowanej chorej wydawały się odgrywać, oprócz organicznego uszkodzenia OUN, czynniki psychologiczne: poczucie osamotnienia, braku wsparcia ze strony rodziny, co koresponduje z doniesieniami spotykanymi w literaturze [9, 10]. Co do diagnozy psychiatry konsultanta oddziału dermatologicznego sprzed kilku miesięcy przed hospitalizacją psychiatryczną, który rozpoznawał m.in. zespół depresyjny – autorzy są przekonani, że wiązała się ona prawdopodobnie ze stwierdzeniem wtórnego do przeżyć psychotycznych obniżenia nastroju u chorej. Natomiast rozpoznanie postawione przez dermatologa – zespół samouszkodzeniowy – często współwystępuje z zaburzeniami psychicznymi. Zespół samouszkodzeniowy opisywany był między innymi w kontekście obłędu pasożytniczego, upośledzenia umysłowego, zaburzeń ze spektrum obsesyjno-kompulsyjnego, osobowości chwiejnej emocjonalnie typu borderline, spektrum zaburzeń lękowych, zaburzeń afektywnych [14]. Zespół samouszkodzeniowy charakteryzuje się powtarzanym, rytualnym lub impulsywnym uszkodzaniem skóry za pomocą paznokci czy pinezek, nożyczek itp., służąc redukcji napięcia, złości, smutku. Po wykonanym samouszkodzeniu chory ma poczucie winy, wstydu [14].

Zaburzenia psychiczne czy to pierwotne, czy wtórne, często występują u osób z chorobami skórными. W badaniu Woodroffa stwierdzono je aż u 5% chorych hospitalizowanych w klinice dermatologicznej [15]. Znajomość problematyki z zakresu psychodermatologii przyczynić się może do poprawy diagnostyki. Należy zaznaczyć, że dopiero kolejna próba uzmysłowienia chorej potrzeby konsultacji oraz podjęcia leczenia psychiatrycznego w warunkach szpitalnych, równoległego do terapii dermatologicznej, wpłynęły znacząco na poprawę jakości jej życia. Ważna dla dobra pacjenta wydaje się współpraca lekarzy odrębnych dziedzin medycyny, w tym przypadku dermatologa i psychiatry.

Паразитарное маячение. Описание наблюдения.

Содержание

Представлено описание наблюдения 75-летней женщины с паразитарным маячением. Пациентка была направлена на психиатрическую консультацию дерматологом с диагнозом психоза. Во время психиатрического лечения поставлен диагноз паразитарного маячения. Больная была лечена противопсихотическими препаратами и получена полная ремиссия. Паразитарное маячение (синдром Эжбома) относится к нарушениям в течение которых больной считает, что заражен паразитами. Больной приводит докладное описание активности атакующих паразитов – ползающих, грызущих, находящихся под кожей. По актуальным

диагностическим критериям ICD-10 паразитарное маячение принадлежит к группе органических галлюцинозов, которые обычно наблюдаются у одиноких женщин в преклонном возрасте. Паразитарное маячение требует лечения противопсихотическими препаратами. Необходима также соответственная совместная работа дерматолога и психиатра.

Parasitenwahn: Fallbeschreibung

Zusammenfassung

In der Arbeit wurde der Fall einer 75-jährigen Frau beschrieben, die an Parasitenwahn litt. Die Patientin wurde zur psychiatrischen Beratung durch den Dermatologen mit der Diagnose: Psychose geschickt. Während der psychiatrischen Behandlung wurde die Diagnose Parasitenwahn gestellt. Die Kranke wurde mit den antipsychotischen Arzneimitteln behandelt und volle Remission wurde erreicht. Der Parasitenwahn (Ekbohm - Syndrom) ist eine Störung, bei dem der Patient mangelhaft überzeugt ist, von Parasiten befallen zu werden. Der Kranke beschreibt genau die Aktivität der angreifenden Parasiten: Kriechen, Beissen, Krabbeln unter der Haut. Nach den aktuellen diagnostischen Kriterien ICD-10 gehört der Parasitenwahn zur Gruppe der organischen Halluzinosen, die gewöhnlich bei alleinstehenden Frauen im hohen Alter beobachtet werden. Der Parasitenwahn fordert eine Therapie mit antipsychotischen Medikamenten. Es ist auch eine richtige Zusammenarbeit des Dermatologen und Psychiaters notwendig.

Le délire parasitique – description d'in cas

Résumé

Les auteurs décrivent le cas d'une femme de 75 ans souffrant du délire parasitique. La patiente a été obligée à consulter le psychiatre car son dermatologue l'avait diagnostiquée – psychose. Durant la thérapie psychiatrique la patiente est diagnostiquée comme souffrant du délire parasitique et elle subit la thérapie antipsychotique avec succès (plaine rémission). Le délire parasitique (syndrome d'Ekbohm) est le trouble pendant lequel le patient est convaincu qu'il souffre de l'infection des parasites (cette conviction est durable et fausse). Le patient décrit en détail l'activité des parasites qui l'attaquent : ils pénètrent sa peau, ils la rongent, ils la fouillent. D'après les critères actuels d'ICD-10 le délire parasitique est une forme des hallucinations organiques qui d'habitude sont observées chez les femmes solitaires très âgées. Ce délire exige la thérapie des antipsychotiques et la coopération des psychiatres et des dermatologues.

Piśmiennictwo

1. Pulimood S, Rajagopalan B, Jacob M, John JK. *Psychiatric morbidity among dermatology inpatient*. Nat. Med. J. India 1996; 9: 208–210.
2. Gupta MA., Gupta AK. *Psychodermatology: an update*. J. Am. Acad. Dermatol. 1996; 34 (6): 1030–1046.
3. Ekbohm KA. *The pre-senile delusion of infestation*. Hist. Psychiatr. 2003; 14: 229–256.
4. Jarosz M. *Urojenia pasożytniczej choroby skóry*. Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe; 1959.
5. Le Roux A, Benattar B, Van Amerongen P, Hanon C, Pascal JC. *A propos du syndrome d'Ekbohm*. Ann. Med. Psychol. 2004; 162: 755–761.
6. Driscoll MS, Roethe MJ, Grant-Kels JM, Hale MA. *Delusional parasitosis: a dermatological perspective*. Int. Clin. Psychopharmacol. 1986; 1: 340–353.
7. Pużyński S. *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWL; 1993, s. 169.
8. Jarosz M. *Podstawowe zespoły psychopatologiczne* W: Jarosz M, Cwynar S, red. *Podstawy psychiatrii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1976, s. 73–85.

9. Bilikiewicz A. *Psychiatria*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998, s. 94–95.
10. Nicolato R, Correa H, Romano-Silva MA, Teixeira AL. *Delusional parasitosis or Ekbom syndrome: a case series*. Gen. Hosp. Psychiatry 2006; 28: 78–87.
11. Wenning MT, Davy LE, Catalano G, Catalano MC. *Atypical antipsychotics in the treatment of delusional parasitosis*. Ann. Clin. Psychiatry 2003; 15 (3–4): 233.
12. Grzywa A. *Zaburzenia urojeniowe*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria kliniczna*, t. II. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002, s. 333.
13. WHO. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków–Warszawa: Vesalius; 2000.
14. Deckerbasch T, Wilhelm S, Keuthen N. *Self-injurious skin picking: clinical characteristics, assessment methods, and treatment modalities*. Brief Treatm. Cris. Interv. 2003; 3: 249–260.
15. Woodruff PW, Higgins EM, Du Vivier AW, Wessely S. *Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic*. Gen. Hosp. Psychiatry 1997; 19: 29–35.

Adres: Katarzyna Jakuszkowiak-Wojten
Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych,
SPSK Nr 1 – ACK AMG
80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7

Otrzymano: 7.08.2006
Zrecenzowano: 17.11.2006
Przyjęto do druku: 5.01.2007

SPROSTOWANIE

W artykule prof. Stanisława Pużyńskiego „Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych”, zamieszczonym w poprzednim, 3/2007, numerze „Psychiatrii Polskiej” zostało błędnie wydrukowane nazwisko Michela Foucault (na str. 302, w. 21 i str. 308 poz. 8 piśmiennictwa jest Foucault zamiast Foucault).

Autora i Czytelników serdecznie przepraszamy

REDAKCJA