



Obłęd pasożytniczy

Parasitic paranoia

PRZEMYSŁAW PACAN¹, JACEK SZEPIETOWSKI²

Z: 1. Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu
2. Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Cel. Obłęd pasożytniczy jest zaburzeniem psychotycznym, z pojedynczym, hipochondrycznym sądem urojeniowym. Pacjenci doświadczając omamów dotykowych są przekonani o obecności pasożytów pod skórą lub w skórze.

Przypadek. Opisano przypadek obłędu pasożytniczego u 68-letniej kobiety i jej 71-letniego męża.

Komentarz. Omówiono trudności w rozpoznawaniu obłędu pasożytniczego jako halucynozy organicznej bądź zaburzenia urojeniowego indukowanego.

SUMMARY

Objective. Parasitic paranoia is a psychotic disorder with a single hypochondriac delusional belief. These patients experiencing tactile hallucinations are convinced about the presence of parasites under or in their skin.

Case. A case of parasitic paranoia in a 68-year-old woman and her 71-year-old husband is described.

Commentary. Difficulties in diagnosing parasitic paranoia as an organic hallucinosis or induced (shared) paranoid disorder are discussed.

Słowa kluczowe: obłęd pasożytniczy / obłęd indukowany / diagnostyka

Key words: parasitic paranoia / induced psychosis / diagnostics

Obłęd pasożytniczy jest rzadkim zaburzeniem psychotycznym składającym się z pojedynczego hipochondrycznego sądu urojeniowego. Chorzy przeświadczeni są o obecności jakichś pasożytów pod skórą lub w niej. Często towarzyszą temu omamy dotykowe odbierane jako pełzanie robaków bądź insektów pod skórą lub w niej. Niekiedy obecny jest jedynie świad skóry [1, 2]. Obłęd pasożytniczy może przebiegać bez zmian skórnych, jednak w większości przypadków dochodzi do powstania na skórze zadrapań, przeczosów, niekiedy nawet owrzodzenia. Pacjenci na dowód zarażenia często przynoszą do lekarza domniemane pasożyty zawinięte w papierek bądź umieszczone w słoiczku lub pudełku. Zazwyczaj są to fragmenty wydrapanego, zrogowaciałego naskórka [1]. W celu ich wydobycia chorzy używają nie tylko palców, ale również igieł i innych instrumentów. Niektóre osoby stosują własne metody pozbycia się domniemanych pasożytów, smarując skórę różnymi środkami chemicznymi, np. detergentami, pestycydami. Zaburzenie to najczęściej pojawia się u kobiet w wieku średnim i starszym [3]. Po raz pierwszy obłęd pasożytniczy opisał w 1894 r. francuski dermatolog Thibiérge, nazywając go *acarophobia* [4, 5]. Termin „obłęd pasożytniczy” został wprowadzony w 1946 r. przez Wilsona i Milera [4]. Niekiedy obłęd pasożytniczy bywa nazywany zespołem Ekboma, dermatofobią, parazytofobią

lub entomofobią. Obłęd pasożytniczy uwzględniany jest jako oddzielna jednostka nozologiczna w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. W klasyfikacji ICD-10 obłęd pasożytniczy został ujęty jako halucynozja organiczna, ze względu na uporczywe omamy dotykowe. Budzi to jednak wątpliwości i niektórzy autorzy uważają, że obłęd pasożytniczy powinien być traktowany jako uporczywe zaburzenie urojeniowe. W klasyfikacji DSM-IV obłęd pasożytniczy został umiejscowiony w grupie zaburzeń urojeniowych jako typ somatyczny. Niekiedy spotyka się przypadki, gdy urojenia parazytozy podzielane są przez jedną lub więcej osób pozostających w bliskiej zażyłości z osobą chorą. Rozpoznajemy wówczas wg ICD-10 indukowane zaburzenie urojeniowe, wg DSM-IV udzielone zaburzenie psychotyczne, określane również w piśmiennictwie terminem *folie à deux*. W leczeniu obłędu pasożytniczego stosuje się neuroleptyki. Najwięcej opisów dotyczy leczenia pimozydem [6]. Zastosowanie znajdują również inne neuroleptyki, m.in. haloperidol i risperidon [7, 8].

OPIS PRZYPADKÓW

Przedstawiono przypadek obłędu pasożytniczego występującego jednocześnie u dwojga małżonków.

Kobieta, lat 68, mężatka, matka dwóch dorosłych synów, od 6 lat na emeryturze, prowadziła z mężem gospodarstwo rolne. Od kilku lat choruje na nadciśnienie tętnicze (ostatnio leczona enalaprilem). Dotychczas nie była leczona psychiatrycznie, nieobciążona rodzinnie chorobami psychicznymi. Początek zaburzeń psychicznych na 10 miesięcy przed postawieniem właściwego rozpoznania obłądu pasożytniczego. Zaczęła odczuwać obecność pasożytów w skórze. Pojawiło się przekonanie, że została zarażona świerzem przez sąsiadkę ze wsi. Pacjentka próbowała pozbyć się rzekomych pasożytów smarując się ogólnodostępnymi środkami do mycia WC oraz benzyną. Była leczona przeciwświerzbowo, bez efektu terapeutycznego, przez miejscowego dermatologa. Rozpoznanie obłądu pasożytniczego postawiono w trakcie hospitalizacji dermatologicznej, po konsultacji psychiatrycznej. Obecny był świąd na skórze owłosionej głowy, uszach i powłokach brzusznych. Wypowiadała urojenia hipochondryczne zarażenia świerzem. Relacjonowała omamy dotykowe odczuwane jako pełzanie pasożytów w skórze. W trakcie badania obserwowano labilność afektu. Nie stwierdzano towarzyszących zmian skórnych. Rozpoczęto leczenie haloperidolem doustnie w dawce do 3 mg/die. Po upływie 4–6 tygodni leczenia uzyskano znaczącą redukcję doznań psychotycznych. Nie obserwowano polekowych objawów niepożądanych. Pacjentka odmawiała sugerowanego zwiększenia dawki haloperidolu. W kilka miesięcy po pojawieniu się opisanych u pacjentki objawów, u jej 71-letniego męża wystąpiło to samo przekonanie zarażenia świerzem. W badaniu klinicznym stwierdzano tą samą lokalizację rzekomych pasożytów: skóra owłosiona głowy, uszy, powłoki brzuszne. Obecny był świąd, oraz odczuwane pełzanie pod skórą pasożytów. W badaniu klinicznym nie stwierdzano jakichkolwiek zmian skórnych. W trakcie konsultacji psychiatrycznej postawiono rozpoznanie obłądu pasożytniczego udzielonego – *folie à deux*. U pacjenta objawy ustąpiły bez jakiegokolwiek leczenia wraz z redukcją doznań omamowych żony. Po 3 miesiącach pacjentka przerwała leczenie haloperidolem, co spowodowało natychmiastowy nawrót urojeń hipochondrycznych oraz omamów dotykowych u obojga małżonków. Obydwoje chorzy odmówili dalszego korzystania z pomocy lekarskiej.

KOMENTARZ

Obłąd pasożytniczy jest rzadkim zaburzeniem psychotycznym, zazwyczaj o charakterze halucynozy orga-

nicznej, bądź rzadziej o charakterze indukowanego zaburzenia urojeniowego. W przypadku opisywanej pacjentki obłąd pasożytniczy rozpoznawano jako halucynozę organiczną, opierając się na stwierdzonej w trakcie badania labilności afektu, występowania od kilku lat nieustabilizowanego nadciśnienia tętniczego oraz uporczywości omamów dotykowych. Wątpliwości może budzić, czy nie powinno się rozpoznawać uporczywego zaburzenia urojeniowego. Jednak w kryteriach diagnostycznych ICD-10 podkreśla się niewystępowanie w tym zaburzeniu utrwalonych omamów, będących charakterystycznymi dla halucynozy organicznej. W oparciu o wywiad pozostała również niepewność diagnostyczna, czy nie było to zaburzenie urojenowe indukowane. Niepewność ta wynikała z braku informacji, czy sąsiadka pacjentki w rzeczywistości chorowała na świerz, czy nie miała obłądu pasożytniczego. U męża pacjentki diagnozowano obłąd pasożytniczy jako zaburzenie urojenowe indukowane. Opisani pacjenci obrazują jednocześnie jak w przypadku obłądu pasożytniczego udzielonego objawy psychozy mogą ustępować bez podawania neuroleptyków, bądź nasilać się wraz z pogorszeniem stanu psychicznego osoby indukującej.

PIŚMIENNICTWO

1. Pacan P, Szepietowski J. Obłąd pasożytniczy. *Przeegl Dermatol* 2001; 88: 381–4.
2. Pacan P, Szepietowski J. Psychodermatozy – zaburzenia psychiczne czy choroby dermatologiczne. *Adv Clin Exp Med* 2001; 10 (supl 1): 29–33.
3. Reilly TM, Batchelor DH. The presentation and treatment of delusional parasitosis: a dermatological perspective. *Int Clin Psychopharmacol* 1986; 1: 340–53.
4. Driscoll MS, Rothe MJ, Grant-Kels JM, Hale MA. Delusional parasitosis: a dermatologic, psychiatric, and pharmacologic approach. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 1023–33.
5. Morris M. Delusional infestation. *Br J Psychiatr* 1991; 159 (supl 14): 83–7.
6. Koo JYM, Pham CT. Psychodermatology, practical guidelines of pharmacotherapy. *Arch Dermatol* 1992; 128: 381–8.
7. Andrews E, Bellard J, Walter-Ryan WG. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis manifesting as delusions of infestation: case studies of treatment with haloperidole. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 188–90.
8. Elmer KB, George RM, Peterson K. Therapeutic update: use of risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 683–6.