

ГБОУ ВПО «КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Л. А. Юсупова, Р.М. Абдрахманов

**ПСИХОДИАГНОСТИКА
И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ
В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ**

Учебно–методическое пособие
для слушателей послевузовского и дополнительного
профессионального образования

Казань, 2011

ББК 55.83 – 4 – 57 я 73
УДК 616.5 – 085.851 (075.8)

Печатается по решению Центрального координационно-методического совета Казанского государственного медицинского университета

Составитель:

Л.А. Юсупова д.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

Р.М. Абдрахманов д.м.н., профессор, заведующий кафедрой ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Рецензенты:

В.Х. Фазылов д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

Ф.Ф. Гатин д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Учебно–методическое пособие подготовлено в рамках отраслевой научной программы Последипломного образования медицинских кадров.

Л.А. Юсупова, Р.М. Абдрахманов. Психодиагностика и психокоррекция в дерматокосметологии. Учебно-методическое пособие для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования.
– М.: КГМУ, 2011. – 64 с.

Учебно–методическое пособие предназначено для интернов, ординаторов, аспирантов и для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования, обучающихся по специальности дерматовенерология и косметология.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	5
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В СОМАТИЧЕСКОЙ (КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ) СФЕРЕ.....	8
ИСТЕРИЧЕСКАЯ, НЕВРОТИЧЕСКАЯ И СВЕРХЦЕННАЯ ИПОХОНДРИЯ, СОПРОВОЖДАЕМАЯ АУТОДЕСТРУКТИВНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ.....	12
ОБСЕССИВНО–КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА С САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ.....	14
ДИСМОРФОФОБИЯ/ДИСМОРФОМАНИЯ.....	18
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СПРОВОЦИРОВАННЫЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	23
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ.....	32
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ.....	37
ТЕРАПИЯ ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	48
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИМЕРАМИ.....	53
ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ.....	58
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	63

ВВЕДЕНИЕ

Психодерматология – одно из наиболее актуальных и малоисследованных направлений современной медицины. Многочисленные исследования в области психопатологических расстройств у кожных больных и разработка методов их коррекции позволили выделить новую ветвь в дерматологии, которая получила название психосоматической дерматологии. При отсутствии явной психотической симптоматики пациенты с дерматовенерологическими заболеваниями не попадают в поле зрения психиатра или психотерапевта, если только сами они не требуют соответствующей консультации. Особая роль патогенных эмоциональных реакций в генезе кожных проявлений послужила основой для выделения из психодерматологической патологии так называемых психосоматических кожных заболеваний. Психические расстройства, отличающиеся полиморфизмом клинических проявлений, наблюдаются у трети пациентов дерматологических клиник. По мнению авторитетных немецких дерматологов около 20% всех страдающих хроническими дерматологическими заболеваниями обнаруживают те или иные психопатологические нарушения. В среднем эпидемиологические значения сочетания дерматологической и психической патологии составляют около 30–40%.

В настоящее время область психодерматологии активно развивается зарубежными исследователями, работающими в Германии, Италии, Великобритании, США, Канаде. В 1995 г. создано Европейское общество дерматологов и психиатров, проводятся регулярные тематические симпозиумы, издается специализированный журнал. Перспективными представляются научные изыскания, проводимые "на стыке" дерматологии, психонейроиммунологии. В России проблемы соотношения психических расстройств и кожных заболеваний разрабатывались в нескольких направлениях. В начале прошлого столетия почти все неинфекционные кожные болезни рассматривались как в свете теории нервизма И.М. Сеченова, так и психофизиологического учения И.П. Павлова. В последующем, с открытием

новых механизмов развития кожной патологии (генетических, иммунологических, обменных) подобный подход в объяснении патогенеза ряда дерматозов отступил на второй план. Тем не менее, различные психокорректирующие мероприятия активно использовались российскими дерматологами.

Важная роль при проведении совместных исследований дерматологов и психиатров уделяется клиническому анализу наблюдаемой патологии в свете современной концепции психосоматических расстройств. Этот аспект получил отражение в материалах конгрессов и в ряде публикаций, в том числе под руководством Л.А. Юсуповой защищены ряд кандидатских диссертаций.

КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Спектр психических расстройств коморбидных кожным заболеваниям очень широк и включает симптоматику различных психопатологических регистров. В современных международных классификациях психосоматические расстройства не выделяются в специальный раздел, а рассматриваются в пределах различных глав и рубрик. В частности, в МКБ–10 психосоматические расстройства могут классифицироваться в следующих разделах: F0 "Органические, включая симптоматические, психические расстройства" (кластеры F04–F07, соответствующие экзогенного типа реакциям); F4 "Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства" (кластер F43, рубрики F44.4–F44.7 кластера F44, соответствующие психогениям, а также выделяемые в самостоятельный кластер – F45 соматоформные расстройства); F5 "Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами" (такие рубрики кластера F51 как, например, F51.0 – "бессонница неорганической природы" или F51.4 – "ночные кошмары" или кластера F52: F52.0 – "отсутствие или потеря полового влечения"). Согласно данным последних исследований, структура психосоматических соотношений

может быть представлена в виде континуума, на одном из полюсов которого преобладают расстройства, обусловленные преимущественно психической, а на другом – соматической кожной патологией. Кожа обладает высокой чувствительностью к психогенным и ситуационным воздействиям. Кожа чаще, чем другие системы организма становится "соучастницей" психических заболеваний. При систематике психических расстройств в дерматологической клинике выделяют: психические расстройства с преимущественной проекцией симптомов в сферу кожного покрова: а) дерматозойный (зоопатический) бред, б) ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями (патомимия, невротические эксориации, эксориированные акне, трихотилломания, онихофагия и онихотилломания, хейлофагия), в) дисморфофобия (доминирование идеи мнимого физического недостатка, связанного с кожным покровом); психические расстройства, спровоцированные дерматологической патологией. Выделяется также особая группа дерматозов – хронических психосоматических заболеваний (атопический дерматит, псориаз, истинная экзема и др.), течение которых – манифестация и последующее рецидивирование – опосредовано психической травматизацией. Систематика психических нарушений, наблюдающихся в кожной клинике содержит те же рубрики, что и классификация, принятая в общей медицине, и также основана на принципе континуума, ранжирующего постепенный переход от психических расстройств к соматическим, манифестация которых связана с психогенными и ситуационными факторами. Однако, как видно из содержания отдельных разделов систематики, специфика расстройств, свойственных дерматологической клинике, существенным образом отражается на структуре коморбидной психической патологии.

Наряду с уязвимостью к стрессу и другими проявлениями реактивной лабильности, выражающейся в форме дерматозов, наблюдаются и обратные соотношения. Дерматологические заболевания с хроническим рецидивирующим течением, торпидные к терапии, сопровождающиеся выраженным зудом и высыпаниями, локализующимися на открытых участках кожи, могут сами по себе явиться тяжелым стрессом и провоцировать психогенные расстройства

(реакции, развития в связи с косметически неблагоприятным воздействием кожного процесса, его зудящим характером и т. д.). Сложность коморбидных связей психических и дерматологических расстройств представляется очевидной.

Список литературы

Основная литература:

1. Дороженок И.Ю. Психические расстройства в дерматологической практике / Дороженок И.Ю., Львов А.Н. – Москва, 2006. – С. 25.
2. Руководство для врачей Клиническая дерматовенерология. Под редакцией Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2009– Т.2. – С. 5–23.

Дополнительная литература:

1. Смулевич А.Б. Психосоматическая медицина // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Том 2. – №1. – С. 4–10.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. – 1995. Т.1. Ч.1. – С. 313–429.
3. Коо JY. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. Cur Prob Dermatol. 1995. – №6. – P. 204–32.
4. Harth W., Gieler U. Psychosomatische dermatologie. – Heidelberg, 2008. – 327 p.

Контрольные вопросы.

1. Что представляет собой психодерматология?
2. Как развивается область психодерматологии?
3. Чему уделяют внимание при проведении совместных исследований дерматологов и психиатров?
4. Существуют ли современные международные классификации психосоматических расстройств?
5. В каких разделах могут классифицироваться психосоматические расстройства?

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В СОМАТИЧЕСКОЙ (КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ) СФЕРЕ

Соматопсихоз

К соматопсихозам относят дерматозойный (зоопатический) бред.

Данное расстройство обозначают также следующими терминами: пресенильный дерматозойный бред, ограниченная (Circumscripta) ипохондрия, акарофобия, паразитофобический нейродерматит, внутренний зоопатический

бред, зоопатические галлюцинаторные навязчивости, синдром Эжбома, хронический тактильный галлюциноз, тактильный галлюцинаторный бред, психогенный паразитоз.

Нозологическая принадлежность дерматозойного бреда в настоящее время дискутируется, ее аргументируют различными заболеваниями: эндогенные заболевания циркулярного круга, органические заболевания ЦНС; шизофренические психозы. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) дерматозойный бред включен рубрику F06.0 – органический галлюциноз, а также F22 – хроническое бредовое расстройство. В американской систематике DSM-IV дерматозойный бред отнесен в рубрику «Delusional disorder, due to general medical condition», а также в рубрику «Delusional disorder, somatic type».

При дерматозойном (зоопатическом) бреде воображаемая инфекция ведет к субъективным тактильным обманам; отмечается детальная разработка бредового сюжета: большинство больных детально описывают и зарисовывают морфологические признаки несуществующих паразитов, пути их передвижения, цикл размножения; борьба с "паразитами" – постоянные обращения к дерматологам, инфекционистам, эпидемиологам, в СЭС, "вытравливание" насекомых из организма, самолечение с использованием едких жидкостей, дихлофоса, керосина и т. д.; "защита окружающих" от возможного заражения, возможен индуцированный бред у родственников. "Симптом спичечного коробка" (сбор и презентация несуществующих паразитов) характерен для бредового поведения больных дерматозойным бредом.

В подавляющем большинстве публикаций случаи дерматозойного бреда рассматривают как раритет, число приводимых наблюдений варьирует от 1 до 10. Сотрудниками Научного центра психического здоровья Российской академии медицинских наук, сотрудниками кафедры психиатрии и психосоматики факультета послевузовского профессионального образования врачей и кафедры кожных и венерических болезней Московкой медицинской академии им. И.М. Сеченова проведено исследование, основанное на ограниченной клинической

казуистике (30 случаев). В группу исследования были включены 28 женщин и 2 мужчин в возрасте от 41 до 78 лет (средний возраст пациентов – 60,3 лет). Средний возраст манифестации заболевания составил 56,6 лет, средняя продолжительность заболевания на момент осмотра – 3,4 года. Патологические изменения при магнитно–резонансной томографии, электроэнцефалографии и неврологическом обследовании отсутствовали, что исключает органическое заболевание ЦНС. Результаты исследования позволяют выдвинуть (в порядке рабочей гипотезы, для верификации которой необходимо большее число наблюдений) предположение о том, что нозологическую квалификацию зоопатического бреда необходимо рассматривать в двух аспектах. Зоопатический бред – самостоятельное, хотя и редко встречающееся, заболевание из группы паранойяльных психозов, объединяемых в рубрике «Паранойя». О правомерности такой квалификации свидетельствуют и данные целого ряда публикаций. В то же время зоопатический бред может выступать как синдром, формируемый на определенных этапах течения других заболеваний (как свидетельствуют наблюдения, чаще всего в рамках паранойяльной шизофрении).

В формировании картины дебюта заболевания участвуют ложные воспоминания (псевдореминисценции) о мнимых контактах с насекомыми или их личинками, имевших место несколько недель и даже месяцев назад, а также явления тактильного галлюциноза (ощущения укусов, передвижения насекомых), сопровождаемые чувством локальной болезненности или неровности кожных покровов.

Клинические проявления зоопатического бреда отвечают основным параметрам паранойяльного бреда.

➤ Аутохтонная манифестация, чаще всего реализуемая по типу «озарения», внезапно появившейся мысли о заражении паразитами – первичный дерматозойный бред, primary delusional parasitosis.

➤ Монотематичность – бред заражения паразитами (блохи, клещи, вши, неизвестные ранее насекомые), не обнаруживающий тенденции к расширению ни за счет топографии (зона поражения ограничивается кожными покровами), ни

вследствие присоединения ипохондрических идей иного (не паразитарного) содержания.

➤ Тенденция к систематизации, сопровождаемая детальной разработкой бредового сюжета (морфологические признаки – размеры, конфигурация туловища, присоски, ножки, глаза, усики, цвет; формы жизнедеятельности, пути передвижения под или над кожными покровами, цикл размножения мнимых паразитов и др.).

➤ Хроническое течение. Длительность существования бреда составляет в среднем 2–4 года, по данным Мунго А. [1980] – от 2 мес до 20 лет; по нашим данным – от 4 месяцев до 15 лет.

➤ Бредовое поведение, реализуемое одновременно в нескольких направлениях.

Сбор, презентация, требование микроскопического исследования «вещественных доказательств» существования насекомых. Частицы эпителия, ворсинки, катышки, заполняющие спичечные коробки, пузырьки или другие емкости (симптом «спичечного коробка») больные представляют в лаборатории как личинки, яйца или продукты жизнедеятельности паразитов.

«Борьба» с паразитами – обращение в медицинские учреждения к дерматологам и паразитологам, в санэпидстанции, а также в ветеринарные лечебницы с просьбой вылечить от предполагаемых паразитов домашних животных; разработка способов дезинфекции, «вытравливания» насекомых из организма, разработка методов самолечения, включающих использование едких жидкостей, дихлофоса, керосина, горчицы, куриного помета и др.

«Защита» окружающих от возможного заражения паразитами (ограничение контактов с родственниками, отдельная посуда, кипячение белья, химическая обработка одежды).

Высокая частота индуцированного дерматозойного бреда – от 5 до 25% родственников либо убеждены в наличии инвазии у пациента, что сопровождается совместным посещением медицинских учреждений и требованиями проведения повторных диагностических процедур, либо обнаруживают у себя симптомы,

схожие с «проявлениями болезни» у индуктора. В ряду параноидальных состояний зоопатический бред ближе всего стоит к инволюционной паранойе – пресенильный дерматозойный бред Экбома. В этом аспекте достаточно указать на такие совпадающие с клиническими проявлениями инволюционных параноидов особенности психопатологической структуры зоопатического бреда, как «малый размах», обыденность содержания, сочетание с бредовыми иллюзиями. Необходимо подчеркнуть также отсутствие в спектре денотативного комплекса зоопатического бреда идей преследования, преднамеренного причинения вреда. Такого рода экологический характер бреда – одно из типичных проявлений инволюционных психозов.

Список литературы

Основная литература:

1. Дороженок И.Ю. Психические расстройства в дерматологической практике / Дороженок И.Ю., Львов А.Н. – Москва, 2006. – С. 25.
2. Руководство для врачей Клиническая дерматовенерология. Под редакцией Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2009.– Т.2. – С. 5–23.

Дополнительная литература:

1. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – 11. – С. 4–13
2. Koblentz C.S. Psychocutaneous disease. Orlando: Grune & Stratton. – 1987. – Vol.77–P.117.
3. Freudenmann R. Der "Dermatozoenwahn". Eine aktuelle Übersicht // Fortschr. Neurol. Psychiat. – 2002. – Vol. 70. – P. 531–541.
4. Gupta M., Gupta A. Psychodermatology: An update // J. of the American Academy of Dermatol. – 1996. – Vol. 34. – N 6. – P. 1030–1046.
5. Musalek M., Bach V, Passweg V. et al. The Position of Delusional Parasitosis in Psychiatric Nosology and Classification // Psychopathology. – 1990. – Vol. 23. –P. 115–124.

Контрольные вопросы.

1. Что представляет собой соматопсихоз?
2. Какова нозологическая принадлежность дерматозойного бреда?
3. Характерное поведение больных с воображаемой инфекцией при дерматозойном (зоопатическом) бреде.
4. Как проявляется аутохтонная манифестация?
5. Как проявляется монотематичность?
6. Как проявляется тенденция к систематизации?
7. В каких случаях можно заболевание приобретает хроническое течение?

8. Как проявляется бредовое поведение?

ИСТЕРИЧЕСКАЯ, НЕВРОТИЧЕСКАЯ И СВЕРХЦЕННАЯ ИПОХОНДРИЯ, СОПРОВОЖДАЕМАЯ АУТОДЕСТРУКТИВНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ

Патомимия (от греч. pathos – страдание, болезнь; mimia – подражание, изображение) – искусственный (артифициальный) дерматит, возникающий вследствие нанесения самоповреждений кожи и ее придатков.

В психиатрии понятие «патомимия» отождествляют с синдромом Мюнхгаузена, характеризуемым намеренно драматическими и неправдоподобными жалобами на мнимые соматические заболевания и подразумевающим умышленную имитацию симптомов острого хирургического, гематологического, неврологического, кардиологического, а также кожного заболевания путем нанесения самоповреждений. В МКБ–10 патомимия включена в рубрику F6 (расстройства личности и поведения в зрелом возрасте), в подрубрику F68.1 – умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности физического или психологического характера (поддельное нарушение).

В дерматологии патомимию традиционно трактуют в более широких рамках. Этим понятием объединяют всю группу искусственных повреждений кожи и ее придатков, наносимых самим больным как с умыслом, так и без, вследствие имеющегося у него психического расстройства. Это механические дерматозы, поражения кожи при бредовых расстройствах, дерматофобии/мании и др. – self-inflicted and delusional dermatoses. В отечественной дерматологии термином «патомимия» обозначают все кожные аутодеструктивные проявления, маскирующие относимые к различным нозологическим группам первичные психические расстройства.

Причудливые, геометрически неправильные очертания высыпаний, их линейный, многоугольный характер, различный размер элементов – наиболее достоверные критерии дерматологической диагностики патомимии. Очаги

поражения локализируются в подавляющем большинстве случаев на областях кожного покрова, которые доступны для воздействия самому пациенту (лицо, предплечья, верхняя треть спины и др.). Хотя подобные повреждения носят подчас выраженный характер, пациенты чаще всего отрицают факт аутоагрессии.

В рамках психопатологической квалификации расстройств, объединяемых понятием «патомимия», рассматривают психопатические состояния и широкий спектр коморбидной психической патологии: личностные расстройства (психопатии истерического, паранойяльного, шизоидного круга), психогенные диссоциативные расстройства (посттравматические стрессовые расстройства), депрессии, органические заболевания ЦНС, наркомания и токсикомания. Патомимия может быть одним из проявлений шизофренического процесса. В клинической картине в этих случаях на первый план выступают тяжелые формы аутоагрессивного поведения, сопровождаемые гротескными и уродующими самоповреждениями.

Ограниченная (Circumscripta) ипохондрия проявляется идиопатическими болями, сенестопатиями с синдромом сверхценной одержимости [Смулевич А.Б., 1987]. Телесные ощущения возникают в топографически ограниченной зоне, сопровождаются побуждением (на уровне одержимости) к их элиминации – самоповреждению, самоувечью (коэнестезиопатическая паранойя). Патологические телесные сенсации (нестерпимая боль, жжение и др.) локализованы в определенном участке кожи (наружный угол верхнего века, нижняя часть левой щеки). Пытаясь избавиться от мучительных ощущений, пациенты наносят себе серьезные повреждения, зачастую требующие последующей хирургической коррекции.

При ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями наблюдаются причудливые, геометрически неправильные очертания высыпаний, их линейный, многоугольный характер, различный размер элементов являются наиболее достоверным критерием; локализация: на доступных участках кожного

покрова (лицо, предплечья, верхняя треть спины и др.); больные чаще всего отрицают факт аутоагрессии; может быть одним из проявлений шизофрении.

Список литературы

Основная литература:

1. Дороженок И.Ю. Психические расстройства в дерматологической практике / Дороженок И.Ю., Львов А.Н. – Москва, 2006. – С. 25.
2. Руководство для врачей Клиническая дерматовенерология. Под редакцией Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2009.– Т.2. – С. 5–23.

Дополнительная литература:

1. Смудевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – 11. – С. 4–13
2. Koblenzer C.S. Dermatitis artefacta: clinical features and approaches to treatment. Am J Clin Dermatol. – 2000. – Vol.1. – P.47–55.
3. Koo J.Y. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. Cur Prob Dermatol. – 1995. - Vol.6. – P.204–232.
4. Gupta M., Gupta A. Psychodermatology: An update // J. of the American Academy of Dermatol. – 1996. – Vol. 34. – N 6. – P. 1030–1046.

Контрольные вопросы.

1. Что представляет собой патомимия?
2. Каков спектр коморбидной психической патологии при патомимии?
3. Как проявляется ограниченная ипохондрия?
4. В какую рубрику МКБ–10 включена патомимия?
5. Какие клинические проявления встречаются у пациентов патомимией?

ОБСЕССИВНО–КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА С САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

Невротические эксориации, психогенные эксориации – компульсивные повторные действия, сопровождаемые самоповреждениями, расчесами, которым нередко предшествуют сенсорные феномены (ощущения дискомфорта, зуда кожных покровов). Стремление к повторному расчесыванию, удалению несуществующих элементов сыпи приводит к образованию на фоне прежде неизменной кожи лица, верхнего плечевого пояса, разгибательной поверхности плеч и предплечий свежих эксориаций, постепенно эволюционно

регрессирующих с образованием поверхностных или более глубоких рубчиков. В отличие от пациентов, обнаруживающих признаки патомимии, страдающие невротическими эксфолиациями, как правило, эгодистонны в отношении obsessions; они не только рассматривают в качестве причины повреждений собственные действия, но и осознают их патологический характер. По данным многих авторов, среди пациентов с невротическими эксфолиациями наиболее часто обнаруживают obsessive–compulsive расстройства, сверхценные образования (ипохондрия красоты), депрессивные эпизоды, тревожные расстройства.

Невротические эксфолиации характеризуются навязчивыми (компульсивными) повторными действиями, сопровождающимися самоповреждениями, расчесываниями, которым предшествуют ощущения дискомфорта, зуда. При классической картине невротических эксфолиаций визуализируются как "свежие", глубокие эксфолиации, так и "штампованные" рубцы, сгруппированные на участках кожного покрова, доступных для саморасчесов. В отличие от патомимии – больные признают в качестве причины повреждения свои действия и осознают их патологический характер.

Расчесыванию нередко предшествует визуальный осмотр или прикосновение к коже. Чаще больные наносят самоповреждения в вечернее время, после стрессовых ситуаций, в ряде случаев «машинально» в дневное время. Пациенты расчесывают себя ногтями, щипают или сдавливают кожу, некоторые используют для этого булавки, бритвенные лезвия, пинцеты, ножи и другие инструменты. Вслед за этапом самоповреждений, когда кожа сильно расчесана и содраны все корки, наступает этап временного облегчения, внутреннего удовлетворения. Затем неизбежно вновь следует нарастание дискомфорта, недовольства состоянием кожи, нарастание чувства отвращения. Больные чаще всего предпринимают малоэффективные попытки предотвратить или остановить расчесывание, некоторые из них коротко стригут ногти, надевают перчатки, напальчники.

Эксорирированные акне отличаются от невротических эксориаций тем, что сопровождаемые аутодеструктивными действиями компульсии проявляются не на субстрате здоровой кожи, а формируются на фоне дискомфорта, связанного с реально существующим заболеванием – акне, при этом вторичные элементы превалируют в клинической практике.

Необходимо отметить, что для всех форм эксориаций характерен порочный круг – компульсивный ритуальный цикл «зуд–расчесы». Продолжительные расчесывания ведут к стойким деструктивным изменениям кожного покрова, повышению в этих местах кожной чувствительности к внешним раздражителям. Эрозивные и эксориативные элементы сами по себе могут сопровождаться зудом, жжением, т.е. к психопатологическим стимулам расчесывания присоединяются соматические.

Трихотилломания – компульсивная аутоэкстракция волос, иногда завершаемая тотальным облысением. В единичных или множественных очагах, имеющих неправильные или линейные очертания, с признаками неполного облысения (обнаруживают жесткие обломанные волосы длиной около 2–3 мм) практически отсутствует воспаление, а также признаки фолликулярного гиперкератоза и рубцовой атрофии. Лишь при упорном зуде обнаруживают очаги лихенизации с эксориациями. Гистологически выявляют как здоровые неизмененные, так и пораженные волосяные фолликулы (атрофия фолликула или отделение фолликулярного эпителия от окружающей соединительной ткани в сочетании с множественными интраэпителиальными и парафолликулярными абсцессами). При исследовании корней волос выявляют лишь небольшое количество (около 5%) телогеновых волос или полное их отсутствие, тогда как при других видах алопеции их число возрастает до 20–30%. Несмотря на наличие этих дерматологических признаков, более чем половине больных при первом обращении ставят диагноз гнездной алопеции, особенно при аутоэкстракции волос бровей и ресниц.

Онихофагия и онихотилломания – компульсивные повторные действия с деструкцией ногтей путем обкусывания, с помощью механических предметов

(ножницы, кусачки и др.) либо с помощью ногтей других пальцев, что обуславливает развитие хронической паронихии или микронихии, обычно первого пальца кисти. При навязчивом надавливании на середину ногтя скользящими движениями других ногтей той же руки формируются типичные срединные борозды, имитирующие различные ониходистрофии (срединные борозды и т. д.).

Хейлофагия – навязчивое облизывание или прикусывание красной каймы губ, характеризующееся развитием искусственного хейлита с преимущественно прямолинейным расположением трещин, гиперемией, небольшой инфильтрацией.

Список литературы

Основная литература:

1. Дороженко И.Ю. Психические расстройства в дерматологической практике / Дороженко И.Ю., Львов А.Н. – Москва, 2006. – С. 25.
2. Руководство для врачей Клиническая дерматовенерология. Под редакцией Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2009. – Т.2. – С. 5–23.

Дополнительная литература:

1. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – 11. – С. 4–13
2. Koblenzer C.S. Dermatitis artefacta: clinical features and approaches to treatment. Am J Clin Dermatol. – 2000. – Vol.1. – P.47–55.
3. Коо J.Y. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. Cur Prob Dermatol. – 1995. - Vol.6. – P.204–232.
4. Gupta M., Gupta A. The psychological comorbidity in acne // Clinics in Dermatol. — 2001. – Vol. 19 – P. 360–363.
5. Harris B.A., Sherertz E.F., Flowers F.P. Improvement of chronic neurotic excoriations with oral doxepin therapy. Int J Dermatol. – 1987. – Vol.26. – P. 541.
6. Stein D.J., Mullen L., Islam M.N., Cohen L., DeCaria C.M., Hollander E. Compulsive and impulsive symptomatology in trichotillomania. Psychopathology. – 1995. – Vol. 28. – P. 208–213.

Контрольные вопросы.

1. Что представляют собой невротические эксфолиации?
2. Как характеризуется невротические эксфолиации?
3. Как проявляется эксфолиированные акне?
4. Как проявляется трихотилломания?
5. Как проявляются онихофагия и онихотилломания?
6. Что представляет собой хейлофагия?

ДИСМОРФОФОБИЯ/ДИСМОРФОМАНИЯ

Дисморфофобия/дисморфомания – психическое расстройство с доминированием идеи мнимого физического недостатка, в том числе связанной с кожными покровами. Нередко выступает в коморбидности с ипохондрией красоты и носит сверхценный характер.

Термин «дисморфофобия» включает широкий круг психопатологических расстройств, не всегда сводимый к фобиям в традиционном понимании. Термином «дисморфомания» обозначают идеи мнимой физической неполноценности, достигающие уровня бредового расстройства.

Дисморфофобия/дисморфомания проявляется чрезмерной озабоченностью малозначимыми дерматологическими аномалиями (морщины, избыточное оволосение лица, выпадение волос, шрамы, следы сосудов, бледность или краснота лица). Дисморфофобия нередко сопровождается целым рядом компульсивных («защитных») действий – повторный контроль перед зеркалом, многократное причёсывание, удаление и выдергивание волос, выдавливание угрей, ритуализованное наложение макияжа и др. Явления дисморфофобии нередко перекрываются аффективными расстройствами депрессивного круга. В клинической картине подавленность сочетается с суицидальными идеями, денотат депрессии (доминирующие представления) включает кататимный комплекс мнимого дефекта кожи.

Диагностические критерии:

- Общие диагностические критерии F45.
- Постоянная озабоченность возможностью или наличием тяжёлого прогрессирующего заболевания физической природы или уродства.
- Нормальные ощущения интерпретируются больным как признаки заболевания.
- Внимание как правило сконцентрировано на одном – двух органах или системах организма

➤ Нередки попытки манипулирования в семье или иных социальных сферах, используя декларируемые расстройства.

➤ В ряде случаев на первом плане состояния – стремления к преодолению недуга путём подбора оздоровительных мероприятий, щадящего режима, и самолечения (сверхценная ипохондрия)

➤ Озабоченность предполагаемым дефектом по внешности и внутреннего состояния. Если небольшая физическая аномалия и присутствует, то ей уделяется чрезмерное внимание.

➤ Озабоченность вызывает выраженное страдание или ухудшение в социальной, профессиональной, или другой важной области функционирования.

➤ Озабоченность не может быть объяснена другим расстройством психики (например, неудовлетворённость формой и массой тела при анорексии)

Основные симптомы. Существует множество распространённых симптомов и поведений, связанных с дисморфобией. Часто эти симптомы и поведения определяются природой кажущихся недостатков у страдающих дисморфобией. Например, использование косметики наиболее распространено у лиц с кажущимися дефектами кожи, следовательно, многие страдающие дисморфобией будут демонстрировать только несколько общих симптомов и поведений.

Симптом зеркала – пациенты постоянно смотрятся в зеркало и другие отражающие поверхности, стараясь найти выгодный ракурс, в котором предполагаемый дефект не виден, и определить, какая именно коррекция «недостатка» необходима.

Симптом фотографии – категорический отказ фотографироваться под разными предложениями, на самом деле страх того, что фото «увековечит уродство», выбрасывание из дома зеркал.

➤ Попытка скрывать предполагаемый дефект: например, используя косметику, нося мешковатую одежду и шляпы.

➤ Чрезмерный уход за внешностью: чистка кожи, причёсывание волос, выщипывание бровей, бритьё, и так далее.

- Навязчивое касание кожи, для ощупывания «дефекта».
- Выспрашивание родственников о «дефекте».
- Излишнее увлечение диетами и физическими упражнениями.
- Социальная депривация и коморбидная депрессия.
- Отказ совсем выходить из дома или выход только в определённое время, например, ночью.
- Сниженная учебная деятельность (проблемы с оценками, проблемы с посещаемостью школы/колледжа)
- Проблемы с начинанием и поддержкой отношений – дружеских и личных.
- Злоупотребление алкоголем и/или лекарствами (часто как попытка самолечения)
- Тревога; возможные панические атаки.
- Симптомы глубокой депрессии.
- Постоянное низкое самоуважение.
- Суицидальное мышление.
- Социальное удаление и удаление от семьи, социальная фобия, одиночество и социальная изолированность.
- Зависимость от других, например от партнёра, друга или родителей.
- Неспособность работать.
- Неспособность сосредотачиваться на работе из-за озабоченности своим видом.
- Ощущение неловкости в обществе, подозрения, что другие замечают «дефект» и дразнят его.
- Сравнение своего внешнего вида или отдельных частей тела с кумиром, указание на это родственникам.
- Использование методов отвлечения: попытка отвлечь внимание от «дефекта», нося экстравагантную одежду или бросающиеся в глаза драгоценности.

➤ Навязчивый поиск информации: чтение книг, газетных статей и вебсайтов, который имеет отношение к «дефекту» (например: облысение или диета и упражнения).

➤ Желание исправить дефект с помощью пластической хирургии, многократные пластические операции, которые не приносят желаемого удовлетворения.

➤ В крайних случаях, пациенты попытались сами сделать себе пластику или вставить импланты. Возможны попытки удалить «дефект» самостоятельно, например ножом, когда в роли дефекта выступает родимое пятно или другая особенность нормальной кожи

Особенности характера/личностные свойства. Определённые черты личности могут сделать более вероятным развитие БДД. Личностные черты, которые, как было предположено, являются способствующими факторами, включают в себя:

- Перфекционизм
- Застенчивость
- Интроверсия
- Чувствительность к неприятию/отвержению или критике.
- Неуверенность
- Избегающие черты личности/неконтактность.
- Невротическое состояние/невроз

Так как личностные свойства у людей с дисморфобией варьируются достаточно значительно, маловероятно, что они являются прямыми причинами дисморфобии. Однако, как и в случае с психологическими факторами и факторами окружающей среды, они могут действовать как спусковые крючки для тех людей, которые уже имеет генетическую предрасположенность к развитию расстройства.

Потеря трудоспособности. Встречаются как лёгкие формы болезни, так и тяжёлые, приводящие к нарушению социального функционирования и невозможности выполнять профессиональные обязанности. Близкие и

служивцы также страдают от проявлений болезни. Большую часть времени они находятся в подавленном настроении.

Прогноз. Большинство пациентов перед обращением к психологу или психиатру неоднократно обращаются к дерматологам и пластическим хирургам, однако это не приносит им облегчения. При своевременном и адекватном лечении прогноз благоприятный для большинства больных, у части больных отмечаются рецидивы, у части больных заболевание характеризуется хроническим течением. При отсутствии лечения симптомы болезни сохраняются.

Список литературы

Основная литература:

1. Дороженок И.Ю. Психические расстройства в дерматологической практике / Дороженок И.Ю., Львов А.Н. – Москва, 2006. – С. 25.
2. Руководство для врачей Клиническая дерматовенерология. Под редакцией Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2009.– Т.2. – С. 5–23.

Дополнительная литература:

1. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – 11. – С. 4–13
2. Phillips K.A., Taub S.L. Skin picking as a symptom of body dysmorphic disorder. Psychopharmacol Bull. – 1995. - Vol.31. – P. 279–288.
3. Коо J.Y. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. Cur Prob Dermatol. – 1995. - Vol.6. – P.204–232.
4. Phillips K., Dufresne R. Jr., Wilkel C. et al. Rate of Body Dysmorphic Disorder in Dermatology Patients //J. Am. Acad. Dermatol. – 2000. – Vol. 42. – P. 436–441.
5. Gupta M., Gupta A. Psychodermatology: An update //J. of the American Academy of Dermatol. – 1996. – Vol. 34. – N 6. – P. 1030–1046.

Контрольные вопросы.

1. Что представляют собой дисморфофобия и дисморфомания?
2. Каковы диагностические критерии дисморфофобии?
3. Перечислите основные симптомы дисморфофобии?
4. Как проявляются симптом зеркала и симптом фотографии у больных дисморфофобией?
5. Какие особенности характера и личностные свойства встречаются у больных дисморфофобией?
6. Каков прогноз у пациентов дисморфофобией?

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СПРОВОЦИРОВАННЫЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Психические расстройства, спровоцированные дерматологической патологией возникают при хронических рецидивирующих дерматозах (20–30% наблюдений), чаще у молодых женщин. У таких пациентов даже стертые проявления являются поводом для обращения к дерматологу, представителям нетрадиционной медицины; наблюдается склонность к драматизации, многообразию жалоб, регистрация малейших изменений в структуре кожных высыпаний, чувство безнадежности, суицидальный шантаж медперсонала и родственников.

Нозогенные реакции возникают при дерматозах, носящих рецидивирующий, остро зудящий характер (атопический дерматит, экзема и др.). У таких пациентов большое значение приобретает локализация высыпаний – «интимная» (генитальный герпес), на коже лица и открытых частей тела или волосистой части головы (псориаз, розацеа, гнездная алопеция, угревая болезнь, витилиго); с тяжелым течением дерматоза сопряжена большая частота и тяжесть нозогений. Структура личности – патохарактерологические девиации истерического, шизоидного и психастенического круга; наблюдаются врожденные, либо приобретенные патохарактерологические свойства как акцентуированная чувствительность (обостренная чувствительность), ранимость в интерперсональных отношениях; врожденные невропатические стигмы, проявляющиеся склонностью к кожным реакциям (зуд, покраснение), обнаруживающимся даже при незначительных стрессорных ситуациях.

Наиболее высок процент коморбидности кожной патологии с патологией депрессивного спектра, тревожными расстройствами и расстройствами личности.

В целом ряде случаев аффективные расстройства формируют тесные, реализующиеся на симптоматологическом уровне, коморбидные связи с проявлениями кожной патологии. При этом кожные симптомы (гипергидроз и

др.) могут выступать либо как составная часть вегетативного симптомокомплекса депрессии, либо как реакция кожи, развивающаяся в связи с выраженной и длительной гипотимией (трофические расстройства с феноменами "старения" кожных покровов, очаговые гиперхромии, изменения фактуры и цвета волос, помутнение и истончение ногтевых пластинок). Такие формы депрессии, как дистимия и рекуррентное депрессивное расстройство, не обнаруживают явных взаимосвязей с дебютом и ремиссией дерматоза. Соответственно проявления психической и дерматологической патологии в этих случаях перекрываются чаще всего лишь по случайному признаку (совпадают во времени). Однако даже незначительно выраженная депрессия существенно утяжеляет течение кожного заболевания, продлевает сроки пребывания больных в стационаре, негативно влияет на качество жизни. Депрессии являются одним из факторов хронификации зудящих дерматозов, понижают порог зуда и приводят к запуску цикла зуд–расчёсывание. Соответственно усиливаются объективные и субъективные проявления кожного заболевания, нарушается привычный образ жизни пациента, ограничиваются возможности его профессиональной деятельности. При депрессивных реакциях наблюдается преобладание тревожной (соматизированная тревога), ипохондрической и истерической симптоматики; аффективная патология чаще всего ограничена депрессиями легкого уровня; гипотимия (сниженное настроение, плаксивость, раздражительность, плохой сон) сопряжена с идеями физического недостатка – косметического дефекта (обезображенности кожи лица и открытых частей тела); тревожные опасения по поводу исхода заболевания, страх пожизненного уродства, сопряженный с чувством безнадежности; стойкая фиксация на телесных ощущениях (зуд, жжение, стягивание кожи), регистрация малейших изменений в структуре кожных высыпаний, тщательный анализ результатов терапевтических мероприятий, как правило, завершающийся их пессимистической оценкой (ипохондрическая депрессия); склонность к драматизации ситуации, многообразии жалоб, сопровождающихся необычными

для дерматологической патологии телесными ощущениями (истерическая депрессия).

Реакции с выявлением социофобий и сенситивных идей отношения сопровождаются болезненным восприятием косметического дефекта, идеями неполноценности; обостренная стеснительность, связанная с утратой внешней привлекательности, и избегающее поведение; в более тяжелых случаях в клинической картине психогении, наряду с социофобией, выступают и сенситивные идеи отношения.

При патологическом развитии личности выявляются паранойяльно ипохондрические типы развития (робость, стеснительность, комплекс собственной неполноценности); сенситивные типы развития (доминирует пессимистическое восприятие кожного заболевания, гипертрофированная оценка связанного с ним косметического дефекта, идеи отношения, сочетающиеся со стремлением скрыть любой ценой проявления дерматологической патологии); экспансивно шизоидные типы развития (определяется стремлением, при формальном признании хронического дерматоза, к гиперадаптации, сопровождающимся включением лечебных мероприятий, связанных с болезнью, в круг повседневных бытовых обязанностей).

Нозогенные (психогенные) реакции обусловлены психотравмирующим воздействием соматического заболевания, связанным с субъективно тяжелыми проявлениями болезни, распространенными в населении представлениями об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность.

Нозогенные реакции чаще всего возникают при рецидивирующих, остро зудящих дерматозах (атопический дерматит, экзема). Большое значение приобретает локализация высыпаний: «интимная» – генитальный герпес, кожа лица и открытых частей тела или волосистая часть головы (псориаз, розацеа, гнездная алопеция, угревая болезнь, витилиго). В исследовании дерматологических больных А. Picardi и соавт. [2001] в 20,6% случаев выявили

психические расстройства, причем наибольшую долю составили женщины с преимущественным поражением кожи открытых участков тела.

Имеет значение острота возникновения высыпаний, их распространенность, тенденция к диссеминации, выраженность гиперемии и др. В соответствии с явлениями психосоматического параллелизма, с тяжелым течением дерматоза сопряжена большая частота и тяжесть нозогений. В противоположность многим дерматозам степень выраженности нозогенных реакций при акне зачастую не коррелирует с тяжестью кожного процесса. Нозогенную депрессию у пациентов с вульгарными угрями диагностируют даже чаще, чем у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями кожи. При этом часто речь идет о стертых формах депрессии, в том числе и маскированных, т.е. о синдромах, не достигающих полной психопатологической завершенности.

Значительная роль в формировании нозогенных реакций принадлежит структуре личности. В ряду конституциональных аномалий, предрасполагающих к манифестации психогений, преобладают патохарактерологические девиации истерического, шизоидного и психастенического круга.

Первостепенную роль играет выступающая в рамках расстройств личности акцентуация на проблемах красоты и совершенства собственного внешнего облика. При дерматитах, поражающих открытые участки кожи, такого рода акцентуация амплифицируется, приобретая характер кататимного комплекса. Значительный вклад в формирование нозогений вносят такие врожденные или нажитые патохарактерологические свойства, как акцентуированная сенситивность, обостренная чувствительность, ранимость в межличностных отношениях. Большое значение приобретают и врожденные невропатические стигмы, проявляющиеся склонностью к кожным реакциям, обнаруживаемым даже при незначительных стрессовых воздействиях.

Наиболее уязвима в плане нозогенных реакций категория больных – молодые женщины с расстройствами личности драматического круга. Угроза потери внешней привлекательности сопряжена в этих случаях с формированием затяжных гипотимических состояний, нередко осложняемых суицидальными

попытками. Болезненно переносят наличие косметического дефекта и пациенты с акцентуацией по нарциссическому типу. Даже субсиндромальные проявления кожного заболевания становятся в этих случаях поводом для обращения к дерматологу, а зачастую и к представителям нетрадиционной медицины (экстрасенсы, народные целители).

Существует ряд исследований, в которых рассматриваются нозогений при различных дерматозах. S. Mattoo и соавт. [2002] установили, что при витилиго чаще встречаются расстройства адаптации (75%), депрессии (18%), а для атопического дерматита, по данным J. Linnet и G. Jemes [1999], типичны тревожные расстройства.

При нозогениях, наблюдаемых в дерматологической клинике (по данным изучения выборки из 33 больных хроническими дерматозами фациальной локализации – розацеа, себорейный дерматит), преобладают депрессивные реакции, а также реакции с выявлением социофобий и сенситивных идей отношения.

При психологическом исследовании личностный опросник института имени В.М. Бехтерева, опросник атрибуции заболевания/выздоровления, минисотский многофакторный опросник (ММПИ), дерматологический индекс качества жизни. Торонтская алекситимическая шкала у пациентов изученной выборки выявлены доминирующие психологические типы реагирования:

- тревожно–невротический (58% больных) – характеризуется восприятием кожных высыпаний как мешающего в повседневной жизни физического дефекта;
- сенситивный (42%) – характеризуется стремлением избавиться от косметических дефектов.

Тревожно–невротический тип реагирования формируется при наличии у больных алекситимии (69% больных розацеа, 40% больных себорейным дерматитом), психологических защит в виде подавления и регрессии.

Сенситивный тип реагирования формируется при наличии алекситимии (у 31% больных розацеа, 60% больных себорейным дерматитом), психологических защит в виде отрицания, компенсации, регрессии и реактивного образования.

Максимально выраженными у больных изученной выборки оказались такие виды психологической защиты, как отрицание (86,4%), подавление (81,8%), регрессия (77,3%), интеллектуализация (77,3%), реактивное образование (90,9%). У пациентов отмечено снижение качества жизни за счет проблем в коммуникативной, профессиональной и сексуальной сферах (средний показатель дерматологического индекса качества жизни составил 16,5 баллов из 30 возможных, больные субъективно оценивали свое состояние как среднетяжелое).

Депрессивные реакции протекают с преобладанием тревожной (соматизированная тревога), ипохондрической и истерической симптоматики. В психологическом исследовании у пациентов с розацеа и себорейным дерматитом выявлены такие механизмы соматизации тревоги, как вытеснение и формирование демонстративных форм поведения.

Аффективная патология чаще всего ограничена депрессиями легкого уровня. Гипотимия (сниженное настроение, плаксивость, раздражительность, плохой сон) сопряжена с идеями физического недостатка, косметического дефекта (обезображенность кожи лица и открытых частей тела). На первом плане тревожные опасения по поводу исхода заболевания, страх пожизненного уродства, сопряженный с чувством безнадежности (тревожная депрессия). Характерна стойкая фиксация на телесных ощущениях (зуд, жжение, стягивание кожи), регистрация малейших изменений в структуре кожных высыпаний, тщательный анализ результатов терапевтических мероприятий, как правило, завершающийся их пессимистической оценкой (ипохондрическая депрессия).

Клинические проявления истерической депрессии отличает склонность к драматизации ситуации, многообразии жалоб, сопровождаемых необычными для дерматологической патологии телесными ощущениями (истероалгии, телесные фантазии) и конверсионными расстройствами. Наблюдается экзальтация психопатических девиаций, реализуемая попытками манипулировать родственниками или медицинским персоналом, а также суицидальным шантажом.

Реакции с явлениями социофобии и сенситивных идей отношения сопровождаются болезненным восприятием косметического дефекта, идеями неполно-

ценности. На первом плане – обостренная стеснительность, связанная с утратой внешней привлекательности, и избегающее поведение. Круг общения ограничен ближайшими родственниками, уже привыкшими, в представлении больных, к обусловленным кожными высыпаниями изменениям внешнего облика. При необходимости появиться на людях возникает выраженный дискомфорт, усиливается социофобия, нарастает тревога, неуверенность в себе. Больные разными путями предпринимают попытки скрыть изъяны кожных покровов (постоянное ношение головного убора в случаях алопеции; темные очки, использование тонального крема или пудры).

В более тяжелых случаях в клинической картине психогении наряду с социофобией наблюдают чувствительные идеи отношения. Распространенные эритематозные высыпания, расчесы, корки, сыпающиеся с поверхности очагов чешуйки. Участки алопеции больные расценивают не только как собственное «уродство», но и как дефект, неприятный для окружающих. Появляясь на публике, пациенты замечают «изменившееся», «презрительное» отношение к себе. В обществе незнакомых людей ловят на себе «брезгливые» взгляды, на работе обращают внимание на «избегающее поведение» сотрудников («обходят стороной, не подают руки, отворачиваются»).

Патологическое развитие личности

В некоторых случаях, когда кожное заболевание приобретает затяжное или хроническое течение, формируется патологическое развитие личности. Среди дерматологических больных преобладают паранойяльно-ипохондрический, чувствительный, а также экспансивно-шизоидный типы развития.

Почвой для патологического развития наряду с перманентным психотравмирующим фактором (кожное заболевание) выступает конституциональная предрасположенность. Среди преморбидных патохарактерологических свойств личности преобладают паранойяльные и шизоидные. На первый план при паранойяльно-ипохондрическом развитии выступают акцентуации нарциссического типа (завышенная самооценка, сверхценное отношение к собственной внешности, особенно состоянию кожи), в

случаях сенситивного развития – акцентуации сенситивного типа (робость, стеснительность, комплекс собственной неполноценности). Распространены также акцентуации экспансивного типа с настойчивостью и гиперактивностью при эмоциональной нивелированности.

По мере углубления патохарактерологических свойств (паранойяльно–ипохондрическое развитие) нарастает озабоченность состоянием здоровья, приобретающая характер сверхценных образований. На первый план выходят требования все новых обследований, эффективных методов лечения. Не удовлетворяясь результатами медицинских мероприятий, больные переходят от одного врача к другому, зачастую прибегают к самолечению, еще более усугубляющему течение кожного заболевания: обрабатывают кожу раздражающими жидкостями (спирт, концентрированный раствор марганца), изнуряют себя диетами. Наряду с этим постепенно изменяется весь образ жизни, пациенты выбирают виды деятельности, которые, по их мнению, не осложняют дерматологическую патологию, устанавливают в семье правила, направленные на поддержание щадящего режима.

При сенситивном развитии доминирует пессимистическое восприятие кожного заболевания, гипертрофированная оценка связанного с ним косметического дефекта, идеи отношения в сочетании со стремлением скрыть любой ценой проявления дерматологической патологии. Пациенты становятся постоянными клиентами косметологических кабинетов, перестают носить одежду красных тонов, чтобы не подчеркивать гиперемии кожных покровов, затемняют лицо полями шляпы. Постепенно на первый план выступает избегающее поведения. В далеко зашедших случаях пациенты полностью меняют образ жизни, сужают круг общения, стыдясь появляться на людях, увольняются с работы, некоторые отказываются даже от контактов с близкими родственниками.

Для экспансивно–шизоидного развития характерно стремление (при формальном признании хронического дерматоза) к гиперадаптации, включению

связанных с болезнью лечебных мероприятий в круг повседневных бытовых обязанностей.

Список литературы

Основная литература:

1. Дороженок И.Ю. Психические расстройства в дерматологической практике // Дороженок И.Ю., Львов А.Н. – Москва, 2006. – С. 25.
2. Руководство для врачей Клиническая дерматовенерология. Под редакцией Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2009.– Т.2. – С. 5–23.

Дополнительная литература:

1. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – 11. – С. 4–13
2. Смулевич А.Б. Психосоматическая медицина // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Том 2. – №1. – С. 4–10.
3. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. // МИА. – 2003. – 429 с.
4. Дороженок И.Ю., Львов А.Н. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр // Вестн. дерматол. и венерол. – 2009. – № 4. – С. 35 – 41.
5. Раева Т.В., Ишутина Н.П. Диагностика и лечение депрессивных расстройств у больных с хроническими дерматозами // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Том 8. № 4. – С. 31–34.
6. Griesemer R.D. Emotionally triggered disease in a dermatology practice. Psychiatr Ann. – 1998. – Vol.8. – P.49–56.
7. Коо J.Y. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. Cur Prob Dermatol. – 1995. – Vol.6. – P.204–232.
8. Panconesi E., Hautmann G. Psychophysiology of stress in dermatology: the psychobiologic pattern of psychosomatics // Dermatol. Clin. - 1996. - Vol. 14. - P. 399-422.
9. Gupta M., Gupta A. Psychodermatology: An update //J. of the American Academy of Dermatol. – 1996. – Vol. 34. – N 6. – P. 1030–1046.

Контрольные вопросы.

1. Когда возникают психические расстройства, спровоцированные дерматологической патологией?
2. Как проявляются нозогенные реакции?
3. Как формируется тревожно–невротический и сенситивный тип реагирования?
4. Как проявляются депрессивные реакции?
5. Какие особенности клинического проявления истерической депрессии вы знаете?
6. Чем сопровождаются реакции с явлениями социофобии и сенситивных идей отношения?

7. Как проявляется патологическое развитие личности у дерматологических больных?

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ

К этой группе относят целый ряд часто встречаемых хронических кожных заболеваний, в манифестации/экзацербации которых клинически очевидна роль психогенных факторов. Это атопический дерматит, псориаз, экзема, розацеа, вульгарные угри, красный плоский лишай, рецидивирующий герпес, хроническая крапивница, гнездная плешивость, витилиго и др.

Традиционно в интерпретации патогенеза такого рода дерматозов доминировали психологические (психоаналитические) концепции, отражающие так называемое психоцентрическое направление, т.е. постулирующие психогенез как линейную модель формирования психосоматических болезней. Такова концепция вегетативного невроза, связывающая манифестацию психосоматических расстройств с актуализацией бессознательных конфликтов, в том числе и семейных, сформировавшихся в результате ретенции подавленных эмоциональных реакций. Аналогичны концепции ре- и десоматизации, психо-социального стресса, воздействие которого также интерпретируется в качестве основной причины возникновения психосоматических заболеваний.

Данные современных исследований свидетельствуют, что большинство кожных заболеваний, традиционно относимых к психосоматическим (атопический дерматит, псориаз, экзема и др.), в своем развитии имеют генетическую и иммунологическую основу. Психогенные же воздействия выступают в качестве звена в череде последовательных иммунологических событий и приводят к обострению дерматоза лишь в тесной связи с основными факторами патогенеза. В том числе Юсуповой Л.А. [2005] были изучены патогенетические механизмы хронических дерматозов у больных психическими и поведенческими расстройствами и обосновано новое научное направление в психодерматологии.

Вместе с тем детальное изучение патогенеза дерматозов (исследование обмена и функций нейропептидов, во многом предопределяющих течение патофизиологических процессов при atopическом дерматите, псориазе, рецидивирующем простом герпесе и ряде других дерматозов) позволяет объективизировать механизмы психогенного воздействия на кожный процесс и свидетельствует о значимой роли психических травм и неблагоприятных ситуаций в развитии и течении заболеваний, относимых к психосоматическим.

По современным представлениям, при психогенном обострении atopического дерматита в схему иммунного воспалительного ответа включается стресс–индуцированная выработка регуляторных нейротрофинов и нейропептидов. Это приводит к нарушению продукции цитокинов и дисбалансу в системе клеточного иммунитета, провоцирует иммунное воспаление.

При рецидивирующем простом герпесе затяжные гипотимические реакции могут приводить к снижению активности клеток–киллеров и ухудшению клеточно–опосредованных ответных реакций. В результате нарушается иммунологический контроль над процессами репликации и разрушения вирусных частиц.

Ю.К. Скрипкин и соавт. [1999] относят психогенные воздействия на фоне особой «невротической» конституции к основным факторам риска манифестации и экзацербации кожного процесса при atopическом дерматите.

А.Н. Львов [2001] при обследовании 150 пациентов, страдающих atopическим дерматитом, подтвердил роль патогенных воздействий и неблагоприятных ситуаций как факторов, провоцирующих манифестацию (44,0% наблюдений) или экзацербацию (81,3% наблюдений) заболевания. Наблюдалось сочетание нескольких типов психотравмирующих ситуаций. Среди психических травм, обнаруживающих афферентность к дерматологической патологии, значительное место принадлежит необратимым утратам, «ударам судьбы»: смерть или внезапная инвалидизация близких (33,9%), длительная хроническая болезнь родственников, требующая ухода за ними (42,2%). Существенный вклад в формирование atopического дерматита вносят

психогении, возникающие по механизму ключевого переживания: неудачи в общественной жизни или служебной деятельности – снижение доходов семьи, увольнение с работы и др. (47,7%); внутрисемейные и межличностные конфликты, зачастую приводящие к разводам, смене места жительства (58,7%). Таким образом, психогенно спровоцированная манифестация или эксацербация проявлений атопического дерматита, связанная с влиянием социальных и ситуационных факторов, отмечена более чем в половине наблюдений.

Психогенные воздействия при псориазе, приводящие к манифестации или обострению дерматоза, отмечены у 25–60% пациентов [Gupta M. и др., 1998]. Больные псориазом чаще указывают на причинную роль психотравмирующей ситуации, чем пациенты с крапивницей, истинной экземой, гнездовой алопецией и др.

У 25–70% больных розацеа выявляют психотравмы, предшествующие развитию дерматоза. В.П. Адаскевич [2000] указывает на стрессогенную провокацию обострений данного заболевания в 67% случаев.

По данным U. Gieler и соавт. [1995], психогении играют важную роль в развитии гнездовой алопеции (44,7% наблюдений). В исследованиях K. Czubalski, E. Rudzki [1977] показано, что рецидивы при хронической крапивнице провоцировались стрессогенными факторами у 77% пациентов.

При этом латентный период между психогенным воздействием и появлением первых признаков заболевания (зуд, волдыри) может занимать всего лишь несколько минут. Эти наблюдения дают основание некоторым авторам выделять в виде отдельной формы заболевания так называемую психогенную крапивницу. Закономерности развития дерматологических заболеваний, относимых к психосоматическим, в значительной части случаев сопряжены с психической травматизацией (табл. 1).

Следует отметить, что, несмотря на явную зависимость, психогенное воздействие – лишь одно из звеньев центральных механизмов классического патогенеза дерматозов.

Наиболее распространенные психосоматические заболевания в дерматологии по частоте психогенных манифестаций/экзацербаций

Психосоматические дерматозы	Доля психогенных обострений, %	Авторы
Высокая		
Атопический дерматит	40–80	Gieler U., Stangier T., 1995; Елецкий В.Ю., 1986; Остришко В.В. и др., 1998, Юсупова Л.А., 2005
Истинная экзема	50–70	Griesemer A., 1978; Cotterill J.A., 1990; Gieler и., Stangier T., 1995, Юсупова Л.А., 2005
Острая и хроническая рецидивирующая крапивница	50–70	Tress W. и др., 1990; SchaHer C. и др., 1995; Иваново.Л. и др., 1999
Средняя		
Псориаз	25-60	Al'Abadie M.S. и др., 1994; Gupta M., Gupta A.K., 1996, Юсупова Л.А., 2005
Рецидивирующий простой герпес	20–40	Cohen F. и др., 1999
Гнездная алопеция	40–50	Gieler U., Stangier T., 1995; Horing CM., 2002
Розацеа	25–70	Лалаева А.М. и др., 2003; Wilkin J.K., 1983
Низкая		
Вульгарные угри	15–20	KooJ., 1995
Периоральный дерматит	15–20	GrisemerR., 1978
Красный плоский лишай	15–20	Gieler U., Stangier T., 1995
Вульгарные бородавки	15–20	GrisemerR., 1978
Витилиго	15–20	Кошевенко Ю.Н., 1999; Grisemer R., 1978

У больных психосоматическими дерматозами отмечается весь спектр нозогенных реакций, аггравировующих течение болезни. Это происходит вследствие рецидивирующего, резко зудящего характера заболевания (атопический дерматит), его устойчивости к терапии, а также "интимной" (рецидивирующий простой генитальный герпес) или косметически значимой (гнездная алопеция, псориаз, розацеа, витилиго) локализации высыпаний. При

этом кожная симптоматика и провоцируемые ею психогении сами по себе обладают психотравмирующим воздействием, запуская прогрессивное торпидное течение заболевания с образованием новых волн обострений "внутри" рецидива и приводя к формированию так называемого порочного круга.

Таким образом, психические расстройства тесно интегрируются в общую клиническую картину заболеваний кожи. Лечение таких пациентов проводит дерматолог. В комплексной терапии применяют антидепрессанты, психотерапию, суггестивные методы воздействия. По показаниям – консультация и лечение у психиатра. Психотерапевтические методы воздействия являются не только определенной формой и методом терапевтической активности, необходимой в лечении каждого соматического больного, в том числе и с кожными заболеваниями, но и терапевтическим подходом к проблемам патологии, ее обусловленности, механизмам и последствиям, а также методам профилактики, лечения и реабилитации.

Список литературы

Основная литература:

1. Дороженко И.Ю. Психические расстройства в дерматологической практике / Дороженко И.Ю., Львов А.Н. – Москва, 2006. – С. 25.
2. Руководство для врачей Клиническая дерматовенерология. Под редакцией Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2009.– Т.2. – С. 5–23.

Дополнительная литература:

1. Дроженко И.Ю., Львов А.Н. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр // Вестн. дерматол. и венерол. – 2009. – № 4. – С. 35 – 41.
2. Львов А.Н. К вопросу о психосоматических заболеваниях в дерматологии. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – №6. – С. 272–274
3. Миченко А.В., Львов А.Н. Психосоматические аспекты атопического дерматита: классические каноны и новые представления. Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – №4. – С. 118.
5. Юсупова Л.А. Современные аспекты диагностики и фармакотерапии хронических дерматозов у больных с психическими и поведенческими расстройствами / Л.А. Юсупова, Р.Х. Хафизьянова // Монография, Казань: Новое знание, 2005. – 264 с.
6. Mitschenko A.V., Lwow A.N., Kupfer J., Niemeier V. und Gieler. U. Atopic dermatitis and stress? Wie kommen Gefühle in die Haut? // Der Hautarzt. – 2008. – Vol. 59. – №4. – P. 314–318

7. Picardi, Porcelli P., Mazzotti E., Fassone G., Lega I., Ramieri L., Sagoni E., Pasquini P. Alexithymia and global psychosocial functioning: studies in patients with skin disease // Clinical Epidemiology Group, Dermatological Institute IDI-IRCCS, in Rome, Italy. – 2011. – P. 127–131.
8. Gupta M.A., Lanius R.A., Van der Kolk B.A. Psychologic Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Dermatology // Dermatol Clin. – 2008. – № 23. – P. 649 – 656.
9. Harth W., Hermes B., Niemeier V. et al. Clinical pictures and classification of somatoform disorders in dermatology // Eur. J Dermatol. – 2008. – Vol. 16. – №6. – P. 607– 614.

Контрольные вопросы.

1. Какие кожные заболевания относят к психосоматическим?
2. Как проявляются психогенные воздействия у больных псориазом?
3. Как проявляются психогенные воздействия у больных атопическим дерматитом?
4. Как проявляются психогенные воздействия у больных и герпесвирусной инфекцией?
5. Как проявляются психогенные воздействия у больных розацеа?

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Клиническая психодиагностика является областью приложения принципов и методик общей психодиагностики в целях изучения индивидуальных психических особенностей больного, оказывающих существенное влияние на возникновение, течение и исход заболевания. В процессе диагностики изучают структурно–динамические особенности личности, отношение к болезни, механизмы психологической защиты и т.д. Клинический и психологический диагнозы при этом не конкурируют, а предполагают сотрудничество специалистов. В клиническом диагнозе психолог находит сведения о тех или иных расстройствах, которые могут «психологическим путём» повлиять на нарушение поведения, а врач, в свою очередь, учитывает данные, полученные психологом. И врачу, и медицинскому психологу необходимо изучать внутреннюю картину болезни и оптимизировать ее. Значительную роль в формировании внутренней картины болезни, ее прогноза играет тип эмоционального отношения больного к своему заболеванию. Имеют место различные типы этих отношений.

Гипернозогностический тип характеризуется преувеличенной яркостью эмоциональной окраски переживаний, связанных с болезнью. Каждый симптом при этом приобретает большую субъективную значимость, тяжесть заболевания преувеличивается, ожидаемые результаты лечения занижаются.

Гипонозогностический тип отличается пренебрежительным отношением к заболеванию, лечению, прогнозу. Больной может все знать о своей болезни, о ее серьезном прогнозе, но это не вызывает у него тревожных эмоций, беспокойства, хотя в отношении других событий своей жизни он проявляет эмоциональную живость и даже повышенную ранимость. У части таких больных легко образуется неадекватная оптимистическая модель ожидаемых результатов лечения.

Прагматический тип: больной стремится к реальной оценке болезни и прогноза, находится в деловом контакте с врачами, организован при проведении лечебных и профилактических мероприятий.

В основе формирования нозогностических эмоциональных отношений лежат индивидуальные особенности структуры личности. Клиническая психодиагностика включает в себя психологический анамнез, психологическое наблюдение, специальные методы психологического исследования. В сложных случаях некоторых пациентов лечат с помощью электрофизиологических методов исследования (электроэнцефалография, нейрокартография и др.).

Психологический анамнез. Уже при первой встрече с больным в процессе беседы можно получить сведения, характеризующие его как личность, его отношение к самому себе, к болезни, оценку того, насколько болезнь изменила его. При этом важно обратить внимание на то, в какой манере и какими словами больной предъявляет жалобы.

Так, при *эргопатическом типе* отношения (бегство от болезни в работу) больные строго дифференцированно подходят к изложению жалоб, сознательно умаляя значимость некоторых из них, чтобы не возникли препятствия для продолжения трудовой деятельности.

Больные с *ипохондрическим типом* отношения к болезни ищут ситуации, где можно изложить жалобы, а с *апатическим* – уклониться от их предъявления, даже когда это необходимо.

При *сенситивном типе* отношения больные своими жалобами боятся произвести неблагоприятное впечатление, а при *обсессивно-фобическом* страшатся не высказать того, что, по их мнению, способно предотвратить возможно неправильные действия врача.

Больные с *невротическим типом* отношения к болезни предъявляют жалобы часто с несдерживаемым раздражением, а при *паранойальном* – с явным озлоблением на всех и на все.

При *психастенической акцентуации характера* вместо жалоб или вслед за ними от больного часто можно услышать пространные рассуждения о причинах болезни, закономерностях ее течения, нередко служащие для самоуспокоения.

При *астероидной акцентуации характера* обнаруживается претенциозность в изложении жалоб, театральная манера высказывания, излишняя аффектация.

При *эпилептоидной акцентуации характера* больные предъявляют жалобы неторопливо, при этом обнаруживают склонность к детализации, потребность рассказать о подробностях, не имеющих непосредственного отношения к сути дела.

При *сенситивной и шизоидной акцентуации характера* отмечается излишняя сдержанность в предъявлении жалоб. При этом скупость высказываний у первых чаще обусловлена застенчивостью, у вторых – сложившимся собственным представлением о болезни.

В отличие от медицинского анамнеза, когда жалобы пациента служат врачу для суждения об объективных проявлениях болезни, психологический анамнез ставит иную задачу – оценить личность больного как сложившуюся систему отношений и определить влияние на нее заболевания. Собирая жалобы, в первом случае врач стремится направить мысли больного в нужное русло, чтобы подтолкнуть его к важным для диагностики высказываниям. Психолог при выслушивании жалоб должен стремиться к наиболее полному раскрытию

переживаний больного. Ограничивать или активно выправлять ход его мысли при этом не следует, нужно терпеливо выслушивать пациента и побуждать его к дальнейшим высказываниям. Необходимо также помнить о том, что существуют так называемые «открытые» и «закрытые» проблемы внутренней картины болезни. При этом есть проблемы, о которых пациент сам рассказывает и которые могут формироваться и существовать неосознанно, оказывая влияние на поведение больного.

Опрос дополняет выслушивание жалоб в отношении трудовой и семейной, включая личностноинтимную, сфер. При этом следует уточнить, как болезнь сказывается на служебном положении пациента, его отношениях с коллегами, имеются ли опасения в направлении ухудшения рабочего статуса. Сфера семейных отношений может меняться в тех случаях, если заболевание сказывается на семейном статусе больного (развитие «желаемости» болезни). Максимально деликатно нужно выяснить влияние болезни на интимную жизнь пациента. При беседах с молодыми людьми, еще не имеющими своей семьи, необходимо установить, как сказалась болезнь на их отношениях с друзьями, сверстниками противоположного пола. Семейные и интимные отношения должны быть проанализированы на протяжении всей жизни, начиная с семьи и взаимоотношений в ней. Взаимовлияние больного с непосредственным окружением (сослуживцами, соседями, приятелями и знакомыми) также подлежит анализу. Важно оценить, может ли пациент рассчитывать на поддержку и сопереживание за пределами семьи или имеет место полная эмоциональная изоляция.

Следует уточнить понятие объективного психологического анамнеза и психологического катамнеза. Объективный анамнез – опрос лиц, хорошо знающих больного (родных, близких, сослуживцев, соседей, воспитателей). При этом нужно помнить, что опрашиваемые сообщают субъективные факты о больном, иногда стараясь навязать опрашивающему собственную точку зрения. Поэтому объективные данные вырабатывают путем сопоставления опроса самого больного и других лиц. Психологический катамнез – один из методов

верификации психологической диагностики. Осуществляют его путем повторного собирания сведений о больном через определенный промежуток времени (после проведенного лечения, после выписки и т.д.). Различают ближайший (сбор сведений спустя несколько недель или месяцев) и отдаленный катамнез (сбор сведений через годы).

Психологическое наблюдение. Важное место в медицинской психологии занимает наблюдение за поведением больного. Оно фактически сопровождает многие другие методы исследования (сбор анамнеза, проведение тестирования и др.) и позволяет получить о пациенте наиболее полное представление. Вести наблюдение желательно в ситуациях, где могут раскрыться особенности психического состояния пациента и черты его личности: 1) при осмотре больного специалистами, от которых зависит его судьба; 2) у госпитализированных больных – при свидании с родственниками и близкими; 3) при подготовке к проведению ответственных процедур.

Исследователь должен быть беспристрастным при оценке наблюдаемых фактов, проявлении симпатии или антипатии к объекту наблюдения. От него требуется опыт, выработка определенных навыков наблюдательности. Все это способствует успешному решению основных задач психологического наблюдения – определению психического состояния больного и особенности его личности. Следует отметить, что данный способ не исключает ошибок, которых здесь бывает не меньше, чем при других методах психодиагностики. Чаше они случаются в процессе диагностики симуляции и диссимуляции, а также установочного поведения пациента, при котором поставленная цель достигается более искусным путем. Психологическое наблюдение за больным должно быть ненавязчивым и по возможности малозаметным. По этическим соображениям недопустимо тайное наблюдение за ним.

Специальные методы психологического исследования. Из специальных психологических методов, направленных на исследование личности в дерматокосметологии, наиболее распространенными являются вопросники и так называемые проективные методы. Вопросники способствуют самооценке

испытуемыми своих личностных качеств, проективные методики – выявлению неосознаваемых аспектов личности.

Проводимое психологическое исследование больных кожными заболеваниями может включать в себя применение личностного опросника Бехтеревского института, самооценочной шкалы депрессии В.Зунга и восьмицветового теста Люшера. Результаты исследований позволяют дать положительную оценку комплексному применению указанных методик.

Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) основан на принципе концепции «психологии отношений». Диагностирует сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит). С помощью ЛОБИ могут быть диагностированы следующие типы отношений:

1. Гармоничный (Г). Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения, нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые остаются доступными больному. Он сосредоточивает внимание на судьбе близких, на своем деле.

2. Тревожный (Т). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от больных с ипохондрическим типом отношения данных больных более интересует объективная информация о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому они предпочитают больше слушать высказывания других,

чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение, прежде всего тревожное, угнетенность – следствие этой тревоги.

3. Ипохондрический (И). Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На основе таких ощущений – преувеличение действительных и высказывание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

4. Меланхолический (М). Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект от лечения. Активные депрессивные, вплоть до суицидальных, мысли. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

5. Апатический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

6. Неврастенический (Н). Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях, неудачном лечении, при неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается часто раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем — раскаяние за беспокойство и несдержанность.

7. Обсессивно-фобический (О). Тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

8. Сенситивный (С). Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о его болезни.

Опасения, что окружающие станут избегать его, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

9. Эгоцентрический (Я). «Уход в болезнь». Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы: все обо всем должны забыть, бросить дела и заботиться только о больном. В разговорах с окружающими быстро переходит «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видит только «конкурентов» и относится к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, исключительность.

10. Эйфорический (Ф). Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легко нарушает режим, хотя это может неблагоприятно сказываться на течении болезни.

11. Анозогностический (З). Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание очевидного случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись своими средствами.

12. Эргопатический (Р). Характеризуется «уходом от болезни в работу». Даже при тяжелой болезни и страданиях старается во что бы то ни стало работу продолжать. Трудится с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдаст все время, старается лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это не было в ущерб работе.

13. Паранойальный (П). Уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или

побочные действия от лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. В связи с этим обвиняет их и требует наказания.

Система отношений, связанных с болезнью, может не укладываться в один из описанных типов. Речь может идти о смешанных типах, особенно близких по картине (тревожно–обсессивный, эйфорически–анозогностический, сенситивно–эргопатический и др.).

Самооценочная шкала депрессии В.Зунга позволяет дать количественную оценку выраженности депрессивного расстройства при различных соматических заболеваниях.

Восьмицветовой тест Люшера является проективной методикой исследования личности, основанной на субъективном предпочтении цветовых стимулов. Подробное освещение применения методик отражено в соответствующей литературе.

Организация психологического исследования. Вопрос о необходимости направления пациента на психологическое исследование следует решать в соответствии с возможностью получения положительного результата при его применении в каждом конкретном случае. Так, при наличии у больного угревой болезнью легкой депрессии в рамках достоверной диагностики основного заболевания потребность в психологической диагностике минимальна. Психологическое исследование должен проводить только специалист (психолог или врач, прошедший курс специального усовершенствования). В своей работе исследователь руководствуется «Нормативными предписаниями разработчикам и пользователям психодиагностических методик». При этом следует помнить, что результаты исследований всегда приобретают большой личностный смысл для обследуемого. Исследователь обеспечивает конфиденциальность психодиагностической информации, полученной от испытуемого на основе личного доверия. Он обязательно предупреждает испытуемого о том, кто и для чего может использовать результаты, какие решения могут быть вынесены на основе психологической диагностики. Психодиагност хранит профессиональную тайну: не передает лицам, не уполномоченным вести психодиагностическую практику,

инструктивные материалы, не раскрывает перед потенциальным испытуемым секрет той или иной психодиагностической методики, на котором основана ее валидность. Заключение исследователя не должно быть категоричным, так как психологический эксперимент является вспомогательным в клиническом исследовании пациента.

Основные показания и противопоказания психодиагностики в дерматокосметологии. Психодиагностика показана пациентам с заболеваниями, при которых имеет место нарушение психосоматических и соматопсихических соотношений. При этом у значительной части пациентов в этиопатогенезе заболеваний важную роль играет психическая травма и хронический эмоциональный стресс. Выявление подобных нарушений может принести несомненную пользу этой категории больных. Психологическое исследование определяет в некоторых случаях ту или иную психотерапевтическую методику лечения больных, а порой и само является составной частью психотерапии.

Абсолютным противопоказанием к проведению психологического исследования являются резко выраженная интоксикация, высокая температура, нарушение сознания (оглушенный сон, сумеречные, галлюцинаторно-параноидальные, делириозные, аментивные синдромы различного генеза). Не показано проведение психологических исследований у пациентов с отрицательной установкой на них, находящихся под воздействием психотропных средств (если это не предусмотрено задачей психологического эксперимента), страдающих интеркуррентным заболеванием. Нежелательно проведение исследования после бессонной ночи, физического переутомления. Исследование подростков в некоторых случаях необходимо проводить с помощью адаптированных методик.

Комплексный подход в психодиагностике с использованием ее объективных методов позволяет дать целенаправленные рекомендации по проведению психокоррекции с учетом выявленных нарушений. Из психотерапевтических методов при лечении больных кожными заболеваниями следует отметить комплексную психотерапию (гипносуггестивная, рациональная и аутогенная

тренировка) и позитивную по Пезешкиани. В психокоррекции больных кожными заболеваниями широко используются психофармакологические препараты.

Список литературы

Основная литература:

1. Дороженок И.Ю. Психические расстройства в дерматологической практике / Дороженок И.Ю., Львов А.Н. – Москва, 2006. – С. 25.
2. Руководство для врачей. Медицинская косметология / Папий Н.А. – 4-е изд., перераб. и допол. – Мн.: Беларусь. – 2009.– Т.2. – С. 5–23.

Дополнительная литература:

1. Дроженок И.Ю., Львов А.Н. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр // Вестн. дерматол. и венерол. – 2009. – № 4. – С. 35 – 41.
2. Львов А.Н. К вопросу о психосоматических заболеваниях в дерматологии. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – №6. – С. 272–274
3. Кошевенко Ю.Н. Психосоматические дерматозы в косметологической практике. Особенности клиники, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 1999. – №6. – С. 60–65.
4. Gupta M.A., Lanius R.A., Van der Kolk B.A. Psychologic Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Dermatology // Dermatol Clin. – 2008. – № 23. – P. 649 – 656.
5. Panconesi E., Hautmann G. Psychophysiology of stress in dermatology: the psychobiologic pattern of psychosomatics // Dermatol. Clin. - 1996. - Vol. 14. - P. 399-422.

Контрольные вопросы.

1. Какую роль играет тип эмоционального отношения больного к своему заболеванию в формировании внутренней картины болезни, ее прогноза?
2. Какие сведения можно получить при сборе психологического анамнеза?
3. Определение понятий объективного психологического анамнеза и психологического катамнеза?
4. Что позволяет получить психологическое наблюдение за поведением больного?
5. Какие специальные методы психологического исследования вы знаете?
6. Какова организация психологического исследования?
7. Основные показания и противопоказания психодиагностики в дерматокосметологии.

ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

При лечении больных психодерматологическими расстройствами дерматолог назначает местную терапию, с учетом клинической картины, распространенности патологического процесса, наличия осложнений вторичной инфекцией. При необходимости консультация и лечение у психиатра.

На современном этапе накоплен достаточно обширный опыт терапии психодерматологических расстройств, подразумевающий дифференцированное, в зависимости от типа представленной патологии, использование дерматотропных и психотропных средств. По данным литературы, приоритетно использование психотропных средств. Их подбирают индивидуально с учетом характера и тяжести сопутствующих дерматологической патологии психопатологических расстройств, а также спектра переносимости препарата. В лечении коморбидных психических расстройств высока эффективность антидепрессантов – докsepина, флуоксетина, сертралина, флувоксамина, пароксетина, пирлиндолла. Успешно используют также антипсихотики – пимозид, трифлуоперазин, оланзапин, рисперидон, сульпирид.

Показания к применению перечисленных средств целесообразно рассмотреть на основе вышеизложенной классификации психодерматологических расстройств.

Соматопсихоз, протекающий в форме дерматозойного бреда, относят к затяжным психическим расстройствам, не обнаруживающим тенденции к самопроизвольной редукции психопатологической симптоматики. При психофармакотерапии отмечено значительное улучшение состояния. Прекращение же терапии приводит к экзацербации психоза.

Анализ эффективности традиционных антипсихотиков (галоперидол, пимозид, трифлуоперазин) в терапии пациентов с дерматозойным бредом выявил, что наиболее предпочтителен из перечисленных средств пимозид. Данные могут быть в значительной степени пересмотрены в свете последних исследований, посвященных эффективности атипичных антипсихотиков. В

результате сравнительного анализа эффективности рисперидона (рисполепт) и пимозиды в лечении дерматозойного бреда, сопровождаемого самоповреждениями, получено убедительное подтверждение преимущества рисперидона.

Предпочтение, отдаваемое атипичным антипсихотикам, все более широко используемым в последние годы при лечении психозов (в том числе дерматозойного бреда), обусловлено широким спектром психотропной активности данных препаратов, минимумом побочных эффектов и хорошей переносимостью. Это особенно важно для пожилых больных, у которых преимущественно и развивается дерматозойный бред. Препараты обеспечивают повышение социальной адаптации больных, их комплаентность и способность участвовать в реабилитационных программах. Этот вывод подтверждают и результаты исследования эффективности оланзапина при терапии бредовой и сверхценной ипохондрии в дерматологической клинике.

Современные подходы к терапии патомимии (т.е. нозологически разнородных психических расстройств ипохондрического круга, сопровождаемых кожными аутодеструктивными проявлениями) предусматривают сочетанное применение дермато- и психотропных средств. В ряде исследований подчеркивается приоритетное использование наряду с антидепрессантами традиционных нейролептиков (трифлуоперазин, пимозид). В то же время появляются публикации, результаты которых свидетельствуют об эффективности современных антипсихотиков и целесообразности их применения при терапии самоповреждений кожи, что подтверждается и результатами нашего исследования. В ходе лечения рисперидоном (по 4–6 мг/сут в течение 8 нед) 25 пациентов с тяжелыми формами патомимии, выступавшей в качестве одной из составляющих клинической картины вялотекущей шизофрении, суммарный положительный эффект зарегистрирован у $\frac{2}{3}$ пациентов изученной выборки. Зарегистрирована дезактуализация собственно психопатологических проявлений (тенденция к аутоагрессивным действиям) и редукция дерматологической симптоматики (начало – со 2–3-й нед терапии;

отчетливая редукция – к 6–8 нед), клинически выражавшаяся достоверным снижением числа рецидивов и деструктивных высыпаний. Отмечена хорошая переносимость препарата: лишь у 7 пациентов в первые 2 нед терапии наблюдали незначительно выраженные побочные эффекты (головная боль, седация, тремор).

В лечении состояний круга невротической ипохондрии, протекающих с обсессивно–компульсивными расстройствами и самоповреждениями кожных покровов (невротические экскориаии), используют преимущественно анти-депрессанты различной химической структуры (как традиционные трициклические – доксепин, так и современные, относящиеся к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина, – флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин).

В проведенном исследовании больные с невротическими экскориаиями получали комбинированную терапию, включающую традиционное дерматологическое лечение и психотропную терапию селективным стимулятором обратного захвата серотонина тианептином (по 37,5 мг/сут) в комбинации каким–либо нейролептиком: хлорпротиксен (по 25–75 мг/сут) или сульпирид (по 100–200 мг/сут). В большинстве наблюдений отмечено улучшение состояния, а в трети случаев – полная редукция невротических экскориаий [Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю., 2009].

Полученные данные о терапевтической эффективности и побочных эффектах сульпирида при терапии тревожных и обсессивно–компульсивных расстройств в дерматологической практике свидетельствуют о достаточно высокой активности препарата и редкости осложнений психофармакотерапии. В большинстве случаев пациенты переносят сульпирид хорошо. Препарат не вступает в клинически значимые взаимодействия с основными дерматологическими медикаментозными средствами. Результаты исследования подтверждают целесообразность применения сульпирида в лечении тревожно–фобических и тревожно–депрессивных, обсессивно–компульсивных расстройств, проявляющихся невротическими экскориаиями.

В терапии депрессий в дерматологической клинике традиционно использовали трициклические антидепрессанты. В настоящее время препараты первого ряда – антидепрессанты, рекомендуемые для применения в общей медицинской практике: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флувоксамин, пароксетин, циталопрам), селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (тианептин), обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А (пирлиндол). Выбор данных препаратов обусловлен прежде всего благоприятным спектром их клинических эффектов.

Данные о применении пирлиндола (пиразидол) при реактивных депрессиях, коморбидных хроническим дерматозам с преимущественным поражением открытых участков кожи (в исследовании участвовали 30 больных розацеа, экземой, себорейным дерматитом, псориазом), свидетельствуют о достаточно высокой активности препарата и редкости осложнений психофармакотерапии. В большинстве случаев пациенты переносят пирлиндол хорошо. Препарат не вступает в клинически значимые взаимодействия с основными дерматологическими медикаментозными средствами. Результаты исследования подтверждают целесообразность применения пирлиндола в лечении реактивных депрессий, коморбидных хроническим дерматозам с преимущественным поражением открытых участков кожи, что в значительной степени повышает эффективность лечения этой категории дерматологических больных.

В другом исследовании представлен анализ эффективности и безопасности тианептина при лечении непсихотических депрессий у больных хроническими дерматозами. Согласно полученным результатам применение тианептина в $\frac{2}{3}$ случаев сопровождается либо полной редукцией депрессивной симптоматики, либо значительным улучшением состояния пациентов.

При наличии в структуре депрессии выраженной тревоги и явлений инсомнии применяют производные бензодиазепина (алпразолам, лоразепам, транксен). При лечении депрессий с субпсихотическими расстройствами (особенно в случае их коморбидности с шизофренией) наряду с традиционными

нейролептиками (сульпирид, хлорпротиксен) используют атипичные антипсихотики (кветиапин, рисперидон).

При лечении психосоматических кожных заболеваний целесообразен подход, предусматривающий комплексное использование дермато- и психотропных средств. Подбираемая индивидуально комплексная терапия резко повышает эффективность лечения кожного процесса, уменьшает интенсивность зуда, удлиняет продолжительность ремиссий, приводит к регрессу психопатологической симптоматики (аффективные, невротические, соматизированные расстройства) и улучшает качество жизни пациентов.

Список литературы

Основная литература:

1. Дороженок И.Ю. Психические расстройства в дерматологической практике / Дороженок И.Ю., Львов А.Н. – Москва, 2006. – С. 25.
2. Руководство для врачей Клиническая дерматовенерология. Под редакцией Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2009.– Т.2. – С. 5–23.

Дополнительная литература:

1. Дороженок И.Ю. Современные аспекты психотерапии психодерматологических расстройств. // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004; 6: 274-276
2. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – №11. – С.4–13
3. Коо JY. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. Cur Prob Dermatol. 1995. – №6. – P. 204–32.
4. Harth W., Gieler U. Psychosomatische dermatologie. – Heidelberg, 2008. – 327 p.
5. Phillips K., Dufresne R. Jr., Wilkel C. et al. Rate of Body Dysmorphic Disorder in Dermatology Patients //J. Am. Acad. Dermatol. – 2000. – Vol. 42. – P. 436–441.
6. Gupta M., Gupta A. Psychodermatology: An update //J. of the American Academy of Dermatol. – 1996. – Vol. 34. – N 6. – P. 1030–1046.
7. De Leon O.A., Furmaga K.M., Canterbury A.L., Bailey L.G. Risperidone in the treatment of delusions of infestation. Int J Psychiatry Med. – 1997. - №27. – P.403–9.

Контрольные вопросы.

1. Какую терапию назначает дерматокосметолог при лечении больных психодерматологическими расстройствами?
2. Современные подходы к терапии патомимии?
3. Что используют в лечении состояний круга невротической ипохондрии?
4. Традиционно используемые средства в терапии депрессий.
5. Что применяется при наличии в структуре депрессии выраженной тревоги и явлений инсомнии применяют?

Ситуационные задачи с клиническими примерами

Задача №1.

Больная Е., 42 лет

Жалобы на зуд лица продолжительностью пять лет. Отрицает заражение паразитами и нашествие насекомых-вредителей. Линейные экскориации в группах по две, три, по четыре наблюдались на спине. Волосы на голове не были затронуты.

Результаты дополнительных исследований: общий анализ крови, мочи, крови на гепатит, гормонов эндокринной системы; маммография, рентгенография грудной клетки, были в пределах нормы. Предшествующее лечение антигистаминными препаратами, антибиотиками и стероидами без эффекта. Пациентка принимала длительно пароксетин (паксил) по поводу депрессии.

На основании истории болезни пациентки и медицинского осмотра, какой из следующих диагнозов правильный?

- А. Пруриго узловатое.
- В. Плоский лишай.
- С. Невротические экскориации.
- Д. Дерматозойный бред.
- Е. Трихотилломания.

Задача №2

Пациент В. 33 года

Наследственность:

Бабка по линии отца - в старческом возрасте стала подозрительной, высказывала идеи преследования, ущербности. Отец - умер в 42 года от ЧМТ. Работал в ресторане на кухне. Был общительным, веселым, вспыльчивым. Злоупотреблял алкоголем, в опьянении часто устраивал дома скандалы.

Мать - 66 лет, образование среднее, выполняла малоквалифицированную работу (кладовщица, гардеробщица). По характеру спокойная, общительная.

Боясь остаться одна с двумя детьми, не разводилась с мужем, снося от него скандалы и побои.

Пробанд: родился от нормально протекавших беременности и родов. В детстве отмечался страх темноты, боялся спать один в комнате, просился к родителям. Страхи прошли самостоятельно к 6 годам. Рос общительным, веселым, подвижным. С удовольствием ходил в детский сад. В школу пошел своевременно. Учился хорошо, школу закончил с медалью. Особого внимания учебе не уделял, новый материал "схватывал налету", но глубоких знаний по предметам не имел. Умел выкрутиться из любой ситуации, даже если не выучил урок. Среди сверстников легко адаптировался, стремился быть в числе лидеров, в центре внимания. С удовольствием принимал участие в школьной самодеятельности. В 12 лет достаточно спокойно перенес смерть отца и даже почувствовал некоторое облегчение, т.к. понимал, что теперь в доме прекратятся скандалы.

В школьные годы отличался чрезмерной впечатлительностью, так после фильмов-ужасов плохо спал ночью, видел кошмарные сны. В подростковом возрасте стал с особым вниманием относиться к собственной внешности, стремился модно одеваться, следил за прической, подолгу проводил у зеркала. При появлении угревой сыпи старался всячески от нее избавиться, применял различные косметические средства, делал примочки. По окончании 10 классов поступил в авиационное училище. Специальность выбрал после услышанной лекции, которую прочитал им авиатехник, и экскурсии по аэропорту. Считал, что данная профессия достаточно романтична, а, кроме того, училище давало отсрочку от армии. По окончании училища был призван в армию, служил в авиационных войсках. Во время службы бывали конфликты со старослужащими и командирами, т.к. отказывался выполнять их приказания. После службы устроился на работу техником в аэропорту. Поступил на заочный факультет в институт авиации. На 4-м курсе потерял интерес к учебе, ушел в академический отпуск и далее учебу не возобновил. На работе получил разряд авиатехника I класса, но к дальнейшему росту не стремился, особого

интереса к работе не проявлял. Параллельно работе вырезал из дерева шкатулки, рисовал на коре. Изделия отдавал на продажу. Мечтал сменить свою специальность на творческую профессию, но попыток к этому не предпринимал. Кроме этого увлекался изучением английского языка, закончил курсы. Много читал литературы по философии, психологии, любил классику. В 19 лет женился на ровеснице, с которой встречался в течение 5 лет. С женой в хороших отношениях. Всегда находился в некоторой зависимости от нее, выполнял дома всю хозяйственную работу. В воспитании дочери особого участия не принимал, лишь требовал от нее поддержания порядка, любил "почитать нотации". Всегда стремился вести здоровый образ жизни, делал утреннюю зарядку, следил за правильностью питания. Изучал медицинскую литературу, часто подозревая у себя различные заболевания, обращался к различным врачам для исключения тех или иных диагнозов.

Больным себя считает около 10 лет, когда впервые увидел незначительные высыпания на лице. Очень тяготился своим внешним видом. Обращался к косметологам, делал чистки лица, применял различные примочки, крема, лосьоны. Состояние кожных покровов улучшалось лишь на некоторое время. Три года назад впервые обратился в дерматологу в КВД по месту жительства. Выполнял все его назначения, узнав, что это у него аллергия, начал придерживаться строгой диеты. Изучал различную литературу по этой теме. Не получив желаемого результата прекратил диету, обратился в ЦКВИ, где услышав от доктора, что причина его заболевания связана с нарушениями во внутренних органах, прошел полное терапевтическое обследование, где какой-либо патологии выявлено не было. Получая различное дерматологическое лечение, стал отмечать появление болей в правом подреберье, решил, что это болит печень от чрезмерных нагрузок на нее, в связи с чем бросил курить, практически отказался от алкоголя, если позволял себе выпить, то только дорогие напитки, в доброкачественности которых был уверен. В связи с тем, что, несмотря на проводимое лечение, состояние кожи оставалось на прежнем уровне, добился

направления в кожную клинику ММА им. И.М. Сеченова, где был проконсультирован психиатром.

Сомато-неврологически: без патологии.

Закл. дерматолога: розацеа.

Психическое состояние: выглядит соответственно возрасту. Одет просто. Аккуратно причесан. На лице незначительное покраснение. Беседу ведет охотно. Голос громкий, речь в обычном темпе. В процессе беседы манерно жестикулирует, стремиться представить себя в лучшем свете. Неоднократно подчеркивает свои успехи в школе, училище, свои способности. Просит извинить его за не очень хорошую прическу. Жалуется на множество проблем в жизни, на то, что его не устраивает его работа, при этом попыток что-либо исправить не предпринимает.

Основная жалоба на "безобразные" высыпания на лице, которые сопровождаются легким зудом. Очень обеспокоен своим внешним видом, считает, что высыпания делают его некрасивым. Подчеркивает, что к собственной внешности всегда относился с особым вниманием, стремился модно одеваться (при этом отмечает, что если бы имел материальную возможность, то обязательно носил бы что-нибудь особенное), посещал бы дорогие салоны красоты. Считает высыпания неприемлемым косметическим дефектом, от которого непременно надо избавиться. Сообщает, что даже небольшая бородавка на руке была "катастрофой для него", поэтому он ее сразу же удалил. Предполагает, что его кожное заболевание связано с нарушениями во внутренних органах, поэтому лечить его надо комплексно. Стал замечать, что в последнее время беспокоят боли в правом подреберье, а так же "щемит сердце", мерзнут руки, эпизодически возникает ощущение "кома" в горле, что связывает с возможным "внутренним заболеванием".

Вопросы (выбрать правильный ответ):

1. Чем определяется психический статус (основной синдром)

А) тревожно-фобический

- Б) реактивная депрессия
- В) нозогенная реакция с явлениями ипохондрии красоты
- Г) сенситивный бред отношения

2. Клинические особенности состояния:

- А) фиксация на телесных ощущениях (зуд, стягивание кожи)
- Б) регистрация малейших изменений в структуре кожных высыпаний
- В) многообразие драматизированных жалоб, сопровождающихся необычными для дерматологической патологии телесными ощущениями (истероалгии и др. конверсионные расстройства, телесные фантазии)
- Г) все перечисленное верно

3. Предполагаемый нозологический диагноз (с учетом данных анамнеза, психического статуса и сомато-неврологического обследования)

- А) шизофрения психопатоподобная с сенситивным развитием
- Б) дистимия с психосоматическими реакциями
- В) тревожно-фобическое расстройство у акцентуированной личности
- Г) ипохондрическое развитие у нарциссической личности

4. Возможная схема психотропной терапии в данном клиническом случае (с учетом возможной комбинации с психотерапией)

- А) СИОЗС
- Б) ТЦА
- В) сульпирид
- Г) бензодиазепины

Ответы на вопросы ситуационных задач:

Задача №1

3 - С

Неврогенные (психогенные) эксфолиации могут быть дифференцированы от искусственного дерматита, когда пациенты отрицают наличие эксфолиаций.

Характерным признаком многих из этих расстройств с эксфолиациями происходят только в областях, где можно легко добраться рукой. Области, где больной не может достичь рукой, например, середина спины, не изменяются.

Задача №2

- 1 – В
- 2 – Г
- 3 – Г
- 4 – В

Тестовый контроль

1. У больных воображаемая инфекция ведет к субъективным тактильным обманам, пациенты детально описывают и зарисовывают морфологические признаки несуществующих паразитов, пути их передвижения, цикл размножения при заболевании:

- 1. Дерматозойный бред
- 2. Невротические эксфолиации
- 3. Ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями
- 4. Эксфолиированные акне
- 5. Синдром Аллопо

2. "Симптом спичечного коробка" (сбор и презентация несуществующих паразитов) характерен для бредового поведения больных:

- 1. Дерматозойный бред
- 2. Невротические эксфолиации
- 3. Эксфолиированные акне
- 4. Хейлофагия
- 5. Дисморфофобия

3. Причудливые, геометрически неправильные очертания высыпаний, их линейный, многоугольный характер, различный размер элементов являются наиболее достоверным критерием:

- 1. Дерматозойного бреда
- 2. Невротических эксфолиаций
- 3. Ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями
- 4. Эксфолиированных акне
- 5. Хейлофагии

4. Больные чаще всего отрицают факт аутоагрессии, локализация: на доступных участках кожного покрова (лицо, предплечья, верхняя треть спины и др.) при:

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Невротических эксориациях | 4. Синдроме Аллопо |
| 2. Эксориированных акне | 5. Дерматозойном бреде |
3. Ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями

5. Навязчивые (компульсивные) повторные действия, сопровождающиеся самоповреждениями, расчесываниями, которым предшествуют ощущения дискомфорта, зуда и на не измененной коже свежие эксориации, поверхностные рубчики при:

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Невротических эксориациях | 4. Трихотилломании |
| 2. Эксориированных акне | 5. Дерматозойном бреде |
3. Ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями

6. Больные признают в качестве причины повреждения свои действия и осознают их патологический характер при:

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1. Невротических эксориациях | 4. Эксориированных акне |
| 2. Трихотилломании | 5. Дерматозойном бреде |
3. Ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями

7. Аутодеструктивные действия на фоне реально существующего заболевания – акне с формированием порочного круга – "зуд – расчесы" при:

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Эксориированных акне | 4. Трихотилломании |
| 2. Невротических эксориациях | 5. Дерматозойном бреде |
3. Ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями

8. Аутоэкстракция волос головы, бровей, ресниц - один или несколько очагов неправильной формы с признаками неполного облысения: проявления воспаления отсутствуют, признаки фолликулярного гиперкератоза и рубцовой атрофии отсутствуют при:

1. Ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями
2. Экскориированных акне
3. Онихотилломания
4. Невротических эксориациях
5. Трихотилломания синдром Аллопо

9. Действия, направленные на деструкцию ногтей, обуславливающие: хронические паронихии и онихии обычно I пальцев кистей; изменения ногтей, имитирующие различные ониходистрофии (срединные борозды и т.д.).

1. Хейлофагия
2. Экскориированных акне
3. Ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями
4. Невротических эксориациях
5. Онихофагия, онихотилломания

10. Навязчивые облизывания или прикусывания красной каймы губ, приводящие к развитию артифициального хейлита с прямолинейным расположением трещин, гиперемией, небольшой инфильтрацией.

1. Хейлофагия
2. Экскориированных акне
3. Онихофагия
4. Ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями
5. Невротических эксориациях

11. Доминирование идеи мнимого физического недостатка, связанного с кожным покровом выступает в коморбидности красоты и носит характер сверхценных образований при:

1. Невротических эксориациях
2. Хейлофагия
3. Ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями
4. Дисморфофобии
5. Экскориированных акне

12. Проявляется озабоченностью малозначимыми дерматологическими аномалиями (морщины, выпадение волос, избыточное оволосение лица, телеангиэктазии, бледность или гиперемия лица) при:

1. Трихотилломании
2. Дисморфофобии
3. Ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями
4. Невротических эксориациях
5. Ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями

3. Хейлофагия

13. Выберите тип отношения, который диагностируется с помощью Личностного опросника Бехтеревского института диагностируется когда больной стремится к реальной оценке болезни и прогноза, находится в деловом контакте с врачами, организован при проведении лечебных и профилактических мероприятий.

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| 1. Гипернозогностический | 4. Эргопатическом |
| 2. Гипонозогностический | 5. Сенситивном |
| 3. Прагматический | |

14. Выберите тип отношения, который диагностируется с помощью Личностного опросника Бехтеревского института диагностируется при непрерывном беспокойстве и мнительности пациента в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения.

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. Гармоничный | 4. Неврастенический |
| 2. Ипохондрический | 5. Меланхолический |
| 3. Тревожный | |

15. Выберите тип отношения, который диагностируется с помощью Личностного опросника Бехтеревского института диагностируется при сосредоточении пациента на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях.

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| 1. Меланхолический | 4. Эгоцентрический |
| 2. Апатический | 5. Ипохондрический |
| 3. Обсессивно–фобический | |

16. Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о его болезни, боязнь пренебрежительного отношения окружающих.

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. Эгоцентрический | 4. Сенситивный |
| 2. Эйфорический | 5. Эргопатический |
| 3. Анозогностический | |

17. Психические расстройства с преимущественной проекцией симптомов в сферу кожного покрова:

- | | |
|---------------------------------------|----------------------|
| 1. Дерматозойный (зоопатический) бред | 4. Дисморфофобия |
| 2. Патомимия | 5. Всё перечисленное |
| 3. Невротические эксориации | |

18. Психические расстройства, спровоцированные дерматологической патологией, течение которых – манифестация и последующее рецидивирование опосредовано психической травматизацией:

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. Атопический дерматит | 4. Герпетическая инфекции |
| 2. Псориаз | 5. Всё перечисленное |
| 3. Истинная экзема | |

19. Торонтской алекситимической шкалой выявляются доминирующие психологические типы реагирования, характеризующиеся восприятием кожных высыпаний как мешающего в повседневной жизни физического дефект:

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1. Тревожно–невротический | 4. Гармоничный |
| 2. Анозогностический | 5. Эгоцентрический |
| 3. Эргопатический | |

20. Торонтской алекситимической шкалой выявляются доминирующие психологические типы реагирования, характеризующиеся стремлением избавиться от косметических дефектов:

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. Сенситивный | 4. Меланхолический |
| 2. Эгоцентрический | 5. Неврастенический |
| 3. Эйфорический | |

Ответы на тестовый контроль: 1.1; 2.1; 3.3; 4.3; 5.1; 6.1; 7.1; 8.5; 9.5; 10.1; 11.4; 12.2; 13.3; 14.3; 15.5; 16.4; 17.5; 18.5; 19.1; 20.1.

Список рекомендуемой литературы

Основная литература:

1. Учебное пособие Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л.Иванова. М.: Шико, 2006 – 480с.
2. Дороженок И.Ю. Психические расстройства в дерматологической практике / Дороженок И.Ю., Львов А.Н. – Москва, 2006. - С. 25.
3. Руководство для врачей Клиническая дерматовенерология. Под редакцией Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2009– Т.2. – С. 5–23.

Дополнительная литература:

1. Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В., Новоселов В.С., Колесников Д.Б. Психодерматология: история, проблемы, перспективы // Рос. журн. кожн. и вен. болезней. - 1999. - № 1. - С. 28-38.
2. Иванова Н.С. О синдроме тактильного галлюциноза с бредом одержимости кожными паразитами // Журн. невропатол. и психиатр. - 1964. - № 10. -С. 1547-1552.
3. Дороженок И.Ю. Современные аспекты психофармакотерапии психодерматологических расстройств. // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004; 6: 274-276
4. Концевой В.А. Функциональные психозы позднего возраста. // Руководство по психиатрии. Под ред. А.С.Тиганова. М 1999 т.1: 667-721
Каламкарян А.А., Гребенюк В.Н. К вопросу о патомимии // Вестн. дерматол. и венерол. - 1978. - № 11. - С. 3-6.
5. Остришко В.В., Иванов О.Л., Новоселов В.С., Колесников Д.Б. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных атопическим дерматитом (часть I) // Вестн. дерматол. и венерол. - 1998. - № 2. - С. 34-37.
6. Львов А.Н. К вопросу о психосоматических заболеваниях в дерматологии. // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004; №6: 272-274
7. Львов А.Н., Иванов О.Л. Краткие очерки истории психодерматологии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004; 6: 266-267
8. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. // МИА 2003, 429 с.
9. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004; 11: 4-13
10. Смулевич А.Б., Концевой В.А., Фролова В.И., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Малопрогрессирующая шизофрения, протекающая с явлениями дерматозойного бреда // Психиатрия 2005, 4, стр. 12-19
11. Юсупова Л.А. Современные аспекты диагностики и фармакотерапии хронических дерматозов у больных с психическими и поведенческими расстройствами / Л.А. Юсупова, Р.Х. Хафизьянова // Монография, Казань: Новое знание, 2005. – 264 с.
12. Barton S., Green J. The Psychological Impact of Genital Herpes. - London, 1999. -24 p.
13. Bhatia M., Jagawat T., Choudary S. Delusional Parasitosis: a Clinical Profile // Int. J. Psychiatry Med. - 2000. - Vol. 30. - N 1. - P. 83-91.

14. Braun-Falko O., Plewig G., Wolff H. et al. *Dermatologie und Venerologie* (5 Aufl.). -Berlin: Springer, 2004. - P. 1582.
15. Cohen F., Kemeny M. et al. Persistent stress as a Predictor of Genital Herpes Recurrence // *Archives of internal medicine*. - 1999. - Vol. 159. - N 8. - P. 2430-2436.
16. Cotterill J. *Dermatologie non-disease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image* // *Br. J. Dermatol.* - 1981. - Vol. 104. - P. 611-619.
17. Cyr P., Dreher G. *Neurotic excoriations* // *Am. Fam. Physician*. - 2001. -Vol. 64. -P. 1981-1984.
18. Freudenmann R. *Der „Dermatozoenwahn“*. Eine aktuelle Übersicht // *Fortschr. Neurol. Psychiat.* - 2002. - Vol. 70. - P. 531-541.
19. Gieler U., Stangier U., Brahler E. *Hauterkrankungen in psychologischer Sicht*. - Gottingen-Bern-Toronto-Seattle. - 1995.
20. Gupta M., Gupta A. *Psychodermatology: An update* // *J. of the American Academy of Dermatol.* - 1996. - Vol. 34. - N 6. - P. 1030-1046.
21. Gupta M., Gupta A. *The psychological comorbidity in acne* // *Clinics in Dermatol.* — 2001. - Vol. 19 - P. 360-363.
22. Hillert A., Gieler U., Niemeier V., Brosig B. *Delusional Parasitosis* // *Dermatology and Psychosomatics*. - 2004. - N 5. - P. 33-35.
23. Koo J. *The psychosocial impact of acne: patients' perceptions* // *J. Am. Acad. Dermatol.* - 1995. - Vol. 32. - P. 26-30.
24. Linnet J., Jemec G. *An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis* // *Br. J. of Dermatol.* - 1999. - Vol. 140. - P. 268-272.
25. Mattoo S., Handa S., Kaur I. et al. *Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India* // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol.* - 2002. - N 4. - P. 573-578.
26. Misery L. *Are biochemical mediators the missing link between psychosomatics and dermatology?* // *Dermatol. Psychosom.* - 2001. - N 2. - P. 178-183.
27. Musalek M., Bach V., Passweg V. et al. *The Position of Delusional Parasitosis in Psychiatric Nosology and Classification* // *Psychopathology*. - 1990. - Vol. 23. -P. 115-124.
28. Panconesi E., Hautmann G. *Psychophysiology of stress in dermatology: the psychobiologic pattern of psychosomatics* // *Dermatol. Clin.* - 1996. - Vol. 14. -P. 399-422.
29. Phillips K., Dufresne R. Jr., Wilkel C. et al. *Rate of Body Dysmorphic Disorder in Dermatology Patients* // *J. Am. Acad. Dermatol.* - 2000. - Vol. 42. - P. 436-441.
30. Picardi A. *Epidemiology of psychological and psychiatric conditions in dermatological patients: 11th ICDP*. - 2005. - P. 26-27.
31. Ruiz-Doblado S., Carrizosa A., Garcia-Hernandez M.J. *Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness* // *Int. J. of Dermatol.* - 2003. - Vol. 42. -N 6. - P. 434-437.
32. Schaller C, Alberti L., Ruzicka T. et al. *Der Bedarf an psychosomatischer Versorgung in der Dermatologie* // *Zeitschrift für Dermatologie*. - 1995. - Vol. 181. - P. 146-148.
33. Steinbrecher M., Bofinger F. *Cooperation between dermatology and psychosomatic medicine* // *Z. Hautkr.* - 1990. - Vol. 65. - N 5. - P. 454-459.
34. Tress W., Manz R., Sollors-Mossler B. *Epidemiologie in der Psychosomatischen Medizin*. / von Uexkull T., Adler R., Herrmann J.M. et al. // *Psychosomatische Medizin: 4 Auflage*. - Urban & Schwarzenberg, Munchen, Wien, Baltimore. - 1990. — P. 63-74.