

Психодерматология: взгляд на проблему

О.А.Шавловская[✉]

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России. 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Психодерматология – недооцененная область науки, изучающая психические расстройства, имеющие как дерматологические, так и психиатрические характеристики. В статье поднята проблема недостаточной осведомленности врачей-дерматологов и психиатров о существующем направлении «психодерматология». Так, только 18% среди дерматологов и 21% среди психиатров имеют четкое представление о проблемах психодерматологии. Кожная сыпь, вызванная лекарственным препаратом, является наиболее распространенным диагнозом, требующим консультации дерматолога. Самыми распространенными диагнозами, связанными с кожными психическими расстройствами, среди дерматологов считаются акне, атопический дерматит, псориаз, очаговая алопеция, а такие психические расстройства, как дерматозойный бред, невротические эксориации, трихотилломания, – наиболее частые состояния, с которыми дерматологи направляли пациентов к психиатру. Лишь немногие врачи-дерматологи готовы взять на себя ответственность, назначить психотропные препараты и оказать больному должную психотерапевтическую поддержку.

Ключевые слова: психодерматология, кожа, самоповреждения кожи, невротические эксориации, психогенные эксориации, МКБ-11, DSM-5.

[✉]shavlovskaya@mma.ru

Для цитирования: Шавловская О.А. Психодерматология: взгляд на проблему. Consilium Medicum. Дерматология (Прил.). 2015; 4: 27–32.

Psychodermatology: a look at the problem

O.A.Shavlovskaya[✉]

I.M.Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 119991, Russian Federation, Moscow, ul. Trubetskaya, d. 8, str. 2

Psychodermatology is an underappreciated field that studies psychocutaneous disorders, which are conditions that have both dermatologic and psychiatric characteristics. The article raised the problem of insufficient awareness among dermatologists and psychiatrists on the current direction of «psychodermatology». So only 18% among dermatologists and 21% of psychiatrists have a clear view of the problems of psychodermatology. Skin rash caused by a drug, is the most common diagnosis that requires consultation of a dermatologist. The most common diagnoses associated with the skin mental disorders among dermatologists, are considered as acne, atopic dermatitis, psoriasis, alopecia areata, and patients with psychiatric manifestations such as delusion of parasitosis, neurotic excoriation, trichotillomania the most common conditions that dermatologists send their patients to a psychiatrist. Very few dermatologists are willing to take responsibility and prescribe psychotropic medications, and provide patient needs psychotherapeutic support.

Key words: psychodermatology, skin, self-induced skin lesions, self-inflicted cutaneous lesions, neurotic excoriations, excoriation disorder, skin-picking disorder, psychogenic excoriation, ICD-11, DSM-5.

[✉]shavlovskaya@mma.ru

For citation: Shavlovskaya O.A. Psychodermatology: a look at the problem. Consilium Medicum. Dermatology (Suppl.). 2015; 4: 27–32.

Психодерматология – недооцененная область науки, изучающая психические расстройства, где точкой приложения выбрана кожа, при этом данные расстройства имеют как дерматологические, так и психиатрические характеристики [1]. Актуальность психодерматологии объясняется широким распространением (21–43%) психических расстройств в когорте дерматологических больных [2]. У около 20% всех страдающих хроническими дерматологическими заболеваниями обнаруживают те или иные психопатологические нарушения. До 1/3 пациентов дерматологической практики имеют в основе коморбидности психическое заболевание, а психические расстройства могут быть либо причиной, либо следствием дерматологических заболеваний [3]. У пациентов с психодерматологическими расстройствами, как правило, психическое заболевание часто не распознается, что представляет наибольшие сложности для лечения. С психогенным дерматозом в первую очередь сталкиваются дерматологи; к психиатру такие больные попадают лишь в случаях, когда самоповреждение кожи протекает на фоне выраженных психических расстройств. Психические факторы в ряде случаев являются триггером дебюта или очередного обострения хронического дерматоза. В свою очередь, кожные заболевания могут приводить к психическим расстройствам (нозогениям, патологическому развитию личности) [2]. Наиболее распространенной формой дерматозов являются невротические эксориации, которы-

ми страдают около 2% всех пациентов дерматологической клиники, 9% – среди больных с кожным зудом.

Как в Международной классификации болезней (МКБ), так и в Руководстве по диагностике и статистической классификации психических расстройств, 2013 г. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition – DSM-5), психические заболевания объединены по их ведущим симптомам в группы, которые и составляют классификацию. На сегодняшний день МКБ 11-го пересмотра (МКБ-11) находится в стадии обсуждения, и финальная версия выйдет в 2017 г. В настоящее время на сайте Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) доступна бета-версия МКБ-11 [4, 5]. В других отраслях медицины, где больше информации о патогенезе болезней, категории представляют в соответствии с этиологией. Поскольку патогенез большинства психических расстройств еще не до конца изучен, категории сгруппированы по предполагаемым причинам их развития, а критерии определяются в соответствии с каждой категорией, в которой встречается данная патология. Очевидно, что некоторые расстройства не могут быть помещены в одну категорию, схожие симптомы присутствуют во всех или в большинстве категорий [6].

Согласно Американской психиатрической ассоциации (American Psychiatric Association – APA) в DSM-5 включена новая глава «Обсессивно-компульсивные и связанные с ними состояния», отражающая соотношенность их друг с другом и отличие от других заболева-

ний, нарастающую взаимосвязь с тревожными расстройствами, с тем чтобы помочь врачам выявлять и оказывать помощь лицам, страдающим этими расстройствами [7].

Тематическая консультативная группа ВОЗ организована в 2007 г. для помощи подразделению психического здоровья и наркоконтроля (TAG/MND) в подготовке предложений по классификации психических расстройств в МКБ-11 [4, 5]. Она разделена на подгруппы, которые разрабатывают определенные темы. Так, одна из групп изучала открытия в области эпидемиологии, значимые для пересмотра (например, информацию о частоте и формах психических заболеваний в различных культурах). Подгруппа гармонизации обеспечивала максимальную близость МКБ-11 (ВОЗ) и DSM-5, она состояла из экспертов, работавших над DSM-5, и нескольких членов TAG/MND [8]. Для решения проблем разработки протоколов профильных тестов для МКБ-11 создана дополнительная группа [9].

Разработку предложений для DSM-5, которые издает АРА, доверили комиссии под руководством профессора D.Kupfer и доктора D.Regier. Комиссия АРА издала организационные документы, каждый из них посвящен определенной тематике, относящейся к подготовке нового пересмотра DSM. Совместно с ВОЗ комиссия провела 14 конференций по всем группам заболеваний, на данный момент включенных в раздел психических заболеваний МКБ-10. На финальной конференции, проходившей в Женеве, рассматривались аспекты общественного здоровья в классификации психических расстройств и изменения в ней [10].

Версия 5-й главы МКБ для первичной медицинской сети содержала простые инструкции по диагностике, показаниям к наиболее подходящему лечению при данном диагнозе и другие советы (например, рекомендации для членов семьи или опекунов, показания для консультации специалистов, способы борьбы с побочными эффектами), ценные в клинической практике. Эта версия была очень хорошо принята психиатрами, практикующими в сфере первичной помощи, и до сих пор не потеряла своей популярности [10]. Составители МКБ-11 для первичной цепи здравоохранения должны принять непростое решение, используя прежний принцип подготовки классификации, содержащей инструкции по распознаванию и лечению, или выбрать альтернативный путь и составить классификацию заболеваний, встречающихся в сети первичной помощи, и отдельную подборку рекомендаций по диагностике и терапии. Прежний принцип будет гарантировать использование классификации в повседневной работе, а новый позволит уточнить показания к лечению без изменения самой классификации [5, 7–10]. Без сомнения, дальнейшие вопросы, касающиеся и науки, и практики медицины, ускорят подготовку предложений для МКБ-11 и DSM-5 [4, 5]. Очень важно, что принято решение создать «живой» документ, который можно будет изменять при необходимости. Это, без сомнения, следствие понимания создателями классификации того, что взаимодействие должно поддерживаться и после публикации, отражая новые данные и реагируя на потребности пользователей [10].

Последнее издание DSM, DSM-5, опубликованное в мае 2013 г., является первой большой ревизией диагностических критериев и классификации с 1994 г., когда вышло в свет DSM-4 [11]. Инициатива DSM-5 по разработке более подходящего фундамента для организации классификации психических расстройств – это совместный проект проблемной комиссии DSM-5 и комиссии экспертов по ревизии МКБ-10 (развитие

МКБ-11). На основе расширенного набора «валидных критериев», предложенных E.Robins и S.Guze (1970 г.) [12], подготовлена серия обзоров и аналитических статей, опубликованная в международном психиатрическом журнале [11]. Использование подобных признаков более уместно при описании групп расстройств или спектров, чем для обозначения индивидуальных категориальных диагнозов. Поэтому было решено использовать новый принцип организации DSM-5 и МКБ-11 (табл. 1) [4, 11].

В главе «Обсессивно-компульсивные и связанные с ними состояния» присутствуют дисморфофобическое расстройство (в DSM-4 классифицируемое среди соматоформных заболеваний) и трихотилломания (выдергивание волос), которую в DSM-4 относили к «импульсивным расстройствам БДУ (без дополнительных уточнений)». В отношении трихотилломании, сходной по симптоматике, коморбидности и наследственной отягощенности с обсессивно-компульсивным расстройством и другими состояниями, связанными с телесными симптомами и повторными действиями (например, экскорииации – самоповреждения кожи), было выдвинуто предположение, что она более близка к обсессивно-компульсивным и родственным им расстройствам, чем к соседствующим с ней в DSM-4 таким расстройствам, как патологический гемблинг (от англ. gambling – игра на деньги), периодическое влечение к совершению взрывов, клептомания, пиромания. Все вошедшие в окончательный текст рубрики DSM-5 и включение новых диагнозов подвергались строгой проверке [11]. Основываясь на обзоре существующей доказательной базы в области нейронаук, на клинической пользе и значении для сферы общественного здоровья, в классификацию были включены несколько «новых расстройств», многие из них были заимствова-

Таблица 1. Диагностические главы DSM-5

Расстройства психического развития
Расстройства шизофренического спектра и другие психотические состояния
Биполярные и связанные с ними расстройства
Депрессивные расстройства
Тревожные расстройства
Обсессивно-компульсивные и связанные с ними состояния
Связанные с психическими травмами и стрессами расстройства
Диссоциативные расстройства
Психические расстройства с преобладанием соматических симптомов и родственные им состояния
Расстройства питания и приема пищи
Расстройства выделения (экскреции)
Расстройства режима «сон–бодрствование»
Сексуальные расстройства
Гендерная дисфория
Агрессивные состояния, импульсивные и поведенческие расстройства
Расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ, и аддиктивные состояния
Нейрокогнитивные расстройства
Личностные расстройства
Парафилии
Другие психические расстройства

ны из главы DSM-4 «Состояния, требующие дальнейшего изучения». Таким образом, глава «Обсессивно-компульсивные и связанные с ними состояния» DSM-5 включает в себя дисморфическое расстройство и трихотилломанию, а также два «новых расстройства»: патологическое накопительство (hoarding disorder; определяется как чрезмерное собирание часто бесполезных вещей, в том числе мусора, что нередко делает условия проживания пациентов и/или членов семьи опасными) и экскориации [4, 5].

Психогенные или невротические экскориации (excoriation disorder, skin-picking) известны также как дерматилломания [13, 14]. Ранее (в DSM-4) экскориации рассматривались как остаточные проявления нарушений, связанных с импульсивным контролем, сейчас, согласно DSM-5 (2013 г.), – как заболевания обсессивно-компульсивного спектра (с четкими критериями для постановки диагноза) [7]. Пациенты с экскориациями в первую очередь идут на прием к дерматологу, а не к психиатру. В 48–68% случаев у пациентов с экскориациями наблюдаются психические расстройства (большая депрессия, биполярное расстройство или дистимия), в 41–65% – тревожные расстройства (фобии – агорафобия, социофобия; обсессивно-компульсивное или посттравматическое стрессовое расстройство, панические расстройства, генерализованное тревожное расстройство) [13]. Диагностические критерии для экскориации включают в себя [6]: 1) рецидивы кожных повреждений, которые пациент не в состоянии самостоятельно прекратить; 2) самоповреждения кожи, которые являются следствием дистресса; 3) они не должны быть следствием применения лекарственных препаратов или наркотических средств, или развиваться на фоне какого-либо другого психического расстройства. Согласно меморандуму Европейского общества дерматологов и психиатров (2013 г.) [15] определены четкие позиции в отношении классификации и терминологии самоповреждений кожи:

1. Должны быть пересмотрены некоторые термины, такие как самоповреждения, симуляция, искусственные расстройства, синдром Мюнхгаузена, патомимикрия, синдром самоповреждения кожи и связанные с ним заболевания, компульсивные и импульсивные повреждения кожи, импульсивные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, трихотилломания, искусственный дерматит, экскориированные акне, невротические и психогенные экскориации.

2. Глоссарий должен быть составлен с учетом терминологии 2 дисциплин – дерматологии и психиатрии. На I этапе проведен экспериментальный поиск ключевых слов в PubMed, состоявший из терминов, подвергшихся критике. На II этапе – обсуждение членов рабочей группы о целесообразности/уместности использования данных терминов в клинической практике. Обсуждались преимущества и возможные ограничения (риск путаницы, неправильных толкований) альтернативной терминологии. Сформулированы основные принципы разделения самоповреждений кожи (табл. 2) [15], компульсивных самоповреждений кожи и сопутствующих синдромов (табл. 3) [15].

J.Wong и соавт. (2013 г.) [16] проанализировали проблему кожных самоповреждений (артифициальный дерматит, трихотилломания, невротические экскориации), описываемых в англоязычных статьях. Для анализа были отобраны 49 статей из PubMed за период 1945–2011 гг. В ходе проведенного исследования авторы сделали вывод: несмотря на то, что первопричина искусственного дерматита, трихотилломания и невротических экскориаций имеет психиатрическую природу, пациенты с этими расстройствами чаще обращаются за помощью к дерматологам, поскольку они не в состоянии признать или в полной мере осознать, что они сами вызывают эти повреждения.

Термин «невротические экскориации» следует считать устаревшим, так как они могут привести к стигматизации пациентов в раздел невротических; выражение «психогенные экскориации» теоретически относится к неврозу. Термин «психогенные экскориации» не нашел отражение в классификации DSM-4 [14]. Считается, что в отношении данного заболевания уместно использовать термин «синдром самоповреждения кожи» [15]. Французская группа психодерматологов (The French Psychodermatology Group) является специализированной группой Французского общества дерматологов (French Society of Dermatology), которая включает дерматологов, психиатров и психологов. Были предложены диагностические критерии функционального расстройства психогенного зуда. Согласно новым критериям «С» предложено исключить экскориации, которые могут возникнуть при соматических заболеваниях, способных индуцировать зуд (воспалительные заболевания кожи или др.), и неврологических заболеваниях, которые могут проявляться самоповреждениями в виде царапин (например, деменция). В большин-

Таблица 2. Основные принципы разделения самоповреждений кожи [15]

Принципы, лежащие в основе поведения	Какого врача посещают первично	Психиатрический диагноз	Примеры
Непатологические	Никакого	Нет	Татуировки, пирсинг, ритуальные шрамы, боди-арт и т.д.; уход за кожей (груминг), непатологические кожные повреждения
	Дерматолог, эстетический хирург	Нет	Эстетические вмешательства
Патологические	Специалист в области психического здоровья (и другие специалисты-недерматологи)	Да	Самочленовредительство, попытки самоубийства, кожные последствия расстройств пищевого поведения или наркомании
	Дерматолог и/или специалист в области психического здоровья	Да	Поражения кожи вследствие навязчивого мытья рук у пациентов с обсессивно-компульсивными расстройствами, дерматологические жалобы и поражения кожи у пациентов с дисморфическими расстройствами
	Дерматолог	Да	Поражения кожи, связанные с бредовыми инвазиями
	Дерматолог, эстетический хирург	Нет	Искусственно вызванные расстройства и симуляция болезни, патологические кожные самоповреждения и сопутствующие повреждению кожи синдромы

Таблица 3. Компulsive самоповреждения кожи и сопутствующие синдромы [15]

Синдромы	Характеристика
Патологические самоповреждения кожи (или дерматилломания)	Царапины, эксфолиации, растирание или выдавливание и сдавление/прессование нормальной или имеющей внешний вид почти нормальной кожи; наносится обычно ногтями или острыми инструментами
Эксфолированные акне	Самоповреждения кожи на лице с минимальными акне, но выраженными рубцовыми изменениями
Патологические самоповреждения носа (ринотиллексомания)	Компульсивное извлечение засохшей носовой слизи или инородных тел из носа пальцем или выдавливание комедонов
Трихотилломания	Вытягивание волос, приводящее к выраженному выпадению волос (классифицируется как дискретные расстройства в DSM-4-TR)
Трихотейромания	Физическое повреждение волос путем растирания и расчесывания кожи головы
Трихотемномания	Компульсивные стрижки
Онихофагия	Синдром обкусывания/обгрызания ногтей
Онихотемномания	Коротко стриженные ногти; выстригание ногтей, ведущее к травматизации собственно тела ногтя или ногтевого валика/подушечки пальца
Онихотилломания	Травматизация кутикулы ногтя или ногтевого ложа в результате постоянных манипуляций
Прикусывание щеки	Доброкачественные резко отграниченные, обычно в виде лейкодермы, очаги вокруг основания зуба и на слизистой оболочке щек, возникшие в результате неоднократных манипуляций (сосания, жевания) на слизистой оболочке полости рта
Самоповреждение, хейлит	Навязчивое вылизывание, ковыряние в носу
Псевдонаросты на мелких суставах кисти	Растирание, массаж, жевание, сосание суставов пальца

стве исследований сообщается, что средний возраст больных соответствует 30–45 годам [13], пик заболеваемости приходится на 20-летний возраст, средняя продолжительность расстройства составляет 10–12 лет, в 52–92% невротические эксфолиации встречаются у женщин [17], соотношение встречаемости у женщин и мужчин составляет 1:8 [13].

М.Аrbabi и соавт. (2008 г.) [18] дана оценка качества жизни пациентов, наносящих себе самоповреждения кожи (эксфолиации), наблюдавшихся в Госпитале Рази, Тегеран, Иран (Razi Hospital of Tehran), в период с января по декабрь 2007 г. Целью данного исследования была детализация феноменологии сопутствующих психических заболеваний у пациентов с кожными проблемами. Под наблюдением находились 45 испытуемых (30% составили мужчины), средний возраст $33,2 \pm 10,9$ года. Для выявления психиатрического радикала использовали Опросник оценки общего состояния здоровья (General Health Questionnaire – GHQ), Шкалу оценки выраженности обсессивно-компульсивных расстройств Йель-Браун (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale), Индекс качества жизни больных с кожными заболеваниями (Dermatology Quality of Life Index), визуальную аналоговую шкалу. В ходе исследования было выявлено, что среднее время от начала проявлений кожных самоповреждений составляло $6,6 \pm 2,4$ года. По результатам GHQ в 64,2% случаев получены бимодальные баллы выше, чем 5, а в 57,8% получены наивысшие показатели теста, которые указывают на возможное психическое расстройство, в 48,9% случаев лица с самоповреждениями кожи страдают обсессивно-компульсивным расстройством. М.Аrbabi сделан вывод, что диагностика самоповреждений кожи представляется очень трудоемким процессом, высока выявляемость сопутствующих психических заболеваний. Самоповреждение кожи сопровождается поведенческими отклонениями. Ухудшение качества жизни напрямую зависит от изменения тяжести психического расстройства [18].

М. Jafferany и соавт. (2010) [19] опросили 237 дерматологов (члены Вашингтонского дерматологического

общества) на предмет осведомленности о представленности психических расстройств среди пациентов дерматологического профиля. Только 18% имели четкое представление о проблемах психодерматологии, 42% респондентов сообщили, что знания проблемы помогают в диагностике и лечении данных расстройств. Акне, атопический дерматит и псориаз были зарегистрированы как самые распространенные диагнозы, связанные с психическими проявлениями. Дерматозойный бред, невротические эксфолиации, трихотилломания – наиболее частые состояния, с которыми дерматологи направляли пациентов к психиатру. Около 90% респондентов никогда не встречали ни одного больного или пациента с семейным анамнезом психодерматологических расстройств. По результатам опроса в целом 39% из всех опрошенных дерматологов выразили заинтересованность в получении информации о психодерматологических расстройствах [19].

В другом исследовании, проведенном в Турции, Т.Осек и соавт. (2015 г.) [20] провели опрос с целью изучить информированность, знания, практические навыки и отношение врачей-дерматологов к психодерматологическим расстройствам. У 1 из 3 больных дерматологического профиля имеется коморбидность с психиатрическим расстройством. Анкетное исследование проводилось с 1 марта до 20 мая 2013 г. и включало 115 дерматологов (38 мужчин и 77 женщин). Анкета состояла из 9 вопросов с несколькими вариантами ответов и 2 открытых вопроса. Более 85% дерматологов указали, что они наблюдают более 30 пациентов в неделю в своей практике. Наиболее частое дерматологическое заболевание, которое связано с психиатрическим расстройством, – это акне (49,1%). Лидерами среди диагнозов, упомянутых дерматологами для консультации психиатра, были псориаз (42,6%), очаговая алопеция (38,2%) и зуд (27,8%) [20].

М. Jafferany и соавт. (2010 г.) [21] дали оценку уровня профессиональной подготовки, информированности и отношение к проблеме психодерматологии среди психиатров. Материалы для опроса рассылались по e-mail всем членам Психиатрической ассоциации шта-

та Вашингтон и Вашингтонского совета по детской и подростковой психиатрии. Респондентам задавались вопросы о демографических изменениях, уровне их подготовки, профессиональных навыках, о возможностях решения проблем больного с психодерматологическими расстройствами, об активности использования сети Интернет, об осведомленности пациента и членов его семьи о проблемах психодерматологии, о заинтересованности продолжения медицинского образования по данной тематике. В общей сложности по почте были отправлены 632 анкеты и 223 из них возвращены для анализа. В ходе исследования были получены следующие результаты: 21% среди опрошенных психиатров сообщили, что имеют четкое понимание проблемы психодерматологии с точки зрения сопряженности взаимодействия между кожей и психикой; 22% респондентов сообщили, что данный опрос очень удобен для дальнейшей диагностики и лечения психодерматологических расстройств. Самоповреждения кожи рассматривались как наиболее распространенные психиатрические заболевания, связанные с кожными проблемами. Кожная сыпь, вызванная лекарственным препаратом, – наиболее распространенный диагноз, требующий консультации дерматолога. Около 90% респондентов не было известно о какой-либо осведомленности больного или его родственников в проблемах психодерматологии; 85% психиатров выразили заинтересованность в повышении квалификации. Авторы заключили [21], что результаты проведенного опроса продемонстрировали отсутствие представления о психодерматологии, соответственно, и о диагностике и лечении таких больных. Существенный пробел выявлен в информированности о психодерматологических расстройствах как самого пациента, так и его родственников.

Кожные заболевания на фоне психического расстройства часто встречаются в дерматологической практике [22]. Психологический стресс и многие распространенные кожные заболевания тесно связаны, что может быть причиной их появления или обострения [23]. Пациенты, как правило, отказываются от направления к психиатру, а дерматолог не всегда может оказать им должную психотерапевтическую поддержку. К основной группе психодерматологических лекарственных средств относятся нейролептики, антидепрессанты, анксиолитики, препараты, применяемые для терапии подобных состояний (обсессивно-компульсивные расстройства). Кроме того, нарушение чувствительности и кожный зуд также можно лечить с помощью психотерапевтических методов, когда другие методы лечения исчерпаны. Врач-дерматолог с высокой степенью мотивации может применить все эти знания для лечения таких распространенных, но сложных случаев.

В исследовании S.Gee и соавт. (2013 г.) [24] с июля 2010 по октябрь 2011 г. проведен онлайн-опрос с участием 59 дерматологов 2 академических институтов Бостона, штат Массачусетс, – Центральная больница штата Массачусетс (Massachusetts General Hospital), Женский госпиталь имени Бригхэма (Brigham and Women's Hospital). Цель исследования – выявить недостающие знания среди практикующих врачей-дерматологов в психодерматологии. Быстрый ответ смогли дать 68% всех опрошенных. Более 50% дерматологов считают уместным поставить диагноз «психодерматологическое расстройство» 8 из 10 пациентов. В 57% случаев речь идет о постановке диагноза «депрессия» с назначением соответствующей терапии: антидепрессанты (11% респондентов), нейролептики (3%), ле-

карства от нейропатической боли (66%). В целом 72% опрошенных дерматологов никогда не назначали антидепрессанты, 68% – антипсихотические препараты и 21% – препараты от нейропатической боли. Только 38% считают наиболее успешным лечение компульсий при экскориациях, 15% – при дисморфическом расстройстве тела, 27% – при бреде паразитозов, 24% – при депрессии. В результате исследования сообщается, что в существующих реалиях дерматологи не в состоянии оказывать должное лечение и уход за больными с психодерматологическими проблемами. Хотя большинство опрошенных врачей считали, что они были способны диагностировать кожные проявления психопатологии, но очень немногие из них готовы назначать психотропные препараты или предполагают, что они сами успешно справятся с лечением таких состояний [24].

L.Misery и соавт. (2012 г.) [14] наблюдали 10 (9 женщин, 1 мужчина) пациентов с психогенными экскориациями в возрасте 42–80 лет (средний возраст 62,6 года). Никто из включенных в исследование не имел дерматологического анамнеза. Однако у всех пациентов в анамнезе имелись указания на психопатологические состояния (тревога, депрессия, онхотилломания, трихотилломания, канцерофобия, истерия, булимия). У большинства пациентов появление первой экскориации связано с личными проблемами, также имеются сведения о насилии в детстве или подростковом возрасте. При опросе пациенты сообщали, что во время расчесывания не испытывают никаких эмоций или испытывают чувство радости, страха или вины. После нанесения царапин пациенты чувствовали облегчение, вину или боль. Авторы заключили, что самоповреждения кожи – это импульсивная реакция и не относится к обсессивно-компульсивным расстройствам.

G.Poulos и соавт. (2012 г.) [25] описали случай 53-летней пациентки с грубыми проявлениями самоповреждения кожи на фонеотягощенного соматического анамнеза (сахарный диабет типа 2, гепатит С, вторичная анемия), верифицированного психического заболевания (шизофрения), сопровождающегося депрессией. Хотя пациентка категорически отрицала факт самоповреждения кожи, ей был поставлен первичный диагноз «невротические экскориации». После тщательной проработки пораженной поверхности кожи ей был поставлен окончательный диагноз «буллезный пемфигоид». Авторы статьи подчеркивают, что этот случай демонстрирует важность поисков истинного дерматологического заболевания у любого пациента с аномальными проявлениями на коже, независимо от сопутствующих психиатрических заболеваний у пациента.

Ярким клиническим примером является опыт G.Turner и соавт. (2014 г.) [13], которые наблюдали 21-летнюю пациентку с невротическими экскориациями, поступившую в госпиталь с болями в животе, высокой температурой и нерегулярными испражнениями. В анамнезе имелись указания на трансплантацию тонкой кишки в 2011 г., показанием для которой были кишечная псевдообструкция и синдром короткого кишечника, диагностированный еще в младенчестве. В госпитале установлено отторжение трансплантата. Психиатрическое освидетельствование выявило у больной тревожность, инсомнию и самоповреждения кожи. Клинически повреждения кожи локализовались на правой переднемедиальной поверхности бедра, живота и на кончиках нескольких пальцев. Наибольший участок самоповреждения (1,5×2,0 см) с поражением дермы был на животе. Пациентка наносила себе по-

вреждения и днем, и ночью, не осознавая своих действий, пока посторонние не обращали на это ее внимание. Все попытки пациентки не наносить самоповреждения были безуспешными. В течение 6 мес пациентка находилась на медикаментозном лечении (анксиолитик, антидепрессант, нейролептик), за этот период была получена положительная динамика в отношении всех симптомов (тревога, инсомния, невротические экскориазии).

Заключение

Представленные в статье материалы свидетельствуют о недостаточной осведомленности врачей-дерматологов в проблеме существующего направления «психодерматология», о трудностях постановки диагноза и назначения соответствующей терапии. Только 18% среди опрошенных дерматологов имеют четкое представление о проблемах психодерматологии [19], и 21% среди опрошенных психиатров сообщили, что

имеют четкое понимание проблемы психодерматологии [21]. Самыми распространенными диагнозами, связанными с кожными психическими расстройствами, среди дерматологов считаются акне, атопический дерматит, псориаз, очаговая алопеция [19, 20], а такие психические расстройства, как дерматозойный бред, невротические экскориазии, трихотилломания, – наиболее частые состояния, с которыми дерматологи направляли пациентов к психиатру. Кожная сыпь, вызванная лекарственным препаратом, является наиболее распространенным диагнозом, требующим консультации дерматолога. Лишь немногие врачи-дерматологи готовы взять на себя ответственность и назначить психотропные препараты и оказать больному должную психотерапевтическую поддержку.

В ряде случаев принятие решения в отношении больных психодерматологического профиля требует больших усилий, опыта и знаний, терпения и мультидисциплинарного диагностического подхода.

Литература/References

- Brown GE, Malakouti M, Sorenson E et al. Psychodermatology. *Adv Psychosom Med* 2015; 34: 123–34.
- Koblentz CS, Gupta R. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. *Semin Cutan Med Surg* 2013; 32 (2): 95–100.
- Picardi A, Porcelli P, Pasquini P et al. Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients. *Psychosomatics* 2006; 47 (2): 122–8.
- ICD-11 Beta Draft – Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics <http://id.who.int/icd/entity/334423054>
- ICD-11. *World Psychiatry* 2011; 10: 175–80.
- Tyrer P. A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. *Adv Psychiatr Treat* 2014; 20 (4): 280–5. DOI: 10.1192/apt.bp.113.011296
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, Press Inc. 2013.
- DSM-5 // www.psychiatry.org/dsm5
- Sartorius N. МКБ-11 и DSM-V: пересмотр классификаций психических болезней. *НейроNews*. 2010; 7 (26). / Sartorius N. МКБ-11 и DSM-V: peresmotr klassifikatsii psikhicheskikh boleznei. *NeiroNews*. 2010; 7 (26). [in Russian]
- Фильц А.О., Педак А.А. На пути создания МКБ-11 и DSM-5: очерки по проблеме психопатологии и нозологических систематик психических расстройств. Николаев, 2012. / Fil'ts A.O., Pedak A.A. Na puti sozdaniia MKB-11 i DSM-5: ocherki po probleme psikhopatologii i nozologicheskikh sistematik psikhicheskikh rasstroistv. Nikolaev, 2012. [in Russian]
- Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013; 12 (2): 88–94.
- Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126: 983–7.
- Turner GA, Sutton S, Sharma A. Augmentation of Venlafaxine with Aripiprazole in a case of treatment-resistant excoriation disorder. *Innov Clin Neurosci* 2014; 11 (1–2): 29–31.
- Misery L, Chastaing M, Touboul S et al. Psychogenic skin excoriations: diagnostic criteria, semiological. Analysis and psychiatric profiles. *Acta Derm Venereol* 2012; 92: 416–8.
- Gieler U, Consoli SG, Tomas-Arag L et al. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification – a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol* 2013; 93: 4–12.
- Wong JW, Nguyen TV, Koo JYM. Primary psychiatric conditions: dermatitis artefacta, trichotillomania and neurotic excoriations. *Indian J Dermatol* 2013; 58 (1): 44–8. doi: 10.4103/0019-5154.105287
- Шавловская О.А. Тревожные расстройства в дерматологической практике. *Consilium Medicum. Дерматология (Прил.)*. 2014; 3: 33–5. / Shavlovskaya O.A. Trevozhnye rasstroistva v dermatologicheskoi praktike. *Consilium Medicum. Dermatology (Suppl.)*. 2014; 3: 33–5. [in Russian]
- Arbabi M, Farnia V, Balighi K et al. Psychiatric characteristics and Quality of Life in patients with pathologic skin picking. *Iran J Psychiatry* 2008; 3: 16–9.
- Jafferany M, Vander Stoep A, Dumitrescu A et al. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. *Int J Dermatol* 2010; 49 (7): 784–9. doi: 10.1111/j.1365-4632.2009.04372.x
- Ocek T, Kani AS, Ba A et al. Psychodermatology: Knowledge, Awareness, Practicing Patterns, and Attitudes of Dermatologists in Turkey. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2015; 17 (2). doi: 10.4088/PCC.14m01628. eCollection 2015.
- Jafferany M, Stoep AV, Dumitrescu A et al. Psychocutaneous disorders: a survey study of psychiatrists' awareness and treatment patterns. *South Med J* 2010; 103 (12): 1199–203. doi: 10.1097/SMJ.0b013e3181fa73ef
- Park KK, Koo J. Use of psychotropic drugs in dermatology: unique perspectives of a dermatologist and a psychiatrist. *Clin Dermatol* 2013; 31 (1): 92–100. doi: 10.1016/j.clindermatol.2011.11.013
- Orion E, Wolf R. Psychological factors in skin diseases: stress and skin: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2013; 31 (6): 707–11. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.05.006
- Gee SN, Zakhary L, Keuthen N et al. A survey assessment of the recognition and treatment of psychocutaneous disorders in the outpatient dermatology setting: how prepared are we? *J Am Acad Dermatol* 2013; 68 (1): 47–52. doi: 10.1016/j.jaad.2012.04.007
- Poulos GA, Alghothani L, Bendo S et al. Neurotic excoriations. A diagnosis of exclusion. *J Clin Aesthet Dermatol* 2012; 5 (2): 63–4.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Шавловская Ольга Александровна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. НИО неврологии НИЦ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: shavlovskaya@mma.ru