

Синдромы самоповреждения кожи (невротические экскориации)

О.А.Шавловская[✉]

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России. 119021, Москва, Россия, ул. Россолимо, д. 11/1

Психодерматология является недооцененной областью науки, изучающей психические расстройства, при этом данные расстройства имеют как дерматологические, так и психиатрические характеристики. Только 18% дерматологов имеют четкое представление о проблемах психодерматологии. Эксคอร์иации известны также как дерматотилломания, психогенные, невротические экскориации. 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, в 41–65% – тревожные расстройства. Ранее (DSM-IV) экскориации рассматривались как остаточные проявления нарушений, связанных с импульсивным контролем, сейчас, согласно DSM-V (2013 г.) – как заболевания обсессивно-компульсивного спектра (с четкими критериями для постановки диагноза). Диагностические критерии для экскориации включают в себя: 1) рецидивы кожных повреждений, которые пациент не в состоянии самостоятельно прекратить; 2) самоповреждения кожи являются следствием дистресса; 3) но не вызваны применением лекарственных препаратов или наркотических средств, или на фоне какого-то другого психического расстройства.

Согласно новым критериям С Французской группы психодерматологов 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).

Ключевые слова: кожа, психодерматология, самоповреждения кожи, невротические экскориации, психогенные экскориации.

[✉]shavlovskaya@mma.ru

Для цитирования: Шавловская О.А. Синдромы самоповреждения кожи (невротические экскориации). Consilium Medicum. Дерматология (Прил.). 2015; 1: 31–36.

Skin-picking syndromes (neurotic excoriations)

O.A.Shavlovskaya[✉]

The State Education Institution of Higher Professional Training The First Sechenov Moscow State Medical University under Ministry of Health of the Russian Federation. 119021, Russian federation, Moscow, ul. Rossolimo, d. 11/1

Psychodermatology is an underappreciated field that studies psychocutaneous disorders, which are conditions that have both dermatologic and psychiatric characteristics. Only 18% of dermatologists reported a clear understanding of psychodermatology. Excoriation (skin-picking) disorder is also known as dermatillomania, psychogenic excoriation, and neurotic excoriation. Patients with excoriation disorder often present first to a dermatologist rather than a psychiatrist. Excoriation disorder has changed recently from being considered a residual diagnosis related to impulse control in the DSM-IV, Text Revision to becoming a part of the obsessive compulsive range of disorders in the DSM-V with specific criteria for diagnosis. DSM-5 criteria for excoriation disorder includes the requirement that recurrent skin picking causes skin lesions, that the patient is not able to consciously stop this picking, the picking causes significant distress, and finally that the picking is not caused secondary to another medical condition, drug, or another mental disorder. According to the French Psychodermatology Group the new criterion C was proposed to exclude excoriations that could occur in somatic diseases capable of inducing pruritus (inflammatory skin diseases or others) and neurological diseases that can induce scratching (e.g. dementia).

Key words: psychodermatology, self-induced skin lesions, skin-picking syndromes, neurotic excoriations, psychogenic excoriation.

[✉]shavlovskaya@mma.ru

For citation: Shavlovskaya O.A. Skin-picking syndromes (neurotic excoriations). Consilium Medicum. Dermatology (Suppl.). 2015; 1: 31–36.

Психодерматология является недооцененной областью науки, изучающей 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]. 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 психическое заболевание часто не распознается, что представляет наибольшие сложности для лечения. С психогенным дерматозом в первую очередь сталкиваются дерматологи; к психиатру такие пациенты попадают лишь в случаях, когда самоповреждение протекает на фоне выраженных психических расстройств [4]. Клиническая и патогенетическая структу-

ра психических расстройств в клинической картине кожных заболеваний неоднородна, среди психогенных заболеваний кожи наблюдается и непреднамеренное стремление повреждать себе кожу [5]. Психические факторы в ряде случаев являются триггером дебюта или очередного обострения хронического дерматоза. В свою очередь, кожные заболевания могут приводить к психическим расстройствам (нозогениям, патологиям развития личности) [2, 6]. Наиболее распространенной формой дерматозов являются невротические экскориации, которыми страдают около 2% всех пациентов дерматологической клиники, 9% среди больных с кожным зудом.

Среди тревожных расстройств, развивающихся на фоне поражения кожного покрова, доминируют социофобические и тревожно-ипохондрические расстройства [7]. Представленность в дерматологической практике пациентов с неврологическими и пограничными психическими расстройствами, которые выбрали точкой приложения преимущественно кожные покровы, варьирует [6]. Процент коморбидности кожной патологии с депрессиями достигает 59–77%, тревожными расстройствами – 6–30%, в амбулаторном кон-

тингенте кожных больных представленность составляет 21–34%, в дерматологическом стационаре – 38–62% [8]. Высоким аффинитетом к хроническим дерматозам обладают тревожные симптомы в рамках невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств.

М. Jafferany и соавт. (2010 г.) [9] 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 знание проблемы помогает 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. В целом 39% из всех опрошенных дерматологов выразили заинтересованность в получении информации о психодерматологических расстройствах.

В ряде случаев на фоне текущего кожного заболевания наблюдаются психогенные самоповреждения кожи, такие как «эксфолированные акне молодых женщин», «невротические эксфолиации» на фоне таких кожных заболеваний, как акне, аллергический васкулит, дисгидротическая экзема, сикоз [4]. Такие самоповреждения кожи входят в группу психопатологических расстройств невротического круга, в рамках которых рассматривается тревога о состоянии своего здоровья, ведущая к подобным самоповреждениям. При всех формах эксфолиаций имеет место порочный круг (компульсивный ритуальный цикл «зуд–расчесы»). Продолжительные расчесывания ведут к стойким деструктивным изменениям кожного покрова, что приводит в этих местах к повышению кожной чувствительности к внешним раздражителям. При этом эрозивные и эксфолиативные элементы сами по себе могут сопровождаться зудом, жжением. То есть к психопатологическим присоединяются соматические стимулы расчесывания. Аутоагрессивное поведение человека до настоящего времени остается малоизученным. Аутоагрессия (autos – сам, aggressia – нападение, разрушение) дословно «нападение на самого себя», саморазрушение. Существенной особенностью, характеризующей аутоагрессивное поведение, является многократное повторение самодеструктивных действий, совер-

шаемых скрытно. Стойкое аутоагрессивное поведение формируется на фоне длительно существующих и чрезвычайно значимых для больного психотравмирующих ситуаций. В ответ на дополнительную психотравмирующую ситуацию обычно и совершаются первые акты аутоагрессии: аутоэксфолиации (расчесы), порезы, уколы и т.п. Самоповреждения совершаются втайне от окружающих, систематически повторяются в ответ на разнообразные психотравмирующие воздействия, а затем совершаются и вне связи с последними. Невротические реакции постепенно становятся единственной формой реагирования на все раздражения, как отрицательные, так и положительные. Эпизоды аутоагрессии трансформируются в стойкое аутоагрессивное поведение: больные не допускают полного заживления ран, гнойников, нанося очередные повреждения [4].

Разновидностью аутоагрессии является патомимия, дерматопатомимия (от греч. derma – кожа, pathos – страдание, чувство, болезнь, mimia, mimesis – подражание). При квалификации самоповреждений кожи у больных с собственно дерматологическими заболеваниями (в особенности зудящими дерматозами), как правило, возникают значительные трудности. С одной стороны, достаточно сложно четко определить, когда самоповреждения кожи в ответ на зуд следует считать проявлениями дерматопатомимии [4–6]. Изначально небольшое количество расчесов является следствием объективно обоснованного зуда, а стремление расчесывать кожу поддается больным. Но в дальнейшем при нарастании интенсивности зуда часть пациентов не в силах удержаться от самоповреждений, и в этом случае эксфолиации могут рассматриваться уже как неадекватные действия (аутоагрессивные), направленные против самого себя, что по своей сути является дерматопатомимией [5]. С другой стороны, ведущей жалобой у больных с эксфолиациями является мучительный зуд, при этом объективные подтверждения вследствие зудящего дерматоза (блеск и сточенность ногтевых пластинок пальцев рук) незначительны или отсутствуют вообще, в этом случае речь также идет о дерматопатомимии [5].

А.Б. Смулевичем (2004 г.) предложена классификация психических расстройств в дерматологии, согласно которой выделяют три группы психических расстройств: психические расстройства с проекцией на кожные покровы (первичные психические нарушения), психические расстройства, спровоцированные дерматологической патологией, и психосоматические болезни (табл. 1) [6].

Эксфолиации (excoriation disorder, или skin-picking) известны также как дерматотилломания, психогенные

Таблица 1. Классификация психических расстройств в дерматологии [6]

1. Психические расстройства с преимущественной проекцией в соматической (кожные покровы) сфере	<ul style="list-style-type: none"> • Соматопсихоз – дерматозойный (зоопатический) бред • Ипохондрия (истерическая, невротическая, сверхценная), сопровождающаяся аутодеструктивными тенденциями: • Патомимия • Ограниченная ипохондрия • Обсессивно-компульсивные расстройства с самоповреждениями кожных покровов (невротические эксфолиации, эксфолированные акне, трихотилломания, онихофагия и онихотилломания, хейлофагия) • Дисморфофобия/дисморфомания
2. Психические расстройства, спровоцированные дерматологической патологией	<ul style="list-style-type: none"> • Нозогенные реакции (депрессивные, тревожно-фобические, сенситивные) • Патологические развития личности при хронических дерматозах
3. Психосоматические заболевания (дерматологическая патология, спровоцированная психическими расстройствами)	<ul style="list-style-type: none"> • Атопический дерматит, псориаз, экзема, розацеа, вульгарные угри, красный плоский лишай, рецидивирующий герпес, хроническая крапивница, гнездная алопеция, витилиго и др.

эксориации, невротические эксориации [10, 11]. Пациенты с эксориациями в первую очередь идут на прием к дерматологу, а не к психиатру. В 48–68% случаев у пациентов с эксориациями 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) [10]. Ранее (DSM-IV) эксориации рассматривались как остаточные проявления нарушений, связанных с импульсивным контролем, сейчас, согласно DSM-V (2013 г.), – как заболевания обсессивно-компульсивного спектра (с четкими критериями для постановки диагноза) [12]. Диагностические критерии для эксориации включают в себя:

- 1) рецидивы кожных повреждений, которые пациент не в состоянии самостоятельно прекратить;
- 2) самоповреждения кожи являются следствием дистресса;
- 3) но не вызваны применением лекарственных препаратов или наркотических средств, или на фоне какого-то другого психического расстройства.

Согласно меморандуму Европейского общества дерматологов и психиатров (2013 г.) [13] в отношении классификации и терминологии самоповреждений кожи определены четкие позиции.

1. Некоторые термины должны быть пересмотрены, такие как самоповреждения, самочленовредительство, 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, эксориированные акне, невротические и психогенные эксориации.

2. Глоссарий должен быть составлен с учетом терминологии двух дисциплин – дерматологии и психиатрии. На первом этапе проведен экспериментальный поиск ключевых слов в PubMed, состоявший из терминов, подвергшихся критике. На втором этапе – обсуждение членов рабочей группы о целесообразности/уместности использования данных терминов в клинической практике. Обсуждались преимущества и воз-

можные ограничения (риск путаницы, неправильных толкований) альтернативной терминологии. Сформулированы основные принципы разделения самоповреждений кожи (табл. 2), компульсивных самоповреждений кожи и сопутствующих синдромов (табл. 3).

J. Wong и соавт. (2013 г.) [14] проанализировали проблему кожных самоповреждений (искусственный дерматит, трихотилломания, невротические эксориации), 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, трихотилломании и невротических эксориаций 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 эксориации» следует считать устаревшим, так как он может привести к стигматизации пациентов в раздел невротические; выражение «психогенные эксориации» теоретически относится к неврозу. Тем не менее предпочтительнее использовать термин «синдром самоповреждения кожи», который относится к тому же клиническому состоянию [13]. Термин «психогенные эксориации» также не нашел отражение в классификации DSM-IV [11]. 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 эксориации, которые могут возникнуть при соматических заболеваниях, способных индуцировать зуд (воспалительные заболевания кожи или др.), и неврологических заболеваний, которые могут проявляться самоповреждениями в виде царапин (например, деменция) [11].

Дерматологическая картина самоповреждений кожи (ранее классифицировались как невротические эксориации) чрезвычайно разнообразна: от незначительных ссадин с эритематозными краями до глубоких эксориаций с кровянистыми корочками; от небольших

Таблица 2. Основные принципы разделения самоповреждений кожи

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 не дерматологи)	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	
Синдромы	Характеристика
Патологические самоповреждения кожи (или дерматотилломания)	Царапины, эксфолиации, растирание или выдавливание и сдавление/пресование кожи, нормальной кожи или имеющей внешний вид почти нормальной кожи; наносятся 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 их выпадению (классифицируется как дискретные расстройства в DSM-IV-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 ограниченные, обычно в виде лейкодемы, очаги вокруг основания зуба и на слизистой оболочке щек, возникающие в результате неоднократных манипуляций (сосания, жевания) на слизистой оболочке полости рта
Самоповреждение, хейлит	Навязчивое вылизывание, ковыряя в носу
Псевдонаросты на мелких суставах кисти	Растирание, массаж, жевание, сосание суставов пальца

розовых рубчиков до глубоких рубцов (рис. 1) [15]. В большинстве исследований сообщается, что средний возраст больных соответствует 30–45 годам [10], пик заболеваемости приходится на 20-летний возраст, средняя продолжительность расстройства составляет 10–12 лет, в 52–92% невротические эксфолиации встречаются у женщин [5], соотношение встречаемости у женщин и мужчин составляет 1:8 [10]. Эксфолированные акне отличаются от невротических эксфолиаций тем, что компульсии (от лат. *compello* — принуждаю), сопровождающиеся аутодеструктивными действиями, проявляются не на субстрате здоровой кожи, а формируются на фоне дискомфорта, связанного с реально существующим заболеванием – акне (рис. 2). Первое упоминание о дерматопатомимии относится к 1898 г., когда французский дерматолог Louis Brocq привел описание «эксфолированных акне молодых женщин», или «ослабленных бледных женщин». Невротические эксфолиации расцениваются как аутоагрессия, отмечаются с детства. Встречаются одинаково часто у мужчин и женщин. Обнаруживаются на любых участках кожи, доступных рукам. Различают невротические эксфолиации: на фоне других кожных заболеваний (акне, аллергический васкулит, дисгидротическая экзема, сикоз); на фоне конфликтов, стрессов, отрицательных эмоций; введение врача в заблуждение развитием заболевания, не сообщая причины. Возможно повреждение нормальной кожи без связи со стрессом.

Детальное описание невротических эксфолиаций дано А.Б.Смулевичем и соавт. (2004 г.) [15]: «...Расчесыванию нередко предшествуют визуальный осмотр или прикосновение к коже. Чаще самоповреждения наносятся в вечернее время, а также после стрессовых ситуаций. В ряде случаев расчесы производятся «машинально» в дневное время. Пациенты расчесывают себя ногтями, щипают или сдавливают кожу, некоторые используют для этого булавки, бритвенные лезвия, пин-



Рис. 1. Классическая картина невротических эксфолиаций. Характерны как «свежие», глубокие эксфолиации, так и «штампованные» рубцы, сгруппированные на участках кожного покрова, доступных для саморасчесов*.



Рис. 2. Эксфолированные акне. В отличие от невротических эксфолиаций, в данном случае расчесы приурочены к реально существующим элементам акне, при этом вторичные элементы преобладают в клинической практике.

*Фотографии и комментарии к ним взяты из статьи: Смулевич А.Б., Дороженко И.Ю., Иванов О.Л., Львов А.Н. Проблемы психодерматологии: современные аспекты. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2004; 104 (11): 4–14/http://www.rlsnet.ru/articles_405.htm

цеты, ножи и другие инструменты. Вслед за этапом самоповреждений (когда кожа сильно расчесана и содрана все корки) наступает этап временного облегчения, внутреннего удовлетворения. Затем неизбежно вновь следует нарастание дискомфорта, недовольства состоянием кожи, «чувства отвращения». Больные предпринимают чаще всего малоэффективные попытки предотвратить или остановить расчесывание, некоторые из них коротко стригут ногти, надевают перчатки, напальчники...».

Как правило, больные подолгу сидят перед зеркалом, вскрывая мнимые или имеющиеся акне и комедоны иглой или ногтями, и не могут удержаться, чтобы постоянно не ковырять и не чесать кожу даже при отсутствии зуда. На коже лба, щек видны коричневые пятна, эксфолиации, корки, поверхностные эксфолиированные акне – результат механических манипуляций. Акнефобия молодых женщин сопровождается поначалу «выдавливанием» реально существующих акне, а при дальнейшем развитии невроза – упорным повреждением кожи в местах воображаемых угрей, с типичной локализацией на лице (в области лба, щек), груди [4, 10].

М.А.Терентевой и соавт. (2002 г.) [5] на базе межклинического психосоматического отделения ММА (Первый МГМУ) им. И.М.Сеченова наблюдались 19 пациенток с невротическими эксфолиациями в возрасте $36,4 \pm 3,2$ года, возраст дебюта составил 20–25 лет, длительность расстройства – от 4 мес до 8 лет. Клинически у обследованных женщин дерматологические проявления болезни были представлены угревой болезнью с ранним началом и минимальными проявлениями на коже лица и/или груди в виде немногочисленных папулопустулезных элементов и комедонов, слабовыраженными алергодерматозами. В ряде случаев невротические эксфолиации выявлялись на фоне здоровой кожи вследствие чрезмерной озабоченности банальными мелкими дефектами (прыщики, складочки, пятнышки и т.п.). Диагностически значимыми клиническими признаками невротических эксфолиаций являются:

1) расположение на участках тела, легко доступных для расчесывания (лицо, верхние и нижние конечности, верхняя треть спины);

2) наличие «свежих» очагов самоповреждений (язвы, пузыри различных размеров с серозным или серозно-геморрагическим содержимым, кровоподтеки, расчесы, ссадины, геморрагические или некротические корки), наряду со «старыми» (рубцы, участки гипер- и депигментации);

3) линейное расположение кожных элементов, одинаковая форма, четкие границы, участки поврежденной кожи чередуются со здоровыми.

Для нанесения расчесов пациенты используют разные приемы (раздирание ногтями, шипки, сдавливание кожи) и острые инструменты (булавки, бритвенные лезвия, пинцеты, ножи). «Одержимость» саморасчесыванием кожи не подавлялась при ношении перчаток или надевании напальчников. Обращает на себя внимание преуменьшение тяжести состояния или отрицание самоповреждений, которые контрастируют со столь явным аутоагрессивным поведением.

М.А.Арабаби и соавт. (2008 г.) [16] дана оценка качества жизни пациентов, наносящих самоповреждения кожи (эксфолиации), которые наблюдались в Госпитале Рази, Тегеран, Иран (Razi Hospital of Tehran) 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% были 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 Йеля–Брауна (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale), Индекс качества жизни больных с кожными заболеваниями (Dermatology quality of life index), визуально-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% лица с самоповреждениями кожи страдают обсессивно-компульсивным расстройством. М.А.Арабаби 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 [16].

L.Misery и соавт. (2012 г.) [11] наблюдали 10 (9 женщин, 1 мужчина) пациентов с психогенными эксфолиациями 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, онихотилломания, трихотилломания, канцерофобия, истерия, булимия). У большинства пациентов появление первой эксфолиации 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 либо испытали чувство радости или страха и вины. После нанесения царапин почувствовали облегчение или чувство вины или боли. Авторы заключили, что самоповреждения кожи – это импульсивная реакция и не относится к обсессивно-компульсивным расстройствам.

G.Poulos и соавт. (2012 г.) [17] 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 эксфолиации». 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.

Ярким клиническим примером является опыт G.Turper и соавт. (2014 г.) [10] наблюдения 21-летней пациентки с невротическими эксфолиациями, которая поступила 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 была 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 кончиках нескольких пальцев. Наибольший участок самоповреждения (1,5×2,0 см) с поражением дермы был на животе. Пациентка наносила себе повреждения 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 трудностях при постановке диагноза «самоповреждения кожи» и разграничении сопутствующих поражений кожи, о нозологической принадлежности данного страдания, о его месте в современной классификации болезней, об используемой терминологии (единого глоссария), о недостаточной осведомленности врачей-дерматологов по проблеме существующего направления «психодерматология».

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

Литература/References

1. Koblentz CS, Gupta R. Neurotic excoriations and dermatitis artefacta. *Semin Cutan Med Surg* 2013; 32 (2): 95–100.
2. Picardi A, Porcelli P, Pasquini P et al. Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients. *Psychosomatics* 2006; 47 (2): 122–8.
3. Brown GE, Malakouti M, Sorenson E et al. *Psychodermatology. Adv Psychosom Med* 2015; 34: 123–4. Epub 2015 Mar 30.
4. Шавловская О.А. Редкие дерматозы: самоповреждения кожи – аутоагрессия – патомимия. *Эксперимент. и клин. дерматокосметология*. 2004; 6: 53–60. / Shavlovskaya O.A. Redkie dermatozы: samopovrezhdeniia kozhi – autoagressiia – patomimii. *Ekspieriment. i klin. dermatokosmetologiiia*. 2004; 6: 53–60. [in Russian]
5. Терентьева М.А., Фрагина А.В. Психопатологические аспекты патомимии (на модели невротических экскориазий). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2002; 4: 160–2. / Terent'eva M.A., Fragina A.V. Psikhopatologicheskie aspekty patomimii (na modeli nevroticheskikh ekskoriatsii). *Psikhiatriia i psikhofarmakoterapiia*. 2002; 4: 160–2. [in Russian]
6. Смудевич А.Б. Психические расстройства в дерматологии (к построению современной классификации). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004; 6: 264–6. / Smulevich A.B. Psikhicheskie rasstroistva v dermatologii (k postroeniiu sovremennoi klassifikatsii). *Psikhiatriia i psikhofarmakoterapiia*. 2004; 6: 264–6. [in Russian]
7. Глазкова Л.К., Волкова Н.В. Нозогении в дерматологической практике: пути коррекции. *Клин. дерматология и венерология*. 2011; 4: 46–51. / Glazkova L.K., Volkova N.V. Nozogenii v dermatologicheskoi praktike: puti korrektsii. *Klin. dermatologiiia i venerologiiia*. 2011; 4: 46–51. [in Russian]
8. 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. Dermatologiiia (Suppl.)*. 2014; 3: 33–5. [in Russian]
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.
10. 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.
11. 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.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Press Inc.; 2013.
13. 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.
14. 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.
15. Смудевич А.Б., Дороженко И.Ю., Иванов О.Л. и др. Проблемы психодерматологии: современные аспекты. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*. 2004; 104 (11): 4–14. http://www.rlsnet.ru/articles_405.htm / Smulevich A.B., Dorozhenok I.Yu., Ivanov O.L. i dr. Problemy psikhodermatologii: sovremennyye aspekty. *Zhurn. nevrologii i psikhiatrii im. S.S.Korsakova*. 2004; 104 (11): 4–14. [in Russian]
16. 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.
17. 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