

УДК 616.89
ББК 56.14+55.83
С52

Смулевич А.Б., Львов А.Н., Иванов О.Л.

С52 Патомимии: психопатология аутоагрессии в дерматологической практике. — М.: 000 «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2012. — 160 с.: ил.

ISBN 978-5-9986-0068-5

Монография посвящена одной из актуальных и дискуссионных проблем психодерматологии — сопряженным с телесно ориентированным аутоагрессивным поведением психическим расстройствам и их реализации в виде самодеструкции кожи. Издание является первой частью из планируемой серии публикаций, посвященных психопатологии психических расстройств в дерматологической практике.

Психические расстройства представлены широким спектром психопатологических образований — от соматоформных, невротических расстройств, расстройств импульс-контроля и личностных девиаций до бредовых форм (зоопатический бред). Важная роль в патогенезе аутодеструктивного поведения отводится патологическим телесным ощущениям — козностиопатиям, ранжированным в рамках континуума от зуда, алгий до тактильного галлюциноза и выступающим в качестве первичных психопатологических образований, лежащих в основе психических расстройств. Полиморфизм самодеструктивных кожных проявлений, маскирующих психические расстройства, затрудняет распознавание истинной природы страдания и приводит к значительному числу диагностических ошибок.

Анализ форм аутодеструкций, объединяемых в дерматологии понятием «патомимия» и отражающих перманентное существование психической патологии, проецирующейся на кожный покров, проводится в соответствии с предложенной авторами оригинальной интегративной систематикой.

Специальные разделы работы посвящены ключевым для клинической практики вопросам дифференциальной диагностики и терапии состояний, составивших предмет исследования. Издание носит наглядный характер и содержит 126 оригинальных фотографий, иллюстрирующих собственные клинические наблюдения.

Книга адресована дерматологам, психиатрам, специалистам, занятым в сфере психосоматики, клиническим психологам.

УДК 616.89
ББК 56.14+55.83

ISBN 978-5-9986-0068-5

© Смулевич А.Б., Львов А.Н., Иванов О.Л., 2012
© Оформление. 000 «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2012

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав

Оглавление

Вступительное слово	4
Глава 1. Аутоагрессия — современное состояние проблемы	6
Глава 2. Псевдосоматические расстройства в дерматологии	19
Глава 3. Психические расстройства, сопряженные с телесно ориентированным аутоагрессивным поведением	60
Глава 4. Артифициальные самоповреждения кожи и ее придатков ...	110
Глава 5. Диагноз и дифференциальный диагноз	125
Глава 6. Принципы терапии	134

Вступительное слово

Для меня большая честь представить российским врачам уникальное, в высшей степени наглядное издание, подготовленное коллективом ведущих ученых — руководителем отдела пограничной психической патологии НЦПЗ РАМН, заведующим кафедрой психиатрии и психосоматики ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, академиком РАМН, профессором А.Б. Смулевичем, заведующим кафедрой кожных и венерических болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова профессором О.Л. Ивановым и заместителем директора по научно-клинической работе ГНЦДК Минздравсоцразвития России, профессором кафедры кожных и венерических болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова А.Н. Львовым. Монография впервые в нашей стране посвящена изучению феномена аутодеструктивного поведения в дерматологической практике.

Изучение психосоматических соотношений при распространенных дерматозах чрезвычайно актуально для современной медицины, поскольку встречаемость психических расстройств при кожных заболеваниях очень высока. Почти каждый второй больной, обращающийся за специализированной дерматологической или косметологической помощью, отмечает значительное снижение качества жизни в силу психотравмирующего влияния кожной патологии. В последнее время значительно возросло число пациентов с патомимиями — дерматозами, первично обусловленными психической патологией и сопровождающимися аутоагрессивным поведением. В то же время ни диагностические критерии, ни классификация, ни принципы терапии для данной категории больных не разработаны. Кроме того, некоторые кожные болезни, в основе которых лежат генетические и иммунологические механизмы (атопический дерматит, псориаз, рецидивирующий простой герпес и др.) эскацерируются посредством психогенного воздействия, при этом психогенный фактор обуславливает выработку различных нейромедиаторов и таким образом включается в череду последовательных иммунологических событий и приобретает патогенетическое значение. В свою очередь, различные психические реакции в большинстве случаев ассоциируются с хроническим течением часто локализованных на открытых участках кожи, «косметически значимых» дерматозов, таких как угревая болезнь, розацеа, алопеция, витилиго, что значительно утяжеляет общую картину страдания, затрудняет качественное лечение кожного процесса.

Акцент в работе сделан на интегративном клиническом анализе группы самодеструктивных дерматозов — патомимий. Эти состояния квалифицируются как гетерогенные по клиническим проявлениям формы (синдром Мюнхгаузена, симуляционный дерматит, искусственный дерматит, невротические

эксориации, эксориированные акне, трихотилломания и дерматозойный бред). Их объединяет единый признак: формирование кожной патологии вследствие аутодеструктивного поведения, вызванного психическим заболеванием. При этом впервые установлено значение некоторых психопатологических феноменов в патогенезе патомимий, прежде всего довольно широкого спектра аномальных телесных ощущений, являющихся важнейшим триггером для самодеструкций.

Предпринята, на мой взгляд, очень удачная попытка клинической систематики сочетанной психодерматологической патологии с учетом условий манифестации, клинических проявлений, коморбидных связей и стереотипов динамики разных вариантов кожной патологии, протекающей при соучастии психических расстройств. Особого внимания заслуживает глава по психотерапии в дерматологической практике, где рассматриваются возможности оказания персонализированной медицинской помощи пациентам с патомимиями в аспекте эффективности, переносимости и потенциальных лекарственных взаимодействий с медикаментозными средствами, используемыми в дерматологической практике.

Книга отражает многолетний личный опыт авторов, прекрасно иллюстрирована клиническими наблюдениями. Знакомство с этим трудом широкого круга специалистов, без сомнения, придаст новый импульс развитию психодерматологии как одному из перспективных направлений современной интегративной медицины.

*Президент Российского общества
дерматовенерологов и косметологов,
главный внештатный специалист
дерматовенеролог и косметолог
Минздравсоцразвития России,
директор Государственного научного центра
дерматовенерологии и косметологии
Минздравсоцразвития России,
заслуженный деятель науки Российской Федерации,
академик РАМН, профессор
А.А. Кубанова*

Москва, сентябрь 2011 года

Глава 1

АУТОАГРЕССИЯ — СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Психопатологические симптомокомплексы принадлежат к числу коморбидных кожным заболеваниям расстройств, при которых наиболее часто наблюдаются самоповреждения. Соответственно проблема аутоагрессии, в последние десятилетия привлекающая особое внимание медицинских работников, психологов и специалистов смежных профессий¹, приобретает особую значимость в психодерматологии.

Актуальность исследования психических нарушений в клинике кожных болезней связана с их более высокой (сравнительно с соматической патологией других профилей) распространенностью [Смулевич А.Б. и соавт., 2010] и негативным влиянием на течение дерматологического заболевания и качество жизни больных [Кубанова А.А. и соавт., 2004].

По данным А. Picardi и соавт. [2005], полученным при обследовании более 2500 больных кожными заболеваниями, у 25% из них выявляются психопатологическая симптоматика и признаки дезадаптации. Некоторые авторы [Tress W. et al., 1990; Braun-Falco O. et al., 2005] сообщают, что доля пациентов с хроническими дерматозами, у которых обнаруживают признаки непсихотических психических расстройств, достигает 35%. Согласно расчетам других современных исследователей [Иванов О.Л. и соавт., 1999; Смулевич А.Б. и соавт., 2004; Bosse K., Hunecke P., 1976; Koblenzer C., 1987; Harth W., Gieler U., 2006] диапазон, в котором кожная патология сочетается с психической, еще шире — 30–40% от числа обращающихся к дерматологу больных.

В возникновении и рецидивах множества дерматозов (рецидивирующий простой герпес, атопический дерматит, вульгарный псориаз

и др.) в 25–50% наблюдений очевидна роль психогенных воздействий [Остришко В.В. и соавт., 1998; Львов А.Н., 2006; Griesemer R.D., 1979; Gupta M., Gupta A., 1998]. Этот факт представляет не только клинический интерес. Пути патогенетической реализации психогенного воздействия через различные нейрофизиологические механизмы (нейромедиаторы, нейропептиды, нейрогормоны [Panconesi E., Hautmann G., 1996; Misery L., 2001; Steinbrecher M. et al., 2005]) изучены еще недостаточно.

Остается также открытым вопрос о психосоматических соотношениях при ряде хронических дерматозов, носящих зудящий характер (атопический дерматит, экзема) либо имеющих определенную (косметически значимую или «интимную») локализацию (угревая болезнь, генитальный герпес, розацеа, псориаз, гнездная алопеция, витилиго и др.). При указанной кожной патологии в 20–55% наблюдений в формировании клинической картины заболевания существенна роль нозогенных реакций, протекающих с психопатологическими нарушениями невротического и аффективного регистров и характерологическими расстройствами [Остришко В.В. и соавт., 1998; Щербенко Н.Б., 1998; Дороженко И.Ю. и соавт., 2003; Смулевич А.Б. и соавт. 2004; Koo J., Lee C., 2003; Gupta M., Gupta A., 1998; Linnet J., Jemec G., 1999; Akay A. et al., 2002]. Последние значительно утяжеляют клиническую картину интеркуррентного дерматоза и снижают качество жизни пациентов [Кубанова А.А., Мартынов А.А., 2004].

Особое место в структуре коморбидной кожным заболеваниям психической патологии занимают психопатологические образования, сопровождающиеся аутоагрессивным поведением, проецирующимся на кожный покров (самодеструктивные дерматозы). Психопатологический анализ этой гетерогенной группы состояний составляет предмет настоящего исследования¹.

¹ Несуицидальные самоповреждения в психологической традиции определяются как потенциально опасное, направленное на себя поведение с нанесением вреда, но без явных или подразумеваемых намерений умереть [Hawton K. et al., 2004; Data of National Collaborating Center for Mental Health, 2004]. Будучи проявлением расстройств телесного самосознания (или патологией влечений с позиций динамической психиатрии [Ammon G., 1974]), эти нарушения интерпретируются как следствие деструктивной агрессии, когда дезинтегрирующие, дисрегулирующие, разрушительные импульсы направлены против самого субъекта. При этом само понятие самоповреждающего поведения или «саморазрушения» — его границ — варьируют в широких пределах. В соответствии с психоаналитической концепцией К. Menninger (2000) схемы саморазрушения

¹ В историческом аспекте эта проблема существует в различных культурах на протяжении тысячелетий. Самоповреждающие ритуальные действия, включающие повреждение кожи, носа, ушей и других частей тела, повторяются многими поколениями.

Самодеструкции в дерматологической практике представляют собой уникальный психосоматический синдром. В монографии «Синтетическая дерматология. Малоизвестные болезни и синдромы» (1963) Л. Попов пишет, что одна из самых трудных в плане диагностики и курабельности категория дерматологических больных — это больные именно самодеструктивными дерматозами. И хотя в основе этих состояний первично лежат психические расстройства, в силу яркости кожной симптоматики «пациенты в первую очередь открывают двери дерматологических клиник».

Первостепенная значимость проблемы не снижается, несмотря на то обстоятельство, что по данным современных эпидемиологических исследований среди контингента общесоматической сети самоповреждающие дерматозы относятся к достаточно редкой патологии. Н. Fliege и соавт. (2007) определяли, насколько часто диагностируют такие расстройства врачи 89 крупных дерматологических, неврологических, хирургических и терапевтических клиник. Выявленная (путем обследования пациентов с помощью опросников) распространенность самоповреждающих дерматозов в течение года составила в среднем 1,3% (от 0,0001 до 15%). При этом диагноз чаще устанавливали дерматологи и неврологи (средняя распространенность обсуждаемых расстройств среди пациентов, обращающихся к специалистам этого

включают как тяжелые формы членовредительства, совершаемого в психотическом состоянии (под влиянием бреда, императивных галлюцинаций или кататонического возбуждения), так и привычные, ограниченные рамками обыденных косметических процедур, формы «самоповреждений» (например, стрижка волос и обрезание ногтей). В соответствии с этой концепцией самоповреждения могут носить как очевидный, так и скрытый характер. При этом среди средств самонаказания, относящихся к скрытым механизмам, в соответствии с классической психоаналитической трактовкой психогенеза некоторых соматических заболеваний, указывается на разрушительные тенденции психики как на один из доминирующих подсознательных факторов, повышающих вирулентность инфекционных и других вредоносных агентов, определяющих симптоматику органических заболеваний. «Подсознательное чувство вины является достаточной мотивацией для формирования (соматической. — Авт.) болезни» [Menninger K., 2000]. Оставляя в стороне рассмотрение психоаналитической концепции саморазрушения в ее теоретических аспектах, необходимо подчеркнуть несовместимость некоторых позиций этой концепции с клинической реальностью. С клинических позиций подобные самоповреждения обусловлены психическими нарушениями различного генеза (психогении, шизофрения, детский аутизм, аффективная патология, органические заболевания ЦНС, болезнь Жиль де ла Туретта, алкоголизм, наркомания, олигофрения и др.) либо расстройствами личности.

профиля, составила 2 и 1,3% соответственно), что существенно превышает значение этого показателя в психиатрической клинике (0,6% от числа консультированных в клинике госпитальной психиатрии одного из университетов Германии [Karpfhammer H.P. et al., 1998, 2005]).

При оценке приводимых эпидемиологических данных необходимо иметь в виду, что различия в расчетах могут быть связаны с методологией исследования. Можно заведомо ожидать, что при непосредственном клиническом обследовании (в отличие от анкетирования) оценка частоты аутодеструктивных дерматозов будет повышаться. Так, по готовящимся к печати данным предпринятого нами пилотного эпидемиологического исследования, 6,7% пациентов, обратившихся в специализированные кожно-венерологические диспансеры Москвы, демонстрировали те или иные симптомы аутоагрессивного поведения. Опираясь на собственные данные, полученные в результате анализа, обращаемость за 5 лет в клинику кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, распространенность самодеструктивных дерматозов, коморбидных психическим расстройствам, составляет 2,3% от общего числа первично обратившихся больных [Львов А.Н., 2006].

Среди аутодеструктивных дерматозов наиболее часто встречаются невротические экскориации, выявляемые примерно у 2% дерматологических больных [Gupta M.A., 1998]. По данным N.J. Keuthen и соавт. (2000) и A. Bohnе и соавт. (2002), невротические экскориации диагностируются у 2,8–4,0% студентов европейских университетов.

Тот факт, что аккумуляция психических расстройств, в структуре которых обнаруживаются признаки аутодеструкции, происходит именно среди контингента дерматологической клиники, при рассмотрении проблемы в физиологическом и психологическом аспектах может быть интерпретирован следующим образом. Столь тесная ассоциация представляет собой результат взаимосвязи между кожей — органом осязания, температурных и болевых ощущений — и психикой. Среди факторов, соучаствующих в формировании образа тела, именно кожа представляет наиболее значимую совокупность феноменов телесной чувствительности [Schafer M.L., 1982]. Можно предположить, что в «фокусе» топической проекции на область кожных покровов оказываются психопатологические симптомоком-

плексы, имеющие в своей основе в качестве первичного расстройства изменения в сфере телесной перцепции — коэнестезиопатию. О правомерности выдвинутой гипотезы свидетельствует (в соответствии с собственными наблюдениями) выявление в клинической картине основных аутодеструктивных форм психодерматологической патологии (невротические эксфолиации, ограниченная ипохондрия, дерматозойный бред) базисных коэнестезиопатических расстройств (зуд, овладевающие ощущения, тактильный галлюциноз).

Общепризнанной классификации аутоагрессивных расстройств ни в психиатрии, ни в других медицинских специальностях не существует.

Выделяется 3 типа самоповреждающего поведения [Asher R., 1951; Starker O.D.A., Hyler S.E., 2006]: *артефактное* — прямое самоповреждение — расчесывания, нарушение целостности слизистой, порезы, ожоги; в этих случаях на первый план выступает целенаправленное стремление к самостоятельному удалению (иногда с помощью бритвы, ножа или раскаленных предметов) пигментных пятен и других «уродующих» участков кожи или исправлению (сбривание и выдергивание волос, подрезание носа, подпиливание зубов) мнимого дефекта. К этой группе относится и аутохирургия — проведение оперативного вмешательства на собственных органах. *Самоиндуцированное* членовредительство¹ реализуется путем использования медикаментов, инфицированных предметов; *«доверенное»* — путем возложения ответственности на других, чаще хирургов (пластическая хирургия). В этих случаях развивается «полихирургическая склонность» с многочисленными необоснованными операциями, ампутациями, травматичными диагностическими процедурами.

Два последних типа самоповреждающего поведения, характерные для синдрома Мюнхгаузена, определяются термином «артифициальный (искусственный) дерматит» и выделяются в качестве отдельной категории (L98.1) при классификации болезней кожи и подкожной клетчатки

¹ В.В. Марилов (2007) наряду с традиционно выделяемыми клиническими разновидностями синдрома Мюнхгаузена (кожным, кардиальным, легочным, глотательным, смешанным, полисимптоматическим) предлагает ограничивать также острый абдоминальный (лапаротомофилия), геморрагический (истерические кровотечения) и псевдо-неврологический варианты.

в соответствующем разделе МКБ-10 (класс XII). В психиатрической главе обсуждаемой классификации артифициальные расстройства (за исключением состояний, направленных на принятие роли дерматологического больного) отнесены к разделу «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» (F60-F69) под рубрикой F68.1 «Умышленное вызывание или симуляция симптомов или инвалидности, физического или психологического характера (поддельное нарушение)»¹.

Следует подчеркнуть, что пациенты с преднамеренно вызванными расстройствами, при которых явления аутоагрессивного поведения сопровождаются телесными самоповреждениями или нарушениями функции органов, сами обращаются за помощью (известная им причина обнаруживаемых симптомов при этом скрывается) и становятся объектом медицинского обслуживания врачей различных специальностей (дерматологов, хирургов, гематологов, гинекологов, урологов, неврологов и др.).

Среди классификаций, рассматривающих разные формы телесных самоповреждений, можно сослаться на одну из последних («Рекомендации немецкого дерматологического общества», изданные в 2009 г.). Если эту классификацию объединить со сходной классификацией Ch.V. Ford (2005), то в адаптированном виде все артефакты в зависимости от топик расстройств могут быть сгруппированы в следующие подтипы.

1. Кожные заболевания (включая язвенно-буллезную форму простого контактного дерматита — повреждения вследствие механических/химических воздействий — аппликация концентрированных кислот или термических агентов).
2. Внутренние болезни.
 - 2.1. Лихорадка неясного генеза (манипуляции с термометром, инъекции инфекционного материала).
 - 2.2. Гематологические и гемостазиологические симптомы (инъекции гепарина, индуцирование петехий путем сдавливания конечностей, анемия в результате кровопусканий).

¹ Определение «поддельное нарушение», использованное в отечественной версии МКБ-10, с лексикона DSM переводится как «имитируемое», «фиктивное», «искусственное (артифициальное)» расстройство, первоначально описанное у склонных к самоповреждениям мифоманов и обозначенное термином «патомимия».



Рис. 26. Аутодеструкции носят причудливый характер; экскориации многочисленны, сочетаются с участками аутоэкстракции бровей (фото проф. Н.Н. Потекаева)



Рис. 27. При гнойных осложнениях глубоких экскориаций (абсцессы, флегмоны) может потребоваться хирургическое вмешательство



Рис. 28, 29. Невротические экскориации в рамках сверхценной ипохондрии ассоциируются с эксkoriрованными угрями

Таблица 3. Распределение больных самодеструктивными дерматозами ($n = 211$) в соответствии с дерматологической семиотикой [Львов А.Н., 2006]

Первичные элементы	I	II	Вторичные элементы	I	II
Воспалительная эритема.	5	19	Вторичные пятна	14	27
Экхимозы	3	1			
Папулы по типу пруритинозных.	3	1	Экскориации точечные и линейные	102	18
Бляшки	6	1			
Узлы	1	-	Лихенизация	2	2
Уртикарные элементы	1	3	Трещины	3	3
Пузыри	2	-	Эрозии	21	15
Гнойнички	8	36	Язвы	25	6
			Корки	5	17
			Веgetации	-	3
			Рубцы атрофические.	8	10
			Гипертрофические	7	14

Примечание. Первичные/вторичные элементы: I — ведущий признак, II — дополнительный признак, л.

очагах. Глубокие деструктивные элементы сами по себе могут сопровождаться субъективно тягостной симптоматикой (зуд, жжение, чувство стягивания кожи), провоцирующей расчесывания и поддерживающей таким образом компульсивный цикл «зуд–расчесы–зуд».



Рис. 120. Пруритоподобные вторичные папулы (с исходом в рубцы) на месте прежних невротических эксфолиаций



Рис. 121. Невротические эксфолиации и сопровождающие их очаги лихенификации у больной с атопической предрасположенностью