

Л.Д. Калюжная

ПСИХОКОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика

Резюме

ПСИХОШКІРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Л.Д.Калюжна

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Статтю присвячено психошкірному співвідношенню між психікою та шкірою. Обговорюються клінічні ознаки та діагностичні критерії психошкірних захворювань, питання класифікації психогенних дерматозів та тактика лікаря-дерматолога під час роботи із хворими, які страждають на ці захворювання.

Ключові слова: тривожний стан, маячня паразитозу, зловживання медикаментами, психошкірні захворювання, трихотиломанія.

ВСТУПЛЕНИЕ

Неоспоримым фактом являются различные компоненты влияния психического состояния на течение и возникновение многих заболеваний кожи. Но особое место занимают очевидные психические состояния при патологии кожи. Психодерматология освещает различные аспекты дерматологии, при которых психологические факторы играют значительную роль.

Цель изложения: ознакомить дерматолога и врачей других специальностей с возможностью столкнуться с больными, настаивающими на наличии у них заболевания кожи при совершенно очевидной психиатрической составляющей предложенных изменений.

ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что у трети дерматологических больных необходимо обращать внимание на их эмоциональные и психологические проблемы. Большая часть психодерматологических больных отказываются от направления к специалисту-психиатру и даже возмущены такой постановкой вопроса. Покуда они находят множество причин для сопротивления и отказа от направления, ситу-

ация выглядит достаточно странной. Часто влияет на понимание предложения врача и отказ пациента от направления, в какой степени он психологически болен, так как крайне важно установление психиатром истинной психологической патологии. Например, больные псориазом и экземой нередко охотно говорят о влиянии стресса на возникновение заболевания. Однако больные с иллюзией паразитоза обычно сопротивляются любой дискуссии относительно их психологического статуса, поскольку они не могут оценить свое состояние. Больные, огорченные иллюзорным паразитозом, обычно не принимают любое обсуждение их состояния с психологической терминологией и не желают вдаваться в эту оценку. Пациент не придает значения направлению к психиатру, высказывается негативно по отношению к ранее лечившим его врачам, иногда пишет на них жалобы. Таким образом, у дерматолога есть два выхода. Во-первых, все же организовать консультацию психиатра/психолога, но в таком случае, предвкусывая возможное поражение, он должен предъявить больному и его семье убедительные доказательства диагноза, различные терапевтические подходы и продемонстрировать трудности, которые могут оказаться в дерматологической практике. Другой подход – это «игнорировать» психологический компонент заболевания пациента и оставить психологические проблемы

безлечения. Такой подход является неоптимальным. Например, больной с дерматозойным бредом останется без специального лечения, и в последующем он будет переходить от одного дерматолога к другому, игнорируя врача. В конце концов, дерматолог вынужден владеть психодерматологическими навыками в рамках своей специальности. Даже не вполне объемная коррекция состояния больного дерматологом лучше, чем отсутствие лечения. Ещё распределение психодерматологических заболеваний не вполне утвердилось, но все же предлагается классификация психодерматологических заболеваний. В современной литературе различают следующие группы психодерматологических заболеваний:

- психофизиологические заболевания (псориаз или атопический дерматит, обостряющиеся при стрессе, приливающая эритема, гипергидроз, психогенный зуд);
- первичные психиатрические заболевания (артифициальный дерматит, невротические эксфолиации, эксфолиированные акне, дерматозойный бред);
- вторичные психиатрические заболевания (психологические проблемы при обезображивающих заболеваниях кожи, кожные заболевания, сопровождающиеся психическими реакциями на косметически неблагоприятное воздействие кожного процесса);
- хронические кожные чувствительные расстройства (вульводиния, скротодиния);
- использование психотропных препаратов при непсихиатрических симптомах.

Примером известных психодерматологических заболеваний являются дерматозойный бред, дисморфические заболевания, артифициальный дерматит, узловатое пруриго, простой хронический лишай, трихотилломания, эксфолиированные акне и невротические эксфолиации. Это практически именно те заболевания, которые чаще встречаются в практике дерматолога. Любопытно, что в современной литературе, на наш взгляд такие конкретные кожные патологии с очевидной клиникой, как узловатое пруриго и простой хронический лишай, также относят в психодерматологическим заболеваниям. Объясняют это нестерпимым зудом при этих заболеваниях, который в ряде случаев превращается в неуправляемую и неконтролируемую реализацию непреодолимого желания.

Преимущественно в дерматологии пользуются термином «патомимия», при которой определяются все кожные аутодеструктивные проявления, отражающие нозологически разнородные психические расстройства ипохондрического направления. Психодерматологические заболевания могут быть разделены на две группы: а)

психодерматологическое состояние и б) имеющаяся в основе заболевания психопатология. Психодерматологические больные, которых дерматолог принуждает к специфическому лечению, чаще всего оказываются явно с нарушением психики, а большинство из них относится к четырем категориям: тревожное состояние, депрессия, психоз и дерматозойный бред.

Дерматозойный бред

Син.: наружная зоопатия; бред кожных паразитов; индуцированный дерматозойный бред.

Основные признаки: ложная и стойкая убежденность в инвазии или инфицировании паразитами; больные имеют опыт ощущений от ужаления, ползания или укуса; необходимость отличать от реального ощущения при ползании мурашек. Дерматозойный бред попадает в категорию первичного психиатрического заболевания. Это расстройство, при котором у больных ложная и фиксированная убежденность, что они поражены паразитами при отсутствии всяческих объективных признаков инвазии. Больные часто приносят врачу кусочки кожи, корешки и другие образцы с целью доказать существование этих «паразитов». Даже при наличии бреда эти больные не имеют симптомов шизофрении, а скорее страдают моносимптомным ипохондрическим психозом. Это нарушение характеризуется маниакальной заикленностью, которая может быть частью ипохондрического расстройства. Очевидные психические функции не нарушены. Другие типы ипохондрического психоза характеризуются бредом бромгидроза, когда пациент убежден, что выделяемый им пот имеет отвратительный запах, а никто из окружения это не отмечает. Термин «бред дисморфоза» относится к пациентам, которые убеждены, что они имеют безобразную внешность, а никто вокруг не подтверждает это мнение. Часто больные с



Д-з: Дерматозойный бред

дерматозойным бредом испытывают «чувство ползания мурашек», которое якобы подтверждает ощущение, напоминающее ужаливание, укус и ползание насекомых. Одним из наиболее частых удивительных аспектов этого расстройства являются случаи, когда такой пациент прекращает контактировать с теми, кто соглашается с диагнозом «бред». Следует согласиться с тем, как крайне вредны непроверенные факты, которые бодро подхватываются медийными средствами. Так, немало шума (и, по-видимому, проиндуцировав немало впечатлительных личностей) вызвали публикации относительно «Болезни Маргеллонов». А представленное телевизионное шоу на эту тему практически предложило публике знакомство как с не вполне здоровыми людьми, так и с профанами, выдающими себя учеными и вещающими о «пришельцах», о роли «радиации». Описан термин «помешательство вдвоем» (*craziness for two*), который употребляется при описании двух особ, испытывающих тот же самый бред. Интересно, что в это состояние может быть вовлечено любое количество людей. Именно эта ситуация в психиатрии имеет название «индуцированный дерматозойный бред». Памятуя об этом, следует крайне бережно относиться к таким больным, а самому дерматологу не попасть в категорию «индуцированного бреда». В среднем возраст заболевших находится между 50 и 60 годами. Множество наблюдений показали, что в возрасте старше 50 лет в 2 раза чаще болеют женщины, а до 50 лет такого различия нет. Молодые пациенты с этим бредом обычно более низкого социального статуса, могут иметь в анамнезе употребление наркотиков, в то время, как более старшие пациенты имеют более высокий социоэкономический статус. Как в любом направлении медицины, психодерматология имеет собственные критерии дифференциальной диагностики. Для идиопатического дерматозойного бреда дифференциация включает следующие аспекты, когда могут быть:

- «ощущение ползания мурашек», при котором больные только испытывают ужаливание или ползание, но не имеют точной убежденности, что ощущения связаны с инвазией, и у них нет ни инвазии, ни бреда;
- бред при идиотии, при котором пациент психически фиксирован частично, непреклонен не полностью, что отличает этот диагноз от дерматозойного бреда;
- «ощущение ползания мурашек» и бред могут быть результатом применения наркотиков (особенно амфетамина и кокаина), и в этих случаях клинические расстройства у больных напоминают дерматозойный бред.

И, наконец, должна быть проведена дифференциация с заболеваниями кожи (как раз порой вносит путаницу в диагностику именно сам дерматолог).

Дисморфические расстройства

Среди дерматологических пациентов больные с дисморфиями составляют 10–14%, в среднем это лица в возрасте около 33 лет. Их отличает озабоченность несущественными или легкими дефектами внешности. Как правило, их беспокоят такие участки, как нос, губы, волосы, грудь или гениталии. Нередко это оказывается навязчивым состоянием или ритуальным поведением. Дерматологи, особенно занимающиеся косметическими процедурами, и пластические хирурги относятся к тем врачам, которые чаще встречаются с больными, у которых имеются дисморфические расстройства с незначительными и незаметными изменениями кожи. Больные отличаются основательной тревогой о своем восприятии внешнего облика. Они часто социально изолированы и все внимание их сосредоточено на лице (особенно носе и губах). Кроме определенной симптоматики больные часто сосредотачиваются на этой навязчивой идее и поглощены постоянным уходом за кожей, тратят много времени на просиживание перед зеркалом и постоянно оценивают свой облик. Распространенность этой патологии не известна, а по данным США, могут быть отнесены к ней 1% популяции. В последнее время повсеместное увлечение пластическими операциями, погоня за сиюминутным «омоложением», несомненно, требует глубокого изучения в психиатрии. Складывается впечатление, что такой подход находится где-то в категории «дисморфии». Мало того, большие деньги, стоящие за таким вмешательством во внешность и безудержная реклама практически приводят к индуцированию стареющих звезд и публики, которых даже не останавливают очевидные примеры обезображивания.

Артифициальный дерматит

Син.: фактический дерматит. Чаще встречается у женщин, мотивация неизвестна. Самоповреждение кожи нередко вызывают инородными телами. Высыпания расположены на расстоянии, которое доступно для доставания рукой. Артифициальный дерматит является психокожным расстройством, при котором больные самоповреждают кожу, именно так реализуя психологическую необходимость, которую они не всегда осознают. Однако, если спросить, больной отрицает свою причастность к этому процессу. Некоторые больные вызывают искусственное повреждение кожи в ответ на острый психологический стресс, подавляющее большинство больных страдают от ими же полученного результата. Даже при установлении причины поражения кожи, это расстройство с трудом диагностируется и поддается лечению. Высыпания при этом дерматите могут копировать любой дерматоз. Они бывают одиночные



Д-з: Артифіціальний дерматит

и множественные, одно- или двусторонние, хотя обычно в местах легко доставаемых рукой, могут быть также спровоцированы внешними дополнительными средствами. Высыпания обычно от пузырьков до пурпуры, могут быть вызваны острыми предметами, нанесением химических веществ, инъекцией чужеродных веществ. Высыпания носят причудливые, геометрически неправильные очертания, линейный или многоугольный характер, различный размер, что наводит на мысль о диагнозе. Обращает на себя внимание тот факт, что ряду больных по поводу ошибочных диагнозов дерматолога проводят длительное и безуспешное лечение, даже системными кортикостероидами и цитостатиками. Патогистологическая картина дерматита варьирует и зависит от способа, которым вызвана патология. Определенных патогистологических признаков нет, но преимущественно это изменения в эпидермисе в виде гиперкератоза, акантоза, сосудистой пролиферации, фиброплазии. Преимущественно болеют подростки и молодые люди, в основном женского пола. В литературе приводится интересное наблюдение, которое заключается в том, что многие пациенты или сами работают, или имеют родственников, которые работают в здравоохранении. Артифіціальний дерматит следует дифференцировать с другими заболеваниями кожи, но следует помнить, что он может оказаться моносимптомным ипохондрическим психозом, описанным выше, а также возникает при уклонении от воинской повинности и при вынуждении выделения денег для ухода, стремлении таким кощунственным способом привлечь к себе внимание близких или заострить конфликтную ситуацию.

Невротические эксориации

Наблюдается обычно у женщин среднего возраста в виде повторяющегося, неконтролируемого



Д-з: Невротические эксориации

желания щипать, тереть, чесать кожу. Обычно этому воздействию подвергаются: волосистая часть головы, лицо, верхняя часть спины, внешние поверхности предплечий, голеней и бедер, но эти проявления могут быть на любом участке. Размер поражения может варьировать от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, при этом проявления самые различные: от мелких поверхностных эрозий до глубоких округлых или линейных изъязвлений с приподнятым краем, и, наконец, до гипо- и гиперпигментных рубцов. На волосистой части головы больные вырывают волосы, что напоминает рубцовую алопецию. Установлено, что личностный профиль больных характеризуется как трудно управляемый с ощущением преследования: эти лица упрямы, перфекционисты, рассудительны, нерешительность выражается в страхе совершить ошибку, у пациентов нередко возникает непредсказуемая агрессия. Эта агрессия может возникнуть от необъяснимого желания противоречить родителям. У некоторых больных сначала проявляются симптомы беспокойства, и затем агрессия выплескивается наружу. В детстве невротические эксориации могут быть реакцией на стресс при наличии навязчивых черт. Однако, в более тяжелых и затяжных случаях психиатрическая динамика приводит к упорному навязчивому состоянию. Невротические эксориации могут предшествовать генерализованному навязчивому тревожному состоянию или депрессии. Преимущественно болеют женщины, может возникать в любом возрасте, но преобладают больные от 30 до 50 лет.

Эксориированные акне

Чаще наблюдается у молодых женщин, является подгруппой невротических эксориаций и характеризуется постоянным повреждением участков кожи с высыпаниями акне. Больные выдавливают



Д-з: Трихотилломания

или срывают высыпания акне. Нередко акне весьма средней тяжести сопровождаются сильными эксфолиациями. Поражения становятся более глубокими, что затем завершается рубцеванием.

Узловатое пруриго

Наблюдается часто у лиц с атопическим дерматитом и ксерозом, характеризуется глубокими узлами с расположенной в центре чешуйко-коркой. Процесс преимущественно локализуется на разгибательных поверхностях конечностей. Узловатое пруриго встречается во всех возрастных группах, но преимущественно у женщин среднего возраста. Заболевание характеризуется наличием плотных куполообразных папул и узлов с центральной чешуйко-коркой, цвет варьирует от эритематозного до коричневого и телесного. При длительном течении высыпания становятся бородавчатыми, с лихенификацией и трещинами на поверхности. Обычно имеются множественные эксфолиации, поствоспалительная пигментация и поверхностные рубцы. У больного могут быть единичные или множественные узлы, обычно симметричные, с предпочтительным расположением на разгибательных поверхностях конечностей. Лицо, кисти и стопы поражены крайне редко. Зуд при узловатом пруриго вызывает сильное расчесывание и лихенификацию, но причина их развития не нашла объяснения. Так, известно, что ассоциированы с зудом множество состояний, включая ксероз, атопический дерматит, такие системные заболевания, как гипертиреозидизм, печеночная и почечная дисфункции, лимфома, дефицит железа. Эмоциональный стресс и психологические расстройства также являются причиной зуда. Однако природа нестерпимого зуда при узловатом пруриго остается неясной. Видимо в современной литературе это заболевание расценивают как психодерматологическое по причине наличия

биопсирующего зуда, практически расценивающегося как самодеструкция.

Простой хронический лишай

Син.: ограниченный нейродермит. Заболевание преимущественно наблюдается у взрослых, характеризуется гиперпигментированными, лихенифицированными, грубыми бляшками, вызванными расчесыванием и потиранием и сопровождающимися зудом. Чаще локализация на задней поверхности шеи, разгибательных поверхностях предплечий, в области голеностопного сустава, запястий и в генитальной области. Предшествующими факторами являются ксероз и атопия. Бляшки обычно округлых очертаний с предпочтительной локализацией у женщин в области затылка и задней поверхности шеи, а у мужчин — в промежности и на мошонке.

Трихотилломания

Преимущественно встречается у молодых девушек. Патология выражается в выдергивании волос на волосистой части головы, бровей, ресниц и лобковых волос. Есть мнение, что трихотилломанию следует отнести к навязчивым состояниям. Согласно диагностическим критериям больной чувствует непроизвольное желание трогать, дергать, тереть волосы, после реализации которого испытывает удовлетворение и облегчение. Обычно больной накручивает волос вокруг пальца, а затем его выдергивает. Участок травмирования одиночный, нередко очень большой. У некоторых больных патология сочетается с трихофагией (жеванием и проглатыванием волос), что может привести к кишечной непроходимости.

Синдром Мюнхаузена

Этот синдром описан в 1951 г. В излагаемой больными истории заболевания прослеживаются черты надуманности, драматичности и неправдоподобия. Обычно эти пациенты поступают в клинику с жалобами на острые болевые ощущения, кровотечения, потери сознания и другие жалобы. Нередко этим больным даже проводят повторные абдоминальные операции. Жалобы могут быть абдоминальные, геморрагические, неврологические и дерматологические. При каждом варианте больные вызывают у себя и искусственно поддерживают кожные заболевания. Данную патологию рассматривают среди поведенческих и ипохондрических расстройств.

ВЫВОДЫ.

При том, что в дерматологии существует немало трудных больных — пациенты с вульгарной

пузырчаткой, лимфомами кожи, различными генодерматозами, псориатической эритродермией и тяжелым атопическим дерматитом с биопсипрующим зудом, одна из самых трудных в плане диагностики и лечения категория — это больные с самодеструктивными дерматозами. Несмотря на то, что в основе этих состояний лежат первичные психические расстройства, пациенты, по причине выраженности симптомов со стороны кожи, прежде всего обращаются к дерматологу. Установлено, что больные с психокожной патологией могут иметь в основном следующие психопатологические состояния: бредовое состояние, депрессия, навязчивое состояние и психоз. В некоторых руководствах по дерматологии

подробно излагаются принципы терапии этих заболеваний, перечисляются современные психотропные препараты, применяемые в психиатрии. Однако именно психиатр может провести дифференциацию этих заболеваний между собой и назначить адекватную терапию. Поэтому следует при обращении такого больного к дерматологу направить его на консультацию к психиатру. Действия дерматолога весьма ответственны в данной ситуации: он обязан установить диагноз, проведя дифференциальную диагностику с другими дерматозами. Даже при лечении и наблюдении пациента у психиатра, дерматолог должен проводить терапию по устранению дефектов, сформировавшихся на коже.

Резюме

ПСИХОКОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Л.Д. Калюжная

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика)

Статья посвящена психокожному соотношению между психикой и кожей. Обсуждаются клинические признаки и диагностические критерии психокожных заболеваний, вопросы классификации психогенных дерматозов и тактика врача-дерматолога при работе с больными, страдающими этими недугами.

Ключевые слова: тревожное состояние, бред паразитоза, злоупотребление медикаментами, психокожные дерматозы, трихотилломания.

Summary

PSYCHOCUTANEOUS DISEASES

Kaliuzhna L.D.

Shupik Medical Academy

The paper describes psychodermatology addresses the interaction between mind and the skin. The clinical signs and diagnostic criteria for psychocutaneous diseases, the issues of the classification of psychogenic dermatoses, and are discussed.

Keywords: anxiety disorder, delusion of parasitosis, drug abuse, psycho-cutaneous diseases, trichotillomania.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРА:

Калюжная Лидия Денисовна

д.м.н., профессор, профессор кафедры дерматовенерологии Национальной медицинской

академии последипломного образования имени

П.Л.Шупика
м. 050-500-81-90