

Романов Дмитрий Владимирович

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
(психопатология, эпидемиология, терапия)**

14.01.06 – «Психиатрия»

14.01.10 – «Кожные и венерические болезни»

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва – 2014

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Первый московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России и в ФГБУ «Научный центр психического здоровья» Российской Академии Медицинских Наук

Научные консультанты:

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор
доктор медицинских наук, профессор

Смулевич Анатолий Болеславович
Львов Андрей Николаевич

Официальные оппоненты:

Александровский Юрий Анатольевич,

член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной Психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России, руководитель отдела пограничной психиатрии

Барденштейн Леонид Михайлович,

доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.Е. Евдокимова» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии

Матушевская Елена Владиславовна,

доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России», профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии

Ведущая организация:

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

Защита состоится «1» декабря 2014 г. в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д 001.028.01 в ФГБУ НЦПЗ РАМН по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН <http://www.ncpz.ru>

Автореферат разослан «___» _____ 2014 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

кандидат медицинских наук

Никифорова И.Ю.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность исследования. Изучение психических расстройств в дерматологической практике является актуальной проблемой в связи с их высокой распространенностью: в амбулаторной дерматологической сети частота колеблется в пределах 21-34% (Aktan S. et al., 1998; Schaller C.M. et al. 1998; Mehta V., Malhotra S.K., 2007), а среди пациентов кожно-венерологических стационаров достигает 31-60% (Hughes J.E. et al., 1983; Picardi A. et al., 2005). Хотя приведенные значения сопоставимы с соответствующими показателями в других областях соматической медицины, однако в дерматологической практике обнаружено накопление некоторых предпочтительных для этой специальности нарушений, представленных, прежде всего, сверхценными и бредовыми симптомокомплексами (Андрющенко А.В., 2011), а также определенными расстройствами более легких психопатологических регистров – обсессивно-компульсивными и соматоформными (Paralikar V.P. et al. 2008).

Существующие психопатологические концепции, интерпретирующие ассоциации болезни кожного покрова и психики, включая модель нозогенных психических расстройств (Волель Б.А., 2009), коморбидности (Harth A. et al., 2009), реактивной лабильности (Walker C., Papadopoulos L., 2005; Locala J.A., 2009), общих циркадианных ритмов (Gupta M.A., Gupta A.K., 2014), расстройств образа тела (Матюшенко Е.Н., 2013; Gupta M.A., Gupta A.K., 2013), не в состоянии объяснить факт избирательного накопления психической патологии в дерматологической клинике, а соответственно не обеспечивают *клинической* интерпретации механизмов вовлечения кожного покрова в психопатологический процесс.

В этой связи целесообразным представляется изучение психических расстройств, обнаруживающих тропизм к кожному покрову и манифестирующих при отсутствии объективных проявлений, соответствующих картине дерматоза – диагностированного кожного заболевания (патология *sine materia*). Несмотря на множество приводимых в литературе обозначений такой патологии, среди которых «психические расстройства с преимущественной проекцией в кожный покров» (Смулевич А.Б., 2004), «первичные психические расстройства, ответственные за самоиндуцированные кожные нарушения» (Коо J.Y., Lee C.S., 2003), «психические расстройства с дерматологическими симптомами» (Jafferany M., 2007; Tareen R.S. et al., 2012), до сих пор не сформулирована единая дефиниция нарушений этого круга. Соответственно в настоящем исследовании вводится понятие «психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова». Это определение отражает аффинитет некоторых психопатологических расстройств к коже как органу, который в ситуации болезни начинает объективироваться не в качестве «субъективно очевидной поверхности, имеющую только одну внешнюю сторону», а по аналогии с другими системами организма как объемная структура, во внутреннем пространстве

которой могут происходить разнообразные «патологические события» (Тхостов А.Ш., 2002, 2014).

Предложенная дефиниция позволяет объединить целый ряд клинически гетерогенных расстройств, выделяемых исследователями в дерматологической сети, включая «вегетоневроз кожи» (Кожевников П.В., 1966); «психогенный/идиопатический зуд» (Rosenbaum M., 1944; Horn A. 1947; Kretzmer G. et al., 2008; Niemeier V., Höring C.M., 2013); «кожную дизестезию» (Hoss D., Segal S., 1998); «аутоэксориации», «психогенные/невротические эксориации» (Иванов О. Л., Львов А. Н., 2001; Терентьева М.А., 2007; Arnold L. M. et al., 1998, 2001), «дерматотилломанию» (Wilhelm S. et al., 1999), «патологическое расчесывание кожи» (Bloch M. R. et al., 2001; Neziroglu F., et al. 2008); «ограниченную – *circumscripta* – ипохондрию» (Смулевич А.Б., 1987, 2004, 2009; Фролова В.И., 2006; Schwarz H., 1929; Bonhoeffer K., 1941), «дерматозойный/зоопатический бред» (Levy H., 1906; Ekblom K.A., 1938;), «коэнестезиопатическую паранойю» (Смулевич А.Б., 2004, 2009; Фролова В.И., 2006).

Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова, являются актуальной междисциплинарной проблемой, как для клинической психиатрии, так и для дерматологии. Несмотря на предпринимаемые рядом авторов попытки (Koblenzer C.S., 1987, 1992; Van Moffaert M., 1992; Koo J.Y., Lee C.S., 2003; Harth W. et al., 2007, 2009; Tareen R.S. et al., 2012), *систематика* психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, релевантная как для психиатров, так и для дерматологов, не разработана. В этой связи необходимо преодоление противоречий, обусловленных междисциплинарными различиями в клинической оценке наблюдаемой исследователями различных медицинских специальностей патологии. Для дерматологов первостепенное значение имеют кожные симптомы, в то время как психопатологические проявления не являются классифицирующим признаком, зачастую не дифференцируются и рассматриваются как сопутствующая, факультативная патология. В оценке психиатра ситуация меняется на противоположную – имитирующие/напоминающие дерматологическое заболевание самодеструктивные нарушения и проявления вегетативной дисфункции кожного покрова лишь дополняют комплекс психопатологических расстройств, причем их морфология при оценке тяжести заболевания является косвенным критерием. Соответственно обязательным условием рационального исследования психической патологии, реализующейся в пространстве кожного покрова, является создание систематики, отражающей клинко-патогенетические соотношения между перекрывающимися психическими и дерматологическими расстройствами. Такая систематика должна быть «билингвальной», т.е. двуединой и приемлемой как для дерматологов, так и для психиатров.

Актуальность проблемы вытекает и из неопределенности положения психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, в официальной классификации

МКБ-10, где отсутствует единая рубрика, которая бы объединяла эти нарушения. В МКБ-10 обсуждаемая патология распределена между категориями различных классов (класс V – «Психические расстройства и расстройства поведения»; класса XII – «Болезни кожи и подкожной клетчатки»; класс XXI – «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения»; класс XVIII – «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях...») и представлена «остаточными» категориями, обозначаемыми как «другие», «неуточненные», «не классифицированные в других рубриках». При подобном подходе, не предполагающем аффирмативных критериев распознавания и систематики обсуждаемых расстройств, фактически речь идет о постановке диагноза методом исключения.

Таким образом, актуальной представляется разработка психопатологической концепции, которая бы учитывала, с одной стороны, факт клинической гетерогенности расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, а с другой стороны, в основу которой был бы положен единый принцип систематики указанных нарушений.

В качестве предпосылки к такому унифицированному подходу могут рассматриваться публикации, посвященные психопатологической оценке структуры психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, с учетом зависимости их формирования от патологических телесных ощущений – коэнестезиопатий. Роль последних как облигатных психопатологических феноменов обосновывается лишь в работах, посвященных ограниченной ипохондрии и дерматозойному бреду – коэнестезиопатической паранойе (Смулевич А.Б., 2004, 2009; Фролова В.И., 2006). Хотя в немногочисленных публикациях, приводятся феноменологические характеристики коэнестезиопатий при расстройствах более легких психопатологических регистров, включая кожный невроз (Damon H.F., 1868; Robinson P., et al., 1984; Halvorson H. et al., 2008), невротические эксориации (Львов А.Н., 2006; Терентьева М.А., 2007; Gupta M.A. et al., 1986, 1987; Neziroglu F. et al., 2008), позиции исследователей относительно *психопатологической квалификации* таких телесных ощущений далеки от единства, *а клинический смысл* коэнестезиопатий, как правило, остается за пределами целенаправленного анализа.

Степень разработки темы исследования. Данные об одной из облигатных для клинической картины обсуждаемых расстройств дименсий – патологических телесных ощущениях (коэнестезиопатиях) – приведены в некоторых публикациях (Ротштейн Г.А., 1961; Кожевников П.В., 1966; Шахматов Н.Ф., 1972; Терентьева М.А., 2005; Vonhoeffler K., 1941; Bers B., Conrad C. 1954; Fruensgaard K., 1991; Tuerk M.J., Koo J. A., 2008). Однако в этих исследованиях не содержится сведений о клинко-патогенетическом вкладе коэнестезиопатий в формирование психических расстройств, обнаруживающих аффинитет к кожному покрову. Остаются не в полной мере изучены вопросы соотношения коэнестезиопатий с другими психопатологическими симпто-

мокомплексами (невротическими, сверхценными, бредовыми), а также объективно регистрируемыми дерматологическими (артифициальными либо соматоформными по типу вегетативной дисфункции) проявлениями. Соответственно недостаточно определена роль коэнестезиопатий в отношении клинической картины и типологической структуры психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова

Интегративная систематика обсуждаемых расстройств, в основу которой был бы положен единый классификационный принцип, до сих пор не разработана, чем обусловлена необходимость дальнейших исследований в соответствующем направлении. Такая типология может способствовать значительной оптимизации диагностических алгоритмов.

Эпидемиологические показатели распространенности психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, по данным немногочисленных эпидемиологических исследований, выполненных в дерматологической сети, в значительной степени варьируют – от 2 до 9,6% (Львов А.Н., 2006; Андриюшко А.В., 2011). Соответственно, необходимо получение эпидемиологических данных, отражающих реальную ситуацию в обсуждаемом контингенте больных.

Учитывая противоречивость сведений терапевтических исследований (Терентьева М.А., 2007; Keuthen N.J. et al., 2007; Schwartz D.P. et al., 2013; Ständer S. et al., 2009), разработка лечебных рекомендаций для больных дерматологической сети, нуждающихся в психиатрической помощи, является значимой задачей. так как по имеющимся данным (Андриющенко А.В., 2011) потребность в терапии среди них высока, а неадекватное лечение психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, представляет собой явление нередкое. При этом терапевтические алгоритмы требуют сочетания принципов комбинированного (психофармако-, психотерапия, дерматотропные средства) и дифференцированного лечения, опирающихся на типологические характеристики соответствующих расстройств.

Цели и задачи. Цель настоящего исследования – создание психопатологической концепции расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, при учете роли коэнестезиопатий, рассматриваемых в качестве базисных психопатологических феноменов, с построением унифицированной психодерматологической систематики, предусматривающей верификацию клинических, психологических и эпидемиологических характеристик изученных состояний, а также разработку основных принципов организации помощи и терапии.

Задачи:

1. Построение концептуальной теоретической модели психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, представляющих собой континуум ранжированных по степени тяжести (от невротического полюса к бредовому) психодерматологических синдромов;
2. Разработка типологической дифференциации (систематики) изученных расстройств, учитывающей интеракции коэнестезиопатий и ассоциированных психопатологических проявлений, а также дерматологических симптомов;
3. Определение сравнительных психологических характеристик коэнестезиопатий при выделенных типах психодерматологических синдромов на основе анализа структуры словарей интрацептивных ощущений;
4. Верификация ключевого эпидемиологического показателя (распространенности), как для всей совокупности психодерматологических синдромов, так и дифференцированно по отдельным клиническим категориям;
5. Определение основных принципов организации помощи и разработка методов комбинированного (психофармакотерапия, психотерапия, дерматотропная терапия) лечения, дифференцированного в соответствии с предложенной систематикой изученных расстройств;

Научная новизна. В отличие от существующих аналогов (Львов А.Н., 2006; Фролова В.И., 2006; Терентьева М.А., 2007; Волель Б.А., 2009; Андрищенко А. В., 2011), в которых анализировались преимущественно с дерматологических, клинико-эпидемиологических, а в некоторых случаях – также психопатологических позиций такие категории круга психодерматологических расстройств, как «невротические эксориации», «ограниченная ипохондрия», «коэнестезиопатическая паранойя», впервые систематически исследован ряд ранее не выделявшихся симптомокомплексов. К последним относятся кожный органный невроз, синдром коэнестезиопатических конфабуляций, а также совокупность расстройств спектра одержимости кожными паразитами (коэнестезиопатическая парафрения, дерматозойный бред воображения и сутяжный бред, сенситивный бред отношения с идеями заражения окружающих, бред преследования паразитами). Впервые выполнена дифференциация, позволяющая четко отграничить компульсивные и импульсивные эксориации, прежде объединенные в пределах единого синдрома – «невротических эксориаций» (Львов А.Н., 2006; Терентьева М.А., 2007; Freunsgaard K., 1984; Gupta M.A. et al., 1986). Впервые при обследовании репрезентативной клинической группы больных (22 набл.) верифицированы предпочтительные для дерматологической практики характеристики такого казуистического расстройства, как ограниченная ипохондрия, представленного в ранее выполненных исследованиях единичными наблюдениями из различных областей соматической медицины (Фролова В.И., 2006; Волель Б.А., 2009; Schwarz H., 1929; Bonhoeffer K., 1941).

Впервые показано, что круг психических расстройств, обнаруживающих аффинитет к кожному покрову и формирующихся при облигатном соучастии коэнестезиопатий, выступающих в форме базисных психопатологических образований, шире, нежели считалось ранее, и не ограничивается такими категориями, как ограниченная ипохондрия и коэнестезиопатическая паранойя (Смулевич А.Б. , 1987, 2004, 2009; Фролова В.И., 2006). Впервые установлено, что психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова, объединяют психопатологически неоднородные симптомокомплексы, клиническая структура которых определяется соотношением типологически гетерогенных коэнестезиопатий и соответствующих им психопатологических феноменов идеаторного круга. Впервые предложена учитывающая как психопатологические (с учетом вклада коэнестезиопатий), так и дерматологические характеристики унифицированная клиническая систематика обсуждаемых расстройств, представляющая собой континуум ранжированных по степени тяжести от невротического/конституционального к бредовому полюсу психодерматологических синдромов. Впервые установлены основания, определяющие клиническую гетерогенность психодерматологических синдромов, относящихся к бредовому полюсу континуума (дерматозойный бред), объединенных в пределах единой психопатологической модели спектра расстройств одержимости кожными паразитами. Впервые с использованием интрацептивных словарей верифицированы психологические характеристики коэнестезиопатий при расстройствах, обнаруживающих тропизм к кожному покрову. Впервые сформулированы и верифицированы в результате интервенционного исследования принципы лечения, интегрирующего фармакотерапию, психотерапевтические методики и дерматотропные средства, дифференцированные в соответствии с категориями разработанной систематики.

Теоретическая и практическая значимость исследования определяется *решением проблемы* психопатологии психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, объединенных в пределах единого континуума и ранжированных по тяжести психодерматологических синдромов, что создает предпосылки для продолжения как фундаментальных, так и прикладных исследований психосоматических нарушений в дерматологии.

Определение вклада как коэнестезиопатических, так и идеаторных (невротических, сверхценных, бредовых) расстройств в структуре обсуждаемой патологии не только *решает значимую проблему* теоретической психопатологии, но и открывает новые возможности для диагностики и терапии изученных состояний.

Построение и тестирование в рамках проведенного психопатологического, патопсихологического, эпидемиологического и терапевтического исследования систематики обсуждаемых расстройств имеет высокую практическую значимость – решает проблему дифференциальной диагностики психодерматологических симптомокомплексов, тем самым облегчая своевременное распознавание и определение их клинического прогноза. Такая классификационная система поз-

воляет оптимизировать методы комбинированного терапевтического воздействия, поскольку предлагаемый дифференцированный подход может эффективно применяться в дерматологической сети при рутинной клинической работе как психиатров-консультантов, так и врачей-дерматологов.

Методология и методы исследования. Настоящее исследование, посвященное проблеме психических расстройств, обнаруживающих тропизм к кожному покрову, выполнено в период с 2009 по 2014 гг. на кафедре психиатрии и психосоматики ИПО (заведующий – акад. РАН, проф. А.Б. Смулевич) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (ректор – член-корр. РАН, проф. П.В. Глыбочко) и в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – акад. РАН, проф. А.Б. Смулевич) ФГБУ «НЦПЗ» РАМН (директор – акад. РАН, проф. А.С. Тиганов).

Общая выборка настоящего исследования, объединяющая клиническую (n=193) и эпидемиологическую (n=1545) выборки, сформирована из числа обратившихся за дерматологической помощью пациентов, обследованных и получавших лечение на базе подразделений клиники кожных и венерических болезней (дир. – проф. О.Ю. Олисова) Университетской клинической больницы №2 (главный врач – проф. М.А. Газимиев) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, часть которых в дальнейшем была дообследована и проходила стационарное лечение в клинике ФГБУ «Научный Центр Психического Здоровья» РАМН.

Для адекватного решения поставленных задач клиническая выборка формировалась таким образом, чтобы создавались условия для изучения широкого спектра психической патологии, обнаруживающей аффинитет к кожному покрову и манифестирующей в отсутствие дерматологического заболевания. Соответственно, в исследование **включались** больные с признаками психической патологии, проявляющейся псевдосоматическими симптомами, реализующимися в сфере кожного покрова и представленными искусственными (самоиндуцированными) либо соматоформными (по типу вегетативной дисфункции) нарушениями, при несоответствии дерматологического статуса клиническим проявлениям известных дерматозов.

В клиническую выборку исследования вошли пациенты старше 18 лет с длительностью расстройств не менее 1,5 месяцев¹. Обязательным условием проведения психиатрического обследования² было добровольное информированное согласие пациентов.

Критерии не включения: наличие объективно подтвержденной дерматологической/паразитарной или соматической/неврологической патологии, сопровождающейся кожными симптомами (болезни печени, почек, сахарный диабет, болезни крови, гипо- и гипертиреои-

¹Такая длительность, согласно консенсусу международного форума по исследованию зуда (IFSI – International Forum for Study of Itch), соответствует продолжительности хронических функциональных расстройств, протекающих с выявлением кожных патологических телесных ощущений.

²Обследование проводилось при участии квалифицированных психиатров экспертов – Е.Н. Матюшенко, Н.В. Захаровой.

дизм, травмы нервных стволов, опухоли ЦНС); наличие тяжелой психической патологии (умственной отсталости, выраженной деменции, зависимости от психоактивных веществ), затрудняющих детальное психопатологическое обследование.

При планировании и проведении настоящего исследования в качестве **основных методов** избраны психопатологический, клинико-эпидемиологический, психологический. Привлечение данных катамнестического исследования представлялось адекватным для суждения о динамике изучаемых состояний. Фактура клинического материала обусловила необходимость проведения квалифицированного дерматологического обследования пациентов. Каждый больной клинической выборки был консультирован сотрудниками кафедры кожных и венерических болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (проф. А.Н. Львовым, асс. к.м.н. А.В. Миченко, асп. С.И. Бобко.). Все пациенты эпидемиологической выборки были консультированы амбулаторно врачами клинико-диагностического отделения клиники кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (зав.отд. – Л.А. Котельникова, врачи дерматологи – Н.С. Арсентьев, Е.В. Андреева).

Психопатологическая оценка больных клинической выборки проводилась в рамках клинических разборов, осуществлявшихся под руководством академика РАН проф. А.Б. Смулевича с участием сотрудников кафедры психиатрии и психосоматики ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Федерального Государственного Бюджетного Учреждения «Научный Центр Психического Здоровья» РАМН и кафедры кожных и венерических болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Для определения психологических факторов, соучаствующих в формировании психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, ряду пациентов клинической выборки (33,2% – 64 из 193 набл.) было проведено комплексное психологическое обследование с сочетанием методов семантического анализа и патопсихологического эксперимента³. С помощью методики «Классификации ощущений» (Тхостов А.Ш., Ефремова О.В., 1989; Ефремова О.В., Тхостов А.Ш., 1990) изучался словарь интрацептивных ощущений, связанных с заболеванием. Необходимость применения семантического метода с моделированием развернутой деятельности пациентов в ситуации эксперимента возникла в связи с тем, что телесные сенсации трудны для рефлексии, а особенности их категоризации не представлены напрямую в сознании. В силу указанной особенности субъективного восприятия

³Обследование осуществлялось с участием м.н.с. отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Федерального Государственного Бюджетного Учреждения «Научный Центр Психического Здоровья» РАМН А.А. Ермушевой под руководством сотрудников кафедры нейро- и патопсихологии МГУ им. М.В. Ломоносова д.п.н., профессора А.Ш. Тхостова и к.п.н., доцента М.Г. Виноградовой.

кожных ощущений такой подход представляется в большей степени соответствующим задачам настоящего исследования, нежели стандартизованные психометрические шкалы, лимитирующие обследуемых ограниченным набором «предуготованных» вариантов ответа. Для выявления особенностей восприятия кожного покрова и наиболее диффузных, трудно локализуемых кожных ощущений, а также представлений о болезни использовалась методика «Шкалы оценки кожи» (Бескова Д.А., 2005).

Верификация эпидемиологических характеристик психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, осуществлялась в эпидемиологической выборке при проведении сплошного, поперечного (одномоментного) исследования, предполагавшего последовательный однократный учет всех пациентов, консультированных амбулаторно в клинико-диагностическом отделении клиники кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в период с апреля 2012 г. по июль 2012 г. включительно. Эпидемиологическое исследование проводилось в соответствии с организационными принципами модели «встречного движения» (Смулевич А.Б. и соавт., 2011; Андрющенко А.В., 2011), предполагающей двустороннюю направленность медицинской помощи, ориентированной на комплексный междисциплинарный подход с привлечением дерматологов и психиатров («междисциплинарный тандем»). Соответственно, процедура обследования включала три последовательных этапа: (1) консультацию дерматолога, имеющего опыт работы в «междисциплинарном тандеме»; (2) консультацию психиатра – при предположительном диагнозе психических расстройств, по мнению дерматолога, и согласии больного на такое обследование; (3) совместное обсуждение клинической картины дерматологом и психиатром с формулировкой заключительного диагноза («обратная связь»). Результаты обследования заносятся в специально разработанную регистрационную форму.

Разработка оптимальных подходов к лечению изученных состояний осуществлялась на основе анализа результатов натуралистического открытого исследования комбинированной терапии у 151 из 193 (78,2%) пациентов клинической выборки. В его ходе учитывался вклад в психопатологическую структуру обсуждаемых симптомокомплексов как коэнестезиопатий, так и ассоциированных с ними психопатологических нарушений. Соответственно, применялась визуальная аналоговая шкала интенсивности ощущений (VAS-S); подшкала тревоги (HADS-A) госпитальной шкалы тревоги и депрессии; шкала кожных эксориаций (SPS), пункт I (бред) шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS). Методика терапевтической фазы исследования предполагала назначение всем пациентам, составившим выборку настоящего исследования, курсовой психофармакотерапии (после получения информированного согласия, в соответствии со стандартными показаниями и в дозах, рекомендованных инструкциями по применению), которая дополнялась

индивидуализированными психотерапевтическими воздействиями. Длительность курса терапии была унифицирована и составляла 4 недели, по истечении которых оценивалась общая эффективность и безопасность лечения (клинически, а также с помощью формализованных шкал). При достаточной эффективности (клиническое улучшение и редукция среднего балла по психометрическим шкалам более 50%) и хорошей переносимости терапии лечение выбранными средствами продолжалось до полной редукции проявлений расстройства. При отсутствии необходимого эффекта к 4 неделе лечения и/или признаках непереносимости осуществлялся переход к новому курсу психофармакотерапии.

Для статистической обработки данных применялся пакет компьютерных программ STATISTICA 8.0 (StatSoft Inc.). Использовались методы описательной и аналитической статистики (параметрические/непараметрические критерии). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. При обработке результатов психологического обследования использовался метод кластерного анализа.

Положения, выносимые на защиту:

1. Психические расстройства, обнаруживающие аффинитет к кожному покрову и манифестирующие при отсутствии объективных проявлений, соответствующих картине дерматоза, имеют структуру бинарных психопатологических образований и формируются при облигатном соучастии коэнестезиопатий, выступающих в форме базисных феноменов, и ассоциированных с ними проявлений идеаторного круга – вторичных или производных психопатологических образований;
2. Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова, клинически гетерогенны и образуют континуум психодерматологических синдромов, ранжированных по степени тяжести от невротического к бредовому полюсу;
3. Каждый из выделенных типов психодерматологических синдромов формируется при интеракции психопатологически неоднородных коэнестезиопатий и соответствующих им производных идеаторных образований;
4. Типологическая дифференциация изученных расстройств соотносится с психологическими характеристиками патологических телесных ощущений – структурой интрацептивных словарей;
5. Верифицированный эпидемиологический показатель распространенности психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, отражает значительную частоту обсуждаемой патологии в дерматологической сети;
6. Разработанные организационные и терапевтические подходы, предполагающие комбинированное лечение, дифференцированное в соответствии с типологической принадлежностью изученных расстройств в пределах предложенной систематики, позволяют обеспечить больных с

психическими расстройствами, реализующими в пространстве кожного покрова, своевременной специализированной помощью.

Степень достоверности и апробация проведенных исследований. Степень достоверности исследования обеспечивалась проведенным лично автором тщательным изучением репрезентативного клинического материала (193 наблюдения клинической выборки). Для обеспечения экстраполяции полученных данных на соответствующий контингент больных дерматологической сети, на этапе планирования работы предусматривалось тестирование сформулированных при анализе клинической выборки психопатологических моделей в сформированной сплошным методом эпидемиологической выборке (1545 набл.). Выполнение работы в соответствии с принципом мультимодальности методов (психопатологического, экспериментально-психологического, клинико-эпидемиологического, статистического) обеспечило возможность адекватного решения поставленных задач. Соответствующая цели исследования методология определила обоснованность, валидность и воспроизводимость результатов, а также следующих из них выводов.

Основные положения диссертации были представлены на 5 Международной конференции по зуду (5th International Workshop for the Study of Itch) 25-28 октября 2009 г. (г. Токио, Япония); на XVIII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» 15 апреля 2011 г. (г. Москва); на 14 Конгрессе Европейского общества дерматологов и психиатров (14 ESDaP Congress) 18 марта 2011 г. (г. Сарагоса, Испания); на IV Всемирном конгрессе по кожному зуду (6th World Congress on Itch), 4-6 сентября 2011 г. (г. Брест, Франция); на XII Всероссийском съезде дерматовенерологов и косметологов 26-28 июня 2012 г. (г. Москва); на Школе профессоров Кафедры психиатрии и психосоматики ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и Российского Общества Психиатров под эгидой Всемирной Психиатрической Ассоциации «Актуальные проблемы психосоматических и аффективных расстройств» 14-16 марта 2013 г. (г. Москва); на 10 симпозиуме Европейской академии дерматологов и венерологов (10th European Academy of Dermatology and Venereology - EADV - Spring Symposium) 23-26 мая 2013 г. (г. Краков, Польша); на 3 Российской междисциплинарной научно-практической конференции «Функциональные расстройства в общей медицинской практике» 19-20 сентября 2013 г. (г. Москва); на Школе для профессорско-преподавательского состава и врачей специализированных психиатрических учреждений Кафедры психиатрии и психосоматики ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова «Актуальные аспекты аффективных и психосоматических расстройств» 22-23 ноября 2013 г. (г. Москва);

Апробация диссертации состоялась 07.02.2014 на совместной конференции отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр психического здоровья» Российской ака-

демии медицинских наук и кафедры психиатрии и психосоматики ИПО Федерального государственного бюджетного учреждения Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова.

Внедрение результатов исследования. Разработанные в исследовании методические подходы внедрены в практику в «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии» департамента здравоохранения г. Москвы, в филиал №1 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого» Министерства обороны Российской Федерации, в филиал №1 ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации, в филиал №4 (психоневрологический диспансер) ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А. Гиляровского» департамента здравоохранения г. Москвы, в Филиал №4 ГБУЗ «Городская поликлиника №68» (городская поликлиника № 171) департамента здравоохранения г. Москвы, в учебный процесс на кафедре психиатрии и психосоматики института последипломного образования ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России.

Публикация результатов исследования. Основные результаты исследования достаточно полно отражены в 31 публикации (из них 17 – статьи в рецензируемых научных журналах). Список работ приводится в конце автореферата.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 353 страницах машинописного текста (основной текст – 304 страницы, указатель литературы – 49 страниц) и состоит из введения, семи глав (обзор литературы; характеристика материала и методов исследования; разделы, посвященные психопатологической концепции и систематике, эпидемиологии и терапии изученных состояний), заключения и выводов. Библиографический указатель содержит 527 наименований (из них 134 отечественных, 393 иностранных). Приведено 22 таблицы, 36 рисунков и 4 клинических наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате изучения клинической выборки исследования (193 набл.) при учете данных доступных публикаций (Смулевич А.Б. и соавт., 2004, 2012; Фролова В.И., 2006) разработана концептуальная психопатологическая модель бинарной структуры психических расстройств, обнаруживающих тропизм к кожному покрову и манифестирующих при отсутствии объективных проявлений, соответствующих картине дерматоза – диагностированного кожного заболевания. В соответствии с предложенной моделью расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова, формируются при облигатном соучастии расстройств коэнестезиопатического ряда, а также других сенсопатий, выступающих в форме базисных феноменов, и ассоциированных с ними психопатологических проявлений идеаторного круга – вторичных или произ-

водных психопатологических образований. В свою очередь с последними сопряжена соответствующая искусственная (самоиндуцированная) и соматоформная (по типу вегетативной дисфункции) кожная симптоматика. Манифестирующие таким образом сложные симптомокомплексы – психодерматологические синдромы – образуют континуум последовательно утяжеляющихся от невротического к бредовому регистру расстройств: кожный органический невроз, синдром коэнестезиопатических конфабуляций, синдром компульсивных/импульсивных эксфолиаций, ограниченная ипохондрия, коэнестезиопатическая паранойя и спектр расстройств одержимости кожными паразитами.

Ниже последовательно рассматриваются психопатологические и дерматологические характеристики психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова.

При **кожном органическом неврозе** (Романов Д.В., Львов А.Н., 2009) – **46 набл. (37 жен., 9 муж.)** – базисная составляющая представлена гомономными обычной телесной чувствительности кожными ощущениями (соматоформный зуд): диффузное чувство жара, напряжения, стягивания или распирающего, сухости или мокнущей кожи с изменчивой локализацией. При этом распространённость зуда ограничена «одномерной» плоскостью – поверхностью кожного покрова. Характерна невысокая интенсивность телесных ощущений: от 3 до 6 баллов, в среднем – $4,8 \pm 1,9$ баллов по десятибалльной визуальной аналоговой шкале (VAS). Моторная активность ограничивается преимущественно поглаживанием, сдавливанием, растиранием (щадящее обращение с больным органом – кожей), в то время как истинные расчесывания с участием ногтевых пластинок редки, непродолжительны и практически не приводят к нарушению целостности кожного покрова (объективно в дерматологическом статусе – единичные поверхностные эксфолиации).

Дебюту соматоформного зуда предшествует длительный (продолжительностью от 6 мес. до 2 лет) продром. В этот период возникают непродолжительные по типу транзиторных вспышек (от 2-3 дней до недели) и разделённые большими временными промежутками субсиндромальные проявления зуда по типу элементарных сенсопатий – щекотание, «свербение», ощущения локальной болезненности, «дискомфорта». Выявление такого рода субклинических расстройств, как правило, проходит незамеченным – не сопровождается фиксацией на телесных ощущениях и не становится поводом к обращению за медицинской помощью.

В качестве триггеров манифестации сенсопатий как в продромальном периоде, так на этапе развернутых проявлений зуда, выступают соматогенные вредности (тяжелая ОРВИ или другая интеркуррентная инфекция и т.п.), тогда как в дальнейшем экзацербации носят либо аутохтонный характер, либо ассоциированы с механическим раздражением кожного покрова (давление тесной одежды и пр.).

Манифестация клинически выраженного зуда сопровождается комплексом массивных проявлений по типу соматоформной вегетативной дисфункции кожного покрова: объективно

регистрируемые локальные отечность и гипертермия, эритема, уртикароподобная и макулярная сыпь. Дальнейшая динамика сенсопатий, интенсивность которых после первого (наиболее тяжелого) обострения снижается, характеризуется непрерывным течением без резких обострений, с волнообразным нарастанием и ослаблением симптоматики. Соматовегетативные проявления при этом минимизируются, ограничиваясь лабильностью кожных сосудистых реакций (эритема/цианоз) и транзиторными уртикароподобными высыпаниями.

Картина производных от соматоформного зуда (вторичных) психопатологических симптомокомплексов ограничена тревожно-фобическими расстройствами. При этом уровень сложности и остроты симптоматики определяется интенсивностью проявлений зуда.

Манифестация/экзацербация сенсопатий и вегетативной дисфункции сопровождается острыми тревожными проявлениями – генерализованной тревогой и нозофобиями (акаро-, дермато-, алергофобии) – страхами *острых* паразитарных/инфекционных дерматозов или аллергических реакций. Последние в некоторых случаях достигают степени танатофобии (страх смерти от анафилактического шока) и сопровождаются фобическим избеганием контактов с предполагаемыми источниками заражения или аллергенами.

В периоды ослабления коэнестезиопатических нарушений отмечается симультанное снижение интенсивности тревожных проявлений с осознанием пациентами неургентной природы телесных ощущений. По мере смягчения зуда (он персистирует, но теперь в ослабленном виде) генерализованная тревога и фобии нивелируются до уровня тревожных опасений нераспознанного *хронического* зудящего дерматоза (атопический дерматит, пруриго, экзема и др.).

Таким образом, вторичные психопатологические расстройства, образующие на базе соматоформного зуда кожный органический невроз, фактически представлены явлениями «тревоги о здоровье» (Taylor S., Asmundson G., 2005; Abramowitz J.S., Braddock A.E., 2008) и реализуются проверяющим и ограничительным ипохондрическим поведением. Характерны регулярные обращения в учреждения общемедицинской сети с многократными повторными обследованиями («doctor shopping» по P. Fink et al., 2004), исключение из рациона «провоцирующих» зуд продуктов, отказ от «раздражающей» кожу активности (ношения одежды из грубой ткани, занятий спортом, работы по дому и др.).

Квалификация симптомокомплекса, определяющегося ассоциацией соматоформного (эссенциального, идиопатического) кожного зуда (включая проявления вегетативной дисфункции) и тревожно-фобических/ипохондрических идеаторных нарушений, как органического невроза соответствует концептуализации последнего в качестве соматоформного расстройства, персистирующего в пределах топической проекции одного органа/системы (здесь – кожного покрова) и сопровождающегося «соматовегетативным комплексом» (Иванов С.В., 2002). Кожный органический невроз (по аналогии с кардионеврозом, синдромами гипервентиляции и раздраженного

кишечника) может рассматриваться в качестве апофатического (Berrios G.E., Marcova J.S., 2006) расстройства, формирующегося путем соматизации психопатологических симптомокомплексов в сфере телесной перцепции и протекающего с вегетативными стигмами (Смулевич А.Б., 2011).

При **синдроме коэнестезиопатических конфабуляций** (Смулевич А.Б., 2014; Романов Д.В., 2014) – **10 набл. (8 жен., 2 муж.)** – телесные сенсации представлены соматоформным зудом и кожными истерическими алгиями. Психопатологические характеристики соматоформного зуда при этом расстройстве аналогичны таковым при кожном органном неврозе.

Истерические алгии, как и соматоформный зуд, проецирующиеся на поверхность кожи, отличаются полиморфностью, изменчивостью сенсорных характеристик и преимущественно болевой модальностью: то мучительное, нестерпимое жжение, то чувство покалывания, то онемения, то ползания «мурашек» в виде шевеления, копошения по поверхности кожи, сопоставимого с феноменом формикации (Berrios G.E. 1982; Sandoz A. et al., 2007; Hinkle N.C., 2010).

Типична склонность коэнестезиопатий к миграции при отсутствии четких границ сенсаций, а также зависимость возникновения и интенсивности от психотравмирующих событий (нередко, по механизму условной желательности). Возможна редукция болей при отвлечении внимания. Отмечается возникновение сенсаций на интактной коже в отсутствие не только каких-либо первичных элементов сыпи, но и соматовегетативных расстройств.

В качестве производных (от соматоформного зуда и кожных истерических алгий) психопатологических образований выступают расстройства круга патологии воображения – образные представления по типу **вторичных конфабуляций**⁴. Последние манифестируют в виде нестойких, часто меняющихся по содержанию фантазий, имеющих целью интерпретацию природы телесных ощущений. При этом в отличие от телесных фантазий (Shontz F., 1974; Буренина Н., 1997) речь идет не о фантастических ощущениях, а о фантазировании по поводу природы телесных сенсаций. Соответственно денотат фантазий при вторичных конфабуляциях могут составлять предположения о наличии какого-либо еще неизвестного науке кожного заболевания, гипотезы возможной паразитарной инвазии (например, клещами – демодексом или чесоточным зуднем), либо инокуляции в кожу каких-то инородных тел («металлическая пыль», «частицы стекла» и т.п.). Конфабуляторные представления воспринимаются естественными, психологически понятными образованиями, и в этом плане сопоставимы с дисфункциональными убеждениями по типу «автоматических мыслей» (Beck A.T., 1967).

⁴Используемая в настоящем исследовании трактовка понятия «конфабуляции» отличается от традиционной, согласно которой (Kraepelin E., 1915, 1916) конфабуляции – разновидность ложных воспоминаний, формирующихся либо при амнестических расстройствах, либо на базе бреда – конфабуляторная парафрения, однако представляется обоснованной в свете современных психологических (Hirstein W., 2009) и клинических, в т.ч. неврологических, посвященных феномену анозогнозии (Ramachandran V.S., 1996), исследований, в которых термин «конфабуляции» получает и иную интерпретацию (ошибочные утверждения – фантазии, в которые пациенты склонны верить).

Вместе с тем конфабуляции, формирующиеся на базе коэнестезиопатий, не являются следствием цепи логических построений, обнаруживающих тенденцию к систематизации, не достигают уровня бреда, в том числе не могут быть отнесены к бреду объяснения С. Wernicke (1906). В отличие от бреда коэнестезиопатические конфабуляции не обнаруживают свойства непоколебимой убежденности, а, напротив, при условии адекватной психотерапевтической коррекции легко видоизменяются, а иногда на время исчезают. Не отмечается и признаков бредового поведения (доказательства, защита, борьба с паразитами).

Явления аутоагрессии при синдроме коэнестезиопатических конфабуляций, так же как и при кожном органическом неврозе, не выражены. Преобладает щадящее обращение с кожным покровом.

При **синдроме компульсивных экскораций**⁵ (Смулевич А.Б., 2014; Романов Д.В., 2014) – **19 набл. (16 жен., 3 муж.)** – коэнестезиопатии относятся к кругу обсессивных кожных ощущений («сенсорные феномены обсессивно-компульсивных расстройств» по S.H. Prado et al., 2008), представленных зудом по типу эпидермальной дизестезии, а также тактильных иллюзий.

Зуд – в отличие от соматоформного – обладает характеристиками гетерономных обычной перцепции телесных ощущений (метафорическое сравниваемое с ощущением присутствия на поверхности кожи чего-то «мешающего», «нюющего», «выпирающего»). Пространственное расположение зуда не ограничено «одномерной» плоскостью, а приобретает свойства эпидермальной дизестезии, обладающей характеристиками ощущений экстрезивного характера – ощущение наложения на поверхность кожи добавочной «плюс-ткани». Телесные ощущения характеризуются минимальной интенсивностью: от 1 до 3 баллов, в среднем – $1,7 \pm 0,9$ баллов по десятибалльной визуальной аналоговой шкале (VAS). Зуд дополняется тактильными иллюзиями: осязательное ощущение неровности, нерегулярности исходно гладкой кожи, которая воспринимается словно покрытая возвышающимися над ней «высыпаниями» («бугорками», «шишечками», визуально «незаметными» наростами), определяемыми исключительно наощупь и воспринимаемыми пациентами как фактор, преципитирующий расчесы.

В качестве производных расстройств, ассоциированных с кожными ощущениями, выступают **компульсивные экскорации**. На высоте коэнестезиопатий возникает навязчивое стремление к самоповреждению, «выравниванию» кожи, попытки противостоять которому сопровождаются нарастанием аффекта тревоги. Непосредственно вслед за актом самодеструкции кожного покрова наступает облегчение – редуцируются коэнестезиопатии и тревога, на время

⁵Термины «синдром компульсивных экскораций» и «синдром импульсивных экскораций» (см. ниже) вводятся в качестве замены традиционного для дерматологической литературы понятия «невротические экскорации» (Иванов О. Л., Львов А. Н., 2001; Терентьева М.А., 2007; Wilson E., 1875) с целью обозначения двух самостоятельных психодерматологических синдромов, отличающихся как базисными коэнестезиопатическими, так и производными психопатологическими проявлениями, выступающими в рамках компульсивных расстройств и расстройств импульс контроля соответственно.

восстанавливается ощущение гладкости, ровности кожи.

Динамика расчесов определяется суточным ритмом с обострением в вечернее время, а также зависимостью интенсивности от актуальных психотравмирующих факторов (предстоящая важная встреча, неприятный разговор, воспоминания о постыдной неудаче и т.п.). Хотя изначально эксфолиации возникают на наиболее «удобных», легко доступных в привычном сидячем или лежащем положении участках кожи (голени, бедра, предплечья, лицо и т.п.), развитие развернутого приступа зуда происходит по механизму «все или ничего» – стоит лишь дотронуться до небольшого участка тела, как ощущения сразу распространяются на обширные площади кожного покрова.

Дерматологические проявления при синдроме компульсивных эксфолиаций представлены преимущественно изолированными высыпаниями в виде *свежих поверхностных эксфолиаций* (эрозий) – «неглубоких расчесов». При длительном течении заболевания отмечаются явления «неполного» эволюционного полиморфизма⁶: *свежие поверхностные эрозии* сосуществуют с геморрагическими корками, пигментированными и депигментированными пятнами при отсутствии выраженных рубцов, представленных единичными точечными элементами.

При **синдроме импульсивных эксфолиаций** (Смулевич А.Б. и соавт., 2012) – **32 набл. (21 жен., 11 муж.)** – коэнестезиопатии относятся к расстройствам более тяжелых психопатологических регистров – овладевающим ощущениям⁷ (Смулевич А.Б. и соавт., 1992), выступающим в форме зуда по типу интрадермальной дизестезии: 7–10 баллов, в среднем – $8,4 \pm 1,9$ баллов по десятибалльной визуальной аналоговой шкале (VAS). Клинические проявления зуда, как и при эпидермальной дизестезии, определяют гетерономные обычной перцепции сенсации. Соответственно описания ощущений носят метафорический характер: зуд сравним с пронизывающей болью, чувством набухания, с прокалыванием кожи изнутри. Проявлениям интрадермальной дизестезии (в отличие от экстрозивной эпидермальной дизестезии, проецирующейся над поверхностью кожи) свойственны телесные сенсации пенетрирующего характера – ощущения повреждения целостности кожного покрова, нарушения его гомогенности, проникновения внутрь, в толщу кожи.

⁶Эволюционный или ложный полиморфизм высыпаний (Иванов О.Л., 2007), в отличие от истинного, связанного с одновременным сосуществованием различных первичных элементов сыпи (например, папул, везикул, эритемы), обусловлен естественной динамикой вторичных морфологических элементов, находящихся на разных стадиях развития (эксфолиации, эрозии, язвы, гиперпигментация, гипопигментация, рубцы и др.), придающих сыпи «пестрый» вид. Определения «неполный» и «полный» (см. раздел «синдром импульсивных эксфолиаций») вводятся для уточнения клинических характеристик эволюционного полиморфизма, дифференцируемого здесь в зависимости от тяжести (глубины) кожной аутодеструкции по степени выраженности рубцовых изменений (компульсивные эксфолиации – без рубцов/единичные рубцы; импульсивные эксфолиации – множественные, обширные рубцы).

⁷Овладевающие ощущения – сенсации, сопоставимые по степени охваченности с развертывающимися в аутопсихической сфере овладевающими представлениями (Ясперс К., 1997; Снежневский А.В., 1970), характеризуются аффективной заряженностью, превалируют в сознании пациента, определяя содержание мыслей и поведение.

Овладевающие ощущения моносимптомны и в отличие от соматоформного зуда и эпидермальной дизестезии, не перекрываются с другими клиническими проявлениями, относящимися к сфере соматизированных кожных расстройств или тактильных иллюзий соответственно.

Дебют зуда протекает остро без предшествующих продромальных явлений. Дальнейшая динамика определяется периодически повторяющимися (до нескольких раз в день) коэнестезиопатическими пароксизмами, протекающими в виде транзиторных, клишированных как по продолжительности (от нескольких минут до 2-3 часов), так и по локализации (голени, плечи, предплечья) вспышек. Как манифестация, так и последующие экзацербации зуда провоцируются преимущественно психогенно (семейные и служебные конфликты, материальные проблемы).

В качестве производных образований, непосредственно связанных с манифестными проявлениями зуда по типу интрадермальной дизестезии, выступают *расстройства импульс-контроля*. На пике телесных сенсаций возникает «непреодолимый импульс» (Burt V.K., Katzman J.W., 2000) к самоповреждению кожи (расчесы наносятся как бы непроизвольно, автоматически), что сопровождается чувством внутреннего напряжения, дисфорическим аффектом. Непосредственно вслед за актом деструкции кожного покрова наступает разрядка – зуд редуцируется, возникает ощущение внутреннего удовлетворения, удовольствия, «наслаждения от расчесов».

Следствие импульсивных эксориаций – расчесы – объективно проявляются преимущественно диссеминированными, множественными искусственными высыпаниями (линейные или точечные эксориации с четкими границами, выделяющиеся на фоне неизменной кожи, иногда сопровождающиеся явлениями перифокальной инфильтрации), локализующимися по всему кожному покрову, доступному для самодеструкции (лицо, шея, верхние и нижние конечности, верхняя треть спины, грудь, живот, бедра, ягодицы, голени). При длительном течении заболевания наблюдаются явления «полного» эволюционного полиморфизма. При этом преимущественно *глубокие эксориации* (эрозии и фокальные язвы) в виде свежих «расчесов до крови» сосуществуют с поражениями хронического воспалительного характера – геморрагическими корками, пигментированными и депигментированными пятнами, а также множественными *рубцовыми элементами*.

Базисные расстройства **при ограниченной ипохондрии** (Смулевич А.Б., 1987, 2004, 2012; Фролова В.И., 2006) – **22 набл. (15 жен., 7 муж.)** – психопатологически неоднородны и имеют более сложную сравнительно с выше рассмотренными психодерматологическими синдромами структуру. Коэнестезиопатическая составляющая ограниченной ипохондрии, наряду с овладевающими ощущениями (интрадермальная дизестезия и идиопатические алгии), представлена тактильными иллюзиями и телесными фантазиями, которые сопровождаются визуальными обманами восприятия – зрительными иллюзиями.

При становлении синдрома ограниченной ипохондрии в большинстве случаев (18 набл.) отмечается продромальный период длительностью от 3-4 дней до 1,5-2 лет, определяющийся коэнестеziопатическими феноменами в форме пароксизмально возникающего зуда по типу интрадермальной дизестезии. В отдельных случаях (4 набл.) тактильные иллюзии и телесные фантазии с самого начала заболевания целиком определяют структуру коэнестеziопатий.

Становление *тактильных иллюзий* определяется восприятием малейших неровностей или уплотнений на поверхности и в глубине кожи как сформировавшихся патологических элементов – «бугорков», «папул», «прыщей», «фурункулов», «язвочек», «узелков», «пузырьков». На высоте расстройства иллюзорные восприятия принимают форму *телесных фантазий* – патологических телесных ощущений, приобретающих свойства необычных как по конфигурации, так и по топографии образований, располагающихся в соответствии с пальпаторными ощущениями в подкожном пространстве. Телесная репрезентация фантастических коэнестеziопатий отличается яркостью, образностью, что может, например, проявляться в подробных описаниях разветвленных, располагающихся внутри кожи ходов и каналов или прорастающих сквозь кожный покров «корней» чужеродных тканей.

В ряду базисных расстройств клинически гетерогенные коэнестеziопатии при ограниченной ипохондрии дополняются простейшими визуальными обманами восприятия – зрительными иллюзиями. После извлечения фрагментов кожи и подкожной клетчатки из соответствующих коэнестеziопатиям областей полученный таким образом материал воспринимается как не свойственные живым тканям объемные патологические образования – чужеродные объекты. Зрительно фиксируются экстрагированные из кожи «кремовые нити» или «белые частицы, похожие на манную крупу», «капсулы или пробки, наполненные бесцветной жидкостью», «крупинки», «гранулы, напоминающие икринки». Такие дополняющие коэнестеziопатии зрительные иллюзии могут быть квалифицированы как «фантастические визуальные явления» (Ясперс К., 1997).

В качестве производной от коэнестеziопатий и зрительных иллюзий идеаторной составляющей при ограниченной ипохондрии выступают *сверхценные образования с картиной ипохондрической одержимости* (Чудаков В.М., 1994; Смулевич А.Б., Фролова В.И., 2006). Манифестация телесных ощущений, сопровождающихся ощущением посторонних, чужеродных собственным тканям, субстанций, локализующихся в пространстве кожного покрова, сочетается в этих случаях с патологической – сопоставимой с паранойяльной – активностью. Последняя проявляется настойчивой потребностью в «санации» болезненных очагов. В упорном стремлении к удалению «чужеродных» образований либо мешающих, «омертвевших» участков кожи, требующих, «как заноза», обязательного извлечения или устранения, пациентов не останавливает ни боль, ни калечащие последствия деструкции кожного покрова. При этом в качестве

инородных тел рассматриваются извлекаемые из содержимого раны фрагменты собственных тканей.

В отличие от модели К. Vonhoefffer (1941), выделявшего в качестве облигатного признака ограниченной ипохондрии доверенную аутоагрессию, реализующуюся влечением к операциям («полихирургическая склонность»), при ограниченной ипохондрии в дерматологической практике преобладает прямая аутоагрессия. Артифициальные дерматологические проявления имеют вид незаживающих глубоких экстенсивных язвенных дефектов с резкими границами и правильными контурами, окруженных неизменной кожей, что отчасти сближает их с импульсивными эксориациями. Однако самодеструкции при ограниченной ипохондрии отличаются большей тяжестью и имеют ряд клинических отличий: четко ограниченную локализацию (единичные/множественные очаги поражения); глубокий уровень поражения с вовлечением подкожной клетчатки, а в наиболее тяжелых случаях – 2 набл. – подлежащих образований (подкожной клетчатки, мышц), что обуславливает длительное персистирование тканевых дефектов, образование корок по типу некротического струпа, формирование линейных и округлых рубцов.

Таким образом, в настоящем исследовании клинические критерии «ограниченной ипохондрии» совпадают частично с традиционными дефинициями как Н. Schwarz (1929), так и К. Vonhoefffer (1941). С одной стороны, симптомокомплекс, как и в наблюдениях Н. Schwarz (1929), соотносится исключительно с пространством кожного покрова и характеризуется преобладанием в ряду коэнестезиопатий не только алгий, но и зуда по типу интрадермальной дизестезии, тактильных иллюзий и телесных фантазий. С другой стороны, как и в наблюдениях К. Vonhoefffer (1941), прослеживается связь ограниченной ипохондрии с явлениями соматопсихической диссоциации – отчуждением с тенденцией к элиминации участков тканей – источников патологических телесных ощущений (здесь – фрагментов кожного покрова).

Коэнестезиопатическая паранойя (Смулевич А.Б. и соавт. 2004; Фролова В.И., 2006) и **спектр расстройств одержимости кожными паразитами** (Романов Д.В., 2013, 2014) – **64 набл. (50 жен., 14 муж)** – объединяют симптомокомплексы, протекающие с картиной дерматозойного бреда: коэнестезиопатическую паранойю и парафрению, бред воображения, сутяжный бред, сенситивный бред отношения с идеями заражения окружающих, бред преследования паразитами.

Перечисленные бредовые состояния обладают рядом общих характеристик, позволяющих их консолидировать. Так, круг базисных нарушений при всех перечисленных симптомокомплексах включает **тактильные галлюцинации**, хотя только ими не ограничивается, а расширяется, как за счет сенестопатий и висцеральных галлюцинаций, так и зрительных (а в ряде случаев – 14 набл. – слуховых и обонятельных) обманов восприятия. В свою очередь производ-

ные психопатологические расстройства идеаторного ряда представлены общей фабулой – *дерматозойным/зоопатическим бредом по типу бреда одержимости* (Бехтерев В.М., 1900; Корсаков С.С., 1901; Каменева Е.Н., 1957; Kraft-Ebing R., 1881), содержание которого определяют идеи заражения паразитами (бред инфестации⁸), обладающими объектными свойствами насекомых, клещей, вшей, червей и т.п. Объединение указанных основных составляющих (сенсорных и бредовых) реализуется *феноменом анимации*⁹, который выступая в качестве симптомообразующего, отражает последовательную трансформацию психопатологической симптоматики от сенсопатий к бредовым представлениям и одержимости паразитами, наделяемыми всеми свойствами *живых существ*. Наконец, в качестве объединяющего перечисленные бредовые синдромы облигатного свойства *аутоагрессивного поведения* выступает опосредованная направленность аутодеструктивных действий, нацеленных не на купирование кожных ощущений (как это наблюдается при других психодерматологических синдромах), но на «уничтожение» паразитов, «заселивших/атакующих» во всех остальных отношениях «нормальную» кожу.

Необходимо подчеркнуть тот факт, что расстройства, объединяемые в литературе понятием «дерматозойный бред» и обладающие рядом перечисленных выше общих характеристик, выходят за границы единого – унифицированного – симптомокомплекса и образуют спектр психопатологически неоднородных синдромов, характеризующихся значительной вариабельностью клинической картины.

Обосновать факт клинической гетерогенности состояний, протекающих с картиной дерматозойного бреда, позволяет разработанная в результате настоящего исследования модель спектра расстройств одержимости кожными паразитами. Последняя, будучи преемственной модели бинарной структуры, основывается на положении, согласно которому типологическая неоднородность обсуждаемых расстройств определяется особенностями соотношения базисных сенсопатий и бредовых феноменов. При этом психопатологическая структура бреда напрямую коррелирует с выраженностью и клиническими характеристиками сенсопатий. Так, при коэнестезиопатической паранойе, являющейся центральным, «типичным» синдромом, сенсопатиям, ограниченным сферой кожи, соответствует монотематический дерматозойный бред с идеей одержимости паразитами, заселяющими исключительно кожный покров. При синдроме коэнестезиопатической парафрении массивным коэнестезиопатиям, а также галлюцинациям других модальностей (зрительным, слуховым, обонятельным), вовлекающим наряду с кожей, как внут-

⁸Инфестация (от лат. infestare – нападать) – заражение организма человека паразитами-артроподами (насекомыми, клещами и пр.).

⁹Анимация (от фр. animation – оживление, одушевление) – термин вводится нами для обозначения ключевого клинического критерия коэнестезиопатической паранойи и расстройств спектра одержимости кожными паразитами, позволяющего дифференцировать эти симптомокомплексы от психодерматологических синдромов, рассмотренных выше и не сопровождающихся бредовой убежденностью относительно связи кожных коэнестезиопатий с активностью живых существ.

реннюю среду организма, так и окружающее пространство, конгруэнтен парафренической структуры бреда тотальной одержимости паразитами (дерматозойный и энтерозойный). При бреде воображения доминирующим среди базисных расстройств зрительным обманам восприятия (галлюцинациям воображения) соответствует образный бред одержимости кожными паразитами, а кожные коэнестезиопатии, напротив, элементарны. При расстройствах спектра одержимости кожными паразитами в рамках сутяжного бреда, сенситивного бреда отношения с идеями заражения окружающих, бреда преследования паразитами, характеризующихся минимальной выраженностью базисных (как коэнестезиопатических, так и зрительных) расстройств обнаруживается влияние на структуру идеаторных нарушений (дерматозойного бреда *per se*) текущих (коморбидных) или резидуальных психических расстройств бредового регистра или обсессивно-компульсивного круга.

Ниже представлен сравнительный анализ характеристик типологически неоднородных синдромов, протекающих с выявлением дерматозойного бреда.

Синдром **коэнестезиопатической паранойи** (Смулевич А.Б. и соавт., 2004, 2009, 2012; Фролова В.И., 2006) – **26 набл. (7 муж., 19 жен)** – образован базисными психопатологическими расстройствами в форме коэнестезиопатий (тактильные галлюцинации) и зрительных обманов восприятия (иллюзии/галлюцинации), ассоциированных с монотематическим бредом одержимости кожными паразитами, лишенным тенденции к расширению бредовых интерпретаций за пределы подверженного патологическим телесным ощущениям кожного покрова. При этом усложнения структуры бреда за счет присоединения идей иного (не паразитарного) содержания не отмечается.

Тактильные галлюцинации при коэнестезиопатической паранойе проецируются трансдермально, вовлекая кожу на всю глубину (пациенты ощущают жизнедеятельность паразитов на коже, в коже, под кожей), но при этом не распространяются на внутренние органы – интероцептивные/висцеральные галлюцинации не формируются.

Феномены тактильного галлюциноза обнаруживают психопатологическую неоднородность и представлены *элементарными* и *сложными* осязательными обманами восприятия. Элементарные тактильные галлюцинации имеют кинетические характеристики (движение в виде «прыгания», «ползания», «копошения») и/или наделяются свойствами жизнедеятельности («кукусы», «ужаливания»), соотносимой с чуждой нормальной кожной перцепции витальной активностью заселивших кожный покров «живых существ» («паразитов», «живности»), но не складываются в завершённый предметный образ. *Сложные тактильные галлюцинации* характеризуются предметностью осязательных сенсопатий: при ощупывании, надавливании на кожный покров воспринимаются форма («круглые», «продолговатые», «треугольные», «квадратные»), размер («не больше гречневой крупинки», «с маковое зерно»), плотность («твёрдые»,

«мягкие») паразитов.

Тактильные галлюцинации неотделимы от визуальных иллюзий и зрительных галлюцинаций. Соответственно иллюзорно воспринимаются объективно регистрируемые кожные изменения (старческие кератомы как «гнезда паразитов», складки кожи и возрастные морщины как «паразитарные ходы») и визуализируются паразиты, обладающие конкретными зрительными характеристиками – цвет, детали строения.

Идеаторная составляющая коэнестезиопатической паранойи представлена **дерматозойным бредом** паранойяльной структуры, характеризующимся монотематичностью и тенденцией к систематизации – детальной разработкой бредовой концепции. При этом «паразитам» присваиваются либо названия уже известных насекомых («клещи», «вши», «блохи», «жуки», «клопы»), либо обозначения, продиктованные собственной фантазией («живые молекулы», «кожееды»). По мере усложнения бредовой системы приводятся подробные описания формы жизнедеятельности, путей передвижения (над/под кожным покровом), цикла размножения паразитов (яйца, личинки, имаго) и пр. Ассоциированное с фабулой заражения кожными паразитами **бредовое поведение** включает ряд последовательных стадий (Смулевич А.Б. и соавт., 2004; Фролова В.И., 2006): доказательство инвазии – защита – борьба с паразитами. В качестве одного из проявлений борьбы с инвазией выступает **аутодеструктивное поведение**, которое при коэнестезиопатической паранойе (в отличие от некоторых других психодерматологических синдромов и расстройств спектра одержимости кожными паразитами) не приобретает грубых, brutальных форм. В связи с попытками с помощью ногтей извлечь из кожи паразитов, уничтожить их конвенциональными противопаразитарными средствами **кожные самоиндуцированные (артифициальные) проявления** представлены точечными единичными эрозиями (эксориациями), пятнами и химическими ожогами вследствие применения красящих дезинфицирующих растворов.

Таким образом, предложенная трактовка паранойяльного симптомокомплекса как базирующегося на коэнестезиопатиях расходится с традиционной концепцией паранойи Е. Краепелин (1899). Если облигатными свойствами последней является первичность формирующегося вне связи с обманами восприятия бреда, к кардинальным характеристикам которого относятся неизменность, интеллектуальная переработанность и соответственно – незыблемость бредовой системы, то коэнестезиопатическая паранойя предусматривает выделение таких отличительных признаков дерматозойного бреда, как зависимость от базисных расстройств – коэнестезиопатий – и конгруэнтность им.

Коэнестезиопатическая парафрения (Смулевич А.Б. и соавт., 2012) – **13 набл. (11 жен., 2 муж.)** – отличается широким набором базисных психопатологических нарушений, не ограничивающихся тактильным галлюцинозом и зрительными обманами восприятия, а вовле-

кающих все сенсорные модальности: коэнестезиопатии (тактильные, энтероцептивные/висцеральные галлюцинации, сенестопатии, проявления соматоформной вегетативной дисфункции), зрительные (включая аутовисцероскопические), слуховые и обонятельные галлюцинации. Ассоциированные с массивными коэнестезиопатиями нарушения представлены систематизированным парафренным бредом.

При коэнестезиопатической парафрении *телесные сенсации* проецируются во внутреннее пространство организма, что отражает более глубокое по сравнению с коэнестезиопатической паранойей поражение соматопсихики (Wernicke С., 1900). Кроме того, в 5 наблюдениях дебют расстройства определяется острыми – длительностью от 3 до 14 дней – проявлениями, соответствующими картине транзиторного соматопсихоза (Wernicke С., 1900; Бехтерев В.М., 1928; Волель Б.А., 2009). Последние включают внезапный наплыв висцеральных галлюцинаций, сенестопатий, сопровождающихся генерализованной тревогой, а также общими соматическими симптомами (потеря аппетита, инсомния) и проявлениями соматоформной вегетативной дисфункции (гипертермия, гипергидроз, диффузная эритема кожи).

Тактильные галлюцинации при коэнестезиопатической парафрении (как и при коэнестезиопатической паранойе) носят трансдермальный характер, однако кожный покров в этих случаях выступает не столько «местом обитания», сколько выполняет «транзитную» функцию для паразитов, в представлениях и ощущениях больных заселяющих внутренние органы.

Энтероцептивные (висцеральные) галлюцинации ограничиваются элементарными характеристиками движения/жизнедеятельности паразитов (шевеление, ползание в подреберье, укусы в кишечнике и т.п.) и лишены «осязаемых» дискриминативных предметных свойств – объем, размеры, форма, плотность паразитов недоступны висцеральной перцепции.

Сенестопатии определяются внутренней проекцией тактильных ощущений (диффузный, тягостный, нестерпимый зуд, ощущаемый в полостях тела и/или в мышцах). Проецируясь за пределы кожного покрова, патологические телесные сенсации воспринимаются как одно из проявлений активности паразитов во внутренних органах.

Картина коэнестезиопатических расстройств дополняется симптоматикой, объединяющей соматоформные (органоневротические) нарушения ЖКТ, респираторной, сердечно-сосудистой системы и кожные проявления соматоформной вегетативной дисфункции (трофические нарушения, расстройства вазомоторики, эритема, уртикароподобная сыпь, ангионевротический отек и др.).

Зрительные обманы восприятия отличает гротескность фантастических визуальных галлюцинаций. Пациенты «видят», как насекомые, гнездящиеся в глазах, свисают с ресниц, вертятся на кончиках волос, «выстреливают из-под кожи, как из пулемета». Зрительные галлюцинации проецируются не только на кожный покров, но и во внешнюю среду: паразиты, распро-

страняясь, выделяются в воздух над поверхностью кожи («пылят над головой»), заметны в слюне, мокроте, экскрементах.

В 13 набл. отмечаются аутовисцероскопические (эндоскопические) галлюцинации – паразиты визуализируются во внутреннем пространстве организма. При этом в части случаев (8 набл.) над признаками артропод в описаниях преобладают характеристики, свойственные червям (пушистые гельминты, личинки и т.п.).

Слуховые галлюцинации, представлены элементарными обманами восприятия – акоазмами, также проецирующимся во внутренне пространство тела (слышатся доносящееся изнутри шуршание, пронзительный писк паразитов). Последние дополняются *обонятельными галлюцинациями*, также интерпретируемыми в качестве признака жизнедеятельности паразитов.

Ассоциированные с сенсопатиями психопатологические расстройства представлены ***бредом тотальной одержимости паразитами*** (дерматозойный и энтерозойный бред (Sone K., 1983)) по типу ***фантастической парафрении*** (Краерелин Е., 1913). Бредовые идеи обнаруживают тенденцию к систематизации, что сближает расстройство не только с коэнестезиопатической паранойей, но и с синдромом «поздней парафрении» М. Roth (1955, 1998). При этом бредовая фабула и соответствующее поведение насыщены фантастическими «фактами» и нелепыми поступками. Меры, направленные на *доказательство, защиту, борьбу* с паразитами, отличаются абсурдностью (наклеивание «паразитов» на картон, обертывание мягкой мебели в квартире пищевой пленкой, обработка предметов обихода в автоклаве и т.п.). *Аутодеструктивное поведение* при коэнестезиопатической парафрении представлено инструментальной аутоагрессией (несуицидальные самоповреждения (Сергеев И.И., Левина С.Д., 2009)), проявляющейся в грубой, brutальной форме: для уничтожения паразитов в коже и подлежащих тканях используются паяльные лампы, едкие промышленные жидкости (концентрированные растворы кислот), что зачастую приводит к образованию обширных и глубоких язв с последующим рубцеванием. В качестве «системной терапии» внутрь применяются ветеринарные средства и бытовые яды, оказывающие общетоксическое действие.

В плане подтверждения квалификации симптомокомплекса как парафренного выступает элемент громадности (тотальная охваченность паразитами внутреннего пространства организма), что сближает коэнестезиопатическую парафрению с нигилистической (по А.В. Снежневскому, 1970) формой бреда Котара, когда элемент отрицания заключается в убежденности, что поражены все внутренности, которые разрушаются, перестают функционировать, исчезают (здесь – в результате жизнедеятельности паразитов). Квалификации симптомокомплекса как парафренного не противоречит отсутствие характерных для «классической» парафрении в описаниях Е. Краерелин (1916) идей величия, а также массивного бреда преследования и воздействия, поскольку автор аналогично паранойе не выделял ипохондрического варианта парафре-

нии. В свою очередь, картина коэнестезиопатической парафрении соотносится с наблюдениями Г.А. Ротштейна (1961) – описаниями ипохондрического парафренного синдрома. Последний в представлении автора характеризуется «приматом сенсопатий», придающих определяемому обманам восприятия бреду «особую чувственную окраску» – «сенсуальный бред» по В.Х. Кандинскому (1890); обилием ярких, чувственно конкретных телесных галлюцинаций и алгической модальностью сенестопатий; гротескностью обманов восприятия (Leonhard K., 1957); фантастичностью бреда, подверженного изменчивости в соответствии с вариабельностью сенсопатий, однако сохраняющего при этом высокую степень систематизации с «логической» связанностью фактов, «нанизанных на единый сюжетный стержень» (идея существования болезни, вовлекающей внутреннее пространство организма).

Бред воображения (6 набл.; все женщины) в отличие от коэнестезиопатической паранойи и парафрении формируется путем взаимодействия базисных расстройств – массивных зрительных обманов восприятия (галлюцинаций воображения) при минимальной выраженности коэнестезиопатий с лишенным тенденции к систематизации образным бредом. При этом не формируется логически выстроенной концепции заболевания, отсутствуют представления относительно источника инвазии, не разработаны идеи о жизнедеятельности паразитов, не выражено бредовое поведение по типу доказательства, борьбы, защиты, а также аутодеструктивные действия.

Зрительным обманам восприятия, доминирующим в структуре синдрома, свойственны яркая визуализация с высокой степенью чувственной насыщенности, красочность, метафоричность и множественность паразитарных образов, конкретность и эгодистонность, проекция вовне (на поверхность кожи «как на экран»), что соотносится с характеристиками галлюцинаций воображения в описаниях других авторов (Duprè E., Logre J. V., 1911; Вертоградова О. П., 1976; Дементьева Н.Ф., 1976). Так, на коже одновременно визуализируется множество разновидностей паразитов, похожих на «золотистые ленточки, напоминающие магнитофонную ленту», «скобочки, нанизанные на нитку наподобие бус», «бабочки в виде крылышек, соединенных перемычкой» и т.п.

Тактильный галлюциноз в представленных наблюдениях носит ограниченный – эпидермальный – характер: ощущения проецируются на поверхность тела («двигаются, прыгают, живут на коже»), при этом не «проникают» не только во внутреннее пространство организма, но и в глубину кожного покрова – не ощущаются под кожей.

Ассоциированные с сенсопатиями идеаторные расстройства представлены образным **бредом воображения** на тему паразитарной инвазии. Такой бред лишен внутренней логики и вытекает из спонтанной ассоциации образов, связанных с представлением о заражении живыми паразитами: наглядно-образная разновидность бреда воображения (Варавикова М.В., 1994). Для

него характерна тенденция к непрерывному воспроизведению, «трансляции» паразитарных образов, что отражается в «интерактивности» психопатологических расстройств («непосредственная, немедленная констатация»). Паразиты демонстрируются в режиме реального времени – прямо на врачебном приеме обнаруживается соответствующее бредовое поведение (синхронно ощупываются участки кожи, на которых визуализируются паразиты).

В пользу интерпретации симптомокомплекса как бреда воображения говорит как ведущая роль в формировании бреда зрительных образов (Duprè E., Logre J. B., 1911), так и изменчивость (одни виды паразитов сменяются другими или превращаются друг в друга, распространяются то на один, то на другой участок кожи и т.п.), динамичность бредовых представлений – подверженность сиюминутным влияниям при сохранности основной «стрежневой» (паразитарной) фабулы; повышенная внушаемость с включением в бредовую фабулу деталей, почерпнутых из уточняющих вопросов исследователя; феномен припоминания (Морозов В.М., 1975), при котором описания зрительных образов постоянно дополняются подсказываемыми воображением все новыми и новыми деталями; частичная критика – преобладание не абсолютной, а относительной уверенности в реальности бредовых представлений, не достигающих степени твердой и постоянной убежденности.

Расстройства спектра одержимости кожными паразитами, определяющиеся **сутяжным бредом, сенситивным бредом отношения с идеями заражения окружающих, бредом преследования паразитами**, характеризуются минимальной представленностью как телесных ощущений, так и зрительных обманов восприятия, что в свою очередь обуславливает соответствующую структуру идеаторной составляющей обсуждаемых симптомокомплексов, отличную от бреда при коэнестезиопатической паранойе и парафрении, а также бреде воображения. При этом, с одной стороны, обнаруживается психопатологическая незавершенность собственно бреда одержимости паразитами, соотносящаяся с элементарностью сенсопатий, а с другой – клиническая картина усложняется за счет бредовых представлений иного содержания (сутяжный, сенситивный бред отношения с идеями заражения окружающих, бред преследования паразитами). Последние сохраняют тесную связь с темой одержимости кожными паразитами, однако преобладают над преимущественно ипохондрическими бредовыми идеями паразитарной болезни, свойственными коэнестезиопатической паранойе/парафрении и бреду воображения.

Сутяжный бред одержимости кожными паразитами (7 набл.; 5 жен., 2 муж.) отличается доминирование кверулянтных представлений и бредового поведения, направленных на доказательство паразитарной природы заболевания. При этом в психопатологической структуре симптомокомплекса наряду с основной фабулой выявляются резидуальные бредовые идеи – результат ранее перенесенных приступов с «непаразитарной» сутяжной фабулой (как правило, финансовых или правовых притязаний). Фактически же речь идет о сутяжном бреде «иной бо-

лезни» (Смулевич А.Б., 2002), при котором доминирует убеждение, что больного намерены лечить не от того заболевания, которым он в действительности страдает. В то же время персекуторные бредовые идеи намеренного причинения вреда медицинским персоналом вследствие бездействия или «заговора» не формируются.

Не будучи удовлетворены отрицательными результатами объективных обследований, больные вовлечены в процесс «миграции» по медицинским учреждениям в поисках специалиста, способного поставить «правильный диагноз». При этом на первый план выходит борьба за установление реальности существования паразитов, становящаяся самоцелью; вместе с тем собственно лечение и избавление от паразитов словно бы уходит на второй план. При этом любой намек на истинную природу расстройства вызывает бурное негодование, врача подозревают в некомпетентности и меняют специалиста. В качестве доказательства правоты предоставляются образцы, собранные с поверхности кожи, одежды и предметов обихода: симптом «спичечного коробка»/«герметичной емкости»/«диагностической пробы» – “match-box”/“ziploc”/“specimen sign” соответственно (Lee W.R., 1983; Hylwa S.A. et al., 2011; Freudemann R.W., Lepping P., Huber M., et al., 2012). Бредовое поведение не ограничивается «коллекционированием» результатов официальных медицинских обследований. Составляется личная «доказательная база» – для собственноручных поисков паразитов привлекается специальный инструментарий: не только лупы, но и оптические медицинские микроскопы, специально приобретаемые с этой целью, фото и видеотехника, способная «зафиксировать» паразитов и продемонстрировать окружающим их реальность. Активно изучаются медицинская литература по паразитологии и дерматологии, а также информационные ресурсы в сети Интернет. В поисках не только похожих паразитов, но и пациентов со сходными симптомами, организуются Интернет-сообщества страдающих от «неизвестной паразитарной инвазии», например, болезни Моргеллонов (Savely V.R. et al., 2006; Pearson M.L. et al., 2012), где больные делятся «научной информацией» по проблеме и т.п. Кроме того, рассылаются многочисленные обращения и петиции, фото-/видеоматериалы, в различные медицинские и общественные организации. *Аутодеструкция* проявляется самоиндуцированными линейными эксфолиациями в виде поверхностных эрозий или корочек в местах скарификации кожи (например, иглами, для извлечения экземпляров паразитов).

Сенситивный бред отношения с идеями заражения окружающих (6 набл.; 3 жен., 3 муж.) формируется на отдаленных этапах динамики сенситивного развития с идеями отношения «непаразитарного» содержания. Бредовая фабула характеризуется доминированием идеи распространения паразитов с охватом широкого круга лиц, включая не только родственников, но и сослуживцев, соседей. При этом в отличие от некоторых случаев коэнестезиопатической парафрении, когда доминирует убежденность в тотальной пандемии с постоянным заражением

от окружающих, здесь бредовая фабула определяется инвертированными идеями – в качестве единственного источника инфекции выступает сам больной. Соответственно, такой симптомокомплекс сопоставим по своей психопатологической структуре с расстройством по типу бреда распространения неприятных запахов (бромидроза) с чувствительными идеями отношения (Ястребов Д.В., 2000), при котором сходным образом наблюдается сочетание обманов восприятия (обонятельных галлюцинаций) с бредовой убежденностью в объективности бромидроза и соответствующими чувствительными идеями отношения, сопровождающимися избегающим поведением и бредовой миграцией.

При чувствительном бреде отношения с идеями заражения окружающих кожными паразитами также связаны чувствительные идеи отношения, содержанием которых становится этический конфликт. Преобладают жалобы на постоянное чувство вины, восприятие себя как причины распространения «заразы». Признаки инфекции постоянно фиксируются. Пациенты замечают, как коллеги чешутся, а родственники жалуются на зуд. Действия окружающих интерпретируются бредовым образом: судя по намекам, случайным фразам и поведению, им известно об источнике заражения. *Бредовое поведение* характеризуется не только избеганием ситуаций, способствующих «заражению» окружающих, но и миграцией (развод с супругом, переезд в другую квартиру, многократная смена работы). При этом методы борьбы с паразитами не разрабатываются, а *аутоагрессивное* поведение, как правило, отсутствует – кожный покров лишен искусственных элементов.

Бред преследования паразитами (6 набл.; 3 жен., 3 муж.) манифестирует по типу бредовой вспышки (2-4 мес.) при неблагоприятно протекающей юношеской шизофрении в структуре осевого обсессивно-компульсивного расстройства (мизофобии). Квалификация такого варианта дерматозойного бреда как персекуторного определяется доминирующей убежденностью в нападении паразитов, фактически подменяющих собой преследователей. При этом собственно ипохондрическая составляющая синдрома минимизирована – паразиты лишены характеристик вызывающих соответствующее заболевание патогенов.

В бредовой фабуле доминируют персекуторные идеи – в качестве доставляющей страдания внешней угрозы выступают паразиты. При этом поверхность кожи воспринимается как объект нападения паразитов извне, но не место их постоянного обитания. Ареалом паразитов является жилище пациентов – квартира/комната, случайным образом заселенная насекомыми. При этом идеи преднамеренного заражения недоброжелателями не развиваются – экологический бред (Медведев А.В., 1990; Концевой В.А., 1999). «Паразиты» визуализируются на предметах обстановки, откуда попадают на кожу, контаминируя¹⁰ ее, но не внедряясь в простран-

¹⁰Контаминация (от лат. contaminatio – осквернение, загрязнение, заражение) – «загрязнение» живой ткани чужеродным биологическим материалом

ство организма. Идея инвазии актуализируется только при сопровождающемся появлением поверхностных коэнестезиопатий контакте с зараженными паразитами объектами (постельным бельем, поверхностью кровати). *Бредовое поведение* при этом представлено действиями по очищению кожного покрова (многократное мытье с применением специальных клинзеров – шампуней/мыла) и дезинфекции квартиры (вызов СЭС, обработка помещения антипаразитарными растворами, избавление от старой одежды и мебели, ремонт в комнате). Соответственно, искусственные кожные нарушения проявляются шелушением и мацерацией кожи в результате частого контакта с водой и антисептиками при мытье.

Содержание бреда тесно связано с денотатом коморбидного обсессивно-компульсивного расстройства – контаминационных навязчивостей (мизофобии). Идеи загрязнения изначально представлены фобиями экстракорпоральной угрозы (Колуцкая Е.В., 2001) – иррациональным страхом контакта с патогенными (бактериальной флорой), несущими опасность извне в отсутствие собственно ипохондрических фобий (тревожных опасений телесного недуга). При манифестации психоза с появлением неразвернутых проявлений тактильного и зрительного галлюциноза по типу «навязчивых галлюцинаций» (Гиляровский В.А. 1954; Seglas J., 1892) происходит видоизменение идеаторных расстройств – дополнение обсессивной фабулы бредом преследования паразитами, сохраняющим характеристики «экстракорпоральной угрозы» (Андрющенко А.В., 1995), исходно свойственные обсессиям. При этом речь не идет о полном замещении обсессивно-фобического синдрома бредовым, как это отмечается в публикациях ряда авторов (Курашов С.В., 1955; Морозов В.М., 1956; Pilz A., 1922; Halberstadt C., 1928). Бред преследования паразитами представлен единым симптомокомплексом особой структуры, включающим обсессивные расстройства и галлюцинаторно-бредовые феномены (Колуцкая Е.В., 2001; Загороднова Ю.В., 2010), образующие устойчивые коморбидные связи на уровне «общих симптомов» (O'Dwyer A., Marks I., 2000). Соответственно бред не систематизирован, типичное для коэнестезиопатической паранойи/парафрении бредовое поведение, направленное на доказательство существования паразитов или защиту окружающих, не сформировано, «борьба» с инвазией лимитирована очистительными ритуалами, почерпнутыми из структуры мизофобии.

Оценка **нозологической структуры психических расстройств**, реализующих в пространстве кожного покрова, позволяет обнаружить (как и на уровне психопатологической квалификации) их клиническую гетерогенность. Данные о нозологической структуре в клинической выборке исследования обобщены в таблице 1.

Таблица 1.

Нозологическая принадлежность расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, в клинической выборке (n=193).

Психодерматологический синдром (n)	Диагноз	Коды МКБ-10	n (%)
Кожный органический невроз, синдром коэнестезиопатических конфабуляций (56 набл.)	Развитие (ипохондрическое) с выявлением телесных сенсаций при гистрионном, тревожном, шизоидном РЛ	F45.3	52 (92,9%)
	Вялотекущая ипохондрическая шизофрения	F20.81	4 (7,1%)
Синдром компульсивных эксориаций (19 набл.)	Развитие с выявлением obsessions при ананкастном или тревожном РЛ	F42.1	17 (89,5%)
	Вялотекущая неврозоподобная шизофрения	F21.3	2 (10,5%)
Синдром импульсивных эксориаций (32 набл.)	Дисфорические фазы и развития при РЛ с явлениями психопатологического диатеза и гистрионном РЛ	F63	27 (84,4%)
	Вялотекущая психопатоподобная шизофрения	F21.4	5 (15,6%)
Ограниченная ипохондрия (22 набл.)	Ипохондрическое развитие с явлениями сверхценной одержимости при РЛ паранойяльного круга, гистрионном и диссоциальном РЛ	F45.4	12 (54,5%)
	Вялотекущая психопатоподобная и ипохондрическая шизофрения	F21.4, F20.81	10 (45,5%)
Коэнестезиопатическая паранойя (26 набл) и расстройства спектра одержимости кожными паразитами (38 набл.)	Паранойя	F22.01	26 (40,6%)
	Паранойяльная шизофрения	F22.82	13 (20,3%)
	Приступообразно-прогредиентная и непрерывно-прогредиентная шизофрения	F20.0	25 (39,1%)

Как видно из таблицы 1 в пределах континуума от патологии невротического/конституционального регистра к бредовому происходит накопление заболеваний эндогенно-процессуального круга. При **кожном органном неврозе**, синдромах **кожнестезиопатических конфабуляций, компульсивных/импульсивных экскориаций** преобладают невротические и патохарактерологические расстройства, в нозологическом плане в большинстве случаев (84,4-92,9%) квалифицируемые в рамках фаз и развитий (с выявлением телесных сенсаций, obsessions, дисфории), а на долю вялотекущей шизофрении (психопатоподобной, неврозоподобной, ипохондрической) приходится от 7,1% до 15,6% наблюдений. При **сверхценной ипохондрии** частота эндогенно-процессуальной патологии возрастает до 45,5%, а при **кожнестезиопатической паранойе и расстройствах спектра одержимости кожными паразитами** доминируют (59,4%) шизофрения, представленная не только паранойяльной, но и приступообразно-прогредиентной, а также непрерывно-прогредиентной формами.

Таким образом, психодерматологические синдромы, будучи не только психопатологически, но и нозологически гетерогенны, предполагают различный клинический прогноз, а соответственно требуют дифференцированного подхода в отношении терапевтической тактики.

Анализ **психологических** факторов, соучаствующих в формировании психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, позволил установить, что интрацептивные словари при различных психодерматологических синдромах, с одной стороны, имеют общие свойства, отражающие принадлежность расстройств к единому континууму. С другой стороны, соотносятся с психопатологическими характеристиками соответствующих психодерматологических синдромов, для каждого из которых характерна особая структура интрацептивного словаря, включающего ряд следующих кластеров: (1) кожные сенсации («Зуд», «Жжение», «Онемение», «Горячий» и др.) выступают в качестве ядерных при объединении с описаниями (2) интрацептивно переживаемые эмоциональные состояния («Тревога», «Тоска», «Отчаяние», «Грусть» и др.), (3) общесоматические ощущения («Тошнота», «Лихорадка», «Знобить», «Истощение», «Слабость» и др.), (4) ощущения мучительного характера («Мучительно», «Герзающий», «Изнуряющий» и др.), (5) экстрацептивные ощущения («Темный», «Жужжание», «Шорок», «Треск» и др.) и др. Выявленные особенности структуры интрацептивного словаря, представленного дифференцированными сенсациями, соотносятся с клинической моделью бинарной структуры этих расстройств.

При **кожном органном неврозе** телесные сенсации, включающие как кожные, так и общесоматические ощущения, непосредственно в кластерной структуре словаря на начальных этапах объединения связываются со словами-характеристиками интрацептивно переживаемых эмоциональных состояний, прежде всего, с описаниями тревоги. В восприятии кожного покрова выявляется склонность к идеализации и наличие тревоги по поводу болезненного и изменя-

ющего состояния кожи.

При *синдроме компульсивных экскораций* отмечается минимальное число значимых для пациентов характеристик и ощущений при малом количестве объединений в кластерной структуре; центральными являются кожные сенсации (общесоматические симптомы не выявляются), при этом наиболее диффузные из них расцениваются как мучительные и тревожные; в восприятии кожных покровов проявляется особое внимание пациентов к поверхности кожи: она воспринимается как шершавая, сухая и крайне чувствительная.

При *синдроме импульсивных экскораций* основой объединения болезненных ощущений являются (аналогично синдрому компульсивных экскораций) разнообразные кожные сенсации, которые представлены вариативной дифференцированной структурой небольших кластерных объединений; в структуру опыта включены представления о действиях-реакциях на патологические кожные ощущения; при оценке кожных покровов выбор характеристик свидетельствует о том, что кожа воспринимается как объемная структура, которую наполняют проникающие болезненные ощущения.

При *ограниченной ипохондрии* кожные ощущения объединены с общесоматическими сенсациями (прежде всего, характеризующими, в целом, общее болезненное самочувствие), поскольку заболевание само по себе воспринимается не столько как дерматологическая патология, а скорее заболевание, оказывающее общее системное влияние на организм в целом; особо значимое место в структуре болезненных ощущений занимают описания мучительного характера сенсаций; в восприятии кожи болезненный участок отделен от кожных покровов, что проявляется в чередовании негативных и положительных характеристик. Доставляющие мучения «образования» в коже переживаются как чужеродные, тогда как собственно кожный покров воспринимается как принадлежащий себе.

При *кожестезиопатической паранойе и спектре расстройств одержимости кожными паразитами* интрацептивный словарь отличается наиболее нюансированной структурой. Патологические кожные сенсации высоко дифференцированы: элементарные тактильные галлюцинации отделены от сложных тактильных галлюцинаций, обманов восприятия и бредовых представлений о жизнедеятельности паразитов; именно элементарные тактильные галлюцинации объединены в структуре болезненных ощущений с характеристиками эмоционального состояния; сложные тактильные галлюцинации, визуальные обманы восприятия и ощущения, связанные с бредовыми представлениями о жизнедеятельности паразитов, объединены с характеристиками динамики общего соматического состояния; опыт болезненных ощущений богат вычурными и нестандартными описаниями телесных сенсаций; при описании кожи, в целом, преобладают положительные оценки, что позволяет предполагать связь основных негативных характеристик с переживаниями по поводу паразитов, а не собственно патологическим процес-

сом, вовлекающим кожный покров.

В результате проведенного **эпидемиологического исследования** в сформированной сплошным методом выборке (n=1545), репрезентативной в отношении амбулаторного контингента дерматологической сети, установлена суммарная распространенность (превалентность) психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, составившая 4,7%. Полученное значение, с одной стороны, свидетельствует о значительной частоте психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова среди больных дерматологической сети, а с другой – находится в центре диапазона показателей, приводимых в литературе – от 2,0 до 9,6% (Львов А.Н., 2006; Андリュшко А.В., 2011). При этом распространенность кожного органического невроза в эпидемиологической выборке равна 1,7%, коэнестезиопатических конфабуляций – 0,4%, синдрома компульсивных эксориаций – 0,5%, синдрома импульсивных эксориаций – 0,7%, ограниченной ипохондрии – 0,2%, коэнестезиопатической паранойи – 0,5%, расстройств спектра одержимости кожными паразитами – 0,6%.

Результаты натуралистического открытого исследования **терапии** у 151 из 193 (78,2%) пациентов клинической выборки продемонстрировали эффективность и безопасность **психофармакотерапии**, дополняемой психотерапевтическими вмешательствами и дерматотопным лечением.

При анализе среднего числа проведенных четырехнедельных курсов психофармакотерапии и общей длительности лечения, выполненном дифференцировано по терапевтическим группам, сформированным в соответствии с принадлежностью пациентов к одному из психодерматологических синдромов, установлена тенденция к росту этих показателей в пределах континуума от расстройств невротического к нарушениям психотического регистра: от 2,1 до 6,4 курсов и от 8,4 нед. до 25,6 нед. соответственно. Такая динамика отражает как нарастание тяжести расстройств, так и повышение резистентности к лечению в пределах указанного континуума.

Тенденцию к снижению по мере нарастания тяжести расстройств от невротического к бредовому регистру обнаружена и в отношении долей ремиттеров и респондеров – показателей отражающих общую эффективность/безопасность терапии по группам. Соответствующие значения для кожного органического невроза и синдрома коэнестезиопатических конфабуляций составляют 80,8% и 13,5%; синдрома компульсивных эксориаций – 70,6% и 17,6%; синдрома импульсивных эксориаций – 69,2% и 15,4%; ограниченной ипохондрии – 47,1% и 29,4%; коэнестезиопатической паранойи и расстройств спектра одержимости кожными паразитами – 33,3% и 28,2%.

Анализ динамики средних суммарных баллов по психометрическим шкалам в группах исследования, дифференцированно отражающий редукцию сенсопатий и производных психо-

патологических расстройств в процессе терапии, показал, что при расстройствах более легких регистров (кожный органический невроз, синдром коэнестезиопатических конфабуляций, синдром компульсивных/импульсивных экскораций) редукция как сенсопатий, так и ассоциированных психопатологических расстройств происходит закономерно быстрее, чем при сверхценных и бредовых симптомокомплексах (ограниченная ипохондрия, коэнестезиопатическая паранойя и спектр расстройств одержимости кожными паразитами). При этом обратное развитие сенсопатий опережает терапевтический эффект в отношении идеаторных расстройств, тогда как ни в одном из наблюдений не зарегистрировано противоположной динамики – редукции идеаторных нарушений прежде разрешения сенсопатий. Такая особенность ответа на лечение может рассматриваться как дополнительное подтверждение базисной роли сенсопатий (прежде всего, коэнестезиопатий) в формировании обсуждаемой патологии, а базисные расстройства – в качестве основных мишеней психофармакотерапии.

При анализе проведенных курсов лечения определен круг предпочтительных для каждой терапевтической группы препаратов (и их комбинаций), продемонстрировавших оптимальное соотношение эффективности/переносимости. Их избирательное применение положено в основу терапевтических рекомендаций, предполагающих дифференцированный подход к выбору психотропных средств, исходящий из разработанной типологии психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование репрезентативных клинической (193 пациента с психодерматологическими синдромами – психическими расстройствами, обнаруживающими тропизм к кожному покрову) и эпидемиологической выборки (1545 больных последовательно обратившихся за амбулаторной помощью в учреждение дерматологического профиля), позволило сформулировать следующие выводы:

1. Патология тяжелых психопатологических регистров (сверхценные/бредовые образования), распространенность которой в дерматологической сети составляет 1,3% (доля – 27,7%) при частоте психодерматологических синдромов 4,7%, значительно превышает соответствующие долевые показатели в других областях соматической медицины.
2. Клиническая структура психодерматологических синдромов, реализующихся в пространстве кожного покрова, соответствует бинарной модели: включает коэнестезиопатии (первичные/базисные элементы) и ассоциированные с ними вторичные образования, относимые к невротическим (тревожно- и истероипохондрическим), обсессивно-компульсивным, сверхценным и бредовым психопатологическим феноменам.

3. Психодерматологические синдромы клинически гетерогенны и образуют континуум ранжированных по степени тяжести расстройств (от невротических до бредовых психопатологических регистров): кожный органический невроз, синдромы коэнестезиопатических конфабуляций, компульсивных/импульсивных экскариаций, ограниченная ипохондрия, коэнестезиопатическая паранойя и расстройства спектра одержимости кожными паразитами (коэнестезиопатическая парафрения, дерматозойный бред воображения, сутяжный бред, сенситивный бред отношения с идеей заражения окружающих, бред преследования паразитами).

3.1. Бинарная структура кожного органического невроза (распространенность – 1,7%) включает коэнестезиопатии по типу соматоформного зуда и производные тревожно-фобические расстройства («тревога о здоровье»).

3.2. Клинические проявления синдрома коэнестезиопатических конфабуляций (распространенность – 0,4%) определяются коэнестезиопатиями по типу соматоформного зуда и кожных истерических алгий, сопряженными с вторичными конфабуляциями (нестойкими, изменчивыми по содержанию фантазиями о природе кожных ощущений).

3.3. Синдром компульсивных экскариаций (распространенность – 0,5%) образован сочетанием зуда по типу эпидермальной дизестезии и тактильных иллюзий с обсессивно-компульсивными нарушениями (навязчивыми расчесами).

3.4. Синдром импульсивных экскариаций (распространенность – 0,7%) образован сочетанием зуда по типу интрадермальной дизестезии с расстройствами импульс-контроля (импульсивными расчесами).

3.5. В основе бинарной структуры ограниченной ипохондрии (распространенность – 0,2%) комплекс коэнестезиопатий (зуд по типу интрадермальной дизестезии, идиопатические алгии, тактильные иллюзии, телесные фантазии), дополняемых зрительными иллюзиями и ассоциированных со сверхценными образованиями круга ипохондрической одержимости.

3.6. При коэнестезиопатической паранойе сенсопатиям, в равной степени представленным кожными коэнестезиопатиями (тактильными галлюцинациями) и зрительными обманами восприятия (паразитарные иллюзии и галлюцинации), соответствует монотематический дерматозойный бред паранойяльной структуры с идеей одержимости паразитами, заселяющими кожный покров.

3.7. При коэнестезиопатической парафрении коэнестезиопатиям (тактильные и висцеральные галлюцинации, сенестопатии, соматоформная вегетативная дисфункция), а также зрительным, слуховым, обонятельным галлюцинациям, вовлекающим и кожу, и внутреннюю среду организма, конгруэнтен парафренической структуры бред громадности с идеей тотальной одержимости паразитами.

3.8. При бреде воображения массивным зрительным обманам восприятия (галлюцинациям воображения) при минимальной выраженности коэнестезиопатий (эпидермальный тактильный галлюциноз) соответствует образный бред одержимости кожными паразитами.

4. Видоизменение дерматозойного бреда с образованием атипичных форм (сутяжный, чувствительный бред отношения с идеей заражения окружающих, бред преследования паразитами) в пределах спектра расстройств одержимости кожными паразитами реализуется за счет экзacerbации бредовых (сутяжных, чувствительных) образований и обсессивно-компульсивных феноменов (мизофобии с явлениями экстракорпоральной угрозы), гетерономных психодерматологическим расстройствам.

4. Нозологическая квалификация психодерматологических синдромов варьирует в широких пределах (от реактивных до эндогенных заболеваний), коррелируя с тяжестью психопатологических расстройств (от невротических/конституциональных до бредовых).

4.1. Среди диагностических категорий органо-невротического, истеро-ипохондрического, обсессивно-компульсивного и импульсивного круга (кожный органический невроз, синдромы коэнестезиопатических конфабуляций импульсивных/компульсивных эксориаций) преобладают невротические реакции и проявления динамики расстройств личности (фазы, развития).

4.2. Среди синдромов сверхценного уровня и бредового регистра (ограниченная ипохондрия, дерматозойный бред) доминируют паранойя и различные формы шизофрении.

5. Сформированные в результате комплексного психологического исследования интрацептивные словари соотносятся с бинарной психопатологической структурой изученных расстройств: кластеры кожных ощущений и общесоматических ощущений, непосредственно ассоциированы с кластерами интрацептивно переживаемых эмоциональных состояний.

6. Основным методом лечения психодерматологических расстройств, как свидетельствуют данные открытого натуралистического исследования, является психофармакотерапия, дополняемая психокоррекционными воздействиями (когнитивно-бихевиоральной психотерапией с включением методов образовательного подхода, элементов косвенной суггестии, релаксационных методик) и дерматотропным лечением.

6.1. Целевыми симптомами при терапии психодерматологических синдромов являются коэнестезиопатии и другие сенсопатии, вслед за редукцией которых происходит дезактуализация производных – невротических, сверхценных, бредовых феноменов.

6.2. Эффективность терапии (соотношение ремиттеры/респондеры/нонреспондеры) определяется регистром психопатологических нарушений:

6.2.1 Полная редукция симптоматики чаще всего достигается при терапии кожного органического невроза и синдрома коэнестезиопатических конфабуляций (соотношение – 80,8/13,5/5,7%).

6.2.2 Возможности достижения синдромальной (полной) ремиссии при психодерматологических расстройствах обсессивно-компульсивного и импульсивного круга лимитированы 2/3 случаев (синдромы компульсивных/импульсивных эксkoriаций – 69,2-70,6/15,4-17,6/15,4-11,8%).

6.2.3 Полная редукция симптоматики при ограниченной ипохондрии достижима приблизительно в половине наблюдений (соотношение – 47,1/29,4/23,5%).

6.2.4 Полное обратное развитие симптоматики при бредовых психодерматологических синдромах ограничено нарастающей резистентностью и может быть достигнуто лишь в трети наблюдений (соотношение – 33,3, 28,2, 38,5%).

6.3. Дифференциация дерматологических проявлений в пределах континуума психодерматологических синдромов от соматоформной вегетативной дисфункции (при кожном органном неврозе/синдроме коэнестезиопатических конфабуляций) к нарастающим по тяжести искусственным расстройствам определяет подход к дерматотропной терапии: увлажняющие средства, антигистаминные препараты, либо наружные эпителизирующие препараты, антибактериальные средства, окклюзионные повязки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Лечение психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, должно осуществляться, прежде всего, психиатром при консультативной помощи дерматолога, что требуют комбинированного подхода не только в плане совместного применения психофармакотерапии, дополняемой психотерапией и дерматотропными средствами, но также, как правило, предполагает сочетанное назначение психотропных препаратов.

Дифференцированную психофармакотерапию, базирующуюся на разработанной типологии психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, следует осуществлять в соответствии со следующими рекомендациями:

1. При кожном органном неврозе и синдроме коэнестезиопатических конфабуляций препаратами выбора являются антипсихотики, используемые в терапии соматизированных/ипохондрических расстройств и обладающие сродством к патологическим телесным ощущениям (сульпирид, алимемазин, кветиапин), а также продемонстрировавший противозудный и анксиолитический эффект антидепрессант двойного действия (миртазапин), и некоторые транквилизаторы (алпразолам, гидроксизин).

2. При синдроме компульсивных эксkoriаций предпочтительны антидепрессанты, используемые в терапии обсессивно-компульсивных расстройств (кломипрамин, пароксетин), обнаружившие эффективность в отношении обсессивных кожных ощущений и компульсивных расчесов. Целесообразно комбинирование этих средств с анксиолитиками (алпразолам, феназепам)

или атипичным антипсихотиком кветиапином.

3. При синдроме импульсивных экскораций в качестве препаратов выбора могут рассматриваться как атипичные, так и традиционные антипсихотики – сульпирид, кветиапин, рисперидон, оланзапин, перициазин, перфеназин. При выявлении коморбидной депрессии с целью достижения дополнительного эффекта в отношении гипотимических расстройств, особенно проявлений дисфории, показано присоединение антидепрессантов – пароксетина, флувоксамина, амитриптилина, имипрамина, венлафаксина.

4. При ограниченной ипохондрии в качестве препаратов, продемонстрировавших наиболее благоприятное соотношение эффективности/переносимости, выделяются антипсихотики, прежде всего, традиционные (хлорпромазин, галоперидол), а также атипичные (сульпирид, рисперидон), кроме того – трициклический антидепрессант амитриптилин, назначаемые в режиме комбинированной терапии.

5. При коэнестезиопатической паранойе и расстройствах спектра одержимости кожными паразитами к препаратам выбора относятся антипсихотики, как типичные (галоперидол), так и традиционные (клозапин, сульпирид, оланзапин, рисперидон, zipразидон), чаще всего, назначаемые в режиме комбинированной терапии, а в случаях госпитализации в психиатрический стационар – парентерально. При коэнестезиопатической паранойе эффективна уже монотерапия преимущественно атипичными антипсихотиками, тогда как больным, отнесенных к спектру расстройств одержимости кожными паразитами, необходимо проведение комбинированного лечения с использованием препаратов, вводимых парентерально.

Психотерапия (когнитивно-бихевиоральная с включением методов образовательного подхода, элементов косвенной суггестии, релаксационных методик), проводимая в сочетании с психотропными средствами, также требует учета типологических характеристик психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова.

1. При психических расстройствах невротического/конституционального регистра целью психотерапии является расширение репертуара адаптивных реакций в условиях индивидуально значимых психотравмирующих ситуаций. При кожном органном неврозе и синдроме коэнестезиопатических конфабуляций – коррекция дисфункциональных убеждений («катастрофическое мышление», «тревога о здоровье», «вторичные конфабуляции»). При синдроме компульсивных/импульсивных экскораций – реверсивный тренинг по преодолению патологических моторных актов (саморасчесов).

2. При ограниченной ипохондрии, а также при коэнестезиопатической паранойе и расстройствах спектра одержимости кожными паразитами психотерапевтическое воздействие направлено на формирование комплаентности к фармакотерапии и коррекцию аутодеструктивных действий.

Наружные **дерматотропные** средства при проявлениях соматоформной вегетативной дисфункции кожного покрова должны включать увлажняющие средства, снижающие конституционально детерминированную сухость кожи и способствующие редукции соматоформного зуда. При выраженной отечности, уртикарных высыпаниях могут применяться системные антигистаминные препараты.

Дерматологическое лечение наружными средствами, направленное на редукцию артификальных расстройств, целесообразно проводить эпителизирующими препаратами в форме растворов, гелей и кремов. В случае присоединения вторичной инфекции – применять мази/крема с антибактериальными и противовоспалительными, а также антисептическими действующими веществами.

При генерализованном кожном процессе возможно пероральное назначение антибиотиков. При импульсивных эксфолиациях, ограниченной ипохондрии, дерматозойном бреде препараты при необходимости наносятся под окклюзионную повязку, выполняющую защитную роль, способствуя уменьшению травматизации кожи и ускоренной эпителизации высыпаний.

Перспективы дальнейшей разработки темы заключаются в проведении дальнейших психопатологических исследований более редких для кожно-венерологической практики психодерматологических синдромов, не вошедших в выборку настоящего исследования (трихотилломания, онихотилломания, онихотемномания, артификальный хейлит и т.п.) с целью тестирования модели бинарной структуры применительно к указанным расстройствам. Перспективной представляет экстраполяция полученных данных о базисной роли коэнестезиопатий на другие области психосоматической медицины.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Романов, Д.В. Новые направления исследований зуда (расширенный реферат). / Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 2. – С. 66-71.
2. Романов, Д.В. Функциональный или психогенный зуд: возможные диагностические критерии по версии французской психодерматологической группы (расширенный реферат). / Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 2. – С. 72-75.
3. Романов, Д.В. Ипохондрическая паранойя – моносимптоматический ипохондрический психоз: эпидемиология, клиника, терапия. / А.Б. Смулевич, С.В. Иванов, Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 3. – С. 4-12.
4. Романов, Д. В. Функциональный зуд и психические расстройства в дерматологической практике: ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова / Д. В. Романов, А. Н. Львов. – СПб.: издательство СПбГМУ, 2009. – Том 16. – №4 – С. 97-98.
5. Romanov, D. The new approach to studying neurophysiological mechanisms of itch: evoked potentials to electrical and thermal stimulation in patients with atopic dermatitis. / M. Yudina, A. Lvov, G. Toropina, D. Romanov // Abstracts of the 5th International Workshop for the Study of Itch. Tokyo, Japan October 25–28, 2009. – Acta Dermatovenerol. – 2009. – Vol. 89. – p. 697.
6. Romanov, D. Functional itch and mental disorders in dermatological clinic (results of pilot study). / D. Romanov, A. Lvov // Abstracts of the 5th International Workshop for the Study of Itch. Tokyo, Japan October 25–28, 2009. – Acta Dermatovenerol. – 2009. – Vol. 89. – p. 718.
7. Романов, Д.В. Опыт применения кетилепта (кветиапина) при терапии зуда в дерматологической практике. / И.Ю. Дороженок, Д.В. Романов, Е.Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 1. – С. 39-44.
8. Романов, Д.В. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы). / А.В. Андрищенко, Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 2. – С. 23-42.
9. Романов, Д.В. Кожный зуд как психосоматическая проблема. / Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 4. – С. 45-48.
10. Романов, Д.В. Психопатологический зуд в дерматологической практике. / Д.В. Романов, А.Н. Львов // Доктор.Ру. – 2010. – № 4. – С. 60-63.
11. Romanov, D. Psychiatric disorders in dermatological practice. / I.U. Dorozhenok, A.N. Lvov, D.V. Romanov // Traditions and Innovations in Psychiatry, WPA Regional Meeting Materials June 10–12. – 2010, St Petersburg. – p. 322.

12. **Романов, Д.В. Зуд в аспекте психодерматологических расстройств: психопатология и терапия. / Д.В. Романов // Доктор.Ру. – 2011. – № 3. – С. 47-53.**
13. Романов, Д.В. Кетилепт (Кветиапин) при терапии зуда в дерматологической практике. / И.Ю. Дороженок, Д.В. Романов, А.Н. Львов, С.И. Бобко // Сборник Тезисов 4-го российского конгресса по дерматовенерологии, 6-7.07. - 2011, Санкт-Петербург. – с. 187.
14. Романов, Д.В. Пограничные психические и психосоматические расстройства в общей медицине (эпидемиологические аспекты) : монография «Психические расстройства в клинической практике» / А.В. Андрющенко, Д.В. Романов; под общ. ред. А. Б. Смулевича. – М., 2011. – С. 100-229.
15. Романов, Д.В. Проблема организации психиатрической помощи в общемедицинских учреждениях (интегративная медицина) : монография «Психические расстройства в клинической практике» / В.Н. Козырев, А.В. Андрющенко, Д.В. Романов, И.Ю. Дороженок; под общ. ред. А. Б. Смулевича. – М., 2011. – С. 608-630.
16. Romanov, D. Psychogenic somatoform and functional itch: heterogeneity or overlap of the phenomenon. / A. Lvov, D. Romanov, S. Bobko // Archiv EuroMedica. – Hannover, 2011. – p. 100-101.
17. Romanov, D. Somatoform itch: heterogeneity of the phenomenon. Abstracts of the 14th ESDaP Congress in Zaragoza, Spain, 17-19 March 2011. / D. Romanov, S. Bobko, A.N. Lvov // Acta Dermatovenerol. – 2011. – Vol. 91. – №2. – p. 241.
18. Romanov, D. Psychosomatic disorders in dermatology. Abstracts of the 14th ESDaP Congress in Zaragoza, Spain, 17-19 March 2011. / I. Dorozhenok, A.N. Lvov, D. Romanov // Acta Dermatovenerol. – 2011. – Vol. 91. – №2. – p. 222.
19. Romanov, D. Functional itch and psychiatric disorders: continuum of psychodermatological syndromes. / D.V. Romanov, A.N. Lvov, S.I. Bobko // Abstracts of the 6th World Congress of itch. Brest, France 4-6 September 2011. Acta Dermatovenerol. – 2011. – Vol. 91. – №5. – p. 630.
20. **Романов, Д.В. Ипохондрия sine materia как психосоматическая проблема (на модели ипохондрических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова). / А.Б. Смулевич, И.Ю. Дороженок, Д.В. Романов, А.Н. Львов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112. – № 1. – С. 14-25.**
21. **Романов, Д.В. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова) / А.Б. Смулевич, И.Ю. Дороженок, Д.В. Романов, А.Н. Львов // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 1. – С. 4-14.**

22. Романов, Д.В. Анксиолитики при тревожных расстройствах в дерматологической практике. / Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 4. – С. 40-45.
23. Романов, Д.В. Соматоформный и амплифицированный зуд. / А.Н. Львов, С.И. Бобко, Д.В. Романов // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2013. – № 4. – С. 39-43.
24. Романов, Д.В. Психопатология дерматозойного бреда и спектра расстройств одержимости кожными паразитами. Часть I. / Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 1. – С. 10-15.
25. Романов, Д.В. Психопатология дерматозойного бреда и спектра расстройств одержимости кожными паразитами. Часть II. / Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 2. – С. 4-9.
26. Романов, Д.В. Синдром Гарднера—Дайэмонта. / О.Л. Иванов, Н.П. Теплюк, В.Б. Пинегин, Л.Р. Плиева, Д.В. Романов // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2013. – № 5. – С. 17-22.
27. Романов, Д.В. Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова (обзор литературы). Часть I. / Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 1. – С. 37-45.
28. Романов, Д.В. Психологические аспекты патологических телесных ощущений при психических расстройствах, реализующихся в пространстве кожного покрова. / А.Ш. Тхостов, М.Г. Виноградова, А.А. Ермушева, Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 1. – С. 14-25.
29. Романов, Д.В. Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова (обзор литературы). Часть II. / Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 1. – С. 53-60.
30. Романов, Д.В. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова): монография «Психосоматические расстройства в клинической практике», / А.Б. Смулевич, И.Ю. Дороженок, Д.В. Романов, А.Н. Львов; под общ. ред. А. Б. Смулевича. – М., 2014. – С. 350-373.
31. Романов, Д.В. Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова в отсутствие дерматологической патологии : лекции по психосоматике / Д.В. Романов; под общ. ред. А. Б. Смулевича. – М.: Медицинское информационное агентство, 2014. – С. 176-192.