

# Психопатологические механизмы аутоагрессивного поведения в дерматологии (дерматозойный бред и ограниченная ипохондрия)

В.И.Фролова

ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, Москва

**В**ысокая распространенность, а также негативное влияние психических расстройств на качество жизни пациентов и течение дерматологического заболевания определяют актуальность изучения психопатологических симптомокомплексов у пациентов дерматологов.

Согласно данным W.Tress и соавт. [1], психические расстройства наблюдаются у 35,5% пациентов дерматологических клиник. O.Braun-Falco и соавт. [2] сообщают, что около 20% всех страдающих хроническими дерматозами обнаруживают те или иные психопатологические нарушения. A.Picardi и соавт. [3] выявляют психические расстройства у 25,2% этого контингента больных. В эпидемиологических исследованиях сочетание дерматологической и психической патологии достигает 30–40% [4, 5].

Одними из наиболее сложных в диагностическом аспекте остаются психические расстройства, сопровождающиеся самоповреждающим поведением. Полиморфизм клинических проявлений аутодеструктивных дерматозов, маскирование ими психической патологии приводят к значительному числу ошибок в их диагностике, значимой социальной дезадаптации, ухудшению качества жизни.

По данным зарубежных авторов, частота встречаемости артифицированных дерматозов составляет 1,3–2% [2]. В отечественных исследованиях частота таких расстройств значительно выше: 2–9,6% [6, 7]. При этом у 6,7% пациентов специализированных кожно-венерологических диспансеров Москвы выявляются разные симптомы аутоагрессивного поведения [8].

Как показывают результаты исследований, в основе самоповреждающего поведения лежат гетерогенные психопатологические расстройства, начиная от соматоформных, невротических симптомокомплексов и личностных девиаций и

заканчивая бредовыми психозами [8, 9]. В современной литературе важная роль в патогенезе аутодеструктивного поведения отводится патологическим телесным ощущениям, представленным в рамках континуума – от зуда, алгий до явный тактильного галлюциноза [7, 8].

Одним из наиболее тяжелых проявлений телесно ориентированного аутоагрессивного поведения является **ограниченная (circumscripta) ипохондрия (ОИ)** – локальные интенсивные боли, проецирующиеся на ограниченное пространство кожного покрова и сопровождающиеся самодеструктивным поведением, направленным на удаление источника боли [10, 11].

Клиническую картину ОИ на начальном этапе определяют сенсопатии алгического круга – идиопатические алгии. Наиболее характерные черты этих психопатологических образований – внезапность возникновения, интенсивность, стойкость, локальность с четкой проекцией по отношению к определенным анатомическим образованиям (кожные покровы в области лица или других участков тела). Длительность приступов болей варьирует от нескольких часов до нескольких дней.

Постепенно идиопатические алгии приобретают свойства доминирующего в клинической картине психопатологического образования (этап овладевающих ощущений) [12]. Овладевающие ощущения характеризуются аффективной заряженностью, превалируют в сознании пациента, определяя содержание его мыслей и поведение. Например, при локализации в кожных покровах алгических ощущений в структуре последних проявляются тактильный и зрительный компоненты. В области проекции алгий пациенты пальпаторно «ощущают» неровность кожных покровов, наличие уплотнений, бугорков; на поверхности кожи фиксируют «патологические проявления», описываемые как «папулы», «прыщи», «фурун-

кулы», «явочки». Под кожей «располагаются» белые нити, капсулы, пузырьки», «гранулы, похожие на икринки», «корешки, объединяющиеся в сектора». В результате пациенты с целью установления причин мнимого заболевания начинают обращаться к разным специалистам.

Дальнейшее развитие психического расстройства реализуется синдромом одержимости болями, формирующимся либо как первичное психопатологическое образование, либо в качестве завершающего этапа ОИ [10, 11]. При этом участок тела или орган, выступающий «источником» болей, определяется как чужеродное организму образование, противопоставляемое остальному пространству «здорового» тела.

В это время основной целью консультаций больных у специалистов (дерматологов, косметологов, пластических хирургов) становится не установление причин заболевания, а элиминация беспокоящего участка – появляется стремление к оперативным вмешательствам. В поисках врача, который согласился бы провести «необходимую» манипуляцию, пациенты обивают пороги разных медицинских учреждений, везде с напором излагая жалобы, стенично добиваясь хирургического лечения. Иногда для доказательства необходимости оперативного вмешательства пациенты приносят на прием в специальных емкостях самостоятельно извлеченные при помощи разнообразного инструментария (скальпель, щипцы, зажим) из раны «патологически измененные ткани».

В случае госпитализации в хирургическом стационаре у больных сохраняется аутодеструктивное поведение: нередко после проведенной операции они самостоятельно и преждевременно снимают швы, производят «ревизию» раны, извлекают «незамеченные» хирургами «частицы». Не удовлетворившись результатами медицинских процедур, пациенты продолжают расковыривать кожу ногтями, а также при

помощи специальных инструментов – иголок, ножниц, пинцетов, ножей – выдавливают содержимое раны, прижигают ее концентрированными растворами дезинфицирующих средств. Не справляясь с манипуляциями в местах, недоступных визуальному контролю (спина, волосистая часть головы в затылочной области), требуют помощи у родственников, соседей по палате. В поисках «более действенных методов лечения» изучают медицинскую литературу. Характерны настойчивость, бескомпромиссность в реализации требований (повторные проведения оперативных вмешательств, самостоятельно проводимые «лечебные» мероприятия с целью элиминации источника алгий).

В случаях проекции идиопатических алгий на область кожных покровов характерная дерматологическая картина представлена деструктивными очагами, включающими в основном единичные язвенные и рубцовые элементы [7]. Локализация повреждений кожного покрова в точности отражает проекцию алгий в ограниченной топографической зоне (рис. 1, 2).

Другим тяжелым психопатологическим расстройством, протекающим с аутодеструктивным поведением, является **дерматозойный/зоопатический бред** – убежденность в наличии паразитарной инвазии при отсутствии каких-либо объективных признаков заражения.

В литературе представлены данные о формировании моносимптомного дерматозойного бреда (ДБ) в рамках ипохондрической паранойи [13–15] или ипохондрической шизофрении [16, 17].

Динамика классического монотематического ДБ соответствует основным этапам развития паранойяльного психоза [14, 18].

Так, *аутохтонная манифестация (I этап)* реализуется по типу «озарения» – внезапно появившейся мысли о заражении паразитами. В фор-

мировании картины дебюта заболевания значительное место занимают ложные воспоминания (псевдореминисценции) о мнимых контактах с насекомыми или их личинками (покупка одежды в антисанитарных условиях, прогулка по лесу в период размножения клещей, посещение бань, парикмахерских и т.п.), а также тактильные иллюзии, сопровождающиеся ощущениями локальной болезненности, зуда, щекотания, «нервности» кожных покровов, интерпретируемые как укусы в местах проникновения насекомых.

При *систематизации бредовых расстройств (II этап)* происходит детальная разработка бредового сюжета. Подробно описываются морфологические признаки – размеры, цвет, конфигурация туловища, строение органов (присоски, ножки, глаза, усики), формы жизнедеятельности, пути передвижения под/над кожными покровами, цикл размножения и тому подобное мнимых паразитов (рис. 3).

В то же время идеи заражения микроорганизмами обычно ограничиваются констатацией наличия в/на кожных покровах реально существующих в природе видов насекомых (вши, клещи, блохи). Тактильные галлюцинации характеризуются простотой, однотипностью и зачастую ограничиваются ощущениями «ползания», «шевеления», «укусов».

На этапе *бредового поведения (III этап)* активность пациентов реализуется одновременно в нескольких направлениях.

**Сбор и презентация «фактов существования паразитов**, требования микроскопических и других исследований материалов, содержащих «частицы» насекомых. Естественный эпителий, ворсинки, катышки, секрет сальных желез, заполняющие спичечные коробки, пузырьки или другие емкости – «симптом спичечного коробка» – предоставляются в лаборатории в качестве «личинок», «яиц» или продуктов жизнедеятельности парази-

тов. Отрицательный ответ квалифицированных специалистов расценивается больными лишь как повод для расширения круга учреждений, предназначенных для повторных обращений и апробации «вещественных доказательств».

**«Защита» окружающих** от возможного заражения происходит путем ограничения или даже прекращения контактов с родственниками, использования отдельной посуды, проведения многократных уборок в квартире. Стремясь избежать распространения паразитов, пациенты проводят обработку жилья с использованием известных противопаразитарных средств.

**«Борьба» с паразитами** ведется больными при помощи рутинных методов, используемых в медицинской и/или сельскохозяйственной дезинфекции. Пациенты стремятся, вычесывают паразитов, снимают их с себя вручную, смывают водой. Особое внимание уделяется белью: химическая обработка, стирка, кипячение, глаженье и даже автоклавирование проводятся по несколько раз в день. Избавляясь от «зараженной» одежды, пациенты полностью меняют гардероб, выбрасывая, сжигая или иначе уничтожая вещи, упорно обращаются в санэпидстанции с требованиями обработки дезинсектицидами.

В 5–25% случаев исследователями [15, 19] выявляется наличие **индуцированного ДБ** у родственников больного, также выказывающих убежденность в наличии инвазии у пациента либо обнаруживающих у себя симптомы, схожие с «проявлениями» болезни у индуктора. Характерной дифференциально-диагностической особенностью такого бреда является его быстрая редукция в условиях отсутствия контакта с больным-индуктором.

Важной характеристикой ДБ в рамках ипохондрической паранойи является отсутствие или минимальная выраженность аутоде-



Рис. 1. Артифициальный дерматит в рамках ОИ (наблюдение доктора медицинских наук, профессора А.Н.Львова).



Рис. 2. Артифициальный дерматит в рамках ОИ. Одна из наиболее грубых форм аутодеструктивного поведения (наблюдение доктора медицинских наук, профессора А.Н.Львова).



Рис. 3. Изображение мнимых паразитов пациентом с ДБ в рамках ипохондрической шизофрении.

структивного поведения. Деструктивные изменения кожи либо отсутствуют вообще, либо представляют собой эритематозные очаги, образовавшиеся при попадании на кожу химических дезинфектантов (простой контактный дерматит), реже эксфолиации, рубчики в области лица, шеи, волосистой части головы, верхних конечностей [7, 11].

Клиническая картина **ДБ у пациентов с ипохондрической шизофренией** обнаруживает по ряду клинических параметров значительные отличия от «классического течения», отражающие нозологическую природу болезни [11, 17].

В первую очередь атипича касается структуры ДБ. Бред пациентов с шизофренией более сложен как по фабуле, уровню систематизации, так и по набору объектов интерпретации. Пациенты утверждают, что в организме находятся не просто насекомые, а «неизвестные ученым паразиты, мутировавшие под воздействием факторов внешней среды». Зачастую одновременно в/на теле «сосуществует» несколько видов насекомых, каждый из которых обитает на строго определенных участках кожи или органах. В бредовую систему включены четкие представления о путях попадания насекомых в организм, механизмах превращения одних форм в другие («окукливание», «цикл личинка-имаго») и т.д. Пациенты подробно

описывают, с легкостью изображая их на бумаге, внешний вид, особенности строения паразитов.

Бред у лиц с шизофренией обнаруживает тенденцию к расширению и дальнейшей генерализации. В частности, паразиты «распространяются» за пределы кожных покровов: попадают в кровь, «проникают» во внутренние органы, «поражают» мышцы, суставы, кости, мозг и т.д. Пациенты утверждают, что продукты жизнедеятельности насекомых влияют на функции организма, изменяют работу всех его систем, вызывают манифестацию или повторное обострение хронических соматических заболеваний.

Патологические ощущения у пациентов с шизофренией в сравнении с паранойей более разнообразны. Дескриптивные характеристики обманов восприятия отличаются образностью, яркостью, объемностью, метафоричностью, тонкой нюансировкой описаний телесных ощущений. Насекомые «прыгают», «копошатся», «вбуравливаются» в кожу, «гнездятся в глазах», «свисают с ресниц», «выстреливают из-под кожи как из пулемета» и др. Пациенты говорят о «скоплениях множества паразитов» в половых органах, анальном проходе.

Усложнение психопатологических проявлений зоопатического бреда при шизофрении происходит за счет присоединения бредовых

идей иного содержания, чаще всего представленных чувствительными идеями отношения. Пациенты убеждены в том, что окружающие догадываются об их заболевании, замечают обращенные на них «особые» взгляды в общественных местах (в транспорте, на работе), считают, что люди «подсмеиваются» над ними, обсуждают их внешний вид, поведение.

Бредовое поведение, завершающее формирование системы дерматозоидного психоза у пациентов с шизофренией, носит черты выраженной аутоагрессии, а методы борьбы с насекомыми отличаются вычурностью.

В целях «предотвращения распространения насекомых» больные, перемещаясь по дому, водят за собой швабру, предметы личного обихода (зубные щетки, расчески) хранят в растворах химически активных веществ, во избежание попадания паразитов на одежду обматывают тело газетами, туалетной бумагой, целлофаном; принимая душ по особой «раздельной» системе, надевают на руки полиэтиленовые пакеты, для хранения и транспортировки насекомых, их личинок и яиц в лабораторию используют специальные среды (оливковое масло, раствор поваренной соли), особым образом контролируют герметичность контейнеров.

ДБ при шизофрении сопровождается выявлением стойких признаков аутоагрессии: пациентами разрабатываются собственные способы «вытравливания» паразитов из организма, включающие использование едких жидкостей (дихлофос, керосин, горчица, уксус, дустовое мыло и т.д.), нанесение эксфолиаций острыми предметами (иголки, ножицы). Следствием самоповреждений становятся длительно не заживающие глубокие дефекты кожного покрова (рис. 4, 5).

Кроме того, для больных шизофренией характерны явления транзитивизма. Будучи уверенными в наличии инвазии микроорганизмами у род-



Рис. 4. Пациентка с ДБ в рамках ипохондрической шизофрении демонстрирует способы извлечения «паразитов» (наблюдение доктора медицинских наук, профессора А.Н.Львова).



Рис. 5. ДБ в рамках ипохондрической шизофрении (наблюдение доктора медицинских наук, профессора А.Н.Львова).



**Критерии дерматологического диагноза патомимии [7]**

1. <b>Несоответствие анамнеза клинической картине заболевания</b> , нехарактерная динамика кожного процесса (длительно незаживающие язвенные дефекты, спонтанно образующиеся рубцы и др.), безуспешность дерматологических методов лечения, эмоциональная реакция пациента на опрос
2. <b>Преимущественная локализация высыпаний</b> на участках кожного покрова, доступных для самодеструкций: лице, верхних и нижних конечностях, ягодицах и др.
3. <b>Отсутствие высыпаний</b> на труднодоступных для самодеструкций областях, например, на спине
4. <b>Преобладание вторичных морфологических элементов</b> деструктивного характера (экскориации, эрозии, язвы), а также рубцов при практически полном отсутствии первичных элементов
5. <b>Геометрически правильные или причудливые очертания</b> очагов (по месту воздействия облигатных раздражителей), <b>резкие границы</b> очагов с неизменной кожей вокруг
6. <b>Предшествующие самоповреждениям патологические телесные сенсации</b> по типу кожного зуда или алгий, проекция которых отражает топографию деструктивных очагов
7. <b>При патогистологическом исследовании</b> тканей очагов – признаки неспецифического воспаления; отсутствие патологии при лабораторном и инструментальном обследовании

ственников, пациенты втайне обрабатывают их постельное белье и одежду, пытаются получить частицы эпителия, волосы для проведения микроскопического исследования, настаивают на посещениях ими врачей.

**Диагностика и терапия**

Для первичной диагностики описанных расстройств в дерматологической практике были разработаны модифицированные критерии самодеструктивных дерматозов (патомимий), представленные в таблице [7].

Терапия артифициальных дерматозов представляет собой сложную задачу. Оказание помощи этой категории пациентов может проводиться дерматологом при регулярной консультативной помощи психиатра, однако в случаях тяжелых форм самодеструкции либо при наличии психопатологических расстройств психотических регистров (бред, галлюцинации) показана терапия в условиях психиатрического стационара.

В случаях доминирования в клинической картине ОИ аллопатий (идиопатических алгий или овладевающих ощущений) проводится монотерапия атипичными антипсихотиками сульпиридом (от 600 до 900 мг/сут) либо кветиапином (от 300 до 750 мг/сут). При синдроме

одержимости болями эффективна комбинированная терапия типичным антипсихотиком галоперидолом (от 4,5 до 20 мг/сут) в сочетании с бензодиазепиновыми транквилизаторами (диазепам от 5 до 10 мг/сут) при пероральном либо внутримышечном и/или внутривенном капельном введении (в условиях психиатрического стационара).

Улучшение состояния проявляется в снижении интенсивности идиопатических алгий и уменьшении проявлений аутоагрессивного поведения (косвенным подтверждением этого является динамика дерматологического статуса – уменьшение размеров деструктивных очагов, эпителизация краев ран).

В качестве основного метода лечения ДБ в настоящее время используется монотерапия антипсихотиками длительностью не менее 4–6 нед. При выборе методики (начальная доза, скорость титрации, максимальная дозировка) терапии необходимо учитывать возраст пациентов, зачастую превышающий 60–65 лет.

При терапии пациентов с ДБ в рамках ипохондрической паранойи предпочтение отдается атипичным антипсихотикам: рисперидону (в дозировках от 1 до 4 мг/сут), оланзапину (от 2,5 до 10 мг/сут). При лечении

ДБ в рамках ипохондрической шизофрении более эффективны традиционные антипсихотики – галоперидол (от 1,5 до 10 мг/сут), трифлуоперазин (от 2,5 до 5 мг/сут). Положительные результаты терапии при ДБ в рамках ипохондрической паранойи могут регистрироваться, уже начиная со 2-й недели, а при шизофрении – с 3–4-й недели терапии. Однако во избежание экзacerbации бреда пациенты нуждаются в длительной поддерживающей терапии.

Поддерживающая (противорецидивная) терапия проводится в течение 6–12 мес с использованием уже подобранного на активном этапе лечения антипсихотиком с постепенным снижением до минимальных поддерживающих доз (с целью уменьшения влияния поддерживающей терапии на социальное функционирование больных), обеспечивающих стабильность состояния.

Дополнительно назначается дерматологическое лечение антигистаминными препаратами, наружными эпителизирующими средствами в форме растворов, гелей и кремов (куриозин, аргосульфат), предусматривается использование курсов (не менее 4 нед) лечения антипсихотиками.

**Литература**

1. Tress W, Manz R, Sollors-Mossler B. *Epidemiologie in der Psychosomatischen Medizin*. In: T. Von Uexküll, R. Adler, J. Herrmann et al. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. 4. Auflage. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1990; p. 63–74.  
 2. Braun-Falko O, Plewig G, Wolff H et al. *Dermatologie und Venerologie (5 Aufl.)*. Berlin: Springer, 2005; p. 1582.  
 3. Picardi A, Abeni D, Renzy C et al. *Increased Psychiatric Morbidity in Female Outpatients with Skin Lesions on Visible Parts of the Body*. *Acta Derm Venereol* 2001; 81: 410–4.  
 4. Иванов О.Л., Львов А.Н. *Справочник дерматовенеролога*. М., 2001; с. 216–8.  
 5. Gieler U, Stangier U, Brähler E. *Hauterkrankungen in psychologischer Sicht*. Göttingen—Bern—Toronto—Seattle, 1995.  
 6. Андрющенко А.В. *Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоциальной сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия)*. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2011.  
 7. Львов А.Н. *Дерматозы, коморбидные с психическими расстройствами*:

*классификация, клиника, терапия и профилактика*. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006.  
 8. Смулевич А.Б., Львов А.Н., Иванов О.Л. *Патомимия: психопатология аутоагрессии в дерматологической практике*. М., 2012.  
 9. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. *Психодерматология: современное состояние проблемы*. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2004; 104 (11): 4–14.  
 10. Смулевич А.Б., Фролова В.И. *Ипохондрия циркумскрипта (к проблеме козвестезиопатической паранойи)*. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2006; 3: 4–9.  
 11. Фролова В.И. *Козвестезиопатическая паранойя (клинические и терапевтические аспекты дерматозойного бреда)*. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006.  
 12. Смулевич А.Б. и др. *Ипохондрия и соматоформные расстройства*. М., 1992.  
 13. Смулевич А.Б., Концевой В.А., Дороженко И.Ю. и др. *Дерматозойный*

*(зоопатический) бред*. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004; 6: 267–9.  
 14. Munro A. *Monosymptomatic Hypochondriacal Psychosis*. *Br J Hospital Med* 1980; 24: 34–8.  
 15. Musalek M. *Der Dermatozoenwahn*. Thieme Verlag, Stuttgart—New York, 1991.  
 16. Иванова Н.С. *Клиника галлюцинаторных состояний в позднем возрасте*. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1966.  
 17. Смулевич А.Б., Концевой В.А., Фролова В.И. и др. *Малопрогредиентная шизофрения, протекающая с явлениями дерматозойного бреда*. *Психиатрия*. 2005; 4: 12–9.  
 18. Смулевич А.Б., Щирина М.Г. *Проблема паранойи*. М., 1972.  
 19. Ait-Ameur A, Bern P, Firotoni M, Menecier P. *Le délire de parasitose ou syndrome d'Ekbot*. *Rev Med Interne* 2000; 21: 182–6.  
 20. Романов Д.В. *Психопатология дерматозойного бреда и спектра расстройств одержимости кожными паразитами. Часть I. Психические расстройства в общей медицине*. 2013; 1: 10–5.