

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

На правах рукописи

Романов Дмитрий Владимирович

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

(психопатология, эпидемиология, терапия)

Диссертация

на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

14.01.06 – «Психиатрия»

14.01.10 – «Кожные и венерические болезни»

**Научные консультанты:
академик РАН,
профессор А.Б. Смулевич,
доктор медицинских наук,
профессор А.Н. Львов**

МОСКВА – 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

	<i>Стр.</i>
ОГЛАВЛЕНИЕ	2
ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. Обзор литературы	14
ГЛАВА 2. Характеристика материала и методы исследования	56
ГЛАВА 3. Психопатология расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова	69
ГЛАВА 4. Дерматозойный бред: коэнестезиопатическая паранойя и спектр расстройств одержимости кожными паразитами	95
ГЛАВА 5. Психологические аспекты коэнестезиопатий при психических расстройствах, реализующихся в пространстве кожного покрова	178
ГЛАВА 6. Эпидемиология и принципы организации психиатрической помощи	203
ГЛАВА 7. Терапия	224
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	260
ВЫВОДЫ	296
Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы	301
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	305

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы 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% [140; 348; 439], а среди пациентов кожно-венерологических стационаров достигает 31-60% [290; 398]. 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 [2], а также определенными расстройствами более легких психопатологических регистров (обсессивно-компульсивными и соматоформными) [392].

Существующие психопатологические концепции, интерпретирующие ассоциации болезней кожного покрова и психики (модель нозогенных психических расстройств [21], коморбидности [271], реактивной лабильности [332; 507], общих циркадианных ритмов [260], расстройств образа тела [68; 259] и т.п.) 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 («психические расстройства с преимущественной проекцией в кожные покровы» [96], «пер-

вичные психические расстройства, ответственные за самоиндуцированные кожные нарушения» [316], «психические расстройства с дерматологическими симптомами» [295; 482].), 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» [116; 118].

Предложенная дефиниция позволяет объединить целый ряд клинически гетерогенных расстройств, выделяемых исследователями в дерматологической сети, включая «вегетоневроз кожи» [54]; «психогенный/идиопатический зуд» [283; 323; 377; 422]; «кожную дизестезию» [284]; «аутоэксориации», «психогенные/невротические эксориации» [40; 112; 149; 151; 278], «дерматотилломанию» [513], «патологическое расчесывание кожи» [180; 375]; «ограниченную – *circumscripta* – ипохондрию» [93; 96; 98; 121; 183; 443], «дерматозойный/зоопатический бред» [219; 330], «коэнестезиопатическую паранойю» [121].

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 [270; 271; 312; 313; 316; 482; 501], *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. Соответственно облигатным условием рационального исследования психической патологии, реализующейся в пространстве кожного покрова, является создание систематики, отражающей клинико-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 [97; 121]). Хотя в немногочисленных публикациях, приводятся феноменологические характеристики коэнестезиопатий при расстройствах более легких психопатологических реги-

стров (при кожном неврозе [200; 264; 373; 419], невротических эксфолиациях [65; 66; 112; 255; 256; 375]), 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 [45; 54; 88; 112; 126; 167; 183; 239; 263; 491; 504]. Однако в этих исследованиях не содержится сведений о клинико-патогенетическом вкладе коэнестезиопатий в формирование психических расстройств, обнаруживающих аффинитет к кожному покрову. Остаются не в полной мере изучены вопросы соотношения коэнестезиопатий с другими психопатологическими симптомокомплексами (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% [2; 65]. Соответственно необходимо уточнение формализованных данных, отражающих реальную ситуацию в обсуждаемом контингенте больных.

Учитывая противоречивость сведений терапевтических исследований [112; 307; 442; 469], разработка лечебных рекомендаций для больных дерматологической сети, нуждающихся в психиатрической помощи, является значимой задачей. так как по имеющимся данным [2] потребность в терапии среди них высока, а неадекватное лечение психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, – не редкое явление. 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 разработкой 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 [2; 21; 65; 112; 121], 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 органический 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» [112; 137; 239; 255]. 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 [21; 121; 183; 443].

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 [93; 96; 97; 98; 121]. Впервые установлено, что психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова, объединяют психопатологически неоднородные симптомо-

комплексы, 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 ранжированных по тяжести психодерматологических синдромов, что создает предпосылки для продолжения как фундаментальных, так и прикладных исследований психосоматических нарушений.

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 позволяет 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 выполнено в период с 2009 по 2014 гг. 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) и 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).

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

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. Все пациенты эпидемиологической выборки были консультированы амбулаторно врачами клинко-диагностического отделения клиники кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Положения, выносимые на защиту:

1. Психические расстройства, обнаруживающие аффиinitет 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, реализующимися 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 и 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. 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. 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

тики ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова «Актуальные аспекты аффективных и психосоматических расстройств» 22-23 ноября 2013 (г. Москва);

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. Вишневского» 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.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Для обозначения психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, в доступной литературе используется целый ряд дефиниций: «*патомимия*»¹ [16; 27; 59; 110], «*самодеструктивные дерматозы, коморбидные психическим расстройствам*» [65], «*самовызванные и бредовые дерматозы*» [312], «*первично-психогенные дерматозы*» или «*нихилодермия*» [270], «*дерматологические синдромы, обусловленные психическими расстройствами*» [501], «*кожные симптомы психических заболеваний*» [313]. Представленные определения демонстрируют тот факт, что многими авторами акцент при анализе обсуждаемых в настоящей работе расстройств, прежде всего, делается на дерматологической составляющей – используются термин «дерматоз», общепринятый для обозначения кожной болезни, понятия «дерматологические синдромы», «кожные симптомы» и т.п. При этом нивелируется положение о ведущей роли при обсуждаемых состояниях психической патологии, подчеркиваемое рядом исследователей [96; 255; 256; 316]. Лишь в ограниченном числе публикаций примарность психопатологических нарушений находит отражение в соответствующих определениях: «психические расстройства с преимущественной проекцией в соматической (кожные покровы) сфере» [96], «первичные психические расстройства», ответственные за самоиндуцированные кожные нарушения [316], «психиатрические синдромы с дерматологическими проявлениями» [195], «психические расстройства с дерматологическими симптомами» [295; 482].

¹Патомимия (от греч. *pathos* – болезнь, патологический процесс + *mimesis* – подражание, имитация) – в отечественной дерматологии этот термин используется в широком смысле – для обозначения всех кожных аутодеструктивных проявлений, маскирующих первичные психические расстройства, относящиеся к различным нозологическим группам [96; 103]. «Патомимия» в узком смысле термина идентична понятию «поддельное – factitious – расстройство» в трактовке МКБ-10 и DSM-IV-TR (см. ниже – сноска 2)

Анализ публикаций, посвященных расстройствам, реализующимся в пространстве кожного покрова, сопряжен с целым рядом трудностей, как в связи с указанными выше терминологическими расхождениями, отражающими доминирование «дерматологической парадигмы», так и вследствие противоречивой трактовки такой патологии в официальных классификациях болезней. Последние (в частности, МКБ-10) не позволяют систематически описать все многообразие проявлений расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, которые фактически выделяются в различных разделах обсуждаемой классификации. Так, самоиндуцированные расстройства, относимые к категории «поддельных расстройств²» – *factitious disorder* – (класс V – «Психические расстройства и расстройства поведения») соотнесены лишь с расстройствами личности (рубрика F68.1 – «Умышленное вызывание или симуляция симптомов или инвалидности физического или психологического характера»³), хотя аутодеструктивное поведение может наблюдаться и при другой психической патологии, например, при дерматозойном бреде (F22 – «хроническое бредовое расстройство», F06.0 – «органический галлюциноз»). В то же время в пределах класса XII («Болезни кожи и подкожной клетчатки») самовызванные дерматозы ограничиваются единственной рубрикой – «Артифициальный дерматит» (L98.1), которую предлагается использовать как синонимичную понятию «невротические эксфолиации», что также не позволяет охватить всего многообразия самоиндуцированных кожных нарушений. При этом артифициальный дерматит исключается из числа «поддельных расстройств» в психиатрической главе обсуждаемой классификации. Наконец, класс XXI («Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения

²Определение «поддельное нарушение», использованное в отечественной версии МКБ-10, с лексикона DSM, где присутствует идентичная МКБ-10 рубрика «*factitious disorders*», переводится как «имитируемое», «фиктивное», «искусственное (артифициальное)» расстройство, первоначально описанное у склонных к самоповреждениям мифоманов и исходно обозначенное термином «патомимия» (*pathomimia*).

³Эта категория в психиатрии чаще всего отождествляется с синдромом Мюнхгаузена (драматизированные, неправдоподобные жалобы на мнимое соматическое заболевание, предполагающее оперативное вмешательство), структура которого подразумевает умышленную имитацию симптомов острого и тяжелого заболевания (хирургического, гематологического, неврологического, кардиологического) путем нанесения самоповреждений.

здравоохранения») предполагает кодирование симуляции кожной болезни – рубрика Z76.5 – «Симуляция болезни (сознательная симуляция)».

Аналогично самоиндуцированным расстройствам соматоформные кожные проявления, с одной стороны, упоминаются среди «Невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств» класса V в пределах рубрик F45.8 («Другие соматоформные расстройства») и F45.38 («Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы других органов»). С другой стороны соматоформные нарушения разделяются, либо как «идиопатический зуд» с помощью рубрики L29.9 («Зуд неуточненный») класса XII, либо как соматовегетативные кожные симптомы в рубриках R21-23 класса XVIII («Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках»): сыпь и другие неспецифические кожные высыпания (R21); локализованная отечность, уплотнение или припухлость кожи и подкожной клетчатки (R22); другие кожные изменения (R23), включающие цианоз, бледность, гиперемия, спонтанные экхимозы, изменения текстуры кожи. Относящиеся к различным классам МКБ-10 рубрики, отчасти соответствующие расстройствам, реализующимся в пространстве кожного покрова, представлены в Таблице 1.

Таким образом, в МКБ-10 психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова, характеризуются неопределенностью не только положения, но и дефиниций, будучи нередко представлены «остаточными» категориями, обозначаемыми как «другие», «неуточненные», «не классифицированные в других рубриках». Фактически постановка соответствующего диагноза предполагает использование метода исключения, основанного на «отрицательных» характеристиках, а аффирмативные⁴ диагностические критерии не формулируются.

⁴Аффирмативный (лат. affirmativus – утверждающий, утвердительный) – тип логического суждения, в котором утверждается наличие признака какого-либо предмета.

Таблица 1.

Рубрики различных классов МКБ-10, соответствующие расстройствам, реализующимся в пространстве кожного покрова.

Классы МКБ-10	Рубрики МКБ-10
Класс V «Психические расстройства и расстройства поведения»	F68.1 – Умышленное вызывание или симуляция симптомов или инвалидности физического или психологического характера; F22 – Хроническое бредовое расстройство; F06.0 – Органический галлюциноз; F45.8 – Другие соматоформные расстройства; F45.38 – Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы других органов;
Класс XII «Болезни кожи и подкожной клетчатки»	L98.1 – Артифициальный дерматит; L29.9 – Зуд неуточненный;
Класс XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках»	R21 – Сыпь и другие неспецифические кожные высыпания; R22 – Локализованная отечность, уплотнение или припухлость кожи и подкожной клетчатки; R23 – Другие кожные изменения: R23.0 – Цианоз R23.1 – Бледность R23.2 – Гиперемия R23.3 – Спонтанные экхимозы R23.4 – Изменения текстуры кожи
Класс XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения»	Z76.5 – Симуляция болезни (сознательная симуляция)

Актуальность обсуждаемых расстройств определяется не только неоднозначностью их трактовки в официальных систематиках, но и значительной распространенностью в дерматологической практике⁵.

Согласно эпидемиологическим данным, полученным в результате ретроспективного анализа пятилетней обращаемости (1998-2002 гг.) в клинику кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова по сведениям медицинской документации распространенность психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова

⁵Согласно данным доступных публикаций, распространенность различных психических нарушений в амбулаторной дерматологической практике колеблется в пределах 21-34% [140; 157; 290; 348; 396; 397; 439; 512], а среди стационарных пациентов этот показатель достигает 31-60% [238; 290; 398; 516]. Такие значения сопоставимы с показателями распространенности психических расстройств при других соматических заболеваниях (38,4-40,7% в кардиологии [174; 269], 16-58% в онкологии [17; 89; 220], 15 - 40% в ревматологии [387; 393]) и пр.

(«самодеструктивных дерматозов, коморбидных психическим расстройствам»), находится в пределах 1,6-2,2% (в среднем – 2,0%) от общего числа первично обратившихся больных (14893 набл.) [65].

Этот показатель уточняется и дополняется данными крупного отечественного клинико-эпидемиологического исследования «СИНТЕЗ» [2], выполненного в общемедицинской практике при сплошном обследовании 534 больных клиники кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Согласно результатам, полученным при очном консультировании пациентов квалифицированными психиатрами-экспертами, распространенность психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, достигает 9,6% (невротические экскорации – 5,6%, трихотилломания – 0,2%, идиопатический зуд – 0,9%, дерматозойный бред – 1,9%, дисморфическое расстройство – 1,0%,).

Анализ долевого распределения в пределах обсуждаемых расстройств в программе «СИНТЕЗ» обнаруживает преобладание нарушений легких психопатологических регистров (невротические экскорации – 58,8%, идиопатический зуд – 9,8%, трихотилломания – 2,0%,) над сверхценными и бредовыми расстройствами (дерматозойный бред – 19,6%, дисморфическое расстройство – 9,8%,), что соотносится с данными литературы [218] (невротические экскорации – 71,9%, трихотилломания – 12,4%, артефактный дерматит – 6,7%, дерматозойный бред – 9,0%).

Приведенные эпидемиологические показатели помимо факта высокой распространенности в дерматологической практике психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, также указывают на преимущественное накопление предпочтительных для этой области медицины нарушений. Последние, наряду с обсессивно-компульсивными расстройствами (ОКР), представлены патологией тяжелых психопатологических регистров – сверхценными и бредовыми симптомокомплексами.

Такая предпочтительность, отражающая аффинитет кожного покрова к перечисленным психопатологическим нарушениям, обнаруживается в

упомянутом выше клинико-эпидемиологическом исследовании «СИНТЕЗ» [2] при сравнении показателей распространенности психических расстройств в дерматологической практике с выборками, сформированными в других областях общей медицины – в кардиологической и онкологической сети (см. Рисунок 1).

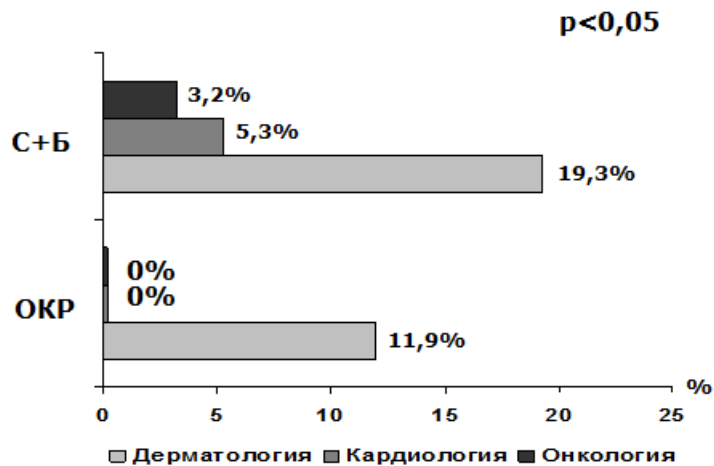


Рисунок 1. Накопление сверхценных и бредовых (С+Б) симптомокомплексов, а также обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) в дерматологической практике по сравнению с кардиологией и онкологией по данным программы «СИНТЕЗ» [2].

Частота сверхценных (сверхценная и ограниченная ипохондрия – 13 и 1% соответственно) и бредовых симптомокомплексов (дерматозойный и дисморфический бред – 1,9 и 1% соответственно, шизофренические реакции – 2,4%) по данным программы «СИНТЕЗ» составила 19,3% и статистически значимо ($p < 0,05$) превышала частоту расстройств данного круга, манифестирующих в других выборках. Так, в кардиологии сверхценные и бредовые синдромы наблюдались в 4,7 и 0,6% случаев соответственно (суммарно – 5,3%), а в онкологии – в 1 и 2,2% случаев соответственно (суммарно – 3,2%). Распространенность предпочтительных для дерматологической практики

обсессивно-компульсивных расстройств⁶ (невротические экскорации – 5,6%, эксkoriированные акне – 1,1%, трихотилломания – 0,2%, ОКР по типу контаминационных obsессий и навязчивостей повторного контроля – 5%) суммарно составила 11,9%. При этом в кардиологии и онкологии синдромально завершенных ОКР зарегистрировано не было.

Тенденция к накоплению ОКР в дерматологии подтверждается также в работе V.P. Paralikar et al. [392]. Авторы, анализируя распространенность психических расстройств в кожновенерологической, психиатрической и общетерапевтической клиниках (352 набл.), обнаружили, что частота обсессивно-компульсивных расстройств в дерматологии столь же высока, как в психиатрической практике (2,4%), при полном отсутствии ОКР в терапевтической клинике (0%), что соотносится с паттерном, выявленным в программе «СИНТЕЗ».

Кроме того, V.P. Paralikar et al. [392] выявили аффинитет кожного покрова к психическим расстройствам круга небредовой ипохондрии. По данным авторов в дерматологической практике накапливаются больные с недифференцированным соматоформным расстройством (по DSM-IV-TR)⁷. Последнее встречается статистически значимо чаще ($p < 0,001$) среди пациентов, обращающихся к дерматологам (45,9%), по сравнению с психиатрической амбулаторией (21,7%) и поликлинической службой терапевтической клиники (23,5%).

Обобщая данные приведенных эпидемиологических исследований в отношении психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, приходится констатировать очевидный факт накопления в дерматологической клинике психической патологии определенного круга – нарушений тяжелых психопатологических регистров (сверхценных/бредовых), а также некоторых предпочтительных расстройств более легких психопатологических регистров (обсессивно-компульсивных и ипоходрических).

⁶По данным зарубежных публикаций расстройства обсессивно-компульсивного круга обнаруживаются у значительного числа больных дерматологической сети: соматические и контаминационные obsессии, перепроверки, навязчивости симметрии – 14-20% [217; 226], невротические экскорации – 2% [251; 256].

⁷Для диагноза недифференцированного соматоформного расстройства (код 300.82 в DSM-IV-TR) достаточно единственной жалобы «соматического» характера, не объяснимой диагностированной соматической/дерматологической патологией или по интенсивности не соответствующей выраженности объективно регистрируемых морфологических изменений. Диагноз является эквивалентом одноименной рубрики МКБ-10 (F45.1).

Несмотря на внимание исследователей к обсуждаемой теме, информация, относящаяся к *клинической* интерпретации механизмов вовлечения кожного покрова в психопатологический процесс, а соответственно – факта накопления указанной выше психической патологии в кожной клинике, в доступной литературе крайне ограничена. Преимущественная проекция патологических симптомов на поверхность тела трактуется в связи с влиянием конституционального фактора, а именно – как результат врожденного, заложенного генетически предрасположения (идосинкратической реактивности), детерминирующего повышенную чувствительность в области кожного покрова [191]. Такое предрасположение, по мнению А. Rostenberg [424], реализуется в онтогенезе за счет уязвимости склонной к ксерозу (сухости) «квази-ихтиозной» кожи.

В свою очередь, рядом авторов предпринимаются попытки объяснения факта ассоциации кожного покрова и предпочтительных для дерматологической практики психопатологических расстройств на основе психологических (прежде всего, психоаналитических) и патофизиологических концепций.

Указания на особую связь психики с кожей содержатся в целом ряде *психологических исследований* [147; 418; 518]. При этом подчеркивается роль состояния кожного покрова в формировании самосознания личности – человеческой субъективности. С одной стороны, кожа является «интерфейсом» (средством взаимодействия) между личностью и внешней средой – физической и социальной [256]. С другой стороны, будучи анатомическим образованием, наиболее представленным в психике и соответственно – опосредованным центральной нервной системой, состояние кожи отражает психическое состояние индивида [300].

Согласно психологической модели, разработанной А.Ш. Тхостовым [116; 118], накопление определенных психических расстройств в дерматологии связано с изменением восприятия пространства кожного покрова. Если в норме кожа представляет собой субъективно очевидную поверхность, имеющую только одну внешнюю сторону (у взрослого человека существует укоренившаяся иллюзия, что

кожа – это только то, что обращено вовне, и не имеет ни внутренней поверхности, ни объема), то в ситуации болезни она начинает объективироваться как реальная объемная структура, во внутреннем пространстве которой могут происходить разнообразные и, возможно, «опасные события».

По данным R. Battegay [158], аффинитет кожного покрова к психическим расстройствам и, прежде всего, к патологии телесной чувствительности формируется еще в период «тактильной фазы» развития ребенка. Предполагается, что дети, лишенные в этот период возможности обмена прикосновениями («кожный контакт») со значимыми близкими, предрасположены к развитию в дальнейшем ряда психических расстройств, включая агрессивное поведение, трихотилломанию, моторные стереотипии [340; 508].

Кожа становится мишенью для проективных фантазий и страхов и начинает использоваться в развертывании психопатологических симптомов. По данным R. Bisi [176], физиологические и психологические функции кожи, сопоставимые, с точки зрения автора, с анальной и уринарной функциями, представляют кожу органом, чувствительным к выражению некоторых патологических проявлений, являющихся результатом орального, анального и генитального конфликтов (а также конфликтов, связанных с эксгибиционистскими тенденциями [223]). Согласно таким представлениям, кожная поверхность тела является посредником [176], «местом аварийной разрядки» [223], способствующим выявлению целого ряда психопатологических расстройств. Например, по мнению некоторых психоаналитиков [373], наиболее типичными нарушениями, реализующимися в пространстве кожного покрова, в виде такого симптома, как зуд, являются те, что имеют в своей основе тревогу или гнев.

Патофизиологические концепции интерпретируют предпочтительное накопление в кожной клинике ряда психических расстройств как следствие морфофункционального единства кожи и нервной системы, реализующегося за счет обширной представленности в коже нейрональных структур, а в головном мозге – проекций кожного покрова, что детерминировано онтогенетически, так как и дермальные структуры, и ЦНС представляют собой образования,

развивающиеся из общего зародышевого листка – эктодермы. При этом функции кожи (прежде всего, сенсорная и пластическая/формообразующая), как никакой другой системы организма, связаны с психическими процессами. С позиций современной нейрофизиологии кожа является важнейшим органом рецепторно-опосредованного сознания собственного тела и способности воспринимать его контакт с окружающим, представляя собой, по сути, «экран, состоящий из сенсорных рецепторов, объединенных сетью соединительнотканых и сосудистых структур» [341]. Соответственно кожа предоставляет наиболее значимую совокупность феноменов телесной чувствительности. Благодаря обширной сети механических (тактильных), термических и ноцицептивных (болевых) рецепторов, кожа формирует внешний каркас соматосенсорной системы организма, определяемой еще со времен J.C. Reil [416] как коэнестезия⁸, и обнаруживающей наибольшую чувствительность к воздействию вредностей (как экзогенных, так и эндогенных), имеющих аффинитет к области телесной чувствительности. Учитывая значимость перцептивной функции кожи, становится очевидным закономерное вовлечение этого органа в формирование целого ряда психических расстройств, структура которых включает патологические телесные сенсации.

Соответственно для настоящего исследования психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, первостепенное значение приобретают данные о соотношении сенсопатий с другими психопатологическими симптомокомплексами. В связи с этим ниже будут приведены материалы доступных публикаций, отражающие в тех или иных аспектах состояние рассматриваемой проблемы. (Анализ литературы относительно психологических особенностей, эпидемиологических характеристик и терапии выделенных типов психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, приведен отдельно – предваряя

⁸Необходимо отметить, что сходных с J.C. Reil представлений о роли телесной чувствительности в формировании расстройств, сопровождающихся патологическими сенсациями, придерживался отечественный исследователь А.Ф. Солнцев [463], сформулировавший положение о коэнестезии независимо от своего немецкого современника.

результаты соответствующих фрагментов собственного исследования в Главах 5-7 диссертации.)

Последовательно проанализируем данные литературы относительно роли кознестезиопатических расстройств при обсуждаемой патологии дифференцированно в отношении нарушений невротического уровня и сверхценных/бредовых симптомокомплексов.

Расстройства невротического уровня, реализующиеся в пространстве кожного покрова и протекающие с выявлением патологических телесных ощущений, объединяют состояния, обозначаемые в литературе понятиями «вегетоневроз кожи» и «невротические экскориации».

Кожный органический невроз [54] представляет собой соматоформное расстройство, персистирующее в пределах топической проекции преимущественно одного органа – кожного покрова [43], и сопровождающееся кознестезиопатиями, обычно определяемыми как зуд *sine materia* [491]. Однако в отличие от невротических экскориаций (см. ниже) зуд, являющийся ощущением, сопряженным со стремлением расчесывать кожу [261], при кожном органическом неврозе не ассоциирован с выраженными аутодеструктивными действиями – клинически значимые расчесы не формируются. На такую особенность дерматологического статуса при кожном неврозе⁹ указывал еще М. Kaposi [302], считавший причиной этой патологии «изменение функции кожных нервов без видимого повреждения кожного покрова».

Хотя в немногочисленных публикациях при обсуждении расстройств, соответствующих картине кожного органического невроза, приводится множество феноменологических характеристик кознестезиопатий (зуд, свербение, жжение,

⁹Термин «кожный невроз» впервые использовал английский хирург и дерматолог сэр William James Erasmus Wilson в 1857 г. [514] для обозначения заболеваний, при которых, по мнению автора, ключевую роль играют нарушения кожной чувствительности вследствие «повышенной нервной возбудимости». Десятилетие спустя вышла монография H.F. Damon [200] «Неврозы кожи: патология и терапия», где автор, развивая идеи E. Wilson, объединил этим понятием ряд кожных феноменов (дерматоалгия, зуд, формикация, анестезия, дизестезия, уртикария, эритема, цианоз), вызванных согласно его представлениям патологией сенсорных или вазомоторных нервов, а не «первичным дерматологическим заболеванием». Позднее, в период «ликвидации органических неврозов», термин исчез из научной литературы, а расстройства, описанные E. Wilson [514] и H.F. Damon [200], различные авторы стали обозначать ориентируясь на наиболее явное клиническое проявление – зуд («психогенный» [410; 422], «идиопатический» [323], «эссенциальный» [152; 283], «функциональный» [359], «соматоформный» [271; 377]).

жар, ползанье, щекотание, ощущение сухости и т.п.), *психопатологическая квалификация* таких телесных ощущений обсуждается лишь в единичных работах.

В монографиях Е. Wilson [514] и Н.Ф. Дамон [200] вся совокупность сенсопатий при кожном органическом неврозе трактуется как проявления гиперестезии, на что, по мнению авторов, указывает такой сопровождающий ощущения признак, как болезненность кожи с повышенной чувствительностью к прикосновению.

Ряд авторов [212; 223; 264; 373; 419; 422;] рассматривают зуд *sine materia* при обсуждаемом расстройстве как конверсионный (истерический) симптом. Так, Н. Musaph [373] трактует психогенный зуд с психоаналитических позиций как «неудачную попытку вытеснения» тревоги, ярости или сексуальных влечений. В качестве характерных признаков авторы обозначают ситуационную обусловленность возникновения зуда при обстоятельствах, способствующих актуализации указанных психических феноменов, внезапность возникновения симптомов, транзиторность и быстроту обратного развития клинических проявлений.

В отдельных публикациях зуд *sine materia* квалифицируется как «соматический» симптом депрессии [51; 108; 109; 389]. Например, Р. Расан et al., [389] в выборке больных (64 набл.), госпитализированных по поводу депрессии (70,3% – рекуррентная депрессия, 14,1% – депрессивный эпизод, 15,6% – эпизод депрессии при биполярном аффективном расстройстве) в отделение психиатрического профиля, диагностировали клинически выраженный функциональный зуд (интенсивность – 5,7 баллов по десятибалльной визуальной аналоговой шкале) в 18,3% случаев. При анализе соотношений зуда и аффективной патологии авторами выявлен ряд клинических особенностей, обосновывающих отнесение коэнестезиопатий к «соматическим» симптомам депрессии. Среди них полная редукция кожного симптома по мере обратного развития депрессивных проявлений, а в случаях рекуррентной депрессии – неизменное возникновение зуда во время каждого аффективного эпизода, стабильность локализации ощущений от обострения к обострению, полное

исчезновение кожных коэнестезиопатий в периоды ремиссии психического расстройства.

Проблема *соотношения сенсопатий с другими психопатологическими проявлениями* (за исключением депрессивной симптоматики [389]) при обсуждаемом расстройстве систематически не анализируется – в отдельных публикациях лишь упоминается факт коморбидности зуда *sine materia* с некоторыми нарушениями [224; 469]. Так, по данным, приводимым S. Ständer et al. [469], в выборке из 72 больных с хроническим идиопатическим зудом сочетанные психические расстройства, соответствующие критериям МКБ-10, диагностированы в 29,2% случаев (21 набл.). При этом наиболее значимая доля приходится на патологию тревожного круга (66,7% – 14 набл.): расстройства адаптации (F43.2) – 28,6% случаев (6 набл.), тревожные расстройства (F40, F41) – 23,8% (5 набл.), другие невротические расстройства (F48.8) – 14,3% (3 набл.). В ряде случаев установлено более одного психиатрического диагноза (депрессия – 5 набл., соматоформные или диссоциативные расстройства – 4 набл.), чем обусловлено частичное перекрывание частотных показателей. Ограничиваясь констатацией факта преобладания среди коморбидных зуду *sine materia* расстройств патологии тревожного круга, S. Ständer et al. [469] не приводят детальных психопатологических характеристик указанных нарушений, позволявших бы судить об особенностях тревожной симптоматики при кожном органном неврозе, а также закономерностях ее соотношений с кожными коэнестезиопатиями.

Наряду с ассоциацией с психопатологическими расстройствами в доступной литературе содержатся указания на связь зуда *sine materia* при кожном органном неврозе с объективно регистрируемыми *дерматологическими симптомами по типу вегетативной дисфункции* [200; 223; 264; 419]. Так, в публикациях P. Robinson et al. [419] и H. Halvorson et al. [264] при анализе вспышек психогенного/истерического зуда в школьных коллективах (57 и 61 пораженных «психической эпидемией» соответственно), упоминается сопутствующая телесным ощущениям «неконтагиозная сыпь» по типу эритемы с неровными

контурами, локализованная на участках ощущений и редуцировавшаяся с исчезновением зуда. В качестве возможного триггера наряду с психотравмирующей ситуацией «хронического учебного стресса» и условной желательностью симптомов, позволяющих «избежать занятий», указывается сухость кожи, обусловленная экзогенным воздействием – снижением влажности воздуха из-за нарушения режима кондиционирования.

По данным некоторых авторов [108; 109; 382; 437] соматовегетативные расстройства, сопровождающие зуд *sine materia*, не ограничиваются только эритемой. Указывается на возможность манифестации элементов сыпи по типу психогенных «псевдоаллергических реакций» в виде уртикарных, папулезных, буллезных (иногда – петехиальных) элементов, а также в форме ангионевротического отека.

Резюмируя данные немногочисленных публикаций, посвященных кожному органному неврозу, приходится констатировать, что до сих пор не уточнен целый ряд клинически значимых аспектов проблемы. Открытым остается вопрос психопатологической квалификации коэнестезиопатий при обсуждаемом расстройстве. На это указывают как разногласия относительно атрибуции кожных сенсопатий в пределах гиперестетических, конверсионных или аффективных нарушений, так и разнообразие терминологических обозначений, применяемых для дефиниции патологических ощущений (зуд *sine materia*, психогенный, идиопатический, функциональный, соматоформный зуд). Не определен круг сочетанных с коэнестезиопатиями психопатологических симптомокомплексов и объективно регистрируемых дерматологических проявлений. За пределами внимания исследователей находится вопрос о закономерностях соотношения коэнестезиопатий с ассоциированными психопатологическими и соматовегетативными проявлениями, клинические характеристики которых остаются недостаточно верифицированы.

*Невротические экскориаии*¹⁰, представляющие собой самовызванные путем многократного расчесывания повреждения здоровых участков кожи, приводящие к формированию длительно незаживающих экскориаций [66] согласно сведениям большинства авторов [65; 112; 137; 198; 229; 239; 252; 256; 360; 381; 421] также нередко сопровождаются кожными коэнестезиопатиями, прежде всего, обозначаемыми как «зуд». Однако такие приводимые в некоторых публикациях феноменологические характеристики ощущений, как «распирание», «выбухание», «прокалывание», «болезненность», [149; 151; 239], указывают на тот факт, что коэнестезиопатии при невротических экскориациях не тождественны «зуду», регистрируемому при дерматозах или рассмотренном выше кожном неврозе, а включают более сложные психопатологические феномены. Это представление находит подтверждение в работе P.F.D. Seitz [445], где указываются такие свойства сенсопатий при невротических экскориациях, как «мучительность» и «необычность» ощущений, что позволяет квалифицировать их как сенсации гетерономные обычной кожной перцепции [244].

Переходя к анализу источников литературы, в которых упоминаются патологические телесные сенсации при невротических экскориациях, необходимо отметить тот факт, что их *психопатологическая квалификация* приводится лишь в единичных исследованиях, тогда как большинство авторов ограничивается исключительно малосистематизированными дескриптивными характеристиками. Однако при обобщении сведений доступной литературы, обращает на себя внимание клиническая неоднородность сенсаций, что позволяет отнести приводимые авторами описания к одному из двух феноменологически неидентичных типов.

В пределах *первого типа* коэнестезиопатий могут быть объединены сенсации в виде «обсессивных сенсорных феноменов», проецирующихся на

¹⁰Литература, посвященная проблеме невротических экскориаций, насыщена множеством синонимичных обозначений обсуждаемого расстройства: аутоэкскориаии [236; 278], психогенные экскориаии [149; 189; 151; 388], дерматотилломания [513], повторное расчесывание кожи [305], патологическое расчесывание кожи (pathological skin picking) [180; 375]. В настоящем обзоре литературы мы придерживаемся традиционного для отечественной медицины термина «невротические экскориаии» [40; 42; 66; 96; 103; 112; 113], используя авторские дефиниции лишь при цитировании соответствующих исследователей или необходимости подчеркнуть те или иные нюансы клинической картины.

поверхность кожи и аналогичных ощущениям, наблюдающимся при некоторых двигательных навязчивостях по типу «just right» [34; 326; 355; 356; 386]. Подтверждающие такую квалификацию данные содержатся в публикации F. Neziroglu et al. [375], авторы которой выявили в выборке 40 больных невротическими эксфолиациями кроме «зуда» (40%) также жалобы на ощущение утраты физического «чувства правильности» («right feeling»), равномерности кожи (еще 40% наблюдений). M.A. Gupta et al. [255; 256] обозначают такие сенсации как чувство «доброкачественной неровности» («benign irregularity») кожи, исходно лишенной каких-либо патологических высыпаний. Сопоставимые описания сенсопатий в форме сопровождающихся зудом «невидимых кожных элементов», «папул», «нестерпимо зудящих бугорков, которые нельзя не содрать», выступающих из внешне неизменной кожи на участках будущих расчесов, приводятся также в публикациях H.G. Adamson [137] и M.R. Bloch et al. [180].

Дополняют приведенные сведения результаты исследования L. Misery et al., [360], в котором кожные коэнестезиопатии, возникающие у некоторых пациентов с «психогенными эксфолиациями», соотносятся с сенсациями при контаминационных обсессиях – чувством загрязнения кожи, на поверхности которой словно что-то находится, а расчески рассматриваются как компульсивный эквивалент жеста, направленного на удаление символического поллютанта. (Авторы трактуют такие характеристики коэнестезиопатий с психоаналитических позиций в свете концепции «кожного эго» D. Anzieu [148] как следствие детской психотравмы, обусловленной сексуальным насилием.)

В пределах *второго типа* коэнестезиопатий, отмеченных при невротических эксфолиациях некоторыми авторами [65; 113; 198; 239; 375], выделяются сенсопатии, сопоставимые с истерическими алгиями и/или телесными фантазиями, проецирующимися в глубину кожного покрова – «мучительные сенсации» (“disturbing sensations”), также отличные от обычного зуда по M.A. Gupta et al. [256].

В подтверждение трактовки сенсаций как истералгий исследователями [65; 113] указываются такие свойства кожных ощущений как лабильность и ситуационная обусловленность (появляются на различных участках кожи, усиливаются при психотравмирующих воздействиях), а также полиморфизм и болевой характер сенсаций («мучительное, нестерпимое жжение, чувство распирания или укола изнутри, укуса, ползания «мурашек» под кожей»¹¹).

Сенсопатии, в описаниях некоторых авторов сопоставимые с ощущением «воображаемых объектов» («imaginary objects») [198], «внедряющихся, имплантированных» в толщу кожи («словно заноза или игла, прокалывающие изнутри» [239]) могут быть квалифицированы как телесные фантазии [15; 451]. Последние отличаются образностью, метафоричностью, имеют формально-геометрическую организацию и отдельные свойства «предметности» с локализацией, четко соответствующей пространству кожного покрова. Согласно данным упомянутой выше публикации F. Neziroglu et al. [375] в выборке 40 больных невротическими эксфолиациями такие ощущения диагностируются в 32% случаев (13 из 40 набл.) и квалифицируются как чувство присутствия артефактов в глубине кожи или под кожей.

Переходя к обсуждению проблемы соотношения коэнестезиопатий с другими психопатологическими симптомокомплексами при невротических эксфолиациях, необходимо отметить следующее. В подавляющем большинстве работ телесным ощущениям уделяется незначительное внимание, а психопатологические характеристики ощущений (прежде всего, их клиническая гетерогенность) в обширной дискуссии относительно природы расстройства и его типологической дифференциации не учитываются. При этом обращает на себя внимание тот факт, что аналогично дуализму коэнестезиопатий (за счет обозначенных выше двух типов), речь идет о дихотомии сочетанных с ощущениями психопатологических нарушений – обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) или расстройств импульс-контроля (РИК). Однако выводы исследователей относительно принадлежности невротических эксфолиаций либо к

¹¹Терентьева, М.А. Там же. С. 129.

ОКР, либо к РИК, основываются исключительно на анализе ассоциированной с сенсопатиями патологии: как коморбидных данному симптомокомплексу нарушений, так и собственно моторных актов – расчесов, закономерно трактуемых в качестве облигатной составляющей синдрома невротических эксскориаций.

Обратимся к анализу публикаций, посвященных проблеме сочетанных с телесными сенсациями психопатологических нарушений, в свете полемики о природе обсуждаемого синдрома. Исследователями в качестве аргументов, подтверждающих принадлежность к ОКР, прежде всего, приводятся данные о высокой коморбидности с расстройствами обсессивно-компульсивного спектра, которые регистрируются у 45,2% больных невротическими эксскориациями и представлены контаминационными навязчивостями, обсессиями и компульсиями симметрии/порядка, навязчивыми перепроверками [189]¹². Напротив, в исследовании В. L. Odlaug и J. E. Grant [383], выявлена значительная доля коморбидных невротическим эксскориациям расстройств импульс-контроля (РИК). В выборке из 60 больных, состояние которых было квалифицировано согласно авторским диагностическим критериям как «патологическое расчесывание кожи» (“pathologic skin picking”), частота трихотилломании, относимой исследователями в соответствии с трактовкой DSM-IV-TR к РИК, на момент обследования составила 36,7%.

В ряде публикаций анализируются собственно сочетанные с кожными сенсациями моторные акты – расчесы, а их характеристики приводятся в качестве достаточных оснований для клинической дифференциации в дискуссии относительно принадлежности невротических эксскориаций к ОКР или РИК.

В работах, обосновывающих *принадлежность моторных актов при невротических эксскориациях к навязчивостям* [197; 248; 257; 298; 472; 479], в

¹²В пользу связи эксскориаций с навязчивостями, по мнению некоторых исследователей, говорит не только тот факт, что ОКР широко представлены у больных с невротическими эксскориациями, но и наоборот – данные о частоте невротических эксскориаций среди больных ОКР. Так, при обследовании пациентов с различными ОКР В. А. Cullen et al. [197], сравнив с сопоставимыми по возрасту, полу и расовой принадлежности испытуемыми контрольной группы, набранной случайным образом в населении, обнаружили, что невротические эксскориации наблюдаются статистически значимо чаще ($p=0,002$) среди больных с ОКР (24%), чем в контрольной группе (5,6 %).

качестве признаков, сближающих расчесы с симптомами ОКР, выделяются такие черты, как ритуальность многократно повторяемых действий, приносящих временное облегчение (некоторые авторы [360; 501] сравнивает расчесы при невротических эксфолиациях с «очистительным ритуалом», при помощи которого происходит избавление от фоновых незначительных изменений на коже); эго-дистонное отношение к моторным актам со стремлением противостоять компульсиям; психическое напряжение непосредственно перед расчесыванием или при попытке противостоять совершению моторного акта; а также положительный ответ на терапию селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС), эффективными в отношении ОКР [456; 471; 475; 476]. Исходя из изложенных характеристик, именно такая атрибуция невротических эксфолиаций – «excoriation (skin-picking) disorder» – предложена в новой версии классификации психических расстройств американской психиатрической ассоциации DSM-5, где невротические эксфолиации внесены в главу «обсессивно-компульсивные и ассоциированные расстройства» («Obsessive-Compulsive and Related Disorders») [145].

В то же время некоторые авторы приходят к выводу о неполной идентичности невротических эксфолиаций и ОКР, несмотря на значительное сходство этих расстройств. Отсутствие полной тождественности невротических эксфолиаций и ОКР продемонстрировано в исследовании J.E. Grant et al. [248] в результате сопоставления 53 пациентов с патологическим расчесыванием кожи и 51 больного ОКР¹³. Установлено, что пациенты с невротическими эксфолиациями значительно меньше времени по сравнению с больными ОКР ($p < 0,001$) тратят на выполняемые ими компульсивные действия. Кроме того, авторы указывают на следующую важную особенность невротических эксфолиаций, не позволяющую полностью идентифицировать их с ОКР. Компульсии при ОКР часто являются следствием интрузивных мыслей, тогда как при невротических эксфолиациях

¹³Среди больных невротическими эксфолиациями статистически значимо ($p < 0,001$) преобладали женщины (86,8% против 35,3%), были выше ($p < 0,001$) частота компульсивной онихофагии (34,6% против 0%) и вероятность наличия родственника первой линии с патологическим грумингом – выдергиванием волос и обкусыванием ногтей (53,8% против 2%).

когнитивный компонент (обсессия) отсутствует. При этом исследователи отмечают, что некоторые больные все же упоминают навязчивые мысли о неровности кожи или озабоченность по поводу ее гладкости, нанося расчески как следствие таких феноменов. Однако дальнейшего развития идея о производном от других психопатологических нарушений характере компульсивных расчесов при невротических эксфолиациях в работе J.E. Grant et al. [248] не находит.

Таким образом, безапелляционная клиническая квалификация невротических эксфолиаций как обсессивно-компульсивного расстройства даже в работах авторов, придерживающихся соответствующей позиции, сопряжена с целым рядом оговорок.

В ряде публикаций обосновывается альтернативная выше изложенной концепция о *принадлежности расчесов при невротических эксфолиациях к расстройствам импульс-контроля* [360; 461; 474], в пользу чего приводятся такие характеристики расчесов, как наличие свойственного нарушениям влечений¹⁴ продромального периода аффективного напряжения/возбуждения и чувство удовольствия, наслаждения или облегчения после реализации моторного акта.

Подтверждением принадлежности невротических эксфолиаций к расстройствам импульс-контроля являются исследования, сопоставляющие обсуждаемую патологию с относимой к нарушениям влечений трихотилломанией [225; 455]. Так, общность невротических эксфолиаций и расстройств импульс-контроля, а также отличия от ОКР, обнаружены в исследовании Y.A. Ferrão et al. [225]¹⁵. Наряду с более низким баллом по шкале обсессивно-компульсивных расстройств Yale-Brown (Yale-Brown obsessive-compulsive scale) у больных невротическими эксфолиациями были выявлены значимые психопатологические особенности рас-

¹⁴Расстройства импульс-контроля (в терминологии DSM-IV-TR), объединяющие патологический гэмблинг (влечение к азартным играм), клептоманию, пироманию и трихотилломанию, относятся к рубрике МКБ-10 «Расстройства привычек и влечений» (F63) и характеризуются постоянно повторяющимся дезадаптивным поведением с периодически возникающей неспособностью противостоять вредоносному для себя или окружающих влечению (импульсу).

¹⁵Авторы приводят сравнение 20 пациентов с невротическими эксфолиациями и/или трихотилломанией (16 набл. – 80% – только невротические эксфолиации; 1 набл. – 5% – только трихотилломания; 3 набл. – 15% – оба расстройства) и 20 больных ОКР (75% - навязчивости симметрии/порядка; 70% – контаминационные навязчивости; 65% - навязчивости агрессивного содержания; 50% - сексуальные/религиозные навязчивости). Группы исследования не различались по среднему возрасту, гендерному распределению, уровню образования и брачному статусу, частоте коморбидных психических расстройств, а также средним баллам шкал Шэллинга для изучения импульсивности (Schalling Impulsivity Scale – SIS) и Гамильтона для депрессии и тревоги (HAMА, HAMD).

чесов, позволяющие рассматривать моторные акты в качестве импульсивных феноменов. (Авторы использовали специально разработанную для исследования шкалу – Multidimensional Impulsive-Compulsive Spectrum Disorder Assessment Instrument.) Больные с невротическими экскариациями отмечали, что их стремления возникают внезапно, а действия совершаются в кратчайшие сроки, тогда как пациенты с ОКР могли некоторое время сдерживаться, в результате чего им хватало времени, чтобы обдумать и спланировать действие. Сразу после нанесения расчесов больные с невротическими экскариациями чаще испытывали удовольствие, нежели чувство вины, а пациенты с ОКР – наоборот. Пациентам с невротическими экскариациями в отличие от больных ОКР не были свойственны ритуальные действия. При невротических экскариациях больные считали, что если не смогут совершить аутодеструктивное действие, то только выиграют от этого, тогда как пациенты с ОКР чувствовали, что может случиться что-то неприятное, если они не выполнят компульсивный ритуал.

Сходные психопатологические характеристики невротических экскариаций, относимых к проявлениям импульсивных влечений, приводятся в упомянутых выше работах отечественных авторов [65; 112]. Согласно описаниям М.А. Терентьевой [113] «желание наносить расчесы возникает у больных внезапно, чаще на высоте психогенно обусловленного (ссора с близкими, неприятности на работе, экзамены) дисфорического или тревожного аффекта». В большинстве (58,8%) наблюдений М.А. Терентьевой [113] пациенты с невротическими экскариациями «отмечают, что действуют неосознанно, как запрограммированные». При этом автор подчеркивает, что после «реализации импульсивных влечений появляется чувство удовлетворения, удовольствия, редуцируется или уменьшается напряжение и раздражительность», а «облегчение наступает лишь после того, как удалены все «неровности» на коже и появилась кровь¹⁶».

Наконец, часть авторов [151; 350; 457; 473; 477; 513] придерживается мнения, что расчесы при невротических экскариациях могут сочетать признаки навязчивостей и импульсивных действий, располагаясь в пределах *компульсивно-*

¹⁶Терентьева, М.А. Там же. С. 75-76.

импульсивного континуума. При этом на одном его полюсе находятся навязчивости, а на другом – импульсивные акты.

Исходя из такой концептуализации L.M. Arnold [151] разработаны диагностические критерии невротических (психогенных) экскораций, учитывающие возможность сочетания в структуре расстройства компульсивной и импульсивной составляющих. Признаки, позволяющие, по мнению авторов, отнести невротические экскорации к компульсивному, импульсивному или смешанному типу представлены в Таблице 2.

Таблица 2.

Диагностические критерии невротических (психогенных) экскораций по L.M. Arnold et al. [151].

<i>Компульсивный тип</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Кожа расчесывается, чтобы избежать нарастания тревоги или предотвратить неприятное событие/ситуацию, и/или чтобы справиться с obsессией (например, навязчивой мыслью о загрязнении кожи) 2. Действия полностью осознаются 3. Поведенческий акт ассоциирован с некоторым сопротивлением его выполнению 4. Отмечается эго-синтонное отношение к действиям с полным инсайтом относительно их бессмысленности или пагубности
<i>Импульсивный тип</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Расчесывание кожи ассоциировано с возбуждением, удовольствием или редуцией напряжения 2. Действия выполняются отчасти неосознанно (автоматически) 3. Расчесы ассоциированы с минимальным сопротивлением импульсивному влечению 4. Минимальная степень инсайта в отношении их бессмысленности или пагубности
<i>Смешанный тип</i>
Присутствуют признаки как компульсивных, так и импульсивных расчесов

Завершая обсуждение невротических экскораций, необходимо подчеркнуть следующее. В доступной литературе внимание авторов преимущественно сосредоточено на ассоциированных с кожными ощущениями психических расстройствах (obsессивно-компульсивных, импульсивных). Несмотря на многочисленные упоминания наблюдающихся при этом расстройствах кожных коэнестезиопатий, значимость последних исследователями недооценивается. Остается не

определена роль клинической гетерогенности патологических телесных ощущений при обосновании типологической дифференциации обсуждаемого расстройства, попытки которой базируются исключительно на отграничении сочетанных с коэнестезиопатиями нарушений – прежде всего, компульсивных и/или импульсивных моторных актов. Закономерности соотношений последних с различными патологическими телесными ощущениями остаются не изучены, несмотря на то, что в некоторых работах прослеживается отчетливая дихотомия кожных коэнестезиопатий.

Сверхценные/бредовые симптомокомплексы, реализующиеся в пространстве кожного покрова и протекающие с выявлением патологических телесных ощущений, объединяют состояния, обозначаемые в литературе понятиями «ограниченная – *circumscripta* – ипохондрия» и «дерматозойный бред».

Ограниченная ипохондрия по данным немногочисленных публикаций, посвященных этому расстройству [88; 93; 96; 98; 121; 183; 263; 309; 500], во всех наблюдениях без исключения сопровождается коэнестезиопатиями, отличными от ощущений, свойственных проанализированной выше патологии более легких психопатологических регистров (кожному неврозу и невротическим эксфолиациям) как по параметрам **пространственной проекции**, так и по их **психопатологической квалификации**. (Хотя детальный обзор литературы по проблеме ограниченной ипохондрии приводится в диссертационном исследовании В.И. Фроловой [121], избежать анализа тех же работ в аспекте задач настоящего исследования не представляется возможным в силу как крайней лимитированности числа источников, так и необходимости соотнесения их результатов и с данными В.И. Фроловой [121], и собственного исследования – см. Главу 3.)

В качестве ключевого свойства ощущений, обуславливающего соответствующую дефиницию обсуждаемого симптомокомплекса, приводится их локализованность (ограниченность – *circumscripta*)¹⁷. Однако в плане трактовки

¹⁷Работы, в которых термин «*circumscripta*» интерпретируется в свете представлений об «ограниченности» бредовых идей представлениями монотематического содержания здесь не анализируются [296].

такой «ограниченности» авторы доступных публикаций занимают полярные позиции. Так, в одной из основополагающих работ по проблеме ограниченной ипохондрии К. Vonhoefffer [183] речь идет о сенсациях, топографически соответствующих узкой области практически любого анатомического образования («органная изоляция» – язык, рука, кишечник, половые органы и др.). Представлений относительно произвольной преимущественно «внекожной» локализации ощущений придерживается целый ряд последователей концепции К. Vonhoefffer [88; 159; 263; 309; 325; 436].

Однако в соответствии со взглядами Н. Schwarz [443], сотрудника клиники К. Vonhoefffer, впервые использовавшего определение «*circumscripta*», коэнестезиопатии при ограниченной ипохондрии проецируются исключительно в пространство кожного покрова (именно отсюда прилагательное «ограниченная»), а не характеризуются локальностью в пределах любого участка организма – «фокуса сенсаций» как это следует из трактовки К. Vonhoefffer [183] и его последователей. С точки зрения Н. Schwarz [443] о локализации коэнестезиопатий в пределах кожного покрова соотносятся представления отечественных авторов [65; 93; 98; 121], разрабатывавших проблему ограниченной ипохондрии в том числе применительно к «дерматологической форме» расстройства в клинике кожных болезней. Соответственно вопрос преимущественной локализации сенсопатий при ограниченной ипохондрии в свете разночтений относительно проекции ощущений требует дальнейшего уточнения.

Переходя к обсуждению *психопатологической квалификации* коэнестезиопатий при ограниченной ипохондрии, приходится констатировать, что и по этому аспекту позиции исследователей далеки от единства, поскольку телесные сенсации определяются различными авторами как сенестопатии [88], телесные фантазии [309], хронические алгии [65; 93; 121; 159; 183; 263].

Так, Г.А. Ротштейн [88], рассматривая коэнестезиопатии при состояниях, относимых им к картине ограниченной («очерченной») ипохондрии при приступообразно-прогредиентной ипохондрической шизофрении, как локальные

сенестопатии, в пользу такой точки зрения приводит следующие соображения. Состояние определяется тягостными, с трудом поддающимися описанию, гетерономными, фокальными сенсациями (в сердце «дерганье, переворачивание»; в желудке что-то словно «замерзло, онемело»; что-то «неладное» с зубом мудрости – «пульсирует, дергает, болит»). При этом автор отмечает транзиторный характер таких локальных сенсаций, в дальнейшем сменяющихся диффузными сенестопатиями и висцеральными галлюцинациями.

S. Kimura et al. [309] в структуре ограниченной ипохондрии (*circumscribed hypochondriasis*) обнаруживают патологические телесные сенсации, которые могут быть квалифицированы как телесные фантазии [15; 451]. В анализируемых авторами клинических наблюдениях жалобы на коэнестезиопатии приводятся с акцентом условности – ощущением будто бы «инородного тела», ограниченного областью лица: «словно мембрана, прикрепленная к небу», «смятый комочек бумаги внутри челюсти», «тяжи, отходящие от десен», «тонкие нити, идущие от костей к лицевым мышцам и до боли их растягивающие». Наряду с указанным признаком в пользу квалификации таких коэнестезиопатий как телесных фантазий, по мнению отечественных авторов [65; 98; 121], также анализирующих результаты работы S. Kimura et al., говорит то, что сенсопатии отличаются «образностью, яркостью, изменчивостью, избыточной драматизацией» [121]. Патологические телесные сенсации согласно S. Kimura et al. [309] манифестируют в рамках психогенно спровоцированных депрессий у личностей драматического кластера и согласно катамнестическим сведениям, приводимым авторами, обходятся при разрешении психотравмирующей ситуации по мере редукции депрессивной симптоматики.

Необходимо отметить, что ни в монографии Г.А. Ротштейна [88], ни в публикации S. Kimura et al. [309] при относимых авторами к ограниченной ипохондрии преходящих состояниях (определяющих картину эндогенно-процессуального или аффективного заболевания лишь непродолжительное время), не упоминаются связанные с сенсациями аутодеструктивные действия.

В свою очередь в работах большинства авторов [65; 93; 98; 121; 159; 183; 199; 263] коэнестезиопатии при ограниченной ипохондрии трактуются как *хронические алгии* (сенестоалгии, идиопатические алгии, «нуммулярные»¹⁸ боли) и в отличие от наблюдений Г.А. Ротштейна [88] и S. Kimura et al. [309], напротив, характеризуются как определяющие состояние больных в течение длительного времени (годы, десятилетия) и ассоциированные со становлением «преодолевающего поведения» [98, 121], включающего акты аутоагрессии.

К. Vonhoefffer [183], а вслед за ним и другие авторы [65; 93; 98; 121], выделяют такие ключевые психопатологические признаки хронических локализованных болей при ограниченной ипохондрии, как преимущественно фациальная/краниальная проекция ощущений – ротовая полость, язык, волосистая часть головы (реже – висцеральная, например, в пищеводе, кишечнике, половых органах); сопоставимость обманов восприятия с ощущением инородного тела («рыбьей костью», «острием иглы») и обусловленное крайне интенсивными ощущениями стремление к радикальному хирургическому вмешательству, направленному на купирование изнуряющих алгий ценой извлечения из пространства тела «патологического очага» («Operationsucht» – «операционное влечение» по К. Vonhoefffer [183]).

Резюмируя данные о коэнестезиопатиях при ограниченной ипохондрии, отметим, что в проанализированных публикациях речь идет не только о выделении исследователями клинически гетерогенных ощущений – сенестопатий, телесных фантазий, идиопатических алгий, но и отдельных указаниях относительно тенденции к усложнению сенестопатий. Так, Г.А. Ротштейн [88] обращает внимание на трансформацию локализованных сенестопатий в диффузные с дальнейшим присоединением висцеральных галлюцинаций.

Аналогичным образом в диссертационном исследовании В.И. Фроловой [121], отмечается некоторое расширение круга обманов восприятия при

¹⁸Нуммулярная (от лат. nummulus – монетовидный) головная боль (coin-shaped cephalgia) выделяется в целом ряде современных публикаций, выполненных неврологами [253]. Часть случаев такой хронической боли, судя по приводимым клиническим описаниям (локальность ощущений, ограниченность областью головы, хроническое течение, мучительный характер, стойкость, резистентность к терапии, доверенная аутоагрессия [199]), соответствует картине кожной формы ограниченной ипохондрии.

ограниченной ипохондрии, не лимитированных исключительно болевыми ощущениями – идиопатическими алгиями. Автор обнаруживает присоединение к идиопатическим алгиям кожных коэнестезиопатий по типу тактильных иллюзий, а также зрительных иллюзий, соответствующих локализации кожных алгий: «пациенты пальпаторно «ощущают» неровность кожных покровов, наличие уплотнений, «бугорков», ... «фиксируются «патологические проявления», описываемые как «папулы», «прыщи», «фурункулы», «язвочки»¹⁹, – определяемые визуально. (Более детальный анализ динамики телесных ощущений в исследовании В.И. Фроловой [121] будет приведен ниже при обсуждении данных о взаимосвязи коэнестезиопатий с другими психопатологическими расстройствами.)

Переходя к обсуждению *ассоциированных с телесными ощущениями психопатологических расстройств* при ограниченной ипохондрии, можно констатировать, что целым рядом исследователей [88; 93; 98; 121; 500] они рассматриваются как обусловленные определяющими их становление и структуру коэнестезиопатическими нарушениями. При этом нужно подчеркнуть тот факт, что в описаниях упомянутых авторов производные от различных сенсопатий психопатологические расстройства в свою очередь также неоднородны, а представлены соответствующими ощущениям идеаторными нарушениями – сверхценными или бредовыми образованиями.

В обоснование квалификации обусловленных коэнестезиопатиями по типу идиопатических алгий идеаторных нарушений при ограниченной ипохондрии как расстройств *сверхценного уровня* авторами [93; 98; 183; 263] приводятся такие характеристики, как отсутствие бредовой концепции, идей воздействия и преднамеренного внедрения в пространство организма «чужеродного» объекта.

Напротив, в ряде публикаций идеаторные нарушения при обсуждаемом расстройстве трактуются как бредовые. Так, J. Vasek [500] указывает на близость производной от коэнестезиопатий (соотносимых с висцеральными

¹⁹ Фролова В. И. Коэнестезиопатическая паранойя (клинические и терапевтические аспекты дерматозойного бреда): дис. ... канд. мед. наук: Фролова Вероника Игоревна. М., 2006. С. 102.

галлюцинациями) симптоматики с ипохондрическими расстройствами паранойяльного круга по типу бреда одержимости, определяющего соответствующее бредовое поведение: «убежденность в наличии инородного тела, попавшего в организм извне – куска жести, отколовшегося, по убеждению больного, от тарелки, и застрявшего в горле, сопровождающаяся стремлением к удалению этого инородного предмета оперативным путем» (цитата по В.И. Фроловой²⁰ [121]).

Однако лишь в единичных работах прослеживается зависимость бредовых расстройств от коэнестезиопатий, исходя из сопоставления динамики идеаторных нарушений с видоизменением патологических телесных ощущений. Например, в цитированной выше монографии Г.А. Ротштейна [88] показано, что локальным сенестопатиям («первичным» в определении автора) конгруэнтны малосистематизированные бредовые идеи ипохондрического содержания, лишенные свойства «толкования» и не сопровождающиеся паранойяльной активностью. Однако по мере утяжеления ощущений за счет диффузных сенестопатий и висцеральных галлюцинаций отмечается параллельная трансформация идеаторных расстройств в ипохондрический парафренный бред (мегаломанический бред Котара)²¹.

Наиболее последовательное обоснование зависимости бредовых нарушений, относимых к расстройствам паранойяльного круга, от коэнестезиопатий при ограниченной ипохондрии приводится в работе В.И. Фроловой [121]. Автор подчеркивает, с одной стороны, «облигатную роль коэнестезиопатических расстройств», с другой – сопоставимость производных от сенестопатий идеаторных расстройств с «паранойей борьбы» [322] или «бредом притязания» [446].

В качестве признака, отличающего паранойяльные расстройства, свойственные ограниченной ипохондрии от паранойяльных расстройств, в основе которых лежат кататимные «аффективно заряженные комплексы (ревность,

²⁰ Фролова В. И. Там же. С. 28.

²¹ На этом основании Г.А. Ротштейн [88] трактует «очерченную ипохондрию» как «редуцированный ипохондрический синдром Котара», наблюдающийся при ипохондрической шизофрении.

любовь, изобретательство [20; 73; 178; 339])», исследователем предлагается рассматривать коэнестезиопатические нарушения. Последние, по мнению В.И. Фроловой [121], определяют тот факт, что паранойяльный «конфликт развертывается исключительно в сфере телесного самосознания, идеаторная сфера не задействована, отсутствуют интерпретации, сюжет бреда не разрабатывается и не обнаруживает тенденции к трансформации в систематизированный бред преследования»²².

В доказательство данной позиции В.И. Фролова [121] прослеживает последовательность становления ограниченной ипохондрии, обнаруживая параллелизм динамики коэнестезиопатических и производных идеаторных расстройств, выделяя три этапа развития заболевания. Внезапно возникающие на первом этапе идиопатические алгии при последующей трансформации на втором этапе в овладевающие ощущения [94] знаменуют соответствующее видоизменение идеаторных расстройств в форме овладевающих представлений [106; 132] в стойкие сверхценные идеи, характеризующиеся аффективной заряженностью и превалированием в сознании пациента. На третьем этапе, обозначаемом по аналогии с бредом одержимости как «синдром одержимости болями», «участок тела или орган, выступающий в качестве источника болей, определяется как чужеродное организму образование, противопоставляемое остальному пространству «здорового» тела»²³. Это обуславливает развитие соответствующего паранойяльной одержимости стремления к его «экстракции» из сферы собственного тела, сопровождающегося самодеструктивным поведением, включая в ряде случаев доверенную аутоагрессию (аутодеструктивные действия, делигированные медицинским работникам, в т.ч. оперативные вмешательства).

Завершая обзор публикаций, посвященных проблеме ограниченной ипохондрии, необходимо подчеркнуть следующее. Ограниченная ипохондрия – симптомокомплекс, при котором проблема соотношения коэнестезиопатий и

²²Фролова В. И. Там же. С. 105.

²³Фролова В. И. Там же. С. 103.

ассоциированных расстройств разработана наиболее детально. При ограниченной ипохондрии убедительно продемонстрирована сущность сочетанных с телесными ощущениями психических расстройств (сверхценных и паранойяльных образований, а также аутоагрессивного поведения), являющихся производными от коэнестезиопатий, вторичными психопатологическими феноменами.

В свою очередь, остается не определен ряд аспектов, касающихся ограниченной ипохондрии, применительно к психической патологии, реализующейся в пространстве кожного покрова, поскольку изучение обсуждаемого симптомокомплекса большинством авторов осуществлялось либо исключительно в психиатрической практике, либо выборки формировались лишь частично из больных, обратившихся в дерматологическую клинику [65; 121]. В этой связи нуждаются в верификации выдвинутых положений две основные концепции ограниченной ипохондрии, предполагающие различный подход к интерпретации термина «*circumscripta*», а значит и к сути лежащих в основе расстройства коэнестезиопатий: либо как лимитированных «фокусом» ощущений в пределах любого участка организма или анатомического образования [183], либо ощущений, проецирующихся исключительно в пространство кожного покрова [443]. Соответственно необходимо уточнение психопатологических характеристик и квалификация наблюдающихся при ограниченной ипохондрии кожных коэнестезиопатий, круг которых, судя по имеющимся в литературе упоминаниям [121], при «кожной форме» ограниченной ипохондрии не лимитирован только алгическими феноменами. Также дополнительного изучения требуют особенности аутодеструктивного поведения, поскольку аутоагрессия, по всей вероятности, в меньшей степени представлена стремлением к хирургическим вмешательствам (доверенная аутодеструкция), нежели другими, прежде всего, самоиндуцированными (самовызванными) формами повреждений.

Дерматозойный бред [219], определяемый как патологическая убежденность во внедрении в пространство кожного покрова живых существ – паразитов и являющийся одним из вариантов бреда одержимости животными [12] или зоопатического бреда [131; 330], так же, как и выше рассмотренные

психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова, сопровождается коэнестезиопатическими нарушениями, на что обращает внимание большинство исследователей [14; 45; 96; 121; 126; 163; 167; 351; 504]. Однако проблемы психопатологической квалификации и клинических особенностей патологических телесных ощущений, соотношения коэнестезиопатий с идеаторными – собственно бредовыми – нарушениями, а также их значение для психопатологической гетерогенности дерматозойного бреда и здесь остаются далеки от разрешения.

Анализ психопатологических характеристик сенсопатий при дерматозойном бреде не представляется возможным выполнить изолированно, независимо от обсуждения их соотношений с бредовой составляющей данного синдрома. В этой связи необходимо сразу оговориться относительно существования двух подходов к концептуализации роли собственно бредовой убежденности и обманов восприятия в формировании дерматозойного бреда.

Представители первого – «когнитивного» по G.E. Berrios [164; 165] – подхода [242; 279; 342; 458; 515] ключевым клиническим феноменом считают собственно бред заражения паразитами, указывая на его «первичность» по отношению к коэнестезиопатиям. Соответственно предлагаются такие терминологические обозначения обсуждаемого синдрома, как бредовое поражение паразитами [188], бред инфестации [458; 234; 235], «чистый дерматозойный бред» – «reiner Dermatozoenwahn» [242]. При этом сенсорные нарушения определяются как вторичные по отношению к идеаторным расстройствам («delusional misperception» [279]), так как последние «полностью отражают содержание бредовых построений» [121], фактически лишь дополняя их.

В обоснование собственной позиции относительно первичности бреда приверженцы этого направления [279; 515] приводят доказательства квалификации расстройства как бредового синдрома, ссылаясь на следующие аргументы: соответствие критериям бреда по K. Jaspers (уверенность пациента в истинности бредовой идеи; невозможность коррекции ни переубеждением, ни

внушением; ошибочность содержания бредовой идеи) и бредового расстройства по DSM-IV со стойкой, систематизированной бредовой системой и бредовым поведением. Однако такие «доказательства» вряд ли можно считать приемлемыми, поскольку вторичные, по мнению авторов второго («сенсориального») направления, бредовые расстройства, формирующиеся на базе коэнестезиопатий, обладают теми же свойствами.

В качестве доказательства первичности бреда также приводятся наблюдения, в которых дерматозойный бред развивается без предшествующих кожных ощущений [335; 371] по типу «бредового озарения», лишь вслед за которым манифестируют тактильные обманы восприятия. При этом некоторые авторы [335] делают выводы о дебюте заболевания, фактически полагаясь на феномен бредовой ретроспекция – ложные воспоминания о моменте заражения паразитами, в действительности представляющие собой результат последующей разработки бредовой системы. Таким образом полностью игнорируется тот факт, что при ретроспективной оценке в случае длительного течения заболевания непродолжительный продром, определяющийся коэнестезиопатиями, может быть «маскирован» вторичными бредовыми построениями.

В качестве подтверждения первичности бреда при обсуждаемом синдроме приводятся также данные ранних терапевтических исследований. Так, согласно мнению А. Munro [362, 366] «специфическим эффектом» в отношении дерматозойного бреда обладает пимозид, продемонстрировавший эффективность в отношении идеаторных расстройств при других первичных бредовых синдромах – бредовой ревности/эротомании [211; 293; 364; 365; 400], что может указывать, прежде всего, на бредовую природу симптомокомплекса. Однако, как справедливо отмечают в своем обзоре J. de León et al. [203], специфичность пимозида в отношении первичного дерматозойного бреда отнюдь не является доказанной. Согласно данным целого ряда открытых и неконтролируемых исследований (см. Главу 7) при этом симптомокомплексе эффективен широкий круг, как типичных, так и атипичных антипсихотиков.

Исследователи второго – «сенсориального» по G.E. Berrios [164; 165] – подхода, указывающие на «первичность» коэнестезиопатий, приводят неоднозначные трактовки сенсопатий при обсуждаемом расстройстве. Патологические телесные сенсации квалифицируются как парестезии [219], зуд, алгии, дизестезии [267; 443], сенестопатии [14; 45; 59], тактильные галлюцинации [96; 121]. Так, автор одного из первых систематических описаний расстройства, введший термин «дерматозойный бред», шведский исследователь К.А. Екбом [219], не только отметил наличие при этой патологии коэнестезиопатий, но также указал на их связь с бредом, считая, что речь идет об «ошибочной» бредовой интерпретации первичных патологических телесных сенсаций, которые автор трактовал как парестезии. Отметим, что такие характеристики сенсопатий, как конкретность, стойкость, детализированность, предметность в большей степени сближают обманы восприятия в описаниях автора с тактильными галлюцинациями. Опуская приводимые К.А. Екбом [219] в обоснование природы коэнестезиопатий как «реальных неврологических» ощущений аргументы, включая возрастные сосудистые и дегенеративные изменения головного мозга, следует отметить, что автор обратил внимание на имеющее принципиальное значение (в свете обсуждаемой проблемы соотношений обманов восприятия и бреда) свойство сенсопатий. В большинстве приводимых К.А. Екбом [219] наблюдений патологическими телесными сенсациями определяется продромальный этап заболевания, предшествующий бредовому «озарению» о заражении паразитами, что может рассматриваться в качестве одного из значимых аргументов в пользу трактовки коэнестезиопатий как первичных психопатологических расстройств.

Аналогично К.А. Екбом [219], некоторые авторы [154; 171; 188; 432], включая современников шведского исследователя Н. Schwarz [443] и Н. Harbauer [267], придерживаются сходного мнения относительно того, что становление бредовой системы при этом синдроме обусловлено «объективными» сенсопатиями (зудом, алгиями, дизестезией), обусловленными органическим

поражением центральной и периферической нервной системы²⁴, а также различными соматическими заболеваниями (сахарный диабет, почечная и печеночная недостаточность, лимфомы), нередко сопровождающимися зудом и другими кожными ощущениями.

Возвращаясь к проблеме психопатологической квалификации первичных коэнестезиопатий и ее неоднозначности в работах авторов второго подхода, нужно отметить, что в некоторых публикациях, аналогично К.А. Екбом [219], указывается на тот факт, что в продроме заболевания наблюдаются предшествующие манифестации бреда коэнестезиопатии, определяемые как сенестопатии [14; 45; 59]. Последние описываются как диффузные, лишенные предметности, неопределенные, мучительные элементарные сенсации (жжение, покалывание кожи, ощущения укусов, уколов, шевеления, ползания, движение по поверхности и в глубине кожных покровов), в дальнейшем при манифестации дерматозойного бреда сменяющиеся тактильными галлюцинациями. Так, Н.С. Иванова [45] при анализе случаев дерматозойного бреда в рамках шизофренических психозов (параноидная и рекуррентная шизофрения), указывает на появление в дебюте заболевания зуда, в дальнейшем трансформирующегося в сенестопатии, а на завершающем этапе формирования синдрома – в «предметные», «образные», «конкретные обманы восприятия» (тактильные галлюцинации).

Сопоставимые данные о сенестопатической природе патологических телесных сенсаций в дебюте заболевания и последовательности развития коэнестезиопатий можно обнаружить в публикациях и других отечественных исследователей. Так, Е.А. Брюн [14] в результате анализа 77 больных, отнесенных к особой форме инволюционных психозов, также выделяет самостоятельную инициальную стадию развития синдрома дерматозойного бреда,

²⁴В качестве подтверждающей «сенсориальный» подход биологической модели дерматозойного бреда, формирующегося на базе кожных коэнестезиопатий, предлагается рассматривать случаи расстройства, индуцированного приемом кокаина/амфетамина. При этом отмечается характерная этапность заболевания: бредовая убежденность в паразитарной инвазии формируется вслед за периодом телесных сенсаций (зуд, формиация, дизестезия) с условной модальностью интерпретации ощущений («as if» будто под кожей находятся паразиты) и отрицанием больными факта их реального существования на начальном этапе [221; 454].

картина которого, по мнению автора, определяется «кожными сенестопатиями» («тактильный сенестопатический галлюциноз»). Однако в отличие от Н.С. Ивановой [45] исследователь объединяет с сенестопатиями также зуд кожи, обычно относимый к гомономным телесным ощущениям, не рассматривая этот клинический феномен в качестве самостоятельного психопатологического образования. Описание обманов восприятия, возникающих вслед за сенестопатиями, соответствует характеристикам осязательных галлюцинаций – стадия «тактильного галлюциноза» по Е.А. Брюн [14], на которой к кожным ощущениям присоединяются производные от сенестопатий бредовые расстройства – бред паразитарной инвазии. Свойства таких коэнестезиопатий включают «субъективную реальность», «предметность», «сложность», «завершенность образа галлюцинаторного объекта» («паразита») и идентичны указываемым другими авторами [45; 121; 163; 167; 351; 504], трактуемыми преобладающие при дерматозойном бреде обманы восприятия как галлюцинаторные. Такая позиция находит отражение в соответствующих дефинициях, предлагаемых для обозначения обсуждаемого расстройства и подчеркивающих ключевую роль в становлении синдрома первичных обманов восприятий: хронический тактильный галлюциноз [167], тактильный галлюциноз позднего возраста [126], хронический галлюцинаторный психоз [351].

Таким образом, резюмируя данные исследователей, придерживающихся представлений относительно первичности коэнестезиопатий, можно констатировать, что возникающий на базе ощущений бред манифестирует не только вслед за продромальным этапом, определяющимся «малодифференцированными» ощущениями (зудом, сенестопатиями), но и сопряжен со становлением тактильного галлюциноза. Однако вопрос относительно природы психопатологического феномена обуславливающего такую синдромообразующую ассоциацию, реализующуюся при объединении сенсорных и бредовых расстройств, остается за рамками внимания исследователей.

Завершая анализ соотношений сенсорных и идеаторных расстройств при дерматозойном бреде, следует также обратить внимание на следующее соображение. Несмотря на продолжающуюся по сей день дискуссию относительно роли патологии восприятия и бредовых расстройств за пределами клинического анализа при обсуждаемом расстройстве остается проблема соотношения кожных коэнестезиопатий и бреда одержимости паразитами с обманами восприятия других модальностей. Данный аспект затрагивающих лишь в единичных публикациях, однако при этом предлагается квалификация зрительных сенсопатий при дерматозойном бреде, аналогичная выше приведенной позиции А. Hillert et al. [279] относительно «вторичности» по отношению к бреду коэнестезиопатий. Так, в диссертационном исследовании В.И. Фроловой [121] зрительные обманы восприятия рассматриваются как «визуализация бредовых представлений» [119; 132; 362; 363; 367; 371]. Автор указывает, что больные не только «находят на поверхности кожи ходы насекомых» и «интерпретируют локальные изменения цвета кожного покрова в качестве укусов», но «обнаруживают и самих паразитов», приводя описания их внешнего вида. Последние, по данным В.И. Фроловой [121], феноменологически неоднородны: «описание внешнего вида насекомых в большинстве случаев отличается простотой («множество черных точек», «мелкие прозрачные палочки»)), в других – «приводятся более подробные морфологические характеристики: цвет, размеры, конфигурация туловища – ножки, глаза, усики»²⁵. Однако более детальные характеристики визуальных обманов восприятия автором не обсуждаются, так же как не анализируется проблема их феноменологического разнообразия.

Переходя к заключительной части обсуждения проблемы дерматозойного бреда, обратимся к вопросам *психопатологической неоднородности* обсуждаемого расстройства. Несмотря на имеющиеся указания относительно существования не идентичных «классическим» описаниям [167; 219; 443] вариантов дерматозойного бреда [121; 368; 370; 371], их анализ в плане изучения

²⁵Фролова В. И. Там же. С. 52.

возможной роли психопатологических закономерностей синдроменеза при становлении таких *атипичных форм* не проводится. Например, в исследовании В.И. Фроловой [121] автором выделяется атипичный вариант расстройства, среди отличительных психопатологических характеристик которого указываются усложнение фабулы (за счет бреда «иногo содержания» – сенситивных идей отношения), более высокая степень систематизации и расширенный «набор объектов параноидной интерпретации». В.И. Фролова [121] определяет такой симптомокомплекс как «бред глобальной одержимости паразитами» с выходом паразитов за пределы кожного покрова – во внутреннее пространство организма и внешнюю среду («генерализация» бреда в терминологии автора [121]). При этом бредовое поведение отличается от «классического» варианта вычурностью, выраженными аутодеструктивными тенденциями, явлениями транзитивизма. Однако детальный анализ особенностей коэнестезиопатических расстройств и других обманов восприятия автором в этих случаях не приводится. В.И. Фролова [121] ограничивается указанием, что феноменология обманов восприятия в структуре такого дерматозойного бреда характеризуется «образностью, яркостью, метафоричностью»²⁶, а атипичность симптомокомплекса объясняется исключительно нозологической принадлежностью расстройства к патологии эндогенно-процессуального круга.

Также отличный от «классического», однако не идентичный выделяемому В.И. Фроловой [121], атипичный вариант дерматозойного бреда рассматривается в серии публикаций М. Musalek [368; 370; 371]. Автор приводит описание бреда, отличающегося убежденностью в наличии паразитов исключительно за пределами тела пациента. При этом доминирует не восприятие мнимой паразитарной инвазии как тяжелой заразной болезни («ипохондрический дерматозойный бред»), а борьба с паразитами, прежде всего, вне границ организма – в окружающей среде. По мнению М. Musalek, наиболее обоснованным в этих случаях является определение такого симптомокомплекса как персекуторного – «дерматозойного бреда преследования».

²⁶ Фролова В.И. Там же. С. 139

Сходное с вариантом М. Musalek [368; 370; 371] описание атипичного дерматозойного бреда по типу персекуторного содержится в обсуждавшейся выше работе К. Ekblom [219], а также в публикациях отдельных случаев других авторов [234]. Так, одна из пациенток, согласно мнению К. Ekblom [219], отличающаяся по ряду клинических особенностей от остальных семи больных выборки автора, жаловалась на присутствие в ее квартире мелких животных («микроскопических платяных мышей»), нападающих на нее только в ночное время, в постели, куда «они забирались, погреться». Тактильные обманы восприятия у этой больной элементарны («восприятие лапок бегающих мелких животных»), а локализация ощущений ограничивается поверхностью кожи – паразиты передвигались по телу, но не внедряются, не живут в кожном покрове. Бред у больной мало разработан, а заболевание обошлось сразу после госпитализации в психиатрическую клинику, куда паразиты, живущие, по ее мнению, «сами по себе вне тела, попасть не могли». К. Ekblom [219] образно сравнивает таких паразитов с «бандой злоумышленников», докучающих пациентке, фактически подтверждая высказанное М. Musalek положение о сопоставимости этого варианта синдрома с бредом преследования.

Приходится констатировать, что ни М. Musalek [368; 370; 371], ни другие авторы, выделяющие «персекуторный вариант» дерматозойного бреда [219; 234], не приводят каких-либо соображений в обоснование природы описываемого ими атипичного симптомокомплекса. Хотя К. Ekblom [219] и указывает при этом на такие свойства обманов восприятия как элементарность и поверхностность локализации, попыток соотнесения характеристик коэнестезиопатий с особенностями бредовой составляющей синдрома автор не предпринимает.

Наряду с выше перечисленными, выходящими за пределы «классических» описаний вариантами, в течение последнего десятилетия из группы больных дерматозойным бредом рядом исследователей также выделяется атипичная форма

расстройства, длительное время обозначавшаяся как «болезнь Моргеллонов» – Morgellons disease²⁷ [209; 272; 314; 391; 420; 506].

Большинство исследователей, квалифицирующих «болезнь Моргеллонов» как вариант дерматозойного бреда, в качестве ключевого признака атипичности указывают на необычность «паразитарных объектов», не свойственных классическим описаниям зоопатического бреда [209; 272; 420]. Наряду с типичными коэнестезиопатиями (зуд, жжение, ощущение передвижения чего-то живого), а также кожной аутодеструкцией, приводятся дескриптивные признаки выделяющихся из поверхности тела мнимых объектов (различного цвета волокон, фибрилл, гранулоподобных образований), имеющих мало общего с завершенным паразитарным образом.

В качестве объяснения такой атипичности за счет видоизменения «паразитарных образов» приводится аргумент о естественном патоморфозе заболевания. Так, P. Dewan et al. [209] утверждают, что если в XIX веке возникало «бредовое заражение» насекомыми и клещами, то в XX веке к ним присоединились «бактерии, вирусы и грибы», а в XXI веке – «неживые объекты (неизвестные фибриллы, филаменты, гранулы)». На этом основании некоторыми авторами [169; 235] предлагается переименование дерматозойного бреда: смена наиболее

²⁷Название и первое описание «загадочной инвазии» было дано в 2001 г. Mary Leitaо, считавшей, что этим расстройством страдает ее двухлетний сын (феномен «бу гроху» – болезнь «по доверенности» или за счет «своего представителя»). При многочисленных обследованиях у педиатров и дерматологов ребенок был признан здоровым, а M.Leitao предложено обратиться к психиатру. Отрицая психическое расстройство, M.Leitao с 2002 г. энергично направила свою деятельность на доказательство паразитарной/инфекционной природы болезни, организовав фонд изучения «неизвестного науке» заболевания (Morgellons Research Foundation). Директором фонда стал доктор R. Wumore, «чудесным образом излечившийся от этого недуга с помощью собственного лекарственного средства – специального раствора коллоидного серебра». За несколько лет число зарегистрированных фондом пациентов, считающих себя страдающих «болезнью Моргеллонов» в Техасе, Калифорнии и Флориде превысило четыре тысячи, а сообщений, оставленных на сайте организации пользователями со всего мира – 12 тыс. С 2006 г. статьи аффилированных фондом авторов, посвященные «новой болезни», были опубликованы не только в популярных изданиях, но и в научных медицинских журналах [353; 438], а телеканалы США транслировали передачи о «борьбе матери с ужасным недугом ребенка». (Несколько аналогичных теле-шоу о болезни Моргеллонов было показано и на центральных российских каналах в 2012 г.)

Под давлением со стороны больных и поддерживающих их представителей фонда по изучению болезни Моргеллонов, неоднократно обращавшихся с жалобами и запросами в органы управления здравоохранением, администрация штата Флорида была вынуждена инициировать расследование. В результате в 2006 г. Центром по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) была организована рабочая группа, и стартовало исследование, направленное на изучение «неустановленной дерматопатии» («болезни Моргеллонов») как возможного опасного инфекционного заболевания. Результаты этого крупномасштабного эпидемиологического исследования были опубликованы лишь в 2012 г. [395]. Согласно данным всестороннего клинико-эпидемиологического анализа было установлено, что речь идет не о каком-либо инфекционном заболевании, а видимо, об особой форме дерматозойного бреда.

распространенного англоязычного термина «бредовой паразитоз» (delusional parasitosis), на более «адекватный» – «бредовая инфестация» (delusional infestation).

Однако, развивая идеи относительно атипичии «паразитарных» объектов, авторы указанных публикаций оставляют без внимания другую клинически значимую особенность «болезни Моргеллонов», отличающую этот вариант синдрома от «классических описаний» – преобладание кверулянтства. В приводимых описаниях обращает на себя внимание тот факт, что сутяжные бредовые идеи доминируют над собственно «ипохондрическими» представлениями о паразитарном заражении. При этом соответствующая сутяжная бредовая активность больных ассоциирована с общественной деятельностью, направленной на опровержение диагноза психического заболевания и доказательство паразитарной природы болезни (жалобы в контролирующие медицинские инстанции, правительственные учреждения и общественные организации, проведение собственных «доказательных исследований», выступления в СМИ, тиражирование бредовых представлений с помощью сети Интернет), выходящих благодаря современным информационным технологиям на более высокий социальный уровень.

Таким образом, завершая обсуждение роли коэнестезиопатических расстройств при дерматозойном бреде, приходится констатировать, что несмотря на имеющиеся сведения относительно значимости сенсопатий, представляющих собой, по мнению ряда процитированных выше авторов, первичные психопатологические образования, являющиеся исходным пунктом для становления бредовых идеаторных расстройств, некоторые аспекты проблемы требуют дальнейшего изучения. Так, необходимо уточнение психопатологических характеристик обнаруживающих согласно сведениям литературы отчетливую клиническую гетерогенность коэнестезиопатий в плане детализации закономерностей соотношений сенсопатий с бредом на синдромальном уровне. Несмотря на имеющиеся сведения о роли кожных коэнестезиопатий при бреде одержимости паразитами, требует

целенаправленного рассмотрения проблема обманов восприятия других модальностей, прежде всего, визуальных, отдельные характеристики которых в доступных исследованиях хотя и приводятся, однако систематически не анализируются. Также в уточнении нуждается природа синдромообразующего психопатологического феномена, обуславливающего объединение сенсорных и бредовых расстройств, способствующих формированию синдрома дерматозойного бреда. Требуется клинической интерпретации в свете нюансов соотношений сенсопатий и бредовых нарушений существование перечисленных выше «атипичных» форм дерматозойного бреда с наиболее широким охватом таких отличных от «классического» вариантов.

В заключение настоящего обзора литературы, посвященного психическим расстройствам, реализующимся в пространстве кожного покрова, резюмируем ряд положений, требующих верификации в клинических исследованиях.

Актуальным остается выявление клинических оснований установленного эпидемиологическими исследованиями аффинитета кожного покрова к психической патологии тяжелых регистров (сверхценных, бредовых), а также к некоторым предпочтительным расстройствам более легких психопатологических регистров (обсессивно-компульсивным, ипохондрическим). В этой связи необходимо уточнение психопатологической структуры расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, с целью верификации роли сенсопатий как первичных образований, определяющих клинические особенности ассоциированных с сенсорными нарушениями вторичных психопатологических феноменов.

Требуется подтверждения обоснованность выделения в пределах психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, с учетом анализа ассоциации коэнестезиопатий и ассоциированных психических, а также соматовегетативных расстройств такой клинической категории, как **кожный органический невроз**. Нуждается в переоценке роль вклада в клиническую картину **невротических экскораций** кожных сенсопатий со смещением акцента с проблемы ассоциированных с ощущениями компульсивных/импульсивных

расстройств. Верификации требует валидность использования таких клинически гетерогенных коэнестезиопатических нарушений в качестве дифференцирующих признаков для разграничения компульсивных и импульсивных вариантов невротических экскораций. Актуальным является решение проблемы концептуализации кожной формы *ограниченной ипохондрии*, обнаруживающей различный подход не только к интерпретации термина «circumscripta», но и лежащих в основе данного синдрома коэнестезиопатий либо как лимитированных «фокусом» ощущений в пределах любого участка организма или анатомического образования, либо проецирующихся исключительно в пространство кожного покрова. В плане дальнейшего изучения *дерматозойного бреда* обоснованной может считаться необходимость определения психопатологических характеристик максимально широкого круга атипичных форм симптомокомплекса и обоснование их объединения в пределах единого спектра расстройств, характеризующихся общностью психопатологической структуры.

Устранение неопределенности в отношении сформулированных проблем может способствовать не только построению теоретической модели и унифицированной систематики расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, но и оптимизации подходов к организации медицинской помощи и терапевтической тактике.

ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование выполнено в период с 2009 по 2014 гг. в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) Федерального Государственного Бюджетного Учреждения «Научный Центр Психического Здоровья» РАМН (директор – академик РАН, проф. А.С. Тиганов) и на кафедре психиатрии и психосоматики (зав. кафедрой – академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) института послевузовского образования Государственного Бюджетного Образовательного Учреждения Высшего Профессионального Образования Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М.Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ректор – член-корреспондент РАН П.В. Глыбочко).

Данная работа обобщает результаты клинического, психологического и эпидемиологического анализа психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова (психодерматологических синдромов), встречающихся в дерматологической практике.

Общая выборка настоящего исследования, объединяющая клиническую (n=193) и эпидемиологическую (n=1545), сформирована из числа обратившихся за амбулаторной помощью пациентов, обследованных на базе подразделений²⁸ клиники кожных и венерических болезней (дир. – проф. О.Ю. Олисова) Университетской клинической больницы №2 (главный врач – проф. М.А. Газимиев) Первого Московского Государственного Медицинского Университета

²⁸Лечебно-диагностическое отделение (зав. отд. – Л.А.Котельникова), кожно-венерологическое отделение №1 (зав.отд. – Д.В. Игнатъев), кожно-венерологическое отделение №2 (зав. отд. – к.м.н. Л.Р. Плиева).

им. И.М. Сеченова, часть которых в дальнейшем была дообследована и проходила стационарное лечение в клинике ФГБУ НЦПЗ РАМН.

В настоящей главе приводятся характеристики клинической выборки исследования (193 набл.). Анализу эпидемиологической выборки (1545 набл.) посвящена отдельная 6 глава диссертации.

Синдромальная квалификация психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова (психодерматологических синдромов), исходит из определения, сформулированного акад. РАН А.Б. Смулевичем и соавт. [102; 104]: психические расстройства, характеризующиеся тропностью к кожному покрову, манифестирующие при отсутствии диагностированного дерматоза (*sine materia*) и ответственные за самоиндуцированные/соматоформные кожные нарушения, имитирующие/напоминающие клинические проявления дерматологических заболеваний.

Поскольку в МКБ-10 единый класс расстройств, объединяющий обозначенные нарушения, отсутствует, и соответствующие рубрики распределяются в пределах гетерогенных, как психиатрических – F, так и дерматологических – L – категорий (F4 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; F6 – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте; F2 – шизофрения, шизотипические и бредовые расстройств; L98.1 – искусственный/артифициальный дерматит; L29.9 – зуд неуточненный), для решения поставленных задач и исходя из приведенного выше определения были сформулированы следующие исследовательские критерии включения:

Критерии включения в клиническую выборку:

- признаки психической патологии, проявляющейся псевдосоматическими симптомами, реализующимися в сфере кожного покрова, но не имеющими объективного медицинского обоснования;

- выявление самоиндуцированных/соматоформных (по типу вегетативной дисфункции) кожных нарушений при несоответствии дерматологического статуса клиническим проявлениям известных дерматозов;

В клиническую выборку исследования вошли пациенты старше 18 лет с длительностью расстройств не менее 1,5 месяцев²⁹. Обязательным условием обследования³⁰ больных психиатром было получение информированного согласия.

Критерии невключения: наличие объективно подтвержденной дерматологической/паразитарной или соматической/неврологической патологии, сопровождающейся кожными симптомами (болезни печени, почек, сахарный диабет, болезни крови, гипо- и гипертиреозидизм, травмы нервных стволов, опухоли ЦНС); наличие тяжелой психической патологии (умственной отсталости, выраженной деменции, зависимости от психоактивных веществ), затрудняющих детальное психопатологическое обследование.

Изученные расстройства в зависимости от регистра, в котором они выступают, были отнесены к одной из следующих клинических групп (Таблица 3): 1) невротические/конституциональные расстройства; 2) сверхценные/бредовые расстройства, – что согласуется с современной типологической дифференциацией наблюдающихся в общей медицине психических расстройств, реализующихся в соматопсихической сфере и не имеющих медицинского обоснования [101].

²⁹Такая 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.

³⁰Обследование проводилось при участии квалифицированных психиатров экспертов – Е.Н. Матюшенко, Н.В. Захаровой.

Таблица 3.

Распределение пациентов клинической выборки (n=193) по группам, и соотношение с рубриками отечественной версии МКБ-10 для класса психических расстройств.

<i>Диагнозы (рубрики МКБ-10)</i>	<i>Коды МКБ-10</i>	<i>Абс. (%)</i>
Невротические/конституциональные расстройства (включая неврозоподобные/психопатоподобные состояния)		
Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	F45.3	52 (26,9)
Обсессивно-компульсивное расстройство с преобладанием компульсий	F42.1	17 (8,8)
Расстройство привычек и влечений	F63	27 (14,1)
Шизофрения вялотекущая:		
Неврозоподобная	F21.3	2 (1,0)
Ипохондрическая	F20.81	4 (2,1)
Психопатоподобная	F21.4	5 (2,6)
Сверхценные/бредовые расстройства		
Устойчивое соматоформное болевое расстройство	F45.4	12 (6,2)
Хроническое бредовое расстройство	F22.0	26 (13,5)
Шизофрения:		
Ипохондрическая	F20.81	8 (4,1)
Психопатоподобная	F21.4	15 (7,8)
Параноидная	F20.0	25 (12,9)

Анализ клинической структуры психической патологии, реализующейся в пространстве кожного покрова, указывает на незначительное преобладание в выборке пограничных психических расстройств – реакции, фазы, развития (107 набл. – 55,4%). При этом обращает на себя внимание высокий процент больных шизофренией (30,6% – 59 набл.), что соотносится с данными литературы о тропности патологии, вовлекающей кожный покров, к расстройствам шизофренического спектра [2; 68]. Кроме того, в значительном проценте случаев (26 набл. – 13,5%) диагностировано хроническое бредовое расстройство – паранойя, частота которой не только в населении, но и в психиатрической практике не превышает 1% .

*Основной метод настоящего исследования – психопатологический*³¹ дополнялся *эпидемиологическим*, позволяющим верифицировать валидность выявленных клинических закономерностей на эпидемиологическом уровне с привлечением крупной выборки, представленной контингентом больных дерматологической сети. (Описание процедур эпидемиологического исследования приводится отдельно – в Главе 6.)

Специфика клинических проявлений среди больных, обращающихся за медицинской помощью в учреждения кожновенерологического профиля, определила необходимость квалифицированного дерматологического обследования. Все пациенты клинической выборки были консультированы 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. Дерматологическое заключение основывалось на анализе кожного статуса на день осмотра, данных стационарной истории болезни и/или амбулаторной карты лечебно-диагностического отделения, сведений из предоставленной пациентами медицинской документации (контент-анализ). В части случаев привлекались дополнительные параклинические методы исследования, применяемые в дерматологии (дерматоскопия, патогистология). Дерматологические диагнозы в клинической выборке согласно рубрикам МКБ-10 представлены в Таблице 4.

Таблица 4.

Распределение пациентов клинической выборки в соответствии с рубриками МКБ-10 для класса дерматологических расстройств (n=193)*.

<i>Диагнозы (рубрики МКБ-10)</i>	<i>Коды МКБ-10</i>	<i>Абс. (%)</i>
Искусственный/артифициальный дерматит	L98.1	137 (71,0)
Зуд неуточненный	L29.9	56 (29,0)

*Дерматологические характеристики кожного статуса пациентов клинической выборки, дополненные соответствующими клиническими иллюстрациями, приведены в Главах 3 и 4.

³¹Психопатологическая оценка больных клинической выборки проводилась в рамках клинических разборов, осуществлявшихся под руководством академика РАМН, проф. А.Б. Смуглевичем 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.

Характеристика материала и методик психологического исследования, проведенного части больных клинической выборки (37,3% – 72 из 193 набл.), а также описание эпидемиологической выборки (n=1545) и дизайн собственного эпидемиологического исследования приводятся в Главах 5 и 6 диссертации соответственно.

Для статистической обработки данных использовалась программа STATISTICA 8.0 (StatSoft Inc.). Применялись методы описательной статистики для группировки данных, построения распределений частот, выявления центральных тенденций распределений (средних значений, медиан, мод) и оценки разброса/рассеяния данных (размахов/диапазонов, средних квадратических – стандартных – отклонений). Анализ статистической значимости различий количественных признаков проводился при помощи параметрического t-критерия Стьюдента (после проверки соответствия вида распределения признака закону нормального распределения) и непараметрического U-критерия Манна-Уитни (при несоответствии вида распределения закону нормального распределения). Сопоставление качественных признаков осуществлялось в зависимости от их типов: для бинарных проводилось сравнение относительных частот с применением Z-критерия, для номинальных и порядковых – с использованием критерия χ^2 Пирсона-Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. При анализе результатов психологического обследования применялся метод кластерного анализа.

Клиническая выборка настоящего исследования включает 193 больных (147 женщин и 46 мужчин). Возраст пациентов варьирует от 18 до 87 лет. Средний возраст – $54,4 \pm 16,9$ лет, медиана – 55 лет. Полученный показатель среднего возраста статистически значимо превышает соответствующее значение ($41,1 \pm 18,2$ лет) в крупном сплошном клинико-эпидемиологическом исследовании психических и психосоматических расстройств в общей медицине «СИНТЕЗ» [2], дерматологическая выборка которого (534 набл.) репрезентативна в отношении характеристик контингента учреждений кожно-венерологического профиля.

Выявленное расхождение объясняется ниже приведенными данными анализа возрастного распределения.

Преобладающую долю (61,7%) в клинической выборке настоящего исследования составляют лица зрелого и пожилого возраста³² – от 41 до 70 лет – (см. гистограмму на Рисунке 2 и Таблицу 5) с наибольшей концентрацией пациентов в возрастном интервале 61-70 лет (22,3%).

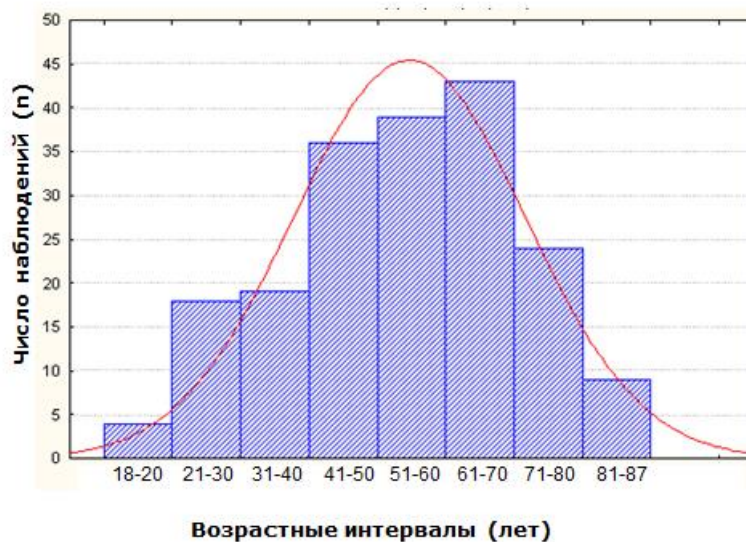


Рисунок 2. Гистограмма распределения пациентов клинической выборки (193 набл.) по возрасту.

Таблица 5.

Распределение больных клинической выборки по возрасту (n=193).

<i>Возраст (лет)</i>	<i>абс. (%)</i>
18-20	4 (2,1%)
21-30	18 (9,3%)
31-40	19 (9,8%)
41-50	37 (19,2%)
51-60	39 (20,2%)
61-70	43 (22,3%)
71-80	24 (12,4%)
81-87	9 (4,7%)

Накопление пациентов указанного возрастного диапазона в клинической выборке больных с психическими расстройствами, реализующимися в

³²Используются установленные ВОЗ (1986, 2003) критерии возрастной периодизации, дополненные данными ряда авторов [8; 33]: зрелый возраст – 40-55 лет, пожилой – 56-74 лет.

пространстве кожного покрова, определяется значительной долей больных с дерматозойным бредом (64 набл. – 33,2%) и ограниченной ипохондрией (22 набл. – 11,4%) – суммарно 44,6%. Средний возраст этих пациентов составляет $59,5 \pm 16,5$ и $56,1 \pm 12,9$ лет соответственно и соотносится со значениями приводимыми в литературе для дерматозойного бреда – 57-60 лет [234; 488] и ограниченной ипохондрии – 53,5 лет [121], чем и обусловлено проиллюстрированное на гистограмме смещение возрастного распределения вправо: мода (наиболее часто встречающееся значение) составляет 60 лет при среднем значении – 54,4 лет.

Распределение больных по полу в клинической выборке (147 женщин и 46 мужчин – 76,2 и 23,8% соответственно) определяет гендерное соотношение 3,2:1, отражающее статистически значимое ($p < 0,05$) преобладание женщин. Полученные результаты согласуются с данными выше упомянутого клинико-эпидемиологического исследования «СИНТЕЗ», дерматологическая выборка которого также характеризуется доминированием (хотя и не столь значительным, как в настоящем исследовании) женщин – 65,1% против 34,9% – 1,9:1 [2]. Однако необходимо отметить, что доля женщин в настоящем исследовании статистически значимо ($p < 0,05$) превышает аналогичный показатель в программе «СИНТЕЗ» – 76,2% против 65,1%. Это объясняется преобладанием женщин как среди больных с дерматозойным бредом (в клинической выборке гендерное соотношение – 3,6:1), так и среди пациентов с невротической/конституциональной патологией, реализующейся в пространстве кожного покрова, доля которой в изученной выборке составила 55,4% (гендерное соотношение – 3,2:1). Полученные показатели сопоставимы с данными литературы: 3,1-4:1 – соотношение для дерматозойного бреда [210; 342; 486] и 3-8:1 – для артефактного дерматита и невротических эксфолиаций [502].

Социодемографические показатели клинической выборки в сопоставлении с данными программы «СИНТЕЗ» [2] представлены в Таблице 6.

Таблица 6.

Социодемографические показатели пациентов клинической выборки в сопоставлении с дерматологической выборкой программы «СИНТЕЗ» [2].

<i>Показатели</i>	<i>Собственные данные, n=193 абс. (%)</i>	<i>Программа «СИНТЕЗ», n=534 абс. (%)</i>	<i>p</i>
Семейный статус			
женат/замужем	74 (38,4%)	283 (53,0%)	p<0,05
вдовец/вдова	30 (15,5%)	21 (3,9%)	p<0,05
никогда не состоял/а в браке	26 (13,5%)	184 (34,5%)	p<0,05
разведен/а	63 (32,6%)	46 (8,6%)	p<0,05
Образование			
среднее неполное	4 (2,1%)	9 (1,6%)	NS
среднее	33 (17,1%)	37 (6,9%)	p<0,05
среднее специальное	60 (31,1%)	153 (28,7%)	NS
высшее неоконченное	29 (15,0%)	93 (17,4%)	NS
высшее	67 (34,7%)	232 (43,5%)	p<0,05
два высших	0 (0%)	10 (1,9%)	-
Профессиональный статус			
работают/учатся	66 (34,2%)	388 (72,6%)	p<0,05
пенсия	91 (47,2%)	84 (15,7%)	p<0,05
не работают в трудоспособном возрасте	36 (18,6%)	62 (11,7%)	p<0,05

Результаты сравнительного анализа социодемографических показателей указывают на более низкий уровень социальной адаптации больных клинической выборки настоящего исследования по сравнению с пациентами программы «СИНТЕЗ». Доля пациентов, состоящих в браке (38,4%), статистически значимо ($p<0,05$) ниже, а разведенных (32,6%) – выше аналогичных показателей в выборке сравнения (53,0% и 8,6% соответственно). Доли вдовых (15,5%) и никогда не состоящих в браке (13,5%) также статистически значимо ($p<0,05$) отличаются от показателей в выборке программы «СИНТЕЗ» (3,9% и 34,5% соответственно), что отчасти может быть обусловлено влиянием возрастного фактора. Напомним, что средний возраст пациентов клинической выборки настоящего исследования статистически значимо выше показателя в выборке сравнения.

В изученной выборке по сравнению с программой «СИНТЕЗ» выявлен более низкий уровень образования пациентов. Статистически значимые различия ($p < 0,05$) зафиксированы для долей больных со средним (17,1% против 6,9%) и высшим (34,7% против 43,5%) образованием.

Анализ профессионального статуса показал преобладание в выборке исследования пенсионеров (47,2%), доля которых значимо превышала показатель в программе «СИНТЕЗ» (15,7%), что закономерно, учитывая возрастное распределение обследованных больных. Соответственно доля работающих/учащихся оказалась, напротив, значимо ниже (34,2% против 72,6%). Однако при этом процент не работающих в трудоспособном возрасте (18,6%) был также статистически значимо выше, чем в выборке сравнения (11,7%).

Проведенное сопоставление социодемографических характеристик позволяет сделать вывод относительно значительного негативного влияния психической патологии, реализующейся в пространстве кожного покрова, на уровень социальной адаптации, более низкой по сравнению с контингентом пациентов дерматологической сети в целом.

Такой вывод, однако, не противоречит принципу репрезентативности клинического материала, что подтверждается следующими ниже сопоставлениями.

Стратификация клинической выборки исследования (193 набл.) на две группы в зависимости от степени тяжести психической патологии (невротические/конституциональные расстройства – 107 набл., сверхценные/бредовые – 86 набл.) позволила выполнить сравнительный анализ социодемографических показателей с аналогичными параметрами, полученными в работах авторов, занимавшихся изучением психодерматологических нарушений, объединяемых в настоящем исследовании понятием «психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова» – невротических эксфолиаций, ограниченной ипохондрии, дерматозойного бреда [112; 113; 121] – см. Таблицы 7 и 8.

Таблица 7.

Социодемографические показатели пациентов клинической выборки, составивших группу невротических/конституциональных расстройств (107 набл.), в сопоставлении с соответствующими параметрами больных «невротическими экскорациями» по данным М.А. Терентьевой [113].

<i>Показатели</i>	<i>Собственные данные, n=107 абс. (%)</i>	<i>Данные М.А. Терентьевой (2007), n=74 абс. (%)</i>	<i>p</i>
Семейный статус			
женат/замужем	48 (44,9%)	25 (33,8%)	NS
одинокие (вдовы, никогда не состоял/а в браке)	26 (24,3%)	28 (37,8%)	NS
разведен/а	33 (30,8%)	21 (28,4%)	NS
Образование			
среднее неполное	2 (1,9%)	4 (5,4%)	NS
среднее	15 (14,0%)	8 (10,8%)	NS
среднее специальное	29 (27,1%)	31 (41,9%)	p=0,03
высшее/высшее неоконченное	61 (57,0%)	31 (41,9%)	p=0,04
Профессиональный статус			
работают/учатся	47 (43,9%)	40 (54,0%)	NS
пенсия	44 (41,1%)	19 (25,7%)	p=0,04
не работают в трудоспособном возрасте	16 (15,0%)	15 (20,3%)	NS

Как видно из Таблицы 7 по основным социодемографическим показателями сопоставляемые выборки статистически значимых различий ($p < 0,05$) не обнаруживают. Исключением являются некоторые показатели образовательного и профессионального статуса. В группе больных с невротическими/конституциональными расстройствами настоящего исследования доля пациентов со средним специальным образованием (25,8%) оказалась статистически значимо ($p < 0,05$) ниже, а доля пациентов с высшим образованием (57,7%) – выше, чем в выборке сравнения (41,9% для обоих параметров). В свою очередь доля пенсионеров (41,1%) превышала

соответствующий показатель в выборке сравнения (25,7%). Однако значения p не достигали уровня высокой статистической значимости ($p < 0,01$), а находились в пределах диапазона $0,01 < p < 0,05$ и составляли 0,03 и 0,04 соответственно.

Таблица 8.

Социодемографические показатели пациентов клинической выборки, составивших группу сверхценных/бредовых расстройств (86 набл.), в сопоставлении с соответствующими параметрами больных ограниченной ипохондрией и дерматозойным бредом по данным В.И. Фроловой [121].

<i>Показатели</i>	<i>Собственные данные, n=86, абс. (%)</i>	<i>Данные В.И. Фроловой (2006), n=43, абс. (%)</i>	<i>p</i>
Семейный статус			
женат/замужем	26 (30,2%)	19 (44,2%)	NS
вдовец/вдова	19 (22,1%)	10 (23,2%)	NS
никогда не состоял/а в браке	12 (13,9%)	3 (7,0%)	NS
разведен/а	29 (33,8%)	11 (25,6%)	NS
Образование			
среднее/среднее неполное	20 (23,3%)	7 (16,3%)	NS
среднее специальное	31 (36,0%)	15 (34,9%)	NS
высшее/высшее неоконченное	35 (40,7%)	21 (48,8%)	NS
Профессиональный статус			
работают/учатся	19 (22,1%)	14 (32,6%)	NS
пенсия	47 (54,6%)	19 (44,2%)	NS
не работают в трудоспособном возрасте	20 (23,3%)	10 (23,2%)	NS

Как видно из Таблицы 8 по основным социодемографическим параметрам сопоставляемые выборки статистически значимых различий ($p < 0,05$) не обнаруживают.

Обобщая совокупность проанализированных социодемографических показателей, иллюстрирующих характеристики клинической выборки исследования, можно констатировать следующее. Изученная выборка, с одной стороны, отличается от контингента больных дерматологической сети в целом за счет более низкого уровня социальной адаптации, а с другой – может считаться репрезентативной, поскольку соответствующие параметры сопоставимы с

показателями, ранее опубликованными в работах, посвященных изучению психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова. Это позволяет рассчитывать на высокую надежность полученных результатов и вытекающих из них выводов.

ГЛАВА 3. ПСИХОПАТОЛОГИЯ РАССТРОЙСТВ, РЕАЛИЗУЮЩИХСЯ В ПРОСТРАНСТВЕ КОЖНОГО ПОКРОВА

Обсуждаемая в настоящей главе психопатологическая модель психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова при отсутствии дерматологического заболевания (ипохондриа *sine materia*), представляет собой попытку ответа на вопросы, сформулированные в результате анализа литературы. Приведенные в обзоре публикаций данные (см. Главу 1) указывают на тот факт, что несмотря на очевидность роли коэнестезиопатий при обсуждаемой патологии, значимость патологических сенсаций большинством исследователей недооценивается, а соотношения с другими психическими нарушениями и объективно регистрируемыми кожными проявлениями анализируются лишь в единичных работах. При этом клиническая сущность указанных ассоциаций в аспекте взаимовлияния коэнестезиопатических, прочих психопатологических и дерматологических нарушений остается за пределами внимания исследователей.

В этой связи бесперспективными представляются не только попытки односторонней концептуализации расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, исключительно в пределах либо психиатрической, либо дерматологической парадигмы, но и рассмотрение их как унитарных симптомокомплексов, ограничивающихся моносиндромальной психопатологической структурой (анксиозных, обсессивно-компульсивных, сверхценных, бредовых образований). На самом деле психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова, представляют собой сложные («большие» по А.В. Снежневскому [106]) симптомокомплексы, в связи с чем для их обозначения в настоящей работе вводится понятие *психодерматологические синдромы*. В соответствии с представленной здесь моделью *бинарной структуры* последние формируются при

облигатном соучастии сенсопатий (прежде всего, расстройств коэнестезиопатического ряда) и ассоциированных с ними психопатологических проявлений идеаторного круга. В свою очередь с указанными психическими нарушениями сопряжена соответствующая артифициальная/соматоформная кожная симптоматика.

Прежде чем перейти к изложению клинической структуры психодерматологических синдромов, необходимо остановиться на теоретических предпосылках, послуживших основанием для модели бинарной структуры, а также для ниже сформулированного в ее рамках основного положения о соотношении сенсопатий и ассоциированных психопатологических расстройств.

Упомянутые предпосылки восходят к концепции E. Bleuler [179] о первичных и вторичных психопатологических симптомах. В соответствии с представлениями автора (E. Bleuler формулировал их применительно к психопатологии шизофрении) первичные симптомокомплексы являются непосредственным проявлением патологических (возникших в результате психического заболевания) изменений деятельности мозга. При этом первичные психопатологические образования могут представлять собой относительно изолированные факультативные симптомокомплексы. Вторичные симптомокомплексы, напротив, носят манифестный характер, в значительной степени определяя клиническую картину.

Первостепенное значение в плане анализа природы психической патологии, являющейся предметом настоящего исследования, приобретает выдвинутая в развитие положений E. Bleuler психопатологическая концепция G. Huber [287; 480]. Если E. Bleuler относит к первичным преимущественно негативные симптомокомплексы, то в соответствии с моделью L. Süllwold и G. Huber [480] в качестве первичных (понимаемых как церебрально-патологические), «базисных» для развития позитивных расстройств, выступают коэнестезиопатии, формирующие основу для становления психопатологических образований (вторичные синдромы) других психопатологических регистров.

Исходя из суждений E. Bleuler [179], L. Süllwold и G. Huber [480], а также данных собственного клинического анализа основное теоретическое положение

модели бинарной структуры психической патологии, реализующейся в пространстве кожного покрова, может быть сформулировано следующим образом. В структуре психопатологических образований, манифестирующих в форме психодерматологических синдромов, наряду с позитивными идеаторными симптомокомплексами (вторичными психопатологическими образованиями) в качестве облигатной, «базисной» составляющей выступают сенсопатии, прежде всего, представленные коэнестезиопатиями (первичные психопатологические образования). Соответственно в качестве *вторичных психопатологических образований* выступают тревожно-фобическое расстройство (кожный органический невроз), патологическое фантазирование (синдром коэнестезиопатических конфабуляций), обсессивно-компульсивное расстройство (синдром компульсивных эксфолиаций³³), расстройство импульс-контроля (синдром импульсивных эксфолиаций), сверхценные образования (ограниченная ипохондрия), дерматозойный бред (синдром коэнестезиопатической паранойи и спектр расстройств одержимости кожными паразитами).

Лежащие в основе вторичных психопатологических образований *базисные сенсорные (преимущественно коэнестезиопатические) феномены* образуют континуум последовательно утяжеляющихся симптомокомплексов, представляющих вместе с тем самостоятельные, не облигатно сменяющие друг друга, психопатологические дименсии: соматоформный зуд, кожные истерические алгии, зуд по типу эпи-/интрадермальный дизестезии, идиопатические алгии, тактильные иллюзии, телесные фантазии, зрительные иллюзии, тактильный и зрительный (а в ряде случаев – висцеральный, слуховой и обонятельный) галлюциноз.

Соответственно соматоформный зуд участвует в формировании кожного органического невроза, соматоформный зуд и истерические алгии – синдрома коэнестезиопатических конфабуляций. Зуд по типу эпи-/интрадермальной дизестезии выступает в составе провоцирующих эксфолиации обсессивно-компульсивных

³³Здесь клинические проявления симптомокомплексов «компульсивных» и «импульсивных эксфолиаций» в отличие от общепризнанных представлений о невротических эксфолиациях (см. Главу 1), учитывая различия в их клинической структуре, рассматриваются в виде двух самостоятельных психодерматологических синдромов, выступающих в рамках компульсивных расстройств и расстройств импульс-контроля соответственно.

расстройств и расстройств импульс-контроля соответственно. Базисные нарушения при синдроме ограниченной ипохондрии представлена более широким кругом сенсопатий. Наряду с клинически гетерогенными коэнестеziопатическими расстройствами – овладевающими ощущениями [94]³⁴, включающими зуд по типу интрадермальной дизестезии и идиопатические алгии, а также тактильными иллюзиями и телесными фантазиями, первичные психопатологические феномены представлены простейшими визуальными обманами восприятия – зрительными иллюзиями. В качестве облигатной составляющей коэнестеziопатической паранойи и спектра расстройств одержимости кожными паразитами выступают галлюцинарные расстройства, как коэнестеziопатической природы (тактильный галлюциноз, а в некоторых случаях – висцеральный), так и других модальностей – преимущественно зрительные (а в ряде случаев – слуховые и обонятельные) обманы восприятия – см. Рисунок 3.

³⁴Феномен овладевающих ощущений, относясь к регистру коэнестеziопатических расстройств, вместе с тем сопоставим по степени охваченности с развертывающимися в аутопсихической сфере овладевающими представлениями [106; 132]. Овладевающие ощущения характеризуются аффективной заряженностью, превалируют в сознании пациента, определяя содержание мыслей и поведение.

ПСИХОДЕРМАТО-ЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ	ВТОРИЧНЫЕ (ПРОИЗВОДНЫЕ) ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ	ПЕРВИЧНЫЕ (БАЗИСНЫЕ) ОБРАЗОВАНИЯ - СЕНСОПАТИИ
Кожный органический невроз	Тревожно-фобическое расстройство (ГТР, дермато- и др. фобии)	Соматоформный зуд
Синдром коэнестеziопатических конфабуляций	Патологическое фантазирование (вторичные конфабуляции)	Соматоформный зуд, кожные истерические алгии
Компульсивные экскориации	Обсессивно-компульсивное расстройство	Зуд по типу эпидермальной дизестезии, тактильные иллюзии
Импульсивные экскориации	Расстройство импульс-контроля	Зуд по типу интрадермальной дизестезии
Ограниченная ипохондрия	Сверхценная ипохондрическая одержимость	Идиопатические алгии, тактильные иллюзии, телесные фантазии, зрительные иллюзии
Коэнестеziопатическая паранойя и спектр расстройств одержимости кожными паразитами	Дерматозойный бред	Галлюцинации (тактильные, висцеральные, зрительные, слуховые, обонятельные), зрительные иллюзии

Рисунок 3. Модель бинарной структуры психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова (психодерматологических синдромов).

Необходимо подчеркнуть наличие интегрированной в структуру ряда психодерматологических синдромов «злокачественной» агрессии³⁵, выступающей в форме аутодеструктивных (артифициальных) дерматологических проявлений. При этом разные степени повреждения кожного покрова, как и другие характеристики саморазрушающего поведения [440], дифференцируется в зависимости от типологии сенсопатий и ассоциированных «вторичных» психопатологических расстройств.

Ниже последовательно рассматриваются психопатологические, дерматологические и клинико-нозологические характеристики расстройств, реализующихся

³⁵«Злокачественная» агрессивность, согласно эволюционной социобиологической концепции Эриха Фромма [122] – это деструктивность, специфическая только для человека, не имеющая филогенетической программы и не нацеленная на биологическое приспособление. По мысли автора, «злокачественная» агрессивность противостоит общей для животных и человека «доброкачественной». Последняя рассматривается как филогенетически заложенный импульс к атаке и обороне, направленный на выживание индивида и рода.

в пространстве кожного покрова (психодерматологических синдромов): кожный органический невроз, синдром коэнестезиопатических конфабуляций, синдром компульсивных эксфолиаций, синдром импульсивных эксфолиаций, ограниченная ипохондрия, коэнестезиопатическая паранойя и спектр расстройств одержимости кожными паразитами.

При **кожном органическом неврозе** [84; 87] (46 набл.; 37 жен., 9 муж.) базисная составляющая – соматоформный зуд³⁶ – представлена гомонными обычной телесной чувствительности кожными ощущениями: диффузное чувство жара, напряжения, стягивания или распирающего, сухости или мокнутия кожи с изменчивой локализацией. При этом распространенность зуда ограничена «одномерной» плоскостью – поверхностью кожного покрова. Для такого зуда не характерна высокая интенсивность: от 3 до 6 баллов, в среднем – $4,8 \pm 1,9$ баллов по десятибалльной визуальной аналоговой шкале (VAS). Моторная активность при этом, несмотря на потребность расчесывать кожу, ограничивается преимущественно поглаживанием, сдавливанием, растиранием, а истинные расчесывания с участием ногтевых пластин редки, непродолжительны и практически не приводят к нарушению целостности кожного покрова (объективно в дерматологическом статусе – единичные эксфолиации). Такой зуд субъективно воспринимается как вероятный симптом дерматологического заболевания (аллергического либо контагиозного, например, чесотки или герпеса, а при исключении указанных «причин» – какого-либо нераспознанного дерматоза) и соответственно сопряжен с шадящим обращением с больным органом – кожей.

³⁶Для определения кожного зуда, возникающего *sine materia* (в отсутствие диагностированного дерматологического или соматического заболевания) в литературе используются понятия «функциональный», «психогенный», «идиопатический» (см. обзор литературы – Глава 1), отражающие представления авторов о патогенезе рассматриваемых сенсопатий. С нашей точки зрения, перечисленные понятия страдают неточностью. Так, термин «функциональный» представляется слишком общим, указывающим лишь на отсутствие объективно регистрируемого кожного или соматического заболевания, т.е. фактически основанным на отрицательной характеристике. Как будет показано ниже, для выделяемой нами формы зуда *sine materia* не характерно развитие под действием психогенных триггеров, что обуславливает неточность его трактовки как психогенного, а кроме того, телесные ощущения выступают не изолированно, а в тесной ассоциации с массивными соматовегетативными нарушениями, что исключает их квалификацию как «идиопатических», т.е. развивающихся самопроизвольно в связи с неустановленными причинами. Соответственно целесообразным представляется в согласии с предложением W. Harth [271] использовать для обозначения такого зуда прилагательное «соматоформный» по аналогии с соматоформным болевым расстройством, выделяемым в классификациях МКБ-10 и DSM-IV-TR. С клинических позиций термин «соматоформный» в наибольшей степени соответствует критериям психических расстройств, реализующихся в соматической сфере. Такие, не имеющие медицинского обоснования расстройства формируются путем соматизации психопатологических симптомокомплексов в сфере телесной перцепции и протекают с вегетативными стигмами [101].

Дебюту соматоформного зуда, сопровождающемуся формированием клинических завершенных сенсопатий, 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 разделенные 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 продромальный период, так на этапе развернутых проявлений зуда, выступают соматогенные вредности (тяжелая ОРВИ или другая интеркуррентная инфекция и т.п.), тогда как в дальнейшем эксацербации 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, уртикарноподобная 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 уртикарноподобными высыпаниями (см. Рисунок 4).



Рисунок 4. Фото проявлений соматоформной вегетативной дисфункции при кожном органном неврозе у больной М. 32 лет. Высыпания расположены на коже шеи и передней поверхности грудной клетки, представлены эритематозными пятнами розово-красного цвета с нечеткими границами, гладкой поверхностью и неправильными очертаниями размером от 0,5 см. Отдельные элементы сливаются с образованием очагов эритемы с нечеткими границами, неправильными очертаниями и гладкой поверхностью размером до 8 см. В области высыпаний на коже шеи определяется отечность и желтоватый оттенок, что определяет уртикарный характер очагов поражения.

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 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 коэнестеziопатических нарушений отмечается симультанное снижение интенсивности анксиозных 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» [135; 483] и реализуются в проверяющем и ограничительном ипохондрическом поведении. Пациенты регулярно обращаются в учреждения общемедицинской сети, многократно повторяя различные обследования («doctor shopping» по P. Fink et al. [227]), начинают придерживаться диеты, отказываются от «раздражающей» кожу активности (ношения одежды из грубой ткани, занятий спортом, работы по дому и др.).

При **синдроме коэнестеziопатических конфабуляций**³⁷ [87] (10 набл.; 8 жен., 2 муж.) телесные ощущения представлены соматоформным зудом и кожными истерическими алгиями. Психопатологические характеристики соматоформного зуда при этом расстройстве аналогичны приведенным выше при обсуждении кожного органического невроза.

Истерические алгии, аналогично соматоформному зуду 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

³⁷ Термин «коэнестеziопатические конфабуляции» вводится для обозначения патологии воображения, формирующейся в связи с манифестацией коэнестеziопатий. Такая трактовка понятия «конфабуляции» отличается от традиционной. Так, согласно E. Kjaerelin конфабуляции – разновидность ложных воспоминаний, формирующихся либо при амнестических расстройствах, либо на базе бреда – конфабуляторная парафрения. Однако предлагаемая в настоящей работе трактовка понятия представляется обоснованной в свете современных психологических [281] и клинических, в т.ч. неврологических, посвященных феномену анозогнозии [411], исследований, в которых термин «конфабуляции» получает и иную интерпретацию. Согласно W. Hirstein [281] конфабуляции представляют собой ошибочные утверждения – фантазии, в которые пациенты склонны верить. При этом автор предлагает дифференцировать первичные (спонтанные) конфабуляции и вторичные, производные от других расстройств. Аналогичным образом конфабуляции, формирующиеся на базе телесных ощущений и образующие синдром коэнестеziопатических конфабуляций, представляется адекватным рассматривать в качестве идеаторного феномена, производного по отношению к коэнестеziопатиям.

виде шевеления, копошения по поверхности кожи, сопоставимого с феноменом формикации³⁸ [164; 280; 435].

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. Типично возникновение сенсаций на интактной коже в отсутствие не только каких-либо первичных элементов сыпи, но и соматовегетативных расстройств. При экзацербации одновременно с обострением соматоформного зуда нередко отмечается несовпадение проекций на поверхность кожи этих двух коэнестезиопатических феноменов.

В качестве производных от соматоформного зуда и кожных истерических алгий психопатологических образований выступают расстройства, относящиеся к патологии воображения – образные представления по типу *вторичных конфабуляций*. Последние манифестируют в виде нестойких, часто меняющихся по содержанию фантазий, имеющих целью интерпретацию природы телесных ощущений. При этом в отличие от телесных фантазий [15; 451] речь идет не о фантастических ощущениях, а о фантазировании по поводу природы телесных сенсаций – соматоформного зуда и истерических алгий. 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» [160]³⁹:

³⁸Термин «формикация» (от лат. formica – муравей) использовался в общей медицине уже в XVI в., когда Ambroise Paré описал «rouls formicant» (формикационную вибрацию/пульсацию) как «слабую, но частую вибрацию, создающую ощущение «ползания муравьев» [165]. Авторами, использующими понятие «формикация», подчеркивается неидентичность таких ощущений тактильному галлюцинозу при дерматозойном бреде.

³⁹Автоматические мысли (automatic thoughts) – согласно когнитивной модели, предложенной А.Бекк [160], произвольно возникающие ошибочные идеи, не являющиеся результатом логических рассуждений, а мгновенно «всплывающие» в сознании в ответ на объективно индифферентные стимулы (например, идея гибели, неизменно появляющаяся при манифестации вегетативной симптоматики во время панической атаки, несмотря на «знание» об отсутствии летального риска).

«зудит – значит есть какая-то кожная болезнь», «ползает – значит, видимо, что-то завелось», «колет – значит что-то в нее впивается».

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 [511]. 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. Кроме того, не возникает соответствующее телесным ощущениям и фабуле коэнестезиопатических конфабуляций типичное бредовое поведение (доказательства, защита, борьба с паразитами – см. Главу 4 «Коэнестезиопатическая паранойя»).

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

При **синдроме компульсивных экскориаций**⁴⁰ [87] (19 набл.; 16 жен., 3 муж.) коэнестезиопатии относятся к кругу обсессивных кожных ощущений («сенсорные феномены обсессивно-компульсивных расстройств» по S.H. Prado et al., [406]), представленных зудом по типу эпидермальной дизестезии⁴¹, а также тактильных иллюзий⁴²

⁴⁰Термины «синдром компульсивных экскориаций» и «синдром импульсивных экскориаций» (см. ниже) вводятся в качестве замены традиционного для дерматологической литературы понятия «невротические экскориации» (см. обзор литературы – Глава 1) 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.

⁴¹Термин «эпидермальная дизестезия» образован двумя понятиями, из которых первое - «эпидермальный» (лат. еpi – над., гр. derma – кожа) подчеркивает пространственную проекцию патологических ощущений, «выступающих» из поверхности кожного покрова. В свою очередь «дизестезия» (dysaesthesia – неприятное, болезненное ощущение) подчеркивает отличие остро возникающих гетерономных ощущений от гомономных тактильных ощущений, свойственных соматоформному зуду.

⁴²Психопатологические проявления коэнестезиопатий, определяемых термином «тактильные иллюзии», не сопоставимы с клиническими характеристиками расстройств, обозначаемых сходным понятием – «паразитарные иллюзии» (illusions of parasitosis – N.C. Hinkle [280]). Эти феномены при обсуждаемом синдроме ограничены восприятием на ощупь неровностей кожной поверхности в качестве элементов сыпи, объективно не регистрируемых. Термин «паразитарные иллюзии», напротив, соотносится с телесными ощущениями, создающими иллюзию передвижения живых существ (например, насекомых), т.е. феноменах, смыкающихся с явлениями формикации или тактильного галлюциноза.

Зуд при обсуждаемом синдроме в отличие от соматоформного обладает характеристиками, позволяющими квалифицировать его как ощущение, гетерономное обычной перцепции: ощущение, метафорически сравниваемое с чувством, будто на поверхности кожи что-то присутствует, «мешает», «ноет», «выпирает». Пространственное расположение зуда при этом не ограничено «одномерной» плоскостью, а отличается «трехмерной» проекцией: проявлениям зуда по типу эпидермальной дизестезии свойственны сенсации экструзивного характера – ощущение наложения на поверхность кожи добавочной «плюс-ткани». Такой зуд характеризуется минимальной интенсивностью: от 1 до 3 баллов, в среднем – $1,7 \pm 0,9$ баллов по десятибалльной визуальной аналоговой шкале (VAS), – однако сопровождается клинически выраженными расчесами, поскольку исключительно зудом коэнестезиопатии при этом расстройстве не ограничиваются. 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 в качестве фактора, преципитирующего зуд и расчесы. По мере нанесения эксфолиаций проекция сенсаций распространяется и на образующиеся искусственные элементы – корочки и рубцы, также выступающие над поверхностью кожи.

Динамика коэнестезиопатий характеризуется типичным суточным ритмом с обострением в вечернее время и нарастанием интенсивности в зависимости от актуальных психотравмирующих факторов (предстоящая важная встреча, намечающийся неприятный разговор, воспоминания о постыдной неудаче и т.п.). Дальнейшее 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. Хотя изначально сенсации возникают на наиболее «удобных», легко доступных в привычном сидячем или лежащем положении участках кожи (голени, бедра, предплечья, лицо и т.п.).

В качестве производных расстройств, ассоциированных с кожными сенсациями, выступают *компульсивные экскориации*. 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 восстанавливается ощущение гладкости, ровности кожи.

Дерматологические проявления при синдроме компульсивных экскориаций представлены преимущественно изолированными высыпаниями в виде *свежих поверхностных экскориаций* (эрозий) – «неглубоких расчесов» – см. Рисунок 5. При длительном течении заболевания отмечаются явления «неполного» эволюционного полиморфизма⁴³: *свежие поверхностные эрозии* (эрозии) сосуществуют с геморрагическими корками, пигментированными и депигментированными пятнами при отсутствии выраженных рубцов, представленных единичными точечными элементами.

⁴³Эволюционный или ложный полиморфизм высыпаний [42], 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 (экскориации, эрозии, язвы, гиперпигментация, гипопигментация, рубцы и др.), придающих сыпи «пестрый» вид. Определения «неполный» и «полный» (см. раздел «синдром импульсивных экскориаций») вводятся нами для уточнения клинических характеристик эволюционного полиморфизма, дифференцируемого здесь в зависимости от тяжести (глубины) кожной аутодеструкции по степени выраженности рубцовых изменений (компульсивные экскориации – без рубцов/единичные рубцы; импульсивные экскориации – множественные, обширные рубцы).



Рисунок 5. Фото компульсивных эксkoriаций у больной Д., 37 лет. Очаги поражения локализуются на коже тыла кистей, предплечий и плеч, представлены геморрагическими корками до 0,4 см в диаметре, окруженными зоной постэруптивной эритемы с неправильными очертаниями, соответствующей участкам эпителизовавшихся эксkoriаций, размером до 2-3 см в диаметре.

При **синдроме импульсивных эксkoriаций** [102; 104] (32 набл.; 21 жен., 11 муж.) коэнестеziопатии относятся к расстройствам более тяжелых психопатологических регистров – овладевающим ощущениям, выступающим в форме зуда по типу интрадермальной дизестезии⁴⁴: 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, с прокалыванием кожи изнутри («как будто иголки впиваются», «словно укусы насекомых»), чувством набухающих и «будто прорывающихся наружу подкожных узелков». Проявлениям зуда по

⁴⁴Термин «интрадермальный» (лат. *intra* – внутри, гр. *derma* – кожа) подчеркивает пространственную проекцию патологических сенсаций, «распространяющихся» в глубину кожного покрова, контрастирующих с «эпидермальной дизестезией» при синдроме компульсивных эксkoriаций (см. выше), при которой проекция ощущений «выступает» из поверхности кожного покрова. Тем самым клиническое определение согласуется с психологическим представлением о восприятии кожи в патологии как объемного, трехмерного образования, а не плоскости, «имеющей только одну внешнюю сторону» [116].

типу интрадермальной дизестезии (в отличие от соматоформного, распространяющегося лишь на поверхность кожного покрова, и 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.

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 и выявления телесных сенсаций. 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.

Не только манифестация, но и последующие эскалации зуда провоцируются преимущественно психогенно (семейные и служебные конфликты, материальные проблемы).

В качестве производных образований, непосредственно связанных с манифестными проявлениями зуда по типу интрадермальной дизестезии, могут рассматриваться *расстройства импульс-контроля*. На пике телесных сенсаций возникает «непреодолимый импульс» [187] 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 экскориаций – расчесы – объективно проявляются преимущественно диссеминированными, множественными артифициальными

высыпаниями (линейные или точечные эскориации 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 эскориации* (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* (см. Рисунок 6).

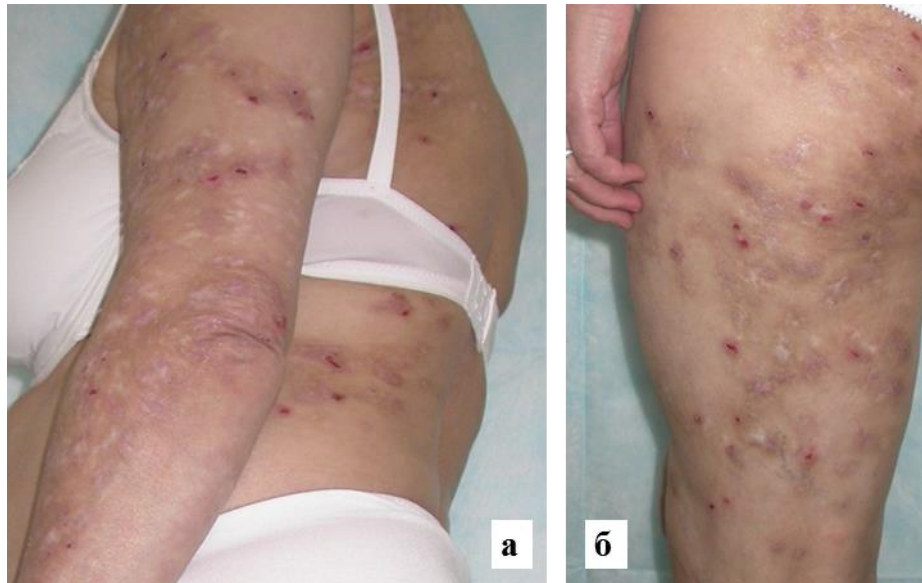


Рисунок 6. Фото импульсивных эскориаций у больной Е., 48 лет. Высыпания множественные, распространенные, расположены на доступных для рук пациентки участках кожи: боковых поверхностях туловища, плеч, предплечий (а), бедер (б). Сыпь представлена эскориациями, покрытыми геморрагическими корками (размером до 0,5-0,7 мм), множественными рубцами неправильных очертаний (размером от 0,3 до 1,5 см) и гиперпигментированными постэруптивными пятнами (размером от 1,5 до 5 см).

Базисные расстройства **при ограниченной ипохондрии**⁴⁵ (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 (зуд по типу интрадермальный дизестезии и идиопатические алгии)⁴⁶, 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 коэнестезиопатическими феноменами в форме пароксизмально возникающего зуда по типу интрадермальной дизестезии, сопровождающимися импульсивными эксориациями, иногда (3 набл.) сочетающимися с идиопатическими алгиями, к которым лишь затем присоединяются иллюзорные тактильные ощущения и телесные фантазии, выступающие в клинической картине на передний план. В отдельных случаях (4 набл.) тактильные иллюзии и те-

⁴⁵Интерпретация термина «ограниченная (circumscripta) ипохондрия» в психиатрии неоднозначна. Разработка понятия осуществлена в клинике К. Vonhoefffer. В соответствии со взглядами сотрудника клиники, впервые использовавшего это определение [443], «ограниченная ипохондрия» относится к психическим расстройствам, разворачивающимся в пространстве, ограниченном кожным покровом (отсюда прилагательное «ограниченная»), а ее проявления сопоставимы с дерматозойным бредом. Позднее К. Vonhoefffer (1941) дает термину иную, ставшую традиционной в клинической практике, интерпретацию [96; 98; 103; 121; 263]. Соответственно квалификация этого расстройства предполагает преобладание патологических ощущений (идиопатические алгии), обнаруживающих ряд особенностей. Речь идет не только об иной (по отношению к кожному покрову) пространственной проекции, но также об ином прочтении эпитета «ограниченная». Последний приобретает смысл «органной изоляции» - топографической ограниченности патологических ощущений узкой областью какого-либо анатомического образования (язык, рука, кишечник, половые органы и др.). В качестве кардинального отличия «ограниченной» от других форм ипохондрии К. Vonhoefffer рассматривает ощущение чуждости локального очага патологических ощущений «здоровым» тканям, сопровождающееся стремлением к удалению «больного» органа путем оперативного вмешательства – «жажда операций» [«Operationssucht» по К. Vonhoefffer].

В настоящем исследовании клинические критерии термина «ограниченная ипохондрия» не полностью совпадают с приведенными выше дефинициями. Тем не менее, мы остановились на такой квалификации, поскольку при психопатологическом анализе собственного материала используются основные элементы как первоначального определения этого типа ипохондрического расстройства (по Н. Schwarz [443]), так и (частично) введенного К. Vonhoefffer. При обсуждаемом психодерматологическом синдроме «ограниченная ипохондрия», как и в наблюдениях Н. Schwarz, 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. В то же время, как и в наблюдениях К. Vonhoefffer, прослеживается связь ограниченной ипохондрии с явлениями соматопсихической диссоциации – отчуждением с тенденцией к элиминации участков тканей – источников патологических телесных ощущений (здесь – фрагментов кожного покрова).

⁴⁶Идиопатические алгии, как и зуд по типу интрадермальной дизестезии, манифестируют внезапно, обнаруживают тенденцию к пароксизмальным эксацербациям, длительность которых варьирует от нескольких часов до нескольких дней.

лесные фантазии манифестируют вне связи с другими кожными сенсациями, с самого начала заболевания целиком определяя структуру коэнестезиопатий.

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 коэнестезиопатий 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 коэнестезиопатии при ограниченной ипохондрии дополняются простейшими визуальными обманами восприятия – зрительными иллюзиями. После извлечения фрагментов кожи и подкожной клетчатки из соответствующих коэнестезиопатиям областей полученный таким образом материал воспринимается как не свойственные живым тканям объемные патологические образования, принимаемые за 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», «мелкие шарики, располагающиеся в виде бус», «корешки, объединяющиеся в сектора». Такие дополняющие коэнестезиопатии зрительные иллюзии могут быть квалифицированы как «фантастические визуальные явления» [132]⁴⁷.

Завершая характеристику базисных расстройств при ограниченной ипохондрии необходимо подчеркнуть следующее. Здесь в отличие от рассматриваемых

⁴⁷В соответствии с исследованиями К.Ясперса при расстройствах восприятия нарушения соотносятся не с каким-либо одним анализатором, «изолированным чувством», но с одновременным действием нескольких сенсорных модальностей, дополняющих друг друга.

ниже коэнестезиопатийской паранойи и спектра расстройств одержимости кожными паразитами не отмечается трансформации в ощущениях и представлениях больных чужеродных телесной чувствительности, но неодушевленных объектов, в обладающих витальными свойствами живых существ. Таким образом, отсутствует основной свойственный дебюту коэнестезиопатической паранойи и спектру расстройств одержимости кожными паразитами признак – феномен «анимации»⁴⁸.

В качестве производной от коэнестезиопатий и зрительных иллюзий идеаторной составляющей при ограниченной ипохондрии выступают *сверхценные образования с картиной ипохондрической одержимости* [98; 125]. Манифестация телесных сенсаций, 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. (В качестве инородных тел рассматриваются извлекаемые из содержимого раны фрагменты собственных тканей – см. Рисунок 7.)

⁴⁸Анимация (от фр. animation — оживление, одушевление) – термин вводится нами для обозначения ключевого клинического критерия коэнестезиопатической паранойи и расстройств спектра одержимости кожными паразитами, позволяющего дифференцировать дерматозойный бред от сверхценной одержимости при ограниченной ипохондрии.



Рисунок 7. Фото проявлений ограниченной ипохондрии у больного Р., 47 лет. Снимок патологического очага сделан сразу после нанесения самоповреждения с целью извлечения «чужеродной образования» (а): на коже левой скулы определяется рубец белого цвета с неправильными очертаниями без роста волос на поверхности размером до 7 см. В области рубца визуализируется свежий язвенный дефект округлых очертаний, дно которого покрыто геморрагическим содержимым. Больной также предоставил снимок патологической «жировой капсулы/пробки» (б), которую он, по его словам, извлек из кожи и разместил на салфетке.

В отличие от модели К. Vonhoeffler [183], выделявшего в качестве обязательного признака ограниченной ипохондрии доверенную аутоагрессию (делегированную аутодеструкцию), реализующуюся влечением к операциям («полихирургическая склонность»), при ограниченной ипохондрии в дерматологической практике этот вид самоповреждений – признак факультативный. Преобладает прямая аутоагрессия⁴⁹. Лишь около трети больных (7 набл.) с ограниченной ипохондрией, реализующейся в пространстве кожного покрова, обращались к хирургам для осуществления оперативного вмешательства на участках, охваченных овладевающими ощущениями. Не справляясь с манипуляциями в местах, недоступных визуальному контролю – спина, волосистая часть головы в затылочной области – еще трое больных требовали помощи у родственников.

⁴⁹Преобладание аутоагрессивных действий, отличающее обсуждаемый здесь психодерматологический синдром от наблюдений, квалифицируемых в рамках ограниченной ипохондрии в других публикациях (идиопатические боли и овладевающие ощущения проецируются на органы брюшной полости, малого таза и пр.) может быть связано с топографической (кожный покров) характеристикой расстройств, представленных в настоящем исследовании. Очевидно, что кожа является более доступным объектом для аутодеструкции, чем внутренние органы или костно-мышечный аппарат.

Артифициальные дерматологические проявления при ограниченной ипохондрии имеют вид незаживающих глубоких экстенсивных язвенных дефектов с резкими границами и правильными контурами, окруженных неизменной кожей, что отчасти сближает их с импульсивными экскорациями. Однако самодеструкции при ограниченной ипохондрии отличаются большей тяжестью и имеют ряд клинических отличий: четко ограниченную локализацию – фокальные поражения (верхний угол левого века, центральная часть правой щеки, боковая поверхность шеи и пр.); глубокий уровень поражения с вовлечением подкожной клетчатки, а в наиболее тяжелых случаях – 2 набл. – подлежащих образований (мышечных, костных структур – см. Рисунок 8), что обуславливает длительное персистирование тканевых дефектов с образованием корок по типу некротического струпа, линейных и округлых рубцов; использование помимо ногтей специальных инструментов (иголок, ножниц, скальпелей, пинцетов, маникюрных щипчиков, ножей).



Рисунок 8. Фото проявлений ограниченной ипохондрии в динамике у больной К., 47 лет. Пациентка отказалась от психофармакотерапии в 2008 г., когда очаг поражения (а) был представлен язвой с неправильными очертаниями и подрытыми краями, размерами 2х3 см, дно которой покрыто гнойно-геморрагической коркой, по периферии – венчик гиперемии диаметром 1,5-3 см. В 2011 г. отмечается нарастание степени тяжести дефекта: язва размерами 1,5х2,5 см с гиперкератотическими подрытыми краями достигает поверхности кости, которая составляет большую часть ее дна.

Артифициальные поражения при ограниченной ипохондрии в изученных наблюдениях соответствовали фокусам ощущений, проецирующихся исключительно в пространство кожного покрова. Ни в одном из случаев не наблюдалось одновременного или последовательного формирования очагов сенсорных в пределах каких-либо других участков организма или анатомического образования – во внутренних органах. В этом плане «кожный вариант» ограниченной ипохондрии не идентичен «висцеральной форме» в описаниях К. Vonhoeffler [183] и В.И. Фроловой [121], что в свою очередь соотносится с концепцией Н. Schwarz [443] относительно ограниченности ощущений при ограниченной ипохондрии исключительно кожей. В свою очередь необходимо отметить, что наряду с монофокальной локализацией очагов кожных сенсорных (12 набл.) – см. выше Рисунки 7 и 8, почти в половине случаев (10 набл.) регистрировались мультифокальные локусы кожно-сенезиопатий и соответствующих артифициальных элементов – см. Рисунок 9.



Рисунок 9. Мультифокальная ограниченная ипохондрия у больной Г., 68 лет. Очаги поражения расположены на коже предплечий (а), правой височной области и лба справа (б), правой заушной, скуловой областей и верхней трети шеи справа (в), левой заушной и скуловой областей. Высыпания представлены рубцами размером от 1 до 5 см, с причуд-

ливыми очертаниями, окруженными пигментированным венчиком. Большую часть поверхности рубцов занимают свежие эскориации (язвенные дефекты) с неправильными очертаниями, покрытые геморрагическими корками.

Переходя к **коэнестеziопатической паранойе** [97; 121] и **спектру расстройств одержимости кожными паразитами** [85; 86] (64 набл.; 50 жен., 14 муж) ограничимся общей характеристикой базисных и производных идеаторных расстройств, необходимой и достаточной для последовательного изложения представленной здесь модели бинарной структуры. Детальный анализ психодерматологических синдромов этого круга, а также соответствующие клинические иллюстрации приведены в Главе 4.

При обсуждаемых симптомокомплексах базисные нарушения представлены не только более тяжелыми, чем при выше рассмотренных психодерматологических синдромах, кожными коэнестеziопатическими феноменами – тактильными галлюцинациями («ползанье», «укусы», «уколы», «жжение», «ужаливания»), обладающими предметными осязательными характеристиками «паразитов», но также расширяются за счет обманов восприятия других модальностей. Последние включают, прежде всего, зрительные галлюцинации и иллюзии (визуализируются как сами паразиты, так и следы их жизнедеятельности на коже), а в ряде наблюдений (n=14) – также висцеральные, слуховые и обонятельные галлюцинации.

Психопатологические расстройства идеаторного ряда, производные от преимущественно галлюцинарного круга сенсопатий, представлены **дерматозойным/зоопатическим бредом по типу бреда одержимости** [12; 47; 60; 80; 321]⁵⁰. Содержание такого бреда определяют идеи заражения паразитами (бред инфеcтации), обладающими объектными свойствами насекомых, клещей, вшей, червей и т.п.

Объединение двух основных составляющих (сенсорных и бредовых) при коэнестеziопатической паранойе и спектре расстройств одержимости кожными паразитами реализуется **феноменом анимации**, который выступая в качестве

⁵⁰О формировании дерматозойного бреда на базе кожных ощущений в форме тактильного галлюциноза свидетельствуют данные целого ряда авторов, подробно рассмотренные в обзоре литературы (см. Глава 1).

синдромообразующего, отражает последовательную трансформацию психопатологической симптоматики от сенсопатий к бредовым представлениям и одержимости паразитами, наделяемыми всеми свойствами *живых существ*.

О формировании дерматозойного бреда на базе сенсопатий свидетельствует наступающая в большинстве случаев (48 набл.) вслед за непродолжительным продромальным этапом (от нескольких дней до 4-6 недель) в форме коэнестезиопатий внезапная – по типу озарения – манифестация представлений о появлении в пространстве кожного покрова живых существ. Кроме того, в отдельных случаях (16 набл.) процессу бредообразования предшествует более длительный (от 1,5 мес до 2 лет) период коэнестезиопатических расстройств. При этом формирующиеся в дебюте заболевания коэнестезиопатии в виде соматоформного зуда, истералгий, зуда по типу эпи-/интрадермальной дизестезии, тактильных иллюзий и телесных фантазий постепенно подвергаются бредовой интерпретации. Вначале – на этапе бредового настроения появляются предположения о «стертой» инвазии, например, каким-либо ослабленным возбудителем, лишь впоследствии кристаллизуются идеи активно функционирующих и размножившихся паразитов.

Ааутодеструктивное поведение, приводящее к искусственным нарушениям, при коэнестезиопатической паранойе и расстройствах спектра одержимости кожными паразитами кардинально отличаются от саморазрушительных действий, выступающих в рамках синдромов компульсивных/импульсивных экскориаций и ограниченной ипохондрии как по характеру самоповреждений, так и по мотивам их нанесения.

Если при синдроме компульсивных экскориаций самоповреждения нацелены на избавление от дискомфорта, связанного с ощущением неровности кожного покрова; при синдроме импульсивных экскориаций расчесы направлены на купирование пароксизма интрадермальной дизестезии, а при ограниченной ипохондрии – на удаление из пространства кожного покрова собственного (хотя и воспринимаемого как чужеродный, мешающий) «пораженного» болезнью участка, то при дерматозойном бреде вектор агрессии нацелен на собственный организм лишь опосредованно. Деструктивные действия направлены исключительно на

«внешнего врага» – служат уничтожению паразитов, заселивших во всех остальных отношениях «нормальную» кожу. Однако, несмотря на указанное общее свойство аутоагрессивного поведения, конкретные его формы и выраженность (а соответственно и дерматологические проявления) при дерматозойном бреде значительно варьируют в зависимости от принадлежности к тому или иному синдрому в пределах спектра расстройств одержимости кожными паразитами (см. Главу 4).

Обращаясь к **нозологической квалификации психических расстройств**, реализующих в пространстве кожного покрова, необходимо отметить следующее. Дифференцированная оценка нозологической структуры по отдельным психодерматологическим синдромам также позволяет обнаружить их клиническую гетерогенность, выявить некоторую предпочтительность по отношению к нозологическим формам, в рамках которых эти синдромы формируются, а также отметить нарастание тяжести от невротической/конституциональной патологии к заболеваниям эндогенно-процессуального круга.

При **кожном органном неврозе** (46 набл.) и синдроме **коэнестезиопатических конфабуляций** (10 набл.) расстройства невротического уровня в нозологическом плане в большинстве случаев (52 набл. – 92,9%) квалифицируются в рамках ипохондрического развития⁵¹ [21; 93] в структуре гистрионного, тревожного, шизоидного расстройств личности (РЛ). Еще в 4 набл. (7,1%) диагностирована вялотекущая ипохондрическая шизофрения (F20.81).

При синдроме **компульсивных экскораций** (19 набл.) в подавляющем большинстве случаев (17 набл. – 89,5%) диагностировано развитие с выявлением obsessions⁵² в структуре обсессивно-компульсивного или тревожного РЛ. В 2 наблюдениях (10,5%) квалифицирована принадлежность заболевания к патологии эндогенно-процессуального круга – неврозоподобная вялотекущая шизофрения (F21.3).

⁵¹Коды согласно МКБ-10 – F45.3 (соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы) и F45.2 (ипохондрическое расстройство).

⁵² Код согласно МКБ-10 – F42.1(обсессивно-компульсивное расстройство с преобладанием компульсий).

При синдроме **импульсивных экскораций** (32 набл.) отмечено накопление характерологических аномалий с явлениями психопатологического диатеза (пограничное и шизотипическое РЛ – 21 набл.); в 6 наблюдениях (18,7%) диагностировано гистрионное расстройство личности. Среди форм их динамики – дисфорические фазы и развития⁵³. Еще в 5 наблюдениях (15,6%) установлен диагноз вялотекущей психопатоподобной шизофрении (F21.4).

При **ограниченной ипохондрии** (22 набл.) преобладают ипохондрические развития с явлениями сверхценной одержимости⁵⁴ – 12 набл. – 54,5%, формирующиеся чаще всего при РЛ паранойяльного круга (8 набл.), а также при других типах конституциональных аномалий (гистрионное – 2 набл., диссоциальное – 2 набл.). У значительной доли пациентов – 45,5% – установлен диагноз вялотекущей шизофрении – психопатоподобной (6 набл.) – F21.4, ипохондрической (4 набл.) – F20.81.

Синдром коэнестезиопатической паранойи (26 набл.) в нозологическом плане относится к паранойе⁵⁵, а **расстройства спектра одержимости кожными паразитами** (38 набл.) манифестируют в рамках различных форм шизофрении: наряду с вялотекущей психопатоподобной (13 набл.), диагностированной также при других психодерматологических синдромах, зарегистрированы приступообразно-прогредиентная (6 набл.) и непрерывно-прогредиентная (19 набл.) формы (F20.0).

Таким образом, каждый из психодерматологических синдромов, включающий особое сочетание коэнестезиопатических и производных от них психопатологических расстройств, а также дерматологических нарушений, обнаруживает не только клиническое своеобразие феноменологических характеристик, но и некоторую предпочтительность по отношению к нозологическим формам, в рамках которых эти синдромы формируются. Это предполагает различный клинический прогноз, а также требует дифференцированного подхода в отношении диагностики и терапии.

⁵³ Код согласно МКБ-10 – F63 (расстройство привычек и влечений).

⁵⁴ Код согласно МКБ-10 – F45.4 (устойчивое соматоформное болевое расстройство).

⁵⁵ Код согласно МКБ-10 – F22 (хроническое бредовое расстройство)

ГЛАВА 4. ДЕРМАТОЗОЙНЫЙ БРЕД: КОЭНЕСТЕЗИОПАТИЧЕСКАЯ ПАРАНОЯ И СПЕКТР РАССТРОЙСТВ ОДЕРЖИМОСТИ КОЖНЫМИ ПАЗИТАМИ

Дискуссия относительно валидного для дерматозойного бреда терминологического обозначения ведется уже с первых публикаций, посвященных состояниям с признаками бреда заражения кожными паразитами. Обсуждаемое расстройство, рассматриваемое как унифицированный синдром, предлагается квалифицировать либо как *бредовое* (пресенильный дерматозойный бред [219], бредовое поражение паразитами [188], бред инфестации [234; 235; 458]), либо как *галлюцинаторное* (хронический тактильный галлюциноз [167], тактильный галлюциноз позднего возраста [23; 126]), либо как *галлюцинаторно-бредовое* (тактильный бредовой галлюциноз [163], тактильный галлюциноз с бредом одержимости кожными паразитами [45; 129])⁵⁶. Таксономические разногласия распространяются и на нозологическую оценку таких состояний: выделяется дерматозойный бред при органическом поражении ЦНС [163; 167; 303], при экзогенных (интоксикационных) психозах [338], при эндогенных заболеваниях циркулярного круга [228; 267], при шизофрении [45; 111; 286; 509], паранойе [121; 458], при инволюционных психозах [14; 126; 219;]⁵⁷. При этом за терминологическими дебатами, направленными на доказательство принадлежности дерматозойного бреда к тому или

⁵⁶Дефиниция синдрома как галлюциноза или как бредового расстройства в зависимости от первичности тактильных обманов восприятия или бредовой убежденности в заражении паразитами широко дискутируется в немецкоязычной психиатрической литературе середины XX века [164; 167].

⁵⁷Аналогичный подход сохраняется и в официальных классификационных системах – МКБ-10 и DSM-IV-TR. Авторы, ориентированные на эти классификации [143; 234; 289], вслед за Н. Ganner и Е. Lorenzi [242] рекомендуют разграничивать дерматозойный бред на «первичный» и «вторичный». Соответственно в качестве «первичного» («эссенциального») в указанных систематиках предлагается кодировать отдельно случаи, отвечающие диагностическим критериям категории «Хронические бредовые расстройства» (F22 по МКБ-10) и «Бредовые расстройства (соматический тип)» (297.1 по DSM-IV-TR). «Вторичный» же дерматозойный бред диагностируется в пределах шизофрении, аффективных, органических расстройств.

иному синдрому/нозологии, нивелируется представление о клинической гетерогенности дерматозойного бреда, проявляющегося многообразием форм.

Современное состояние проблемы, подробно проанализированное в обзоре литературы (см. Главу 1), позволяет в порядке рабочей гипотезы выдвинуть предположение, согласно которому дерматозойный бред не является единым – унифицированным – синдромом, а наряду с «типичной» [219] или «первичной» формой [242] реализуется в пределах *спектра расстройств одержимости кожными паразитами* – психопатологически неоднородных синдромов, характеризующихся значительной вариабельностью клинической картины. Соответственно требуется верификация психопатологической структуры спектра расстройств одержимости кожными паразитами, обнаруживающих клиническую неидентичность «типичному» синдрому дерматозойного бреда – коэнестезиопатической паранойе [97; 121]. Кроме того, актуальным представляется анализ факторов, определяющих клиническую гетерогенность дерматозойного бреда. Выявление таких факторов – теоретически значимая для психопатологии задача, решение которой позволит на концептуальном уровне установить основания, определяющие неоднородность бредовых расстройств, определяющихся убежденностью в паразитарной инвазии и реализующихся в пространстве кожного покрова.

Анализ нарушений, выявленных у включенных в выборку настоящей работы больных (64 набл.), позволил отнести совокупность сопровождающихся дерматозойным бредом состояний к бредовому полюсу континуума последовательно утяжеляющихся от невротического к психотическому регистру психопатологических образований бинарной структуры, реализующихся в пространстве кожного покрова (см. Главу 3, Рисунок 3).

Напомним, что по отношению к коэнестезиопатической паранойе и спектру расстройств одержимости кожными паразитами полностью справедливо основное положение сформулированной в настоящем исследовании модели, согласно которому психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова, формируются путем взаимодействия базисных сенсопатических феноменов и ассоциированных (производных или «вторичных») психопатологических наруше-

ний. При этом установлено, что базисные расстройства, сравнительно с ранее опубликованными описаниями [97; 102; 104; 121], не ограничиваются исключительно коэстезиопатическими феноменами по типу тактильного галлюциноза. Круг сенсопатий в изученных случаях расширяется как за счет полиморфизма коэстезиопатий, включающих дифференцированные тактильные галлюцинации (элементарные/сложные, поверхностные – эпидермальные или глубокие – трансдермальные), сенестопатии и висцеральные галлюцинации, так и за счет зрительных (а в ряде случаев слуховых и обонятельных) обманов восприятия. В свою очередь производные от сенсопатий бредовые феномены обнаруживают признаки клинической гетерогенности, определяющиеся изменчивостью сенсопатий.

Перейдем теперь к сравнительному анализу клинических характеристик синдромов с картиной дерматозойного бреда: коэстезиопатической паранойи и спектра расстройств одержимости кожными паразитами (коэстезиопатическая парафрения, бред воображения, сутяжный бред, сенситивный бред отношения с идеями заражения окружающих, бред преследования паразитами).

Синдром **коэстезиопатической паранойи** [97; 102; 104; 121] (26 набл., 7 муж., 19 жен) образован базисными психопатологическими расстройствами в форме коэстезиопатий (тактильные галлюцинации) и зрительных обманов восприятия (иллюзии/галлюцинации), ассоциированных с монотематическим бредом одержимости кожными паразитами.

Тактильные галлюцинации при коэстезиопатической 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. Такая характеристика сенсопатий, ограниченных исключительно пространством кожи, соотносится с одним из ранних описаний синдрома дерматозойного бреда, выполненных Н. Schwarz [443] и исходя из этой особенности обозначенных автором термином «circumscripta ипохондрия».

Феномены тактильного галлюциноза обнаруживают психопатологическую неоднородность и представлены *элементарными* и *сложными* осязательными об-

манами восприятия. Элементарные тактильные галлюцинации имеют кинетические характеристики (движение в виде «прыгания», «ползания», «копошения», «ввинчивания», «вбуравливания», «прогрызания») и/или наделяются свойствами жизнедеятельности («укусы», «ужаливания»), соотносимой с чуждой нормальной кожной перцепции витальной активностью заселивших кожный покров «живых существ» («паразитов», «живности»), но не складываются в законченный предметный образ. *Сложные тактильные галлюцинации* характеризуются предметностью осязательных обманов восприятия и сопоставимы с функциональными галлюцинациями [299]. Такие коэнестезиопатии возникают одновременно с восприятием реального раздражителя (при касании пальцами собственной кожи) и в пределах той же (тактильной) модальности ощущения – при ощупывании, надавливании на кожный покров. Больные на ощупь воспринимают их форму («круглые», «продолговатые», «треугольные», «квадратные»), размер («не больше гречневой крупинки», «с маковое зерно»), плотность («твердые», «мягкие») и т.п. Такой галлюцинаторный объект «существует» до тех пор, пока сохраняется тактильный контакт с собственной кожей. Стоит пациенту попытаться снять «паразита» с кожи, как галлюцинаторный образ сразу исчезает. Подобная характеристика также соответствует квалификации указанных обманов восприятия как функциональных галлюцинаций.

Тактильные галлюцинации неотделимы от визуальных иллюзий и зрительных галлюцинаций. Соответственно пациенты иллюзорно воспринимают объективно регистрируемые кожные изменения (старческие кератомы как «гнезда паразитов», складки кожи и возрастные морщины как «паразитарные ходы», сосудистые звездочки (ангиомы) как «укусы насекомых» – см. Рисунок 10) и «видят» паразитов, приводя их конкретные визуальные характеристики – цвет, детали строения («серые и белые комочки», «галочки с усиками, хоботками, ножками, жалами») и т.п.).



Рисунок 10. Фото больной М., 67 лет с возрастными изменениями кожи и артифициальными элементами при коэстезиопатической паранойе. На коже передней поверхности грудной клетки имеются телеангиоэктазии, множественные пигментные пятна с неправильными очертаниями и гладкой поверхностью (солнечное лентиго) и множественные округлые светло-коричневые папулы мягкой консистенции с неровной поверхностью (мягкие фибромы). Пациентка иллюзорно воспринимает телеангиоэктазии как «ходы», солнечное лентиго – как следы укусов, а мягкие фибромы – как «гнезда паразитов».

Также определяются: округлая эрозия в стадии эпителизации с геморрагической коркой в центре и венчиком постэруптивной эритемы с чешуйками на поверхности по периферии диаметром до 1,2 см, расположенная в области грудинного конца ключицы; у нижнего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы – округлый очаг постэруптивной эритемы с чешуйками на поверхности диаметром до 1,5 см. В области эрозий пациентка «извлекала паразитов», травмируя кожу.

Идеаторная составляющая коэстезиопатической паранойи представлена **дерматозойным бредом** паранойяльной структуры, характеризующимся монотематичностью и тенденцией к систематизации – детальной разработкой бредовой концепции.

Монотематический дерматозойный бред отличается ограниченностью бредовой концепции идеями паразитарного поражения и лишен тенденции к расширению бредовых интерпретаций за пределы подверженного патологическим телесным ощущениям кожного покрова. При этом осложнения его структуры за счет

присоединения бредовых идей иного (не паразитарного) содержания не отмечается.

При разработке бредовой концепции «паразитам» обычно даются названия уже известных насекомых («клещи», «вши», «блохи», «жуки», «клопы»), реже – обозначения-неологизмы («живые молекулы», «кожееды», «ксерококки»). По мере усложнения бредовой системы она пополняется деталями относительно особенностей активности паразитов (определяется время их «сна и бодрствования» или «приема пащи», пути и способы передвижения над/под кожным покровом и т.п.), цикла размножения паразитов (яйца, личинки, имаго) и т.п. При этом параллельно происходит и усложнение феномена анимации. Такие доводы, как подвижность паразитов, их активность, «осязаемость», «зримость», приводимые в доказательство бредовой идеи заражения, в динамике расстройств дополняются новыми аргументами. Пациенты непоколебимо убеждены, что в пользу существования паразитов свидетельствует возможность их уничтожения, утверждают, что паразитов можно раздавить или обработать инсектицидами, после чего укусы, ползанье на время исчезают.

Ассоциированное с фабулой заражения кожными паразитами **бредовое поведение** включает следующие, выделяемые в литературе [97; 121], последовательные стадии (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. Вектор агрессии направлен на собственный организм лишь опосредованно: деструктивные действия служат исключительно уничтожению паразитов в пространстве кожного покрова, соответственно самоповреждения выражены минимально. **Кожные самоиндуцированные (артифициальные) расстройства** представлены точечными единичными эрозиями – эксфолиациями – в связи с попытками с помощью ногтей извлечь из кожи паразитов, химическими ожогами, пятнами от красящих дезинфицирующих растворов – см. Рисунок 11.



Рисунок 11. Фото искусственных элементов у больной М., 58 лет, страдающей коэнестезиопатической паранойей. На коже правого локтя определяются соответствующие местам «извлечения паразитов» эксориации в стадии эпителизации, представленные округлыми очагами эритемы с точечными геморрагическими корками и белыми чешуйками на поверхности, размером от 0,4 до 1,5 см.

Особенности соотношений сенсопатий и бреда одержимости кожными паразитами при коэнестезиопатической паранойе иллюстрирует следующее клиническое наблюдение.

Пациентка Б.Н.И. (60 лет)

Наследственность манифестными психозами не отягощена

Мать (86 лет). Была железнодорожной рабочей. По характеру деятельная, энергичная, властная – глава семьи. Ревнивая, многие годы безосновательно подозревала мужа в изменах, устраивала скандалы, проверяла его вещи, выслеживала, пытаясь застать в обществе другой женщины.

Отец. Умер в 50 лет от инсульта. Был сторожем. По характеру сдержанный, неразговорчивый.

Сын (41 год) – по профессии водитель. С детства нелюдимый, малообщительный. Более 20 лет злоупотребляет спиртным, страдает запоями, неоднократно лечился в наркологических клиниках, кодировался.

Дочь (38 лет) – ювелир. Замужем. По характеру тревожная, ответственная, педантичная.

Пациентка. Родилась от нормальной беременности в срочных родах. С детства физически крепкая, легко переносила нагрузки. Болела редко – детские инфекции, ОРВИ. По характеру активная, «не могла усидеть на месте», предпочитала подвижные дворовые игры. Решительная, самоуверенная, без колебаний первой знакомилась, стремилась к лидерству, верховодила в кругу подруг. Умела за себя постоять. Обидчивая, злопамятная, чувствительная к несправедливостям (и особенно по отношению к себе), могла подраться даже с более крепкими сверстниками, болезненно отомстить наябедничавшей подруге.

В школу пошла своевременно. Хотя в коллективе адаптировалась без труда, училась посредственно. В то же время охотно помогала матери по хозяйству, с удовольствием убирала, готовила, шила, любила вышивать. Скрупулезная, не тяготилась однообразной монотонной работой. Была аккуратной, чистоплотной. Неизменно поддерживала в порядке и чистоте школьные принадлежности, одежду и т.п. Повзрослев, требовала того же и от своих детей.

После окончания школы работала на кондитерской фабрике, затем в детском саду. Последние 35 лет работает в районной поликлинике сестрой-хозяйкой. С сотрудниками и начальством не конфликтовала, шла на компромиссы. Энергичная, неутомимая, добросовестная, трудолюбивая, была на хорошем счету. Гордилась тем, что способна поддерживать идеальный порядок – «точно знаю, где и что у меня лежит». Кроме непосредственных обязанностей, без труда справлялась с общественными нагрузками в профкоме. При этом отличалась прямолинейностью, категоричностью и «простотой» суждений, за что получила прозвище «правдодуб».

Месячные с 13 лет, снижением настроения, раздражительностью не сопровождались. Интерес к противоположному полу с подросткового возраста. Без стеснения знакомилась, уверенная в эффектной внешности, умении произвести впечатление.

Замужем с 19 лет, беременности и роды в 20 и 28 лет снижением настроения не сопровождались. Семья заняла основное место в ее жизни. В браке занимала лидирующее положение, командовала мужем, рационально распоряжалась семей-

ным бюджетом, отличалась бережливостью, требовала мужа согласовывать с ней даже мелкие покупки. Испытывая «необыкновенную» любовь, была сильно привязана к супругу. Так, преодолевая «возникшие на пути к семейному счастью» трудности, упорно ждала его два года из армии. Гордилась покладистостью, домовитостью супруга, нравилось, что тот «мастер на все руки». В свою очередь старалась создать уют, поддерживать «идеальную» домашнюю атмосферу. При этом ни с мужем, ни с детьми особой откровенностью не отличалась, скрытная, была себе на уме.

Через 13 лет брака (32 года) стала замечать изменение отношения к себе мужа, подметила, что тот стал холоден, отстранен, начал избегать близости. Возникли подозрения в его неверности. Начала контролировать его местопребывание, регулярно «из заботы» звонила на работу, осторожно справлялась у коллег, стремилась «подловить его на лжи». Замечая, что тот пришел, измазавшись в краске, выясняла, красили ли что-нибудь в цехе. Отрицательный ответ интерпретировала как доказательство, что красил у любовницы. Проверяла личные вещи мужа. Находила «доказательства» измен – «подозрительные» пятна на одежде, следы губной помады, ощущала запах чужих духов. Регулярно устраивала «допросы», скандалы, выпытывая признания. Следила за мужем на улице, замечая, как тот подает «тайный знаки» другим женщинам. Безуспешность попыток застать с поличным интерпретировала как его умелую конспирацию. При этом представлений относительно личности соперницы не имела. Переоценила события прошлой жизни: давний эпизод случайной встречи с мужем в дорогом магазине интерпретировала теперь в том смысле, что он ходила покупать подарок любовнице. Жестко регламентировала распорядок дня супруга, контролируя время прихода и ухода, постоянно звонила ему на работу и на мобильный телефон. Считала, что таким образом пресекает саму возможность измен. Несмотря на ревность, не разводилась, продолжает жить с мужем.

В возрасте 50 лет была диагностирована миома. Без осложнений перенесла операцию экстирпации матки и удаление яичника слева. С этого времени менопауза, без приливов. Однако в течение полугода была раздражительна, плаксива,

скандалила, винила мужа в том, что развитие болезни могло быть связано с его холодностью в интимной сфере. После того как настроение выровнялось, редуцировалась раздражительность, вернулась к прежнему образу жизни, по словам мужа и дочери, по характеру не менялась.

Последние 5 лет ревновать перестала, что подтверждает объективно мужем и дочерью. Убеждена, что супруг «образумился», оставил прежнее и больше не нуждается в тотальном контроле, однако уверенности в фактах прошлых измен так и не утратила.

Считает себя больной кожным заболеванием в течение пяти лет (с 55 лет), когда впервые, по ее словам, после того как протерла глаза невымытыми руками во время поездки в общественном транспорте, появилось ощущение зуда и жжения в области глазницы, которые сопровождались припухлостью, отечностью и покраснением век.

Испытывая опасения за здоровье, практически сразу обратилась к офтальмологу, а затем – в кожно-венерологический диспансер, где был установлен предположительный диагноз «демодекоз» и назначена местная терапия. Вскоре ощущения распространились на область носа и кожу лица, затем постепенно – на волосистую часть головы и все тело. При последующих повторных дерматологических обследованиях патологии не выявлено. В течение года многократно обращалась к дерматологам, не находившим кожного заболевания.

Год спустя (56 лет) сенсации изменили свой характер: к зуду присоединились ощущения движения «мурашек» по телу, «ползанья» под кожей, появилось чувство «укусов», стала замечать на коже мелкие черные точки с «усиками», чувствовала их на ощупь как плотные «шарики». Только тогда осознала, что заражена какими-то паразитами. Несмотря на отрицательные результаты паразитологического обследования, стала бороться с «заразой». Применяла различные противопаразитарные средства (бензилбензоат, спрегаль и т.п.), прижигала места «укусов» зеленкой, фукорцином без особого эффекта. Опасаясь распространения паразитов на предметы обихода, мыла полы с хлорамином, стирала с дезинфектантами белье. Ограничила визиты дочери и внука из страха их заразить. Осматривала

мужа в поисках паразитов и у него. Спала в другой комнате, пользовалась отдельной посудой. Носила показывать врачам собранных в емкость «паразитов», негодовала, когда сообщали, что в материале идентифицируются лишь частицы эпидермиса и волокна одежды. После многократных обращений в КДВ по месту жительства была направлена на консультацию к психиатру и госпитализирована в клинику научного центра психического здоровья РАМН.

Неврологическое состояние. Жалобы на тугоподвижность в шейном и поясничном отделах позвоночника, на эпизодические боли в спине при физических нагрузках. Лицо симметричное. Артикуляция не нарушена. Движения языка сохранены в полном объеме. Ширина зрачков одинакова, на свет реагируют содружественно. Черепно-мозговые нервы – без патологии. Сухожильные рефлексы живые, симметричные, вызываются с обеих сторон. При выполнении постуральной пробы устойчива. Пальценосовая и пяточноколенная пробы – координация движений сохранена. Нарушений в сфере чувствительности и двигательных расстройств (парезы, параличи) не обнаружены. Патологических рефлексов нет.

Рентгенография шейного и поясничного отделов позвоночника. Рентгенологические признаки шейного и поясничного остеохондроза, унковертебральный артроз.

Магнитнорезонансная томография головного мозга. На полученных изображениях в веществе мозга больших полушарий, ствола и мозжечка очаговых и диффузных изменений не выявлено. Боковые желудочки мозга симметричны, не расширены. Субарахноидальные пространства борозд больших полушарий, а также полушарий мозжечка не расширены. Гипофиз не изменен. Краниовертебральный переход не изменен. Заключение: патологии головного мозга не выявлено.

Электроэнцефалография. Признаки умеренной корково-стволовой ирритации и срединных структур мозга. Межполушарной асимметрии, признаков пароксизмальной активности не зарегистрировано.

Заключение офтальмолога. Жалобы на чувство инородного тела в глазах, на снижение остроты зрения. При осмотре – гиперемия конъюнктивы век, ифиль-

трация. При исследовании глазного дна – диски зрительных нервов имеют четкие границы, сосуды сетчатки без патологии. Диагноз: гиперметропия, хронический конъюнктивит.

Заключение невролога. Знаков органической патологии ЦНС не выявлено, распространенный остеохондроз позвоночника.

Соматическое состояние. Высказывает жалобы на ноющие боли в коленных суставах, возникающие несколько раз в месяц, эпизодические подъемы АД до 150/90 мм. рт. ст., сопровождающиеся давящими болями в затылочной области. Кожный покров с тенденцией к сухости, имеются единичные расчесы. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 85 уд/мин. Артериальное давление – 140/85 мм. рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка пальпаторно не определяется. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа нормальных размеров. Нарушений дефекации и дизурии нет.

Данные лабораторных и инструментальных исследований. Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – $4,7 * 10^{12}$ на л, лейкоциты – $6 * 10^9$ на л, из них сегментоядерные – 69%, палочкоядерные – 4%, лимфоциты – 31%, эозинофилы – 4%, базофилы – 0%, моноциты – 6%, СОЭ – 8 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес – 1018 г/л; белок, глюкоза, кетоновые тела, желчные пигменты, лейкоциты, бактерии отсутствуют. Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, протеины, глюкоза, прямой/непрямой билирубин, холестерин, остаточный азот, мочевины – в пределах референсных значений. Анализы на сифилис, ВИЧ/СПИД, HBS-антитела и антигены – отрицательные.

Электрокардиография. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Синусовая брадикардия. Частота сердечных сокращений – 52 уд. в 1 мин. Возможна гипертрофия левого желудочка.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Печень не увеличена, нормальной эхогенности, без очаговых изменений. Желчные протоки

не расширены. Желчный пузырь несколько увеличен, стенки уплотнены. Конкременты в просвете желчного пузыря не визуализируются. Сосуды печени не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, контуры ровные, ткань железы однородная, проток не расширен. Селезенка без очаговых и диффузных изменений. Почки расположены нормально, патологические образования не определяются.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Легочные поля прозрачные без очаговых и инфильтративных изменений. Корни не расширены, структура их сохранена. Диафрагма расположена на обычном уровне, с ровными контурами, синусы глубокие, свободные. Сердце не увеличено, стенка аорты несколько уплотнена. Заключение: рентгенологических признаков пневмонии, туберкулеза, онкопатологии не обнаружено.

Заключение терапевта. Гипертоническая болезнь I стадия, I степени тяжести, низкого риска.

Заключение паразитолога. Данных за паразитарную патологию нет.

Консультация дерматолога. На коже груди, голеней, предплечий определяются покрытые серозными корками единичные поверхностные эксфолиации, окрашенными фукоцином. Элементы сыпи регрессируют с формированием вторичных пигментированных пятен. Исследование на чесотку – результат отрицательный. Заключение: высыпания искусственной природы, диагноз первичного дерматоза исключен.

Психологическое обследование. Отмечается общий невысокий интеллектуальный уровень, характерно снижение уровня обобщения с тенденцией к ориентации на конкретно-ситуационные признаки в ответах. На фоне высокого темпа деятельности и малой утомляемости отмечаются отдельные колебания внимания. Наблюдаются такие личностные черты, как высокая самооценка, эгоцентричность, решительность. В то же время выявляется подозрительность и склонность к формированию сверхценных образований и паранойяльных установок.

Психический статус. Выглядит в соответствии с возрастом. Одеты неприятно, но аккуратно. Ухожена, пользуется косметикой, носит маникюр. Во-

лосы коротко острижены, окрашены. Мимика оживленная, активно жестикулирует, непоседлива, часто отвлекается. В беседу вступает охотно, при этом поначалу недоверчива, избегает прямых ответов на вопросы, касающихся обстоятельств жизни, предшествующей заболеванию. Речь в форме монолога, обстоятельная, с массой несущественных подробностей, при этом перескакивает с темы на тему, путается в датах, последовательности событий. Оживляется при рассказе о болезни. С напором высказывает многочисленные жалобы.

Уверена, что страдает от поразивших кожный покров насекомых, «доказывает» их присутствие ощущениями. Беспокоят зуд и жжение, чувство перемещения паразитов по поверхности кожи. Когда паразиты, по ее мнению, внедряются в кожу, чувствует «укусы». После таких укусов ощущает как паразиты двигаются под кожей. Ощупывая участки кожи, где они ползают, чувствует паразитов под пальцами в виде плотных, округлых «шариков», когда пытается снять их с кожи, те «рассыпаются», «исчезают». Видит, как в результате перемещений паразитов в коже образуются «паразитарные ходы», указывая при этом на естественные складки кожного покрова. Стоит только почесать голову, как под ногтями видит серую массу, похожую на «холодец», в котором содержатся яйца паразитов. С этой массой связывает ощущение набухания, отечности и стягивания волосистой части головы, чувство, что что-то «словно застиляет кожу». Замечает и отдельных паразитов, дифференцируя по внешнему виду их яйца, личинки и взрослые особи. Видит в «холодце» отдельные вкрапления – неподвижные серые точки, которые принимает за яйца; на поверхности кожи – «черные шарики с усиками», способные ползать, вызывая ощущение мурашек («личинки»); а также продолговатые, похожие на насекомых организмы с усиками, лапками и хоботком-жалом («взрослые особи»), которые кусают, внедряются в кожу, перемещаются по коже и под ней. Когда разглядывает паразитов в лупу, видит, как они шевелятся. Этим, наряду с ощущениями передвижения и паразитической активности (кусают, проникают под кожу), обосновывает свою убежденность в том, что речь идет о живых существах. Во внутренних органах присутствия паразитов не чувствует, не обнаруживает признаков их распространения за пределы собственного организма, не

замечает их у родственников или в квартире, частую уборку проводит лишь «для профилактики». Убеждена, что заражена только ее собственная кожа, пораженная единственным видом паразитов, находящихся на разных стадиях развития и внешне напоминающих обычных насекомых. Вероятность инвазии вследствие действий недоброжелателей отрицает: «винить некого, паразиты сами завелись».

Полагает, что заразилась в общественном транспорте 5 лет назад: в течение первого года инвазия могла протекать в скрытом виде, из-за чего не подозревала, чем заболела, «паразиты не давали о себе знать». Говорит, что лишь год спустя догадалась, что речь идет о насекомых, когда те «проявили себя по-настоящему», «обнаружили свою живую природу» - стали кусать, ползать и т.п. Недоумевает, почему врачи-дерматологи не могут обнаружить паразитов, однако объяснить этот факт затрудняется. Идей относительно небрежности или преднамеренного вреда со стороны медперсонала не высказывает.

Рассказывая об изменах мужа, уверена в их реальности в прошлом. То, что супруг наотрез отказывается признаваться, интерпретирует как «суть всех мужчин – не пойман, не вор». Не прощает ему предательства, хотя и продолжает жить с мужем-изменником, ничего не забыла, помнит о нанесенных обидах, хотя и считает, что теперь «измены в прошлом» – женщины давно потеряли интерес к престарелому мужу. Последние 5 лет полностью переключилась на более актуальную проблему – кожных паразитов.

Себя характеризует как человека энергичного, деятельного, не привыкшего сидеть на месте («бегала как метеор»), в то же время – принципиального – намерена вернуть дочери деньги за лечение, которая та оплачивала. Описывает себя как практичную, сдержанную в проявлениях чувств, аккуратную, педантичную, чистоплотную, брезгливую. Заявляет, что все должно быть «под контролем – и чувства и вещи».

Суждения поверхностные. Познания ограничиваются конкретными сведениями, касающимися ведения хозяйства, огорода. Живет в загородном доме, свободное время занимается приусадебным участком. Высокого о себе мнения, не без хвастовства заявляет, что разводит цветы, любит готовить, «идеальная хозяй-

ка». В то же время признается, что никогда не стремилась к карьерному росту, «звезд с неба не хватала».

Терапия: рисперидон до 4 мг/сут. в течение 6 недель.

В результате проведенной терапии патологическое состояние полностью разрешилось. В течение двух недель лечения исчезли кожные коэнестезиопатии. Неделю спустя подверглись обратному развитию идеи о паразитарной инвазии. При этом полная критика не сформировалась: хотя и утверждает, что паразитов больше нет, «их изгнали», «они ушли», однако сохраняется уверенность в объективности их существования прежде.

Катамнез через три года (повторный осмотр в возрасте 63 лет). После госпитализации в клинику НЦПЗ РАМН регулярно принимала поддерживающую терапию (рисперидон 2 мг/сут, акинетон 2 мг/сут), состояние определялось стойкой ремиссией. Не возникало ни кожных ощущений, ни мыслей о наличии инвазии.

Через год после госпитализации пыталась отказаться от поддерживающего лечения – самостоятельно прекратила прием психотропных препаратов, но месяц спустя состояние вновь ухудшилось. Появились зуд, ощущения ползания, укусов на поверхности и в глубине кожных покровов, вновь начала «видеть» паразитов, вернулась убежденность в паразитарной природе страдания. После телефонного разговора с лечащим врачом-психиатром вновь начала принимать прежнюю терапию, после чего в течение недели состояние нормализовалось.

По словам мужа и дочери, на протяжении всего периода заболевания и последующей ремиссии изменений характера не отмечалось. Нарастания замкнутости, изменения отношения, враждебности к окружающим не обнаруживала. Как и до «инвазии» была активной, деятельной, прагматичной. Самостоятельно справлялась с домашним хозяйством. Еще два года продолжала работать в поликлинике, лишь год назад окончательно уволилась с работы, чтобы помогать дочери с внуками. Сохраняет прежние увлечения – занимается приусадебным участком, разведением цветов.

Разбор. Состояние пациентки на момент первичного обследования (60 лет) определяется синдромом коэнестезиопатической паранойи: монотематическим

ипохондрическим бредом паранойяльной структуры с патологической убежденностью в существовании кожной паразитарной инвазии (дерматозойный бред), сформировавшейся на базе сенсопатических (преимущественно коэнестезиопатических) расстройств.

Коэнестезиопатии представлены дифференцированными тактильными галлюцинациями с трансдермальной (на коже, под кожей) проекцией как в форме элементарных (ползание, укусы), так и сложных предметных осязательных обманов восприятия (твердые, округлые), сопоставимых с функциональными галлюцинациями (возникают при контакте пальцев с кожей, исчезают при прерывании прикосновения). Дополняют картину сенсопатий визуальные обманы восприятия, которые наряду с иллюзиями («складки кожи – паразитарные ходы») определяются зрительными галлюцинациями (больная видит инсектоформных паразитов, визуализирует детали их строения – «усики, хоботок, лапки»).

Среди особенностей бредового расстройства в обсуждаемом наблюдении обращают на себя внимание не только монотематичность, но и малый размах бреда: правдоподобность и тривиальность идеи поражения единственным видом паразитов, напоминающих обычных насекомых, заселяющих исключительно пространство кожного покрова без идей распространения внутрь и вне организма.

Следует подчеркнуть тот факт, что денотат дерматозойного бреда в данном наблюдении лишен идей персекуторного содержания, воздействия, сенситивных идей отношения, транзитивизма, сутяжных тенденций, т.е. содержательный комплекс не включает аспекта «нарушений межличностных отношений» [121]. Таким образом, подобный бред может быть отнесен к «экологическому» [69], лишенному «идеи преднамеренного причинения вреда» окружающими⁵⁸. Аутоагрессивные действия, формирующиеся в структуре бредового поведения, в данном наблюдении соотносятся с идеаторным комплексом и также носят ограниченный характер (борьба с кожными паразитами общедоступными аптечными средствами), о чем свидетельствуют особенности дерматологического статуса – локальные, единичные эксфолиативные элементы в результате попыток извлечения па-

⁵⁸Фролова В.И. Там же. С. 68.

разитов из кожи ногтями, окрашенные/прижженные растворами конвенциональных антисептиков «укусы» насекомых.

Обращаясь к анализу соотношений сенсопатий и дерматозойного бреда в представленном наблюдении, необходимо обратить внимание на следующие особенности, указывающие на «первичный» характер сенсопатий, представляющих собой базисные расстройства. Становлению дерматозойного бреда предшествовал длительный (около года) продромальный период, картина которого определялась кожными ощущениями, сопоставимыми с описаниями соматоформного зуда (зуд, жжение, кожные проявления соматоформной вегетативной дисфункции – отечность, переходящая эритема), а также явлениями тревоги о здоровье в отсутствие бредовых представлений относительно паразитарной инвазии. Сходную закономерность формирования дерматозойного бреда вслед за этапом «недифференцированных» кожных ощущений⁵⁹ (преимущественно – зуда) отмечает целый ряд авторов [14; 45; 59; 121; 219]. Более того, на зависимость бреда от сенсопатий также указывает манифестация собственно паранойяльной убежденности по типу «бредового озарения» [92; 121; 242; 318; 367] лишь непосредственно вслед за усложнением сенсопатий – при присоединении к зуду дифференцированного тактильного галлюциноза и зрительных обманов восприятия: больная только тогда осознала, что заражена паразитами, когда те «обнаружили свою живую природу». Таким образом, с моментом усложнения сенсопатий сопряжено становление феномена анимации – синдромообразующего признака, возникновение которого обусловлено объединением галлюцинаторных с производными бредовыми расстройствами и отражает последовательную трансформацию психопатологической

⁵⁹Квалификация таких кожных ощущений в литературе значительно варьирует – парестезии, кожные сенестопатии, дизестезии, зуд *per se*. Согласно же результатам настоящего исследования, иллюстрируемым приведенным клиническим наблюдением, эти возникающие в отсутствие объективно диагностируемого кожного/паразитарного заболевания нарушения соотносятся с проявлениями кожного органического невроза, психопатологическая структура которого, объединяющая кожные коэнестеziопатии по типу соматоформного зуда и тревожные расстройства ипохондрического содержания, детально проанализирована в Главе 3. Такой патокинез, проявляющийся сменой синдрома невротического регистра (соматоформный зуд) симптомокомплексом бредового уровня (коэнестеziопатической паранойей) в динамика заболевания одной и той же больной, может служить дополнительным подтверждением обсуждаемому в Главе 3 положению о континууме психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова и утяжеляющихся от невротического полюса к психотическому.

симптоматики от сенсопатий к бредовым представлениям и одержимости паразитами, наделяемыми свойствами живых существ.

Еще одним аргументом в пользу обсуждаемой здесь закономерности соотношения сенсорных и идеаторных расстройств являются выявленные у больной особенности обратного развития бредового симптомокомплекса под действием проводимой терапии. Первичность сенсопатий демонстрирует характерная динамика редукции компонентов симптомокомплекса: в результате проводимой терапии сперва редуцируются обманы восприятия, включающие тактильные и зрительные сенсопатии (вторая неделя лечения), и только затем «распадается» бредовая фабула. Сходную связь базисных и производных психопатологических расстройств у пациентки демонстрирует и имевшее место в период катамнестического наблюдения кратковременное обострение заболевания: возобновление сенсопатий с последующей актуализацией бреда при попытке отмены поддерживающей терапии и идентичная динамика обратного развития психопатологических расстройств. Сходную динамику редукции бреда лишь вслед за исчезновением сенсопатий при обсуждаемом симптомокомплексе демонстрируют и ранее проведенные исследования, послужившие исходным пунктом для выделения «коэнестеziопатической параной» [97, 98, 121]. (Воспроизводимость результатов упомянутых работ в настоящем исследовании может служить дополнительным подтверждением валидности полученных данных относительно «классической» формы дерматозойного бреда – коэнестеziопатической параной.)

Обращаясь к обсуждению нозологической принадлежности рассматриваемого бредового расстройства, необходимо привести аргументы в пользу его квалификации в рамках паранойи. Соответственно нуждаются в оценке преморбидный склад и предшествовавшие манифестации коэнестеziопатической паранойи психопатологические нарушения.

Бред одержимости кожными паразитами развивается у личности с гипопараноической конституцией [310]. Пациентка в течение всей жизни обнаруживает стойкие «паранойяльные черты»: прямолинейность, принципиальность, нетерпимость к несправедливости, – констелляция которых, однако, не достигают степе-

ни выраженности паранойяльной психопатии (не приводит к социальной/семейной дезадаптации, не влияет на «профессиональный маршрут»). Сходные данные о сопоставимости преморбидной структуры личности у больных дерматозойным бредом с гипопараноической конституцией представлены в работах некоторых отечественных авторов [14; 47; 121; 103; 129].

Дебют заболевания приходится на 32 года, когда аутохтонно манифестировал паранойяльный малосистематизированный бред ревности. Состояние пациентки на протяжении следующих двух десятилетий определялось стойким монотематическим бредом и соответствующим бредовым поведением. Такой бред, фактически сопоставимый с бредом «обыденных отношений» [35], направленный на конкретного человека из непосредственного окружения больной (мужа) и носящий правдоподобный характер, не обнаруживал признаков усложнения психопатологической структуры (существующая многие годы в неизменном виде паранойяльная система), не сопровождался изменениями семейного статуса, профессиональной дезадаптацией, нарастанием негативных расстройств, не являлся поводом для обращения за психиатрической помощью. Напротив, параноид, определявшийся идеями ревности, обнаруживает признаки обратного развития в инволюционном возрасте – на момент первичного обследования бредовое поведение, направленное на предотвращение «измен», редуцировалось, а идеи супружеской неверности носят исключительно резидуальный характер.

Однако стереотип развития заболевания с преобладанием бредовых расстройств паранойяльной структуры остается неизменным – в возрасте 55 лет отмечается аутохтонная манифестация, на этот раз монотематических идей паразитарной инвазии. Затем на протяжении 5 лет персистирует дерматозойный бред без признаков (как и при бреде ревности), генерализации бредовых расстройств, видоизменения клинической картины, заметной прогрессивности и нарастания шизофренического дефекта. Сходство обнаруживает и динамика обратного развития обоих бредовых симптомокомплексов с формированием резидуального бреда.

Представленное клиническое наблюдение фактически одновременно иллюстрирует оба описанных в литературе механизма бредообразования, свойствен-

ных паранойе и последовательно прослеживающихся в анамнезе заболевания одной и той же больной. Во-первых – становление паранойяльного бреда на базе кататимного комплекса (здесь – сверхценного отношения к супругу), выделяемого при «классической» паранойе [178; 319; 339], и во-вторых – на основе сенсопатий (здесь – преимущественно коэнестезиопатий), что в свою очередь типично для коэнестезиопатической паранойи [97; 121]. При этом наблюдается не усложнение одной фабулы бреда идеями иного содержания, что могло бы рассматриваться в качестве признака прогрессивности заболевания (усложнение позитивных расстройств), а напротив – лишь смена одного денотата другим, при неизменности паранойяльной структуры симптомокомплекса, что может быть интерпретировано в плане единства клинического пространства паранойи, объединяющего «классическую» и коэнестезиопатическую формы.

Резюмируя представления о коэнестезиопатической паранойе, следует отметить следующее. Сходную представленному клиническому наблюдению динамику заболевания, манифестирующего в среднем возрасте бредом паранойяльной структуры, демонстрирует 53,3% случаев (8 из 15 набл.). В остальных 7 наблюдениях этой группы выявить в анамнезе бредовые расстройства не удалось, что соотносится с ранее приводимыми описаниями пациентов с гипопаранойической конституцией [121], у которых дебют паранойи приходится на инволюционный возраст и определяется дерматозойным бредом (коэнестезиопатическая паранойя).

Коэнестезиопатическая парафрения [102; 104] (13 набл.; 11 жен., 2 муж.) отличается от коэнестезиопатической паранойи широким набором базисных психопатологических нарушений, не ограничивающихся тактильным галлюцинозом и зрительными обманами восприятия, а вовлекающих все сенсорные модальности: коэнестезиопатии (тактильные, энтероцептивные/висцеральные галлюцинации, сенестопатии, проявления соматоформной вегетативной дисфункции), зрительные (включая аутовисцероскопические), слуховые и обонятельные галлюцинации. Производные от коэнестезиопатий идеаторные нарушения представлены систематизированным парафренным бредом.

При коэнестезиопатической парафрении *телесные ощущения* проецируются во внутреннее пространство организма, что отражает более глубокое по сравнению с коэнестезиопатической паранойей поражение соматопсихики [511]. Кроме того, в 5 наблюдениях дебют расстройства определяется острыми – длительностью от 3 до 14 дней – проявлениями, соответствующими картине транзиторного соматопсихоза [13; 21; 511]. Последние включают внезапный наплыв коэнестезиопатий (висцеральные галлюцинации, сенестопатии, сенестезии), сопровождающихся генерализованной тревогой, а также общие соматические симптомы (потеря аппетита, инсомния) и проявления соматоформной вегетативной дисфункции (гипертермия, гипергидроз, диффузная эритема кожи).

Тактильные галлюцинации при коэнестезиопатической парафрении (как и при коэнестезиопатической паранойе) носят трансдермальный характер, но отличаются односторонней направленностью кинетических характеристик – ощущением движения паразитов сквозь кожу изнутри наружу. 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 при коэнестезиопатической парафрении могут быть квалифицированы как «сенестопатии с внутренней проекцией тактильных ощущений» [36]: диффузный, тягостный, нестерпимый зуд, ощущаемый в полостях тела и/или в мышцах. Проецируясь за пределы кожного покрова, патологические телесные ощущения воспринимаются пациентами как одно из проявлений активности паразитов во внутренних органах.

Картина коэнестезиопатических расстройств дополняется симптоматикой, объединяющей соматоформные (органоневротические) нарушения ЖКТ, респи-

раторной, сердечно-сосудистой системы и кожные проявления соматоформной вегетативной дисфункции (трофические нарушения, расстройства вазомоторики, эритема, уртикарноподобная сыпь, ангионевротический отек и др.).

Зрительные обманы восприятия при коэнестезиопатической парафрении отличаются гротескностью 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. Больные описывают, как паразиты, распространяясь, выделяются в воздух над поверхностью кожи («пылят над головой»), говорят, что они заметны в слюне, мокроте, экскрементах.

В 13 набл. отмечаются аутовисцероскопические (эндоскопические) галлюцинации [82] – паразиты визуализируются во внутреннем пространстве организма. При этом в части случаев (8 набл.) над признаками артропод в описаниях пациентов преобладают характеристики, свойственные червям (пушистые гельминты, личинки, напоминающие по форме сачок для ловли бабочек и т.п.). Кроме того, в одном из наблюдений на поверхности кожи, наряду с выделением из нее паразитов, «видны» то появляющиеся, то исчезающие геометрические узоры и растительный орнамент (проявляющиеся на лице «треугольники», обвивающие конечности «лианы», распускающиеся на коже «цветы»).

Слуховые галлюцинации, представлены элементарными обманами восприятия – акоазмами, также проецирующимися во внутренне пространство тела и относимыми больными к проявлениям паразитарной активности. Пациенты слышат 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 [464]) по типу *фантастической парафрении* [320]. Бредовые идеи обнаруживают тенденцию к систематизации, что сближает расстройство не

только с коэнестезиопатической паранойей, но и с синдромом «поздней парафрении» М. Roth [425; 426]⁶⁰. При этом бредовая фабула и соответствующее поведение насыщены фантастическими «фактами» и нелепыми поступками. Например, в качестве *доказательства* заражения предъявляются извлеченные из полости рта прямо на врачебном приеме фрагменты пищи, выдаваемые за паразитов. Меры *защиты* также отличаются абсурдностью (обертывание мягкой мебели в квартире пищевой пленкой, обработка предметов обихода в автоклаве). Рассказ о методах *борьбы* с инвазией приобретает черты экспансивного бреда. Например, декларируется способность ради удаления из тела паразитов проникать пальцами сквозь кожу, погружая их внутрь тела, раздвигая ткани, словно те лишены границ. В одном из наблюдений парафренный бред достигает степени мегаломанического. Согласно концепции пациента, пандемией паразитарной болезни охвачены все люди в мире, и они ежедневно перезаражают его при каждом новом контакте. В качестве причины возникновения паразитов при этом выдвигается убежденность в их искусственном происхождении вследствие вышедшего из-под контроля био-/нанотехнологического эксперимента.

Аутодеструктивное поведение при коэнестезиопатической парафрении представлено инструментальной аутоагрессией (несуицидальные самоповреждения [91]), проявляющейся в грубой, brutальной форме: для уничтожения паразитов в коже и подлежащих тканях используются паяльные лампы (см. Рисунок 12), 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.

⁶⁰Поздняя парафрения, рассматривавшаяся М. Roth в пределах старческой шизофрении, характеризуется высокосистематизированным парафренным бредом, длительное время протекающим с правильной ориентировкой, хорошей адаптацией, сохранностью памяти и внимания при отсутствии выраженных негативных расстройств.



Рисунок 12. Фото искусственных проявлений при коэнестезиопатической парафрении у больного М., 68 лет. На коже спины ниже левой лопатки определяется линейный очаг поражения, представленный серозно-гноевой коркой размерами 0,5х4,5 см, окруженной венчиком гиперемии шириной 3 мм и расположенной на инфильтрированном основании. По словам больного, данное самоповреждение он нанес паяльником самостоятельно при помощи зеркала с целью выжигания «хода, в котором обитают паразиты».

Особенности коэнестезиопатической парафрении иллюстрирует следующее клиническое наблюдение.

Пациент М.Н.К. (68 лет).

Наследственность психопатологически отягощена.

Мать. Известно, что в возрасте 40 лет покончила с собой в период депрессии, спровоцированной уходом из семьи мужа (ввела себе летальную дозу инсулина). Работала медсестрой. По характеру малообщительная, впечатлительная, обидчивая, принимавшая все неприятности «близко к сердцу». **Отец** умер в 57 лет от инфаркта миокарда. Кадровый военный, фронтовик. С молодости злоупотреблял спиртным, отмечались редкие запои. По характеру недоверчивый, вспыльчивый, авторитарный. Ревнивый, скандалил с женой, подозревая в изменах, прибегал к

рукоприкладству. В то же время сам заводил романы на стороне, в 45 лет развелся с супругой ради очередного увлечения.

Пациент. Родился от нормальной беременности и родов. Отличаясь хорошим здоровьем и выносливостью, получал удовольствие от физических нагрузок, занятий спортом (хоккей, футбол).

По характеру с детства был сдержанный, надменный избегал открытых проявлений чувств. Соблюдал дистанцию не только со сверстниками, но и родственниками; «самодостаточный», близких друзей никогда не имел.

Легко осваивал моторные навыки. Имел множество технических увлечений, был «мастером на все руки». Дома постоянно что-то «чинил», «улучшал». С младших классов занимался авиамоделированием, затем посещал радиокружок, самостоятельно собирал приемники, увлекался сваркой, позднее – ремонтом автомобилей. В подростковом возрасте по собственному чертежу сконструировал рабочую модель пистолета. В течение жизни всегда сам занимался домашним ремонтом, включая электрику и сантехнику, чем немало гордился.

В школу пошел своевременно. Адаптировался с трудом, среди одноклассников слыл заносчивым зазнайкой. Упрямый, спорил с учителями, считал, что ему намеренно, из неприязни занижают оценки. Учился посредственно – в основном на «тройки», несколько лучше давались точные науки, особенно физика. Окончил политехнический институт, став инженером, неоднократно вносил рацпредложения, получал благодарности, премии. На работе был деятельным, энергичным, неутомимым. В коллективе держался обособленно, самоуверенно, знал себе цену, не раз конфликтовал с руководством. Так, в 30 лет, посчитав несправедливым лишение его премии, поругался с начальником (во время конфликта ударил его), отказался не только работать под его началом, но и оставаться в должности инженера.

Интерес к противоположному полу с подросткового возраста, уверенный в себе, без труда знакомился. Женился в 33 года. Спокойно отнесся к тому, что у жены не может быть детей. По ее словам, никогда не проявлял ревности. В браке

предоставил ей заниматься хозяйством, сам же с головой погрузился в работу и технические увлечения.

С 30 до 43 лет злоупотреблял спиртным, мог выпить до 0,5 л водки, отмечались кратковременные (по 2-3 дня) запои, обычно совпадавшие с командировками. Опохмелялся, что становилось поводом для регулярных скандалов с женой, на почве которых то расходился, то сходился с ней вновь.

Лет с 40 лет стали беспокоить тупые боли в области правого подреберья, на которые поначалу не обращал внимания. В 43 года перенес тревожный приступ, когда внезапно возникли нехватка воздуха, ощущение остановки сердца, дрожь в руках, озноб и острая боль в области печени; испытывал страх смерти. Состояние продолжалось в течение часа и обошлось самостоятельно. Сразу обратился к врачу, услышав, что панический приступ может быть связан с алкогольными эксцессами, полностью отказался от спиртного, что подтверждается женой. Однако с этого времени, здоровым себя уже не чувствовал. Несмотря на то, что приступы больше не повторялись, агорафобия не возникла, сохранялись тревога о здоровье и тянущие боли в правом подреберье, не мог спать на боку, беспокоили тошнота, чередование запоров и поносов.

Одновременно сменил работу, связанную с командировками и употреблением спиртного. Уже через год после начала заболевания из-за постоянных болей был вынужден уволиться с завода, устроился на более легкую работу – соцработником.

Постоянно обращался к врачам, обследовался. Соматическая природа болей при объективных обследованиях была исключена. Разочаровавшись в официальной медицине и решив, что речь идет о недиагностируемой патологии печени, связанной с длительными приемом спиртного, обратился к самолечению, стал пользоваться методами нетрадиционной медицины. Делал очищения кишечника с помощью клизм, «чистку печени». Стал соблюдать диету, питался кашами, исключил сладкое. С целью оздоровления начал бегать по 5-10 км в день.

С годами боли усиливались, возникали все чаще, как при погрешностях в диете, так и при физической нагрузке, мешали сосредоточиться на работе. К 50

годам ощущения в правом подреберье изменились по характеру – стали «необычными», «странными». Чувствовал в боку «раздувание, разбухание, переливание, хлюпанье».

За годы болезни, по словам жены, изменился по характеру. Стал чудаковатым, нечистоплотным, бесцеремонным, до жестокости бессердечным, обсуждал лишь проблемы, связанные с болезнью. Забросил прежние технические увлечения. В 50 лет окончательно ушел с работы.

Настоящее ухудшение с 52 лет, когда перенес очередной приступ интенсивных болей в правом подреберье, на этот раз сопровождавшийся не только позывами на дефекацию и тошнотой, но также резким ухудшением общего состояния. Испытывал сильную слабость, головокружение, «не мог подняться с постели», страдал от распирающей головной боли, диффузных мышечных болей. Температура тела поднялась до 38,9°C. По словам жены, отмечались отечность рук и ног, покраснение лица. Состояние длилось уже около суток, когда услышал исходящий из глубины организма шипящий звук и почувствовал словно «разрыв» в боку с ощущением, будто «в печени что-то лопнуло» и «расползается внутри живота», «бегает, щекочет внутренности», вызывая нестерпимое жжение и зуд внутри тела. После этого состояние улучшилось, снизилась температура, нормализовалось общее самочувствие. Однако на следующий день увидел в кале клубок «пушистых червей». Понял, что заражен паразитами, ощутив их движение не только в области печени и по ходу кишечника, но и в проекции других внутренних органов – в грудной клетке, в мышцах рук и ног. Почувствовал, как паразиты распространяются изнутри наружу, скапливаясь под кожей, где также вызывают жжение и зуд. Понял, что паразитами инфицирован весь организм, уже через несколько дней начал замечать, как их «мелкие личинки», напоминающие «мучных червей, но с лапками», стали выделяться из кожи наружу.

Стал самостоятельно бороться с инвазией, стремясь «вытравить» паразитов из организма: принимал в больших дозах антибиотики, занялся уринотерапией. Употреблял внутрь керосин, разбавленный уксус, а также промышленную кислоту («царскую водку»), которую сильно разводил. Заметив, что личинки паразитов,

прежде чем выйти наружу, скапливаются «гнездами» под кожей, вызывая мучительный зуд и жжение, старался «ускорить» этот процесс, Расковыривая кожу не только ногтями, но и бритвенным лезвием, прижигал подкожные «паразитарные ходы» с помощью спичек и паяльной лампы.

Около двух лет назад (66 лет) к прежним расстройствам присоединились патологические идеи порчи. После мелкого конфликта с председателем гаражного кооператива припомнил, что и раньше, еще до болезни имел с ним столкновения и как плохо чувствовал себя после каждого выяснения отношений. Всплыли и воспоминания о том, что еще 20 лет назад, когда тот похлопал его по плечу, «начались все болячки», заболела печень, и о том, что после общения с этим человеком другие люди также болеют. Решил, что тот обладает какими-то сверхъестественными способностями, может наводить «порчу».

В течение последнего года, когда усилились тягостные ощущения, вновь стал обследоваться в медучреждениях, где серьезной соматической патологии или паразитарной инвазии выявлено не было. После очередного визита в районный кожно-венерологический диспансер, куда обратился в связи с кожными артификальными проявлениями, был направлен в клинику кожных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, где впервые консультирован психиатром и госпитализирован в клинику научного центра психического здоровья РАМН.

Неврологическое состояние. Жалуется на боли при движениях в коленных суставах. Анамнестических указаний на черепно-мозговые травмы, судорожные пароксизмы нет. Перенес панический приступ в возрасте 43 лет. В статусе менингеальных знаков нет. Зрачки правильной формы, живо, содружественно реагируют на свет. Функции мимической мускулатуры не нарушены. Глотание, фонация в норме. Сухожильные и периостальные рефлексy живые, одинаковые с обеих сторон. Патологических рефлексов нет. Мышечный тонус не изменен. Координаторные пробы выполняет уверенно, в позе Ромберга устойчив. Двигательных и сенсорных расстройств не определяется.

Магнитнорезонансная томография головного мозга. Очагов изменения сигнала в ткани мозга нет. Желудочковая система – увеличение объема боковых

желудочков. В проекциях лобных, височных, теменных долей слабо расширены субарахноидальные пространства. Заключение: наружная и внутренняя сообщающаяся гидроцефалия.

Электроэнцефалография. Признаков эпи-активности не выявлено.

Рентгенография коленных суставов. Двусторонний гонартроз коленных суставов II ст.

Заключение офтальмолога. При обследовании глазного дна – диски зрительных нервов физиологической окраски, сосуды сетчатки без патологических изменений.

Заключение невролога. Артроз коленных суставов. Наружная и внутренняя сообщающаяся гидроцефалия. Данных за органическое поражение центральной нервной системы не получено.

Соматическое состояние. Жалуется на тянущие боли в правом подреберье, спазматические боли по ходу кишечника, позывы на дефекацию, чувство ползания и укусы в брюшной полости. Пониженного питания. Дыхание в легких везикулярное. Хрипы не определяются. Частота дыхания – 20 в мин. Тоны сердца нормальной звучности, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 72 уд/мин. Артериальное давление – 130/85 мм. рт. ст. При пальпации живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Щитовидная железа нормальных размеров. Физиологические оправления в норме. Отеков нет.

Данные лабораторных и инструментальных исследований. Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты $4,6 \cdot 10^{12}$ на л., тромбоциты – $210 \cdot 10^9$ на л., лейкоциты – $5,9 \cdot 10^9$ на л., из них палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 30%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, моноциты – 5%, СОЭ – 6 мм/ч. Анализ мочи: удельный вес – 1018 г/л; эритроциты, белок, сахар, кетоновые тела, желчные пигменты не определяются, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, бактерии отсутствуют. Биохимический анализ крови: протеины, глюкоза, билирубин, холестерин, остаточный азот, мочевины, креатинин, ЛДГ, АСТ в пределах референсных значений, АЛТ – 49 ед/л. Анализ на RW, ВИЧ, HBS-антитела и антигены отрицательные. Кал на яйца глистов – отрицательный.

Электрокардиография. Вертикальное положение электрической оси сердца. Ритм правильный, синусовый. Частота сердечных сокращений – 74 уд./мин. Умеренные диффузные нарушения реполяризации миокарда. Признаков ишемии миокарда нет.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Печень в размере, не увеличена, контур ровный, ткань однородная, эхогенность паренхимы повышена. Сосудистый рисунок обеднен, сглажен. Внутривеночные протоки не расширены. Воротная вена 9,5 мм, просвет однороден, проходим. Холедох на осмотренном участке 3 мм. Желчный пузырь деформирован, в области тела поперечный перегиб, размеры в пределах нормы, стенки эхо-однородные. Содержимое однородное. Поджелудочная железа – размеры не изменены, контуры неровные, четкие. Главный панкреатический проток не визуализируется. Селезенка не увеличена. Селезеночная вена не расширена. Почки расположены типично, размеры в норме, ЧЛС не расширена, паренхима сохранена. Свободной жидкости и инородных тел в брюшной полости и малом тазу не выявлено.

Заключение: жировая дистрофия печени, хронический панкреатит, деформация желчного пузыря.

Эзофагогастродуоденоскопия. Деформация желудка, хронический гастрит. Недостаточность кардии.

Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ. Недостаточность кардии, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, перегиб желудка кзади. Косвенные признаки атрофического гастрита, дискинезия двенадцатиперстной кишки.

Компьютерная томография органов брюшной полости. перегиб желчного пузыря, увеличение в размерах предстательной железы.

Колоноскопия: дискинезия толстой кишки по гипермоторному типу.

Компьютерная томография органов грудной клетки. Эмфизема легких, диффузный пневмосклероз, аортокардиосклероз.

Заключение терапевта. Стеатоз печени. Хронический панкреатит (ремиссия). Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в стадии рефлюкс-эзофагита.

Хронический гастрит. Дискинезия толстой кишки по гипермоторному типу. Хронический геморрой, ремиссия. Аденома предстательной железы. Деформация желчного пузыря. Артроз коленных суставов.

Заключение паразитолога. Данных за паразитарную патологию нет.

Консультация дерматолога. На коже голеней и предплечий – многочисленные фокальные саморасчесы под геморрагическими корками, а также множественные рубцы. На спине – шрам в результате термического воздействия. Микроскопия соскоба на чесотку – результат отрицательный. Заключение: искусственный (самоиндуцированный) дерматит, диагноз первичного дерматоза исключен.

Психологическое обследование. Жалуется на трудности сосредоточения. Темп деятельности замедленный. Наблюдаются выраженные нарушения работоспособности: трудности концентрации внимания, стереотипии в рамках выполняемой методики, трудности удержания инструкций, в чем проявляется общее снижение психической активности. Общий интеллектуальный уровень соответствует полученному образованию. Основные обобщающие категории доступны, однако в ответах доминируют сверхабстрактные объяснения, отмечаются случаи ориентации на латентные признаки. Ассоциации обедненные, формальные, лишены личностно-значимого содержания. Наблюдаются нарушения целенаправленности мышления. Отмечаются трудности понимания инструкций и следования им. Проявляется дефицит мотивационного компонента мыслительной деятельности. При исследовании личностной сферы отмечаются изменения по ипохондрическому типу. Выявляются такие черты, как формальность, требовательность по отношению к окружающим, подозрительность, мстительность.

Психический статус. В беседу вступает охотно, выглядит старше своего возраста, одет неряшливо. С напором, в форме монолога высказывает многочисленные жалобы соматического характера, склонен к бесплодному рассуждательству. На вопросы отвечает часто не в плане заданного, недопонимает, нуждается в пояснениях. Отмечаются соскальзывания, обрывы мыслей. Жалуется на трудности сосредоточения, наплывы мыслей, параллельные мысли. Фиксирован на сво-

ем самочувствию, не расстается со стопкой результатов многочисленных соматических обследований.

Высказывает многочисленные жалобы, которые связывает с заражением организма неизвестными паразитами. Ощущает их присутствие не только в коже (ползают по ее поверхности и под ней, жалят, кусают, вгрызаются изнутри, выбираясь наружу; скапливаются и копошатся под кожей), но и во внутренних органах. Чувствует, как паразиты шевелятся в печени, перемещаются вдоль кишечника, заползают между ребрами, двигаются вдоль позвоночника, по ходу сосудов и мышц в конечностях, забираются внутрь головы, ползают под черепной коробкой, что сопровождается нестерпимым мучительным зудом (хочется «содрать кожу», чтобы почесать под ней, «вычесать внутри»). Усилению таких ощущений в теле сопутствуют нестерпимые боли в правом подреберье (с трудом поддающиеся описанию «скручивание», «переворачивание»), а также спазмы по ходу кишечника, позывы на дефекацию, поносы. При этом возникают скованность, зажатость, «забитость» всей правой стороны тела. Жалуется на шум в голове, гул в правом ухе, ощущение распираания, «поддавливания» изнутри головы. Жалуется на головокружения, шаткость, неустойчивость походки.

Сообщает, что не только чувствует в теле, но и видит паразитов. Описывает их как организмы, похожие на червяков, покрытых тонкими жалящими волосками, но при этом также имеющих множество конечностей, словно сороконожки. Видит их как на поверхности кожи, так и в собственном кале. Рассказывает, что несколько раз, особенно расплодившись, они не только выползали из кожи, но и вылетали из нее. Видел у них крылья, слышал сопровождавший такой «исход» свист. Кроме того, слышит писк и треск, раздавливая, убивая паразитов. Чувствуя, как паразиты ползут вдоль кишечника, видит их сквозь кожу внутри тела, описывает, как при этом доставал особенно крупных из-под кожи, сдвигая ее, собирая в складки, погружая пальцы в глубину собственного тела.

Кроме самих паразитов замечает следы их жизнедеятельности – линейные ходы, прогрызенные ими под кожей. Указывая на родинки, сообщает, что это места выхода паразитов на поверхность тела. Жалуется также на потемнение мочи,

изменение цвета крови, которая стала черной, на неприятный «чесночно-сальный» запах, исходящий от тела, что также объясняет паразитарной инвазией.

Детально описывает особенности поведения паразитов: они активизируются в вечернее время и ночью, мешают спать; вызываемые ими ощущения усиливаются, если голоден, а если поест, то чувствует, что они тоже «насытились», успокоились. Уверен, что паразиты гнездятся в печени, которую заселили изначально как наиболее слабый орган, когда-то подорванный спиртным. Их периодическим массовым выходом оттуда объясняет эпизодические ухудшения состояния – обострения с одновременным наплывом всех ощущений сразу или лишь некоторых из них (зачесалось в животе – поползли из печени вдоль кишечника, заскребли лапками между ребер – выбирают под кожу). Из печени, где происходит размножение, они распространяются по организму, на время скапливаются под кожей, образуя «колонии», в которых «дозревают», а лишь затем выделяются наружу как в виде личинок с лапками, прогрызающих кожу и выползающих на нее, так и в виде взрослых особей с крыльями, сразу вылетающих из тела.

Описывая методы борьбы с паразитами, признается, что кроме механического их удаления (ногтями, лезвием) и прижигания кожи бесконтрольно принимает обезболивающие препараты и антибиотики, по 5-6 таблеток за раз. Демонстрирует многочисленные мелкие эрозии, точечные язвы, очаги пигментации и рубцы, диссеминированные по всему доступному для собственноручных манипуляций кожному покрову. Сетует, что проводимые процедуры лишь на время облегчают симптомы, убивая отдельных паразитов, однако полностью «вывести» их из организма не могут.

Ретроспективно связывает начало болезни с воздействием председателя гаражного кооператива, с которым уже второй год не затихает конфликт. Полагает, что тот, обладая экстрасенсорными способностями, мог вызвать болезнь; при общении с ним чувствовал «влияние», усиливающее симптомы, но вне его общества, например, дома, такого влияния не замечает.

Терапия: *1 курс:* сульпирид 200 мг в/в кап, галоперидол 10 мг в/м; *2 курс:* оланзапин 20 мг в/м, кветиапин 400 мг, венлафаксин 150 мг; *3 курс:* амисульприд

600 мг, клозапин 75 мг, мirtазапин 45 мг (дополнительно – клоназепам 2 мг, реладорм 1 таб., бипериден 4 мг).

В результате проводимой в течение 8 недель в психиатрическом стационаре массивной психофармакотерапии отмечалось незначительное, кратковременное улучшение самочувствия. Нормализовался сон, снизилась интенсивность аутоагрессивного поведения, эпителизировались свежие эрозии, язвы и ожоги. Тем не менее, прежние жалобы на многочисленные тягостные телесные ощущения сохранялись, продолжал замечать «выход паразитов» из кожи. Лишь формально соглашался с возможностью психической обусловленности заболевания, не теряя убежденности в паразитарной инвазии. Выписан с рекомендацией оформления группы инвалидности по психическому заболеванию на поддерживающей терапии: сульпирид 400 мг, азалептин 75 мг, мirtазапин 45 мг, акинетон 4 мг.

Катамнез через полгода (амбулаторная консультация, 69 лет). Состояние без явной динамики, через месяц после выписки отменил поддерживающее лечение. В прежнем объеме сохраняются обманы восприятия и ассоциированные с ними бредовые идеи паразитарной инвазии. Отрицая у себя психическую болезнь, отказывается от дальнейшего наблюдения и лечения у психиатров, намерен вновь обратиться к паразитологам.

Разбор. Представленная история болезни, дополненная данными катамнеза, демонстрирует особенности клинической картины коэнестезиопатической парафрении.

Состояние пациента как на момент первичной консультации (68 лет), так и при катамнестическом обследовании (69 лет) остается неизменным и определяется систематизированным ипохондрическим бредом парафренной структуры с патологической убежденностью в тотальной охваченности паразитарной инвазией, вовлекающей не только кожный покров, но и внутреннее пространство организма (дерматозойный и энтерозойный бред).

Квалификации симптомокомплекса как парафренного не противоречит отсутствие в представленном наблюдении характерных для «классической» парафрении в описаниях Е. Краепелин [320] идей величия, а также массивного бреда

преследования и воздействия (персекуторные представления у больного ограничены бредом порчи). Как и при паранойе, Е. Краепелин не выделял ипохондрического варианта синдрома⁶¹. Картина коэнестезиопатической парафрении соотносится с наблюдениями Г.А. Ротштейна [88] – 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 [50]); обилием ярких, чувственно конкретных телесных галлюцинаций и алгической модальностью сенестопатий; гротескностью обманов восприятия [329]; 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). Бредовая система в представленном наблюдении, с одной стороны, обнаруживает лабильность, зависимость от превалирующих в тот или иной период времени изменчивых сенсопатий, а с другой – отличается разработанностью, нюансировкой поведения паразитов (размножение в печени, созревание под кожей, активизация при голоде и т.п.). Наконец, в плане подтверждения квалификации симптомокомплекса как парафренного выступает такая особенность, как элемент громадности (тотальная охваченность паразитами внутреннего пространства организма), что сближает коэнестезиопатическую парафрению с нигилистической (по А.В. Снежневскому [106]) формой бреда Котара, когда элемент отрицания заключается в убежденности, что поражены все внутренности, которые разрушаются, перестают функционировать, исчезают (здесь – в результате жизнедеятельности паразитов).

При этом едва ли можно согласиться с выдвигаемым Г.А. Ротштейном [88] положением о том, что идеи одержимости при парафренном ипохондрическом

⁶¹Е.Краепелин [319, 320] дифференцирует систематическую, экспансивную, конфабуляторную, фантастическую парафрению, подчеркивая отсутствие четких границ между перечисленными симптомокомплексами. Позднее К. Kleist и К. Leonhard [329], также отрицавшие резкие границы в пределах парафрении, хотя и выделяли ипохондрическую парафрению, фактически рассматривали эту форму как тождественную галлюцинаторно-параноидному ипохондрическому синдрому с явлениями сенестопатического автоматизма.

синдроме не обладают клинической самостоятельностью, а всегда входят в состав этого симптомокомплекса как факультативный феномен. Приведенное клиническое наблюдение, напротив, иллюстрирует тот факт, что бредовая идея одержимости (в данном случае – паразитами) может быть не только центральной в фабуле парафрении, но и определять психическое состояние длительное (более 16 лет) время.

Синдром коэнестезиопатической парафрении может быть оценен как рядоположенный (хотя и не идентичный) рассмотренной выше коэнестезиопатической паранойе. Оба симптомокомплекса объединяют такие характеристики, как бред одержимости живыми существами – паразитами (феномен анимации); вовлечение в патологический процесс кожного покрова; наличие искусственных дерматологических проявлений на момент обращения за медицинской помощью при отсутствии объективных признаков паразитарной инвазии.

В свою очередь, можно выделить психопатологические особенности позволяющие отграничить обсуждаемый симптомокомплекс от ряда бредовых синдромов, протекающих с дерматозойным бредом. Речь идет об атипичности, позволяющей дифференцировать коэнестезиопатическую парафрению от коэнестезиопатической паранойи и отнести этот синдром к спектру расстройств одержимости кожными паразитами. Круг коэнестезиопатий здесь значительно шире и включает не только трансдермальный тактильный галлюциноз (ощущения паразитов на коже и под кожей), но и висцеральные галлюцинации (укусы, ползание, шевеление во внутренностях), сенестопатии и сенесталгии (зуд во внутренних органах, боли с ощущением «скручивания, переворачивания», «распирание, поддавливание изнутри головы»), а также сенестезии (псевдоневрологические симптомы в форме головокружения, чувства неустойчивости) и органоневротические желудочно-кишечные расстройства. Телесные сенсации неотделимы от гротескных зрительных обманов восприятия, включающих галлюцинации (и в их числе – аутовисцероскопические – фантастические, вычурные образы паразитов – например, пушистые черви, которые визуализируются не только на коже, но и в глубине организма), зрительные иллюзии, а также элементарные слуховые (свист,

треск) и обонятельные обманы. Более массивным (сравнительно с коэнестезиопатической паранойей) сенсопатиям конгруэнтны и более тяжелые бредовые расстройства – место паранойяльного дерматозойного бреда с идеей заражения исключительно кожного покрова закономерно занимает бред парафренный с убежденностью в том, что организмом полностью завладели паразиты (энтерозойный и дерматозойный бред).

В плане нозологической квалификации расстройства в обсуждаемом наблюдении, как и в остальных 13 случаях, объединенных в группу коэнестезиопатической парафрении, речь идет о бредовой (параноидной) форме ипохондрической шизофрении [88; 123; 107]. Такое диагностическое суждение опирается на признаки прогрессивности заболевания с нарастанием как негативных изменений, так и с утяжелением и процессуальным видоизменением позитивных расстройств (трансформация паранойяльного бреда в парафренный; усложнение сенсопатий от алгий к сенесталгиям и сенестопатиям; присоединение галлюцинаторных феноменов, вплоть до аутовисцероскопических). Все психопатологические расстройства формируются на гомономной конституциональной почве. Заболевание дебютирует у личности паранойяльного круга (параноидное/параноическое РЛ – F60.0 в МКБ-10). Больной с детства отличается повышенным самомнением (грандиозностью [139]): надменностью, высокомерием, убежденностью в собственной непогрешимости и правоте, отстраненностью в отношениях с окружающими. Свойственная параноикам подозрительность реализуется у пациента недоверием к людям, «сверхчувствительностью» к негативной оценке со стороны окружающих и «сверхбдительностью» с постоянным поиском угрозы извне [105]. Эти свойства находят отражение не только в конфликтах с преподавателями, а позднее – с начальством, но и в особенностях типичной для данного типа РЛ тенденции к образованию сверхценных идей [24]. Так, повлиявшие на выбор профессии технические увлечения еще в подростковом возрасте реализовались в «изобретении», фактически предназначенном для защиты/нападения (стрелковое оружие).

Болезнь манифестировала в возрасте 43 лет в форме атипичной панической атаки – дизестетического/сенестопатического криза [130; 285], протекавшего по типу экзистенциального [32]. Характерны также отказ от аддикции (злоупотребления алкоголем) и формирование сопровождающегося аллопатиями паранойяльного ипохондрического симптомокомплекса с идеей преодоления «вызванного» спиртным неустановленного заболевания печени (ригидная «постаддиктивная» ипохондрия [21; 83]). Такая манифестация эндогенного процесса в форме «раптусса» описана рядом авторов [56; 62; 93].

Паранойяльный этап заболевания (43-52 года) наряду с нарастанием негативных психопатоподобных расстройств (аутизм, эмоциональные изменения), формальных расстройств мышления (резонерство, шперрунги, ментизм) и социальной дезадаптацией (уход с работы по специальности), характеризуется типичной процессуальной трансформацией аллопатий, приобретающих типологические признаки сенестоалгий, а затем – сенестопатий [7]).

О переходе заболевания к парафренному этапу свидетельствует транзиторное кризовое состояние, протекавшее (в отличие от дебюта) по типу соматопсихоза [13; 21; 100; 511] с массивными сенсопатиями (сенестопатии, сенестезии, висцеральные, слуховые и зрительные галлюцинации) и полиморфными соматоформными вегетативными дисфункциями (гипертермия, отечность кожных покровов, эритема). При этом формирующаяся по миновании соматопсихоза коэнестезиопатическая парафрения обнаруживает признаки, характерные для эндогенно-процессуального заболевания. Наряду с уже рассмотренными характеристиками, позволяющими квалифицировать синдром как парафренный, расширяется фабула бреда – происходит его усложнение (к бреду паразитарной болезни присоединяются идеи преследования и воздействия в виде бреда порчи). При этом сохраняется «логическая» связь с основным – ипохондрическим – сюжетом бредовой системы. (Речь идет о бредовой ретроспекции или ретроактивном бреде – переосмыслении событий прошлого в свете актуального бреда порчи [35; 132]). Кроме того, отмечаются массивные вычурные аутоагрессивные действия, которыми определяются множественные кожные искусственные элементы (тяжелая

аутодеструкция). В пользу диагноза шизофрении также говорит хроническое многолетнее течение заболевания при отсутствии тенденции к обратному развитию, несмотря на применение массивной психофармакотерапии (лекарственная резистентность). Перечисленные признаки соотносятся с приводимыми в литературе [121; 288; 449; 490] особенностями, отражающими нозологическую принадлежность части случаев дерматозойного бреда к шизофрении. Косвенным указанием в пользу эндогенно-процессуального заболевания могут также служить данные о семейном отягощении по обеим линиям: brutальный (инъекция инсулина) суицид у матери; отец, будучи патологическим ревнивцем, принадлежит к личностям паранойяльного круга.

Завершая клинический разбор, необходимо отметить следующее. Рассмотренная динамика заболевания, когда на протяжении болезни длительное время преобладает интерпретативный механизм бредообразования, а возникновение фантастического бреда не сопровождается выраженными явлениями психического автоматизма, не противоречит нозологической квалификации болезни как параноидной формы, поскольку традиционно рассматривается как «особый вариант» прогрессивной шизофрении [107], протекающей без развернутого «параноидного этапа», определяющегося картиной синдрома Кандинского-Клерамбо. В этом отношении картина коэнестезиопатической парафрении соотносится с данными ряда авторов [320; 329; 425; 426] о систематизированной парафрении, при которой бред воздействия и автоматизмы «выражены относительно слабо».

Необходимо дифференцировать представленное клиническое наблюдение от случаев органического поражения головного мозга, с картиной парафренного синдрома в позднем возрасте. Против диагноза органической патологии говорит то, что в картине парафрении не представлены массивные конфабуляторные расстройства, в большей степени характерные для старческих парафренных синдромов экзогенно-органического генеза [128]. В случае последних хроническое (многолетнее) конфабуляторно-парафренное состояние определяется быстро меняющимися по содержанию фантастическими конфабуляциями. При этом постепенно продуктивная симптоматика редуцируется и одновременно нарастают мнестико-

интеллектуальные расстройства. Несмотря на имеющиеся возрастные изменения, пациент в анализируемом наблюдении не демонстрирует признаков психоорганического синдрома (ослабления памяти, снижения интеллекта, недержания аффекта), не обнаруживает нарастания симптомов деменции. Имеющиеся когнитивные нарушения относятся к проявлениям эндогенно-процессуальной патологии (шперрунги, резонерство). Кроме того, по мере усугубления негативных расстройств не происходит упрощения и редукции бредового симптомокомплекса, напротив, идеаторные расстройства усложняются (присоединяется бред порчи), сохраняется высокая степень систематизации бреда. Клинические особенности дополняются данными неврологического обследования и нейровизуализации (МРТ), исключающими грубые органические изменения головного мозга.

Бред воображения (6 набл.; все женщины) в отличие от коэнестезиопатической паранойи и парафрениии формируется путем взаимодействия базисных расстройств – массивных зрительных обманов восприятия (галлюцинаций воображения) при минимальной выраженности коэнестезиопатий (поверхностные – эпидермальные тактильные галлюцинации) с лишенным тенденции к систематизации образным бредом.

Зрительным обманам восприятия по типу галлюцинаций воображения [215], доминирующим в структуре синдрома, свойственны яркость, красочность, метафоричность и множественность паразитарных образов («заражение сразу десятью видами»). Например, на коже одновременно обитают паразиты, похожие на «золотистые ленточки, напоминающие магнитофонную ленту», «бабочки в виде крылышек, соединенных перемычкой», «скобочки, нанизанные на нитку наподобие бус», «лепесточки и петушки в виде пучка перьев с острыми носиками» – см. Рисунок 13. Характерна изменчивость визуальных образов, от беседы к беседе дополняемых все новыми живописными деталями, и непоследовательность характеристик, меняющихся в зависимости от задаваемых вопросов: одни виды паразитов сменяются другими или превращаются друг в друга, распространяются то на один, то на другой участок кожи и т.п.



Рисунок 13. «Паразитарные образы», изображенные больной З., 64 лет лет, страдающей бредом воображения с идеей одержимости паразитами.

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

Обманы восприятия ассоциированы с *бредом воображения* на тему паразитарной инвазии, не сопровождающимся развитием стройной систематизированной бредовой концепции, бредовым и аутодеструктивным поведением, что отличает этот синдром от коэнестезиопатической паранойи и парафрении. Характерна тенденция к непрерывному воспроизведению, «трансляции» паразитарных образов, что отражается в «интерактивности» психопатологических расстройств («непосредственная, немедленная констатация» [19]). Пациенты демонстрируют паразитов в режиме реального времени, прямо на врачебном приеме обнаруживая соответствующее бредовое поведение (синхронно ощупывают и демонстрируют участки кожи, на которых визуализируют паразитов). Описания зрительных образов постоянно дополняются подсказываемыми воображением все новыми и новыми деталями, возникающими словно бы походя, будто бы припоминаемыми больным.

Такой бред правомерно отнести к патологии воображения, на том основании, что он лишен внутренней логики и вытекает из спонтанной ассоциации обра-

зов, связанных с представлением о заражении живыми паразитами (наглядно-образная разновидность бреда воображения [19]).

Следующее наблюдение иллюстрирует клинические особенности зрительных обманов восприятия и бреда воображения в рамках спектра расстройств одержимость кожными паразитами.

Пациентка П.Т.В. (58 лет).

Наследственность психопатологически отягощена по обеим линиям.

Мать работала швеей на фабрике. Умерла в возрасте 73 лет от инфаркта миокарда. По характеру демонстративная, вспыльчивая, упрямая. Устраивала сцены ревности, скандалила и дралась с мужем-алкоголиком. Поглощенная служебными конфликтами, интригами, на неудачи реагировала истериками, обвиняла окружающих в невнимании. В постменопаузе появились сезонные спады настроения с подавленностью, дрожью в теле, неустойчивостью походки, «комом» в горле. Стала мнительной в отношении здоровья, посещала целительниц, принимала «чудодейственные» средства, предлагаемые нетрадиционной медициной.

Отец погиб 47 лет в результате несчастного случая в состоянии алкогольного опьянения. Пил запоями по несколько дней, опохмелялся. Будучи нетрезвым, несколько раз получал переломы и другие травмы. В опьянении становился агрессивен, бил жену, ребенка.

Пациентка родилась от нормальной беременности и родов в срок. Болела редко – детские инфекции. Была активной подвижной. Гибкая, пластичная, занималась танцами, гимнастикой. По характеру демонстративная, капризная, обидчивая, с детства манипулировала родителями, плачем, истериками добивалась своего. Своенравная, упрямая, могла несколько дней не разговаривать, настаивая на той или иной поблажке. Время предпочитала проводить на улице среди сверстников, где стремилась выделиться, верховодить. Стараясь привлечь внимание, придумывала «небылицы», рассказывала о захватывающих поездках, в которых была с родителями, о происходивших с ней там «приключениях». Так вживалась в образ, что сама начинала верить в реальность собственных фантазий.

В школу пошла своевременно. Общительная, легко адаптировалась в коллективе. К большинству предметов интереса не испытывала, училась посредственно. При этом не боялась ответов у доски. Изворотливая, даже будучи совершенно неподготовлена, «умела наболтать на тройку». Чтобы избежать наказания, лгала родителям об успеваемости, подделывала оценки, «теряла» дневники. Из школьных предметов предпочитала рисование и литературу. Нравилось изображать яркие наряды и украшения, красивых барышень. Любила читать сказки, ассоциировала себя с героинями, фантазировала на темы понравившихся произведений. Обладая развитым воображением, образно, в картинках представляла прочитанное. Отличалась хорошей зрительной памятью на лица и события, которые, по ее словам, даже спустя годы могла легко воспроизвести в деталях, как в кино, словно увидела только что. После окончания 9 классов училась в кулинарном техникуме на повара, затем работала по специальности в кафе.

Месячные с 13 лет. Установились сразу. В предменструальный период становилась раздражительной, плаксивой. Интерес к противоположному полу с подросткового возраста. Легко заводила романы, встречалась с множеством поклонников, иногда одновременно. Умела себя выставить в благоприятном свете, старалась модно одеваться, следила за внешностью. Особое внимание уделяла состоянию кожи: использовала увлажняющие кремы, маски, с 18 лет регулярно посещала косметолога, пользовалась декоративной косметикой – даже в магазин не выходила без макияжа.

Замуж вышла в 18 лет за мужчину на 10 лет старше, оценив его материальное благосостояние. Требовала к себе повышенного внимания, демонстративно ревновала, устраивала истерики, манипулировала. Беременность и роды в 22 года протекали благополучно, снижением настроения не сопровождались. Прожила в браке 6 лет, развелась в 24 года по собственной инициативе в связи с тяжелой болезнью мужа. Развод перенесла спокойно, стойкого снижения настроения не возникло. От брака сын.

Первые проявления нездоровья – в подростковом возрасте. В 14 лет во время конфликта с учителем, отказывавшимся аттестовать из-за неуспеваемости, пе-

ренесла «обморок» – возникло головокружение, потемнело в глазах, сползла вдоль стенки на пол, испытывала страх потери сознания. После пароксизма в течение 2 недель пролежала дома в постели, не вставая, испытывала слабость, разбитость, раздражали резкие звуки, яркий свет резал глаза. Страдала сжимающими головными болями по типу «обруча». Позднее не могла вспомнить все, что с ней в это время происходило, словно была в полусне. Аппетит не нарушался. Была раздражительна, плаксива, образно, в деталях представляла сцену собственных похорон, плачущих родственников и учителей. Детально не обследовалась, специального лечения не получала. Состояние обошлось спонтанно, вернулась к учебе. Однако с этого времени беспокоили эпизодические головные боли, возникавшие вместе с эпизодами раздражительности ежемесячно за 2-3 дня до менструаций.

В 20 лет, в период конфликта на работе с начальником, ухода за которым отвергла, возобновились интенсивные головные боли, сохранявшиеся в течение 3-4 месяцев ежедневно. Боль возникала и проходила в одно и то же время на работе («как по расписанию» – с 12 до 15 часов): испытывала ощущение прострела в голове, «будто от виска к виску прокалывало иглой». Вновь снизилось настроение, одновременно испытывала слабость, разбитость. Была раздражительна, плаксива. Будучи на больничном, безрезультатно обследовалась у соматологов, к психиатрам не обращалась. После разрешения конфликтной ситуации на работе, по ее словам, сама вылечила головную боль, когда стала прикладывать к затылку горчичник. Вернулась к прежней профессии, по характеру не менялась.

В возрасте 25 лет тяжело перенесла внезапную смерть отца. Поначалу не могла поверить в случившееся, первые минуты все вокруг воспринималось нереально, словно происходящее не имеет к ней отношения. В день, когда получила известие о его смерти, безудержно рыдала, «билась в истерике», заламывая руки, катаясь по полу. Во время похорон бросалась на гроб. Испытывала подавленность, «опустошенность», постоянную тревогу в виде дрожи в эпигастрии. Присоединилась бессонница, пропал аппетит, похудела. Появилась тоска, тяжесть за грудиной, хуже чувствовала себя утром. Стали возникать приступы паники с нехваткой воздуха, комом в горле, сердцебиением, страхом смерти, которые появ-

лялись не только на улице и в транспорте, но и дома. Приступы сопровождались яркими образными представлениями: так, когда паническая атака возникала в ванне, видела огромную волну, которая смывает ее. Не могла работать, не выходила из дома. Видела отца во сне, чувствовала его присутствие в квартире, после похорон не только ощущала, но и видела его призрак наяву перед сном «как живого», слышала его голос. Когда тот сказал, что был на самом деле погребен заживо, испытала «невообразимый ужас», в состоянии возбуждения и растерянности металась по квартире. Винула себя в его смерти, кричала, что наложит на себя руки. Бригадой скорой помощи была госпитализирована в больницу им. П.П.Кащенко, где лечилась в течение шести месяцев. По данным выписки при поступлении находилась в состоянии возбуждения, рыдала, говорила, что отца похоронили заживо, что видела его призрак в квартире, была некритична к своему состоянию. В течение месяца в результате массивной психофармакотерапии острое состояние редуцировалось. Однако сохранялась депрессивная симптоматика (тоска, суточный ритм, суицидальные высказывания). Хотя перестала видеть отца, продолжала эпизодически слышать в голове произносимые его голосом фразы, оклики, что сопровождалось обострением тревоги, навязчивыми сомнениями в том, что похоронено его мертвое тело. Сохранялись периодические панические приступы с прежними образными представлениями и конверсионной симптоматикой («ком в горле», онемение конечностей), страхом сойти с ума. Жаловалась на ощущение нереальности восприятия окружающего и собственного тела («словно чужое»). Беспокоили мучительные распирающие головные боли с ощущением давления на глаза, головокружение с неустойчивостью походки, «невесомостью» во всем теле. Была плаксива, старалась вызвать к себе сочувствие, разжалобить, привлечь внимание. Настаивала на исключительности своего страдания. Получала терапию нейрорептиками и антидепрессантами (аминазин, галоперидол, неуптил, трифлуоперазин; amitriptilin, кломипрамин) в сочетании с анксиолитиками (диазепам), в результате чего состояние постепенно нормализовалось. Выровнялось настроение, редуцировались тревога, панические атаки и агорафобия, сформировалась критика к перенесенному состоянию. Была выписа-

на с диагнозом «Шизофрения приступообразно-прогредиентная. Атипичная депрессия с массивными истерическими расстройствами».

Однако полностью здоровой себя уже не чувствовала, сохранялось ощущение собственной психической измененности, эпизоды дереализации, головные боли и головокружения, повышенная утомляемость. Опасаясь повторения психоза, около 15 лет регулярно наблюдалась в психоневрологическом диспансере, получала поддерживающую терапию антидепрессантами и нейролептиками. По данным медицинской документации ПНД, после перенесенного в 25 лет приступа отчетливо изменилась по характеру. Заострились такие черты, как демонстративность, конфликтность, эгоцентричность. Растеряла прежних подруг, перессорилась с родственниками. Со слов сына с годами становилась все более равнодушной, чудаковатой, бесцеремонной, обидчивой, вспыльчивой, а порой и агрессивной. Устраивала скандалы, вымогая деньги у сына. Отмечалось нарастание несвойственной ранее утомляемости. К прежней профессии не вернулась. Меняла места работы, долго нигде не удерживалась. Нередко увольнялась из-за прогулов. Не только с трудом справлялась с обязанностями, но и не уживалась в коллективах, где провоцировала конфликты, затевала склоки, сплетничала, ябедничала начальству.

Заводила многочисленные романы, была неразборчива в выборе поклонников. Не придавала значения тому, что кавалеры, будучи нередко значительно младше, пользуются ее благосклонностью из корыстных побуждений. В 44 года повторно вышла замуж, познакомившись с пьющим мужчиной на улице. Во втором браке также скандалила, дралась с супругом, когда тот являлся домой нетрезвым.

Менопауза с 54 лет, в течение года сопровождалась приливами жара и потливости. В 55 лет вновь стойко снизилось настроение, когда сын после очередного конфликта запретил общаться с внучкой и прекратил финансовую помощь. В течение полугода была плаксива, раздражительна. Устраивала мужу истерики, обвиняла сына в черствости, жаловалась, что теперь никому не нужна. Пропал аппетит, похудела, страдала бессонницей. Суицидальных идей не высказывала.

Спустя полгода после «утраты внучки» к подавленности впервые присоединился кожный зуд. Ощущения сопровождались жжением и онемением кожи, чувством «ползания мурашек», сначала в области головы, а затем распространились на все тело; растирала кожу ладонями, расчесов не наносила. Обострения зуда сочетались с преходящей эритемой кожи, сыпью, напоминающей крапивницу, исчезающей в течение 20-30 мин. Опасаясь кожной болезни, обращалась в КВД, обследовалась и лечилась антигистаминными и местными дерматотропными средствами с диагнозом «аллергический дерматит».

В 57 лет, через полтора года после появления первых кожных симптомов, к зуду (без дополнительной внешней провокации) присоединились другие ощущения: стала чувствовать ползание по поверхности кожи, укусы, ужаливания, будто в кожу впивались «хоботки» насекомых. Осматривая тело в соответствующих местах, стала замечать «места укусов» в виде «красных точек», а затем видеть и самих паразитов разнообразной формы, насчитывая в общей сложности десять их видов. Ощущала их передвижения по поверхности тела, чувствовала, как они сыпятся с головы. Стала бороться с паразитами, пытаясь снимать их с поверхности кожи, «выводить» из одежды и белья. Со слов мужа, забросила домашнее хозяйство, перестала готовить, стирать, переложив все обязанности на супруга. Продолжала настойчиво обращаться в КВД, несмотря на то, что кожная патология и паразитарная природа заболевания были исключены. В связи с неэффективностью топической дерматотропной терапии была направлена в клинику кожных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, где консультирована психиатром.

Неврологическое состояние. Жалобы на эпизодические боли в поясничной области. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки реагируют на свет живо, содружественно. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы оживленные, симметричные. Тонус мышц в норме. Пальце-носовую и другие координаторные пробы выполняет удовлетворительно, в позе Ромберга устойчива. Чувствительность не нарушена. Признаков органической патологии не выявлено.

Электроэнцефалография. Типичных знаков эпи-патологии не выявлено, регистрируется пароксизмальная активность с преимущественным вовлечением

подкорковых (верхнестволовых) отделов. Отмечается легкий правополушарный акцент. В целом, наблюдается также некоторое замедление фоновой альфа-активности.

Магнитно-резонансное исследование головного мозга. Данных за очаговое, объемное поражение головного мозга не получено. Субарахноидальные пространства несколько расширены в проекции лобных и теменных долей. Заключение: признаки легкой наружной сообщающейся гидроцефалии.

Заключение невролога. Распространенный остеохондроз позвоночника. Знаков органического поражения центральной нервной системы не выявлено.

Заключение окулиста. Миопия слабой степени. На глазном дне – диски зрительных нервов с четкими границами, сосуды сетчатки не изменены.

Соматическое состояние. Кожа чистая, обычной окраски, нормальной влажности. Слизистые не изменены. Лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Отеков нет. При аускультации дыхание везикулярное (частота – 18 в мин), без хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 102 уд/мин. Артериальное давление – 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень определяется по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Поколачивание в поясничной области безболезненное с обеих сторон. Область щитовидной железы не изменена. Физиологические оправления в норме.

Данные лабораторных и инструментальных исследований. Клинический анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты – $4,2 \cdot 10^{12}$ на л, тромбоциты – $188 \cdot 10^9$ на л., лейкоциты – $5,1 \cdot 10^9$ на л., из них палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 69%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 7 мм/ч. Анализ мочи: уд. вес – 1007, сахар, белок, ацетон, желчные пигменты – отсутствуют, лейкоциты – единичные в поле зрения, эритроциты, слизь, бактерии, соли – отсутствуют. Биохимический анализ крови: билирубин, холестерин, АСТ, АЛТ, ЛДГ, мочевины, глюкоза в пределах референсных значений. Анализы на RW, ВИЧ, HBS-антитела и антигены отрицательные.

Электрокардиография. Суправентрикулярная тахикардия. Электрическая ось сердца расположена горизонтально.

Заключение терапевта. Гипертоническая болезнь 2 ст. Суправентрикулярная тахикардия. Хронический гастрит. Дискинезия желчевыводящих путей.

Психологическое обследование. Взаимодействие с пациенткой недостаточно продуктивно вследствие нарушений мышления. Обследуемая отвечает на вопросы не всегда в плане заданного, высказывания со снижением целенаправленности, что сочетается со склонностью к рассуждательству с актуализацией непоследовательных и противоречивых суждений, к нелогичности которых пациентка не критична. Обращает на себя внимания чрезмерная открытость, обнаженность при рассказе о некоторых переживаниях, касающихся личной жизни.

В эксперименте на фоне преимущественного использования категорий при обобщении, излишней формализованности решений обнаруживаются нарушения мышления в виде искажения процесса обобщения: оперирует малозначимыми, латентными основаниями, испытывает трудности выделения существенного, практически значимого. Наблюдаются совмещения абстрактного и конкретного смыслов понятий, подмена одних понятий другими при формировании суждения. Отмечается снижение целенаправленности высказываний, непоследовательность, противоречивость умозаключений; склонность к актуализации формальных (по созвучию) ассоциаций и спонтанным переходам на другие темы. Ассоциативные образы (методика «Пиктограмма») в основном конкретно-ситуационного уровня, вместе с тем в отдельных рисунках прослеживается тенденция к использованию отдаленных, символических обозначений, при этом смысл понятия-стимула оказывается смещенным, а образ в целом неадекватным. Склонна продуцировать несколько образов, в том числе из разных семантических полей, к одному понятию, что свидетельствует о разноплановости мышления и снижении интеллектуального контроля над проведением мыслительных операций.

Исследование личностных особенностей выявляет своеобразие мотивационной сферы в виде искажения смыслообразующей и побудительной функций мотивов, смешения важного и второстепенного в системе жизненных приорите-

тов при в целом ориентированности на внутренние критерии. На фоне однообразной гипертрофированности, вычурности эмоциональных проявлений обнаруживается повышенная, однако недостаточно целенаправленная активность, конфликтность, категоричность, требовательность к другим людям, ригидность поведенческих тактик, вспыльчивость, склонность к внешнеобвиняющим реакциям, недоверчивость при в целом опоре на собственные, внутренние, крайне субъективные оценки. Выявляются своеобразные, вычурные, некорректируемые, аффективно окрашенные концептуальные построения (первоначально как интерпретации телесных ощущений), которые сопровождаются нарушениями восприятия.

Психический статус. Выглядит старше своего возраста. Повышенного питания. Одета неряшливо, аляповато, в пеструю блузу и штаны. Носит разномастную массивную бижутерию. Обильно пользуется яркой косметикой. Выражение лица грустное. При рассказе об обидах и неприятностях плачет. Старается вызвать сочувствие. Однако, меняя тему, быстро успокаивается. Парамимична, манерна. Речь с пуэрильными интонациями. На вопросы отвечает издали, непоследовательно, отмечаются соскальзывания и обрывы мыслей.

Жалуется на кожный зуд и покалывание по всему телу, что связывает с наличием на коже мелких паразитов, кусающих, «жалящих» «впивающихся» в кожу, но не проникающих внутрь. Чувствует, как они ползают и прыгают по коже, ощущает, как сыпятся с волос на кожу лба. Сообщает, что видит до десяти видов обитающих на поверхности тела «паразитов», которых замечает как одновременно («все десять сразу»), так и попеременно («то один вид, то другой»). Сравнивает такое восприятие паразитов с кино, словно отображающимся на коже, как на экране. Рисует их на бумаге, давая каждому собственное образное название. Так, описывает 1) «лепесточки» в виде трубочек с бахромкой на конце и белым шариком, похожие на семена ноготка; 2) «коньки-горбунки», напоминающие изогнутых, серо-голубых морских коньков; 3) волоски или длинные палочки, похожие на бледно-желтые «соломинки»; 4) «бляшки» с ножками, имеющие грибовидную форму; 5) белые розовые личинки, напоминающие «креветок»; 6) твердые круглые шарики, похожие на рыбы «икринки»; 7) твердые «хрящики» похожие

на моллюсков типа гребешков; 8) плотные темные «штыри», покрывающие кожу наподобие шипиков на пятках; 9) «бабочки» в виде крылышек, соединенных перемычкой; 10) мелкие плетеные «сеточки», словно собранные из отдельных волосков.

Уверена, что речь идет о живых существах. Для описания их деятельности использует соответствующие термины – размножаются, ползают, прыгают по коже, кусают, жалят и т.п. Прямо на приеме «показывает пальцем» на различные участки кожи, демонстрируя соответствующие виды паразитов, пытается стряхивать их с кожи руками. Раз от раза дополняет рассказ о паразитах новыми подробностями, вплетает в рассказ детали, которые черпает из уточняющих вопросов. По ходу «припоминает» все новые и новые особенности облика паразитов, которые «забыла» привести прежде.

Говорит, что болезнь ограничивается только кожей, паразиты не распространяются на внутренние органы или на предметы обихода (кроме ее собственной одежды), не передаются родственникам. Затрудняется ответить, откуда взялись паразиты, хотя и припоминает, что впервые кожные симптомы в форме зуда появился после конфликта с сыном, «отобравшего внуку». Говорит, что собирать паразитов в емкости для демонстрации врачам с целью доказательства их реальности не пыталась. Борьба с паразитами ограничивается стиркой одежды, попытками с помощью расчески вычесать из волос, снять с кожи, протирая ее спиртовым раствором. Самоповреждений не наносит, кожный покров без аутодеструктивных элементов. Демонстрирует частичную критику к заболеванию. С одной стороны, уверена в существовании паразитов, с другой – легко соглашается, что таких патогенов, как у нее в действительности просто не может быть. Однако тут же с убежденностью продолжает говорить о них. С удивлением, но без конфронтации воспринимает сообщение о «нервной» природе заболевания. Не пытается доказывать исключительную истинность собственных представлений, формально принимает на веру разубеждения врача. Относительно легко соглашается на психотерапию.

Наряду с кожными, жалуется и на другие телесные недомогания. Беспокоят головные боли – сжимающие по типу «обруча», а также распирающие с ощущением давлением на глаза, «словно они вылезают из орбит». Жалуется на головокружения, шаткость, неустойчивость походки, на онемение ног и рук по типу «перчаток и носков», на ощущение душащего кома в горле. Жалуется на боли в тазобедренных суставах, ноющие и жгучие боли в животе, тошноту.

По характеру считает себя общительной, в то же время обидчивой, впечатлительной. Верит в приметы, сглаз, порчу, вещие сны. Говорит, что обладает развитой интуицией, способна предчувствовать события, угадывать будущее. Вспыльчивая, несдержанная, рассказывает, как отучает супруга от пьянства – во время скандала может ударить по голове скалкой, разбить о голову пустую бутылку.

Эмоционально изменена. На холоду говорит о сыне, на которого затаила обиду за внучку. При рассказе о ней сосредоточена на нанесенном сыном оскорблении, лишь формально вскользь замечает, что скучает по ней. В большей степени опечалена тем, что сын перестал помогать деньгами. Беззастенчиво признается, что из средств, которые получала на внучку, большую часть в действительности тратила на наряды, украшения и лакомства.

Суждения примитивные. Новостями, событиями в стране не интересуется. По телевизору смотрит единственную передачу «Давай поженимся».

Настроение нерезко снижено. Жалуется на подавленность, раздражительность, обусловленные «кожной болезнью», тревогу о том, что паразиты могут совсем ее «закусать», «обглодать всю». Образно представляет себе собственный «объединенный труп». Отмечает обострение тревоги при периодических резких усилениях зрительных обманов восприятия. Беспокоит бессонница (при усилении кожных ощущений в вечернее время засыпает в 2-3 часа ночи). Аппетит снижен, похудела за полгода на 10 кг. Состояние без суточного ритма. Суицидальные мысли отрицает.

Терапия (амбулаторное лечение в течение 6 мес.): рисперидон 2 мг/сут, сульпирид до 200 мг/сут, бипериден 2 мг/сут, amitриптилин 75 мг/сут, пароксетин 40 мг/сут.

В результате терапии состояние значительно улучшилось. В течение 3 месяцев постепенно уменьшилась выраженность зрительных обманов восприятия и интенсивность кожных ощущений, которые полностью редуцировались к концу 5 месяца лечения, после чего дезактуализировались идеи паразитарной инвазии. Выровнялось настроение, прошла тревога, обошлись явления инсомнии, восстановился аппетит. Сформировалась полная критика к перенесенному состоянию. Согласилась, что паразиты лишь казались, были плодом богатого воображения, что будучи в состоянии депрессии из-за конфликта с сыном сама себя «накрутила».

Разбор. Представленная история болезни, дополненная данными катамнеза, иллюстрирует особенности расстройства спектра одержимость кожными паразитами в рамках бреда воображения.

Состояние пациентки на момент первичной консультации (58 лет) определяется образным бредом воображения с фабулой паразитарной инвазии, формирующимся при наличии массивных зрительных обманов восприятия – галлюцинаций воображения.

Квалификация зрительных обманов восприятия как галлюцинаций воображения обоснована такими их характеристиками, как конкретность и яркая визуализация с высокой степенью чувственной насыщенности, эгодистонностью, проекцией вовне (здесь – на поверхность кожи «как на экран»), а также множественностью изменчивых галлюцинаторных образов (десять видов полиморфных причудливых паразитов) и их метафоричностью, что соотносится с соответствующими характеристиками в описаниях других авторов [18; 19; 28; 215].

В пользу интерпретации идеаторных расстройств как бреда воображения говорит ряд следующих особенностей симптомокомплекса: ведущая роль в формировании бреда зрительных образов [215]; изменчивость, динамичность бредовых представлений – подверженность сиюминутным влияниям при сохранности ос-

новной «стрезневой» (здесь – паразитарной) фабулы [19; 53]; повышенная внушаемость с включением в бредовую фабулу деталей, почерпнутых из уточняющих вопросов исследователя; феномен припоминания [75] с субъективным ощущением собственной творческой активности в процессе бредовой продукции; частичная критика – преобладание не абсолютной, а относительной уверенности в реальности бредовых представлений, не достигающих степени твердой и постоянной убежденности [53]. Такие характеристики являются основанием для отнесения бреда воображения некоторыми авторами к бредоподобному фантазированию [35; 120; 175; 453].

Бред воображения в представленном наблюдении, как и в описаниях других исследователей, не систематизирован – не формируется логически выстроенной концепции заболевания. В отличие от коэнестезиопатической паранойи и паранойи отсутствуют представления относительно источника инвазии, не разработаны идеи о жизнедеятельности паразитов, не выражено бредовое поведение по типу доказательства, борьбы, защиты, а также аутодеструктивные действия. Фактически бред не выходит за рамки констатации идеи кожной паразитарной инвазии (феномен анимации) и вербализации изменчивых описаний паразитарных зрительных образов, постоянно дополняющихся подробностями, поставляемыми патологическим воображением.

Обращаясь к обсуждению соотношения сенсопатий и бреда при рассматриваемом симптомокомплексе, необходимо отметить следующее. В структуре расстройства отмечается диспропорция соотношения коэнестезиопатий и зрительных обманов восприятия в сторону доминирования последних. Телесные сенсации минимальны и не только ограничиваются кожным покровом, не распространяясь во внутренние органы, но и лимитированы ощущениями, проецирующимися исключительно на поверхность кожи – эпидермальные тактильные галлюцинации. В свою очередь, зрительные обманы восприятия, напротив, массивны и множественны, однако, как и коэнестезиопатии, также проецируются исключительно на поверхность кожи, не распространяясь во внутреннюю среду организма или вовне. В отличие от двух выше рассмотренных синдромов связь бреда с коэнесте-

зиопатиями здесь минимальна, напротив, идеаторные расстройства соответствуют как по интенсивности, так и по форме сенсопатиям в виде зрительных обманов восприятия – галлюцинациям воображения.

Завершая психопатологическую характеристику рассматриваемого симптомокомплекса необходимо подчеркнуть следующее. Согласно представлениям ряда авторов бред воображения развивается как примарный бред «вымысла и фантазий» и в этом отношении противопоставляется интерретативному и галлюцинаторному механизмам бредообразования [216; 403]. Такой бред сближается с понятием «бредового вымысла» К. Schneider [18] и трактуется в качестве «первичных», «истинных бредовых идей», обусловленных «фантазированием внутреннего происхождения» [76; 132]. При подобной интерпретации галлюцинации воображения рассматриваются как вторичные по отношению к образному бреду визуальные представления, являющиеся для больного лишь дополнительным подтверждением истинности патологических идей [19; 53; 61]. В качестве основного аргумента приводится такая характеристика «зрительных образов», как произвольность возникновения визуальных представлений «по желанию больного», способность управлять ими, вызывая по личному усмотрению.

Необходимо отметить, что в представленном наблюдении, как и в остальных случаях, отнесенных к нашей казуистике и объединенных в группу больных с бредом воображения с идеей паразитарной инвазии, такая особенность не зафиксирована. Визуальные сенсопатии не возникают произвольно, «по воле больного», но обнаруживают тесную ассоциацию с манифестацией коэнестезиопатических нарушений – развиваются одновременно с ними как в динамике заболевания, так и при ежедневных экзацербациях кожных патологических телесных ощущений (тактильных галлюцинаций).

Таким образом, представленный в нашей казуистике паттерн формирования бреда воображения, по-видимому, может рассматриваться как рядоположенный с «примарным» самостоятельный механизм становления бреда воображения.

В плане нозологической квалификации расстройства в обсуждаемом наблюдении речь идет об эндогенном процессуальном заболевании – шизофрении

с истерическими проявлениями [31; 70; 93; 499]. Если здесь, как и еще в трех случаях – течение приступообразно-прогредиентное в форме отчетливых приступов («шубов»), тогда как в остальных двух наблюдениях, отнесенных к этой группе, речь идет о непрерывном вялом течении истерошизофрении.

Заболевание манифестирует у личности драматического кластера с чертами демонстративности, капризности, упрямства, сочетающимися с явлениями эйдети́зма⁶², склонностью к истерическому фантазированию [63] с элементами псевдологии [206]. Такая предрасположенность, традиционно рассматривается в качестве преморбида, типичного для больных бредом воображения [215].

Конституциональные особенности дополняются явлениями реактивной и симптоматической лабильности [311], что проявляется склонностью к истерическим депрессивным реакциям (ремитирующая реактивность по Е.А. Шевалеву, [127]), реализующейся легкостью развития аффективных расстройств. В 14 и 20 лет больная перенесла психогенно спровоцированные немеланхолические аффективные эпизоды по типу истеродепрессии с соматизированными, конверсионными и диссоциативными нарушениями.

Первый приступ эндогенного заболевания в 25 лет также манифестировал в форме психогенно спровоцированной (по типу реакции тяжелой утраты [354; 408]) депрессии, изначально протекавшей с диссоциативными расстройствами и последующим присоединением конверсионных, тревожно-фобических (панические атаки), деперсонализационных нарушений, а также сенестопатий и сенестезий. По мере утяжеления состояния депрессия приобретала характеристики эндогенной (присоединение идей вины, суицидальных тенденций, с витальной тоской и суточным ритмом, нарушениями сна и аппетита), и манифестировал истерический психоз, протекавший с галлюцинациями воображения, психомоторным возбуждением, психотической тревогой.

Трактовку перенесенного состояния как шизофренического «шуба» подтверждают сведения о формировании вслед за разрешением приступа негативных

⁶²Эйдети́зм – способность удерживать в памяти и воспроизводить исключительно четкие и яркие зрительные образы, приближающиеся к непосредственному восприятию [22; 294; 498].

психопатоподобных изменений, которые наряду со снижением продуктивности и трудностями социальной (профессиональной, семейной) адаптации, определяли состояние на протяжении последующей ремиссии, длившийся без признаков других психотических расстройств до инволюционного возраста.

Очередной приступ болезни – в климактическом периоде (55 лет). Психопатологические нарушения манифестируют картиной инволюционной истерии [25; 48; 186], поначалу развиваясь по психогенным механизмам в виде немеланхолического уровня дисфорической депрессии («истероидной дисфории» [328]), спровоцированной «утратой» вместе с внучкой финансовой помощи сына и определяющейся денотатом, свойственным «реакциям разочарования» [415] (сознанием оскорбленного самолюбия, неспособности смириться с «непростительным предательством» сына), а также соматизированными и конверсионными кожными симптомами (соматоформный зуд, кожные истералгии)⁶³. Полтора года спустя – аутохтонная экзацербация расстройств психотического уровня с присоединением тактильных обманов восприятия и зрительных галлюцинаций воображения, конгруэнтных образному бреду паразитарной инвазии. Приступ с картиной истерического психоза отличается затяжным течением (около года) и подвергается обратному развитию лишь под действием длительной фармакотерапии антипсихотиками и антидепрессантами.

Следует еще раз подчеркнуть активное вовлечение сферы воображения при обоих приступах болезни, что нашло непосредственное отражение в их клинической картине (галлюцинации воображения и ассоциированные с паническими атаками истерические фобии с визуализацией «волны» в первом приступе; яркие паразитарные образы в картине истерического психоза в инволюции). Бесспорным при этом представляется вклад преморбидных конституциональных особенностей – персистирование в структуре истерического расстройства личности таких патохарактерологических дименсий, как эйдетизм и склонность к фантазированию, граничащая с псевдологией.

⁶³В этом отношении дебют заболевания сопоставим с продромом, наблюдающимся у больных с коэнестезиопатической паранойей (см. выше), также в значительной части случаев дебютирующей кожными органоневротическими расстройствами.

Динамика заболевания соответствует представлениям о возможности приступообразного течения шизофрении с истерическими проявлениями в форме затяжных истерических психозов [31; 107]. Проведение дифференциальной диагностики с динамикой истерической психопатии в приведенном наблюдении представляется нецелесообразным в связи с выраженными негативными изменениями.

Предваряя дальнейшее обсуждение категорий, выделенных в пределах спектра расстройств одержимости кожными паразитами, необходимо отметить следующее. Расстройства этого спектра, протекающие с **сутяжным бредом, сенситивным бредом отношения с идеями заражения окружающих, бредом преследования паразитами** характеризуются минимальной представленностью как телесных сенсаций, так и зрительных обманов восприятия, что в свою очередь определяет нетождественность идеаторной составляющей обсуждаемых симптомокомплексов бреду при коэнестезиопатической паранойе и парафрении, а также бреду воображения.

Коэнестезиопатии аналогично бреду воображения поверхностны (эпидермальные тактильные галлюцинации), а *визуальные обманы восприятия* в отличие от ранее проанализированных симптомокомплексов элементарны. Детали морфологии паразитов недоступны зрительному восприятию пациентов («очень мелкие, не разобрать»), паразиты лишены признаков артропод – «усиков, лапок, челюстей», и видны либо в виде мельчайших «черных и белых» точек, либо их присутствие подтверждается только бредовыми иллюзиями (5 набл.) – на коже заметны следы их жизнедеятельности («паразитарные ходы», «укусы»), проецирующиеся на реальные кожные дериваты.

Идеаторная составляющая в силу указанных выше особенностей базисных расстройств, с одной стороны, обнаруживает психопатологическую незавершенность собственно бреда одержимости паразитами, соотносящуюся с элементарностью сенсопатий, а с другой стороны, не ограничивается убежденностью в паразитарной инвазии. Отмечается тенденция к трансформации идеаторной составля-

ющей⁶⁴ путем усложнения «дерматозойной фабулы» бредовыми представлениями иного содержания (сутяжным бредом, сенситивным бредом отношения с идеями заражения окружающих, бредом 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. Ниже приведены психопатологические характеристики идеаторной (бредовой) составляющей каждого из трех указанных синдромов.

Сутяжный бред одержимости кожными паразитами (7 набл.; 5 жен., 2 муж.) отличается доминированием кверулянтных представлений и бредового поведения, направленных на доказательство паразитарной природы заболевания. Больные, не удовлетворяясь отрицательными результатами объективных обследований, вовлечены в процесс «миграции» из одного медицинского учреждения в другое в поисках специалиста, способного поставить «правильный диагноз». При этом на первый план выходит не борьба за якобы поправные права, а отстаивание собственной правоты относительно реальности существования паразитов. Последнее становится самоцелью, а собственно лечение и избавление от паразитов словно бы уходит на второй план. При этом любой намек на психическую природу расстройства вызывает бурное негодование, врача немедленно подозревают в некомпетентности и меняют специалиста. В то же время персекуторные бредовые идеи намеренного причинения вреда медицинским персоналом вследствие бездействия или «заговора» не формируются. Фактически речь идет о сутяжном бреде «иной болезни» [95], при котором больные убеждены, что их намерены лечить не от того заболевания, которым они в действительности страдают.

В качестве доказательства своей правоты пациенты предоставляют образцы, собранные с поверхности кожи, одежды и предметов обихода: симптом «спичечного коробка»/«герметичной емкости»/«диагностической пробы» – “match-box”/“ziploc”/“specimen” sign соответственно [235; 292; 327] – см. Рисунок 14 .

⁶⁴Попытка обоснования факторов, вносящих вклад в формирование атипичной бредовой составляющей при этих расстройствах, приводится ниже – при обсуждении теоретической модели расстройств спектра одержимости кожными паразитами.



Рисунок 14. Фото различных емкостей, используемых для презентации паразитов с целью доказательства их существования (симптом «спичечного коробка», «герметичной емкости», «диагностической пробы»).

Больные не ограничиваются «коллекционированием» результатов официальных медицинских обследований. Пациенты прибегают к составлению личной «доказательной базы» – 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 – см. Рисунок 15.

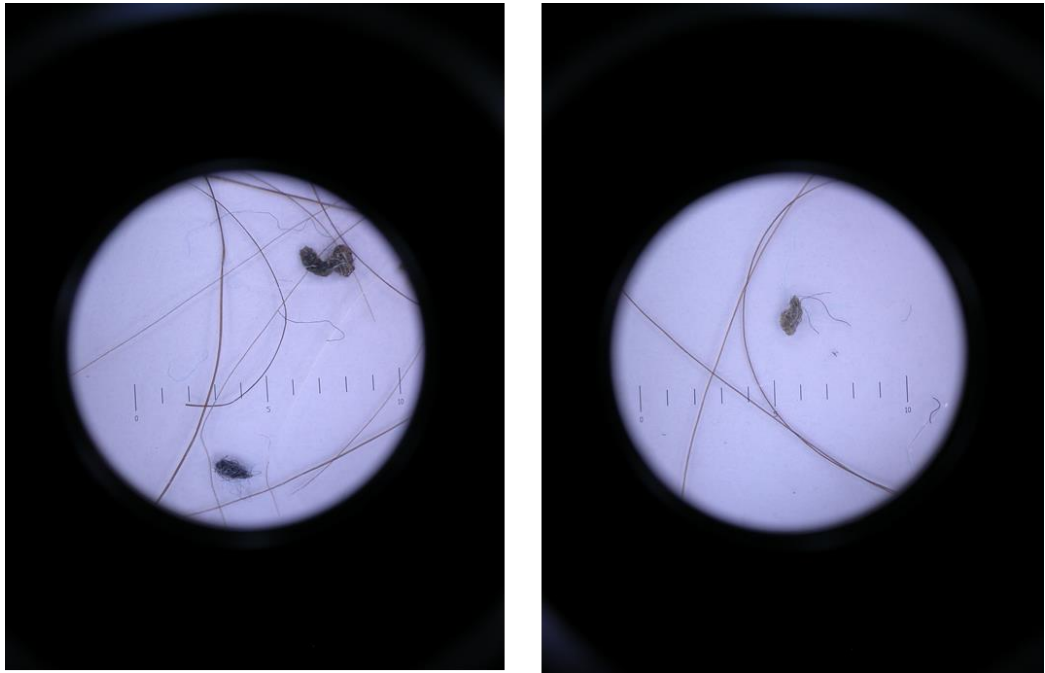


Рисунок 15. Выполненное с помощью дерматоскопа фото содержимого «герметичной емкости», предоставленной пациенткой Н., 67 лет. Визуализируются непроизвольно скатанные при сборе «доказательств» глобулы, состоящие из текстильных волокон, попавших на поверхность кожи с одежды, и фрагменты волос пациентки.

Больные активно изучают медицинскую литературу по паразитологии и дерматологии, а также информационные ресурсы в сети Интернет. В поисках не только похожих паразитов, но и пациентов со сходными симптомами, вступают в Интернет-сообщества страдающих от «неизвестной паразитарной инвазии», например, болезни Моргеллонов [395; 438], делятся «научной информацией» по проблеме и т.п. Кроме того, пациенты рассылают многочисленные обращения и петиции, фото-/видеоматериалы, в различные медицинские и общественные организации, охотно выступают на телевидении, стараясь привлечь внимание социума. В 2 набл. сутяжный бред имеет отчетливую альтруистическую направленность: помочь таким же больным с «малоизученным» паразитарным заболеванием. Идеи единоличной борьбы с паразитами и аутоагрессивное поведение минимальны. *Аутодеструкция* проявляется преимущественно следами сбора «образцов»: самоиндуцированными линейными экскорациями в виде поверхностных эрозий или корочек в местах скарификации кожи (например, иглами, для извлече-

ния экземпляров паразитов – см. Рисунок 16) или последствия доверенной врачам аутодеструкции (например, единичные точечные рубцы в результате диагностических биопсий).



Рисунок 16. Фото искусственных элементов у больного Д., 38 лет, с сутяжным бредом одержимости паразитами. На коже передней поверхности левого предплечья определяются два рубца: линейный белого цвета размерами до 35x1 мм (сформировавшийся после «извлечения паразитов с помощью иглы»), и округлый розового цвета диаметром до 10 мм со светло-коричневым венчиком по периферии (после «извлечения паразитов собственными ногтями»).

В нозологическом плане наблюдения, отнесенные к **сутяжному бреду с одержимостью кожными паразитами**, соответствуют экзацербациям приступообразно-прогредиентной шизофрении в позднем возрасте. При этом в психопатологической структуре ранее перенесенных шубов также доминируют кверулянтные бредовые идеи, однако с «непаразитарной» сутяжной фабулой (как правило, финансовых или правовых притязаний – 5 набл., реже – ипохондрического содержания по типу бреда ущерба здоровью – 2 набл.).

Сенситивный бред отношения с идеями заражения окружающих (6 набл.; 3 жен., 3 муж.), характеризуется доминированием идеи передачи паразитов с охватом широкого круга лиц и распространением не только на родственников, но и сослуживцев, соседей. При этом в отличие от некоторых случаев коэнстезиопатической парафрении, когда больные убеждены в тотальной пандемии с по-

стоянным заражением от окружающих (см. выше), здесь бредовая фабула определяется инвертированными идеями – в качестве единственного источника инфекции⁶⁵ выступает сам больной.

С убежденностью в передаче паразитов тесно связаны сенситивные идеи отношения, содержанием которых становится этический конфликт. Фактически речь идет о самостигматизации с ощущением собственной ущербности [133], когда больные жалуются на постоянное чувство вины из-за восприятия себя как причины распространения «заразы» в связи с повторяющимся заражением окружающих. Признаки инфестации постоянно фиксируются пациентами. Они замечают, что коллеги часто чешутся, что родственники жалуются на зуд. Поведение других интерпретируется бредовым образом как подтверждение того, что им известно об источнике заражения, о чем они из деликатности не говорят прямо, а намекают. В обоснование приводятся соответствующие «факты», почерпнутые из случайных фраз и поведения собеседников («сосед издалека завел разговор о блохах у собаки», «начальство, придираясь, заговорило о чистоте», «коллега перевелась в другую смену», «муж стал часто конфликтовать»). *Бредовое поведение* характеризуется не только свойственным для сенситивных идей отношения избеганием ситуаций, способствующих «заражению» окружающих, но и бредовой миграцией (развод с зараженным супругом, переезд в другую квартиру, многократная смена работы). При этом методы борьбы с паразитами не разрабатываются, а *аутоагрессивное* поведение, как правило, отсутствует – кожные покровы лишены искусственных элементов.

Обсуждаемый симптомокомплекс сопоставим по своей психопатологической структуре с расстройством по типу бреда распространения неприятных запахов с сенситивными идеями отношения [134]. Последний сходным образом определяется сочетанием обманов восприятия (обонятельных галлюцинаций – запах физиологических выделений) с бредовой убежденностью (уверенностью в объек-

⁶⁵Инфестация (от. лат. infestare – нападать) – заражение организма человека паразитами-артроподами (насекомыми, клещами и пр.).

тивности бромидроза) и соответствующими сенситивными идеями отношения, сопровождающимися избегающим поведением и бредовой миграцией.

В нозологическом плане в случаях, отнесенных к бреду заражения окружающих паразитами с сенситивными идеями отношения, речь идет о непрерывно текущей шизофрении, дебютирующей дерматозойным бредом, а на длительном доманифестном этапе протекающей с картиной сенситивного развития с «непаразитарной» фабулой.

Бред преследования паразитами (6 набл.; 3 жен., 3 муж.) в изученных наблюдениях отличается доминированием персекуторных бредовых представлений – поверхность кожи воспринимается как объект нападения паразитов извне, а не местом их постоянного обитания. Ареалом паразитов является жилище пациентов – квартира/комната, случайным образом заселенная ими. При этом идеи преднамеренного заражения недоброжелателями не развиваются (экологический бред [58; 69] – см. выше «коэнестезиопатическая паранойя»). «Паразиты» визуализируются на предметах обстановки, откуда попадают на кожу, контаминируя⁶⁶ ее, но не внедряясь в пространство 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 – см. Рисунок 17.

⁶⁶Контаминация (от лат. *contaminatio* — осквернение, загрязнение, заражение) – «загрязнение» живой ткани чужеродным биологическим материалом



Рисунок 17. Фото ладоней у больной А., 30 лет, с бредом преследования паразитами. Кожа ладоней и пальцев гиперемирована, покрыта мелкими чешуйками в результате мытья и обработки рук антисептиками до 15-20 раз в день.

Особенности бреда преследования паразитами иллюстрирует следующее клиническое наблюдение.

Пациент С.Д.Н. (26 лет).

Наследственность психопатологически отягощена по линии отца.

Прадед, военный, покончил жизнь самоубийством

Двоюродная бабушка умерла в возрасте 30 лет в результате суицида в период депрессии с идеями малоценности, самоуничужения.

Двоюродный дед (70 лет) – в молодости перенес бредовой психоз с персекуторными идеями, по бредовым мотивам совершил убийство. Находился на принудительном лечении в психиатрической больнице. Инвалид по психическому заболеванию.

Дед, военнослужащий, по характеру был властным, высокомерным, прямолинейным, целеустремленным. Умер в 67 лет от рака.

Бабушка умерла в 65 лет от инсульта. Работала продавцом. По характеру была впечатлительной, чувствительной к обидам, тревожной.

Отец (49 лет) – военный, категоричный, резкий. После демобилизации многократно менял места работы из-за конфликтов с руководством. Подозрительный,

считал, что к нему предвзято относятся. Ревновал супругу, 2 года назад ушел из семьи.

Линия матери.

Бабка (72 года) – страдает сахарным диабетом. До пенсии работала в совхозе в плановом отделе. По характеру застенчивая, стеснительная, в то же время педантичная, обстоятельная, аккуратная, крайне щепетильная в отношении чистоты и порядка.

Дед – умер в 69 лет от рака легких. Агроном, до пенсии директор совхоза. По характеру веселый, общительный, увлекающийся. Развелся с женой в связи с новым романом.

Тетка (50 лет) – учитель в школе: по характеру впечатлительная, болезненная, мнительная. Последние 2 года отмечаются панические атаки, ипохондрические фобии.

Мать (47 лет) – сдержанная, стеснительная, тревожная. Занималась воспитанием детей. Последние 13 лет работает флористом.

Пациент родился в срок от нормальной беременности и родов. В развитии не отставал. Рос здоровым ребенком. По характеру с детства был «идеальным» ребенком – тихим, послушным, бесконфликтным. Любил уединенные занятия. Нравилось рисовать животных, природу. Рано научился читать. При этом отличался своеобразием пристрастий – нравились необычные, порой парадоксальные истории экзотических народов, например, притчи южноамериканских индейцев. С младшего школьного возраста сам сочинял сказки. В возрасте 10-12 лет увлекся чтением произведений о животных (книги Д.Даррелла). При этом, хотя дома были животные, особой привязанности к ним не испытывал.

С детства имел ограниченный круг контактов. Был стеснительным. Никогда не знакомился по собственной инициативе. Общался с 1-2 сверстниками. Всегда ощущал между собой и людьми дистанцию. Был впечатлительным, после незначительного обидного замечания в свой адрес долго переживал, обдумывал случившееся. К лидерству не стремился.

С детства был «чистюлей», старался держать в порядке и чистоте одежду. По собственной инициативе самостоятельно убирал свою комнату. Обходил стороной неопрятно одетых людей на улице. Старался не касаться контейнеров, когда выбрасывал мусор. В противном случае немедленно мыл руки. Брезгливый, не переносил вида мертвых животных, сразу возникала тошнота. С младших классов после того, как в 6 лет, поранив руку, испытал чувство дурноты, головокружения, шума в голове, отмечался страх крови. В последующие годы этот страх усилился, сопровождаясь приступами тошноты, иногда – рвоты.

В школу пошел 6 лет. Адаптировался с трудом, в классе был «белой вороной». Слыл странным, «не от мира сего». До подросткового возраста учился хорошо. Лучше давались гуманитарные предметы. Нравилось писать сочинения, за что получал похвалы. Хуже давались точные науки. Так, математику готовил с участием матери, фактически делавшей с ним домашнюю работу. В средней школе (12-13 лет) свободное время проводил в одиночестве в ближайшем парке, фотографировал природу, наблюдал за птицами.

В подростковом возрасте (14 лет) постепенно поменялся по характеру. По словам матери, стал отчужденным, раздражительным, замкнутым, «словно подменили». Изменилось отношение к родственникам. Винил их в отсутствии деликатности, чуткости к его душевным переживаниям. Ограничил общение с родными. Запрещал входить к себе, убирать комнату, стал неряшлив, неопрятен. Появилась выраженная диспластичность, по словам матери, лицо «превратилось в неподвижную маску», движения стали угловатыми, резкими. Мог, словно задумавшись, застыть или напротив, монотонно ходить кругами по комнате, бормоча угрозы в отношении близких.

В этот период (15-16 лет) увлекся английским языком. Осознал, что обладает иной ментальностью – мышлением близким к западному, англоговорящему, «научился думать по-английски». Одновременно пробудился интерес к религии – протестантизму. Стал изучать соответствующую литературу, читать Библию.

Во время учебы в старших классах (16-18 лет) narosли нарушения мышления, не мог сосредоточиться на учебе, отмечалась рассеянность. Снизилась успе-

ваемость, в том числе и по любимым прежде гуманитарным предметам. Несмотря на трудности в занятиях благодаря протекции родителей окончил школу, поступил на платное отделение лингвистического ВУЗа.

В период обучения на первом курсе (18 лет), как и в старших классах, не справлялся с учебой. Появилось ощущение собственной психической ненормальности, по его словам, «морального уродства». Глядя в зеркало, замечал, что из-за этого изменилось выражение лица – стало странным, неестественным. Возникли опасения, а затем и уверенность, что окружающим это заметно. В этой связи испытывал интенсивную тревогу при выходе на улицу и в институте. Замечал недоброжелательное отношение – косые взгляды, слышал ругательства в свой адрес. В результате стал регулярно пропускать занятия. С большим трудом окончил ВУЗ по специальности переводчик. По словам матери, последние полгода совсем не посещал институт, каждое утро уходя из дома и возвращаясь словно был на занятиях. Когда это открылось, лишь благодаря вмешательству родителей не был отчислен. Только помощь сестры, фактически написавшей за него дипломную работу, позволила закончить образование.

После института (24 года) на работу не устраивался, поскольку состояние резко ухудшилось. Снизилось настроение. Появилось ощущение бесчувствия, потери эмоций, пустоты, выросла раздражительность. Стал размышлять о бессмысленности существования, обострились идеи психической неполноценности. Возникли суицидальные мысли, обдумывал бескровные способы самоубийства (утопиться, повеситься). Сделал соответствующую запись на своей странице в интернете. При этом преобладала апатия, нежелание вставать с постели, тоски не отмечалось. Состояние без суточного ритма. Сон, аппетит нарушались.

Одновременно с депрессивной симптоматикой манифестировали навязчивости – появился страх загрязнения, постепенно распространившийся на контакты с любыми бытовыми предметами. При этом боялся содержащихся в ней микробов, хотя какого-то конкретного возбудителя или инфекционной болезни не выделял. Наряду со страхом материальной грязи боялся также морального загрязнения («психического осквернения»), когда после того, как увидел какую-то отвраща-

тительную сцену в интернете или по телевизору не мог отделаться от возникающих вновь и вновь навязчивых воспоминаний этой сцены, что также сопровождалось тревогой, чувством собственной душевной нечистоты. Сходные образы возникали, если узнавал, что родственники посещали православную церковь, к которой будучи протестантом, испытывал отвращение. Собственно хульных навязчивых мыслей не отмечал. Мыл не только кисти, но и всю руку до локтя. Стал делать это многократно, проводя в ванной по несколько часов в сутки. Усилились раздражительность, конфликты с родственниками из-за ванной комнаты. На высоте состояния отказывался пользоваться общей уборной, справлял нужду в своей комнате.

Депрессия с навязчивостями длилась около года, когда впервые амбулаторно был консультирован психиатром. Установлен диагноз «атипичная депрессия с обсессивно-фобическими включениями и нарастающей дефицитарной симптоматикой». Отказавшись от госпитализации, лечился в ПНД. В течение года получал рисперидон (до 6 мг) и антидепрессанты (кломипрамин, флувоксамин). В результате терапии обошлась подавленность, уменьшилась выраженность апатии редуцировались суицидальные мысли, стал выходить из дома, снизилась интенсивность тревоги. Однако сохранялась стойкая мизофобия. Продолжал мыть руки после контакта с предметами обихода. Даже столовые приборы брал через салфетку. Не позволял родственникам убираться у себя в комнате, хотя при этом болезненно реагировал на замечания матери, что у него там может «поселиться какая-нибудь зараза».

В 26 лет состояние вновь изменилось. К навязчивостям внезапно присоединились представления о заражении неизвестными паразитами. Впервые ночью ощутил передвижение насекомых по лицу, словно по нему что-то прыгало и ползало. На другой день стал видеть на коже белые и черные точки. Понял, что подвергся нападению паразитов. Ощущал, что словно что-то кусает и вгрызается в поверхность кожи. Замечал их не только на себе, но и в своей комнате, на кровати, подушке и стенах. Стал пользоваться купленными матерью шампунями от вшей, часто мыть голову. Требовал полной дезинфекции комнаты, настаивал,

чтобы мать вызвала СЭС. Заметил, что ночью насекомые активизируются, поэтому старался не выключать свет, по словам матери, ночь перед врачебным приемом провел стоя в комнате, боясь прилечь. Был консультирован дерматологом, исключившим инвазию. Спустя два месяца с момента появления кожных жалоб госпитализирован в клинику НЦПЗ РАМН.

Неврологическое состояние. Жалоб неврологического характера не высказывает. Менингеальных знаков нет. Движения глазных яблок в полном объеме. Язык по средней линии. Углы рта симметричны. Сухожильные рефлексы ослабленные, симметричные. Тонус мышц повышен. Координаторные пробы выполняет правильно, в позе Ромберга устойчив. Чувствительность сохранена. Признаков органической патологии не выявлено.

Магнитнорезонансная томография головного мозга. На полученных изображениях очаговых изменений в веществе мозга больших полушарий, ствола и мозжечка не выявлено. Отмечается слабо выраженное увеличение боковых желудочков, больше справа. Субарахноидальные пространства слабо расширены в проекции лобных и теменных долей. Гипофиз без особенностей. Зрительный перекрест не деформирован. Миндалины мозжечка выше линии Чемберлена.

Заключение: наружная и внутренняя сообщающаяся гидроцефалия.

Электроэнцефалография. Заключение: очаговая, патологическая, типичная эпилептиформная активность в настоящем исследовании не выявляется. Диффузные изменения не выражены.

Заключение офтальмолога. Жалоб нет. При исследовании глазного дна: диски зрительных нервов имеют четкие границы, сосуды сетчатки не изменены. Без патологии.

Заключение невролога. Знаков очагового поражения головного мозга нет.

Соматическое состояние. Жалоб не высказывает. Общее состояние удовлетворительное. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания – 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 82 уд/мин. Артериальное давление – 120/80 мм. рт. ст. При пальпации живот мягкий безболезненный. Печень определяется по краю реберной дуги.

Селезенка не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Физиологические опровержения в норме.

Данные лабораторных и инструментальных исследований. Клинический анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты $4,5 \cdot 10^{12}$ на л., лейкоциты – $7 \cdot 10^9$ на л., палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 65%, лимфоциты – 32%, эозинофилы – 4%, базофилы – 1%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/ч. Анализ мочи: удельный вес – 1022 г/л; белок, сахар, кетоновые тела, желчные пигменты отсутствуют, лейкоциты 3-4 в поле зрения, бактерии отсутствуют. Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, протеины, глюкоза, билирубин, холестерин, остаточный азот, мочевины в пределах референсных значений. Анализы на сифилис, ВИЧ, HBS-антитела и антигены отрицательные.

Электрокардиография. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Ритм синусовый. Частота сердечных сокращений – 64 уд. в 1 мин.

Заключение терапевта. Без патологии.

Заключение паразитолога. Данных за паразитарную патологию нет.

Консультация дерматолога. Сухость кожи кистей, на коже ладоней мацерация и поверхностные эрозии вследствие избыточного применения моющих средств. Исследование на чесотку – результат отрицательный. Заключение: высыпания искусственной природы, диагноз первичного дерматоза исключен.

Психологическое обследование. В беседе пассивен, неэмоционален, избегает прямых взглядов на собеседника, отмечаются случаи монотонного повторения фраз по несколько раз (иногда в полный голос, иногда шепотом). Вопросы понимает не с первого раза, отвечает в единичных случаях не в плане заданного. В обследовании мотивация экспертизы искажена, отмечаются множественные реакции отказа, тенденция к избеганию объективно более сложных заданий. При исследовании когнитивной сферы отмечаются выраженные нарушения работоспособности по типу снижения продуктивности и темпа мыслительной деятельности, по типу быстрого истощения в рамках выполнения одного задания, а также по типу нарастания стереотипных ответов на фоне утомления. Наблюдаются

нарушения мышления по типу разноплановости и искажения с ответами по типу псевдоконкретности. Выявлен выраженный дефицит мотивационного компонента деятельности. При исследовании личностной сферы отмечаются такие черты, как мнительность, раздражительность, скрытность, а также сужение смыслообразующих мотивов до заботы о собственном состоянии.

Психическое состояние. Выглядит моложе своего возраста, пониженного питания. Одет неопрятно, волосы всклокочены, не брит. На штанах пятна, признается, что спит в одежде из-за трудностей переодевания, связанных со страхом загрязнения. При первой встрече в кабинет входит, берясь за дверную ручку через свитер. На ладонях незаживающая мацерация и язвы кожи. Походка диспластичная, поза скованная. Руки держит приведенными к туловищу, сидя – скрещенными на груди с кистями в подмышках. Ожидая у кабинета, стоит в застывшей неестественной позе, держа куртку на вытянутой руке. Выражение лица подавленное, маскообразное. Мимика обеднена, стереотипна. Голос тихий, маломодулированный. Речь замедленна. На вопросы отвечает после паузы, короткими отрывистыми, резкими фразами. Во время беседы периодически совершает стереотипные движения кистями, потирает их, будто моет.

Жалуется на «заражение» неизвестными паразитами. Беспокоят неприятные ощущения на поверхности кожи: ползання, укусов, пробуравливания, прыжков, будто бы насекомых. Отмечает усиление ощущений ночью, однако если ночью не выключать свет, паразиты не дают о себе знать. Напротив, в темноте, сразу активизируются. Описывает паразитов, которых видел на коже в виде белых и черных точек. Называет их «блохи» или «вши». Говорит, что одних замечал на волосистой части головы, других – на остальных участках тела. Более детального их описания, подробностей строения не приводит.

Пытается справиться с паразитами с помощью постоянного мытья и переодевания. Пробует собирать их с кожи, стряхивать с себя, давить между пальцами, при этом чувствует, как они «расплющиваются». Расчесов не наносит. Представлений об источнике заражения не имеет, при этом уверен, что сначала паразиты завелись в его комнате, в которой из-за страха загрязнения долгое время не про-

водилась уборка, а уже затем стали нападать на него. Как и откуда они могли попасть в комнату, не знает. Идей относительно того, что ими специально могли его заразить, также не высказывает. Совершенно убежден в реальности паразитов. При этом заявляет, что они остались в его комнате, что в коже и на коже во время приема их нет. Объясняет это тем, что накануне обращения в клинику вымылся со специальным шампунем, сменил одежду и не ложился в свою постель.

Наряду с симптомами, которые связывает с паразитарной инвазией, жалуется на сохраняющиеся навязчивые мысли о загрязнении – как физическом, так и моральном. Говорит, что из-за брезгливости на улице даже издали завидев грязного человека, например, бомжа, испытывал нарастание тревоги, когда близость объекта возможного загрязнения становилась равносильна контакту с ним. Описывает ряд защитных действий, которые совершает в связи со страхом загрязнения. Прежде всего, мытье рук до субъективного ощущения очищения, что делает многократно, наряду с мылом используя также специальную губку. После посещения улицы должен постирать всю одежду, не оденет на себя то, что уронил на пол.

Жалуется на трудности сосредоточения, обрывы мыслей, эпизоды пустоты в голове, наплывы мыслей, путаницу параллельных мыслей. Отмечаются соскальзывания, элементы резонерства. Рассказывая об увлечениях, например, протестантизмом, на дотошное изучение которого тратит все свободное время, не в состоянии сформулировать суть предмета, пересказать, о чем собственно читал в соответствующей литературе. Наряду с религиозной, читает детскую литературу, проводит время за компьютерными играми и в сети Интернет.

Жалуется на сохраняющуюся подавленность, высказывает идеи самоуничтожения, малоценности. Продолжает замечать недоброжелательное к себе отношение, что как и прежде, связывает с ощущением собственной психической неполноценности, очевидной окружающим. Описывает, как замечает признаки соответствующего отношения даже незнакомых людей на улице (взгляды, шушуканье, плевки). Суицидальных мыслей на момент обследования не высказывает, хотя признается, что они были в прошлом. Сон, аппетит не нарушены.

Терапия (в стационаре): 1 курс: галоперидол 10 мг/сут в/в кап, диазепам 20 мг/сут в/в кап, кломипрамин 75 мг/сут, тригексифенидил 4 мг/сут; **2 курс:** хлорпромазин 150 мг/сут, зуклопентиксол 25 мг/сут, пароксетин 60 мг/сут; **3 курс:** рисперидон 6 мг/сут, сертралин 300 мг/сут; **4 курс:** кветиапин 300 мг/сут, клозапин 50 мг/сут, флувоксамин 250 мг/сут.

Катамнез. Психическое состояние изменилось сразу после поступления в психиатрическую клинику. Уже в первые дни после госпитализации исчезли кожные ощущения, перестал видеть паразитов, а затем дезактуализировались идеи инвазии. Заявлял, что это закономерно, поскольку паразиты остались дома, в комнате, где по его требованию родители теперь делают ремонт. Критика к перенесенному психотическому состоянию не сформировалась, уверен в реальности прежнего заражения. За время госпитализации (в течение 2 мес.) возобновления ощущений на коже не отмечал, ни разу паразитов не видел.

Первую неделю в клинике залеживался в постели, находясь преимущественно в напоминающей эмбриональную позу, отмечалась мышечная скованность, стереотипные «моющие» движения руками. Был апатичен, подавлен, бездеятелен. Затем состояние постепенно улучшилось. В результате лечения выровнялось настроение, дезактуализировались сенситивные идеи отношения, снизилась интенсивность навязчивостей, стал реже мыть руки. По его словам, появилась возможность сдерживаться, игнорировать потребность в мытье, в отличие от домашней обстановки, когда делал это после каждого контакта рук с любым предметом. Однако полностью проявления мизофобии не обошлись.

При катамнестическом обследовании через год, несмотря на постоянно проводимую в амбулаторных условиях комбинированную терапию антипсихотиками (клозапин, палиперидон) и антидепрессантами (кломипрамин, пароксетин), сохранялись явления мизофобии, мягкой кататонии, нарастали когнитивные нарушения и негативные изменения. Была оформлена группа инвалидности по психическому заболеванию. Нигде не работал, проводил время дома за компьютером и религиозной литературой. После выписки из НЦПЗ РАМН и возвращения домой

кожные сенсации, зрительные обманы восприятия и идеи преследования паразитами не возобновлялись, повторные психотические эпизоды не возникали.

Разбор. Представленная история болезни иллюстрирует клинические особенности бреда преследования паразитами. Состояние пациента на момент первичной консультации определяется бредовыми идеями паразитарной инвазии (дерматозойный бред) коморбидными мягкой кататонии, сенситивным идеям отношения, обсессивно-компульсивному расстройству с картиной контаминационных навязчивостей [10] и тревожно-депрессивному синдрому.

Квалификация такого дерматозойного бреда как персекуторного определяется следующими особенностями симптомокомплекса. Хотя идеи преднамеренного причинения вреда другими людьми не развиваются, доминирует убежденность в нападении паразитов, фактически подменяющих собой преследователей. Паразиты в представлениях пациента не только лишены способности внедряться в пространство организма, но и не обитают на поверхности кожи; однако, заполняя комнату и нападая извне, выступают в качестве доставляющей страдания внешней угрозы. При этом собственно ипохондрическая составляющая синдрома минимизирована – паразиты лишены характеристик вызывающих соответствующее заболевание патогенов.

Сходные описания «атипичного» дерматозойного бреда приводят некоторые авторы [219; 234; 368; 370; 371], выделяющие наряду с бредом мнимой инвазии, вызванной заселяющими кожный покров паразитами («ипохондрический дерматозойный бред»), персекуторный вариант синдрома. Однако упомянутые исследователи, ограничиваясь констатацией клинической неоднородности дерматозойного бреда, не предпринимают попыток ее обоснования.

Клиническая картина бреда преследования паразитами в анализируемом наблюдении обнаруживает и другие признаки атипичности, позволяющие отграничить его от коэнестезиопатической паранойи/парафрени и бреда воображения. Психопатологическая структура расстройства характеризуется минимальной выраженностью как коэнестезиопатий (эпидермальный тактильный галлюциноз), так и визуальных обманов восприятия (элементарные зрительные галлюцинации), чему

соответствует несистематизированный дерматозойный бред, фактически лимитированный феноменом анимации. Бредовая концепция паразитарной инвазии не разработана и носит отрывочный характер (неизвестны происхождение паразитов, особенности их поведения, цикла размножения и т.п.).

Возможные основания такой незавершенности и атипичности бреда – незначительная выраженность сенсопатий, с одной стороны, и влияние коморбидных расстройств, при соучастии которых манифестирует дерматозойный бред, с другой.

Содержание бреда тесно связано с денотатом обсессивно-компульсивного расстройства – контаминационных навязчивостей (мизофобии). Идеи загрязнения изначально представлены фобиями экстракорпоральной угрозы [55] – 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 (здесь – по типу «навязчивых галлюцинаций» [26; 444]) происходит видоизменение идеаторных расстройств – дополнение обсессивной фабулы бредом преследования паразитами, сохраняющим характеристики «экстракорпоральной угрозы» [1], исходно свойственные обсессиям. При этом речь не идет о полном замещении обсессивно-фобического синдрома бредовым, как это отмечается в публикациях ряда авторов [74; 262; 399]. Бред преследования паразитами представлен единым симптомо-комплексом особой структуры, включающим обсессивные расстройства и галлюцинаторно-бредовые феномены [37; 38; 55], образующие устойчивые коморбидные связи на уровне «общих симптомов» [384]. Соответственно бред не систематизирован, а типичное для коэнестезиопатической паранойи/парафрении бредовое поведение, направленное на доказательство существования паразитов или защиту окружающих, не сформировано. «Борьба» с инвазией лимитирована очистительными ритуалами (многократное мытье, дезинсекция квартиры), почерпнутыми из структуры мизофобии.

В плане нозологической квалификации в обсуждаемом наблюдении, речь идет о неблагоприятно протекающей юношеской шизофрении [77; 344], характе-

ризующейся началом в пре- и пубертатном периоде; появлением негативных расстройств («падением энергетического потенциала», эмоциональными изменениями) еще до того, как произошла явная манифестация процесса; быстротой развития болезни; «синдромальной незавершенностью» и полиморфностью клинической картины манифестного этапа с включением проявлений разных синдромов (кататонических, параноидных, аффективных, неврозоподобных [124]); выраженным дефектом и резистентностью к терапии.

Заболевание манифестировало у личности круга сенситивных шизоидов (замкнутость, повышенная чувствительность в межличностных отношениях) с акцентуированной брезгливостью в подростковом возрасте (14 лет) постепенным нарастанием негативных изменений (углубление аутизма, эмоциональное обеднение), когнитивных и кататонических расстройств. Заболевание протекало с присоединением симптомокомплексов, предпочтительных для пубертатного периода [64] (непродуктивных сверхценных увлечений – «метафизическая интоксикация», сенситивных идей отношения).

В возрасте 24 лет в структуре анестетической депрессии впервые дебютировали обсессивно-компульсивные расстройства с картиной контаминационных обсессий. В качестве особенности последних, определяющей принадлежность к ряду процессуальных расстройств, выступает выявление наряду с фобиями экстрокорпоральной угрозы также идеобсессивных феноменов («моральной мизофобии» [9; 10; 409]). Развивающаяся на этом фоне бредовая вспышка с картиной бреда преследования паразитами носит транзиторный (2 мес.) характер, и подвергается быстрому обратному развитию – вслед за редукцией сенсопатий дезактуализируется бред заражения паразитами. В отличие от случаев, приводимых некоторыми авторами [52], в которых бред преследования на время исчезает при смене обстановки в результате бредовой миграции, а затем возобновляется, данные катамнеза указывают на полную редукцию бредовых расстройств в анализируемом наблюдении. После возвращения в привычную обстановку собственной комнаты бред паразитарной инвазии не возобновляется. В течение последующего года картина заболевания, как и до бредовой вспышки, определяется резистентными к терапии

навязчивостями (болезнь злокачественных навязчивостей [429]), рудиментарными кататоническими феноменами и негативными изменениями, не обнаруживая признаков трансформации в параноидную форму.

Таким образом, перенесенное психотическое состояние может трактоваться как транзиторный бредовой психоз [57; 90]. Возможность манифестации переходящих «минипсихозов» с картиной дерматозойного бреда упоминается лишь в единичных публикациях [121]. В свою очередь в исследованиях, посвященных изучению коморбидности навязчивостей и галлюцинаторно-бредовых расстройств при вялотекущей шизофрении [37; 38], имеются указания на тот факт, что динамика галлюцинаторных навязчивостей характеризуется эпизодическими эксацербациями (длительностью от нескольких месяцев до 1-2 лет).

Резюмируя результаты анализа психопатологической структуры изученных расстройств, можно констатировать следующее. Полученные данные позволяют подтвердить и клинически обосновать выдвинутое в начале настоящей главы в порядке рабочей гипотезы предположение, согласно которому состояния, объединяемые в литературе понятием «дерматозойный бред», выходят за границы единого – унифицированного – симптомокомплекса и образуют спектр психопатологически неоднородных синдромов, характеризующихся значительной вариабельностью клинической картины.

Сведения о психопатологической структуре изученных симптомокомплексов обобщены в Таблице 9, где приведена их сравнительная характеристика с учетом гетерогенности сенсопатий и ассоциированных идеаторных расстройств.

Таблица 9.

Психопатологическая структура коэнестезиопатической паранойи и спектра расстройств одержимости кожными паразитами.

Синдромы с картиной дерматозойного бреда	Бредовые феномены	Сенсопатии
Коэнестезиопатическая паранойя	Монотематический дерматозойный бред паранойяльной структуры	Элементарные и сложные тактильные галлюцинации, тактильные и зрительные иллюзии, зрительные галлюцинации
Коэнестезиопатическая парафрения	Систематизированный парафренный бред тотальной одержимости паразитами (дерматозойный, энтерозойный)	Тактильные и висцеральные фантастические галлюцинации, сенсопатии, соматоформная вегетативная дисфункция, зрительные (в т.ч. аутовисцероскопические), слуховые и обонятельные галлюцинации.
Бред воображения	Образный бред одержимости кожными паразитами	Массивные зрительные обманы восприятия по типу галлюцинаций воображения, ограниченный эпидермальный тактильный галлюциноз
Сутяжный бред одержимости паразитами	Кверулянтный бред доказательства паразитарной болезни	Эпидермальные тактильные галлюцинации, элементарные зрительные галлюцинации
Сенситивный бред отношения с идеями заражения окружающих	Бред инфестации паразитами, сенситивные идеи отношения	
Бред преследования паразитами	Персекуторный бред	

Исходя из полученных данных, сформулирована психопатологическая модель спектра расстройств одержимости кожными паразитами, схематическое изображение которой приведено на Рисунке 18.

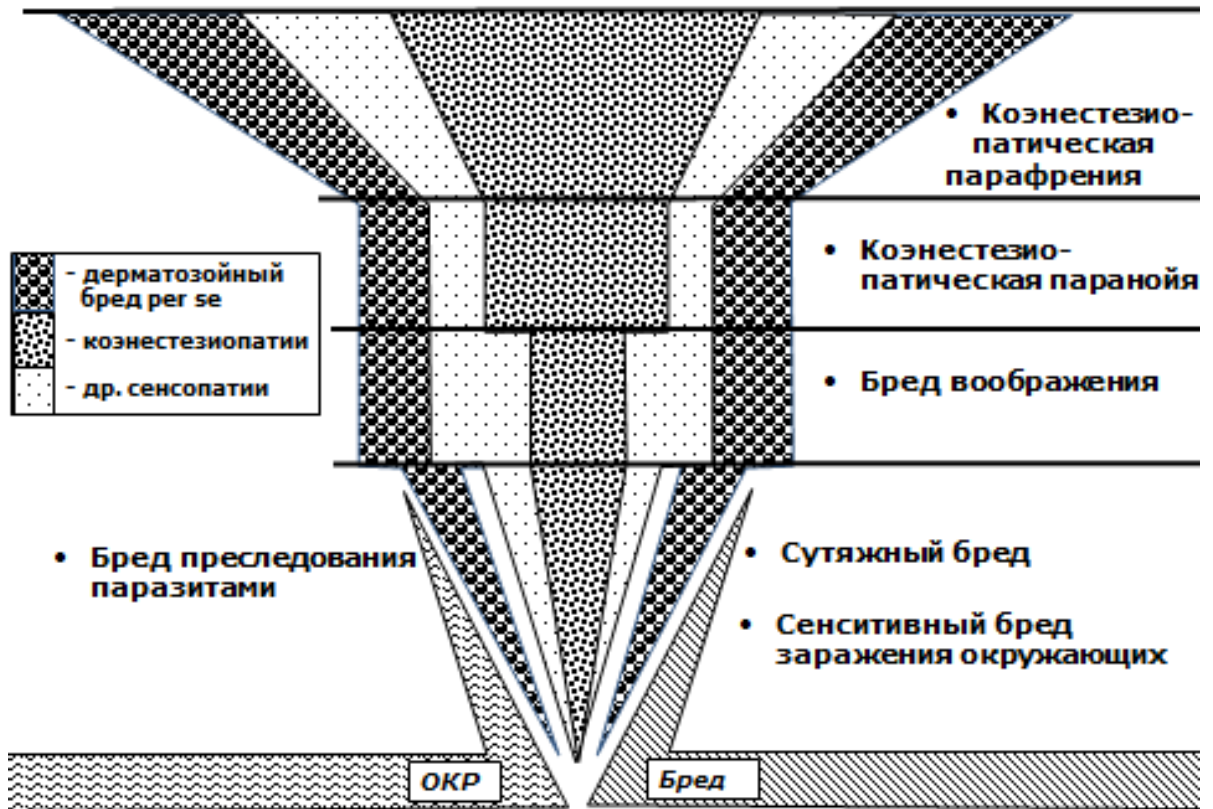


Рисунок 18. Модель спектра расстройств одержимости кожными паразитами (схема).

Как видно из Таблицы 9 и Рисунка 18, бредовая составляющая обсуждаемых симптомокомплексов видоизменяется в соответствии с трансформацией клинически гетерогенных базисных расстройств. При этом выраженность бреда коррелирует с массивностью сенсопатий. Так, при занимающем центральное положение на схеме синдроме кознестезиопатической паранойи сенсопатиям, ограниченным сферой кожи (трансдермальный тактильный галлюциноз; зрительные галлюцинации и иллюзии) соответствует монотематический дерматозойный бред с идеей одержимости паразитами, заселяющими исключительно кожный покров. При синдроме кознестезиопатической парафрении массивным кознестезиопатиям (тактильные, энтероцептивные/висцеральные галлюцинации, сенестопатии, соматоформные и соматовегетативные расстройства), а также галлюцинациям других модальностей (зрительным, слуховым, обонятельным), вовлекающим наряду с кожей как внутреннюю среду организма, так и окружающее пространство, кон-

груэнтен парафренной структуры бред тотальной одержимости паразитами (дерматозойный и энтерозойный). При коэнестеziопатической паранойе и парафрении связи между производными и базисными феноменами устойчивы, что определяет относительную стойкость их психопатологической структуры к патопластическим (а при парафрении – и терапевтическим) воздействиям. При бреде воображения массивным зрительным обманам восприятия (галлюцинациям воображения) соответствует образный бред одержимости кожными паразитами, а кожные телесные сенсации, напротив, элементарны (эпидермальный тактильный галлюциноз), что определяет ослабление связи коэнестеziопатий с дерматозойным бредом *per se*. При расстройствах спектра одержимости кожными паразитами в рамках сутяжного бреда, сенситивного бреда отношения с идеями заражения окружающих, бреда преследования паразитами, характеризующихся минимальной выраженностью базисных расстройств (эпидермальные тактильные галлюцинации, элементарные зрительные галлюцинации) связь коэнестеziопатий и бреда ослабевает в еще большей степени. Соответственно обнаруживается влияние на структуру идеаторных расстройств (дерматозойного бреда *per se*) текущих (коморбидных) или резидуальных психических расстройств бредового регистра или обсессивно-компульсивного круга. При сутяжном бреде – перенесенных ранее в рамках эндогенно-процессульного заболевания бредовых приступов паранойальной структуры, определявшихся «непаразитарной» сутяжной фабулой (преимущественно неипохондрического содержания), персистирующей в форме резидуальных расстройств. При бреде заражения окружающих – сенситивных идей отношения в структуре одноименного развития. При персекуторном бреде – актуальной мизофобии со страхом экстракорпоральной угрозы, трансформирующейся в представления об атаке на поверхность кожи преследователей-паразитов в условиях неблагоприятно текущей юношеской шизофрении.

Наряду с психопатологической гетерогенностью изученные симптомокомплексы характеризуются некоторой нозологической предпочтительностью и выступают в пределах как паранойи, так и прогрессивной (включая юношескую неблагоприятную форму), приступообразно-прогрессивной и вялотекущей ши-

зофрении. Использование предложенной теоретической модели бинарной структуры и разработанной в ее рамках типологической дифференциации предполагает необходимость дифференцированного подхода к диагностике, оказанию медицинской помощи и терапии изученных расстройств.

ГЛАВА 5. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОЭНЕСТЕЗИОПАТИЙ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ, РЕАЛИЗУЮЩИХСЯ В ПРОСТРАНСТВЕ КОЖНОГО ПОКРОВА

Предваряя изложение результатов собственного психологического исследования, необходимо отметить, что в современных публикациях проблема патологических телесных ощущений рассматривается на базе различных подходов (когнитивно-бихевиорального, психодинамического, психологии телесности), однако, применительно к психодерматологической патологии, как правило, не получает должной разработки.

В рамках *когнитивно-бихевиорального* подхода внимание исследователей акцентировано на изучении идеаторной и поведенческой составляющих психических расстройств, протекающих с телесными ощущениями, фактически рассматриваемых в качестве первичных по отношению к ощущениям. Так, при анализе психологических механизмов ипохондрических расстройств патологические ощущения интерпретируются как фактор, подкрепляющий дисфункциональные убеждения о наличии заболевания [282; 433]. Сам поиск патологических телесных ощущений запускается «негативными интерпертациями» о состоянии собственного здоровья [161]. По мнению некоторых исследователей [337], у больных с ипохондрическими расстройствами проявляется склонность к переоценке «нормальных» телесных ощущений и их объяснению соматическими заболеваниями.

В дерматологической клинике в качестве усиливающих патологические кожные ощущения рассматриваются такие психологические особенности, как преобладание эмоций негативного характера, повышение уровня тревоги и предрасположенность к неадаптивным стратегиям совладания со средовым воздействием и самой ситуацией болезни. У таких пациентов, как правило, отмечается

снижение толерантности к телесным ощущениям вообще и к зуду, в частности. Выявляются изменения в процессах обработки информации: чрезмерно повышенное внимание к кожным ощущениям, интерпретационные ошибки и склонность к катастрофизации телесных ощущений. Предрасположенность к негативным интерпретациям патологических кожных ощущений в свою очередь способствует повышению интенсивности зуда и формированию установки на беспомощность [505].

Наряду с идеаторной составляющей психических расстройств в рамках когнитивно-бихевиорального подхода значительное внимание уделяется поведенческому компоненту, в особенности тем действиям, которые способствуют возникновению и персистированию искусственных дерматологических нарушений. В большинстве работ кожные ощущения обсуждаются в рамках схемы «стимул-реакция», и соответственно, приводится поведенческое определение зуда, как сенсации, которая вызывает стремление к расчесыванию [503; 505]. Расчесывание же определяется как универсальный неосознаваемый и автономный ответ на патологические кожные ощущения [505]. Этот ответ вызывает временное облегчение, что закрепляет такую поведенческую реакцию и способствует формированию так называемого патологического цикла «зуд-расчесывание-зуд» [333]. В рамках этого цикла неопределенное желание «сделать что-либо» с кожей конкретизируется в устойчивый способ манипулирования ею – расчесывание, касание, сдирание корочек и даже исследование пространства кожи с помощью специальных инструментов (пинцетов, иголок и т.п.) [431].

В *психоаналитических исследованиях* патологические телесные сенсации интерпретируются как средства первичной довербальной коммуникации – «языка тела» [81] и рассматриваются в соотнесении с особенностями личностной организации и перенесенных травматических событий. При этом непосредственно кожным ощущениям уделяется первостепенное значение, поскольку в психодинамических работах получило развитие положение об особой связи психики с кожей и роли тактильного восприятия в становлении самосознания, развитии психической

жизни и формировании «Я» [3] – базисной онтогенетической роли кожных ощущений.

В то же время, считается, что в зрелом возрасте при невозможности пережить и прочувствовать некоторые психологически значимые события могут актуализироваться патологические ощущения, являющиеся возвратом к более ранним способам реагирования с помощью «примитивных психических сообщений» [67]. В соответствии с этими представлениями авторы стремятся выделить определенные психологические факторы, в особенности, содержания бессознательно-го, вызывающие патологические телесные сенсации.

В литературе широко представлены психоаналитические разборы пациентов как с объективно диагностируемыми дерматозами: крапивницей [437], нейродермитом, экземой [136; 357; 358] и угревой болезнью [465], так и в рамках патологии *sine materia*. Обсуждается возможное символическое значение симптомов и области возникновения ощущений, в частности, в самых ранних работах предполагается сексуальная природа зуда [430].

В работе P. Schilder [441] зуд рассматривается как конверсионный симптом, возникающий как «специфический зуд у специфической личности». Делается предположение о том, что разные конфликты проявляются на коже специфическим образом, соответственно автор призывает дифференцировать различные формы зуда в зависимости от его локализации и характеристик.

Основным направлением работ психоаналитиков середины XX века становится установление связи между кожными проявлениями и вытесненными желаниями, связанными с мазохизмом, эксгибиционизмом, напряжением, фрустрацией и др. [357; 358]. В целом патологические кожные проявления расцениваются как «атака на себя», являющаяся средством справиться с вытесненной агрессией. Разрабатывается представление о коже как об «экспрессивной части личности» [300].

В ряде современных психоаналитических исследований сохраняется интерес к выделению специфических психологических факторов, связанных с возникновением патологических телесных сенсаций. При изучении расстройств, наблюдаемых в дерматологической клинике, исследователи акцентируют внимание на

склонности скрывать собственные эмоции, наличии травматического опыта [168], стрессовых воздействиях, недостатке социальной поддержки, повышении показателей тревоги и избегании привязанностей [297]. При этом роль собственно телесных (в особенности кожных) ощущений, их динамика и связь с представлениями о болезни изучены недостаточно.

В *психологии телесности* [45; 78; 79; 115; 116] ощущения рассматриваются как продукт интрацептивного восприятия, которое не может быть однозначно определено только свойствами раздражения. Телесность понимается как субъективная феноменологическая реальность, не тождественная своему объективному корреляту – организму, анатомическому телу человека [116]. Исходя из этого разработаны представления о том, как ощущения из содержаний чувственной ткани в процессе первичного означения получают градации интенсивности, модальность, свои названия, оформляются в телесном пространстве внутренних органов и становятся жалобами пациента, а на этапе вторичного означения связываются и могут изменяться в соответствии с усвоенным субъектом взглядом на болезнь, ее причины, механизмы и методы лечения [5; 116].

Поскольку в психологии телесности ощущения понимаются как сугубо субъективный феномен, для их исследования предлагаются процедуры косвенного анализа. Так как для рефлексии и описания определенных ощущений в качестве жалоб, сами воспринимаемые сенсации должны быть помещены в категориальную систему, для их изучения, по мнению А.Ш. Тхостова [116], необходимо обращение к особенностям категоризации телесных сенсаций с помощью описания субъективной семантики телесного опыта, а именно – глоссариев интрацептивных ощущений.

В литературе представлены данные об особенностях интрацептивных словарей как при некоторых соматических, так и при психических расстройствах. На примере таких заболеваний, как онкологические (рак желудка) и кардиологические (инфаркт миокарда) [115], показано, что в структуре глоссария четко выделяется центральный блок категорий, соответствующий ощущениям, обусловленным конкретными, физическими симптомами соматической болезни, вокруг ко-

торых группируются все остальные интрацептивные признаки, как физические, так и эмоциональные. Следует отметить, что данные об особенностях интрацептивных глоссариев при дерматозах в литературе не приводятся. В то же время доступны соответствующие сведения о психических расстройствах, сопровождающихся телесными сенсациями, полученные в клинической (психиатрической) практике. Для соматоформных, ипохондрических и шизотипических расстройств, протекающих в отсутствие объективно диагностируемого соматического заболевания (*sine materia*), характерно значительное (по сравнению с соматическими заболеваниями) расширение словаря, метафоричность в описаниях, меньшая ясность и плохая локализованность ощущений, характеристика болезни за счет «интрацептивно переживаемых эмоциональных состояний» [116; 117]. В свою очередь особенности структуры словаря интрацептивных ощущений пациентов, обращающихся в учреждения дерматологической сети в связи с расстройствами *sine materia*, протекающими с выявлением кожных сенсаций, остаются не определены. Уточнения требуют состав, а также сходство и преемственность структур глоссариев интрацептивных ощущений у больных с различными психическими расстройствами, реализующимися в пространстве кожного покрова.

Таким образом, основным, требующим верификации положением настоящего фрагмента работы, является представление о том, что каждому из выделяемых психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова (психодерматологических синдромов), соответствует определенная структура словаря (глоссария) интрацептивных ощущений.

Дизайн психологического исследования

Выборка психологической части настоящего исследования (72 набл., 58 жен., средний возраст – 56 ± 17 лет) включает больных с психическими расстройствами, реализующимися в пространстве кожного покрова и обратившихся в клинику кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Все пациенты после исключения объективной дерматологической патологии были

консультированы психиатром⁶⁷ (при условии получения информированного согласия), квалифицировавшим психопатологические расстройства в соответствии с представленной выше типологией. Пациентам было проведено комплексное психологическое обследование⁶⁸, включавшее методы семантического анализа и патопсихологического эксперимента.

Поскольку телесные сенсации трудны для рефлексии, а особенности их категоризации не представлены напрямую в сознании, возникла необходимость моделирования развернутой деятельности пациентов в ситуации эксперимента. Такой подход в силу указанной особенности субъективного восприятия пациентами кожных сенсаций представляется в большей степени соответствующим задачам настоящего исследования, нежели стандартизованные психометрические шкалы, лимитирующие обследуемых ограниченным набором «предуготованных» вариантов ответа.

Основной, позволяющей исследовать патологические кожные ощущения и структуру опыта болезни, в настоящей работе стала методика «Классификация ощущений» [114]. Последняя представляет собой набор из 80 стимульных карточек со словами-ощущениями. Испытуемому предлагалось сделать выбор в соответствии с инструкцией: «Выберите слова, которые подходят для описания кожных ощущений, связанных с Вашей болезнью». По результатам методики определялись структуры словаря интрацептивных ощущений, связанных с заболеванием⁶⁹. Свободная инструкция позволяет вариативно использовать слова-ощущения стимульного материала в зависимости от индивидуальных особенностей испытуемых, что невозможно при работе с обобщенными и унифицированными фразами и оценками опросниковых методик. Процедура позволяет психологу активно вза-

⁶⁷Первичное психиатрическое обследование было выполнено ассистентом кафедры психиатрии и психосоматики ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, ст. н. с. отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБУ «Научный Центр Психического Здоровья» РАМН к.м.н. Д.В. Романовым с дальнейшим представлением пациентов выборки на клинических разборах, проводившихся под руководством акад. РАМН А.Б. Смулевича.

⁶⁸Обследование проводилось м.н.с. отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБУ «Научный Центр Психического Здоровья» РАМН Ермушевой А.А. 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

⁶⁹При этом наибольшее внимание в свете задач настоящего исследования уделялось не частотным характеристикам отдельно выбираемых дескрипторов, но взаимосвязям между элементами интрацептивного словаря при каждом выделяемом психодерматологическом синдроме.

имодействовать с пациентом (в отличие от пассивной позиции специалиста при заполнении опросников) – моделировать исследуемую деятельность по оценке телесного опыта и в процессе выполнения отслеживать изменения векторов категоризации интрацептивных ощущений при фиксации не только итогового набора слов, но и промежуточных этапов.

Основной метод обработки данных – кластерный анализ⁷⁰ с последующей интерпретацией получившихся древовидных профилей, поскольку именно этот способ анализа позволяет отследить объединения слов-ощущений и выявить особенности организации (структуру) интрацептивного словаря. Применимость данного инструмента статистической обработки для решения подобных задач обоснована в работах, проведенных под руководством А.Ш. Тхостова [116; 117].

В дополнение к основной методике для выявления особенностей восприятия кожных покровов и наиболее диффузных, трудно локализуемых кожных ощущений, а также для дополнения представлений о болезни использовалась методика «Шкалы оценки кожи» [11]. Бланк методики представляет собой вариант семантического дифференциала, состоит из 23 линейных неградуированных шкал, содержащих полярные характеристики, описывающие кожу. Последние варьируются от конкретных, физических («теплая») до оценочных суждений («приятная») и абстрактных признаков («целостная»).

Результаты психологического исследования

Анализ полученных результатов показал, что интрацептивные словари при различных психодерматологических синдромах, с одной стороны, имеют общие свойства, отражающие принадлежность расстройств к единому континууму. С другой стороны, для каждого психодерматологического синдрома характерна особая структура интрацептивного словаря, включающего ряд следующих кластеров: (1) **кожные сенсации** («Зуд», «Жжение», «Онемение», «Горячий» и др.), которые выступают в качестве ядерных при объединении с описаниями (2) **ин-**

⁷⁰ Кластерный анализ выполнен с использованием программы STATISTICA 8.0 (StatSoft Inc.): правило объединения для иерархической кластеризации – метод Варда (Ward's method), мера расстояния – Евклидово расстояние.

трацептивно переживаемых эмоциональных состояний («Тревога», «Тоска», «Отчаяние», «Грусть» и др.), (3) *общесоматических ощущений* («Тошнота», «Лихорадка», «Озноб», «Истощение», «Слабость» и др.), (4) *ощущений мучительного характера* («Мучительно», «Герзающий», «Изнуряющий» и др.), (5) *экстрацептивных ощущений* («Темный», «Жужжание», «Шорох», «Треск» и др.). Выявленные особенности структуры интрацептивного словаря, представленного дифференцированными сенсациями, соотносятся с клинической моделью психопатологической структуры этих расстройств [102; 104].

Ниже последовательно приводятся результаты для каждого из исследуемых синдромов (кожный органический невроз, компульсивные/импульсивные экскориа́ции, ограниченная ипохондрия, дерматозойный бред)⁷¹. Выявленные особенности категоризации опыта заболевания, прежде всего, кожных ощущений (методика «Классификация ощущений») и характеристика восприятия кожных покровов (методика «Шкала оценки кожи») приведены дифференцировано для каждого из изученных синдромов.

Кожный органический невроз [84; 87] (12 набл.; 11 жен., 1 муж.), представляющий собой соматоформное расстройство, персистирующее в пределах топической проекции преимущественно (но не исключительно) одного органа – кожного покрова, включающее коэнестезиопатии, определяемые как соматоформный зуд и ассоциированную «тревогу о здоровье», характеризуется соотносимой с психопатологической структурой интрацептивного словаря. Анализ методики «Классификация ощущений» позволяет представить опыт заболевания в виде кластеров из 2 крупных объединений (кожные и общесоматические сенсации), каждое из которых распадается на несколько меньших по объему – Рисунок. 19.

⁷¹ Результаты психологического исследования больных с синдромом коэнестезиопатических конфабуляций не приводятся из-за недостаточного для статистического анализа числа наблюдений.

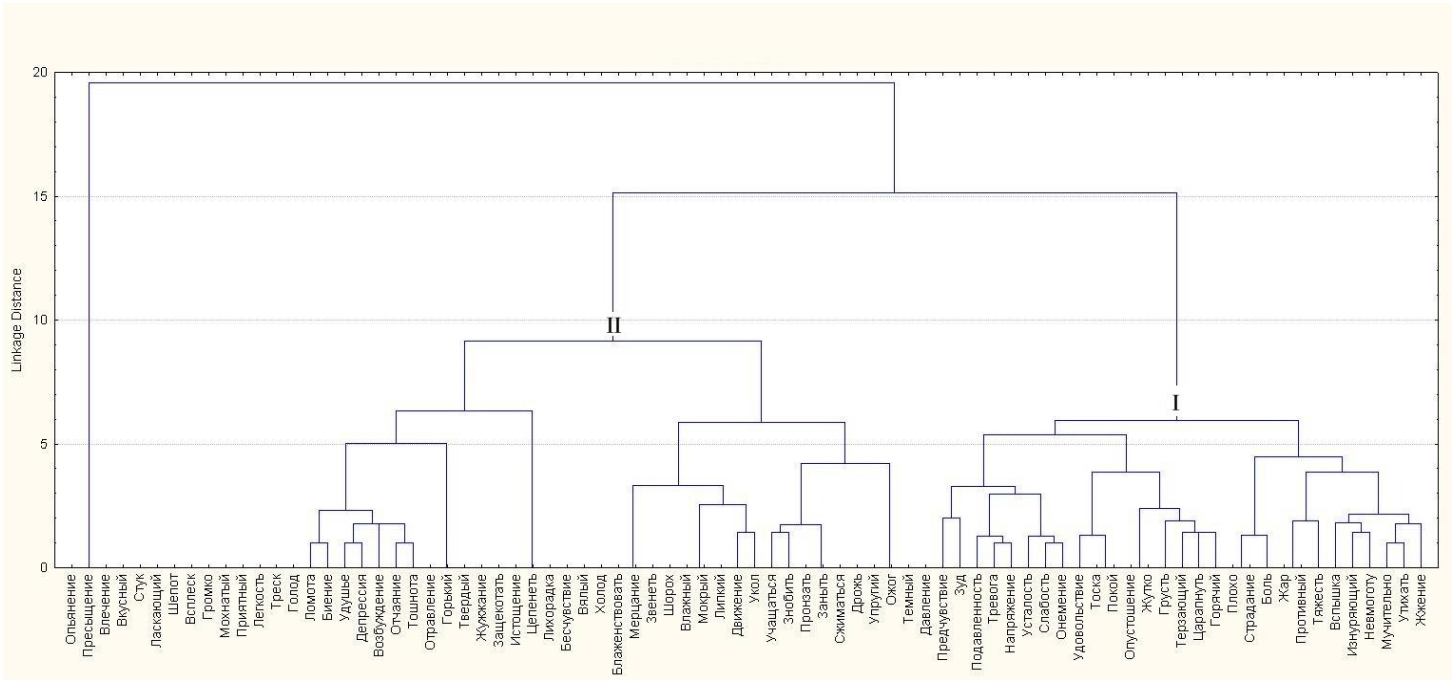


Рисунок 19. Кластерная структура болезненных ощущений по результатам выполнения методики «Классификация ощущений» при кожном органическом неврозе.

Первое крупное объединение (I – на схеме) включает различные жалобы на кожные ощущения: «Зуд», «Онемение», «Царапнуть», «Горячий», «Боль», «Жар», «Жжение». Каждое из этих слов попадает в отдельные объединения. Так, «Зуд» объединяется с «Предчувствием», «Онемение» со «Слабостью» и «Усталостью». Все вместе они соединяются с характеристиками эмоционального состояния – «Подавленность», «Тревога» и «Напряжение». «Царапнуть» связывается с такими словами, как «Горячий», «Герзающий», «Грусть», «Жутко», «Опустошение», «Покой», «Тоска», «Удовольствие». «Боль» попадает в одно объединение со «Страданием» и «Плохо». «Жар» – «Противный» и «Тяжесть». «Жжение» – со словами «Вспышка», «Изнуряющий», «Невмоготу», «Мучительно» и «Утихать». Такая структура, отражающая объединение кожных ощущений с интрацептивно переживаемыми эмоциональными состояниями соотносится с представлениями о бинарной структуре кожного органического невроза, включающего соматоформный зуд и проявления тревоги о здоровье.

Более подробный анализ первого объединения также позволяет сделать вывод о наличии у пациентов разработанных представлений о болезни. Выделение отдельного небольшого набора характеристик эмоционального состояния вокруг слова «Тревога» отражает связь патологических кожных сенсаций с тревожными проявлениями. В описании структуры упомянуты также слова «Подавленность» и «Депрессия», однако согласно комментариям испытуемых они не являются основными значимыми характеристиками эмоционального состояния, что соответствует и результатам клинического психопатологического обследования.

Наличие слов «Предчувствие», «Вспышка» и «Утихать» свидетельствует о том, что у пациентов есть сложившиеся представления о динамике беспокоящих ощущений – ипохондрическое самонаблюдение: сенсации то нарастают по интенсивности, то, напротив, уменьшаются.

Второе крупное объединение (II – на схеме) образовано четырьмя кластерами. В них присутствуют различные общесоматические сенсации, выбираемые пациентами при просьбе отобрать ощущения, связанные с актуальным – кожным – заболеванием: «Ломота», «Удушье», «Биение», «Тошнота», «Лихорадка», «Укол», «Знобить», «Зануть», «Дрожь», «Ожог». Эти телесные сенсации соединяются с отличными от I объединения характеристиками эмоционального состояния: «Ломота», «Удушье» и «Биение» попадают в одно объединение с «Депрессией»; «Тошнота» с «Отчаянием»; «Лихорадка» связана с «Бесчувствием». Другие слова выбираются с меньшей частотой и по результатам кластерного анализа составляют объединения менее дифференцированные.

В первом (I) и втором (II) объединениях телесные ощущения занимают сходное положение в структуре: они непосредственно ассоциированы с характеристиками эмоционального состояния, прежде всего, с описаниями тревоги. Кроме того, с кожными ощущениями объединяются слова, свидетельствующие о наличии развернутых представлений о течении и динамике заболевания.

Полученные сведения соотносятся с данными литературы о специфике интрацептивных словарей у пациентов с различными соматоформными расстройствами. Так, в работах А.Ш. Тхостова [116] показано, что словарь болезненных

ощущений обогащается характеристиками отрицательных эмоциональных состояний. Вероятно, кожные жалобы являются основными и значимыми именно на момент обращения пациентов в дерматологическую клинику. В описаниях они занимают такое же место, как и другие телесные ощущения, возникавшие у этих пациентов прежде в других системах органов. В анамнезе больных при клиническом обследовании выявляются органоневротические проявления внекожной локализации (приступы нехватки воздуха, повышения температуры и ощущения жара, тошнота, внезапные болевые ощущения в различных частях тела).

По результатам методики «Шкалы оценки кожи» (см. Рисунок 20) отмечается преобладание положительных характеристик кожного покрова. Кожа оценивается как привлекательная, приятная, теплая, защищающая, облегающая, целостная, принадлежащая пациентам, живая и хорошо знакомая. Такое восприятие свидетельствует о склонности пациентов к некоторой идеализации кожного покрова. Однако наряду с положительными характеристиками, они описывают кожу как изменяющуюся. Вероятно, в этом находит выражение тревога за нестабильное и в целом нездоровое состояние собственной кожи.

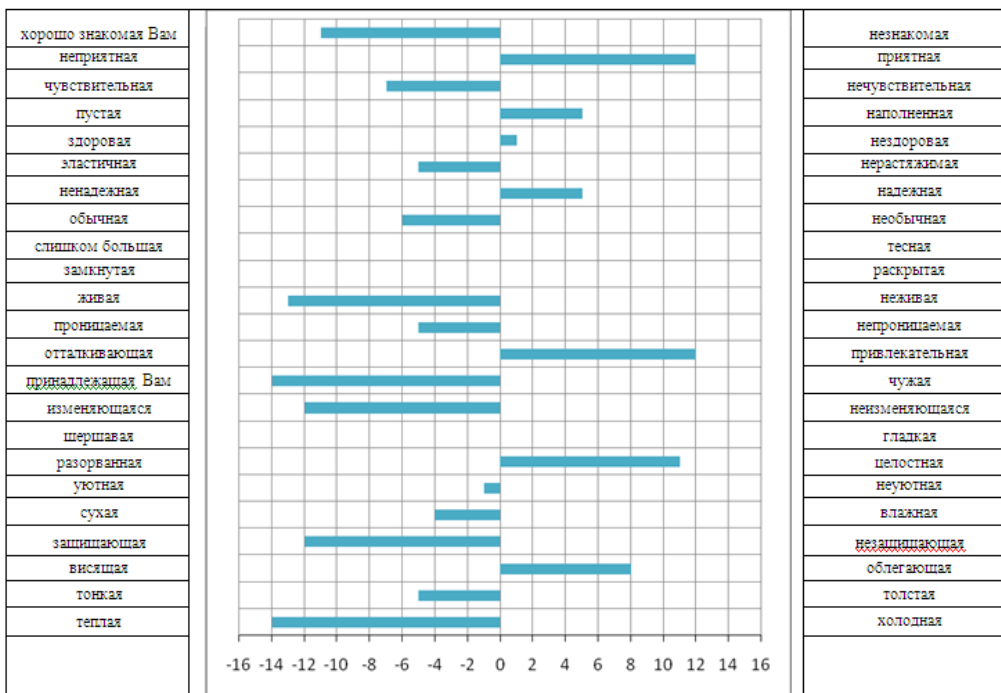


Рисунок 20. Профиль оценок кожных покровов по результатам выполнения методики «Шкалы оценки кожи» пациентами с соматоформным зудом.

Обобщение результатов позволяет говорить о высокой субъективной значимости тревожных проявлений, занимающих центральное место в структуре опыта болезни и проявляющихся косвенно при описании кожного покрова. Это соотносится с клиническими данными о роли тревожных проявлений в клинической картине сопровождающегося соматоформным зудом кожного органического невроза.

Синдромом компульсивных эксфолиаций (7 набл. – все жен.), представленный ассоциацией обсессивных кожных ощущений по типу эпидермальной дизестезии и тактильных иллюзий с навязчивым расчесыванием кожного покрова, характеризуется наименее дифференцированным интрацептивным словарем, включающим небольшое количество значимых для пациентов обозначений ощущений и объединений в структуре. Отмечается небольшое число задействованных слов, описывающих структуру опыта заболевания (см. Рисунок 21). В основе схемы (I – на схеме) объединение ощущений «Зуд» и «Противный». К ним также присоединяется группа из слов: «Дрожь», «Треск», «Мучительно», «Боль», «Страдание», «Тревога» и «Жжение». Следует отметить, что тревожные проявления («Тревога») связаны в структуре опыта болезненных ощущений именно с наиболее мучительными и диффузными ощущениями («Жжение», «Дрожь», «Страдание» и др.). В клинической беседе пациенты также подтверждают, что наибольшее беспокойство возникает у них при распространении патологических кожных ощущений по поверхности кожи. Общесоматические ощущения в отличие от кожного органического невроза в основе объединений не представлены.

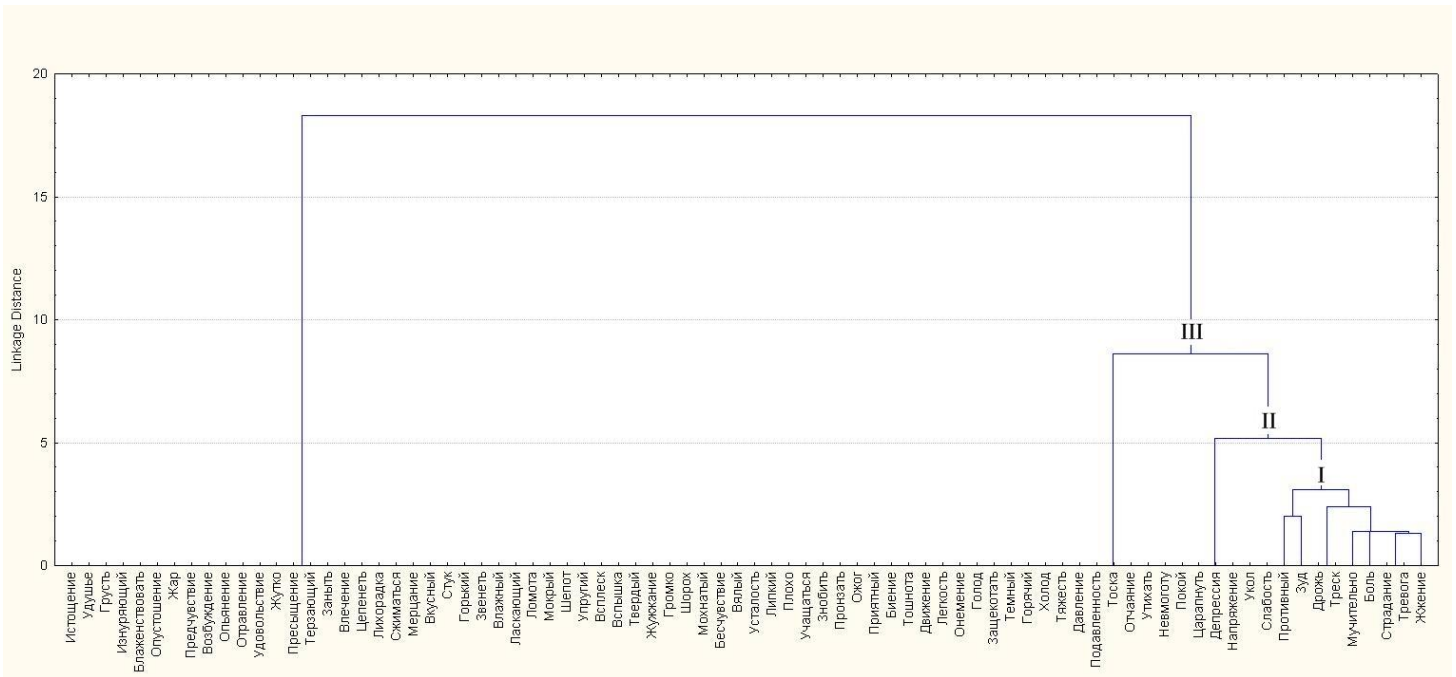


Рисунок 21. Кластерная структура болезненных ощущений по результатам выполнения методики «Классификация ощущений» пациентами с синдромом компульсивных эксфолиаций.

На более поздних фазах кластерного анализа добавляется менее дифференцированное объединение (обозначено на схеме цифрой II): «Напряжение», «Укол», «Слабость», и «Депрессия». Эти слова, судя по комментариям пациентов во время выполнения методики, характеризуют эмоциональное состояние, возникающее вместе с патологическими кожными сенсациями, прежде всего, как внутреннее напряжение.

Следующий этап обогащает словарь болезненных ощущений еще на одну малодифференцированную группу (III – на схеме): «Царапнуть», «Покой», «Утихать», «Невмоготу», «Отчаяние», «Тоска». Эти слова отражают, как модус моторного реагирования на сенсации расчесами, так и мучительный гетерономный характер кожных ощущений.

Остальные слова стимульного материала используются пациентами с компульсивными эксфолиациями в единичных случаях и не образуют дифференцированных объединений.

«Ожог», «Онемение»; четвертое – «Дрожь», «Жар» и «Ломота»; пятое – «Противный», «Невмоготу» и «Плохо»; шестое – «Царапнуть» и «Мокрый».

На втором этапе объединения (II – на схеме) к перечисленным присоединяется менее дифференцированное по внутренним связям образование из слов: «Предчувствие», «Тревога», «Усталость», «Слабость», «Давление», а на третьем этапе (III – на схеме) – в той же степени мало дифференцированная группа из слов: «Грусть», «Липкий», «Лихорадка», «Депрессия», «Отчаяние», «Герзающий», «Госка», «Жутко», «Страдание», «Изнуряющий», «Удушье», «Мучительно» и «Пронзать».

По результатам кластерного анализа основой объединения в структуре опыта болезненных ощущений являются (как и при синдроме компульсивных эксфолиаций) именно разнообразные кожные сенсации, что отражает их высокую значимость для данной группы пациентов. (Общесоматические сенсации также не участвуют в формировании интрацептивного словаря.) Вариативность выбираемых слов связана с тем, что в свободных описаниях пациентам недостаточно обозначить ощущения просто как зуд, они используют в речи метафоры для передачи более сложного характера испытываемых сенсаций.

Наличие глагола «Царапнуть» свидетельствует о том, что в структуру опыта болезненных ощущений включены представления о действиях-реакциях пациентов на патологические кожные сенсации, а именно – о совершаемой ими аутодеструкции. Слово входит в первое объединение, что можно трактовать, как показатель степени аутодеструкции, клинически более выраженной, чем при компульсивных эксфолиациях.

Включение характеристик эмоционального состояния лишь на втором и третьем этапах объединения свидетельствует об их меньшей значимости для пациентов. При этом на самом позднем этапе присоединяются характеристики (они есть в стимульном материале – «Депрессия», «Отчаяние», «Госка» и др.) эмоционального состояния, отражающие его наибольшую тяжесть. Эти слова позволяют пациентам выразить особенности переживания патологических – овладевающих – ощущений: они не только болезненные, но и неприятные, и мучительные.

По данным методики «Шкалы оценки кожи» в целом кожа воспринимается пациентами с импульсивными эксфолиациями как хорошо знакомая, принадлежащая им, облегчающая. Восприятие кожного покрова как пораженного болезнью представлено выбором таких характеристик, как нездоровая, чувствительная, эластичная и сухая. Восприятие кожи в состоянии болезни как некоторого «пространства», которое могут пронизывать и наполнять патологические ощущения, отражают такие характеристики, как раскрытая, слишком большая, наполненная (Рисунок 24).

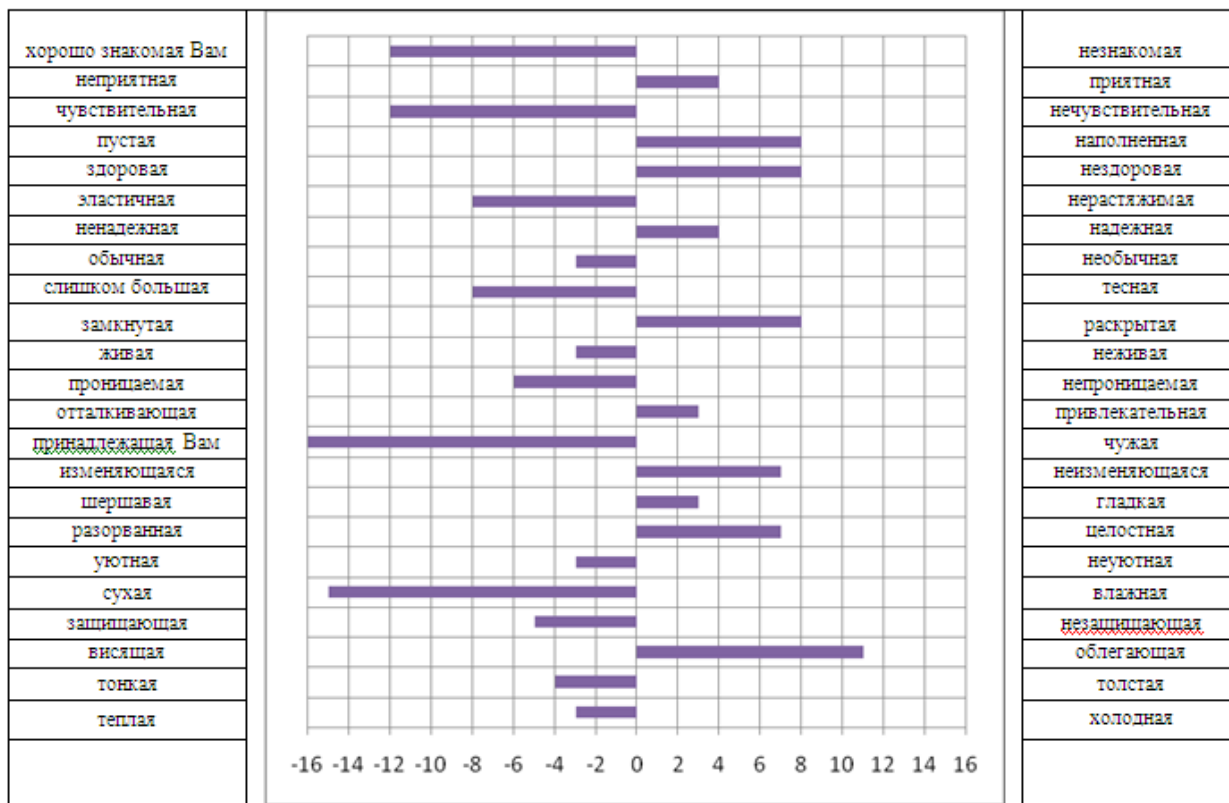


Рисунок 24. Профиль оценок кожных покровов по результатам выполнения методики «Шкалы оценки кожи» пациентами с синдромом импульсивных эксфолиаций.

Ограниченная ипохондрия (10 набл.; 8 жен., 2 муж.), при которой круг коэстетических патологий шире и включает наряду с интрадермальной дизестезией, идиопатические алгии, тактильные иллюзии и телесные фантазии, ассоциированные со сверхценными образованиями (ипохондрическая одержимость) по результатам

методики «Классификация ощущений» обнаруживает три основных направления объединения в кластерной структуре (Рисунок 25).

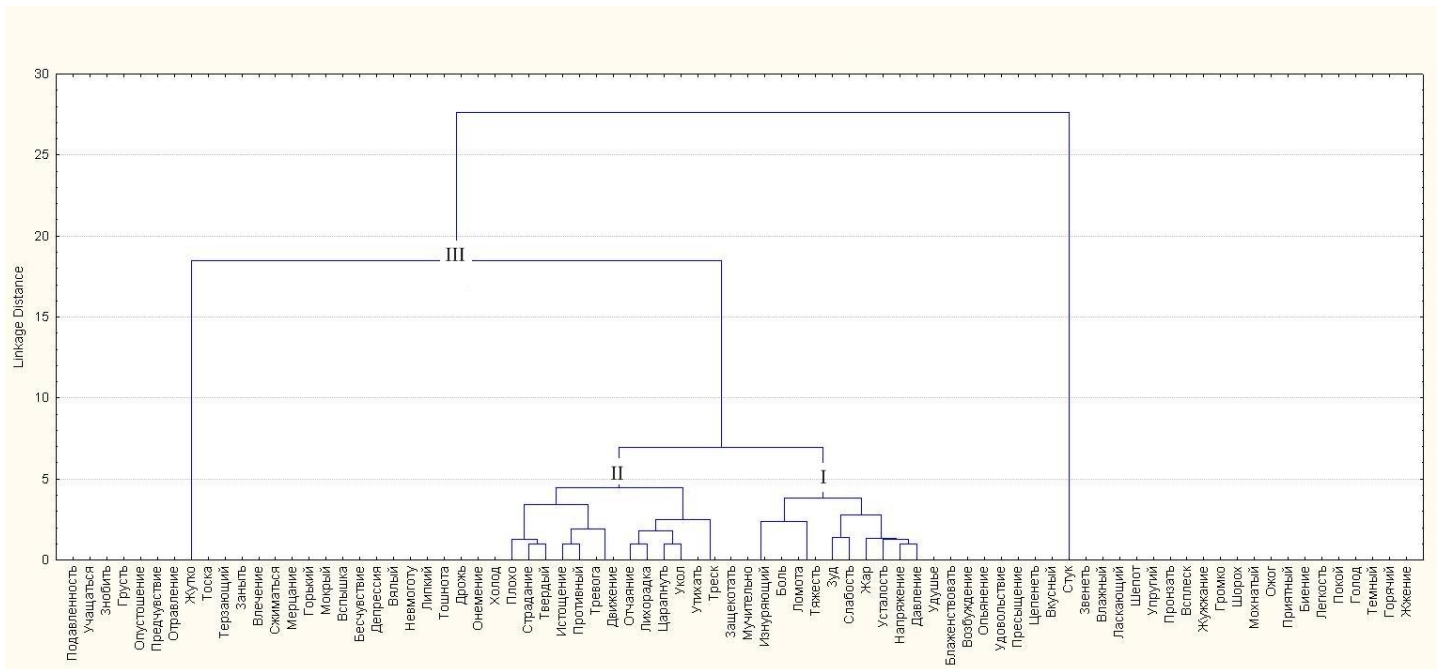


Рисунок 25. Кластерная структура болезненных ощущений по результатам выполнения методики «Классификация ощущений» пациентами с ограниченной ипохондрией.

Первое объединение (I – на схеме) представлено телесными сенсациями: «Зуд», «Боль», «Ломота», «Жар», «Усталость», «Тяжесть», «Слабость», «Напряжение» и «Давление». Часть из них является глубинными кожными ощущениями по типу интрадермальной дизестезии и идиопатических алгий, часть – общесоматическими. Соответственно, кожные ощущения объединены с общесоматическими сенсациями (прежде всего, характеризующими нездоровье, плохое самочувствие), а болезнь сама по себе воспринимается не столько как дерматологическая патология, а скорее как общее заболевание, оказывающее влияющее на весь организм в целом. В этом же объединении присутствуют такие слова, как «Мучительно» и «Изнуряющий», характеризующие субъективную тяжесть гетерономных телесных ощущений.

Второе объединение (II – на схеме) представлено более смешанным набором. Здесь реализуются характеристики тактильных иллюзий и телесных фантазий, определяемых такими словами, как «Твердый», «Треск», «Движение», «Защекотать» и «Утихать» соответственно. По набору приводимых слов можно предполагать, что часть феноменов переживается скорее как статические, а именно обнаруживаются нащупываемые в пространстве кожного покрова твердые «чужеродные объекты».

В том же направлении происходит объединение ощущений с характеристиками эмоционального состояния («Тревога» и «Отчаяние»). Они связаны в структуре с такими словами, как «Царапнуть», «Укол», «Истощение» и «Противный». Это может отражать неспособность пациентов совладать с мучительными ощущениями и избавиться от неприятных объектов в пространстве кожного покрова даже при систематических аутоагрессивных действиях. Здесь же в рамках второго объединения присутствуют слова «Лихорадка», «Плохо» и «Страдание». Судя по комментариям пациентов, они также могут отражать «системное» влияние болезни на организм в целом.

Третье объединение (III – на схеме) представлено менее дифференцированной структурой. Здесь сконцентрированы единичные малочастотные выборы пациентов. В эту группу попадают характеристики эмоционального состояния («Подавленность», «Грусть», «Опустошение», «Тоска», «Депрессия»), общесоматические ощущения («Знобить», «Отравление», «Вялый», «Тошнота», «Онемение», «Дрожь»), описания мучительного характера ощущений («Герзающий», «Занять», «Невмоготу», «Жутко»), кожные и общесоматические сенсации, соотносимые с клиническими данными о тактильных иллюзиях и телесных фантазиях (статические – «Мокрый», «Липкий», «Холодок», «Бесчувствие», «Горький», динамические – «Учащаться», «Предчувствие», «Сжиматься», «Мерцание», «Вспышка»), описания непреодолимого желания удалить чужеродный объект или болезненную часть кожных покровов («Влечение»).

По преобладанию характеристик общесоматических сенсаций, описаниям эмоционального состояния и концентрации тактильных иллюзий и телесных фан-

тазий можно предположить, что именно второе и третье объединения в большей степени отражают специфические ипохондрические представления данной группы пациентов о влиянии кожной болезни на общее состояние организма и ухудшении самочувствия в связи с этим.

По данным методики «Шкалы оценки кожи» кожа в ограниченных очагах телесных сенсаций воспринимается пациентами как отчетливо нездоровая, ненадежная, чувствительная, проницаемая и изменяющаяся. При этом, вероятно, по контрасту с пораженным участком, кожный покров в целом характеризуется как приятный, обычный, живой, эластичный, гладкий, целостный, уютный, тонкий и теплый. Таким образом, в восприятии пациента сосуществуют представления о болезненном участке кожи и кожном покрове в целом. Представления об «объектах», отражающих наличие телесных фантазий, не проявляются в данных этой методики, вероятно, потому, что пациентами они отчуждаются – воспринимаются как чужеродные, а не как неотъемлемая часть кожного покрова (Рисуно 26).

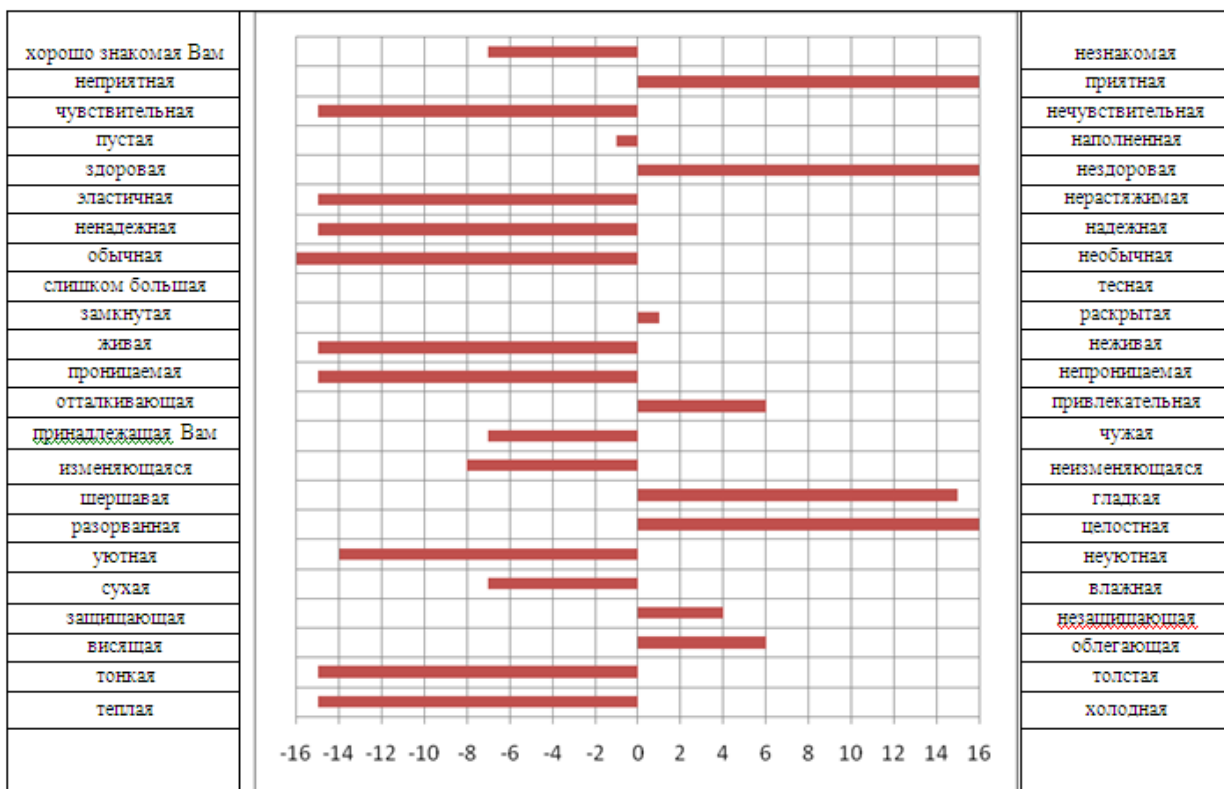


Рисунок 26. Профиль оценок кожного покрова по результатам выполнения методики «Шкалы оценки кожи» пациентами с ограниченной ипохондрией.

Дерматозойный бред (33 набл.; 25 жен., 8 муж.), при котором коэнестезиопатии представлены тактильными галлюцинациями, дополняемыми зрительными иллюзиями/галлюцинациями (а иногда слуховыми и обонятельными), ассоциированными с бредом одержимости кожными паразитами, характеризуется наиболее широким охватом категорий, включающих практически весь набор доступных в методике дескрипторов. Не был задействован минимальный (по сравнению с рассмотренными симптомокомплексами) набор слов из стимульного материала.

В структуре опыта болезненных ощущений по результатам кластерного анализа данных методики «Классификация ощущений» выделяются два основных направления объединения (Рисунок 27).

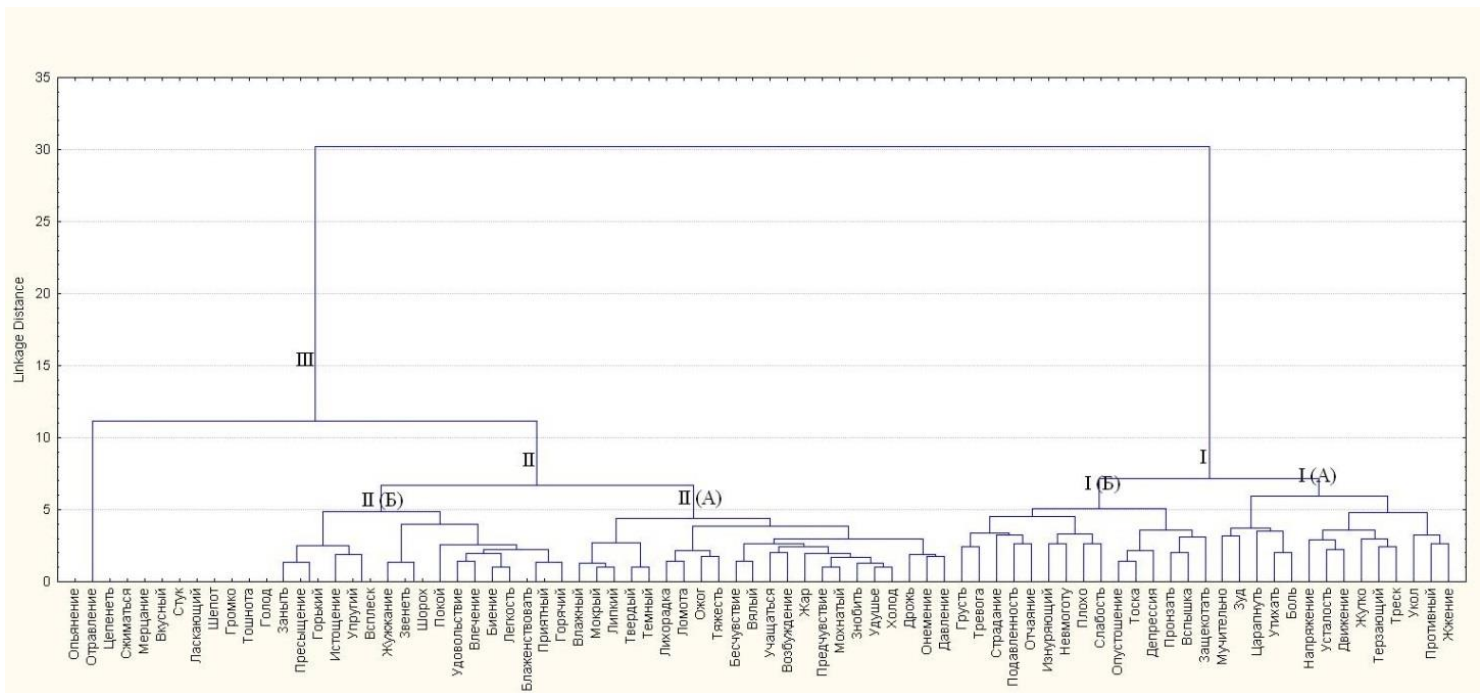


Рисунок 27. Кластерная структура болезненных ощущений по результатам выполнения методики «Классификация ощущений» пациентами с дерматозойным бредом .

Первое объединение (I – на схеме) определяется наименее дифференцируемыми ощущениями, соответствующими элементарным тактильным галлюцина-

циям, обладающим кинетическими характеристиками или свойствами жизнедеятельности, но не складывающимся в завершённый предметный образ паразитов и ассоциированных с ними эмоциональных состояний. В структуре кластерного анализа это направление представлено набором кожных ощущений (I (А) – на схеме): «Зуд», «Боль», «Движение», «Жжение», «Укол», «Царапнуть» и «Треск». В этом кластере также присутствуют описания мучительного характера ощущений: «Противный», «Герзающий», «Жутко», «Мучительно» и «Усталость».

На том же этапе кластерного анализа формируется набор характеристик эмоционального состояния, включивший практически все негативные эмоции, имеющиеся в стимульном наборе (I (Б) – на схеме). В эту группу попадают такие слова, как «Грусть», «Тревога», «Подавленность», «Плохо», «Отчаяние», «Опустошение», «Тоска» и «Депрессия». Здесь также присутствуют общесоматические ощущения и описания мучительного гетерономного характера ощущений: «Изнуряющий», «Невмоготу», «Слабость». Единично встречаются и аналоги кожных ощущений: «Пронзать», «Защекотать», «Вспышка».

Второе объединение (II – на схеме) соотносится с представлениями пациентов о паразитах, сложными тактильными галлюцинациями и визуальными обманами восприятия. На древовидной схеме результатов оно состоит из двух крупных кластеров. Объединение II (А) представлено характеристиками паразитов, определяемых как наощупь, так и зрительно: «Влажный», «Мокрый», «Липкий», «Твердый», «Мохнатый» и «Темный». В свою очередь в объединении II (А) выделяется обширный набор слов, обозначающих разнообразные общесоматические ощущения, с которыми пациенты связывают присутствие паразитов. Пациенты выбирают слова: «Лихорадка», «Ломота», «Ожог» и «Тяжесть»; «Бесчувствие» и «Вялый»; «Учащаться» и «Возбуждение»; «Жар», «Предчувствие», «Знобить», «Удушье» и «Холодок»; «Дрожь», «Онемение» и «Давление» и в комментариях сообщают, что эти ощущения возникают во время активизации паразитов или предшествуют ей, а также могут быть связаны с повадками мнимых животных.

В объединении II (Б) также представлены характеристики «живых существ», и описания эмоционального состояния, и общесоматические сенсации,

однако эти слова представляются более необычными, нестандартными и вычурными. Характеристики паразитов в объединении II (Б) образуют как отдельный набор слов, так и включения в другие мелкие объединения: «Шепот», «Громко», «Упругий», «Жужжание», «Звенеть», «Шорох», «Стук», «Горький». В клинической картине они соответствуют слуховым, тактильным и вкусовым обманам восприятия.

В объединении II (Б) также выявляется набор приятных ощущений. Они представлены словами: «Покой», «Удовольствие», «Влечение», «Биение», «Легкость», «Блаженствовать», «Приятный», «Горячий» и «Вкусный». В кластере реже выбираемых ощущений появляются прилагательные «Вкусный» и «Ласкающий». Образование этой группы слов в структуре опыта болезненных ощущений связано с двумя тенденциями, отмеченными при выполнении методики. Прежде всего, пациенты рассказывают о том, что испытывают облегчение и приятные ощущения после проведения различных процедур по борьбе с паразитами. В то же время некоторые пациенты на инструкцию выделить кожные ощущения, связанные с заболеванием, выбирают различные сенсации по типу «Удовольствие», «Легкость», «Блаженствовать» и др., мотивируя это тем, что им хотелось бы уже сейчас испытывать эти ощущения, вместо реально ощущаемых мучительных, доставляемых «паразитами».

По результатам выполнения методики «Шкалы оценки кожи» кожный покров описывается в основном с помощью положительных характеристик. Кожа хорошо знакомая, надежная, живая, целостная, эластичная, чувствительная и принадлежащая пациенту. В меньшей степени значимыми являются такие характеристики, как нездоровая, проницаемая и изменяющаяся. Преобладание положительных характеристик позволяет предположить, что основным предметом озабоченности является не столько состояние кожного покрова, сколько именно присутствие в нем паразитов (Рисунок 28).

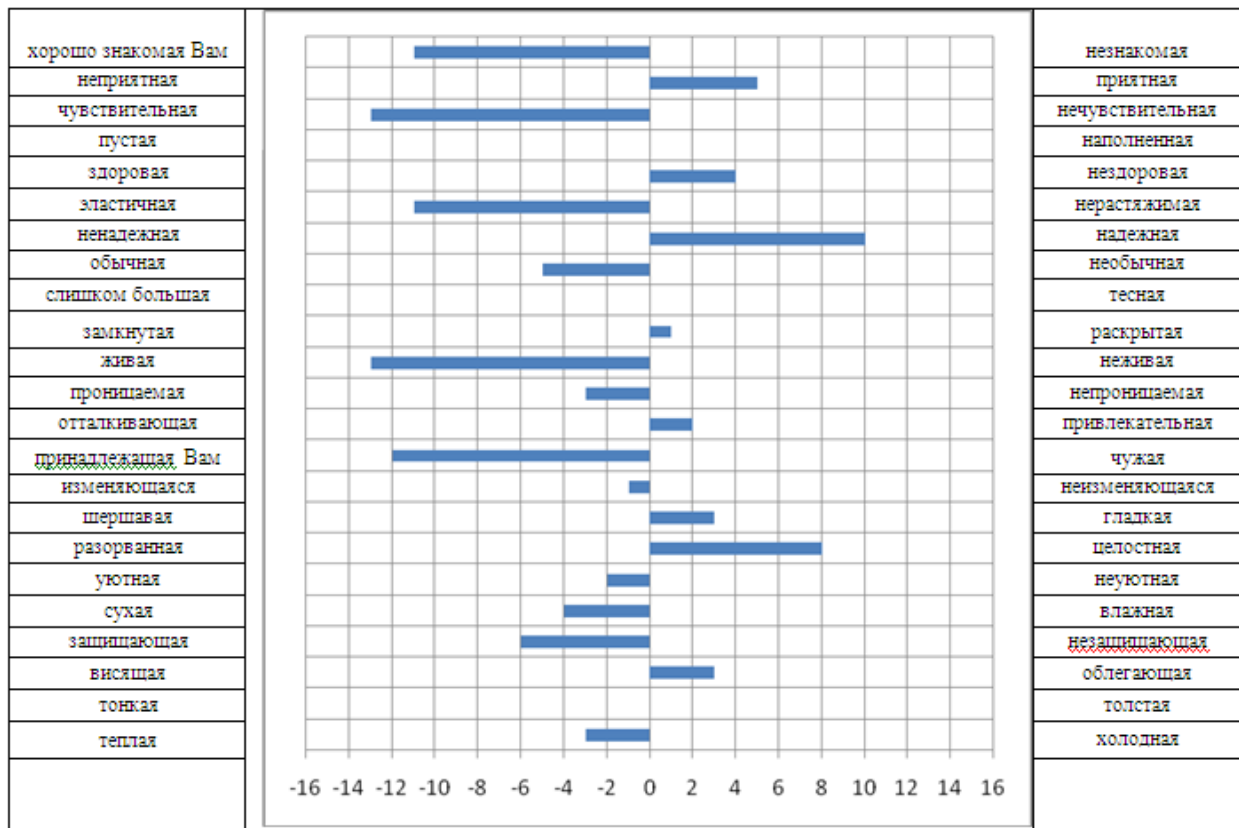


Рисунок 28. Профиль оценок кожных покровов по результатам выполнения методики «Шкалы оценки кожи» пациентами с дерматозойным бредом.

Таким образом, при дерматозойном бреде патологические кожные ощущения высоко дифференцированы: элементарные тактильные галлюцинации отделены от сложных тактильных галлюцинаций, обманов восприятия и бредовых представлений о жизнедеятельности паразитов. При этом 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 собственно кожного покрова в целом преобла-

дают положительные оценки, тогда как основные негативные характеристики связаны с переживаниями по поводу паразитов.

Результаты настоящего психологического исследования показали, что каждый из рассматриваемых психодерматологических синдромов обладает особой структурой словаря болезненных ощущений, коррелирующей с психопатологическими характеристиками психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова. Выявленные особенности категоризации телесного опыта заболевания предоставляют дополнительные доказательства в пользу валидности психопатологической модели бинарной структуры обсуждаемых расстройств и подтверждают роль коэнестезиопатических феноменов в клинической картине данных психических расстройств.

ГЛАВА 6. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Эпидемиологические аспекты психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, тесно связаны с проблемой организации психиатрической помощи соответствующему кругу больных. Исходя из распространенности обсуждаемой патологии, определяющей ее актуальность не только в исследовательском плане, но и значимость для повседневной врачебной практики, определяются подходы к организации специализированной психиатрической помощи в дерматологической сети.

Прежде чем перейти к дизайну, особенностям организации и результатам собственного эпидемиологического исследования, обратимся к публикациям, не вошедшим в силу специфики изложения материала в обзор литературы (Глава 1), посвященный преимущественно вопросам психопатологии.

Эпидемиологические исследования⁷² расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, до сих пор представлены единичными публикациями, результаты которых обобщены в Таблице 10.

⁷²Сведения литературы об организации психиатрической помощи приведены ниже, при обсуждении дизайна собственного эпидемиологического исследования.

Таблица 10.

Распространенность психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, по данным литературы.

Автор, год; терминологическое обозначение расстройства	Контингент	Показатель (распространенность, заболеваемость)	Частота	
			на 10 000	%
<i>Кожный органический невроз и коэнестезиопатические конфабуляции (соматоформный, идиопатический, психогенный, функциональный зуд)</i>				
Alabi G.O. et al., 1980 [141]	дерм. амбул.*	Распространенность	130	1,3
Shrank A.V., Harman R.R.M., 1966 [452]	дерм. амбул.	Распространенность	180	1,8
Ogunbiyi A. O. et al., 2005 [385]	дерм. амбул.	Распространенность	420	4,2
Albares M.P. et al., 2011 [142]	дерм. амбул.	Распространенность	50-210	0,5-2,1
Андрющенко А.В., 2011 [2]	дерм. стац.**	Распространенность	90	0,9
Mazeh D. et al., 2008 [346]	псих. стац.***	Распространенность	3200	32
Kretzmer G.E. et al., 2008 [323]	псих. стац.	Распространенность	4200	42
<i>Компульсивные/импульсивные экскориазии (невротические, психогенные экскориазии, skin picking disorder)</i>				
Griesemer R.D., 1979 [252]	дерм. стац.	Распространенность	200	2
Андрющенко А.В., 2011 [2]	дерм. стац.	Распространенность	580	5,8
Keuthen N. J., 2010 [308]	население	Распространенность	140	1,4
Bohne A. et al., 2002 [182]	население (студенты)	Распространенность	220	2,2
Calikuşu C. et al., 2012 [190]	население (студенты)	Распространенность	200	2,0
Hayes S. L. et al., 2009 [273]	население	Распространенность	540	5,4
Grant J. E. et al., 2010 [248]	псих. стац. (подростки)	Распространенность	1180	11,8
<i>Ограниченная ипохондрия</i>				
Nielsen K. et al., 2005 [376]	население – дерм. стац.	Заболеваемость	0,015	0,00015
<i>Коэнестезиопатическая паранойя и расстройства спектра одержимости кожными паразитами (дерматозойный бред)</i>				
Aït-Ameur A. et al., 2000 [138]	население	Заболеваемость	2	0,02
Skott A., 1978 [458]	население	Заболеваемость	3	0,03
Pearson M.L. et al.,	население	Распространенность	0,365	0,00365

2012 [395]				
Aït-Ameur A. et al, 2000 [138]	население	Распространенность	8,3	0,08
Heim M., Morgner J., 1980 [276]	население	Распространенность	9	0,09
Marneros A. et al., 1988 [342]	псих. стац.	Распространенность	7	0,07
Шахматов Н.Ф., 1976 [126]	псих. стац.	Распространенность	9	0,09
Srinivasan T.N. et al., 1994 [468] Hebbar S. et al., 1999 [275]	псих. амбул.****	Распространенность	50	0,5
Woodruff P.W.R. et al., 1997 [521]	дерм. амбул.	Распространенность	130	1,3
Андрющенко А.В., 2011 [2]	дерм. стац.	Распространенность	190	1,9

*дерм. амбул. – дерматологическая амбулатория; дерм. стац.** – дерматологический стационар; псих. стац.*** – психиатрический стационар; псих. амбул.**** – психиатрическая амбулатория.

Приходится констатировать, что ключевые эпидемиологические показатели (распространенность/превалентность, первичная заболеваемость/инцидентность, гендерное соотношение) определены далеко не для всех обсуждаемых расстройств, а те, что установлены, в значительной степени варьируют.

Об эпидемиологических характеристиках *кожного органического невроза и синдрома кознестегиопатических конфабуляций* можно судить, исходя из публикаций, в которых приводятся данные о частоте наиболее очевидного клинического проявления этих симптомокомплексов – соматоформного зуда, обозначаемого в таких работах как идиопатический, психогенный, функциональный и т.п. Распространенность соматоформного зуда поддается оценке благодаря работам, выполненным в амбулаторной дерматологической практике и в психиатрических стационарах⁷³. Соответствующие показатели варьируют в пределах 0,5-4,2% [141; 142; 385; 452] и 32-42% [323; 346]. При этом обращает на себя внимание более чем десятикратное повышение показателя распространенности в психиатрических учреждениях по сравнению с дерматологическими учреждениями, что может служить дополнительным

⁷³Данных о распространенности соматоформного зуда в населении, дерматологических стационарах в доступной литературе обнаружить не удалось.

подтверждением аффинитета идиопатического зуда к психопатологическим симптомокомплексам, обоснованного в клинической части настоящего исследования (см. Главу 3).

Синдром компульсивных/импульсивных экскориаций (невротические экскориации), судя по данным литературы, относится к наиболее часто встречающимся психодерматологическим нарушениям, сопровождающимся кожной аутодеструкцией. Им страдают около 2% дерматологических больных [251; 256], что находится в пределах диапазона показателей распространенности, выявленных в населении – 1,4 – 5,4% [182; 190; 273; 308]. Данные о распространенности невротиических экскориаций в психиатрической сети приводятся в единственном исследовании – этот симптомокомплекс выявляется у 11,8% госпитализированных в психиатрический стационар подростков [247], что (аналогично кожному органному неврозу) значительно превышает показатели в населении и дерматологической практике.

Относительно такого эпидемиологического показателя как гендерное распределение установлено, что соотношении женщины : мужчины в клинических выборках составляет приблизительно 7 : 1 [151; 229; 239; 383; 513]. Однако в исследованиях, проведенных в населении, преобладание женщин не зафиксировано – выявлено соотношении близкое к 1 : 1 [182; 190; 308]. В обоснование этого факта С. Calikuşu et al. [190] высказывают предположение, что женщинам в большей степени свойственно обращаться за медицинской помощью в связи с невротиическими экскориациями, и поэтому в выборках, сформированных в медицинской сети, наблюдается занижение частоты расстройства среди мужчин.

Специально посвященных **ограниченной ипохондрии** или включающих эту категорию наряду с другими психодерматологическими синдромами эпидемиологических исследований до настоящего времени не проводилось. Поэтому судить о показателях распространенности/заболеваемости для этого расстройства можно лишь по косвенным данным. Например, по сведениям, приводимым для артификального дерматита, часть случаев которого, судя по

некоторым клиническим описаниям [379], соответствует картине ограниченной ипохондрии. Так, К. Nielsen et al. [376] в результате ретроспективного анализа обращаемости в университетскую дерматологическую клинику за 20 лет (с 1982 по 2002 гг.) выявили 57 пациентов с искусственным дерматитом. Учитывая «покрытие» медучреждением территории с населением 2 млн. человек, авторы установили, что заболеваемость этим расстройством составляет приблизительно 1,5 случаев на миллион населения в год. Хотя приходится согласиться с К. Nielsen et al. [376], что этот показатель, скорее всего, несколько занижен, однако уже он дает представление о казуистическом характере расстройства.

Коэнестезиопатическая паранойя и расстройства спектра одержимости кожными паразитами, чаще обозначаемые в литературе как дерматозойный или зоопатический бред, представляют собой наиболее изученные с эпидемиологической точки зрения психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова. В большинстве публикаций указывается, что речь идет о казуистических наблюдениях, что находит свое отражение в показателях заболеваемости и распространенности.

Согласно результатам **популяционных исследований**, распространенность дерматозойного бреда в населении варьирует в диапазоне 0,08-0,09%, т.е. 8-9 на 10 тыс. населения [138; 276]. Частота новых случаев или заболеваемость в населении в течение года соответствует 0,02-0,03%, т.е. 2-3 на 10 тыс. [458; 138]. Для **пациентов, госпитализированных в учреждения психиатрического профиля**, распространенность оценивается в 0,07-0,09%, т.е. 7-9 на 10 тыс. [126; 342] и сопоставима с показателями в населении. В свою очередь среди **амбулаторных больных психиатрического профиля** распространенность возрастает до 0,5%, т.е. 50 на 10 тыс. [275; 468]. Максимальное же накопление отмечается в **дерматологической практике** – 1,3-1,9% [2; 521], что кардинально отличает дерматозойный бред от рассмотренных выше расстройств более легких психопатологических регистров, которые, по имеющимся данным, чаще регистрируются в психиатрической сети.

Таким образом, эти данные подтверждают положение, приводимое в публикациях некоторых авторов [368; 394], согласно которому больные дерматозойным бредом, как правило, обращаются к дермато-венерологам и лишь в редких случаях попадают в поле зрения психиатров. Однако сведения о распространенности в контингенте больных, наблюдающихся в дерматологической сети, крайне ограничены.

Наряду с частотными показателями достаточно точно определены такие эпидемиологические характеристики дерматозойного бреда как гендерное и повозрастное распределение. Так, общепризнано, что чаще заболевание развивается после 45 лет [165; 170; 488]. Средний возраст больных, приведенный в мета-анализе 1223 случаев дерматозойного бреда [488] составляет 57 лет, а диапазон значений по данным систематического обзора R.W. Freudemann и P. Lepping [234], обобщивших более 1400 опубликованных наблюдений – от 17 до 92 лет. При этом в возрастной группе до 50 лет гендерные различия отсутствуют, тогда как в более позднем возрасте отмечается более чем двукратное преобладание женщин – 2,4-3,5 : 1 [210; 335; 370; 417; 458].

Резюмируя данные литературы, приходится констатировать малочисленность эпидемиологических исследований обсуждаемой патологии, выполненных в дерматологической практике, несмотря на то, что в учреждениях кожно-венерологической сети отмечается накопление наиболее тяжелых расстройств этого круга.

Дизайн эпидемиологического исследования

Эпидемиологическое исследование проводилось сплошным (невыборочным), поперечным (одномоментным) методом, что предполагало последовательный однократный учет всех пациентов, консультированных амбулаторно в лечебно-диагностическом отделении⁷⁴ клиники кожных и венерических болезней (дир. – проф. О.Ю. Олисова) Университетской

⁷⁴Врачи дерматологи лечебно-диагностического отделения – зав.отд. – Л.А. Котельникова, Н.С. Арсентьев, Е.В. Андреева.

клинической больницы №2 (главный врач – проф. М.А. Газимиев) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в период с апреля 2012 г. по июль 2012 г. включительно.

Прежде чем, перейти к изложению процедуры эпидемиологического исследования, необходимо остановиться на организационном аспекте оказания помощи больным, страдающим психическими расстройствами, реализующимися в пространстве кожного покрова, с которым связаны особенности обследования пациентов эпидемиологической выборки.

Хотя большинство исследователей единодушны, что обязательным условием при работе с этим контингентом больных является интегративный (психодерматологический) подход, однако авторы расходятся во мнении относительно того, какие организационные формы способны должным образом реализовать такой принцип. Одни клиницисты [401] предлагают возложить эту функцию исключительно на специально подготовленных – «хорошо информированных» («well-informed») – дерматологов, которым фактически следует обучиться основам психологии/психиатрии. Другие [274; 521] придерживаются мнения, что наиболее целесообразным представляется создание на базе дерматологических учреждений специальных организационных структур – психодерматологических отделений («dermatology liaison clinic» или «dermatology-psychiatry clinic»), где помощь будет оказываться совместно дерматологами и психиатрами. Некоторые исследователи [361], развивая эту идею, настаивают на необходимости создания специальных мультидисциплинарных клиник по аналогии с клиниками «головной боли», где одновременно будут консультировать представители различных специальностей (дерматолог, психиатр, психолог, соцработник и т.д.).

В основу организационного подхода при проведении собственного эпидемиологического исследования легло ключевое положение сформулированной применительно к психосоматической медицине «модели

встречного движения»⁷⁵ [2; 101]. Последняя предполагает двустороннюю направленность медицинской помощи, ориентированной на комплексный междисциплинарный подход с привлечением психиатров и интернистов, нацеленных на взаимодействие в рамках единой психосоматической парадигмы. При этом врачи-дерматологи и психиатры формируют тандем, участники которого должны быть в равной степени мотивированы на эффективное сотрудничество в интересах пациента. Такой подход требует взаимообучения, включающего перекрестное образование и динамичное консультирование, позволяющие осуществлять постоянную «обратную связь» специалистов – психиатра и дерматолога. В рамках такой модели роль психиатра не ограничена лишь предоставлением дополнительных сведений о психическом состоянии пациента совместно с данными о «биологической составляющей соматической болезни», как это, например, может происходить при обращении одного врача-соматолога за консультацией к другому [402]. Психиатр становится полноценным и непосредственным участником лечебно-диагностического процесса, основанного на реализации принципа холистического подхода.

Принципы такого междисциплинарного взаимодействия были успешно апробированы в период формирования основной части клинической выборки (n = 193) настоящего исследования (2009-2012 гг.) в рамках совместной научно-исследовательской и практической лечебно-диагностической работы психодерматологической группы, состоявшей из сотрудников кафедры кожных и венерических болезней (проф. А.Н. Львов, асс. А.В. Миченко, асп. С.И. Бобко), кафедры психиатрии и психосоматики ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (акад. РАН А. Б. Смулевич, доц. И. Ю. Дороженок, асс. Д. В. Романов, асп. Е. Н. Матюшенко) и отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБУ НЦПЗ РАМН (м.н.с. А.А. Ермушева). При этом было отработано взаимодействие психиатров с врачами-дерматологами,

⁷⁵Наиболее детально положения соответствующей организационной модели и предпосылки к ее разработке изложены в монографии «Психические расстройства в клинической практике» под общ. ред. А. Б. Смулевича. Проблема организации психиатрической помощи в обще медицинских учреждениях (интегративная медицина) / В.Н. Козырев, А.В. Андриющенко, Д.В. Романов, И.Ю. Дороженок. М., 2011. С. 608-630.

включая как научно-педагогический состав, так и практикующих специалистов, вовлеченных в повседневную лечебную работу клиники кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Это способствовало не только повышению компетенции врачей-дерматологов в отношении диагностики психических расстройств, наблюдающихся в дерматологической практике, но и формированию потока пациентов от дерматологов к психиатрам, обеспечивая таким образом максимальный охват нуждающихся в консультировании и доступность специализированной психиатрической помощи.

Возвращаясь к дизайну собственного эпидемиологического исследования, организованного с учетом положений «модели встречного движения», необходимо указать, что его процедура включала три последовательных этапа: (1) консультацию (в рамках рутинного амбулаторного приема) «хорошо информированного» дерматолога, имеющего опыт работы в «междисциплинарном тандеме»; (2) консультацию психиатра – при выявлении дерматологом психических расстройств (предположительный диагноз), как реализующихся в пространстве кожного покрова, так и нозогенных/коморбидных нарушений и согласия больного на такое обследование; (3) совместное – дерматологом и психиатром – обсуждение («обратная связь»), предполагавшее формулирование заключительного диагноза, основанного на контент-анализе доступной медицинской документации и результатах консультативной работы. Результаты обследования заносились в соответствующие разделы регистрационной формы, включающей социодемографические данные и диагностическое заключение – дерматологическое и психиатрическое («двойной диагноз»). Если больной в течение четырех месяцев проведения эпидемиологического исследования консультировался повторно или госпитализировался в клинику кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и диагноз менялся в результате дополнительного обследования, в регистрационной форме соответствующие данные подвергались коррекции.

Такой максимально приближенный к натуралистическому исследованию подход (предполагающий участие врачей-дерматологов как первого диагностического «фильтра») представляется адекватным при эпидемиологическом изучении психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, что обусловлено двумя следующими соображениями. Во-первых, целевой с точки зрения диагностики являлась категория психосоматических расстройств, основная характеристика которых – тропность к кожному покрову при отсутствии объективных проявлений, соответствующих картине какого-либо известного дерматоза. Соответственно исключение кожного заболевания – облигатная задача дерматолога на первом этапе исследования. Во-вторых, согласно приведенным выше данным литературы суммарные показатели распространенности обсуждаемых расстройств не превышают 10%, а для отдельных категорий составляют менее 1%, чем определяется необходимость сплошного обследования крупных контингентов больных, обращающихся в дерматологическую сеть с целью повышения достоверности показателя распространенности. Последнее представляется затруднительным в плане организации очного психиатрического интервью в условиях ограниченности ресурсов консультативной службы. Соответственно наиболее адекватным является использование данных, полученных в результате первичного дерматологического приема.

Применение модели «встречного движения» и принципа «диагностического фильтра» позволили сформировать группу больных «высокого риска» с предположительным, по мнению дерматолога, диагнозом психического расстройства, направленных на консультацию к квалифицированным психиатрам экспертам⁷⁶. Последние осуществляли верификацию психопатологических расстройств с использованием диагностических категорий, включенных в модель «бинарной структуры», клинические характеристики которых приведены в 3 и 4 главах диссертации, а также нарушений, приводимых в классификациях

⁷⁶Первичное обследование осуществлялось психиатрами-экспертами – к.м.н. Д.В. Романовым, асп. Е.Н. Матюшенко, н.с. Н.В. Захаровой.

психосоматических расстройств, разработанных под руководством акад. РАН А.Б. Смулевича [101].

Соответственно **непосредственные задачи** эпидемиологического исследования были сформулированы следующим образом: (1) определение распространенности и долевого распределения психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова с целью установления их вклада в структуру психопатологических нарушений на приеме психиатра-консультанта в дерматологической практике; (2) подтверждение диагностической валидности симптомокомплексов, выделенных в результате анализа клинической выборки в пределах континуума психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова с целью проверки возможности их практического применения; (3) определение точности (прогностической ценности) диагностики обсуждаемых расстройств «хорошо информированными» дерматологами по сравнению с «золотым стандартом» – диагностикой врачами-психиатрами.

Характеристика выборки и результаты эпидемиологического исследования

Эпидемиологическая выборка настоящего исследования (n=1545) сформирована сплошным методом с учетом всех обратившихся за амбулаторной помощью в клинику кожных и венерических болезней (дир. – проф. О.Ю. Олисова) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в указанный выше четырехмесячный период.

Характеристика эпидемиологической выборки и результаты ее обследования приводятся в сопоставлении с данными работы А.В. Андриющенко [2], поскольку последняя является наиболее крупным отечественным эпидемиологическим исследованием психических и психосоматических расстройств в дерматологической практике (n=534), проведено на той же клинической базе, а кроме того предполагает использование сходных диагностических подходов к верификации изучаемой патологии, исходя из классификаций психосоматических расстройств, разрабатываемых на кафедре

психиатрии и психосоматики ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (зав. каф. - акад. РАМН А.Б. Смулевич) и в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБУ НЦПЗ РАМН.

Сравнительные социодемографические показатели эпидемиологической выборки в сопоставлении с дерматологической выборкой программы «СИНТЕЗ» [2] приведены в Таблице 11.

Таблица 11.

Социодемографические показатели пациентов эпидемиологической выборки в сопоставлении с дерматологической выборкой А.В. Андрищенко программы «СИНТЕЗ» [2].

<i>Показатели</i>	<i>Собственные данные, n=1545 абс. (%)</i>	<i>Программа «СИНТЕЗ», n=534 абс. (%)</i>	<i>p*</i>
Ср. возраст (лет)	45,7±48,2	41,1±18,2	NS
Гендерное распределение			
жен.	923 (59,7%)	348 (65,1%)	NS
муж.	622 (40,2%)	186 (34,9%)	NS
Семейный статус			
женат/замужем	732 (47,4%)	283 (53,0%)	NS
вдовец/вдова	116 (7,5%)	21 (3,9%)	p<0,05
никогда не состоял/а в браке	337 (21,8%)	184 (34,5%)	p<0,05
разведен/а	360 (23,3%)	46 (8,6%)	p<0,05
Образование			
среднее неполное	54 (3,5%)	9 (1,6%)	NS
среднее	154 (10,0%)	37 (6,9%)	NS
среднее специальное	542 (35,1%)	153 (28,7%)	NS
высшее неокончен- ное	185 (12,0%)	93 (17,4%)	NS
Высшее	598 (38,6%)	232 (43,5%)	NS
два высших	12 (0,8%)	10 (1,9%)	NS
Профессиональный статус			
работают/учатся	791 (51,2%)	388 (72,6%)	p<0,01
Пенсия	355 (23,0%)	84 (15,7%)	p<0,01
не работают в тру- доспособном воз- расте	399 (25,8%)	62 (11,7%)	p<0,01

*учитывая размеры сравниваемых выборок, был принят уровень статистической значимости $p < 0,01$.

Выборка собственного эпидемиологического исследования, объем которой почти в три раза превышает число больных дерматологической выборки программы «СИНТЕЗ», оказалась сопоставима с последней по целому ряду показателей. Среди таких параметров средний возраст ($45,7 \pm 48,2$ против $41,1 \pm 18,2$ лет), гендерное соотношение (1,5-1,9 : 1), образовательный статус, соответствующие значения для которых не достигали уровня статистической значимости $p < 0,01$. Таким образом, выборка настоящего исследования может считаться репрезентативной в отношении контингента больных дерматологической сети. Выявленные статистически значимые различия в параметрах семейного и профессионального статуса, отражающие менее благоприятный по сравнению с данными А.В. Андрющенко [2] уровень социальной адаптации, вероятно, могут быть обусловлены следующими особенностями. Во-первых, несколько большим (хотя и не достигающим уровня статистической значимости) средним возрастом больных изученной выборки⁷⁷, что закономерно приводило к накоплению пенсионеров и вдовцов. Во-вторых, большим вкладом коморбидной соматической патологии в стадии обострения, поскольку в настоящем исследовании (в отличие от работы А.В. Андрющенко [2], программа «СИНТЕЗ»), выполненной преимущественно на больных дерматологического стационара с ведущей кожной патологией и соматическими заболеваниями в состоянии ремиссии) учитывался весь амбулаторный контингент, обследованный в консультативно-диагностическом отделении клиники кожных и венерических болезней, обеспечивающем также консультативную помощь пациентам других стационаров Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (см. ниже структуру диагнозов).

Распределение больных эпидемиологической выборки в зависимости от диагноза по МКБ-10 также приводится в сопоставлении с данными А.В. Андрющенко [2] – см. Таблицу 12.

⁷⁷Выявленное статистически не значимое повышение среднего возраста, по сравнению с выборкой А.В. Андрющенко [2], по всей вероятности, является отражением общей тенденции к старению населения.

Таблица 12.

Распределение больных эпидемиологической выборки в зависимости от диагноза по МКБ-10, выставленного на первом этапе обследования.

<i>Основной диагноз по МКБ-10* (выставленный на первом этапе обследования)</i>	<i>Собственные данные, n=1545</i>		<i>Программа «СИНТЕЗ», n=534</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Псориаз (L40.0, L40.4, L40.8)	153	9,9	150	28,2
Атопический дерматит (L20, L20.8)	67	4,3	106	19,9
Почесуха (L20.0, L28.2)	16	1	-	-
Угри обыкновенные (L70.0), другие угри (L70.8)	101	6,5	64	12
Экзема (L30.0)	8	0,5	62	11,6
Себорейный дерматит (L21, L21.0, L21.8)	108	7	32	6
Аллергический контактный дерматит (L23, L23.6, L23.6, L23.8, L23.9)	35	2,3	27	5
Простой ирритативный контактный дерматит (L24.0, L24.3, L24.8, L24.9)	150	9,7	-	-
Неуточненный контактный дерматит (L25, L25.3, L25. L25.9)	7	0,5	-	-
Генерализованное высыпание на коже, вызванное лекарственными средствами и медикаментами (L27.0)	13	0,8	-	-
Простой хронический лишай (L28.0)	39	2,5	-	-
Инфекционный дерматит (L30.3)	9	0,6	-	-
Другой уточненный дерматит (L30.8)	29	1,9	-	-
Питириаз (L41.0, L42, L44.0)	11	0,7	-	-
Крапивница (L50.0, L50.1, L50.8)	13	0,8	-	-
Пурпура (D69)	35	2,3	-	-
Меланоформный невус (D22.9)	6	0,4	-	-
Герпетическая инфекция (A60.0, B00.9, B02.9)	17	1,1	17	3,1
Бородавки (A63.0, B07)	11	0,7	-	-
Пузырчатка (L10.0, L10.8)	2	0,1	12	2,3
Розацеа (L71, L71.8)	24	1,6	9	1,7
Периоральный дерматит (L71.0)	30	1,9	-	-
Алопеция (L63, L63.0, L63.9, L64.8, L66)	37	2,4	8	1,4
Телогенное выпадение волос (L65.0)	3	0,2	-	-
Многоформная эритема (L51, L51.8)	6	0,4	-	-
Узловатая эритема (L52)	1	0,1	7	1,2
Эритема кольцевидная центробежная (L53.1)	2	0,1	-	-
Красный плоский лишай (L43, L43.0, L43.8)	38	2,5	7	1,2
Пустулез ладонный и подошвенный (L40.3)	8	0,5	-	-
Токсикодермия (T88.7)	-	0	6	1
Разноцветный лишай (B36.0)	13	0,8	-	-
Импетиго (L01)	8	0,5	-	-
Пиодермия (L08.0)	21	1,4	-	-
Хлоазма (L81.1)	1	0,1	-	-
Локализованная склеродермия (L94.0)	46	3	5	0,9
Липоидный некробиоз (L92.1)	1	0,1	4	0,7

Васкулит, ограниченный кожей (L95)	8	0,5	3	0,6
Парапсориаз (L41.3, L41.4, L41.9)	8	0,5	3	0,6
Кольцевидная гранулема (L92.0)	4	0,3	2	0,4
Актинический (фотохимический) кератоз (L57.0)	9	0,6	-	-
Перифолликулит головы абсцедирующий (L66.3)	2	0,1		
Витилиго (L80)	8	0,5	-	-
Пиогенная гранулема (L98.0)	5	0,3	-	-
Хейлит (K13.0)	6	0,4	-	-
Панникулит (M79.3)	3	0,2	2	0,4
Красная волчанка (L93)	13	0,8	2	0,4
Язва нижней конечности (L97)	8	0,5	-	-
Себорейный кератоз (L82)	2	0,1	-	-
Лишай склеротический и атрофический (L90.0)	2	0,1	-	-
Акрокератоз	-	0	1	0,2
Лимфома кожи (C84.5, C85.9)	-	0	1	0,2
Эритразма (L08.1)	1	0,1	-	-
Микоз (B35.0, B35.1, B35.2, B35.3, B35.4, B35.5, B35.9, B36)	81	5,2	1	0,2
Кандидоз (B37.2, B37.4, B37.7)	9	0,6	-	-
Чесотка (B86)	4	0,3	-	-
Другие уточненные бактериальные агенты (B96.8)	15	1	-	-
Дистрофия ногтя (L60.3)	24	1,6		
Грибовидный микоз (C84.0)	2	0,1	-	-
Мигрирующая эритема Афцелиуса-Липшотца	-	0	1	0,2
Постгерпетическая меланодермия	-	0	1	0,2
Баланит (N48.6)	4	0,3	-	-
Баланопостит (N48.1)	4	0,3	-	-
Уретрит неспецифический (N34.1)	4	0,3	-	-
Хронический простатит (N41.1)	2	0,1	-	-
Абсцесс кожи, фурункул и карбункул (L02.0, L02.0)	3	0,2	-	-
Болезнь Лайма (A69.2)	10	0,6	-	-
Доброкачественное новообразование (D21.9, D28)	6	0,4	-	-
Специальное скрининговое обследование (Z11.3, Z11.8), другое уточненное специальное обследование (Z01.8)	150	9,7	-	-
Другой зуд (L29.8)	33	2,1	5	0,9
Искусственный (артифициальный) дерматит (L98.1)	22	1,4	31	5,8
Поражение кожи и подкожной клетчатки неуточненное (L98.9)**	24	1,6	15	2,9

*В таблице не приводятся данные о сочетанных диагнозах в случаях выявления сопутствующего дерматологического/соматического заболевания. Приведены лишь основные диагнозы по результатам консультации дерматолога.

**Рубрика использовалась дерматологами для обозначения бредового расстройства соматического типа (F22) – дерматозойный бред (17 набл.), дисморфомания (7 набл.)

Детальный анализ эпидемиологических характеристик (включая распространенность) дерматозов и соматической патологии в обследованной выборке не входит в задачи настоящего исследования. Следует лишь указать на

тот факт, что структура диагнозов более разнообразна по сравнению с работой А. В. Андрющенко [2], и включает целый ряд клинических категорий, наблюдающихся преимущественно в амбулаторном звене и практически отсутствующих в дерматологических стационарах (например, чесотка, различные формы контактного дерматита). При этом распространенность хронически протекающих тяжелых дерматозов (пузырчатка, псориаз, атопический дерматит) в выборке настоящего исследования закономерно ниже. Кроме того, невысокий показатель распространенности атопического дерматита может быть связан с сезонным фактором. Исследование проводилось в весенне-летний период (с апреля по июль включительно), когда этот дерматоз имеет тенденцию к становлению ремиссии.

Как указано выше, больные эпидемиологической выборки, у которых на первом этапе врачи дерматологи заподозрили психическую патологию, включая психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова⁷⁸, на втором этапе обследования были проконсультированы экспертами-психиатрами. Эти пациенты составили группу «высокого риска» – 275 набл. Большинство направленных на консультацию психиатра пациентов (252 набл. – 91,6%) дали согласие на беседу со специалистом, что является высоким показателем для эпидемиологических исследований психических расстройств.

В группе «высокого риска» оказались как больные с психическими расстройствами, реализующимися в пространстве кожного покрова, так и пациенты с другими психосоматическими нарушениями, включая нозогенные и коморбидные психические расстройства. Анализ эпидемиологических характеристик последних не входит в задачи настоящего исследования.

Обратимся теперь к показателям распространенности психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, установленным при изучении эпидемиологической выборки в результате предварительного

⁷⁸В силу недопустимости использования дерматологами психиатрических шифров (F) эти нарушения на первом этапе обследования кодировались как «другой зуд (L29.8)» для обозначения кожного органичного невроза и синдрома кознестезиопатических конфабуляций, «искусственный (артифициальный) дерматит (L98.1)» для обозначения компульсивных/импульсивных эксфолиаций и ограниченной ипохондрии, «неуточненное поражение кожи и подкожной клетчатки (L98.9)» для обозначения дерматозойного и дисморфического расстройств.

обследования дерматологом и верификации психопатологических нарушений психиатром. Данные обобщены в Таблице 13.

Таблица 13.

Распространенность (%) психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, в эпидемиологической выборке исследования в сопоставлении с данными программы «СИНТЕЗ» [2].

<i>Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова</i>	<i>Собственные данные, n=1545</i>		<i>Программа «СИНТЕЗ», n=534</i>		<i>Дерматологический диагноз на первом этапе исследования по МКБ-10 – обозначение в программе «СИНТЕЗ»</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Кожный органический невроз	27	1,7	5	0,9	Другой зуд (L29.8) – идиопатический зуд
Синдром коэнестезиопатических конфабуляций	6	0,4			
Синдром компульсивных экс-кораций	7	0,5	31	5,8	Искусственный (артифициальный) дерматит (L98.1) – патомимия
Синдром импульсивных экс-кораций	11	0,7			
Ограниченная ипохондрия	4	0,2	-	-	
Коэнестезиопатическая паранойя	7	0,5	10	1,9	Поражение кожи и подкожной клетчатки неуточненное (L98.9) – дерматозойный бред*
Расстройства спектра одержимости кожными паразитами	10	0,6			
Всего	72	4,7	46	8,6	

* Из таблицы исключены данные о распространенности дисморфического расстройства (дисморфомании), которое было диагностировано у 7 больных эпидемиологической выборки (распространенность – 0,5%). Такой подход представляется целесообразным, поскольку, дисморфическое расстройство в дерматологической практике, как правило, не сопровождается выраженными коэнестезиопатиями и согласно некоторым исследованиям [68] относится к патологии образа тела.

Как видно из Таблицы 13 показатель распространенности психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, составил 4,7%. При этом суммарная распространенность кожного органического невроза (1,7%) и коэнестезиопатических конфабуляций (0,4%) составляет 2,1%, что более чем в два раза превышает частоту идиопатического зуда по данным программы «СИНТЕЗ» – 0,9%. Различия статистически значимы ($p < 0,05$), хотя оба показателя находятся в пределах диапазона, приводимого для этого расстройства в литературе – 0,5-

4,2% [141; 142; 385; 452]. Различия с программой «СИНТЕЗ» могут быть обусловлены тем, что на момент проведения исследования А.В. Андриющенко [2] валидные диагностические критерии кожного органического невроза и синдрома коэнестезиопатических конфабуляций, а также лежащего в их основе зуда не были разработаны, что сопряжено с высокой вероятностью гиподиагностики расстройства.

Суммарная распространенность синдрома компульсивных (0,5%) и импульсивных (0,7%) эксориаций составляет 1,2%, что значимо ($p < 0,05$) ниже частоты невротических эксориаций по данным программы «СИНТЕЗ» – 5,8%, а также диапазона показателей распространенности, выявленных в населении – 1,4 – 5,4% [182; 190; 273; 308;] и дерматологической сети – 2% [251; 255]. Такое расхождение может быть обусловлено гипердиагностикой симптомокомплекса невротических эксориаций, как наиболее «привычного» и узнаваемого варианта патомимии, с одной стороны, так и связано с включением в эту группу больных с кожным органическим неврозом (когда последний сопровождается единичными эксориациями) или субсиндромальных вариантов ограниченной ипохондрии (протекающих без инструментальной аутоагрессии и/или с формированием политопных локусов кожных коэнестезиопатий).

Распространенность ограниченной ипохондрии, эпидемиологические характеристики которой в дерматологической практике ранее не изучались, по данным настоящего исследования составляет 0,2% (4 набл.), что, с одной стороны, подтверждает представление о казуистической природе этой патологии, а с другой стороны, указывает на недооценку частоты состояний, сопоставимых с этим симптомокомплексом по данным литературы – 0,015% [377].

Суммарная распространенность коэнестезиопатической паранойи (0,5%) и расстройств спектра одержимости кожными паразитами (0,6%) составляет 1,1%, что несколько ниже частоты дерматозойного бреда по данным программы «СИНТЕЗ» – 1,9%, однако не достигает степени статистически значимых отличий ($p > 0,05$). Полученный показатель сопоставим с данными литературы, полученными в дерматологической амбулаторной сети – 1,3% [521].

Обратимся теперь к обсуждению долевого распределения психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова. Доли каждой из рассмотренных категорий в эпидемиологической выборке (n=72) представлены на Рисунке 29 в сравнении с долевым распределением в клинической выборке (n=193).

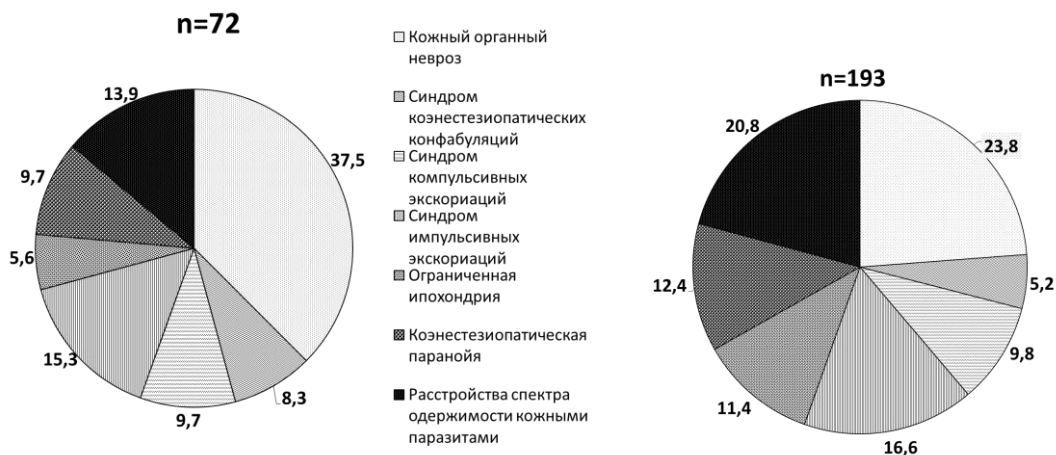


Рисунок 29. Долевое распределение расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова в эпидемиологической (n=72) и клинической (n=193) выборках.

При сопоставлении долей каждого из расстройств в эпидемиологической и клинической выборках исследования статистически значимых ($p < 0,05$) различий для сравниваемых показателей не зафиксировано, что может служить дополнительным подтверждением репрезентативности полученных в клинической части исследования результатов, верифицированных эпидемиологическим методом и в свою очередь определяет возможность их практического применения.

При анализе долевого распределения психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, в пределах группы больных «высокого риска», направленных на консультацию к психиатру (n=275 набл., из которых 252 дали свое согласие), включающей также нозогенные/коморбидные психические расстройства, установлено следующее. Психические расстройства

подтверждены психиатром у 238 больных (94,4% обследованных), что указывает на высокую прогностическую ценность положительного результата предварительной диагностики психической патологии «хорошо информированными» дерматологами⁷⁹. (В силу особенностей дизайна исследования, не предполагавшего дифференциацию ложно отрицательных и истинно отрицательных результатов диагностики психических расстройств дерматологами, расчет чувствительности и специфичности не осуществлялся). У 63 (26,5%) из 238 больных психиатром были подтверждены психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова; у 105 (44,1%) – нозогенные реакции, у 46 (19,3%) – ипохондрические развития; у 24 (10,1%) – коморбидные психические расстройства (аффективные, тревожные, шизофрения), не связанные с течением дерматоза. Эти данные подтверждают высокую значимость психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, для психиатров-консультантов, работающих в дерматологической сети, поскольку согласно полученным результатам, более четверти больных, направляемых на консультацию дерматологами, страдают нарушениями этого круга.

Завершая обсуждение результатов эпидемиологического исследования, следует обратить внимание на некоторые ограничения настоящей работы, связанные с ее методологией и дизайном. Поскольку часть больных, направленных дерматологами на консультацию психиатра, отказалась от такого обследования (9 из 72 больных с психическими расстройствами, реализующимися в пространстве кожного покрова: 2 набл. – кожный органический невроз; 3 набл. – невротические эксфолиации; 4 набл. – дерматозойный бред), в соответствующих случаях при квалификации состояния приходилось ориентироваться на данные

⁷⁹Необходимо оговориться, что в настоящем исследовании перед дерматологами не ставилась задача четкой психопатологической дифференциации психических расстройств. (Ее осуществляли эксперты психиатры в группе больных «высокого риска».) Среди включенных в регистрационную карту дерматолога пунктов были следующие вопросы: «есть психическое расстройство/нет психического расстройства?», «относится ли расстройство к психической патологии, реализующейся в пространстве кожного покрова?», «если да, выберите соответствующую категорию: другой зуд (L29.8), искусственный (артифициальный) дерматит (L98.1), поражение кожи и подкожной клетчатки неуточненное (L98.9)», «выберите соответствующий предположительный диагноз из перечня: (1) кожный невроз, синдром коэнестезиопатических конфабуляций; (2) синдром компульсивных/импульсивных эксфолиаций; (3) ограниченная ипохондрия; (4) дерматозойный бред.

предоставляемые дерматологами. Каждый такой случай рассматривался отдельно в процессе совместного обсуждения с целью наиболее адекватной предположительной диагностики расстройства. Поскольку доля таких больных составила лишь 12,5%, а точность (прогностическая ценность) диагностики расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, дерматологами оказалась высока, соответствующая вероятность смещения частотных показателей была оценена как незначимая, и пациенты включены в расчет распространенности.

ГЛАВА 7. ТЕРАПИЯ

Терапия психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, представляет собой проблему, далекую от окончательного решения. Прежде чем перейти к результатам собственного исследования и изложению разработанных на их основе рекомендаций по лечению обсуждаемой патологии, обратимся к анализу современного состояния вопроса по данным литературы, обзор которой приводится ниже.

Согласно представлениям подавляющего числа исследователей основным методом лечения психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, является *психофармакотерапия*, дополняемая *психотерапевтическими* методиками и *дерматотропными* средствами. При этом подчеркивается необходимость соблюдения при лекарственном лечении принципа, общего для психосоматической медицины в целом и заключающегося в необходимости в одинаковой степени ориентироваться как на *эффективность*, так и на *безопасность* психофармакотерапии [44]. Такой подход предполагает предпочтительность монотерапии с назначением психотропных средств в малых (по сравнению с применяемыми в специализированных психиатрических учреждениях) суточных дозах, составляющих не более половины стандартной, и медленную титрацию с минимальных стартовых или субтерапевтических доз («малые шаги» дозировок с интервалами не менее трех дней).

Необходимо сразу отметить, что поскольку психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова, относятся к кругу «первичных психиатрических» психодерматологических нарушений [316] значительная доля которых представлена патологией тяжелых психопатологических регистров, их лечение должно осуществляться, прежде всего, психиатром при консультативной

помощи дерматолога. При этом терапевтические рекомендации не могут быть ограничены положением о монотерапии, а требуют комбинированного лечения не только в плане сочетания психофармакотерапии, психотерапии и дерматотропных средств, но и предполагают комбинированное применение психотропных средств.

Рассмотрим выделенные аспекты терапии при изученной патологии (комбинированная терапия, эффективность и безопасность) в последовательности, согласно которой обсуждаемые нарушения представлены в пределах континуума психодерматологических синдромов в Главе 3: от кожного органного невроза к коэнестезиопатической паранойе и спектру расстройств одержимости кожными паразитами.

Кожный органный невроз и синдром коэнестезиопатических конфабуляций. Сведения о методах лечения этих симптомокомплексов ограничиваются единичными публикациями, преимущественно представленными описаниями отдельных случаев, в которых речь идет о терапии «идиопатического/функционального» или «психогенного» зуда, а также сопоставимых с выделенными в настоящем исследовании кожным органным неврозом и синдромом коэнестезиопатических конфабуляций расстройств. К последним могут быть также отнесены «кожная дизестезия» [284] и «зуд неизвестного происхождения» – «pruritus of unknown origin» [522].

Среди препаратов, эффективность и безопасность которых тестировалась при обсуждаемых состояниях, психотропные средства всех основных групп: ***трициклические антидепрессанты*** (доксепин, amitриптилин), ***СИОЗС*** (сертралин, пароксетин, флувоксамин), ***транквилизаторы*** (алпразолам, гидроксизин, диазепам), ***антиконвульсанты*** (габапентин) [185; 284; 331; 517].

Однако данные, полученные исследователями на основе описаний отдельных случаев применения психотропных средств при обсуждаемых расстройствах не позволяют сделать однозначных выводов относительно эффективности и безопасности конкретных препаратов или схем лечения. Перечисленные исследования предоставляют лишь ориентировочные сведения о предпочтительных к ис-

пользованию средств, поскольку лишены необходимой для разработки клинических рекомендаций статистической мощности и валидности.

Исключением в плане указанного недостатка является сравнительное терапевтическое исследование S. Ständer et al. [469], в котором анализируется специально сформированная клиническая выборка пациентов с идиопатическим зудом (72 пациента; 27 муж., 45 жен., ср. возраст – 59,2 лет). С целью оценки эффективности и переносимости терапии авторы проанализировали редукцию зуда при лечении пароксетином и флувоксамином. Слабый ($n = 9$), выраженный ($n = 16$) и очень выраженный ($n = 24$) противозудный эффект был зарегистрирован у 48 из 72 пациентов (68,0%). При этом статистически значимых различий между сравниваемыми препаратами не зафиксировано. Переносимость СИОЗС в изученных диапазонах доз (10-60 мг/сут и 25-150 мг/сут для пароксетина и флувоксамина соответственно) также оказалась приемлемой. Такие типичные для этого класса антидепрессантов побочные эффекты, как тошнота, сонливость, сексуальная дисфункция, были зафиксированы в 66,6% и 74,3% наблюдений соответственно, однако в основном были квалифицированы как легкие/средней тяжести, хотя и привели к отмене терапии у 18 (25%) больных, что демонстрирует не слишком благоприятный профиль переносимости исследованных СИОЗС.

Указывая на неполноту данных о психофармакотерапии кожного органического невроза (отсутствие контролируемых исследований), приходится констатировать еще более значительную ограниченность сведений о психотерапии этого расстройства, лимитированных указанием относительно эффективности при идиопатическом зуде гипнотерапии [427; 428].

В то же время существуют публикации, в которых анализируется «антипруритический» эффект психотропных средств и психотерапии при зуде, обусловленном дерматологической патологией и/или системными заболеваниями. Учитывая сведения относительно роли амплификации⁸⁰ при кожном зуде [101], манифестирующем при дерматологической патологии, представляется целесообраз-

⁸⁰ Амплификация – феномен усиления и/или дублирования жалоб, обусловленных объективно диагностируемым дерматологическим заболеванием, за счет соматоформного зуда [101].

ным привести данные этих работ. Соответствующие сведения представлены в ре-
зюмированном виде, обобщающем результаты указанных исследований в Табли-
цах 14 и 15.

Таблица 14.

**Психофармакотерапия, направленная на редукцию зуда при дерматологиче-
ских/системных заболеваниях (по данным литературы).**

Автор, год	Препарат	Заболевания, сопровождающиеся зудом, тип зуда*	Объемы вы- борок
Greene S.L. et al., 1985 [250]	Доксепин	Хроническая крапивница, прурито- генный зуд	50 набл.
Goldsober A.B. et al., 1986 [245]	Доксепин	Хроническая крапивница, прурито- генный зуд	16 набл.
Smith P.F., Corelli R.L., 1997 [460]	Доксепин	Аллергодерматозы, пруритогенный зуд	-
Pour-Reza-Gholi F., 2007 [405]	Доксепин	Патология почек, уремический зуд	24 набл.
Yong A. et al., 2013 [523]	Амитриптилин	Патология почек, уремический зуд	2 набл.
Bigata X. et al., 2005 [172]	Миртазапин	Хроническая крапивница, прурито- генный зуд	1 набл.
Davis M.P. et al., 2003 [201]	Миртазапин	Онкопатология, системный зуд	4 набл.
Hundley J.L., Yosipovitch G., 2004 [291]	Миртазапин	Воспалительные дерматозы, пру- ритогенный зуд	3 набл.
Demierre M.F., Taverna J., 2006 [207]	Миртазапин, габапентин	Онкопатология, системный зуд	12 набл.
Zylicz Z. et al., 2003 [527]	Пароксетин	Онкопатология, паранеопластиче- ский синдром, холестаза, лекар- ственная болезнь; системный зуд	26 набл.
Kümler T. et al., 2008 [324]	Пароксетин	Онкопатология; системный зуд	4 набл.
Unotoro J. et al., 2010 [497]	Пароксетин	Онкопатология ЖКТ; холестатиче- ский/системный зуд	3 набл.
Browning J. et al., 2003 [184]	Сертралин	Патология печени, холестатиче- ский зуд	40 набл.
Mayo M.J. et al., 2007 [345]	Сертралин	Патология печени, холестатиче- ский зуд	21 набл.
Shakiba M. et al., 2012 [447]	Сертралин	Патология почек, уремический зуд	19 набл.
Chan K.Y. et al., 2013 [192]	Сертралин	Патология почек, уремический зуд	20 набл.
Gunal A.I. et al., 2004 [254]	Габапентин	Патология почек, уремический зуд	25 набл.
Bergasa N.V. et al., 2006 [162]	Габапентин	Патология печени, холестатиче- ский зуд	16 набл.

Naini A.E. et al., 2007 [374]	Габапентин	Патология почек, уремический зуд	34 набл.
Marquez D. et. el., 2012 [343]	Габапентин	Патология почек, уремический зуд	22 набл.
Rayner H. et al., 2012 [414]	Габапентин, прегабалин	Патология почек, уремический зуд	71 набл.
Solak Y. et. el., 2012 [462]	Габапентин, прегабалин	Патология почек, уремический зуд	50 набл.

*Для типологической дифференциации здесь используется этиологическая классификация S.Stander и U. Raap [470], предполагающая выделение пруритогенного (дерматологического) и системного зуда, включающего нейропатический, холестатический, уремический.

Таблица 15.

Психотерапия, направленная на редукцию зуда при дерматологических/системных заболеваниях (по данным литературы).

Автор, год	Метод психотерапии	Заболевания, сопровождающиеся зудом, тип зуда*	Объемы выборки
Shertzer C.L, Lookingbill D.P., 1987 [450]	Прогрессивная мышечная релаксация, гипнотерапия	Хроническая крапивница, пруритогенный зуд	15 набл.
Bae B.G. et al., 2012 [156]	Прогрессивная мышечная релаксация	Атопический дерматит, пруритогенный зуд	15 набл.
Stein T.R. et al., 2012 [478]	Когнитивно-поведенческая терапия	Атопический дерматит, пруритогенный зуд	1 набл.
Gray S.G., Lawlis F., 1982 [249]	Прогрессивная мышечная релаксация, гипнотерапия	Экзема, пруритогенный зуд	1 набл.
Ament P., Milgrom H., 1967 [144]	Суггестия	Хронический лейкоз, системный зуд	1 набл.
Sampson R.N., 1990 [434]	Гипнотерапия	Синдром Гийена-Барре, нейропатический зуд	1 набл.
Rucklidge J.J., Saunders D., 2002 [428]	Гипнотерапия	СПИД/ВИЧ, системный зуд	3 набл.

Представленные данные указывают на тот факт, что целый ряд психотропных средств и психотерапевтических методик продемонстрировали противозудный эффект при дерматологической и/или системной патологии, что также следует учитывать при разработке методов терапии кожного органного невроза и ко-эстезиопатических конфабуляций, сопровождающихся соматоформным зудом.

Резюмируя результаты проанализированных исследований, необходимо обратить внимание на тот факт, что среди рекомендуемых средств доминируют антидепрессанты, несколько реже упоминаются транквилизаторы и антиконвульсанты. В свою очередь случаи использования нейролептиков в доступной литературе не приводятся, хотя среди работ отечественных авторов имеются соответствующие указания. Так, М.А. Терентьева [113] упоминает об эффективности в отношении кожных соматоформных проявлений («зуд, конверсионные, вегетативные нарушения») таких обнаруживающих аффинитет к телесным ощущениям антипсихотиков, как сульпирид и кветиапин.

Психотерапевтические подходы при обсуждаемой патологии также представлены немногочисленным набором методик – преимущественно гипнотерапией и прогрессивной мышечной релаксацией (см. Таблицу 15), тогда как публикации относительно эффективности такого широко используемого в психосоматической медицине метода, как когнитивно-поведенческая терапия, единичны [478].

Синдром компльсивных/импульсивных экскориаций («невротические экскориации», skin picking disorder no DSM-V). Психотерапию состояний, сопровождающихся повторными расчесами кожного покрова и относимых значительной частью авторов к кругу обсессивно-компульсивных расстройств (см. обзор литературы – Глава 1), согласно сведениям ряда исследований следует осуществлять, прежде всего, с использованием антидепрессантов – СИОЗС и ТЦА – см. Таблицу 16.

Эффективность и безопасность проводимого в режиме монотерапии лечения большинством СИОЗС (флуоксетином, флувоксамином, сертралином, эсциталопрамом) при невротических экскориациях продемонстрирована как в двойных слепых (плацебо контролируемых) [180; 455], так и в открытых исследованиях [150; 301; 307], суммарный объем выборок которых превышает сотню испытуемых. Эти данные также дополняются сведениями, представленными в сообщениях об опыте применения антидепрессантов (пароксетина, кломипрамина, доксемина) в отдельных наблюдениях или в сериях случаев (см. Таблицу 16).

Таблица 16.

Психофармакотерапия «невротических экскораций» (skin picking disorder в DSM-5) по данным литературы.

Автор, год	Препарат	Дозы: средние (диапазон) мг	Дизайн исследования	Объемы выборки
Bloch M.R. et al., 2001 [180]	Флуоксетин	41 (20-60)	Двойное-слепое, плацебо контролируемое	15 набл.
Simeon D. et al., 1997 [455]	Флуоксетин	55 (20-80)	Двойное-слепое, плацебо контролируемое	21 набл.
Keuthen N.J. et al., 2007 [307]	Эсциталопрам	25	Открытое	29 набл.
Arnold L.M. et al., 1999 [150]	Флувоксамин	112,5 (25-300)	Открытое	14 набл.
Kalivas J. et al., 1996 [301]	Сертралин	95 (25-200)	Открытое	26 набл.
Biondi M. et al., 2000 [173]	Пароксетин	30	Описание случая	1 набл.
Ravindran A.V. et al., 1999 [413]	Пароксетин	40	Описание случая	1 набл.
Harris B.A. et al., 1987 [268]	Доксепин	52,5 (30-75)	Описание случаев	2 набл.
Gupta M.A. et al., 1986 [255]	Кломипрамин	50	Описание случая	1 набл.
Luca M. et al., 2012 [334]	Флувоксамин Галоперидол	300 0,7	Описание случая	1 набл.
Christensen R.C., 2004 [193]	Флуоксетин Оланзапин	40 5	Описание случая	1 набл.
Терентьева М.А., 2007 [113]	Флувоксамин Сертралин Пароксетин Циталопрам Кветиапин Сульпирид Галоперидол Рисперидон Оланзапин	50-300 50-300 10-40 10-40 25-200 100-450 1-15 1-6 5-15	Открытое	30 набл.
Duke E.E., 1983 [214]	Пимозид	4	Описание случаев	2 набл.
Garnis-Jones S. et al., 2000 [243]	Оланзапин	2,5-5	Описание случаев	3 набл.
Gupta M.A., Gupta A.K., 2000 [258]	Оланзапин	2,5-5	Описание случая	1 набл.
Blanch J. et al., 2004 [177]	Оланзапин	2,5-10	Описание случаев	6 набл.
Spiegel D.R., Finklea L., 2009 [466]	Палиперидон	3	Описание случая	1 набл.

Несмотря на статистически значимое подтверждение эффективности СИОЗС, в проанализированных исследованиях лишь около половины пациентов демонстрируют полное обратное развитие симптомов при лечении препаратами данного класса, т.е. достигают ремиссии. Исходя из этого факта, некоторые авторы [180; 307] выделяют подгруппу больных невротическими экскариациями, не отвечающих на терапию СИОЗС. Более того, имеются сведения о случаях манифестации/утяжеления экскариаций при приеме СИОЗС с последующим обратным развитием симптоматики после отмены терапии (флувоксамином 250 мг/сут и пароксетином 60 мг/сут) [208].

Приведенные данные могут служить дополнительным подтверждением психопатологической гетерогенности «невротических экскариаций», выходящих за круг симптомокомплексов обсессивно-компульсивного круга и относимых в значительной части случаев к расстройствам импульс-контроля, что подтверждено в клинической части настоящей работы (см. Главу 3). В пользу такой трактовки говорят не только сведения о недостаточной эффективности антидепрессантов, традиционно используемых при лечении навязчивостей, но и опыт применения антипсихотиков. По имеющимся данным, последние приводят к редукции расчесов как при назначении в режиме монотерапии [177; 214; 243; 258; 466], так и в комбинациях с СИОЗС [113; 193; 334; 349] – см. Таблицу 16.

Наиболее последовательно положение о необходимости комбинированной психофармакотерапии с применением антипсихотиков обосновано в диссертационном исследовании М.А. Терентьевой [113]. В результате шестинедельной монотерапии СИОЗС (флувоксамином и сертралином в средних суточных дозах 150 мг, пароксетином и циталопрамом в средних суточных дозах 30 мг) 30 пациентов с невротическими экскариациями автором обнаружен лишь частичный ответ на лечение. По утверждению автора «несмотря на значимое снижение интенсивности навязчивых саморасчесов, улучшение настроения и уменьшение тревоги, клинические проявления психических расстройств, лежащих в основе невротических экскариаций, у большинства пациентов не претерпевают существенной динами-

ки»⁸¹. Клинически значимое улучшение было зафиксировано лишь в 16,7% случаев. Полученные результаты позволили автору выдвинуть гипотезу о предпочтительности комбинированной психофармакотерапии тимоаналептиками и антипсихотиками. Эффективность сочетанной терапии СИОЗС и антипсихотиками (сульпиридом, кветиапином, рисперидоном, оланзапаном, галоперидолом) была изучена у 65 пациентов в ходе натуралистического исследования длительностью 8 недель. При этом согласно полученным М.А. Терентьевой [113] результатам «полная редукция симптоматики или признаки выраженного улучшения» были зарегистрированы у 51% больных, а «еще в 33% случаев результаты признаны удовлетворительными ввиду клинически отчетливой частичной редукции психопатологических расстройств»⁸².

Завершая анализ данных литературы, посвященной психофармакотерапии «невротических эксфолиаций», приходится констатировать, что практически отсутствуют сведения относительно необходимости дифференцированного подхода к лечению, основанного на разграничении компульсивного и импульсивного вариантов расстройства, проявляющегося повторными саморасчесами кожи. При этом, если в отдельных работах, посвященных психопатологическим аспектам расстройств этого круга, упоминаются клинически гетерогенные кожные коэне-стезиопатии (см. обзор литературы – Глава 1), то вопрос значимости психопатологически неоднородных телесных ощущений как мишени для лекарственной терапии остается вне поля зрения исследователей.

Работы, посвященные психотерапии «невротических эксфолиаций», преимущественно фокусируются на подходах, направленных на редукцию наиболее очевидных «поведенческих расстройств» – саморасчесов. Соответственно доминируют данные относительно применения когнитивно-бихевиоральных методик (см. Таблицу 17), прежде всего, имеющих целью редукцию повторных аутоде-структивных действий с помощью реверсивного тренинга – «habit reversal» [155]. Ни в одной из проанализированных работ не обсуждается психотерапия, направ-

⁸¹Терентьева М.А. Там же. С. 138

⁸²Терентьева М.А. Там же. С. 138

ленная на коэстезиопатические нарушения, и лишь в единичных публикациях упоминается комбинированная методика (эклектическая краткосрочная – психодинамическая с элементами КБТ) [240] или результаты применения гипнотерапии [448].

Таблица 17.

Психотерапия «невротических экскораций» (skin picking disorder в DSM-5) по данным литературы.

Автор, год	Метод психотерапии	Дизайн исследования	Объемы выборок
Rosenbaum M.S., Ayllon T., 1981 [423]	КБТ*, «habit reversal»**	Описание случаев	4 набл.
Twohig M.P, Woods D.W., 2001 [492]	КБТ, «habit reversal»	Описание случаев	2 набл.
Deckersbach T. et al., 2002 [205]	КБТ «habit reversal»	Описание случаев	3 набл.
Nirmal B. et al., 2013 [378]	КБТ «habit reversal»	Описание случаев	5 набл.
Flessner C.A. et al., 2008 [230]	КБТ (АЕВТ)***	Описание случаев	5 набл.
Teng E.J. et al., 2006 [484]	КБТ «habit reversal»	Контролируемое	25 набл.
Fruensgaard K., 1991 [240]	Эклектичная терапия: краткосрочная психодинамическая с элементами КБТ	Открытое	63 набл.
Shenefelt P.D., 2004 [448]	Гипнотерапия	Описание случая	1 набл.

КБТ* – когнитивно-бихевиоральная психотерапия;

**реверсивный тренинг, обратная реконструкция привычки, формирование контр-навыка [155];

*** АЕВТ (acceptance-enhanced behavior therapy) – «поведенческая терапия повышения осознанности действий», объединяющая методы психотерапии принятия и приверженности (acceptance and commitment therapy – АСТ) и терапию обратной реконструкции привычки (habit reversal therapy).

Ограниченная ипохондрия до настоящего времени остается психодерматологическим синдромом, наименее исследованном в терапевтическом плане. Имеющиеся данные не только немногочисленны, но и противоречивы. Так, с одной стороны, в доступных публикациях зарубежных авторов имеются указания относительно резистентности к психофармакотерапии и неблагоприятном исходе (завершенный суицид) расстройства [159]. Анализируя два клинических наблюдения

ограниченной ипохондрии, P.Bebbington [159] установлен факт неэффективности ТЦА (имипрамина, кломипрамина), ингибиторов МАО (транилципрамина), транквилизаторов (хлордиазепоксида, безноктамина), типичных антипсихотиков (хлорпромазина), а также ЭСТ. С другой стороны, в публикации японских авторов [309], также делающих выводы на основе анализа лишь двух наблюдений, напротив, указывается на эффективность лечения нейролептиками (хлорпротиксеном в дозе 135 мг, хлорпромазином – 80-200 мг, галоперидолом – 4,5-6,75 мг) и антиконвульсантами (карбамазепином – 600 мг).

Не менее противоречивы результаты некоторых современных исследований, выполненных неврологами и посвященных нуммулярной головной боли, часть случаев которой, судя по клиническим описаниям [199], идентична картине ограниченной ипохондрии краниальной локализации (см. обзор литературы – Глава 1). Так, в работах A.L. Guerrero et al. [253] и D.P. Schwartz et al. [442], обобщающих 72 и 250 наблюдений соответственно, наряду с антиконвульсантами (габапентином, карбамазепином, топираматом), эффективными приблизительно в 60% случаев, также упоминаются трициклические антидепрессанты (амитриптилин, нортриптилин, протриптилин), обнаруживающие эффект приблизительно в 45% случаев. Кроме того, указывается, что высокоэффективным (92% наблюдений) является местное применение ботулотоксина (тип А) в дозе 10-25 ед.

Доступные публикации отечественных авторов по проблеме психофармакотерапии ограниченной ипохондрии представлены работами сотрудников кафедр психиатрии и психосоматики ИПО [29; 30; 99; 121] и кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова [40; 65]. В качестве препаратов выбора исследователи выделяют атипичные антипсихотики. Так, в диссертационном исследовании В.И. Фроловой [121] приводятся результаты лечения 9 пациентов с ограниченной ипохондрией в режиме монотерапии: в 5 набл. – кветиапином (диапазон эффективных доз – 300-750 мг/сут; средняя доза – 500 мг /сут), а в 4 набл. – сульпиридом, в т.ч. внутривенно капельно (диапазон эффективных доз – 600-900 мг/сут; средняя доза – 700 мг/сут.). Высокая эффективность терапии продемонстрирована у 7 из 9 пациентов.

Психотерапевтические методики при ограниченной ипохондрии не разработаны, а опубликованные сведения, касающиеся этой проблемы, лимитированы указанием о применении психоаналитически ориентированной психотерапии [309].

Коэнестезиопатическая паранойя и расстройства спектра одержимости кожными паразитами (дерматозойный бред).

Большинством исследователей ведущая роль при лечении дерматозойного бреда закономерно отводится психофармакотерапии, прежде всего, антипсихотиками – см. Таблицу 18.

Таблица 18.

Психофармакотерапия дерматозойного бреда по данным литературы (в хронологическом порядке).

Автор, год	Препараты	Дизайн исследования	Объемы выборки	Эффект (%)*		
				++	+	0
Frithz A., 1979 [237]	Флуфеназин Цисфлупентиксол	Открытое	15 набл.	73	20	7
Hamann K., Avnstorp C., 1982 [265]	Пимозид	Двойное-слепое, перекрестное	11 набл.	0	91	9
Munro A., 1982 [363]	Пимозид	Открытое	25 набл.	33	56	11
Ungvari G., 1983, 1984 [493, 494]	Пимозид Галоперидол	Открытое	26 набл.	64 75	36 25	0
Berrios G., 1985 [165]	Пимозид Хлорпромазин	Описание случаев	3 набл.	0	66,7	33,3
Andrews E. et al., 1986 [146]	Галоперидол	Описание случаев	3 набл.	66,7	33,3	0
Ungvari G., Vldar K., 1984, 1986 [495; 496]	Пимозид	Открытое	10 набл.	0	100	0
Musalek M. et al., 1989 [369]	ТЦА*** Ноотропы Антипсихотики	Открытое	34 набл.	50	15	35
Paholpak S., 1990 [390]	Галоперидол	Описание случаев	10 набл.	0	100	0
Trabert W., 1993 [487]	Пимозид Бутирофеноны	Открытое	35 набл.	27	54	18

	Флуспирилен Антидепрессанты*					
Hanumantha K. et al., 1994 [266]	Пимозид	Описание случаев	3 набл.	100	0	0
Srinivasan T. et al., 1994 [468]	Трифлуоперазин Хлорпромазин Галоперидол	Открытое	19 набл.	58	32	11
De León O.A. et al., 1994 [204]	Рisperидон	Описание случаев	3 набл.	100	0	0
Trabert W., 1995 [488]	Типичные анти-психотики	Мета-анализ 193 публикаций	206 набл.	34	29	38
Räsänen P. et al., 1997 [412]	Перфеназин Галоперидол Мелперон Зуклопентиксол Доксепин** Сертралин** Циталопрам**	Описание случаев	6 набл.	66,7	33,3	0
Slaughter J. et al., 1998 [459]	Галоперидол Пимозид Оланзапин Нефазодон*** Доксепин*** Сертралин***	Открытое	9 набл.	33,3	55,5	11,1
Zomer S.F. et al., 1998 [526]	Пимозид	Ретроспективное	18 набл.	33,3	27,8	38,9
Bhatia M. et al., 2000 [170]	Пимозид	Открытое	52 набл.	52	35	13
Wenning M. et al., 2003 [510]	Рisperидон Кветиапин Сертралин** Венлафаксин** Бупирон** Бупропион**	Описание случаев	5 набл.	60	40	0
Aw D.C.W. et al., 2004 [154]	Пимозид Флупентиксол Зуклопентиксол Тиоридазин Кветиапин Сульпирид Рisperидон	Описание случаев	7 набл.	25	13	62
Фролова В.И., 2006 [121]	Рisperидон Оланзапин Галоперидол	Открытое	21 набл.	7	12	2
Freudenmann R.W. et al., 2007 [231]	Оланзапин	Описание случая	1 набл.	-	-	-
Freudenmann R.W., Lepping P., 2008 [232]	Атипичные анти-психотики	Мета-анализ 434 публикаций	63 набл.	37	38	26

Healy R. et al., 2009 [274]	Рisperидон Оланзапин Амисульприд Амитриптилин** Флуоксетин**	Описание случаев	10 набл.	20	50	30
Freudenmann R.W. et al., 2009 [233]	Палиперидон	Описание случая	1 набл.	-	-	-
Kenchaiah B.K. et al., 2010 [304]	Галоперидол Рisperидон Оланзапин Флуоксетин** Сертралин** Имипрамин**	Ретроспективное	20 набл.	20	55	25
Huber M. et al., 2011 [289]	Галоперидол Клозапин Оланзапин Рisperидон Кветиапин Ами- сульприд Арипипразол Зипразидон	Ретроспективное	17 набл.	71	12	17
Wong S., Bewley A., 2011 [520]	Рisperидон Оланзапин Амисульприд Амитриптилин** Доксепин** Флуоксетин** Циталопрам**	Открытое	59 набл.	73	0	32
Cubała W.J. et al., 2011 [196]	Промазин	Описание случая	1 набл.	-	-	-
Duarte C. et al., 2011 [213]	Арипипразол	Описание случая	1 набл.	-	-	-
Contreras-Ferrer P. et al., 2012 [194]	Зипразидон	Описание случая	1 набл.	-	-	-
de Berardis D.D. et al., 2013 [202]	Зипразидон	Описание случая	1 набл.	-	-	-

*«++» – ремиссия; «+» – респондеры; «0» – нонреспондеры;

**антидепрессанты назначались в приведенных исследованиях в комбинации с антипсихотиками;

*** антидепрессанты назначались в приведенных исследованиях в режиме монотерапии;

Наиболее широко исследованы в отношении эффективности и безопасности при дерматозойном бреде *традиционные антипсихотики*. В целом ряде открытых и ретроспективных обсервационных исследований оценивались результаты лечения такими препаратами, как галоперидол [129; 146; 289; 304; 390; 459; 468; 493; 494;], тиоридазин [14; 46; 129; 154], хлорпромазин [468], трифлуоперазин

[468], флуфеназин [237], перфеназин [412], флупентиксол [154], зуклопентиксол [154; 412], цисфлупентиксол [237], промазин [196].

Необходимо отметить, что среди типичных антипсихотиков в качестве препарата выбора при лечении дерматозойного бреда в целом ряде публикаций выделяется *пимозид* [154; 165; 170; 265; 266; 335; 363; 459; 495; 496; 526]. Именно в отношении этого препарата имеется единственное контролируемое двойное слепое исследование с перекрестным дизайном [265]. Однако «специфичность» эффекта пимозида в отношении дерматозойного бреда по мере накопления сведений о применении других антипсихотиков все чаще ставится под сомнение.

В последние годы при дерматозойном бреде широко используются *атипичные антипсихотики*: клозапин [289], сульпирид [481; 154], рисперидон [29; 30; 154; 274; 289; 304; 510; 520], оланзапин [30; 65; 231; 274; 289; 304; 347; 459; 520], кветиапин [154; 289; 510], сертиндол [524], амисульприд [274; 289; 520], zipразидон [194; 202; 289], палиперидон [233], арипипразол [213; 289].

Обобщая данные литературы об эффективности терапии дерматозойного бреда (см. Таблицу 18), приходится констатировать значительный разброс приводимых показателей. Так, в исследованных выборках частота полной редукции проявлений дерматозойного бреда варьирует от 0% до 75% случаев, частичной – от 0% до 91% случаев, отсутствие эффекта отмечают от 0% до 62% пациентов. Приведенные диапазоны значений сильно перекрываются, что не позволяет судить о центральной тенденции обсуждаемого показателя.

Однако средние показатели эффективности терапии поддаются оценке благодаря данным мета-анализов, обобщающим сведения о лечении типичными [488] и атипичными антипсихотиками [232]. Так, при терапии дерматозойного бреда традиционными нейролептиками по данным мета-анализа исследований частота полной редукции проявлений дерматозойного бреда составляет 34% случаев, частичной – 29% случаев, отсутствие эффекта регистрируется у 38% пациентов [488]. Сопоставимые показатели демонстрирует мета-анализ исследований с использованием атипичных антипсихотиков [232]: частота полной редукции – 37% случаев, частичной – 38% случаев, отсутствие эффекта – 26% случаев.

Исходя из приведенных сведений, можно сделать два ключевых вывода. Во-первых, психофармакотерапия с использованием антипсихотиков эффективна в значительном проценте случаев дерматозойного бреда: полная или частичная редукция отмечается в 62-74% наблюдений, тогда как отсутствие эффекта – в 26-38% наблюдений⁸³. Во-вторых, препараты современных генераций при назначении в режиме монотерапии не уступают в эффективности при дерматозойном бреде классическим нейролептикам.

В свою очередь, завершая анализ сведений литературы о применении антипсихотиков при обсуждаемом расстройстве, необходимо отметить, что среди рекомендаций относительно лечения дерматозойного бреда нейролептиками в последние годы доминируют представления о предпочтительности атипичных антипсихотиков в связи с их более благоприятным профилем переносимости. На этом основании некоторые исследователи даже предлагают сместить акценты с пимозиды на атипичный атипсихотик рисперидон, позиционируя именно это средство как препарат выбора при дерматозойном бреде [222].

Необходимо подчеркнуть, что в проанализированных исследованиях речь идет о применении антипсихотиков либо в режиме монотерапии, либо в комбинациях с антидепрессантами. Применение тимолептиков в сочетании с антипсихотиками при дерматозойном бреде закономерно рекомендуется в случаях сопутствующей депрессии [138; 526]. Подобный терапевтический режим продемонстрировал эффективность в целом ряде исследований [274; 304; 412; 510; 520]. Однако в некоторых работах также приводятся данные о лечении состояний с картиной дерматозойного бреда антидепрессантами в режиме монотерапии с использованием ТЦА (амитриптилина, доксепина) [6; 138; 369; 371; 372; 459], нефазодона и СИОЗС (сертралина), а также антиконвульсантами [181]. Следует отме-

⁸³Приведенные данные наглядно демонстрируют положительное влияние психофармакотерапии на клинические проявления дерматозойного бреда, что подтверждают сведения о прогнозе расстройства в условиях его естественного течения, полученные до появления антипсихотиков. Согласно сведениям J.W.Wilson и H.E. Miller [515] в отсутствие психофармакотерапии частота полной редукции синдрома при проведении только дерматотропного лечения составляла – 10% случаев, частичной – 8%, отсутствие эффекта отмечалось в 82% наблюдений.

титель, что в указанных сообщениях речь идет о дерматозойном бреде, формирующемся в структуре депрессивной фазы.

Возвращаясь к проблеме лечения дерматозойного бреда антипсихотиками, необходимо обратить внимание на следующие три актуальных в свете задач настоящего исследования соображения. Во-первых, исследования, в которых бы изучалась комбинированная психофармакотерапия дерматозойного бреда с использованием более чем одного нейролептика единичны. Во-вторых, малоизученным остается вопрос дифференцированного подхода к лечению дерматозойного бреда в зависимости от психопатологической структуры синдрома. В-третьих, не достаточно определена роль сенсопатий как мишени для психофармакотерапии, хотя отдельные указания на этот счет все же имеются.

Единственным исследованием, в котором затрагиваются все три выше перечисленных аспекта проблемы, до настоящего времени остается диссертационная работа В.И. Фроловой [121]. В выборке больных с дерматозойным бредом (n=32) на начальном этапе лечения автором проводилась монотерапия атипичными антипсихотиками – рисперидоном или оланзапином (I курс терапии), назначавшимися в минимальных стартовых дозах (рисперидон – 1 мг/сут, оланзапин – 2,5 мг/сут) с постепенной титрацией до максимальных переносимых доз. При отсутствии эффекта по окончании первого курса к атипичному антипсихотику присоединялся традиционный нейролептик галоперидол (стартовая доза – 2,5 мг) и дальнейшее лечение (4 нед.) проводилось в режиме комбинированной терапии (II курс).

Согласно результатам исследования В.И. Фроловой [121] эффективность лечения определяется «психопатологической структурой дерматозойного бреда». Рисперидон и оланзапин показали высокую эффективность при дерматозойном бреде, соответствующем картине коэнестезиопатической паранойи и характеризующимся «малым размахом, конкретностью бредовых идей, простотой телесных ощущений»⁸⁴ (7 набл.). У всех больных этой группы было зарегистрировано «существенное» или «выраженное улучшение» уже по окончании первого курса моно-

⁸⁴ Фролова В.И. Там же. С. 124.

терапии. Напротив, при «генерализованном дерматозойном бреде» (в рамках энедогенно-процессульного заболевания), сопровождающимся «присоединением бредовых идей другого» – иного («непаразитарного») – «содержания и выражеными аутоагрессивными тенденциями», отмечалась устойчивость к атипичным антипсихотикам. По окончании первого курса терапии «существенное улучшение» либо «выраженное улучшение» было зарегистрировано лишь у 2 из 14 больных (14,3%). Резистентность к монотерапии атипичными антипсихотиками автору удалось преодолеть лишь в результате дополнительного курса комбинированной терапии при присоединении галоперидола.

В обеих терапевтических группах исследования В.И. Фроловой [121] был зафиксирован сходный паттерн редукции психопатологических проявлений рассматриваемого симптомокомплекса. Прежде всего, отмечалось обратное развитие нарушений коэнестезиопатического круга (тактильных галлюцинаций и других сенсопатий) и лишь затем дезактуализировались идеи о наличии паразитарной инвазии. Таким образом, под действием психофармакотерапии уменьшение интенсивности обманов восприятия опережало обратное развитие бреда, что может рассматриваться как дополнительное подтверждение базисной роли сенсопатий при рассматриваемом симптомокомплексе.

Завершая обсуждение данных литературы относительно терапии дерматозойного бреда, коротко остановимся на проблеме психотерапии этого симптомокомплекса. Эффективность психотерапевтических методик, применяемых изолированно, отмечена лишь в нескольких публикациях [279; 336; 352; 372; 485; 525]. В большинстве же работ указывается вспомогательная роль психотерапии, дополняющей лекарственное лечение. Авторами приводится ряд рекомендаций психотерапевтического плана, направленных на решение основной проблемы терапии дерматозойного бреда, сформулированной J.Y. Коо и С.Т. Pham [315]: убеждению пациентов в необходимости назначения антипсихотиков. Такие указания включают «понимающий подход» (принцип «*bona fides*»): эмпатия и заинтересованность, учитывающие ожидания больного, направленные, прежде всего, на установление раппорта с пациентом [154; 246; 317; 519].

Дизайн терапевтического исследования

Отправным пунктом при разработке подходов к терапии и принципов организации помощи больным с психическими расстройствами, реализующими в пространстве кожного покрова, послужила представленная в настоящем исследовании психопатологическая модель «бинарной» структуры (см. Главу 3), предполагающая дифференцированный подход к квалификации изученной патологии. При разработке терапевтических методик учитывалась роль в становлении обсуждаемых симптомокомплексов сенсопатий, прежде всего, коэнестезиопатий.

Поиск оптимальных подходов к терапии изученных состояний осуществлялся при проведении натуралистического открытого исследования отобранных исходя из приведенных выше данных литературы классов психотропных препаратов и психотерапевтических методик, в результате чего были выявлены предпочтительные для лечения психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, методы *комбинированной* терапии.

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 каждого 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

психофармакотерапии⁸⁵. При этом могла выполняться не только смена препарата (если инициальный курс осуществлялся в режиме монотерапии), но и инициация комбинированной терапии с присоединением лекарственного средства другого класса (при хорошей переносимости ранее назначенного лечения). Процедура повторялась, пока не удавалось подобрать оптимальную схему лечения, приводившую к полному обратному развитию патологических проявлений. Соответственно в качестве «единиц оценки» при анализе результатов терапевтического вмешательства рассматривались не только *респонды/ремиссеры*, но и отдельные *курсы терапии*, каждый из которых на основе учета эффективности/переносимости квалифицировался как «успешный» или «безуспешный». Такой подход позволил увеличить статистическую мощность исследования⁸⁶, выполненного на относительно небольшой выборке (151 набл., разбитых на 5 терапевтических групп – см. ниже), и определить круг предпочтительных препаратов, выделив средства, обладающие оптимальным соотношением эффективности/переносимости при изученной патологии. В качестве эффективного рассматривался такой курс терапии, в конце которого отмечалась редукция психопатологических расстройств по применявшимся шкалам более 50%.

Особенности ответа на терапию анализировались как непосредственно при клиническом обследовании, так и с применением формализованных психометрических методик, дифференцировано в зависимости от принадлежности к одной из групп психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова: (1) кожный невроз и синдром коэнестезиопатических конфабуляций; (2) синдром компульсивных эксориаций; (3) синдром импульсивных эксориаций; (4) ограниченная ипохондрия; (5) коэнестезиопатическая паранойя и спектр расстройств одержимости кожными паразитами (см. Таблицу 19). Также отдельно оценива-

⁸⁵В случаях непереносимости психофармакотерапии изменение схемы лечения осуществлялось до завершения четырёхнедельного курса, т.е. по мере фиксации нежелательных явлений, требующих отмены препаратов (такой курс регистрировался как «безуспешный»).

⁸⁶Такой подход не лишен недостатков (например, отсутствие периодов «отмывки» – «wash-out» – между отдельными курсами терапии), способных повлиять на достоверность полученных результатов (соответственно, вклад в эффект лечения предшествующего курса терапии), однако максимально приближен к условиям реальной клинической практики в дерматологической сети. Таким образом, результаты могут рассматриваться как репрезентативные, а опыт такого исследования экстраполирован на аналогичные выборки больных психодерматологического профиля.

лось терапевтическое воздействие в отношении сенсопатий (коэнестеziопатических расстройств) и ассоциированных (производных) психопатологических нарушений. Учитывая обоснованную в Главах 3 и 4 настоящей работы роль базисных коэнестеziопатических нарушений в психопатологической структуре изучаемых расстройств, для оценки редукции сенсопатий во всех группах исследования применялась визуальная аналоговая шкала интенсивности телесных ощущений (VAS-S). Для формализованной оценки динамики ассоциированных («производных») психопатологических расстройств использовались соответствующие шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии – подшкала тревоги (HADS-A), шкала кожных эксфолиаций (SPS [306]), шкала позитивных и негативных синдромов – Пункт I - бред (PANSS-П1) – см. Таблицу 19.

Таблица 19.

Формализованные методики, применявшиеся в терапевтической фазе исследования для оценки эффективности лечения (дифференцированно в зависимости от психопатологической принадлежности расстройства и с учетом «бинарной структуры» психодерматологических синдромов).

<i>Терапевтическая группа</i>		<i>Цель измерения, шкала</i>	
		<i>Сенсопатии</i>	<i>Ассоциированные психические расстройства</i>
Группа 1.	Кожный органический невроз и синдром коэнестеziопатических конфабуляций	VAS-S*	HADS-A**
Группа 2.	Синдром компульсивных эксфолиаций	VAS-S*	SPS***
Группа 3.	Синдром импульсивных эксфолиаций	VAS-S*	SPS***
Группа 4.	Ограниченная ипохондрия	VAS-S*	PANSS-П1****
Группа 5.	Коэнестеziопатическая паранойя и расстройства спектра одержимости кожными паразитами	VAS-S*	PANSS-П1****

*VAS-S (Visual Analogue Scale - Sensations) – визуальная аналоговая шкала оценки телесных ощущений;

** HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии; для анализа эффективности терапии кожного органического невроза использовалась только подшкала тревоги (А).

*** SPS (Skin Picking Scale) – шкала кожных эксфолиаций;

**** PANSS-П1 - пункт I (бред) шкалы позитивных и негативных синдромов;

Результаты терапевтической фазы исследования

Из 193 больных изученной клинической выборки согласие на лечение было получено у 151 пациента (78,2%), которые были включены в терапевтическую фазу исследования. Доли предоставивших согласие варьировали в зависимости от психопатологической квалификации расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, снижаясь от невротического к психотическому полюсу континуума психодерматологических синдромов. При кожном органном неврозе этот показатель составил 93,5% (43 из 46 набл.), при синдроме коэнестезиопатических конфабуляций – 90% (9 из 10 набл.) при синдроме компульсивных экскораций – 89,5% (17 из 19 набл.), при синдроме импульсивных экскораций – 81,3% (26 из 32 набл.), при ограниченной ипохондрии – 77,3% (17 из 22 набл.), при коэнестезиопатической паранойе и спектре расстройств одержимости кожными паразитами – 60,9% (39 из 64 набл.)⁸⁷. Различия достигли уровня статистической значимости при сравнении между 1 и 5 ($p < 0,001$), а также между 1 и 4 ($p < 0,05$) группами терапии, что может служить косвенным указанием на более низкую приверженность лечению («терапевтическую готовность»), обусловленную снижением или отсутствием критики к состоянию среди пациентов, состояние которых определяется сверхценными и бредовыми симптомокомплексами.

Отказавшиеся от лечения больные по основным социодемографическим и клиническим характеристикам при сопоставлении в пределах групп не обнаружили статистически значимых различий от пациентов предоставивших согласие, что позволяет говорить о нивелировании возможной систематической ошибки, связанной с отбором больных (selection bias) в терапевтическую фазу исследования.

Основная доля (86,7%) больных клинической выборки, вошедших в терапевтическую фазу исследования (151 набл.)⁸⁸, получала терапию амбулаторно или

⁸⁷ Долевые показатели, выявленные в 4 и 5 группах, сопоставимы с данными В.И. Фроловой [121], в исследовании которой из 11 больных ограниченной ипохондрией согласились на лечение 9 пациентов (81,8%), а из 32 с дерматозойным бредом – 21 (65,6%), что может служить дополнительным подтверждением репрезентативности собственных данных.

⁸⁸ Выборку анализа терапии (151 набл.) составили больные не только согласившиеся на прием терапии, но и получившие хотя бы один курс лечения («intended-to-treat»), даже в случае его отмены из-за нежелательных явлений или неэффективности, повлекших отказ больного от дальнейшего участия в исследовании. Таким образом, эти больные были включены в анализ общей эффективности (см. ниже) как нонреспондеры.

в условиях стационара дерматологического профиля (131 набл.). Лишь в 20 случаях (13,3%), отнесенных к ограниченной ипохондрии и спектру расстройств одержимости кожными паразитами, лечение проводилось в психиатрическом стационаре – клинике отдела по изучению пограничной патологии и психосоматических расстройств ФГБУ «Научного Центра Психического Здоровья» РАМН.

При анализе среднего числа проведенных четырехнедельных курсов психотерапии и общей длительности лечения, также выполненном дифференцировано по терапевтическим группам, установлена тенденция к росту этих показателей в пределах континуума от расстройств невротического к нарушениям психотического регистра (см. Таблицу 20): 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 косвенно – повышение резистентности к лечению в пределах указанного континуума.

Таблица 20.

Характеристики курсовой терапии изученных расстройств (дифференцированно по группам).

Терапевтическая группа		n	Среднее число курсов терапии	Средняя длительность терапии (нед.)
Группа 1.	Кожный органический невроз и синдром коэнестеziопатических конфабуляций	52	2,1	8,4
Группа 2.	Синдром компульсивных эксcoриаций	17	2,7	10,8
Группа 3.	Синдром импульсивных эксcoриаций	26	3,5	14
Группа 4.	Ограниченная ипохондрия	17	5,2	20,8
Группа 5.	Коэнестеziопатическая паранойя и расстройства спектра одержимости кожными паразитами	39	6,4	25,6
Всего		151	3,98	16,32

Сходная тенденцию к снижению по мере нарастания тяжести расстройств от невротического к бредовому регистру обнаружена и в отношении долей респондеров и ремиттеров – показателей отражающих общую эффективность терапии по группам (см. Рисунок 30).

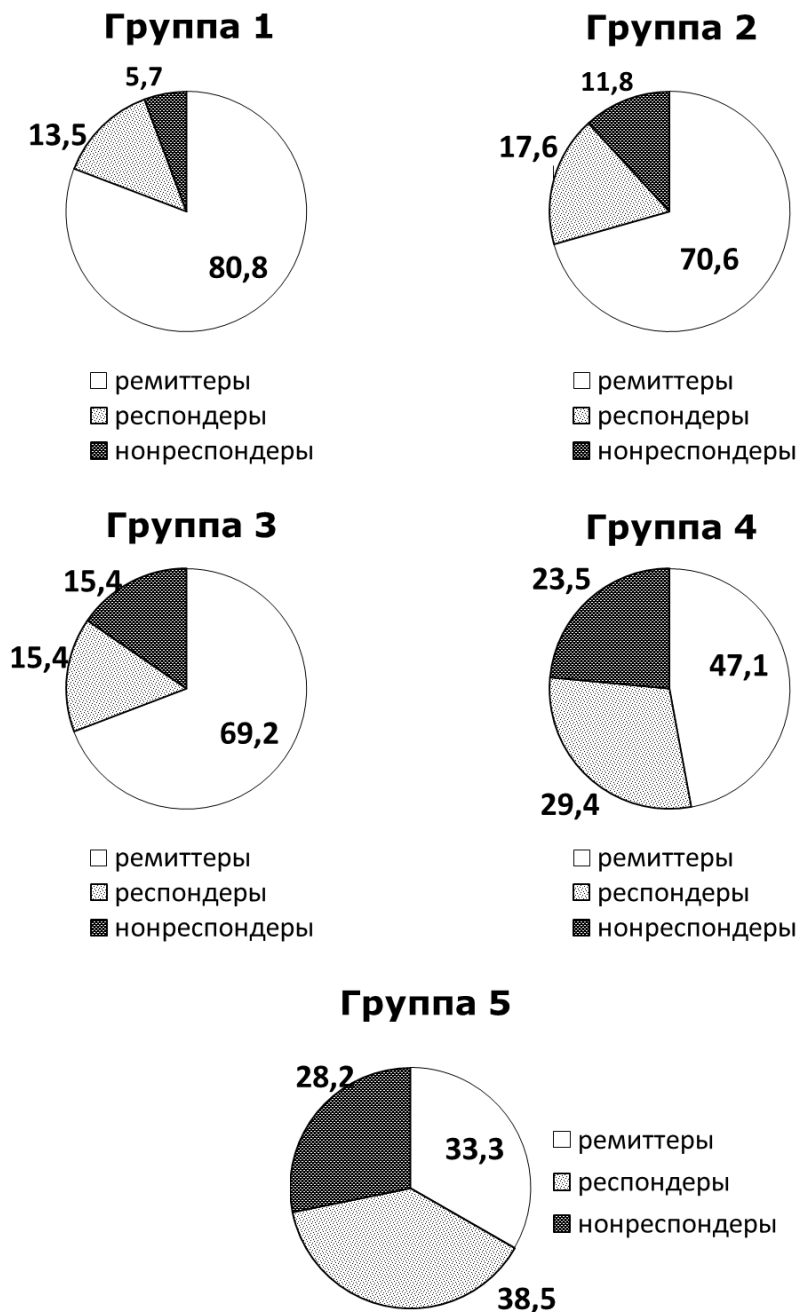


Рисунок 30. Ответ на терапию в группах исследования в соответствии с распределением на ремиттеров (полная редукция психопатологических нарушений), респондеров (редукция по шкалам более 50%), нонреспондеров (отсутствие ответа на терапию).

Группа 1. – кожный органический невроз и синдром коэнестезиопатических конфабуляций; группа 2 – синдром компульсивных экскораций; группа 3 – синдром импульсивных экскораций; группа 4 – ограниченная ипохондрия; группа 5 – коэнестезиопатическая паранойя и расстройства спектра одержимости кожными паразитами.

При расстройствах более легких регистров (группы 1, 2, 3) доли ремиттеров варьируют от 69,2 до 80,8%, тогда как при нарушениях сверхценного и бредового уровня (группы 4, 5) соответствующий показатель статистически значимо ниже ($p < 0,05$) и находится в пределах 33,3-47,1%. Аналогичная закономерность зарегистрирована для долей респондеров, обнаруживших лишь частичную редукцию психопатологических нарушений (13,5-15,4% в группах 1, 2, 3 против 29,4-38,5% в группах 4, 5; $p < 0,05$), а также нонреспондеров, характеризующихся резистентностью к терапии (5,7-15,4% в группах 1, 2, 3 против 23,5-28,2% в группах 4, 5; $p < 0,05$). Следует отметить, что коэнестезиопатическая паранойя и расстройства спектра одержимости кожными паразитами (группа 5) отличаются неоднородностью ответа на терапию: при коэнестезиопатической паранойе и дерматозойном бреде воображения доли ремиттеров/респондеров выше (а нонреспондеров, соответственно, ниже), чем при коэнестезиопатической парафрении, сутяжном, сенситивном и бреде преследования паразитами. Однако различия не достигают статистической значимости ($p < 0,05$), что может быть обусловлено небольшим числом казуистических наблюдений, образующих подгруппы в пределах спектра расстройств одержимости кожными паразитами.

Динамика средних суммарных баллов по психометрическим шкалам в группах исследования, отдельно отражающая редукцию сенсопатий и ассоциированных психопатологических расстройств в процессе терапии, представлена на Рисунке 31.

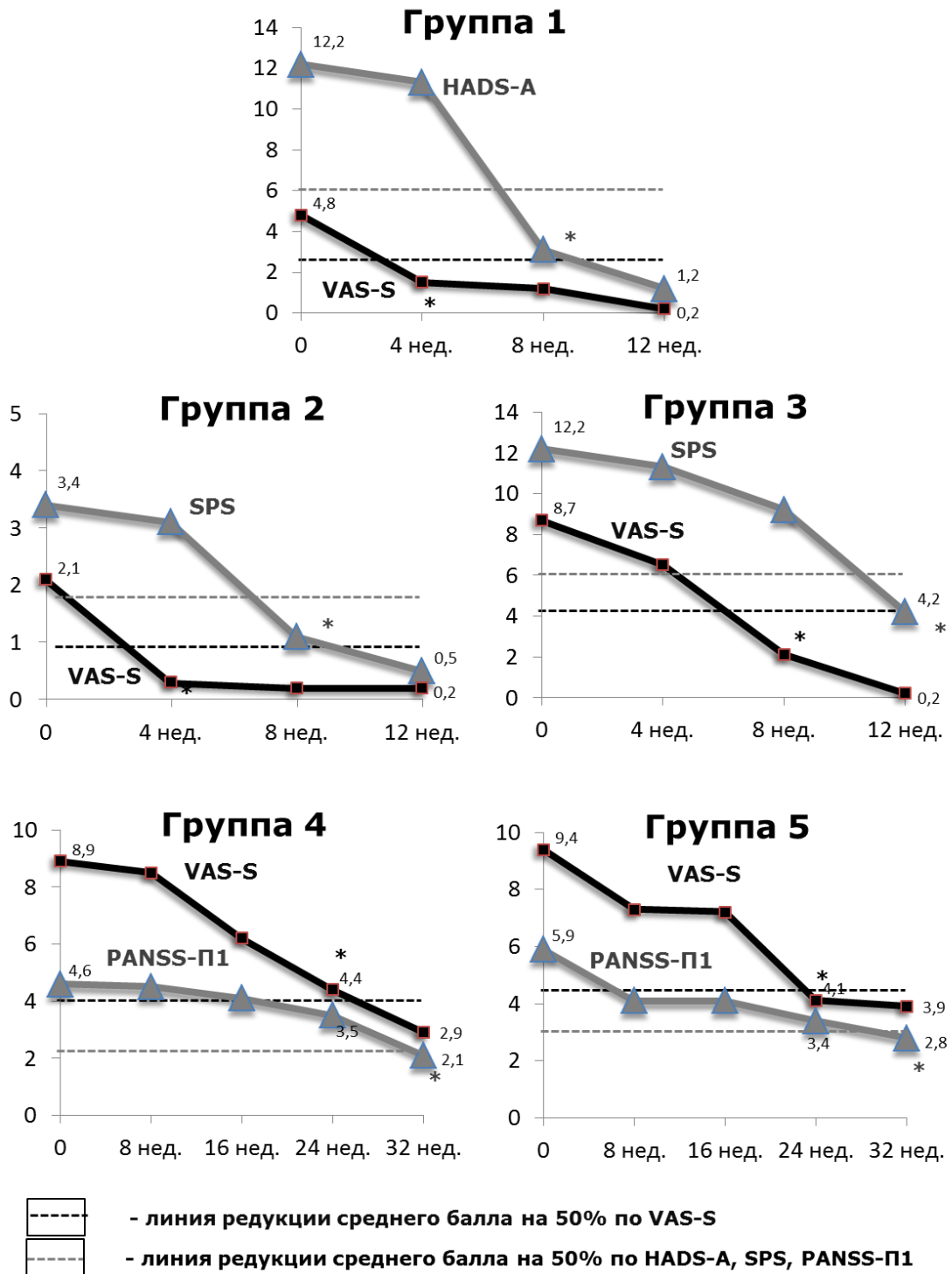


Рисунок 31. Редукция средних суммарных баллов по психометрическим шкалам в группах исследования

Группа 1. – кожный органический невроз и синдром коэнестезиопатических конфабуляций; группа 2 – синдром компульсивных экскораций; группа 3 – синдром импульсивных экскораций; группа 4 – ограниченная ипохондрия; группа 5 – коэнестезиопатическая паранойя и расстройства спектра одержимости кожными паразитами;

* различия статистически значимы ($p < 0,05$) по сравнению с исходным;

При расстройствах более легких регистров (группы 1, 2, 3) редукция как сенсопатий, так и ассоциированных психопатологических расстройств происходит закономерно быстрее, чем при сверхценных и бредовых симптомокомплексах (группы 4, 5). При этом выявляется общая тенденция, в соответствии с которой статистически значимые различия ($p < 0,05$) по сравнению с исходным для тяжести сенсопатий (шкала VAS-S) во всех группах терапии фиксируются прежде, чем отмечается статистически значимое ($p < 0,05$) снижение среднего суммарного балла по шкалам, отражающим выраженность ассоциированных психопатологических нарушений. Таким образом, при терапии расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, являющихся объектом настоящего исследования, динамика обратного развития сенсопатий опережает терапевтический эффект в отношении идеаторных расстройств. При этом ни в одном из случаев не зарегистрировано противоположной динамики – редукции идеаторных расстройств, опережающей разрешение сенсопатий. Такая особенность ответа на лечение может рассматриваться как дополнительное подтверждение базисной роли сенсопатий (прежде всего, коэнестезиопатий) в формировании изученной патологии.

При анализе проведенных курсов лечения, отнесенных к «успешным», либо «безуспешным», был определен круг предпочтительных для каждой терапевтической группы препаратов (и их комбинаций)⁸⁹, продемонстрировавших оптимальное соотношение эффективности/переносимости при изученной патологии.

На Рисунке 32 представлены данные о соотношении «успешных» и «безуспешных» курсов терапии при кожном органном неврозе и синдроме коэнестезиопатических конфабуляций для каждого из применявшихся психотропных средств.

⁸⁹Дифференцированные подходы к проведению психотерапии в терапевтических группах исследования сформулированы ниже.

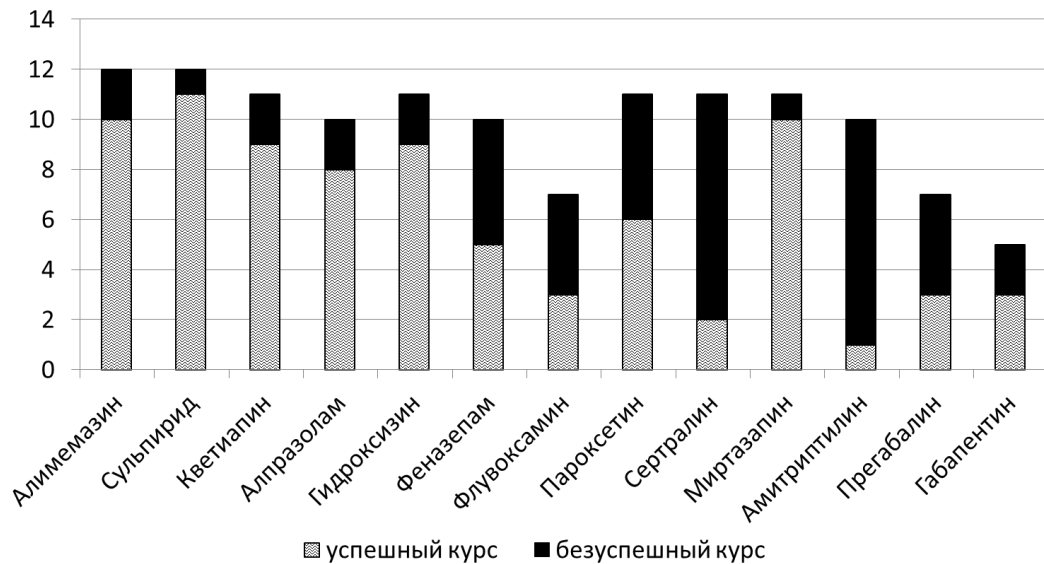


Рисунок 32. Соотношение «успешных» и «безуспешных» курсов терапии при кожном органном неврозе и синдроме коэнестезиопатических конфабуляций.

(По оси абсцисс – абсолютное число курсов терапии.)

При кожном органном неврозе и синдроме коэнестезиопатических конфабуляций в результате проведенного анализа в качестве препаратов, продемонстрировавших наиболее благоприятное соотношение эффективности/переносимости, могут быть выделены некоторые антипсихотики, широко используемые в терапии соматизированных и ипохондрических расстройств невротического уровня, и обладающие доказанным средством к патологическим телесным ощущениям (сульпирид, алимемазин, кветиапин), обнаружившие эффективность в отношении соматоформного зуда и проявлений тревоги о здоровье. Среди анксиолитиков наиболее эффективными/безопасными оказались алпразолам и гидроксизин, тогда как приблизительно в половине случаев курсовая терапия феназепамом была квалифицирована как «безуспешная» в связи с побочными эффектами (поведенческая токсичность, дневная сонливость), приведшими к отмене препарата. Среди антидепрессантов наиболее благоприятным соотношением эффективности/безопасности обладал миртазапин, тогда как тимоаналептики группы СИОЗС (флувоксамин, пароксетин, сертралин) продемонстрировали в значительной части курсов неблагоприятные явления (диспепсия), потребовавших их отмены. Прием амитриптилина при большинстве курсов приводил к преждевре-

менной отмене терапии из-за выраженной седации, а также вследствие холинергических побочных эффектов – сухости кожи, в нескольких наблюдениях обуславливавшей усиление зуда. В отношении антиконвульсантов (прегабалина, габапентина), по некоторым данным обладающих противозудным и анксиолитическим эффектом, сделать однозначные выводы не представляется возможным, поскольку «успешные» и «безуспешные» курсы были отмечены приблизительно с равной частотой. Кроме того, эти препараты применялись при наименьшем числе курсов.

На Рисунке 33 представлены данные о соотношении «успешных» и «безуспешных» курсов терапии при синдроме компульсивных экскораций для каждого из применявшихся психотропных средств.

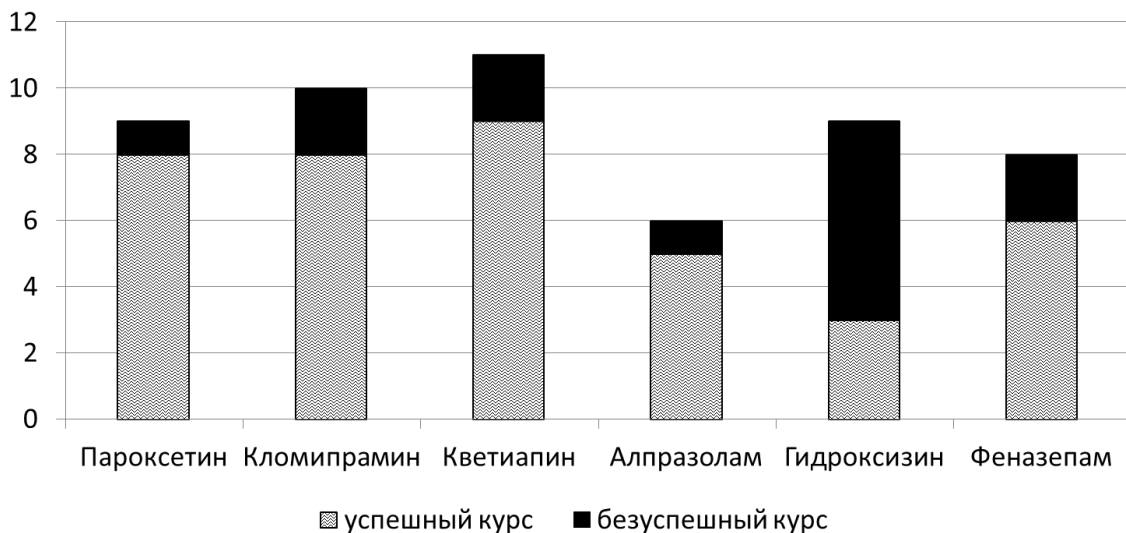


Рисунок 33. Соотношение «успешных» и «безуспешных» курсов терапии при синдроме компульсивных экскораций. (По оси абсцисс – абсолютное число курсов терапии.)

При синдроме компульсивных экскораций в результате проведенного анализа в качестве препаратов, продемонстрировавших наиболее благоприятное соотношение эффективности/переносимости, могут быть выделены некоторые антидепрессанты, используемые в терапии обсессивно-компульсивных расстройств (кломипрамин, пароксетин), обнаружившие эффективность в отношении обсесс-

сивных кожных ощущений и компульсивных расчесов. Эти средства во всех наблюдениях комбинировались с анксиолитиками (алпразолам, феназепам) или атипичным антипсихотиком кветиапином, также обнаружившими преобладание успешных курсов над безуспешными. Небензодиазепиновый анксиолитик гидроксезин не обнаружил достаточной эффективности при синдроме компульсивных эксфолиаций, хотя случаев отмены из-за нежелательных явлений не зафиксировано.

На Рисунке 34 представлены данные о соотношении «успешных» и «безуспешных» курсов терапии при синдроме импульсивных эксфолиаций для каждого из применявшихся психотропных средств.

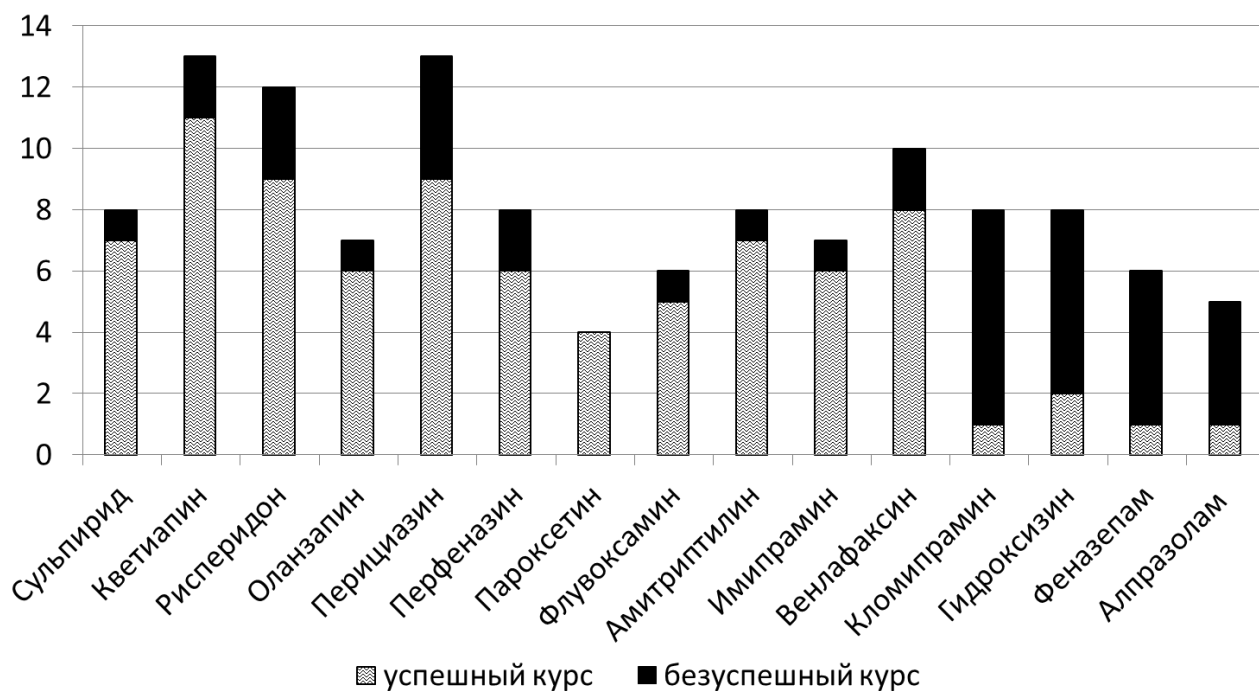


Рисунок 34. Соотношение «успешных» и «безуспешных» курсов терапии при синдроме импульсивных эксфолиаций.

При синдроме импульсивных эксфолиаций в результате проведенного анализа в качестве препаратов, продемонстрировавших наиболее благоприятное соотношение эффективности/переносимости, могут быть выделены как атипичные, так и типичные антипсихотики – сульпирид, кветиапин, рisperидон, оланзапин, перициазин, перфеназин. При выявлении коморбидной депрессии дополнитель-

ный эффект в отношении гипотимических расстройств, особенно проявлений дисфории, обнаружили комбинируемые с антипсихотиками антидепрессанты - пароксетин, флувоксамин, амитриптилин, имипрамин, венлафаксин. Монотерапия тимоаналептиками (включая кломипрамин) или анксиолитиками выраженного эффекта при этом симптомокомплексе не продемонстрировала.

На Рисунке 35 представлены данные о соотношении «успешных» и «безуспешных» курсов терапии при ограниченной ипохондрии для каждого из применявшихся психотропных средств.

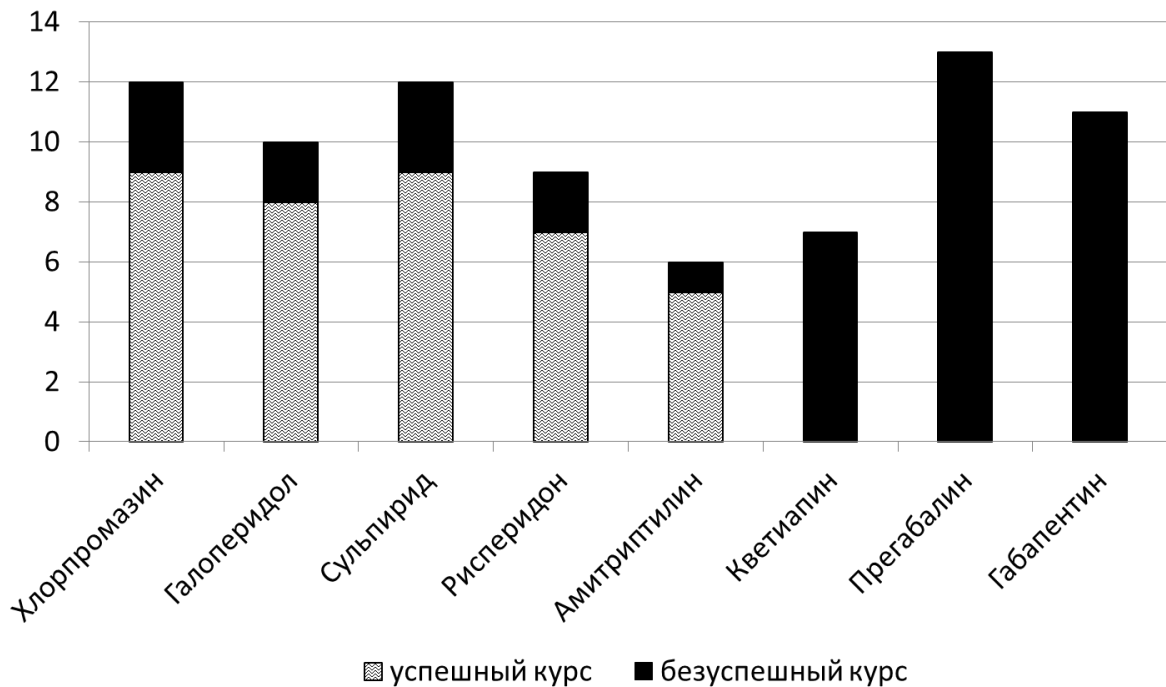


Рисунок 35. Соотношение «успешных» и «безуспешных» курсов терапии при ограниченной ипохондрии. (По оси абсцисс – абсолютное число курсов терапии.)

При ограниченной ипохондрии в результате проведенного анализа в качестве препаратов, продемонстрировавших наиболее благоприятное соотношение эффективности/переносимости, могут быть выделены антипсихотики, прежде всего, типичные (хлорпромазин, галоперидол), а также атипичные (сульпирид, рисперидон), кроме того – трициклический антидепрессант амитриптилин, назначаемые в режиме комбинированной терапии. При этом антиконвульсанты, кото-

рые по данным некоторых исследований [253; 309; 442] оказывают эффект в отношении этого симптомокомплекса, согласно полученным сведениям не обнаруживают терапевтического воздействия на проявления ограниченной ипохондрии, реализующейся в пространстве кожного покрова. Недостаточно эффективным также оказался атипичный антипсихотик кветиапин.

На Рисунке 36 представлены данные о соотношении «успешных» и «безуспешных» курсов терапии при коэнестезиопатической паранойе и расстройствах спектра одержимости кожными паразитами для каждого из применявшихся психотропных средств.

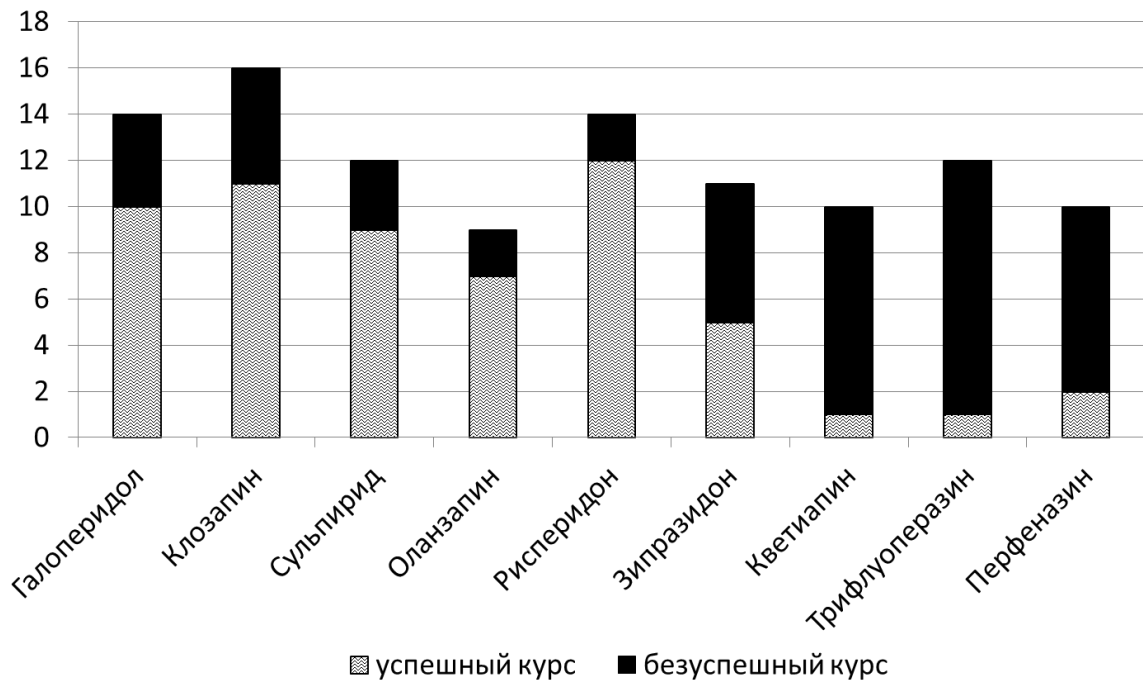


Рисунок 36. Соотношение «успешных» и «безуспешных» курсов терапии при коэнестезиопатической паранойе и расстройствах спектра одержимости кожными паразитами. (По оси абсцисс – абсолютное число курсов терапии.)

При коэнестезиопатической паранойе и расстройствах спектра одержимости кожными паразитами в результате проведенного анализа в качестве препаратов, продемонстрировавших наиболее благоприятное соотношение эффективности/переносимости, могут быть выделены антипсихотики, как типичные (галоперидол), так и атипичные (клозапин, сульпирид, оланзапин, рисперидон, зипрази-

дон), чаще всего, назначавшиеся в режиме комбинированной терапии, а в случаях госпитализации в психиатрический стационар – парентерально. Среди антипсихотиков, не продемонстрировавших достаточной эффективности оказались кветиапин, трифлуоперазин, перфеназин. При этом необходимо отметить следующую особенность, обнаруженную в результате терапевтического вмешательства у больных дерматозойным бредом. При коэнестезиопатической паранойе эффективной в большинстве случаев оказалась монотерапия преимущественно атипичными антипсихотиками, достаточная для успешного купирования расстройства, тогда как среди больных, отнесенных к спектру расстройств одержимости кожными паразитами, возникала необходимость проведения комбинированного лечения, в большинстве наблюдений с использованием препаратов, вводимых парентерально.

Результаты анализа психофармакотерапии изученных расстройств резюмированы в Таблице 21 и могут служить терапевтическими рекомендациями, предполагающими дифференцированный подход к выбору психотропных средств, приведенных с учетом диапазона установленных в настоящем исследовании эффективных доз.

Таблица 21.

Дифференцированные рекомендации по психофармакотерапии психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова.

Психодерматологический синдром	Базисные препараты - в случаях монотерапии (диапазоны доз, мг)	Препараты комбинированной терапии
Кожный органический невроз и синдром коэнестезиопатических конфабуляций	Алимемазин (5-10 мг) Сульпирид (50-200 мг) Кветиапин (12,5-75 мг)	Гидроксизин (25-50 мг) Алпразолам (0,25-0,5 мг) Феназепам* (0,5 -1 мг) Миртазапин (15-30 мг) СИОЗС* (флувоксамин, сертралин, пароксетин)
Синдром компульсивных эксориаций	Кломипрамин (25-75 мг) Пароксетин (20-40 мг)	Кветиапин (25-200 мг) Алпразолам (0,25-0,5 мг) Феназепам (0,5-1 мг)
Синдром импульсивных эксориаций	Сульпирид (200-400 мг) Кветиапин (100-500)	СИОЗС** (пароксетин, флувоксамин)

	Рisperидон (0,5-1 мг), Оланзапин (2,5-5 мг), Перициазин (1-5 мг) Перфеназин (2-4 мг)	ТЦА** (амитриптилин, имипрамин) Венлафаксин**
Ограниченная ипохондрия***		Хлорпромазин (25-75 мг) Галоперидол (5-15 мг) Сульпирид (200-600 мг) Рisperидон (2-4 мг) Амитриптилин (25-100 мг)
Коэнестезиопатическая паранойя**** и расстройства спектра одержимости кожными паразитами*****		Галоперидол (10-20 мг) Сульпирид (400-800 мг) Клозапин (25-200 мг) Оланзапин (5-20 мг) Рisperидон (4-6 мг) Зипразидон (40-80 мг)

** при условии хорошей переносимости; ** при коморбидной депрессии;*

**** комбинированная терапия, в т.ч. парентерально; **** монотерапия атипичным антипсихотиком; ***** комбинированная терапия, в т.ч. парентерально*

Психотерапия

Учитывая натуралистический дизайн проведенного исследования, психофармакотерапия дополнялась психотерапией. Психотерапия (когнитивно-бихевиоральная с включением методов образовательного подхода, элементов косвенного внушения, релаксационных методик), проводилась с учетом типологических характеристик психических расстройств, ограниченных пространством кожного покрова.

Первичные консультации были направлены на формирование комплаентного отношения к рекомендациям по медикаментозной терапии, а также на коррекцию представлений о заболевании (как психическом, а не дерматологическом) и изменение восприятия собственных кожных покровов (снижение интенсивности ипохондрического самонаблюдения – переключение внимания с отслеживания минимальных кожных изменений).

При психических расстройствах невротического/конституционального регистра целью психотерапии было расширение репертуара адаптивных реакций в условиях индивидуально значимых психотравмирующих ситуаций. При каждом органном неврозе и синдроме коэнестезиопатических конфабуляций корректировались дисфункциональные убеждения («катастрофическое мышление», «тревога

о здоровье», «вторичные конфабуляции»). При синдроме компульсивных/импульсивных эксориаций также проводился реверсивный тренинг по преодолению патологических привычных действий – саморасчесов. При ограниченной ипохондрии, а также при коэнестезиопатической паранойе и расстройствах спектра одержимости кожными паразитами психотерапевтическое воздействие было направлено на формирование комплаентности к фармакотерапии и снижение интенсивности, а затем и прекращение аутодеструктивных действий. Общие подходы к осуществлению психотерапии, дифференцированные в соответствии с распределением больных по группам, обобщены в Таблице 22 .

Таблица 22.

Общие принципы психотерапии: дифференцированные рекомендации

Психодерматологический синдром	Методики	Мишени
Кожный органический невроз, синдром коэнестезиопатических конфабуляций	КБТ Психообразование и косвенная суггестия (непрямое внушение), релаксационные методики	Дисфункциональные убеждения («катастрофическое мышление», «тревога о здоровье», «вторичные конфабуляции»)
Синдром компульсивных/импульсивных эксориаций	КБТ: реверсивный тренинг по преодолению патологических привычных действий , релаксационные методики	Повторные компульсивные/импульсивные саморасчесы
Ограниченная ипохондрия	Психообразование и косвенная суггестия (непрямое внушение), направленная на формирование комплаентности к фармакотерапии КБТ: реверсивный тренинг с подменой аутодеструктивных актов эффективными лечебными манипуляциями (самостоятельное наложение окклюзионных повязок, правильное применение топических средств и т.п.)	Отказ от психофармакотерапии вследствие сверхценных образований Аутоагрессивное поведение
Коэнестезиопатическая паранойя и расстройства спектра одержимости кожными паразитами	Психообразование и косвенная суггестия (непрямое внушение), направленная на формирование комплаентности к фармакотерапии КБТ: реверсивный тренинг с подменой аутодеструктивных актов эффективными лечебными манипуляциями (отказ от токсических агентов в пользу безопасных топических средств)	Отказ от психофармакотерапии по бредовым мотивам Аутоагрессивное поведение

Общие принципы дерматотропной терапии

Наружные дерматотропные средства при проявлениях соматоформной вегетативной дисфункции кожного покрова включали увлажняющие средства, снижающие конституционально детерминированную сухость кожи (крем Унны, восстанавливающий крем для сухой и очень сухой кожи, крема с высоким содержанием липидов, собственных эпидермису) и способствующие редукции соматоформного зуда. При выраженной отечности, уртикарных высыпаниях применялись системные антигистаминные препараты (эбастин, фексофенадин, хлоропирамин, мебгидролин).

Дерматологическое лечение наружными средствами, направленное на редукцию искусственных расстройств, проводилось эпителизирующими препаратами – растворами, гелями, кремами (цинка гиалуронат, диоксометилтетрагидропиримидин + хлорамфеникол). При возникновении осложнений в виде вторичной инфекции назначались мази/кремы с антибактериальными и противовоспалительными (клиохинол+флуметазон, бетаметазон + фузидовая кислота, бетаметазон + гентамицин, мупироцин), а также антисептическими (сульфатиазол серебра) действующими веществами. В случаях генерализации кожного процесса к терапии присоединялись антибиотики, назначавшиеся перорально.

При импульсивных эксфолиациях, ограниченной ипохондрии, дерматозойном бреде препараты при необходимости наносили под окклюзионную повязку. В таких случаях окклюзионная повязка выполняла защитную роль, способствуя уменьшению травматизации кожи и ускоренной эпителизации высыпаний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение психических расстройств, обнаруживающих тропизм к кожному покрову, манифестирующих при отсутствии объективных проявлений, соответствующих картине дерматоза – диагностированного кожного заболевания (патология *sine materia*), является актуальной исследовательской проблемой, как для клинической психиатрии, так и для дерматологии. Об этом свидетельствует, с одной стороны, значительная распространенность психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова – по некоторым оценкам от 2 до 9,6% больных дерматологической сети [2; 65], а с другой стороны – ограниченность данных относительно психопатологии, закономерностей течения, терапии, клинического и социального прогноза патологии рассматриваемого круга.

Несмотря на предпринимаемые рядом авторов попытки [270; 271; 295; 312; 313; 316; 482; 501], систематика психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, не разработана. В МКБ-10 унифицированная рубрика, которая бы объединяла эти нарушения, также отсутствует.

Данные об одной из доминирующих в клинической картине обсуждаемых расстройств дименсий – патологических телесных ощущениях (коэнестезиопатиях) – представлены в целом ряде публикаций [14; 45; 54; 88; 113; 126; 163; 167; 183; 239; 255; 256; 263; 351; 375; 491; 504]. Однако в этих исследованиях не содержится сведений о клинико-патогенетическом вкладе коэнестезиопатий в формирование психических расстройств, обнаруживающих аффинитет к кожному покрову.

Цели настоящего исследования – создание психопатологической концепции расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, при учете роли коэнестезиопатий, рассматриваемых в качестве базисных психопатологических феноменов; построение унифицированной психодерматологической систематики, предусматривающей

верификацию клинических, психологических и эпидемиологических характеристик изученных состояний; разработка основных принципов организации помощи и терапии, реализующих современные тенденции развития интегративной медицины.

6. Соответственно, в работе решались следующие **задачи**: 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;

7. Разработка типологической дифференциации (систематики) изученных расстройств, учитывающей интеракции коэнестезиопатий и ассоциированных психопатологических проявлений, а также дерматологических симптомов;

8. Определение сравнительных психологических характеристик коэнестезиопатий при выделенных типах психодерматологических синдромов на основе анализа структуры словарей интрацептивных ощущений;

9. Верификация ключевого эпидемиологического показателя (распространенности), как для всей совокупности психодерматологических синдромов, так и дифференцированно по отдельным клиническим категориям;

10. Определение основных принципов организации помощи и разработка методов комбинированного (психофармакотерапия, психотерапия, дерматотропная терапия) лечения, дифференцированного в соответствии с предложенной систематикой изученных расстройств;

Для решения задач исследования были сформированы и изучены две выборки – клиническая ($n=193$; 147 жен.; ср. возраст – $54,4 \pm 16,9$ лет) и эпидемиологическая ($n=1545$; 923 жен.; ср. возраст - $45,7 \pm 48,2$ лет) – из числа пациентов, обратившихся за амбулаторной помощью и обследованных на базе подразделений клиники кожных и венерических болезней (дир. – проф. О.Ю. Олисова) университетской клинической больницы №2 (главный врач – проф. М.А. Газимиев) и межклинического психосоматического отделения (зав. отделением – акад. РАН, проф. А.Б. Смулевич) Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова, части из которых в дальнейшем проводилось более детальное обследование и лечение в условиях психиатрического стационара – клиники ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН (директор – акад.

РАН А.С. Тиганов).

Поскольку в МКБ-10 единый класс расстройств, объединяющий исследуемые нарушения, отсутствует, для более адекватного решения поставленных задач были сформулированы исследовательские критерии включения, составленные таким образом, чтобы уже при формировании клинической выборки создавались условия для изучения полного спектра психической патологии, реализующейся в пространстве кожного покрова.

В клиническую выборку исследования **включались** больные с признаками психической патологии, проявляющейся псевдосоматическими симптомами, реализующимися в сфере кожного покрова, но не имеющими объективного дерматологического обоснования. Это предполагало выявление соматоформных нарушений по типу вегетативной дисфункции кожного покрова или самоиндуцированных (артифициальных) проявлений при несоответствии дерматологического статуса клинической картине известных дерматозов.

В клиническую выборку **не включались** больные с объективно подтвержденной дерматологической/паразитарной или системной (соматической/неврологической) патологией, сопровождающейся кожными симптомами (болезни печени, почек, сахарный диабет, болезни крови, гипо- и гипертиреозидизм, травмы нервных стволов, опухоли ЦНС); тяжелой психической патологией (умственной отсталости, выраженная деменция, зависимости от психоактивных веществ), затрудняющих детальное психопатологическое обследование. В клиническую выборку исследования вошли пациенты старше 18 лет с длительностью расстройств не менее 1,5 месяцев. Обязательным условием проведения психиатрического обследования было добровольное информированное согласие пациентов.

В качестве основных методов настоящего исследования выбраны 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 клинко-диагностического отделения клиники кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

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 вовлечении кожных покровов в психопатологический процесс, ряду пациентов клинической выборки (37,3% – 72 из 193 набл.) было проведено комплексное психологическое обследование с сочетанием методов семантического анализа и патопсихологического эксперимента. Обследование 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. С помощью методики «Классификации ощущений» [114] изучался словарь интрацептивных ощущений, связанных с заболеванием. Для выявления особенностей восприятия кожных покровов и наиболее диффузных, трудно локализуемых кожных сенсаций, а также представлений о болезни использовалась методика «Шкалы оценки кожи» [11].

Верификация эпидемиологических характеристик психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, осуществлялась в

эпидемиологической выборке (n=1545) при проведении специально спланированного сплошного, поперечного (одномоментного) исследования, предполагавшего последовательный однократный учет всех пациентов, консультированных амбулаторно в клинико-диагностическом отделении клиники кожных и венерических болезней (дир. – проф. О.Ю. Олисова) 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» [2; 101], 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 предварительной работы в «междисциплинарном тандеме»; (2) консультацию психиатра – при подозрении дерматолога в отношении психических расстройств и согласия больного на такое обследование; (3) консилиум («обратная связь»), предполагавший совместное обсуждение с формулированием заключительного диагноза. Результаты обследования заносились в специально разработанную регистрационную форму.

Разработка оптимальных подходов к лечению изученных состояний осуществлялась при анализе результатов натуралистического открытого исследования комбинированной терапии у 151 из 193 (78,2%) пациентов клинической выборки. В его ходе учитывалась роль в становлении обсуждаемых симптомокомплексов сенсопатий, прежде всего, коэнестезиопатий. Соответственно для оценки редукции базисных расстройств применялась визуальная аналоговая шкала интенсивности телесных ощущений (VAS-S); для формализованной оценки динамики ассоциированных психопатологических нарушений использовались подшкала тревоги (HADS-A) госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкала кожных эксфолиаций (SPS), шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS) – пункт I, бред. 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 каждого курса терапии была унифицирована и составляла 4 недели, по истечении которых оценивалась общая эффективность и безопасность лечения (клинически, а также с помощью формализованных шкал).

Для статистической обработки данных использовалась программа STATISTICA 8.0 (StatSoft Inc.). Применялись 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.

В результате изучения клинической выборки исследования (193 набл.) при учете данных доступных публикаций [97; 102; 104; 121] 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 производных психопатологических образований. В свою очередь с последними сопряжена соответствующая артификальная (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 экс-

корриаций, ограниченная ипохондрии, коэнестезиопатическая паранойя и спектр расстройств одержимости кожными паразитами.

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

При **кожном органном неврозе (46 набл.; 37 жен., 9 муж.)** [84] базисная составляющая – соматоформный зуд – представлена гомонными обычной телесной чувствительности кожными сенсациями: диффузное чувство жара, напряжения, стягивания или распираания, сухости или мокнутия кожи с изменчивой локализацией. При этом распространенность 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 (щадяще обращение с больным органом – кожей), в то время как истинные расчесывания с участием ногтевых пластин 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 разделенные 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 продромальный период, 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, уртикарноподобная 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 уртикарноподобными 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» [135; 483] и реализуются в проверяющем и ограничительном ипохондрическом поведении. Характерны регулярные обращения в учреждения общемедицинской сети с многократными повторными обследованиями («doctor shopping» по P. Fink et al. [227]), 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 [166] расстройства, формирующегося путем соматизации психопатологических симптомокомплексов в сфере телесной перцепции и протекающего с вегетативными стигмами [101].

При **синдроме коэстезиопатических конфабуляций** [87] (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 органическом 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 [164; 280; 435].

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. При экзацербации одновременно с обострением соматоформного зуда нередко отмечается расхождение проекций на поверхность кожи этих двух коэнестезиопатических феноменов.

В качестве производных (от соматоформного зуда и кожных истерических алгий) психопатологических образований выступают расстройства круга патологии воображения – образные представления по типу *вторичных конфабуляций*. Последние манифестируют в виде нестойких, часто меняющихся по содержанию фантазий, имеющих целью интерпретацию природы телесных ощущений. При этом в отличие от телесных фантазий [15; 451] 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» [160]. Такая трактовка понятия «конфабуляции» отличается от традиционной, согласно которой [319; 320] конфабуляции – разновидность ложных воспоминаний, формирующихся либо при амнестических расстройствах, либо на базе бреда – конфабуляторная парафрения, однако представляется обоснованной в свете современных психологических [281] и клинических, в т.ч. неврологических, посвященных феномену анозогнозии [411], 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 [511]. 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 органном неврозе, не выражены. Преобладает щадящее обращение с кожным покровом.

При **синдроме компульсивных экскораций** [87] (19 набл.; 16 жен., 3 муж.) коэнестезиопатии относятся к кругу обсессивных кожных ощущений («сенсорные феномены обсессивно-компульсивных расстройств» по S.H. Prado et al., [406]), представленных зудом по типу эпидермальной дизестезии, а также тактильных иллюзий.

Зуд – в отличие от соматоформного – обладает характеристиками гетерономных обычной перцепции телесных ощущений (ощущение, метафорически сравниваемое с чувством, будто на поверхности кожи что-то присутствует, «мешает», «ноет», «выпирает»). Пространственное расположение зуда не ограничено «одномерной» плоскостью, а приобретают свойства эпидермальной дизестезии; им свойственны ощущения экстрозивного 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» наро-

стами), определяемыми исключительно наощупь и воспринимаемыми пациентами в качестве фактора, преципитирующего расчесы.

В качестве производных расстройств, ассоциированных с кожными ощущениями, выступают *компульсивные экскориации*. 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 восстанавливается ощущение гладкости, ровности кожи.

Динамика расчесов характеризуется типичным 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 экскориации возникают на наиболее «удобных», легко доступных в привычном сидячем или лежачем 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. По мере нанесения экскориаций проекция ощущений распространяется и на образующиеся искусственные элементы – корочки и рубцы, также выступающие над поверхностью кожи.

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

При **синдроме импульсивных экскориаций** [102; 104] (32 набл.; 21 жен., 11 муж.) коэнестезиопатии относятся к расстройствам более тяжелых психопатологических регистров – овладевающим ощущениям [94], 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, с прокалыванием кожи изнутри («как будто иголки впиваются»), чувством набухающих и «будто прорывающихся наружу подкожных узелков». 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.

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, рассматриваются *расстройства импульс-контроля*. На пике телесных сенсаций возникает «непреодолимый импульс» [187] к самоповреждению кожи (расчесы наносятся как бы произвольно, 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 эксkoriаций – расчесы – объективно проявляются преимущественно диссеминированными, множественными искусственными высыпаниями (линейные или точечные эксkoriации с четкими границами, выделяющиеся на фоне неизменной кожи, иногда сопровождающиеся явлениями перифокальной инфильтрации), локализуясь 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 эксkoriации* (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** [93; 98; 121; 183; 443] (**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 коэнестезиопатическими 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 коэнестезиопатий.

Становление *тактильных иллюзий* определяется восприятием малейших неровностей или уплотнений на поверхности и в глубине кожи как сформировавшихся патологических элементов – «бугорков», «папул», «прыщей», «фурункул», «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 коэнестезиопатий 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 коэнестезиопатии при ограниченной ипохондрии дополняются простейшими визуальными обманами восприятия – зрительными иллюзиями. После извлечения фрагментов кожи и подкожной клетчатки из соответствующих коэнестезиопатиям областей полученный таким образом материал воспринимается как не свойственные живым тканям объемные патологические образования, принимаемые за 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 коэнестезиопатии зрительные иллюзии могут быть квалифицированы как «фантастические визуальные явления» [132].

В качестве производной от коэнестезиопатий и зрительных иллюзий идеаторной составляющей при ограниченной ипохондрии выступают *сверхценные образования с картиной ипохондрической одержимости* [125]. 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 «сана-

ции» 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. (В качестве инородных тел рассматриваются извлекаемые из содержимого раны фрагменты собственных тканей.)

В отличие от модели К. Vonhoefffer [183], выделявшего в качестве обязательного 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 – фокальные поражения (верхний угол левого века, центральная часть правой щеки, боковая поверхность шеи и пр.); 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 с образованием корок по типу некротического струпа, линейных и округлых рубцов.

Таким образом, в настоящем исследовании клинические критерии «ограниченной ипохондрии» не полностью совпадают с традиционными дефинициями [183; 443]. С одной стороны, симптомокомплекс, как и в наблюдениях Н. Schwarz [443], 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 [183], прослеживается связь ограниченной ипохондрии с явлениями соматопсихической диссоциации – от-

чуждением с тенденцией к элиминации участков тканей – источников патологических телесных сенсаций (здесь – фрагментов кожного покрова).

Коэнестезиопатическая паранойя [97; 121] и **спектр расстройств одержимости кожными паразитами** [85; 86] (64 набл.; 50 жен., 14 муж) объединяют симптомокомплексы, протекающие с картиной дерматозойного бреда: коэнестезиопатическую паранойю и парафрению, бред воображения, сутяжный бред, sensitивный бред отношения с идеями заражения окружающих, бред преследования паразитами.

Перечисленные состояния обладают рядом общих характеристик, позволяющих их консолидировать. Так, круг базисных нарушений не только включает *тактильные галлюцинации* [97; 102; 104; 121], но расширяется, как за счет сенсопатий и висцеральных галлюцинаций, так и зрительных (а в ряде случаев – 14 набл. – слуховых и обонятельных) обманов восприятия. Производные психопатологические расстройства идеаторного ряда представлены *дерматозойным/зоопатическим бредом по типу бреда одержимости* [12; 47; 60; 80; 321], содержание которого определяют идеи заражения паразитами (бред инфестации), обладающими объектными свойствами насекомых, клещей, вшей, червей и т.п. Объединение двух основных составляющих (сенсорных и бредовых) при коэнестезиопатической паранойе и спектре расстройств одержимости кожными паразитами реализуется *феноменом анимации*, который выступая в качестве синдромообразующего, отражает последовательную трансформацию психопатологической симптоматики от сенсопатий к бредовым представлениям и одержимости паразитами, наделяемыми всеми свойствами *живых существ*. Общее свойство *аутоагрессивного поведения* при дерматозойном бреде заключается в том, что вектор агрессии нацелен на собственный организм лишь опосредованно. Деструктивные действия направлены не на купирование кожных ощущений, как это происходит при других психодерматологических синдромах, но исключительно на «внешнего врага» – служат уничтожению паразитов, заселивших 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, исходит из того положения, что типологическая неоднородность обсуждаемых расстройств определяется особенностями соотношения базисных расстройств (сенсопатий) и ассоциированных идеаторных нарушений (бреда). 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 внутреннюю среду организма, так и окружающее пространство, конгруэнтен парафренной структуры бред 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** [97; 102; 104; 121] (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.

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», «ползанья», «копошения») и/или наделяются свойствами жизнедеятельности («укусы», «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», «ксерококки»). 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 выделяемых в литературе [97; 121] последовательных стадий: 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. Вектор агрессии направлен на собственный организм лишь опосредованно: деструктивные действия служат исключительно уничтожению паразитов в пространстве кожного покрова. **Кожные самоиндуцированные (артифициальные) расстройства** представлены точечными единичными эрозиями – эксфолиациями – в связи с попытками с помощью ногтей извлечь из кожи паразитов, химическими ожогами, пятнами от красящих дезинфицирующих растворов.

Таким образом, при коэнестезиопатической паранойе монотематический дерматозойный бред отличается ограниченностью бредовой концепции идеями паразитарного поражения кожи и лишен тенденции к расширению бредовых интерпретаций за пределы подверженного патологическим телесным ощущениям

кожного покрова. При этом усложнения структуры параноида за счет присоединения бредовых идей иного (не паразитарного) содержания не отмечается.

Предложенная трактовка паранойяльного симптомокомплекса как базирующегося на коэнестезиопатиях расходится с традиционной концепцией паранойи Е. Краепелин [319]. 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. (Дополнительным подтверждением зависимости бреда от телесных ощущений является характер ответа на психофармакотерапию, продемонстрированный в терапевтической части исследования: в процессе лечения антипсихотиками наблюдается последовательная однонаправленная редукция психопатологических расстройств – лишь вслед за обратным развитием коэнестезиопатий происходит дезактуализация бреда.)

Коэнестезиопатическая парафрения [102; 104] (13 набл.; 11 жен., 2 муж.) отличается от коэнестезиопатической паранойи широким набором базисных психопатологических нарушений, не ограничивающихся тактильным галлюцинозом и зрительными обманами восприятия, а вовлекающих 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 более тяжелыми идеаторными расстройствами – систематизированным парафренным бредом.

При коэнестезиопатической парафрении *телесные ощущения* проецируются во внутреннее пространство организма, что отражает более глубокое по сравнению с коэнестезиопатической паранойей поражение соматопсихики [511]. Кроме того, в 5 наблюдениях дебют расстройства определяется острыми – длительно-

стью от 3 до 14 дней – проявлениями, соответствующими картине транзиторного соматопсихоза [13; 21; 511]. Последние включают внезапный наплыв коэнестезиопатий (висцеральные галлюцинации, сенестопатии, сенестезии), сопровождающихся генерализованной тревогой, а также общие соматические симптомы (потеря аппетита, инсомния) и проявления 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 могут быть квалифицированы как «сенестопатии с 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, уртикарноподобная сыпь, ангионевротический отек и др.).

Зрительные обманы восприятия отличаются гротескностью 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, распространяясь, выделяются в воздух над поверхностью кожи («пылят над головой»), заметны в слюне, мокроте, экскрементах.

В 13 набл. отмечаются аутовисцероскопические (эндоскопические) галлюцинации [82] – 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 проецирующимися 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 [464]) по типу *фантастической парафрении* [320]. Бредовые идеи обнаруживают тенденцию к систематизации, что сближает расстройство не только с коэнестезиопатической паранойей, но и с синдромом «поздней парафрении» М. Roth [425; 426]. 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 [91]), проявляющейся в грубой, брутальной 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.

Таким образом, в плане подтверждения квалификации симптомокомплекса как парафренного выступает такая особенность, как элемент громадности (тотальная охваченность паразитами внутреннего пространства организма), что сближает коэнестезиопатическую парафрению с нигилистической (по А.В. Снежневскому [106]) 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. Краепелин [320] идей величия, а также массивного бреда преследования и воздействия. (Автор аналогично параною не выделял ипохондрического варианта парафрении.) В свою очередь, картина коэнестезиопатической парафрении соотносится с наблюдениями Г.А. Ротштейна [88] – 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 [50]); обилием ярких, чувственно конкретных телесных галлюцинаций и алгической модальностью сенестопатий; гротескностью обманов восприятия [329]; 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 параноии и парафрении формируется путем взаимодействия базисных расстройств – массивных зрительных обманов восприятия (галлюцинаций воображения) при минимальной выраженности коэнестезиопатий (поверхностные – эпидермальные тактильные галлюцинации) с лишенным тенденции к систематизации образным бредом.

Зрительным обманам восприятия по типу галлюцинаций воображения [215], доминирующим в структуре синдрома, свойственны яркость, красочность, метафоричность и множественность паразитарных образов («заражение сразу десятью видами»). Например, на коже одновременно обитают паразиты, похожие на «золотистые ленточки, напоминающие магнитофонную ленту», «бабочки в виде крылышек, соединенных перемычкой», «скобочки, нанизанные на нитку наподобие бус», «лепесточки и петушки в виде пучка перьев с острыми носиками». Характерна изменчивость визуальных образов, от беседы к беседе дополняемых все новыми живописными деталями, и непоследовательность характеристик, меняющихся в зависимости от задаваемых вопросов: одни виды паразитов сменяются другими или превращаются друг в друга, распространяются то на один, то на другой участок кожи и т.п.

Квалификация зрительных обманов восприятия как галлюцинаций воображения обоснована такими их характеристиками, как конкретность и яркая визуализация с высокой степенью чувственной насыщенности, эгодистонностью, проекцией вовне (на поверхность кожи «как на экран»), а также множественностью изменчивых галлюцинаторных образов и их метафоричностью, что соотносится с соответствующими характеристиками в описаниях других авторов [18; 28; 215].

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

Обманы восприятия ассоциированы с *бредом воображения* на тему паразитарной инвазии, не сопровождающимся развитием стройной систематизированной бредовой концепции, бредовым и аутодеструктивным поведением, что отличает этот синдром от коэнестезиопатической паранойи и парафрении. 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 и демонстрируются участки кожи, на которых визуализируются паразиты). Описания зрительных образов постоянно дополняются подсказываемыми воображением все новыми и новыми деталями, возникающими словно бы походя, будто бы припоминаемыми.

Такой бред правомерно отнести к патологии воображения, на том основании, что он лишен внутренней логики и вытекает из спонтанной ассоциации образов, связанных с представлением о заражении живыми паразитами (наглядно-образная разновидность бреда воображения [19]). В пользу интерпретации идеаторных расстройств как бреда воображения также говорит ряд следующих особенностей симптомокомплекса: ведущая роль в формировании бреда зрительных образов [215]; изменчивость, динамичность бредовых представлений – подверженность сиюминутным влияниям при сохранности основной «стрержневой» (паразитарной) фабулы [53]; повышенная внушаемость с включением в бредовую фабулу деталей, почерпнутых из уточняющих вопросов исследователя; феномен припоминания [75] с субъективным ощущением собственной творческой активности в процессе бредовой продукции; частичная критика – преобладание не абсолютной, а относительной уверенности в реальности бредовых представлений, не достигающих степени твердой и постоянной убежденности.

Бред воображения в отличие от коэнестезиопатической паранойи и паранойи не систематизирован – 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. Фактически бред не выходит за рамки констатации идеи кожной паразитарной инвазии (феномен анимации) и вербализации изменчивых описаний паразитарных зрительных образов, постоянно дополняющихся подробностями, поставляемыми патологическим воображением.

Предваряя дальнейшее обсуждение категорий, выделенных в пределах спектра расстройств одержимости кожными паразитами, необходимо отметить

следующее. Расстройства этого спектра, протекающие с **сутяжным бредом, сенситивным бредом отношения с идеями заражения окружающих, бредом преследования паразитами**, характеризуются минимальной представленностью как телесных сенсаций, так и зрительных обманов восприятия, что в свою очередь определяет соответствующую структуру идеаторной составляющей обсуждаемых симптомокомплексов, отличную от бреда при коэнестезиопатической паранойе и парафрении, а также бреде воображения. Идеаторная составляющая, с одной стороны, обнаруживает психопатологическую незавершенность собственно бреда одержимости паразитами, соотносящуюся с элементарностью сенсопатий, а с другой стороны, не ограничивается убежденностью в паразитарной инвазии. Отмечается тенденция к ее трансформации путем усложнения «дерматозойной фабулы» бредовыми представлениями иного содержания (сутяжным бредом, сенситивным бредом отношения с идеями заражения окружающих, бредом 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. Ниже приведены психопатологические характеристики идеаторной (бредовой) составляющей каждого из трех указанных синдромов.

Сутяжный бред одержимости кожными паразитами (7 набл.; 5 жен., 2 муж.) отличается доминированием 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 – 5 набл., реже – ипохондрического содержания по типу бреда ущерба здоровью – 2 набл.).

Больные, не удовлетворяясь отрицательными результатами объективных обследований, вовлечены в процесс «миграции» из одного медицинского учреждения в другое в поисках специалиста, способного поставить «правильный диа-

гноз». При этом на первый план выходит не борьба за якобы поправные права, а отстаивание собственной правоты относительно реальности существования паразитов. Последнее становится самоцелью, а собственно лечение и избавление от паразитов словно бы уходит на второй план. При этом любой намек на психическую природу расстройства вызывает бурное негодование, врача подозревают в некомпетентности и меняют специалиста. В то же время персекуторные бредовые идеи намеренного причинения вреда медицинским персоналом вследствие бездействия или «заговора» не формируются. Фактически речь идет о сутяжном бреде «иной болезни» [95], при котором доминирует убеждение, что больного намерены лечить не от того заболевания, которым он в действительности страдает.

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 [235; 292; 327].

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 [395; 438], 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 в изученных наблюдениях (6 набл.; 3 жен., 3 муж.) формируется на отдаленных этапах динамики сенситивного развития с идеями отношения «непаразитарного» содержания. Бредовая фабула при манифестации дерматозойного бреда 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 парафрени, когда доминирует убежденность в тотальной пандемии с постоянным заражением от окружающих, здесь бредовая фабула определяется инвертированными идеями – в качестве единственного источника инфекации выступает сам больной.

С убежденностью в заражении окружающих тесно связаны сенситивные идеи отношения, содержанием которых становится этический конфликт. Преобладают жалобы на постоянное чувство вины, восприятие себя как причины распространения «заразы». Признаки инфекации постоянно фиксируются. Пациенты замечают, как коллеги чешутся, а родственники жалуются на зуд. Поведение окружающих интерпретируется бредовым образом: судя по намекам, случайным фразам и поведению, им известно об источнике заражения («сосед издалека завел разговор о блохах у собаки», «начальство, придираясь, заговорило о чистоте», «коллега перевелась в другую смену»). *Бредовое поведение* характеризуется не только избеганием ситуаций, способствующих «заражению» окружающих, но и миграцией (развод с зараженным супругом, переезд в другую квартиру, многократная смена работы). При этом методы борьбы с паразитами не разрабатываются, а *аутоагрессивное* поведение, как правило, отсутствует – кожные покровы лишены артифициальных элементов.

Таким образом, обсуждаемый симптомокомплекс сопоставим по своей психопатологической структуре с расстройством по типу бреда распространения неприятных запахов (бромидроза) с сенситивными идеями отношения [134]. Последний сходным образом определяется сочетанием обманов восприятия (обонятельных галлюцинаций – запах физиологических выделений) с бредовой убежденностью (уверенностью в объективности бромидроза) и соответствующими

сенситивными идеями отношения, сопровождающимся избегающим поведением и бредовой миграцией.

Бред преследования паразитами (6 набл.; 3 жен., 3 муж.) манифестирует по типу бредовой вспышки при неблагоприятно протекающей юношеской шизофрении в структуре осевого обсессивно-компульсивного расстройства (мизофобии) и носит транзиторный характер (2-4 мес.).

Бредовая фабула отличается доминированием персекуторных бредовых представлений – поверхность кожи воспринимается как объект нападения паразитов извне, а не местом их постоянного обитания. Ареалом паразитов является жилище пациентов – квартира/комната, случайным образом заселенная насекомыми. При этом идеи преднамеренного заражения недоброжелателями не развиваются (экологический бред [58; 69]). «Паразиты» визуализируются на предметах обстановки, откуда попадают на кожу, контаминируя ее, но не внедряясь в пространство организма. Идея инвазии актуализируется только при сопровождающемся появлением поверхностных кожных нестезиопатий 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, артификальные кожные нарушения проявляются шелушением и мацерацией кожи в результате частого контакта с водой и антисептиками при мытье.

Таким образом, квалификация такого варианта дерматозойного бреда как персекуторного определяется доминирующей убежденностью в нападении паразитов, фактически подменяющих собой преследователей. Паразиты в представлениях пациентов, заполняя жилое помещение и нападавая извне, выступают в качестве доставляющей страдания внешней угрозы (не только лишены способности внедряться в пространство организма, но и не обитают на поверхности кожи). При этом собственно ипохондрическая составляющая синдрома минимизирована – па-

разиты лишены характеристик вызывающих соответствующее заболевание патогенов.

В свою очередь содержание бреда тесно связано с денотатом коморбидного обсессивно-компульсивного расстройства – контаминационных навязчивостей (мизофобии). Идеи загрязнения изначально представлены фобиями экстракорпоральной угрозы [55] – 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 (здесь – по типу «навязчивых галлюцинаций» [26; 444]) происходит видоизменение идеаторных расстройств – дополнение обсессивной фабулы бредом преследования паразитами, сохраняющим характеристики «экстракорпоральной угрозы» [1], исходно свойственные обсессиям. При этом речь не идет о полном замещении обсессивно-фобического синдрома бредовым, как это отмечается в публикациях ряда авторов [74; 262; 399]. Бред преследования паразитами представлен единым симптомокомплексом особой структуры, включающим обсессивные расстройства и галлюцинаторно-бредовые феномены [37; 38; 55], образующие устойчивые коморбидные связи на уровне «общих симптомов» [384]. 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. В пределах континуума от патологии невротического/конституционального регистра к бредовому происходит накопление заболеваний эндогенно-процессуального круга. При **кожном органном неврозе, синдромах коэнестезиопатических конфабуляций, компульсивных/импульсивных экскораций** преобладают невротические и па-

тохарактерологические расстройства, в нозологическом плане в большинстве случаев (84,4-92,9%) квалифицируемые в рамках фаз и развитий (с выявлением телесных ощущений, obsessions, дисфории), а на долю вялотекущей шизофрении (психопатоподобной, невротоподобной, ипохондрической) приходится от 7,1% до 15,6% наблюдений. При **сверхценной ипохондрии** частота эндогенно-процессуальной патологии возрастает до 45,5%, а при **коэстезиопатической паранойе и расстройствах спектра одержимости кожными паразитами** доминируют (59,4%) различные формы шизофрении, представленные не только вялотекущей, но и приступообразно-прогредиентной, а также непрерывно-прогредиентной формами. (Тропизм кожного покрова к патохарактерологическим нарушениям и расстройствам шизофренического спектра может также объяснять отсутствие в обследованной выборке аффективных заболеваний).

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

Анализ **психологических характеристик** 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 ощущения («Зуд», «Жжение», «Онемение», «Горячий» и др.) выступают в качестве ядерных при объединении с описаниями (2) интрацептивно переживаемых эмоциональных состояний («Тревога», «Тоска», «Отчаяние», «Грусть» и др.), (3) общесоматических ощущений («Тошнота», «Лихорадка», «Знобить», «Истощение», «Слабость» и др.), (4) ощущений мучительного характера («Мучительно», «Герзающий», «Изнуряющий» и др.), (5) экстрацептивных ощущений («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 органом 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 кожных покровов выявляется склонность к идеализации и наличие тревоги по поводу болезненного и изменяющегося состояния кожных покровов; с кожными ощущениями объединяются слова, свидетельствующие о наличии развернутых представлений о течении и динамике заболевания.

При *синдроме компульсивных экскориаций* 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 экскориаций* основой объединения болезненных ощущений являются (аналогично синдрому компульсивных экскориаций) 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 кожные покровы воспринимаются как принадлежащие себе.

При *коэнестезиопатической 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 процессом, 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 лите-

ратуре – от 2,0 до 9,6% [2; 65]. 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 дерматотропным лечением.

При анализе среднего числа проведенных четырехнедельных курсов психофармакотерапии и общей длительности лечения, выполненном дифференцированно 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 брезовому 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 психопатологических расстройств в процессе терапии, показал, что при расстройствах более легких регистров (кожный органический невроз, синдром коэнестезиопатических конфабуляций, синдром компульсивных/импульсивных эксфолиаций) 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.

ВЫВОДЫ

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

1. Распространенность психодерматологических синдромов, установленная в дерматологической сети, составляет 4,7%, из которых 1,3% (доля – 27,7%) приходится на патологию тяжелых психопатологических регистров (сверхценные/бредовые образования), что значительно превышает соответствующие доле 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 (тревно- 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 экскориаций, ограниченная ипохондрия, коэнестезиопатическая паранойя и расстройства спектра одержимости кожными паразитами (коэнестезиопатическая парафрения, дерматозойный бред воображения, сутяжный бред, сенситивный бред отношения с идеей зарезания 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 эксориаций (распространенность – 0,5%) образован сочетанием зуда по типу эпидермальной дизестезии и тактильных иллюзий с обсессивно-компульсивными нарушениями (навязчивыми расчесами).
- 3.4. Синдром импульсивных эксориаций (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 ассоциированными 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 паранойе массивным коэнестезиопатиям (тактильные и висцеральные галлюцинации, сенестопатии, соматоформная вегетативная дисфункция), а также зрительным, слуховым, обонятельным галлюцинациям, вовлекающим и кожу, и внутреннюю среду организма, конгруэнтен паранойяльной 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 бред, сенситивный бред отношения с идеей заражения окружающих, бред преследования паразитами) в пределах спектра расстройств одержимости кожными паразитами реализуется за счет эскалации бредовых (сутяжных, сенситивных) образований и обсессивно-компульсивных феноменов (мизофобии со страхом экстракорпоральной угрозы), гетерономных психодерматологическим расстройствам.

4. Нозологическая квалификация изученных расстройств коррелирует с ранжированными в пределах континуума от невротических к бредовым психодерматологическими синдромами:

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

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

5. Сформированные в результате комплексного психологического исследования коэнестезиопатий интрацептивные словари соотносятся с бинарной психопатологической структурой изученных расстройств: кластеры кожных ощущений и общесоматических ощущений, непосредственно ассоциированы с кластерами интрацептивно переживаемых эмоциональных состояний и обнаруживают особенности, соотносящиеся с психопатологическими характеристиками соответствующих психодерматологических синдромов.

б. Основным методом лечения психодерматологических синдромов, 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.

б.1. Целевыми симптомами при терапии психодерматологических синдромов являются коэнестезиопатии и другие сенсопатии, вслед за редукцией которых происходит дезактуализация производных – невротических, сверхценных, бредовых образований.

б.2. Эффективность терапии (соотношение ремиттеры/респондеры/нонреспондеры) определяется регистром психопатологических нарушений в пределах континуума психодерматологических синдромов:

б.2.1 Полная редукция симптоматики чаще всего достигается при терапии кожного органического невроза и синдрома коэнестезиопатических конфабуляций (соотношение – 80,8/13,5/5,7%).

б.2.2 Возможности достижения синдромальной (полной) ремиссии при психодерматологических синдромах обсессивно-компульсивного и импульсивного круга лимитированы 2/3 случаев (синдромы компульсивных/импульсивных экскораций - 69,2-70,6/15,4-17,6/15,4-11,8%).

б.2.3 Полная редукция симптоматики при ограниченной ипохондрии достижима приблизительно в половине наблюдений (соотношение – 47,1/29,4/23,5%).

б.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%).

б.3. Дифференциация дерматологических проявлений в пределах континуума психодерматологических синдромов от соматоформной вегетативной дисфункции (при каждом органическом неврозе/синдроме коэнестезиопатических конфабуляций) к нарастающим по тяжести артифициальным 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 средством 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 эксориаций 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, зипразидон), 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, отнесенным 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 органическом неврозе и синдроме коэнестезиопатических конфабуляций – коррекция

дисфункциональных убеждений («катастрофическое мышление», «тревога о здоровье», «вторичные конфабуляции»). При синдроме компульсивных/импульсивных эксориаций – 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 артифициальных расстройств, целесообразно проводить эпителизирующими препаратами. 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 эксориациях, 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, артифициальный хейлит и т.п.) с целью тестирования модели бинарной структуры применительно к указанным расстройствам. Перспективной пред-

ставляет экстраполяция полученных данных о базисной роли коэнестезиопатий на другие области психосоматической медицины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андриющенко, А. В. Проблемы синдромальной коморбидности депрессивных и обсессивно-фобических расстройств: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Андриющенко Алиса Владимировна. – М., 1995. – 42 с.
2. Андриющенко, А. В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия): дисс. ... докт. мед. наук: Андриющенко Алиса Владимировна. – М., 2011. – 384 с.
3. Анзьё, Д. Я-кожа / Д. Анзьё. – Ижевск: ERGO, 2011. – 302 с.
4. Арина, Г. А. Психосоматический симптом как феномен культуры: в сборнике «Телесность человека: междисциплинарные исследования» / Г. А. Арина. – М.: Философское общество СССР, 1991. – С. 45–54.
5. Арина, Г. А. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа : Междисциплинарные проблемы психологии телесности / Г. А. Арина, В. В. Николаева. – М., 2004. - С. 117-128.
6. Архангельская, Е. И. Синдром дерматозойного бреда в клинической практике. / Е. И. Архангельская, А. Е. Архангельский // Вестник дерматологии и венерологии. – 1977. – №11. – С. 69-72.
7. Басов, А. М. Сенестопатическая шизофрения (клиника, терапия, реабилитация): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Басов Андрей Михайлович – М., 1981 – 17 с.
8. Башкиров, П. Н. Учение о физическом развитии человека / П. Н. Башкиров. – М.: Изд-во МГУ, 1962. – 339 с.

9. Белова, Н. А. Врожденная брезгливость в аспекте патологического развития личности / Н. А. Белова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – №8. – С. 15-20.
10. Белова, Н. А. Контаминационные навязчивости в рамках шизофрении и расстройств личности: ... автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Белова Надежда Андреевна. – М., 2013. – 25 с.
11. Бескова, Д. А. Клинико-психологические характеристики внешней и внутренней границ телесности: дисс. ... канд. психол. наук: Бескова Дарья Александровна. – М., 2006. – 220 с.
12. Бехтерев, В. М. Одержимость гадами / В. М. Бехтерев // Обозр. псих., неврол. и экспер. психол. – 1900. – №5. – С. 330-332.
13. Бехтерев, В. М. Соматофрения / В. М. Бехтерев // Обозр. псих. невропат. и рефлексологии. – Л., 1928. – № 1(3). – С. 5-12.
14. Брюн, Е. А. Формы и динамика тактильного галлюциноза позднего возраста: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Брюн Евгений Алексеевич. – М., 1984. – 22 с.
15. Буренина, Н. И. Патологические телесные сенсации в форме телесных фантазий (типология, клиника, терапия): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Буренина Наталья Игоревна. – М., 1997. – 23 с.
16. Бурлова, Т. В. Патомимия в клинике гнойной хирургии (клиника, диагностика, лечение): дисс. ... канд. мед. наук: Бурлова Татьяна Валентиновна. – М., 1998. – 121 с.
17. Бухтояров, О. В. Психогенный кофактор канцерогенеза. Возможности применения гипнотерапии / О. В. Бухтояров, А. Е. Архангельский. – Спб.: Алетейя, 2008. – 264 с.
18. Вертоградова, О. П. Психопатологические аспекты острого бреда / О. П. Вертоградова // Вопросы общей психопатологии. – М.: Медицина, 1976. – С. 63-70.

19. Варавикова, М. В. Приступообразная шизофрения с преобладанием бреда воображения (психопатология, клиника, лечение, прогноз): дисс. ... канд. мед. наук: Варавикова Марина Вячеславовна. – М., 1994. – 213 с.
20. Вовин, Р. Я. Материалы к анализу генеза и структуры некоторых форм бреда в свете данных лечения нейролептиками / Р. Я. Вовин // Вопросы психиатрии и неврологии. – Л., 1959. – Вып. 4. – С. 247-258.
21. Волель, Б. А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия): автореф. дисс. ... докт. мед. наук: Волель Беатриса Альбертовна – М., 2009. – 47 с.
22. Выготский, Л. С. Основные течения современной психологии / Л. Выготский, С. Геллерштейн, Б. Фингерт, М. Ширвиндт. – М.-Л.: Государственное издательство, 1930 – 264 с.
23. Гаврилова, С. И., Руководство по гериатрической психиатрии / С. И. Гаврилова. – М.: Пульс, 2011. – 380 с.
24. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. – М.: Север, 1933. – 143 с.
25. Гейер, Т. А. К постановке вопроса об «инволюционной истерии» / Т. А. Гейер // Труды психиатрической клиники I Московского Государственного Университета. – М., 1927. – Вып. 2. – С. 45-51.
26. Гиляровский, В. А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов / В. А. Гиляровский. – М.; Л.: Биомедгиз, 1954. – 520 с.
27. Горчаков, И. А. Своеобразный случай патомимии. / И. А. Горчаков // Вестн. дерматол. венерол. – 1946. – №2. – С. 60-61.
28. Дементьева, Н. Ф. К разграничению понятий «чувственный» и «образный» бред. / Н. Ф. Дементьева // Вопр. общей психопатологии. – М., 1976. – С. 70–82.
29. Дороженок, И. Ю. Рисперидон при терапии патомимии в клинике психодерматологии / И. Ю. Дороженок, А. Н. Львов, М. А. Терентьева // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – №6. – С. 236-237.

30. Дороженок, И. Ю. Современные аспекты психофармакотерапии психодерматологических расстройств / И. Ю. Дороженок // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – № 6. – С. 274–276.
31. Дубницкая, Э. Б. Малопрогрессирующая шизофрения с преобладанием истерических расстройств (клиника, дифференциальная диагностика, терапия): дисс. ... канд. мед. наук: Дубницкая Этери Брониславовна. – М., 1979. – 192 с.
32. Дубницкая, Э. Б. Транзиторные психозы с картиной экзистенциальных кризов / Дубницкая Э. Б., Романов Д. В. // Психиатрия. – 2007. – № 4 (28). – С. 24-34.
33. Ельцов, В. И. К вопросу о циклической организации времени жизни чело-века. / В. И. Ельцов // Материалы IV Международной конференции «Циклы». – Ставрополь: СевКавГТУ, 2002.
34. Железнова, М. В. Двигательные навязчивости при неврозоподобной шизофрении (клиника, типология, терапия): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Железнова Мария Владимировна. – М., 2008. – 25 с.
35. Жислин, С. Г. Очерки клинической психиатрии / С. Г. Жислин. – М.: Медицина, 1965. – 320 с.
36. Жмуров, В. А. Психопатология / В. А. Жмуров. – Н. Новгород, 2002. – 668 с.
37. Загороднова, Ю. Б. К проблеме навязчивых галлюцинаций / Ю. Б. Загороднова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – №2. – С. 24-28.
38. Загороднова, Ю. Б. Коморбидные обсессивно-компульсивные и галлюцинаторно-бредовые расстройства при вялотекущей шизорении (клиника, терапия) : автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Загороднова Юлия Борисовна. – М., 2010. – 25 с.
39. Задгер, И. Эротика кожи, слизистой и мышц: психология и психопатология кожи : тексты / Задгер И.; сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин, М.Л. Мельникова. – Ижевск: ERGO; М.: Когито-Центр, 2011. – С. 7-40.

40. Иванов, О. Л. Справочник дерматовенеролога / О. Л. Иванов, А. Н. Львов. – М., 2001. – С. 216-218.
41. Иванов, О. Л. Фармакотерапия в дерматовенерологии: история, проблемы, перспективы : РЛС-доктор (справочное издание для врачей) / О. Л. Иванов, А. Н. Львов. – М.: «РЛС-2005», 2004. – С. 1-17.
42. Иванов, О. Л. Кожные и венерические болезни: справочник / О. Л. Иванов. – М., 2007. – 336 с.
43. Иванов, С. В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: Иванов Станислав Викторович – М., 2002. – 43 с.
44. Иванов, С. В. Терапия психосоматических расстройств: монография «Психические расстройства в клинической практике» / С. В. Иванов; под общ. ред. А. Б. Смулевича. – М., 2011. – С. 441-607.
45. Иванова, Н. С. Клиника галлюцинаторных состояний в позднем возрасте: дисс. ... канд. мед. наук: Иванова Н. С. – М., 1965. – 366 с.
46. Каламкрян, А. А. Кожный зуд, протекающий по типу тактильного галлюциноза / А. А. Каламкрян, Е. А. Брюн, В. Н. Гребенюк // Вестн дерматологии и венерологии. – 1978. – №8. – С. 90-92.
47. Каменева, Е. Н. Шизофрения. Клиника и механизмы шизофренического бреда / Е. Н. Каменева. – М.: МЗ СССР, Научно-исследовательский институт психиатрии, 1957. – 195 с.
48. Каменюк, В. В. К вопросу о дифференциальной диагностике пресенильных психозов и климактерических неврозов: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Каменюк В. В. – М., 1971. – 24 с.
49. Кан, Дж. Аллергичные дети: их психика и кожа : психология и психопатология кожи : тексты / Дж. Кан; сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин, М. Л. Мельникова. – Ижевск: ERGO; М.: Когито-Центр, 2011. – С. 142-148.
50. Кандинский, В. Х. О псевдогаллюцинациях, критико-клинический этюд / В. Х. Кандинский. – Нижний Новгород: издательство НГМА, 2001 (ориг. 1890). – 99 с.

51. Каннабих, Ю., Циклотимия, ее симптоматология и течение / Ю. Каннабих. – М.: товарищество «Печатня С. И. Яковлева», 1914. – 419 с.
52. Кербиков, О. В. Острая шизофрения / О. В. Кербиков. – М.: Медицина, 1949. – 176 с.
53. Киндрас, Г. П. О психопатологии острого бреда воображения : вопросы общей психопатологии / Г. П. Киндрас; под. общ. ред. О. П. Вертоградовой – М.: Министерство здравоохранения РСФСР, Московский научно-исследовательский институт психиатрии, 1976. – С. 106-119.
54. Кожевников, П. В. Роль неврозов в дерматологии. Неврозы и соматические расстройства. Материалы всесоюзной научной конференции 14-17 декабря 1966 гг. – Ленинград, 1966. – С. 189-192.
55. Колюцкая, Е. В. Обсессивно-фобические расстройства при шизофрении и нарушениях шизофренического спектра: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: Колюцкая Елена Владимировна. – М., 2001. – 26 с.
56. Консторум, С. И. Ипохондрическая форма шизофрении (второе, катмнестическое сообщение) / С. И. Консторум, С. Ю. Барзак, Э. Г. Окунева // В кн.: Труды инст. им. Ганнушкина. – М., 1939. – С. 85-92.
57. Концевой, В. А. Транзиторные приступы при шизофрении: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Концевой Виктор Анатольевич – М., 1965. – 20 с.
58. Концевой, В.А. Функциональные психозы позднего возраста: руководство по психиатрии / В. А. Концевой; под общ. ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Том 1. – с. 667-721
59. Королев, Ю. Ф. Артифициальные дерматиты. Патогенез и терапия кожных и венерических заболеваний: сборник научных работ / Ю. Ф. Королев – Минск: Н.-и. кож.-венерол. ин-т МЗ БССР, 1984. – вып. 27. – С. 81-85.
60. Корсаков, С. С. Курс психиатрии. – М.: Т-во И.Н. Кушнеревъ и К^о, 1901. – 604 с.
61. Крылов, В. И. Психология и психопатология воображения (когнитивные функции и воображение) / В.И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Том 14. – № 3.– С. 4-14.

62. Левензон, Ф. А. Трудоспособность при шизофрении с выраженным ипо-хондрическим синдромом: труды института им. П.Б. Ганнушкина / Ф. А. Левензон. – М., 1939. – Вып. 3. – С. 93-121
63. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – Л.: Медицина, 1983. – 255 с.
64. Личко, А. Е. Шизофрения у подростков / А. Е. Личко. – Л.: Медицина, Ленингр. отд., 1989. – 214 с.
65. Львов, А. Н. Дерматозы, коморбидные с психическими расстройствами: классификация, клиника, терапия и профилактика: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: Львов Андрей Николаевич – М., 2006. – 52 с.
66. Львов, А. Н. Невротические эксориации, коморбидные инволюционной истерии / А. Н. Львов, М. А. Терентьева // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2005. – № 6. – С. 40–44.
67. Макдугалл, Дж. Театры тела: психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств / Дж. Макдугалл. – М.: Когито-Центр, 2006. – 215 с.
68. Матюшенко, Е. Н. Дисморфофобия в дерматологической практике (аспекты клиники, типологии и терапии): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Матюшенко Екатерина Николаевна. – М., 2013. – 24 с.
69. Медведев, А. В. Бредовые и галлюцинаторные расстройства при поздних психозах, протекающих с картиной «параноида жилья» / А.В. Медведев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1990. – Том 90. – №9. – С. 62-67.
70. Мелехов, Д. Е. Шизофрения с истерическими проявлениями: труды института им. П.Б. Ганнушкина / Д. Е. Мелехов, С. А. Шубина, С. И. Коган и др. – М., 1936. – в I. – С. 91-126.
71. Мельникова, М. Л. Психология дерматологических расстройств / М. Л. Мельникова. – Ижевск: ERGO, 2007. – 48 с.
72. Миллер, М. Психодинамические механизмы в случае нейродермита : психология и психопатология кожи: тексты / М. Миллер; сост. и науч. ред. С. Ф.

Сироткин, М. Л. Мельникова. – Ижевск: ERGO; М.: Когито-Центр, 2011. – С. 76-94.

73. Морозов, В. М. О взаимных связях бредовых симптомокомплексов с синдромом Корсакова: труды института им. П. Б. Ганнушкина / В. М. Морозов. – М., 1939. – Вып. 3. – С. 278-290.

74. Морозов, В. М. Об истерических симптомах и явлениях навязчивости при шизофрении. / В. М. Морозов, Р. А. Наджаров // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1956. – № 2. – С. 937-941.

75. Морозов, В. М. О хроническом бреде воображения / В. М. Морозов // Тезисы доклада на VI Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров. – М., 1975. – С. 86-87.

76. Морозов, Г. В. Введение в клиническую психиатрию / Г. В. Морозов, Н. Г. Шумский. – Н.Новгород: издательство НГМА, 1998. – 426 с.

77. Наджаров, Р. А. Формы течения. В кн. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование / Р. А. Наджаров; под общ. ред. А. В. Снежневского. – М.: Медицина, 1972. – С. 16-76.

78. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование / В. В. Николаева. – М.: Издательство Московского Университета, 1987. – 168 с.

79. Николаева, В. В. Психосоматика: телесность и культура. / Николаева В.В., Тхостов А.Ш., Зинченко Ю.П. и др. – М.: Академический проект, 2009. – 311 с.

80. Осипов, В. П. Одержимость гадами и ее место в классификации психозов / В. П. Осипов // Обзорение психиатрии, неврологии и медицинской психологии. – 1905. – № 2. – С. 122-139.

81. Пайнз, Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / Д. Пайнз. – СПб.: Б.С.К.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1997. – 193 с.

82. Полтавский, В. Г. Аутовисцероскопические галлюцинации / В. Г. Полтавский // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 1965. – Том 65. – Вып. 12. – С. 1832-1839.
83. Романов, Д.В. Экзистенциальные кризы в дебюте небредовой ипохондрии: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Романов Дмитрий Владимирович. – М., 2008. – 24 с.
84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. 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.
88. Ротштейн Г. А. Ипохондрическая шизофрения. – М.: Государственный научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР, 1961. – 138 с.
89. Семке, В. Я. Развитие Сибирской психоонкологии / В. Я. Семке, Е. Л. Чойнзонов, И. Е. Куприянова и соавт. – Томск: Издательство Томского университета, 2008. – 198 с.
90. Сергеев, И. И. Транзиторные психозы шизофренического спектра. / И. И. Сергеев, А. В. Петракова – Астрахань: , 2004. – 112 с.
91. Сергеев, И. И. Несуицидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра (варианты, феноменология, коморбидность) / И. И. Сергеев, С. Д. Левина – М., Цифровичок, 2009. – 172 с.

92. Смулевич, А. Б. Проблема паранойи / А. Б. Смулевич, М. Г. Щирин. – М.: Медицина, 1972. – 184 с.
93. Смулевич, А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич. – М.: Медицина, 1987. – 240 с.
94. Смулевич, А. Б. К проблеме аллопатических состояний : ипохондрия и соматоформные расстройства / А. Б. Смулевич, А. О. Фильц, М. О. Лебедева; под общ. ред. А. Б. Смулевича. – М.: Академия медицинских наук, НИИ Клинической психиатрии, 1992. – С. 40-59.
95. Смулевич, А. Б. Вялотекущая шизофрения в общемедицинской практике / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4. – № 5. – С. 3-12.
96. Смулевич, А. Б. Психические расстройства в дерматологии (к построению современной классификации) / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – №6. – С. 264-266.
97. Смулевич, А. Б. Дерматозойный (зоопатический) бред. / А. Б. Смулевич, В. А. Концевой, И. Ю. Дороженко, А. Н. Львов, В. И. Фролова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – №6. – С. 267-269.
98. Смулевич, А. Б. Ипохондрия циркумскрипта (к проблеме коэнестезиопатической паранойи) / А. Б. Смулевич, В. И. Фролова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. – №3. С. 4-9.
99. Смулевич, А. Б. Современный взгляд на проблему ипохондрии в аспекте клиники и терапии / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая // Фарматека: международный медицинский журнал. – 2006. – № 7 . – С. 71-76.
100. Смулевич, А. Б. Соматопсихоз (коэнестезиопатические расстройства с явлениями экзистенциального криза) / А. Б. Смулевич, Б. А. Волель, А. Л. Сыркин, А. Н. Львов // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – №2. – С. 4-14.
101. Смулевич, А. Б. Психические расстройства в клинической практике / А.Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 720 с.

102. Смулевич, А. Б. 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. – № 1. – С. 14-25.
103. Смулевич, А. Б. Патомимии: психопатология аутоагрессии в дерматологической практике / А. Б. Смулевич, А. Н. Львов, О.Л. Иванов. – М.: МИА, 2012. – 160 с.
104. Смулевич, А. Б. 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.
105. Смулевич, А. Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии / А.Б. Смулевич. – М., Медицинское информационное агентство. – 2013. – 336 с.
106. Снежневский А. В. Общая психопатология: курс лекций. – Валдай: институт психиатрии АМН СССР, 1970. – 190 с.
107. Снежневский, А.В. Руководство по психиатрии. / А.В. Снежневский – М.: Медицина, 1983. – Т.1. – 480 с.
108. Соколовский, С. Р. Основы психологии здоровья / С. Р. Соколовский – Ростов-на-Дону: [б. и.], 2010. – 260 с.
109. Соколовский, С. Р. Психосоматические состояния в терапевтической практике психолога и врача [Электронный ресурс] / С. Р. Соколовский // Medlinks.ru, Психиатрия и психология. – 2010. – Режим доступа: URL:<http://www.medlinks.ru/article.php?sid=41817&query=%D1%EE%EA%EE%EB%EE%E2%F1%EA%E8%E9>.
110. Сосновский, А. Т. Патомимия: лекция / А. Т. Сосновский, Л. С. Капитула // Здравоохранение Беларуси. – 1990. – №11. – С. 58–62.
111. Столяров, Г. В. О так называемом тактильном галлюцинозе / Г. В. Столяров // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1966. – Том 66. – №12. –С. 1812-1816.

112. Терентьева, М. А. Невротические экскорации в рамках психических расстройств (клиника, патопсихология, терапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук: Терентьева Марина Алексеевна. – М., 2007. – 25 с.

113. Терентьева, М. А. Невротические экскорации в рамках психических расстройств (клиника, патопсихология, терапия): дис. ... канд. мед. наук: Терентьева Марина Алексеевна. – М., 2007. – 163 с.

114. Тхостов, А. Ш. Метод исследования интрацептивной семантики при ипохондрических синдромах: тезисы докладов Всесоюзной конференции «Актуальные проблемы пограничной психиатрии». А. Ш. Тхостов, О. В. Ефремова – М.; Витебск, 1989. – Ч. 1. – С. 110-112.

115. Тхостов, А. Ш. Семантика телесности и мифология болезни / А. Тхостов // Телесность человека: междисциплинарные исследования. – М.: Философское общество СССР, 1991. – 342 с.

116. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

117. Тхостов, А. Ш. Объем и категориальная структура словаря внутренних ощущений при разных заболеваниях / А. Тхостов, С. Елшанский, Г. Рупчев // Ежегодник Российского психологического общества. – 2003. – Т. 7. – С. 563-565.

118. Тхостов, А. Ш. 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.

119. Ушаков, Г. К. О параноических галлюцинациях воображения при паранойяльных состояниях / Г. К. Ушаков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1971. – Том 71. – №3. – С. 106-112.

120. Фелинская, Н. И. О структуре и динамике реактивных психозов : труды 4-го всесоюзного съезда невропатологов и психиатров / Н. И. Фелинская. – 1965. – Т.5. – С. 24-32.

121. Фролова, В. И. Коэнестезиопатическая паранойя (клинические и терапевтические аспекты дерматозойного бреда): дис. ... канд. мед. наук: Фролова Вероника Игоревна – М., 2006. – 169 с.
122. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. – М: АСТ; Астрель, 2010. – 621 с.
123. Фрумкин, Я. П. Об ипохондрической форме шизофрении / Я. П. Фрумкин, И. Я. Завилянский // Вопросы клиники невропатологии и психиатрии. – 1958. – № 11. – С. 268-290.
124. Цуцуйковская, М. Я. Конечные состояния юношеской злокачественной шизофрении (клинико-катамнестические корреляции) / М. Я. Цуцуйковская, Л. И. Абрамова, И. В. Шахматова и др. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1982. – №7. – С. 1077-1087.
125. Чудаков, В. М. Гипертимические ипохондрии (типологическая дифференциация, предпосылки развития, терапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук: Чудаков Виктор Михайлович. – М., 1994. – с 23.
126. Шахматов, Н. Ф. Галлюцинозы позднего возраста / Н. Ф. Шахматов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1976. –Том 76. – №3. – С. 401-406.
127. Шевалев, Е. А. О запоздалой реактивности / Е. А. Шевалев // Современная психоневрология. – 1935. – № 4(5). – С. 196-207.
128. Штернберг, Э. Я. Геронтологическая психиатрия / Э. Я. Штернберг. – М.: Медицина, 1977. – 216 с.
129. Штернберг, Э. Я. Особые формы психозов позднего возраста: руководство по психиатрии / Штернберг, Э. Я.; под общ. ред. А. С. Тиганова. –М. – 1999. – С. 117-128.
130. Эглитис, И. Р. Сенестопатии / И. Р. Эглитис. – Рига: Зинатне, 1977. – 184 с.
131. Эрикссон, Э. Н. Зоопатические содержания обманов чувств, навязчивых идей и бреда / Э. Н. Эрикссон // Современная психиатрия – 1909. – В. 3. – С. 270-288.

132. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997. – 1054 с.
133. Ястребов, В. С. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации. В. С. Ястребов, О. А. Гонжал, Г. В. Тюменкова, И. И. Михайлова – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – 18 с.
134. Ястребов, Д.В. Социальная фобия и сенситивные идеи отношения (клиника и терапия): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Ястребов Денис Васильевич. – М., 2000. – 24 с.
135. Abramowitz, J. S. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: a biopsychosocial approach / J. S. Abramowitz, A. E. Braddock– Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers. 2008. – 332 pp.
136. Ackermann, N. A. Personality factors in neurodermatitis. A case study / N. A. Ackermann // *Psychosom. Med.* – 1939. – №1. – P. 366.
137. Adamson H. G. Neurotic Excoriations / H. G. Adamson // *Proc. R. Soc. Med.* – 1909. – № 2. – P. 158-159.
138. Aït-Ameur, A. Le délire de parasitose ou syndrome d'Ekbohm / A. Aït-Ameur, P. Bern, M. P. Firolini, P. Menecier // *Rev. Med. Interne.* – 2000. – № 21. – P. 182-186.
139. Akhtar, S. Paranoid personality disorder: a synthesis of development, dynamic and descriptive features / S. Akhtar // *Am. J. of Psychotherapy* – 1990. – №44. – P. 5-25.
140. Aktan, S. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic / S. Aktan, E. Ozmen, B. Sanli // *Dermatology.* – 1998 – 197(3). – P. 230-234.
141. Alabi, G. O. Trends in the pattern of skin diseases in Nigeria / G. O. Alabi // *Nig. Med. J.* – 1980. – №10. – P. 163–168.
142. Albares, M. P. The demand for dermatology and the spectrum of skin disease in the immigrant population of Southeast Spain. Differences depending on the geographical origin / M. P. Albares, I. Belinchón, J.M. Ramos, J. Sánchez-Payá, I. Betlloch // *Eur. J. Dermatol.* – 2011. – №21(4). – P. 585-590.

143. Alves, C. J. Secondary Ekbohm syndrome to organic disorder: report of three cases / C. J. Alves, A. C. Martelli, L. Fogagnolo, P. W. Nassif // *An. Bras. Dermatol.* – 2010. – №85(4). – P. 541-544.
144. Ament, P. Effects of suggestion on pruritus with cutaneous lesions in chronic myelogenous leukemia / P. Ament, H. Milgrom // *J. Am. Soc. Psychosom. Dent. Med.* – 1967. – №14. – P. 122–125.
145. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 5th ed. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
146. Andrews, E. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis manifesting as delusions of infestation: case studies of treatment with haloperidol / E. Andrews, J. Bellard, W. G. Walter-Ryan // *J. Clin. Psychiatry.* – 1986. – №47(4). – P. 188-190.
147. Anzieu D. Autistic phenomena and the skin ego / D. Anzieu // *Psychoanalytic Inquiry.* – 1993. – №13. – P. 42-48.
148. Anzieu D. *Le moi-peau* / D. Anzieu. – Paris: Bordas, 1985. – 291 p.
149. Arnold, L. M. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriations / L. M. Arnold, S. L. McElroy, D. F. Mutasim et al. // *J. Clin. Psychiatry.* – 1998. – №59. – P. 509-514.
150. Arnold, L. M. An open clinical trial of fluvoxamine treatment of psychogenic excoriation / L. M. Arnold, D. F. Mutasim, M. M. Dwight et al. // *J Clin Psychopharmacol.* – 1999. – №19. – P. 15–18.
151. Arnold, L. M. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment / L. M. Arnold, M. B. Auchtenbach, S. L. McElroy // *CNS Drugs.* – 2001. – №15(5). – P. 351-359.
152. Arone di Bertolino, R. Hypnosis in dermatology / R. Arone di Bertolino // *Minerva Med.* – 1983. – №74(51-52). – P. 2969-2973.
153. Arzeno Ferrão, Y. Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder / Y. Arzeno Ferrão, V. P. Almeida, N. R. Bedin, et al. // *Compr. Psychiatry.* – 2006. – № 47. – P. 282-288.

154. Aw, D. C. Delusional parasitosis: case series of 8 patients and review of the literature / D. C. Aw, J. Y. Thong, H. L. Chan. // *Ann. Acad. Med. Singapore*. – 2004. – №33. – P. 89–94.
155. Azrin, N. H. Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics / N. H. Azrin, R. G. Nunn // *Behav. Res. Ther.* – 1973. – №11(4). – P. 619-628.
156. Bae, B. G. Progressive muscle relaxation therapy for atopic dermatitis: objective assessment of efficacy / B. G. Bae, S. H. Oh, C. O. Park et al. // *Acta. Derm. Venereol.* – 2012. – № 92(1). – P. 57-61.
157. Bashir, K. The pattern of psychiatric morbidity in attendees of a dermatology clinic / K. Bashir, M. H. Rana // *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. – 2006. – №56(3). – P. 250-256.
158. Battegay, R. Tactile-symbiotic relationship as the earliest step of child development / R. Battegay // *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* – 1992. – №38(2). –P. 115-128.
159. Bebbington, P.E. Monosymptomatic hypochondriasis, abnormal illness behaviour and suicide / P.E. Bebbington // *Brit. J. Psychiat.* – 1976. – №128. – P. 475-478.
160. Beck A. T. Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects / A. T. Beck. – New York: Staples Press, 1969. – 370 p.
161. Ben-Tovim, D. I. Zero progress with hypochondriasis / D. I. Ben-Tovim, A. Esterman // *Lancet*. – 1998. – Vol. 352. – № 9143. – P. 1798-1799.
162. Bergasa, N. V. Gabapentin in patients with the pruritus of cholestasis: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial / N. V. Bergasa, M. McGee, I. H. Ginsburg, D. Engler // *Hepatology*. – 2006. – №44(5). – P. 1317-1323.
163. Bergmann, B. Zur Genese der taktilen Halluzinose bzw. des Dermatosenwahns / B. Bergmann // *Nervenarzt*. – 1957. – Bd.28. – S. 22-27.
164. Berrios, G. E. Tactile hallucinations: conceptual and historical aspects / G. E. Berrios // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 1982. – №45(4). – P. 285-293.
165. Berrios, G. E. Delusional parasitosis and physical disease / G. E. Berrios // *Compr. Psychiatry*. – 1985. – №26(5). – P. 395-403.

166. Berrios, G. E. Symptoms historical perspective and effect on diagnosis : Psychosomatic Medicine / G. E. Berrios, J. S. Marcova; M. Blumenfield, J. J. Strain (eds.). – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. – P. 27-38.
167. Bers, N. Die chronish tactile Halluzinose / N. Bers, K. Conrad // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1954. – Bd. 22. – S. 254-270.
168. Besiroglu, L. Childhood traumatic experiences, dissociation and thought suppression in patients with ‘psychosomatic’ skin disease / L. Besiroglu, N. Akdeniz, M. Y. Agargun et al. // Stress and Health. – 2009. - Vol. 25, 25: 121–125
169. Bewley, A. P. Delusional parasitosis: time to call it delusional infestation / A. P. Bewley, P. Lepping, R. W. Freudenmann, R. Taylor // Br. J. Dermatol. – 2010. – №163. – P. 1-2.
170. Bhatia, M. S. Delusional parasitosis: a clinical profile / M. S. Bhatia, T. Jagawat, S. Choudhary // Int. J. Psychiatry Med. – 2000. – №30(1). – P. 83-91.
171. Bhatia, M. S. Delusional infestation: a clinical profile / M. S. Bhatia, A. Jhanjee, S. Srivastava // Asian. J. Psychiatr. – 2013. – №6(2). – P. 124-127.
172. Bigata, X. Severe chronic urticaria: response to mirtazapine / X. Bigata, G. Sais, F. Soler // J. Am. Acad. Dermatol. – 2005. – №53. – P. 916–917.
173. Biondi, M. Paroxetine in a case of psychogenic pruritus and neurotic excoriations / M. Biondi, T. Arcangeli, R. M. Petrucci // Psychother. Psychosom. – 2000. – №69. – P. 165–166.
174. Birket-Smith, M. Mental disorders and general well-being in cardiology outpatients-6-year survival / M. Birket-Smith, B. H. Hansen, J. A. Hanash et al. // J. Psychosom. Res. – 2009. – №67(1). – P. 5-10.
175. Birnbaum, K. Pathologische Überwertigkeit und Wahnbildung / K. Birnbaum // Psychiatr. – 1915. – №37(1). – S. 39-80.
176. Bisi, R. Dermatitis in a case of postpartum psychosis / R. Bisi // The psychoanalytic quarterly. – 1956. – №25(3). – P. 348-356.
177. Blanch, J. Efficacy of olanzapine in the treatment of psychogenic excoriation / J. Blanch, F. Grimalt, G. Massana, V. Navarro // Br. J. Dermatol. – 2004. – №151(3). – P. 714-716.

178. Bleuler, E. Affektivität, Suggestibilität, Paranoia / E. Bleuler. - Halle a. S.: Marhold, 1906. – 144 S.
179. Bleuler, E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien / E. Bleuler. – Leipzig-Wien: Franz Deuticke, 1911. – 420 p.
180. Bloch, M. R. Fluoxetine in pathologic skin-picking: open-label and double-blind results / M. R. Bloch, M. Elliott, H. Thompson, L. M. Koran // *Psychosomatics*. – 2001. – №42. – P. 314–319.
181. Boggild, A. K. Delusional parasitosis: six-year experience with 23 consecutive cases at an academic medical center / A. K. Boggild, B. A. Nicks, L. Yen et al. // *Int. J. Infect. Dis.* – 2010. – №14. – P. 317-321.
182. Bohne, A. Skin picking in German students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics / A. Bohne, S. Wilhelm, N. J. Keuthen et al. // *Behavior Modification*. – 2002. – №26. – P. 320-339.
183. Bonhoeffer, K. Nervenärztliche Erfahrungen und Eindrücke. – Berlin: Springer, 1941. – 88 S.
184. Browning, J. Long-term efficacy of sertraline as a treatment for cholestatic pruritus in patients with primary biliary cirrhosis / J. Browning, B. Combes, M. J. Mayo // *Am. J. Gastroenterol.* – 2003. – №98(12). – P. 2736-2741.
185. Bueller, H. A. Gabapentin treatment for brachioradial pruritus [letter] / H. A. Bueller, J. D. Bernhard, L.M. Dubroff // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 1999. – №13. – P. 227- 228.
186. Bumke, O. Klimakterische Geistesstörungen: Lehrbuch der Geisteskrankheiten / O. Bumke. – Wiesbaden: J. F. Bergmann, 1924. - S. 776 -782.
187. Burt, V. K. Impulse control disorders not elsewhere classified : Comprehensive Textbook of Psychiatry / V. K. Burt, J. W. Katzman; B.J. Sadock, V.A. Sadock (eds.). – Edn. 6th. – Baltimore: Williams & Wilkins, 2000. – P. 1701—1713.
188. Busch, G. Syndrom des wahnhaften Ungezieferbefalles bei einem Diabetiker / G. Busch // *Z. Gesamt. Inn. Med.* – 1960. – №15. – P. 411–417.

189. Calikuşu, C. The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: a comparative study / C. Calikuşu, B. Yücel, A. Polat, C. Baykal // *Compr. Psychiatry*. – 2003. – №44(3). – P. 256-261.
190. Calikuşu, C. Skin picking in Turkish students: prevalence, characteristics, and gender differences / C. Calikuşu, S. Kucukgoncu, Ö. Tecer, E. Bestepe // *Behav. Modif.* – 2012. – №36(1). – P. 49-66.
191. Cassell, W. A. Body perception and symptom localization / W. A. Cassell // *Psychosom. Med.* – 1965. – №27. – P. 171-176.
192. Chan, K. Y., Li C. W., Wong H. et al. Use of Sertraline for Antihistamine-Refractory Uremic Pruritus in Renal Palliative Care Patients / Chan K. Y., Li C. W., Wong H. et al. // *J. Palliat. Med.* – 2013. – №16(8). – P. 966-970.
193. Christensen, R. C. Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of pathological skin picking / R. C. Christensen // *Can. J. Psychiatry*. – 2004. – №49(11). – P. 788-789.
194. Contreras-Ferrer, P. Ziprasidone in the treatment of delusional parasitosis / P. Contreras-Ferrer, N. M. de Paz, M. R. Cejas-Mendez et al. // *Case Rep. Dermatol.* – 2012. – №4(2). – P. 150-153.
195. Cossidente, A. Psychiatric syndromes with dermatologic expression / A. Cossidente, M. G. Sarti // *Clin. Dermatol.* – 1984. – №2(4). – P. 201-220.
196. Cubała, W. J. Promazine in the treatment of delusional parasitosis / W. J. Cubała, K. Jakuszkowiak-Wojten, A. Burkiewicz, A. Wrońska // *Psychiatr. Danub.* – 2011. – №23(2). – P. 198-199.
197. Cullen, B. A. The relationship of pathologic skin picking to obsessive-compulsive disorder / B. A. Cullen, J. F. Samuels, O. J. Bienvenu, et al. // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2001. – №189. – P. 193–195.
198. Cyr, P. R. Neurotic excoriations / P. R. Cyr, G. K. Dreher // *Am. Fam. Physician*. – 2001. – №64(12). – P. 1981-1984.
199. Dai, W. Nummular headache: Peripheral or central? One case with reappearance of nummular headache after focal scalp was removed, and literature review / W. Dai, S. Yu, J. Liang, M. Zhang // *Cephalalgia*. – №33(6). – P. 390–397.

200. Damon, H.F. The neuroses of the skin: their pathology and treatment / H.F. Damon. – Philadelphia: J.B. Lippinkott & Co., 1868. – 114 p.
201. Davis, M. P. Mirtazapine for pruritus / M. P. Davis, J. L. Frandsen, D. Walsh et al. // J. Pain. Symptom. Manage. – 2003. – №25(3). – P. 288-291.
202. De Berardis, D. Successful ziprasidone monotherapy in a case of delusional parasitosis: a one-year followup / D. D. Berardis, N. Serroni, S. Marini et al. // Case. Rep. Psychiatry. – 2013. – Vol. 2013. – Art. ID 913248. – 3 p.
203. De León, J. Delusion of parasitosis or chronic tactile hallucinosis: hypothesis about their brain physiopathology / J. de León, R. E. Antelo, G. Simpson // Compr. Psychiatry. – 1992. – №33(1). – P. 25-33.
204. De León, O. A. Risperidone in the treatment of delusions of infestation / O. A. De León, K. M. Furmaga, A. L. Canterbury, L. G. Bailey // Int. J. Psychiatry Med. 1997. – №27. – P.403–409.
205. Deckersbach, T. Cognitive-behavior therapy for self-injurious skin picking. A case series / T. Deckersbach, S. Wilhelm, N. J. Keuthen et al. // Behav. Modif. – 2002. – №26(3). – P. 361-377.
206. Delbruck A. Die pathologische Lüge / A. Delbruck. – Stuttgart: Enke, 1891. – 131 S.
207. Demierre, M. F. Mirtazapine and gabapentin for reducing pruritus in cutaneous T-cell lymphoma / M. F. Demierre, J. Taverna // J. Am. Acad. Dermatol. – 2006. – №55(3). – P. 543-544.
208. Denys, D. Emerging skin picking behaviour after serotonin reuptake inhibitor-treatment in patients with obsessive compulsive disorder: possible mechanisms and implications for clinical care / D. Denys, H. J. van Megen, H. G. Westenberg // J. Psychopharmacol. – 2003. – №17. – P. 127–129.
209. Dewan, P. Delusional infestation with unusual pathogens: a report of three cases / P. Dewan, J. Miller, C. Musters et al. // Clin. Exp. Dermatol. – 2011. – №36(7). – P. 745-748.
210. Döhring, E. Zur Häufigkeit des Syndroms “Wahnhafter Ungezieferbefall” / E. Döhring // Münch. Med. Wochenschr. – 1960. – №102. – P. 2158–2160.

211. Dorian, B. J. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis / B. J. Dorian // *Can. Psychiatr. Assoc. J.* – 1979. – №24. – P. 377.
212. Drueck, C. J. Essential pruritus perineei / C. J. Drueck // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1943. – Vol. XCVII. – P. 528-534.
213. Duarte, C. Delusional parasitosis associated with dialysis treated with aripiprazole / C. Duarte, K. M. Choi, C. L. Li // *Acta. Med. Port.* – 2011. – №24(3). – P. 457-62.
214. Duke, E. E. Clinical experience with pimozide: emphasis on its use in postherpetic neuralgia / Duke E. E. // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1983. – №8(6). – P. 845-850.
215. Dupre, E. Les délires d'imagination: mythomanie délirante / E. Dupre, J. B. Logre // *Encéphale.* – 1911. – №10. – P. 209-232.
216. Dupre, E. Pathologie de l'imagination et de l'emotive / E. Dupre. – Paris: Payot, 1925. – 501 p.
217. Ebrahimi, A. A. Obsessive-compulsive disorder in dermatology outpatients. *Int. J. Psychiatry* / A. A. Ebrahimi, M. Salehi, A. K. Tafti // *Clin. Pract.* – 2007. – №11(3). – P. 218-221.
218. Ehsani, A. H. Psycho-cutaneous disorders: an epidemiologic study / A. H. Ehsani, S. Toosi, M. Mirshams Shahshahani et al. // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2009. – №23(8). – P. 945-947.
219. Ekbohm, K. Der Praesenile Dermatozoenwahn / K. Ekbohm // *Acta. Psychiat. Neurol. Scand.* – 1938. – №13. – P. 227-259.
220. Ell, K. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer / K. Ell, K. Sanchez, B. Vourlekis et al. // *J. Clin. Oncol.* – 2005. – №23. – P. 3052-3060.
221. Ellinwood, E. H. Jr. Amphetamine psychosis: I description of the individuals and process / E. H. Ellinwood // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1967. – №144. – P. 273-283.
222. Elmer, K. B. Therapeutic update: use of risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis / K. B. Elmer, R. M. George, K. Peterson // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2000. – №43(4). – P. 683-686.

223. Fenichel, O. Skin : the psychoanalytic theory of neurosis / O. Fenichel. – N.Y.: W.W. Norton & Company, Inc., 1945. P. 254-256.
224. Ferm, I. Somatic and psychiatric comorbidity in patients with chronic pruritus / I. Ferm, M. Sterner, J. Wallengren // *Acta. Derm. Venereol.* – 2010. – №90(4). – P. 395-400.
225. Ferrão, A. Y. Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder / A. Y. Ferrão, V. P. Almeida, N. R. Bedin et al. // *Compr. Psychiatr.* – 2006. – №47(4). – P.282-288.
226. Fineberg, N. A. How common is obsessive–compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic? / N. A. Fineberg, C. O’Doherty, S. Rajagopal et al// *J. Clin. Psychiatr.* – 2003. – №64. – P. 152– 155.
227. Fink, P. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis / P. Fink, E. Ornbøl, T. Toft et al. // *Am. J. Psychiatr.* – 2004. – №161. – P. 1680—1691.
228. Fleck, U. Bemerkungen zur chronischen taktilen Halluzinose / U. Fleck // *Arch. Psych. und Zeitsch. Neurol.* – 1955. – Bd.193. – S. 261-276.
229. Flessner, C. A. Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking / C. A. Flessner, D. W. Woods // *Behav. Modif.* – 2006. – №30(6). – P. 944-963.
230. Flessner, C. A. Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing / C. A. Flessner, A. M. Busch, P. W. Heideman, D. W. Woods // *Behav. Modif.* – 2008. – №32(5). – P. 579-594.
231. Freudenmann, R. W. Primary delusional parasitosis treated with olanzapine / R. W. Freudenmann, C. Schönfeldt-Lecuona, P. Lepping. // *Int. Psychogeriatr.* – 2007. – №19. – P. 1161–1168.
232. Freudenmann, R. W. Second-generation antipsychotics in primary and secondary delusional parasitosis: outcome and efficacy / R.W. Freudenmann, P. Lepping // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2008. – №28(5). – P.500-508.

233. Freudenmann, R.W. Secondary delusional parasitosis treated with paliperidone / R. W. Freudenmann, P. Kühnlein, P. Lepping, C. Schönfeldt-Lecuona // *Clin. Exp. Dermatol.* 2009 Apr;34(3):375-7.
234. Freudenmann, R. W. Delusional infestation / R. W. Freudenmann, P. Lepping // *Clin. Microbiol. Rev.* – 2009. – №22(4). – P. 690-732.
235. Freudenmann, R.W. Delusional infestation and the specimen sign: a European multicentre study in 148 consecutive cases / R.W. Freudenmann, P. Lepping, M. Huber et al. // *Br. J. Dermatol.* – 2012. – №167(2). – P. 247-251.
236. Fried, R. G. Evolution and treatment of «psychogenic» pruritus and self-excoriation / R. G. Fried // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1994. – №30. – P. 90-99.
237. Frithz, A. Delusions of infestation: treatment by depot injections of neuroleptics / A. Frithz // *Clin. Exp. Dermatol.* – 1979. – №4. – P. 485–488.
238. Fritzsche, K. Psychosociale Belastung und Behandlungsbedarf bei dermatologischen Patienten einer Station der Universitathautklinik / Fritzsche K., Ott J., Scheib P. et al. // Poster anlässlich der 50. Tagung des DKPM. – Berlin, 11.-13.11.1999.
239. Fruensgaard, K. Neurotic excoriations, a controlled psychiatric examination / K. Fruensgaard // *Acta. Psychiatr. Scand. Suppl.* – 1984. – №69. – P. 1-52.
240. Fruensgaard, K. Psychotherapeutic strategy and neurotic excoriations / K. Fruensgaard // *Int. J. Dermatol.* – 1991. – №30(3). – P. 198-203.
241. Gamper, E. Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Psychosen im Rückbildungsalter und zur Frage der Wahnbildung aus überwertiger Idee : Jahrbucher der Psychiatrie und Neurologie / E. Gamper – 1920. – Bd. 40. – S. 111-169
242. Ganner, H. Der Dermatozoenwahn / H. Ganner, E. Lorenzi // *Psychiat clin.* – 1975. – №8. – S. 31-44
243. Garnis-Jones, S. Treatment of self-mutilation with olanzapine / S. Garnis-Jones, S. Collins, D. Rosenthal // *J. Cutan. Med. Surg.* – 2000. – №4. – P. 161-163.
244. Glatzel, J. Leibgefühlsstörungen bei endogenen Psychosen : Schizophrenie und Zykllothymie. Ergebnisse und Probleme / J. Glatzel; ed. G. Huber. – Stuttgart: Thieme, 1969. – S. 163-176.

245. Goldsobel, A. B. Efficacy of doxepin in the treatment of chronic idiopathic urticaria / A. B. Goldsobel, A. S. Rohr, S. C. Siegel et al. // *J. Allergy. Clin. Immunol.* – 1986. – №78. – P. 867-873.
246. Gould, W. M. Delusions of parasitosis. An approach to the problem / W. M. Gould, T. M. Gragg // *Arch. Dermatol.* – 1976. – №112. – P. 1745-1748.
247. Grant, J. E. Impulse-control disorders in adolescent psychiatric inpatients: co-occurring disorders and sex differences / J. E. Grant, K. A. Williams, M. N. Potenza // *J. Clin. Psychiatr.* – 2007. – №68. – P. 1584-1592.
248. Grant, J. E. A clinical comparison of pathologic skin picking and obsessive-compulsive disorder / J. E. Grant, B. L. Odlaug, S. W. Kim // *Compr. Psychiatry.* – 2010. – №51(4). – P. 347-352.
249. Gray, S. G. A case study of pruritic eczema treated by relaxation and imagery / S. G. Gray, F. Lawlis // *Psychol. Rep.* – 1982. – №51. – P. 627–633.
250. Greene, S. L. Double-blind crossover study comparing doxepin with diphenhydramine for the treatment of chronic urticaria / S. L. Greene, C. E. Reed, A. L. Schroeter // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1985. – №12. – P. 669-675.
251. Griesemer, R. D. Emotionally triggered disease in a dermatologic practice / R. D. Griesemer // *Psychiatr. Ann.* – 1978. – №8. – P. 407-412.
252. Griesemer, R. D. Emotional aspects of cutaneous disease : *Dermatology in General Medicine* / R. D. Griesemer, T. Nadelson; T. B. Fitzpatrick, H. Z. Eisen, K. Wolff et al. (eds.). – New York: McGraw-Hill, 1979. – P. 1353-1363.
253. Guerrero, A. L. Nummular headache with and without exacerbations: comparative characteristics in a series of 72 patients / A. L. Guerrero, E. Cortijo, S. Herrero-Velázquez et al. // *Cephalalgia.* – 2012. – №32(8). – P. 649-653.
254. Gunal, A. I. Gabapentin therapy for pruritus in haemodialysis patients: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial / A. I. Gunal, G. Ozalp, T. K. Yoldas et al. // *Nephrol. Dial. Transplant.* – 2004. – №19(12). – P. 3137-3139.
255. Gupta, M. A. Neurotic excoriations: a review and some new perspectives / M. A. Gupta, A. K. Gupta, H. F. Haberman // *Compr. Psychiatry.* – 1986. – №27(4). – P. 381-386.

256. Gupta, M. A. The self-inflicted dermatoses a critical review / M. A. Gupta, A. K. Gupta, H. F. Haberman // *Gen Hosp Psychiatry* 1987 – №9. – P. 45-52.
257. Gupta, M. A. Fluoxetine is an effective treatment for neurotic excoriations: case report / M. A. Gupta, A. K. Gupta // *Cutis*. – 1993. – №51. – P. 386-387.
258. Gupta, M. A. Olanzapine is effective in the management of some self-induced dermatoses: three case reports / M. A. Gupta, A. K. Gupta // *Cutis*. 2000; – №66(2). – P. 143.
259. Gupta, M. A. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient / M. A. Gupta, A. K. Gupta // *Clin. Dermatol.* – 2013. – №31(1). – P. 72-79.
260. Gupta, M. A. Current concepts in psychodermatology / M. A. Gupta, A. K. Gupta // *Curr. Psychiatr. Rep.* – 2014. – №16(6). – P. 449.
261. Hafenreffer, S. De prurito : Nosodochium, in quo cutis, eique adaerentum partium, affectus omnes, singulari method, et cognoscendi et curandi fidelisme traduntur / S. Hafenreffer; ed. B. Kuhnen. – Ulm, 1660. – P. 98-102.
262. Halberstadt, C. Obsession et demence precoce / C. Halberstadt // *Encephale*. – 1928. – №23(2). – P. 128-133.
263. Hallen, O. Über Circumscriphte Hypochondrien / O. Hallen // *Nervenarzt*. – 1970. – №41(5). – S. 215-220.
264. Halvorson, H. An outbreak of itching in an elementary school-a case of mass psychogenic response / H. Halvorson, J. Crooks, D. A. Lahart, K. P. Farrell // *J. Sch. Health*. – 2008. – №78(5). – P. 294-297.
265. Hamann, K. Delusions of infestation treated by pimozide: a double-blind crossover clinical study / K. Hamann, C. Avnstorp // *Acta. Dermatol. Venereol.* – 1982. – №62. – P. 55–58.
266. Hanumantha, K. Delusional parasitosis – study of 3 cases / K. Hanumantha, P. V. Pradhan, B. Suvarna // *J. Postgrad. Med.* – 1994. – №40. – P. 222–224.
267. Harbauer, H. Das Syndrom des "Dermatozoenwahns" (Ekbom) / H. Harbauer // *Nervenarzt*. – 1949. – №20. – S. 254-258.

268. Harris, B. A. Improvement of chronic neurotic excoriations with oral doxepin therapy / B. A. Harris, E. F. Sherertz, F. P. Flowers // *Int. J. Dermatol.* – 1987. – №26(8) . – P. 541-543.
269. Härter, M. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases / M. Härter, H. Baumeister, K. Reuter et al. // *Psychother. Psychosom.* – 2007. – №76(6). – P. 354-360.
270. Harth, W. Nihilodermia in psychodermatology / W. Harth, B. Hermes, K. Seikowski, U. Gieler // *Hautarzt.* – 2007. – №58(5) . – P. 427-434.
271. Harth, W. *Clinical Management in Psychodermatology* / Harth W., U. Gieler, D. Kusnir, F. Tausk Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 2009. – 298 p.
272. Harth, W. Morgellons in dermatology / W. Harth, B. Hermes, R. W. Freudenmann // *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* – 2010. – №8. – P. 234-42.
273. Hayes, S. L. Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample / S. L. Hayes, E. A. Storch, L. Berlanga// *J. Anx. Dis.* – 2009. – №23. – P. 314-319.
274. Healy, R. Management of patients with delusional parasitosis in a joint dermatology/ liaison psychiatry clinic / R. Healy, R. Taylor, S. Dhoat et al.// *Br. J. Dermatol.* – 2009. – №161(1). – P. 197-199.
275. Hebbar, S. High prevalence of delusional parasitosis in an Indian setting / S. Hebbar, N. Ahuja, R. Chandrasekaran // *Indian. J. Psychiatr.* – 1999. – №41(2). – P. 136-139.
276. Heim, M. Chronic tactile hallucinations / M. Heim, J. Morgner // *Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. (Leipz).* – 1980. – №32. – P. 405-411.
277. Helmchen, H. Zur Analyse des sogenannten Dermatozoenwahnes. Beitrag der Syndrom-Genese / H. Helmchen // *Nervenarzt.* – 1961. – №32. – S. 509-513.
278. Herzberg, J. Self-excoriations by young women / J. Herzberg // *Am. J. Psychiatry.* – 1977. – №134. – P. 320-321.
279. Hillert, A. Delusional parasitosis / A. Hillert, U. Gieler, V. Niemer, B. Brosig // *Dermatol. Psychosom.* – 2004. – №5. – P. 33-35.

280. Hinkle, N. C. Ekbom syndrome: the challenge of "invisible bug" infestations / N. C. Hinkle // *Annu. Rev. Entomol.* – 2010. – №55. – P. 77-94.
281. Hirstein, W. Confabulation: views from neuroscience, psychiatry, psychology and philosophy / W. Hirstein. – Oxford, New York: Oxford University Press, 2009. – 300 p.
282. Hitchcock, P. B. Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis / P. B. Hitchcock, A. Mathews // *Behav. Res. Ther.* – 1992. – №30(3). – P. 223-234.
283. Horn, A. The treatment of intractable cases of essential pruritus vulvae / A. Horn // *J. Obstet. Gynaecol. Br. Emp.* – 1947. – №54(4). – P. 504-506.
284. Hoss, D. Scalp dysesthesia / D. Hoss, S. Segal // *Arch. Dermatol.* – 1998. – №134(3). – P. 327-330.
285. Huber, G. Die coenesthetische Schizophrenie / G. Huber // *Fortchr. Neuroe, Psychiatr.* – 1957. – № 9. – S. 491-521.
286. Huber, G. Psychiatrie. Psychiatrie Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte / G. Huber. – Stuttgart, New York: F.K. Schattauer-Verlag, 1974. – 398 S.
287. Huber, G. Indizien für die Somatosehypothese bei den Schizophrenien / G. Huber // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* – 1976. – №44(3). – P. 77-94.
288. Huber, G. Delusional parasitosis. A till today not sufficiently known psychiatric syndrome / G. Huber // *Psiquiatr. Biol.* – 1997. – №5. – P. 105–115.
289. Huber, M. Delusional infestation: treatment outcome with antipsychotics in 17 consecutive patients (using standardized reporting criteria) / M. Huber, P. Lepping, R. Pycha et al. // *Gen Hosp Psychiatry.* – 2011. – №33(6). – P. 604-611.
290. Hughes, J. E. Psychiatric symptoms in dermatology patients / J. E. Hughes, B. M. Barraclough, L. G. Hamblin, J. E. White // *Br. J. Psychiatry.* – 1983. – №143. – P. 51-54.
291. Hundley, J. L. Mirtazapine for reducing nocturnal itch in patients with chronic pruritus: a pilot study / J. L. Hundley, G. Yosipovitch // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2004. – №50(6). – P. 889-891.
292. Hylwa, S. A. Delusional infestation, including delusions of parasitosis: results of histologic examination of skin biopsy and patient-provided skin specimens / S.

A. Hylwa, J. E. Bury, M. D. Davis et al. // *Arch. Dermatol.* – 2011. – №147. – P. 1041–1045.

293. Iruela, L. M. Pathological jealousy and pimozide / L. M. Iruela, I. Gilaberte, L. Caballero, S. C. Oliveros // *Br. J. Psychiatry.* – 1990. – №156. – P. 749.

294. Jaensch, E. R. Über die Wahrnehmung des Raumes. Eine experimentell-psychologische Untersuchung nebst Anwendung auf Ästhetik und Erkenntnislehre / E. R. Jaensch. – Leipzig: J. A. Barth, 1911. – 488 S.

295. Jafferany, M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders / M. Jafferany // *Prim. Care. Companion. J. Clin. Psychiatry.* – 2007. – №9(3). – P. 203–213.

296. Jahrreiss, W. Das hypochondrische denken / W. Jahrreiss // *Arch. Psychiat.* – 1930. – №92. – P. 686-823.

297. Janković, S. Relevance of psychosomatic factors in psoriasis: a case-control study / S. Janković, M. Rznatović, J. Marinković et al. // *Acta. Derm. Venereol.* – 2009. – №89(4). – P. 364-336.

298. Jenike M. A. Illness related to obsessive-compulsive disorders : Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and management. M. A. Jenike; M. A. Jenike , L. Baer , W. E. Minichiello (eds.). – 2d ed. – Chicago, III: Year Book Medical Publishers, 1990. – 196 p.

299. Kahlbaum, K. L. Die Sinnesdelirien und ihre verschiedene Formen / K. L. Kahlbaum // *Allg. Zeitschr. Psychiatr.* – 1866. – №23. – S. 1–86.

300. Kahn, J. P. Allergic children: their psyche and skin / J. P. Kahn // *Postgrad. Med.* – 1969. – №45(2). – P. 149-152.

301. Kalivas, J. Sertraline in the treatment of neurotic excoriations and related disorders / J. Kalivas, L. Kalivas, D. Gilman, C. T. Hayden // *Arch. Dermatol.* – 1996. – №132(5). – P. 589-590.

302. Kaposi, M. Pathology and treatment of diseases of the skin / M. Kaposi, J. C. Johnston. – New York: W. Wood & Company, 1895. – 684 p.

303. Kehrer, F. A. Kritische Bemerkungen zum Paranoia-Problem / F. A. Kehrer // *Nervenarzt.* – 1951. – №22(4). – S. 121-125.

304. Kenchaiah, B. K. Atypical anti-psychotics in delusional parasitosis: a retrospective case series of 20 patients / B. K. Kenchaiah, S. Kumar, P. Tharyan // *Int. J. Dermatol.* – 2010. – №49(1). – P. 95-100.
305. Keuthen, N. J. Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers / N. J. Keuthen, S. Wilhelm, C. Fraim, R. L. O'Sullivan // *Psychosomatics.* – 2000. – №41(3). – P. 210-215.
306. Keuthen, N. J. The Skin Picking Scale: scale construction and psychometric analyses / N. J. Keuthen, S. Wilhelm, T. Deckersbach et al // *J. Psychosom. Res.* – 2001. – №50(6). – P. 337-41.
307. Keuthen, N. J. Open-label escitalopram treatment for pathological skin picking / N. J. Keuthen, M. Jameson, R. Loh et al. // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2007. – №22(5). – P. 268-274.
308. Keuthen, N. J. The prevalence of pathologic skin picking in US adults / N. J. Keuthen, L. M. Koran, E. Aboujaoude et al // *Comprehens. Psychiat.* – 2010. – №51. – P. 183-186.
309. Kimura, S. On two cases of circumscribed hypochondriasis / S. Kimura, N. Kutani, S. Matsumoto, K. Nakanishi // *Folia. Psychiat. Neurol. Jpn.* – 1985. – №39(1). – P. 3-9.
310. Kleist, K. Die Involutionsparanoia / K. Kleist // *Allg. Zeitschr. Psychiat.* – 1913. – № 70(1). – S. 1-13.
311. Kleist K. Die Influenzpsychosen und die Anlage zu Infektionpsychosen. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1920. – 54 S.
312. Koblenzer C. *Psychcutaneous Disease*. Grüne Stratton, New York 1987
313. Koblenzer, C. S. Cutaneous manifestations of psychiatric diseases that commonly present to the dermatologist – diagnosis and treatment / C. S. Koblenzer // *Int. J. Psychiatr. Med.* – 1992. – №22. – P. 47-63.
314. Koblenzer, C. S. The challenge of Morgellons disease / C. S. Koblenzer // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2006. – №55(5). – P. 920-922.
315. Koo, J. Y. Psychodermatology. Practical guidelines on pharmacotherapy / J. Y. Koo, C. T. Pham // *Arch. Dermatol.* – 1992. – №128(3). – P. 381-388.

316. Koo, J. Y. M. *Psychocutaneous Medicine* / J. Y. M. Koo, C. S. Lee. – New York, NY: Marcel Dekker Inc., 2003. – 477 p.
317. Koo, J. *Delusions of parasitosis* / J. Koo // Presented at: Dermatology Grand Rounds, University of Southern California. - Los Angeles, CA, May 2006.
318. Kraepelin, E. *Über paranoide Psychosen* / E. Kraepelin // *Z. Neurol.* – 1912. – №11. – P. 617-656.
319. Kraepelin, E. *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* / E. Kraepelin. – 8 Aufl. – Leipzig: Barth, 1915. – 2372 S.
320. Kraepelin, E. *Dementia praecox and Paraphrenia* / E. Kraepelin. – Chicago: Chicago Medical Book Co., 1916. – 331 p.
321. Krafft-Ebing R.V. *Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für Ärzte und Studierende* / R.V. Krafft-Ebing. – Stuttgart F.: Enke, 1897. – 624. S.
322. Kretschmer E. *Der sensitive Beizenhungswahn. Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre.* – Berlin, 1927.
323. Kretzmer, G. E. *Idiopathic pruritus in psychiatric inpatients: an explorative study* / G. E. Kretzmer, M. Gelkopf, G. Kretzmer, Y. Melamed // *Gen. Hosp. Psych.* – 2008. – №30(4). – P. 344-348.
324. Kümler, T. *Aquagenic pruritus from polycythaemia vera – treatment with paroxetine, a selective serotonin reuptake inhibitor* / T. Kümler, D. Hedlund, R. Hast, H. C. Hasselbalch // *Ugeskr. Laeger.* – 2008. – №15;170(38). – P. 2981.
325. Ladee, G. A. *Hypochondriacal syndromes* / G. A. Ladee. – Amsterdam, New-York: Elsevier, 1966. – 424 p.
326. Leckman, J. F. «Just right» perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome / J. F. Leckman, D. E. Walker, W. K. Goodman et al. // *Am. J. Psychiatr.* – 1994. – №151. – P. 675-680.
327. Lee, W. R. *The matchbox sign* [editorial] / W. R. Lee // *Lancet.* – 1983. – №20. – P. 457-458.
328. Leibowitz, M. *Hysteroid dysphoria* / M. Leibowitz, D. Klein // *Psychiatr. Clin. North. Am.* – 1979. – № 2. – P. 555-575.

329. Leonhard, K. Aufteilung der endogenen Psychosen / K. Leonhard. – Berlin: Akademie-Verlag, 1957. – 526 S.
330. Levy, H. Les Delires de Zoopathie interne / H. Levy. - Paris: These Steinhil, 1906. – 142 p.
331. Levy, S. W. A psychosomatic approach to the management of recalcitrant dermatoses / S.W. Levy // Psychosomatics. – 1963. – №4. – P. 334-337.
332. Locala, J. A. Current concepts in psychodermatology / J. A. Locala // Curr. Psychiatr. Rep. 2009. – №11(3). – P. 211-218.
333. Long, D. Development of a psychological treatment service for pruritic skin conditions / D. Long, R. A. Long, M. P. Grillo, G. Marshman // Austr. J. of Dermat. – 2006. – № 47. – P. 237–241.
334. Luca, M. Haloperidol augmentation of fluvoxamine in skin picking disorder: a case report / M. Luca, C. Vecchio, A. Luca, C. Calandra // J. Med. Case. Rep. – 2012. – №26;6(1). – P. 219.
335. Lyell, A. The Michelson lecture: Delusions of parasitosis / A. Lyell // Br. J. Dermatol. – 1983. – №108. – P. 485-499.
336. Macaskill, N. D. Delusion parasitosis: successful nonpharmacological treatment of a folie-à-deux / N. D. Macaskill// Br. J. Psychiatry. – 1987. – №150. – P. 261-263.
337. MacLeod, A. K. Attributions about common bodily sensations: their associations with hypochondriasis and anxiety / MacLeod A. K., Haynes C., Sensky T. // Psychol. Med. – 1998. – №28. – P. 225-228.
338. Magnan, V. Trois cas de cocainisme chronique / V. Magnan, M. Saury // C. R. Seances Soc. Biol. – 1889. – № 41. – P. 60–63.
339. Maier, H. W. Uber katathyme Wahnbildung und Paranoia / H. Maier // Zeit. Ges. Neurol. Psychiat. – 1912. – №13. – S. 555
340. Main, M. Infant response to rejection of physical contact by the mother: aggression, avoidance, and conflict / M. Main, J. Stadtman //J. Am. Acad. Child. Psychiat. – 1981. – №20(2). – P. 292-307.

341. Mann, M. D. The nervous system in action [Электронный ресурс] / M. D. Mann // Режим доступа: <http://www.unmc.edu/Physiology/Mann/mann4b.html>.
342. Marneros, A. Delusional parasitosis. A comparative study to late-onset schizophrenia and organic mental disorders due to cerebral arteriosclerosis / A. Marneros, A. Deister, A. Rohde // *Psychopathology*. – 1988. – №21(6). – P. 267-274.
343. Marquez, D. Uremic pruritus in hemodialysis patients: treatment with desloratidine versus gabapentin / D. Marquez, C. Ramonda, J. E. Lauxmann et al. // *J. Bras. Nefrol.* – 2012. – №34(2). – P. 148-52.
344. Mauz, F. Die prognostic der endogenen Psychozen / F. Mauz. – Leipzig: Thieme, 1930. – 121 S.
345. Mayo, M. J. Sertraline as a first-line treatment for cholestatic pruritus / M. J. Mayo, I. Handem, S. Saldana et al. // *Hepatology*. – 2007. – №45(3). – P. 666-674.
346. Mazeh D., Melamed Y., Cholostoy A. et al. Itching in the psychiatric ward / D. Mazeh, Y. Melamed, A. Cholostoy et al. // *Acta. Derm. Venereol.* – 2008 . – №88(2). – P. 128-131.
347. Meehan, W. J. Successful treatment of delusions of parasitosis with olanzapine / W. J. Meehan, S. Badreshia, C. L. Mackley // *Arch. Dermatol.* – 2006. – № 142(3). P. 352-355.
348. Mehta, V. Psychiatric evaluation of patients with psoriasis vulgaris and chronic urticaria / V. Mehta, S. K. Malhotra // *Germ. J. Psychiatr.* – 2007. – №10. – P. 104–110.
349. McDougle, C. J. A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder / C. J. McDougle, C. N. Epperson, G. H. Pelton et al. // *Gen. Psychiatry*. – 2000. – №57(8). – P. 794-801.
350. McElroy, S. L. Clinical and theoretical implications of a possible link between obsessive–compulsive and impulse control disorders / S. L. McElroy, J. L. Hudson, K. A. Phillips et al. // *Depression*. – 1993. – №1. – P. 121–132.
351. McNamara, D. A note on cutaneous and visual hallucinations in the chronic hallucinatory psychosis / D. McNamara // *Lancet*. – 1928. – № 211. – P. 807-808.

352. Mick, R. L. Delusions of parasitosis: healing impact of the physician-patient relationship / R. L. Mick, D. H. Rosen, R. C. Smith // *Psychosomatics*. – 1987. – №28. – P. 596-598.
353. Middelveen, M. J. Characterization and evolution of dermal filaments from patients with Morgellons disease / M. J. Middelveen, P. J. Mayne, D. G. Kahn, R. B. Stricker // *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* – 2013. – №6. – P. 1-21.
354. Middleton, W. Psychological distress and bereavement / W. Middleton, B. Raphael, P. Burnett, N. Martinek // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1997. – №7(185). – P. 447-453.
355. Miguel, E. C. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome / E. C. Miguel, B. J. Coffey, L. Baer // *J. Clin. Psychiatr.* – 1995. – №56. – P. 246-255.
356. Miguel, E. C. The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype and treatment implications / E. C. Miguel, M. C. do Rosario-Campos, R. G. Shavitt et al. // *Adv. Neurol.* – 2001. – №85. – P. 43-55.
357. Miller, M. L. A psychological study of a case of eczema and a case of neurodermatitis / M. L. Miller // *Psychosom. Med.* – 1942. – №4. – P. 82.
358. Miller, M. L. Psychodynamic mechanisms in a case of neurodermatitis. *Psychosom. Med.* / M. L. Miller // 1948. – №10. – P. 309.
359. Misery, L. Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested diagnosis criteria from the French psychodermatology group / L. Misery, S. Alexandre, S. Dutray et al. // *Acta. Derm. Venereol.* – 2007. – №87(4). – P. 341-344.
360. Misery, L. French Psychodermatology Group. Psychogenic skin excoriations: diagnostic criteria, semiological analysis and psychiatric profiles / L. Misery, M. Chastaing, S. Touboul et al. // *Acta. Derm. Venereol.* – 2012. – №92(4) . – P. 416-418.
361. Mohandas, P. Dermatitis artefacta and artefactual skin disease: the need for a psychodermatology multidisciplinary team to treat a difficult condition / P. Mohandas, A. Bewley, R. Taylor // *Br. J. Dermatol.* – 2013. – №169(3). – P. 600-606.

362. Munro, A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis (MHP): New aspects of an old syndrome / A. Munro // *J. Psychiatr. Treat. Eval.* – 1980. – №2. – P. 79-88.
363. Munro, A. Delusional hypochondriasis. A description of monosymptomatic hypochondriacal psychosis (MHP) / A. Munro. – Toronto: Clarke Institute of Psychiatry Monograph Series, Department of Psychiatry, 1982. – 257 p.
364. Munro, A. Excellent response of pathological jealousy to Pimozide / A. Munro // *Can. Med. Assoc. J.* – 1984. – №131. – P. 852-853.
365. Munro, A. Two cases of “pure” or “primary” erotomania successfully treated with Pimozide / A. Munro, J. V. O’Brien, D. Ross // *Can. J. Psychiatr.* – 1985. – №30. – P. 619-622.
366. Munro, A. Neither lions nor tigers: disorders which lie between schizophrenia and affective disorder / A. Munro // *Can. J. Psychiatry.* – 1987. – №32(4). – P. 296-297.
367. Munro, A. Delusional disorder: paranoia and related illnesses / A. Munro // Cambridge: Cambridge University Press, 1999. – 261 p.
368. Musalek, M. Zur Psychopathologie des Dermatozoenwahnkranken / M. Musalek, J. Grunberger, O. Lesch et al. // *Nervenarzt.* – 1988. – №59. – S. 603-609.
369. Musalek, M. The frequency of shared delusion in delusions of infestation / M. Musalek, E. Kurtzer // *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sciences.* – 1989. – №239. – P. 263-266.
370. Musalek, M. The position of delusional parasitosis in psychiatric nosology and classification / M. Musalek, V. Bach, V. Passweg et al. // *Psychopathology.* – 1990. – №23. – P. 115-124.
371. Musalek, M. Der Dermatozoenwahn / M. Musalek. – Stuttgart: Thieme, 1991. – 248 S.
372. Musalek, M. Wahnsyndrome in der Dermatologie : Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten Betrage zur Psychosomatischen Dermatologie / M. Musalek; U. Giel-er, K. A. Bosse (Hrsg.). – 1996. – Bern: Verlag Hans Huber.– S. 91-104

373. Musaph, H. Psychodynamics in itching states / H. Musaph // *Int. J. Psychoanal.* – 1968. – №49(2). – P. 336-339.
374. Naini, A. E. Gabapentin: a promising drug for the treatment of uremic pruritus / A. E. Naini, A. A. Harandi, S. Khanbabapour et al. // *Saudi. J. Kidney. Dis. Transpl.* – 2007. – №18(3). – P. 378-81.
375. Neziroglu, F. Skin picking phenomenology and severity comparison / F. Neziroglu, D. Rabinowitz, A. Breytman, M. Jacofsky // *Prim. Care Comp. J. Clin. Psychiat.* – 2008. – №10. – P. 306-312.
376. Nielsen, K. Self-inflicted skin diseases. A retrospective analysis of 57 patients with dermatitis artefacta seen in a dermatology department / K. Nielsen, M. Jeppesen, L. Simmelsgaard et al. // *Acta. Derm. Venereol.* – 2005. – №85(6) . – P. 512-515.
377. Niemeier, V. Somatoform pruritus : a psychosomatic disease model / V. Niemeier, C. M. Höring // *Hautarzt.* – 2013. – №64(6). – P. 429-434.
378. Nirmal, B. 'Look beyond skin': psychogenic excoriation – a series of five cases / B. Nirmal, S. D. Shenoi, S. Rai et al. // *Ind. J. Dermatol.* – 2013. – № 58(3) . – P. 246.
379. Novak, T. G. Dermatitis artefacta: case report / T. G. Novak, T. Duvanić, M. Vucić // *Acta. Clin. Croat.* – 2013. – №52(2) . – P. 247-250.
380. O'Dwyer, A. Obsessive-compulsive disorder and delusions / A. O'Dwyer, I. Marks // *Br. J. Psychiat.* – 2000. – №176. – P. 281-284.
381. Obermayer, M. E. Psychocutaneous medicine / M. E. Obermayer. – Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher, 1955. – 430 p.
382. Oberndorf, C. P. Comment on the emotional settings of some attacks of urticaria / C. P. Oberndorf // *Psychosom. Med.* – 1942. – №4. – P. 324.
383. Odlaug, B. L. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking / B. L. Odlaug, J. E. Grant // *Gen. Hosp. Psychiatr.* – 2008. – №30(1). – P. 61-66.
384. O'Dwyer, A. Obsessive-compulsive disorder and delusions / A. O'Dwyer, I. Marks // *Br. J. Psychiatr.* – 2000. – №176. – P. 281-284.

385. Ogunbiyi, A. O. Prevalence of skin diseases in Ibadan, Nigeria / A. O. Ogunbiyi, O. O. Daramola, O. O. Alese // *Int. J. Dermatol.* – 2004. – №43(1). – P. 31-36.
386. Okasha, A. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. / A. Okasha, A. Saad, Ah. Khalil at all // *Compr. Psychiatr.* – 1994. – №35. – P. 191-197.
387. O'Malley, P. G. The value of screening for psychiatric disorders in rheumatology referrals / P. G. O'Malley, J. L. Jackson, K. Kroenke et al. // *Arch. Intern. Med.* – 1998. – №23;158(21). – P. 2357-2362.
388. Osaba, O. Psychogenic excoriation and cancer / O. Osaba , G. Mahr // *Psychosomatics.* – 2002.– №43(3). – P. 251-252.
389. Pacan, P. Is pruritus in depression a rare phenomenon? / P. Pacan // *Acta. Derm. Venereol.* – 2009. – №89. – P. 109-110.
390. Paholpak, S. Delusion of parasitosis: a report of ten cases at Srinagarind Hospital / S. Paholpak // *J. Med. Assoc. Thai.* – 1990. – №73. – P. 111–114.
391. Paquette, M. Morgellons: disease or delusions? / M. Paquette // *Perspect. Psychiatr. Care.* – 2007. – №43(2) . – P. 67-68.
392. Paralikar, V. P. Biomedical markers and psychiatric morbidity of neurasthenia spectrum disorders in four outpatient clinics in India / V. P. Paralikar, M. M. Agashe, S. B. Sarmukaddam et al. // *Ind. J. Psychiatr.* – 2008. – №50(2). – P. 87–95.
393. Patten, S. B. Mental disorders in a population sample with musculoskeletal disorders / S. B. Patten, J. V. Williams, J. Wang // *BMC Musculoskelet. Disord.* – 2006. – №25(7) . – P. 37.
394. Pavlovsky, F. Delusion of parasitosis: report of twelve cases / F. Pavlovsky, V. Peskin, L. Di Noto, J. C. Stagnaro // *Vertex.* – 2008. – №19. – P. 99–111.
395. Pearson, M. L. Unexplained Dermopathy Study Team. Clinical, epidemiologic, histopathologic and molecular features of an unexplained dermatopathy / M. L. Pearson, J. V. Selby, K. A. Katz et al. // *PLoS One.* – 2012. – №7(1). – e29908.

396. Picardi, A. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized / A. Picardi, D. Abeni, C. F. Melchi et al. // *Br. J. Dermatol.* – 2000. – №143(5) . – P. 983-991.
397. Picardi, A. Increased Psychiatric Morbidity in Female Outpatients with Skin Lesions on Visible Parts of the Body / Picardi A., D. Abeni, C. Renzy et al. // *Acta. Dermat. Venereol.* – 2001. – №81. – P. 410-414.
398. Picardi, A. Epidemiology of psychological and psychiatric conditions in dermatological patients / A. Picardi // *1 Ith ICDP.* – 2005. – P. 26-27.
399. Pilz, A. Zwangeverstellungen und Psychose / A. Pilz // *Jahrbuch. F. Psychiatrie.* – 1922. – №41. – S. 44-48.
400. Pollock, B. G. Successful treatment of pathological jealousy with pimozide / B. G. Pollock // *Can. J. Psychiatry.* – 1982. – № 27. – P. 86-87.
401. Poot, F. Basic knowledge in psychodermatology / F. Poot, F. Sampogna, L. Onnis // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2007. – №21(2). – P. 227-234.
402. Porcelli, P. Psychological Factors Affecting Medical Conditions. A New Classification for DSM-V / P. Porcelli, N. Sonino. – Basel: Karger, 2007. – 186 p.
403. Porot, A. Manuel alphabétique de psychiatrie / A. Porot. – Paris: Presses Universitaires de France, 1952. – 436 p.
404. Read more: <http://www.answers.com/topic/mythomania#ixzz344qJY7wz>
405. Pour-Reza-Gholi F. Low-dose doxepin for treatment of pruritus in patients on hemodialysis / F. Pour-Reza-Gholi, A. Nasrollahi, A. Firouzan et al.// *Iran. J. Kidney. Dis.* – 2007. – №1(1) . – P. 34-37.
406. Prado, H. S. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and tic disorders: a review of the literature / H. S. Prado, M. C. Rosário, J. Lee // *CNS Spectr.* – 2008. – №13(5). – P. 425-432.
407. Primeau, F. Obsessive disorder with self-mutilation: a subgroup responsive to pharmacotherapy / F. Primeau, R. Fontaine // *Can. J. Psychiatry.* – 1987. – №32(8). – P. 699-701.
408. Prigerson, H. G. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses / H. G.

Prigerson, E. Frank, S. V. Kasl, et al. // *Am. J. Psychiat.* – 1995. – №152 (1). – P. 22-30.

409. Rachman S. Pollution of the mind / S. Rachman // *Behav. Res. Ther.* – 1994. – № 32(3). – P. 311-314.

410. Radmanesh, M. Underlying psychopathologies of psychogenic pruritic disorders / M. Radmanesh, S. Shafiei // *Dermatol. Psychosom.* – 2001. – №2. – P. 130–133.

411. Ramachandran, V. S. The evolutionary biology of self-deception, laughter, dreaming and depression: some clues from anosognosia / V. S. Ramachandran // *Med. Hypotheses.* – 1996. – №47(5) . – P. 347-362.

412. Räsänen, P. Delusional parasitosis in the elderly: a review and report of six cases from northern Finland / P. Räsänen, K. Erkonen, U. Isaksson et al. // *Int. Psychogeriatr.* – 1997. – №9(4) . – P. 459-464.

413. Ravindran, A. V. Obsessive-compulsive spectrum disorders: effective treatment with paroxetine / A. V. Ravindran, Y. D. Lapierre, H. Anisman // *Can. J. Psychiatr.* – 1999. – №44(8) . – P. 805-807.

414. Rayner, H. Uraemic pruritus: relief of itching by gabapentin and pregabalin / H. Rayner, J. Baharani, S. Smith et al. // *Nephron. Clin. Pract.* – 2012. – №122(3-4) . – P. 75-79.

415. Reich, W. Charakteranalyse / W. Reich. – Wien: Selbstverlag, 1933. – 288 S.

416. Reil J. C. Über die Erkenntnis und Cur der Fieber / J. C. Reil. – 5 Bde. Halle: Curtsche Buchhandlung, 1799-1815.

417. Reilly, T. The presentation and treatment of delusional parasitosis: a dermatological perspective / T. Reilly, D. Batchelor // *Int. Clin. Psychopharmacol.* –1986. – №1. – P. 340–353.

418. Ribble, M. A. Infantile experiences in relation to personality development: in “Personality and the behavior disorders” / M. Ribble; ed. J. McV. Hunt. – Oxford: Ronald Press, 1944. – P. 621-651.

419. Robinson, P. Outbreak of itching and rash. Epidemic hysteria in an elementary school / P. Robinson, M. Szewczyk, L. Haddy et al. // *Arch. Intern. Med.* – 1984. – №144(10). – P. 1959-1962.
420. Robles, D. T. Morgellons disease and delusions of parasitosis / D. T. Robles, J. M. Olson, H. Combs et al. // *Am. J. Clin. Dermatol.* – 2011. – №12(1). – P. 1-6.
421. Rook, A. Psychocutaneous disorders: in “Textbook of Dermatology”, 3rd ed. / A. Rook, D. S. Wilkinson; A. Rook, D. S. Wilkinson, F. J. G. Ebling (eds.). – Oxford: Blackwell, 1979. – vol. 2. – P. 2023-2035.
422. Rosenbaum, M. Psychosomatic factors in pruritus / M. Rosenbaum // *Psychosom. Med.* – 1944. – №7(1). – P. 52-57.
423. Rosenbaum, M. S. The behavioral treatment of neurodermatitis through habit-reversal / M. S. Rosenbaum, T. Ayllon // *Behav. Res. Ther.* – 1981. – №19(4). – P. 313-318.
424. Rostenberg, A. Psychosomatic concepts in atopic dermatitis critique / A. Rostenberg // *Arch. Derm. Syph.* – 1959. – №79(6). – P. 692-699.
425. Roth, M. The natural history of mental disorders in old age / M. Roth // *J. Ment. Sci.* – 1955. – №101. – P. 281-301.
426. Roth, M. Late paraphrenia: a variant of schizophrenia manifest in late life or an organic brain syndrome? A review of recent evidence / M. Roth, D. W. K. Kay // *Int. J. Geriatr. Psychiatr.* – 1998. – №13. – P. 775-784.
427. Rucklidge, J. J. Hypnosis in a case of long-standing idiopathic itch / J. J. Rucklidge, D. Saunders // *Psychosom. Med.* – 1999. – №61(3). – P. 355-358.
428. Rucklidge, J. J. The efficacy of hypnosis in the treatment of pruritus in people with HIV/AIDS: a time-series analysis / J. J. Rucklidge, D. Saunders // *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* – 2002. – №50(2). – P. 149-169.
429. Rumke, H. C. Über die klinik und Psychopathologie der Zwangsvorgänge: in “Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze” / H. C. Rumke; H. C. Rümke, W. Baeyer (eds.). – Berlin, New York: Springer, 1967. – P. 76-101.

430. Sadger, J. Haut-, Schleimhaut-, und Muskelerotik : Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen / J. Sadger. – 1912. – Bd. III. – P. 525-556.
431. Şahin, E. Near-fatal skin-picking due to obsessive compulsive disorder responding to combined fluoxetine and cognitive-behavioral therapy: a case report / E. Şahin, O. A. Kalyoncu, Ö. Pektaş et al. // Bull. Clin. Psychopharmacol. – 2004. – №14. – P. 88-91.
432. Sales, P. M. Delusional parasitosis heralding the diagnosis of peripheral neuropathy / P. M. Sales, F. P. Thomas, F. de A. Gondim // Arq. Neuropsiquiatr. -2013. – №71(2) . – P. 131-132.
433. Salkovskis, P. Making sense of hypochondriasis: a cognitive model of health anxiety: in “Health anxiety: clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions. / P. Salkovskis, H. Warwick; G. S. G. Asmundson, S. Taylor, B. J. Cox (eds.). – Chichester: Willey, 2001. – P. 46-64.
434. Sampson, R. N. Hypnotherapy in a case of pruritus and Guillain-Barre syndrome / R. N. Sampson // Am. J. Clin. Hypn. – 1990. – №32. – P. 168–173.
435. Sandoz, A. Psychocutaneous diseases: in “Fitzpatrick’s dermatology in general medicine” / A. Sandoz, T. Koenig, D. Kusnir, F. A. Tausk; K. Wolff, L. Goldsmith, S. Katz, B.A. Gilchrest, et al. (eds.). – Europe, United States: McGraw-Hill Professional, 2007. – P. 912-921.
436. Sattes, H. Die Hypochondrische Depression. Untersuchungen über eine polare Struktur des endogenen Depression / H. Sattes. – Halle: Marhold, 1955. – 82 S.
437. Saul, N. I. The emotional settings of some attacks of urticaria / N. I. Saul, C. Bernstein // Psychosom. Med. – 1941. – №3. – P. 349-369.
438. Savely, V. R. The mystery of Morgellons disease: infection or delusion? / V. R. Savely, M. M. Leitao, R. B. Stricker // Am. J. Clin. Dermatol. – 2006. – №7(1) . – P. 1-5.
439. Schaller, C. M. Psychosomatic disorders in dermatology – incidence and need for added psychosomatic treatment / C. M. Schaller, L. Alberti, G. Pott // Hautarzt. – 1998. – №49(4) . – P. 276-279.

440. Scharfetter, C. Automanipulation von Krankheit, Selbstinduzierte, aggravierte, simulierte Krankheit und die Automutilation / C. Scharfetter // Schweiz. Medizin. Wochenschrift. – 1984. – №114. – S. 1142-1149.
441. Schilder, P. Remarks on the Psychophysiology of the Skin / P. Schilder // Psychoanal. Rev. – 1936. – №23. – P. 274-285.
442. Schwartz, D. P. Nummular headache update / D. P. Schwartz, M. S. Robbins, B. M. Grosberg // Curr. Pain. Headache. Rep. – 2013. – №17(6) . – P. 340
443. Schwarz, H. Circumscripte Hypochondrien / H. Schwarz // Mschr. Psychiat. Neurol. – 1929. – №72. – P. 150-164.
444. Seglas, J. De l'obsessions hallucinatoires et de L'hallucination obsedante / J. Seglas // Ann. med. psych. – 1892. – №50. – P.119-129.
445. Seitz, P. F. Psychocutaneous aspects of persistent pruritus and excessive excoriation / P. F. Seitz //Arch. Dermatol. Syphilol. – 1951. – №64(2). – P. 136-141.
446. Serieux, P. Les folies raisonnantes, le delire d'interpretation / P. Serieux, J. Capgras. – Paris: J.-F. Alcan, 1909. – 231 p.
447. Shakiba, M. Effect of sertraline on uremic pruritus improvement in ESRD patients [Электронный ресурс] / M. Shakiba, H. Sanadgol, H. R. Azmoude et al. // Int. J. Nephrol. – 2012. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/363901>
448. Shenefelt, P. D. Using hypnosis to facilitate resolution of psychogenic excoriations in acne excoriée / P. D. Shenefelt // Am. J. Clin. Hypn. – 2004. – №46(3). – P. 239-245.
449. Sherman, M. D. Delusions of ocular parasitosis / M. D. Sherman, G. N. Holland, D. S. Holsclaw et al. // Am. J. Ophthalmol. – 1998. – №125. – P. 852–856.
450. Shertzer, C. L. Effects of relaxation therapy and hypnotizability in chronic urticaria / C. L. Shertzer, D. P. Lookingbill // Arch. Dermatol. – 1987. – №123. – P. 913–916.
451. Shontz, F. C. Body image and its disorders / F. C. Shontz // Int. J. Psychiat. Med. – 1974. – №5(4). – P. 461-472.

452. Shrank, A. B. The incidence of skin diseases in a Nigerian teaching hospital dermatology clinic / A. B. Shrank, R. R. M. Harman // *Br. J. Dermatol.* – 1966. – №78. – P. 235.
453. Siefert, E. Über die Geistesstörungen der Strafhaft / E. Siefert. – Halle, 1907. – 79 S.
454. Siegel, R. K. Cocaine smoking / R. K. Siegel // *J. Psychoact. Drugs.* – 1982. – №14. – P. 271-359.
455. Simeon, D. Comorbid self-injurious behaviors in 71 female hair-pullers: a survey study / D. Simeon, L. J. Cohen, D. J. Stein et al. // *J. Nerv. Ment. Disord.* – 1997. – №185. – P. 117–119.
456. Simeon, D. A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking / D. Simeon, D. J. Stein, S. Gross // *J. Clin. Psychiatr.* – 1997. – №58. – P. 341-347.
457. Skodol, A. E. Phenomenology, differential diagnosis and comorbidity of impulsive-compulsive spectrum disorder: In “Impulsivity and compulsivity” / A. E. Skodol, J. M. Oldham; J. M. Oldham, E. Hollander, A. E. Skodol (eds.). – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. – P. 1-36.
458. Skott, A. Delusions of infestation / A. Skott // *Reports from the Psychiatric Research Centre, №12, St. Jörgen Hospital.* – Göteborg, Sweden: University of Göteborg, 1978.
459. Slaughter, J. R. Psychogenic parasitosis. A case series and literature review / J. R. Slaughter, K. Zanol, H. Rezvani, J. Flax // *Psychosomatics.* – 1998. – №39(6). – P. 491-500.
460. Smith, P. F. Doxepin in the management of pruritus associated with allergic cutaneous reactions / P. F. Smith, R. L. Corelli // *Ann. Pharmacother.* – 1997. – №31(5). – P. 633-635.
461. Snorrason, I. How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology / I. Snorrason, E. L. Belleau, D. W. Woods // *Clin. Psychol. Rev.* – 2012. – №32(7). – P. 618-629.

462. Solak, Y. Pregabalin versus gabapentin in the treatment of neuropathic pruritus in maintenance haemodialysis patients: a prospective, crossover study / Y. Solak, Z. Biyik, H. Atalay et al. // *Nephrology (Carlton)*. – 2012. – №17(8). – P. 710-717.
463. Solncew, A. *Dissertatio inauguralis medicoforensis de morborum mentis // Natura diagnosi et cura: pro gradu doctoris medicinae: Andreas Solncew - MOSQUAE, 1825.*
464. Sone, K. Über fünf Fälle von sogenanntem «Dermato- und Enterozoenwahn» / K. Sone // *Folia. Psychiat. Neurol. Jpn.* – 1983. – №37. – S. 37-55.
465. Sontag, L. W. The purpose and fate of a skin disorder / L.W. Sontag // *Psychosom. Med.* – 1945. – №7. – P. 306–310.
466. Spiegel, D. R. The recognition and treatment of pathological skin picking: a potential neurobiological underpinning of the efficacy of pharmacotherapy in impulse control disorders / D. R. Spiegel, L. Finklea // *Psychiatry (Edgmont)*. – 2009. – №6(2). – P. 38-42.
467. Spitzer, R. The reliability of three definitions of bizarre delusions / R. Spitzer, M. First, K. Kendler, D. Stein // *Am J Psychiatry*. – 1993. – №150. – P. 880-884.
468. Srinivasan, T. N. Nature and treatment of delusional parasitosis: a different experience in India / T. N. Srinivasan, T. R. Suresh, V. Jayaram, M. P. Fernandez. // *Int. J. Dermatol.* – 1994. – №33(12). – P. 851-855.
469. Ständer, S. Treatment of chronic pruritus with the selective serotonin reuptake inhibitors paroxetine and fluvoxamine: results of an open-labelled, two-arm proof-of-concept study / S. Ständer, B. Böckenholt, F. Schürmeyer-Horst et al. // *Acta. Derm. Venereol.* – 2009. – №89(1). – P. 45-51.
470. Ständer, S. Pruritus / S. Ständer, U. Raap // *Hautarzt*. – 2012. – №63(7). – P. 520.
471. Stein, D. J. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder / D. J. Stein, E. Hollander // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1992. – №26. – P. 237-242.

472. Stein, D. J. Compulsive picking and obsessive-compulsive disorder / D. J. Stein, C. S. Hütt, J. L. Spitz, E. Hollander // *Psychosomatics*. – 1993. – №34. – P. 177-181.
473. Stein, D. J. Obsessive-compulsive spectrum disorders / D. J. Stein, E. Hollander // *J. Clin. Psychiat.* – 1995. – №56. – P. 265-266.
474. Stein, D. J. Trichotillomania / D. J. Stein, G. A. Christenson, E. Hollander. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999. – 349 p
475. Stein, D. J. An A-B-C model of habit disorders: hair-pulling, skin-picking, and other stereotypic conditions / D. J. Stein, S. R. Chamberlain, N. Fineberg // *CNS Spectr.* – 2006. – №11. – P. 824-827.
476. Stein, D. J. Obsessive-compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach / D. J. Stein, C. Lochner // *Psychiatr. Clin. North. Am.* – 2006. – №29(2) . – P. 343-351.
477. Stein, D. J. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V / D. J. Stein, J. E. Grant, M. E. Franklin, N. Keuthen et al. // *Depression and anxiety*. – 2010. – №27. – P. 611-626.
478. Stein, T. R. "Scratching" beneath the surface: an integrative psychosocial approach to pediatric pruritus and pain / T. R. Stein, N. Sonty, J. M. Saroyan // *Clin. Child. Psychol. Psychiatr.* – 2012. – №17(1) . – P. 33-47.
479. Stout, R. J. Fluoxetine for the treatment of compulsive facial picking / R. J. Stout // *Am. J. Psychiatry*. – 1990. – №147. – P. 370.
480. Süllwold L., Huber G. Schizophrene Basisstörungen. Moonographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie / L. Süllwold, G. Huber. – Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1986. – 177 S.
481. Takahashi, T. Sulpiride for treatment of delusion of parasitosis / T. Takahashi, H. Ozawa, S. Inuzuka et al. // *Psychiatr. Clin. Neurosci.* – 2003. – №57(5) . – P. 552-553.
482. Tareen, R. S. Pediatric psychodermatology. A clinical manual of child and adolescent psychocutaneous disorders / R. S. Tareen, D. E. Greydanus, M. Jafferany et al. – Berlin: Walter De Gruyter, 2012. – 550 p.

483. Taylor, S. Current directions in the treatment of hypochondriasis / S. Taylor, G. Asmundson, M. Coons // *J. Cognit. Psychother.* – 2005. – №19. – P. 285-304.
484. Teng, E. J. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: a pilot investigation / E. J. Teng, D. W. Woods, M. P. Twohig // *Behav. Modif.* – 2006. – №30. – P. 411–422.
485. Torch, E. M. Delusions and parasitosis: psychotherapeutic engagement / E. M. Torch, E. R. Jr. Bishop // *Am. J. Psychother.* – 1981. – №35. – P. 101-106.
486. Trabert, W. Epidemiology of delusional ectoparasitic infestation / W. Trabert // *Nervenarzt.* – 1991. – №62. – P. 165–169.
487. Trabert, W. Der Dermatozoenwahn. Untersuchungen zur Häufigkeit, Klassifikation und Prognose / W. Trabert – Homburg/Saar: Universität des Saarlandes, 1993.
488. Trabert, W. 100 years of Delusional Parasitosis. Meta-analysis of 1223 case reports / W. Trabert // *Psychopathology.* – 1995. – №28. – P. 238-246.
489. Trabert, W. 100 years of delusional parasitosis / W. Trabert // *Med. Welt.* – 1997. – №48. – P. 33–37.
490. Trager, M. J. Delusions of parasitosis of the eyelids / M. J. Trager , T. N. Hwang, T. J. McCulley // *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.* – 2008. – №24. – P. 317–319.
491. Tuerk, M. J. A practical review and update on the management of pruritus sine materia / M. J. Tuerk, J. Koo // *Cutis.* – 2008. – №82(3) . – P. 187-94.
492. Twohig, M. P. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking in typically developing adult male siblings / M. P. Twohig, D.W. Woods // *J. Appl. Behav. Analysis.* – 2001. – №34. – P. 217-220.
493. Ungvari, G. Neuroleptic treatment of delusions of parasitic infestation / G. Ungvari // *Ideggyogy Sz.* – 1983. – №36. – P. 391–397.
494. Ungvari, G. Treatment of a dermatozoon delusion with neuroleptics / G. Ungvari // *Psychiatr. Prax.* – 1984. – №11(4) . – P. 116-119.
495. Ungvari, G. Pimozide therapy in dermatozoon delusion / G. Ungvari, K. Vladar // *Dermatol. Monatsschr.* – 1984. – №170. – P. 443–447.

496. Ungvari, G. Pimozide treatment for delusion of infestation / G. Ungvari, K. Vladar // *Act. Nerv. Super.* – 1986. – №28. – P. 103–107.
497. Unotoro J., Paroxetine treatment of 3 cases of cholestatic pruritus due to gastrointestinal malignancy / J. Unotoro, E. Nonaka, N. Takita, Y. Suzuki // *Nihon. Shokakib. Gakkai. Zasshi.* – 2010. – №107(2) . – P. 257-262.
498. Urbantschitsch, V. *Über subjective optische Anschauungsbilder* / V. Urbantschitsch. – Leipzig: Deuticke, 1907. – 220 S.
499. Urstein, M. *Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie* / M. Urstein. - Berlin: S. Karger, 1922. – 456 S.
500. Vacek, J. The so-called circumscribed hypochondriasis / J. Vacek // *Cesk. Psychiat.* – 1972. – №68 (5) . – P. 312-317.
501. Van Moffaert, M. *Psychodermatology: an overview* / M. Van Moffaert // *Psychother. Psychosom.* – 1992. – №58. – P. 125-136.
502. Van Moffaert, M. *The spectrum of dermatological self-mutilation and self-destruction including dermatitis artefacta and neurotic excoriations : Psychocutaneous medicine* / M. Van Moffaert; J. M. I. Koo, Lee C. S. (eds.). – New-York; Dekker, 2003. – P. 169-189.
503. Van Os-Medendorp, H. et al. Effectiveness of the nursing programme ‘Coping with itch’: a randomized controlled study in adults with chronic pruritic skin disease / H. Van Os-Medendorp, W. J. G. Ros, P. C. M. Eland-de Kok et al.// *Br. J. Dermatol.* – 2007. – №156. – P. 1235–1244.
504. Verbeek, E. *Le délire dermatozoaire et le problème de l’hallucinosé tactile chronique* / E. Verbeek // *Psychiat. Neurol.* – 1959. – №138. – P. 217-233.
505. Verhoeven, E. W. M. *Biopsychosocial mechanisms of chronic itch in patients with skin diseases: a review* / E. W. M. Verhoeven, S. Klerk, F. W. Kraaimaat et al. // *Acta Derm Venereol.* – 2008. – № 88. – P. 211-218.
506. Vila-Rodriguez, F. *Delusional parasitosis facilitated by web-based dissemination* / F. Vila-Rodriguez, B. G. Macewan // *Am. J. Psychiat.* – 2008. – №165(12) . – P. 1612.

507. Walker, C. Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders / C. Walker, L. Papadopoulos. – New York: Cambridge University Press, 2005. – 158 p.
508. Weiss, S. J. Early tactile experience of low birth weight children: links to later mental health and social adaptation / S. J. Weiss, P. Wilson, M. St. J. Seed, M. Pauld Steven // *Inf. Child. Dev.* – 2001. – №10. – P. 93–115.
509. Weitbrecht, H. J. Psychiatrie im Grundriss. III Auflage / H. J. Weitbrecht. – Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1973. – 502 S.
510. Wenning, M. T. Atypical antipsychotics and the treatment of delusional parasitosis / M. T. Wenning, L. E. Davy, G. Catalano, M. C. Catalano. // *Ann. Clin. Psychiatr.* – 2003. – №15. – P. 233–239.
511. Wernicke, C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen / C. Wernicke. – Leipzig: Thieme, 1900. – 576 S.
512. Wessely, S. C. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic / S. C. Wessely, G. H. Lewis // *Br. J. Psychiatr.* – 1989. – №155. – P. 686–691.
513. Wilhelm, S. Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity / S. Wilhelm, N. J. Keuthen, T. Deckersbach et al. // *J. Clin. Psychiatr.* – 1999. – №60. – P. 454-459.
514. Wilson, E. Lectures on dermatology. In: Lectures at the college of surgeons / Wilson E. – London: Churchill, 1875. – 224 p.
515. Wilson, J. W. Delusion of parasitosis (acarophobia) / J. W. Wilson, H. E. Miller // *Arch. Derm. Syphilol.* – 1946. – №54. – P. 39-56.
516. Windemuth, D. Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei dermatologischen Patienten in einer Akutklinik / D. Windemuth, M. Stücker, K. Hoffmann et al. // *Hautarzt*, 1999. – №50. – S. 338-345.
517. Winhoven, S. M. Brachioradial pruritus: response to treatment with gabapentin [letter] / S. M. Winhoven, I. H. Coulson, W. W. Bottomley // *Br. J. Dermatol.* – 2004. – №150 – P. 786-787.

518. Winnicott, D. W. Ego Distortion in Terms of True and False Self / D. W. Winnicott // In *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. – New York: International UP Inc., 1965. – P. 140-152.
519. Winsten, M. Delusional parasitosis: a practical guide for the family practitioner in evaluation and treatment strategies / M. Winsten // *I. Am. Osteopath. Assoc.* – 1997. – №97. – P. 95-99.
520. Wong, S. Patients with delusional infestation (delusional parasitosis) often require prolonged treatment as recurrence of symptoms after cessation of treatment is common: an observational study / S. Wong, A. Bewley // *Br. J. Dermatol.* – 2011. – №165(4) . – P. 893-896.
521. Woodruff, P. W. R. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology–psychiatry clinic / P. W. R. Woodruff, E. M. Higgins, A.W.P. Du Vivier, S. Wessely // *General Hospital Psychiatr.* – 1997. – №19. – P. 29–35.
522. Yesudian, P. D. Efficacy of gabapentin in the management of pruritus of unknown origin / P. D. Yesudian, N. J. Wilson // *Arch. Dermatol.* – 2005. – №141(12) . – P. 1507-1509.
523. Yong, A. Effective treatment of uremic pruritus and acquired perforating dermatosis with amitriptyline [Электронный ресурс] / A. Yong, W. S. Chong, H. L. Tey // *Australas. J. Dermatol.* – 2013. – Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajd.12026/abstract>
524. Yorston, G. Treatment of delusional parasitosis with sertindole / G. Yorston // *Int. J. Geriatr. Psychiatr.* – 1997. – № 12(11). – P. 1127-1128.
525. Zanol, K. J. An approach to the treatment of psychogenic parasitosis / K. Zanol, J. Slaughter, R. Hall. // *Int. J. Dermatol.* – 1998. – №37. – P. 56–63.
526. Zomer, S. F. Delusions of parasitosis. A psychiatric disorder to be treated by dermatologists? An analysis of 33 patients / S. F. Zomer, R. F. De Wit, J. E. Van Bronswijk et al. // *Br. J. Dermatol.* – 1998. – №138. – P. 1030–1032.

527. Zylicz, Z. Paroxetine in the treatment of severe non-dermatological pruritus: a randomized, controlled trial / Z. Zylicz, M. Krajnik, A. A. Sorge, M. Costantini // J. Pain. Symptom. Manage. – 2003. – №26(6). – P. 1105-1112.