

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАТОМИМИИ У ПАЦИЕНТКИ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

А.А. Лукашенко, М.С. Артемьева, И.И. Юровская,
А.Н. Гаврик, И.Е. Данилин

Кафедра психиатрии и медицинской психологии
Медицинский институт
Российский университет дружбы народов
ул. Бехтерева, 15, Москва, Россия, 115447

В статье приведен клинический случай самоповреждения кожных покровов на фоне длительно текущего тревожно-депрессивного расстройства у пациентки с аутоагрессивным поведением.

Ключевые слова: кожные покровы, психоэмоциональный стресс, алекситимия, тревога, депрессия, обсессия, аутоагрессивное поведение, невротические эксфолиации, миртазапин, перфеназин, гидроксизин, психодерматология.

Психодерматология исследует взаимосвязь между наличием психопатологических расстройств и развитием кожных заболеваний. В конце XVIII в. Е. Wilson сформулировал концепцию «невроза кожи», а в 1875 г. ввел термин «невротические эксфолиации» [1; 2]. Невротические эксфолиации возникают в результате самоповреждения кожных покровов у пациентов с психическими расстройствами [3]. Заболевание чаще всего обусловлено неврозом навязчивых состояний (обсессивно-компульсивным расстройством), тревожно-депрессивным расстройством, психастенической психопатией, сверхценным образованием («ипохондрия красоты») [6—8].

По данным разных авторов, частота встречаемости невротических эксфолиаций в популяции варьирует от 3,8% до 22%, в дерматологической клинике составляет 2% от всех кожных заболеваний [4—6]. Невротические эксфолиации чаще встречаются у женщин в возрасте 20—30 и 40—50 лет.

Началу заболевания нередко предшествует воздействие длительной психотравмирующей ситуации. Большое значение придается преморбидным личностным особенностям пациента. Обязательной чертой этой группы больных является повышенная тревожность, сенситивность, которую пациенты не в состоянии выразить словами, истерические, инфантильные проявления. Алекситимичность обуславливает неадекватный пассивно-оборонительный стиль поведения больных

в стрессовой ситуации. Неспособность пациента, страдающего алекситимией, к осознанию своих эмоций приводит к их вытеснению и развитию психосоматического заболевания.

Самоповреждению неизменных кожных покровов (лица, верхнего плечевого пояса, разгибательной поверхности плеч и предплечий, верхней части спины, нижних конечностей) нередко предшествуют сенсорные феномены, зуд кожи. Чаще самоповреждения наносятся в вечернее и ночное время, после ситуаций психоэмоционального напряжения. Пациенты расчесывают себя ногтями, щипают, сдавливают кожу, срывают уже образовавшиеся корочки. Нередко для этих целей используются пинцеты, булавки, лезвия, ножи. После аутодеструкции снижается уровень тревоги и внутреннего напряжения, на непродолжительное время появляется ощущение удовлетворения. При осмотре кожных покровов пациентов видны множественные линейной формы эксфолиации, часть которых покрыты корочками. Определяются депигментированные и гиперпигментированные пятна, депигментированные и атрофические рубцы [6; 9].

Приведенный ниже клинический случай развития динамики течения самоиндуцированного дерматоза у пациентки с аутоагрессивным поведением представляет интерес.

Пациентка Г., 1945 г.р. (70 лет), пенсионерка.

Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в срок. Росла и развивалась по возрасту, в неполной семье без отца. Мать характеризовала как «властную», «жесткую», но справедливую, не демонстрировавшую к дочери душевной привязанности и любви. Со старшим на 4 года братом отношения складывались формальные. В то же время сама пациентка оценивала взаимоотношения в семье как «добрые, теплые». Детский сад не посещала. Первые детские воспоминания относятся на возраст 4-х лет: «была очень дикая, замкнутая, стеснительная». В школьные годы стала более коммуникабельной, уверенной в себе. Отношения со сверстниками были «дружелюбными», но близких подруг не имела. Училась посредственно, не проявляя интереса к наукам. Получила среднее образование. В 25 лет окончила двухгодичные курсы машинописи и стенографии. В 30 лет вышла замуж по любви. От брака есть единственный взрослый сын. Супруга характеризовала как «идеального», несмотря на напряженные межличностные отношения и неудовлетворенность семейной ситуацией в течение последних 10 лет перед манифестацией кожного заболевания. Много лет пациентка испытывала подавленность, тревогу, нарушения сна. К психиатрам не обращалась. В 2008 г. впервые на коже появились болезненные элементы. Неоднократно консультировалась дерматологами, в течение 4-х лет получала лечение с диагнозом «нейродермит» без положительной динамики в состоянии. Обострения кожного заболевания всегда отмечала на фоне повторных стрессовых ситуаций. Усиливалась тревога, подавленность, плаксивость, нарушения сна, увеличивалось количество болезненных элементов на коже. Со временем переживания семейной ситуации отошли на второй план, пациентка стала фиксироваться на причиняющем страдания кожном заболевании. Переживала по поводу своей «уродливости», необходимости даже в летнее время года носить закрытую одежду. Таким образом, соматическая патология стала источником еще одной психотравмирующей ситуации. У пациентки сформировался психосоматический цикл, в котором психогенное и соматогенное поочередно выступали то как причина, то как следствие.

В марте 2012 г. пациентка была госпитализирована в отделение невротозов одной из психиатрических больниц г. Москвы. При поступлении высказывала жалобы на высыпания на коже нижних, верхних конечностей, коже живота, спины, ягодиц, сопровождающиеся болевыми ощущениями в области кожных элементов, подавленность, плаксивость, тревогу за здоровье, раздражительность, конфликтность, повышения цифр артериального давления до 170/90 мм рт. ст., частые головные боли сжимающего характера в височных, затылочной областях, головокружения, шум в ушах, слабость, быструю утомляемость. Обращали на себя внимание вычурный маникюр, яркая косметика и цвет волос, демонстративные черты в поведении. В беседе обследуемая пыталась взять инициативу на себя, была плаксива, легко раздражалась на дополнительные вопросы, говорила громко, быстро, с напором. С некоторым недоверием относилась к врачу, старалась излагать свою историю заболевания так, как считала нужным. Излишне детализировано описывала свое состояние. Мышление расценивалось как обстоятельное. Память была нерезко снижена на текущие события. В психическом статусе выявлялась невротическая депрессия. Ведущим был дистимический компонент с тревогой. Имел место астенический синдром. У пациентки выявлялся высокий уровень алекситимии (Торонтская шкала алекситимии) — 124 балла (норма 62 балла и ниже), умеренный уровень ситуативной тревоги (самоопросник тревоги Цунга) — 52 балла, умеренный уровень депрессии (опросник депрессии Бека) — 23 балла.

При осмотре на интактной коже конечностей, грудной клетки, спины, живота, ягодиц пятнистая сыпь в виде пятен округлой формы, в центре некоторых из них видны фолликулярные углубления. На этом фоне имелись свежие экскориации с формированием геморрагических корочек в центре, отмечались отдельные эрозии, а также рубцовые изменения и пигментация на месте эпителизовавшихся элементов (рис. 1; 2).



Рис. 1. Пояснения в тексте



Рис. 2. Пояснения в тексте

Пациентка свое заболевание ни с чем не связывала, сообщала, что причина поражения кожи не установлена. Обращал на себя внимание чистый участок кожи на спине, до которого пациентка не могла дотянуться руками. Дерматологом был выставлен диагноз «гранулемы неуточненной этиологии». При биопсии лоскута кожи выявлен нейродерматит. Неврологом диагностирована дисциркуляторная энцефалопатия II стадии, декомпенсация, с преимущественной недостаточностью кровообращения в вертебро-базиллярной системе. Атеросклероз сосудов головного мозга.

В один из дней пациентка была замечена в нанесении себе новых повреждений на коже ногтями, срывала геморрагические корочки на заживающих элементах. Когда врач обратила внимание обследуемой на ее аутодеструктивные действия, та с упор-

ством и негодованием отрицала свою причастность к поражению кожи. Позже в беседе призналась, что наносит себе повреждения и ночью, как правило, в момент чрезмерного волнения, на высоте эмоционального напряжения. Пациентка сообщала о неудержимом желании экскорировать кожу, что на некоторое время приносило ей удовлетворение, облегчало нервное напряжение, позволяло быстрее заснуть. Во время последующих бесед обследуемая наносила самоповреждения ногтями в присутствии врача, лишь на время останавливаясь после замечания доктора. Таким образом, в психопатологической структуре заболевания обнаруживался обсессивный синдром (навязчивые действия). Экспериментально-психологическое заключение выявляло специфические особенности мышления по органической предрасположенности, сниженные функции внимания и опосредованной памяти при сохраненных функциях механической памяти. В личности определялась сенситивность, склонность к аффективным колебаниям, ярко выраженный невротический синдром астенического типа, повышенный уровень психопатизации, предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации. Регистрировалась инертность и ригидность психических процессов при повышенной импульсивности и эмоциональной лабильности. Отмечались достаточно ярко выраженные черты дистимии, признаки умеренной астении, высокий уровень личностной и ситуативной тревожности.

Выставлен клинический диагноз: Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи со смешанными заболеваниями F 06.61. Невротические экскорации на фоне общего заболевания (патомимия).

Лечение проводилось антидепрессантами (миртазапин 30 мг на ночь), транквилизаторами (гидроксизин 75 мг в сутки), нейролептиками (перфеназин 7.5 мг в сутки). Местно использовались эпителизирующие мази, слабые кортикостероиды. Медицинским психологом проводилась индивидуальная психокоррекционная работа.

На фоне комплексной терапии редуцировалась депрессивная симптоматика, очистились кожные покровы (рис. 3). Шкала самооценки тревоги выявляла низкий уровень ситуативной тревоги (22 балла), шкала депрессии Бека — отсутствие депрессии (7 баллов).

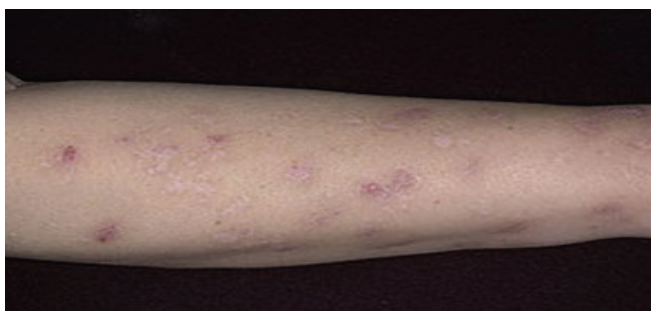


Рис. 3. Состояние кожных покровов после лечения

Пациентка была выписана на поддерживающей терапии под наблюдение психиатра поликлиники.

Таким образом, обследуемая длительное время находилась в психотравмирующей ситуации и последние годы до начала самоповреждений кожи с формированием невротических экскораций пребывала в состоянии депрессии. Характерные для личности пациентки повышенная импульсивность, аффективная лабильность, самонаказывающий тип реагирования на стресс привели к аутодеструктивному

поведению, что способствовало снижению уровня тревоги. В силу инертности и ригидности психических процессов аутодеструктивное поведение быстро зафиксировалось и стало обычной формой реагирования на психоэмоциональный стресс. С течением времени сформировались патохарактерологические изменения (психопатизация). Тем не менее, ведущим в клинической картине оставался депрессивный синдром.

Катамнестическое наблюдение в течение 3-х лет выявляет периодически нарастающую тревожно-депрессивную симптоматику на фоне актуальных переживаний (пациентка по-прежнему проживает с супругом на одной жилплощади, отношения с которым остаются сложными) с обострением обсессивных расстройств и нарастающим желанием к аутодеструктивному поведению. Профилактические ежегодные госпитализации, коррекция психофармакотерапии способствуют быстрому становлению ремиссии, улучшают качество жизни пациентки.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Wilson E.* Diseases of the skin. London: Churchill, 1987.
- [2] *Дороженок И.Ю.* Психодерматология (психосоматические аспекты хронических дерматозов). Обзор литературы. Часть 1 // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 1. С. 41—47.
- [3] *Иванов О.Л., Львов А.Н.* Справочник дерматовенеролога. М., 2001. С. 216—218.
- [4] *Keuthen N.J., Koran L.M., Aboujaoude et al.* The prevalence of pathologic skin picking in US adults // *Comprehensive Psychiatry*. 2010. 51. С. 183—186.
- [5] *Терентьева М.А.* Невротические эксориации в рамках психических расстройств (клиника, психопатология, терапия): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007.
- [6] *Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.И., Дороженок И.Ю.* Психодерматология: современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии. 2004. Т. 11. С. 4—14.
- [7] *Calikusu C., Yucel B., Polat A. et al.* The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: A Comparative Study // *Comp. Psych.* 2003. 44 (3). С. 256—261.
- [8] *Cullen B., Samuels J., Bienvenu O. et al.*, The relationship of pathologic skin picking to obsessive — compulsive disorder // *The Journal of nervous and mental disease*. 2001. 189 (3). С. 193—195.
- [9] *Коркина М.В.* Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М., 1984.

CLINICAL CASE OF PATHOMIMIA IN PATIENT WITH AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR

**A.A. Lukashenko, M.S. Artem'yeva, I.I. Yurovskaya,
A.N. Gavrik, I.E. Danilin**

Department of Psychiatry and Medical Psychology
Peoples' Friendship University of Russia
Bekhtereva str., 15, Moscow, Russia, 115447

The article presents a clinical case of self-inflicted skin of the background of long-term anxiodepressive frustration in patient with auto-aggressive behavior.

Key words: skin, psycho-emotional stress, alexithymia, anxiety, depression, obsession, auto-aggressive behavior, neurotic excoriations, mirtazapine, perphenazine, hydroxyzine, psychodermatology.

REFERENCES

- [1] *Wilson E.* Diseases of the skin. London: Churchill, 1987.
- [2] *Dorozhenok I.Yu.* Psychodermatology (psychosomatic aspects of chronic dermatosis). Review. Part 1. *Mental disorders in General medicine.* 2008. № 1. P. 41—47.
- [3] *Ivanov O.L., L'vov A.N.* Manual for dermatologist. Moscow, 2001. P. 216—218.
- [4] *Keuthen N.J., Koran L.M., Aboujaoude et al.* The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Comprehensive Psychiatry*, 2010. 51. P. 183—186.
- [5] *Terent'eva M.A.* Neurotic excoriation within the framework of mental disorders (clinical picture, psychopathology, therapy): PhD thesis ... Med. Sci. M., 2007.
- [6] *Smulevich A.B., Ivanov O.L., L'vov A.I., Dorozhenok I.Yu.* Psychodermatology: modern state of problem. *Journal of neurology and psychiatry.* 2004. Vol. 11. P. 4—14.
- [7] *Calikusu C., Yucel B., Polat A. et al.* The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: A Comparative Study. *Comp. Psych.*, 2003, 44 (3). P. 256—261.
- [8] *Cullen B., Samuels J., Bienvenu O. et al.* The relationship of pathologic skin picking to obsessive-compulsive disorder. *Journal of nervous and mental disease.* 2001, 189 (3). P. 193—195.
- [9] *Korkina M.V.* Dismorphomania in adolescence and young adulthood. M., 1984.