

## Оглавление

Введение .....	2
Этиология и факторы риска .....	3
Патогенез.....	5
Дерматозойный бред: история вопроса. ....	6
Состояния, ассоциированные с дерматозойным бредом .....	7
Нозология дерматозойного бреда .....	11
Дифференциальная диагностика дерматозойного бреда с дерматологической патологией.....	13
Лечение .....	14
Выводы.....	15
Литература .....	16

## Введение

Проблема психодерматологического синдрома является достаточно актуальной, несмотря на то, что распространенность состояний, ассоциированных с дерматозойным бредом и ограниченной ипохондрией, по разным источникам колеблется от 0,05 до 1,1% зарегистрированных случаев. Статистические данные вряд ли можно считать достоверными, поскольку пациенты с кожными проявлениями редко обращаются за специализированной помощью к психиатрам, а в течение долго времени получают неэффективную терапию у дерматовенерологов.

Состояния, ассоциированные с дерматозойным бредом, в клинической практике встречаются не так часто, по сравнению с другими продуктивными синдромами, однако это не означает, что мы не должны оказывать помощь таким пациентам. Решив подробнее изучить данный вопрос, я столкнулась с крайне ограниченным объемом литературы, в которой хотя бы частично освещалась выбранная тема, не говоря уже о клинических рекомендациях и протоколах ведения. Можно сделать вывод, что психодерматологический синдром в целом является малоизученным вопросом, сложным в первичной диагностике состояния и дифференциальной диагностике вызвавших его причин.

## Этиология и факторы риска

Единой этиологической концепции для дерматозойного бреда и ассоциированных состояний на данный момент не разработано, однако в ряде исследований обнаружены данные за морфологические изменения в головном мозге. Чаще всего наряду с атрофией коры и субкортикальных зон отмечались нарушения в дорсальном отделе стриатума и хвостатом ядре, в этих же зонах позднее, путем нейровизуализации, обнаружались нарушения метаболизма глюкозы, снижение перфузии, признаки дофаминергической дисфункции. Данная гипотеза вполне согласуется с бинарной патогенетической моделью нарушений при психодерматологическом синдроме, о которой будет сказано ниже: нарушение обработки информации в стриато-таламо-париетальной «соматической петле» обуславливает появление патологических ощущений, а фронтальная дисфункция способствует развитию патологии суждений, однако не у всех пациентов отмечались ярко выраженные изменения в центральной нервной системе.

В связи с тем, что заболевание чаще всего развивается с возрастом, многие исследователи предполагают возникновение коэстезиопатий на фоне реально существующих парестезий вследствие органической нейропатии (диабетической, уремической, токсической и т.д.), однако при исследованиях эта теория не нашла статистически значимого подтверждения.

Учитывая данные эпидемиологии, к факторам риска можно отнести возраст- основная масса случаев регистрируется после 50 лет (однако вторичный дерматозойный бред может быть и в более молодом возрасте). Чаще, примерно в 2 раза, заболевания проявляются у женщин, однако половые различия статистически значимы только в инволюционном возрасте, среди более молодого поколения различия практически нет.

У многих личностей в преморбиде отмечаются черты ананкастного либо параноидного расстройств личности.

Психопатологически отягощенная наследственность не играет особой роли: так, согласно исследованиям, наличие в роду психических расстройств отмечается порядка 15% пациентов с психодерматологическим синдромом, при этом только в 1% случаев в наследственности прослеживается эпизод дерматозойного бреда, в целом генетическая теория указывает скорее на вероятность развития какого-либо отклонения, не обязательно коэнестезиопатического ряда.

Также к факторам риска можно отнести социальную изоляцию: согласно различным источникам, доля одиноких, разведенных, овдовевших пациентов среди страдающих психодерматологическим синдромом составляет от 47% до 77%.

Еще одним не малозначимым фактором риска является сенсорная депривация- у порядка двух третей пациентов отмечалось снижение зрения, у одной трети- слуха.

## Патогенез

К психическим расстройствам, входящим в рамки психодерматологического синдрома относится группа состояний, различных по своим проявлениям и структуре, от невротического до психотического регистра. Несмотря на различность проявлений, исследователи приняли попытку создать единую теорию патогенеза. Согласно данным, почерпнутым в монографии А.Б.Смулевича с соавторами, в основе психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, лежит модель бинарной структуры: первичным, базисным элементом являются сенестопатии, чаще всего коэнестезиопатии, сопровождающиеся помимо непосредственно тягостных ощущений в определенной локализации ощущением нарушения осознания собственного тела. Вторичные, идеаторные элементы разнятся в зависимости от нозологии: тревожно-фобическое расстройство при кожном органном неврозе; обсессивно-компульсивное либо импульсивное при синдроме компульсивных/импульсивных эксориаций, патологическое фантазирование при синдроме коэнестезиопатических конфабуляций; сверхценные образования при ограниченной ипохондрии; дерматозойный бред при коэнестезиопатической паранойе и парафрении.

Первичные базисные элементы в динамике заболевания могут сменяться утяжеляющимися симптомами. Соматоформный зуд может последовательно переходить в интрадермальные дизестезии и идиопатические алгии, а также в тактильные иллюзии и галлюцинации.

В связи с тем, что дерматозойный бред и ассоциированные с ним расстройства является наиболее изученным феноменом психодерматологического синдрома, в дальнейшем основное внимание будет уделено именно этому аспекту темы.

## Дерматозойный бред: история вопроса.

**Дерматозойный бред**, также **зоопатический бред**, **бред Экбома** — бредовое убеждение о заражении паразитами (в отсутствие объективных признаков инвазии).

Первые упоминания в литературе о данном феномене принадлежат английскому писателю Джону Обри, который приводит жизнеописание философа и политика Джеймса Харингтона, находившегося в тюремном заключении и после этого сохранявшего стойкую убежденность в том, что «вместо пота из кожи вылетают мухи», не выказывая при этом других признаков душевного расстройства.

В медицинской сфере первые сведения о зоопатическом бреде принадлежат французскому дерматовенерологу Жоржу Тибьержу, который ввёл термин «акарофобия» (боязнь клещей) в 1894г.

В 1896г. L. Perrin положил начало исследований, в которых зоопатический бред рассматривался исключительно как психическое расстройство, в ходе которых пришел к выводу, что это хроническое галлюцинаторное расстройство, не сопровождающееся аффектами.

В 1938г. подробно описал и ввел термин «дерматозойный бред» шведским невролог Карл Аксель Экбом в 1938г. Он не только отметил наличие при данной патологии коэнестезиопатий, но и указал на их связь с бредом, трактуя бред как «ошибочное толкование первичных патологических тактильных ощущений».

Исследования данного вопроса продолжаются по сей день, как в России так и за рубежом.

## Состояния, ассоциированные с дерматозойным бредом

**Коэнестезиопатическая паранойя** образована базовыми психопатологическими расстройствами в форме коэнестезиопатий и зрительных обманов восприятия, ассоциированных с монотематическим бредом одержимости кожными паразитами.

Тактильные галлюцинации проецируются трансдермально, но не распространяются на внутренние органы; являются неоднородными по своей структуре, элементарные имеют кинестетические характеристики и наделяются свойствами жизнедеятельности «насекомых», но при этом не складываются в законченный предметный образ; сложные тактильные галлюцинации являются функциональными по своей сути, т.к. возникают одновременно с восприятием реального раздражителя (при касании пальцами и т.п.) и действуют в пределах той же зоны. Пациенты на ощупь воспринимают паразита, сохраняя тактильный контакт с кожей, но при попытке «снять» галлюцинаторный образ исчезает. В большинстве случаев тактильный галлюциноз сопровождается зрительными обманами восприятия в виде иллюзий (кожные складки, пигментные пятна, невусы воспринимаются как «признаки жизнедеятельности паразитов») и галлюцинаций, когда пациенты «видят» насекомых и т.п.

Идеаторный компонент коэнестезиопатической паранойи представлен монотематическим систематизированным дерматозойным бредом. При разработке бредовой концепции паразитам дается какое-то общеизвестное название- «мошки», «жучки», «вши» и т.п., реже- неологизмы. С усложнением бредовой концепции наступает феномен анимации: период перехода ведущих клинических проявлений от сенестопатий к бреду и галлюцинациям, в ходе которого «паразиты» наделяются свойствами живого организма, становятся «осязаемыми»; пациенты начинают отслеживать

циклы сна-бодрствования, продумывают возможности избавиться от «живности», определяя в дальнейшем бредовое поведение.

«Борьба» с паразитами, как правило, начинается с обращения за медицинской помощью к дерматологам, паразитологам, санэпидемстанции. В связи с неспособностью вышеперечисленных учреждений оказать «адекватную» помощь, пациенты начинают заниматься «самолечением», одним из основных видов которого является аутодеструктивное поведение, которое при данном расстройстве редко приобретает brutальные формы, чаще всего замечаются эксориации, поверхностные химические ожоги, пятна от красящих дезрастворов. Также возможен феномен «защиты», когда пациенты пытаются оградить родственников от «заражения»- используют отдельную посуду, ограничивают контакты, выбрасывают постельные принадлежности, в редких случаях- снимают другое жилье. Стоит отметить, что по данным различных исследований, частота индуцированного бреда при коэнестезиопатической паранойе достигает порядка 25%.

Более сложным вариантом ассоциированного с дерматозойным бредом расстройства является **коэнестезиопатическая парафрения**, для которой характерны не только эксрацептивные и зрительные обманы восприятия, но и висцеральные, слуховые, обонятельные, реже-вкусовые галлюцинации. Идеаторный компонент включает в себя бред тотальной одержимости паразитами (дерматозойный и энтерозойный бред) с фантастическим компонентом. Методы «борьбы» также отличаются размахом, например, могут «проникать» пальцами в полости организма, извлекая паразитов изнутри. Аутодеструктивное поведение отличается жестокостью, используются паяльные лампы, концентрированные кислоты и т.п. Размах бреда мегаломанический, зачастую это «тотальное заражение всех жителей планеты, выход из-под контроля научного эксперимента».



**Бред воображения** характеризуется обилием зрительных образов, минимальной выраженностью коэнестезиопатий и лишенным систематизации образным бредом, не сопровождающимся формированием аутодеструктивного бредового поведения. Чаще всего развивается у пациентов с истерическим расстройством личности. В связи с тем, что для таких людей характерна повышенная внушаемость и театральность, в фабуле бреда от беседы к беседе появляются новые детали, как с целью произвести впечатление, так и из содержания уточняющих вопросов. Зрительные образы могут возникать «по желанию» пациента. Зачастую симптомокомплекс развивается после психотравмирующего события и у пациентов отмечается частичная критика к своему состоянию.

Среди атипичных форм дерматозойного бреда выделяют **сутяжный бред одержимости кожными паразитами**, с доминированием кверулянтных тенденций, направленных на доказательство инфекации. Не получив должной «помощи» в одном учреждении, пациент начинает хождение по врачам в поисках «грамотного специалиста», ведущей идеей становится доказательство самого факта инвазии, в то время как единоличная борьба с паразитами (а следовательно и аутодеструктивные тенденции) сведены к минимуму. Любой намек на психическую природу заболевания воспринимается крайне негативно, но при этом идеи намеренного вреда со стороны медицинского персонала, как правило, не формируются. Для таких пациентов характерны симптомы «спичечного коробка/ герметичной емкости/ диагностической пробы», когда пациенты в качестве доказательства своей правоты предоставляют «образцы», собранные с кожи, одежды и т.д., как правило- волосы, нитки и прочее.

Вариантом сутяжного дерматозойного бреда является **Болезнь Моргеллонов**, ключевым признаком которой является атипичность паразитарного объекта, не свойственная классическим описаниям зоопатического бреда. Описывается инфекация не какими-либо

«оформленными» паразитами, а «волоками, фибриллами, гранулами». Исследователи объясняют данное явление типичным патоморфозом. Так, первоначально дерматозойный бред был описан как «заражение» клещами и вшами, в 20м веке присоединились бактерии, вирусы и грибы, в 21- «неизвестные неживые (космические? Техногенные?) объекты».

**Бред преследования паразитами** также относится к атипичным вариантам. В фабуле бреда доминирует идея зараженности окружающей среды и борьба с ними, а не мнимая инвазия в организм пациента. Тактильные галлюцинации характеризуются как «передвижение» паразитов по поверхности кожи, без проникновения внутрь. Паразиты визуализируются в пространстве и окружающей обстановке, откуда попадают на кожу, контаминируя, но не внедряясь. Бредовое поведение направлено на борьбу с паразитами, аутодеструктивные тенденции не характерны.

## Нозология дерматозойного бреда

Перед тем, как перейти к перечислению состояний, которые могут сопровождаться либо манифестировать дерматозойным бредом, следует уточнить, что некоторые исследователи разделяют дерматозойный бред на первичный и вторичный.

Первичный бред характеризуется монотематическим ипохондрическим бредом паранойяльной структуры с патологической убежденностью в кожной инфестации, сформированной на базе коэнестезиопатических расстройств. Характерен малый размах бреда, правдоподобность и тривиальность идеи поражения, как правило, одним паразитом, без идей громадности и тотальности заражения. В фабуле бреда не прослеживаются персекуторные, сутяжные тенденции, идеи воздействия и отношения. Первичный дерматозойный бред встречается при хроническом бредовом расстройстве, индуцированных бредовых расстройствах.

Вторичный дерматозойный бред является симптоматическим и может варьировать в зависимости от основного заболевания. Наиболее часто встречается при манифестации вялотекущей шизофрении, при обострении других форм шизофрении, депрессивных эпизодах, интоксикационных явлениях наркотическими и психоактивными веществами, реже при соматических заболеваниях.

Дерматозойный бред при шизофрении сочетается с феноменами психических автоматизмов, бредом воздействия и преследования; фабула отличается сложностью, как правило, коэнестезиопатическая парафрения; при описании зрительных образов обращает на себя внимание яркость, метафоричность; аутодеструктивное поведение вычурное, brutальное. При обследовании помимо продуктивной симптоматики обнаруживаются негативные симптомы.

При аффективной патологии дерматозойный бред может быть сочетан с синдромом Котара при инволюционной депрессии, когда общая картина трансформируется в бред «одержимости гадами» и т.д.

Дерматозойный бред при интоксикациях известен еще с конца 19 века, когда появились описания расстройств у кокаинистов- симптом Маньяна, с тех пор список веществ, способных вызвать подобные состояния значительно расширился, чаще всего возникает при приеме кокаина и амфетамина, реже- при употреблении алкоголя и каннабинодов. Психоз с дерматозойным бредом всегда манифестирует в связи с началом приема и закономерно подвергается обратному развитию всед за отменой вещества, на фоне которого развился. Галлюцинации, как правило, простые, фабула бреда не кристаллизуется.

Дерматозойный бред при органическом поражении головного мозга характеризуется преобладанием тактильного галлюциноза, в то время как идеаторный компонент малоразработан и затухает на стадии феномена анимации; тактильные ощущения примитивны, равно как и и описание. Бредовое поведение ограничивается социально приемлемыми методами- обращением к паразитологу/дерматологу. Наряду с продуктивной симптоматикой нарастают явления психоорганического синдрома.

## Дифференциальная диагностика дерматозойного бреда с дерматологической патологией.

Несмотря на то, что дифференциальная диагностика всегда является сложным вопросом, исследователи выделяют ряд опорных признаков, на основании которых можно заподозрить психическую природу кожных проявлений.

Психодерматологические расстройства зачастую характеризуются экспрессивностью, полиморфизмом, вычурностью клинических проявлений, несоответствующей классической картине динамикой, вариацией симптомов под влиянием новой информации, особенно эмоционально значимой.

Обращает на себя внимание персистирующий характер жалоб, настойчивость использования лабораторных и инструментальных, вплоть до оперативных методов обследования при отсутствии реальных обоснований для этого, невозможность переубедить пациента в отсутствии патологии при отрицательных данных объективных методов обследования.

Аутодеструктивные явления на коже характеризуются различными формами простого контактного дерматита (от эритематозного до язвенно-некротического); имеют характерную локализацию на открытых, доступных для самоповреждения участках при отсутствии высыпаний в труднодоступных местах. Очаги имеют четкие границы, монотипные, линейно расположенные, чередуются с участками здоровой кожи, превалируют вторичные элементы.

Немаловажным моментом является отсутствие эффекта от дерматотропной терапии, несоответствие анамнеза клинической картине и негативный настрой пациента при попытке расспроса о его психическом состоянии. Если удастся установить наличие психалгий, кожного зуда и других кожных ощущений, деструктивные очаги будут локализованы строго в обозначенной области.

## Лечение

Терапия дерматозойного бреда и ассоциированных с ним расстройств должна быть комплексной, стационарной, длительной. Согласно различным исследованиям препаратами выбора в качестве монотерапии являются как типичные (галоперидол), так и атипичные (рисперидон, оланзапин) нейролептики. В особо тяжелых случаях, при коэнестезиопатической парафрении, манифестации эндогенного процесса с дерматозойным бредом, была обнаружена резистентность к монотерапии, купирование достигалось путем сочетания типичных и атипичных нейролептиков с различными путями введения, в редких случаях- путем назначения противорезистентного антипсихотика клозапина.

Психотерапия при состояниях, сопровождающихся дерматозойным бредом показана только в качестве суггестии, направленной на достижение комплайентности к психофармакотерапии, а также психокоррекция аутодеструктивного поведения.

При наличии аутодеструктивных явлений назначается местная дерматотропная терапия эпителизирующими средствами.

## Выводы

В ходе своей работы я постаралась разобрать основные патогенетические моменты и клинические проявления такого необычного расстройства как психодерматологический синдром, в частности- состояний, ассоциированных с дерматозойным бредом. Несмотря на то, что первые разработки в этой области появились еще в 19 веке, вопрос до сих пор остается малоизученным. Возможно причиной является весьма скудная распространенность заболевания, но не является ли причиной невнимательность врачей, отсутствие представлений о возможности кожных проявлений на фоне психической несостоятельности, а также негативный настрой пациентов к психиатрам? Вопрос дифференциальной диагностики имеет первостепенное значение, так как от этого будет зависеть дальнейшая тактика ведения больного. Лечение пациента должно осуществляться совместными усилиями дерматологов и психиатров, возможно, стоило бы задуматься о создании общих стационаров, поскольку кожные явления не редкость при психических расстройствах, как при неврологических явлениях и психогениях, так и при эндогенной этиологии.

## Литература

1. Дерматозойный бред и ассоциированные расстройства.  
А.Б.Смулевич, Д.В.Романов, А.Н.Львов  
«ГЭОТАР-Медиа», Москва, 2015г
2. «Эндогенно-органические психические заболевания» Тиганов А.С.  
, электронный ресурс  
<http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/30/chapter/62>
3. СОМАТОФОРМНЫЙ И АМПЛИФИЦИРОВАННЫЙ ЗУД  
С.И.Бобко, А.Н.Львов, Д.В.Романов, Российский журнал кожных и  
венерических болезней, №4, 2013г.
4. Ипохондрия sine materia как психосоматическая проблема (на  
модели ипохондрических расстройств, реализующихся в  
пространстве кожного покрова) А.Б. СМУЛЕВИЧ<sup>1, 2</sup>, И.Ю.  
ДОРОЖЕНОК<sup>1, 2</sup>, Д.В. РОМАНОВ<sup>2\*</sup>, А.Н. ЛЬВОВ<sup>3</sup> ОБЩИЕ  
ВОПРОСЫ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ №1,2012г.
5. БОЛЕЗНЬ МОРГЕЛЛООНОВ VS ДЕРМАТОЗОЙНЫЙ БРЕД:  
НЕОЖИДАННАЯ ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА  
ДЛЯ ПАРАЗИТОЛОГОВ И ИНФЕКЦИОНИСТОВ.  
СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ  
Бронштейн А.М. Малышев Н.А.Кочергин Н.Г.Давыдова  
И.В.Эпидемиология и инфекционные болезни  
2014
6. Психопатология телесной перцепции *В.И.Крылова Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова.*  
<https://sensoricinru.wordpress.com/2013/02/04/%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F-%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B9-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%86%D0%B5%D0%BF%D1%86%D0%B8%D0%B8/>



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А

Реферат на тему:  
Психотерматологический синдром. Дерматозойный бред и ассоциированные  
с ним состояния

Выполнила:  
врач-ординатор 2-го года обучения  
Купенко Е.Е.

Проверил:  
Д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск  
2020

