

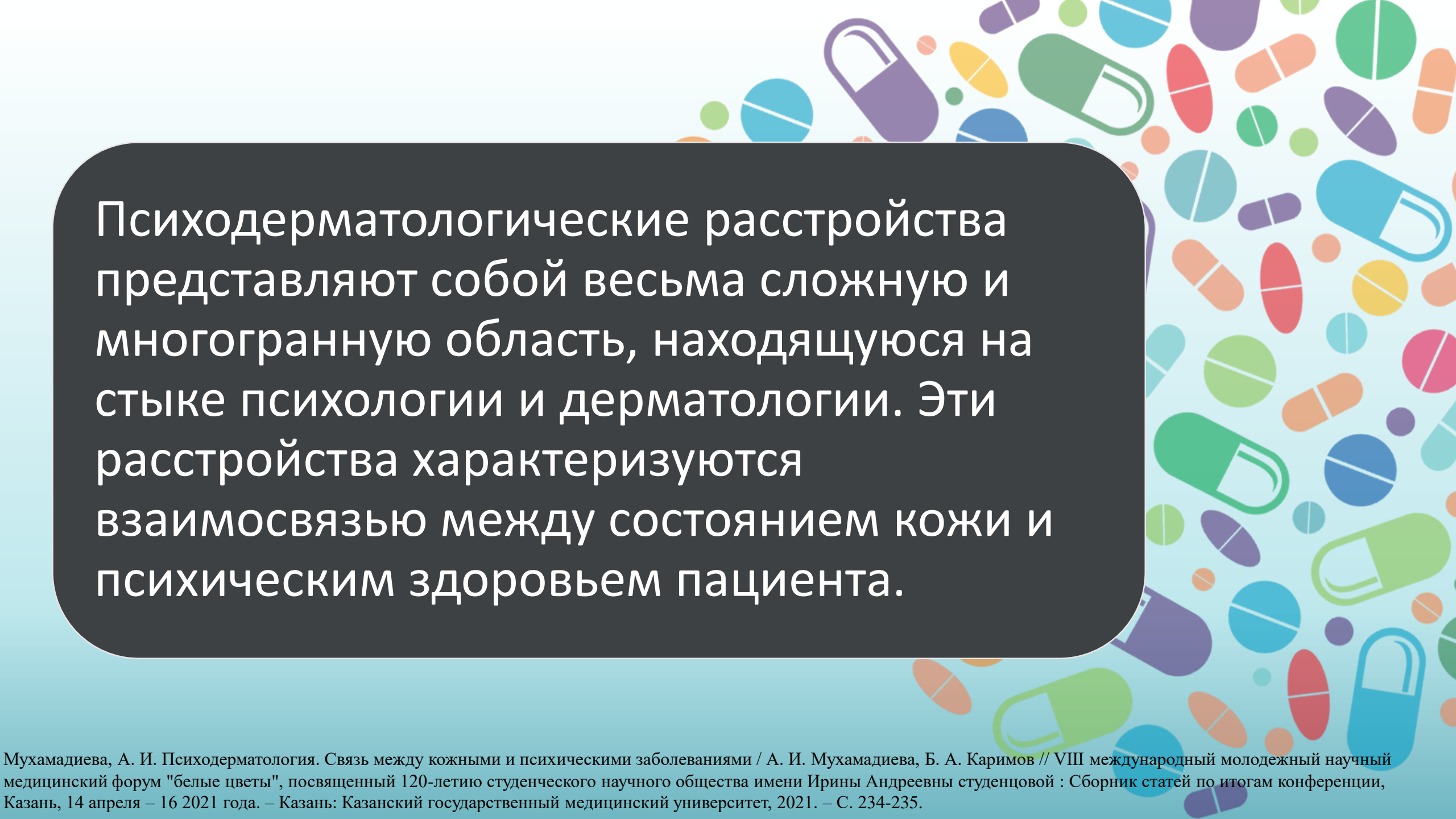
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО

Психодерматологические расстройства



Подготовила :
врач-ординатор,
специальность: Дерматовенерология
1 года обучения 2 группы
Карпушина Анастасия Александровна
Руководитель – доц. Боряк С.А.
18 декабря 2024 г. Донецк

The background of the slide is a light blue gradient with a pattern of various colorful pills and capsules in shades of purple, green, blue, orange, and red. The pills are scattered across the top and right sides of the slide.

Психодерматологические расстройства представляют собой весьма сложную и многогранную область, находящуюся на стыке психологии и дерматологии. Эти расстройства характеризуются взаимосвязью между состоянием кожи и психическим здоровьем пациента.

Механизмы психосоматических взаимосвязей

Мыслительный процесс вызывает электрическую активность в коре головного мозга, которая передается в таламус и гипоталамус. Там, она преобразуется в химические субстанции (нейротрансмиттеры, нейрогормоны и нейропептиды), которые с кровотоком и по нервам достигают клеток кожи.

Страх, стыд, злость, ужас сопровождаются изменением цвета, текстуры и уровня увлажненности кожи.

Если гормоны стресса (кортизол, адреналин и др.) вырабатываются кратковременно, то вреда здоровью они не нанесут, более того, поддержат иммунную систему в состоянии оптимального напряжения. Результат избыточной реакции на стресс воздействует наоборот.



Кортизол действует на фибробласты, замедляя выработку коллагена, эластина и гиалуроновой кислоты, что ведет к потере тургора кожи, провоцирует преждевременное старение.

Спазм сосудов приводит к нарушению трофики кожи.

Повышение уровня глюкозы в крови нарушая гидролипидную мантию, приводит к сухости кожи, потери тонуса.

Депрессии сопровождаются увеличением уровня циркулирующих цитокинов, индуцируя кожные воспаления.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), вызывая длительное повышение симпатической нервной активности и усиленную выработку гистамина, способно провоцировать манифестацию хронической идиопатической крапивницы.

Мышечные зажимы, как результат длительных негативных эмоций приводят к преждевременному старению кожи лица, формированию глубоких морщин.



Психодерматологические расстройства

Психиатрические заболевания с кожными проявлениями

Дерматозойный бред

Ипохондрия

Дисморфофобия

Патомимия

Ограниченная ипохондрия

ОКР

Невротические эксориации

Эксориированные акне

Трихотилломания

Онихофагия

Хейлофагия

Кожные заболевания с психогенными реакциями

Психиатрические расстройства, спровоцированные кожной патологией

Патологическое развитие личности

Психосоматические заболевания

Нозогенные реакции

Депрессивные реакции

Социофобия

Дерматозойный (зоопатический) бред.

Основные параметры паранойяльного бреда.

- ♥ Аутохтонная манифестация — представление пациента по типу «озарения»; внезапно возникшей мысли о заражении паразитами.
- ♥ Монотематичность — бред о заражении только паразитами без тенденции к расширению зоны поражения, которая ограничивается лишь кожными покровами.
- ♥ Тенденция к систематизации, сопровождающаяся детальной разработкой бредового сюжета.

Бредовое поведение – это характерные действия пациента (симптом «спичечного коробка»); действия, направленные на «борьбу с паразитами» и «защиту окружающих» – многократные обращения к врачам, в санэпиднадзор, применение дезинфектантов и инсектицидов, кипячение белья и посуды)



Кожные проявления

Искусственные эрозии или язвы, расположенные на местах, доступных для осмотра и манипуляций пациента.

Часто эти высыпания приурочены к реально существующим первичным морфологическим элементам сыпи: больные могут воспринимать любые образования на коже, как «очаги скопления», «гнезда», «кладки яиц» несуществующих паразитов. Пациенты применяют для самоповреждения («извлечения паразитов из кожи») посторонние предметы: пинцеты, иглы, ножницы.



Отсутствие критики!

Проявляют негативное отношение к окружающим, к медицинским работникам, пытающимся убедить их в отсутствии у них паразитарного заболевания.

Часто меняют врачей, обращаются за помощью в санэпидстанции, отвергают рекомендации получить консультацию у психиатра, и требуют особого внимания и специфического подхода к терапии.

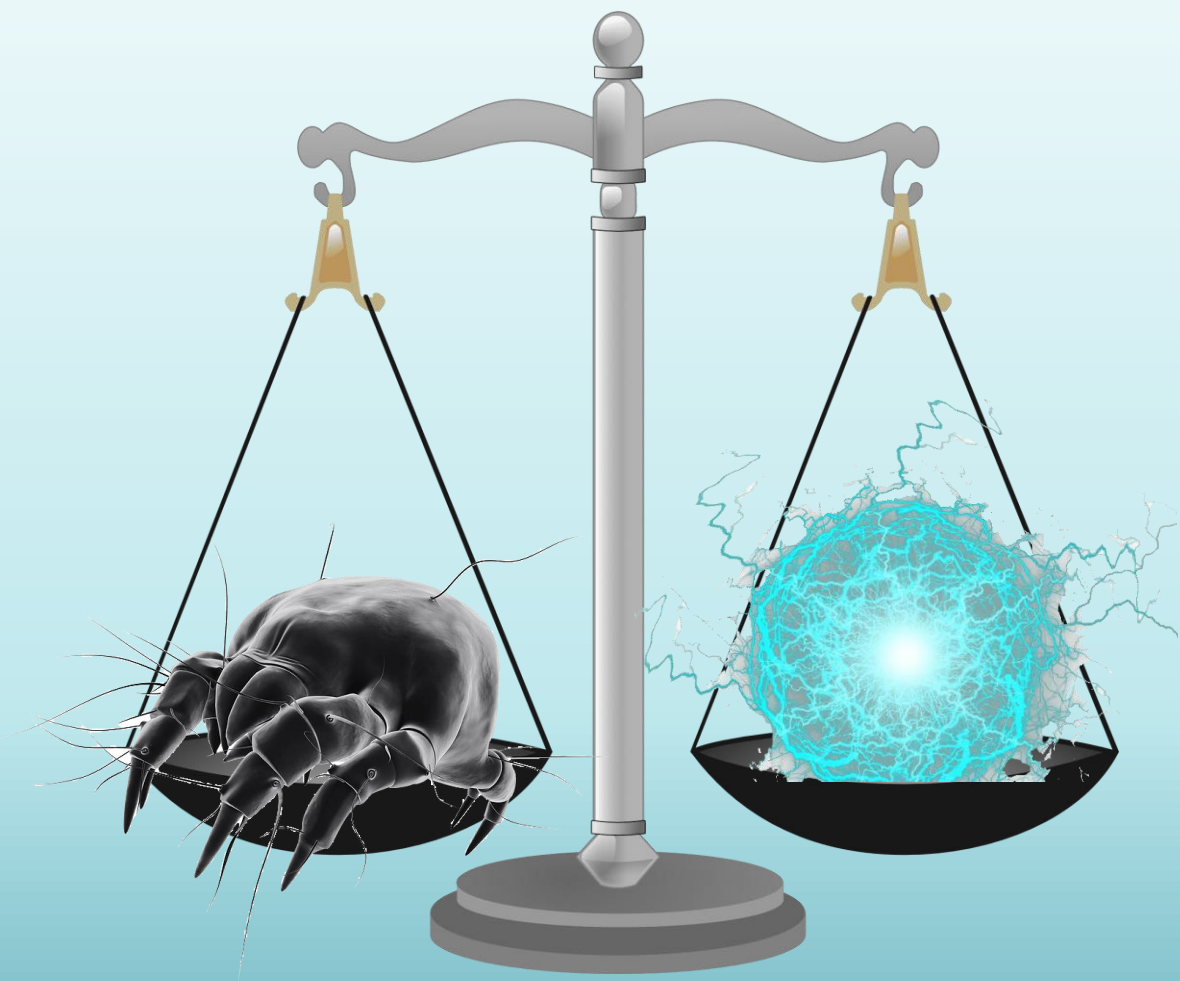
При сборе анамнеза от больного можно услышать неправдоподобные рассказы о возникновении заболевания.

Внешний вид и поведение пациентов также зачастую говорит о наличии психической патологии.



Дифференциальную диагностику следует проводить с группой паразитарных заболеваний.

Требуется выполнение дополнительных диагностических процедур (соскобы, гистологическое исследование кожи) и выжидательная тактика с назначением местной терапии, соответствующей характеру поражения.



Патомимия

Искусственный дерматит, возникающий вследствие нанесения самоповреждений кожи и ее придатков.

Причудливые, геометрически неправильные очертания высыпаний, их разнообразный характер, различный размер элементов являются достоверным критерием диагностики патомимии.

Очаги поражения локализуются на коже которая доступна для воздействия самому пациенту.

При интенсивных повреждениях пациенты отрицают факт аутоагрессии.

Ограниченная ипохондрия

Идиопатические боли с синдромом сверхценной одержимости в топографически ограниченной зоне, завершающиеся самоувечьем.

Патологические телесные ощущения локализуются в определенном участке кожи.

Пациенты наносят себе серьезные повреждения, пытаясь избавиться от мучительных ощущений, зачастую требующие последующей хирургической коррекции.



Обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР) с самоповреждениями кожных покровов

Невротические эксфолиации — компульсивные повторяющиеся действия, сопровождающиеся самоповреждениями в виде расчесов, которым предшествуют ощущения дискомфорта, зуда кожных покровов.

Расчёсывание вызывает образование на неизменной коже свежих эксфолиаций, постепенно эволюционирующих в поверхностные или глубокие рубцы.

Расчесыванию предшествует визуальный осмотр кожи. Самоповреждения наносятся в вечернее время или после стрессовых ситуаций. За этапом самоповреждений наступает временное облегчение. Затем вновь следует нарастание дискомфорта и недовольства состоянием кожи.

В отличие от пациентов с бредовыми расстройствами, пациенты осознают и не отрицают своей роли в формировании высыпаний, более того, не возражают против консультации психиатра или психотерапевта.



Экскориированные акне

Формируются на фоне дискомфорта, связанного с реально существующим заболеванием — акне.

При осмотре таких пациентов сложно найти неизменный первичный морфологический элемент сыпи, поскольку при появлении высыпаний пациенты почти сразу совершают над ними деструктивные действия.

Ключом к постановке диагноза в подобных случаях является наличие неизменных первичных элементов на участках кожи, недоступных для воздействия пациента.



Трихотилломания

Компульсивная аутоэкстракция волос, завершающаяся очаговым или тотальным облысением.

Проявления воспаления практически отсутствуют, отсутствуют признаки фолликулярного гиперкератоза и рубцовой атрофии.

При установлении диагноза трихотилломании проведение трихоскопического исследования позволяет выявить характерные симптомы болезни.

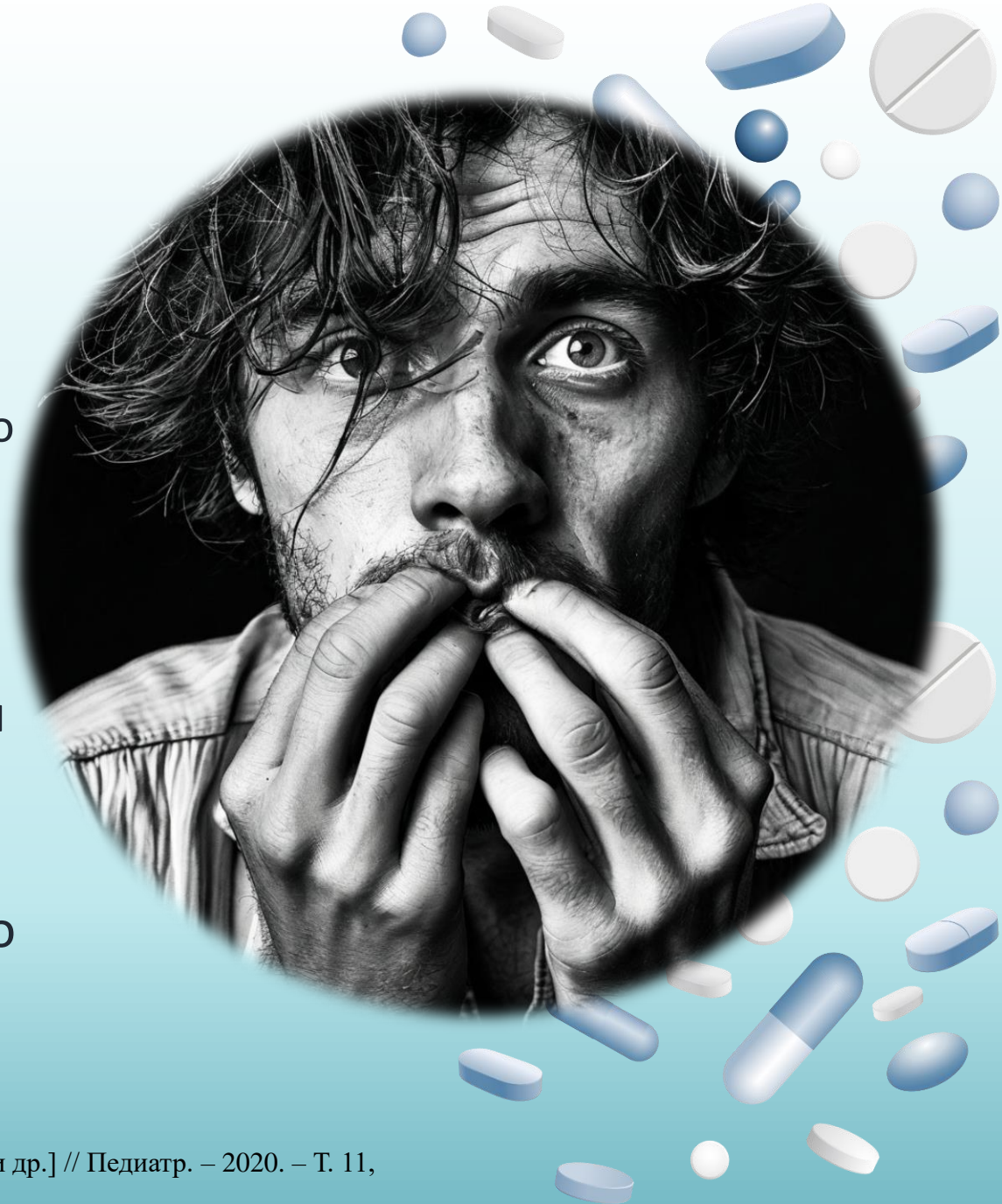


Волосы по типу «кисточек»



Онихофагия и онихотилломания — компульсивные действия с деструкцией ногтей, путем обкусывания, с помощью ножниц, кусачек и т.п., обуславливающие развитие хронической паронихии или микронихии. Использование посторонних предметов считается признаком более тяжелого течения патологического процесса. При навязчивом повреждении околоногтевого валика формируются типичные срединные борозды на ногтевой пластинке, имитирующие различные ониходистрофии.

Хейлофагия — навязчивое облизывание или прикусывание красной каймы губ, характеризуется развитием искусственного хейлита преимущественно с прямолинейным расположением трещин, гиперемией, небольшой инфильтрацией.



Дисморфофобия/дисморфомания

Идея мнимого физического недостатка, связанного с кожными покровами и носит характер сверхценных идей в виде проявлений чрезмерной озабоченности малозначимыми кожными проявлениями.

Сопровождается целым рядом компульсивных действий — повторный контроль перед зеркалом, многократное причесывание, удаление и выдергивание волос и др.

Явления дисморфофобии нередко перекрываются аффективными расстройствами депрессивного характера. В клинической картине подавленность сочетается с суицидальными идеями и включает комплекс мнимого дефекта кожи.

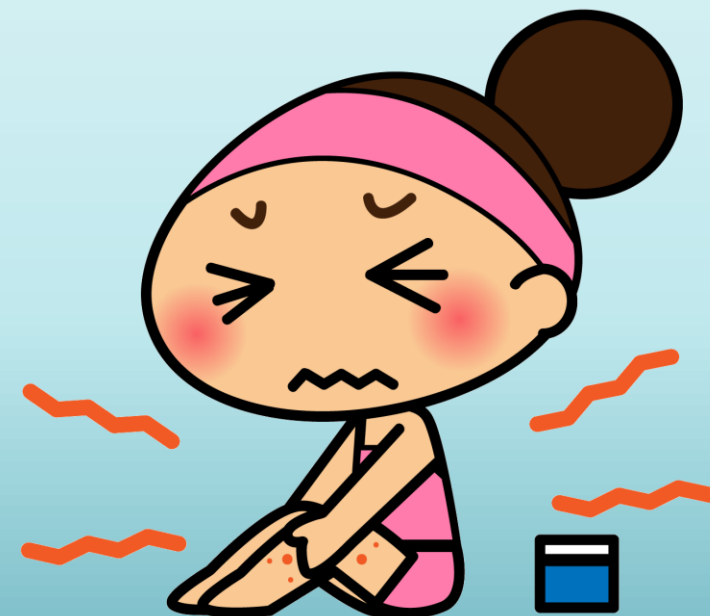


Нозогенные реакции

Возникают при дерматозах, носящих рецидивирующий, остро зудящий характер (атопический дерматит, экзема).

Большое значение приобретает «интимная» локализация высыпаний, острота возникновения высыпаний, распространенность.

Значительная роль в формировании нозогенных реакций принадлежит пациентам с конституциональными аномалиями, в которых преобладают патохарактерологические девиации истерического, шизоидного и психастенического круга.



Депрессивные реакции

Протекают с преобладанием тревожной, ипохондрической и истерической симптоматики.

Гипотимия сопряжена с идеями физического недостатка — косметического дефекта на коже лица и открытых частей тела.

Тревожная депрессия, обусловленная страхом пожизненного уродства, сопряженного с чувством безнадежности, пессимистической оценкой результатов терапевтических мероприятий.



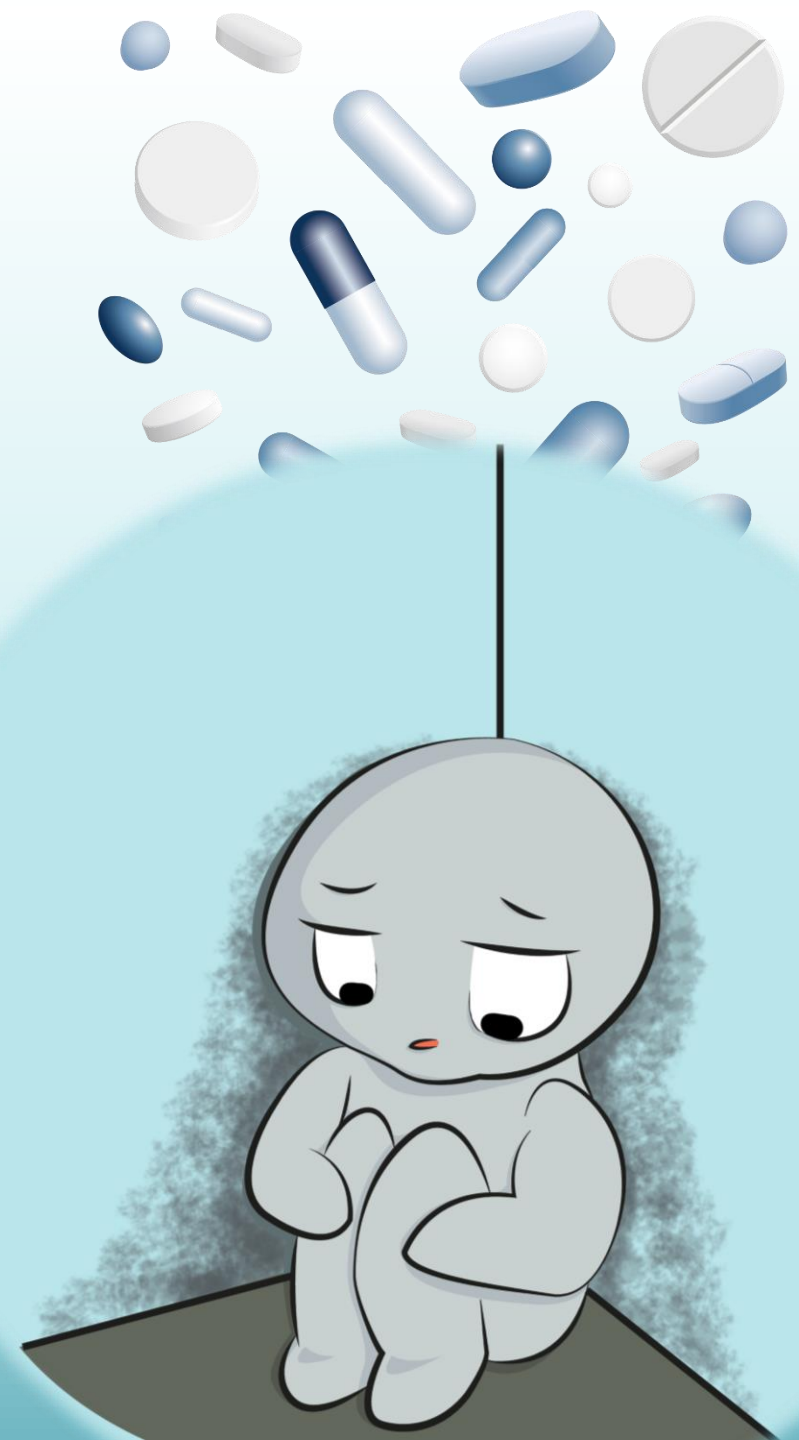
Реакции с выявлением социофобий и сенситивных идей отношения

Обостренная стеснительность, связанная с утратой внешней привлекательности, и избегающее поведение.

Круг общения ограничивается ближайшими родственниками.

При необходимости появиться на людях возникает выраженный дискомфорт, усиливаются явления социофобии, нарастают тревога, неуверенность в себе, предпринимаются попытки разными путями скрыть изъяны кожных покровов.

Появляясь на публике, пациенты замечают презрительное отношение к себе.



Патологическое развитие личности

Кожное заболевание формирует патологическое развитие личности.

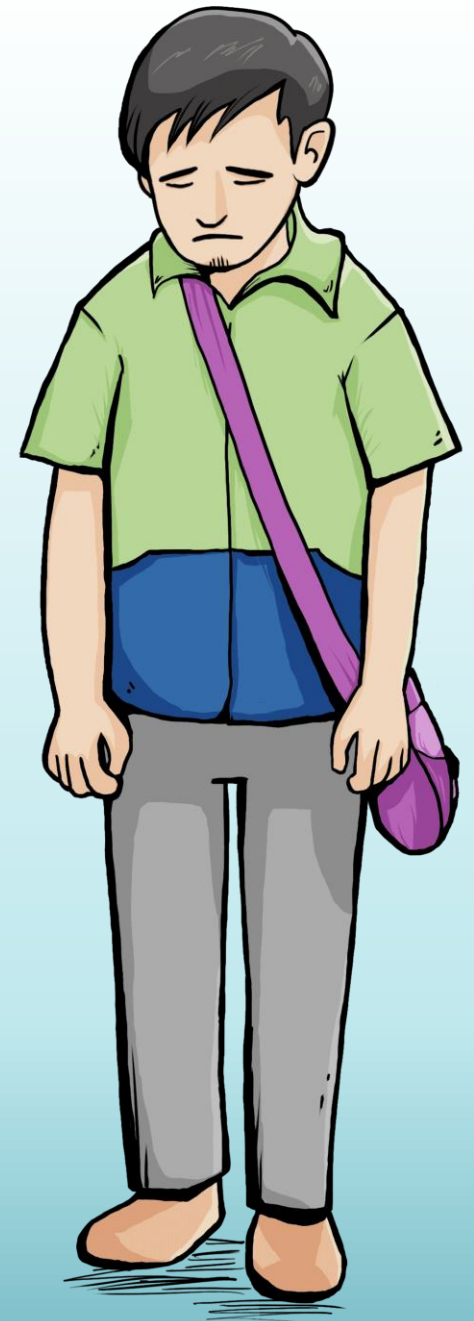
Превалируют паранойяльно-ипохондрические, сенситивные, а также экспансивно-шизоидные типы развития.

Почвой для патологического развития выступает конституциональное предрасположение.

Паранойяльные и шизоидные типы развития личности- акцентуации нарциссического типа.

Паранойяльно-ипохондрические типы развития личности - робость, стеснительность, комплекс собственной неполноценности.

Сенситивное развитие личности - пессимистическое восприятие кожного заболевания, сочетающееся со стремлением скрыть любой ценой проявления дерматологической патологии.



Психосоматические заболевания в дерматологии

Атопический дерматит, псориаз, экзема, розацеа, акне, красный плоский лишай, рецидивирующий герпес, хроническая крапивница, гнездная плешивость, витилиго.

В манифестации/обострении этих нозологий клинически очевидна роль психогенных факторов.

Психогенные воздействия на фоне особой конституции относятся к основным факторам риска манифестации и обострения атопического дерматита.

Особый вариант ответа на стрессор - реакция ограничивается лишь усилением или появлением зуда.



Диагностика

Основной метод обследования - это опрос больного или его родственников, а так же наблюдение за его поведением во время опроса.

Цель опроса больного – выявить:

- наличие критики к своей болезни и цели его обращения
- мнение больного о причинах и природе болезни;
- наличие психопатологических симптомов и синдромов;
- индивидуальные личностные особенности пациента;
- особенности течения болезни;
- отношение пациента к проводимому лечению.



Осмотр кожных покровов.

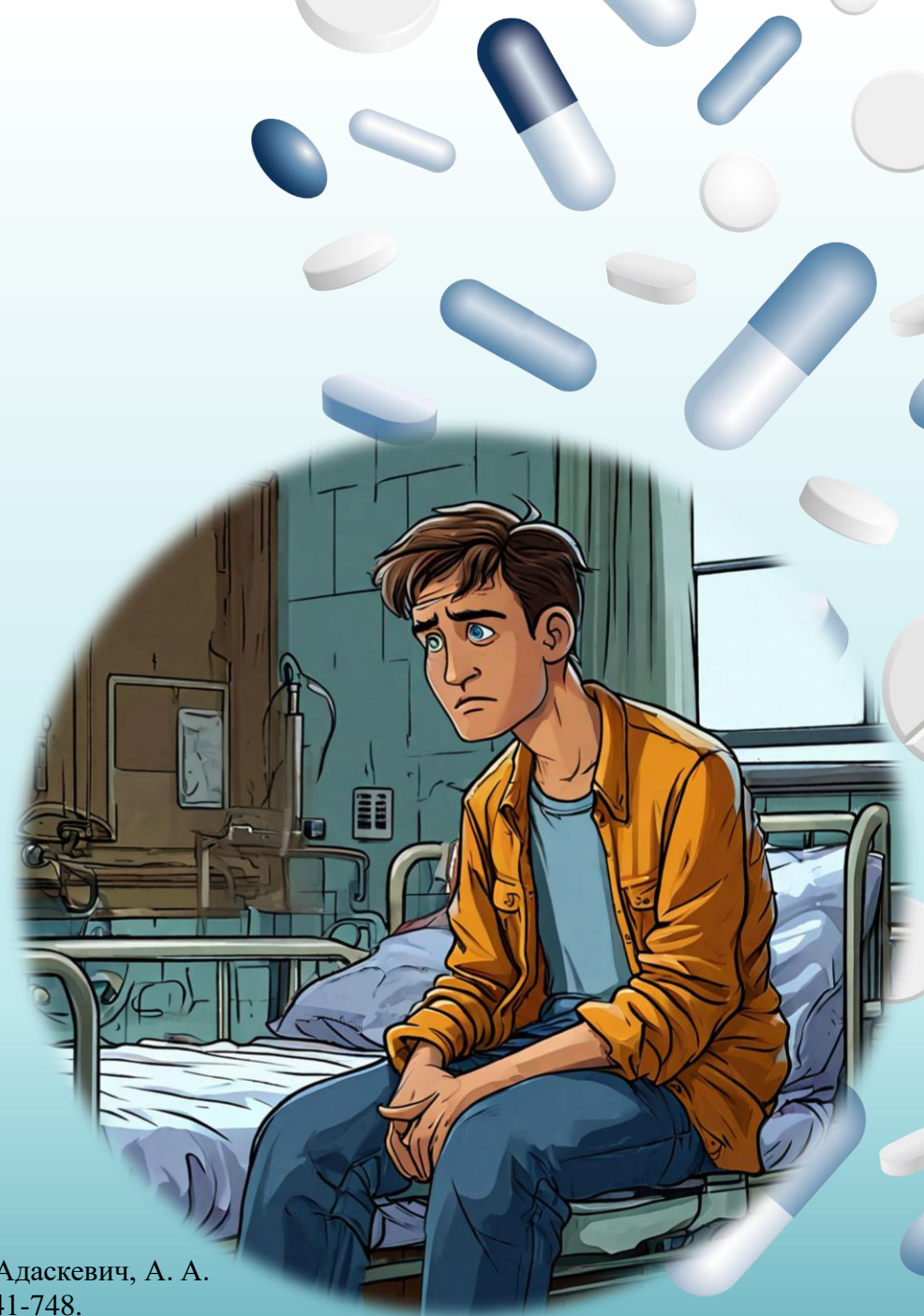
Дерматологический статус (Status localis). Описание дерматологического статуса больного требует соблюдения нескольких правил:

- осмотр кожного покрова и слизистых оболочек должен проводиться при достаточном освещении, лучше естественном;
- для осмотра слизистой оболочки полости рта рекомендуется применять яркий, направленный электрический свет и использовать одноразовый деревянный шпатель, с помощью которого хорошо удаётся осушить от слюны осматриваемые участки слизистой оболочки рта;
- температура в помещении не должна быть меньше 20 °С; охлаждение кожи способствует диагностическим ошибкам за счет спазма сосудов («мраморная кожа») или сокращения мышц, поднимающих волосы («гусиная кожа»);
- осматривают обязательно весь кожный покров и слизистые оболочки.



Заподозрить психосоматический компонент в кожном заболевании можно если:

- лечение не дает ожидаемого результата;
- если результат есть, но пациент неохотно это признает;
- если жалобы не соответствуют актуальному состоянию здоровья;
- пациент предъявляет большое количество разноплановых жалоб и практикует многочисленные «походы» по специалистам;
- у пациента определяются «маски тревожности», «маски депрессии»



Маски тревожности

1. Кожные
2. Сердечно-сосудистые
3. Дыхательные
4. ЖКТ
5. Урогенитальные
6. Костно-мышечные
7. Позы
8. Действия

Маски депрессии

1. Выраженные нарушения внимания и воли
2. Эмоциональная несдержанность
3. Нарушения сна
4. Снижение работоспособности
5. Снижение самооценки
6. Снижение либидо
7. Нарушения аппетита

Для облегчения психологического состояния больного доктор может:

- ♥ Повысить информированность пациента о заболевании.
- ♥ Сделать акцент на возможности ремиссий
- ♥ По результатам наблюдения/опроса рекомендовать пациенту консультацию психолога, психотерапевта или психиатра, в зависимости от выраженности симптомов.
- ♥ Проявить терпимость по отношению к проявлениям агрессии, раздражения, рассеянности, снижению качества психических функций.



Основные потребности пациентов в общении с врачом:

- врач должен представиться и называть их по имени и отчеству;
- прием должен происходить в отдельном, комфортном помещении;
- разговор с врачом должен проходить на доступном языке, без употребления научных терминов;
- врач должен давать правдивую информацию о заболевании;
- врач должен получить согласие на проведение медицинских процедур;
- уйти от врача с ощущением, что их выслушали и поняли;
- иметь возможность задать вопросы врачу



Терапия психодерматологических расстройств

Фармакотерапия:

традиционные антипсихотики (рисперидон - дерматозойный бред),

традиционные нейролептики (трифлуоперазин - патомимия),

антидепрессанты: традиционные – трициклические (доксепин – тревожные расстройства с выраженным зудом),

современные - СИОЗС (циталопрам – невротические экскориации , обсессивно-компульсивные расстройства),

производные бензодиазепина (лоразепам – депрессия).

Психотерапия.

Психотерапевтическое воздействие проводится техниками когнитивно-поведенческого и психоаналитического направления. Пациенту объясняют способы устранения и механизм саморазрушающего действия. Психоанализ ориентирован на обнаружения и осмысления глубинного конфликта, поведенческие методы – на замещение нежелательных действий безопасными.



Подробное изучение психодерматологических расстройств может способствовать более успешному управлению заболеванием и улучшению качества жизни пациентов.

Осознание важности психосоциальных факторов в терапии кожных проблем открывает новые горизонты для клинической практики и научных исследований.

Таким образом, дальнейшие исследования в области психодерматологии и повышение осведомленности как среди медицинских работников, так и среди общества в целом могут значительно улучшить эффективность лечения и поддержание психического здоровья пациентов.



Спасибо за внимание!

