

Соматоформный и амплифицированный зуд

А.Н. Львов¹, С.И. Бобко², Д.В. Романов³

¹ФГБУ Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии Минздрава России, Москва; ²кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. О.Ю. Олисова) лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России; ³кафедра психиатрии и психосоматики (зав. — акад. РАМН А.Б. Смулевич) ФППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Исследованы психосоматические соотношения кожного зуда. Соматоформный зуд возникал в отсутствие диагностированного дерматоза (sinemateria) у 28 больных и при объективно диагностируемом кожном заболевании у 18 больных (cummateria), трактуемый как амплифицированный зуд — усиленный на фоне психопатологии и превосходящий ожидаемый исходя из клинической картины заболевания. Экскориациям предшествовали ощущения зуда, жжения, укола и другие интрадермальные кожные сенсации, манифестирующие по психогенным механизмам ощущения зуда. В дерматологическом статусе больных выделяли разнообразную клиническую картину, начиная с отсутствия объективных кожных поражений при наличии зуда различной интенсивности, от отсутствия и до экскориации на доступных участках тела, вследствие деструкций уже существующих экскориаций поражения кожи имели вторичный характер в виде рубцовых изменений, гипер- и гипопигментаций и др. Описаны признаки соматоформного зуда, позволяющие заподозрить вклад психопатологических расстройств в картину субъективных жалоб еще до детального психопатологического обследования в дерматологической практике.

Ключевые слова: соматоформный зуд, амплифицированный зуд

SOMATOFORM AND AMPLIFIED ITCH

A.N.Lvov¹, S.I.Bobko², D.V.Romanov³

¹State Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Moscow, Russia; ^{2,3}I.M.Setchenov First Moscow Medical University, Moscow, Russia

The psychosomatic parameters of cutaneous itch are studied. Somatoform itch emerged without diagnosed dermatosis (sinemateria) in 28 patients and in the presence of objectively diagnosed cutaneous disease (cummateria) in 18 patients. In the latter case it was interpreted as amplified itch — amplified in the presence of psychopathology and exceeding the expected itch, judging by the clinical picture of the disease. Excoriations were preceded by itching, burning, pricking and other intradermal cutaneous sensations, manifesting by the psychogenic mechanisms of itching sensation. The clinical picture of dermatological patients varied — from the absence of objective cutaneous lesions with itch of different intensity to excoriation in easy to reach parts of the body; because of destruction of the already present excoriations, the skin lesions were secondary, presented by cicatricial changes, hyper- and hypopigmentation, etc. Signs of somatoform itch were described, suggesting a contribution of psychopathological disorders to the picture of subjective complaints before detailed psychopathological examination for dermatologic disease.

Key words: somatoform itch, amplified itch

Зуд — один из наиболее частых субъективных симптомов в дерматологии, уступающих по распространенности только жалобам на косметический дефект. Несмотря на большое количество исследований по изучению зуда (в базе данных Pubmed более 17 466 работ посвящены зуду), остается нерешенной часть проблем по объективной оценке зуда с использованием аппаратных методик и шкал, а также имеются сложности классификации, недостаточно изучены психосоматические соотношения.

Первое определение зуда как неприятного ощущения, сопровождающегося стремлением расчесывать кожу, было предложено S. Nafengeffer в 1660 г. В настоящее время трактовка зуда имеет несколько особенностей. В норме зуд — компонент защитного рефлекса, направленного на удаление попавших на поверхность или в глубину кожи потенциально опасных раздражающих субстанций/объектов. В условиях же патологического процесса зуд может выступать [1] в

качестве симптома заболевания, становясь частью клинической картины при той или иной нозологии [2], как симптомокомплекс — синдром, наблюдающийся при различных нозологиях [3] и в виде моносимптома, фактически соответствующего самостоятельному дерматологическому диагнозу — "кожный зуд" — L.29 в МКБ-10 [4]. В последнем случае зуд представляет собой наиболее сложную в диагностическом и терапевтическом плане проблему, поскольку предполагается, что все возможные объективные дерматологические и соматические/неврологические причины его возникновения исключены. При этом вклад психической составляющей и особенности психосоматических соотношений [1] в случаях кожного зуда *perse* или *sinemateria* обычно не учитываются (*lat.*: *perse* — само по себе, самостоятельно; *sinemateria* — без основания). В настоящей публикации в качестве рабочей выдвигается следующая гипотеза: кожный зуд *sinemateria* (возникающий в отсутствие

Сведения об авторах:

Львов Андрей Николаевич — доктор мед. наук, профессор, заместитель директора; Бобко Светлана Ивановна — аспирант (sbobko@mail.ru); Романов Дмитрий Владимирович — кандидат мед. наук, старший научный сотрудник.

кожного/соматического/неврологического заболевания) может быть обусловлен психической патологией, которая в свою очередь также способна оказывать влияние на выраженность/характеристики кожного зуда при объективно диагностируемых дерматозах.

В современных исследованиях принята классификация зуда в зависимости от механизмов возникновения: пруритогенный зуд [12] (при кожных заболеваниях — атопическом дерматите, псориазе и др.), системный (при патологии внутренних органов — первичном билиарном циррозе, хронической почечной недостаточности, болезни Ходжкина и др.), неврологический/нейропатический (при компрессии, травме нервных стволов), психогенный [13]/функциональный [14]/идиопатический [15, 16], соматоформный [17] (при психических расстройствах) и многофакторный (при сочетании двух и более вышеперечисленных причин) [12, 18, 19]. В настоящей публикации обсуждение проблемы кожного зуда ограничивается пруритогенным зудом (симптом кожного заболевания) и зудом при психической патологии — психогенным/функциональным/идиопатическим/соматоформным, а также двухфакторным зудом, обусловленным сочетанием двух указанных причин. Изучение системного и неврологического/нейропатического зуда не входит в задачи данной работы.

Прежде чем обратиться к материалам исследования, остановимся на проблеме терминологии зуда, возникающего *sinemateria* (в отсутствие диагностированного дерматологического или соматического/неврологического заболевания). В зарубежных публикациях используют ряд понятий, включая "психогенный зуд" [13], "идиопатический зуд" [15], "функциональный зуд" [14], "соматоформный зуд" [17], подчеркивающих различные характеристики обсуждаемого феномена. Так, одни авторы акцентируют внимание на роли в индукции и персистенции такого зуда психотравмирующих воздействий ("психогенный зуд" [13]), которые далеко не всегда удается верифицировать клинически. По мнению M. Radmanesh и S. Shafiei [13], психогенный зуд предполагает тесную связь с перенесенными незадолго до манифестации стрессовыми событиями, характеризуется чувством удовольствия во время расчесов и редукцией "психологического дискомфорта" по миновании зуда, возникновением по механизму "все или ничего" (появление зуда и инициация расчесов на одном небольшом участке тела приводят к распространению ощущений на всю поверхность кожного покрова), частым возникновением во время расслабления или сна, "атипичным" острым началом и редукцией эпизодов зуда, отсутствием эффекта от традиционной противозудной терапии, течением заболевания с длительными интермиссиями, прерываемыми острыми приступами интенсивного, нестерпимого зуда. Приводимые авторами характеристики психогенного зуда эклектичны, лишены психопатологической квалификации, отчасти пересекаются с картиной "невротических эксориаций", которые далеко не во всех случаях сопровождаются зудом.

Другие исследователи в качестве облигатного признака обсуждаемого клинического феномена рассматривают отсутствие диагноза дерматологического/соматического/неврологического заболевания — зуд *sinemateria* (функциональный зуд [14] или идиопатический [15, 16]), т.е. преимущественно ограничиваются "отрицательной" характеристикой. Предлагается определять функциональный зуд как "расстройство, в центре симптоматологии которого находится зуд и при котором психологические факторы играют очевидную роль в манифестации, интенсивности, аггравации или персистенции зуда" [14]. Это определение дополняется 10 диагностическими критериями, среди которых 3 обязательных и 7 дополнительных признаков.

Диагностические критерии функционального зуда исследовательской группы под руководством L. Misery [9, 10]

Три обязательных критерия:

- локализованный или генерализованный зуд *sinemateria* (без первичных кожных проявлений);
- хронический зуд (более 6 нед);
- отсутствие соматической причины.

Семь дополнительных критериев:

- хронологическая связь возникновения зуда с одним или несколькими психотравмирующими событиями;
- колебания интенсивности зуда в зависимости от стресса;
- ночные обострения;
- доминирование зуда в период отдыха или расслабления;
- ассоциированные с зудом психические расстройства;
- эффективность в отношении зуда психофармакотерапии;
- эффективность в отношении зуда психотерапии.

Для диагностики функционального зуда необходимы все 3 обязательных критерия и по крайней мере 3 из 7 дополнительных.

Хотя авторы концепции функционального зуда [12, 14] и упоминают об "ассоциированных психических расстройствах", психопатологическая структура последних так же, как и при психогенном зуде, не уточняется. Кроме того, за рамками обсуждения авторы оставляют варианты зуда, вызванного психическими расстройствами, развивающегося в условиях объективно диагностируемого кожного заболевания (*cummateria*).

Наиболее обоснованным с точки зрения современных тенденций развития психосоматической медицины представляется использование термина "соматоформный зуд" [17]. Такой подход соответствует концептуализации функциональных синдромов в современных классификациях психических расстройств МКБ-10 и DSM-IV-TR [4, 20] (класс "Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства"), т.е. соматоформный зуд рассматривается по аналогии с соматоформным болевым расстройством (F45.4) и относится к рубрике F45.9 ("Соматоформное расстройство неуточненное" [2]).

Современные критерии соматоформных расстройств предполагают возникновение "псевдосоматических" симптомов не только при полном отсутствии физической основы для них, но и в тех случаях, когда соматическое заболевание присутствует, но только его наличием нельзя полностью объяснить природу и выраженность субъективных жалоб. Такое положение соотносится с возможностью возникновения соматоформного зуда как в отсутствие диагностируемого дерматоза (*sinemateria*), так и в условиях объективно диагностируемого кожного заболевания (*cummateria*). Соответственно в настоящей публикации для дальнейшего обозначения кожного зуда, обусловленного соматизированной психической патологией, используется понятие "соматоформный".

Цель исследования — изучение соматоформного зуда, манифестирующего как при отсутствии кожной патологии (*sinemateria*), так и при кожном заболевании, наличием которого, однако, нельзя полностью объяснить выраженность и характеристики субъективных дерматологических жалоб (*cummateria*).

Материалы и методы

Выборку настоящего исследования составили 46 больных с соматоформным зудом, обратившихся в клинику кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Университетской клинической больницы №2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Обследование больных проводили со-

вместно с сотрудниками кафедры психиатрии и психосоматики ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Пациенты обследованной выборки ($n = 46$) в зависимости от отсутствия/наличия кожного заболевания разделены на 2 группы: 1-я группа — 28 больных с соматоформным зудом, возникающим в отсутствие объективно диагностируемого дерматоза (19 женщин, средний возраст $59,3 \pm 16,7$ года, и 9 мужчин, средний возраст $63,11 \pm 16,13$ года, средняя продолжительность заболевания 6 лет), 2-я группа — 18 больных с соматоформным зудом, не объяснимым полностью имеющимся кожным заболеванием, не соответствующим тяжести/характеру кожных высыпаний (15 женщин, средний возраст $50,53 \pm 14,35$ года, и 3 мужчин, средний возраст $40,33 \pm 25,74$ года, средняя продолжительность заболевания около 3,5 лет).

Критерии включения: жалобы на хронический зуд (длительностью 6 нед и более согласно консенсусу международного форума по исследованию кожного зуда — IFSI—International Forum for Study of Itch [18]), возникающий в отсутствие объективно диагностируемого дерматоза или не объяснимый полностью имеющимся кожным заболеванием (зуд, не соответствующий тяжести/характеру кожных высыпаний); возраст от 18 до 85 лет; согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: системные заболевания, сопровождающиеся кожным зудом (печеночная недостаточность, почечная недостаточность и др.); неврологические заболевания, сопровождающиеся кожным зудом (травмы, опухоли нервных стволов и т.п.); тяжелая соматическая/психическая патология в стадии обострения, затрудняющая психопатологическое обследование; зависимость от психоактивных веществ.

Социодемографические характеристики выборки представлены в **таблице**.

Для статистической обработки данных использовали стандартные методы описательной статистики для исследования итоговых показателей среднего уровня (центральной тенденции) и вариации с помощью дисперсионного анализа. При статистической обработке материалов применяли программу IBM SPSS Statistics 21 и статистические приложения программы Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и обсуждение

Соматоформный зуд в 1-й группе больных трактуется как нарушение круга патологических телесных ощущений (коэнестеziопатических расстройств) и не является изолированным клиническим феноменом, а сочетается с производными от него "вторичными" тревожно-фобическими расстройствами в рамках кожного органического невроза [7]. Такая трактовка соматоформного зуда как базисного коэнестеziопатического феномена соответствует положениям модели "бинарной структуры" психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова [3], наблюдающихся в дерматологической практике в форме ряда психодерматологических синдромов, включающих кожный органический невроз. Термин "коэнестеziопатия" происходит от греческого *coen* — общий; *aesthesia* — ощущение, сенсация; патия — расстройство и является производным от предложенного J. Reil [21] понятия "коэнестеziа" (общее чувство собственного тела, возникающее в результате интеграции множества перцептивных стимулов, исходящих из внутренних органов). В данной статье термин "коэнестеziопатия" используется для обозначения соматоперцептивных расстройств — патологических телесных ощущений (сенсаций), проецирующихся в пространство кожного покрова.

Феноменологически соматоформный зуд представлен субъективными ощущениями (телесными сенсациями) в виде распространенных по всему кожному покрову жжения, жара, напряжения, стягивания или распирающего, сухости с изменчивой локализацией. Для такого зуда нехарактерна

Социодемографические характеристики выборки

Показатель	Количество больных	
	абс.	%
Профессиональный статус:		
работающие	19	41,3
неработающие	8	17,4
пенсионеры	18	39,1
учащиеся	1	2,2
Инвалидность по соматическому заболеванию (II группа)	6	13
Семейное положение:		
в браке	22	47,8
разведенные	12	26,1
холосты/овдовевшие	12	26,1
Образование:		
высшее	25	54,3
среднее	5	10,9
среднее специальное	16	34,8

высокая интенсивность (от 3 до 6 баллов по 10-балльной Эппендорфской шкале зуда) [22]. Моторная активность при этом, несмотря на потребность расчесываться, ограничивается преимущественно поглаживанием, сдавливанием, растиранием, а истинные расчесывания с использованием ногтевых пластинок редки, непродолжительны и практически не приводят к нарушению целостности кожного покрова, имеются лишь единичные эксфолиации. Такой зуд воспринимается как симптом дерматологического заболевания (аллергического либо контактного, например чесотки или герпеса, а при их исключении — какого-либо нераспознанного дерматоза) и в этой связи сопряжен с соответствующим (щадящим) обращением с больным органом — кожей.

Дебюту соматоформного зуда предшествует длительный продромальный период продолжительностью от 6 мес до 2 лет, когда возникают субсиндромальные проявления зуда (щекотание, ощущение локальной болезненности, дискомфорт), протекающие по типу транзиторных вспышек от 2—3 дней до 1 нед, разделенных большими временными промежутками. Такого рода субклинические расстройства, как правило, проходят незамеченными — не сопровождаются фиксацией на телесных ощущениях и не являются поводом для обращения за медицинской помощью.

В качестве триггеров манифестации сенсаций как в продромальный период, так и на этапе развернутых проявлений зуда выступают соматогенные вредности (тяжелая острая респираторная вирусная или другая интеркуррентная инфекция), тогда как дальнейшие экзacerbации либо носят аутохтонный характер, либо ассоциированы с механическим раздражением кожного покрова (давление тесной одежды).

Манифестация клинически выраженного зуда сопровождается комплексом массивных соматовегетативных проявлений: объективно регистрируемой локальной отечностью и гиперемией, эритемой, уртикарной или макулярной сыпью.

Дальнейшая динамика сенсаций, интенсивность которых после первого (наиболее тяжелого) обострения снижается, характеризуется непрерывным течением без резких экзacerbаций, с волнообразным нарастанием и ослаблением симптоматики. Соматовегетативные проявления при этом минимизируются, ограничиваясь при экзacerbации лабильностью кожных сосудистых реакций (эритема/дианоз) 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.



Бинарная структура коморбидного синдрома при ассоциации дерматоза и кожного органического невроза со становлением амплифицированного кожного зуда.

Манифестация/экзацербация сенсопатий и соматовегетативных нарушений сопровождается острыми проявлениями — генерализованной тревогой и нозофобиями (акаро-, дермато-, алергофобии — страх заражения паразитарными/инфекционными дерматозами или аллергических реакций), достигающими в некоторых случаях степени танатофобии (страх смерти от анафилактического шока), а также фобическим избеганием контактов с предполагаемыми источниками заражения или аллергенами.

В периоды ослабления нарушений отмечается снижение интенсивности тревожных проявлений с осознанием пациентами неургентной природы телесных ощущений. На фоне персистирующего в ослабленном состоянии зуда генерализованная тревога и фобии нивелируются до уровня тревожных опасений нераспознанного хронического зудящего дерматоза (атопический дерматит, пруриго, экзема).

Таким образом, вторичные психопатологические расстройства, образующие на базе соматоформного зуда кожный органический невроз, фактически представлены явлениями "тревоги о здоровье" [23, 24] и реализуются в проверяющем и ограничительном ипохондрическом поведении. Пациенты регулярно обращаются в учреждения общемедицинской сети, многократно повторяя различные обследования (doctorshopping [25]), начинают придерживаться диеты, отказываться от "раздражающей" кожу активности (ношение одежды из грубой ткани, занятия спортом, работа по дому и др.).

Как было показано, для такой формы зуда нехарактерно развитие под действием психогенных триггеров, телесные ощущения выступают не изолированно, а в тесной ассоциации с массивными соматовегетативными нарушениями, что подтверждает обоснованность использования термина "соматоформный зуд". 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 [3].

Соматоформный зуд во 2-й группе больных отмечался на фоне объективно диагностируемых кожных заболеваний: атопического дерматита ($n = 2$), хронической экземы ($n = 3$), пруриго ($n = 1$), хронической крапивницы ($n = 2$), псориаза ($n = 3$), угревой болезни ($n = 1$), рубцовой алопеции ($n = 3$), склеродермии ($n = 2$), геморрагического васкулита ($n = 1$). Перечисленные дерматозы сами по себе сопровождаются зудом, соответствующим проекции первичных кожных элементов сыпи — пруритогенный зуд. В свою очередь соматоформный зуд, манифестируя в ус-

ловиях дерматоза, утяжеляет/дополняет/ имплицитует [5] симптоматику дерматоза, т.е. выступает в виде психопатологической надстройки, модифицирующей клиническую картину за счет усиления/трансформации субъективных жалоб (пруритогенный зуд), характерных для кожного заболевания.

В результате проведенного исследования выявлены формализованные отличия соматоформного зуда *summataria* от пруритогенного, позволяющие заподозрить вклад психопатологических расстройств в картину субъективных жалоб еще до детального психопатологического обследования:

- интенсивность кожного зуда (часто значительная) не соответствует выраженности (часто минимальной) объективно наблюдаемых высыпаний;
- охват участков кожи, значительно выходящих за пределы имеющих элементов сыпи (зуд "чистой кожи");
- манифестация зуда в качестве форпост-симптома при психогенно спровоцированных обострениях кожных заболеваний с последующим (лишь через несколько дней) появлением типичных элементов сыпи;
- персистирование жалоб на зуд, длительно сохраняющихся после редукции высыпаний в период объективно регистрируемой ремиссии дерматоза;
- эпизоды зуда, не сопровождающегося специфическими высыпаниями вне обострений кожного заболевания;
- своеобразие кожных ощущений, не типичных для дерматозов ("ужаливание", "ползание", "покусывание", "мурашки");
- отсутствие выраженной аутодеструкции (расчесов), соотносимое с поведением при кожном органическом неврозе — щадящим обращением с кожей.

Соматоформный зуд *summataria*, сочетающийся с пруритогенным, в настоящей публикации квалифицируется как амплифицированный [6, 7], а кожный органический невроз в этих случаях фактически накладывается на дерматологическое заболевание (феномен коморбидности [26]). При этом производные вторичные психопатологические расстройства в случаях амплифицированного зуда представлены (см. рисунок) аналогичными кожному органическому неврозу нарушениями круга тревожно-фобических расстройств ("тревога о здоровье").

Анализ динамики заболевания при таком коморбидном синдроме обнаруживает следующие клинические закономерности. Манифестация и последующие обострения кожного заболевания, сопровождающегося пруритогенным зудом, провоцируют нозогенные реакции [6] с преобладанием "тревоги о здоровье". Такие состояния определяются чрезмерной заботой о здоровье, склонностью к преувеличению тяжести дерматоза, когда любые изменения самочувствия воспринимаются в утрированной форме, приводя к тревожным опасениям прогрессирования болезни и неблагоприятного исхода [8]. Среди пациентов 2-й группы выявлена личностная предрасположенность к такому типу реагирования на кожное заболевание: преобладали личности демонстративного ($n = 10$) и избегающего ($n = 5$) круга с акцентуацией тревожных черт, способствующих становлению анксиозных реакций с доминированием "тревоги вперед" [9].

Длительное течение кожного заболевания с пруритогенным зудом и хронической нозогенной "тревогой о здоровье" сопровождается соматизацией тревожного аффекта, в свою очередь облегчающей становление соматоформного зуда. В качестве предиктора этого феномена может рассматриваться обнаруженная у больных 2-й группы соматоперцептивная акцентуация [27] по типу соматопатии или невропатической конституции [3], предрасполагающая к возникновению различного рода соматовегетативных расстройств. При этом конституционально обусловленные невропатические стигмы не ограничиваются кожной сферой. Наряду с врожденной повы-

шенной чувствительностью кожи к условно-патогенным воздействиям (в том числе к УФ-облучению — фототип I и II по Т.В. Fitzpatrick [28]) и склонностью к кожным реакциям (зуд, покраснение), наблюдающимся не только при контактных воздействиях (тугая одежда, трение грубой тканью), но и при стрессовых ситуациях, выявляются и системные признаки невротии — легко возникают транзиторные вегетативные расстройства в виде приступов озноба/жара, эпизоды головокружений, немотивированного субфебрилитета, слабости и т.п. В половине наблюдений соматовегетативные нарушения достигают степени клинически выраженных расстройств по типу соматоформной вегетативной дисфункции внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженного кишечника).

Таким образом, при коморбидном дерматозу кожном органном неврозе, способствующем возникновению соматоформного зуда *cutimateria* и амплифицирующем пруритогенный зуд, фактически речь идет о "психосоматическом цикле" [10]. Кожное заболевание в связи с субъективно наиболее тягостным его проявлением (зуд) по реактивным механизмам обуславливает развитие нозогенного расстройства с преобладанием "тревоги о здоровье". Последняя, соматизируясь, способствует появлению на подготовленной почве (невротия в сфере кожных покровов) соматоформного зуда, в свою очередь поддерживающего производную от кознезестезиопатий психопатологическую симптоматику ("тревогу о здоровье") и замыкающего амплифицирующий "порочный круг" (см. рисунок).

Анализ проводившейся комбинированной дерматологической и психофармакотерапии соматоформного зуда в исследованной выборке не входит в задачи настоящей публикации. Однако полученные сведения об эффективности в группах изученной выборки либо транквилизаторов (феназепам, гидроксизин, афобазол), либо антидепрессантов с анксиолитическим действием — селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флувоксамин, пароксетин, сертралин), либо тимоаналептиков двойного действия (дулоксетин, венлафаксин) могут рассматриваться в качестве дополнительного подтверждения роли "тревоги о здоровье". В то же время такая монотерапия не позволяла полностью редуцировать проявления базисной — кознезестезиопатической составляющей расстройства — соматоформного зуда. В отношении последнего оказались эффективны нейрелептики, способные оказывать влияние на патологические телесные сенсации [11] (сульпирид, кветиапин, алимемазин). Такой "диссоциированный" эффект психофармакотерапии служит подтверждением модели "бинарной" структуры психодерматологических синдромов, включая кожный органический невроз и амплифицированный зуд.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смуглевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. М.: Берег; 2000.
2. Нуллер Ю.Л., Циркина С.Ю. МКБ-10 Классификация психических и поведенческих расстройств. Киев: Сфера; 2005.
3. Смуглевич А.Б., Дороженко И.Ю., Романов Д.В., Львов А.Н. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова). Психические расстройства в общей медицине. 2012; 1: 4—14.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. Женева: ВОЗ; М.: Медицина; 1995.
5. Смуглевич А.Б., Львов А.Н. К проблеме классификации психических расстройств в дерматологии. Психические расстройства в общей медицине. 2008; 1: 4—8.

6. Смуглевич А.Б. Психосоматические расстройства (психопатология и клиническая систематика). В кн.: Смуглевич А.Б., ред. Психические расстройства в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ; 2011: 33, 40—1.
7. Романов Д.В., Львов А.Н. Психопатологический зуд в дерматологической практике. Доктор Ру. 2010; 4(55): 60—3.
8. Дороженко И.Ю., Львов А.Н. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр. Вестник дерматологии и венерологии. 2009; 4: 35—41.
9. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина; 1983.
10. Марилов В.В. Психосоматозы. Психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта. М.: Милош; 2010.
11. Смуглевич А.Б., Волель Б.А., Романов Д.В. Постаддиктивная ипохондрия как проявление динамики расстройств личности. Психические расстройства в общей медицине. 2008; 2: 4—11.
12. Misery L., Ständer S. Psychogenic itch. In: Pruritus. London: Springer; 2010: 223—7.
13. Radmanesh M., Shafiei S. Underlying psychopathologies of psychogenic pruritic disorder. Dermatol. Psychom. 2001; 2: 130—3.
14. Misery L., Alexandre S., Dutray S., Chastaing M., Consoli S.G., Audra H., et al. Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested diagnosis criteria from the French Psychodermatology Group. Acta Derm. Venereol. 2007; 87(4): 341—4.
15. Kretzmer G.E., Gelkopf M., Kretzmer G., Melamed Y. Idiopathic pruritus in psychiatric inpatients: an explorative study. Gen. Hosp. Psychiatry. 2008; 30(4): 344—8. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.03.006.
16. Goon T.J., Yosipovitch G., Chan Y.U., Goh C.L. Clinical characteristics of generalized idiopathic pruritus in patients from a tertiary referral center in Singapore. Int. J. Dermatol. 2007; 46(10): 1023—6.
17. Harth W., Gieler U., Kusnir D., Tausk F. Clinical management in psychodermatology. Berlin: Springer; 2009.
18. Ständer S., Weisshaar E., Mettang T., Szepietowski J.C., Carsens E., Ikoma A., et al. Clinical classification of itch: a position paper of the international Forum for the Study of Itch. Acta Derm. Venereol. 2007; 87(4): 291—4.
19. Yosipovitch G., Greaves M.W., Schmelz M. Itch. Lancet. 2003; 361(9358): 690—4.
20. DSM-IV-TR Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric association, American Psychiatric Press; 1994.
21. Reil J.C. Über die Erkenntniß und Kur der Fieber. Nervenkrankheiten. 1805; 4: 33—6, 288—302.
22. Darsow U., Maunter V., Scharein E., Bromm B., Ring J. Der Eppendorfer Juckreizfragebogen (The Eppendorf Pruritus Questionnaire). Hautartz. 1997; 48(10): 730—3.
23. Abramowitz J.S., Braddock A.E. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis. A biopsychosocial approach. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers; 2008: 14—65.
24. Asmundson G., Taylor S. It's not all in your head: how worrying about your health could be making you sick — and what you can do about it. New York: Guilford Press; 2005.
25. Fink P., Hansen M.S., Oxhøj M.L. The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. J. Psychosom. Res. 2004; 56(4): 413—8.
26. Valderas J.M., Starfield B., Sibbald B., Salisbury C., Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. Ann.Fam.Med. 2009; 7(4): 357—63.
27. Lemke R. Über die Bedeutung der Leibgefühle in der psychiatrischen Diagnostik (Diagnostic significance of somatic sensations in psychiatry). Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. (Leipzig). 1951; 3(11): 325—40.
28. Fitzpatrick T.B. Soleil et peau. J. Med. Esthet. 1975; 2: 33—4.

Поступила 04.03.13