Дискуссионный клуб

Дорогие коллеги!

Начиная с настоящего номера мы вводим рубрику «Дискуссионный клуб». В этой рубрике будут публиковаться авторские материалы по актуальным темам современной психотерапии и научным дисциплинам в области охраны психического здоровья. К публикации в рубрике принимаются материалы, оформленные надлежащим образом и представляющие интерес с точки зрения Редакционной коллегии и Редакционного совета для развития науки и практики современной психотерапии.

УДК 159.96 DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-88-91-105

А.И. Мелёхин

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОВТОРЯЮЩЕГОСЯ ТРАВМИРУЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА ТЕЛО, В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Гуманитарный институт им. П.А. Столыпина (Россия, Москва, ул. Стромынка, д. 21, корп. 2)

Актуальность. За последние несколько лет в России наблюдается увеличение числа обращений к врачам-дерматологам пациентов разного возраста с жалобами на специфический по ощущениям кожный зуд, повторяющееся выдергивание и/или поедание волос с разных частей тела, ковыряние, расчесывание кожи на различных участках тела, кусание щек, губ, ногтей, поедание кутикул, кожи на пальцах. По последним данным на 2023 год более 19 миллионов жителей США страдают от данных дисфункциональных форм поведенческих особенностей и часто обращаются за помощью только к дерматологу из-за повреждения своей кожи, что является диагностическим, психотерапевтическим вызовом для специалистов в области психического здоровья.

Цель. Познакомить врачей-дерматологов, психиатров, психотерапевтов и клинических психологов со спецификой, тактикой психологического обследования и комплексного психотерапевтического лечения повторяющегося травмирующего поведения, ориентированного на тело и кожу.

Результаты. В статье на основе практического опыта автора детально описаны клинические проявления повторяющегося травмирующего поведения, направленного (сфокусированного) на тело, или расстройства травмирования кожи. В рамках одной модели детализирован спектр форм повторяющегося травмирующего поведения, направленного на тело. Предложен диагностический психологический алгоритм и подход к оценке и начальному лечению психосоциальных стрессоров у данной группы пациентов. Представлена общая тактика лечения, сделан акцент на специфике проведения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) при повторяющемся травмирующем поведении, направленном на собственное тело, а также продемонстрированы ее эффективность и ограничения. Показано, что «классический», директивно-модернизирующий протокол КПТ (например, тренинг изменения привычек, габбитуация реакций, управление вниманием, контроль стимулов) является недостаточной тактикой психотерапевтического лечения, т.к. не в состоянии помочь пациенту справиться с внутренними переживаниями и эмоциональной дисрегуляцией (тревога, стыд, скука, опустошенность). В связи с этим рекомендуется применять мультимодальный протокол с акцентом на метаког-

Мелёхин Алексей Игоревич – канд. психол. наук, доц., клинич. психолог высшей квалификационной категории, психоаналитик, сомнолог, когнитивно-поведенческий терапевт, Гуманитарный институт им. П.А. Столыпина (Россия, 107076, Москва, ул. Стромынка, д. 21, корп. 2); e-mail: clinmelehin@yandex.ru; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5633-7639; SPIN-код: 6982-1468, AuthorID: 762868

нитивные особенности восприятия ситуации, регуляцию импульсивности, дезадаптивный перфекционизм и минимизацию эмпирического избегания собственных переживаний.

Заключение. Данная статья восполняет пробел в клинической психологии и психиатрии, предоставляя краткое изложение, вариант понимания данного расстройства и способов, пользуясь которыми специалисты могут диагностировать и начать помогать данной группе пациентов. Это позволит не только дерматологам, но и специалистам в области психического здоровья расширить свои знания о данном расстройстве.

Ключевые слова: психодерматология, когнитивно-поведенческая терапия, психотерапия; повторяющееся травмирующее поведение, направленное на тело; трихофагия, онихофагия, трихотилломания, зуд, расчесывание, кожа, расстройство травмирования кожи, экскориации.

Введение

За последние несколько лет в России наблюдается увеличение количества обращений к врачам-дерматологам пациентов с жалобами на специфический по ощущениям кожный зуд, повторяющееся выдергивание (трихотилломанией) и/или поедание волос (трихофагией) с разных частей тела, ковыряние, расчесывание кожи (психогенная экскориация) на различных участках тела, кусание щек, губ, ногтей, поедание кутикул, кожи на пальцах (онихофагия, дерматодаксия, или «волчий укус»). По последним данным на 2023 год более 19 миллионов жителей США страдают от данных поведенческих особенностей и часто обращаются за помощью только к дерматологу из-за повреждения своей кожи [7].

Такие пациенты могут жаловаться на зуд, жжение, боль, выделения и кровотечение. Например, «давлю кожу перед зеркалом»[1], «выдавливаю шарик с выделениями, и мне становится эмоционально легче», «когда расчесываю до крови себя, становится спокойнее, и получаю какое-то странное удовольствие». Могут жаловаться на то, что симптомы не дают им спать по ночам, и именно поэтому они становятся такими «уставшими» и «лишенными» сна. Состояние зуда, *специфического дискомфорта* часто усиливается у пациентов вечером, перед сном, когда обостряется ощущение «недостаточного дня», «неэффективности», «неудовлетворенности». Такое поведение может быть целенаправленным, можно говорить о его преднамеренности. Распространенные триггеры включают зуд кожи, заусенцы или, возможно, седые или раздражающие волосы. Однако у многих людей это поведение живет своей собственной жизнью и осуществляется автоматически. Это означает, что такое поведение часто бывает неосознанным.

Некоторые пациенты указывают на то, что их симптомы постоянно присутствуют в их мыслях и что очень трудно игнорировать симптомы и желание поковырять кожу, присутствует давящий на них стыд. Другие пациенты (довольно часто) говорят, что они обнаруживают, что ковыряют свою кожу *неосознанно*, и что, когда они осознают, что делали это (или друг или родственник указывает им на это), они уже довольно сильно повреждают свою кожу. Затем это приводит к *чувству стыда* и *потере чувства контроля* [2]. Эти эмоции заставляют их отдаляться от окружающих, например, из-за залысин на голове или неприглядных ногтей. Они также могут избегать повседневных социальных ситуаций, таких как рукопожатие. В частности, ковыряние кожи может оставить шрамы, а навязчивое откусывание ногтей может вызвать воспаление, которое, в свою очередь, может ухудшить рост ногтей. Выдергивание волос может привести к проблемам с их отрастанием.

Однако многим пострадавшим людям часто недостаточно просто знать об этих возможных последствиях, чтобы избавиться от своей дисфункциональной привычки. Многие пациенты чувствуют, что находятся

[1] *Примечание*. В кавычках приведены примеры высказываний о собственном состоянии пациентов с повторяющимся травмирующим поведением, направленным (сфокусированным) на тело (body-focused repetitive behaviors), или расстройством травмирования кожи

Рис. 1. Спектр клинических проявлений повторяющегося травмирующего поведения, направленного (сфокусированного) на тело

во власти своего поведения. Размеры поражений могут варьироваться от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Они могут возникать на любой части тела, но чаще встречаются на лице и видимых участках кожи (руки, бедра, живот, грудь). Иногда пораженная часть тела может иметь особое значение (например, грудь и гениталии у пациентов, подвергшихся сексуальному насилию). Иногда доминирующая рука пациента может иметь значение (например, левая сторона тела может быть более активно задействована у правшей, а середина спины может быть обойдена вниманием из-за ее относительной недоступности) [4]. Морфология варьируется от поверхностных эрозий до глубоких изъязвлений и даже изменений лицевых и других структур кожи (рис. 1).

Можно увидеть рубцы, поствоспалительную или гиперпигментацию и все стадии процесса заживления. Характерным признаком может быть повреждение кожных придатков с облысением и потерей потливости. Рубцы могут быть обширными, и пациенты могут обнаружить, что у них сильно изменилась кожа и есть очень четкие видимые различия. Данное поведение приводит к специфическому для пациентов удовольствию, которое им трудно сравнить с чем-то, к самоуспокоению, собранности («быть внимательной»), минимизации «скуки», «возвращению к реальности от мыслей», что также является индикатором повышенной личностной гипербдительности [1].

В зарубежной психиатрии и клинической психологии эти проявления получили общее название *повторяющегося травмирующего поведения*, *направленного* (*сфокусированного*) *на тело* (body-focused repetitive behaviors, BFR [3]), или *расстройства трамирования кожи* (skin picking disorders) как гетерогенного заболевания, сопровождающегося большим спектром часто рецидивирующих, деструктивных, нефункциональных форм

Рис. 2. Спектр форм повторяющегося травмирующего поведения, направленного на тело, кожу

поведения (рис. 2), которые могут быть одиночными или смешанными (multiple BFRR [2]), часто предназначены для «удаления чего-то» и/или «избавления от…», являются индикатором *сбоя в эмоциональной регуляции* пациента («интенсивные эмоции», «страсти», «совершила ошибку», «сильные эмоции захлестнули», «негативизм к себе, и ненавижу себя, и не знаю, что с этим делать»), а также присутствия режима излишней придирчивости к себе («нужно быть хорошей», «ответственной», «нормальной», «нравиться»), пунитивности («какого фига ты не работала сегодня»), самопожертвования (не говорю, не выражаю), поиска точки опоры («дает мне связь с реальностью»).

Выступает психологическим маркером [1, 5, 7, 8]:

- состояния запутанности, неразвитой идентичности;
- токсического стыда: испытывая стыд, пациенты верят, что все их «Я» ущербно, и ощущают повышенный уровень уязвимого самосознания;
- субъективного чувства одиночества и покинутости (социальная отчужденность);
- «эмоциональной затопленности» и «сгорания» (часто наблюдается у балерин, студентов, школьников 9-го и 11-го классов);
- деструктивного способа «наказать себя» и снизить эмоциональную боль.

Таким образом, данная форма поведения является симптомом *дефицита эмоциональной регуляции*, характеризующегося трудностями управления эмоциональными переживаниями. Из-за отсутствия эффективных стратегий совладания с эмоциями эта форма поведения, которая заимствуется извне (например, пациентка увидела в интернете, «подруга так делает»), часто используются для ослабления определенных эмоциональных переживаний. Уменьшая аверсивные и яркие эмоции, травмирующее поведение действует посредством негативного подкрепления и сохраняется с течением времени.

Повторяющиеся формы травмирующего поведения, сфокусированного на теле, часто характеризуются:

- чувством напряжения, беспокойства или скуки перед совершением действия. Например, вид или ощущение предпочтительного типа волос или несовершенства

(«неровность») вызывает эпизоды данного поведения;

• наличием специфической *сенсорно-тактильной чувствительности* у пациента (склонность к высокой тактильной стимуляции), при котором сорванные или вырванные кусочки волос, кожи и ногтей подвергаются манипуляциям (например, перекатываются между пальцами, гладятся по губам) или проглатываются (нюхаются). Стоит отметить, что у некоторых пациентов присутствует опыт употребления ПАВ, постоянный поиск впечатлений;

• присутствием склонности к поиску интенсивных сенсорных впечатлений, например: просмотр извращений, фильмов с демонстрацией интенсивных страстей;

• тем, что часто данное поведение пациенты оберегают, защищают, скрывают, пробуют маскировать одеждой и косметическими средствами;

• проявлениями жестких стандартов по отношению к себе и другим людям, стыда, перфекционизма и алекситимии (отсутствие эмоциональной ясности). Часто сосредотачиваются на определенных типах дефектов кожи (неровности, выпуклости и др.);

• удовлетворением или облегчением во время осуществления поведения и последующим чувством раскаяния или вины. Поведение приводит к пагубным последствиям, таким как проплешины, язвы, раны, инфекции в пораженных областях, а также переживание стыда и психосоциальные нарушения (спектр избегающего, перестраховочного косметического поведения);

• присутствием нечувствительности к боли: останавливаются, когда «слишком много крови».

Наблюдая данных пациентов и обследуя их с помощью *опросника дезадаптивных схем Дж. Янга* (YSQ-S3R), мы прослеживанием наличие: покорности, самопожертвования, уязвимости, недоверия / ожидания жестокого обращения и негативизма/пессимизма.

Повторяющееся травмирующее поведение, направленное на тело, рассматривается как часть континуума *обсессивно-компульсивного спектра расстройств* (по DSM–V) [8], а также похоже на тик и может быть частью спектра *тиковых расстройств*. Оба действия являются частично произвольными, демонстрируют сходные *триггерные поведенческие профили* у пациента, приносят облегчение от ощущений и включают *сенсорную стимуляцию*. При обоих расстройствах наблюдается сенсомоторная активация и аналогичные *профили метакогнитивных триггеров оценки ситуации* [1].

Однако при повторяющемся травмирующем поведении, направленном (сфокусированном) на тело, присутствует проблема *многослойности триггера* и выявления «корневого» триггера, в связи с чем пациентов знакомят с «первичными» и «вторичными» эмоциями. Все дело в том, что то, что зарождается как триггер, может превратиться в симптом, и наоборот. Тут же хочется отметить, что триггером может быть просто получение определенного специфического удовольствия, облегчения, возбуждения от процесса.

Следует учитывать, что:

• триггеры могут проявляться очень медленно;

• существуют опасные и непредсказуемые триггеры (например, провоцирующие люди, «незнакомые люди»);

• триггеры могут быть непосредственными и предсказуемыми;

• триггеры меняются;

• *серьезные триггеры* – это стрессы, связанные с работой, учебой; смерть или болезнь значимого человека; обязательства, которые необходимо выполнять в сжатые сроки; напряженные личные отношения, переезд, вступление в брак, повышение, рождение ребенка, общественная жизнь.

Любые попытки обуздать желание (не ковырять, не расчесывать) могут привести к усилению психологического напряжения у пациента, спровоцировав компульсивный акт. *Синдром компульсивного сдирания кожи* – это повторяющееся, иногда «ритуальное» поведение, возникающее через регулярные промежутки времени в течение дня и в продолжение длительного периода времени. Па-

циенты чувствуют побуждение действовать и находят облегчение в этой деятельности. Попытки контролировать это желание приводят к росту дискомфорта [2].

Импульсивное поведение (в психодерматологии и клинической психологии [7]) состоит из изолированных или повторяющихся актов неконтролируемого стремления манипулировать кожей (феномен «что-то делать», «что-то поправить»), иногда без навязчивого компонента, и быстрого, но непродолжительного облегчения. Контролируемое осознание своего поведения может варьироваться, но пациенты могут заниматься этим типом травматизации в *диссоциативных состояниях* [5], и впоследствии у них может не быть полного осознания своего поведения или воспоминаний о нем. Также могут быть обнаружены другие факторы, такие как злоупотребление психоактивными веществами, рискованное поведение и расстройства пищевого поведения (например, недовольство собственным весом, телом, постоянные нападки на него). Импульсивные формы расстройства с повреждением кожи можно назвать «несуицидальным самоповреждением», когда нет сознательного суицидального намерения, а есть *желание облегчить эмоциональное состояние*. Это могут быть укусы, порезы, царапины, удары и ожоги. Однако «умеренные» и «тяжелые» формы могут быть связаны с суицидальными мыслями и суицидальными попытками. Импульсивная форма этого состояния может не подпадать под категорию обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) и может возникать в контексте расстройств личности, например эмоционально неустойчивого расстройства личности. Классификация DSM-5 относит *самоиндуцированные дерматозы* к диагностической группе, называемой «Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства». В рамках этой системы классификации *импульсивная форма повреждения* (*сдирания*, *расчесывания кожи*) была отделена от компульсивным проявлений в структуре ОКР.

Следует отметить, что повторяющееся травмирующее поведение, направленное на тело, немного отличаются от ОКР тем, что *когнитивный* (*мыслительный*) *компонент* редко предшествует ему, но вместо этого может предшествовать *сенсорным переживаниям* (ощущение дискомфорта, зуда, стянутости). Эпизоды часто носят *идиосинкразический характер* и следуют определенной поведенческой последовательности. Например, одна из наших пациенток вырывала себе волосы, когда ждала кого-то или «чувствовала, что тратит время по выходным впустую». Она смогла определить разочарование и нетерпение как доминирующие эмоции, присутствующие во время данного травмирующего поведения, и выявить триггерные дисфункциональные мысли, такие как «Я недостаточно быстро делаю» и «Я плохо справляюсь». Эти мысли увеличивали уровень ее напряжения и провоцировали травмирующее поведение, направленное на тело [1]. В связи с этим **цель *данной статьи*** – познакомить врачей-дерматологов, психиатров, психотерапевтов и клинических психологов со спецификой, тактикой психологического обследования и комплексного лечения повторяющегося травмирующего поведения, ориентированного на тело и кожу.

Этиология, течение и роль дефицита эмоциональной регуляции

Хотя этиология, лежащая в основе данного расстройства, неясна и сложна, генетическая предрасположенность может быть фактором, приводящим к большему количеству дисфункциональных форм поведения у ближайших членов семьи. Текущие исследования наших зарубежных коллег направлены на выявление генетических маркеров, которые могут пролить свет на происхождение этих поведенческих проблем [2]. Несколько неврологических путей, включая глутамат, дофамин, серотонин, были вовлечены в патогенез через модель *глутаминергического возбуждения* [7]. Факторы окружающей среды могут играть значительную роль в развитии этих расстройств, особенно если такое поведение наблюдается у других значимых для пациента людей. Подростковый возраст

часто является периодом начала возникновения подобных расстройств: сочетание факторов психологической уязвимости создает благоприятное время для «идеального шторма», изменения кожи и гормональные изменения повышают уязвимость к данному расстройству. По мере того как меняется их тело, подростки все больше заботятся о своей внешности и общественном мнении. В то же время возрастают академические требования и социальное давление. Могут начать проявляться сопутствующие психические расстройства. Любой из вышеперечисленных факторов может бросить вызов *системе эмоциональной регуляции*.

Здесь хотелось бы уделить внимание *стыду* в патогенезе данного расстройства. Напомню, что стыд – это когнитивно сложная эмоция, которая возникает в результате негативной самооценки после того, как наши действия, чувства или поведение нарушили моральные или социальные стандарты. Были предложены конкретные измерения, включая стыд из-за наличия психического заболевания, из-за личностных характеристик или общего поведения, стыд, основанный на симптомах, и *телесный стыд*. Объект стыда различается у пациентов, страдающих повреждением кожи и/или перееданием; они, по-видимому, страдают сходным образом как с точки зрения стыда, вызванного симптомами, так и с точки зрения трудностей в управлении этой эмоцией, что потенциально способствует неадаптивному поведению, наблюдаемому при каждом из этих расстройств. Стыд за свое тело и физическая озабоченность являются неотъемлемыми чертами данного расстройства, чувство стыда также может возникать после эпизодов переедания, проявляясь в ощущении вздутия живота и тошноты или в увеличении веса. Показано, что стыд за свое тело является предиктором переедания и повреждения, направленного на тело и кожу. Кроме того, стыд за свое тело может возникать в результате физических последствий, вызванных ковырянием или расчесыванием, но такое поведение также может быть вызвано стыдом, чтобы исправить физические недостатки своего тела. В целом, негативные последствия, связанные с различными аспектами стыда, по-видимому, играют важную роль в сохранении этих состояний.

Повторяющееся травмирующее поведение, направленное на тело, может выступать в качестве «автоматического» выключателя для управления уровнем стресса, связанного с жесткими требованиями, у лиц с психологической уязвимостью или нарциссической хрупкостью. Как только такое поведение начинается, привычки поддерживаются с помощью классического и оперантного обуславливания. Данное расстройство обычно усиливаются и ослабевают в течение жизни, вот почему (забегая вперед) основная цель лечения – предоставить пациентам индивидуальные стратегии распознавания такого поведения и управления им на протяжении всей их жизни.

Предполагается, что эти усвоенные пациентом поведенческие привычки служат постоянной *функцией эмоциональной саморегуляции и самоуспокоения* [5]. Они обычно возникают, когда пациенты испытывают скуку, недостаточную стимуляцию или чрезмерно стимулируются, чтобы успокоиться или избежать этих состояний. Кроме того, задействована успокаивающая функция, поскольку пациенты удовлетворяют свои сенсорные потребности с помощью данных форм поведения в различных областях: тактильной, визуальной, слуховой или оральной. Может возникнуть желание получить определенное тактильное качество при прикосновении, поглаживании, дергании за волосы или кожу. Другие пациенты сосредотачиваются на определенном внешнем виде, размере, цвете волос, дефекте или поре. Потребности полости рта сосредоточены на ощущении прикуса кожи или волос, луковицы или волоска на губе или на ощущении жевания между зубами.

Специфика психологического обследования пациентов

На рис. 3 представлен нами диагностический алгоритм психологического обследования.

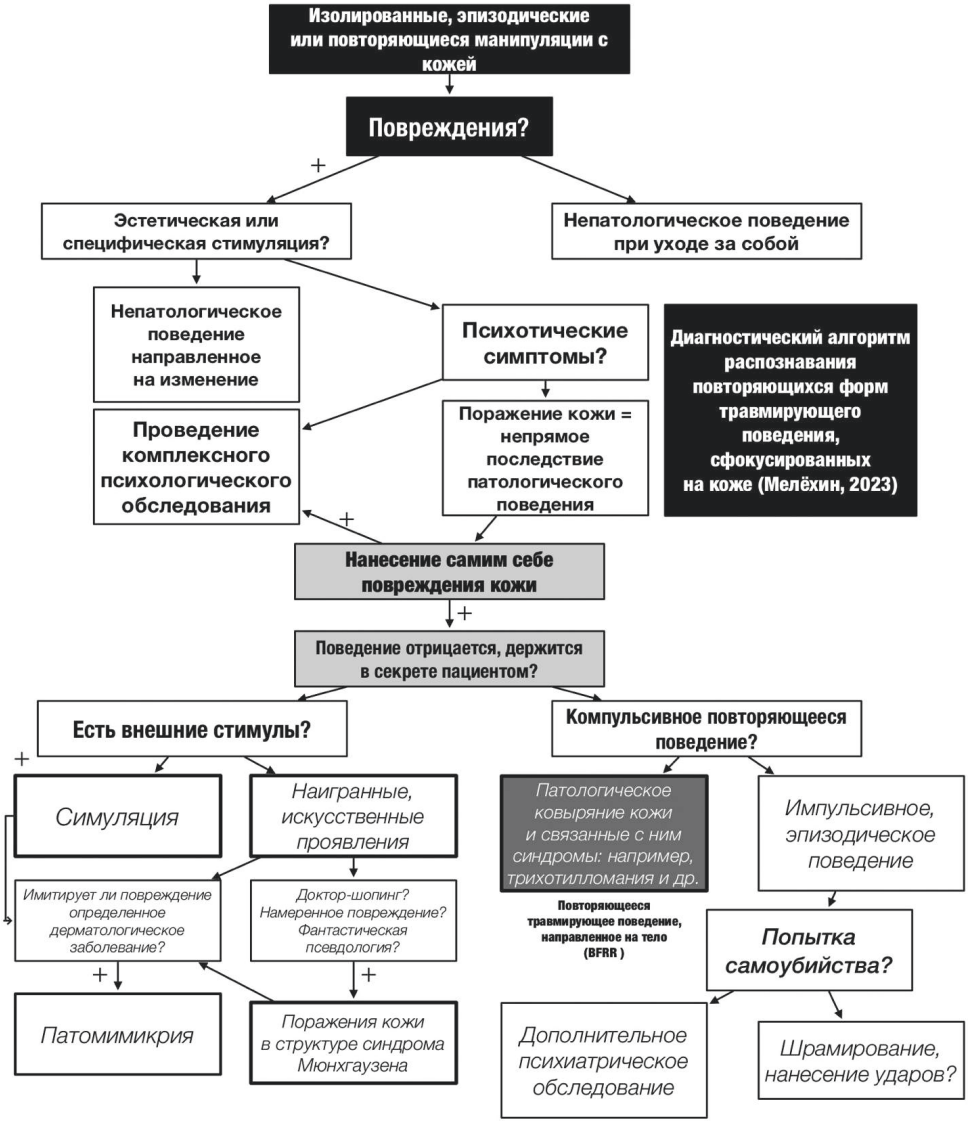

Рис. 3. Диагностический алгоритм распознавания повторяющегося травмирующего поведения, направленного (сфокусированного) на тело, или расстройства травмирования кожи

Мы предлагаем три вопроса, которые помогают специалисту правильно классифицировать дисфункциональное поведение, приводящее к повреждению кожи:

- Отрицается ли пациентом поведение, ответственное за соматический ущерб, или оно держится в секрете, утаивается, скрывается?
- Если ответ на первый вопрос «да», существуют ли какие-либо внешние осознаваемые провоцирующие стимулы?
- Если ответ на первый вопрос «нет», то является ли поведение компульсивным или импульсивным?

Оценка психосоциальных факторов (рис. 4), таких как стрессовые жизненные события и психологические травмы, важна, поскольку было доказано, что эти факторы оказывают прямое влияние на барьерную функцию кожи и иммунные реакции. Простое лечение кожных поражений не устраняет психологических страданий.

Существует множество шкал, которые могут быть специфичными для оценки данного расстройства (специфика стресса, воздействия на кожу), например: *Generic BFRB Scale-8* и *Skin Picking Scale* [6]; мы предлагаем применять следующий диагностический алгоритм и в тоже время учитывать при обследовании пациента наличие и степень выраженности расстройств пищевого поведения (рис. 5).

Если говорить об особенностях коммуникации с данной группой пациентов, то неосведомленность пациентов о психо-

Рис. 4. Психологический подход к оценке и начальному лечению психосоциальных стрессоров у пациентов в дерматологической практике

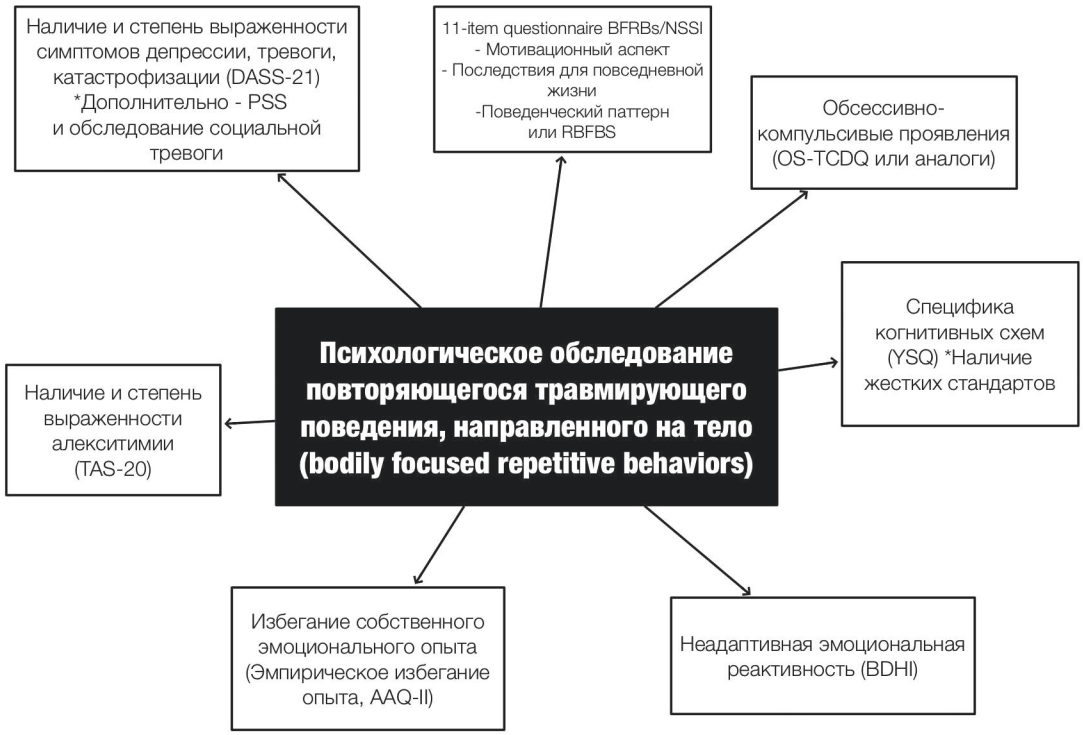

Рис. 5. Специфика психологического обследования пациента с повторяющимся травмирующим поведением, направленным на тело

Примечание: дополнительно можно применять Massachusetts General Hospital Hair-Pulling Scale (MGH-HPS), National Institute of Mental Health Trichotillomania Impairment Scale (NIMH-TIS)

логических причинах, ответственных за их симптомы, может стать проблемой при ведении таких пациентов. Упрощенное обсуждение стрессовых реакций кожи и активации кожных нервов было бы хорошей отправной точкой для того, чтобы побудить пациента рассмотреть системный, клинико-психологический подход к лечению. Рекомендуется четкое заявление о сложности, а не о трудностях, с которыми сталкивается пациент. Также может быть полезно объяснить, что, хотя фактическая причина симптомов до конца не ясна, существуют когнитивно-поведенческие стратегии, которые могут быть использованы и которые могут изменить способ обработки кожей и мозгом поступающих сигналов. Как и при всех психодерматологических состояниях, с пациентами следует обращаться неконфронтационно. Вряд ли будет полезно, если пациентам предложат просто прекратить вредное для кожи поведение, поскольку они часто уже пытались сопротивляться этому поведению. Членам семьи также следует посоветовать не пытаться просто прекратить такое поведение, если пациент и семья не пришли к соглашению по этому поводу.

Тактика лечения

Важно отметить, что ни один препарат еще не был одобрен для лечения данного расстройства, а несколько существующих исследований потенциальных препаратов для лечения (например, [3, 5, 7]) дали противоречивые результаты, поэтому представленные ниже методы на данный момент можно считать «золотым стандартом».

Следует учитывать, что необходимо:

- лечить кожу и психологические заболевания, сопутствующие психологическое проблемы одновременно;
- лечить психиатрический и психологический компонент данного расстройства в рамках нефармакологических и фармакологических подходов одновременно, где это уместно и приемлемо для пациента, поскольку комбинация подходов может привести к более эффективному лечению.

Лечение основывается на *степени тяжести симптомов*. Например, если возникает зуд, могут быть полезны препараты, содержащие ментол, смягчающие средства или 5 %-й доксепиновый крем. Прохладные компрессы могут быть полезны для удаления корки и успокоения кожи. Также могут быть предложены смягчающие средства (следует учитывать предпочтения пациента) с антисептиками или без них для улучшения увлажнения и, таким образом, уменьшения ощущения зуда. Здесь следует отметить, что принятие «позитивного подхода» к решению проблем с кожей это чрезвычайно помогает, поскольку пациенты неизменно расстраиваются, если упускается из виду этот компонент их состояния. Местные/интраоперационные стероиды / тейп для устранения воспалительного компонента существующих поражений могут использоваться в качестве дополнения при хронических или незаживающих поражениях. Комбинации антибиотиков и глюкокортикоидов также могут применяться в уменьшающейся дозе в течение нескольких дней или недель [2].

Обсессивно-компульсивные симптомы, наблюдаемые при расстройствах, связанных с расчесыванием кожи, были связаны с нервными путями, опосредованными серотонином. Антидепрессанты, избирательно блокирующие поглощение серотонина (СИОЗС), могут быть полезны пациентам с этой проблемой. Могут быть использованы антидепрессанты, обладающие мощной *антигистаминной активностью* [7, 8].

Нейролептики «второго» и «третьего» поколений иногда используются при тяжелом обсессивно-компульсивном расстройстве, связанном с нанесением себе повреждений кожи, под наблюдением врача-психиатра. Противосудорожные препараты обычно используются при биполярном расстройстве в психиатрии. Они могут быть полезны при определенных состояниях, связанных с нанесенными самому себе повреждениями кожи, когда поведение вызвано быстрой сменой настроения, но потребуется также участие врача-психиатра. Бензодиазепины могут очень редко применяться у пациен-

тов с тревожностью, но побочные эффекты и зависимость означают, что эти препараты часто используются только в качестве «последнего» или крайнего средства или в особых обстоятельствах (обычно при проблемах с зависимостью) [8]. В некоторых обзорах рекомендуются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) или N-ацетилцистеин для лечения данного расстройства, однако на сегодняшний день ни одно из этих лекарств не было одобрено управлением по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) [2].

В связи с этим за последние несколько лет «золотым стандартом» психотерапевтического лечения повторяющегося травмирующего поведения, направленного на тело, является у *поведенческая терапия переобучения привычек* (habit reversal training) и *когнитивно-поведенческая терапия* (КПТ), которая основывается на комплексной поведенческой модели (A Comprehensive Model for Behavioural Treatment, ComB, Mansueto, Stemberger, 1997), модели дисрегуляции эмоций (Shusterman et al., 2009) и модели изменений в регуляции восприятия стимулов (Stimulus Regulation Model, Penzel, 2002) [9].

Целью КПТ при данном расстройстве является уменьшение повышенной сенсомоторной активности, повышение гибкости в перфекционистских убеждений по отношению к себе и другим людям и лежащего в их основе стиля чрезмерного планирования действий.

Протокол включает в себя от 8 до 10 сессий (1 раз в неделю по 60 минут); перед психотерапией и в конце ее проводится психологическое обследование пациента.

«Классическая» тактика КПТ первоначально делает акцент на изменении (угашении) *поведенческих привычек* (Habit Reversal Training [11]). Включает в себя несколько этапов: осознание (повышение осведомленности), поведенческое снижение гипермобилизации, обучение гибким поведенческим реакциям на случай непредвиденных обстоятельств (контроль стимулов с метафорой «лежачего полицейского») и позитивное подкрепление – и является ключевым элементом отработки *конкурентной антагонистической реакции* (обучение замене нежелательного поведения несовместимой реакцией, такой как сжать руки в кулаки, намазать руки кремом). Также делается акцент на принятие без негативных оценок (ярлыков) позывов к выдергиванию, кусанию. Данная тактика на начальных этапах эффективна при трихотилломании, травматизация кожи и грызении ногтей. В основе данного подхода лежит ABC-модель изменения привычек при расчесывании кожи (A-B-C Model of Habit Reversal for Skin Picking) [10]:

- A – регуляция аффекта и эмоций,
- B – поведенческая зависимость,
- C – когнитивная гибкость и контроль.

На основе *комплексной поведенческой модели* (ComM, Mansueto, Stemberger, 1997) исследуются мультимодальные триггеры и фасилитаторы-ингибиторы, предшествующие выполнению привычек, усиливающие последствия на повседневное функционирование. Пациенты сообщают, что желание ковырять (травмировать), тянуть или кусать возникает чаще при определенных условиях и что различные внешние или внутренние сигналы вызывают это поведение:

- *Внешние триггеры* для эпизодов включают инструменты (например: расческу, пинцет) и обстановку (например, спальню).
- *Сенсорные триггеры* включают в себя физические ощущения, такие как ощущение грубых волос между пальцами, текстура твердого струпа или грубый край заусенца.
- *Двигательные триггеры* относятся к такому поведению, как вождение автомобиля или разговор по телефону.
- *Когнитивные и метакогнитивные триггеры* – это мысли или убеждения, которые провоцируют желание тянуть, кусать или травмировать кожу (например: «Почему у меня такие густые брови?» и «Я никогда не смогу перестать грызть ногти, так зачем пытаться»).
- *Аффективные триггеры* – разочарование, депрессия, скука, тревога или напряжение.
- *Эмоции* (*опустошенность*, *скука*, *тревога*, *недовольство*) могут непосредственно спровоцировать эпизод травмирования те-

ла. Альтернативно побуждение участвовать в поведении может быть вызвано внешним сигналом или сигналом окружающей среды, а усилие контролировать побуждение (т.е. не ковырять/кусать/тянуть) может спровоцировать дальнейшие сложные эмоции, создавая порочный круг эмоций и травмирующего поведения.

• *Фасилитаторы и ингибиторы* – это объекты, места, люди, мысли и эмоции, которые, соответственно, поощряют эпизод травмирования тела или препятствуют ему. Например, наличие зеркала, экрана телефона, вечернее время, желание «остаться одной, сама с собой».

Как только у пациента возникает эпизод травматизации тела, положительное и отрицательное подкрепление увеличивают вероятность продолжения вытягивания, кусания или травмирования кожи. Удовольствие или облегчение сразу после этого поведения обеспечивают сенсорное положительное подкрепление, а удовлетворение и чувство достижения, полученные от удаления определенного типа волос (например: кудрявых, секущихся, неправильного цвета), кожи (например, грубой или покрытой струпьями) или ногтей (например: сломанных, грубых, слишком длинных) обеспечивают аффективное и когнитивное подкрепление. Удовольствие или удовлетворение, которые следуют за выдернутым волосом или выковыриванием струпа или ногтя, также могут вызвать облегчение от негативных эмоций. Облегчение является мощным негативным подкреплением, и травмирование тела может постоянно использоваться для сдерживания негативных эмоций у пациента.

В ходе психотерапии выделяют ситуации с «*высоким*» *риском возникновения* травмирующего поведения, направленного на тело; включают действия и контексты, в которых пациент чувствует осуждение, стеснение, разочарование или неудовлетворенность; в то

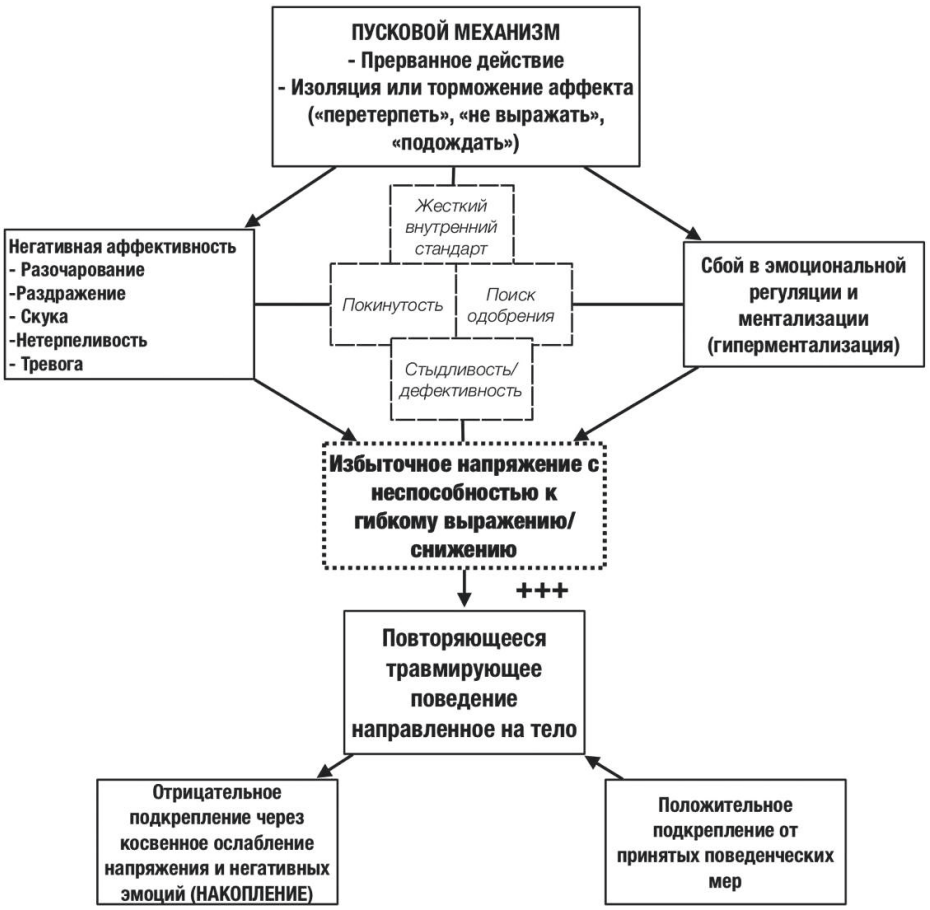

Рис. 6. Специфика проведения когнитивно-поведенческой терапии повторяющегося травмирующего поведения, направленного на тело

время как ситуации с «низким» риском выявляют существующие сильные стороны для перехода в ситуации с «высоким» риском, чтобы предотвратить возникновение поведения. Следует делать акцент на понимание различий в том, как сам пациент оценивает ситуации «высокого» и «низкого» риска и гибко в плане реакций подходит к ним.

На рис. 6 показано, что тактика психотерапевтического лечения носит *мультимодальный характер*. «Классический» протокол КПТ является недостаточным методом лечения, т.к. не в состоянии помочь пациенту справиться с внутренними переживаниями, такими как эмоции и эмоциональная дисрегуляция. Учитывая когнитивно-психофизиологическую модель лечения травмирующего поведения, направленного на тело (Cognitive Psychophysiological Treatment Model, CoPs, Roberts, O'Connor, 2015 [9]) делается акцент на метакогнитивные особенности восприятия ситуации, регуляции импульсивности, дезадаптивный перфекционизм, часто вызывающие напряжение и негативные эмоции, с которыми пациенту трудно совладать.

Следует учитывать, что неадаптивное поведение, ориентированное на тело, может использоваться для предотвращения или изменения неприятных психологических переживаний, таких как болезненные мысли, эмоции или побуждения. Использование неадаптивного поведения для избегания сложных личных событий является основной мишенью, известной как *эмпирическое избегание* (см. тактику обследования выше), которое следует минимизировать в ходе психотерапии, с акцентом на пересмотр когнитивных схем (жесткий внутренний стандарт, поиск одобрения, покинутость, стыдливость, дефектность) и личностных ценностей.

Имеющиеся исследования показывают, что КПТ оказывает наибольшее влияние на травмирующее поведение, направленное на тело, по сравнению с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина. Ряд пациентов демонстрируют значительное улучшение после лечения, но только 35–40 % сохраняют результаты при длительном наблюдении (в среднем 3,9 года спустя). Таким образом, КПТ обладает потенциалом для эффективного лечения данного расстройства, но для улучшения поддержания эффекта требуются дополнения или изменения в протоколах с бóльшим акцентом на специфику повышения навыков эмоциональной регуляции и персонификацию для каждой формы данного расстройства.

Прогноз

Зависит от нескольких факторов. Возможно, потребуется обратить внимание на *предрасполагающие факторы*, например: тревогу, депрессию, зависимости от ПАВ и другие сопутствующие психические расстройства. Возможно, потребуется устранить другие *провоцирующие факторы*, такие как стрессовые жизненные события. Сообщается, что средняя продолжительность болезни составляет около 5–8 лет с рецидивами и ремиссиями, которые происходят параллельно стрессовым ситуациям.

Заключение

Увеличивается количество пациентов, страдающих от различных форм повторяющегося травмирующего поведения, направленного на тело. Данные пациенты чаще обращаются к врачам-дерматологам из-за беспокоящих их симптомов. Поскольку пациенты часто стыдятся своих поведенческих проявлений, обращение к специалистам в области психического здоровья остается сложной задачей. Распространение информации о научно обоснованных методах лечения и их феноменологии в дерматологии, клинической психологии, психотерапии в России по сей день ограничено. Данная статья восполняет пробел, предоставляя краткое изложение, понимание данного расстройства и способов, которыми специалисты могут помогать данной группе пациентов. Мы призываем не только дерматологов, но и специалистов в области психического здоровья расширить свои знания о данном расстройстве.

Литература

1. Alexander J.R., Houghton D.C. Bauer C.C. Emotion Regulation Deficits in Persons with Body-focused Repetitive Behavior Disorders. // J Affect Disord. 2018. Vol. 227. P. 463-470. doi: 10.1016/j.jad.2017.11.035.
2. Gieler U., Consoli S.G., Tomás-Aragones L. [et al.]. Self-inflicted Lesions in Dermatology: Terminology and Classification – A Position Paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP) // Acta Derm Venereol. 2013. № 93. Vol. 1. P. 4–12.
3. Grant J.E., Redden S.A., Leppink E.W. [et al.]. Psychosocial Dysfunction Associated with Skin Picking Disorder and Trichotillomania //Psychiatry Res. 2016. Vol. 23. P. 68–71.
4. Gupta M.A., Gupta A.K. Self-induced Dermatoses: A Great Imitator //Clin Dermatol. 2019. Vol. 37. № 3. P. 268–77.
5. Gupta M.A., Vujcic B., Gupta A.K. Dissociation and Conversion Symptoms in Dermatology // Clin Dermatol. 2017. Vol. 35. № 3. P. 267–272.
6. Kalin Ned H., Treatment Issues Related to the Use of Psychedelics, Trichotillomania, Social Anxiety Disorder, Schizophrenia, and Opioid Use Disorder // American Journal of Psychiatry. 2023. Vol. 180. № 5. P. 21–39.
7. Madan S.K., Davidson J., Gong H. Addressing Body-focused Repetitive Behaviors in the Dermatology Practice // Clin Dermatol. 2023. Vol. 41. № 1. P.49-55. doi: 10.1016/j.clindermatol.2023.03.004
8. Najera, Deanna Bridge MPAS, PA-C. Body-focused Repetitive Behaviors: Beyond Bad Habits // JAAPA. 2022. Vol. 35. № 2. P. 28–33 doi: 10.1097/01.JAA.0000817812.38558.1a
9. O'Connor K., Lavoie M., Desaulniers B., Audet J.S. Cognitive Psychophysiological Treatment of Bodily-focused Repetitive Behaviors in Adults: An Open Trial // J Clin Psychol. 2018. Vol. 74. № 3. P. 273–285. doi: 10.1002/jclp.22501
10. Okumuş H.G., Akdemir D. Body Focused Repetitive Behavior Disorders: Behavioral Models and Neurobiological Mechanisms. // Turk Psikiyatri Derg. 2023. Vol. 34. № 1. P. 50–59. doi: 10.5080/u26213
11. Skurya J., Jafferany M., Everett G.J. Habit Reversal Therapy in the Management of Body Focused Repetitive Behavior Disorders // Dermatol Ther. 2020. Vol. 33. № 6. P. 13–25. doi: 10.1111/dth.13811

Поступила 12.10.2023

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Мелёхин А.И. Решение проблемы повторяющегося травмирующего поведения, ориентированного на тело, в психотерапевтической практике // Вестник психотерапии. 2023. № 88. С. 91–105. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-88-91-105

A.I. Melehin

Solving the problem of repeative traumatic behavior, oriented on the body, in psychotherapeutic practice

Humanitarian institute named after P.A. Stolypin (21, building 2, Stromynka Str., Moscow, Russia)

Aleksey Igorevich Melehin – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., clinical psychologist of the highest qualification category, psychoanalyst, somnologist, cognitive behavioral therapist, Humanitarian institute named after P.A. Stolypin (21, building 2, Stromynka Str., Moscow, 107076, Russia); e-mail: clinmelehin@yandex.ru; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5633-7639 SPIN code: 6982-1468, AuthorID: 762868

Abstract

Relevance. Over the past few years in Russia, there has been an increase in patient visits to dermatologists with complaints of specific skin itching, repeated pulling out and/or eating hair from different parts of the body, picking, scratching the skin in various parts of the body, biting cheeks, lips, nails, eating cuticles, skin on fingers. As of 2023, more than 19 million people in the United States suffer from these behaviors and often seek help from a dermatologist for skin damage, a challenge for mental health professionals.

The aim. To acquaint dermatologists, psychiatrists, psychotherapists and clinical psychologists with the specifics, tactics of psychological examination and complex treatment of repetitive traumatic behavior focused on the body and skin.

Results. This article details the clinical manifestations of body-focused repetitive traumatic behavior or skin picking disorder. One model details the range of forms of repetitive traumatic behavior directed at the body. A diagnostic algorithm and psychological approach to the assessment and initial treatment of psychosocial stressors in this group of patients are proposed. General treatment tactics are presented and emphasis is placed on the specifics of cognitive behavioral therapy (CBT) for repetitive traumatic behavior directed at one's own body, as well as its effectiveness and limitations. It has been shown that the "classical" CBT protocol (for example, habit change training, habituation, attention control, stimulus control) is an insufficient tactic for psychotherapeutic treatment, because unable to help the patient cope with internal experiences and emotional dysregulation. In this regard, it is recommended to use a multimodal protocol with an emphasis on metacognitive features of situation perception, regulation of impulsivity, maladaptive perfectionism and minimization of empirical avoidance of one's own experiences.

Conclusion. This article fills the gap by providing a summary, understanding of the disorder and how professionals can diagnose and help this group of patients. We encourage not only dermatologists, but also mental health professionals to expand their knowledge about this disorder.

Keywords: psychodermatology, cognitive behavioral therapy, psychotherapy, repetitive traumatic behavior directed at the body, trichophagia, onychophagia, trichotillomania, itching, scratching, skin, skin picking disorder, excoriation

References

1. Alexander J.R., Houghton D.C., Bauer C.C. Emotion regulation deficits in persons with body-focused repetitive behavior disorders. *J Affect Disord*. 2018; (227): 463–470. doi: 10.1016/j.jad.2017.11.035.
2. Gieler U., Consoli S.G., Tomás-Aragones L. [et al.]. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification--a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol.* 2013; 93(1): 4–12.
3. Grant J.E., Redden S.A., Leppink E.W. [et al.]. Psychosocial dysfunction associated with skin picking disorder and trichotillomania. *Psychiatry Res.* 2016; (23): 68–71.
4. Gupta M.A., Gupta A.K. Self-induced dermatoses: a great imitator. *Clin Dermatol.* 2019; 37(3): 268–77.
5. Gupta M.A., Vujcic B., Gupta A.K. Dissociation and conversion symptoms in dermatology. *Clin Dermatol.* 2017; 35(3): 267–272.
6. Kalin Ned H., Treatment Issues Related to the Use of Psychedelics, Trichotillomania, Social Anxiety Disorder, Schizophrenia, and Opioid Use Disorder. *American Journal of Psychiatry.* 2023; 180(5): 21–39.
7. Madan S.K., Davidson J., Gong H. Addressing body-focused repetitive behaviors in the dermatology practice. *Clin Dermatol.* 2023; 41(1): 49–55. doi: 10.1016/j.clindermatol.2023.03.004.
8. Najera, Deanna Bridge MPAS, PA-C. Body-focused repetitive behaviors: Beyond bad habits. *JAAPA*. 2022; 35(2): 28–33. doi: 10.1097/01.JAA.0000817812.38558.1a
9. O'Connor K., Lavoie M., Desaulniers B., Audet J.S. Cognitive psychophysiological treatment of bodily-focused repetitive behaviors in adults: An open trial. *J Clin Psychol.* 2018; 74(3): 273–285. doi: 10.1002/jclp.22501.
10. Okumuş H.G., Akdemir D. Body Focused Repetitive Behavior Disorders: Behavioral Models and Neurobiological Mechanisms. *Turk Psikiyatri Derg.* 2023; 34(1): 50–59. doi: 10.5080/u26213.
11. Skurya J., Jafferany M., Everett G.J. Habit reversal therapy in the management of body focused repetitive behavior disorders. *Dermatol Ther.* 2020; 3(6): 13–25. doi: 10.1111/dth.13811.

Received 12.10.2023

For citing: Melyokhin A.I. Reshenie problemy povtoryayushhegosya travmiruyushhego povedeniya, orientirovannogo na telo, v psikhoterapevticheskoj praktike. *Vestnik psikhoterapii***.** 2023; (88): 91–105. **(In Russ.)**

Melehin A.I. Solving the problem of repeative traumatic behavior, oriented on the body, in psychotherapeutic practice *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (88): 91–105. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-88-91-105

Ряд положений статьи носит дискуссионный характер и отражает взгляды автора, которые могут не совпадать с мнением Редакционной коллегии и Редакционного совета. Приглашаем к дискуссии ученых и практиков!