

**ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**© Г.В. Прутян<sup>1</sup>, А.С. Жуков<sup>2</sup>, Н.В. Лавров<sup>3</sup>, В.Р. Хайрутдинов<sup>2</sup>, А.В. Самцов<sup>2</sup><sup>1</sup> Филиал № 13 Федерального государственного казенного учреждения «442 военный клинический госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации, Гатчина;<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург;<sup>3</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

Для цитирования: Прутян Г.В., Жуков А.С., Лавров Н.В., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В. Дерматологические проявления психических заболеваний // Педиатр. – 2020. – Т. 11. – № 6. – С. 55–62. <https://doi.org/10.17816/PED11655-62>

Поступила: 07.10.2020

Одобрена: 16.11.2020

Принята к печати: 23.12.2020

Увеличение числа пациентов с психодерматологическими проявлениями и выявление определенной коморбидности в течении заболеваний у пациентов дерматологического профиля заставляет по-новому взглянуть на эту проблему. Предлагается даже термин «психодерматология» как актуального и, в то же время, наименее разработанного направления современной медицины, которое находится на стыке психиатрии и дерматовенерологии. Психиатрия и психотерапия изучают внутренний мир человека; дерматовенерология занимается диагностикой и лечением болезней кожи человека и ее придатков, а психодерматология объединила в себе эти два раздела медицины. В современном мире в результате увеличения объема поступающей сенсорной информации, ускорения ритма жизни, действия вредных экологических факторов человек может подвергаться чрезмерным психоэмоциональным нагрузкам, приводящим к развитию психических расстройств. Зачастую именно кожные высыпания становятся объективным проявлением таких нарушений. Ранняя диагностика психодерматозов и признаков обсессивно-компульсивной патологии у больных людей способствует своевременному выявлению категории лиц, входящих в группу риска возникновения психотических реакций и психических заболеваний. Это особенно актуально для молодых пациентов. На фоне гормональной перестройки организма, особенностей подросткового возраста, возросшей учебной нагрузки на них в школе, кризиса института семьи и брака, переизбытка сенсорной информации и гиподинамии увеличивается частота возникновения психодерматозов во всем мире, в том числе в нашей стране.

**Ключевые слова:** психодерматология; психодерматозы; нервно-психические расстройства; искусственный дерматит; невротические экскориаии; патомимия.

**DERMATOLOGICAL MANIFESTATIONS OF PSYCHIC AILMENTS**© G.V. Prutyanyan<sup>1</sup>, A.S. Zhukov<sup>2</sup>, N.V. Lavrov<sup>3</sup>, V.R. Khairutdinov<sup>2</sup>, A.V. Samtsov<sup>2</sup><sup>1</sup> Branch No. 13, 442 Military Clinical Hospital, Gatchina, Leningrad Region, Russia;<sup>2</sup> S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia;<sup>3</sup> St. Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

For citation: Prutyanyan GV, Zhukov AS, Lavrov NV, Khairutdinov VR, Samtsov AV. Dermatological manifestations of psychic ailments. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2020;11(6):55-62. <https://doi.org/10.17816/PED11655-62>

Received: 07.10.2020

Revised: 16.11.2020

Accepted: 23.12.2020

An increase in the number of patients with psychodermatological manifestations and the identification of a certain comorbidity during the course of diseases in patients with a dermatological profile makes us take a fresh look at this problem. Psychodermatology is one of the relevant and, at the same time, the least studied areas of modern medicine, which is at the junction of psychiatry and dermatovenerology. Psychiatry and psychotherapy studies the inner world of a person; Dermatovenerology deals with the diagnosis and treatment of diseases of the human skin and its appendages, and psychodermatology combines these two sections of medicine. In the modern world, as a result of increasing the amount of incoming sensory information, accelerating the rhythm of life, the action of harmful environmental factors, a person can

be subjected to excessive psycho-emotional stress, leading to the development of mental disorders. Often it is skin rashes that are an objective manifestation of such disorders. Early diagnosis of psychodermatosis and signs of obsessive-compulsive pathology in sick people contributes to the timely identification of the category of people at risk of psychotic reactions and mental illness. This is especially true for young patients. Against the background of hormonal changes in the body, the crisis of adolescence, the increased educational load on them at school, the destroyed institute of family and marriage, an overabundance of sensory information and physical inactivity, the incidence of psychodermatosis throughout the world, including in our country, is increasing.

**Keywords:** psychodermatology; psychodermatoses; nervously-mental disorders; artificial dermatitis; neurotic excoriations; skin-picking disorder.

Изучение психических расстройств в дерматологической практике приобретает все большую актуальность в связи с их высокой распространенностью. Встречаемость психопатологии у амбулаторных пациентов дерматологических клиник колеблется в диапазоне 21–34 %, а среди пациентов кожно-венерологических стационаров достигает 31–60 % [8]. Имеется довольно отчетливая тенденция к увеличению числа пациентов психодерматологического профиля в последние годы, что связано как с повышением частоты выявления данной категории лиц, так и с общим увеличением психопатологии в популяции. Вместе с тем нет достоверных сведений о распространенности психодерматозов среди населения нашей страны, поскольку существующие формы медицинской отчетности и их нозологическая принадлежность, согласно Международной классификации болезней (МКБ-10), не позволяют отчетливо выделить эту группу пациентов. До сих пор отсутствует единый подход к формулировке диагнозов при психодерматозах, нет даже общепризнанного названия этой группы заболеваний.

В настоящее время существует целый ряд дефиниций, принятых в различных дерматологических и психиатрических школах для обозначения совокупности этих болезней, что вносит определенную путаницу при диагностике патологии: «патомимия», «самодеструктивные дерматозы, коморбидные психическим расстройствам», «самовызванные и бредовые дерматозы», «первично-психогенные дерматозы», «дерматологические синдромы, обусловленные психическими расстройствами», «кожные симптомы психических заболеваний» и некоторые другие обозначения [8, 11].

Все вышеперечисленные факторы обуславливают повышенный научный интерес и перспективность изучения психических расстройств, проявляющихся аутодеструктивными действиями в отношении кожи и ее придатков, а также возникающих на фоне хронических дерматозов.

В данном обзоре не рассматриваются вторичные нервно-психические изменения и психические за-

болевания, возникающие у пациентов с хроническими кожными заболеваниями, такими как псориаз, атопический дерматит, экзема, а описаны собственно психодерматозы — заболевания, кожные проявления которых могут быть следствием первичных изменений нервно-психической сферы.

Обычно к психодерматозам относят:

- кожные проявления обсессивно-компульсивных расстройств (эксориированные акне, невротические эксориации, трихо- и онихотилломания, хейлофагия);
- дисморфобия/дисморфомания;
- дерматозный бред;
- патомии (артифициальный дерматит).

В то же время согласно классификации Американской психиатрической ассоциации 5-го пересмотра (DSM-5) от 2013 г. приводятся следующие виды патологии:

- обсессивно-компульсивные расстройства;
- дисморфические расстройства тела;
- расстройства накопления;
- трихотилломания;
- эксориации;
- обсессивно-компульсивные и связанные расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ;
- другие специфические обсессивно-компульсивные и связанные расстройства.

Причем последняя группа включает следующие расстройства, относящиеся к кожным проявлениям:

- кусание ногтевых пластинок;
- кусание губ;
- жевание щек;
- отрывание кутикулы ногтя [15].

Более детальное разделение кожных проявлений обсессивно-компульсивных расстройств позволяет улучшить выявление начальных признаков психиатрической патологии на более ранних этапах. Тем не менее в нашей стране данная классификация не общепринятая и по этой причине мы рассматриваем традиционно сложившиеся нозологии [13].

Для большинства психодерматозов характерны следующие признаки [8]:

- мономорфность высыпаний;
- регулярность появления новых высыпаний;
- превалирование вторичных элементов кожной сыпи;
- выраженные границы очагов поражения с неизменной кожей вокруг;
- линейное, «правильное» расположение элементов сыпи;
- отсутствие высыпаний в труднодоступных и невидимых пациенту участках тела;
- резистентность к проводимой терапии и регулярное рецидивирование высыпаний;
- наличие связи формирования высыпаний с психотравмирующими факторами.

Наиболее частой формой аутодеструктивных дерматозов среди молодых людей являются *эксфолированные невротические акне* (рис. 1) — пограничное состояние, обусловленное не только психоневрологической патологией, но и реально существующим кожным заболеванием — вульгарными угрями (акне). В отличие от обычного течения дерматоза, при эксфолированных акне выражены явления самоповреждения первичных элементов в виде эксфолиаций (артифициальных эрозий и язв) и последствий их заживления — гиперпигментных пятен и рубцов. Зачастую при осмотре таких пациентов бывает сложно найти неизменный первичный морфологический элемент сыпи, поскольку при появлении высыпаний пациенты почти сразу совершают над ними деструктивные действия (выдавливание, повреждение ногтями). Ключ к постановке диагноза в подобных случаях — наличие неизменных первичных элементов (комедонов, папул, пустул) на участках кожи, недоступных для воздействия пациента или не привлекающих его внимания (межлопаточная область, задняя поверхность шеи).

*Невротические эксфолиации* (рис. 2), в отличие от эксфолированных акне, возникают без предшествующих первичных морфологических элементов сыпи. Пациенты производят самоповреждения неизменной кожи, а образующиеся эксфолиации покрываются серозно-геморрагическими корками, которые они впоследствии непрерывно удаляют, формируя замкнутый «порочный круг» заболевания. Чаше самоповреждения больные наносят в вечернее время, а также после стрессовых ситуаций. В ряде случаев расчески производятся «машинально» в дневное время.

В отличие от пациентов с патомимией и бредовыми расстройствами, пациенты с невротическими эксфолиациями обычно полностью осознают и не

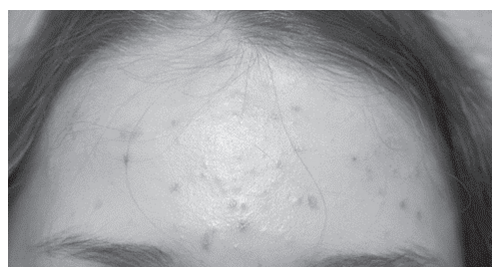


Рис. 1. Многочисленные эрозии, корки, единичные комедоны и папулы

Fig. 1. Numerous erosions, crusts, single comedones and papules



Рис. 2. Невротические эксфолиации. Эрозии, корки, рубцы

Fig. 2. Neurotic excoriation. Erosion, peels, scars

отрицают своей роли в формировании высыпаний, более того, они в большинстве случаев понимают патологический характер своих аутодеструктивных действий и не возражают против консультации психиатра или психотерапевта. По данным многих авторов, у пациентов с невротическими эксфолиациями наиболее часто обнаруживаются обсессивно-компульсивные расстройства, сверхценные идеи («ипохондрия красоты»), депрессивные эпизоды, тревожные расстройства [7, 16]. Самоповреждениям нередко предшествует визуальный осмотр или прикосновение к коже с «обнаружением дефекта» на ее поверхности. Вслед за этапом самоповреждений (когда удалены все корки) наступает этап временного облегчения, внутреннего удовлетворения, однако через некоторое время неизбежно вновь следует нарастание дискомфорта, недовольства состоянием кожи, непреодолимое желание производить манипуляции над имеющимися элементами сыпи.



Рис. 3. Трихотилломания. Очаг, лишенный волос, на коже затылочной области головы

Fig. 3. Trichotillomania. The center, deprived of hair, on the skin of the occipital region of the head



Рис. 5. Срединная каналообразная дистрофия ногтей. Деформация ногтевых пластинок первых пальцев рук

Fig. 5. Median canal-like dystrophy of nails. Deformation of the nail plates of the first fingers



Рис. 4. Онихотилломания. Эрозии, эритема, сухость, шелушение кожи дистальных ногтевых фаланг

Fig. 4. Onychotillomania. Erosion, erythema, dryness, peeling of the skin of the distal nail phalanges

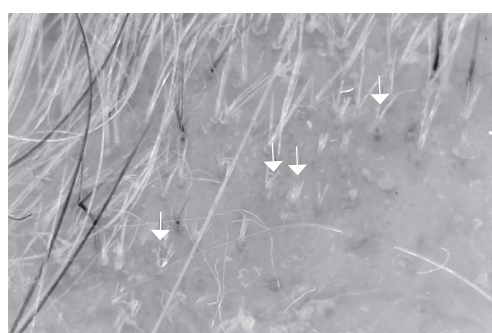


Рис. 6. Дерматоскопическая картина при трихотилломании. Стрелками обозначены волосы с трихоптилозом. Имеются обломанные стержни волос разной длины

Fig. 6. Dermatoscopic picture with trichotillomania. Arrows indicate hair with trichoptilosis. Broken hair stems of different lengths

Трихотилломания и онихотилломания — компульсивные повторяющиеся действия пациента, направленные на аутоэкстракцию (самостоятельное выдергивание) волос (рис. 3) и аутодеструкцию (самоповреждение) ногтевых пластинок и окружающих их тканей (рис. 4) соответственно. Трихотилломания и онихотилломания считаются проявлениями обсессивно-компульсивных расстройств, тревожных или депрессивных эпизодов. Пациенты в большинстве случаев не страдают серьезными психическими нарушениями и осознают свою роль в формировании повреждений.

Чаще всего аутодеструктивные действия производятся руками (ногтями) путем расчесывания и сдираания корок. Вариант онихотилломании выражается в срединной каналообразной дистрофии ногтей (рис. 5), возникающей в результате регулярной неосознанной травматизации проксимального околоногтевого валика, где находится зона роста. Постоянное воздействие на матрикс ногтя приводит к развитию своеобразной ониходистрофии.

В некоторых случаях аутодеструкция производится при обкусывании ногтей зубами (онихофа-

гия) или предметами обихода (ножницы, лезвия, булавки, иголки). Использование посторонних предметов для самоповреждения кожи считается признаком более тяжелого течения патологического процесса [3, 9, 16].

При установлении диагноза трихотилломании проведение дерматоскопического (трихоскопического) исследования позволяет выявить характерные симптомы болезни [обломанные стержни волос разной длины, волосы по типу «пламени», «кисточек» (трихоптилоз), скрученные волосы, фолликулярные кровоизлияния] [5, 12] (рис. 6).

Хейлофагия — навязчивое облизывание или прикусывание красной каймы губ, приводящее к развитию искусственного хейлита, преимущественно с прямолинейным расположением трещин, гиперемией, слабо выраженной инфильтрацией (рис. 7).

Дисморфофобия/дисморфомания — психическое расстройство с доминированием идеи мнимого физического дефекта кожного покрова. Проявляется чрезмерной озабоченностью малозначимыми дерматологическими изменениями кожи (морщины,

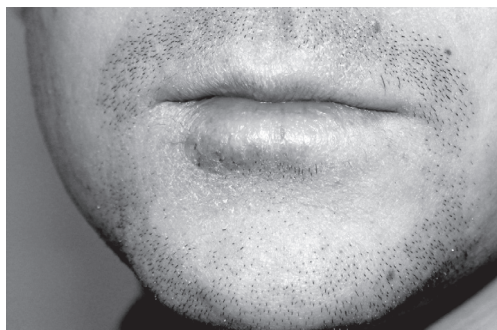


Рис. 7. Хейлофагия. Сухость, линейные трещины и корки на губах

Fig. 7. Cheilofagiya. Dryness, linear cracks and crusts on the lips

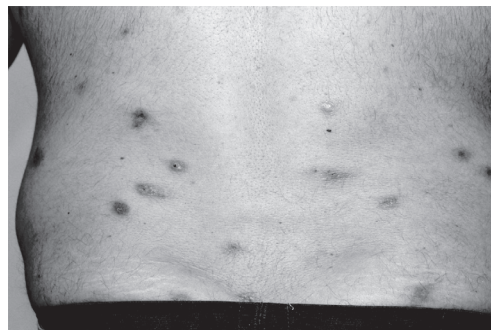


Рис. 8. Дерматозойный бред. Множественные нормотрофические рубцы и гиперпигментные пятна на месте предшествующей травматизации

Fig. 8. Dermatozoic delirium. Multiple normotrophic scars and hyperpigmented spots at the site of previous trauma

избыточное оволосение лица, выпадение волос, шрамы, видимые сосуды, бледность или краснота лица) [10].

*Дерматозойный (зоопатический, акарофобный) бред* (рис. 8) — бредовое расстройство, заключающееся в убежденности пациента в том, что в коже завелись какие-то паразиты (насекомые, черви, личинки).

Это заболевание относится к группе паранойяльных психозов, поскольку имеет основные признаки паранойяльного бреда:

- аутохтонная манифестация — дебют заболевания по типу «вспышки», «внезапного озарения» — острое одномоментное появление мысли о заражении паразитами;
- тенденция к систематизации — разработка пациентом «сюжета» бреда, детальное описание внешности, особенностей жизнедеятельности, витального цикла несуществующих паразитов;
- бредовое поведение — характерные действия пациента [сбор и демонстрация врачу «паразитов»: частичек волос, кожи, элементов тканей одежды, собираемых пациентом в емкости и представляемых в качестве «вещественного доказательства» (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 [4, 7].

Кожные проявления дерматозойного бреда представлены искусственными эрозиями или язвами небольших размеров, расположенными 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 (невусы, папилломы,

себорейные кератомы) как «очаги скопления», «гнезда», «кладки яиц» несуществующих паразитов. При дерматозойном бреде пациенты чаще, чем при невротических экскорациях, применяют для самоповреждения посторонние предметы: практически всегда для «извлечения паразитов из кожи» используются пинцеты или другие инструменты.

В отличие от пациентов с невротическими экскорациями, больные дерматозойным бредом не осознают своего заболевания и не имеют к нему критического отношения. Более того, они могут проявлять негативное отношение к окружающим, в частности, к медицинским работникам, пытающимся убедить их в отсутствии у них паразитарного заболевания. Такие пациенты часто меняют врачей, обращаются за помощью в санэпидстанции, с негодованием отвергают рекомендации получить консультацию у психиатра и требуют особого внимания и специфического подхода к терапии [4].

В отечественной дерматологии термином «*патомимия*» обычно обозначают все кожные аутодеструктивные проявления, маскирующие первичные психические расстройства, относящиеся к различным нозологическим группам. Другие авторы данным термином определяют только тяжелые формы аутоагрессивного поведения, проявляющиеся уродующими самоповреждениями и не относящимся к перечисленным выше нозологиям [1, 2, 6].

Патомимии в большей степени подвержены люди молодого возраста, чаще женщины. Появление первых повреждений кожи на фоне существующего психического расстройства часто провоцируется разнообразными социальными конфликтами, психотравмирующими ситуациями. В рамках психопатологической классификации расстройств, объединяемых понятием «патомимия», рассматриваются психопатические состояния и широкий спектр коморбидной психической патологии,



Рис. 9. Патомимия. Многочисленные эрозии и язвы, корки, рубцы на участках тела, доступных для воздействия

Fig. 9. Pathomimia. Numerous erosions and ulcers, crusts, scars on body areas available for exposure



Рис. 10. Платяной педикулез. Множественные эрозии, язвы, корки на местах плотного прилегания одежды

Fig. 10. Hanging lice. Multiple erosions, ulcers, crusts in places of tight clothing



Рис. 11. Гранулематоз Вегенера. Множественные язвы

Fig. 11. Wegener's granulomatosis. Multiple ulcers

включающие личностные (психопатии истерического, паранойяльного, шизоидного круга), психогенные диссоциативные расстройства (посттравматическое стрессовое расстройство), депрессии, органические заболевания центральной нервной системы, наркоманию и токсикоманию. Патомимия может быть одним из проявлений шизофрении [7]. Высыпания при патомимии представлены эрозиями, язвами, корками и рубцами различной формы, глубины и размеров. Причудливые, геометрически неправильные очертания высыпаний, их линейная, многоугольная форма, различный размер элементов являются наиболее достоверным критерием в аспекте дерматологической диагностики патомимии (рис. 9). Очаги поражения локализуются в подавляющем большинстве случаев на областях кожного покрова, которые доступны для воздействия самому пациенту (лицо, предплечья, верхняя треть спины и др.). Несмотря на очевидные признаки искусственного происхождения повреждений кожи, пациенты всегда отрицают факт аутоагрессии [1, 7].

При сборе анамнеза от больного можно услышать неправдоподобные рассказы о возникновении заболевания (действия «пришельцев», радиоактивное облучение, «сглаз» и т. п.). Внешний вид и поведение пациентов также зачастую говорит о наличии психической патологии: странное поведение, ведение разговоров с собой, грязный и неухоженный вид. Чаще всего эти психические расстройства манифестируют на фоне изменения гормонального фона, повышения физических и психических нагрузок.

Дифференциальную диагностику психодерматозов следует проводить с группой паразитарных (чесотка, педикулез) (рис. 10), зудящих дерматозов (строфулюс, нейродермит), кожным зудом и некоторыми формами васкулитов (рис. 11).

По данным зарубежных авторов, встречаемость легких форм психодерматозов (эксориированные акне, невротические эксориации, трихо- и онихотилломании, хейлофагия) достаточно высока, но их своевременная диагностика остается на низком уровне [14]. Большинство пациентов критически относятся к своему состоянию и оценке роли собственных действий в формировании кожного процесса, поэтому редко обращаются за помощью специалиста. Несмотря на это, выявление подобных больных представляется весьма актуальной задачей. Ввиду того что наличие клинических проявлений легких форм психодерматозов может свидетельствовать о тревожно-депрессивных эпизодах или обсессивно-компульсивных нарушениях, таким пациентам вне зависимости от объема проводимого медицинского осмотра (обследования) должна быть назначена консультация психиатра (психотерапевта) для профилактики возможных аутоагрессивных и суицидальных действий.

При яркой клинической картине, подтвержденной характерным внешним видом пациента и особенностями его поведения, диагностика психодерматоза не вызывает трудности. Но в некоторых случаях искусственность (искусственность) повреждений может быть не очевидна. У таких пациентов требуется выполнение дополнительных

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

Своевременное выявление заболеваний, сопровождающихся самоповреждениями кожи и ее придатков, представляется важным аспектом работы врача-дерматовенеролога. Правильная диагностика психодерматозов позволит избежать ненужных методов обследования и лечения таких пациентов, а также возможно снизить смертность от суицидальных попыток и несчастных случаев, связанных с аутоагрессивными действиями.

Учитывая все вышеизложенное, дальнейшее изучение вопросов психодерматологии в целом и аутодеструктивных дерматозов в частности представляется весьма актуальной и перспективной задачей.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дороженко И.Ю., Львов А.Н., Терентьева М.А. Рисперидон при терапии патомимии в клинике психодерматологии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5. – № 6. – С. 236–237. [Dorozhenok IYu., L'vov AN, Terent'eva MA. Risperidon pri terapii patomimii v klinike psihodermatologii. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2003;5(6):236-237. (In Russ.)]
2. Колюцкая Е.В. Обсессивно-фобические расстройства при шизофрении и нарушениях шизофренического спектра: автореф. дис. ... д-р мед. наук. – М., 2001. – 26 с. [Kolyuckaya EV. Obsessivno-fobicheskie rasstrojstva pri shizofrenii i narusheniyah shizofrenicheskogo spektra [dissertation abstract]. Moscow, 2001. 26 p. (In Russ.)]
3. Львов А.Н., Терентьева М.А. Невротические эксфолиации, коморбидные инволюционной истерии // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2005. – № 6. – С. 40–44. [L'vov AN, Terent'eva MA. Neurotic excoriation, involuntary comorbid hysteria. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2005;(6):40-44. (In Russ.)]
4. Романов Д.В. Психопатология дерматозойного бреда и спектра расстройств одержимости кожными паразитами. Часть I // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 1 – С. 10–15. [Romanov DV. Psihopatologiya dermatozojnogo bredda i spektra rasstrojstv oderzhimosti kozhnymi parazitami. Chast' I. *Mental disorders in general medicine*. 2013;(1):10-15. (In Russ.)]
5. Романов Д.В. Психические расстройства в дерматологической практике: автореф. дис. ... д-р мед. наук. – М.: 2014. – С. 24. [Romanov DV. Psihicheskie rasstrojstva v dermatologicheskoj praktike [dissertation abstract]. Moscow, 2014. 24 p. (In Russ.)]
6. Романов Д.В. Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова в отсутствие дерматологической патологии. Лекция № 10. В кн.: Лекции по психосоматике / под ред. А. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2014. – С. 176–192. [Romanov DV. Psihicheskie rasstrojstva, realizuyushchiesya v prostranstve kozhnogo pokrova v otsutstvie dermatologicheskoj patologii. In: Lekcii po psihosomatike. Smulevich A, ed. Moscow: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2014. 176-192 p. (In Russ.)]
7. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Психодерматология: современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии. – 2004. – Т. 104. – № 11. – С. 4–14. [Smulevich AB, Ivanov OL, L'vov AN, Dorozhenok IYu. Psihodermatologiya: sovremennoe sostoyanie problemy. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2004;(11):4-14. (In Russ.)]
8. Тамразова О.Б., Гуреева М.А. Патомимии у детей // Вестник дерматологии и венерологии. – 2017. – № 3. – С. 76–84. [Tamrazova OB, Gureeva MA. Pathomimia in children. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2017;(3):76-84. (In Russ.)]
9. Терентьева М.А., Львов А. Н. Клиника и терапия невротических эксфолиаций // Психиатрия. – 2007. – № 1. – С. 14–26. [Terent'eva MA, L'vov AN. Klinika i terapiya nevroticheskikh ekskoriacij. *Psihiatriya*. 2007;(1):14-26. (In Russ.)]
10. Тлиш М.М., Карташевская М.И., Бойко Е.О., Зайцева О.Г. Психические расстройства в дерматологии как актуальная междисциплинарная проблема. // Клиническая дерматология и венерология. – 2014. – Т. 12. – № 2. С. 104–109. [Tlish MM, Kartashevskaya MI, Boyko EO, Zaytseva OG. Mental disorders in dermatology as a current interdisciplinary problem. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology*. 2014;12(2):104-109. (In Russ.)]
11. Шамрей В.К., Баурова Н.Н., Марченко А.А., и др. Медицинская психология. – СПб.: Спецлит. – 2019. – С. 30–40. [Shamrej VK, Baurova NN, Marchenko AA, et al. Medicinskaya Psihologiya. Saint Petersburg: Speclit, 2019. P. 30-40. (In Russ.)]
12. Balachandra S, Ankad et al. Trichoscopy in Trichotillomania: A Useful Diagnostic Tool. *Int J Trichology*. 2014;6(4):160-163. <https://doi.org/10.4103/0974-7753.142856>
13. Grant JE, Chamberlain SR. Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectr*. 2016;21(4):300-3. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000183>.
14. Jafferany M, Patel A. Skin-Picking Disorder: A Guide to Diagnosis and Management. *CNS Drugs*. 2019;

- 33(4):337-346. <https://doi.org/10.1007/s40263-019-00621-7>.
15. Oliveira ECB, Fitzpatrick CL, Kim HS, et al. Obsessive-compulsive or addiction? Categorical diagnostic analysis of excoriation disorder compared to obsessive-compulsive disorder and gambling disorder. *Psychiatry Res.* 2019;281:112518. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112518>.
  16. Warnock J K, Kestenbaum T. Obsessive-compulsive disorders in dermatology patients. In: Koo JYM, Lee CS. *Psychocutaneous Medicine*. New York — Basel: 2003. P. 170-175

#### ◆ Информация об авторах

*Григорий Валерьевич Прутян* — врач-дерматовенеролог. Филиал № 13 ФГКУ «442 ВКГ» МО РФ, Гатчина, Ленинградская область, Россия. E-mail: pruty99@mail.ru.

*Александр Сергеевич Жуков* — канд. мед. наук, докторант кафедры кожных и венерических болезней. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург. E-mail: doctor-vma@mail.ru.

*Никанор Васильевич Лавров* — канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры фармакологии с курсом клинической фармакологии и фармакоэкономики. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: nikanlavr@rambler.ru.

*Владислав Ринатович Хайрутдинов* — д-р мед. наук, доцент, доцент кафедры кожных и венерических болезней. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург. E-mail: haric03@list.ru.

*Алексей Викторович Самцов* — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург. E-mail: avsamstov@mail.ru.

#### ◆ Information about the authors

*Grigori V. Prutyany* — Dermatovenerologist. Branch No. 13, 442 Military Clinical Hospital, Gatchina, Leningrad Region, Russia. E-mail: pruty99@mail.ru.

*Alexander S. Zhukov* — MD, PhD, Cand. Sci. (Med.), Doctoral Student of the Department of Skin and Venereal Diseases. S.M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Ministry of Defense, Saint Petersburg, Russia. E-mail: doctor-vma@mail.ru

*Nikanor V. Lavrov* — MD, PhD, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Pharmacology with a Course of Clinical Pharmacology and Pharmacoeconomics. St. Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia. E-mail: nikanlavr@rambler.ru.

*Vladislav R. Khairutdinov* — MD, PhD, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Skin and Venereal Diseases. S.M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Ministry of Defense, Saint Petersburg, Russia. E-mail: haric03@list.ru.

*Alexey V. Samstov* — MD, PhD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Skin and Venereal Diseases. S.M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Ministry of Defense, Saint Petersburg, Russia. E-mail: avsamstov@mail.ru.