

Кожный зуд как проявление психического заболевания

В.В. Марилов, А.В. Арефьев

Кафедра психиатрии РУДН, Москва

В специализированной клинической психоневрологической больнице №8 им. З. П. Соловьева “Клинике неврозов” обследовано 26 женщин с синдромом психогенного зуда в возрасте от 22 лет до 51 года. Критериями отбора пациентов являлись наличие интенсивного зуда кожных покровов и/или зуда, локализующегося во влагалище, прямой кишке, уретре при нормальных общеклинических и биохимических показателях крови и мочи и отсутствии патологии со стороны кожи и внутренних органов, которая могла бы быть причиной зуда. Основной жалобой пациентов являлся зуд, в связи с которым большинство из них на протяжении месяцев, а в некоторых случаях и лет, безуспешно лечились дерматологами, аллергологами, гинекологами и урологами. В большинстве случаев зуд кожи носил генерализованный характер часто с вовлечением прямой кишки, уретры, влагалища; лишь у 4 пациентов зуд был локализован в области промежности без распространения на кожные покровы других областей. Интенсивность зуда была достаточно высокой и заметно нарушала работоспособность и ночной сон больных, однако, не смотря на это, видимые эксфолиации кожи имели место лишь у 2 пациентов. Наибольшей выраженности зуд достигал в ночные и утренние часы, усиление его отмечалось также при расчесывании, местном действии холода и химических веществ. У большинства пациентов отмечались типичные жалобы астено-депрессивного характера на непрерывную слабость и быструю утомляемость, постоянную внутреннюю напряженность и явную тенденцию к снижению настроения по всякому поводу, тревожность и мнительность, подавленность и тоскливость, утрату прежних интересов и стимулов к действию, плаксивость, расстройства сна и аппетита. Вышеуказанные симптомы чаще всего рассматривались больными как “вторичные”, возникшие в результате их “основного” страдания - длительно существующего мучительного зуда, т. е. кожный зуд маскировал депрессивную симптоматику. У многих пациентов развитию зуда предшествовали те или иные психотравмирующие события: смерть близких людей, серьезные неудачи в служебной или общественной деятельности, неустроенность личной жизни, семейные конфликты; у других больных отмечались колебания настроения в анамнезе, в том числе один или более четко очерченных депрессивных эпизодов, у одной из пациенток 2 предыдущих депрессивных эпизода также проявлялись в развитии кожного зуда. При подробном сборе анамнеза у пациенток с жалобами на генитальный зуд все они указывали на сексуальную неудовлетворенность, никто из них не испытывал оргазма. У 19 из 26 пациенток при патопсихологическом исследовании отмечались довольно выраженные истерические черты в виде эгоцентризма, стремления быть в центре внимания, демонстративности, театральности поведения, у всех больных зафиксирован высокий уровень тревоги, высокая соматизация аффекта при достаточно высокой депрессии, а также повышение по шкале паранойяльности, подозрительности, злопамятности, враждебности и агрессивности к близким и склонность к образованию бредовых структур. Комплексное лечение этих пациенток, включавшее применение антидепрессантов, транквилизаторов, малых доз

нейролептиков, а также двигательных методик клиники, аутогенной тренировки, физиотерапевтических процедур и рациональной психотерапии, приводило к улучшению их состояния, но полностью не всегда устраняло жалобы на зуд, что вероятно может объясняться сохранением психотравмирующей ситуации, которая привела к развитию депрессии.