

<https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.3.004>
УДК 616.5-002.2:159.9

Адаскевич В.П.¹, Кирпиченко А.А.¹ ✉, Клеблеева Г.Д.²

¹ Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Беларусь

² Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Психогенные дерматозы как междисциплинарная проблема. Обзор литературы

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Адаскевич В.П. – замысел и дизайн исследования, критический пересмотр статьи в части значимого интеллектуального содержания; Кирпиченко А.А. – сбор данных, анализ и интерпретация данных, критический пересмотр статьи в части значимого интеллектуального содержания, подготовка статьи; Клеблеева Г.Д. – сбор данных, анализ и интерпретация данных.

Источники финансирования. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Подана: 29.05.2024

Принята: 19.08.2024

Контакты: kirpi@tut.by, vitebsk-derma@mail.ru

Резюме

В статье с позиции мультидисциплинарного подхода приведен обзор современных научных данных как о прямой, так и об обратной взаимосвязи кожных болезней и психических расстройств. Выполнено описание таких дерматологических расстройств, как акне обыкновенные, атопический дерматит, алопеция гнездная, витилиго, гипергидроз, зуд, контактный дерматит, крапивница, простой хронический лишай, пруриго узловатое, псориаз, пурпура психогенная, розацеа, себорейный дерматит. Также дана информация о психических расстройствах с дерматологическими проявлениями, а именно: акне экскориированные, искусственный дерматит, дерматозойный бред, дерматилломания, трихотилломания, онихотилломания, онихофагия, хейлофагия, дисморфофобия/дисморфомания и расстройства пищевого поведения.

Ключевые слова: психодерматология, психические расстройства с дерматологическими нарушениями, мультидисциплинарный подход

Adaskevich U.¹, Kirpichenka A.¹ ✉, Klebleeva G.²

¹ Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

² Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Psychogenic Dermatoses as an Interdisciplinary Problem. Literature Review

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Adaskevich U. – the idea and design of the study, critical revision of the article in terms of significant intellectual content; Kirpichenka A. – data collection, analysis and interpretation of data, critical revision of the article in terms of significant intellectual content, preparation of the article; Klebleeva G. – data collection, analysis and interpretation of data.

Submitted: 29.05.2024

Accepted: 19.08.2024

Contacts: kirpi@tut.by, vitebsk-derma@mail.ru

Abstract

From the perspective of a multidisciplinary approach, the article provides an overview of modern scientific data on both the direct and inverse relationships of skin diseases and mental disorders. The description of such dermatological disorders as acne vulgaris, atopic dermatitis, alopecia areata, vitiligo, hyperhidrosis, itching, contact dermatitis, urticaria, simple chronic lichen, prurigo nodosum, psoriasis, psychogenic purpura, rosacea, seborrheic dermatitis is given. Information is also provided on mental disorders with dermatological manifestations, namely: excoriée acne, artificial dermatitis, dermatozoal delirium, dermatillomania, trichotillomania, onychotillomania, onychophagia, cheilophagia, dysmorphophobia/dysmorphomania and eating disorders.

Keywords: psychodermatology, mental disorders with dermatological disorders, multidisciplinary approach

■ ВВЕДЕНИЕ

Психокожные расстройства представляют собой уникальное пересечение двух специализированных областей исследований, при котором одновременно поражаются психика и кожа [1, 2]. Сопутствующая психиатрическая патология имеется у 30% пациентов с дерматологическими заболеваниями [3]. Следовательно, очень важно лечить основные психические заболевания, которые могут спровоцировать или усугубить кожные болезни. К психиатрическим сопутствующим заболеваниям относятся депрессивные расстройства, тревожные расстройства и обсессивно-компульсивные расстройства. Во многих случаях неясно, спровоцированы ли дерматологические проявления психическим расстройством или же катализатором психического расстройства стало дерматологическое заболевание [2]. Кожные заболевания тесно связаны с первичными психиатрическими состояниями, такими как депрессия и тревога. Значительный дискомфорт, вызванный дерматологическими заболеваниями, способен вызвать или усугубить психиатрические расстройства. Изучение психокожных расстройств требует мультидисциплинарного подхода. Чрезвычайно важно, чтобы дерматологи понимали психиатрическую предпосылку этих расстройств. Специалисты в области психического здоровья также могут извлечь пользу из лучшего

понимания дерматологических проявлений психических расстройств, с которыми они могут столкнуться в своей практике [2]. Обсуждаемые нами темы разбиты на две категории: дерматологические расстройства с психиатрическими проявлениями и психические расстройства с дерматологическими проявлениями [2].

■ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Акне обыкновенное

Акне (акне вульгарное, акне обыкновенное) – распространенное хроническое воспалительное заболевание, поражающее миллионы людей во всем мире и оказывающее существенное негативное влияние на качество жизни и психическое здоровье [4]. Акне характеризуется комедонами, воспалительными папулами, пустулами и узелково-кистозными поражениями с долгосрочными последствиями, включая рубцевание и диспигментацию. Четыре основных фактора патофизиологии акне включают изменение выработки и концентрации кожного сала, гиперкератинизацию сально-волосяного аппарата, штаммы *Cutibacterium acnes* и воспалительный иммунный ответ. Акне может серьезно ухудшить качество жизни людей, негативно влияя на их самооценку и уверенность в себе, поскольку повышает вероятность развития психических заболеваний, таких как депрессия и тревога [5, 6]. Акне связано со значительным риском членовредительства и попыток самоубийства, что подчеркивает тревожную существенную связь между акне и психическим здоровьем [6, 7].

Атопический дерматит

Атопический дерматит (АД) представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи, имеющее бимодальное возрастное распределение и поражающее 11–20% детей и 5–8% взрослых [8]. Проявляется сухостью кожи, экзематозными поражениями и выраженным зудом. АД среди всех несмертельных состояний занимает 15-е место в мире по бремени болезни, измеряемому количеством лет жизни с поправкой на инвалидность [8]. Это состояние характеризуется не только тяжелыми кожными симптомами, но и нарушением сна, аллергическими, психологическими и психиатрическими сопутствующими заболеваниями, а также ухудшением качества жизни и производительности труда.

АД влияет на физические, психологические, психосоциальные и профессиональные аспекты жизни [9]. Помимо поражений кожи, серьезной проблемой для пациентов с АД является зуд. Его интенсивность в первую очередь связана с тяжестью АД, обычно он нарушает цикл сна [10]. Эмоциональные факторы могут вызвать или усугубить зуд и расчесывание, существенно влияя на качество жизни пациентов. Последние часто сообщают о связи между эмоциональным стрессом, зудом и расчесыванием. Таким образом, зуд сам по себе является источником постоянного психологического дистресса для пациента, и из всех клинических симптомов АД зуд наиболее тесно связан с тревогой [10]. У пациентов с АД наблюдается более высокая частота тревоги и депрессии, особенно у тех, кто страдает АД средней и тяжелой степеней [11, 12]. Несколько исследований также показали повышенный риск суицидальных мыслей у взрослых пациентов с АД [12–14]. Одним из распространенных триггеров, связанных с заболеванием, у пациентов с АД является психологический стресс. АД является доказанным стрессором в первую очередь из-за частых и неожиданных

обострений, и пациенты обычно называют психологический стресс провоцирующим фактором своего заболевания.

Алопеция гнездная

Гнездная алопеция (ГА) – хроническое иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся острой или хронической нерубцовой потерей волос с гетерогенностью клинических проявлений, варьирующей от очагового до полного выпадения волос на коже головы и тела. Это аутоиммунное заболевание может существенно влиять на эмоциональное и психологическое благополучие пациентов [15]. Вследствие важной косметической и коммуникативной роли человеческих волос отмечаются серьезные психологические расстройства у лиц с частичной или полной потерей волос [16]. Хотя это состояние доброкачественное, оно может оказывать пагубное психологическое воздействие на жизнь человека. Несколько исследований показали, что ГА действительно влияет на качество жизни пострадавшего человека – у 61% пациентов развивалась депрессия [17]. Более того, если негативные психологические последствия не устранить вовремя, это может еще больше ухудшить течение заболевания и, следовательно, создать порочный круг.

Витилиго

Витилиго – это распространенное обезображивающее аутоиммунное заболевание, которое негативно влияет на самооценку пациентов и качество их жизни. Патогенез витилиго характеризуется взаимодействием внутренних и внешних дефектов меланоцитов, врожденного иммунного воспаления и опосредованного Т-клетками разрушения меланоцитов [18]. Меланоцитспецифический аутоиммунитет при витилиго является результатом сочетания множества факторов, включая генетическую предрасположенность, параметры окружающей среды, стресс меланоцитов, а также врожденные и адаптивные иммунные реакции [18]. Наиболее частыми сопутствующими психиатрическими заболеваниями у пациентов с витилиго являются обсессивно-компульсивное расстройство, депрессивные и тревожные расстройства, особенно социофобия и паническое расстройство [19].

Гипергидроз

Гипергидроз – это дисфункция центральной нервной системы (ЦНС), характеризующаяся аномально повышенным потоотделением из-за центральной дисрегуляции секреции пота. Гипергидроз представляет собой сложную нейрональную дисрегуляцию, включающую изменение механизмов контроля за потоотделением, что приводит к несоответствию между требуемой и фактической выработкой пота [20]. Гипергидроз значительно влияет на качество жизни пациентов в их личной, социальной и профессиональной среде [21]. Клиническим симптомом гипергидроза является не обязательно повышенное потоотделение, а скорее произвольное патологическое нарушение регуляции потоотделения вследствие слабого воздействия триггера. Непропорциональное выделение пота, характерное для гипергидроза, приводит к инвалидизирующим заболеваниям, ухудшающим качество жизни пациента. Гипергидроз влияет на производительность труда, повседневную деятельность, эмоциональное благополучие и личные отношения [22].

Зуд

Зуд, или кожный зуд, определяется как «неприятное ощущение, вызывающее желание почесаться», независимо от того, осуществляется ли почесывание [23]. Зуд, негативно влияющий на психологические и физические аспекты жизни, является наиболее частым симптомом, требующим консультации дерматолога. Одна треть населения испытывает зуд каждую неделю, а 10% населения нуждается в лечении зуда [24]. Описан широкий спектр этиологии зуда, и Международный форум по изучению зуда (который считает термины «зуд» и «кожный зуд» синонимами) определяет 6 категорий: дерматологическая, системная, неврологическая, психогенная, смешанная и другая. Психогенный зуд, или функциональное зудящее расстройство, можно определить как зудящее расстройство, при котором зуд находится в центре симптоматики и при котором психологические факторы играют очевидную роль в возникновении, интенсивности, обострении или персистенции заболевания. Поскольку диагностике и определению психогенного зуда не хватает точности, группа французских психодерматологов предложила 10 диагностических критериев [25]. Три обязательными являются: локализованный или генерализованный зуд, хронический зуд (>6 недель) и отсутствие соматической причины. Также должны присутствовать 3 дополнительных критерия из следующих 7: хронологическая связь зуда с одним или несколькими жизненными событиями, которые могут иметь психологические последствия; вариации интенсивности, связанные со стрессом; ночные вариации; преобладание во время покоя или бездействия; сопутствующие психологические расстройства; зуд, который можно уменьшить с помощью психотропных препаратов; зуд, который можно уменьшить с помощью психотерапии [25].

Нейропатический зуд – это зуд, вызванный повреждением нейронов или глии. Нейропатический зуд может быть локализованным (например, плечелучевой зуд или парестетическая ноталгия) или генерализованным (например, нейропатия мелких волокон) [26]. Нейропатический зуд имеет несколько причин: он может возникнуть в результате локального сдавления нервных волокон или локализованной/генерализованной дегенерации нервных волокон, затрагивающей различные нейрональные структуры периферической или центральной нервной системы [27].

Психиатрический подход определяется лечением сопутствующих заболеваний, которыми чаще всего являются депрессивные расстройства, тревожные расстройства, расстройства адаптации, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, посттравматическое стрессовое расстройство и расстройства, связанные с соматическими симптомами [28].

Контактный дерматит

Контактный дерматит – воспалительное экзематозное заболевание кожи. Его вызывают химические вещества или ионы металлов, которые оказывают токсическое воздействие, не порождая ответа Т-клеток (контактные раздражители), или небольшие реактивные химические вещества, которые модифицируют белки и провоцируют врожденные и адаптивные иммунные реакции (контактные аллергены) [29]. Контактный дерматит подразделяется на раздражающий контактный дерматит и аллергический контактный дерматит. Раздражающий контактный дерматит представляет собой неспецифическую реакцию кожи на прямое химическое повреждение, приводящую к высвобождению медиаторов воспаления преимущественно из

клеток эпидермиса, тогда как аллергический контактный дерматит является реакцией гиперчувствительности замедленного типа (4-го типа) на экзогенные контактные антигены. К частым психиатрическим сопутствующим заболеваниям относятся депрессивные расстройства, тревожные расстройства и обсессивно-компульсивные расстройства [30, 31].

Крапивница

Хроническая спонтанная крапивница (ХСК) характеризуется рецидивирующим и непредсказуемым появлением волдырей с или без ангионевротического отека в течение более 6 недель [32]. ХСК часто называют аутоиммунным заболеванием, вызванным тучными клетками. Они дегранулируют и выделяют гистамин, что приводит к появлению симптомов крапивницы. Если выявлен очевидный триггер (антиген или раздражитель окружающей среды, например пищевая аллергия, физическая нагрузка, жара), то хроническую крапивницу считают индуцируемой. Поэтому ХСК трудно поддается лечению, ремиссия непредсказуема [33]. Неопределенность причинно-следственной связи и продолжительности крапивницы может привести к тому, что пациенты испытывают психологический стресс. Кроме того, наличие зуда, волдырей или ангионевротического отека может оказать глубокое влияние на сон, социальное благополучие и психическое здоровье [34, 35]. Многие пациенты все больше беспокоятся о том, чтобы избежать потенциальных триггеров своих симптомов, внося необоснованные изменения в свою диету, физические упражнения и образ жизни [36].

Наиболее распространенными психиатрическими сопутствующими заболеваниями являются депрессивные расстройства, расстройства настроения, тревожные расстройства, расстройства сна и бодрствования, травматические и стрессорные расстройства, соматические расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ [37].

Простой хронический лишай

Простой хронический лишай (ПХЛ) определяется как распространенная форма хронического нейродермита, которая проявляется в виде папулезно-бляшечных участков кожи с лихенификацией (рис. 1). Гипертрофический эпидермис обычно возникает в результате привычного расчесывания или трения определенного участка кожи. В основе расстройства может лежать как первичный симптом, отражающий, возможно, психологический компонент, так и вторичный по отношению к другим кожным заболеваниям фактор. Развитие таких бляшек является следствием зудящих дерматозов, которые обычно возникают из-за психологических стрессоров [38]. Некоторые исследования связывают ПХС с эмоциональными факторами, которые часто приводят к повторяющемуся циклическому зуду как средству подавления эмоциональных нарушений, или считают его результатом сильной потребности в расчесывании, которая возникает после эмоционального расстройства [39, 40]. Бляшки образуются вследствие постоянного и неоднократного расчесывания определенных участков кожи, таких как волосистая часть головы, шея, руки и гениталии. Эмоциональный стресс, провоцирующий раздражение и желание почесать кожу, часто носит циклический характер, а возникающие в итоге бляшки вызывают усиление стресса и хронический зуд, изменения пигментации пораженной кожи и возможное

распространение состояния на более крупные участки. Это преимущественно зудящее заболевание, хотя оно может быть результатом нарушения кожного барьера или же являться вторичным по отношению к другим дерматозам.

Это расстройство документировано с сопутствующими психиатрическими заболеваниями. Наиболее распространенные из них – это депрессивные расстройства (особенно большая депрессия и дистимическое расстройство), тревожные расстройства, синдром дефицита внимания/гиперактивности, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, психотические расстройства, диссоциативные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, расстройства поведения и расстройства контроля импульсов [41–43].

Пруриго узловатое

Пруриго узловатое (почесуха нодулярная) – это хроническое заболевание кожи, которое классически проявляется в виде множественных плотных узелков от телесного до розового цвета, обычно расположенных на разгибательных поверхностях конечностей [44]. Поражения очень зудящие, причем это состояние может возникнуть в любой возрастной группе (рис. 2). Обычно оно сочетается с другим заболеванием кожной гиперчувствительности, таким как атопический дерматит или хронический зуд различного происхождения. Это заболевание связано со значительными физическими и психологическими нарушениями и часто не поддается лечению [45]. Точная этиология узловатого пруриго остается недостаточно изученной. Хотя роль непрерывного цикла зуд – расчесы неоспорима, точная последовательность

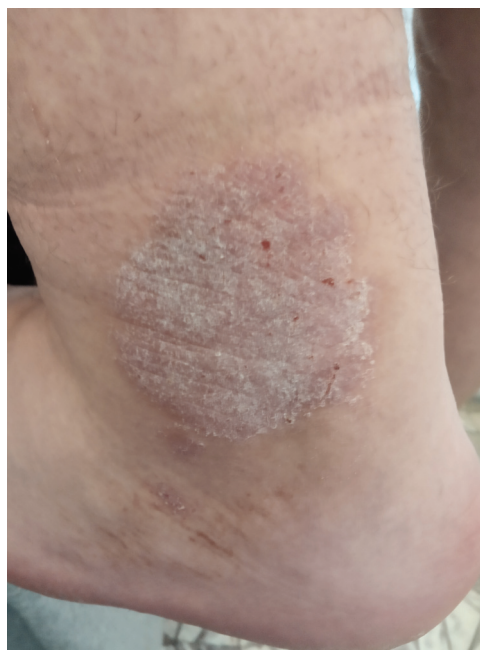


Рис. 1. Простой хронический лишай
Fig. 1. Lichen simplex chronicus



Рис. 2. Пруриго узловатое
Fig. 2. Prurigo nodularis

событий, приводящих к окончательной клинической картине, остается предположительной [44, 45]. Узловатое пруриго сопровождается длительным зудом и, как полагают, развивается как реакция на повторяющиеся расчесы у пациентов с хроническим пруриго различной этиологии, включая дерматологическую, системную, инфекционную и нервно-психическую [44, 45].

Псориаз

Псориаз представляет собой пожизненное иммуноопосредованное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, связанное с псориатической артропатией, психическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями. В 2014 году ВОЗ признала псориаз серьезной неинфекционной болезнью и подчеркнула страдания пациентов, связанные с ошибочным диагнозом, неадекватным лечением и стигматизацией этого заболевания [46]. Псориаз – заболевание кожи со множеством фенотипически различных подтипов, такими как бляшечный, каплевидный, интертригинозный, пустулезный, эритродермический. К пораженным и трудно поддающимся лечению участкам псориаза относятся кожа головы, лицо, ногти, гениталии, ладони и подошвы.

Наиболее широко встречающимися психическими заболеваниями, сопутствующими псориазу, являются депрессивные расстройства, тревожные расстройства, расстройства настроения и различные расстройства личности, в частности шизоидное, пассивно-агрессивное и обсессивно-компульсивное расстройство личности [47–49].

Пурпура психогенная

Психогенная пурпура, также известная как синдром Гарднера – Даймонда или синдром сенсibilизации аутоэритроцитов, является чрезвычайно редким заболеванием, обычно наблюдаемым у женщин с сопутствующими психиатрическими заболеваниями [50]. Психогенную пурпуру рассматривают прежде всего как аутоиммунную васкулопатию с сенсibilизацией к фосфатидилсерину – компоненту стромы эритроцитов. Проявление заболевания обычно происходит в результате спонтанного развития болезненных отежных поражений кожи, преимущественно на конечностях. Такие проявления могут быть изолированными или множественными, прогрессируя до экхимозов в течение следующих 24 часов (рис. 3). Развитие состояния, как правило, следует за тяжелым стрессом или эмоциональной травмой либо сочетается с определенной психиатрической психопатологией [50].

Ассоциация психологических факторов с синдромом Гарднера – Даймонда является основой этого диагноза, а их наличие – один из важнейших диагностических компонентов синдрома. Тем не менее сохраняется заметная гетерогенность спектра психологических данных, и точная роль таких факторов в этиологии психогенной пурпуры остается неясной. Различные сопутствующие психопатологии включают депрессию, тревогу, трудности в преодолении агрессии и враждебности, эмоциональную нестабильность, проблемы адаптации, ипохондрию, ненормальное чувство вины, сексуальные проблемы, мазохизм, истерические и пограничные расстройства личности, а также конверсионные и навязчивые расстройства [51, 52].



Рис. 3. Пурпура психогенная
Fig. 3. Psychogenic purpura

Розацеа

Розацеа, хроническое воспалительное заболевание кожи, в первую очередь проявляется в виде периодических приливов и эритемы в центральной области лица [53]. Розацеа можно разделить на четыре подтипа: эритематозно-телеангиэктатический, папуло-пустулезный, фиматозный и глазной. Нейрогенная розацеа – новый вариант – характеризуется жжением, покалыванием лица и дизестезией, непропорциональной приливам крови, которые проявляются как более тяжелое нейрогенное воспаление, не поддающееся традиционной терапии [54]. Патогенез розацеа включает в себя сложное взаимодействие генетических факторов, иммунной и сосудисто-нервной регуляции, присутствия микроорганизмов и факторов окружающей среды. Розацеа может серьезно повлиять на качество жизни пациентов, а также на их психическое здоровье. Наиболее распространенными сопутствующими психиатрическими заболеваниями являются депрессивные расстройства и тревожные расстройства [55, 56].

Себорейный дерматит

Себорейный дерматит (СД) – широко встречающееся хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся эритематозными чешуйчатыми бляшками с желтыми или белыми жирными чешуйками, но имеющее различные проявления в зависимости от фототипа кожи, возраста и анатомического расположения. СД обычно поражает участки тела с обилием сальных желез, такие как кожа головы, грудь, лицо, спина и паховая область.

Наиболее распространенными психиатрическими сопутствующими заболеваниями являются депрессивные и тревожные расстройства [57]. У пациентов с СД наблюдаются также неврологические и другие психиатрические заболевания: болезнь Паркинсона, инсульт, болезнь Альцгеймера, вегетативная дисфункция [58].

Кожа, психическое здоровье и ЦНС тесно связаны. Эстетические, а иногда и обезображивающие аспекты дерматологических заболеваний могут наложить тяжелое психологическое бремя. Большинство исследований о сопутствующих психиатрических коморбидностях было проведено для хорошо известных кожных заболеваний, таких как псориаз, атопический дерматит, акне, розацеа. В последние годы установлены новые психиатрические аспекты гнойного гидраденита, фолликулярного дискератоза Дарье и доброкачественной семейной пузырчатки Хейли – Хейли.

Гнойный гидраденит

Гнойный гидраденит, или инверсные акне, представляют собой хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, характеризующееся воспалением волосяных фолликулов в областях тела, которые несут апокринные железы, и проявляющееся в виде болезненных узелков, абсцессов, хронически дренирующих свищей и рубцов [59, 60]. Это инвалидизирующее заболевание с большим психологическим и функциональным воздействием на пациентов из-за боли и зловонных выделений из очагов поражения. Гнойный гидраденит связан со значительным психологическим бременем, таким как снижение качества жизни и сексуальная дисфункция [61]. Пациенты часто страдают от депрессии и тревоги, злоупотребления психоактивными веществами, а также от психотических и биполярных расстройств и повышенного риска самоубийства [62, 63].

Фолликулярный дискератоз

Фолликулярный дискератоз (болезнь Дарье – Уайта) – аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся появлением зловонных гиперкератотических папул с себорейным распространением, продольной эритронихией, V-образными насечками на ногтях и ладонно-подошвенными ямками [64]. Болезнь Дарье связана с мутациями в гене ATP2A2, который кодирует изоформу 2 кальциевой АТФазы сарко-эндоплазматического ретикулума, также известную как SERCA2 [64]. У пациентов, страдающих этим заболеванием, наблюдается широкая распространенность нейropsychиатрических расстройств, а именно умственной отсталости, биполярного расстройства, шизофрении и суицидальных наклонностей [65–67]. Исследования связи между этими расстройствами и болезнью Дарье при определении локуса генов данных психических расстройств выявили наличие гена предрасположенности к биполярному расстройству на хромосоме 12q23-q24.1 в области гена болезни Дарье (DAR) [68].

Болезнь Хейли – Хейли

Болезнь Хейли – Хейли, также известная как доброкачественная семейная пузырчатка, представляет собой редкий генодерматоз, который характеризуется нарушением адгезии кератиноцитов, что приводит к распространенному внутриэпидермальному акантолизу. Типичные поражения кожи при болезни Хейли – Хейли обычно возникают в местах трения или на интертригинозных участках, включая боковые и задние поверхности шеи, субмаммарную область, подмышечные, паховые, межъягодичные складки. Болезнь Хейли – Хейли может серьезно повлиять на качество жизни пациентов, которые описывают тяжелые изнурительные симптомы (зуд, боль, ощущение жжения и неприятный запах тела). Это заболевание связано

с серьезным психологическим расстройством и существенно влияет на социальное функционирование [69].

У 30% пациентов с дерматологическими заболеваниями имеется сопутствующая психиатрическая патология [3]. Следовательно, крайне важно лечить основные психические заболевания, которые могут спровоцировать или усугубить дерматологические проблемы. К психиатрическим сопутствующим заболеваниям относятся депрессивные расстройства, тревожные расстройства и обсессивно-компульсивные расстройства [70].

■ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Акне эксkoriированные

Акне эксkoriированные (АЭ) – это расстройство ковыряния кожи, входящее в группу обсессивно-компульсивного и родственных ему расстройств, характеризующееся компульсивным манипулированием очагами акне [71]. АЭ обычно появляется у женщин в подростковом или молодом возрасте и может вызывать значительные психосоциальные нарушения (рис. 4). Эксkoriированные акне обусловлены повторяющимися мыслями, провоцирующими тревогу, известную как навязчивые идеи, от которых можно избавиться только путем завершения навязчивого поведения или поведения, связанного с этими мыслями [71]. У пациентов возникают повторяющиеся мысли о манипуляциях с акне, исчезающие только после физических манипуляций с этими высыпаниями. Пациенты могут испытывать чувство вины за то, что поддались такому поведению, за которым следует чувство облегчения после его завершения [72, 73]. Триггеры играют важную роль в возникновении этих навязчивых и компульсивных побуждений выщипать акне. Распространенными триггерами манипуляций с высыпаниями на коже являются негативные эмоциональные состояния, такие как стресс, гнев, скука, печаль или тревога, а также сидячий образ жизни [72–74]. Манипуляции с высыпаниями при АЭ приводят к медленному заживлению поражений и осложнениям, включая воспаление, инфекцию, изъязвление и рубцевание [73, 75]. Эксkoriированные акне не только причиняют физический вред, но и имеют психосоциальные последствия, связанные с наличием высыпаний и обезображиванием кожи, такие как повышенная вероятность стать жертвой издевательств, неуверенность в себе и чувство стыда, тревоги [76].

Артифициальный дерматит

Артифициальный дерматит (артефактный дерматит, искусственный дерматит) – психожное расстройство, при котором пациенты сознательно создают повреждения кожи, волос, ногтей или слизистых оболочек для удовлетворения психологической потребности, привлечения внимания, и это чаще проявляется у лиц женского пола [77]. Удивительно, что пациентов не беспокоят поражения, которые, казалось бы, должны быть болезненными и определенно уродуют. Пациенты также обозлены и обижены и, похоже, предполагают, что медицинское сообщество равнодушно и некомпетентно [78, 79]. Клиническая симптоматика у пациентов с искусственным дерматитом весьма разнообразна и связана со способами травматизации кожи (рис. 5). Поражения кожи могут проявляться в виде эрозий, язв, волдырей или узелков после инъекций [80]. Поражения более заметны на лице, ногах и руках, могут встречаться



Рис. 4. Акне эксkoriированные
Fig. 4. Acne excoriée



Рис. 5. Артифициальный дерматит
Fig. 5. Dermatitis artefacta



Рис. 6. Дерматозойный бред у 68-летней пациентки
Fig. 6. Dermatozoic delusion in a 68-year-old patient



Рис. 7. Невротические экскориации на фоне субтотальной алопеции
Fig. 7. Neurotic excoriations on the background of subtotal alopecia

у детей и подростков. Основной мотивацией является принятие на себя роли пациента, совершающего тайные действия с целью исказить, имитировать или вызвать признаки либо симптомы болезни при отсутствии очевидного внешнего вознаграждения и вследствие бессознательной психологической потребности [81, 82]. Обычно преобладает психическое заболевание или психологическое расстройство, вызванное стрессом на работе, семейными проблемами или тяжелой утратой, и оно может символизировать тревожное выражение потребности в поддержке и помощи [83].

Дерматозойный бред

Дерматозойный бред (зоопатический бред, паразитофобия, бредовая инвазия, ипохондрическая паранойя) – это бредовое психическое расстройство с явлениями тактильного галлюциноза (ощущения «укусов», «передвижения насекомых»), сопровождающееся чувством локальной болезненности либо неровности кожных покровов, что приводит к навязчивому аутодеструктивному поведению в попытках удалить «паразита» из пораженного участка (рис. 6) [2]. В этом состоянии пациент имеет фиксированное ложное убеждение, что его кожа заражена паразитами, бактериями, грибами, червями или другими живыми организмами [2]. Выделяют первичный дерматозойный бред, когда у пациента появляется бредовая мысль о заражении, но при этом отсутствуют другие органические или психические расстройства. Вторичные и органические формы могут возникать по отношению к другим состояниям, таким как психиатрические или органические заболевания. Также в основе зоопатического бреда могут лежать ложные воспоминания (псевдореминисценции о мнимых контактах с насекомыми или их личинками, с которыми пациент сталкивался в реальной жизни либо о которых узнал из интернета). Клинические проявления дерматозойного бреда отвечают основным параметрам паранойяльного бреда.

Дерматозойный бред является диагнозом исключения, поэтому дерматолог должен предварительно оценить наличие паразитов. Если они не выявлены, следует исключить следующие заболевания: гипотиреоз, дефицит витамина B12, невропатия, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, сифилис, туберкулез, проказа, другие психические расстройства (шизофрения), рассеянный склероз или инсульт, синдром отмены психоактивных веществ (кокаин, амфетамин), побочные эффекты лекарств [2, 84].

Дерматилломания

Дерматилломания (невротические экскориаии, расстройство экскориаии, аутоэкскориаии, компульсивное расчесывание кожи, патологическое выщипывание кожи, психогенные экскориаии) – повреждение здоровых участков кожи путем расчесывания с формированием длительно не заживающих глубоких экскориаий и постепенной эволюцией в рубцы в результате импульсивных или навязчивых действий (рис. 7) [85]. Предложены и изучены следующие диагностические критерии: 1) царапание кожи повторяется, что приводит к ее повреждениям; 2) пациент неоднократно предпринимал попытки уменьшить или прекратить экскориаии кожи; 3) расчесывание кожи вызывает клинически значимый дискомфорт или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизни; 4) пощипывание кожи не связано с прямым физиологическим воздействием вещества (например, кокаина) или другим заболеванием (например, чесоткой); 5) экскориаии кожи не являются симптомами другого расстройства DSM-5 (например, экскориаии кожи вследствие бреда или тактильных галлюцинаций при психотическом расстройстве, озабоченность внешним видом при дисморфическом расстройстве тела) [85].

Трихотилломания

Трихотилломания (расстройство выдергивания волос) – это состояние, связанное с обсессивно-компульсивным расстройством и характеризующееся повторяющимся актом выдергивания волос, который вызывает их выпадение [86]. Различают два типа трихотилломании: автоматическое выдергивание, при котором люди не полностью



Рис. 8. Трихотилломания
Fig. 8. Trichotillomania



Рис. 9. Онихотилломания
Fig. 9. Onychotillomania

осознают свое поведение при выдергивании, и сфокусированное выдергивание, которое обычно происходит, когда пациент видит или чувствует «неправильный» волос или когда волос кажется ему грубым, неровным или неуместным (рис. 8). Это часто может быть связано с психосоциальной дисфункцией, социальной тревогой, снижением самооценки и качества жизни, а также избеганием социальных ситуаций [87]. Трихотилломания встречается при ряде других расстройств: депрессивном синдроме, расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (наркотиков, табачных изделий, алкоголя) [86].

Предложены следующие диагностические критерии трихотилломании: 1) периодическое выдергивание волос приводит к образованию залысин, уменьшению общего объема и густоты волос у пациента; 2) пациент предпринял несколько неудачных попыток самостоятельно прекратить процесс вырывания волос; 3) в связи с этим поведением пациент ощущает дискомфорт и ухудшения в его социальной и личной жизни; 4) выдергивание волос нельзя связать с другими медицинскими состояниями или симптомами психических расстройств [87].

Онихотилломания

Онихотилломания – дерматомания, характеризующаяся навязчивым или непреодолимым стремлением постоянно травмировать собственные ногти пальцами или инструментами, вызывая саморазрушение ногтевого ложа (рис. 9). Пациент ощущает некоторое улучшение настроения, уменьшение нервозности. В тяжелых случаях происходит полное исчезновение ногтевой пластинки из-за необратимого рубцевания ногтевого матрикса. Причиной онихотилломании может являться обсессивно-компульсивное расстройство. Также онихотилломания встречается у людей без психиатрического расстройства, но с высоким уровнем тревожности. В лечении используются когнитивно-поведенческая терапия и методы физического барьера (ежедневное перевязывание пальца клейкой лентой) [88, 89].

Онихофагия

Онихофагия – психическое расстройство, выражающееся в навязчивом обкусывании ногтей. Это расстройство чаще возникает в детском возрасте, реже наблюдается у взрослых. Может являться следствием вредной привычки или быть симптомом

различных психических заболеваний (например, обсессивно-компульсивного расстройства). Регулярное обкусывание ногтей может привести к деформации ногтевой пластины и возникновению воспалительных процессов в окружающих тканях. Если проблема устранена, то спустя некоторое время (до 2 недель) ногти приобретают свой прежний вид. Данное расстройство поведения может быть связано с повышенной тревожностью [88, 89]. При обкусывании часто страдает и прилегающая кожа, что приводит к местным воспалительным явлениям. В лечении используется когнитивно-поведенческая терапия.

Хейлофагия

Хейлофагия – еще одно расстройство из группы обсессивно-компульсивных расстройств – навязчивое облизывание или прикусывание красной каймы губ. Характеризуется развитием искусственного хейлита преимущественно с прямолинейным расположением трещин, гиперемией, небольшой инфильтрацией. При хейлофагии может присоединиться вторичная инфекция, как бактериальная, так и микотическая, а также повышается риск реактивации лабиального герпеса [89].

Дисморфофобия/дисморфомания

Дисморфофобия/дисморфомания – психическое расстройство с доминированием идеи мнимого физического недостатка, связанное с кожными покровами; нередко носит характер сверхценных образований. Проявляется в чрезмерной озабоченности малозначимыми дерматологическими аномалиями (морщины, избыточное оволосение лица, выпадение волос, шрамы, следы сосудов, бледность или краснота лица). Доминирующие представления включают кататимный комплекс мнимого дефекта кожи. Это расстройство свойственно преимущественно подростковому и юношескому возрасту, касается лица, видимых участков тела, фигуры и половых органов. Бред физического недостатка сопровождается подавленным настроением, тщательной маскировкой своих переживаний и выраженным стремлением к исправлению мнимого дефекта любым путем, при этом возможно стремление к самоубийству, самоповреждение, различные виды самолечения. Также характерно активное, назойливое обращение к специалистам для коррекции мнимого недостатка. Оперативные вмешательства для данных пациентов являются необоснованными, так как не только не приносят пациентам желаемого эффекта, но и могут служить дополнительным психологическим толчком к дальнейшему развитию бредовой структуры. Встречается в качестве изолированного хронического бредового расстройства, а также как коморбидное расстройство при шизофрении [88, 89].

Расстройства пищевого поведения

При расстройствах пищевого поведения (самые частые – анорексия и булимия) кожная патология возникает из-за голода и недоедания, самоиндуцированной рвоты, использования диуретиков, клизм и злоупотребления ими, сопутствующих психиатрических заболеваний. Такие признаки обычно наблюдаются при снижении индекса массы тела до 16 или менее. Частые кожные признаки при нервной анорексии включают астеатоз, сухость кожи, фолликулярный гиперкератоз, гиперпигментации, акне, зуд и дерматит лица. У женщин аменорея представляет собой один из ключевых диагностических признаков анорексии. Хотя анорексия и булимия являются

психиатрическими расстройствами, врач-дерматолог может заподозрить наличие скрытого расстройства раньше других врачей. Астеатоз кожи (сухость кожи, обусловленная недостаточной функцией сальных желез) поражает около 70% пациентов с нервной анорексией. Возникает из-за уменьшения на поверхности кожи липидов при компенсаторном гипотиреозе, злоупотреблении мочегонными средствами или из-за навязчивого мытья. У пациентов с нервной анорексией также могут наблюдаться стрии, себорейный дерматит, диффузная сетчатая пурпура и другие кожные симптомы. Акроцианоз, развивающийся из-за нарушения периферического кровообращения, холодность рук и ног встречаются почти у 40% пациенток с анорексией. Патофизиологические изменения состоят из сморщенной кожи, обусловленной артериальной и венозной дилатацией. Механизм акроцианоза при нервной анорексии до сих пор непонятен. Этот признак чаще распространен среди более тяжелых пациентов. Наблюдаются бледность кожных покровов, брадикардия и гипергликемия натощак, что может быть защитным механизмом против чрезмерной потери тепла. При анорексии также могут развиваться мозоли на дорсальной поверхности рук из-за самоиндуцированной рвоты (признак Рассела). Такие пациенты вызывают рвоту по несколько раз в день на протяжении многих месяцев, а иногда и лет, что может вызывать появление пузырей и эрозий на тыльных поверхностях пальцев, неоднократно вставляемых в рот. Выраженность кожного зуда увеличивается с уменьшением массы тела [90–92]. Возможные объяснения очевидной связи между зудом и нервной анорексией включают изменения в психопатологии, эндокринные факторы, экзему, нарушение функции почек и лимфатической функции. Экзема часто возникает у пациентов с нервной анорексией из-за сухой кожи, астеатоза кожи и компульсивного мытья. Характерно появление пушковых волос на спине, животе и предплечьях, особенно у молодых пациенток. Развитие этих волос связано с гипотиреозом и снижением активности 5-альфа-редуктазы – фермента системы, которая превращает тестостерон в андростерон и дигидротестостерон. Могут наблюдаться облысение и ломкость волос. Pili torti («перекрученные волосы») также зарегистрированы при нервной анорексии. Это может быть связано с гиповитаминозом А, но генетический фактор также предрасполагает к этому дефекту волос. Со стороны ногтей отмечается хрупкость, продольные полосы, изъязвления и воспаление ногтевых валиков. Диета пациентов с анорексией является важным фактором, влияющим на зубы. Пациенты предпочитают для похудения сок лимона, в значительных количествах повреждающий зубную эмаль. Голод влияет на количество и состав слюны. Это делает зубы менее устойчивыми к кислотным продуктам [90–92]. Оральные признаки самоиндуцированной рвоты могут включать отек, пурпуру на языке наряду с воспалением и отеком околоушных слюнных желез. Ксеростомия может быть результатом изменения слюнного состава. Все кожные признаки расстройства обратимы при улучшении питания. Даже зуд устраняется с повышением массы тела. Однако потери в костной ткани со снижением ее минеральной плотности необратимы.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психодерматологические расстройства представляют собой гетерогенную группу кожных заболеваний, которые в значительной степени связаны с психическими расстройствами. Дерматозы этой категории часто оказывают существенное негативное влияние на психическое здоровье, а также могут иметь клиническое течение,

определяемое первичным психиатрическим расстройством. С одной стороны, кожные заболевания могут спровоцировать серьезные психические расстройства у людей, не имевших ранее проблем с психическим здоровьем, с другой – первичные психиатрические заболевания проявляются преимущественно дерматологическими признаками. Изучение психокожных расстройств требует мультидисциплинарного подхода. Чрезвычайно важно, чтобы дерматологи понимали психиатрическую предпосылку этих расстройств. Специалисты в области психического здоровья также могут извлечь пользу из лучшего понимания дерматологических проявлений психических расстройств, с которыми могут столкнуться в своей практике.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9:203–13.
2. Zagami M, Klepper E, Wienecke E, et al. A review of psychocutaneous disorders from a psychotherapeutic perspective-Toolkit for the dermatologist. *Skin Health Dis*. 2023 Jan 9;3(4):e211. doi: 10.1002/ski2.211.
3. Gieler U, Consoli SG, 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. <https://doi.org/10.2340/00015555-1506>.
4. Cruz S, Vecerek N, Elbuluk N. Targeting Inflammation in Acne: Current Treatments and Future Prospects. *Am J Clin Dermatol* (2023). <https://doi.org/10.1007/s40257-023-00789-1>.
5. Samuels DV, Rosenthal R, Lin R, et al. Acne vulgaris and risk of depression and anxiety: a meta-analytic review. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(2):532–41. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.040>.
6. Özyay Eroğlu F, Aktepe E, Erturan I. The evaluation of psychiatric comorbidity, self-injurious behavior, suicide probability, and other associated psychiatric factors (loneliness, self-esteem, life satisfaction) in adolescents with acne: a clinical pilot study. *J Cosmet Dermatol*. 2019;18(3):916–21. <https://doi.org/10.1111/jocd.12708>.
7. Purvis D, Robinson E, Merry S, et al. Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: a cross-sectional survey of New Zealand secondary school students. *J Paediatr Child Health*. 2006;42(12):793–6. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2006.00979.x>.
8. Laughter MR, Maymone MBC, Mashayekhi S, et al. The global burden of atopic dermatitis: lessons from the global burden of disease study 1990–2017. *Br J Dermatol*. 2021;184(2):304–309.
9. Lugović-Mihčić L, Meštrović-Štefekov J, Potočnjak I, et al. Atopic Dermatitis: Disease Features, Therapeutic Options, and a Multidisciplinary Approach. *Life (Basel)*. 2023 Jun 20;13(6):1419. doi: 10.3390/life13061419.
10. Oh SH, Bae BG, Park CO, et al. Association of stress with symptoms of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 2010;90:582–588.
11. Rønstad ATM, Halling-Overgaard AS, Hamann CR, et al. Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79:448–456. doi: 10.1016/j.jaad.2018.03.017.
12. Silverberg JL, Gelfand JM, Margolis DJ, et al. Symptoms and diagnosis of anxiety and depression in atopic dermatitis in U.S. adults. *Br J Dermatol*. 2019;181:554–565. doi: 10.1111/bjd.17683.
13. Thyssen JP, Hamann CR, Linneberg A, et al. Atopic dermatitis is associated with anxiety, depression, and suicidal ideation, but not with psychiatric hospitalization or suicide. *Allergy*. 2018;73:214–220. doi: 10.1111/all.13231.
14. Sandhu JK, Wu KK, Bui TL, et al. Association between atopic dermatitis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2019;155:178–187. doi: 10.1001/jamadermatol.2018.4566.
15. Darwin E, Hirt PA, Fertig R, et al. Alopecia areata: review of epidemiology, clinical features, pathogenesis, and new treatment options. *Int J Trichol*. 2018;10(2):51–60. https://doi.org/10.4103/ijt.ijt_99_17.
16. Marahatta S, Agrawal S, Adhikari BR. Psychological Impact of Alopecia Areata. *Dermatol Res Pract*. 2020;24:8879343. doi: 10.1155/2020/8879343.
17. Ghajarzadeh M, Ghiassi M, Kheirkhah S. Depression and quality of life in Iranian patients with alopecia areata. *Iranian J of Dermatology*. 2011;14:140–143.
18. Rashighi M, Harris JE. Vitiligo Pathogenesis and Emerging Treatments. *Dermatol Clin*. 2017;35(2):257–265. doi: 10.1016/j.det.2016.11.014.
19. Ramakrishna P, Rajni T. Psychiatric morbidity and quality of life in vitiligo patients. *Indian J Psychol Med*. 2014;36(3):302–3. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.135385>.
20. Nawrocki S, Cha J. The etiology, diagnosis, and management of hyperhidrosis: a comprehensive review. Part I. Etiology and clinical work-up. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(3):657–666. doi: 10.1016/j.jaad.2018.12.071.
21. Wohlrab J, Bechara FG, Schick C, et al. Hyperhidrosis: A Central Nervous Dysfunction of Sweat Secretion. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(2):453–463. doi: 10.1007/s13555-022-00885-w.
22. Hamm H, Naumann MK, Kowalski JW, et al. Primary focal hyperhidrosis: disease characteristics and functional impairment. *Dermatology*. 2006;212(4):343–53. doi: 10.1159/000092285.
23. Orliaguet M, Brenaut E, Fichoux AS, et al. Psychogenic and neurogenic components in patients with psychogenic or neuropathic pruritus: PRURINEURO: A non-interventional single-centre prospective assay. *Skin Health Dis*. 2023;3(6):e267. doi: 10.1002/ski2.267.
24. Weissshaar E, Dalgard F. In: *Pruritus*. Misery L, Ständer S, editors. Epidemiology: Springer International Publishing. 2016:73–79.
25. Misery L, Wallengren J, Weissshaar E, et al. Validation of diagnosis criteria of functional itch disorder or psychogenic pruritus. *Acta Derm Venereol*. 2008;88(5):503–504. <https://doi.org/10.2340/00015555-0486>.
26. Misery L, Brenaut E, Le Garrec R, et al. Neuropathic pruritus. *Nat Rev Neurol*. 2014;10(7):408–416. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.99>.
27. Stumpf A, Stander S. Neuropathic itch: diagnosis and management. *Dermatol Ther*. 2013;26(2):104–109. <https://doi.org/10.1111/dth.12028>.

28. Schneider J, Pogatzki-Zahn E, Marziniak M, et al. Cutaneous sensory function is not related to depression and anxiety in patients with chronic pruritus with dysesthetic subqualities. *Acta Derm Venereol.* 2015;95(3):289–93. <https://doi.org/10.2340/00015555-1933>.
29. Litchman G, Nair PA, Atwater AR, et al. *Contact Dermatitis*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459230>.
30. Bloch RM, Meggs WJ. Comorbidity patterns of self-reported chemical sensitivity, allergy, and other medical illnesses with anxiety and depression. *J Nutr Environ Med.* 2007;16(2):136–48. <https://doi.org/10.1080/13590840701352823>.
31. Ebrahimi A, Rezaei M, Khazaei H, et al. The association between irritant contact dermatitis of hand and obsessive compulsive disorder in women: a case control study. *Dermatol Cosmet.* 2013;4:61–8.
32. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The international EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy.* 2021;77(3):734–766. doi: 10.1111/all.15090.
33. Donnelly J, Ridge K, O'Donovan R, et al. Psychosocial factors and chronic spontaneous urticaria: a systematic review. *BMC Psychol.* 2023;11(1):239. doi: 10.1186/s40359-023-01284-2.
34. Staubach P, Dechene M, Metz M, et al. High Prevalence of Mental Disorders and Emotional Distress in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria. *Acta Derm Venereol.* 2011;91(5):557–561. doi: 10.1016/j.jaip.2020.11.026.
35. Patella V, Zunno R, Florio G, et al. Omalizumab improves perceived stress, anxiety, and depression in chronic spontaneous urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2021;9(3):1402–1404. doi: 10.1016/j.jaip.2020.11.026.
36. Tzur Bitan D, Berzin D, Cohen A. The association of chronic spontaneous urticaria (CSU) with anxiety and depression: a nationwide cohort study. *Arch Dermatol Res.* 2020;313(1):33–39. doi: 10.1007/s00403-020-02064-3.
37. Jerković H, Bešlić I, Česić D. The psychosocial burden of urticaria. *Rad Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti. Medicinske znanosti.* 2021;548(56–57):98–103. <https://hrcak.srce.hr/269893>.
38. Voicu C, Tebeica T, Zanardelli M, et al. Lichen Simplex Chronicus as an Essential Part of the Dermatologic Masquerade. *Open Access Maced J Med Sci.* 2017;5(4):556–557.
39. Savas JA, Pichardo RO. Female Genital Itch. *Dermatol Clin.* 2018;36(3):225–243.
40. Muylaert BPB, Borges MT, Michalany AO, et al. Lichen simplex chronicus on the scalp: exuberant clinical, dermoscopic, and histopathological findings. *An Bras Dermatol.* 2018;93(1):108–110.
41. Altunay IK, Özkur E, Uğur E, et al. More than a skin disease: stress, depression, anxiety levels, and serum neurotrophins in lichen simplex chronicus. *An Bras Dermatol.* 2021;96(6):700–5. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.04.011>.
42. Singam V, Patel KR, Silverberg JL. Association of prurigo nodularis and lichen simplex chronicus with hospitalization for mental health disorders in US adults. *Arch Dermatol Res.* 2020;312(8):587–93. <https://doi.org/10.1007/s00403-020-02046-5>.
43. Yalçın M, Baş A, Ergelen M, et al. Psychiatric comorbidity and temperament-character traits of the patients with lichen simplex chronicus: the relation with the symptom severity of the disease. *Dermatol Ther.* 2020;33(6):e14389. <https://doi.org/10.1111/dth.14389>.
44. Fostini AC, Girolomoni G, Tessari G. Prurigo nodularis: an update on etiopathogenesis and therapy. *J Dermatolog Treat.* 2013;24(6):458–62.
45. Iking A, Grundmann S, Chatzigeorgakidis E, et al. Prurigo as a symptom of atopic and non-atopic diseases: aetiological survey in a consecutive cohort of 108 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27(5):550–7.
46. Raharja A, Mahil SK, Barker JN. Psoriasis: a brief overview. *Clin Med (Lond).* 2021;21(3):170–173. doi: 10.7861/clinmed.2021-0257.
47. Fabrazzo M, Cipolla S, Signoriello S, et al. A systematic review on shared biological mechanisms of depression and anxiety in comorbidity with psoriasis, atopic dermatitis, and hidradenitis suppurativa. *Eur Psychiatry.* 2021;64(1):e71. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2249>.
48. Pompili M, Innamorati M, Forte A, et al. Psychiatric comorbidity and suicidal ideation in psoriasis, melanoma and allergic disorders. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2017;21(3):209–14. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1301482>.
49. Remröd C, Sjöström K, Svensson Å. Pruritus in psoriasis: a study of personality traits, depression and anxiety. *Acta Derm Venereol.* 2015;95(4):439–43. <https://doi.org/10.2340/00015555-1975>.
50. Jafferany M, Bhattacharya G. Psychogenic Purpura (Gardner-Diamond Syndrome). *Prim Care Companion CNS Disord.* 2015;17(1):10.4088/PCC.14br01697. doi: 10.4088/PCC.14br01697.
51. Ratnoff OD. The psychogenic purpura: a review of autoerythrocyte sensitization, autosensitization to DNA, "hysterical" and factitial bleeding, and the religious stigmata. *Semin Hematol.* 1980;17(3):192–213.
52. Hällström T, Hersle K, Mobacken H. Mental symptoms and personality structure in autoerythrocyte sensitization syndrome. *Br J Psychiatry.* 1969;115(528):1269–1276.
53. Li M, Tao M, Zhang Y, et al. Neurogenic rosacea could be a small fiber neuropathy. *Front Pain Res (Lausanne).* 2023;4:1122134. doi: 10.3389/fpain.2023.1122134.
54. Scharschmidt TC, Yost JM, Truong SV, et al. Neurogenic rosacea: a distinct clinical subtype requiring a modified approach to treatment. *Arch Dermatol.* 2011;147:123–6.
55. Singam V, Rastogi S, Patel KR, et al. The mental health burden in acne vulgaris and rosacea: an analysis of the US National Inpatient Sample. *Clin Exp Dermatol.* 2019;44(7):766–72. <https://doi.org/10.1111/ced.13919>.
56. Rainer BM, Kang S, Chien AL. Rosacea: epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Dermatoendocrinol.* 2017;9(1):e1361574. <https://doi.org/10.1080/19381980.2017.1361574>.
57. Cömert A, Akbaş B, Kiliç EZ, et al. Psychiatric comorbidities and alexithymia in patients with seborrheic dermatitis: a questionnaire study in Turkey. *Am J Clin Dermatol.* 2013;14(4):335–42. <https://doi.org/10.1007/s40257-013-0019-7>.
58. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2013;31(4):343–351.
59. Garg A, Lavian J, Lin G, et al. Incidence of hidradenitis suppurativa in the United States: a sex- and age-adjusted population analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2017;77:118–122.
60. Daxhelet M, Suppa M, White J, et al. Proposed definitions of typical lesions in hidradenitis suppurativa. *Dermatology.* 2020;236:431–438.
61. Nguyen TV, Damiani G, Orenstein LAV, et al. Hidradenitis suppurativa: an update on epidemiology, phenotypes, diagnosis, pathogenesis, comorbidities and quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35:50–61.
62. Thorlacius L, Cohen AD, Gislaon GH, et al. Increased suicide risk in patients with hidradenitis suppurativa. *J Invest Dermatol.* 2018;138:52–57. doi: 10.1016/j.jid.2017.09.008.
63. Tzur Bitan D, Berzin D, Cohen AD. Hidradenitis suppurativa (HS) and schizophrenia: a nationwide cohort study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019. doi: 10.1111/jdv.15997.
64. Bachar-Wikström E, Wikström JD. Darier Disease – A Multi-organ Condition? *Acta Derm Venereol.* 2021;101(4):adv00430. doi: 10.2340/00015555-3770.
65. Tang C, Chan M, Lee J, et al. Darier's disease and schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry.* 2010;20(4):190–2.

66. Dodiuk-Gad RP, Cohen-Barak E, Khayat M, et al. Darier disease in Israel: combined evaluation of genetic and neuropsychiatric aspects. *Br J Dermatol*. 2016;174(3):562–8.
67. Cederlöf M, Bergen SE, Långström N, et al. The association between Darier disease, bipolar disorder, and schizophrenia revisited: a population-based family study. *Bipolar Disord*. 2015;17(3):340–4.
68. Wang SL, Yang SF, Chen CC, et al. Darier's disease associated with bipolar affective disorder: a case report. *Kaohsiung J Med Sci*. 2002;18(12):622–6.
69. Gisondi P, Sampogna F, Annessi G, et al. Severe impairment of quality of life in Hailey-Hailey disease. *Acta Derm Venereol*. 2005;85(2):132–5.
70. Lee CS, Accordino R, Howard J, et al. Psychopharmacology in dermatology. *Dermatol Ther*. 2008;21(1):69–82. <https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2008.00172.x>.
71. Johnsen N, Poppens M, Cheng K. Acne excoriée: Diagnostic overview and management. *Int J Dermatol*. 2023;15. doi: 10.1111/ijd.16964.
72. Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, et al. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(10):509–514.
73. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, et al. Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(7):454–459.
74. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, et al. Skin picking in German students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif*. 2002;26(3):320–339.
75. Cyr PR, Dreher GK. Neurotic excoriations. *Am Fam Physician*. 2001;64(12):1981–1984.
76. Ayer J, Burrows N. Acne: more than skin deep. *Postgrad Med J*. 2006;82(970):500–506.
77. Harth W, Taube KM, Gieler U. Factitious disorders in dermatology. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010;8:361–373.
78. Cumming S, Covic T, Murrell E. Deliberate self-harm: have we scratched the surface? *Behaviour Change*. 2006;23:186–199.
79. Koblenzer C. Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2000;1:47–55.
80. Nielsen K, Jeppesen M, Simmelsgaard L, et al. Self-inflicted skin diseases. A retrospective analysis of 57 patients with dermatitis artefacta seen in a dermatology department. *Acta Derm Venereol*. 2005;85:512–515.
81. Kocalevent RD, Fliege H, Rose M, et al. Autodestructive syndromes. *Psychother Psychosom*. 2005;74:202–211.
82. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2008;192:166–170.
83. Van Moffaert M. The spectrum of dermatological self mutilation and self destruction including dermatitis artefacta and neurotic excoriations. In: Koo J, Lee CS, editors. *Psychocutaneous medicine*. New York: Marcel Dekker Inc., 2003;169–189 p.
84. Tlisch MM, Kartashevskaya MI, Boyko EO, et al. Mental disorders in dermatology as a current interdisciplinary problem. *Russian J of Clinical Dermatology and Venereology*. 2014;12(2):104–109. (In Russian)
85. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, et al. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry*. 2012;169(11):1143–9.
86. Anwar SA, Jafferany M. Trichotillomania: a psychopathological perspective and the psychiatric comorbidity of hair pulling. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat*. 2019;28:33–36.
87. Grant JE. Trichotillomania (hair pulling disorder). *Indian J Psychiatry*. 2019;61:5136–5139.
88. Smulevich AB, Ivanov OL, L'vov AN, et al. Psychodermatology: current state of the problem. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S.S. Korsakova*. 2004;104(11):4–13. (in Russian).
89. L'vov AN, Romanov DV, Smulevich AB. *Dermatozoic delusion and associated disorders*. Moscow, 2015. P. 208.
90. Fichter MM, Quadflieg N. Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord*. 2016;49(4):391–401.
91. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724–31.
92. Miller KK. Endocrine dysregulation in anorexia nervosa update. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011 Oct;96(10):2939–49.