

*Кунгуров Н.В., Костырева И.Е., Зильберберг Н.В., Ретюнский К.Ю.*

## Вопросы эпидемиологии, диагностики и лечения самовызванных дерматозов. Обзор литературы

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург; ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

*Kungurov N. V., Kostyрева I. E., Zilberberg N. V., Retyunskiy K. U.*

### Epidemiology, diagnosis and treatment of self-inflicted dermatoses

#### Резюме

Представлены современные данные отечественной и зарубежной литературы по вопросам эпидемиологии, клинико-лабораторной диагностики и лечения самовызванных дерматозов.

**Ключевые слова:** самовызванные дерматозы, патомимия, трихотилломания, невротические эксориации

#### Summary

The article presents current information of domestic and foreign literature about the epidemiology, clinical and laboratory diagnosis and treatment of self-inflicted dermatoses.

**Key words:** self-inflicted dermatoses, patomimiya, trichotillomania, neurotic excoriations

#### Введение

Терапия пациентов с заболеваниями кожи является непростой задачей, даже в тех случаях, когда больные желают выздоровления. Ещё более сложную проблему представляет лечение пациентов, самостоятельно наносящих себе повреждения кожи.

Несмотря на интенсивное развитие психодерматологии в последние десятилетия, сохраняется большое количество дерматологов и психиатров, имеющих недостаточные знания в данной области. Согласно проведенным в Вашингтоне исследованиям (2010), в которых оценивались знания врачей дерматологов и психиатров о психодерматологических расстройствах, только 18,0% дерматологов и 21,0% психиатров подтвердили ясное понимание обозначенного раздела медицины. Группа самодеструктивных дерматозов среди всего спектра психодерматологической патологии изучена в наименьшей степени. В связи с этим, зачастую возникают ошибки в диагностике данной патологии. Так, пациенты длительное время наблюдаются с неверно установленными диагнозами, проходят нецелесообразные дорогостоящие обследования, получают несобословленную лекарственную нагрузку, что влечет за собой неэффективность лечения и неоправданные экономические затраты кожно-венерологических лечебно-профилактических учреждений.

В МКБ-10 в разделе болезней кожи подкожной клетчатки самовызванным дерматозам отведена всего одна подрубрика – L 98.1 «артифициальный дерматит/невротические эксориации». В рубрике «психические рас-

стройства и расстройства поведения» невротические эксориации включены в «расстройства привычек и влечений» (F 63), трихотилломанию относят к подрубрике F63.3; патомимию относят к подрубрике - F68.1 «умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности физического или психологического характера [поддельное нарушение].

#### Невротические эксориации (F 63)

Из числа дерматозов, вызванных аутоагрессивным поведением, наиболее часто встречаются невротические эксориации (НЭ). Термин «невротические эксориации» предложен Wilson E. в 1875 г.

НЭ – это повреждения кожи, возникающие в результате повторных расчесываний здоровых участков кожи, в результате чего формируются длительно незаживающие глубокие дефекты кожи, постепенно эволюционирующие в рубцы [1-3]. Доля НЭ составляет около 2,0% от числа всех пациентов с дерматологическими заболеваниями [3-6], и 9% среди больных с кожным зудом [3]. По результатам проведенного исследования Терентьевой М.А. (2006), НЭ были диагностированы у 6,8% больных, обратившихся в КВД г. Москвы [7]. Чаше (в 52,0-92,0% случаев) НЭ встречаются у женщин [3, 8-11]; пик заболеваемости согласно приводимым исследованиям приходится на 20-летний возраст; средняя продолжительность заболевания составляет 10-12 лет [5, 8, 12].

В отличие от больных с другими аутодеструктивными дерматозами, пациенты с НЭ не только рассматрива-

ют в качестве причины повреждений собственные действия, но и осознают их патологический характер [13-15, 44]. Тем не менее, зачастую данные пациенты в первую очередь обращаются за помощью к врачам дерматологам, а не к психиатрам. Что в свою очередь, приводит к затянувшейся диагностике и возможным ошибкам в терапии.

Клиническая картина НЭ определяется коморбидной дерматологической и психопатологической симптоматикой. У больных выявляются аутоагрессивные тенденции с нанесением повреждений как на видимо неизменённой здоровой кожи, так и с целью экстракции минимальных её дефектов в виде фолликулитов, элементов акне, корок, пигментных пятен. В большинстве случаев повреждения наносятся ногтями, реже с использованием механических предметов – игл, пинцетов или лезвий. Иногда дополнительно используются прижигающие жидкости (йод, спиртовой раствор бриллиантовой зелени, концентрированный раствор перманганата калия) [15]. Элементы кожных проявлений разнообразны, и могут быть представлены как поверхностными точечными ссадинами, локализующимися на отдельных участках тела (рис. 1), так и многочисленными распространяющимися практически по всему кожному покрову, глубокими эксориациями с гипертрофированными краями и кровавыми корочками [2, 3, 7, 8, 12, 15, 16].

Психопатологические аспекты невротических эксориаций неоднородны. Многие зарубежные исследователи относят НЭ к обсессивно-компульсивному расстройству, указывая на реализацию самодеструкции по типу ритуалов, приносящих временное облегчение [8, 10, 12, 17, 18]. Также в зарубежных источниках отражается активное развитие феноменологического подхода, где НЭ трактуются в качестве проявления патологических компенсаторных механизмов, направленных на редуцирование психологического напряжения, и актуализирующихся в ситуациях неэффективности адаптационно-регуляторных механизмов при воздействии стрессогенных факторов разного генеза [2, 13]. Ряд авторов рассматривают НЭ в рамках депрессии [10, 12, 19].

Mutasim D.F. (2009) связывает невротические эксориации с биполярно-аффективным расстройством, которое характеризуется периодичностью возникновения аффективных нарушений в виде маниакальных, депрессивных или смешанных состояний [19].

По результатам психопатологического исследования больных с НЭ (Терентьева М.А., 2007) выявлены особенности адаптационно-регуляторного репертуара:

1) личностная predisпозиция к развитию НЭ определяется высокой личностной и ситуационной тревогой, тревожным и астеническим типом реагирования;

2) адаптационно-регуляторный репертуар у больных с НЭ, характеризующийся малым числом защит, ригидностью их использования и преобладанием незрелых механизмов («отрицание», «регрессия», «проекция»), не обеспечивает эффективной редукации психического напряжения и способствует формированию патологических компенсаторных реакций [7].

Нейрохимические особенности больных с НЭ характеризуются снижением плазменного уровня пери-

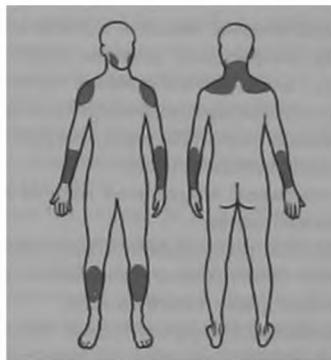


Рис. 1. Наиболее типичные локализации невротических эксориаций (Peggy R. Суг, M.D., 2011)

ферических серотониновых показателей и повышенном экскреции моноаминов, что особенно выражено при импульсивном синдроме [15]. Однако в отечественной и зарубежной научной литературе нет данных о проведении подобного исследования у пациентов после терапии.

В настоящее время остаётся неизученным вопрос о функциональном состоянии головного мозга у пациентов с невротическими эксориациями. В отечественной и зарубежной литературе не встречается описание проведения электроэнцефалографического исследования данной группе пациентов.

### Патомимия (F68.1)

Патомимия является искусственным (артифициальным) дерматитом, возникающим вследствие самоповреждений кожи и её придатков [20-23]. Распространённость патомимии в популяции является малоизученным вопросом. В зарубежной литературе встречается лишь ряд ретроспективных исследований касаемых данной проблемы [26-29]. По результатам ретроспективного исследования (Rodríguez-Pichardo A., Hoffner M.V., с соавт., 2010), проведённого в Испании в 2010 году за 30-летний период (1976-2006) было зарегистрировано 207 случаев патомимии, с последующим клинико-лабораторным обследованием пациентов [26]. Согласно ретроспективному исследованию проведённому в Дании (Nielsen K., Jeppesen M., 2005) за 20-летний период с 1982 по 2002 гг. было зарегистрировано 57 случаев патомимии. Анализ случаев показал, что данное заболевание в 2,8 раза чаще было диагностировано у женщин, чем у мужчин, средний возраст пациентов составлял 39 лет (от 18 до 60 лет) [27]. В отечественных источниках встречается лишь одно упоминание о распространённости патомимии. Согласно данным Львова А.Н. (2006), распространённость патомимии на основании пятилетней обращаемости в клинику кожных и венерических болезней ММА им. Сеченова, составляет 2,3 % от общего числа первично обратившихся больных [15].

Клиническая диагностика самоповреждений кожи представляет довольно сложную задачу. К объективным клинико-морфологическим критериям постановки диагноза патомимии относят [15, 30, 31]:

1) Несоответствие анамнеза клинической картине заболевания, нехарактерная динамика кожного процесса (длительно незаживающие язвенные дефекты, со слов больного, спонтанно образующиеся рубцы и др.), эмоциональная реакция пациента на опрос, безуспешность дерматологических методов лечения;

2) расположение повреждений кожи на доступных для рук больного местах;

3) линейное расположение и необычная, неестественная или геометрически правильная, одинаковых размеров конфигурация элементов сыпи;

4) однотипность морфологических элементов, при этом доминирующими являются или линейные экскориации и геморрагические корки, или пузырьки, или эрозии и язвы, на местах которых остаются гипер- или гипопигментированные пятна и рубцы, иногда уродующие внешность больного;

5) констатация однородных морфологических элементов на разных стадиях развития (эволюционный полиморфизм) и относительно быстрое разрешение очагов поражения без лечения;

6) предшествующие самоповреждениям патологические телесные сенсации по типу кожного зуда и алгий, проекция которых отражает топографию деструктивных очагов.

Rodríguez-Richardo A., с соавт. (2010) выделяют наиболее часто встречаемые клинические формы патомимии: 33,4% - экскориации; 33,4% - язвы; 22,3% - эрозии (в результате ожога); 3,7% - буллезные элементы; 3,7% - контактный дерматит; 3,7% - гематомы. Автор отмечает, что у 37,0% пациентов повреждения локализовались в области груди, у 25,9% - в области лица, у 18,5% - в области рук и 18,5% повреждения захватывали область живота [26]. По результатам исследования Львова А.Н. (2006), у 52,0% пациентов (группа наблюдения составляла 48 больных) кожный процесс носил сугубо язвенный характер, у 10,4% преобладали рубцовые изменения. У 31,2% пациентов кожный процесс был представлен сочетанием первичных (воспалительная эритема, экхимозы, гнойнички) и вторичных (эрозии, язвы, корки, рубцы) элементов; 2-х пациентов наряду с эритематозными высыпаниями отмечались буллезные элементы [15].

При подозрении на патомимию с целью оценки психического статуса пациентов, подтверждения диагноза и корректировки комплексного лечения необходима консультация врача психиатра [32-37].

В рамках психопатологической квалификации расстройств, объединяемых понятием «патомимия» [38], рассматриваются психопатические состояния и широкий спектр коморбидной психической патологии, включающий личностные (психопатии истерического, паранойяльного, шизоидного круга), психогенные (посттравматическое стрессовое расстройство) диссоциативные расстройства, депрессии, органические заболевания центральной нервной системы, наркоманию и токсикоманию. Кроме того патомимия может быть одним из проявлений шизофренического процесса. В клинической картине в этих случаях на первый план выступают тяжелые формы аутоагрессивного поведения, сопровождающегося

ся гротескными и уродующими самоповреждениями

По результатам исследования Baguelin-Pinaud A., et al. (2009), из обследованных 37 пациентов с патомимией у 36,7% регистрировалась депрессия, у 20,0% - расстройство личности, 10,0% - шизофрения, у 33,3% депрессия, ассоциированная с расстройством личности. Кроме того, у большинства пациентов наблюдалось аддитивное поведение (46,7% - табакокурение, 23,3% - алкогольная зависимость, 16,7% - употребление наркотиков, преимущественно марихуаны и коканна) [39].

Зачастую побудительными причинами к нанесению самоповреждений кожи является стремление больных искусственно создать тяжелую картину болезни, с тем, чтобы обратить на себя внимание и вызвать сострадание окружающих.

Больные патомимией обычно попадают в поле зрения дерматолога и наблюдаются в течение длительного времени чаще всего с диагнозами локализованного и генерализованного кожного зуда, контактного и аллергического дерматита. В отечественной и зарубежной литературе описаны случаи патомимии, клиническая картина которой имитировала дерматит Дюринга, спонтанный паникулит, хроническую язвенную пиодермию, себорейную пузырчатку, геморрагический васкулит, пурпур, Т-клеточную лимфому кожи и другие дерматозы [33, 34, 37, 40-42].

В зарубежных научных работах в течение последних десяти лет наиболее часто встречается описание клинических случаев патомимии и лишь в отдельных статьях зарубежных авторов уделяется особое внимание ранней диагностике патомимии, используя метод гистологического исследования [35, 37, 43, 45, 46].

### Трихотилломания (F 63.3)

Трихотилломания представляет собой компульсивную аутоэкстракцию волос, иногда завершающуюся тотальным облысением [15,47,48].

По результатам исследования Muller S., Winkelmann RK. (1990), более чем у 50,0% больных трихотилломанией при первом обращении выставлялся диагноз гнездной алопеции [49]. Распространённость трихотилломании в популяции в целом остаётся неизученной. Согласно проведенным исследованиям, частота встречаемости трихотилломании среди студентов варьирует от 0,6% до 3,9% [50, 51] и чаще встречается у лиц более молодого возраста [52, 53].

По данным Szepietowski J.C., Salomon J. (2009), 68,0% дерматологов в течение своей практики диагностировали по крайней мере одного пациента с трихотилломанией, 11,0% дерматологов проводят лечение пациентов с данной нозологией в настоящее время. За последние 5 лет 30,0% дерматологов в Польше наблюдали 1 или 2 случая трихотилломании, 11,0% отмечали 3-5 случаев трихотилломании, 3,0% дерматологов – 6-10 случаев, и 5,0% врачей наблюдали более 10 пациентов [54].

Трихотилломания наиболее часто диагностируется у лиц женского пола, и согласно различным исследованиям показатель соотношения женщин и мужчин варьирует от 2:1 до 7:1 [49, 55-57].

Аутоэкстрагированию преимущественно подвергаются волосы на голове, однако также могут вовлекаться брови, ресницы, волосы на подбородке, лобке [15, 58, 59].

В 5-10,0 % случаев трихотилломания сопровождается трихофагией [56]. По результатам исследования Grant J.E., Odlaug B.L. (2008), из 68 пациентов с трихотилломанией у 14 была диагностирована трихофагия (20,5%) [60].

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1989), выделяют следующие критерии трихотилломании:

1. Заметная потеря волоса из-за постоянной и повторяющейся неспособности противиться влечению выдергивать волосы.

2. Индивидуум описывает сильное влечение выдергивать волосы с растущей напряженностью до и чувством облегчения после этого.

3. Отсутствие предшествующего воспаления кожи; аутоэкстракция волос не обусловлена бредом или галлюцинациями.

В рамках психопатологических расстройств трихотилломания рассматривается в качестве обсессивно-компульсивных расстройств [15, 61-64]; тревожных расстройств и дистимии [65]; посттравматического стрессового расстройства [66].

По результатам исследования Christenson G.A., et al. (1991), у 43,0% пациентов отмечалась коморбидность трихотилломании и диссоциативных расстройств [50]. Lewin A.V., Piacentini J., et al. (2009) сообщают о наличии депрессивных симптомов у детей с трихотилломанией в 45,0% случаев, тревожных симптомов в 40,0% случаев [67].

Существует ряд исследований об изменениях в структурах головного мозга у пациентов с трихотилломанией по результатам проведения магнитно-резонансной томографии [59, 68-70].

По данным O'Sullivan, et al. (1997), у пациентов с трихотилломанией наблюдалось уменьшение объема скорлупы - латеральной части базальных ядер (в части лобно-стриарной, моторной области) [59]. При проведении магнитно-резонансной томографии 10 пациентам с трихотилломанией Grachev I.D. (1997) не наблюдал изменений в областях прецентральной извилины, постцентральной извилины, добавочной моторной и оперкулярной корковых областях (группа сравнения составляла 10 человек); в 27,0% отмечалось уменьшение объема нижней лобной извилины [68].

Keuthen N.J., et al. (2006) выявили уменьшение объемов мозжечка у пациентов с трихотилломанией [69].

По результатам исследования Chamberlain S.R., Menzies L.A., et al. (2008), 100,0 % пациентов с трихотилломанией обнаруживали увеличение объема серого вещества в левой стриарной, левой миндалевидно-гипокампальной областях, поясной, лобной и добавочной моторной корковых областях билатерально [70].

Таким образом, работы касаемые изучения МРТ картины головного мозга у пациентов с трихотилломанией немногочисленны, неоднозначны и в некоторых случаях противоречивы, что свидетельствует о необходимости дополнительного изучения данной проблемы. В отече-

ственной и зарубежной литературе не встречаются данные о проведении электроэнцефалографического исследования пациентам с трихотилломанией.

Нейропсихологические исследования у пациентов с трихотилломанией показывают наличие дефицита внимания [71], заторможенности ответов и снижение рабочей памяти [72, 73].

Abraham L.S., Torres F.N. et al., (2010) указывают на необходимость проведения дерматоскопии пациентам с трихотилломанией с целью дифференциальной диагностики с субтотальной алопецией. Дерматоскопия у пациентов с трихотилломанией показывает уменьшение плотности волоса, наличие коротких пушковых волос, наличие обломанных волос, трихоптилоз, отсутствие волос в виде восклицательного знака [74].

### **Современные методы терапии больных с самодеструктивными дерматозами: патомимией, невротическими экскорiationами, трихотилломанией**

Пациенты с НЭ, патомимией, трихотилломанией нуждаются в сочетанной психо- и дерматотропной терапии.

Существует достаточно большое количество публикаций посвященных вопросам лечения больных с невротическими экскорiationами, патомимией с применением в комплексной терапии: антидепрессантов относящихся к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина [1, 7, 15, 32, 75 - 78], а также атипичных нейролептиков [23, 79]. Для терапии больных с трихотилломанией используются атипичные нейролептики [80,81].

В зарубежной литературе встречаются исследования об эффективности применения противозипелептических средств при лечении пациентов с трихотилломанией: солей вальпроевой кислоты [63], ламотриджина [82]. Grant J.E., Odlaug B.L. (2009) в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании показали эффективность применения N-ацетил-цисттина при лечении трихотилломании [83].

Результаты исследования Терентьевой М.А. (2007) указывают о наибольшей эффективности комбинированной терапии с использованием селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в сочетании с антипсихотиками при лечении больных с невротическими экскорiationами. Выбор атипичного нейролептика зависит от типа НЭ: при НЭ в рамках сенсопихондрии предпочтительно использование антипсихотиков обладающих аффинитетом к телесным ощущениям (сульпирид, кветиапин); при НЭ в рамках сверхценной пихондрии предпочтительно выбирать атипичные антипсихотики (рисперидон, оланзапин); при НЭ в рамках импульсивных влечений предпочтительно использование типичных антипсихотиков (галоперидол) [7].

Однако в настоящее время до сих пор остаётся открытым вопрос: кто должен заниматься лечением данной группы пациентов – психиатры или дерматологи? До сих пор не разработан алгоритм взаимодействия врачей дерматологов и психиатров, обеспечивающий преемственность в работе этих специалистов на этапах диагностики и лечения больных с самовывзванными дерматозами. ■

Кунгуров Н.В. – д.м.н., профессор, директор ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава Российской Федерации, г. Екатеринбург; Зильберберг Н.В. – д.м.н., зам. директора по научной работе ФГУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава Российской Федерации, г. Екатеринбург; Костырева И.Е. – врач-дерматолог, аспирант ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава Российской Федерации, г. Екатеринбург; Ретюнский К.Ю. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская Академия Росздрава, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку: Костырева Ирина Евгеньевна, 620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, 8 ФГУ «УрНИИДВиИ» Минздрава Российской Федерации, e-mail: kost\_irena@rambler.ru

## Литература:

- Arnold L, Auchrnbach M, McElroy S. Psychogenic excoriation: clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15 (5): 351-9.
- Peggy R. Cyr, M.D. Neurotic Excoriations. *Am Fam Physician*. 2001 Dec 15;64(12):1981-4.
- Alves CJ, Martelli AC. Variability of psychological diagnosis in patients with psychogenic excoriation // *An Bras Dermatol*. 2009 Oct;84(5):534-7.
- Griesemer, R.D. Emotionally triggered disease in a dermatological practice. *Psychiatric Annals* -1978, 8, 49-56.
- Gupta M.A., Gupta, A.K., & Haberman, H.F. (1986). Neurotic excoriations: A review and some new perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 381-386
- Sharma H. Psychogenic excoriation responding to fluoxetine: a case report. *J Indian Med Assoc*. 2008 Apr;106(4):245, 262.
- Терентьева М.А. Невротические эксориации в рамках психических расстройств. Автореф. дис. ... канд. мед. наук М., 2007.
- Arnold LM, McElroy SL, Mustasim DF et al. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriations. *J Clin Psychiat* 1998; 59: 509-14.
- Jon E. Grant, J.D., Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006; 28(6): 487-493
- Hayes, E.A. Storch and L. Berlanga, Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample, *Journal of Anxiety Disorders* 23 (2009), pp. 314-319.
- N.J. Keuthen, L.M. Koran, E. Aboujaoude, M.D. Large and R.T. Serpe, The prevalence of pathological skin picking in US adults, *Comprehensive Psychiatry* 51 (2010), pp. 183-186.
- Calikusu C, Yяcel B, Polat A et al. The Relation of Psychogenic Excoriation With Psychiatric Disorders: A Comparative Study. *Comp Psych* 2003; 44 (3): 256-61.
- Van Moffaert M. Psychodermatology: an overview. *Psychother Psychosom* 1992; 58: 3-4, 125-36.
- Van Moffaert M. Dermatological self-mutilation and self-destruction. In: Koo JYM, Lee CS. *Psychocutaneous Medicine*. New York – Basel, 2003; 477: 169-90.
- Львов А.Н. Дерматозы, коморбидные с психическими расстройствами: классификация, клиника, терапия и профилактика. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук М., 2006.
- Cullen BA, Samuels JF et al. The relationship of pathologic skin picking to obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001;189(3):193-5.
- Gupta MA, Gupta AK. Fluoxetine is an effective treatment for neurotic excoriations : case report. *Cutis* 1993-51(5) :386-387
- Grant JE, Odlaug BL. Update on pathological skin picking. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Aug;11(4):283-8.
- Mutasim DF, Adams BB. The psychiatric profile of patients with psychogenic excoriation. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Oct;61(4):611-3.
- Блейхер В.М. Эпонимические термины в психиатрии и психотерапии и медицинской психологии. – Киев: Высшая школа, 1984.
- Н. Kaplan, В. Sadock pocket handbook of clinical psychiatry. – Baltimore, 1996.
- Дороженко И.Ю., Львов А.Н. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему. *Рос. журн. кожн. и вен. бол.* 2006; 4: 16-21.
- Koblentz CS. The current management of delusional parasitosis and dermatitis artefacta. *Skin Therapy Lett* 2010;15(9):1-3.
- Koblentz CS. Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1 (1): 47-55.
- Каламкарян А.А., Брюн Е.А., Гребенюк В.Н. Кожный зуд, протекающий по типу тактильного галлюциноза. *Вестн. дерматол. венерол.* 1978; 8: 90-2
- Rodriguez-Pichardo A, Hoffner MV et al. Dermatitis artefacta of the breast: a retrospective analysis of 27 patients (1976-2006). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010 Mar;24(3):270-4.
- Nielsen K, Jeppesen M 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(6):512-5.
- Saez-de-Ocariz M, Orozco-Covarrubias L et al. Dermatitis artefacta in pediatric patients: experience at the national institute of pediatrics. *Pediatr Dermatol*. 2004 May-Jun;21(3):205-11.
- Obasi OE, Naguib M. Dermatitis artefacta: A review of 14 cases. *Ann Saudi Med*. 1999 May-Jun;19(3):223-7.
- Harman M, Akdeniz S, Bayram Y. Dermatitis artefacta. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15:368-70.
- Gil-Bistes D, Kluger N. Dermatitis artefacta in a young girl- Arch Pediatr. 2010 Nov;17(11):1543-5.
- Feily A, Namazi MR. Self-inflicted non-healing genital ulcer: a rare form of factitious disorder. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat*. 2009 Jun;18(2):83-5.
- Angus J, Affleck AG. Dermatitis artefacta in a 12-year-old girl mimicking cutaneous T-cell lymphoma. *Pediatr Dermatol*. 2007 May-Jun;24(3):327-9.
- Ikenaga S, Nakano H, et al. A case of bullous dermatitis artefacta possibly induced by a deodorant spray. *J Dermatol*. 2006 Jan;33(1):40-2.
- Kwon EJ, Dans M, Koblentz CS. Dermatitis artefacta. *J Cutan Med Surg*. 2006 Mar-Apr;10(2):108-13.
- Gregurek-Novak T, Novak-Biliu G. Dermatitis artefacta: unusual appearance in an older woman. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005 Mar;19(2):223-5.
- Rijssen A, Molier L. Bullous dermatitis self-induced. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2000 Jul 29;144(31):1465-9.
- Дороженко И.Ю., Львов А.Н. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему. *Рос. журн. кожн. и вен. бол.* 2006; 4: 16-21.
- BagueLin-Pinaud A, Seguy C. Self-mutilating behaviour:

- a study on 30 inpatients *Encephale*. 2009 Dec;35(6):538-43.
40. Антоньев А.А., Шатилов А.В., Нешков Н.С. Ключевые терминологические вопросы патомимии // Вестн. дерматол. венерол. 1989- 10: 32-37.
41. Миллч М.В., Суворова К.Н., Шеварова В.Н. Случай патомимии // Вестн. дерматол. венерол. 1990. 5:75-76. 23.
42. Кряжева С.С. Случай патомимии, напоминающий хроническую язвенную пиодермию. *Рос. журн. кожн. вен. бол.* 2001; 1: 19-22.
43. Yamada K, Sakurai Y, Shibata M. Factitious purpura in a 10-year-old girl. *Pediatr Dermatol*. 2009 Sep-Oct;26(5):597-600.
44. Stein DJ, Hutt CS, Spitz JL, Hollander E. Compulsive picking and obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics* 1993; 34: 177-81.
45. Choudhary SV, Khairkar P. Dermatitis artefacta: keloids and foreign body granuloma due to overvalued ideation of acupuncture. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009 Nov-Dec;75(6):606-8.
46. Silva NM, Petrucci GW. Factitial dermatitis as a consequence of Munchausen syndrome. *An Bras Dermatol*. 2010 Feb;85(1):77-9.
47. Franklin ME, Edson AL et al. Behavior therapy for pediatric trichotillomania: Exploring the effects of age on treatment outcome. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010; 4: 18.
48. Sah DE, Koo J, Price VH. Trichotillomania. *Dermatol Ther* 2008; 21: 13-21
49. Muller SA. Trichotillomania: a study of 66 patients. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 56-62.
50. Christenson GA, Pyle RL, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1991;52:415-417.
51. B.L. Odlaug, J.E. Grant, Clinical characteristics and medical complications of pathological skin picking. *General Hospital Psychiatry* 30 (2008), pp. 61-66.
52. Tolin DF, Franklin ME, Diefenbach GJ, Anderson E, Meunier SA. Pediatric trichotillomania: Descriptive psychopathology and an open trial of cognitive-behavioral therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2007;36:129-144
53. Walsh KH, McDougle CJ. Trichotillomania. Presentation, etiology, diagnosis and therapy. *Am J Clin Dermatol* 2001; 2: 327-333.
54. Szepletowski JC, Salomon J. Frequency and treatment of trichotillomania in Poland. *Acta Derm Venereol*. 2009;89(3):267-70.
55. King RA, Zohar AH, Ratzoni G, Binder M, Kron S, Dycian A, et al. An epidemiological study of trichotillomania in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 1212-1215.
56. Schlosser S, Black DW, Blum N. The demography, phenomenology and family history of 22 persons with compulsive hair pulling. *Ann Clin Psychiatry* 1994; 6: 147-152.
57. Hautmann G, Hercogova J, Lotti T. Trichotillomania. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 807-821.
58. Witkowski AM, Schwartz RA et al. Trichotillomania: an important psychocutaneous disorder. *Cutis*. 2010 Jul;86(1):12-6.
59. O'Sullivan RL, Keuthen NJ, Christenson GA, Mansueto CS, Stein DJ, Swedo SE. Trichotillomania: behavioral symptom or clinical syndrome? *Am J Psychiatry*. 1997;154:1442-49.
60. Grant JE, Odlaug BL. Clinical characteristics of trichotillomania with trichophagia. *Compr Psychiatry*. 2008 Nov-Dec;49(6):579-84.
61. Brakoulias V, Starcevic V et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders: a comorbidity and family history perspective. *Australas Psychiatry*. 2011 Feb 21.
62. Boardman L, van der Merwe L et al. Investigating SAPAP3 variants in the etiology of obsessive-compulsive disorder and trichotillomania in the South African white population. *Compr Psychiatry*. 2011, 52(2):181-7.
63. Adewuya EC, Zinser W. Trichotillomania: a case of response to valproic acid. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008 Oct;18(5):533-6.
64. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Okino K, Stein DJ. Impulsive disorders in Japanese adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2005;46(1):43-49.
65. Reeve EA, Bernstein GA, Christenson GA. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J Am Acad child Adolesc psychiatry* 1992; 31: 132-138.
66. Gershuny BS, Keuthen NJ, et al: Current posttraumatic stress disorder and history of trauma in trichotillomania. *J Clin Psychol* 2006; 62:1521-1529.
67. Lewin AB, Piacentini J et al. Depression, anxiety, and functional impairment in children with trichotillomania. *Depress Anxiety*. 2009;26(6):521-7.
68. Grachev I. D. MRI-based morphometric topographic parcellation of human neocortex in trichotillomania. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1997; V. 51, 5, 315-321.
69. Keuthen NJ, Makris N, Schlerf JE, Martis B, Savage CR, McMullin K, Seidman LJ, Schmahmann JD, Kennedy DN, Hodge SM, Rauch SL: Evidence for reduced cerebellar volumes in trichotillomania. *Biol Psychiatry*. 2006.
70. Chamberlain SR, Menzies LA. Grey matter abnormalities in trichotillomania: morphometric magnetic resonance imaging study. *Br J Psychiatry*. 2008 Sep;193(3):216-21.
71. Stanley MA, Hannay HJ. The neuropsychology of trichotillomania. *J Anxiety Disord*. 1997;11(5):473-88.
72. Chamberlain SR, Fineberg NA, et al. Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1282-4.
73. Bohne A, Savage CR, et al. Motor inhibition in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2008; 42: 141-50.
74. Abraham LS, Torres FN. et al. Dermoscopic clues to distinguish trichotillomania from patchy alopecia areata. *An Bras Dermatol*. 2010 Oct;85(5):723-6.
75. Kalivas J, Kalivas L, Gilman D. Sertraline in treatment of neurotic excoriations and related disorders. *Arch Dermatol* 1996;132:589-90.
76. Biondi M, Arcangeli T, Petrucci RM. Paroxetine in a case of psychogenic pruritus and neurotic excoriations. *Psychother Psychosom*. 2000 May-Jun;69(3):165-6.
77. Curtis AR, Richards RW. The treatment of psychogenic excoriation and obsessive compulsive disorder using aripiprazole and fluoxetine // 2007, Jul-Sep;19(3):199-200.
78. Pukadan D, Antony J et al. Use of escitalopram in psychogenic excoriation. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008 May;42(5):435-6.
79. ИЮ. Дороженко, АН. Львов, МА. Терентьева. Рисперидон при терапии патомимии в клинике психодерматологии // Психиатрия и психофармакотерапия, 2003, 6, 265-268.
80. Crescente Junior JA, Guzman CS. Quetiapine for the treatment of trichotillomania. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008 Dec;30(4):402.
81. Van Ameringen M, Mancini C et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine in the treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(10):1336-43.
82. Moretti M. Trichotillomania and comorbidity—lamotrigine in a new perspective. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2008;10(4):201-12.
83. Grant JE, Odlaug BL. N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Jul;66(7):756-63.