

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКИХ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

© 2003 г. О. В. Павлова

Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии РГМУ, Москва

Обсуждаются вопросы взаимоотношений между кожными и психическими расстройствами при хронических кожных заболеваниях. Особое внимание уделено оценке роли внешних (стрессовых) и внутренних (конституциональных) факторов, способных спровоцировать возникновение или обострение дерматоза. Предложена схема, позволяющая оценить взаимную роль указанных факторов в динамическом аспекте.

Ключевые слова: кожа, психодерматология, стресс, личность.

Особая роль психоэмоциональных факторов в патогенезе различных кожных заболеваний отмечалась с давних времен. В настоящее время сформирована даже отдельная дисциплина – психодерматология, занимающаяся изучением взаимосвязей между патологическими процессами в коже и в психике. Однако многие вопросы в этой области остаются пока нерешенными, да и вряд ли могут быть решены однозначно. В каких случаях дерматоз вызывает психоэмоциональные расстройства, а в каких – наоборот, сам является их следствием? Есть ли какие-то особые признаки, позволяющие распределить дерматозы на группы в зависимости от влияния на их патогенез психоэмоциональных факторов? Можно ли как-то квалифицировать и сами эти факторы в зависимости от особенностей дерматозов, развитию которых они сопутствуют? Как соотносятся конституциональные особенности личности и способности ее реагирования на наличие длительной кожной болезни, дефекта внешности? Не предлагая готовых ответов на подобные вопросы, мы предлагаем очертить круг проблем, которыми занималась и занимается психодерматология, и, исходя из этого, показать, какие возможны способы их решения.

Элементы психосоматического подхода к психическим болезням встречаются еще в трудах античных врачей. В работах Гипократа дается представление и о единых формирующих механизмах для кожных болезней. Начало психосоматического подхода в дерматологии как такового было положено в конце XVIII в. У. Фалконе, впервые связавшим активность кожного процесса с нарушением иннервации пораженных участков кожи [33]. Другой исследователь, Ф. Гебра, изучая влияние психоэмоционального статуса больного на проявления экземы, пришел к вы-

воду, что “кожное заболевание может основываться на качестве психического состояния, в особенности при депрессиях” [35]. В 1855 г. М. Капоши пишет в своей книге: “...неврозы кожи – болезни, которые возникают по причине изменения функций кожных нервов без видимого повреждения кожи”, т.е. он прослеживает четкую связь между психикой и кожей больного [36]. Е. Вилсон, впервые употребивший понятие “невроз кожи”, главным этиологическим фактором этого заболевания называет психическое расстройство, имеющее в своей основе невротический конфликт, сопровождающийся переживанием тревоги [44]. В 1891 г. Л. Брок и Л. Жакэ ввели термин “нейродермит” (цит. по [8]). Исследования этих авторов положили начало целенаправленному изучению психических расстройств при дерматологических заболеваниях и легли в основу современной психосоматической дерматологии.

В XX в. исследования в этой области сгруппировались в ряд направлений.

Прежде всего это выделение и характеристика дерматозов, в развитии которых играет роль состояние нервной системы и психики больных. Выдающийся исследователь П.В. Никольский в 1901 г. впервые отметил, что экзему следует рассматривать как проявление истерии [16]. Большой вклад в дерматологическую науку внес Ж. Дарье, который выделил особый раздел “нейродерматозов”, отнес к ним нейродермит, кожный зуд, пруриго и крапивницу [31]. После работ Дж. Снеддона в дерматологии закрепилось условное деление кожных заболеваний на две группы в зависимости от роли психоэмоциональных факторов в их развитии [43]: 1) дерматозы чисто психоэмоциональные, т.е. в возникновении которых психические факторы играют основную роль, и

2) дерматозы, в этиологии которых нервно-психические факторы играют второстепенную, не доминирующую роль.

В результате многочисленных исследований, проведенных как в России, так и за рубежом, еще в прошлом столетии был обозначен ряд дерматозов, в появлении которых психотравматизация отводили первостепенную роль такие известные представители дерматологической школы, как П.В. Никольский [15], А.И. Белоусова [2], Ю.К. Скрипкин [20–22], Н. Пезешкиан [39], У. Гилер [34], Е. Панконеци [38] и др.

Так, было показано, что тяжелый эмоциональный стресс лежит в основе хронической крапивницы у 65–72% больных [34], себореи у 54%, очаговой алопеции у 87% больных [26]. Описано и возникновение локального или диффузного гипергидроза под влиянием эмоционального стресса. Постоянный или пароксизмальный гипергидроз при мыслях тревожно-депрессивного содержания включается в общий комплекс вегетативно-сосудистых расстройств в клинике аффективной патологии и четко коррелирует с выраженностью общей психической гиперестезии, резко усиливаясь даже при небольшом волнении; особенно это касается локального гипергидроза с характерной локализацией в области ладонной поверхности кистей и стоп. Различные кожные высыпания (вульгарные угри, розацеа и др.), алопеция могут быть признаком декомпенсации вялотекущей шизофрении. Например, известно, что псориаз наблюдается при шизофрении вдвое чаще, чем в контрольной группе психически здоровых людей [26].

Оценка психического состояния – одно из обязательных условий распознавания различных дерматозов, поскольку психические расстройства часто сопровождают многие из них. Периодические депрессии, ведущим соматическим проявлением которых становятся, например, псориазные элементы, достаточно часто встречаются в практике врача-дерматолога. Симптомы псориаза могут полностью исчезать без всякого местного лечения по мере улучшения психического состояния больного в процессе терапии психотропными средствами.

Клиническим отражением стойких депрессивных состояний становятся явные трофические расстройства и прежде всего “старение” кожных покровов. Слой эпидермиса при этом утолщается, отмечается выраженная сухость кожных покровов, особенно лица, что само уже обуславливает очень тяжелые переживания и ипохондрическую фиксацию больных.

На возможность психогенной природы хронических дерматозов указывает предшествующая им невротическая симптоматика, часто с сильно выраженными расстройствами депрессивного круга. Такие больные часто утомляются, тревожны

и мнительны по любому поводу, крайне плаксивы и часто жалуются на сильную слабость, недомогание, расстройство сна и аппетита.

Таким образом, в основе различных хронических дерматозов может лежать изменение психоэмоционального состояния, в том числе связанное с тяжелым эмоциональным стрессом. Изменения симпатического и парасимпатического тонуса так показательны для ряда кожных патологических процессов, что связанность их не может рассматриваться как просто совпадение. Вегетативная нервная система выступает в данном случае как одно из промежуточных звеньев в сложной рефлекторной деятельности ЦНС, определяющей функциональное состояние кожных покровов.

Другое направление исследований было связано с **квалификацией нервных и психических расстройств у больных различными хроническими дерматозами**. Известно, что среди пациентов с различными кожными заболеваниями до 80% страдают психическими расстройствами преимущественно пограничного круга с преобладанием расстройств депрессивного и тревожно-ипохондрического ряда [7–9, 17, 18, 29, 30].

При кожных заболеваниях могут встречаться различные психопатологические расстройства, относящиеся в основном к пограничному кругу [5, 11, 21]. Так, при псориазе отмечали эмоциональную неустойчивость, повышенную раздражительность и быструю утомляемость [5, 27], а при нейродермите в структуре психопатологических расстройств – большой полиморфизм и большой удельный вес патохарактерологических развитий [9]. Депрессия с аутоагрессивными тенденциями диагностируется у 66% из 200 больных нейродермитом [42]; это заболевание все чаще рассматривают как “неадекватное” кожное проявление скрытого внутреннего напряжения, обусловленного экстремальными и сложными для индивида жизненными обстоятельствами [26].

С середины XX в. внимание врачей, занимающихся проблемами психодерматологии, было приковано в первую очередь именно к нейродермиту [38, 39]. По мнению Л.М. Гольдштейна [4], для больных нейродермитом в одних случаях характерны страхи, депрессии, необоснованная враждебность, беспокойство, недостаточная эмоциональная самостоятельность, агрессивность, пониженная выносливость к стрессу, в других – чрезмерная пассивность, тесная связь различных жизненных потрясений с обострениями заболевания. Интеллектуальное развитие детей, страдающих нейродермитом, оказывается выше среднего. Они преждевременно развиты, агрессивны, в более позднем возрасте становятся тиранами семьи, эгоистами, постепенно превращаются в нежелательных, подавленных людей [46].

Х. Аль-Амар и А. Курбан (цит. по [8]) проводили сравнительное исследование больных нейродермитом, другими дерматозами и здоровых людей при помощи шкалы тревоги Тейлор и ММРІ. Они показали, что больных нейродермитом отличает самый высокий уровень тревоги, депрессии, ипохондрии, истерии (почти в два раза выше по сравнению с нормой). При обследовании 122 больных различными формами атопического дерматита по клиническому психодинамическому методу, дополняемому методом компьютерной экспресс-диагностики СМОЛ-эксперт, коллектив кафедры кожных и венерических болезней ММА им. Сеченова под руководством проф. О.Л. Иванова доказал, что ведущим психопатологическим синдромом при тяжелых формах атопического дерматита выступает тревожно-депрессивный синдром [8]. Сходные результаты были получены в ряде работ зарубежных авторов (см., например, [34]).

Наиболее полная характеристика психических изменений при хронических дерматозах представлена в работе О.Г. Зайцевой [7]. Ведущее место в их структуре занимают дистимия, соматоформная вегетативная дисфункция какого-либо органа или системы, у мужчин – недифференцированное соматоформное расстройство, органическое эмоционально-лабильное расстройство, у женщин – ипохондрическое расстройство (в соответствии с МКБ-10).

Еще одно направление было связано с **установлением вариантов взаимоотношений патологических изменений кожи и психических расстройств**: с одной стороны, дерматоз может быть первичным, играя роль психогении, с другой – вторичным, проявлением психосоматического либо соматизированного расстройства [7, 17].

Рассмотрим случаи, при которых хроническое кожное заболевание первично. Многие исследования были направлены на выяснение того, каким образом наличие хронического дерматоза отражается в психике соматического больного. Любая хроническая болезнь ставит человека в специфические условия, изучение которых может способствовать пониманию некоторых механизмов формирования личности, что важно для решения задач профилактики нежелательных патологических развитий личности. Хроническое длительное течение кожных заболеваний с периодическими обострениями (наиболее резкими в пубертатный период), резистентность к терапии, необходимость соблюдения диеты, мучительные субъективные переживания зуда, постоянное чувство стыда и дискомфорта, испытываемые больными при общении с окружающими, вынужденное ограничение контактов с людьми – таковы неблагоприятные условия, оказывающие влияние на развитие личности больных

(особенно если учитывать раннее проявление многих хронических дерматозов).

Одним из важнейших условий, способствующих формированию аномальных черт личности, является характер отношения человека к своему заболеванию [14]. У больных дерматозами описаны тяжелые невротические нарушения, сопровождающиеся ухудшением их социального положения, формированием чувства собственной ущербности и неполноценности [23], которые часто требуют вмешательства психиатра.

По результатам исследования В.В. Николаевой, характер отношения к болезни изменяется в зависимости от возраста: в младшей группе (10–13 лет) преобладает уровень непосредственно-чувственного отражения болезни (болевые ощущения, зуд и др.) при общем спокойном отношении к ней; в средней (14–16 лет) – уровень эмоциональной оценки болезни и ее последствий; в старшей группе (20–41 лет) – уровень рациональной оценки [14]. Характер отношения к болезни различен у мужчин и женщин, а также зависит от вида дерматоза. В частности, было показано, что психопатологические нарушения при псориазе являются главным образом реакцией личности на болезнь [9], а при экземе чаще первичны и связаны с истерической личностной конституцией [16, 26].

По данным В.В. Матвейчука [12], у всех обследованных больных атопическим дерматитом установлено достоверное увеличение времени засыпания, неглубокая депрессия, ухудшение самочувствия, увеличение личностной тревоги. При этом у женщин были четко выражены вегето-сосудистая дистония, гипервентиляционный синдром, депрессия, снижение самочувствия, активности и настроения; у мужчин ряд показателей соответствовал норме, за исключением повышенной агрессии и личностной тревоги. Значительное различие между мужчинами и женщинами, по мнению автора, можно объяснить более выраженной эмоциональной значимостью наличия кожного заболевания для женщин.

Наиболее подробные сведения о преобладающих типах реагирования на хроническую кожную патологию были получены в исследовательской работе О.Г. Зайцевой [7]. Она выделила две основные группы: адаптивные типы характеризовались гармоничным, эргопатическим и анозогнозическим отношением к болезни, а дезадаптивные – неврастеническим, тревожным, ипохондрическим и апатическим. При этом самым частым типом реагирования был неврастенический (25.45%). Автор также отметила, что с увеличением длительности болезни дезадаптивные компоненты отношения к ней (в первую очередь тревожно-депрессивные реакции) подвергаются редукции, а доля гармонического и эргопатического отношения возрастает. Кроме того, были выявлены раз-

личия между мужчинами и женщинами: у женщин наблюдался более “психосоматический” тип реагирования с преобладанием неврастенических, тревожных и ипохондрических вариантов, а также чаще, чем у мужчин, встречались дистимические и соматоформные расстройства [7].

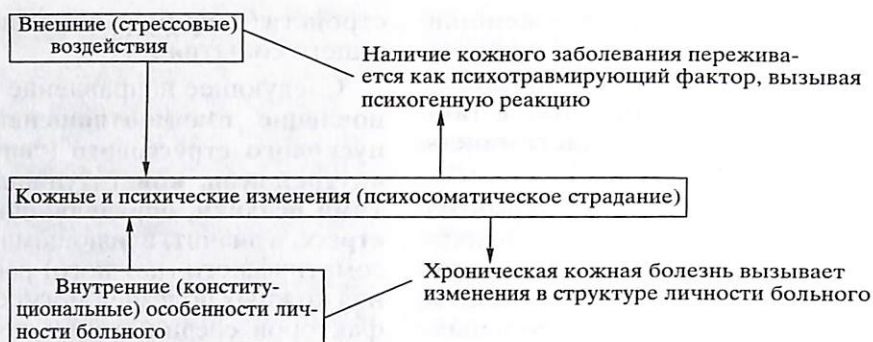
Теперь обратимся к случаям, когда дерматоз оказывается вторичным по отношению к психическим расстройствам. Известно, что возникновение ряда дерматозов связано с изменениями в нервно-психологическом состоянии больных. Так, выраженная зависимость рецидива заболевания от факторов стресса была выявлена при экземе и псориазе: в развитии болезни доминирующую роль играли конфликтная ситуация, отрицательные психоэмоциональные воздействия и др. О первичности нервно-психических факторов могут свидетельствовать одновременно присутствующие у больных другие расстройства, традиционно связываемые с действием психосоматических механизмов. Как оказалось, у больных хроническими дерматозами часто встречаются: артериальная гипертония, вегето-сосудистая дистония, язвенная болезнь, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта и др. [24]. Так, сочетание кожных изменений с функциональными расстройствами пищеварительной системы констатируют не менее чем у 3 / 4 больных дерматологической клиники [13]. Патология желудочно-кишечного тракта является одним из главных сопутствующих расстройств при хронической рецидивирующей крапивнице у детей. Расстройство органов гепатобилиарной системы встречается у 46.0%, дисбактериоз кишечника у 78.0%, патология поджелудочной железы у 70.0%, заболевания желудка и 12-перстной кишки у 64.0% детей, страдающих хронической крапивницей [24].

В некоторых случаях соматические расстройства (в том числе экзема, псориаз, рецидивирующая крапивница, язвенная и гипертоническая болезни) могут возникать одновременно с психическими нарушениями либо являться их эквивалентом – например, при соматизированной депрессии [1, 6, 10]. В течении самой болезни часто прослеживается взаимосвязь между динамикой кожных и психических расстройств. Появлению или обострению кожного патологического процесса сопутствует изменение психического состояния больного. Особый интерес представляет ремиттирующее течение дерматозов. Циклическое чередование обострений и ремиссий различной продолжительности (систематическое “возвращение болезни” через довольно правильные временные интервалы) послужило основанием для выделения годичного и полугодового типов рецидивирующей экземы [26]; такие четко очерченные во времени рецидивы могут быть связаны с циклическим течением психических расстройств (эндогенных) либо с обострениями психоэмоциональных рас-

стройств (например, в годовщину психотравмирующего события).

Следующее направление исследований – **установление взаимоотношений между качеством пускового стрессового (“внешнего”) фактора и внутренними, конституциональными особенностями психики, определяющими реагирование на стресс**, а значит, влияющими и на развитие психосоматического (кожного) расстройства. Проявления кожных болезней могут быть связаны с рядом факторов, среди которых важны индивидуальный жизненный путь человека, его наследственная предрасположенность, конституциональные особенности и окружающая среда (У. Сак; цит. по [8]). В связи с этим интересно отметить, что в личностных профилях больных одной нозологии обнаруживается значительное сходство; описана “язвенная личность”, “коронарная личность” и др. [32]. Оказалось, что для определенной болезни специфично не только содержание эмоционального конфликта, но и взаимодействие эмоциональных конфликтов с определенными личностными факторами. Концепция “конstellации личностных черт” Х. Данбар [32] открыла широкую дорогу исследованию особенностей личности психосоматических больных [40, 41]. Согласно “гипотезе специфичности” Ф. Александера [28], (1) психологические факторы, ведущие к соматической болезни, имеют специфическую природу; (2) сознательные психические процессы играют подчиненную роль, а подавленные тенденции вызывают хроническую дисфункцию внутренних органов; (3) актуальная жизненная ситуация оказывает только ускоряющее влияние на болезнь. По мнению Александера, специфичны для болезни не отдельные психологические факторы, а их психодинамические конstellации; при этом элементами комбинированной психологической специфичности являются тревога, чувство вины и неполноценности и др. Понимание личности исходя из принципов глубинной психологии (т.е. психоанализа) не получило всеобщего признания, однако ее клиническая оценка при изучении психосоматических заболеваний и реакций на различные жизненные ситуации учитывается всегда. В частности, было показано, что формирование того или иного клинического варианта психоэмоционального заболевания связано с особенностями индивидуального аспекта восприятия патогенного психического воздействия [3, с. 151].

Хотя психотравмирующее событие (стрессор) необходимо для развития стрессового расстройства, сама ранимость психики пострадавшего играет не меньшую роль. Многие люди в состоянии перенести сильную психическую травму, а у некоторых расстройство развивается после гораздо менее серьезного события. В основе психической ранимости лежат следующие факторы: травма в детском возрасте; параноидные особенности лич-



Соотношение внешних и внутренних факторов в развитии хронического кожного заболевания.

ности, расстройство типа зависимой или антисоциальной личности, пограничная психическая патология, неадекватные социальные отношения, психические заболевания в семье, недавние психотравмирующие события в личной жизни, убежденность в том, что внешний мир управляет жизнью человека, а не он сам. Окончательным эффектом становится то, что пациент реагирует ненормально сильно на раздражители и постоянно повторяет аспекты психической травмы. Периоды признания психотравмирующего события сменяются периодами его отрицания, что типично для способных лишь частично психологически переработать травмирующее событие [37].

Таким образом, можно говорить о наличии определенного баланса между психотравмирующими и конституциональными факторами: в одних случаях первостепенную роль играет стресс (например, тяжелая утрата или резкое изменение социального статуса), а в других – возникновение психосоматического расстройства обусловлено проявлением особенностей личности, например при декомпенсации личностного расстройства или эндогенном процессе [17].

Представим рассмотренные нами выше отношения при помощи развернутой схемы (см. рисунок), учитывающей как внешние (стрессовые), так и внутренние (конституциональные) факторы, а также последствия, к которым может привести наличие у больного хронического кожного заболевания [17].

Развитие или обострение психосоматического заболевания может быть связано с предпочтительным действием как внешних, так и внутренних факторов. Иначе говоря, в одних случаях преобладает роль стресса (его содержание, длительность, сила), а в других – конституциональных особенностей личности больного, который может воспринимать обыденную, стандартную жизненную ситуацию как стресс. Возникающие при этом психические и соматические изменения (психосоматическое страдание) неизбежно отра-

жаются в психике больного, формируя тот или иной вариант внутренней картины болезни.

Наличие хронического дерматоза при преобладании дезадаптивного способа отношения человека к своему заболеванию уже является психотравмирующим фактором, вызывающим те или иные психические (психогенные, невротические) расстройства как реакцию на болезнь. Но наличие хронической болезни может привести и к патологическому развитию личности, т.е. относительно стойким изменениям в структуре личности больного, ее конституции (например, депрессивно-ипохондрическому, астеническому развитию и проч.).

Следует отметить, что сами способы реагирования на заболевание тоже определяются как характеристиками болезни (ее длительностью, степенью тяжести), так и конституциональными особенностями больного.

Таким образом, как видно из рассмотренной схемы, у некоторых пациентов с хроническими дерматозами взаимоотношения между кожными и психическими расстройствами строятся по принципу своеобразного “порочного круга”: даже при отсутствии или малозначимости первичного, пускового стрессового фактора больной оказывается в таких условиях, которые переживаются им как травматические. Подобная ситуация прослеживается главным образом у больных, которые не связывают возникновение хронической крапивницы с действием стрессовых факторов, но страдают невротическими расстройствами, которые обнаруживаются у них при психиатрическом обследовании [17].

В заключение отметим еще одно направление исследований в области психодерматологии, связанное с оценкой взаимных связей кожи и психики, формируемых в процессе онтогенеза. Тот факт, что состояние кожи тесно связано с психической сферой, подтверждается многочисленными исследованиями психического и соматического развития детей [24, 38]. Кожа ребенка является одним из главных средств его контакта с матерью

и выражения его эмоциональных состояний. Дети, не испытывающие недостатка в контакте с мамой, быстро набирают вес, формируют психомоторные навыки, более спокойны, реже болеют. На психическом уровне такой контакт вырабатывает у ребенка чувство защищенности, уверенности. При недостатке физического контакта с матерью ребенок начинает реагировать кожей: появляются сыпи, диатезы. Такая реакция может закрепиться и перейти в хроническое заболевание. В частности, среди детей, страдающих хронической рецидивирующей крапивницей, 67,4% перенесли ту или иную патологию родов, 58,0% находились на искусственном вскармливании, 28,4% были поздно приложены к груди [24]. 98% детей, страдающих нейродермитом, отвергаемы матерью [38]. В соответствии с этим в психоанализе искаженное формирование границы между "Я" и окружающей средой у младенца считается источником возникающих впоследствии психотических переживаний и ряда кожных болезней; нейродермит или хроническая крапивница могут оказаться проявлением нестойкости границ "Я", отсутствия адекватного эмоционального и физического контакта ребенка в младенческом возрасте с матерью и как следствие – формирования психотической либо пограничной личностной структуры [19, с. 12–27; 25, с. 617–630].

Таким образом, можно утверждать, что психотравматизация играет важную, а нередко и первостепенную роль в развитии ряда дерматозов. Однако внешние психотравмирующие воздействия в большинстве случаев могут быть и неспецифичными для развития психогенных и психосоматических болезней, поэтому в исследованиях, посвященных изучению психосоматических заболеваний и реакций на психогенные воздействия, необходимо учитывать конституциональные особенности личности.

Кроме того, течение самих хронических дерматозов часто сопровождается психоэмоциональными нарушениями. В одних случаях подтверждается причинное действие психоэмоциональных факторов (например, при обострении хронического дерматоза в годовщину психотравмирующего события), а в других – психопатологические симптомы могут явиться реакцией на наличие кожной патологии. И в том, и в другом случае существенную роль в формировании клинической картины болезни играет структура личности больного.

Психопатологические расстройства, описанные различными авторами у больных хроническими дерматозами, относятся преимущественно к невротическому регистру нервно-психических расстройств и представлены такими симптомами, как раздражительность, повышенная утомляемость, аффективные нарушения с тенденцией к

понижению настроения, расстройства сна и др. В ряде случаев наблюдаются ипохондрические переживания, связанные с чрезмерной заботой о своей внешности и нередко, помимо этого, сочетающиеся с опасениями по поводу функций внутренних органов, что может сопровождаться функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта (боли неясной локализации, диарея), сердечно-сосудистой системы и т. п. Обследуя таких больных, нельзя забывать о том, что подобная симптоматика может не только быть проявлением психогении, но и возникать в периоды декомпенсации личностных расстройств. Следовательно, и обострение хронических дерматозов может приходиться как раз на такие периоды.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антропов Ю.Ф. Роль депрессии в патогенезе кожной патологии у детей и подростков // Актуальные вопросы дерматологии и венерологии: Сборник трудов юбилейной конференции, посвященной 5-летию кафедры кожных и венерических болезней педиатрического факультета РГМУ. М., 1997.
2. Белоусова А.И. Роль нервной системы в патогенезе дерматозов: Дис. ... докт. мед. наук. М., 1941.
3. Воскресенский Б.А. "Ключевые" переживания при основных формах невротозов: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1979.
4. Гольдштейн Л.М. Атопические дерматиты по данным англо-американской литературы // Вестник дерматологии и венерологии. 1967. № 12.
5. Горохова В.Н. Нервно-психические нарушения у больных экземой, псориазом и нейродермитом и особенности их психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Курск, 1974.
6. Десятников В.Ф., Сорокина Т.Т. Скрытая депрессия в практике врачей. Минск, 1981.
7. Зайцева О.Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами: Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2000.
8. Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В. и др. Психодерматология: история, проблемы, перспективы // Российский журнал кожных и венерических болезней. 1999. № 1. С. 28–38.
9. Исаев Д.Н., Калашиников Б.С. Психические нарушения у детей, больных нейродермитом и псориазом // Журн. невропатологии и психиатрии. 1987. № 11. С. 1700–1704.
10. Кутько И.И., Стефановский В.А., Букреев В.И., Шестопалова Л.Ф. Депрессивные расстройства. Киев, 1982.
11. Лесик Н.В. Патогенетическая терапия больных атопическим дерматитом на основе клинко-психо-вегето-иммунных взаимодействий: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1988.
12. Матвейчук В.В. Значимость психоэмоциональных факторов в патогенезе атопического дерматита: Материалы конференции, посвященной 60-ле-

- тию кафедры кожных и венерических болезней. М., 1999. С. 8–9.
13. Машикллейсон А.Л. Лечение кожных болезней. М., 1990.
 14. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
 15. Никольский П.В. Болезни кожи. Руководство для врачей и студентов. М.–Л., 1927.
 16. Никольский П.В. Причины кожных болезней. Варшава, 1901.
 17. Павлова О.В. Особенности этиологии, патогенеза и лечения хронической крапивницы в зависимости от роли стрессовых факторов в ее развитии: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2001.
 18. Павлова О.В., Скрипкин Ю.К., Хамаганова И.В. К вопросу о психопатологических расстройствах у больных хроническими дерматозами: Всероссийский симпозиум "Психосоматические расстройства: системный подход". Курск, 2001. С. 171–173.
 19. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. СПб., 1997.
 20. Скрипкин Ю.К. Гипносуггестивная и условнорефлекторная терапия некоторых дерматозов. М., 1956.
 21. Скрипкин Ю.К. Нейродерматозы (вопросы этиологии, патогенеза и терапии): Дис. ... докт. мед. наук. М., 1964.
 22. Скрипкин Ю.К. Нейродермит (вопросы этиологии, патогенеза и терапии). М., 1967.
 23. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1983.
 24. Смирнова Г.И. Аллергодерматозы у детей. М., 1998.
 25. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т. 2. Практика. М., 1996.
 26. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М., 1986.
 27. Федоров С.М. Клиника, течение и лечение псориаза у больных с функциональными и органическими нарушениями нервной системы: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1977.
 28. Alexander F. Psychosomatic medicine. N.Y., 1950.
 29. Black A.K. The clinical presentations of urticaria // Hosp. Med. 2000. № 61(7). P. 456–461.
 30. Cotteril J.A. Psychiatry and the skin // British J. of Hospital Medicine. 1989. V. 42.
 31. Darier J. Precis de dermatologie. Paris, 1928.
 32. Dunbar H.F. Psychosomatic Diagnosis. N.Y., 1943.
 33. Falconer W. Dissertation on the Influence of the Passions Upon Disorders of the Body. L., 1788.
 34. Gieler U., Stangier U., Brähler E. Hauterkrankungen in psychologischer Sicht. Gottingen., 1995.
 35. Hebra F. On Diseases of the Skin. L., 1866.
 36. Kaposi M. Pathology and Treatment of Diseases of the Skin. N.Y., 1895.
 37. Olivier E.J.F. Посттравматическое стрессовое расстройство // Русский медицинский журнал. 1995. Т. 1. № 1. С. 29–31.
 38. Panconesi E., Hautmann G. Psychophysiology of stress in dermatology // Dermatologic clinics. 1996. V. 14. № 3. P. 399–421.
 39. Perseschkian N. Psycho-soziale Aspekte bei Neurodermitis constitutionalis. Diss. Mainz, 1990.
 40. Pollock G.H. Recent studies of the psychosomatic specificity concept // Бессознательное. Природа, функции, методы исследования. Тбилиси, 1978. Т. 2.
 41. Pollock G.H. The psychosomatic specificity concept // Бессознательное. Природа, функции, методы исследования. Тбилиси, 1978. Т. 2.
 42. Schuhlmeier M. Neurodermitis und Psyche. Stuttgart, 1977.
 43. Sneddon J. The mind and the skin // British Med. J. 1949. V. 4602. P. 472–475.
 44. Wilson E. Diseases of the Skin. L., 1867.
 45. Wittkower E.D. Psychosomatic Medicine: Its Clinical Applications. Hagerstown, 1977.
 46. Woodhead B. The psychological aspects of allergic skin reactions in childhood // Arch. Dis. Child. 1946. P. 21.

PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF PATHOGENESIS OF CHRONIC SKIN DISEASES

O. V. Pavlova

Cand. sci. (medicine), assistant to the chair of dermatovenerology, Russian State Medical University, Moscow

The problems of interrelations between skin and mental disorders under chronic skin diseases are discussed. There is emphasized the role of external (stressful) and internal (constitutional) factors that possibly provoke origination or exacerbation of dermatosis. The scheme used to estimate the mutual role of the named factors in dynamic aspect is suggested.

Key words: skin, psychodermatology, stress, personality.