

**УДК 159.9**

**Логинова Ирина Олеговна**

доктор психологических наук, профессор,  
заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии с курсом ПО,  
Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого  
loginova70\_70@mail.ru

**Тактараква Софья Сергеевна**

аспирант кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО,  
Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого  
taktarakovasofya@mail.ru

**Наркевич Артем Николаевич**

доктор медицинских наук, доцент,  
заведующий кафедрой медицинской кибернетики и информатики,  
Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого  
narkevichart@gmail.com

**Irina O. Loginova**

Doctor of Psychological Sciences, Professor,  
Head of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy with a course in,  
Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky  
loginova70\_70@mail.ru

**Sofya S. Taktarakova**

Postgraduate student of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy  
with a course in, Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F.  
Voino-Yasenetsky  
taktarakovasofya@mail.ru

**Artem N. Narkevich**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Medical  
Cybernetics and Computer Science,  
Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky  
narkevichart@gmail.com

**Психологические особенности пациентов с атопическим дерматитом  
как предикторы частоты рецидивов**

**Psychological characteristics of patients with atopic dermatitis as  
predictors of relapse rates**

*Аннотация: В статье представлен широкий спектр эмпирических данных по результатам пилотного исследования с целью планирования дальнейших этапов разработки прогностной модели возможных рецидивов*

атопического дерматита. Нами были исследованы и статистически систематизированы психологические особенности пациентов с атопическим дерматитом, влияющие на частоту обострений у данной нозологической группы. Факторный анализ позволил получить эмпирическую модель психологических особенностей пациентов с атопическим дерматитом для дальнейшего выделения мишеней психологической помощи.

**Ключевые слова:** Атопический дерматит, психологическое здоровье, психодерматология, рецидив атопического дерматита, прогнозирование рецидивов, психологическое благополучие, тип отношения к болезни, устойчивость жизненного мира, локус контроля.

**Abstract:** The article presents a wide range of empirical data based on the results of a pilot study for planning further stages in the development of a predictive model for atopic dermatitis relapses. The psychological characteristics of patients with atopic dermatitis, which affect the frequency of exacerbations in this nosological group, were studied and statistically systematized by us. Factor analysis made it possible to obtain an empirical model of the psychological characteristics of patients with atopic dermatitis for further identification of targets for psychological assistance.

**Keywords:** Atopic dermatitis, psychological health, psychodermatology, psychocorrective targeting, relapse of atopic dermatitis, prediction of relapse, psychological well-being, type of attitude to the disease.

Атопический дерматит — одно из наиболее сложных хронических воспалительных системных заболеваний с крайне непростым патогенезом и нарастающей заболеваемостью, признаками формирования которого являются зуд, сыпь на обширных участках тела, сухость и другие неприятные симптомы, с которыми доводится жить человеку с этим диагнозом. Обострение кожного процесса может иметь под собой психогенную природу, поэтому атопический дерматит относится к одним из классических психосоматических заболеваний.

Основываясь на данных отечественных исследователей, частота психогенных обострений при атопическом дерматите колеблется от 55 до 86% (Потекаев, Данилин, Корсунская, 2018, 16-20).

Кожа как психосоматический орган человека, является базисом всех восприятий и проявлений внутренних конфликтов. Такие аспекты, как чрезмерная впечатлительность, чрезвычайно эмоциональная включенность в происходящие события, чувствительность, имеется в виду, когда говорят о «тонкокожем» человеке (Любан-Плоцца, Пельдингер, Креггер, 1994, 245).

Таким образом, большой спектр разнообразных проявлений на кожных покровах пациента можно считать отражением внутреннего эмоционального мира человека.

Проведя анализ имеющейся литературы по актуальному в нашем случае направлению, можно сказать, что атопический дерматит все чаще рассматривается как кожное проявление скрытого внутреннего напряжения, вызванное сложными или даже экстремальными условиями жизни человека.

Наиболее ярким и непосредственным признаком ухудшения психического состояния больного, как правило, является появление или обострение кожного патологического заболевания (Тополянский, Струковская, 1986, 384).

Атопический дерматит, как воспалительная реакция кожи, развивающаяся на основе неконструктивного психологического состояния, представляется преходящим функциональным расстройством, которое может наблюдаться в контексте хронических или рецидивирующих эмоциональных нарушений, где неблагоприятные психологические факторы проявляются в виде рецидивирующих или хронических стереотипных патологических процессов с вазомоторными, секреторными и трофическими изменениями в коже. У таких пациентов рецидивы возникают по механизму «оживления следов» даже в случае длительной или почти полной ремиссии, и можно сказать, что они не связаны с непосредственной причиной первоначального поражения кожи (Тополянский, Струковская, 1986, 384).

В процессе изучения научного задела по тематике специфики личности пациентов с атопическим дерматитом вызвали интерес научные исследования, связанные с непосредственным взаимодействием особенностей личности пациентов данной нозологической группы и течением заболевания. Однако, психологические факторы, способные вызвать атопический дерматит и участить его обострения, судя по данным литературы, отличаются неоднородностью.

С учетом гендерных различий в изучении индивидуальных психологических особенностей пациентов с атопическим дерматитом, выявлены мишени психологической коррекции женщин с атопическим дерматитом, возникшие в результате заболевания, а так же исследования защитно-совладающего поведения у мужчин и женщин с атопическим дерматитом свидетельствующие о том, что женщины с атопическим дерматитом имеют высокий уровень агрессии и косвенного раздражения, депрессивную доминанту, низкий уровень удовлетворенности своей жизнью и эмоциональную лабильность (Билецкая, 2017, 22-24).

У пациентов с атопическим дерматитом значительно снижена способность к адаптации и регуляции поведения, и неадаптивное совладающее поведение широко распространено. В то же время женщины часто менее адаптивны, чем мужчины, что отражается в более высоком уровне нервно-психологических расстройств, конфликтов и трудностей в установлении связей с другими людьми (Билецкая, Голикова, 2019, 79-84).

Фальная ситуация утраты, такая как внезапная смерть или травма, инвалидность близкого человека, также рассматривается значимым психотравмирующим фактором, провоцирующим рецидив атопического дерматита. Становлению кожного воспалительного процесса способствует и воздействие механизма «критических переживаний» — невзгод в социальной или профессиональной деятельности, внутрисемейных и межличностных конфликтов. Кроме того, обострение кожного процесса само по себе представляет сильный психологический стресс, который фиксируется более

чем в половине случаев, так как симптомы заболевания имеют хронический, зудящий характер, омрачающий повседневную жизнь человека. К тому же, в подавляющем большинстве случаев характер заболевания омрачен резистентностью к лечению и площадью с эстетически значимым расположением очагов поражения. Таким образом, образуется, так называемый, порочный круг, в следствии того, что симптомы атопического дерматита оказывают психотравмирующее воздействие, внутренние конфликты приводят к обострению атопического дерматита, что в свою очередь, усиливает психологический стресс (Страусева, Кениксфест, 2014, 274-277).

Несколько исследований показали, что пациенты с атопическим дерматитом по-разному реагируют на лабораторный стресс и испытывают ухудшение состояния после воздействия стресса (Kupfer, Gieler, Braun, 2001, 353–355).

С помощью социального стресс-теста Трира и модуляции иммунной системы посредством процессов в ЦНС, авторы исследования выявили, что у пациентов с атопическим дерматитом более высокие уровни эозинофилов и иммуноглобулина Е по сравнению со здоровыми людьми после стресса в аудитории. Эти результаты подчеркивают, что у пациентов с атопией проявляются разные иммунологические реакции на психологические стрессоры по сравнению с людьми без атопии. (Hall, Crusser, Podawiltz, 2012, 11).

Атопический дерматит также может быть связан с психологическими проблемами, такими как тревожность, депрессия, нарушения сна и расстройства личности (Schut, Weik, Tews, 2013, 57 – 61).

Хотя связь между атопическим дерматитом и психологическими проблемами у детей и подростков уже признана, существуют большое количество неоднородных исследований, изучающих связь между психологическими особенностями личности и атопическим дерматитом у взрослых (Weidinger, Novak, 2016, 1109-1122).

Таким образом, единой концепции, позволяющей оценить роль личности больных атопическим дерматитом в формировании заболевания и частоте его обострений, не предложено. В структуре патогенеза атопического дерматита стресс, алекситимия, тревожность, эмоциональная лабильность и другие психологические особенности личности, что является звеньями одной цепи психологического портрета пациента с данным кожным заболеванием, является начальным механизмом, запускающим каскад проявлений атопического дерматита (Миченко, Львов, 2008, 47-52).

Представляется очевидным то, что вышеперечисленные факторы далеко не являются четкой системой прогнозной возможности частоты обострений атопического дерматита, поэтому мы предлагаем свое видение структуры исследования личности пациента для выявления прогнозируемой модели повторных обострений данного кожного заболевания, в след за чем будет разработана программа психологической коррекции выявленных личностных особенностей, влияющих на вероятность рецидивов атопического дерматита.

На самом деле, пациентам с атопическим дерматитом, имеющим низкую устойчивость к стрессу, а также пациентам, которые в течение длительного времени испытывали трудности с этим кожным заболеванием, необходима психодиагностика защитных механизмов и обучение эффективным моделям совладающего поведения, чтобы справиться со стрессом. В этих случаях причина заключается в том, что высокий уровень стресса и длительное использование механизмов психологической защиты могут привести к дезадаптивному поведению, которое усугубляет существующие трудности в жизни пациента в присутствии стрессоров (Белугина, Скугаревский, 2021, 621-621).

Наше исследование сосредоточено на изучении личностных черт и характеристики личности, которые связаны с инициацией и прогнозированием того самого каскада признаков, которые в итоге приводят к клиническим проявлениям болезни. На наш взгляд, для формирования прогнозных возможностей частоты рецидивов кожного заболевания необходимо исследовать уровень психологического благополучия, устойчивость жизненного мира, локус контроля, дерматологический индекс качества жизни, тип отношения к болезни пациентов с атопическим дерматитом, так как частота обострения кожного недуга напрямую зависит от индивидуальных психологических особенностей пациента, которые могут раскрыть данная совокупность методов исследования.

Нами была проведена исследовательская работа, в которой принимали участие 60 пациентов с атопическим дерматитом (женщины и мужчины) с использованием следующих методик:

1. Методика «Исследование устойчивости жизненного мира человека» (И.О. Логинова, 2012), позволяющая выявить особенности организации жизненного процесса человеком, определяющие характер проявления устойчивости жизненного мира (конструктивный, неконструктивный, стагнационный);

2. Методика «Локус контроля» (Дж. Роттер), изучающая свойства личности человека с целью выявления особенностей отнесения своих успехов или неудач на внутренние либо внешние факторы: интернальность/экстернальность;

3. «Шкала психологического благополучия» (К. Рифф), позволяющая определить степень выраженности основных компонентов психологического благополучия и обозначающая субъективную самооценку целостности и смысла жизни человека;

4. ТОБОЛ – изучение типа отношения к болезни (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов);

5. Дерматологический индекс качества жизни (A.Y Finlay, Gk Khan), оценивающий степень негативного воздействия дерматологического заболевания на разные аспекты жизни пациента, характеризующие качество его жизни в целом.

В аналитическую работу были включены следующие компоненты: пол, возраст, стаж заболевания, количество обострений заболевания в год и их взаимосвязь с психологическим благополучием, локусом контроля, дерматологическим индексом качества жизни, типом отношения к болезни и устойчивостью жизненного мира человека.

В данном исследовании был использован факторный анализ для определения специфических факторов психологического профиля пациентов с атопическим дерматитом, которые значительно дополняют общий клинический и психологический профиль, что позволит определить задачи и дифференцировать их для разработки целевых схем психологической коррекции соответствующим образом.

В процессе факторизации полученных эмпирических данных была получена факторная модель психологических особенностей пациентов с атопическим дерматитом.

Таблица 1 – Факторная модель психологических особенностей пациентов с атопическим дерматитом

Показатели	Факторы									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Пол	,300	-,323	-,066	,137	- ,219	,159	<b>,408</b>	,208	,098	,134
Возраст	,112	<b>,622</b>	-,010	,376	,137	- ,023	,147	,086	,050	- ,157
Стаж заболевания	,172	,422	-,275	,216	,356	,163	,231	<b>,457</b>	,087	- ,220
Кол-во обострений в год	-,187	-,211	-,003	,025	,161	,197	<b>,493</b>	,433	- ,169	- ,080
Дерм. индекс кач-ва жизни	-,147	,159	,292	- ,054	,358	,105	- <b>,488</b>	,157	- ,105	- ,181
Интернальнос ть	-,367	<b>,603</b>	,470	- ,088	- ,301	- ,086	,209	- ,065	,257	- ,098
Экстернально сть	,395	<b>-,601</b>	-,459	,075	,305	,080	- ,192	,059	- ,242	,102
Общее психол. благополучие	<b>,943</b>	,044	,094	- ,064	,032	,023	- ,026	- ,024	,071	- ,014
Позитивные отношения с другими	<b>,822</b>	,013	-,049	- ,234	,328	,088	,016	- ,072	- ,084	- ,010
Автономия	<b>,894</b>	,123	-,074	- ,055	- ,095	,070	,096	,097	- ,032	- ,134
Управление окружением	<b>,904</b>	,155	,074	- ,112	,035	,012	,022	- ,143	,050	- ,043
Личностный	,504	-,128	-,106	<b>,560</b>	-	,111	-	,192	,299	,051

рост					,126		,271					
Цели в жизни	<b>,890</b>	-,048	,034	-	,112	-,096	,159	,163	-	,051	-	,116
Самопринятие	<b>,895</b>	,021	,135	-	,140	-,151	,064	,088	-	,014	-	,017
Баланс аффекта	<b>-,824</b>	-,171	-,142	,378	-	-,083	,080	-	,163	,081	,041	
Осмысленность жизни	<b>,556</b>	-,202	,318	,216	-	,103	,136	,054	,010	-	-,092	-,019
Человек как открытая система	<b>,550</b>	,183	,086	,374	,002	,370	-	,259	,009	,062	,255	
Устойчивость жизненного мира	,023	<b>,476</b>	-,017	-	,095	,202	,292	,039	,282		,284	,373
Жизненный сценарий	-,191	<b>,386</b>	-,293	-	,331	,044	-	,021	-	,195	,276	,279
Гармоничный	,010	,013	-,335	-	,197	-,039	,006	,227	-	-,050	-,154	<b>,589</b>
Тревожный	-,328	-,159	,153	,090	,368	,346	,239	-	<b>,377</b>	,057	-	,277
Ипохондрический	-,360	,006	,116	,168	,296	<b>,457</b>	,173	-	-,436	-,034	,009	
Апатический	-,149	-,208	,312	-	,365	,074	-	-,307	-,240	-,418	,085	,021
Неврастенический	,192	-,321	<b>,596</b>	,221	,269	-	,004	-,067	-,150	,125	,193	
Обсессивно-фобический	-,032	,106	,122	-	,177	-,554	,268	,111	,167	-	-,495	-,182
Сенситивный	,022	<b>-,408</b>	,415	-	,284	,239	-	,095	,117	,268	,380	-,036
Эгоцентрический	-,004	,370	,341	-	,140	-,254	<b>,545</b>	-	,347	,113	-	,206
Эйфорический	,092	,130	<b>-,661</b>	-	,177	-,123	,095	-	-,338	-,080	,287	-,392
Анозогнозический	,017	-,233	,048	<b>,541</b>	-	,524	-,097	-	,024	-,070	,186	,001
Эргопатический	,189	<b>,454</b>	,002	,381	,199	-	,465	,183	-	,042	-,171	,117
Паранойальный	,057	,320	,094	,264	,257	-	,465	-,175	,031	-	<b>,443</b>	,010
% дисперсии	20,738	7,767	6,757	6,521	6,397	5,980	5,432	5,204	5,160	5,160	5,070	
Суммарный												

% дисперсии	75,026
-------------	--------

Фактор 1, названный нами «Психологическое благополучие» и объясняющий 20,738% дисперсии, состоит из следующих переменных Шкалы психологического благополучия К.Рифф: «Общее психологическое благополучие» (0,943), «Управление окружением» (0,904), «Самопринятие» (0,895), «Автономия» (0,894), «Цели в жизни» (0, 890), «Позитивные отношения с окружающими» (0,822), «Баланс аффекта» (-0,824), «Осмысленность жизни» (0,556), «Человек как открытая система» (0,550). Таким образом, можно констатировать у пациентов способность управлять окружающей средой, эффективное использование различных жизненных ситуаций, способность выбирать и развивать отношения, отвечающие личным потребностям и ценностям, понимание себя, независимость, позитивное отношение к себе, признание и принятие личного разнообразия, включая хорошие и плохие качества, жизненные цели и задачи, уверенность в себе и способность справляться с повседневной жизнью.

Фактор 2, названный нами «Возраст и ответственность за себя» и объясняющий 7,767% дисперсии, включает в себя следующие переменные: «Возраст» (0,622), «Интернальность» (0,603) и «Экстернальность» (0,601), «Устойчивость жизненного мира» (0,476), «Жизненный сценарий» (0, 386), «Эргопатический» (0,454), «Сензитивный» (-0,408). Совокупность переменных позволяет предположить, что внутренние опоры возникают с возрастом, когда пациент в большей степени готов опираться на себя и на свой опыт, понимая собственные жизненные приоритеты, стремления, стратегии. Интернализованные личности характеризуются высокой степенью субъективного контроля над всеми значимыми ситуациями, более позитивным отношением к миру и большим осознанием смысла и цели жизни. При этом, среди пациентов значимо представлена и экстернальность, что указывает на стремление переложить ответственность на других в определенных ситуациях. Пациенты с атопическим дерматитом считают, что большинство важных событий в их жизни было результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Одной из сфер ответственности для них выступает работа. Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением и энтузиазмом, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться исследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

Фактор 3, названный нами «Эмоциональный тип отношения к болезни» и объясняющий 6, 757% дисперсии, включает в себя следующие переменные: «Эйфорический» (-0,661), «Неврастенический» (0,596). Полученные данные свидетельствуют, что у пациентов преобладает пониженный фон настроения, настроение нередко наигранное. Переживание ограничений, связанных с болезнью, трудностью сохранения режима, от которого зависит течение

болезни. У них бывают вспышки раздражения, особенно при рецидивах, когда они чувствуют себя некомфортно. Раздражение часто направлено на первого встречного и часто заканчивается сожалением и слезами. Наличие хорошего настроения и положительных эмоций зависит от того, как долго болезнь находится в стадии ремиссии и насколько успешным было лечение.

Фактор 4, названный нами «Готовность к личностным изменениям» и объясняющий 6,521% дисперсии, содержит в себе следующие показатели: «Личностный рост» (0,560) и «Анозогностический тип отношения к болезни» (0,541). Он показывает одну из стратегий ухода пациента в саморазвитие, отрицание болезни, нивелирование ее значимости в собственной жизни. Пациенты активно пытаются отвергнуть представления о болезни и ее возможных последствиях, отрицая очевидные проявления болезни и связывая их со случайными обстоятельствами или другими незначительными заболеваниями.

Фактор 5 объясняет 6,397% дисперсии и включает в себя один показатель - «Обсессивно-фобическое отношение к болезни» (-0,554). В этой связи мы назвали его по одному значимому параметру «Обсессивно-фобическое отношение к болезни». Это может свидетельствовать о том, что для пациентов характерна тревожность, которая заключается в основном в страхе не перед реальными, а маловероятными осложнениями болезни, неудачей лечения и возможными (но необоснованными) неудачами в жизни; на работе, в отношениях с родственниками в связи с болезнью. Мнимые опасности беспокоят их больше, чем настоящие. Убеждения и ритуалы становятся защитой от тревоги.

Фактор 6, названный нами «Погруженность в болезнь» и объясняющий 5,980% дисперсии, содержит в себе следующие показатели: «Эгоцентрический тип отношения к болезни» (0,545) и «Ипохондрический тип отношения к болезни» (0,457). Этот фактор отражает стиль жизни пациента, когда он "принимает" болезнь и открывает для себя ее преимущества. Как правило, пациенты демонстрируют свою боль и страдания перед родными и другими людьми, чтобы добиться их сочувствия и внимания. Они просят заботы только о себе, игнорируя другие вопросы и проблемы своих близких. Разговоры с другими людьми быстро переходят на проблемы пациентов данной категории. Другие люди, которые также нуждаются во внимании и заботе, считаются «конкурентами». Есть постоянное желание показать окружающим, что они особенные и отличаются от других своей болезнью. В этом случае они чрезмерно обеспокоены субъективной болью и другими неприятными ощущениями. Они постоянно говорят о них с врачами, сиделками и окружающими. Они преувеличивают реальные симптомы и выделяют признаки болезни и дискомфорта, которых нет из-за побочных эффектов лекарств и диагностических процедур. Они сочетают желание лечиться с неуверенностью в успехе, постоянной потребностью в тщательном обследовании у известных специалистов и страхом перед вредными и болезненными процедурами.

Фактор 7, обозначенный нами «Качество жизни, обусловленное обострениями заболевания» и объясняющий 5,432% дисперсии, включает в себя «Количество обострений в год» (0,493), «Дерматологический индекс качества жизни» (-0,488), «Пол» (0,408). Можно обнаружить, что чем меньше обострений в год у пациента, тем выше уровень качества жизни, обусловленный данным заболеванием. Кроме того, женщины и мужчины по-разному переживают рецидивы заболевания и снижение качества жизни.

Фактор 8, обозначенный нами «Длительность заболевания» и объясняющий 5,204% дисперсии, включает в себя показатели «Стаж заболевания» (0,457) и «Тревожный тип отношения к болезни» (-0,377). Результаты указывают на адаптивность к заболеванию с увеличением стажа болезни, снижение тревожности.

Фактор 9, названный нами «Паранойяльность» и объясняющий 5,160% дисперсии, содержит в себе один одноименный показатель с весом -0,443. Пациенты считают, что болезнь вызвана внешней причиной, злым умыслом другого человека. Они очень скептически и осторожно относятся к разговорам о себе, лекарствам и процедурам, и приписывают любые осложнения или побочные эффекты от лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала.

Фактор 10, названный нами «Гармонический тип отношения к болезни» и объясняющий 5,070% дисперсии, содержит в себе один одноименный показатель с весом 0,589. Пациенты оценивают свою болезнь, не преувеличивая ее тяжесть, но и не преуменьшая ее, и стараются активно участвовать во всех аспектах ее успешного течения.

Таким образом, в результате данного исследования можно сделать вывод о том, что такие психологические особенности пациентов с атопическим дерматитом как психологическое благополучие, возраст, эмоциональное реагирование на болезнь, готовность к личностным изменениям, погруженность в болезнь, качество жизни, обусловленное заболеванием и различные типы отношения к болезни являются предикторами возникновения рецидивов. Соответственно, требуется специально организованная психологическая помощь для данной категории пациентов.

На основе полученных данных нами были выделены мишени психологической помощи пациентам с атопическим дерматитом. Среди них

- повышение психологического благополучия;
- повышение качества жизни и формирование установок на сохранение и улучшение здоровья;
- формирование целостного внутреннего образа здоровья за счет совершенствования навыков осознанной саморегуляции деятельности;
- формирование типов отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается;
- повышение уровня интернальности.

Психологическую помощь необходимо осуществлять как с учетом специфики заболевания (стаж, количество рецидивов, тяжесть заболевания), так и особенностей актуального психологического статуса.

Разработка программ психологической помощи пациентам с атопическим дерматитом - является задачей следующего этапа нашей работы.

### **Литература:**

1. Белугина, О.С., Скугаревский, О.А. Использование механизмов психологических защит в зависимости от степени стрессоустойчивости и длительности заболевания у пациентов с псориазом и атопическим дерматитом // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. – 2021. – Том 12. – № 4. – С. 621-621.

2. Билецкая, М.П. Мишени психологической коррекции женщин с атопическим дерматитом // *Евразийский союз ученых*. – 2017. - № 11-2 (44). – С. 22 – 24.

3. Билецкая, М. П., Голикова, М.А. Защитно-совладающее поведение мужчин и женщин с атопическим дерматитом // *Клиническая психология*. – 2019. - Т. 10, № 6. – С. 79 – 84.

4. Коркина, М.В., Марилов, В.В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // *Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова*. – 1998. – № 98(11). – С. 30-32.

5. Любан-Плоца, Б., Пельдингер, В., Креггер, Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – СПб: Изд-во СПб. научн.-иссл. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1994. – 245 с.

6. Миченко, А.В., Львов, А.Н. Атопический дерматит: аспекты психосоматических расстройств. Обзор литературы. // *Психические расстройства в общей медицине*. (под редакцией Смулевича А.Б.). – 2008. – №1. – С. 47-52.

7. Потехаев Н.Н., Данилин И.Е., Корсунская И.М. и др. Психосоматические аспекты атопического дерматита // *Врач*. – 2018. – № 29(2). – С. 16-20.

8. Страусева А.В., Кениксфест Ю. В. Современные представления о психических нарушениях у больных атопическим дерматитом // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2014. – № 12(2). – С. 274-277.

9. Тополянский, В.Д., Струковская, М.В. Психосоматические расстройства. – М.: «Медицина», 1986. – 384 с.

10. Kupfer, J., Gieler, U., Braun A., et al. Stress and Atopic Eczema // *International Archives of Allergy and Immunology*. – 2001. - Vol.124. - №1-3. – P. 353–355.

11. Hall, J., Cruser, A., Podawiltz, A., et al. Psychological Stress and the Cutaneous Immune Response: Roles of the HPA Axis and the Sympathetic Nervous System in Atopic Dermatitis and Psoriasis. // *Dermatology Research and Practice*/ - 2012. - Vol.2012. – P.11.

12. Schut, C, Weik, U, Tews, N., et al. *Psychophysiological effects of stress management in patients with atopic dermatitis: a randomized controlled trial. Acta DermatoVenereol.* - 2013. - Vol. 93. – P. 57 – 61.

13. Weidinger, S., Novak N. *Atopic dermatitis. The lancet Volume 387, Issue 10023, 12–18 March 2016, Pages 1109-1122.*

#### **Literature:**

1. Belugina, O.S., Skugarevsky, O.A. *The use of psychological defense mechanisms depending on the degree of stress resistance and duration of the disease in patients with psoriasis and atopic dermatitis // Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology.* - 2021. - Volume 12. - No. 4. - pp. 621-621.

2. Biletskaya, M.P. *Targets of psychological correction of women with atopic dermatitis // Eurasian Union of Scientists.* – 2017. - № 11-2 (44). – Pp. 22-24.

3. Biletskaya, M. P., Golikova, M.A. *Protective and coping behavior of men and women with atopic dermatitis // Clinical psychology.* - 2019. - Vol. 10, No. 6. - pp. 79-84.

4. Korkina, M.V., Marilov, V.V. *The role of psychosomatic cycles in the genesis of psychosomatic diseases // Journal. neurol. and the S.S. Korsakov Psychiat.* – 1998. – № 98(11). – Pp. 30-32.

5. Luban-Plozza, B., Peldinger, V., Kroeger, F. *Psychosomatic patient at a doctor's appointment.* - St. Petersburg: Publishing House of St. Petersburg. scientific-issl. psychoneurol. V.M. Bekhterev Institute, 1994– - 245 p.

6. Michenko, A.V., Lviv, A.N. *Atopic dermatitis: aspects of psychosomatic disorders. Literature review. // Mental disorders in general medicine. (edited by A.B. Smulevich.).* – 2008. – №1. – Pp. 47-52.

7. Potekaev N.N., Danilin I.E., Korsunskaya I.M. et al. *Psychosomatic aspects of atopic dermatitis // Doctor.* – 2018. – № 29(2). – Pp. 16-20.

8. Strauseva A.V., Kenixfest Yu. V. *Modern ideas about mental disorders in patients with atopic dermatitis // International Journal of Applied and Fundamental Research.* – 2014. – № 12(2). – Pp. 274-277.

9. Topolyansky, V.D., Strukovskaya, M.V. *Psychosomatic disorders.* - M.: "Medicine", 1986. - 384 p.

10. Kupfer J., Giler W., Brown A. et al. *Stress and atopic eczema // International Archive of Allergology and Immunology.* - 2001. - Vol.124. - №1-3. - pp. 353-355.

11. Hall J., Kruzer A., Suppressed A. et al. *Psychological stress and skin immune response: the role of the HPA axis and the sympathetic nervous system in atopic dermatitis and psoriasis. // Dermatological research and practice/* - 2012. - Vol.2012. - p.11.

12. Shut, S, Wake, U, Tews, N., etc. *Psychophysiological effects of stress management in patients with atopic dermatitis: a randomized controlled trial. The act of dermatovenerology.* - 2013. - Vol. 93. - pp.

57-61. 13. Weidinger S., Novak N. *Atopic dermatitis. The Lancet, Volume 387, Issue 10023, March 12-18, 2016, Pages 1109-1122.*