

УДК: 616.89

DOI: 10.24411/1609-2163-2018-16241

ПСИХОАЛЛЕРГОЛОГИЯ (обзор литературы)

И.Ю. ДОРОЖЕНОК

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет),
ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Москва, 119991, Россия

Аннотация. Представлен обзор области психоаллергологии на модели псевдоаллергических состояний кожной локализации по типу хронической идиопатической крапивницы. Он включает историческую справку и затрагивает ассоциированные с кожной псевдоаллергией аспекты психонейроиммунологии, расстройства личности, различные психогенные факторы, психические расстройства. Анализ представленной литературы по псевдоаллергическим состояниям кожной локализации свидетельствует о необходимости их комплексной оценки с современных позиций психосоматической медицины. Эта позиция учитывает соматический и иммунологический статус, структуру личности пациента, соматоперцептивные акцентуации (психосоматическая конституция, основные типы реагирования на стресс, включая субъективно значимые психогенные факторы), а также коморбидные психические расстройства. Актуальность изучения темы обусловлена ростом распространенности данной патологии, которая сопровождается остро-выраженным дискомфортом, неэффективностью рутинной соматотропной терапии (включающей применение обширного арсенала лекарственных средств: от новейших антигистаминных препаратов до «тяжелой артиллерии» - системных глюкокортикостероидов), существенным снижением качества жизни и трудоспособности у социально активной части взрослого населения. При этом исследователи в области аллергологии рассматривают сложившуюся ситуацию как следствие недооценки личностных и психосоматических (прежде всего – стрессогенных) факторов в манифестации и динамике кожной аллергии.

Ключевые слова: психосоматика, психоаллергология, хроническая крапивница, псевдоаллергия, стресс, расстройства личности, посттравматические стрессовые расстройства, соматоперцептивные акцентуации, соматоформные расстройства, соматизированная депрессия.

Введение. В настоящем обзоре проблемы психоаллергологии рассмотрены не в традиционно широком диапазоне, включающем теоретические обоснования психосоматических корреляций в патогенезе бронхиальной астмы, нейродермита и ряда других соматических заболеваний, а в ограниченным пространством кожного покрова стойко персистирующими аллергическими проявлениями по типу крапивницы неясной этиологии, имеющими наибольшее клиническое сходство с хронической идиопатической крапивницей. *Хроническая идиопатическая крапивница* (ХИК) характеризуется частым или ежедневным проявлением волдырей на коже, сопровождающихся зудом, длительностью не менее 6 месяцев без явных причин, таких как собственно аллергические, аутоиммунные и физические факторы внешней среды. У большинства пациентов заболевание длится от нескольких месяцев до нескольких лет, после чего редуцируется самостоятельно.

Актуальность изучения темы обусловлена ростом распространенности данной патологии, сопровождающейся остро-выраженным диском-

фортом, неэффективностью рутинной соматотропной терапии (включающей применение обширного арсенала лекарственных средств: от новейших антигистаминных препаратов до «тяжелой артиллерии» - системных глюкокортикостероидов), существенным снижением качества жизни и трудоспособности у социально активной части взрослого населения.

Историческая справка. Начиная с 19 века, когда австрийский ученый *Ferdinand Hebra* писал: «Мы по большей части остаёмся в неведении о причинах хронической крапивницы» [23], её этиология остаётся неясной для аллергологов и дерматологов 21 века. Большинство современных аллергологов считает, что хроническая крапивница провоцируется рядом «объективных» факторов: пищевые аллергены, аспирин и НПВС (нестероидные противовоспалительные препараты), лихорадка, аутоиммунные факторы, а также их сочетание. В руководстве по крапивнице 2009 года лишь вскользь утверждается, что «для эффективной коррекции процесса у некоторых пациентов стоит принимать во внимание психологические факторы» [24].

При этом исследователи в области аллергологии рассматривают сложившуюся ситуацию как следствие недооценки личностных и психосоматических (прежде всего – стрессогенных) факторов в манифестации и динамике кожной аллергии. По мнению *B.C. Broom* (2010), позиционирующему важность подбора индивидуальных психотерапевтических программ для пациентов с ХИК и сетующему на отсутствие структурированных исследований, сравнивающих эффективность медикаментозного (соматотропного) и психотерапевтического лечения, в первой половине 20 века, с появлением психоанализа, происходит открытие механизмов психологической защиты [6], а в 1940-х и 50-х годах возникает значительный интерес к взаимосвязи психодинамических и аллергических процессов [4].

С развитием иммунологии как клинической дисциплины в последние годы доминирует биомедицинская модель крапивницы. Разочарование в идеях психоанализа приводит к тому, что гипотеза психосоматической этиологии крапивницы (ассоциируемая исключительно с психоанализом) трактуется аллергологическим сообществом как маргинальная.

В то же время, еще в середине 20 века *J.H. Stokes* (1940) утверждал, что психологические факторы должны приниматься во внимание наряду с наследственными, физиологическими, бактериологическими, иммунологическими и другими патогенными и защитными факторами [21]. *D.T. Graham et.al.* [10] изучили 30 сходных клинических случаев крапивницы, имеющей четкую корреляцию между личностными особенностями, сосудистыми реакциями кожи и крапивницей.

Психонейроиммунология. Междисциплинарная группа испанских исследователей под руководством профессора *J. Montoro* в работе «Стресс и аллергия» (2009) [17] приводит основы биологического направления психодерматологии – психонейроиммунологии. Ответом организма на стресс, то есть угрозу существованию и удовлетворению потребностей, является мобилизация физиологических и психологических ресурсов, то есть, стресс характеризует дисбаланс между потребностями организма и возможностью их удовлетворения. Стрессовыми являются те ситуации, которые влекут за собой ощущение неконтролируемой опасности; отсутствие возможности осуществлять привычную деятельность; изменения в жизни, требующие личной адаптации; неопределенность, напри-

мер, в случае принятия важного решения.

Вышеописанное состояние при персистенции приводит к хроническому стрессу, который воздействует на различные системы и органы. Результаты различных исследований свидетельствуют о том, что у группы лиц, имеющих наследственную предрасположенность, хронический стресс, с одной стороны, может способствовать появлению аллергии, с другой стороны, осложнять лечение уже имеющегося аллергического заболевания.

Степень активации нейроэндокринной системы в качестве начальной реакции на стресс, а также интенсивность и длительность ответа индивидуальна. Если стрессовая ситуация кратковременна (несколько часов или дней), то редко будут развиваться пагубные последствия. При хроническом стрессе адаптационные механизмы истощаются.

С точки зрения аллергологии, эффекты и последовательные события в центральной нервной, вегетативной нервной и иммунной системах тесно взаимосвязаны посредством нейротрансмиттеров, цитокинов и гормонов. ЦНС воздействует на иммунную систему с помощью медиаторов (ацетилхолин, норадреналин, серотонин, гистамин, глутаминовая кислота, γ -Аминомасляная кислота), нейропептидов (адреноректорикотропный гормон, пролактин, вазопрессин, брадикинин, соматостатин, субстанция *P*, нейропептид *Y*, энкефалин, эндорфин), неврологических факторов роста (фактор роста нейронов) и гормонов (адреналин и кортикоиды). В свою очередь, иммунная система модулирует функции нервных клеток с помощью цитокинов (фактор некроза опухоли α (*TNF- α*), трансформирующий фактор роста- β (*TGF- β*), хемокины, интерферон и оксид азота. Большинство иммунных клеток имеют поверхностные мембранные рецепторы для нейромедиаторов, нейропептидов и гормонов. Их активность соответственно может регулироваться через указанные рецепторы в результате прямого или опосредованного воздействия цитокинов, что вызывает активацию ЦНС.

Воздействие стрессовой ситуации приводит к активации гипоталамо-паравентрикулярного ядра, который секретирует кортикотропин-рилизинг-гормон (*CRH*), и норадреналин продуцирующего центра - голубого пятна, который, в свою очередь, также активируется *CRH*. *CRH* активирует гипоталамо-гипофизарную ось, вызывая секрецию АКТГ передней долей гипофиза. Этот гормон, в свою очередь, активирует

секрецию кортикоидов коры надпочечников и катехоламинов (адреналина и норадреналина) мозгового вещества. С другой стороны, голубое пятно секретирует норадреналин, активирующий симпатическую нервную систему, а также высвобождает норадреналин в симпатические нервные окончания. Катехоламины и кортикоиды подавляют производство *IL-12* (интерлейкин) с помощью антиген-представляющих клеток, которые являются основой *Th1* (Т-хелпер) клеток в ответе индуцирующего стимула, в то время как кортикоиды оказывают непосредственное влияние на клетки *Th2*, увеличивая производство интерлейкинов *IL-4*, *IL-10* и *IL-13*. Все это приводит к возникновению дисбаланса *Th1 / Th2* в пользу *Th2* клеточно-опосредованного ответа, с дисрегуляцией нейроиммунологических гомеостатических механизмов, вторичных для хронического стресса, который, в конечном счете, влияет на экспрессию цитокинов и вызывает «аллергическую» воспалительную реакцию.

Авторы приводят исследование детей и их семьи с историей атопии, с целью изучения влияния материнского стресса в первые 2-3 месяца жизни ребенка на иммунный ответ младенцев. Результаты показали, что раннее воздействие стресса может вызвать изменения в иммунном ответе среди восприимчивых детей – повышение *Th2*-опосредованного воспалительного ответа. Предположительно, хронический стресс матери с чрезмерной и устойчивой секрецией кортизола может повлиять на дифференцировку *Th1 / Th2* как у плода, так и у новорожденного младенца, и способен увеличить восприимчивость к аллергическим заболеваниям у генетически предрасположенных лиц.

В исследованиях *H. Kimata* (2005) показано, что опыт с релаксацией, (прослушивание классической музыки, приятные переживания), примерно на 30 минут изменяют поведение иммунных клеток у пациентов с аллергией, по сравнению с привычным состоянием. Происходит преобразование ответа типа *Th2* в ответ типа *Th1*, а также снижение ответа на аллерген-тест уколом и снижение активности нейротрофина. Те же авторы описали противоположную ситуацию, в которой пациенты с атопическим дерматитом подвергаются стрессовым ситуациям, таким как борьба с противником в видеоиграх в течение 2 часов, или повторные телефонные звонки с различными инцидентами в течение 30 минут. Здесь происходит повышение активности нейротрофинов, *Th2* цитокина, нейрпептида [12].

Личность. В работах, выполненных в русле психоанализа, искаженное формирование границы между Я и окружающей средой у ребенка считается источником возникающих впоследствии патохарактерологических нарушений, а также некоторых кожных и аллергических заболеваний. Широкое развитие получили модели личностной специфичности, делающие акцент на совокупности личностных черт, «специфичной» для ряда психосоматических симптомов. Изучение связи отдельных типов характера с соматическими нарушениями при атопическом дерматите велось в рамках концепций «конstellации личностных черт» Ф. Данбар (1943), «атопического больного» Ф. Александер (1950) и др.

C.S. Koblenzer (2004) считает, что специалисты в области психосоматики 1940-50-х годов были склонны «выискивать» определенные эмоциональные темы или «бессознательные конфликты личности», типичные для каждой болезни. Желание найти чистые, обобщенные, «ядерные» психодинамические и аффективные темы, характеризующие определенное физическое заболевание, было, по мнению автора, весьма редуционистским и слишком грубым, чтобы иметь пользу для конкретного пациента [13]. Консенсус Европейского общества психодерматологов в начале 21 века рассматривает кожу как орган, наиболее уязвимый для стрессогенного воздействия благодаря сочетанию ряда факторов: генетическая и конституциональная предрасположенность; эмоциональные воздействия, опосредуемые центральной нервной системой; интрапсихические процессы, включающие самооценку, индивидуальность, эротицизм; склонность к конверсии под влиянием психогений; социальная стигматизация.

Несмотря на распространенность попыток выделения единого профиля личности лиц с определенным типом кожной патологии, подобное видение остается упрощенным: на практике, не существует единого профиля «атопической», «аллергической» личности, которая реагировала бы идентичным образом на стресс, провоцируя кожное либо аллергическое заболевание.

В современных работах выделяются лишь отдельные личностные кластеры либо паттерны реагирования на стресс при крапивнице. Так, обсессивно-компульсивное и тревожное расстройства личности могут выступать в качестве предрасположения как к крапивнице, так и психическим расстройствам по Оси I, под негативным воздействием механизмов совладания

со стрессовыми жизненными ситуациями или ведущих когнитивных нарушениях в виде неверного толкования различных событий, «не являющихся на самом деле стрессогенными» [22]. Пациенты с крапивницей оказались менее доминантными, более интрапунитивными и более невротичными, чем представители контрольной группы [14].

Несколько исследований использовали *NEO-Five Factor Inventory*, который создан для измерения «большой пятерки» черт личности: нейротизм, экстраверсия, поиск новизны, конформность, добросовестность. У пациентов с ХИК отмечался значительно более высокий уровень нейротизма [15] и более низкий уровень экстраверсии [8], чем у здоровых лиц. Группа турецких исследователей с помощью опросника *Temperament and Character Inventory (TCI) (Cloninger)* у 70 пациентов с ХИК выявили более высокие показатели поиска новизны, расточительности и низкие - нерешительности, кооперативности, социального принятия, эмпатии, готовности помочь, сострадания, добродетельности/щепетильности и самостоятельности, чем у 60 здоровых субъектов группы сравнения [9].

Психогенные факторы. В целом ряде исследований середины прошлого века отмечалось влияние психогенных факторов на развитие крапивницы более, чем в половине случаев. *K. Czubalski u E. Rudzki* (1977) отмечают, что «фрустрирующие ситуации» ассоциированы в 80% случаев с дермографизмом и в 75% с адренергической крапивницей.

В современных работах уделяется большое внимание связи ХИК с *посттравматическим стрессовым расстройством* (ПТСР) на основании предположения, что после пережитой психотравмирующей ситуации у человека может развиться ПТСР, способное вызвать нарушения в функционировании иммунной системы. Последнее, в свою очередь, приводит к повышенной восприимчивости организма, способствуя обострению различных соматических заболеваний [5]. В ряде исследований в качестве отдельной клинической формы выделяется психогенная крапивница [19]. Полученные данные в работе А.А. Прибыткова, Е.А. Орловой (2014) свидетельствуют о возможности отграничения психогенной крапивницы от иных клинических форм хронической крапивницы по следующим критериям: манифестация кожных проявлений после психогении, высокий уровень тревожных расстройств, преобладание проявлений зуда над собственно кожными симптомами крапивницы,

повышение концентрации субстанции *P* - биологического маркера (по мнению авторов) психогенной крапивницы [2].

В исследовании *Man Cheung Chung, Christine Symons, Jane Gilliam, Edward R. Kaminski* (2010) 100 пациентов с ХИК и 60 пациентов с аллергией (группа контроля) была продемонстрирована связь ХИК с ПТСР. 34% пациентов с ХИК и 18% с аллергией имели диагностические критерии ПТСР. Авторами сделан предварительный вывод о том, что кататимные травматические воспоминания и эмоции могут реализовываться через кожу, в частности проявляясь ХИК у некоторых пациентов, а также способствовать развитию коморбидных психических расстройств, которые в свою очередь связаны с ПТСР и чертами нейротизма. Психотравмирующие ситуации, перенесенные пациентами включали: внезапную смерть близкого человека, опасные для жизни травмы или болезни, жестокое обращение в детстве, физическое насилие во взрослом возрасте, серьезные аварии. Пациенты с ХИК и ПТСР значительно были больше подвержены стрессу (благодаря повышенному нейротизму), тяжелее переносили соматические заболевания, имели более высокий уровень тревоги и социальной дезадаптации, оказались значительно более интровертированными. ПТСР может увеличить риск развития различных идиопатических соматических расстройств, необъяснимых другими медицинскими причинами, проявления которых часто ведут к снижению функционирования [7].

Madhulika A. Gupta, MD, Aditya K. Gupta (2012) в работе «Хроническая идиопатическая крапивница и посттравматическое стрессовое расстройство: нераспознанная коморбидность» приводят клинические случаи ХИК у пациентов с ПТСР, причинами которого выступали: повторное ограбление магазина, где работала пациентка 45 лет; конфликты с начальником двух пациенток 52 и 60 лет и с сожителем пациентки 35 лет, ассоциативно напомнившие о домашнем сексуальном насилии в детстве; вооруженное нападение на мужчину 38 лет, побывавшем в плену во время войны на Среднем Востоке (с локализацией аллергических высыпаний в местах старых шрамов от пыток в плену). У всех пациентов была диагностирована ХИК без выявленного соматического этиологического фактора. Также у всех пациентов удалось достигнуть ремиссии крапивницы после лечения ПТСР [11].

Коморбидные психические расстройства. В работе *Paul Matussek, Dorothee Agerer,*

Georg Seibt (1983) из 214 пациентов с аллергическими заболеваниями у 172 (49 мужчин, 123 женщины) пациентов выявлены депрессии (монополярная эндогенная, биполярная эндогенная, невротическая). Авторы приводят статистически обоснованные выводы: различные аллергические заболевания могут быть обусловлены более единообразными психодинамическими процессами, чем различные формы депрессий; монополярная депрессия увеличивает частоту аллергических расстройств не только у женщин, но и у мужчин, причем мужчины чаще страдают аллергической экземой [16].

Проведенное *К. Preston* обследование 1115 пациентов дерматологической клиники, выявило проявления депрессии у 70% пациентов с экземой и дерматитами и у 84% больных хронической крапивницей [18]. *F. Uguz, B. Engin, E. Yilmaz* (2008) из 89 пациентов с ХИК у 44 (49,4%) диагностировали по крайней мере одно расстройство по оси I: обсессивно-компульсивное расстройство (25,8%), большое депрессивное расстройство (13,5%), дистимия (9,0%), социофобия (9,0%) [22]. По данным немецких исследователей, среди пациентов с ХИК уровень коморбидности с психическими расстройствами составляет от 35 до 60%. Авторы, обследовав 100 пациентов с ХИК, у 48% выявили одно и более психическое расстройство. Наиболее распространенными были тревожные расстройства (30%), за ними шли депрессивные и соматоформные расстройства (по 17%), расстройство адаптации (4%), ПТСР (3%), злоупотребление алкоголем (3%), ипохондрия, ОКР (по 2%), алкогольная зависимость и злоупотребление ПАВ (по 1%). Среди расстройств

тревожного спектра наиболее часто встречалась агорафобия (15%). Спектр депрессивных расстройств был представлен рекуррентным депрессивным расстройством и дистимиями, в то время как соматоформные расстройства включали соматизированные расстройства, соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы и недифференцированное соматоформное расстройство [20].

Заключение. Анализ представленной литературы по псевдоаллергическим состояниям кожной локализации свидетельствует о необходимости их комплексной оценки с современных позиций психосоматической медицины [3], учитывающей соматический и иммунологический статус, структуру личности пациента, соматоперцептивные акцентуации (психосоматическая конституция, основные типы реагирования на стресс, включая субъективно значимые психогении), а также коморбидные психические расстройства [1]. Накопленный за два десятилетия опыт работы психодерматологической группы в составе специалистов ведущих московских университетских клиник, научных и научно-практических центров дерматологического, аллергологического и психиатрического профиля, тесно сотрудничающих с авторитетными отечественными и зарубежными исследователями в области психосоматики, свидетельствует об эффективности междисциплинарного взаимодействия в диагностике и успешном купировании псевдоаллергических состояний кожной локализации, а также о перспективности серьезных научных разработок данного направления.

PSYCHOALLERGOLOGY (review)

I.Y. DOROZHENOK

The Sechenov First Moscow State Medical University, Trubichkay Str., 8, Moscow, 119991, Russia

Abstract. A review of the field of psychoallergology on the model of pseudo-allergic conditions of skin localization by type of chronic idiopathic urticaria is presented. It includes historical background and covers aspects of psychoneuroimmunology, personality disorders, various psychogenic factors, mental disorders associated with skin pseudoallergy. The analysis of the literature on pseudo-allergic conditions of skin localization indicates the need for their comprehensive assessment from the modern standpoint of psychosomatic medicine. This position takes into account the somatic and immunological status, the patient's personality structure, somatoperceptual accentuation (psychosomatic constitution, the main types of stress response, including subjectively significant psychogenic factors), as well as comorbid mental disorders. The relevance of studying the topic is due to the increasing prevalence of this pathology, which is accompanied by acute discomfort, ineffective routine somatotropic therapy (including the use of an extensive arsenal of

drugs: from the latest antihistamine drugs to “heavy artillery” - systemic glucocorticosteroids) the active part of the adult population. At the same time, researchers in the field of allergology consider the current situation as a result of underestimation of personal and psychosomatic (first of all - stressful) factors in the manifestation and dynamics of skin allergies.

Key words: psychosomatics, psychoallergology, chronic urticaria, pseudoallergy, stress, personality disorders, PTSD, somatoperceptual accentuation, somatoform disorders, somatized depression.

Литература

1. Дороженок И.Ю. Психические расстройства. Новая косметология. «Косметика и медицина». Москва, 2018. С. 444–457.
2. Прибытков А.А., Орлова Е.А. Психогенная крапивница: вопросы диагностики и оптимизации терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 6. С. 21–26.
3. Смудевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Психодерматологические расстройства. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое. М.: ГЭОТАР-Медицина, 2013. С. 406–413.
4. Abrahamson H.A. Psychodynamics and the allergic patient. Saint Paul and Minneapolis: The Bruce Publishing Company, 1948.
5. Altemus M., Dhabhar F.S., Yang R. Psychobiology of posttraumatic stress disorders: a decade of progress. In: Yehuda R, editor. Psychobiology of posttraumatic stress disorders: a decade of progress. Annals of the New York Academy of Sciences // Malden (Mass): Blackwell Publishing. 2006. Vol. 1071. P. 167–183.
6. Broom B.C. A reappraisal of the role of ‘mindbody’ factors in chronic urticaria // Postgrad Med J. 2010. Vol. 86. P. 365–370.
7. Chung M.C., Symons C., Gilliam J., Kaminski E.R. The relationship between posttraumatic stress disorder, psychiatric comorbidity, and personality traits among patients with chronic idiopathic urticaria // Comprehensive Psychiatry. 2010. Vol. 86. P. 55–63.
8. Chung M.C., Symons C., Gilliam J., Kaminski E.R. The relationship between posttraumatic stress disorder, psychiatric comorbidity, and personality traits among patients with chronic idiopathic urticaria // Compr Psychiatry. 2010. Vol. 51. P. 55–63.
9. Czubalski K., Rudzki E. Neuropsychic factors in physical urticaria // Dermatologica. 1977. Vol. 154. P. 1–4.
10. Graham D.T., Wolf S., Wolff H.G. Changes in tissue sensitivity associated with varying life situations and emotions; their relevance to allergy // J Allergy. 1950.
11. Gupta M. A., Gupta A.K. Chronic idiopathic urticaria and post-traumatic stress disorder (PTSD) // An

References

1. Dorojenok IYu. Psihicheskie rasstroistva. Novaya kosmetologiya. «Kosmetika i medicina» [Mental disorders. New cosmetology. "Cosmetics and medicine"]. Moscow; 2018. Russian.
2. Pribytkov AA, Orlova EA. Psihogennaya krapivnica: voprosy diagnostiki i optimizacii terapii [Psychogenic urticaria: issues of diagnostics and therapy optimization]. Nevrologiya, neiropsihiatriya, psihosomatika. 2014;6:21-6. Russian.
3. Smulevich AB, Ivanov OL, L'vov AN, Dorojenok IYu. Psihodermatologicheskie rasstroistva. Dermatovenerologiya. Nacional'noe rukovodstvo. Kratkoe [Psihodermatologichesk disorder. Dermatovenerology. National leadership. Brief]. Moscow: GEOTAR-Medicina; 2013. Russian.
4. Abrahamson HA. Psychodynamics and the allergic patient. Saint Paul and Minneapolis: The Bruce Publishing Company; 1948.
5. Altemus M, Dhabhar FS, Yang R. Psychobiology of posttraumatic stress disorders: a decade of progress. In: Yehuda R, editor. Psychobiology of posttraumatic stress disorders: a decade of progress. Annals of the New York Academy of Sciences. Malden (Mass): Blackwell Publishing. 2006;1071:167-83.
6. Broom BC. A reappraisal of the role of ‘mindbody’ factors in chronic urticaria. Postgrad Med J. 2010;86:365-70.
7. Chung MC, Symons C, Gilliam J, Kaminski ER. The relationship between posttraumatic stress disorder, psychiatric comorbidity, and personality traits among patients with chronic idiopathic urticaria. Comprehensive Psychiatry. 2010;86:55-63.
8. Chung MC, Symons C, Gilliam J, Kaminski ER. The relationship between posttraumatic stress disorder, psychiatric comorbidity, and personality traits among patients with chronic idiopathic urticaria. Compr Psychiatry. 2010;51:55-63.
9. Czubalski K, Rudzki E. Neuropsychic factors in physical urticaria. Dermatologica. 1977;154:1-4.
10. Graham DT, Wolf S, Wolff HG. Changes in tissue sensitivity associated with varying life situations and emotions; their relevance to allergy. J Allergy;1950.
11. Gupta MA, Gupta AK. Chronic idiopathic urticaria and post-traumatic stress disorder (PTSD). An

under-recognized comorbidity Clinics in Dermatology. 2012. Vol. 30. P. 351–354.

12. Kimata H. Brain-derived neurotrophic factor selectively enhances allergen-specific IgE production // Neuropeptides. 2005. Vol. 39(4). P. 379–383.

13. Koblenzer C.S. The psychiatric and psychophysiologic aspects of psychocutaneous disease: atopic dermatitis as a paradigm // Pediatric Dermatology. 2004. Vol. 21(3). P. 301.

14. Lyketsos G.C., Stratogos G.C., Tawil G. Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia // Psychother Psychosom. 1985. Vol. 44. P. 122–131.

15. Ma L.H., Tang L.Y., Luo G.Y. A survey of psychosocial factors of psychosomatic diseases // Chin J Clin Psychol. 2002. Vol. 10. P. 266–269.

16. Matussek P., Agerer D., Seibt G. Allergic Disorders in Depressive // Comprehensive Psychiatry. 1983. Vol. 24. P. 25–34.

17. Montoro J., Mullol J., Jáuregui I., Dávila I., Ferrer M., Bartra J., A del Cuvillo, Sastre J., Valero A., Stress and allergy // Journal Investig Allergol Clin Immunol. 2009. Vol. 19. P. 40–47.

18. Preston K. Depression and skin disease // Med J Aus. 1969. Vol. 1. P. 326–332.

19. Sachdeva S., Gupta M., Amin S., Tahseen M. Chronic urticarial // Indian J Dermatol. 2011. Vol. 56(6). P. 622–628.

20. Staubach P., Dechene M., Metz M., Magerl M., Siebenhaar F., Weller K., Zezula P., Eckhardt-Henn A., Maurer M. High Prevalence of Mental Disorders and Emotional Distress in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria // Acta Derm Venereol. 2011. Vol. 91. P. 557–561.

21. Stokes J.H. The personality factor in psychoneurogenous reactions of the skin // Arch Derm Syphilol. 1940. Vol. 42. P. 780–801.

22. Uguz F., Engin B., Yilmaz E. Axis I and Axis II diagnoses in patients with chronic idiopathic urticaria // Psychosom Res. 2008. Vol. 64. P. 225–229.

23. Warin R.P., Champion R.H. Urticaria. London: W.B. Saunders Company Ltd, 1974.

24. Zuberbier T., Asero R., Bindslev-Jensen C. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria // J Allergy. 2009. Vol. 64 (10). P. 1427–1443.

under-recognized comorbidity Clinics in Dermatology. 2012;30:351-4.

12. Kimata H. Brain-derived neurotrophic factor selectively enhances allergen-specific IgE production. Neuropeptides. 2005;39(4):379-83.

13. Koblenzer CS. The psychiatric and psychophysiologic aspects of psychocutaneous disease: atopic dermatitis as a paradigm. Pediatric Dermatology. 2004;21(3):301.

14. Lyketsos GC, Stratogos GC, Tawil G. Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. Psychother Psychosom. 1985;44:122-31.

15. Ma LH, Tang LY, Luo GY. A survey of psychosocial factors of psychosomatic diseases. Chin J Clin Psychol. 2002;10:266-9.

16. Matussek P, Agerer D, Seibt G. Allergic Disorders in Depressive. Comprehensive Psychiatry. 1983;24:25-34.

17. Montoro J, Mullol J, Jáuregui I, Dávila I, Ferrer M, Bartra J, A del Cuvillo, Sastre J, Valero A. Stress and allergy. Journal Investig Allergol Clin Immunol. 2009;19:40-7.

18. Preston K. Depression and skin disease. Med J Aus. 1969;1:326-32.

19. Sachdeva S, Gupta M, Amin S, Tahseen M. Chronic urticarial. Indian J Dermatol. 2011;56(6):622-8.

20. Staubach P, Dechene M, Metz M, Magerl M, Siebenhaar F, Weller K, Zezula P, Eckhardt-Henn A, Maurer M. High Prevalence of Mental Disorders and Emotional Distress in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria. Acta Derm Venereol. 2011;91:557-61.

21. Stokes JH. The personality factor in psychoneurogenous reactions of the skin. Arch Derm Syphilol. 1940;42:780-801.

22. Uguz F, Engin B, Yilmaz E. Axis I and Axis II diagnoses in patients with chronic idiopathic urticaria. Psychosom Res. 2008;64:225-9.

23. Warin RP, Champion RH. Urticaria. London: W.B. Saunders Company Ltd; 1974.

24. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. J Allergy. 2009;64(10):1427-43.

Библиографическая ссылка:

Дороженок И.Ю. Психоаллергология (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. 2018. №4. С. 23–29. DOI: 10.24411/1609-2163-2018-16241