

7. *Fiocchi A, Dahdah L, Albarini M, Martelli A.* Cow's Milk Allergy in Children and Adults. *Chem. Immunol. Allergy.* 2015; 101: 114–123.

8. *Meyer R, Groetch M, Venter C.* When Should Infants with Cow's Milk Protein Allergy Use an Amino Acid Formula? A Practical Guide. *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2017; Available online Nov 3; pii: S2213–2198 (17) 30727-4.

9. *Akdis CA, Akdis M, Bieber T, Bindslev-Jensen C, Boguniewicz M, Eigenmann P, Hamid Q, Kapp A, Leung DY, Lipozencic J, Luger TA, Muraro A, Novak N, Platts-Mills TA, Rosenwasser L, Scheynius A, Simons FE, Spergel J, Turjanmaa K, Wahn U, Weidinger S, Werfel T, Zuberbier T.* Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. *Allergy.* 2006; 61: 969–987.

10. *Lee JM, Yoon JS, Jeon SA, Lee SY.* Sensitization patterns of cow's milk and major components in young children

with atopic dermatitis. *Asia Pac. Allergy.* 2013; 3 (3): 179–185.

11. *Levy SA, Dortas Junior SD, Pires AH, Abe AT, Valle SO, Coelho VP, Hahnstadt LR, Franca AT.* Atopy patch test (APT) in the diagnosis of food allergy in children with atopic dermatitis. *An. Bras. Dermatol.* 2012; 87 (5): 724–728.

12. *Nakano T, Shimoto N, Morita Y, Arima T, Tomiita M, Kohno Y.* Sensitization to casein and beta-lactoglobulin (BLG) in children with cow's milk allergy (CMA). *Arerugi.* 2010; 59 (2): 117–122.

13. *Chen FM, Lee JH, Yang YH, Lin YT, Wang LC, Yu HH, Chiang BL.* Analysis of a-lactalbumin-, b-lactoglobulin-, and casein-specific IgE among children with atopic diseases in a tertiary medical center in northern Taiwan. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection.* 2014; 47: 130–136.

14. *Pourpak Z, Farhoudi A, Mahmoudi M, Movahedi M, Ghargozlou M, Kazemnejad A, Eslamnoor B.* The role of cow milk allergy in increasing the severity of atopic dermatitis. *Immunol. Invest.* 2004; 33 (1): 69–79.

© Коллектив авторов, 2018

DOI: 10.24110/0031-403X-2018-97-2-38-43  
<https://doi.org/10.24110/0031-403X-2018-97-2-38-43>

*В.А. Ревякина, Е.В. Иванова, Е.Д. Кувшинова, И.А. Ларькова*

## ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», отделение аллергологии, Москва, РФ



В статье представлены данные психологического обследования детей с атопическим дерматитом (АтД), резистентных к проводимой традиционной терапии. Выявлена связь между психологическим смыслом болезни, который он приобретает для всей семьи в целом, и резистентностью АтД к процессу лечения. Квалифицированы психологические факторы семейного уровня, влияющие на течение АтД и делающие болезнь резистентной к лечению.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, дети, психологические факторы, резистентность к лечению.

**Цит.:** В.А. Ревякина, Е.В. Иванова, Е.Д. Кувшинова, И.А. Ларькова. Влияние семейных психологических факторов на течение атопического дерматита у детей. *Педиатрия.* 2018; 97 (2): 38–43.

*V.A. Revyakina, E.V. Ivanova, E.D. Kuvshinova, I.A. Larkova*

## INFLUENCE OF FAMILY PSYCHOLOGICAL FACTORS ON ATOPIC DERMATITIS COURSE IN CHILDREN

Federal Research Institute of Nutrition and Biotechnology, Allergology Department, Moscow, Russia

The article presents data of a psychological examination of children with atopic dermatitis (AtD), resistant to conventional therapy. The study revealed connection between the disease psychological meaning for the family in general, and AtD resistance to the treatment process. Authors qualified

### Контактная информация:

*Ревякина Вера Афанасьевна* – д.м.н., проф., зав. отделением аллергологии Клиники ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»  
**Адрес:** Россия, 109240, г. Москва, Устьинский проезд, 2/14  
**Тел.:** (495) 698-53-60, **E-mail:** 5356797@mail.ru  
 Статья поступила 26.02.18, принята к печати 21.03.18.

### Contact Information:

*Revyakina Vera Afanasyevna* – MD., prof., head of Clinic Allergology Department, Federal Research Institute of Nutrition and Biotechnology  
**Address:** Russia, 109240, Moscow, Ustinskyproezd, 2/14  
**Tel.:** (495) 698-53-60, **E-mail:** 5356797@mail.ru  
 Received on Feb. 26, 2018, submitted for publication on Mar. 21, 2018.

psychological factors of the family level that affect AtD course make the disease resistant to treatment.

**Keywords:** atopic dermatitis, children, psychological factors, resistance to treatment.

**Quote:** V.A. Revyakina, E.B. Ivanova, E.D. Kuvshinova, I.A. Larkova. Influence of family psychological factors on atopic dermatitis course in children. *Pediatrics*. 2018; 97 (2): 38–43.

Атопический дерматит (АтД) сохраняет свою высокую актуальность среди детей разных возрастных групп [1–3]. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, как правило, с ранним дебютом развития. Симптомы болезни могут сохраняться на протяжении многих лет, доставляют немало страданий больному ребенку, их родителям и близким родственникам. Возникает АтД преимущественно у детей с наследственной предрасположенностью к атопии, часто предшествует манифестации бронхиальной астмы, аллергического ринита [3, 4].

АтД относится к мультифакториальным заболеваниям, и его развитие тесно связано с дисфункцией иммунной системы и дефектом кожного барьера [5]. Больные АтД подвергаются постоянному воздействию пищевых, ингаляционных, микробных аллергенов, инициирующих иммунный ответ по Th2-типу [6, 7]. Необходимо учитывать, что кожа – это важный орган, выполняющий важную роль в поддержании динамических процессов в иммунной системе, достаточно быстро реагирующий на факторы окружающей среды, дисфункцию внутренних органов и систем организма (нервной, пищеварительной). Поражение кожных покровов часто рассматривают в контексте с психосоматическими заболеваниями, поэтому психологические факторы: особенности стиля жизни, диктуемые болезнью, необходимость поддерживать соблюдение определенного режима и диеты, преморбидная структура личности больных детей, специфика отношения всей семьи к возникшему заболеванию могут существенно влиять на эффективность терапии. В этой связи изучение психогенных факторов и поиск адекватной психологической коррекции у детей, резистентных к традиционной терапии АтД, приобретают большое значение.

Для реализации поставленной цели в настоящем исследовании были изучены характер семейных взаимоотношений и личностные особенности детей с АтД с различным ответом на проводимую терапию, а также выявление психологического смысла болезни в контексте семейных взаимоотношений.

#### Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 80 больных АтД (41 девочка и 39 мальчиков) в возрасте от 5 до 8 лет. В исследовании приняли участие также 80 матерей и 49 отцов, т.е. 49 полных и 31 неполных семей (ребенок воспитывался только одной матерью).

В соответствии с клинической картиной АтД и динамикой симптомов у детей в процессе лечения выделены 3 группы детей.

В 1-ю группу вошли 48 детей (30 девочек, 18 мальчиков), 19 семей неполных. У 42 (87%) больных первые проявления болезни отмечались с 2–3 месяцев жизни, течение болезни рецидивирующее с короткими периодами ремиссии. Кожные проявления имели локализацию в области локтевых, коленных сгибах, боковой стороне лица и тыльной стороны кистей. Во 2-ю группу вошли 23 ребенка (9 мальчиков, 14 девочек), 12 семей неполных. Кожные проявления были распространенными, с поражением верхних и нижних конечностей, лица, туловища. Течение болезни тяжелое с выраженным зудом кожных покровов и плохим сном. 3-ю группу составили 9 детей (7 мальчиков и 2 девочки) с легким течением АтД, все семьи полные.

**1. Клинический осмотр.** При оценке клинических симптомов АтД обращали внимание на следующие признаки: эритема или гиперемия, отек, образование папул, мокнутие/корки, эскориации, лихенификация, сухость. Кожные высыпания при АтД были полиморфными, сопровождалась интенсивным зудом, развитием эскориаций, трещин и новых папул в результате расчесывания кожи. Именно зуд и сухость кожи, приносят невероятные страдания больному, нарушают качество его жизни. Ощущение зуда, связанное с кожной стимуляцией, формируется с помощью рецепторов, расположенных в свободных нервных окончаниях кожи. Лиганды кожного зуда (пруритогены, например, разнообразные вещества, выделяемые активированными Т-клетками, тучными клетками, эозинофилами) приводят к возбуждению кожных рецепторов, увеличивают их потенциал [8]. Импульсы кожного зуда передаются в мозг по периферическим нервным волокнам. Мозг получает информацию и индуцирует ответную кожную реакцию. При развитии АтД происходит специализация нервных волокон, непосредственно отвечающих за ощущение зуда. Чем больше больной чешет кожу, тем больше формируется специализированных нервных волокон. Этот процесс называется периферийной сенсibilизацией, он влечет за собой центральную сенсibilизацию, происходящей непосредственно в головном мозге.

**2. Процедура исследования.** Наблюдение за ребенком и его родителями осуществляли в амбулаторных условиях и в обычной для них домашней обстановке. Первоначально после осмотра ребенка врачом аллергологом родители с ним приглашались на беседу с психологом, цель которой получить психологические рекомендации по поводу обращения с больным ребенком. После окончания предварительной беседы

проводили психологическое обследование. Это давало возможность оценки поведения ребенка, характера взаимоотношений родителей–ребенка между собой и врачом, реакции ребенка и родителей на болезнь. Всего психолог встречался с каждой семьей от 5 до 6 раз. После завершения исследования родителям в мягкой, недерективной форме давали советы по воспитанию и обращению с ребенком.

**3. Клиническая беседа с родителями.** Выясняли анамнез и историю болезни, предлагали дать описание отношения родителей к поведению и характеру ребенка во время обострения болезни, ходит ли ребенок в детский сад или воспитывается в домашних условиях, кто помимо матери занимается воспитанием ребенка, каков состав и каковы взаимоотношения в семье.

**4. Клиническую беседу с ребенком** проводили в присутствии родителей и без них. Она включала в себя игровые компоненты (рисование, рассмотрение картинок и др.), выясняли любимые занятия и увлечения ребенка.

**5. Проективные рисуночные методики.** Анализу подвергали структуру рисунка семьи (состав семьи, расположение членов семьи); особенности нарисованных фигур (размер, количество деталей, декорирование, количество использованных цветов, особенности описания различных частей тела); процесс рисования (последовательность, стирание, возвращение к уже нарисованным объектам и др.).

**6. Цветовой тест отношений.**

**7. Модифицированный вариант методики КИСС.**

**8. Протективные родительские сочинения** на темы: «Портрет моего ребенка», «Я как родитель», «Болезнь моего ребенка».

**9. Анкета, направленная на выявлении типов семейного воспитания (АСВ).**

**10. Модифицированный вариант методики «Дембо-Рубинштейн».**

**11. САТ (метод тематической апперцепции по Беллаку).**

Для получения целостного представления о структуре и содержании семейных взаимоотношений в ситуации болезни ребенка разработана специальная модель диагностического анализа, которая включала оценку:

- 1) отношение родителей к ребенку;
- 2) отношение ребенка к родителям;
- 3) ожидаемое отношение со стороны родителей;
- 4) отношение ребенка к болезни;
- 5) воздействие болезни на ребенка;
- 6) воздействие болезни на родителей;
- 7) отношение родителей к болезни.

### Результаты и их обсуждение

Под наблюдением находились 80 больных АтД в возрасте от 5 до 8 лет. В 90% случаев в силу разных причин (супруги в разводе, отец редко бывает дома, мать сама отстраняет отца от ребенка и др.) воспитанием ребенка занималась в основном мать. Поэтому исследование детско-родительских отношений было сконцентрировано на анализе отношений «мать–дитя».

Психологический смысл болезни определялся главным образом позициями матери и ребен-

ка в семейных отношениях. Значимость смысла болезни для семьи приводит к образованию внутрисемейной триады «мать–болезнь–ребенок», которая обеспечивает прочность всей структуры в целом. При этом динамика симптомов заболевания и неодинаковый ответ больных на проводимую терапию существенно зависят от психологического смысла болезни в контексте семейных взаимоотношений. Выделяют «условно позитивный» смысл болезни, при котором болезнь становится «условно желательной», как для матери, так и для ребенка, являясь для них средством общения. В таких случаях заболевание приобретает хроническое течение (симптомы болезни остаются постоянными, несмотря на проводимую терапию). «Противоречивый смысл» болезни, при котором заболевание для матери является средством уйти от контакта, а для ребенка остается единственным способом общения. В этом случае заболевание приобретает тяжелое, непрерывно-рецидивирующее течение и становится высокорезистентным к лечению. Когда болезнь не обладает значимостью в семейных отношениях, триада с болезнью не формируется. Больные хорошо отвечают на терапию, течение болезни легкое.

Представленная модель диагностики психогенных факторов, влияющих на течение болезни, позволяет выделить основные звенья, на которые должна быть направлена психологическая коррекция в семейной терапии и выработать эффективные методы психологического воздействия на ребенка.

Обобщенный анализ вышеприведенных методик исследования психологического смысла болезни в контексте семейных взаимоотношений показал, что существующие типы взаимодействия «мать–дитя», влияющие на динамику заболевания в процессе лечения, связаны с тем смыслом, который приобретает болезнь для всей семьи в целом. Болезнь приобретает характер «условной желательности» не только для ребенка, но и для остальных членов семьи и рассматривается как единое целое. В том случае, когда заболевание падает на «благоприятную почву» (зона семейных конфликтов, неудовлетворенные потребности и желания), оно как бы притягивает к себе часть потребностей и желаний, создавая возможности для искаженных способов их удовлетворения. Механизмы обретения болезнью роли смысловой регуляции взаимоотношений лежат в сфере бессознательного. Мать никогда не согласится с тем, что болезнь ребенка выгодна для нее, позволяя удерживать его возле себя, а ребенок не понимает, что с помощью болезни он ищет родительского внимания.

В случае, когда болезнь является регулятором семейных взаимоотношений, семья как единое целое неосознанно стремится к тому, чтобы всячески поддержать существование заболевания у ребенка. Центральная составляющая триады – болезнь может приобретать различный

## Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений

Болезнь – способ заполнения эмоционального дефицита в общении родителей и ребенка
Болезнь – способ поддержания симбиотических взаимоотношений между родителями и ребенком
Смысл болезни, который она приобретает в семье при отрицательной динамике заболевания
Взаимоотношения в семье в случае, когда болезнь не является регулятором общения между ребенком и родителями

смысл в зависимости от того, какие потребности и желания удовлетворяются в семье с помощью заболевания (см. таблицу).

### *I. Болезнь – способ заполнения эмоционального дефицита в общении родителей и ребенка*

Концентрация детей и родителей на болезни приводит к формированию у ребенка ипохондрического радикала, фиксации на болезни и переживаниях с ней связанных, что повышает резистентность заболевания к процессу лечения. В этой группе структура взаимоотношений в семье в ситуации болезни ребенка представлена следующим образом:

- 1) отношение матери к ребенку: эмоциональное неприятие и доминирующая гиперпротекция;
- 2) отношение ребенка к матери – амбивалентность;
- 3) ожидаемое отношение со стороны матери: ребенок считает, что мать относится к нему как слабому, беспомощному, некрасивому и нелюбимому;
- 4) отношение ребенка к болезни: фиксация на болезни – болезнь средство привлечения родительского внимания;
- 5) воздействие болезни на ребенка – зуд, дефекты внешности, необходимость соблюдать диету, лекарства, выполнять медицинские процедуры;
- 6) воздействие болезни на мать: необходимость ухода за ребенком;
- 7) отношение матери к болезни: болезнь используется как средство компенсации собственного эмоционального непринимаящего отношения к ребенку.

В этой группе у детей наблюдается расхождение между «Я – реальным» и «Я – идеальным». Ребенок хочет стать более сильным. «Я – образ» ребенка можно описать как больной, маленький, беспомощный, любимый. В стиле защитного реагирования – вытеснение и фиксация на болезни, неумение выражать свои чувства, наличие внутреннего конфликта: противоречие между потребностями в зависимости и желанием стать более независимым.

### *II. Болезнь – способ поддержания симбиотических взаимоотношений между родителями и ребенком*

Отношение матери к ребенку любящее, нежное, преобладающий тип воспитания – потворствующая гиперпротекция. Мать стремится удовлетворить любое желание ребенка. В данном

случае ребенок единственный источник удовлетворения нереализованной потребности в эмоциональном тепле и любви, которую мать не может удовлетворить во взаимоотношениях с супругом. Это бывает, когда родители находятся в разводе или живут вместе, но глубокая эмоциональная связь между ними давно потеряна. Поскольку ребенок – единственное человеческое существо, дарящее матери любовь и ласку, она старается сделать его полностью зависимым от себя, чтобы он всегда находился рядом. Мать неосознанно заинтересована в существовании заболевания (повод для повышенного внимания, опеки над ребенком). Лечение ребенка – главное дело в жизни матери. Такое «самозабвенное» отношение к процессу лечения грозит ребенку полностью стать жертвой несовместимых методов лечения. Хотя внешне поведение матери подчинено только одной цели – сделать ребенка здоровым, неосознанно она заинтересована в том, чтобы ее дитя оставалось слабым и болезненным. При таком взаимоотношении болезнь помогает ребенку удерживать подле себя мать, которую он боится потерять, болезнь «выгодна» ребенку. Болезнь «выгодна» родителям, которые стремятся к тому, чтобы их ребенок оставался слабым и зависимым. В данном случае образуется устойчивая триада, в которой болезнь – средство сохранения симбиоза между матерью и ребенком. Такой симбиоз образуется обычно между матерью и сыном. При стремлении к симбиозу концентрация родителей и детей на болезни ребенка приводит к формированию ипохондрического радикала, фиксации на болезни и переживаниях с ней связанных, что повышает резистентность заболевания к процессу лечения. Структура взаимоотношений следующая:

- 1) отношение матери к ребенку: эмоциональное принятие, потворствующая гиперпротекция, стремление сделать ребенка полностью зависимым от родителей;
- 2) отношение ребенка к матери – амбивалентность (с одной стороны, потребность в опеке и зависимости со стороны родителей, с другой – протест и желание стать более самостоятельным);
- 3) ожидаемое отношение со стороны матери: ребенок считает, что мать любит его, но оценивает как маленького, болезненного, беспомощного;
- 4) отношение ребенка к болезни: фиксация на болезни, болезнь – способ удержания возле себя матери, которую ребенок боится потерять;
- 5) воздействие болезни на ребенка – зуд, дефек-

ты внешности, необходимость соблюдать диету, лекарства, выполнять медицинские процедуры;

6) воздействие болезни на мать: необходимость ухода за ребенком;

7) отношение матери к болезни: фиксация на болезни, болезнь – способ удержания возле себя ребенка, привязанность которого она боится потерять.

В второй группе у ребенка формируются такие личностные особенности: неприятие себя; «Я – образ»: Я больной, физически непривлекательный, плохой, неспособность выразить свои чувства (алекситимия). У ребенка отмечаются страхи физического повреждения, наказания.

### **III. Смысл болезни у больных с отрицательной динамикой заболевания**

Мать испытывает к ребенку эмоциональное неприятие. Это может быть связано с тем, что рождение ребенка было случайным (мать не хотела его иметь) или родился ребенок не того пола. Холодное отвергающее отношение выражается в игнорировании ребенка, его просто стараются не замечать до тех пор, пока он не совершит какою-нибудь проступка, заслуживающего наказания. В силу неразвитости родительских чувств у матери не возникает чувства вины или озабоченности по поводу взаимоотношений с ребенком. Болезнь требует от матери больших временных затрат и определенных усилий. Это вызывает чувство досады и негодования на ребенка. Заболевание – еще один из поводов для выражения негативного отношения к собственному ребенку. Поэтому на самом деле мать не заинтересована в эффективности медицинской помощи, хотя и не осознает этого.

### **IV. Взаимоотношения в семье в случае, когда болезнь не является регулятором общения между ребенком и родителями**

Отношение матери к ребенку – эмоциональное принимающее, с умеренным контролем и оптимальной психологической дистанцией. Чувствуя любовь и заботу со стороны матери, он отвечает ей тем же. Отношения в семье эмоционально комфортны для всех членов семьи, в которой нет неразрешимых конфликтов и противоречий. Возникшая в такой ситуации болезнь не приобретает функции регуляции семейных взаимоотношений. Нет необходимости использовать заболевание для реализации неудовлетворенных потребностей и желаний. Каждый член семьи находит возможность для самореализации в открытых и эмоционально насыщенных взаимоотношениях. Таким образом, болезнь не играет значимой роли в семье, не является объединяющим моментом семейного общения. Не образуется триада «мать–болезнь–ребенок».

1. Отношение матери к ребенку: адекватное эмоциональное принятие, умеренный контроль за поведением ребенка, оптимальная психологическая дистанция во взаимоотношениях с ребенком;

2. Отношение ребенка к матери: адекватное;

3. Ожидаемое отношение со стороны матери: ребенок считает, что мать любит его и оценивает как физически привлекательным и хорошим;

4. Отношение ребенка к болезни: отсутствие фиксации на болезни и ухода в болезнь, болезнь не играет никакой роли во взаимоотношениях с матерью;

5. Воздействие болезни на ребенка – необходимость соблюдения диеты, выполнения медицинских процедур;

6. Воздействие болезни на мать: необходимость ухода за ребенком;

7. Отношение матери к болезни: отсутствие фиксации на болезни, болезнь не играет никакой роли во взаимоотношениях с ребенком.

В данном случае родители действительно заинтересованы в выздоровлении ребенка. Благодаря этому у них и ребенка не возникает фиксации на болезни, у ребенка не формируется неблагоприятных личностных особенностей, которые могли бы вызвать резистентность к лечению.

В третьей группе (положительная динамика) при описании взаимоотношений с матерью у ребенка складываются личностные особенности: высокая самооценка, эмоциональное принятие себя ребенком, отсутствие резкой границы «Я – реальный» и «Я – идеальный», ребенок считает себя почти здоровым.

Таким образом, основной и конечной целью проводимой терапии АтД являются достижение стойкой ремиссии болезни и повышение качества жизни ребенка и всех членов его семьи. Для успешного контроля над АтД у детей необходимо предусмотреть элиминацию не только причинно-значимых пищевых аллергенов, но и психологических факторов, которые могут провоцировать обострение заболевания или поддерживать его хроническое течение [8]. Комплексный подход в лечении АтД с учетом психологических факторов позволяет контролировать течение болезни и увеличивать продолжительность ремиссии заболевания.

### **Заключение**

На основании психологического исследования была выявлена связь между смыслом болезни, который приобретает для всей семьи в целом, и резистентностью АтД к проводимому лечению. Когда болезнь имеет «положительный» смысл (условно «желательна» для ребенка и матери), образуется устойчивая триада (мать–болезнь–ребенок). Устойчивость триады обеспечивает прочность семейной структуры в целом. Течение АтД приобретает хронический характер с постоянной симптоматикой, плохо поддающейся медикаментозным воздействием.

Возможна ситуация, когда смысл болезни для семьи является «противоречивым». Для матери – это способ уйти от контакта с неприятным для нее ребенком и выразить негативное отношение к нему. Для ребенка, напротив, болезнь – единственно возможный способ общения. В этом случае связи внутри триады «мать–болезнь–ребенок» носят совсем другой характер. Ребенок пытается с помощью симптомов болезни

и жалоб обратиться на себя материнское внимание. АтД развивается в сторону нарастания тяжести симптомов. Выбранный ребенком способ контакта неудачен, он приносит противоположный результат.

Смысл болезни может быть «нейтральным» (болезнь не играет значимой роли в семейных взаимоотношениях). Если болезнь не играет большой роли в семейных взаимоотношениях, не образуется триада «мать–болезнь–ребенок» и отсутствует концентрация детей и родителей на болезни, то не возникает резистентности АтД к процессу лечения. Следует отметить, что значение заболевания в структуре семейных взаимоотношений может быть более разнообразным вследствие потенциально возможного разнообразия неудовлетворенных потребностей всех членов семьи. Выделение группы детей, в семьях которых отношения не регулируются болезнью, было особенно важным, так как достижение именно такого варианта семейных отношений является задачей психологической коррекции в случае неблагоприятной динамики кожных высыпаний в процессе лечения. Целью психологического вмешательства является устранение значимости заболевания во взаимодействии «мать–ребенок». Прямое доведение до сознания смысла болезни может вызывать сопротивление

со стороны семьи и нежелание участвовать в работе с психологом. Кроме того, насильственное разрушение триады «мать–болезнь–ребенок» может привести к неблагоприятным последствиям (семейные конфликты, ссоры и др.), поскольку неосознанные потребности, реализующиеся в отношениях через болезнь, так и останутся неудовлетворенными. Наиболее эффективным будет «переключение» смысла с болезни на что-нибудь иное, которое можно осуществить, не выводя все бессознательные переживания, связанные с болезнью, в сферу сознания. Если болезнь является средством поддержания симбиоза во взаимоотношениях «мать–ребенок», то лечение и воспитание ребенка – смысл для матери, так как ребенок – единственный для нее источник удовлетворения этой потребности в любви и нежности. В данном случае необходимо помочь матери найти новый источник удовлетворения этой потребности, расширив круг ее общения и интересов, что неизбежно приведет к расширению мотивационной сферы и обретению новых смыслов. Аналогично для ребенка: следует обогатить его представление о мире, создав более эмоциональное общение, которое было ограничено только контактом с матерью.

**Финансирование и конфликт интересов:** авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

## Литература

1. Ревякина В.А., Агафонов А.С. Атопический дерматит у детей. Современная проблема. Российский аллергологический журнал. 2008; 3: 57–61.
2. Короткий Н.Г., Тихомиров Т.А., Таганов А.В., Короткий В.Н., Тихомиров А.А. Атопический дерматит: Справочное пособие для врачей. М.: ООО, 2016: 576.
3. TNH Leung, CM Chow, MPY Chow, DCK Luk, KM Ho, KL Hon, VK Sugunan. Clinical Guidelines on Management of Atopic Dermatitis in Children. Hong Kong J. Paediatr. (new series). 2013; 18: 96–104.
4. Darsow U, Wollenberg A, Simon D, Taïeb A, Werfel T, Oranje A, Gelmetti C, Svensson A, Deleuran M, Calza AM, Giusti F, Lübke J, Seidenari S, Ring J for the European Task Force on Atopic Dermatitis/EADV Eczema Task Force: ETFAD/
5. EADV Eczema Task Force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2010; 24: 317–328.
6. Тихомиров А.А., Короткий Н.Г., Гамаюнов Б.Н. Современные аспекты патогенеза и лечения атопического дерматита у детей. Лечащий врач. 2007; 5: 56–61.
7. Bieber T. Mechanisms of Disease Atopic Dermatitis. N. Engl. J. Med. 2008; 358: 1483–1494.
8. Barton M, Sidbury R. Advances in understanding and managing atopic dermatitis. F1000 Res. 2015; 4: pii F1000 Rev–1296.
9. Murota H, Katayama I. Exacerbating factors of itch in atopic dermatitis. Allergol. Int. 2017; 66 (1): 8–13.

