

Психодерматологические расстройства как междисциплинарная проблема: особенности диагностики на примере собственных клинических наблюдений

М.М. Тлиш^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0001-9323-4604>, tlish_mm@mail.ru

М.Е. Шавилова¹, <https://orcid.org/0000-0002-5776-6221>, marina@netzkom.ru

Н.А. Бойко², <https://orcid.org/0009-0007-5752-9780>, naboyko@bk.ru

Г.В. Романова¹, <https://orcid.org/0009-0004-1351-899X>, galina.gutovaa@gmail.com

¹ Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4

² Сити-Клиник; 350047, Россия, Краснодар, ул. Бабушкина, д. 37

Резюме

На современном этапе отмечается рост распространенности психодерматологических расстройств, при этом данная патология оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни пациентов. Наблюдающаяся двусторонняя связь между психологическим состоянием и здоровьем кожи активно изучается. Поражения кожи могут быть вызваны как первичными психиатрическими заболеваниями, так и спровоцированы их появлением. Клиническая симптоматика аутодеструктивных дерматозов может имитировать паразитарные инфекции и пиодермии, туберкулез кожи, гранулематозные и аллергические заболевания, васкулиты, лимфомы. В связи с этим пациенты первично обращаются за медицинской помощью к врачам различного профиля, что при отсутствии должной информированности специалистов нередко удлиняет диагностический поиск, приводит к прогрессированию заболевания и ухудшению качества жизни больных. Повышение осведомленности о психодерматологической коморбидности врачей первичного звена здравоохранения имеет важное значение для сокращения сроков постановки верного диагноза и своевременного направления пациентов к психиатру. В статье приводится разбор собственных клинических наблюдений пациентов с психодерматологической патологией, у которых от первичного обращения к врачу до верификации диагноза прошло более года. Поздняя диагностика сопровождалась нарастанием симптоматики с формированием выраженных деструктивных поражений кожи. Диагностический поиск также затрудняло значительное сходство клинической картины с другими заболеваниями, имеющими кожную симптоматику. При разборе представленных клинических случаев акцентируется внимание на необходимости тщательного дифференциально-диагностического поиска, приводится анализ особенностей анамнеза и характерных симптомов кожного процесса при психодерматологической патологии. Отмечена важность комплексного подхода к ведению пациентов с участием специалистов как психиатрического, так и дерматологического профилей.

Ключевые слова: аутодеструктивный дерматоз, диагностика, психодерматология, патомимия, дерматозойный бред

Для цитирования: Тлиш ММ, Шавилова МЕ, Бойко НА, Романова ГВ. Психодерматологические расстройства как междисциплинарная проблема: особенности диагностики на примере собственных клинических наблюдений. *Медицинский совет.* 2024;18(14):65–71. <https://doi.org/10.21518/ms2024-327>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Psychodermatological disorders as an interdisciplinary problem: diagnostic features based on the example of our own clinical observations

Marina M. Tlish^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0001-9323-4604>, tlish_mm@mail.ru

Marina E. Shavilova¹, <https://orcid.org/0000-0002-5776-6221>, marina@netzkom.ru

Nataliya A. Boyko², <https://orcid.org/0009-0007-5752-9780>, naboyko@bk.ru

Galina V. Romanova¹, <https://orcid.org/0009-0004-1351-899X>, galina.gutovaa@gmail.com

¹ Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia

² City Clinic; 37, Babushkina St., Krasnodar, 350047, Russia

Abstract

At the present stage, there is an increase in the prevalence of psychodermatological disorders, while this pathology has a pronounced negative impact on the quality of life of patients. The observed bidirectional relationship between psychological well-being and skin health is being actively studied. Skin lesions can be caused by primary psychiatric diseases or provoke their appearance. The clinical symptoms of autodestructive dermatoses can imitate parasitic infections and pyoderma, skin

tuberculosis, granulomatous and allergic diseases, vasculitis, and lymphomas. In this regard, patients initially seek medical help from doctors of various profiles, which, in the absence of proper awareness of specialists, often lengthens the diagnostic search, leads to progression of the disease and a deterioration in the quality of life of patients. Increasing awareness of psychodermatological comorbidity among primary care physicians is important to reduce the time required to make a correct diagnosis and timely referral of patients to a psychiatrist. The article provides an analysis of our own clinical observations of patients with psychodermatological pathology, for whom more than a year passed from the initial visit to the doctor to verification of the diagnosis. Late diagnosis was accompanied by an increase in symptoms with the formation of pronounced destructive skin lesions. The diagnostic search was also hampered by the significant similarity of the clinical picture with other diseases that have skin symptoms. When analyzing the presented clinical cases, attention is focused on the need for a thorough differential diagnostic search, an analysis of the characteristics of the anamnesis and characteristic symptoms of the skin process in psychodermatological pathology is provided. The importance of an integrated approach to patient management with the participation of specialists from both psychiatric and dermatological profiles was noted.

Keywords: autodestructive dermatosis, diagnosis, psychodermatology, pathomimia, dermatozoal delirium

For citation: Tlish MM, Shavilova ME, Boyko NA, Romanova GV. Psychodermatological disorders as an interdisciplinary problem: diagnostic features based on the example of our own clinical observations. *Meditsinskiy Sovet.* 2024;18(14):65–71. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-327>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы психодерматологических расстройств на современном этапе обусловлена увеличением распространенности данной патологии среди населения, а также ее негативным влиянием на качество жизни больных. Согласно накопленным данным, различные психологические проблемы отмечаются у 40% пациентов амбулаторного дерматологического приема и у 60% в стационарных отделениях [1, 2]. Известно, что нейроиммунопатологические факторы играют решающую роль в обострении ранее существовавших и развитии новых кожных заболеваний. Значимой причиной роста данной патологии также является современный образ жизни, характеризующийся быстрым ритмом и большими потоками информации, что сопровождается высоким уровнем стресса [3].

Механизм развития психодерматологической коморбидности может быть опосредован как аутодеструкцией кожи на фоне первичного психиатрического заболевания, так и формированием психосоциальных проблем вследствие основной дерматологической патологии [4]. При шизофрении могут возникать тактильные галлюцинации, ощущаемые больным как чувство зуда, жжения и покалывания, что сопровождается эксфолиациями [5]. У больных хроническими дерматозами нередко регистрируется развитие тревоги или депрессии, которые дополнительно усугубляют течение основного дерматологического заболевания [6]. Наблюдающаяся двусторонняя связь между психологическим состоянием и здоровьем кожи активно изучается. Уже накоплены данные о негативном влиянии психологических проблем на течение псориаза, себорейного дерматита, акне, розацеа, атопического дерматита, крапивницы, нейродермита и гипергидроза [7]. По разным оценкам, стресс может усугублять клиническую симптоматику дерматозов у 40–100% пациентов [8], что опосредовано сложной нейронной интеграцией иммунной, эндокринной и вегетативной систем [9].

В настоящее время не существует единой универсальной системы классификации психодерматологических расстройств. В зависимости от патогенетических аспектов формирования клинической картины описаны кожные сенсорные расстройства, психофизиологические дерматозы, поражения кожи, обусловленные психическим расстройством, и дерматозы, индуцирующие развитие психосоциальных заболеваний. Кожные сенсорные расстройства характеризуются возникновением неприятных кожных ощущений (зуд, жжение или аллодиния) при отсутствии дерматологического и психического заболеваний. Психофизиологические дерматозы представляют собой заболевания, которые возникают или усугубляются в результате воздействия отрицательного эмоционального фактора (например, псориаз или атопический дерматит). Поражения кожи, обусловленные психическим расстройством, нередко характеризуются выраженными аутодеструктивными действиями больного и могут быть симптомом дерматозойного бреда, патомимии или симулятивных расстройств. К дерматозам, которые могут вызывать сопутствующие психические расстройства, относят заболевания, характеризующиеся частыми обострениями или значительным изменением внешнего вида больного (например, акне или очаговая алопеция) [10].

Клинические проявления психодерматологических расстройств могут имитировать дерматологические заболевания и соматическую патологию с кожными симптомами. Это обуславливает междисциплинарное значение данной проблемы [11, 12]. Такие пациенты первично обращаются за медицинской помощью к врачам различных специальностей, что нередко удлиняет диагностический поиск, приводит к прогрессированию заболевания и ухудшению качества жизни [13]. Повышение осведомленности о психодерматологической коморбидности врачей первичного звена здравоохранения имеет важное значение для сокращения сроков постановки верного диагноза и своевременного направления пациентов к врачу-психиатру [10, 14]. В связи с этим приводим разбор собственных клинических наблюдений пациентов с психодерматологической патологией.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 1

Пациентка А. 67 лет обратилась на консультацию в декабре 2022 г. с жалобами на болезненные, длительно существующие высыпания на коже поясницы и ягодиц.

Из анамнеза выяснено, что впервые высыпания появились около 30 лет назад после перенесенного стресса. Неоднократно обращалась к дерматологам, выставляемые диагнозы указать затрудняется. Назначались антибактериальные и глюкокортикостероидные препараты, выраженного эффекта от терапии не наблюдала. Периодически самостоятельно использовала ветеринарные мази с временным улучшением. В 2014 г. на фоне распространения высыпаний обратилась к дерматологу по месту жительства, рекомендована биопсия кожи с гистологическим исследованием. Из представленного заключения: «морфологически с учетом клинических данных и гистохимического исследования нельзя исключить наличие туберкулеза». Со слов больной, обращалась к фтизиатру, диагноз указать затрудняется. Назначенные препараты переносила плохо, положительной динамики не наблюдала (заключение не предоставила). В связи с отсутствием эффекта от лечения парафиновым блоком и гистологическими препаратами была направлена для консультации в лабораторию патоморфологии ФГУ НИИДИ ФМБА России. Представлено заключение: «морфологическая картина длительно текущего гранулематозно-деструктивного поражения кожи (как эпидермиса, так и дермы) с реактивными пролиферативными изменениями эпидермиса микотической этиологии, убедительных признаков туберкулезной этиологии настоящего процесса нет». В 2016 г. проходила лечение в НИИ медицинской микологии имени П.Н. Кашкина с диагнозом «дерматит неуточненный». Из предоставленного выписного эпикриза: «данных за хромомикоз и другие микотические поражения нет, специфической терапии не проводилось, рекомендовано гистологическое исследование». Результаты повторного гистологического исследования не предоставила. Последняя консультация дерматолога в 2016 г., установлен диагноз «подкожная форма красной волчанки». Назначены гидроксихлорохина сульфат, триамцинолона ацетонид, витамины А и Е, сульбутиамин,

седативный препарат. Отмечала незначительное улучшение. В декабре на фоне эмоционального переживания высыпания увеличились в размере, в связи с чем обратилась за консультацией на кафедру дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

При осмотре патологический процесс локализовался на коже плеч, левой поясничной области и обеих ягодиц. На коже правого и левого плеча визуализировались множественные атрофические рубцы округлой и овальной формы, с четкими рваными краями, неровной поверхностью. Часть из них имела розоватый оттенок, была окружена участками гипер- или депигментации (рис. 1А). На коже левой поясничной области и обеих ягодиц располагались инфильтрированные, багрово-синюшного цвета очаги округлой и овальной формы от 3 до 35 см в диаметре. В пределах очагов определялись множественные эрозии и язвы овальной и округлой формы с четкими границами, частично покрытые серозно-геморрагическими корками, участки рубцовой атрофии и гипертрофические рубцы, гиперпигментированные пятна (рис. 1 В, С).

При детальной беседе пациентка признает, что высыпания носят аутодеструктивный характер и усиливаются при психоэмоциональном перенапряжении (указала на длительные проблемы в семье).

При лабораторно-инструментальном обследовании (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, микроскопическое и культуральное исследования соскоба с очагов поражения, серологические реакции на сифилис, флюорография) патологических отклонений выявлено не было.

На основании жалоб пациентки (на болезненные, незаживающие высыпания), данных анамнеза (длительное существование высыпаний, незначительная положительная динамика на фоне проводимой ранее терапии, отрицание факта самоповреждения кожи и обострения после воздействия стрессового фактора – проблемы в семье), осмотра (отсутствие первичных элементов сыпи, монотипность высыпаний и их локализация в доступных для больного участках тела), отсутствия патологических сдвигов по результатам лабораторно-инструментальных исследований был выставлен диагноз «патомимия?».

- **Рисунок 1.** Кожный патологический процесс на коже левой поясничной области, обеих ягодиц, левого плеча пациентки А.
- **Figure 1.** Skin pathological process on the skin of the left lumbar region, both buttocks of the patient, the left shoulder of patient A.



Рекомендована консультация психиатра, назначена симптоматическая терапия высыпаний: раствор метилового синего 2 раза в день, мазь с лидокаином, офлоксацином и диоксометилтетрагидропиримидином 1 раз в день.

Пациентка консультирована психиатром, выставлен диагноз «обсессивно-компульсивное расстройство с самоповреждением кожных покровов». Назначены мirtазапин (антидепрессант) и феназепам (анксиолитик). На фоне проводимого лечения отмечена значительная положительная динамика высыпаний – отсутствие новых элементов сыпи, эпителизация эрозий и рубцевание язв. Наблюдалось уменьшение тревожности и раздражительности, появилась возможность контроля компульсий.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 2

Пациент В. 52 лет обратился с жалобами на высыпания на коже шеи и лица, сопровождающиеся зудом и болью.

Из анамнеза выяснено, что заболел в 2015 г., когда после укусов насекомых впервые появились высыпания на коже шеи и левой щеки. Дерматологом в поликлинике по месту жительства был выставлен диагноз «пиодермия». Лечился антисептиками и топическими антибиотиками, отмечалось временное улучшение. В последующем при обострениях к врачу не обращался, использовал спиртовой раствор йода и косметический крем, полного регресса высыпаний не наблюдал. На фоне распространения высыпаний в 2018 г. консультирован дерматологом в частной клинике, выставлен диагноз «контактный аллергический дерматит». Назначены комбинированный крем с глюкокортикостероидом и антибиотиком, эмомент. Отмечал незначительное улучшение. В 2019 г. после укусов насекомых отмечал распространение высыпаний, самостоятельно делал инъекции ивермектина. Значительной динамики не наблюдал, в связи с чем обратился к врачу-инфекционисту, который направил его для консультации на кафедру дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

При осмотре патологический процесс локализовался на коже лица, левой половины шеи и груди. На коже лица в области левой носогубной складки определялся язвенный дефект овальной формы, размером 1 × 2,5 см, частично покрытый серозно-геморрагической коркой. На коже левой половины шеи располагались множественные линейные эскориации, гипер- и атрофические рубцы размерами от 3 до 9 см, округлые эрозии и язвы диаметром 1–2 см, частично прикрытые серозно-геморрагическими корками, участки атрофии (рис. 2 А, В).

В процессе беседы и осмотра пациент признался, что периодически ощущал «шевеление под кожей», что связывал с заносом паразитов при укусе насекомых. Пытаясь обнаружить паразитов и уменьшить зуд, эскориировал и повреждал кожу режущими предметами.

В общем и биохимическом анализах крови, общем анализе мочи, серодиагностике на сифилис, микроскопическом и культуральном исследовании соскоба с очагов поражения, флюорографии патологических изменений не выявлено.

На основании жалоб пациента (на высыпания, сопровождающиеся зудом и болью, периодически возникающие ощущения «шевеления под кожей»), данных анамнеза (отсутствие периодов полного регресса высыпаний с 2015 г. на фоне проводимой ранее терапии), осмотра (только вторичные элементы, локализующиеся в доступных для рук пациента участках тела), отсутствия патологических изменений по результатам лабораторных исследований был выставлен диагноз «дерматозойный бред?».

Рекомендована консультация психиатра, на высыпания назначены метиленовый синий водный раствор 2 раза в сут. и мазь, содержащая комбинацию лидокаина, офлоксацина и диоксометилтетрагидропиримидина, 1 раз в сут. до разрешения кожного патологического процесса.

Психиатром был установлен диагноз «органический галлюциноз; дерматозойный бред». Назначена терапия – рисперидон 2 мг в сут. На 2-м мес. терапии отмечен регресс высыпаний – эпителизация эрозий, рубцевание язв, прекратились тактильные галлюцинации и аутоагрессия, появилась частичная критика к заболеванию.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 3

Пациентка С. 68 лет консультирована с жалобами на высыпания на коже левой голени и стопы, сопровождающиеся зудом и болезненностью.

Из анамнеза выяснено, что впервые высыпания появились на правой голени в 2019 г. после травмы, самостоятельно использовала компрессы (действующие вещества указать затрудняется). Спустя месяц высыпания увеличились, в связи с чем обратилась к дерматологу по месту жительства. Был выставлен диагноз «пиодермия», назначены антибактериальные препараты. Со слов больной, процесс длительно не купировался, высыпания прошли только через 3 мес. Появление новых высыпаний

- **Рисунок 2.** Кожный патологический процесс на коже лица, шеи и груди у пациента В.
- **Figure 2.** Skin pathological process on the skin of the face, neck and chest in patient V.



на левой ноге в июле 2022 г. связывает с массажем, который проводила в целях реабилитации после травмы голеностопного сустава, использовала для этого косметический крем. Появились мокнущие элементы сыпи, сопровождающиеся зудом. Самостоятельно применяла спиртовые компрессы с прополисом, высыпания распространились, обратилась в кожно-венерологический диспансер по месту жительства, была госпитализирована. Проходила стационарное лечение с диагнозом «простая контактная раздражительная экзема левой голени, осложненная вторичной инфекцией, на фоне хронической венозной недостаточности нижних конечностей с явлениями парааллергии». Получала инфузионную терапию, системные и топические глюкокортикостероидные и антибактериальные препараты. Отмечала незначительное улучшение, в связи с чем после выписки обратилась к дерматологу в частную клинику. Был выставлен диагноз «микробная экзема; васкулит?». Рекомендовано гистологическое исследование биоптатов кожи, назначены таблетированные формы дексаметазона, ципрофлоксацина, лоратадина, аскорбиновой кислоты и рутозида, обработка высыпаний фукоцином и кремом, содержащим беклометазон, гентамицин и клотримазол. При гистологическом исследовании данных за васкулит и микробную экзему не обнаружено, в биопсийном материале обнаруживается морфологическая картина, характерная для искусственного повреждения кожи, и поствоспалительные рубцовые изменения. На фоне проводимой терапии выраженной динамики не наблюдала, отмечала прогрессирование высыпаний на фоне стресса (развод с мужем), в связи с чем обратилась за консультацией на кафедру дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

При осмотре на коже левой голени и тыльной поверхности стопы располагались множественные округлые пигментированные пятна диаметром до 2 см, местами сливающиеся в крупные очаги с фестончатыми очертаниями, на поверхности пятен определялись чешуйки, также имелись единичные эрозии и язвы диаметром до 1 см, покрытые серозно-геморрагическими корочками (рис. 3 А, В).

При беседе пациентка факты самоповреждения кожи отрицала, отмечала распространение высыпаний после перенесенной стрессовой ситуации.

При лабораторном и инструментальном обследовании (общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, исследования на сифилис, микроскопическая и культуральная диагностика соскоба с очагов поражения, флюорография), консультации ангиохирурга патологических изменений не выявлено.

На основании жалоб пациентки (на болезненные и зудящие высыпания), данных анамнеза (сохранение высыпаний на фоне проводимой

ранее терапии, обострение после стрессовых ситуаций, отрицание факта аутоагрессии), осмотра (мономорфность высыпаний и отсутствие первичных элементов сыпи, локализация в доступных для рук большого участка тела), отсутствия патологии по данным лабораторно-инструментальных исследований был выставлен диагноз «патомимия?». Назначена терапия: раствор метиленового синего 2 раза в день, крем с декспантенолом 2 раза в день. Рекомендована консультация психиатра.

Психиатром был установлен диагноз «обсессивно-компульсивное расстройство с самоповреждением кожных покровов». Рекомендован прием миртазапина (антидепрессант) и феназепам (анксиолитик). На 6-м мес. терапии при осмотре отмечен полный регресс высыпаний, снижение проявлений тревожности и раздражительности.

ОБСУЖДЕНИЕ

Во всех представленных клинических наблюдениях от первичного обращения к врачу до верификации окончательного диагноза прошло более года. Поздняя диагностика сопровождалась нарастанием симптоматики с формированием выраженных деструктивных поражений кожи – глубоких язвенных дефектов и рубцовых изменений. Диагностический поиск затрудняло значительное сходство клинической картины с другими заболеваниями, имеющими кожную симптоматику. Пациенты обращались не только к врачам-дерматовенерологам, но и к смежным специалистам, что обуславливает актуальность информирования их о проблеме аутодеструктивных дерматозов.

Анализ собственных наблюдений и данных научных источников позволяет выделить ряд характерных симптомов для патологии психодерматологического профиля. При сборе анамнеза необходимо учитывать тот факт, что аутоагрессивные действия нередко связаны с предшествующим психоэмоциональным потрясением или возникают на фоне навязчивых состояний и бредовых идей, при этом пациенты могут наносить самоповреждения как осознанно, так и бессознательно. Первый вариант

● **Рисунок 3.** Кожный патологический процесс на коже левой голени и тыльной поверхности стопы у пациентки С.

● **Figure 3.** Skin pathological process on the skin of the left leg and dorsum of the foot in patient S.



поведения, как правило, ассоциирован с развитием невротических эксфолиаций и имеет более благоприятный прогноз, т. к. большая часть пациентов раньше начинает лечение. Бессознательное самоповреждение кожи, наблюдающееся при патомимии, в большинстве случаев сопровождается резким отрицанием больным факта аутоагрессии, частым отказом от психиатрической помощи и многократными консультациями у врачей различных специальностей. Такие особенности диктуют необходимость в тщательном сборе анамнеза, направленном на поиск психоэмоционального триггера, которым могут быть не только социальные факторы, но и предшествующее дерматологическое заболевание [10, 13, 15].

Клиническая симптоматика кожного патологического процесса при аутодеструкции может имитировать паразитарные инфекции и пиодермии, туберкулез кожи, гранулематозные и аллергические заболевания, васкулиты и лимфомы [6, 11]. При осмотре следует обращать внимание на особенности локализации и мноморфность высыпаний с наличием только вторичных элементов. Высыпания чаще располагаются в доступных для рук больного местах, асимметричны и представлены эрозиями или язвами округлой формы с четкими границами и инфильтрацией по периферии, при их разрешении наблюдаются рубцовые изменения и вторичная пигментация. Островоспалительные изменения не характерны. При лабораторно-инструментальном обследовании обычно не выявляются патологические изменения, характерные для дерматологических заболеваний и другой патологии с кожными симптомами [13].

Для лечения аутодеструктивных дерматозов необходимо использовать комплексный подход, который обусловлен необходимостью участия специалистов как психиатрического, так и дерматологического профилей. Эффективность терапии во многом зависит от ее своевременного начала, что позволяет предотвратить развитие выраженных деструктивных изменений кожи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современное течение аутодеструктивных дерматозов характеризуется значительным разнообразием симптоматики и часто сопровождается серьезным негативным влиянием на качество жизни пациентов. Данные категории пациентов обращаются за медицинской помощью к врачам различного профиля, что при отсутствии должной информированности специалистов нередко обуславливает удлинение сроков диагностики и приводит к прогрессированию заболевания. Представленные описания клинических наблюдений акцентируют внимание на необходимости тщательного дифференциально-диагностического поиска при психодерматологических заболеваниях. Активное информирование специалистов первичного звена здравоохранения о проблеме аутодеструктивных дерматозов может существенно уменьшить время постановки верного диагноза, что в свою очередь позволит начать лечение у психиатра на ранних сроках и улучшить качество жизни пациентов. 

Поступила / Received 01.07.2024

Поступила после рецензирования / Revised 25.07.2024

Принята в печать / Accepted 25.07.2024

Список литературы / References

1. Latheef EN, Hafi BN. Introduction to psychodermatology. *Clin Dermatol Rev.* 2023;7(4):303–309. https://doi.org/10.4103/cdr.cdr_10_22.
2. Latheef A. Skin and psyche. In: Latheef EN. *Handbook of Psychodermatology. 1st ed.* New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2016, pp. 1–7. Available at: <https://www.jaypeedigital.com/book/9789386056887>.
3. Прутян ГВ, Жуков АС, Лавров НВ, Хайрутдинов ВР, Самцов АВ. Дерматологические проявления психических заболеваний. *Педиатр.* 2020;11(6):55–62. <https://doi.org/10.17816/PED11655-62>. Prutyayn GV, Zhukov AS, Lavrov NV, Khairutdinov VR, Samtsov AV. Dermatological manifestations of psychic ailments. *Pediatrician (St. Petersburg).* 2020;11(6):55–62. (In Russ.) <https://doi.org/10.17816/PED11655-62>.
4. Misery L, Schut C, Balieva F, Bobko S, Reich A, Sampogna F et al. White paper on psychodermatology in Europe: A position paper from the EADV Psychodermatology Task Force and the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37(12):2419–2427. <https://doi.org/10.1111/jdv.19427>.
5. Tohid H, Shenefelt PD, Burney WA, Aqeel N. Psychodermatology: an association of primary psychiatric disorders with skin. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed).* 2019;48(1):50–57. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2018.12.003>.
6. Rahman SM, Abdulmulla A, Jafferany M. Psychopathological symptoms in dermatology: a basic approach toward psychocutaneous disorders. *Int J Dermatol.* 2023;62(3):346–356. <https://doi.org/10.1111/ijd.16344>.
7. Carniciu S, Jafferany M. Psychophysiological disorders and the skin. *Dermatol Rev.* 2023;4(4):147–151. <https://doi.org/10.1002/der2.205>.
8. Tran A, Desir AK, Okafor LC, Jafferany M, Copes LE. Psychodermatology in clinical practice: An examination of physician attitudes, beliefs, and interventions toward psychocutaneous disease. *Dermatol Ther.* 2020;33(4):e13612. <https://doi.org/10.1111/dth.13612>.
9. Jafferany M, Patel A. Understanding psychocutaneous disease: psychosocial & psychoneuroimmunologic perspectives. *Int J Dermatol.* 2020;59(1):8–15. <https://doi.org/10.1111/ijd.14629>.
10. Jafferany M, Ferreira BR, Patel A. *The Essentials of Psychodermatology.* Springer International Publishing; 2020. 134 p. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-45582-8>.
11. Тлиш ММ, Глузмин МИ, Сычева НЛ, Шавилова МЕ, Лазарев ВВ, Шевченко АГ. Аутодеструктивный дерматоз, имитирующий гангренозную пиодермию: клинический случай. *Кубанский научный медицинский вестник.* 2022;29(6):84–95. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2022-29-6-84-95>. Tlish MM, Gluzmin MI, Sycheva NL, Shavilova ME, Lazarev VV, Shevchenko AG. Self-Destructive Dermatitis Mimicking Pyoderma Gangrenosum: A Clinical Case. *Kuban Scientific Medical Bulletin.* 2022;29(6):84–95. (In Russ.) <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2022-29-6-84-95>.
12. Потемкин ВВ, Марченко ОА, Гольцман ЕВ, Аникина ЛК, Гладышева ЕК. Патомимия в практике врача-офтальмолога – сложный клинический случай. *Офтальмологические ведомости.* 2021;14(4):73–78. <https://doi.org/10.17816/OV101088>. Potemkin VV, Marchenko OA, Goltsman EV, Anikina LK, Gladysheva EK. Pathomimia in a practice of an ophthalmologist. *Ophthalmology Journal.* 2021;14(4):73–78. (In Russ.) <https://doi.org/10.17816/OV101088>.
13. Тлиш ММ, Шавилова МЕ, Псаков ФА, Ломкина ГВ, Степанова ДВ. Психодерматология: практические аспекты диагностики аутодеструктивных дерматозов на примере собственных клинических наблюдений. *Врач.* 2023;(11):16–20. Режим доступа: <https://vrachjournal.ru/25877305-2023-11-04>. Tlish MM, Shavilova ME, Psavok FA, Lomakina GV, Stepanova DV. Psychodermatology: practical aspects of diagnosing autodestructive dermatoses on the example of our own clinical observations. *Vrach.* 2023;(11):16–20. (In Russ.) Available at: <https://vrachjournal.ru/25877305-2023-11-04>.
14. Roberts JE, Smith AM, Wilkerson AH, Chandra A, Patel V, Siraj S et al. "Psychodermatology" knowledge, attitudes, and practice among health care professionals. *Arch Dermatol Res.* 2020;312(8):545–558. <https://doi.org/10.1007/s00403-020-02050-9>.
15. Тлиш ММ, Карташевская МИ. Аутодеструктивный дерматоз как актуальная междисциплинарная проблема. *Врач.* 2018;29(4):104–109. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-04-05>. Tlish MM, Kartashevskaya MI. Self-destructive dermatosis as an urgent interdisciplinary problem. *Vrach.* 2018;29(4):104–109. (In Russ.) <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-04-05>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – М.М. Тлиш, М.Е. Шавилова, Н.А. Бойко
Написание текста – М.М. Тлиш, М.Е. Шавилова, Н.А. Бойко, Г.В. Романова
Обзор литературы – М.Е. Шавилова, Г.В. Романова
Редактирование – М.М. Тлиш, М.Е. Шавилова, Н.А. Бойко, Г.В. Романова
Утверждение окончательного варианта статьи – М.М. Тлиш

Contribution of authors:

Concept of the article – Marina M. Tlish, Marina E. Shavilova, Nataliya A. Boyko
Text development – Marina M. Tlish, Marina E. Shavilova, Nataliya A. Boyko, Galina V. Romanova
Literature review – Marina E. Shavilova, Galina V. Romanova
Editing – Marina M. Tlish, Marina E. Shavilova, Nataliya A. Boyko, Galina V. Romanova
Approval of the final version of the article – Marina M. Tlish

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Тлиш Марина Моссовна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4; tlish_mm@mail.ru
Шавилова Марина Евгеньевна, к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4; marina@netzkom.ru
Бойко Наталия Александровна, к.м.н., врач-дерматовенеролог, Сити-Клиник; 350047, Россия, Краснодар, ул. Бабушкина, д. 37; naboiko@bk.ru
Романова Галина Витальевна, студентка лечебного факультета, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4; galina.gutovaa@gmail.com

Information about the authors:

Marina M. Tlish, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; tlish_mm@mail.ru
Marina E. Shavilova, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Dermatovenereology, Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; marina@netzkom.ru
Nataliya A. Boyko, Dr. Cand. Sci. (Med.), Dermatovenerologist, City Clinic; 37, Babushkina St., Krasnodar, 350047, Russia; naboiko@bk.ru
Galina V. Romanova, Student of the Faculty of Medicine, Kuban State Medical University; 4, Mitrofan Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; galina.gutovaa@gmail.com