

Г. В. Скребцова

**СТАН ІНТЕРПСИХІЧНИХ І ІНТРАПСИХІЧНИХ ОСОБИСТІСНИХ РЕСУРСІВ
В КОНТЕКСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ-ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ
З ДЕРМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
З РІЗНИМ РІВНЕМ ВІТАЛЬНОЇ ЗАГРОЗИ**

H. V. Skrebtsova

**THE STATE OF INTERPSYCHIC AND INTRAPSYCHIC PERSONAL RESOURCES
IN THE CONTEXT OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION-DISADAPTATION
IN DERMATOLOGICAL PATIENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF VITAL THREAT**

Ключові слова: психосоматична медицина, психодерматологія, рівень вітальної загрози, психологічна дезадаптація, особистісні ресурси, життєстійкість, резилієнтність, соціальна підтримка

Мета: дослідити стан інтра- і інтерпсихічних джерел особистісної ресурсної бази індивіда в світлі континууму «психологічна адаптація-дезадаптація» у хворих дерматологічного профілю з захворюваннями різного рівня вітальної загрози для розроблення в подальшому персоналізованих програм психокорекції для цієї категорії хворих.

На підставі інформованої згоди, з дотриманням принципів біомедицинської етики та деонтології обстежено 120 хворих дерматологічного профілю, які перебували на лікуванні у трьох філіях клініки «Dr. Zapolska Clinic» протягом 2020—2021 років, а саме: 60 хворих з невітальними дерматологічними захворюваннями (себорейний кератоз L82, конділоми A63.0, гемангіоми D18.0, порушення пігментації L80 — за МКХ-10) та 60 хворих з дерматологічними захворюваннями, що становлять вітальну загрозу (меланома C43, базаліома C44, карцинома шкіри D04 — за МКХ-10).

Серед пацієнтів з дерматологічними захворюваннями виявляються як особи з високим рівнем особистісних адаптаційних ресурсів, так і з дефіцитом життєстійкості, резилієнтності та соціальної підтримки, незалежно від вітальності/невітальності патологічного процесу.

Стан як інтрапсихічних (життєстійкість та резилієнтність), так і інтерпсихічних (соціальна підтримка) джерел ресурсів особистості має визначальний вплив на формування і розвиток станів психологічної дезадаптації у пацієнтів дерматологічного профілю, незалежно від характеру захворювання. Високий рівень особистісних ресурсів є чинником превенції щодо розвитку дезадаптації навіть у ситуації вітальності хвороби, тоді як їх дефіцит стає поштовхом і підґрунтям для розвитку дезадаптації у пацієнтів з невітальними захворюваннями.

Отримані результати стосовно того, що дерматологічні хворі без клінічних ознак психологічної дезадаптації, незалежно від нозологічної належності основного захворювання, мають достатні внутрішні і зовнішні ресурси адаптивності і підтримки, є для нас передбачуваними, але такими, що потребували наукового обґрунтування та доведення.

Ревізія особистісної ресурсної бази з аналізом стану інтерпсихічних та інтрапсихічних її джерел у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози довела наявність тенденції до зворотньоолінійного зв'язку між їх вираженістю та станом психологічної дезадаптації, розвиток і прогресування якої відбувається на тлі зниження показників як інтер-, так і інтрапсихічних ресурсів особистості, та обґрунтувала первинне значення браку адаптаційних ресурсів та вторинне — нозоспецифічних особливостей дерматологічної патології у формуванні станів психологічної дезадаптації.

Питання первинності/вторинності стану ресурсної бази та деструктивного психічного реагування як відповіді на дерматологічне захворювання у вигляді розвитку психологічної дезадаптації є таким, що потребує подальшого вивчення. Але ми можемо припустити, що якщо захворювання на дерматологічну патологію відбувається на тлі підвищеної стрес-вразливості й недостатності стрес-протективних ресурсів особистості через визначальний дефіцит особистісної життєстійкості та резилієнтності, потенціюється браком соціальної підтримки, це призводить до розвитку клініко-психологічної дезадаптації, яка за принципом «порочного кола» ще більше знижує стрес-протективні можливості особистості.

Виявлені закономірності треба брати до уваги під час розроблення лікувально-реабілітаційних і психопрофілактичних заходів у пацієнтів з дерматологічною патологією з різним рівнем вітальної загрози та психологічної адаптації.

Key words: *psychosomatic medicine, psychodermatology, vital threat level, psychological maladaptation, personal resources, vitality, resilience, social support*

Purpose: to investigate the state of intrapsychic and interpsychic sources of the individual's personal resource base in the context of the continuum "psychological adaptation — maladaptation" in dermatological patients with diseases of various levels of vital threat, to develop, in the future, personalized psychocorrection programs for this category of patients.

On the basis of informed consent, in compliance with the principles of biomedical ethics and deontology, we examined 120 dermatological patients who were treated in three branches of the clinic "Dr. Zapolska Clinic" during 2020—2021, namely: 60 patients with non-vital dermatological diseases (seborrheic keratosis L82, condylomas A63.0, hemangiomas D18.0, vitiligo L80 — per ICD-10), and 60 patients with dermatological diseases posing a vital threat (skin melanoma C43, basal cell carcinoma C44, skin carcinoma D04 — per ICD-10).

Among patients with dermatological diseases, there are both individuals with a high level of personal adaptation resources and a deficit of vitality, resilience, and social support, regardless of the vitality/non-vitality of the pathological process.

The state of both intrapsychic — vitality and resilience, and interpsychic — social support — sources of personality resources, has a decisive influence on the formation and development of states of psychological maladjustment in patients with a dermatological profile, regardless of the nature of the disease. A high level of personal resources is a prevention factor for the development of maladjustment even in the situation of vital illness, while their deficiency becomes the impetus and basis for the development of maladjustment in patients with non-vital diseases.

The obtained results regarding the fact that dermatological patients without clinical signs of psychological maladjustment, regardless of the nosological affiliation of the main disease, have sufficient internal and external resources of adaptability and support, are predictable for us, but such that required scientific justification and proof.

Revision of the personal resource base with an analysis of the state of interpsychic and intrapsychic sources of it in patients with dermatological diseases with different levels of vital threat proved the presence of an inverse linear trend regarding their severity and the state of psychological maladjustment, the development and progression of which occurs against the background of a decrease in both inter- and intrapsychic indicators resources of the individual, and substantiated the primary significance of the lack of adaptive resources and the secondary significance of nosospecific features of dermatological pathology in the formation of states of psychological maladjustment.

The issue of primary/secondary status of the resource base and destructive mental response as a response to a dermatological disease in the form of psychological maladaptation is one that requires further study. But we can assume that if the disease of dermatological pathology occurs against the background of increased stress-vulnerability and insufficient stress-protective resources of the individual due to a defining deficit of personal vitality and resilience, potentiated by a lack of social support, this leads to the development of clinical and psychological maladaptation, which, according to the "vicious circle" principle, further reduces the stress-protective capabilities of the individual.

The identified regularities should be considered when developing treatment-rehabilitation and psycho-prophylactic measures in patients with dermatological pathology with different levels of vital threat and psychological adaptation.

Вплив соматичного захворювання на психічний стан людини на сьогодні став незаперечним фактом, що підтверджено у численних дослідженнях та свідченнях як представників соматичної медицини, так і спеціалістів з психічного здоров'я. Негативними наслідками хвороби є поява психопатологічної симптоматики, розвиток психологічної та психосоціальної дезадаптації, психічних розладів [1; 2].

Як захворювання вплине на психологічне функціонування — залежить від багатьох чинників, які можна згрупувати у індивідуально-особистісні та нозогенно обумовлені. Індивідуально-особистісні чинники охоплюють вік, стать, сімейний стан, психосоціальний статус, психічне та фізичне здоров'я, особистісні властивості, поведінкові патерни, життєвий досвід. Нозогенно обумовлені описують рівень соматичного стресу, тяжкість перебігу, фізичні та психосоціальні наслідки та можливість корекції уражених захворюванням сфер життєдіяльності [3]. Шкірні хвороби часто супроводжуються потужним

психосоматичним підґрунтям. Однією з психосоматичних гіпотез дерматологічних захворювань є пригнічення емоцій, що виникають у відповідь на стрес. Не виражені у словах чи дії негативні емоції проявляються на шкірі — «символічна мова тіла». Негативні переживання також виникають на фоні фізичного дискомфорту, що провокує вторинну психотравматизацію. Психоаналіз пояснює розвиток дерматозів певним характером стосунків хворого з матір'ю в дитинстві, а саме, надмірна опіка, або навпаки відстороненість, що порушують динаміку материнсько-дитячих стосунків [3].

Наприклад, поширеність психічних розладів між дерматологічних пацієнтів коливається, за даними різних досліджень, від 20 до 40 %, коморбідної патології — 15—30 %. Найчастіше шкірні захворювання коморбідні з депресивними (59—77 %), тривожними розладами (6—30 %), розладами особистості (до 57 %). Окрему групу становлять порушення самоприйняття — дисморфобія та дисморфоманія.

У дерматологічних пацієнтів виявлено переважання нозогеній над іншими психічними порушеннями — 71,4 % проти 34,6 %. Осіб зі шкірною патологією відрізняють високі показники іпохондричного розладу як порівняти з нозогенними реакціями — 45,7 % проти 25,7 %. Серед нозогенних реакцій 26,1 % припадає на депресивні стани і 28,4 % — на тривожні стани; при іпохондричному розладі 28,6 % припадає на масковану та 28,5 % — на надцінну іпохондрію [3—7].

Шкіра на мові психологічного символізму — це орган контакту та взаємодії з навколишнім світом, індикатор та відображення психоемоційного стану людини. Основними психопатогенними механізмами при дерматологічній патології є:

- ураження видимих ділянок шкіри з формуванням дефектів зовнішності;
- стійкі, неприємні, важко кориговані сенсорні відчуття (свербіння, біль, мокнуття);
- хронічний рецидивний перебіг патології, часто співзалежний з порушеним психоемоційним станом та високим стресом [3].

Крім того, серед дерматологічних захворювань є й небезпечні для життя онкодерматологічні хвороби, а саме: меланома, карцинома шкіри, базаліома, або базальноклітинний рак шкіри голови та шиї. У таких випадках хворий опиняється під дією як мінімум двох потужних стресогенних чинників — вітальних екзистенційних переживань та психологічного й соціального дискомфорту від зовнішніх проявів хвороби — що формує порочне коло патологічних взаємовпливів, накладає відбиток на стан психічного здоров'я хворого та сприяє розвитку станів психологічної дезадаптації [8].

Мета роботи: дослідити стан інтра- і інтерпсихічних джерел особистісної ресурсної бази індивіда в світлі континууму «психологічна адаптація-дезадаптація» у хворих дерматологічного профілю з захворюваннями різного рівня вітальної загрози для розроблення в подальшому персоналізованих програм психокорекції для цієї категорії хворих.

На засадах принципів біомедичної етики та деонтології ми комплексно обстежили 120 хворих дерматологічного профілю, які перебували на лікуванні у трьох філіях клініки «Dr. Zapolska Clinic» протягом 2020—2021 років, а саме: 60 хворих з невітальними дерматологічними захворюваннями (себорейний кератоз L82 за МКХ-10, конділоми А63.0 — аногені-

тальні бородавки (венеричні) за МКХ-10, гемангіоми D18.0, порушення пігментації L80 — вітиліго за МКХ-10), та 60 хворих з дерматологічними захворюваннями, що становлять вітальну загрозу (злоякісна меланома шкіри C43 за МКХ-10, базаліома — базальноклітинний рак шкіри (базальноклітинна карцинома) C44 — Інші злоякісні новоутворення шкіри за МКХ-10, карцинома шкіри D04 — за МКХ-10).

Поділ на досліджувані групи проводили з використанням двох критеріїв: нозологічного та клініко-психологічного. Наявність і вираженість ознак психологічної дезадаптації (ПДА) визначали клініко-психологічними і психодіагностичними методами з використанням тесту «Нервово-психічна адаптація» І. Н. Гурвіча. За результатами попередньої оцінки психічного стану, в кожній нозологічній групі виділено по дві підгрупи (з ознаками ПДА та без ознак ПДА), усього сформовано чотири клінічні групи пацієнтів:

- з невітальними дерматологічними захворюваннями, без ознак ПДА (група 1 — Г1), чисельністю 27 (45,0 %) осіб;
- з невітальними дерматологічними захворюваннями, з ознаками ПДА (група 2 — Г2), чисельністю 33 (55,0 %) особи;
- з дерматологічними захворюваннями, що становлять вітальну загрозу, без ознак ПДА (група 3 — Г3), чисельністю 23 (38,3 %) особи;
- з дерматологічними захворюваннями, що становлять вітальну загрозу, з ознаками ПДА (група 4 — Г4), чисельністю 37 (61,7 %) осіб.

Порівняння показників проводили в межах однієї нозологічної групи (Г1 з Г2, Г3 з Г4) та між підгрупами з однаковим ступенем ПДА (Г1 з Г3 та Г2 з Г4).

Ревізію інтерпсихічних джерел адаптації пацієнтів проводили, оцінюючи стан особистісної життєстійкості за нативною методикою S. Maddy в адаптації Д. Леонтьєва, І. Расказової та резиліентності за шкалою резиліентності Коннора — Девідсона (Connor-Davidson resilience scale-10), адаптованої О. М. Кокуном, інтрапсихічних — з використанням багатовимірної шкали сприйняття соціальної підтримки — MSPSS Д. Зімета в адаптації В. М. Ялтонського та Н. О. Сироти.

Вивчення особливостей життєстійкості пацієнтів з різними варіантами дерматологічних захворювань дало змогу виявити низку важливих закономірностей. Кількісні значення показників життєстійкості наведено у табл. 1.

Таблиця 1. Показники життєстійкості у пацієнтів з невітальними та вітальними дерматологічними захворюваннями залежно від наявності ознак ПДА

Показники	Г1, n = 27	Г2, n = 33	Г3, n = 23	Г4, n = 37	p			
					Г1 — Г2	Г1 — Г3	Г3 — Г4	Г2 — Г4
Залученість	33,37 ± 4,33	25,76 ± 2,29	28,43 ± 4,67	21,49 ± 3,89	0,000	0,001	0,000	0,000
Контроль	29,67 ± 3,28	24,06 ± 2,30	25,70 ± 3,38	21,22 ± 2,87	0,000	0,000	0,000	0,000
Прийняття ризику	13,74 ± 3,27	10,27 ± 2,15	12,04 ± 2,72	10,46 ± 2,58	0,000	0,092	0,059	0,622
Загальний показник	76,78 ± 7,52	60,09 ± 2,18	66,17 ± 7,83	53,16 ± 3,56	0,000	0,000	0,000	0,000

Примітка. Тут і далі показники подано у форматі ($M \pm m$), бали, де M — середня арифметична величина параметра; m — середнє квадратичне відхилення; p — достовірність різниці

Пацієнтам без ознак ПДА притаманні нормативні показники як інтегративної життєстійкості, так і її компонентів (див. табл. 1, рис. 1). Зокрема, пацієнти Г1 виявили високі показники залученості ($33,37 \pm 4,33$ бали), що визначає впевненість індивіда у тому, що психологічна інтегрованість у події, що відбуваються навколо нього, дає можливість здобути потрібний та цікавий досвід. У пацієнтів Г2 рівень залученості був значуще ($p < 0,01$) нижчим: $25,76 \pm 2,29$ балів, а у пацієнтів Г3 — значуще ($p < 0,01$) вищим, ніж у пацієнтів Г2, але нижчим, ніж у пацієнтів Г1: $28,43 \pm 4,67$ балів. Пацієнтам Г4 були притаманні найнижчі рівні залученості серед обстежених усіх груп: $21,49 \pm 3,89$ балів, розбіжності у показниках між усіма досліджуваними групами статистично значущі ($p < 0,01$) (див. табл. 1). Вищі рівні залученості дають змогу індивіду отримувати задоволення від власної діяльності, а низькі рівні залученості супроводжуються відчуттям відторгнення, недостатньої інтеграції у життя, ворожості навколишнього світу.

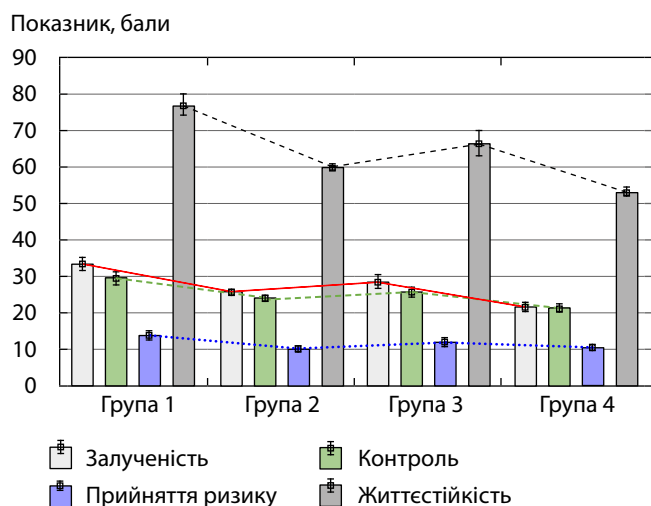


Рис. 1. Середні значення показників життєстійкості у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками — 95 % довірчий інтервал значень показників)

Аналогічно, показник контролю, що відображає переконання індивіда у тому, що він здатен впливати на результат подій через боротьбу, навіть, якщо результат цієї боротьби не принесе гарантованого успіху, виявився найвищим у пацієнтів Г1 ($29,67 \pm 3,28$ балів). У пацієнтів Г2 показник контролю виявився значуще нижчим ($24,06 \pm 2,30$ балів), водночас у пацієнтів Г3 показник був значуще нижчим, ніж у Г1, але вищим, ніж у Г2 ($25,70 \pm 3,38$ балів), а у пацієнтів Г4 — найнижчим серед усіх груп ($21,22 \pm 2,87$ балів) (див. табл. 1). Розбіжності між усіма досліджуваними групами статистично значущі ($p < 0,01$). Вищий рівень контролю пов'язаний із прагненням індивіда самостійно обирати власний шлях у житті, а низький — з відчуттям безпорадності і нездатності впливати на події.

Показник прийняття ризику (переконання індивіда у тому, що усі події, які з ним відбуваються,

сприяють його розвитку через знання, що є наслідком особистого досвіду, позитивного чи негативного) у досліджених пацієнтів відрізнявся менше, хоча й тут простежувалася загальна закономірність щодо кращих показників у пацієнтів без ознак психологічної дезадаптації (див. рис. 1). Наприклад, показник прийняття ризику у пацієнтів Г1 становив $13,74 \pm 3,27$ балів, що є найвищим показником серед усіх досліджуваних груп, у пацієнтів Г2 він був значуще нижчим, і найнижчим серед усіх груп ($10,27 \pm 2,15$ балів), а у пацієнтів Г3 — вищим, ніж у Г2, але нижчим, ніж у Г1 ($12,04 \pm 2,72$ балів). Показник у пацієнтів Г4 виявився близьким до показника пацієнтів Г2 ($10,46 \pm 2,58$ балів). Вищі показники прийняття ризику асоційовані з бажанням індивіда активно діяти, набувати корисного досвіду, навіть якщо немає гарантій успіху, пошуком нових вражень, прагненням розвитку через активне засвоєння знань та досвіду, тоді як низькі показники прийняття ризику поєднуються з пасивністю, бажанням зменшити активність і уникнути стресу.

Загалом, інтегральний показник життєстійкості у пацієнтів без ознак ПДА був у межах норми; водночас показник у пацієнтів Г1 виявився найвищим серед усіх досліджуваних груп ($76,78 \pm 7,52$ бали), а у пацієнтів Г3 був близьким до нижньої межі норми ($66,17 \pm 7,83$ балів). Натомість, у пацієнтів з ознаками ПДА показники життєстійкості були нижчими за норму: у пацієнтів Г2 близьким до нижньої межі норми ($60,09 \pm 2,18$ балів), а у пацієнтів Г4 — суттєво нижчим за норму ($53,16 \pm 3,56$ балів) (див. табл. 1). Нормативні рівні життєстійкості запобігають виникненню внутрішньої напруги у стресових ситуаціях і асоційовані з конструктивними варіантами копінг-поведінки, а також зі зменшенням суб'єктивної значущості та актуальності стресових ситуацій.

Аналіз особливостей **резиліентності** у пацієнтів з різними варіантами дерматологічної патології дав змогу встановити такі закономірності (рис. 2, табл. 2).

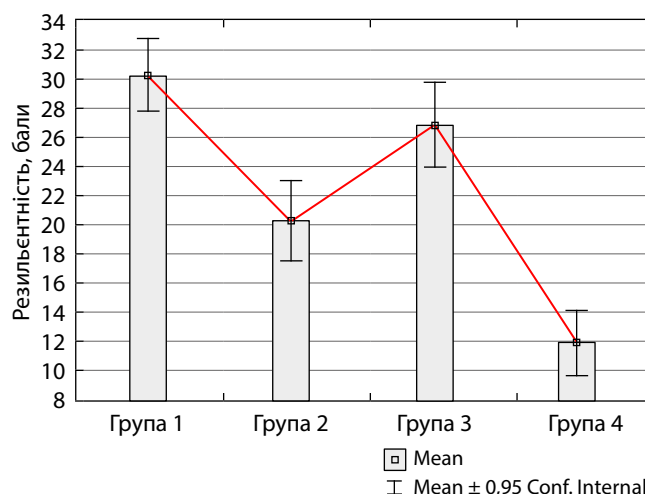


Рис. 2. Середні значення показників резиліентності у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками — 95 % довірчий інтервал значень показників)

Пацієнтам з невітальними формами дерматологічної патології та без ознак ПДА притаманні достатньо високі показники резиліентності. Середнє значення показника у Г1 становило $30,33 \pm 6,38$ балів, тобто було на межі вищого за середній та високого рівнів.

Таблиця 2. Порівняння показників резиліентності у пацієнтів різних груп

Групи, чисельність	Резиліентність, (M ± m), бали	p
Г1 (n = 27)	30,33 ± 6,38	$p_{1-2} = 0,000; p_{1-3} = 0,047; p_{1-4} = 0,000$
Г2 (n = 33)	20,33 ± 7,76	$p_{2-3} = 0,004; p_{2-4} = 0,000$
Г3 (n = 23)	26,91 ± 6,73	$p_{3-4} = 0,000;$
Г4 (n = 37)	11,89 ± 6,67	

Другий за кількісним значенням показник резиліентності виявлений у пацієнтів з вітальною патологією без ознак ПДА: середнє значення показника у Г3 становило $26,91 \pm 6,73$ балів, що відповідало нижній межі вищого за середній (ближче до середнього) рівня.

Таблиця 3. Розподіл пацієнтів за групами залежно від вираженості резиліентності

Рівень резиліентності	Г1		Г2		Г3		Г4		p					
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	1—4	2—3	2—4	3—4
Низький	1	3,7	10	30,2	1	4,4	29	78,4	0,008	0,714	0,000	0,016	0,000	0,000
Нижчий за середній	0	0,0	6	18,2	3	13,0	3	8,1	0,022	0,090	0,187	0,449	0,185	0,420
Середній	5	18,5	5	15,2	5	21,7	2	5,4	0,497	0,526	0,106	0,386	0,170	0,068
Вищий за середній	6	22,2	10	30,3	6	26,1	3	8,1	0,343	0,503	0,108	0,486	0,018	0,065
Високий	15	55,6	2	6,1	8	34,8	0	0,0	0,000	0,118	0,000	0,008	0,219	0,000

У пацієнтів з вітальною патологією та без ознак ПДА (Г3) питома вага осіб з високим рівнем резиліентності була суттєво меншою, ніж у Г1 (34,8 % проти 55,6 %, $p < 0,01$), а загальна питома вага осіб з високим і вищим за середній рівнями резиліентності ста-

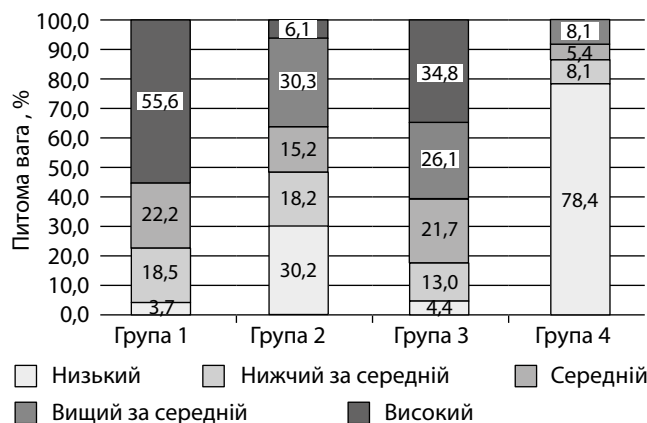


Рис. 3. Структура резиліентності за рівнями вираженості у пацієнтів з різними варіантами дерматологічної патології

У пацієнтів з ознаками ПДА значення показника резиліентності виявилось суттєво нижчим. Наприклад, у пацієнтів Г2 середнє значення показника становило $20,33 \pm 7,76$ балів, що відповідало нижчому за середній (ближче до середнього) рівню.

Найнижчий рівень резиліентності був притаманний пацієнтам з вітальною патологією і ознаками ПДА. Середнє значення показника у пацієнтів Г4 становило $11,89 \pm 6,67$ балів, що відповідало низькому рівню.

З порівняння між собою усіх досліджуваних груп виходить, що розбіжності у показниках резиліентності статистично значущі ($p < 0,05$).

Аналогічно, в процесі аналізу вираженості резиліентності у пацієнтів різних груп виявлено, що пацієнтам з проявами ПДА притаманні суттєво нижчі її рівні (табл. 3, рис. 3). Серед пацієнтів з невітальною дерматологічною патологією та без ознак ПДА (Г1) переважну більшість становили особи з високим та вищим за середній рівнями резиліентності (загалом — 77,8 %), менше було осіб з середнім рівнем резиліентності (18,5 %), а низький рівень резиліентності був в одиничному випадку (3,7 %).

новила 60,9 %, з середнім рівнем — 21,7 %, з нижчим за середній рівнем — 13,0 %, з низьким — 4,4 %.

Натомість, серед пацієнтів з ознаками ПДА переважали особи з низьким та нижчим за середній рівнями резиліентності. Наприклад, у Г2 питома вага пацієнтів з високим рівнем резиліентності становила 6,1 %, вищим за середній рівнем — 30,3 %, з середнім — 15,2 %. Питома вага осіб з низьким і нижчим за середній рівнями резиліентності становила загалом 48,4 %.

Найгірші рівні резиліентності виявлені у пацієнтів з вітальною патологією та ознаками психологічної дезадаптації. Питома вага осіб з низьким і нижче середнього рівнями резиліентності у Г4 становила 86,5 %, з середнім рівнем — 5,4 %, вище середнього рівня — 8,1 %, а осіб з високим рівнем резиліентності у цій групі не виявлено.

Вивчення особливостей соціальної підтримки, як джерела інтрапсихічного адаптаційного ресурсу пацієнтів з різними варіантами дерматологічної патології, показало таке (табл. 4, рис. 4).

Таблиця 4. Показники соціальної підтримки пацієнтів з невітальними та вітальними дерматологічними захворюваннями залежно від наявності ПДА

Показники	Г1, n = 27	Г2, n = 33	Г3, n = 23	Г4, n = 37	p			
					Г1 — Г2	Г1 — Г3	Г3 — Г4	Г2 — Г4
Соціальна підтримка сім'ї	3,44 ± 0,70	2,97 ± 0,73	3,22 ± 0,90	2,05 ± 0,97	0,011	0,315	0,000	0,000
Соціальна підтримка друзів	3,19 ± 0,96	3,03 ± 0,73	3,09 ± 0,73	1,84 ± 1,12	0,263	0,448	0,000	0,000
Соціальна підтримка значущих інших	2,93 ± 0,96	2,12 ± 1,14	2,26 ± 0,96	1,59 ± 1,01	0,007	0,025	0,013	0,062
Загальний показник	9,56 ± 1,42	8,12 ± 1,39	8,57 ± 1,85	5,49 ± 2,04	0,000	0,045	0,000	0,000

Слід зазначити, що пацієнтам з дерматологічною патологією і без ознак ПДА притаманні високі рівні суб'єктивної оцінки соціальної підтримки з боку усіх соціальних груп. Зокрема, показник соціальної підтримки сім'ї у пацієнтів Г1 становив 3,44 ± 0,70 балів (найвищий показник серед пацієнтів усіх досліджуваних груп), а у пацієнтів Г3 — 3,22 ± 0,90 балів, що незначуще менше, ніж у Г1, і значуще більше, ніж у групах пацієнтів з проявами психологічної дезадаптації: 2,97 ± 0,73 балів у пацієнтів Г2, і 2,05 ± 0,97 балів у пацієнтів Г4, тобто пацієнтам останньої групи були притаманні найнижчі показники соціальної підтримки сім'ї (див. табл. 4).

Менш суттєві відмінності виявлені за показником соціальної підтримки друзів, хоча й у цій сфері найкращі показники продемонстрували пацієнти без ознак психологічної дезадаптації. Пацієнти груп Г1, Г2 і Г3 виявили близькі показники підтримки у цій сфері, водночас показники у пацієнтів Г1 були найвищими (3,19 ± 0,96 балів), у пацієнтів Г3 — незначуще нижчими (3,09 ± 0,73 балів), а у пацієнтів Г2 — незначуще нижчими проти пацієнтів Г2 (3,03 ± 0,73 балів). Натомість, пацієнти Г4 оцінили рівень соціальної підтримки друзів найгірше серед усіх груп, і кількісне значення показника соціальної підтримки друзів у них було низьким: 1,84 ± 1,12 балів. Розбіжності — статистично значущі як порівняти показники Г3 з Г4, та Г2 з Г4 ($p < 0,01$).

Показник соціальної підтримки значущих інших у Г1 був суттєво вищим як порівняти з іншими групами: 2,93 ± 0,96 балів. У пацієнтів Г3 показник соціальної підтримки значущих інших виявився меншим, ніж у Г1 (2,26 ± 0,96 балів), але значуще більшим, ніж у пацієнтів Г2 і Г4 (відповідно 2,12 ± 1,14 балів та 1,59 ± 1,01 балів); тобто у пацієнтів Г4 значення цього показника було найнижчим.

Загальний показник соціальної підтримки (рис. 4) у пацієнтів Г1 виявився високим і найвищим серед усіх груп (9,56 ± 1,42 балів), у пацієнтів Г3 показник був значуще нижчим, ніж у Г1 (8,57 ± 1,85 балів), у пацієнтів Г2 — значуще нижчим, ніж у пацієнтів Г1 і Г3 (8,12 ± 1,39 балів), а у пацієнтів Г4 — найнижчим серед усіх груп (5,49 ± 2,04 балів). Це дає змогу зробити висновок про асоційованість суб'єктивної оцінки рівня соціальної підтримки насамперед з проявами психологічної дезадаптації, а також, меншою мірою, з характером дерматологічної патології (з наявністю або без вітальної загрози).

Показник, бали

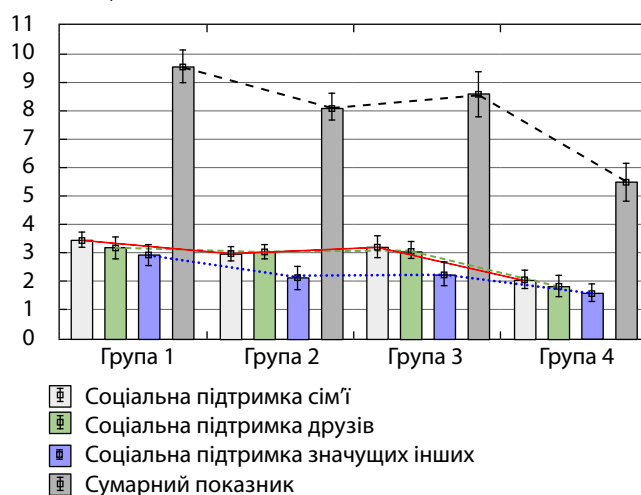


Рис. 4. Середні значення показників соціальної підтримки у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками — 95 % довірчий інтервал значень показників)

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Серед пацієнтів з дерматологічними захворюваннями є як особи з високим рівнем особистісних адаптаційних ресурсів, так і з дефіцитом життєстійкості, резиліентності та соціальної підтримки, незалежно від вітальності/невітальності патологічного процесу.

Стан як інтрапсихічних (життєстійкість та резилієнтність), так і інтерпсихічних (соціальна підтримка) джерел ресурсів особистості має визначальний вплив на формування і розвиток станів психологічної дезадаптації у пацієнтів дерматологічного профілю, незалежно від характеру захворювання. Високий рівень особистісних ресурсів є чинником запобігання щодо розвитку дезадаптації навіть у ситуації вітальності хвороби, тоді як їх дефіцит стає поштовхом і підґрунтям для розвитку дезадаптації у пацієнтів з невітальними захворюваннями.

Отримані результати стосовно того, що дерматологічні хворі без клінічних ознак психологічної дезадаптації, незалежно від нозологічної належності основного захворювання, мають достатні внутрішні і зовнішні ресурси адаптивності і підтримки, є для нас передбачуваними, але такими, що потребували наукового обґрунтування та доведення.

Ревізія особистісної ресурсної бази з аналізом стану інтерпсихічних та інтрапсихічних її джерел

у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози довела наявність тенденції до зворотньо-лінійного зв'язку між їх вираженістю та станом психологічної дезадаптації, розвиток і прогресування якої відбувається на тлі зниження показників як інтер-, так і інтрапсихічних ресурсів особистості, та обґрунтувала первинне значення браку адаптаційних ресурсів та вторинне — нозоспецифічних особливостей дерматологічної патології у формуванні станів психологічної дезадаптації.

Питання первинності/вторинності стану ресурсної бази та деструктивного психічного реагування як відповіді на дерматологічне захворювання у вигляді розвитку психологічної дезадаптації є таким, що потребує подальшого вивчення. Але ми можемо припустити, що якщо захворювання на дерматологічну патологію відбувається на тлі підвищеної стрес-вразливості й браку стрес-протективних ресурсів особистості через визначальний дефіцит особистісної життєстійкості та резиліентності, потенціюється брак соціальної підтримки, це призводить до розвитку клініко-психологічної дезадаптації, яка за принципом «порочного кола» ще більше знижує стрес-протективні можливості особистості.

Виявлені закономірності треба брати до уваги під час розроблення лікувально-реабілітаційних і психопрофілактичних заходів у пацієнтів з дерматологічною патологією з різним рівнем вітальної загрози та психологічної адаптації.

Список літератури

1. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика. Тривога. Київ : Медкнига, 2022. 144 с.
2. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика. Депресія. Київ : Медкнига, 2022. 216 с.
3. Психодерматологія: медико-психологічні аспекти дії психосоціального стресу в клінічній і естетичній дерматологічній практиці / за заг. редакцією проф. М. В. Маркової. Харків : Друкарня Мадрид, 2019. 277 с.
4. Marshall C., Taylor R., Bewley A. Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles // *Acta Dermato-Venereologica*. 2016. Vol 23, Is. 96 (217). P. 30—34. DOI: 10.2340/00015555-2370.
5. Foggin E, Cuddy L, Young H. Psychosocial morbidity in skin disease // *Br J Hosp Med (Lond)*. 2017. Vol. 2, Is. 78 (6). P. 82—86. DOI: 10.12968/hmed.2017.78.6.C82.
6. Nowak D. A., Wong S. M. DSM-5 Update in Psychodermatology // *Skin Therapy Lett*. 2016. Vol. 21 (3). P. 4—7. PMID: 27223249.
7. Thompson A. R., Bewley A. P. Meeting the psychological needs of dermatology patients // *British Journal of Dermatology*. 2017. Vol. 176(4). P. 858—859. PMID: 28418155.

8. Маркова М. В., Скребцова Г. В. Особливості клінічної складової континууму психологічної адаптації-дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози // *Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини*. 2023. № 2. С. 130—141. DOI: <http://doi.org/10.15407/internalmed2023.02.130>.

References

1. Chaban O. S., Khaustova O. O. *Praktychna psykhosomatyka. Tryvoha*. Kyiv : Medknyha, 2022. 144 s. (In Ukrainian).
2. Chaban O. S., Khaustova O. O. *Praktychna psykhosomatyka. Depresia*. Kyiv : Medknyha, 2022. 216 s. (In Ukrainian).
3. *Psychodermatologia: mediko-psykholohichni aspekty dii psykhosotsialnoho stresu v klinichnii i estetychnii dermatolohichnii praktytsi [Psychodermatology: medical and psychological aspects of psychosocial stress in clinical and aesthetic dermatological practice / by general. edited by Prof. M. V. Markovaj]*. Kharkiv : Drukarnia Madryd, 2019. 277 s. (In Ukrainian).
4. Marshall C, Taylor R, Bewley A. Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles. *Acta Derm Venereol*. 2016 Aug 23;96(217):30-4. doi: 10.2340/00015555-2370. PMID: 27283859.
5. Foggin E, Cuddy L, Young H. Psychosocial morbidity in skin disease. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2017 Jun 2;78(6):C82-C86. doi: 10.12968/hmed.2017.78.6.C82. PMID: 28614030.
6. Nowak DA, Wong SM. DSM-5 Update in Psychodermatology. *Skin Therapy Lett*. 2016 May;21(3):4-7. PMID: 27223249.
7. Thompson AR, Bewley AP. Meeting the psychological needs of dermatology patients. *Br J Dermatol*. 2017 Apr;176(4):858-859. doi: 10.1111/bjd.15161. PMID: 28418155.
8. Markova M. V., Skrebtsova H. V. Osoblyvosti klinichnoi skladovoi kontynuumu psykholohichnoi adaptatsii-dezadaptatsii u khvorykh dermatolohichnoho profilu z ryznym rivnem vitalnoi zahrozy [Features of the clinical component of psychological adaptation/disadaptation continuum in patients with a dermatological profile with different levels of vital threat]. *Shkhidnoieuropeyskyi zhurnal vnutrishnoi ta simeinoi medytyny [Eastern European Journal of Internal and Family Medicine]*. 2023. No. 2. S. 130—141. doi: <http://doi.org/10.15407/internalmed2023.02.130>. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 21.11.2023

СКРЕБЦОВА Ганна Віталіївна, аспірант кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ; Україна; <https://orcid.org/0009-0002-0151-4444>; e-mail: skrebtsova79@gmail.com

SKREBTSOVA Hanna, Postgraduate Student of the Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine; <https://orcid.org/0009-0002-0151-4444>; e-mail: skrebtsova79@gmail.com