

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

СКРЕБЦОВА ГАННА ВІТАЛІЇВНА

УДК 616.8-009:616.89-052

ДИСЕРТАЦІЯ

**КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПЕРСОНІФІКОВАНА
ПСИХОКОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ З ДЕРМАТОЛОГІЧНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ З РІЗНИМ РІВНЕМ ВІТАЛЬНОЇ ЗАГРОЗИ**

22 – Охорона здоров'я

225 – Медична психологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Г.В.Скребцова

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Абдрахімова Цира Борисівна, доктор медичних наук,
професор

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Скребицова Г.В. Клініко-психологічні особливості та персоніфікована психокорекція дезадаптації хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеню доктора філософії за спеціальністю 225 «Медична психологія», галузь знань 22 «Охорона здоров'я». – Національний медичний університет імені О.О.Богомольця МОЗ України, Київ, 2024.

Мета роботи – на основі вивчення клініко-психологічних особливостей, психоемоційних, психосоціальних і особистісних маркерів психологічної дезадаптації хворих з дерматологічними захворюваннями різного рівню вітальної загрози, розробити персоніфіковані програми психокорекції для даних категорій хворих.

Гіпотезою роботи стали наступні твердження: якщо захворювання на дерматологічну патологію відбувається на тлі підвищеної стрес-вразливості й недостатності стрес-протективних ресурсів особистості за рахунок визначального дефіциту особистісної життестійкості та резильєнтності, та потенціюється браком соціальної підтримки, це призводить до розвитку психологічної дезадаптації, процес формування якої первинно не має нозологічної специфічності і не залежить від вітальності патологічного процесу; варіативність клінічних проявів психологічної дезадаптації визначається станом особистісних ресурсів, а інтенсивність асоційована з вітальністю дерматологічної патології; наявність психологічної дезадаптації, за принципом «порочного кола», ще більше знижує стрес-протективні можливості особистості і сприяє формуванню порушень психосоціального функціонування, які ще більше обтяжують її прогресування і прогредієнтність.

Результати базуються на даних комплексного обстеження 120 хворих дерматологічного профілю, серед них 60 хворих з невітальними дерматологічними захворюваннями (себореїний кератоз L82, кандиломи A63.0, ангіоми D18.0, порушення пігментації L80), та 60 хворих з дерматологічними захворюваннями, що складають вітальну загрозу (меланома C43, базаліома C44, карцинома шкіри D04).

Дизайн дослідження складався з 4-х етапів. На першому, організаційно-діагностичному, відбувалось формування вибірки та здійснювалось комплексне обстеження пацієнтів. Усі включені в дослідження хворі були обстежені з дотриманням принципів біомедичної етики та Гельсінської декларації. Обстеження включало клінічну бесіду, організовану за принципом напівструктурованого клінічного інтерв'ю, клініко-психологічне і психодіагностичне дослідження. Другий, аналітичний, етап, був присвячений упорядкуванню первинних результатів, їх математико-статистичній обробці і подальшому якісному аналізу, з визначенням маркерів психологічної дезадаптації у даного контингенту та розробкою персоніфікованих психокорекційних програм залежно від ризику і прогнозу психологічної дезадаптації. На третьому, терапевтичному, етапі, розроблені персоніфіковані психокорекційні заходи були впроваджені, а ефективність їх впровадження оцінювалась на останньому, четвертому етапі (етап оцінки ефективності).

Розподіл на групи дослідження проводився з використанням двох критеріїв: нозологічного та клініко-психологічного. За результатами попередньої оцінки психічного стану, в кожній нозологічній групі було виділено по дві підгрупи (з ознаками психологічної дезадаптації та без її ознак), що призвело до формування 4 клінічних груп: з невітальними дерматологічними захворюваннями без ознак психологічної дезадаптації (група Г1, 27 (45,0%) осіб); з невітальними дерматологічними захворюваннями з ознаками дезадаптації (група Г2, 33 (55,0%) особи); з дерматологічними захворюваннями, що складають

вітальну загрозу без ознак психологічної дезадаптації (група Г3, 23 (38,3%) особи); з дерматологічними захворюваннями, що складають вітальну загрозу з ознаками дезадаптації (група Г4, 37 (61,7%) осіб). Порівняння показників проводилося всередині однієї нозологічної групи (Г1 з Г2, Г3 з Г4) та між підгрупами з однаковою вираженістю ознак психологічної дезадаптації (Г1 з Г3 та Г2 з Г4).

В дослідженні використовували соціально-демографічний, клініко-психологічний, психодіагностичний і статистичний методи.

В ході роботи: визначено клініко-психологічні особливості проявів дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з захворюваннями різного рівню вітальної загрози; виявлено особливості психосоціального функціонування хворих дерматологічного профілю з захворюваннями різного рівню вітальної загрози в контексті стану їх психологічної адаптації-дезадаптації; досліджено інтерпсихічні і інтрапсихічні особистісні ресурси у пацієнтів дерматологічного профілю з захворюваннями різного рівню вітальної загрози в світлі стану їх психологічної адаптації-дезадаптації; на основі ідентифікації клініко-психологічних, психосоціальних і особистісних маркерів психологічної дезадаптації у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями різного рівню вітальної загрози, розроблено алгоритм її прогнозування.

Встановлено, що серед пацієнтів з дерматологічними захворюваннями зустрічаються як психологічно адаптовані, так і дезадаптовані особи, незалежно від вітальності/невітальності патологічного процесу. У пацієнтів з ознаками психологічної дезадаптації в клінічній картині превалюють тривожний (переважно у пацієнтів з невітальними захворюваннями) і депресивний (переважно у пацієнтів з вітальними захворюваннями) радикали, а допоміжні психопатологічні конструкти представлені проявами соматизації, obsесивно-компульсивної симптоматики, міжособистісної сензитивності та фобічної тривожності, причому психопатологічні прояви найбільше виражені у хворих з

дезадаптацією з вітальними дерматологічними захворюваннями, й мають меншу виразність у пацієнтів з невітальною шкірною патологією.

Доведено, що наявність порушень психосоціального функціонування у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями асоційована зі станом їх психологічної адаптації/дезадаптації, а не з вітальністю патологічного процесу: дерматологічні хворі без клінічних ознак психологічної дезадаптації, незалежно від нозологічної приналежності та вітальності основного захворювання, мають достатній рівень психосоціальної адаптації та якості життя. Порушення психосоціального функціонування, які проявляються викривленням соціально-психологічної адаптації (високі рівні неприйняття себе і інших, емоційного дискомфорту, ведомості, ескапізму, низька інтернальність) та зниженням якості життя в усіх сферах (причому рівні фізичного благополуччя і працездатності виявили нозоспецифічність та чутливість до вітальності дерматологічної патології, на відміну від усіх інших параметрів якості життя), виявляються найгіршими у пацієнтів з психологічною дезадаптацією та вітальним дерматологічним процесом, порівняно з дезадаптованими респондентами з невітальними захворюваннями.

Обґрунтовано, що стан як інтрапсихічних – життестійкість та резильєнтність, 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 фактором превенції щодо розвитку дезадаптації навіть у ситуації вітальності хвороби, в той час як їх дефіцит стає поштовхом і підґрунтям для розвитку дезадаптації навіть у пацієнтів з невітальними захворюваннями.

Отже, проведене дослідження підтвердило нашу гіпотезу щодо відсутності прямого взаємозв'язку між нозоспецифічністю та вітальністю дерматологічного захворювання і станом психічного здоров'я індивіда та первинності

особистісного чиннику у механізмі формування психологічної дезадаптації у даного контингенту пацієнтів.

На основі отриманих даних обґрунтовано, розроблено і оцінено ефективність впровадження програм персоніфікованої психокорекції хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози, яка базується на вивченні специфічних маркерів психологічної дезадаптації у даного контингенту пацієнтів, та алгоритмі її розвитку і прогнозування як інструмента персоніфікації психокорекційних впливів.

Наукова новизна одержаних результатів обумовлена тим, що вперше обґрунтовано й доведено, що наявність і інтенсивність дезадаптивного патопсихологічно-афективного реагування різного ступеню вираженості у хворих з дерматологічною патологією не мають чіткої асоційованості з вітальністю дерматологічного процесу, а базуються на більш складних механізмах взаємовпливів біологічної предиспозиції та психологічних й психосоціальних факторів, мозаїчне поєднання яких визначає ресурсні можливості індивіда щодо конструктивного прийняття факту наявності дерматологічного захворювання і вибудови адекватної стратегії її опанування, незалежно від ступеню вітальності хвороби.

Вперше в механізмі формування станів психологічної дезадаптації у пацієнтів з дерматологічною патологією виявлено загальний тренд первинного значення браку адаптаційних ресурсів та вторинного – нозоспецифічних особливостей дерматологічної патології.

Визначені провідні патопсихологічні феномени та клініко-психологічні особливості дезадаптації у хворих дерматологічного профілю, доведено, що їх констеляція і варіативність визначається станом ресурсної бази особистості, а інтенсивність проявів асоційована з вітальністю дерматологічного процесу.

Виділені й обґрунтовані базові маркери психологічної дезадаптації у хворих дерматологічного профілю, стан яких визначає ризик і прогноз її розвитку

і прогресування, та є критеріями персоніфікації психокорекційних втручань для даної категорії пацієнтів.

Практичне значення одержаних результатів забезпечується обґрунтованим і розробленим алгоритмом прогнозування психологічної адаптації-дезадаптації як основи персоніфікованої психокорекції хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози, та програмами психокорекції, розробленими і впровадженими з урахуванням розвитку і прогнозу психологічної дезадаптації у різних контингентів пацієнтів, ефективність яких стосовно покращення психоемоційного стану, підвищення рівню якості життя та посилення ресурсів життєстійкості та резилієнтності, доведена на засадах доказової медицини.

Ключові слова: психоонкологія, дезадаптація, психологічні проблеми, психічне здоров'я, психологічна адаптація, тривога, депресія, психоемоційний стан, психотерапія.

ANNOTATION

Skrebtsova H.V. Clinical and psychological features and personalized psychocorrection of maladaptation in patients with dermatological diseases with different levels of vital threat. – Qualifying scientific work on the rights of manuscript.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in specialty 225 "Medical psychology", field of knowledge 22 "Health care". – National Medical University named after O.O. Bogomolets, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2024.

The purpose of the work is to develop personalized psychocorrection programs for this category of patients based on the study of clinical and psychological characteristics, psychoemotional, psychosocial, and personal markers of psychological maladaptation of patients with dermatological diseases of various levels of vital threat.

The hypothesis of the work is the following statements: 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, and is potentiated by a lack of social support, this leads to the development of psychological maladaptation, the process of formation of which initially has no nosological specificity and does not depend on the vitality of the pathological process; the variability of clinical manifestations of psychological maladaptation is determined by the state of personal resources, and their intensity is associated with the vitality of dermatological pathology; the presence of psychological maladaptation, according to the principle of a "vicious circle", further reduces the stress-protective capabilities of the individual and contributes to the formation of psychosocial functioning disorders, which further burden its progression and progressivity.

The results are based on the data of a comprehensive examination of 120 patients with a dermatological profile, among them 60 patients with non-vital dermatological diseases (seborrheic keratosis L82, condylomas A63.0, angiomas D18.0, pigmentation disorders L80), and 60 patients with dermatological diseases that pose a vital threat (melanoma C43, basal cell carcinoma C44, skin carcinoma in situ D04).

The research design consisted of 4 stages. At the first, organizational and diagnostic, the sample was formed and a comprehensive examination of patients was carried out. All patients included in the study were examined in compliance with the principles of biomedical ethics and the Declaration of Helsinki. The examination included a clinical conversation organized according to the principle of a semi-structured clinical interview and a clinical-psychological and psychodiagnostic study. The second, analytical, stage was devoted to the organization of primary results, their mathematical and statistical processing, and further qualitative analysis, with the determination of markers of psychological maladaptation in this contingent and the development of personalized psychocorrective programs depending on the risk and prognosis of psychological maladaptation. In the third, therapeutic, stage, the developed personalized psychocorrective measures were implemented, and their implementation was evaluated in the last, fourth stage (stage of evaluation of effectiveness).

The division into research groups was carried out using two criteria: nosological and clinical-psychological. According to the results of the preliminary assessment of the mental state, in each nosological group, two subgroups were distinguished (with signs of psychological maladaptation and without its signs), which led to the formation of 4 clinical groups: with non-vital dermatological diseases without signs of psychological maladaptation (group G1, 27 (45.0%) persons); with non-vital dermatological diseases with signs of maladaptation (group G2, 33 (55.0%) persons); with dermatological diseases that pose a vital threat without signs of psychological maladaptation (group G3, 23 (38.3%) individuals); with dermatological diseases that pose a vital threat with signs of maladaptation (group G4, 37 (61.7%) people). A

comparison of indicators was carried out within one nosological group (G1 with G2, G3 with G4) and between subgroups with the same severity of signs of psychological maladaptation (G1 with G3 and G2 with G4).

The research used socio-demographic, clinical-psychological, psychodiagnostic, and statistical methods.

In the course of the work: the clinical and psychological features of the manifestations of maladaptation in dermatological profile patients with diseases of various levels of vital threat were determined; the peculiarities of the psychosocial functioning of dermatological profile patients with diseases of various levels of vital threat in the context of the state of their psychological adaptation-maladaptation were revealed; the interpsychic and intrapsychic personal resources of dermatological patients with diseases of various levels of vital threat were investigated in the light of the state of their psychological adaptation-maladaptation.

It was established that among patients with dermatological diseases, there are both psychologically adapted and maladapted individuals, regardless of the vitality/non-vitality of the pathological process. In patients with signs of psychological maladaptation, the clinical picture is dominated by anxious (mainly in patients with non-vital diseases) and depressive (mainly in patients with vital diseases) radicals, and auxiliary psychopathological constructs are represented by manifestations of somatization, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity and phobic anxiety, moreover, psychopathological manifestations are most pronounced in patients with maladaptation with vital dermatological diseases, and are less expressive in patients with non-vital skin pathology.

It has been proven that the presence of psychosocial functioning disorders in patients with dermatological diseases is associated with the state of their psychological adaptation/maladaptation, and not with the vitality of the pathological process: dermatological patients without clinical signs of psychological maladaptation, regardless of the nosological affiliation and vitality of the main disease, have a

sufficient level of psychosocial adaptation and quality of life. Violations of psychosocial functioning, which are manifested by distortions of social and psychological adaptation (high levels of rejection of self and others, emotional discomfort, ignorance, escapism, low internality) and a decrease in the quality of life in all areas (whereas the levels of physical well-being and working capacity revealed certain specificity depending of nosology, and sensitivity to the vitality of dermatological pathologies, in contrast to all other parameters of quality of life), are the worst in patients with psychological maladaptation and vital dermatological process, compared to maladapted respondents with non-vital diseases.

It is substantiated that 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 psychological maladaptation 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 maladaptation even in the situation of vital illness, while their deficiency becomes the impetus and basis for the development of maladaptation in patients with non-vital diseases.

Therefore, the conducted study confirmed our hypothesis regarding the absence of a direct relationship between the specificity which depends on the nosology and vitality of a dermatological disease, and the state of mental health of an individual.

The conducted research made it possible to identify clinical-psychological, psychosocial and personal markers of psychological maladaptation in patients with dermatological diseases of various levels of vital threat, based on which - to develop an algorithm for its prediction.

Based on the obtained data, the effectiveness of the implementation of programs of personalized psychocorrection of patients with dermatological diseases with different levels of vital threat, which is based on the study of specific markers of psychological maladaptation in this contingent of patients, and the algorithm of its

development and forecasting, as a tool for the personification of psychocorrective effects, was substantiated, developed and evaluated.

The scientific novelty of the obtained results since for the first time it has been substantiated and proven that the presence and intensity of maladaptive pathopsychological-affective reactions of various degrees of severity in patients with dermatological pathology are not directly associated with the vitality of the dermatological process, but are based on more complex mechanisms of interactions of biological predisposition and psychological and psychosocial factors, the mosaic combination of which determines the resource capabilities of the individual regarding the constructive acceptance of the fact of the presence of dermatological disease and the construction of an adequate strategy for its mastery, regardless of the degree of vitality of the disease.

For the first time, in the mechanism of formation of states of psychological maladaptation in patients with dermatological pathology, a general trend of the primary importance of lack of adaptation resources and the secondary meaning of the nosology-specific features of dermatological pathology was revealed.

The leading pathopsychological phenomena and clinical-psychological features of maladaptation in patients with a dermatological profile were determined, it was proved that their constellation and variability is determined by the state of the resource base of the individual, and the intensity of manifestations is associated with the vitality of the dermatological process.

The basic markers of psychological maladaptation in patients with a dermatological profile, whose condition determines the risk and prognosis of its development and progression, and are criteria for the personalization of psychocorrective interventions for this category of patients, are identified and substantiated.

The practical value of the obtained results is provided by a well-founded and developed algorithm prediction of psychological adaptation-maladaptation as the basis

of personalized psychocorrection of patients with dermatological diseases with different levels of vital threat, and psychocorrection programs developed and implemented taking into account the development and prognosis of psychological maladaptation in different contingents of patients, the effectiveness of which in terms of improving the psycho-emotional state, increasing the level of quality of life and strengthening resources of vitality and resilience, proven on the basis of evidence-based medicine.

Keywords: psychooncology, maladaptation, psychological problems, mental health, psychological adaptation, anxiety, depression, psycho-emotional state, psychotherapy.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. *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 і сімейної медицини. 2023. № 2. С. 130 – 141. DOI 10.15407/internalmed2023.02.130 (*особистий внесок дисертантки складався з формулювання ідеї дослідження, збору емпіричного матеріалу, його обробки і аналізу, формулювання висновків*)
2. *Скребцова Г.В.* Аналіз психосоціальної складової континууму психологічної адаптації-дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози // Психіатрія, неврологія, медична психологія. 2023. № 2. С. 43 – 53. DOI 10.26565/2312–5675-2023-22-06
3. *Скребцова Г.В.* Стан інтерпсихічних і інтрапсихічних особистісних ресурсів в контексті психологічної адаптації-дезадаптації пацієнтів з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози // Український вісник психоневрології. 2023. Том 31, вип. 4 (117). С. 82 – 88. doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is4-2023-12
4. *Abdryakhimova T.B., Skrebtsova G.V.* Algorithm of prognosis of psychological adaptation-maladaptation as the basis of personalized psycho-correction of patients with dermatological diseases with different levels of vital threat // Journal of Education, Health and Sport. 2023. V. 48(1). P. 299 – 323. eISSN 2391-8306. <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.48.01.023> (*дисертанці належить ідея роботи, нею особисто набрано емпіричний матеріал, проведено його аналіз, сформульовано висновки*)

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

5. *Markova M., Lunov V., Kostiuk O., Chystovska Iu., Skrebtsova H., Abdriakhimov G.* Intercultural influences on somatization and neurotization of individual // Abstracts of WPA Regional Congress «Psychopathology in periods of transitions», 07-09.07.2021, Kyiv, P. 37-38. *(внесок дисертантки складався з аналізу матеріалів та підготовці тезів до друку)*

6. *Скребцова Г.В., Чемерис М.М.* Психічний дистрес у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями як комплексна проблема психодерматології // Український вісник психоневрології. Тези доповідей VI національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України. 2022. Том 30, вип. 3 (112). С. 86. *(особистий внесок дисертантки складався з отримання основних інформаційних матеріалів та їх аналізу, підготовки висновків дослідження)*

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	
ANNOTATION.....	
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА.....	
ЗМІСТ.....	
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	
ВСТУП.....	
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ДЕРМАТОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ З РІЗНИМ РІВНЕМ ВІТАЛЬНОЇ ЗАГРОЗИ. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЗМІН ПСИХІКИ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШКІРИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	
1.1. Онкологічні захворювання шкіри: поширеність, медичне та соціальне значення, основні тенденції	
1.2. Психологічні та психопатологічні реакції на злоякісні новоутворення шкіри з різним рівнем вітальної загрози	
1.3. Сучасні підходи до корекції несприятливих змін психічної сфери, пов'язаних з наявністю злоякісних захворювань шкіри	
Висновки до розділу 1	
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1. Характеристика дизайну і контингенту дослідження	
2.2. Методи дослідження.....	
Висновки до розділу 2.....	

РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ І	
ПСИХОДІАГНОСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЗАДАПТАЦІЇ У	
ХВОРИХ ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ З РІЗНИМ РІВНЕМ	
ВІТАЛЬНОЇ ЗАГРОЗИ, ТА ЇЇ ПСИХОКОРЕКЦІЯ	
3.1. Особливості клінічної складової континууму психологічної	
адаптації-дезаптації у хворих дерматологічного профілю з різним	
рівнем вітальної загрози	
3.2. Аналіз психосоціальної складової континууму психологічної	
адаптації-дезаптації у хворих дерматологічного профілю з різним	
рівнем вітальної загрози	
3.3. Стан інтерпсихічних і інтрапсихічних особистісних ресурсів в	
контексті психологічної адаптації-дезаптації пацієнтів з	
дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної	
загрози	
3.4. Алгоритм прогнозування психологічної адаптації-дезаптації	
як основа персоніфікованої психокорекції хворих з	
дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної	
загрози	
3.5. Персоніфікована психокорекція хворих з дерматологічними	
захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози, та її	
ефективність	
Висновки до розділу 3	
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	
ВИСНОВКИ.....	
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	
ДОДАТОК А.....	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ
І ТЕРМІНІВ

Г1	–	група 1 пацієнтів з невітальними дерматологічними захворюваннями без ознак психологічної дезадаптації
Г2	–	група 2 пацієнтів з невітальними дерматологічними захворюваннями з ознаками психологічної дезадаптації
Г3	–	група 3 пацієнтів з вітальними дерматологічними захворюваннями без ознак психологічної дезадаптації
Г4	–	група 4 пацієнтів з вітальними дерматологічними захворюваннями з ознаками психологічної дезадаптації
ГВ	–	група втручання
ГП	–	група порівняння
ПДА	–	психологічна дезадаптація
ЯЖ	–	якість життя
HDRS	–	шкала депресії М. Гамільтона
HARS		шкала тривоги М. Гамільтона

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила онкологічну патологію як одну з найсерйозніших глобальних загроз для здоров'я людства і одну з найбільших проблем сучасної системи охорони здоров'я [1]. Рак є однією з провідних причин смерті у світі, яка у 2020 році забрала життя майже 10 млн осіб, або майже кожного шостого померлого (Ferlay J. et al., 2020) [2].

Смертність від раку в цілому знижувалася до 2021 року, переважно за рахунок профілактичних заходів, раннього виявлення пухлин і покращення лікування, що дало можливість запобігти понад 4 млн. смертей з 1991 року. Однак, паралельно зі зменшенням смертності від раку, захворюваність на найбільш поширені злоякісні пухлини протягом останніх десятиліть зростає, і провідне місце за темпами приросту захворюваності (що складає 2%–3% за рік) займають злоякісні пухлини шкіри (Siegel R.L. et al., 2023) [3].

Рак шкіри є найпоширенішим видом раку у представників європеоїдної раси, він виникає у кожної п'ятої людини у віці до 70 років (Tow R. et al., 2023) [4]. У структурі злоякісних новоутворень шкіри домінують пухлини з низьким рівнем вітальної загрози, відносно доброякісним перебігом і повільним метастазуванням, що об'єднуються під терміном «немеланомний рак», на який припадає понад 95% усіх видів раку шкіри (Reyes-Marcelino G. et al., 2023) [5].

Злоякісні пухлини є одними з найбільш масштабних і небезпечних за наслідками несприятливого впливу на психіку серед непсихіатричних захворювань (Civiloti C. et al., 2023), [6], (Licu M. et al., 2023) [7], (Deodhar J.K. et al., 2024) [8]. Психічні розлади часто є коморбідними з онкологічною патологією, і мають багато спільних факторів ризику, шкідлива дія їх суттєво зростає в умовах хронічного (перманентного) стресу; при цьому існує двосторонній зв'язок між тривогою та основним захворюванням щодо виникнення та розвитку

психічних і соматичних розладів (Чабан О.С. та співавт. 2023, 2024) [9, 10], що є особливо актуальним в умовах важкого соціального стресу (Khaustova O.O. et al., 2022) [11]. Пацієнтам зі злоякісними новоутвореннями шкіри, навіть за невисокого рівня вітальної загрози, притаманні значна ураженість депресивними і тривожними розладами, а також специфічні патохарактерологічні особливості (Белов О.О., 2023, 2024) [12, 13]. Онкологічна патологія асоційована з високим стресовим навантаженням, що зумовлює виникнення у хворих психічних розладів переважно афективного та невротичного спектру (Мухаровська І.Р. зі співавт., 2019) [14]. У цих умовах особливої актуальності набувають питання удосконалення медико-психологічного супроводу онкохворих на всіх етапах надання медичної допомоги (Мухаровська І.Р. зі співавт., 2022) [15].

При цьому важливі питання пов'язані з особливостями психоемоційного стану, індивідуально-типологічних характеристик, поведінкових моделей у контексті психосоціальної дезадаптації у хворих на рак з різним ступенем вітальної загрози, залишаються недостатньо вивченими, що утруднює розробку персоніфікованих заходів медико-психологічного супроводу таких пацієнтів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана у відповідності з планом наукових досліджень Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця МОЗ України за темою «Проактивна трансдіагностична медико-психологічна допомога постраждалим від дистресу війни населенню України (профілактика, діагностика, корекція, реабілітація)» (номер державної реєстрації 0119U103910).

Об'єкт дослідження – психологічна дезадаптація хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози.

Предмет дослідження – психоемоційні, психосоціальні і особистісні маркери психологічної дезадаптації хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози як мішені її персоніфікованої психокорекції.

Мета роботи – на основі вивчення клініко-психологічних особливостей, психоемоційних, психосоціальних і особистісних маркерів психологічної дезадаптації хворих з дерматологічними захворюваннями різного рівню вітальної загрози, розробити персоніфіковані програми психокорекції для даних категорій хворих.

Для досягнення мети були вирішені наступні **задачі**:

1. Визначити клініко-психологічні особливості проявів дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з захворюваннями різного рівню вітальної загрози.

2. Виявити особливості психосоціального функціонування хворих дерматологічного профілю з захворюваннями різного рівню вітальної загрози в контексті стану їх психологічної адаптації-дезадаптації.

3. Дослідити інтерпсихічні і інтрапсихічні особистісні ресурси у пацієнтів дерматологічного профілю з захворюваннями різного рівню вітальної загрози в світлі стану їх психологічної адаптації-дезадаптації.

4. На основі ідентифікації клініко-психологічних, психосоціальних і особистісних маркерів психологічної дезадаптації у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями різного рівню вітальної загрози, розробити алгоритм її прогнозування.

5. Розробити, впровадити та оцінити ефективність персоніфікованої психокорекції хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози.

Методи дослідження: соціально-демографічний, клініко-психологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний, статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів обумовлена тим, що вперше обґрунтовано й доведено, що наявність і інтенсивність дезадаптивного патопсихологічно-афективного реагування різного ступеню вираженості у хворих з дерматологічною патологією не мають чіткої асоційованості з

вітальністю дерматологічного процесу, а базуються на більш складних механізмах взаємовпливів біологічної предиспозиції та психологічних й психосоціальних факторів, мозаїчне поєднання яких визначає ресурсні можливості індивіда щодо конструктивного прийняття факту наявності дерматологічного захворювання і вибудови адекватної стратегії її опанування, незалежно від ступеню вітальності хвороби.

Вперше в механізмі формування станів психологічної дезадаптації у пацієнтів з дерматологічною патологією виявлено загальний тренд первинного значення браку адаптаційних ресурсів та вторинного – нозоспецифічних особливостей дерматологічної патології.

Визначені провідні патопсихологічні феномени та клініко-психологічні особливості дезадаптації у хворих дерматологічного профілю, доведено, що їх констеляція і варіативність визначається станом ресурсної бази особистості, а інтенсивність проявів асоційована з вітальністю дерматологічного процесу.

Виділені й обгрунтовані базові маркери психологічної дезадаптації у хворих дерматологічного профілю, стан яких визначає ризик і прогноз її розвитку і прогресування, та є критеріями персоніфікації психокорекційних втручань для даної категорії пацієнтів.

Практичне значення одержаних результатів забезпечується обгрунтованим і розробленим алгоритмом прогнозування психологічної адаптації-дезадаптації як основи персоніфікованої психокорекції хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози, та програмами психокорекції, розробленими і впровадженими з урахуванням розвитку і прогнозу психологічної дезадаптації у різних контингентів пацієнтів, ефективність яких стосовно покращення психоемоційного стану, підвищення рівню якості життя та посилення ресурсів життєстійкості та резилієнтності, доведена на засадах доказової медицини.

Вищевказані заходи впроваджено в практику роботи Київської клінічної лікарні залізничного транспорту № 2 ЦОЗ АТ «Укрзалізниця», клініки «Dr. Zapolska Clinic» (м. Київ), авторської клініки «Dr. Yudina» (м. Київ).

Отримані наукові дані використовуються в навчальному процесі кафедри медичної психології, психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця МОЗ України.

Особистий внесок здобувача. Дисертанткою власноруч заплановані і здійснені дослідження, результати яких наведено у рукопису. Всі ідеї та розробки, використані у даному дослідженні, належать особисто авторці. Самостійно проведено інформаційно-патентний пошук і планування роботи. Виконано аналітичний огляд джерел науково-методичної інформації відповідно до обраної теми. Особисто розроблено відповідний інструментарій, дійснено комплексне клініко-психологічне й психодіагностичне дослідження, сформовано базу даних, проведено її аналіз та інтерпретацію. Проведено теоретичний науковий аналіз та інтерпретацію отриманих результатів, на основі чого сформульовані висновки дослідження.

Апробація результатів дисертації. Основні положення і висновки дослідження доповідались та обговорювались на наступних з'їздах, конгресах і конференціях: I Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Вибрані питання медицини сектору державної безпеки і оборони» (Київ – Харків, 19-20.11.2020); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (Харків, 20-21.05.2021); регіональному Конгресі World Psychiatric Association (Київ, 07-09.07.2021); VI національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку» (Харків, 06-08.10.2022); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація» (Харків – Київ, 24-25.05.2023); симпозіумі з міжнародною

участю «Моделі надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги населенню в період війни» (Харків – Київ, 24-25.11.2023); Міжнародній науково-практичній конференції «Освіта і наука в період глобальних криз та конфліктів у XXI столітті» (Київ, 08-09.12.2023); фестивалі молодіжної науки 2024 «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 15-17.01.2024).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 6 наукових праць, у тому числі 4 статтях, з яких 3 – у фахових наукових виданнях України, 1 – у спеціалізованому фаховому журналі країни ЄС (Польща), 2 тезах доповідей у матеріалах наукових конгресів державного та міжнародного рівнів.

Розділ 1

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ДЕРМАТОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ З РІЗНИМ РІВНЕМ ВІТАЛЬНОЇ ЗАГРОЗИ. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЗМІН ПСИХІКИ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШКІРИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Онкологічні захворювання шкіри: поширеність, медичне та соціальне значення, основні тенденції

Онкологічна патологія є надзвичайно важливою і актуальною медичною та соціальною проблемою сучасності, а злоякісні захворювання шкіри – одними з найпоширеніших форм раку в усьому світі [16].

Захворюваність на рак шкіри зростає майже у всіх країнах, що пов'язують зі зміною кліматичних умов, сонячною інсоляцією (включаючи штучне ультрафіолетове опромінення шкіри), соціальними факторами та збільшенням індивідуальної чутливості [17].

При цьому ураженість злоякісними захворюваннями шкіри значно варіює у різних регіонах. За даними ВООЗ, у 2018 році в усьому світі було виявлено 287723 випадків меланоми і 1042056 випадків немеланомних захворювань шкіри. Найбільша питома вага зареєстрованих випадків злоякісної меланоми припадає на Європу (50,1%), дещо менше – на Північну Америку (27,7%), значно меншим є внесок у загальну захворюваність на меланому Азії (7,6%), Латинської Америки і країн Карибського басейну (6,3%), Океанії (6,0%) та Африки (2,3%). Немеланомні захворювання більш поширені у Північній Америці (46,3%), меншою є питома вага Європи (30,5%), суттєво меншою – Азії (7,4%), Океанії (6,8%), Латинської Америки і країн Карибського басейну (6,6%) та Африки

(2,3%) [18]. Apalla Z. et al. (2017) повідомляють про щорічне зростання захворюваності на меланому на 0,6% серед дорослих у віці понад 50 років [19].

Злоякісні захворювання шкіри найбільш поширені на сьомому десятилітті життя, без суттєвої різниці між чоловіками та жінками [20].

Найбільш частою локалізацією злоякісних пухлин шкіри є область голови і шиї, на неї припадає 54% усіх локалізацій раку шкіри; у чоловіків дещо частіше вражається тулуб, а у жінок – кінцівки [21].

При цьому онкологічна патологія шкіри істотно відрізняється за клінічним перебігом, динамікою, прогнозом і впливом на якість життя і функціонування людини.

Меланома є найбільш небезпечним злоякісним новоутворенням шкіри з високою вітальною загрозою. Попри відносно меншу порівняно з немеланомними формами раку поширеність, меланома набагато частіше призводить до летальних наслідків через схильність до лімфогенного та гематогенного метастазування, тому з точки зору клінічної медицини вона є найважливішим раковим захворюванням шкіри, а раннє виявлення меланоми залишається ключовим фактором зниження смертності від раку шкіри [22].

За даними Національного Інституту раку, кількість нових випадків меланоми шкіри в усьому світі в 2016 році становила 76380, що складає 4,5% від усіх нових випадків раку [23]. Приблизний рівень пожиттєвої поширеності меланоми складає один випадок на 34 чоловіка і один випадок на 53 жінки [24].

Швидке зростання захворюваності на цей вид раку дало підстави фахівцям говорити про «епідемію меланоми» [25, 26]. Зростання захворюваності на меланому пов'язують насамперед із загальним старінням популяції; на це впливає також збільшення сонячної інсоляції та вживання деяких лікарських засобів [27-29], хоча близько 25% випадків діагностуються у людей у віці до 50 років [23].

Найбільш важливим зовнішнім чинником онкогенезу меланому, як і всіх злоякісних захворювань шкіри взагалі, який можна регулювати, є вплив ультрафіолетового опромінення: вважається, що близько 80% меланом пов'язані з впливом цього фактору [30-32].

Лікування меланому ґрунтується на якомога більш ранньому широкому хірургічному втручанні, а також використанням хіміотерапії, променевої терапії та імунотерапії на основі інтерлейкінів [33-36]. Розробка сучасних методів імунотерапії, заснованої на інгібіторах контрольних точок у поєднанні з цільовою терапією інгібіторами BRAF та MEK дозволила домогтися помітно кращих результатів і суттєво поліпшити виживання пацієнтів [37-40].

Найбільш поширеними злоякісними пухлинами шкіри з низьким рівнем вітальної загрози є базальноклітинний, плоскоклітинний рак і базаліома. Базальноклітинний рак займає перше місце за поширеністю серед усієї дерматологічної онкопатології, і у 80% хворих локалізується в області голови та шиї, рідко дає метастази, але виявляє високий ступінь місцевої інвазії та деструкції тканин [41]. Поширеність базальноклітинного раку складає 88 – 164 випадків на 100 тис. людино-років, при цьому вважається, що реальна захворюваність є вищою [42]. Цей варіант раку більш типовий для літніх людей, його виникнення пов'язують з генетичною схильністю, що реалізується за аутосомно-домінантним типом, а також з негативним впливом зовнішніх факторів, зокрема, ультрафіолетового опромінення, в тому числі при відвідуванні солярію (частіше у жінок), променевою терапією, призначенням імуносупресорів та деякими інфекціями [43-55]. Смертність від базальноклітинного раку невисока і переважно пов'язана із супутніми захворюваннями та клінічними ускладненнями внаслідок обширної інфільтрації пухлини [56]. Клінічні прояви базальноклітинного раку поліморфні, і включають розвиток вузликових уражень шкіри, плям, бляшок, папул або еритем, що, як правило, не викликають неприємних суб'єктивних відчуттів [57-61].

Терапевтичні підходи при базальноклітинному раку ґрунтуються на хірургічних втручаннях (лікувальних або паліативних); променева терапія є основною у разі наявності глибокої інфільтрації або при первинних локалізаціях, що утруднюють хірургічне втручання (ніс, повіки, губи), а також за наявності супутніх захворювань, що унеможливають оперативне лікування [62-64]. Хіміотерапія при базальноклітинному раку розглядається як допоміжна терапія, що дозволяє відтермінувати рецидив захворювання; її застосування також обмежується вираженими побічними ефектами (алопеція, втома, м'язові спазми, блювота, дисгевзія) та розвитком резистентності [65-68].

Другим за поширеністю злоякісним новоутворенням шкіри є плоскоклітинний рак. Незважаючи на суперечливі дані щодо епідеміології плоскоклітинного раку, експерти очікують зростання захворюваності у Європі протягом наступного десятиліття приблизно вдвічі [69]. Плоскоклітинний рак об'єднує багато підтипів з різною вітальною загрозою [70, 71]; в цілому вважається, що у пацієнтів з цією формою метастазування спостерігається у 4-6%, а ризик рецидивування складає близько 5% [72, 73]. Основною причиною виникнення плоскоклітинного раку є порушення балансу між онкогенезом та імунним захистом, що може бути зумовлено генетичною схильністю або дією зовнішніх онкогенів, насамперед, ультрафіолетового опромінення [74-84]. Основу лікування плоскоклітинного раку складає хірургічне втручання, включаючи сучасні методи оперативного лікування (лазерна та електродиссекція); за неможливості оперативного втручання застосовують променеву терапію і брахітерапію [85]. Традиційна хіміотерапія продемонструвала незадовільні результати при плоскоклітинному раку, тому наразі тривають пошуки нових препаратів, насамперед, з групи інгібіторів імунних контрольних точок [86-88].

Цікавими є дані дослідження Gaunt N. et al. (2021), які виявили, що вплив пандемії COVID-19 не був суттєвим на розподіл стадій і на частку пухлин із

високим ризиком або поганими прогностичними патологічними ознаками для всіх форм раку шкіри, і пацієнти в постлокдаун групі не постраждали. Автори зауважують, що більшість пацієнтів з немеланомним раком шкіри мають тенденцію відкладати звернення за медичною допомогою, тому отримані дані є обнадійливими щодо затримки лікування немеланомних пухлин шкіри, і можуть допомогти у плануванні надання послуг хворим на рак шкіри у разі потенційного подальшого обмеження доступу до медичних послуг [89].

Таким чином, злоякісні захворювання шкіри є глобальною соціальною і медичною проблемою; захворюваність на них постійно зростає, і ця патологія є величезним тягарем для системи охорони здоров'я.

Слід зазначити, що останніми десятиліттями досягнуто значного прогресу в лікуванні онкологічної патології шкіри, що дозволило значно покращити виживання та якість життя пацієнтів. Більшість немеланомних захворювань шкіри мають низьку смертність та високий рівень ефективності лікування за умови раннього виявлення [90]. При меланомі за умови своєчасного виявлення і активного лікування рівень виживання пацієнтів сягає 95% [91]. Збільшення захворюваності на меланому останніми роками не супроводжувалося відповідним зростанням летальності, що свідчить про можливість контролювати смертність за рахунок раннього виявлення і лікування пухлини [23]. Активний пошук у напрямку удосконалення методів діагностики та лікування злоякісних захворювань шкіри дозволяє сподіватися на істотний прогрес у боротьбі з дерматологічною онкопатологією найближчими десятиліттями [21].

1.2. Психологічні та психопатологічні реакції на злоякісні новоутворення шкіри з різним рівнем вітальної загрози

Злоякісні захворювання тісно асоційовані з несприятливими змінами у психічній сфері. Депресія і тривога є найбільш поширеними психопатологічними

феноменами у онкологічних пацієнтів, незалежно від локалізації первинної пухлини, стадії захворювання і фази лікування [92].

Встановлено взаємний зв'язок між онкологічною патологією та психічними розладами: у хворих на рак вищий ризик порушень психіки, а психічні розлади впливають на тривалість життя онкохворих і можуть збільшити смертність від раку більш ніж на 50% [93, 94].

Walker J. et al. (2021) зазначають, що депресія і тривога суттєво погіршують комплаєнс при онкологічній патології, вони також пов'язані з гіршим прогнозом основного захворювання і меншою тривалістю життя хворих на рак [95].

Roche K.N. et al. (2023), узагальнюючи дані 13 мета-аналізів, які оцінювали вплив психологічного стресу на виживання онкологічних пацієнтів, зазначають, що хворі на рак відчують значний психологічний стрес протягом усього захворювання; наявні докази існування зв'язку між переживанням дистресу у хворих на рак і загальним виживанням, хоча відсутність єдиної концепції і різні методологічні підходи призводять до серйозних розбіжностей у оцінці цього зв'язку. Автори наголошують на необхідності продовження досліджень у цьому напрямку для встановлення зв'язку між дистресом і клінічними результатами у онкологічних пацієнтів [96].

Costa D.S.J. et al. (2016) зазначають, що онкологічні пацієнти особливо схильні до психологічного стресу, пов'язаного з почуттям депресії, тривоги, страху та провини [97].

Ribolsi M. et al. (2023) виявили ознаки психологічного дистресу у третини хворих на рак. Вивчення психологічних механізмів виявило, що соматизація корелює як з психотичними, так і з невротичними захисними механізмами, а психотичні стилі психологічного захисту корелювали з ворожістю, obsesивно-компульсивною симптоматикою, тривогою, міжособистісною чутливістю та психотизмом. Автори наголошують, що використання різноманітних і переважно

несвідомих захисних механізмів допомагає хворим впоратися з дистресом і стражданнями після діагностики раку [98].

У 2014 році Американське товариство психосоціальної онкології, Асоціація онкологічних соціальних працівників і Товариство онкологічних медичних сестер запропонували включити скринінг і лікування психологічного дистресу до стандартної терапії онкологічних захворювань і запропонували визначення цього дистресу як «багатофакторного неприємного досвіду психологічного, соціального, духовного та (або) фізичного характеру, який може заважати здатності ефективно справлятися з раком, його фізичними симптомами та лікуванням» [99, 100].

Ahmad M.H. et al. (2021), McFarland D.C. et al. (2021) наголошують, що встановлення спільних механізмів і зв'язку між раком, протипухлинною терапією (променевою, хіміотерапією, гормональною, таргетною терапією) і депресією дозволяє краще розуміти потенційні біологічні механізми, що лежать в основі психічних розладів у хворих на рак [101, 102].

Murri M.V. et al. (2023) зазначають, що онкологічним пацієнтам притаманні гетерогенні психопатологічні прояви, які розвиваються з часом, погіршуючи індивідуальне функціонування та прогноз. Використання сучасних мережевих моделей дозволило виявити три основні комплекси патологічних проявів, пов'язаних з онкологічною патологією: депресія і тривога; ворожість та психосоматичні симптоми. Депресія і тривога були тісно пов'язані з суїцидальними думками та думками про смерть, а психосоматична симптоматика включала непритомність, слабкість, біль у грудній клітці і задишку, причому ці симптоми виявилися пов'язаними з психопатологічними ознаками. Лонгітюдний аналіз встановив, що смуток, дратівливість, нервозність і напруга є предикторами відносно одне одного, а панічні та суїцидальні думки – предикторами соматичної симптоматики. Автори вважають, що соматичні симптоми, смуток,

дратівливість, гостра і хронічна тривога взаємодіють між собою, формуючи неоднорідну клінічну картину дистресу при онкологічній патології [103].

Симптоматика несприятливих змін у психічній сфері може варіювати від непатологічних проявів, таких, як занепокоєння, відчуття невизначеності, смутку, песимізму, до клінічно оформлених депресивних і тривожних симптомів, що супроводжуються вираженою соматовегетативною симптоматикою, значним зниженням якості життя і підвищеним ризиком самогубства [104-107].

Депресія, нарівні з тривогою, є ключовим психопатологічним симптомом при онкологічній патології. Niedzwiedz C.L. et al. (2019) наголошують, що депресія у хворих на рак може спостерігатися на будь-якій стадії захворювання, а також зберігатися тривалий час у пацієнтів, які перенесли рак [108].

Smith H.R. (2015) зазначає, що депресія є поширеним супутнім захворюванням у онкологічних пацієнтів, що вражає щонайменше 10% хворих. Діагноз злоякісної пухлини радикально змінює життя і є джерелом значного психологічного та емоційного стресу для хворих; при цьому непатологічний смуток може бути нормальною реакцією на діагноз раку, однак стрес, який виходить за межі звичайних стрес-долаючих механізмів, може призвести до виникнення депресивного розладу [109].

Hartung T.J. (2017) наводять дані про ураженість депресією хворих на рак у 25%; поширеність депресії у онкохворих була уп'ятеро вищою, ніж у цілому в популяції [110].

Kuhnt S. et al. (2016), Mehnert A. et al. (2014), ґрунтуючись на даних великого популяційного дослідження, повідомляють про 4-тижневу поширеність серед онкохворих будь-якого розладу настрою (великої депресії, дистимії) у 6,5% на підставі даних психіатричного інтерв'ю відповідно до критеріїв МКХ-10 з додатковими 11,1% для розладів адаптації (з тривожним або депресивним настроєм), та про 12,5% рівень поширеності депресії у 12-місячний період, і 20,5% пожиттєву поширеність депресивних розладів у хворих на рак [93, 111].

Як зазначають Rodin G. et al., депресія при онкологічній патології є наслідком складної взаємодії індивідуально-психологічних, соціальних чинників, факторів, пов'язаних з хворобою та лікуванням, а також протективних факторів; каскадний ефект цих факторів у системній взаємодії позначається терміном «кінцевий загальний шлях дистресу» [112].

Wang X. et al. (2020) наводять в якості факторів ризику депресії при онкологічній патології молодий вік, жіночу стать, наявність в анамнезі розладів настрою та інших психічних захворювань, зловживання психоактивними речовинами, низький соціально-економічний статус і відсутність належної соціальної підтримки [106].

Caruso R. et al. (2017) вважають психологічними факторами ризику депресії у хворих на рак низьку самооцінку, відсутність сенсу життя та життєвої мети, а також недостатнє почуття безпеки і прихильності, що стосується інтерналізованих очікувань низького рівня підтримки і нездатності скористатися цією підтримкою [104].

Тривожні розлади також вельми поширені серед хворих на рак; вони частіше спостерігаються у жінок, пацієнтів молодшого віку та у хворих з недостатньою ефективністю протиракової терапії [113-115].

Arch J.J. et al. (2020) наголошують, що, хоча передраковий анамнез тривоги може бути фактором ризику розвитку тривожного розладу після встановлення діагнозу злоякісної пухлини, дві третини онкологічних пацієнтів, які повідомляли про виражену тривожність, не мали анамнезу передракової тривоги [116]. Факторами ризику тривоги у хворих на рак є наявність більш злоякісних форм з високим ризиком для життя, швидке прогресування, значна тривалість хвороби, більша кількість клінічних симптомів, лікування хіміотерапією, а з соціально-демографічних і психологічних факторів – молодий вік, жіноча стать, порушення соціального та когнітивного функціонування, низький рівень комплаєнсу та незадовільна комунікація з медичним персоналом [117].

На думку Walker Z.J. et al. (2021), важливу роль у виникненні тривоги у хворих на рак відіграє доступ до ресурсів охорони здоров'я: поширеність тривоги серед онкохворих була вищою у країнах з низьким і середнім рівнями доходу в порівнянні з країнами з високим доходом [118, 119]. Ripamonti C.I. et al. (2020), Lloyd-Williams M. et al. (2021) наголошують, що обізнаність про соціально-економічні детермінанти має важливе значення для раннього виявлення депресії у хворих на рак: було виявлено, що пацієнти з нижчим соціально-економічним статусом частіше повідомляли про наявність депресивних проявів, а також більшу виразність больового синдрому, і відчували більший глобальний тягар симптомів у порівнянні з пацієнтами з вищим соціальним та економічним статусом [120, 121].

Simard S. et al. (2013) зазначають, що страх прогресування раку під час лікування, і страх рецидивування у тих, хто пережив рак, є одними з найпоширеніших проявів з боку психоемоційної сфери; автори наводять дані про поширеність проявів тривоги помірної або важкої виразності у 40-50% у пацієнтів, яким було встановлено діагноз раку [122].

Brintzenhofe-Szoc K.M. et al. повідомляють про поширеність тривоги серед онкологічних пацієнтів 12% – 25%, ці прояви більш поширені у жінок та молодих пацієнтів [123].

Kuhnt S. et al. (2016), Mehnert A. et al. (2014) наводять дані про поширеність тривоги 11,5% у перший місяць, і 15,8% протягом року спостереження, і 24,1% для позитивної поширеності тривожних розладів у хворих на рак; при цьому відомості про тривалість тривожних проявів у онкохворих обмежені [93, 111].

Grossman C.H. et al. (2018) зазначають, що понад 80% пацієнтів на термінальних стадіях раку страждають від тривожних думок про смерть, а 25% переживають серйозний дистрес, пов'язаний з відчуттям деморалізації, депресією, стражданнями, бажанням швидкої смерті, суїцидальними думками та проханнями про евтаназію [124].

Sharpe L. et al. (2018), Soleimani M.A., et al. (2020) звертають увагу на те, що страх смерті є важливим клінічним симптомом раку, особливо у пацієнтів в термінальних стадіях, а також у тих, хто вижив; хоча цей стан можна вважати природним, він може набувати патологічних форм, а задача збалансувати два конфліктних стани – задоволеність від життя, що лишилося і усвідомлення погіршення фізичного стану і неминучої смерті – є однією з найбільш складних задач психологічної і психотерапевтичної підтримки онкологічних пацієнтів наприкінці життя [125, 126]. Більша поширеність і виразність страху смерті пов'язана із жіночою статтю, нижчим рівнем доходу, безробіттям і меншою готовністю до смерті [126].

Lebel S. et al. (2016) зазначають, що, хоча певний рівень занепокоєння у хворих на рак може мати адаптивний характер, виражені прояви тривоги ставлять під загрозу психологічне функціонування та якість життя хворих, сприяють дестабілізації психіки, спричиняють порушення сну та сприяють виникненню депресії [127].

Alwhaibi M. et al. (2023) наголошують, що хворі на рак мають високий ризик психічних захворювань що, у свою чергу, призводить до нижчої якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. Ґрунтуючись на результатах обстеження 1712 пацієнтів, автори наводять дані про поширеність депресії у хворих на рак у 12%, тривоги – у 13%, і одночасної наявності депресії і тривоги – у 8,4% хворих; при цьому пацієнти з коморбідною депресією та тривогою мали найнижчі показники якості життя, що свідчить про те, що психологічний тягар раку суттєво впливає на якість життя пацієнтів [128].

Mössinger H. et al. (2023) зазначають, що депресія і рак мають спільні фактори ризику та механізми захворювання; автори наводять цікаві дані щодо поширеності злоякісних пухлин у хворих на депресію на підставі популяційного аналізу (117702 хворих з депресією, загальна когорта 235404 осіб). Відношення ризиків для хворих на депресію склало від 1,23 до 1,39 в залежності від

локалізації раку, що дозволило авторам зробити висновок про те, що депресія істотно збільшує ризик злоякісних пухлин усіх локалізацій [129].

Gontijo Garcia G.S. et al. (2023) виявили значну поширеність депресії і тривоги у хворих з термінальними стадіями раку: 44,3% пацієнтів мали прояви депресії, 25,7% – тривоги, і у 52,9% були присутні одночасно обидва симптоми. При цьому хворі з високим рівнем функціональності мали нижчий шанс тривоги (скоригований ризик 0,80) депресії (скоригований ризик 0,82), і обох симптомів одночасно (скоригований ризик 0,82), а пацієнти, які продемонстрували високий рівень загальної продуктивності, мали меншу ймовірність депресії та тривоги. Наявність вираженої соматичної симптоматики збільшувала ризик виникнення депресії і тривоги у хворих на рак [130].

Fraile-Martinez O. et al. (2022) вивчили зв'язок між раком і великим депресивним розладом, і наголошують, що, незважаючи на особливості цих нозологій, вони мають багато спільних патофізіологічних механізмів, зокрема, змінена вісь НРА, циркадні порушення, запалення, дисбактеріоз кишечника та зміни в ендокринній і нервовій системах, які слід розглядати як взаємопов'язані фактори. Пацієнти з великим депресивним розладом мають підвищений ризик розвитку раку, а пацієнти з раком часто виявляють симптоми депресії через емоційний вплив хвороби. І рак, і великий депресивний розлад пов'язані з гіршим прогнозом для пацієнтів, прискореним розвитком захворювання, зниженням якості життя та меншими шансами на виживання пацієнтів. Це дозволило авторам зробити висновок, що діагностика, профілактика та лікування депресії у хворих на рак мають важливе значення для покращення клінічних перспектив для пацієнтів, попри складність цього завдання. Автори наголошують, що корекція і забезпечення здорового способу життя є критично важливими стратегіями запобігання або зменшення ризику страждань як від великого депресивного розладу, так і від раку, а також обов'язковою допоміжною підтримкою для зменшення негативного впливу раку і депресії, посилюючи терапію та

зменшуючи її побічні ефекти, покращуючи таким чином якість життя хворих; сукупні докази підтверджують численні переваги такого підходу у лікуванні депресії у хворих на рак [131].

Vojvodic A. et al. (2019) наголошують, що сприйняття пацієнтом власного захворювання значною мірою залежить від захисних механізмів психіки, а також від мікросоціальної підтримки, насамперед від членів родини, друзів, колег, лікарів онкологів і дерматологів, а також від професійної допомоги психіатрів, психологів та психотерапевтів. У психоонкологічній літературі описано три основних загальних теоретичних стилів подолання: активно-поведінковий (активні поведінкові спроби безпосередньо впоратися з раком та його наслідками); активне когнітивне подолання (ставлення, переконання та думки про рак); уникання (спроби активно уникнути проблеми або опосередковано зменшити емоційну напругу за допомогою відволікання); усі ці механізми є корисними для пацієнтів, але не однаковою мірою [132].

Слід зазначити, що у тих, хто успішно пережив рак, стан психоемоційної сфери не відрізняється від тих, хто не хворів на онкологічну патологію. Так, Fardell J.E. et al. (2023) повідомляють, що поширеність тривоги і депресії у тих, хто мав в анамнезі рак, не відрізнялася від притаманній популяції в цілому: 45,8% проти 46,9%, і 19,7% проти 20,0% відповідно. Труднощі з концентрацією уваги були більш поширеними у тих, хто переніс захворювання на рак: 11,3% проти 9,0% (скоригований ризик 1,38 [1,00–1,90]), при цьому поширеність психіатричних симптомів не була пов'язана з часом, що минув після встановлення діагнозу. Тривога і депресія пов'язані між собою сильним кореляційним зв'язком, а з когнітивними порушеннями – помірним. Автори наголошують, що необхідні подальші дослідження для вивчення особливостей зв'язків між різним психопатологічними феноменами у хворих, які мали в анамнезі злоякісне захворювання [133].

Слід зазначити, що більшість онкохворих страждають на одне або декілька соматичних захворювань, окрім злоякісної пухлини. Ці супутні захворювання можуть істотно обтяжувати соматичний і психічний стан хворих, скорочувати тривалість життя пацієнта і заважати лікуванню. Супутні соматичні захворювання збільшують ризик депресії у хворих на рак, у тому числі й у довготривалій перспективі, а кількість супутніх соматичних захворювань, наявних на момент виникнення злоякісної пухлини, є актуальним чинником важкості депресії у людей, які пережили рак, протягом тривалого часу. Найбільш важливими супутніми захворюваннями, які найбільше впливають на ризик депресії, виявилися інсульт, артеріальна гіпертензія, захворювання нирок, астма, ожиріння та артрит [134].

Grassi L., Nanni M.G. (2016) звертають увагу на ще один важливий клінічно значущий феномен з боку психічної сфери, що часто виявляється у хворих на рак – деморалізацію. Деморалізація феноменологічно відрізняється від депресії і не входить до формальних критеріїв психіатричного діагнозу депресивного розладу, однак, справляє потужний негативний вплив на якість життя онкологічних пацієнтів і вимагає окремої уваги [135]. Феномен деморалізації у хворих вивчався у дослідженнях Robinson S. et al. (2015) та Tecuta L. et al. (2015), автори повідомляють про поширеність клінічно значущої деморалізації у 25% – 30% на основі специфічних структурованих інтерв'ю і шкал самооцінки [136, 137].

Останніми роками особлива увага, наряду з дослідженням змін у афективній сфері онкологічних пацієнтів, приділяється їх посттравматичному зростанню, яке розглядається як довготривала зміна, спричинена травматичною подією (стресовим досвідом), під впливом когнітивної переробки якої відбуваються позитивні зміни у п'яти основних сферах: особистій силі, оцінці життя, стосунках з іншими людьми, нових можливостях, а також духовних та екзистенціальних змінах [138-140].

Park C.L. et al. (2017) зазначають, що повідомлення про діагноз раку часто запускає процес пошуку сенсу, що описується моделлю формування сенсу як засобу подолання та адаптації до стресової події. Згідно з цією моделлю виділяють два типи значень сенсу – глобальне та ситуативне, і зіткнення з ситуацією встановлення діагнозу раку може спричинити розбіжність у значеннях, зумовлену труднощами інтеграції хвороби (ситуативне значення) до загального сенсу життя (глобальне значення). Ця розбіжність провокує дистрес, який ініціює створення нового сенсу і перебудову системи смислів життя [141].

Casellas-Grau A. et al. (2017) зазначають, що посттравматичне зростання тісно пов'язане з переглядом системи цінностей і сенсів, а також з клінікою онкологічного захворювання. І перегляд сенсів, і посттравматичне зростання відіграють важливу роль в адаптації до онкологічної патології та її наслідків, у ряді випадків їх розглядають як синоніми, хоча між ними існують певні відмінності, зокрема, і у хворих на рак [142].

Mostarac I., Brajković L. (2022) вважають, що кожен п'ятий хворий на рак, який замислюється над переглядом сенсу життя, зрештою приходиться до посттравматичного зростання; це робить пошук нових сенсів важливою складовою і передумовою посттравматичного зростання [143].

Aflakseir A. et al. (2018) повідомляють про наявність значущого позитивного зв'язку між переглядом сенсів та посттравматичним зростанням і наголошують, що поєднання пошуку нових сенсів життя з соціальною підтримкою може пояснити понад третину випадків посттравматичного зростання у хворих на рак [144].

Moghadam A.H. et al. (2021) зазначають, що між сенсом життя і посттравматичним зростанням існує прямий зв'язок щодо наявності сенсу, і зворотний – для пошуку сенсу. Крім того, автори повідомляють про зв'язок релігії і духовності з посттравматичним зростанням: негативна поведінка по відношенню до релігії корелювала з негативним впливом на посттравматичне

зростання [145]. Аналогічної думки притримуються Thuné-Boyle I.C.V. et al. (2011) [146] та George L.S., Park C.L. (2013-2017) [147-149], які вважають, що посттравматичне зростання і пошук сенсу життя позитивно корелюють з релігією і духовністю.

Хворим на рак шкіри притаманні усі загальні закономірності, характерні для психологічних і психопатологічних реакцій на онкологічну патологію; при цьому є деякі специфічні особливості, пов'язані з локалізацією і варіаціями клінічного перебігу злоякісних пухлин шкіри.

Ramírez-de Los Santos M.L. et al. (2021), обстеживши 47 хворих на рак шкіри з різним ступенем вітальної загрози, виявили у 42,5% тривожні та депресивні симптоми; при цьому депресивні прояви були більш поширені серед жінок. Також було виявлено різницю в аспекті нейротизму, пов'язаному зі статтю, з більш високими показниками у жінок, і виявлено прямі кореляції між депресивною симптоматикою та параметрами нейротизму і психотизму, і зворотні кореляції з брехливістю [150].

Тривога у хворих на меланому є невід'ємною складовою психопатологічних змін, пов'язаних з реакцією на захворювання; найбільша поширеність тривоги у пацієнтів з меланомою виявляється після встановлення діагнозу і під час лікування (19%). Після лікування більше пацієнтів з пізніми стадіями меланоми (III і IV) мали клінічно значущі рівні тривоги, у порівнянні з пацієнтами з ранніми стадіями захворювання (I та II) – 20% проти 13%, поширеність тривоги також була дещо більшою у жінок і у хворих, які отримували хіміотерапію [151].

Депресивні прояви у хворих з меланомою менш поширені у порівнянні з тривогою, але питома вага пацієнтів з депресією також виявилася значною (12%), при цьому поширеність депресії була найбільшою під час лікування. Як і тривога, депресія при меланомі асоційована з термінальними стадіями (III та IV): 14% хворих з цими стадіями мали клінічно значущі рівні депресії, тоді як серед

пацієнтів з ранніми стадіями (I і II) таких було 8%. Оцінка виразності депресії в динаміці захворювання дозволила встановити вдвічі вищі показники за HADS до початку і під час лікування, порівняно з показниками після лікування; закономірність щодо гірших показників виразності депресії у хворих з пізніми стадіями меланоми порівняно з ранніми зберігалася. Серед хворих з меланою були виявлені пацієнти з високими рівнями депресії, що відповідали великому депресивному розладу [151].

У дослідженні Tas F. et al. (2017) вивчалася поширеність тривоги і депресії у хворих на меланому шкіри, і можливі клініко-патологічні фактори, що впливають на них. Було виявлено ознаки тривоги у 24% обстежених, ще у 8% виявлено межову тривогу. У 15% було виявлено клінічну депресію, і ще у 20% – межову депресію. До діагностики меланоми у 93% були відсутні ознаки тривоги і у 86% – ознаки депресії, при цьому існували статистично значущі кореляції між показниками тривоги і депресії. Пацієнти з пізніми стадіями захворювання були значно більш тривожними та депресивними, ніж пацієнти з ранньою стадією, при цьому не було виявлено зв'язків соціально-демографічних параметрів зі станом тривоги та депресії. Автори наголошують, що оскільки близько третини хворих на меланому страждають від тривоги та депресії, надзвичайно важливо, щоб психологічна підтримка та фармакологічне втручання для цих пацієнтів були розпочаті якнайшвидше. [152].

Beesley V.L. et al. (2020) кількісно оцінили довгострокову поширеність тривоги і депресії (загальну і пов'язану з меланою) серед пацієнтів з вперше встановленим діагнозом меланоми з високим рівнем вітального ризику (675 пацієнтів) на протязі 4 років з моменту встановлення діагнозу. На момент встановлення діагнозу 14% хворих виявляли тривогу або депресію, пов'язану з меланою, і 20% мали тривогу або депресію, не пов'язану з меланою. Через 6 місяців поширеність тривоги і депресії, пов'язаної з меланою, істотно знизилася (до 5%), тоді як точкова поширеність тривоги та депресії, не пов'язаної

з меланомою, не змінилася (16% – 21%). 40,2% пацієнтів повідомляли про будь-які клінічні симптоми, 34% приймали психотропні ліки та (або) відвідували психолога чи психіатра, у 11% були виявлені нові симптоми (ці пацієнти були переважно у віці до 70 років). Тривога і депресія, пов'язані з меланомою, швидко зникали після видалення меланоми, тоді як поширеність тривоги і депресії, не пов'язаних із захворюванням, залишалася постійною і після лікування. Автори роблять висновок, що депресію і тривогу у хворих на меланому слід лікувати на ранній стадії, щоб покращити стан пацієнта та, можливо, результат хвороби [153].

Томп А.О. et al. (2023) досліджували зв'язок між станом обізнаності щодо якості життя, пов'язаної з віком, доданням стресу і депресією у пацієнтів зі злоякісною меланомою. Автори зазначають, що майже третина хворих на злоякісну меланому демонструють емоційний стрес, що вказує на потребу в професійній допомозі. При цьому психологічні потреби пацієнтів регулярно ігноруються та не задовольняються, навіть попри вагомні докази того, що психотерапія може покращити психосоціальне функціонування таких хворих, зменшивши прояви зниженого настрою, смутку і тривоги. Недостатня обізнаність і недосконалість методів скринінгу раку шкіри у деяких країнах створюють високий ризик психологічних проблем, пов'язаних з більш запущеними стадіями захворювання. Грунтуючись на результатах дослідження 238 пацієнтів зі злоякісною меланомою, автори встановили значно більшу поширеність депресивного настрою і ангедонії у більш молодих пацієнтів (у віці 18-65 років) у порівнянні з літніми (старші 65 років): 43,8% проти 28,9%; значно вищий показник за фізичним компонентом шкали SF-12 серед більш молодих пацієнтів, і вищий показник психічного здоров'я і відчуття безпорадності за шкалою PSS-10 у старших пацієнтів. Автори повідомляють про наявність значущих зворотних кореляцій між показниками фізичного та психічного функціонування за опитувальником SF-12 з виразністю депресивних симптомів,

а також прямих кореляцій вищих показників труднощів у сексуальній сфері за шкалою DLQI і труднощів лікування з симптоматикою депресії та ангедонії. Автори зазначають, що молоді і літні люди використовують різні джерела інформації про рак, тому просвітницькі кампанії щодо злоякісної меланоми, спрямовані на людей похилого віку, повинні використовувати телебачення як основний канал комунікації, а більш поінформована та обізнана група молодих пацієнтів частіше відчуває психологічні проблеми та повинна бути орієнтована на психоонкологічну допомогу. Важливо, що 66,7% молодших пацієнтів і 80,3% старших вважали, що їх захворюванню на меланому можна було б запобігти, якби вони були своєчасно поінформовані про засоби профілактики [154].

З даними цього дослідження узгоджуються результати роботи Steeb T. et al. (2019), які виявили недостатню поінформованість пацієнтів з меланомою про програми, пов'язані зі здоров'ям, і про можливості сучасних інтерактивних засобів у покращенні їх стану; особливо це стосувалося людей старшого віку [155].

Крім депресивних і тривожних феноменів, у хворих на меланому суттєвої виразності досягають астеничні прояви та порушення когнітивного функціонування.

Boekhout A.N. et al. (2021) виявили, що хворі на меланому мають більшу поширеність астеничної симптоматики порівняно з контрольною групою [156].

Huatt A. et al. (2019) встановили, що загальна поширеність проявів втоми серед хворих на меланому склала 35%, хоча виразність цього симптому незначно перевищувала середній рівень [157].

Bohn S. et al. (2019), Rogiers A. et al. (2020) повідомляють про поширеність проявів втоми у хворих на меланому на рівні 15% – 58% під час і після лікування [158-160]. Tibubos A.N. et al. (2019) виявили зв'язок проявів втоми з астеничною симптоматикою: підвищений рівень втоми був виявлений у молодих пацієнтів (у віці до 40 років) з меланомою [161].

Когнітивні порушення виявилися вельми поширеними серед хворих на рак шкіри. Rogiers A. et al. (2020) наводять дані щодо поширеності когнітивних порушень у хворих на меланому у 20% – 44%, найбільш виражені під час або після лікування; при цьому ознаки порогового когнітивного дефіциту були виявлені у 66% хворих, а 40% пацієнтів продемонстрували когнітивні порушення за даними двох і більше нейропсихологічних тестів протягом року і більше після лікування [159, 160]. Bartels F. et al. (2019) встановили наявність зв'язку між виразністю когнітивних порушень за даними нейропсихологічних тестів і специфічними аутоантитілами у пацієнтів з меланомою шкіри під час та після лікування, що дає підстави для припущення про аутоімунний генез когнітивних порушень при онкологічній патології шкіри [162].

Trivedi R. et al. (2021) досліджували якість сну у хворих на меланому через 14 місяців після встановлення діагнозу з використанням актиграфії, Піттсбурзького індексу якості сну (PSQI) та індексу тяжкості безсоння. Дослідження виявило низьку суб'єктивну якість сну у хворих на меланому за даними Піттсбурзького індексу якості сну, і дещо знижену ефективність сну, оцінену за допомогою актиграфії [163].

Цікаві дані наводять Wang X. et al. (2022), які вивчали прояви страху перед прогресуванням захворювання, депресії і тривоги у 273 неоперабельних хворих з пізніми стадіями меланоми під час пандемії COVID-19. У 64,7% пацієнтів був виявлений підвищений страх перед прогресуванням, 72,5% пацієнтів повідомили про підвищену тривожність, і 22,7% хворих мали підвищені рівні депресії. Автори пропонують використовувати тривалість захворювання, стадію раку і прогресування захворювання в якості незалежних предикторів страху прогресування, тривоги та депресії. Крім того, високі рівні страху прогресування, тривоги та депресії значуще позитивно корелювали один з одним. Автори наголошують на необхідності активних психоонкологічних втручань для

пацієнтів з меланомою, які переживають психологічний дистрес в епоху пандемії COVID-19 [164].

Venger O.P. et al. (2021) виявили у пацієнтів з немеланомними злоякісними епітеліомами III стадії високі показники іпохондрії, депресії, істерії та психастенії за даними багатовимірного особистісного опитувальника, і вищі рівні соматизації, obsесивно-компульсивної симптоматики, міжособистісної чутливості, депресії та тривожності за опитувальником SCL-90-R; гендерні відмінності полягали у вищих показниках гіпоманії та ворожості у чоловіків, і соматичних фіксацій та проявів астенізації у жінок. Автори вважають ці особливості відображенням комплексу психологічних реакцій на важке злоякісне захворювання, а також гендерних особливостей психологічних моделей реагування [165].

Körner A. et al. (2015) зазначають брак досліджень психосоціальних аспектів при немеланомних пухлинах шкіри. Автори наводять дані, що понад 50% хворих з плоскоклітинним та базальноклітинним раком вказали на незадоволені потреби в інформації про своє захворювання, профілактики раку та медичної допомоги. При цьому психологічні потреби хворих на немеланомні пухлини були тісно пов'язані із загальним та специфічним для раку шкіри дистресом, вищі рівні тривоги та депресії були пов'язані з більшими потребами пацієнтів у всіх сферах. Автори зазначають, що попри те, що немеланомні пухлини у більшості випадків не несуть значної загрози життю пацієнтів, значна частина пацієнтів відчувають підвищений рівень дистресу. На думку авторів, необхідно сприяти підвищенню обізнаності медичних працівників щодо психологічного здоров'я та потреб у психологічній допомозі хворих з немеланомним раком шкіри [166].

Radiotis G. et al. (2014) зазначають, що хворі на немеланомні захворювання шкіри відчувають значний рівень занепокоєння щодо рецидиву пухлини, а також косметичних дефектів внаслідок оперативного втручання. Якість життя,

специфічна для раку шкіри, у цих пацієнтів була тісно пов'язана з психологічним дистресом через тривожну та депресивну симптоматику, а соціальні проблеми, пов'язані з хворобою, були найбільш значущим провісником дистресу [167].

Bath-Nextall F. et al. (2015) дослідили психологічний стан, потреби, досвід, обізнаність та якість життя хворих з немеланомним раком шкіри на протязі року від моменту встановлення діагнозу. У цьому дослідженні не було виявлено значущих відмінностей у поширеності депресивної і тривожної симптоматики між хворими на немеланомний рак і загальною популяцією населення, хоча пацієнти виявляли стурбованість діагнозом злоякісної пухлини. Якість життя хворих значно покращилася через 8 тижнів після встановлення діагнозу, і продовжувала зростати протягом року. Знання обстежених пацієнтів про немеланомні захворювання шкіри були недостатніми і не покращилися в процесі лікування. Після року спостереження пацієнти не виявляли значущої стурбованості наявністю ракового захворювання. Автори підкреслюють необхідність покращення обізнаності пацієнтів щодо немеланомних пухлин шкіри, і наголошують, що інформацію слід адаптувати до конкретного хворого як на початку лікування, так і протягом наступного періоду, забезпечуючи задоволення потреб і очікувань пацієнтів [168].

Liu Q. et al. (2023) зазначають, що більшість пацієнтів з немеланомним раком шкіри страждають від низької якості життя та недостатності відпочинку, що вимагає своєчасної оцінки та розробки цільових стратегій для покращення якості життя пацієнтів з немеланомними пухлинами шкірами, таких, як психоосвіта, психологічна допомога у цільових групах та ефективні заходи для покращення відновлення пацієнтів [169].

Порівнюючи якість пов'язаної з психічним станом якості життя у хворих на меланому і немеланомні злоякісні новоутворення шкіри, Sampogna F. et al. (2019), зазначають, що пацієнти з меланомою мали значно вищі бали за пунктом «почуття депресії», і суттєво більший відсоток випадків з можливими

непсихотичними і незначними психіатричними розладами порівняно з пацієнтами з немеланомними пухлинами: 32,8% проти 8,7%; при цьому немеланомний рак виявився пов'язаним з більшим тягарем симптомів, ніж меланома, тоді як психологічний вплив меланоми був суттєво більшим [170].

1.3. Сучасні підходи до корекції несприятливих змін психічної сфери, пов'язаних з наявністю злоякісних захворювань шкіри

Сьогодні не викликає сумнівів, що корекція несприятливих проявів з боку психоемоційної сфери повинно бути невід'ємною складовою комплексної терапії будь-якої онкологічної патології, причому усунення психопатологічних проявів розглядається не як другорядне завдання, а пріоритетна ціль комплексного терапевтичного втручання при раку [171-173]. Спостереження за онкологічним пацієнтом повинно включати не лише контроль симптомів раку, а й систематичний моніторинг психоемоційного стану, ефективності використання терапевтичних рекомендацій щодо депресії і тривоги, психологічну допомогу пацієнту, а також зв'язок між онкологічними та психолого-психіатричними службами, що супроводжують пацієнта протягом усього захворювання [174, 175]. Крім депресії і тривоги, необхідно приділяти постійну увагу контролю супутніх симптомів, таких як безсоння, біль і психологічний дискомфорт, а також психосоціальним чинникам, які можуть посилювати і продовжувати депресивні і тривожні прояви [176].

Vojvodic A. et al. (2019) зазначають, що для лікарів-дерматологів і онкологів, які працюють з онкохворими, дуже важливо знати про психологічний вплив раку на пацієнтів, і вміти розпізнавати психічні розлади. Для виявлення депресії автори рекомендують використовувати декілька різних шкал – оціночних, призначених для використання фахівцем, та опитувальників, які пацієнти заповнюють самостійно, а також комбіновані шкали. Для фахівців – не

психіатрів і не психологів найбільш зручні опитувальники (шкала депресії А. Бека, анкета здоров'я пацієнта (PHQ, PHQ-2, PHQ-9, шкала геріатричної депресії (GDS), шкала самооцінки депресії Zung, шкала клінічно корисного результату депресії (CUDOS), перелік депресивних симптомів (IDS), опитувальник настрою та почуттів (MFQ), швидкий опитувальник симптомів депресії (QIDS) та ін.). Іншим дуже частим симптомом при меланомі є тривога, її можна виявити майже у всіх пацієнтів. Компонентами тривоги є емоційна, когнітивна антиципація (пам'ять), поведінкова та соматична складові. Для діагностики тривоги у хворих на рак шкіри автори рекомендують використовувати Коротку шкалу негативної оцінки страху (BFNE), шкалу депресії, тривоги, стресу (DASS-21), опитувальник генералізованого тривожного розладу IV (GADQ-IV), шкалу генералізованого тривожного розладу GAD-7, шкалу оцінки тривоги М. Гамільтона (HARS), шкалу соціальної тривоги Лейбовіца (LSAS), шкалу загальної тяжкості тривоги та порушень (OASIS), лікарняну шкалу тривоги та депресії (HADS), опитувальник здоров'я пацієнта 4 (PHQ-4) та ін. Скринінговими шкалами, найбільш зручними для використання у практиці онкодерматолога, є шкали GAD-7 і BAI, які заповнюються пацієнтом самостійно, і дуже швидко дозволяють визначити рівень тривоги. У разі виявлення будь-якого рівня тривожності або симптоматики депресії, необхідно поради пацієнту звернутися до психолога, психотерапевта або психіатра. Підсумовуючи, автори зауважують, що хворі на рак шкіри потребують адекватної соціальної та сімейної підтримки та психологічної допомоги для досягнення кращих клінічних результатів захворювання. Навчання пацієнтів технікам подолання страху і стресу допоможе покращити функціонування в усіх сферах, незалежно від стадії захворювання. У випадках важкої тривоги і депресії, крім психотерапевтичних втручань, також слід розглядати психофармакологічне лікування. Надзвичайно важливим є задоволення потреб у мультидисциплінарних командах, які складаються з дерматолога, хірурга, променевого терапевта, невролога, психіатра, психолога,

психотерапевта, і забезпечують спостереження і ведення пацієнта з моменту встановлення діагнозу меланоми [132].

Pflugfelder A. et al. (2013) наголошують на необхідності задоволення особистої потреби у психологічній допомозі [177]. Mehnert A. et al. (2014) зазначають, що слід заохочувати пацієнтів оцінювати власні потреби в психоонкологічній допомозі, однак, це питання не повинно замінювати покази, оскільки вони включають інші запитання, що спонукають до саморефлексії; при цьому частина хворих відчуває брак спілкування, неможливість обговорювати свій важкий стан з іншими людьми [111].

Smith H.R. (2015) наголошує, що існує гостра потреба у виявленні та лікуванні депресії у хворих на рак, для покращення якості життя та зниження смертності. При цьому втручання мають бути індивідуальними для кожного пацієнта, і можуть включати психосоціальну терапію або фармакотерапію; однак, обмеженість даних щодо ефективного лікування депресії при раку призводить до відсутності оптимальної комбінації терапії. Вибір антидепресантів повинен бути ретельно обґрунтованим, з урахуванням побічних ефектів хіміотерапії і необхідності уникати небажаних взаємодій препаратів, включаючи зниження ефективності хіміотерапевтичних засобів. Автор вважає, що складні взаємодії між ендокринною, нервовою та імунною системами при онкологічній патології, що продовжують досліджуватися, у майбутньому зможуть відкрити нові можливості для розробки більш швидких і ефективних методів лікування депресії при раку [109].

Sebri V. et al. (2021) зазначають, що психологічний підхід до соціального здоров'я, а сучасні психоонкологічні тенденції демонструють вплив «Я» на контроль захворювання та прихильність пацієнта до лікування [178].

Martos-Méndez M.J. et al. (2015) зауважують, що соціальна підтримка має надзвичайно важливе значення для адаптації до хвороби, зменшуючи прояви дистресу, депресії та ймовірність рецидиву; результати досліджень показують,

що самоефективність має сильний вплив на результати лікування через прихильність пацієнтів до лікування та терапевтичного способу життя, а також опосередкований позитивний вплив через соціальну підтримку та задоволення від допомоги [179].

Засоби впливу на психопатологічні прояви при онкологічній патології включають психотерапевтичні і психофармакологічні підходи; фармакотерапія може бути більш ефективною при важкій депресії і тривозі, тоді як для пацієнтів з легкими і помірними афективними проявами може бути достатньо психотерапевтичного втручання [180].

Психофармакологічне лікування депресії і тривоги при раку ґрунтується на сучасних антидепресантах, насамперед, селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) і споріднених препаратів [92, 175]. Використання антидепресантів для усунення депресивних проявів у онкохворих входить до рекомендацій онкологам [181]. Водночас, існують значні методологічні труднощі при вивченні ефективності антидепресантів при онкологічних захворюваннях через важкість диференціації різних клінічних варіантів депресії та можливі взаємодії різних препаратів зі схожими ефектами [182]. Загалом, СІЗЗС вважаються оптимальним вибором для антидепресивної терапії, якщо очікувана тривалість життя пацієнта становить не менше 4–6 тижнів; у випадку, коли очікувана тривалість життя є меншою, доцільніше використовувати кетамін та його аналоги [182]. Ефективність антидепресантів була показана у багатьох дослідженнях; водночас, їх призначення найбільш ефективно у пацієнтів, які активно слідкують за своїм психічним станом і бажають усунути симптоми депресії, оскільки часто виникає потреба у титруванні препарату і застосуванні ад'ювантної терапії [183, 184].

Ранjwani А.А., Li М. (2021) зазначають, що від 10 до 15% онкохворих починають приймати антидепресанти ще до того, як у них діагностують депресію, в якості снодійних, додаткових знеболюючих або для усунення

тривоги [185]. Ng C.G. et al. (2014) наголошують на необхідності приділяти першочергову увагу призначенню антидепресантів разом з додатковою або ад'ювантною терапією для резистентних до лікування пацієнтів (наприклад, призначення метилфенідату як додаткова терапія до міртазапіну у невиліковно хворих на рак пацієнтів з великим депресивним розладом) [186].

Вельми цікаві дані наводять Berge L.A.M. et al. (2020), які проспективно вивчили зв'язок між використанням антидепресантів і меланомою, використовуючи загальнонаціональні дані з національних реєстрів охорони здоров'я Норвегії про пацієнтів з первинно встановленою меланомою протягом 8 років (12099 осіб), які були зіставлені з контрольною популяцією (18467 осіб). Було встановлено, що призначення антидепресантів загалом пов'язане зі зменшенням ризику меланоми (відношення шансів 0,81 [0,75-0,87]), для селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну 0,82 [0,73–0,93], змішаних антидепресантів 0,77 [0,69–0,86]). При цьому негативний зв'язок був актуальним для обох статей, віку понад 50 років, проживання у регіонах з середнім та високим рівнем ультрафіолетового опромінення, усіх гістологічних підтипів меланоми і всіх локалізацій, а також супутніх захворювань. Доведений ефект гальмування або попередження раку антидепресантами робить їх цінним лікувальним засобом і зумовлює необхідність включення антидепресивної терапії до комплексу лікування раку [187].

Основні методи психотерапії, що застосовуються для корекції несприятливих змін у психоемоційній сфері хворих на рак, включають психоосвіту, когнітивно-поведінкову терапію, релаксаційну терапію, міжособистісну терапію, терапію вирішення проблем, а також психологічне консультування [188, 189].

У пацієнтів в термінальних стадіях раку з вираженою тривогою і депресією можуть бути корисними групова психотерапія з підтримкою та експресією, терапія, орієнтована на зміст, терапія гідності а також терапія «Cancer and Living

Meaningfully» (CALM), що спрямована на адаптацію пацієнта до об'єктивної клінічної ситуації [190-192].

Останніми роками зростає роль дистанційної психотерапії, що реалізується з використанням сучасних Інтернет-можливостей. Особливо динамічно онлайн модальності почали розвиватися у зв'язку з пандемією COVID-19 [193].

Висновки до розділу 1

Таким чином, аналіз сучасної літератури з проблеми психопатологічних наслідків злоякісних захворювань шкіри свідчить про те, що хворі на рак шкіри значуще частіше страждають на депресію, тривогу, порушення когнітивного функціонування, мають гіршу якість життя і рівень занепокоєння з приводу онкопатології, як при встановленні діагнозу злоякісного новоутворення та його лікуванні, так і у віддаленому періоді.

Група онкологічних захворювань шкіри нозологічно неоднорідна, і включає види раку з різним ступенем вітальної загрози. Психоемоційні реакції на різні види раку мають певні відмінності, і повинні враховуватися при наданні таким хворим психіатричної та медико-психологічної допомоги.

Водночас, дані сучасної наукової літератури щодо клінічної феноменології психопатологічних розладів і психологічних реакцій на різні форми злоякісних новоутворень шкіри є неповними та суперечливими, що визначає актуальність даного дослідження.

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Характеристика дизайну і контингенту дослідження

На засадах біомедичної етики та деонтології, нами було комплексно обстежено 120 хворих дерматологічного профілю, які перебували на лікуванні у трьох філіях клініки «Dr. Zapolska Clinic» протягом 2020-2022 років, а саме: 60 хворих з невітальними дерматологічними захворюваннями (себореїний кератоз L82, кандиломи A63.0, ангіоми D18.0, порушення пігментації L80), та 60 хворих з дерматологічними захворюваннями, що складають вітальну загрозу (меланома C43, базаліома C44, карцинома шкіри D04). Серед пацієнтів переважали жінки (70,0%, з них 71,6% серед осіб з невітальними захворюваннями (43 особи) та 68,3% (41 особа) – з вітальними), вік обстежених коливався від 25 (3,3%, 4 особи) до 65 (7,5%, 9 осіб) років, проте переважна більшість респондентів була у вікових діапазонах 35 – 45 (40,0%, 48 осіб) та 45 – 55 (49,2%, 59 осіб) років.

Дизайн дослідження складався з 4-х етапів. На першому, організаційно-діагностичному, відбувалось формування вибірки та здійснювалось комплексне обстеження пацієнтів. Усі включені в дослідження хворі були обстежені з дотриманням принципів біомедичної етики та Гельсінської декларації. Обстеження включало клінічну бесіду, організовану за принципом напівструктурованого клінічного інтерв'ю, клініко-психологічне і психодіагностичне дослідження. Другий, аналітичний, етап, був присвячений упорядкуванню первинних результатів, їх математико-статистичній обробці і подальшому якісному аналізу, з визначенням маркерів психологічної дезадаптації (ПДА) у даного контингенту та розробкою персоніфікованих психокорекційних програм залежно від ризику і прогнозу ПДА. На третьому,

терапевтичному, етапі, розроблені персоніфіковані психокорекційні заходи були впроваджені, а ефективність їх впровадження оцінювалась на останньому, четвертому етапі (етап оцінки ефективності).

Розподіл на групи дослідження проводився з використанням двох критеріїв: нозологічного та клініко-психологічного. Наявність і вираженість ознак ПДА визначали клініко-психологічним і психодіагностичним методами з використанням тесту «Нервово-психічна адаптація» І. Н. Гурвіча.

Первинна ідентифікація клінічних ознак ПДА довела їх наявність у 70 (58,4%) осіб з загальної вибірки, з них серед хворих з невітальними дерматологічними захворюваннями ознаки дезадаптації різної вираженості встановлено у 33 (55,0%), серед обстежених з вітальними хворобами – у 37 (61,7%) (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Загальний розподіл обстежених хворих за наявністю і вираженістю ознак ПДА

Амплітуда вираженості психологічної дезадаптації	Обстежені, n=120	
	Абс. к.	%
Відсутність ознак психологічної дезадаптації, < 20 балів	50	41,7
Нервово-психічна нестійкість, окремі ознаки психологічної дезадаптації, 21 – 30 балів	21	17,5
Висока вірогідність психологічної дезадаптації, невротизація, 31 – 40 балів	29	24,1
Виражена психологічна дезадаптація, ≥ 41 бала	20	16,7

З загальної вибірки у 21 хворих (17,5%) були встановлені поодинокі окремі ознаки ПДА, що вказувало про донозологічну вираженість й несформованість симптомів дезадаптації, які, тим не менш, розцінювались нами, згідно з рекомендацією автора методики, як несприятливі прогностичні признаки щодо

розвитку клінічно розгорнутого дезадаптивного стану (усі обстежені з групи невітальних дерматологічних захворювань, 35,0% з групи). У 29 (24,1%) пацієнтів (з них 12 (20,0%) осіб з невітальними захворюваннями і 17 (28,3%) з вітальними захворюваннями) діагностована сформована дезадаптація, що, за рекомендацією авторів методики, трактувалось нами як прояви невротизації з високим рівнем психоемоційної напруженості. У 20 (16,7%) обстежених встановлена наявність вираженої клінічно окресленої психопатологічної симптоматики, яка досягала не тільки синдромологічної, а й нозологічної оформленості (усі з вітальними захворюваннями, 33,3% з групи).

На підставі отриманих результатів, в кожній з двох нозологічних груп було виділено по дві підгрупи: з ознаками ПДА та без ознак ПДА. Таким чином було сформовано 4 клінічні групи:

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

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

На етапі оцінки ефективності розроблених психокорекційних заходів відповідно до принципів доказовості у медицині, серед пацієнтів, що перебували під нашим спостереженням, були виділені дві групи: пацієнтів без проявів ПДА, чисельністю 50 осіб (група порівняння – ГП), та пацієнтів з проявами психологічної дезадаптації, чисельністю 70 осіб (група втручання – ГВ).

Пацієнти ГП отримували терапію основного захворювання за чинними клінічними протоколами, а пацієнти ГВ додатково до зазначеної терапії пройшли курс психокорекції. У подальшому 3 пацієнти ГП та 7 пацієнтів ГВ вибули з-під спостереження внаслідок причин, не пов'язаних з медико-психологічною допомогою (вибуття за межі України та припинення дерматологічного лікування). Таким чином, оцінка результатів терапії проводилася на підставі аналізу даних 47 пацієнтів ГП і 63 пацієнтів ГВ. Остаточна оцінка проводилася через 6 місяців після початку терапії.

2.2. Методи дослідження

При виконанні дослідження нами були використані соціально-демографічний, клініко-психологічний і психодіагностичний методи дослідження, а також методи статистичної обробки отриманих даних.

Психодіагностичний метод дослідження включав використання наступних методик.

Тест «Нервово-психічна адаптація» (Гурвич І. Н., 1992) призначений для експрес-оцінки психічного стану в процесі скринінгових та індивідуальних обстежень. Обстежуваному пропонують перелік явищ, якими зазвичай психіка людини відповідає на важкі життєві ситуації і пропонують обрати один з варіантів ставлення до них (кожному варіанту відповідає певна кількість балів): 0 – немає і не було; 1 – було в минулому, але зараз немає; 2 – з'явилося останнім часом; 3 – є вже тривалий час; 4 – є і було завжди. Обробка даних полягає у підрахунку суми балів. За результати підрахунку обстежений може бути віднесений до однієї з п'яти груп (рівнів) психічного здоров'я: I група, здорові – при сумі балів 10 і менше; II група, практично здорові зі сприятливими прогностичними ознаками – 11-20 балів; III група, практично здорові з несприятливими прогностичними ознаками (предпатологія) – 21-30 балів; IV

група, легка патологія – 31-40 балів; V група, з істотними ознаками патології – понад 40 балів. Особам, які належать до I та II груп рекомендується дотримання загальних правил психогігієни; до III групи – консультація лікаря-психолога, поглиблене психодіагностичне обстеження та психопрофілактичні заходи; IV та V груп – консультація психіатра та комплексне лікування [194 Артура дісер].

Шкала депресії М. Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression – HRDS) є оціночною шкалою і використовується для клінічної діагностики депресії та оцінки динаміки депресивних проявів. Шкала складається з 17 основних та 4 додаткових пунктів; кожен пункт оцінюється в межах від 0 балів (відсутність симптому) до 2 або 4 балів (максимальна виразність сипмтому). Основні пункти шкали передбачають оцінку депресивної симптоматики: настрою, почуття провини, суїцидальних намірів, безсоння (включаючи окрему оцінку ранніх, середніх та пізніх диссомній), працездатності, загальмованості, ажитації, психічної та соматичної тривоги, шлунково-кишкової, загальносоматичної та генітальної симптоматики, іпохондрії, втрати ваги і критики до хвороби. Інтерпретація даних шкали проводиться наступним чином: від 0 до 7 балів трактується як відсутність ознак депресії, від 8 до 16 балів – як депресивний розлад легкого ступеню, від 17 до 27 балів – як депресивний розлад середнього ступеню важкості, понад 27 балів – як депресивний розлад важкого ступеню [195 ГКД].

Шкала тривоги М. Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS) аналогічно шкалі депресії HRDS, є клінічною рейтинговою шкалою, призначеною для оцінки тяжкості тривожних розладів. Шкала складається з 14 пунктів, оцінка за кожним з яких варіює від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 балів (наявність у дуже важкому ступеню). При цьому 13 пунктів виявляють прояви тривоги в повсякденному житті, 14-й – прояви тривоги під час обстеження. До складу пунктів шкали входять наступні пункти: тривожний настрій, напруга, страхи, інсомнія, інтелектуальні порушення, депресивний

настрій, соматичні м'язові симптоми, соматичні сенсорні симптоми, серцево-судинні симптоми, респіраторні симптоми, гастроінтестинальні симптоми, сечостатеві симптоми, вегетативні симптоми і поведінка при огляді. При визначенні рівня тривоги підсумовується загальний бал, а також оцінюються прояви тривоги у психічній та соматичній сферах. Показник у 17 балів і менше інтерпретується як відсутність тривоги, 18-24 бали – як середня виразність тривожного розладу, 25 балів і вище – як важка тривога [195 ГКД].

Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90r) призначений для використання для людей дорослого віку без психічних порушень та з психічними розладами, містить 90 пунктів, які дозволяють оцінити поточну психопатологічну симптоматику. Запитання оцінюються за шкалою від 0 до 4 балів, де 0 – відображає відсутність симптому, а 4 – найвищу міру їх прояву. Шкали опитувальника: Соматизації (SOM), Обсесивності-компульсивності (O-C), Міжособистісної сензитивності (INT), Депресії (DEP), Тривожності (ANX), Ворожості (HOS), Фобічної тривожності (PHOB), Паранояльних тенденцій (PAR), Психотизму (PSY). Також у методиці представлені узагальнені шкали: GSI – загальний індекс важкості симптомів., PTSD – індекс поточного симптоматичного дистресу., PST – загальне число позитивних відповідей. Індокси другого порядку дають можливість більш гнучко оцінювати психопатологічний статус пацієнта. Результати по SCL-90-R можуть аналізуватися на трьох рівнях: загальна вираженість психопатологічної симптоматики, вираженість окремих шкал, вираженість окремих симптомів. Індекс GSI є найбільш інформативним показником, що відображає рівень психічного дистресу індивіда. Індекс PSDI представляє собою вимір інтенсивності дистресу і, крім того, може служити для оцінки «стилю» вираження дистресу опитуваного: показує опитуваний тенденцію до перебільшення чи до приховування своїх симптомів. Індекс PST відображає широту діапазону симптоматики індивіда [195 ГКД].

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond у модифікації А.К. Осницкого (2004) призначена для вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації індивіда і пов'язаних з цим рис особистості. Опитувальник містить 101 твердження; обстежуваний визначає своє ставлення до кожного твердження за шкалою: 0 балів – «це мене зовсім не стосується», 1 бал – «це мене не стосується», 2 бали – «сумніваюся, що це можна віднести до мене», 3 бали – «не наважуюся віднести це до себе», 4 бали – «це схоже на мене, але немає впевненості», 5 балів – «це на мене схоже», 6 балів – «це точно про мене». На підставі аналізу відповідей визначається шість інтегральних показників: адаптація, прийняття інших, інтернальність, самосприйняття, емоційна комфортність і прагнення до домінування. Оцінка стану соціально-психологічної адаптації проводилася окремо за кожним показником. Результати до зони невизначеності відповідно до контрольних значень за шкалами інтерпретувалися як низькі, а після найвищого показника в зоні невизначеності – як високі [196 Черняєв].

Методика оцінки якості життя (ЯЖ) Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути використана для оцінки якості життя у різних сферах: фізичне благополуччя (відчуття енергійності, відсутність болю і фізичних проблем); психологічне (емоційне) благополуччя (гарне самопочуття, задоволеність собою); самообслуговування і незалежність дій (виконання повсякденних життєвих завдань, прийняття власних рішень); працездатність (можливість виконувати робочі, шкільні чи домашні обов'язки); міжособистісна взаємодія (можливість відповідати і підтримувати гарні відносини з родиною, друзями, групами); соціо-емоційна підтримка (наявність людей, яким ви вірите і які можуть запропонувати допомогу й емоційну підтримку); громадська і службова підтримка (приємні і безпечні сусіди, доступ до фінансових, інформаційних і інших ресурсів); особистісна реалізація (наявність відчуття рівноваги, власної солідарності, одержання задоволення від сексу, мистецтва й інше); духовна

реалізація (відчуття віри, релігійність і вихід за межі звичайного матеріального життя); загальне сприйняття життя (відчуття задоволеності і щастя у вашому житті взагалі). До методики включено 10 питань, кожне з яких оцінюється за 10-бальною системою, де 1 бал – дуже погано, 10 балів – чудово. При оцінці інтегративного показника якості життя підсумовуються показники окремих шкал та обчислюється середнє арифметичне значення. Методика охоплює три основних компоненти ЯЖ: суб'єктивне благополуччя (задоволеність), що включає шкали «Фізичне благополуччя», «Психологічне/емоційне благополуччя», «Загальне сприйняття життя»; виконання соціальних ролей, що включає шкали «Самообслуговування і незалежності дій», «Міжособистісна взаємодія», «Особистісна реалізація», «Працездатність»; та зовнішні життєві умови, що включають шкали «Соціо-емоційна підтримка», «Цивільна і службова підтримка» та «Духовна реалізація». Оцінка основних компонентів показника якості життя проводилася шляхом обчислення арифметичної суми показників шкал, які відображають даний компонент ЯЖ [196 Черняєв].

Тест життєстійкості (Леонт'єв Д.А., Рассказова Е.И., 2006). Життєстійкість розглядається як екзистенційна характеристика, яка дозволяє людині менше залежати від ситуативних переживань, долати основну тривогу та забезпечувати ефективне психологічне функціонування в ситуаціях невизначеності, як система переконань людини про себе, про навколишнє середовище та про його стосунки з ним. Виділяють три компоненти життєстійкості: залученість, контроль і прийняття ризику. При виконанні тесту обстежуваному пропонувалося визначити своє ставлення до тверджень, які містяться у тесті за чотирма варіантами: «ні», «скоріше ні, ніж так», «скоріше так, ніж ні», «так». Після цього підсумовувалися показники за кожною з трьох субшкал (залученості, контролю і прийняття ризику), а також загальний показник життєстійкості. Показник за кожною із субшкал, а також інтегральний показник життєстійкості порівнювалися з нормативними показниками [196 Черняєв].

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10 складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 0 до «вірно майже у всіх випадках» = 4). Загальний бал опитувальника становив суму відповідей, отриманих на кожен пункт (діапазон 0–40), а найвищі бали свідчили про найвищий рівень стійкості [197 Кокун].

Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки MSPSS Д. Зімет в адаптації В.М.Ялтонського, Н.О.Сироти призначена для оцінки суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки респондентом і оцінює ефективність і адекватність СП за трьома аспектами – «сім'я», «друзі» та «значущі інші». Обстежуваному пропонується відповісти на питання опитувальника за бінарною шкалою – «так» або «ні». За кожен відповідь «так» нараховується один бал. Для оцінки використовується арифметична сума балів за кожною шкалою [195 ГКД].

На етапі оцінки ефективності використовували наступні психодіагностичні інструменти: шкали депресії і тривоги М. Hamilton, методику оцінки ЯЖ Н. Mezzich et al., тест життєстійкості та шкалу резилієнтності Коннора-Девідсона-10 (Connor–Davidson resilience scale-10).

Статистична обробка передбачала проведення розвідувального аналізу даних з метою оцінки характеру розподілу кількісних ознак, виявлення загальних закономірностей та вибору методів для основного статистичного аналізу. Для оцінки характеру розподілу кількісних даних (нормальний або відмінний від нормального) використовувалися тести Шапіро-Уїлка (Shapiro-Wilk's W-test), Лілієфорса (Lilliefors test) та Колмогорова-Смирнова (Kolmogorov-Smirnov test); у разі виявлення відмінностей у оцінках за різними тестами, референтним вважався тест Шапіро-Уїлка.

Вибір методів статистичного аналізу (параметричних або непараметричних) визначався за результатами розвідувального аналізу.

Основний статистичний аналіз включав формування описової статистики відповідно до загальних правил опису різних видів даних, аналіз розбіжностей між групами, а також кореляційний аналіз.

Аналіз розбіжностей між незалежними вибірками для кількісних даних з нормальним або наближеним до нормального характером розподілу здійснювався за допомогою параметричного t-тесту Стьюдента (Student's t-test), для кількісних даних з відмінним від нормального характером розподілу – за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні (Mann-Whitney U-test). При аналізі залежних вибірок для даних з нормальним або наближеним до нормального характером розподілу застосовувався параметричний t-тест, для даних з відмінним від нормального характером розподілу – тест Вілкоксона (Wilcoxon matched pairs test) та тест знаків (sign test). Аналіз розбіжностей у категоризованих ознаках виконано з використанням точного критерію Фшера (одностороннього) (Fisher exact test, one-tailed). Кореляційний аналіз виконано за допомогою непараметричного методу рангової кореляції Спірмена (Spearman rank correlation) [198-208 200-210].

Статистична обробка та аналіз даних здійснювалися на персональному комп'ютері за допомогою ліцензійного пакету офісних програм Microsoft Excel та пакету прикладних програм Statistica (StatSoft Inc.).

Висновок до розділу 2.

Групи обстежених були однорідними за базовими соціально-демографічними показниками, що стало підставою для висновку про релевантність отриманих даних і репрезентативність результатів дослідження.

Клініко-психодіагностичний інструментарій, використаний у дисертаційному дослідженні, та методи статистико-математичної обробки і аналізу даних цілком відповідають меті і завданням дослідження, і є адекватними їм.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ І ПСИХОДІАГНОСТИЧНА
ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ
ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ З РІЗНИМ РІВНЕМ ВІТАЛЬНОЇ
ЗАГРОЗИ, ТА ЇЇ ПСИХОКОРЕКЦІЯ

3.1. Особливості клінічної складової континууму психологічної адаптації-дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози

Дослідження виразності психопатологічної симптоматики у пацієнтів різних груп дозволило виявити важливі закономірності (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Показники виразності психопатологічної симптоматики у пацієнтів з невітальними та вітальними дерматологічними захворюваннями залежно від наявності ознак ПДА

Показник	Показник, $M \pm m$, бали				p			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	Г1- Г2	Г1- Г3	Г3- Г4	Г2- Г4
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Соматизація	1,15±0, 34	1,82±0, 52	1,20±0, 31	2,15±0, 26	0,0 00	0,8 21	0,0 00	0,0 04
Обсесивно-компульсивні розлади	1,10±0, 16	1,30±0, 23	1,11±0, 19	1,27±0, 26	0,0 01	0,6 56	0,0 42	0,3 13
Міжособистісна сензитивність	1,45±0, 62	1,73±0, 65	1,57±0, 61	2,22±0, 82	0,0 48	0,5 00	0,0 01	0,0 03

Продовження табл. 3.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Депресія	1,98±0, 18	2,43±0, 53	2,03±0, 29	2,80±0, 17	0,0 00	0,2 18	0,0 00	0,0 00
Тривожність	1,73±0, 46	2,63±1, 08	1,77±1, 15	2,79±0, 30	0,0 00	0,3 79	0,0 00	0,0 25
Ворожість	0,64±0, 25	0,71±0, 26	0,57±0, 32	0,74±0, 23	0,2 23	0,2 19	0,0 14	0,9 81
Фобічна тривожність	1,25±0, 30	1,68±0, 33	1,30±0, 36	1,94±0, 21	0,0 00	0,6 44	0,0 00	0,0 00
Паранояльні і симптоми	0,05±0, 12	0,06±0, 10	0,05±0, 09	0,05±0, 10	0,4 67	0,5 88	0,9 84	0,8 41
Психотизм	0,20±0, 17	0,30±0, 14	0,16±0, 16	0,30±0, 16	0,8 86	0,3 48	0,0 03	0,9 38
Індекс GSI	1,16±0, 16	1,52±0, 27	1,15±0, 28	1,72±0, 19	0,0 00	0,3 76	0,0 00	0,0 01
Індекс PSI	46,04±6, 19	52,27±6, 10	44,43±7, 87	55,92±4, 53	0,0 00	0,3 75	0,0 00	0,0 12
Індекс PDSI	2,28±0, 13	2,62±0, 25	2,33±0, 22	2,76±0, 14	0,0 00	0,5 90	0,0 00	0,0 17

Показник соматизації, що виявляє порушення, які відображують дистрес внаслідок відчуття соматичної дисфункції, виявився найменшим у пацієнтів Г1 (1,15±0,34 балів), незначуще більшим – у пацієнтів Г3 (1,20±0,31 балів), істотно більшим – у пацієнтів Г2 (1,82±0,52 балів), і найбільшим – у пацієнтів Г4 (2,15±0,26 балів). Показники соматизації значуще не відрізнялися у пацієнтів з невітальними та вітальними захворюваннями без ознак ПДА, і значуще відрізнялися при порівнянні груп пацієнтів з наявністю та відсутністю ПДА. Оскільки дана шкала виявляє загальносоматичну симптоматику

недерматологічного характеру, що є соматичним компонентом депресивних і тривожних проявів, зростання її показників, особливо виражене у пацієнтів Г2 і Г4, слід розглядати у контексті психопатологічного реагування у комплексі з іншою психопатологічною симптоматикою, що тісно пов'язана з ПДА (рис. 3.1).

Показник obsесивно-компульсивних розладів, що виявляє нав'язливі думки, імпульси і дії та аналогічні переживання, що мають когнітивне забарвлення, у пацієнтів без ознак ПДА був вельми близьким, незалежно від характеру дерматологічної патології (вітальна чи невітальна): у Г1 він склав $1,10 \pm 0,16$ балів, а у пацієнтів Г3 – $1,11 \pm 0,19$ балів. Аналогічно, показники obsесивно-компульсивної симптоматики у пацієнтів з невітальними і вітальними захворюваннями та проявами ПДА значуще не відрізнялися: у Г2 – $1,30 \pm 0,23$ балів, у пацієнтів Г4 – $1,27 \pm 0,26$ балів. Це дозволяє зробити висновок, що актуальним чинником виникнення нав'язливості при дослідженій дерматологічній патології є наявність ознак ПДА (рис. 3.1).

Міжособистісна сензитивність, що проявляється почуттями особистісної неповноцінності та неадекватності, особливо при порівнянні індивідом себе з іншими; проявами цього розладу є самозвинувачення, почуття неспокою і дискомфорт при спілкуванні з оточуючими, характеризувалася підвищеними показниками, особливо у пацієнтів з проявами ПДА. При цьому показники міжособистісної сензитивності у пацієнтів без ознак ПДА значуще не відрізнялися: у Г1 показник був найнижчим серед усіх груп – $1,45 \pm 0,62$ балів, у Г3 незначуще вищим – $1,57 \pm 0,61$ балів, а у пацієнтів з проявами ПДА – значуще вищим – у Г2 $1,73 \pm 0,65$ балів, у пацієнтів Г4 – $2,22 \pm 0,82$ балів (рис. 3.1).

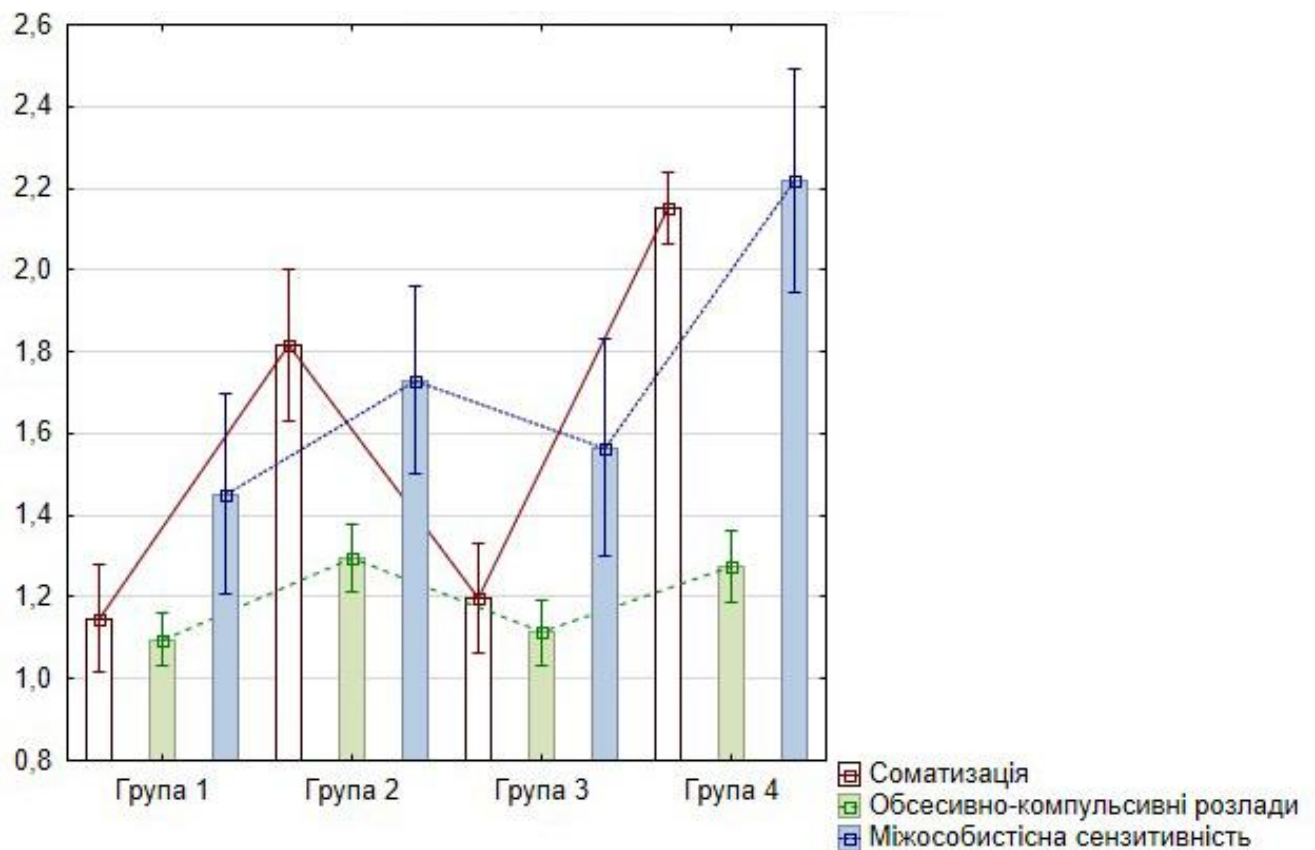


Рис. 3.1. Середні значення показників соматизації, обсесивно-компульсивних розладів та міжособистісної сензитивності (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Показник депресії, що виявляє загальні прояви депресивного стану, такі, як знижений настрій, втрата інтересу до життя, мотивації та життєвої енергії, почуття безнадійності, суїцидальні думки, а також когнітивні і соматичні кореляти депресії, у дослідженого контингенту виявився доволі високим (рис. 3.2). При цьому виразність депресії у пацієнтів без ознак ПДА була суттєво нижчою, ніж у пацієнтів з ПДА, і, хоча у пацієнтів з вітальними захворюваннями була вищою, розбіжності між показниками були статистично незначущими: у Г1 $1,98 \pm 0,18$ балів, у Г3 – $2,03 \pm 0,29$ балів ($p > 0,05$). Натомість, показники депресії у пацієнтів з проявами ПДА були доволі високими, і у хворих з вітальними захворюваннями значуще вищими: у Г2 – $2,43 \pm 0,53$ балів, у Г4 – $2,80 \pm 0,17$ балів.

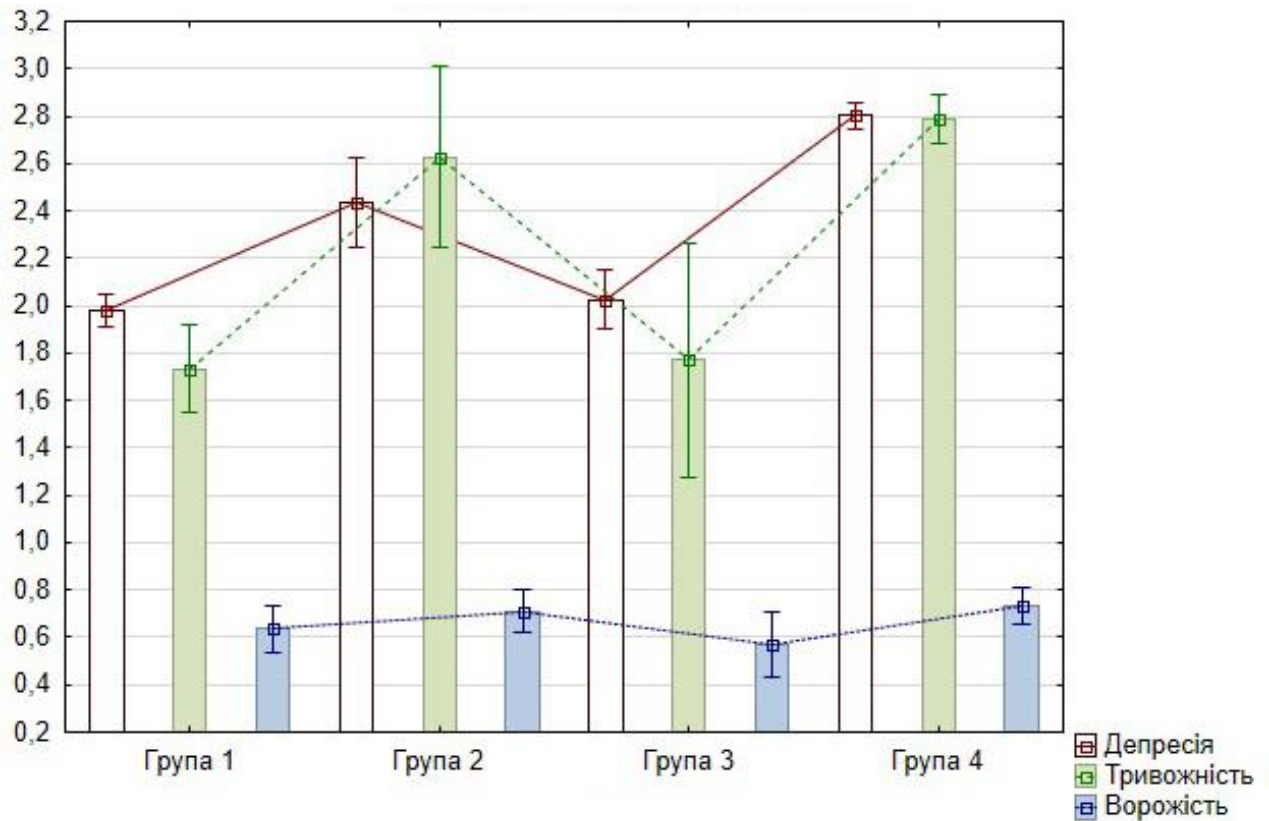


Рис. 3.2. Середні значення показників депресії, тривожності та ворожості (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Аналогічно, пацієнтам з дерматологічною патологією були притаманні підвищені рівні тривоги, що виявляє нервозність, напруження і тремор, а також напади паніки і соматичні кореляти тривожності. При цьому у пацієнтів Г1 рівень тривоги був найнижчим серед усіх обстежених груп: $1,73 \pm 0,46$ балів, у пацієнтів Г3 – незначуще вищим: $1,77 \pm 1,15$ балів, у пацієнтів Г2 – істотно вищим: $2,63 \pm 1,08$ балів, і у пацієнтів Г4 – найвищим серед усіх обстежених груп – $2,79 \pm 0,30$ балів (рис. 3.2). Слід зазначити, що у пацієнтів з невітальними захворюваннями шкіри показник тривоги був вищим за показник депресії, а у пацієнтів з вітальними захворюваннями показник депресії переважав над показником тривоги, що дозволяє зробити висновок про домінування у психопатологічній картині невітальних захворювань тривожних, а у психопатологічній картині вітальних захворювань – депресивних проявів.

Показник ворожості, що включає думки, почуття або дії, що є проявами негативного афекту злості, такі, як агресія, дратівливість, гнів та обурення, у пацієнтів з дерматологічною патологією виявився невисоким. При цьому значущі відмінності були виявлені лише при порівнянні показників Г3 і Г4, тоді як при порівнянні між собою інших груп показники ворожості у них значуще не відрізнялися: у Г1 $0,64 \pm 0,25$ балів, у Г2 – $0,71 \pm 0,26$ балів, у Г3 – $0,57 \pm 0,32$ балів, у Г4 – $0,74 \pm 0,23$ балів (рис. 3.2).

Фобічна тривожність, що визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, що має компульсивний характер і призводить до поведінки уникання, у досліджених пацієнтів, очевидно, була пов'язана з наявністю шкірної патології, що істотно впливає на сприймання індивідом себе і своєї зовнішності оточуючими. Показники фобічної тривожності у пацієнтів Г1 і Г3 були близькими: відповідно $1,25 \pm 0,30$ балів та $1,30 \pm 0,36$ балів ($p > 0,05$), а у пацієнтів з проявами ПДА були значуще вищими: $1,68 \pm 0,33$ балів у пацієнтів Г2, і $1,94 \pm 0,21$ балів у пацієнтів Г4 (рис. 3.3).

Паранояльна симптоматика, що відображує наявність порушень мислення, переважно шизофренічного характеру, була нехарактерною для обстежених пацієнтів. Показники за цим симптомом були низькими, і значуще не відрізнялися у пацієнтів різних груп і з різними ступенями ПДА: у пацієнтів Г1 – $0,05 \pm 0,12$ балів, у пацієнтів Г2 – $0,06 \pm 0,10$ балів, у пацієнтів Г3 – $0,05 \pm 0,09$ балів, у пацієнтів Г4 – $0,05 \pm 0,10$ балів (рис. 3.3).

Аналогічно, показник психотизму, що виявляє ізольований, унікаючий стиль життя та міжособистісну ізоляцію, у дерматологічних пацієнтів також був невисоким, і у пацієнтів з проявами ПДА відображував, очевидно, бажання усамітнення для уникнення надмірної уваги оточуючих до проблем зі шкірою. Середнє значення показника у пацієнтів Г1 склало $0,20 \pm 0,17$ балів, у Г2 – $0,30 \pm 0,14$ балів, у Г3 – $0,16 \pm 0,16$ балів, Г4 – $0,30 \pm 0,16$ балів (рис. 3.3).

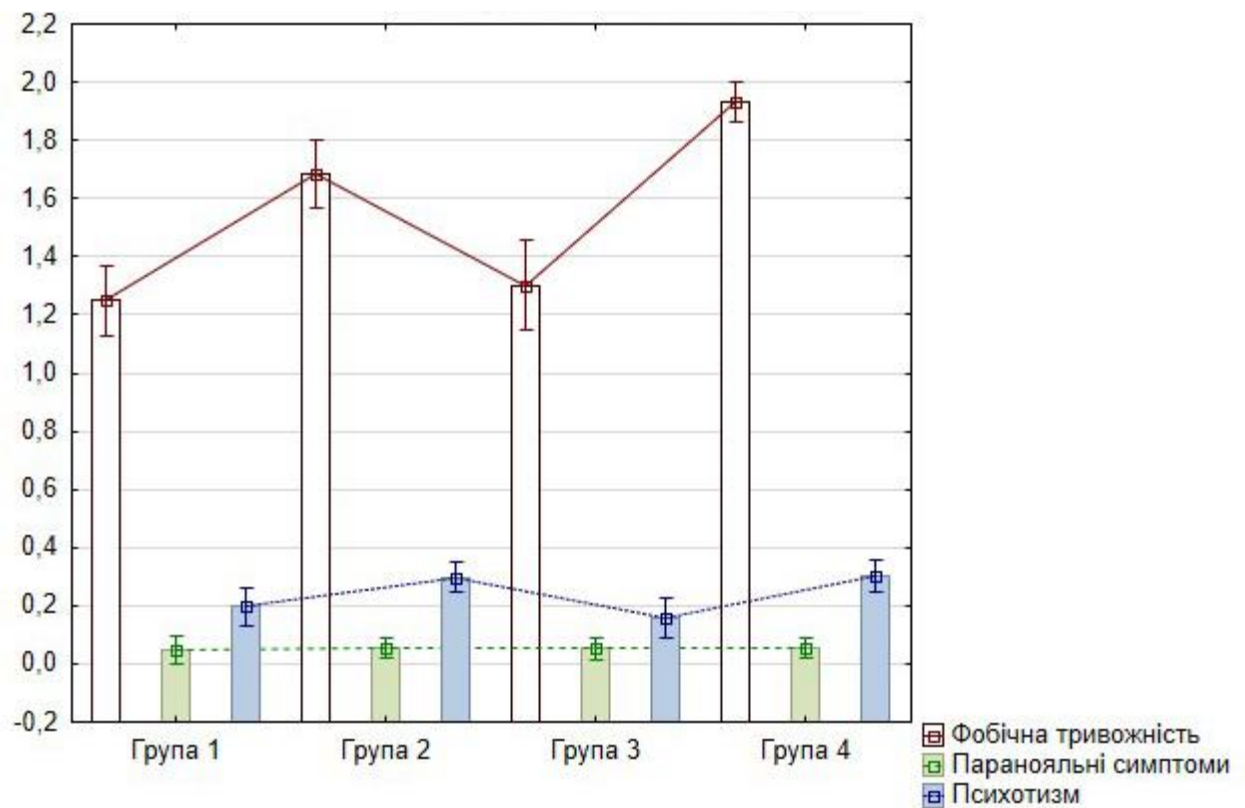


Рис. 3.3. Середні значення показників фобічної тривожності, паранояльної симптоматики та психотизму (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Індекс загальної виразності симптоматики GSI (General Symptomatical Index) у пацієнтів без ознак ПДА був вельми близьким, і значуще не відрізнявся: у пацієнтів Г1 $1,16 \pm 0,16$ балів, у пацієнтів Г3 – $1,15 \pm 0,28$ балів ($p > 0,05$). Натомість, у пацієнтів з ознаками ПДА показники були суттєво вищими і значуще відрізнялися: у пацієнтів Г2 – $1,52 \pm 0,27$ балів, у пацієнтів Г4 – $1,72 \pm 0,19$ балів (рис. 3.4).

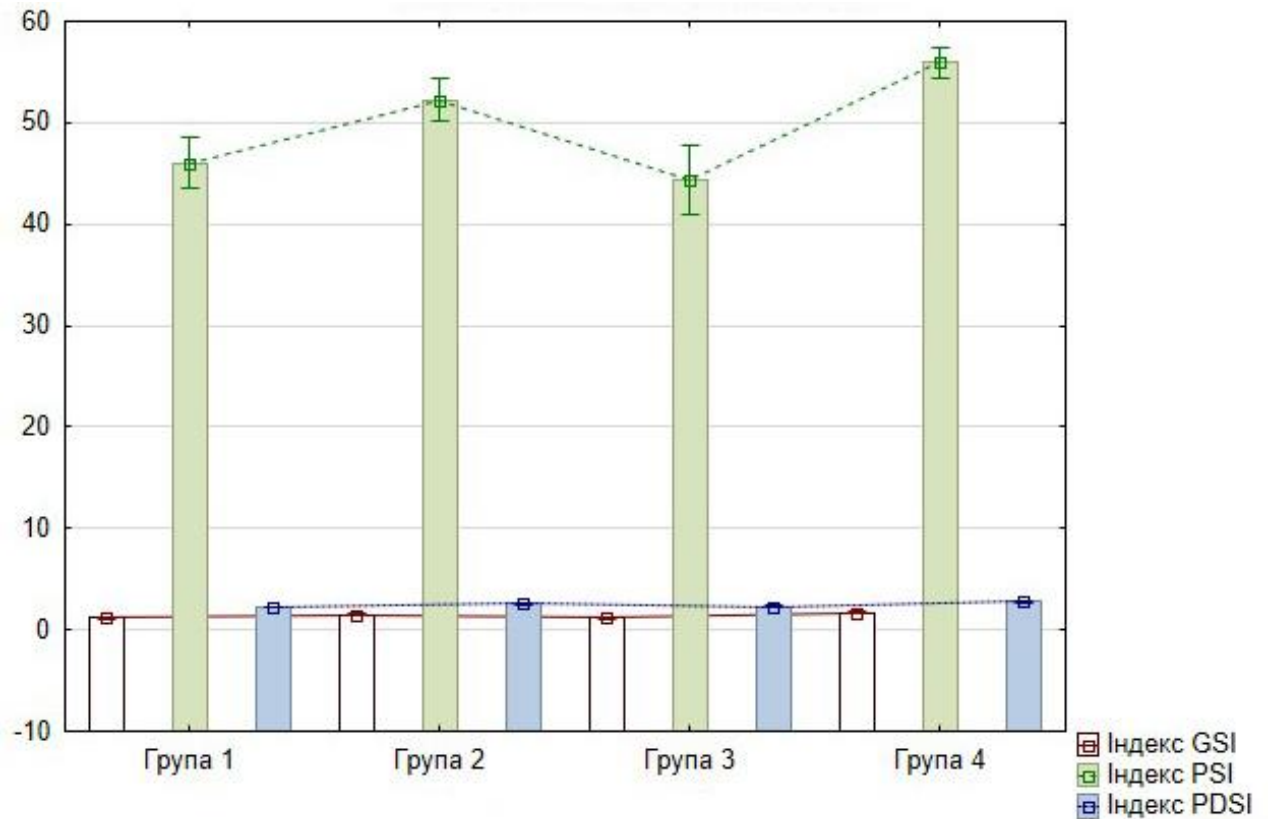


Рис. 3.4. Середні значення показників індексів GSI, PSI та PDSI (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Аналогічно, індекс проявів симптоматики PSI (Positive Symptomatical Index) у пацієнтів без ознак ПДА значуще не відрізнявся: у Г1 середнє значення показника склало $46,04 \pm 6,19$ балів, у Г3 – $44,43 \pm 7,87$ балів, а у пацієнтів з ознаками ПДА виявився суттєво вищим: у Г2 – $52,27 \pm 6,10$ балів, у пацієнтів Г4 – $55,92 \pm 4,53$ балів (рис. 3.4).

Індекс PDSI (Positive Distress Symptomatical Index) також значуще не відрізнявся у пацієнтів Г1 ($2,28 \pm 0,13$ балів) та Г3 ($2,33 \pm 0,22$ балів), тоді як у пацієнтів Г2 був значуще вищим ($2,62 \pm 0,25$ балів), а у пацієнтів Г4 – найвищим з усіх досліджених груп ($2,76 \pm 0,14$ балів) (рис. 3.4).

Таким чином, пацієнтам дерматологічного профілю з дезадаптивними ознаками різної вираженості притаманною виявилась специфічна психопатологічна картина, стрижневу симптоматику якої склали прояви тривоги (переважно у пацієнтів з невітальними захворюваннями) і депресії

(переважно у пацієнтів з вітальними захворюваннями), а допоміжні психопатологічні конструкти були представлені проявами соматизації, obsесивно-компульсивної симптоматики, міжособистісної сензитивності та фобічної тривожності. При цьому актуальним чинником виразності психопатологічної симптоматики були прояви ПДА, тоді як характер дерматологічної патології (вітальний чи невітальний) мав вторинне значення.

Поглиблене вивчення особливостей афективної симптоматики у пацієнтів дерматологічного профілю з різними варіантами захворювань шкіри та різними ступенями ПДА довело наступне. Результати дослідження проявів депресії за шкалою М. Hamilton (HADS) наведено у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Показники виразності депресивних проявів за шкалою депресії М. Hamilton (HADS) у пацієнтів з невітальними та вітальними дерматологічними захворюваннями залежно від наявності ознак ПДА

Показник	Показник, $M \pm m$, бали				p			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	Г1- Г2	Г1- Г3	Г3- Г4	Г2- Г4
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Загальний показник депресії	8,00±2, 79	11,21±3, ,35	8,57±3, 40	16,19±3, ,03	0,0 01	0,5 95	0,0 00	0,0 00
Показник адинамічної депресії	6,30±2, 09	8,30±2, 40	6,87±2, 70	12,22±2, ,72	0,0 03	0,4 80	0,0 00	0,0 00
Показник ажитованої депресії	3,07±1, 98	5,03±2, 47	3,39±2, 13	7,78±2, 39	0,0 03	0,6 62	0,0 00	0,0 00
Показник депресії зі страхом	3,37±1, 31	4,58±2, 09	3,61±1, 41	7,49±2, 23	0,0 23	0,6 22	0,0 00	0,0 00

Продовження табл. 3.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Показник недиференц ійованої депресії	1,63±0, 84	2,76±1, 35	1,78±1, 28	4,51±1, 28	0,0 00	0,9 66	0,0 00	0,0 00

Як видно з табл. 3.2, найнижчий показник депресії був виявлений у пацієнтів Г1: $8,00 \pm 2,79$ балів, що відповідає межі між нормою та легким депресивним розладом. У пацієнтів Г3 показник депресії був вищим і відповідав легкому депресивному розладу: $8,57 \pm 3,40$ балів, однак, розбіжності між цими показниками статистично не значущі ($p > 0,05$). Натомість, у пацієнтів Г2 показник депресії був значуще вищим: $11,21 \pm 3,35$ балів, що відповідало легкій, ближче до середньої важкості, депресії, а у пацієнтів Г4 показник був найвищим: $16,19 \pm 3,03$ балів, що відповідає депресивному розладу середньої важкості.

Виявлені закономірності дозволяють зробити висновок про те, що депресивні прояви у дерматологічних пацієнтів пов'язані насамперед з психосоціальною дезадаптацією, тоді як характер дерматологічної патології (невітальний чи вітальний) має другорядне значення. Значущі відмінності у рівнях депресії у пацієнтів з вітальною та невітальною патологією були виявлені лише у пацієнтів з наявністю ПДА, тоді як для пацієнтів без ПДА характер патології не мав значущого впливу на показник депресії (рис. 3.5).

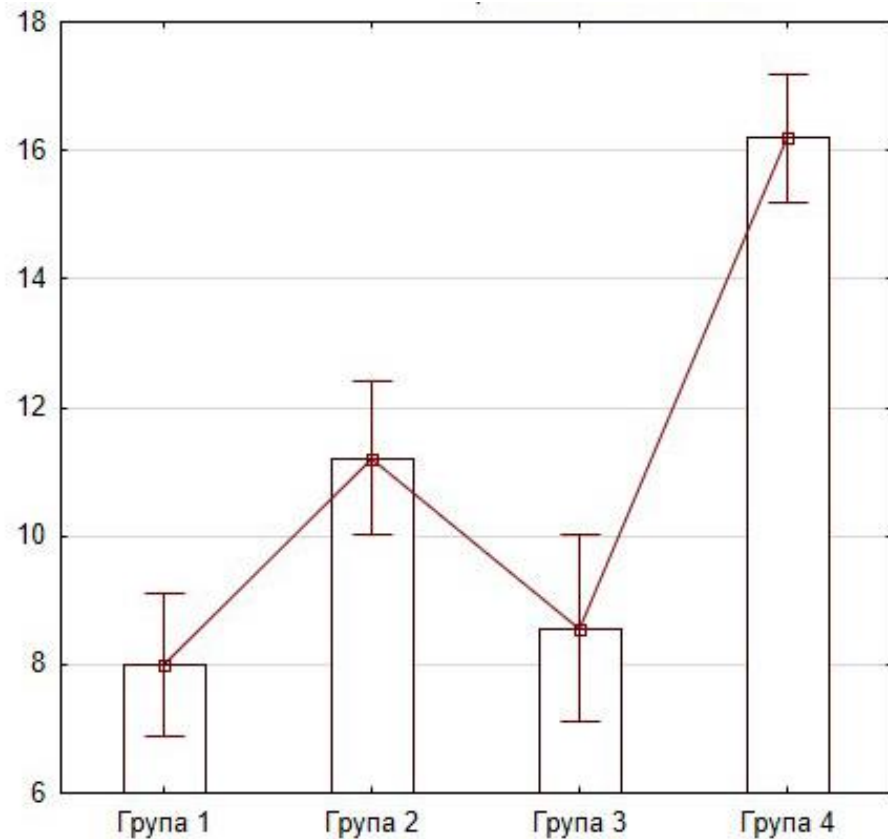


Рис. 3.5. Середні значення показника за шкалою депресії М. Hamilton (HADS) (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Крім загального показника депресії, аналогічні закономірності були виявлені для показників окремих видів депресії: адинамічної, ажитованої депресії, депресії зі страхом та недиференційованої депресії (рис. 3.6).

Так, показник адинамічної депресії у пацієнтів Г1 склав $6,30 \pm 2,09$ балів, у пацієнтів Г3 він виявився незначуще вищим – $6,87 \pm 2,70$ балів, тоді як у пацієнтів Г2 показник був суттєво вищим: $8,30 \pm 2,40$ балів, а у пацієнтів Г4 значуще вищим, і найвищим серед усіх груп: $12,22 \pm 2,72$ балів.

Показник ажитованої депресії у пацієнтів Г1 склав $3,07 \pm 1,98$ балів, у пацієнтів Г3 – $3,39 \pm 2,13$ балів (незначуще більше, $p > 0,05$), у пацієнтів Г2 показник був значуще вищим – $5,03 \pm 2,47$ балів, а у пацієнтів Г4 – найвищим – $7,78 \pm 2,39$ балів.

Показник депресії зі страхом у пацієнтів Г1 склав $3,37 \pm 1,31$ балів, у пацієнтів Г3 – $3,61 \pm 1,41$ балів ($p > 0,05$), тоді як у пацієнтів Г2 – $4,58 \pm 2,09$ балів, що значуще вище, а у пацієнтів Г4 – $7,49 \pm 2,23$ балів, що є найвищим показником серед усіх груп.

Показник недиференційованої депресії був найнижчим у пацієнтів Г1 ($1,63 \pm 0,84$ балів), незначуще вищим – у пацієнтів Г3 ($1,78 \pm 1,28$ балів), значуще вищим – у пацієнтів Г2 ($2,76 \pm 1,35$ балів), і найвищим – у пацієнтів Г4 ($4,51 \pm 1,28$ балів).

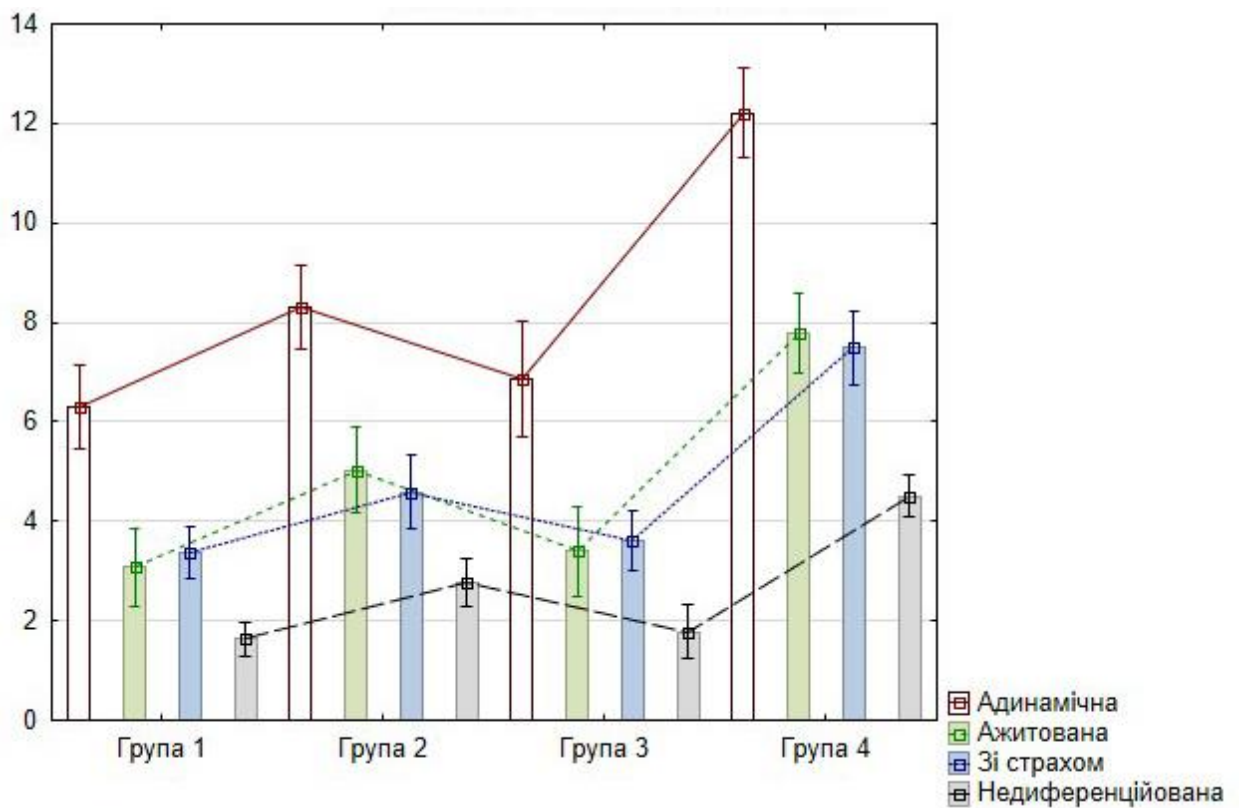


Рис. 3.6. Середні значення показників адинамічної депресії, ажитованої депресії, депресії зі страхом та недиференційованої депресії за шкалою депресії М. Hamilton (HADS) (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Аналогічні закономірності були виявлені при дослідженні тривоги з використанням шкали тривоги М. Hamilton (HARS) (табл. 3.3).

**Показники виразності тривожних проявів за шкалою тривоги М.
Hamilton (HARS) у пацієнтів з невітальними та вітальними
дерматологічними захворюваннями залежно від наявності ПДА**

Показник	Показник, М±m, бали				р			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	Г1- Г2	Г1- Г3	Г3- Г4	Г2- Г4
Загальний показник тривоги	13,37±2,45	18,00±5,33	13,48±3,73	27,92±3,88	0,000	0,569	0,000	0,000
Показник психічної тривоги	7,15±1,79	9,45±2,97	7,22±2,15	14,76±2,27	0,002	0,976	0,000	0,000
Показник соматичної тривоги	6,22±1,97	8,55±3,42	6,26±2,54	13,16±3,18	0,005	0,766	0,000	0,000

Загальний показник тривоги у пацієнтів Г1 склав 13,37±2,45 балів, що відповідає відсутності тривожного розладу, у пацієнтів Г3 цей показник практично не відрізнявся від виявленого у Г1 – 13,48±3,73 балів (р>0,05). Натомість, у пацієнтів Г2 показник відповідав середній виразності тривожного розладу (ближче до легкого) – 18,00±5,33 балів, а у пацієнтів Г4 відповідав вираженому тривожному розладу: 27,92±3,88 балів. Таким чином, як і щодо депресії, базовою закономірністю була залежність виразності тривожного розладу насамперед від проявів ПДА, тоді як вплив характеру дерматологічної патології на рівень тривоги виявився вторинним (рис. 3.7).

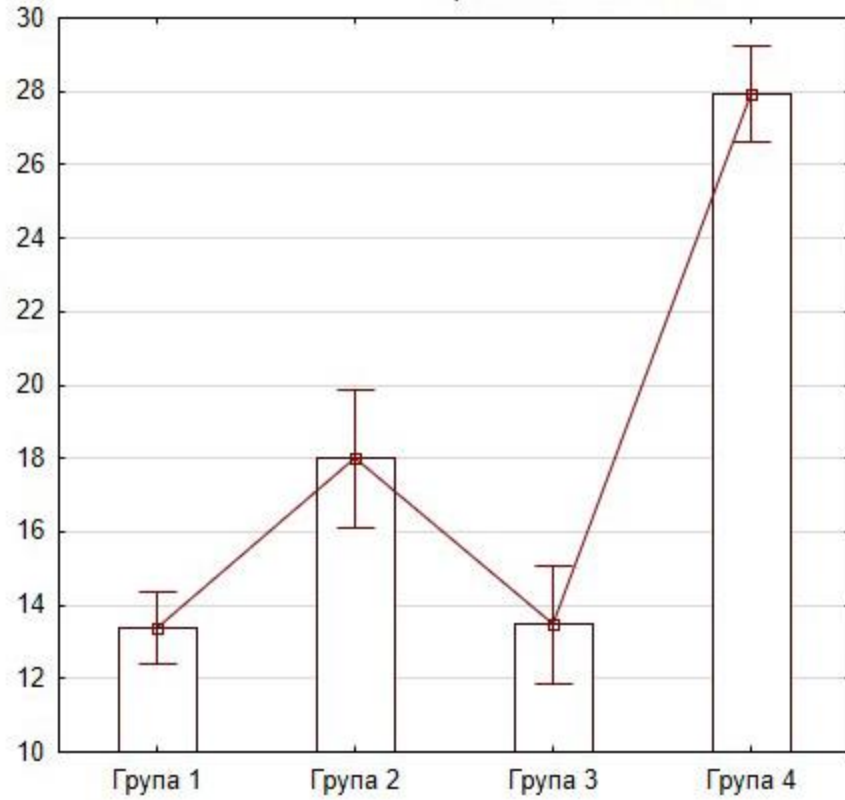


Рис. 3.7. Середні значення показника за шкалою тривоги М. Hamilton (HARS) (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Ці закономірності поширювалися і на окремі види тривоги – психічну і соматичну (рис. 3.8).

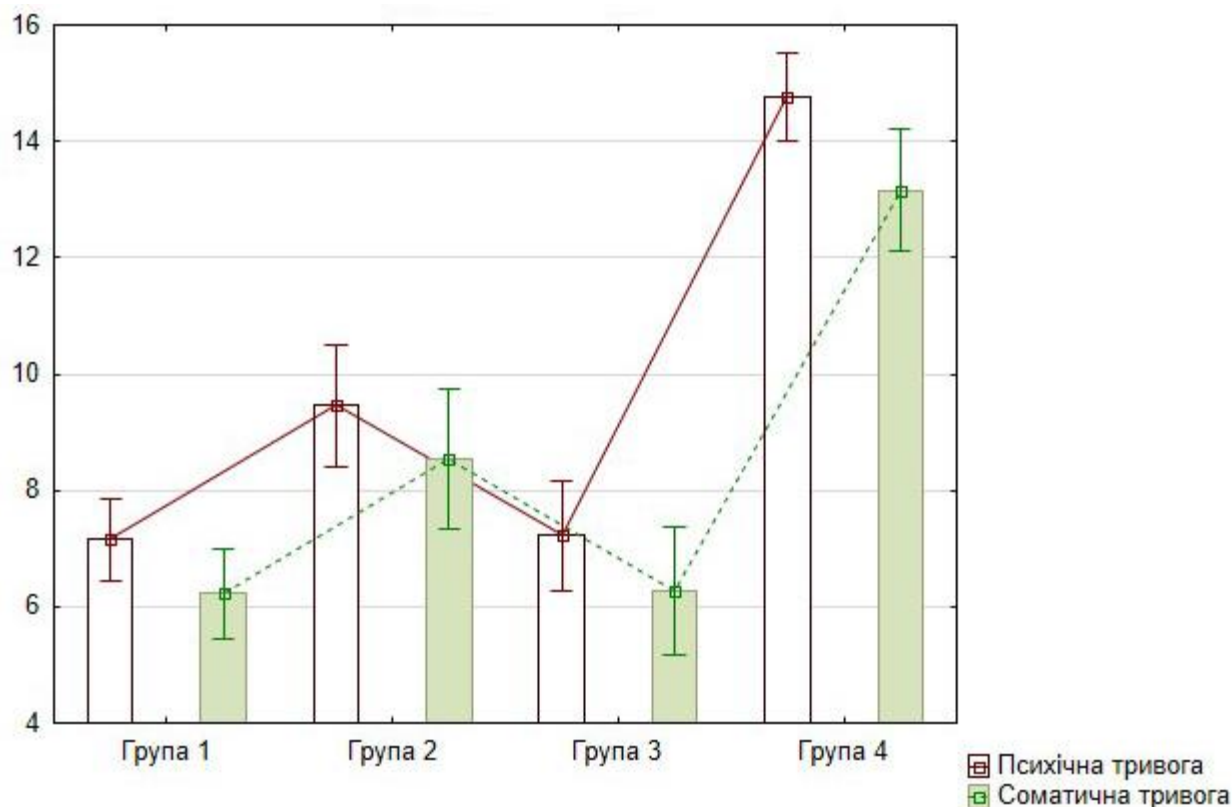


Рис. 3.8. Середні значення показників психічної та соматичної тривоги за шкалою тривоги М. Hamilton (HARS) (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Так, показник психічної тривоги у пацієнтів Г1 склав $7,15 \pm 1,79$ балів, у пацієнтів Г3 він був значуще вищим – $7,22 \pm 2,15$ балів, у пацієнтів Г2 значуще вищим у порівнянні з пацієнтами цих груп: $9,45 \pm 2,97$ балів, а у пацієнтів Г4 – найвищим: $14,76 \pm 2,27$ балів.

Показник соматичної тривоги у пацієнтів Г1 склав $6,22 \pm 1,97$ балів, у пацієнтів Г3 – $6,26 \pm 2,54$ балів, що незначуще більше, тоді як у пацієнтів Г2 показник був суттєво вищим: $8,55 \pm 3,42$ балів, а у пацієнтів Г4 – найбільшим серед усіх досліджених груп: $13,16 \pm 3,18$ балів.

Отже, афективна симптоматика у пацієнтів дерматологічного профілю більшою мірою залежала від наявності ознак ПДА. Прояви і депресії, і тривоги були найбільше виражені у пацієнтів з проявами ПДА, тоді як у пацієнтів без

ознак ПДА, незалежно від характеру дерматологічної патології (невітальної чи вітальної) показники депресії і тривоги значуще не відрізнялися.

3.2. Аналіз психосоціальної складової континууму психологічної адаптації-дезаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози

Вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації у пацієнтів з різними варіантами дерматологічних захворювань дало можливість встановити важливі закономірності. Кількісні значення показників за базовими шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond наведено у табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Показники за базовими шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond у пацієнтів з невітальними та вітальними дерматологічними захворюваннями з різним ступенем дезаптації

Показник	Показник, $M \pm m$, бали				p			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	Г1-Г2	Г1-Г3	Г3-Г4	Г2-Г4
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Адаптивність	85,81 $\pm 10,48$	65,58 $\pm 14,37$	79,43 $\pm 13,13$	43,97 $\pm 8,72$	0,000	0,027	0,000	0,000
Дезаптивність	67,93 $\pm 27,10$	128,12 $\pm 28,45$	108,57 $\pm 3,13$	152,30 $\pm 6,15$	0,000	0,000	0,000	0,000
Брехливість ні	8,89 $\pm 3,52$	9,03 $\pm 4,28$	10,00 $\pm 4,39$	10,49 $\pm 5,14$	0,988	0,423	0,598	0,116

Продовження табл. 3.4

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Брехливість так	12,44 ±2,12	13,48± 2,79	13,52± 3,04	12,86±3, 56	0,034	0,060	0,49 6	0,511
Прийняття себе	22,93 ±2,56	12,06± 5,17	22,04± 5,03	10,65±6, 68	0,000	0,272	0,00 0	0,136
Неприйняття себе	13,67 ±3,26	23,97± 5,30	17,52± 3,07	24,78±3, 18	0,000	0,001	0,00 0	0,439
Прийняття інших	18,04 ±2,39	15,00± 3,46	20,09± 3,68	11,57±4, 13	0,001	0,011	0,00 0	0,001
Неприйняття інших	12,70 ±7,99	26,39± 7,64	24,52± 3,80	30,46±3, 29	0,000	0,000	0,00 0	0,016
Емоційний комфорт	18,37 ±4,39	17,52± 4,40	18,35± 3,59	8,65±5,0 9	0,396	0,907	0,00 0	0,000
Емоційний дискомфорт	18,33 ±6,75	26,00± 5,27	21,26± 2,60	33,76±2, 24	0,000	0,052	0,00 0	0,000
Внутрішній контроль	35,93 ±10,2 2	34,73± 7,27	38,04± 5,30	30,95±8, 40	0,727	0,218	0,00 0	0,028
Зовнішній контроль	21,04 ±12,5 6	31,12± 8,81	27,17± 4,76	36,57±5, 35	0,003	0,330	0,00 0	0,005
Домінування	2,96± 2,85	3,18±2, 59	2,57±2, 21	2,68±2,2 6	0,522	0,929	0,96 3	0,539
Ведомість	9,37± 4,75	18,67± 5,76	20,91± 3,22	27,11±2, 81	0,000	0,000	0,00 0	0,000
Ескапізм	8,41± 4,50	18,61± 5,36	19,26± 3,00	20,89±2, 87	0,000	0,000	0,05 0	0,111

Як видно з даних табл. 3.4, показники адаптивності у пацієнтів Г1 є найвищими серед усіх досліджених груп: $85,81 \pm 10,48$ балів, при цьому кількісне значення показника у цій групі перебуває у межах норми (68-136 балів). Натомість, у пацієнтів Г2 значення показника адаптивності виявилось дещо нижчим за норму: $65,58 \pm 14,37$ балів ($p < 0,01$), а пацієнтів у Г3 – вищим порівняно з Г2, але нижчим порівняно з Г1: $79,43 \pm 13,13$ балів, що також у межах норми, тоді як у пацієнтів Г4 показник був найнижчим з усіх досліджених груп: $43,97 \pm 18,72$ балів, що суттєво нижче норми. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх досліджених груп.

Відповідно, показник дезадаптивності у пацієнтів Г1 виявився найнижчим з усіх груп, і був на нижній межі норми: $67,93 \pm 27,10$ балів, у пацієнтів Г2 – близьким до верхньої межі норми: $128,12 \pm 28,45$ балів, у пацієнтів Г3 – вищим, ніж у Г1, і нижчим, ніж у Г2: $108,57 \pm 3,13$ балів, що також у межах норми, і у пацієнтів Г4 – найвищим серед усіх груп, і вищим за норму: $152,30 \pm 6,15$ балів (рис. 3.9). Розбіжності статистично значущі при порівнянні усіх груп.

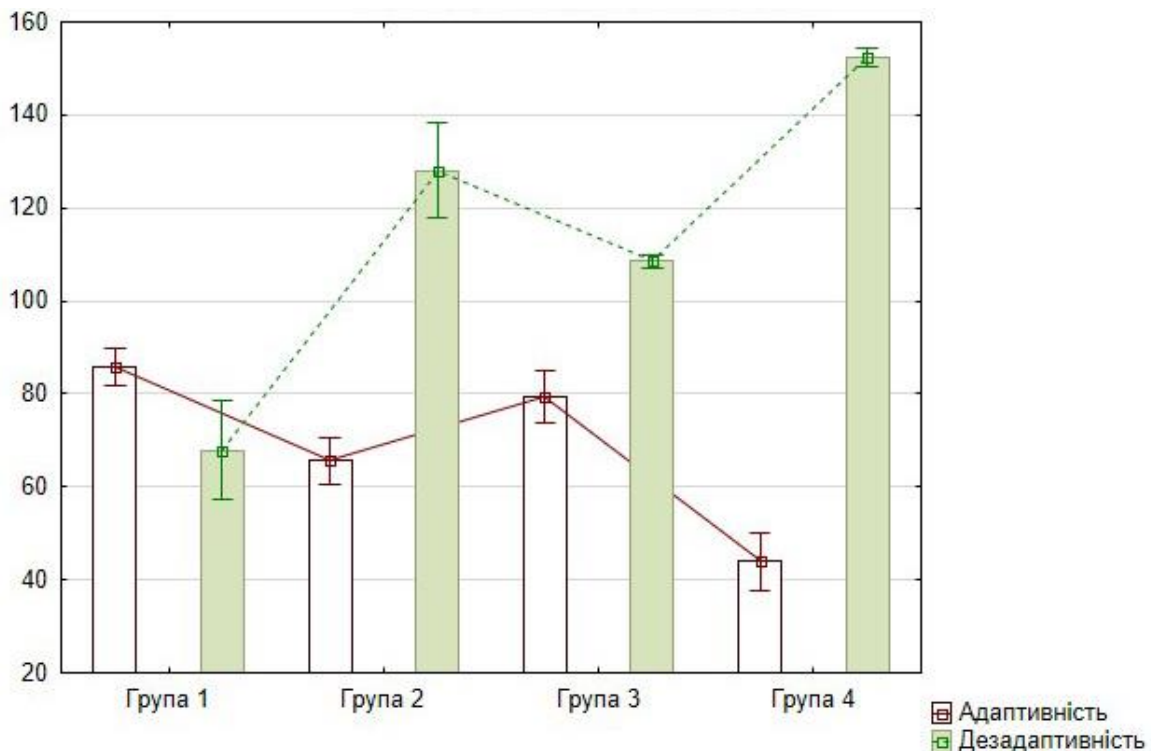


Рис. 3.9. Середні значення показників адаптивності та дезадаптивності (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Показники брехливості у пацієнтів усіх досліджених груп виявилися низькими, і значуще не відрізнялися при різних варіантах дерматологічних захворювань: у Г1 середнє значення показника брехливості ні склало $8,89 \pm 3,52$ балів, у Г2 – $9,03 \pm 4,28$ балів, у Г3 – $10,00 \pm 4,39$ балів, у Г4 – $10,49 \pm 5,14$ балів, показника брехливості так – відповідно $12,44 \pm 2,12$ балів, $13,48 \pm 2,79$ балів, $13,52 \pm 3,04$ балів та $12,86 \pm 3,56$ балів (рис. 3.10).

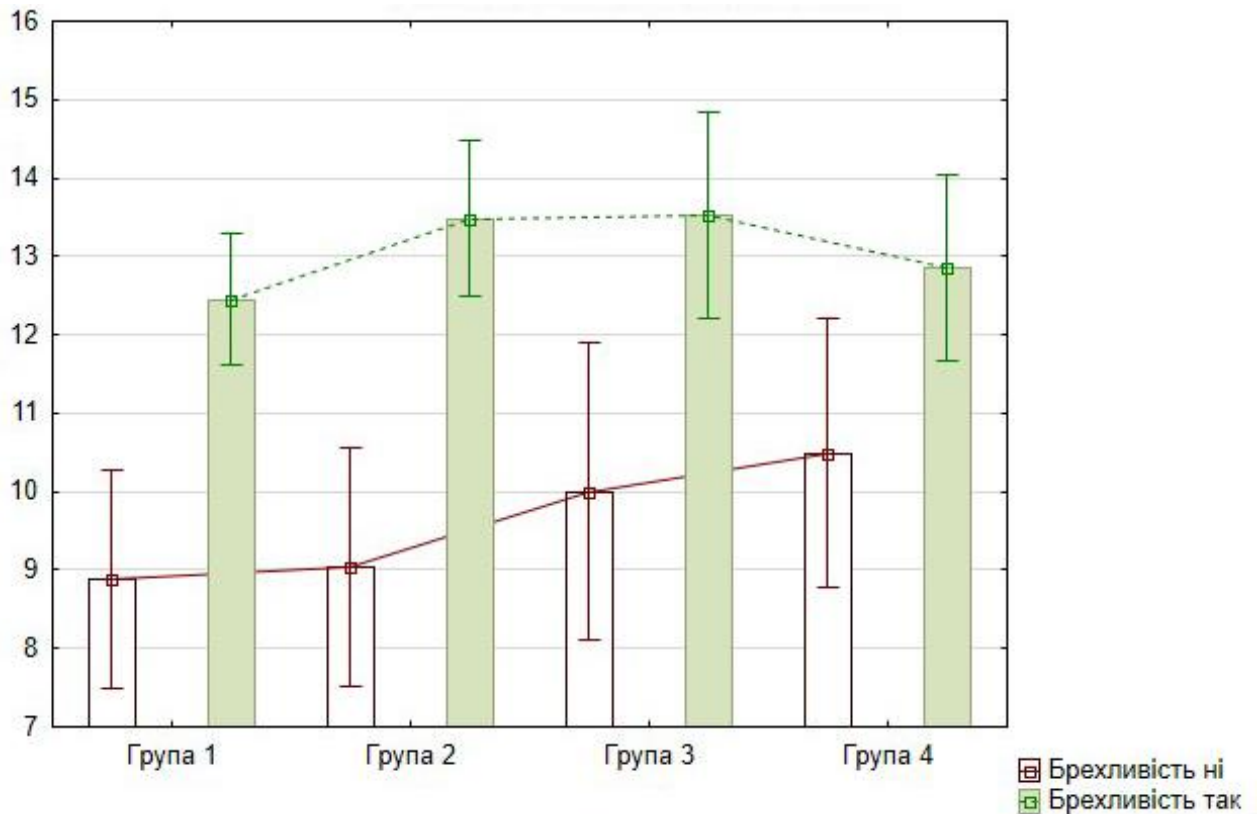


Рис. 3.10. Середні значення показників брехливості (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Показник прийняття себе у пацієнтів Г1 відповідав нормі (22-42 бали): $22,93 \pm 2,56$ балів, у пацієнтів Г2 був нижчим за норму: $12,06 \pm 5,17$ балів, а у пацієнтів Г3 близьким до показника у Г1, у межах норми: $22,04 \pm 5,03$ балів, а у пацієнтів Г4 – найнижчим серед усіх груп, нижчим за норму: $10,65 \pm 6,68$ балів (рис. 3.11). Статистично значущі розбіжності виявлено при порівнянні груп Г1 і Г2, та Г3 і Г4.

Показник неприйняття себе у пацієнтів Г1 виявився низьким: $13,67 \pm 3,26$ балів (нормативне значення 14-28 балів), у пацієнтів решти груп значення показника було в межах норми, але у пацієнтів Г2 вище, ніж у Г3 ($23,97 \pm 5,30$ балів проти $17,52 \pm 3,07$ балів відповідно), а у пацієнтів Г4 показник неприйняття себе був найвищим серед усіх груп: $24,78 \pm 3,18$ балів (рис. 3.11). Розбіжності значущі при порівнянні груп Г1 і Г2, Г1 і Г3, та Г3 і Г4.

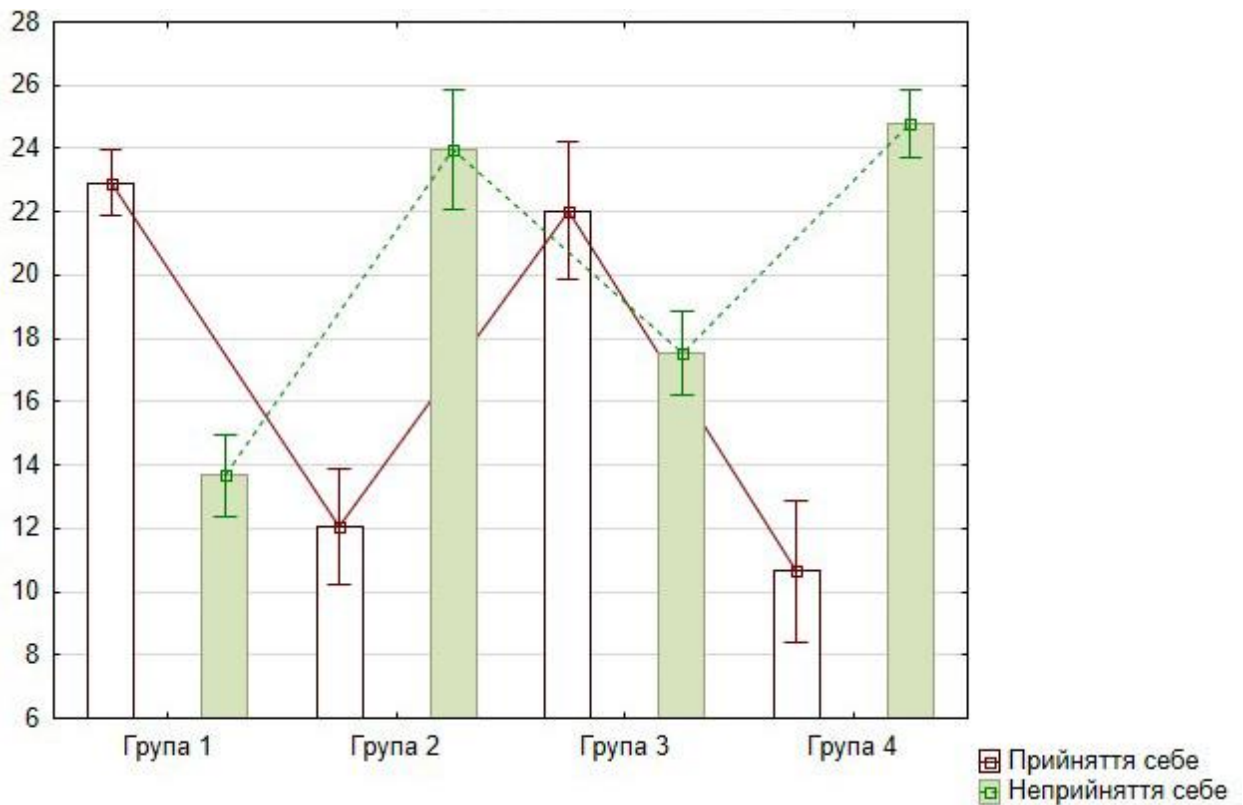


Рис. 3.11. Середні значення показників прийняття себе та неприйняття себе (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Щодо показника прийняття інших виявлено дещо інші закономірності. Показники у пацієнтів перших трьох груп перебували у межах норми (12-24 бали), при цьому найвищі показники були виявлені у пацієнтів Г3: $20,09 \pm 3,68$ балів, дещо нижчі – у пацієнтів Г1: $18,04 \pm 2,39$ балів, і ще нижчі – у пацієнтів Г2: $15,00 \pm 3,46$ балів. У пацієнтів Г4 показник прийняття інших виявилися нижчими за норму: $11,57 \pm 4,13$ балів, і найнижчими серед усіх досліджених груп (рис.

3.12). Розбіжності при порівнянні показників між усіма групами статистично значущі.

Натомість, показник неприйняття інших у пацієнтів Г1 були найнижчими: $12,70 \pm 7,99$ балів, і були низькими (нормативне значення 14-28 балів), у пацієнтів Г2 – близькими до верхньої межі норми: $26,39 \pm 7,64$ балів, а у пацієнтів Г3 – нижчими, ніж у пацієнтів Г2, але суттєво вищими, ніж у пацієнтів Г1: $24,52 \pm 3,80$ балів. У пацієнтів Г4 показник неприйняття інших перевищував норму і був найвищим серед усіх груп: $30,46 \pm 3,29$ балів (рис. 3.12). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою всіх груп.

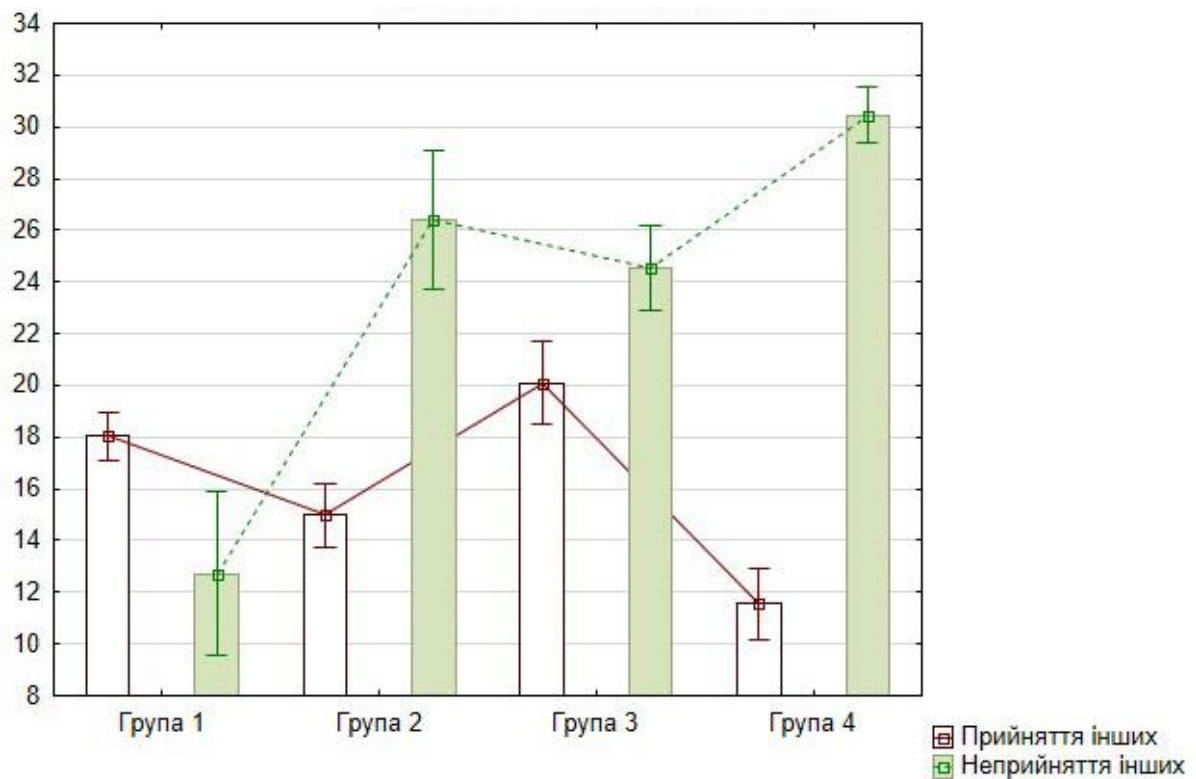


Рис. 3.12. Середні значення показників прийняття інших та неприйняття інших (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Показники емоційного комфорту у пацієнтів Г1, Г2 і Г3 був у межах норми (14-28 балів) і складав відповідно $18,37 \pm 4,39$ балів, $17,52 \pm 4,40$ балів та $18,35 \pm 3,59$ балів, при цьому найнижче значення показника було виявлено у пацієнтів Г2, а у пацієнтів Г1 і Г3 показник був практично однаковим. У пацієнтів Г4 показник

емоційного комфорту виявився нижчим за норму: $8,65 \pm 5,09$ балів (рис. 3.13). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г3 і Г4, та Г2 і Г4.

Показник емоційного дискомфорту у пацієнтів Г1 був найнижчим: $18,33 \pm 6,75$ балів, у пацієнтів Г2 – суттєво вищим, близьким до верхньої межі норми (14-28 балів): $26,00 \pm 5,27$ балів, у пацієнтів Г3 показник займав проміжне положення між Г1 і Г2: $21,26 \pm 2,60$ балів, а у пацієнтів Г4 – вищим за норму: $33,76 \pm 2,24$ балів (рис. 5). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, Г3 і Г4, та Г2 і Г4.

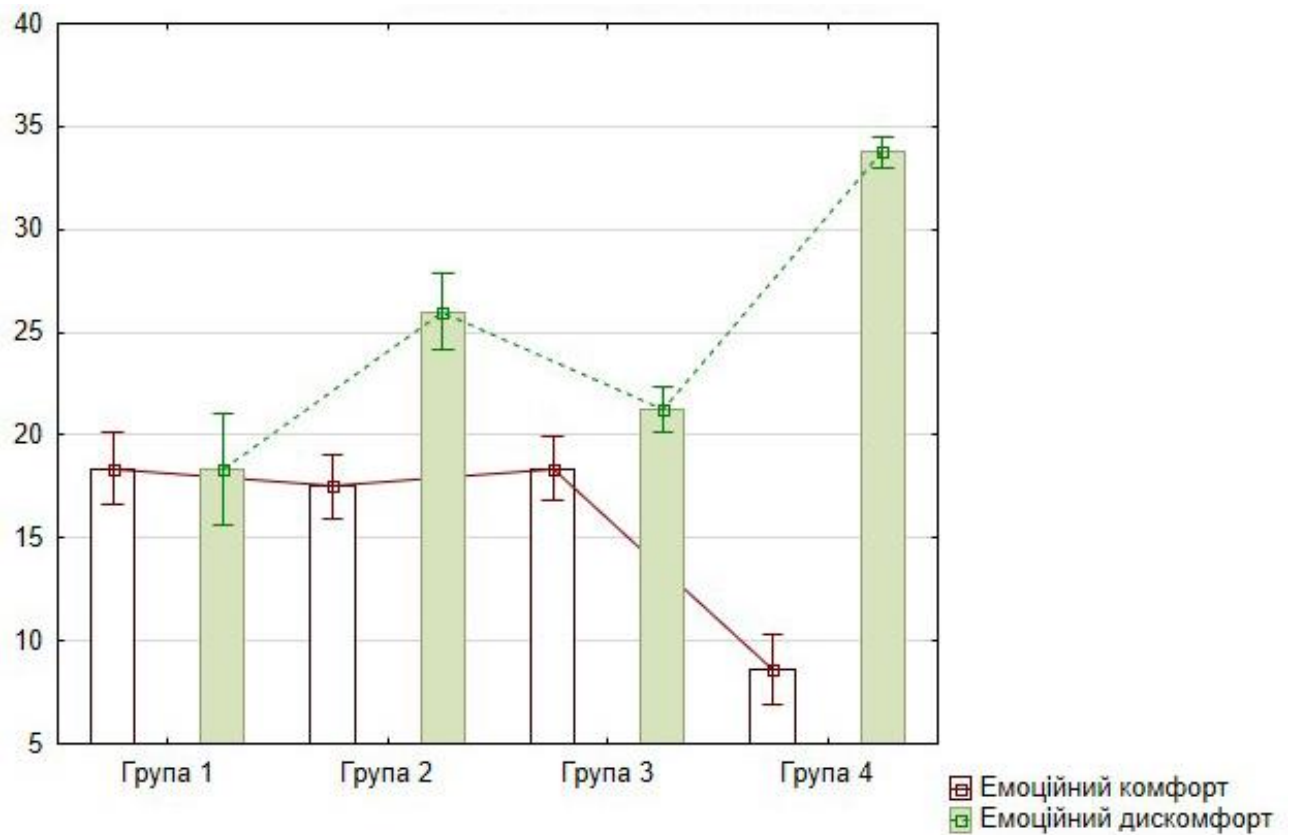


Рис. 3.13. Середні значення показників емоційного комфорту та емоційного дискомфорту (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Показник внутрішнього контролю у пацієнтів всіх обстежених груп перебували у межах норми (26-52 бали), при цьому кількісне значення показника у пацієнтів Г1 склало $35,93 \pm 10,22$ балів, у пацієнтів Г2 – $34,73 \pm 7,27$ балів, у

пацієнтів Г3 – $38,04 \pm 5,30$ балів, у пацієнтів Г4 – $30,95 \pm 8,40$ балів (рис. 3.14). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г2 і Г3, та Г2 і Г4.

Показник зовнішнього контролю у пацієнтів Г1 був найнижчим серед усіх досліджених груп (18-36 балів): $21,04 \pm 12,56$ балів, у пацієнтів Г2 – значно нижчим: $31,12 \pm 8,81$ балів, у пацієнтів Г3 – меншим, ніж у Г2, але більшим, ніж у Г1: $27,17 \pm 4,76$ балів, а у пацієнтів Г4 незначно вищим за верхню межу норми: $36,57 \pm 5,35$ балів (рис. 3.14). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, Г3 і Г4, та Г2 і Г4.

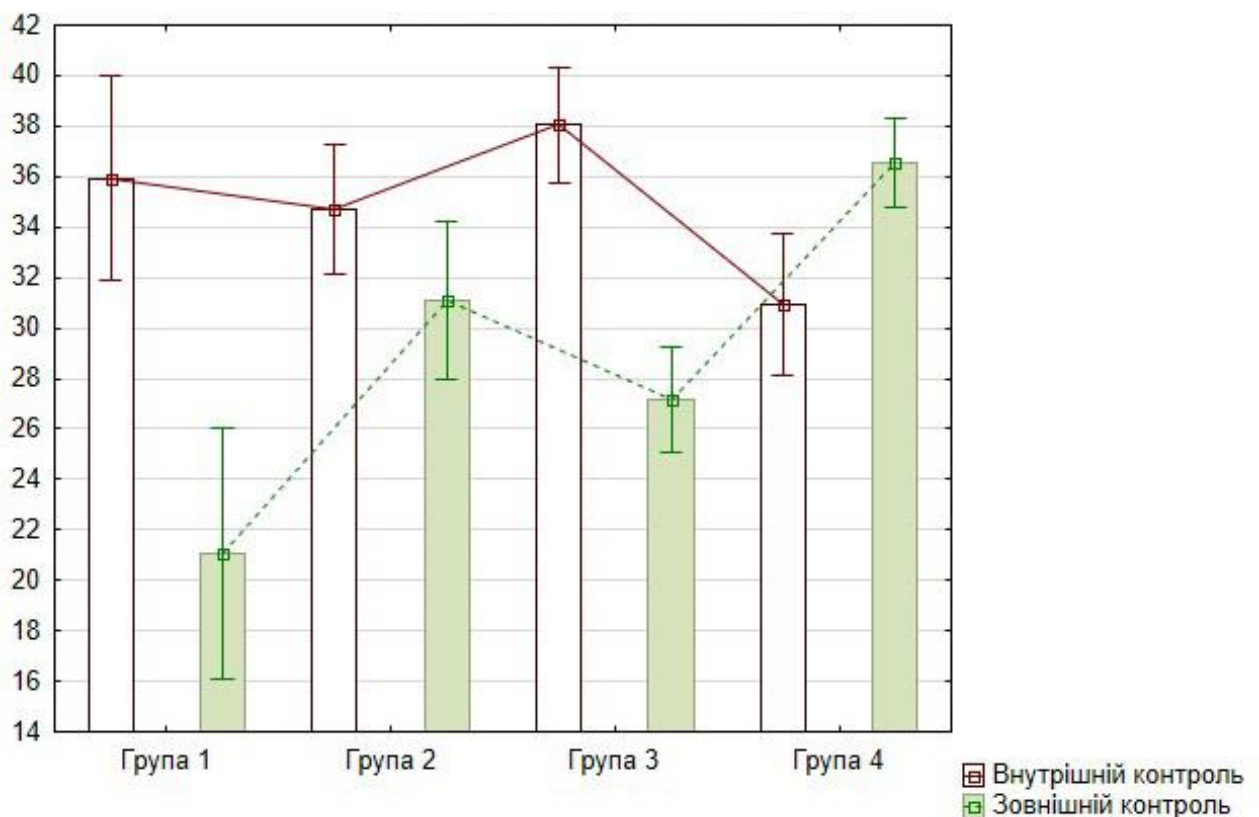


Рис. 3.14. Середні значення показників внутрішнього контролю і зовнішнього контролю (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Показники домінування у всіх обстежених групах виявилися низькими: у Г1 $2,96 \pm 2,85$ балів, у Г2 – $3,18 \pm 2,59$ балів, у Г3 – $2,57 \pm 2,21$ балів, у Г4 – $2,68 \pm 2,26$ балів (рис. 3.15). При цьому розбіжності у показниках при порівнянні між собою різних груп були статистично не значущими.

Показники введомості у пацієнтів Г1 були низькими: $9,37 \pm 4,75$ балів, у пацієнтів Г2 і Г3 – у межах норми (12-24 бали): $18,67 \pm 5,76$ балів та $20,91 \pm 3,22$ балів відповідно, а у пацієнтів Г4 – вище норми: $27,11 \pm 2,81$ балів (рис. 3.15). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою всіх груп.

Аналогічно, показник ескапізму (втечі від реальності) у пацієнтів Г1 також виявився низьким: $8,41 \pm 4,50$ балів, у пацієнтів Г2 – $18,61 \pm 5,36$ балів, у пацієнтів Г3 – $19,26 \pm 3,00$ балів, що в межах норми (10-20 балів), а у пацієнтів Г4 – незначно вищим за норму: $20,89 \pm 2,87$ балів (рис. 3.15). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, та Г1 і Г3.

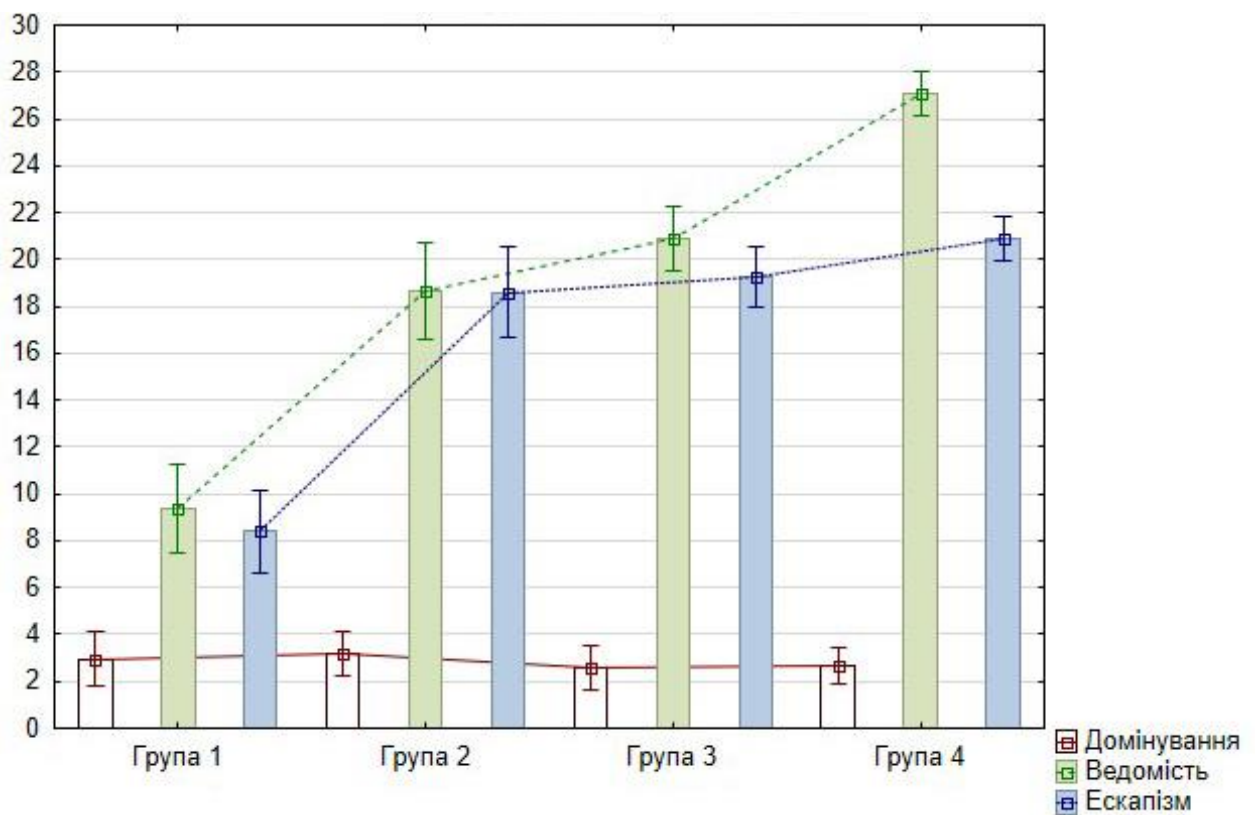


Рис. 3.15. Середні значення показників домінування, введомості та ескапізму (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Аналіз інтегральних показників шкали соціально-психологічної адаптації дозволив виявити наступну загальну закономірність: найвищий рівень показників соціально-психологічної адаптації був притаманний пацієнтам Г1,

гірший – пацієнтам Г3, ще гірший – пацієнтам Г2, і найгірший – пацієнтам Г4 (табл. 3.5, рис. 3.16).

Таблиця 3.5

Показники за інтегральними шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond у пацієнтів з невітальними та вітальними дерматологічними захворюваннями з різним ступенем дезадаптації

Показник	Показник, М±m, бали				р			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	Г1- Г2	Г1- Г3	Г3- Г4	Г2- Г4
Адаптація	57,43± 11,78	34,34± 7,98	42,00±3, 79	21,73± 7,08	0,000	0,000	0,000	0,000
Самоприйняття	51,76± 8,20	23,85± 8,50	43,90±7, 38	20,02± 9,54	0,000	0,006	0,000	0,044
Прийняття інших	66,74± 17,92	41,45± 9,01	49,43±4, 24	30,34± 7,97	0,000	0,000	0,000	0,000
Емоційний комфорт	51,07± 13,13	40,33± 9,13	46,11±6, 04	19,38± 9,57	0,001	0,073	0,000	0,000
Інтернальність	59,38± 12,67	45,07± 5,60	50,20±5, 36	37,29± 5,56	0,000	0,010	0,000	0,000
Прагнення до домінування	33,19± 25,07	22,86± 15,88	27,70±1 1,33	15,10± 10,85	0,071	0,068	0,322	0,035

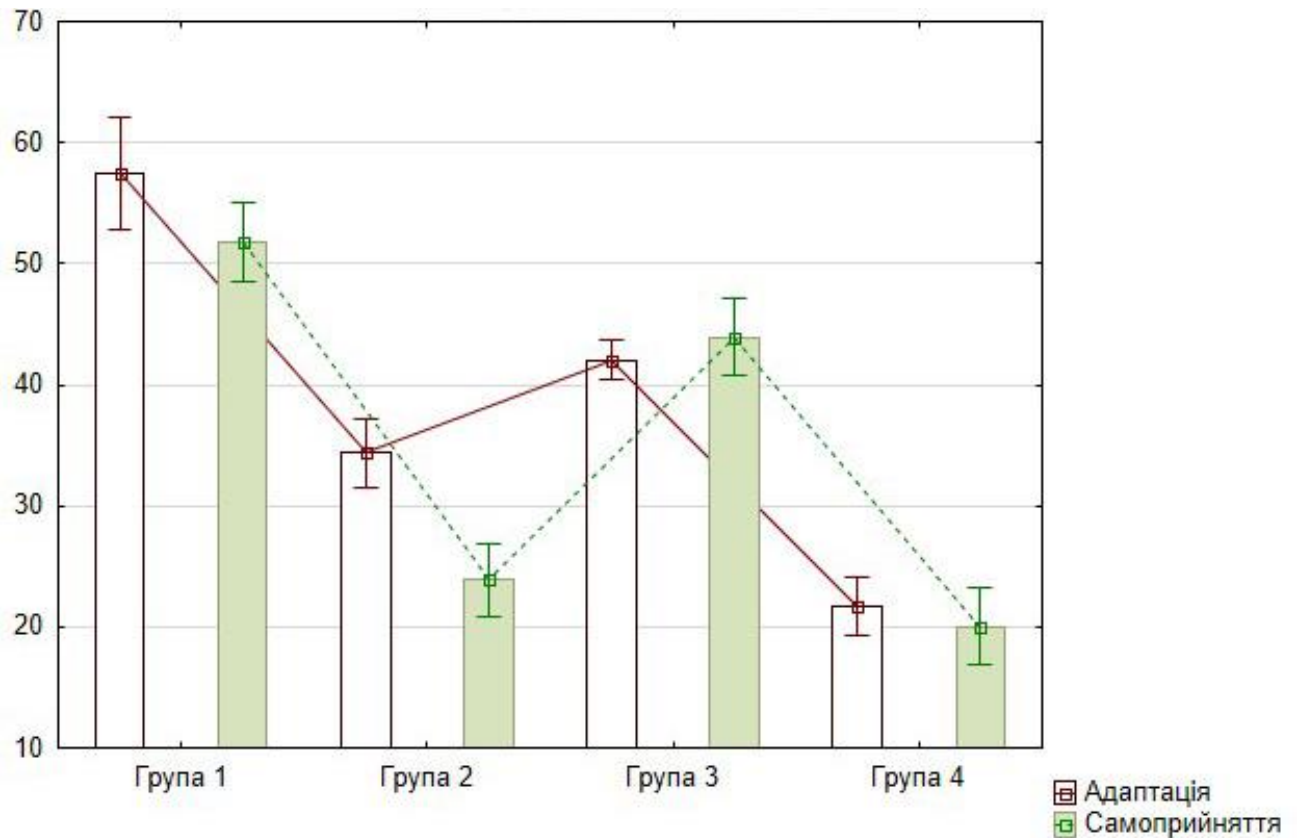


Рис. 3.16. Середні значення показників адаптації та самоприйняття (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Так, показник адаптації у пацієнтів Г1 склав $57,43 \pm 11,78$ балів, у пацієнтів Г2 – відповідно $34,34 \pm 7,98$ балів, у пацієнтів Г3 – $42,00 \pm 3,79$ балів, у пацієнтів Г4 – $21,73 \pm 7,08$ балів; показник самоприйняття – відповідно $51,76 \pm 8,20$ балів, $23,85 \pm 8,50$ балів, $43,90 \pm 7,38$ балів та $20,02 \pm 9,54$ балів (рис. 3.16); показник прийняття інших – $66,74 \pm 17,92$ балів, $41,45 \pm 9,01$ балів, $49,43 \pm 4,24$ балів та $30,34 \pm 7,97$ балів; показник емоційного комфорту – відповідно $51,07 \pm 13,13$ балів, $40,33 \pm 9,13$ балів (рис. 3.17), $46,11 \pm 6,04$ та $19,38 \pm 9,57$ балів; показник інтернальності – відповідно $59,38 \pm 12,67$ балів, $45,07 \pm 5,60$ балів, $50,20 \pm 5,36$ балів та $37,29 \pm 5,56$ балів (рис. 3.18).

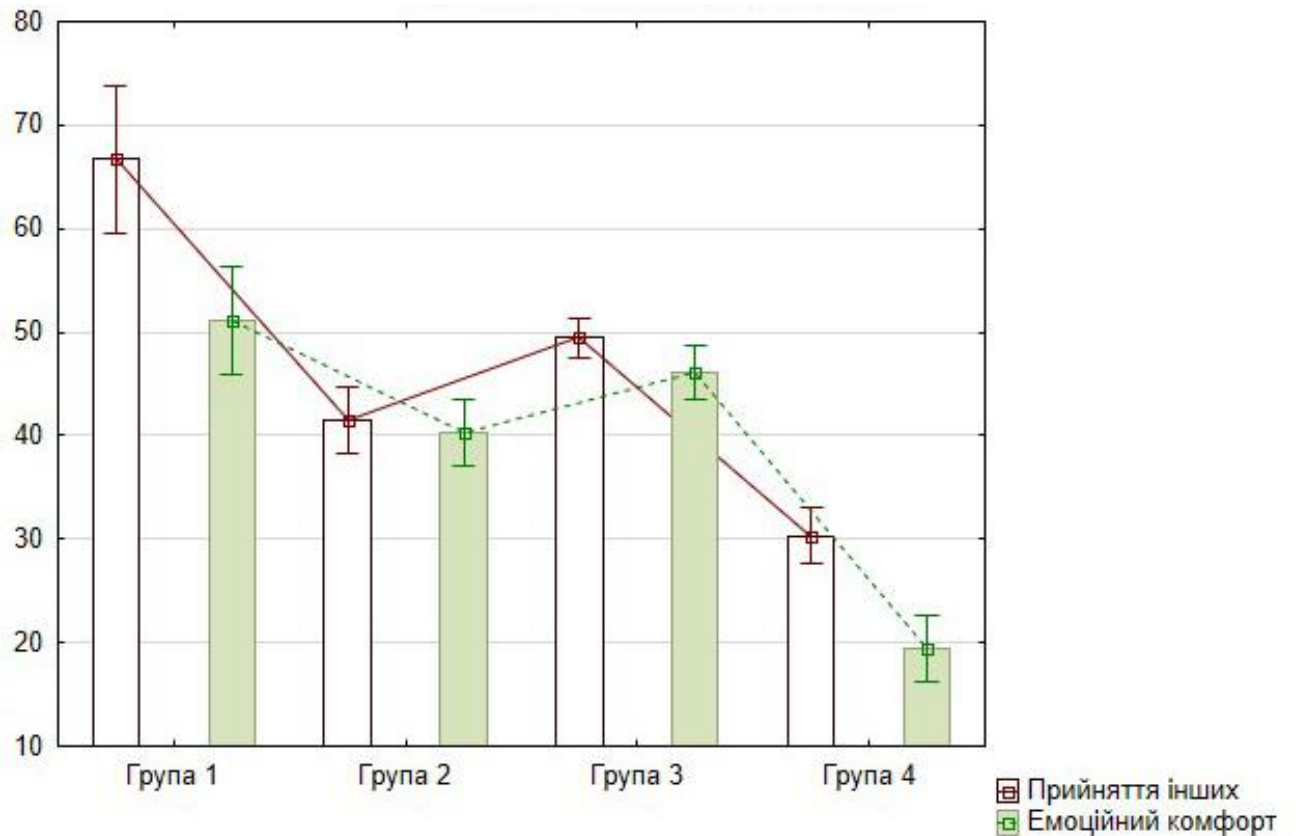


Рис. 3.17. Середні значення показників прийняття інших та емоційного комфорту (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Щодо прагнення до домінування, то пацієнтам Г1 було притаманне найвище значення показника серед усіх обстежених груп: $33,19 \pm 25,07$ балів, у пацієнтів Г2 показник був нижчим: $22,86 \pm 15,88$ балів, у пацієнтів Г3 – ще нижчим: $17,70 \pm 11,33$ балів, а у пацієнтів Г4 – найнижчим: $15,10 \pm 10,85$ балів (рис. 3.18).

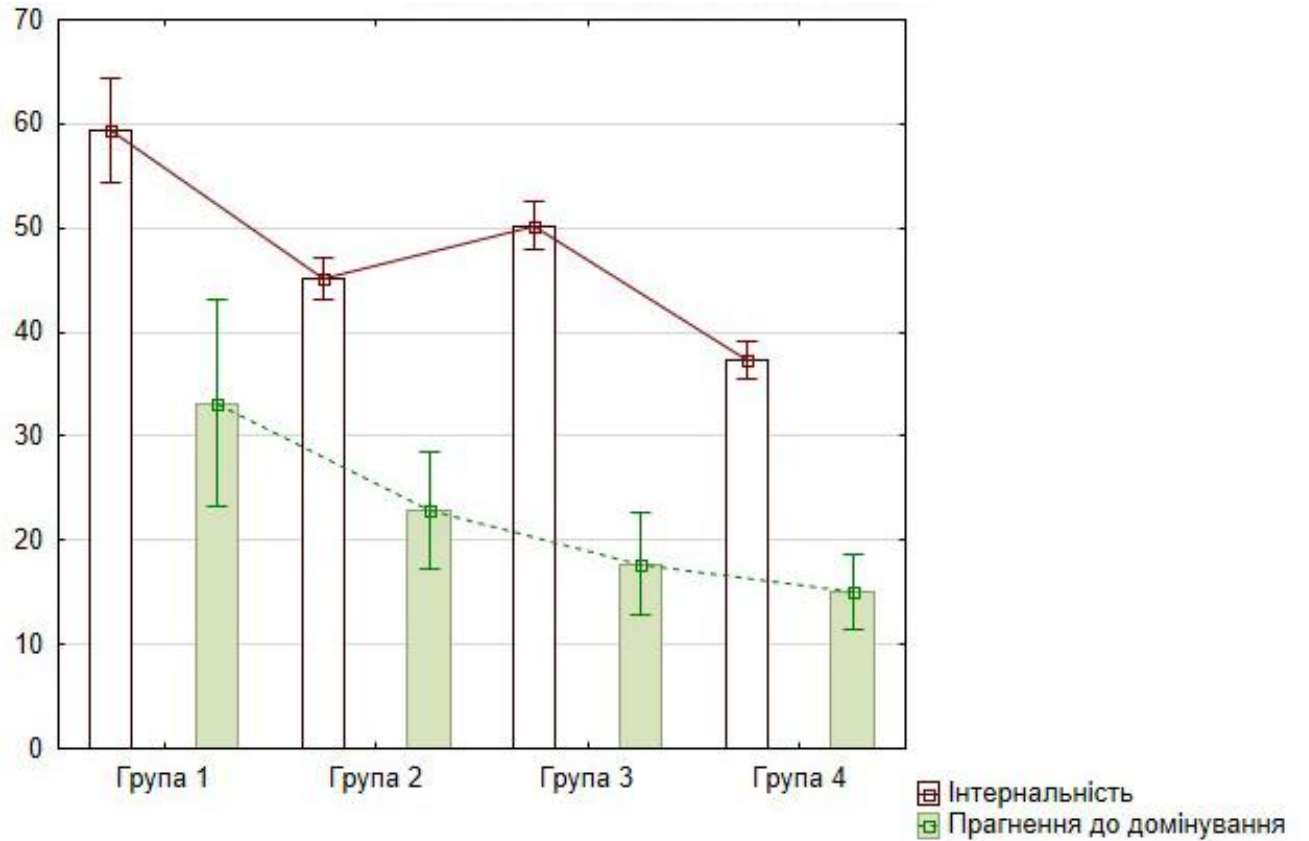


Рис. 3.18. Середні значення показників інтернальності та прагнення до домінування (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Наступним кроком нами було досліджено особливості якості життя (ЯЖ) у різних сферах у дерматологічних пацієнтів з різними варіантами дерматологічної патології та психологічної дезадаптації. При цьому були виявлені важливі закономірності (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Показники якості життя за методикою оцінки ЯЖ I. Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути у пацієнтів з невітальними та вітальними дерматологічними захворюваннями з різним ступенем дезадаптації

Показник	Показник, М±m, бали				p			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	Г1-Г2	Г1- Г3	Г3- Г4	Г2- Г4
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Фізичне благополуччя	7,70±1, 23	6,00± 1,41	5,35±1, 97	4,89±0, 94	0,000	0,000	0,534	0,002
Психологічне (емоційне) благополуччя	6,67±1, 14	4,85± 1,37	5,43±1, 41	3,78±0, 67	0,000	0,001	0,000	0,000
Самообслуговування і незалежність дій	7,26±0, 81	5,88± 1,05	6,30±1, 26	5,00±1, 03	0,000	0,004	0,000	0,001
Працездатність	7,78±0, 85	7,24± 0,83	7,00±1, 00	6,62±0, 98	0,013	0,005	0,174	0,008
Міжособистісна взаємодія	7,63±1, 11	6,30± 1,72	6,74±1, 54	5,11±1, 35	0,001	0,060	0,000	0,002
Соціо-емоційна підтримка	7,44±1, 19	5,58± 1,79	6,04±1, 72	3,62±0, 95	0,000	0,003	0,000	0,000
Громадська і службова підтримка	8,37±0, 69	7,61± 0,86	7,87±1, 14	6,84±0, 87	0,001	0,154	0,001	0,001

Продовження табл. 3.6

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Особистісна реалізація	7,07±1, 04	4,97± 1,70	6,04±1, 36	3,81±1, 13	0,000	0,008	0,000	0,002
Духовна реалізація	7,11±1, 05	6,73± 1,07	6,74±1, 14	6,54±0, 87	0,221	0,303	0,462	0,404
Загальне сприйняття життя	7,81±1, 21	6,06± 1,25	6,48±1, 41	4,89±0, 91	0,000	0,001	0,000	0,000
Суб'єктивне благополучч я/задоволеніс ть	22,19± 1,75	16,91 ±2,90	17,26± 2,85	13,57± 1,86	0,000	0,000	0,000	0,000
Виконання соціальних ролей	29,74± 2,18	24,39 ±3,14	26,09± 3,65	20,54± 2,21	0,000	0,000	0,000	0,000
Зовнішні життєві умови	22,93± 2,06	19,91 ±2,36	20,65± 1,90	17,00± 1,65	0,000	0,000	0,000	0,000
Показник якості життя	7,49±0, 33	6,12± 0,65	6,40±0, 57	5,11±0, 32	0,000	0,000	0,000	0,000

Показник у сфері фізичного благополуччя найбільшою мірою залежав від виду дерматологічної патології, і у пацієнтів Г1 був найвищим, і доволі високим: 7,70±1,23 балів, у пацієнтів Г2 – нижчим: 6,00±1,41 балів, у пацієнтів Г3 – ще нижчим: 5,35±1,97 балів, і у пацієнтів Г4 – найнижчим: 4,89±0,94 балів (рис. 3.19). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, Г1 і Г3, а також Г2 і Г4.

Натомість, показник у сфері психологічного (емоційного) благополуччя більшою мірою залежав від стану психологічної адаптації. У пацієнтів Г1 показник у цій сфері був найвищим, і при цьому гіршим порівняно зі сферою фізичного благополуччя: $6,67 \pm 1,14$ балів, у пацієнтів Г2 – значуще нижчим: $4,85 \pm 1,37$ балів, у пацієнтів Г3 – вищим, ніж у пацієнтів Г2, але значуще нижчим, ніж у пацієнтів Г1: $5,43 \pm 1,41$ балів, а у пацієнтів Г4 – найнижчим: $3,78 \pm 0,67$ балів (рис. 3.19). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп.

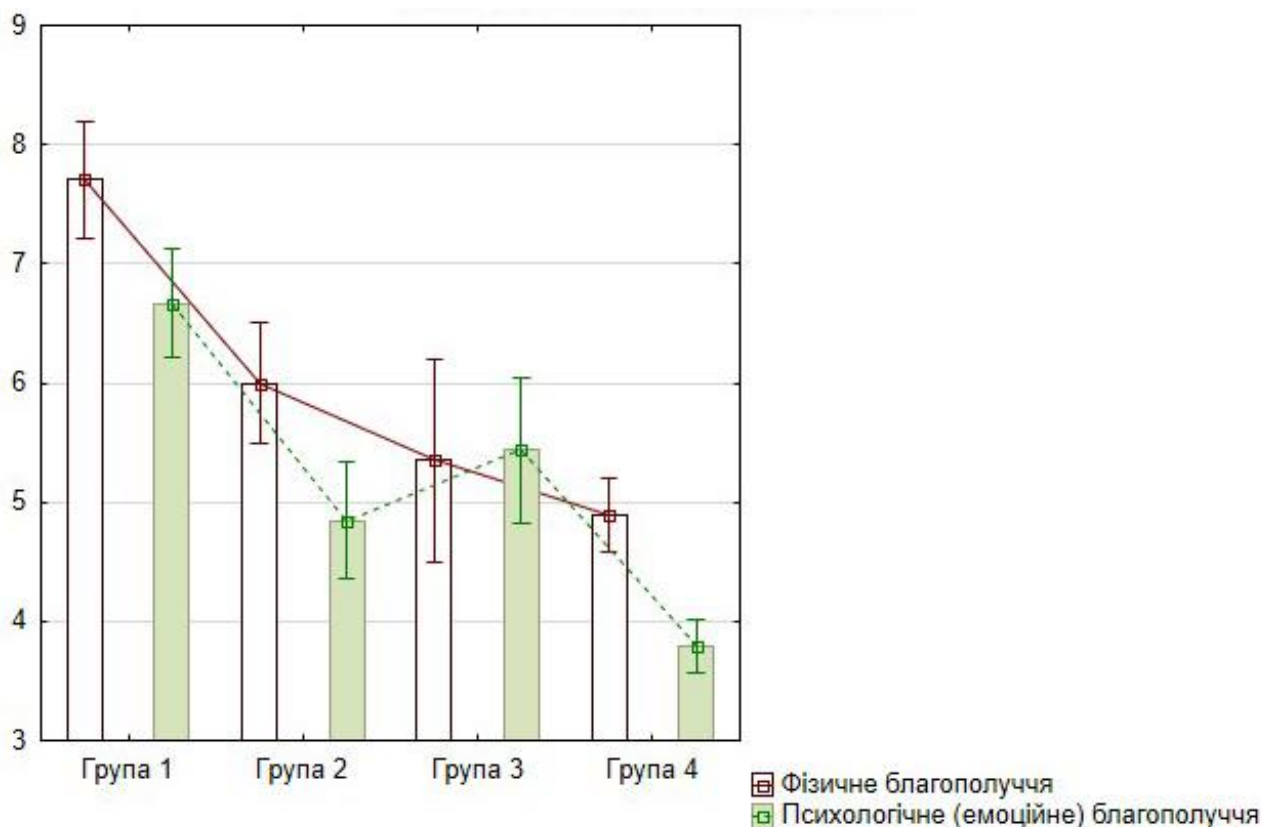


Рис. 3.19. Середні значення показників фізичного благополуччя та психологічного (емоційного) благополуччя (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Аналогічні закономірності були виявлені для сфери самообслуговування і незалежності дій. Найвище значення показника було притаманне пацієнтам Г1: $7,26 \pm 0,81$ балів, у пацієнтів Г2 воно було істотно нижчим: $5,88 \pm 1,05$ балів, у пацієнтів Г3 більшим, ніж у Г2, але нижчим, ніж у Г1: $6,30 \pm 1,26$ балів, а у

пацієнтів Г4 – найнижчим серед усіх груп: $5,00 \pm 1,03$ балів (рис. 3.20). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп.

Щодо сфери працездатності, то показники тут більшою мірою залежали від варіанту дерматологічної патології, хоча відмінності між групами були менш суттєвими. Найвищий показник був виявлений у пацієнтів Г1: $7,78 \pm 0,85$ балів, дещо менший – у пацієнтів Г2: $7,24 \pm 0,83$ балів, ще менший – у пацієнтів Г3: $7,00 \pm 1,00$ балів, і найменший – у пацієнтів Г4: $6,62 \pm 0,98$ балів (рис. 3.20). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, Г1 і Г3, та Г2 і Г4.

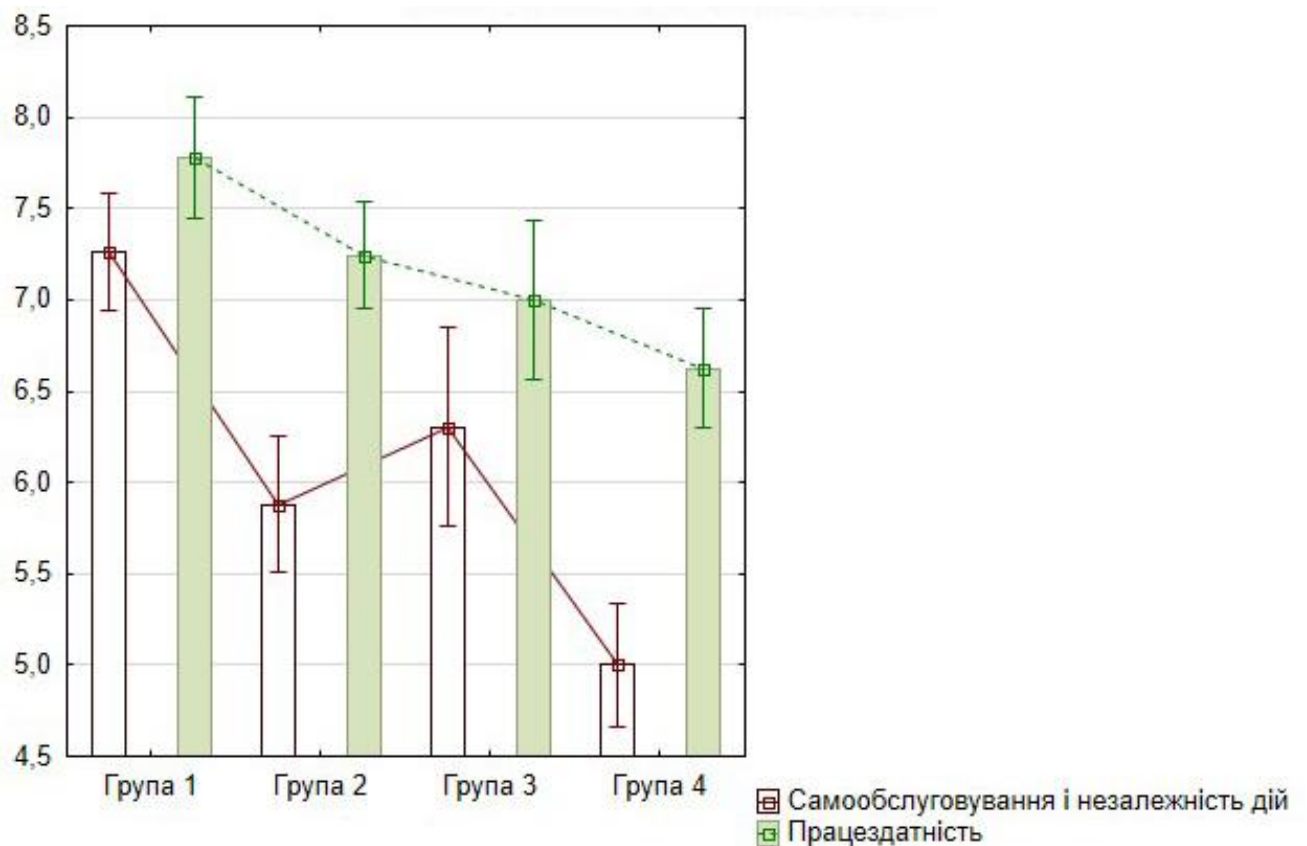


Рис. 3.20. Середні значення показників самообслуговування і незалежності дій та працездатності (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

У сферах міжособистісної взаємодії та соціо-емоційної підтримки показники ЯЖ більшою мірою залежали від ступеню психологічної дезадаптації. Так, у сфері міжособистісної взаємодії середнє значення показника у пацієнтів Г1 склало $7,63 \pm 1,11$ балів, у пацієнтів Г2 – $6,30 \pm 1,72$ балів, у пацієнтів Г3 –

6,74±1,54 балів, у пацієнтів Г4 – 5,11±1,35 балів, у сфері соціо-емоційної підтримки – відповідно 7,44±1,19 балів, 5,58±1,79 балів, 6,04±1,72 балів та 3,62±0,95 балів (рис. 3.21).

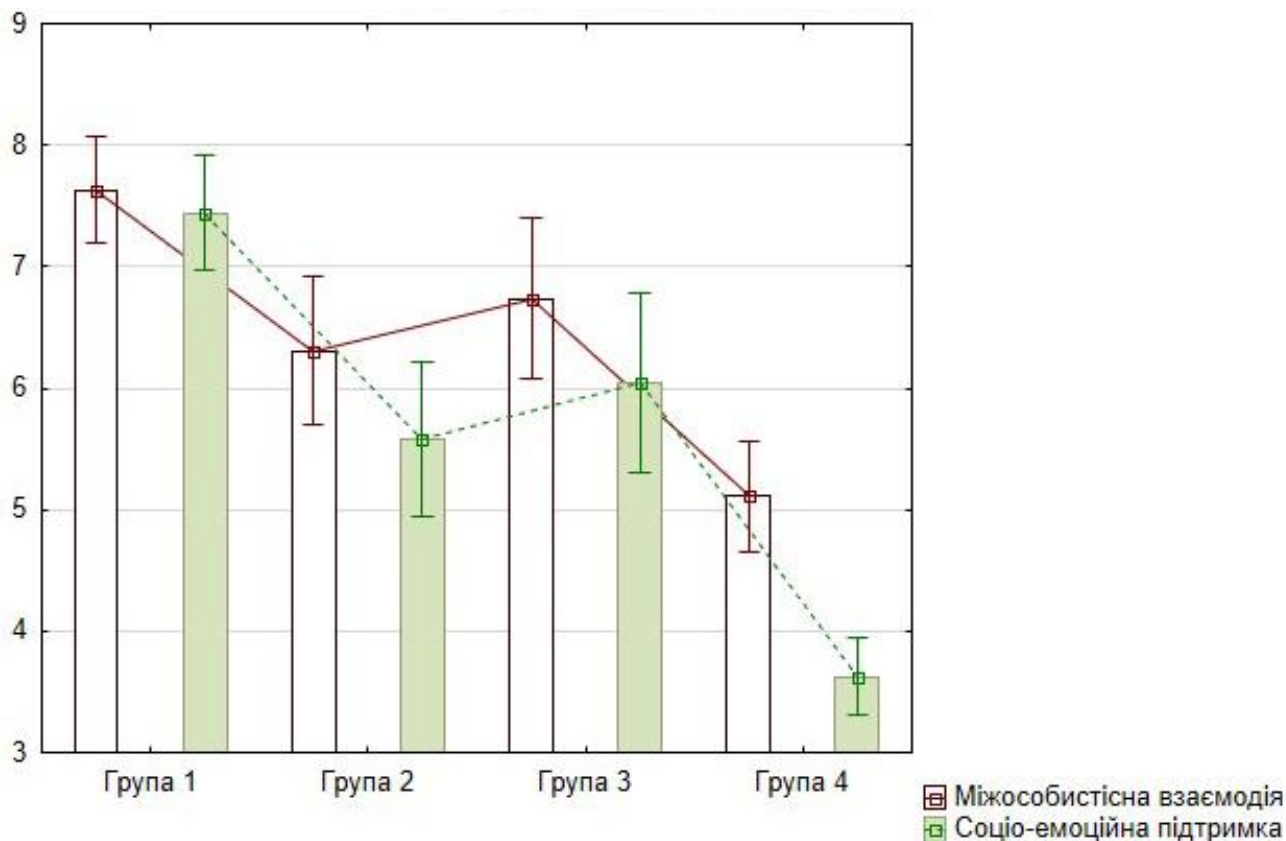


Рис. 3.21. Середні значення показників міжособистісної взаємодії та соціо-емоційної підтримки (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

У сфері громадської і службової підтримки обстежені пацієнти виявили високі показники ЯЖ (рис. 3.22), при цьому найвищі показники були виявлені у пацієнтів з відсутністю ознак психологічної дезадаптації. Так, показник за цією сферою у пацієнтів Г1 склав 8,37±0,69 балів, у пацієнтів Г2 – 7,61±0,86 балів, у пацієнтів Г3 – 7,87±1,14 балів, і у пацієнтів Г4 – 6,84±0,87 балів.

Сфера особистісної реалізації виявилася ще більш залежною від наявності ознак психологічної дезадаптації: у пацієнтів з її відсутністю показники були значуще більшими, а у пацієнтів з наявністю дезадаптації – значуще меншими.

Так, показник у пацієнтів Г1 склав $7,07 \pm 1,04$ балів, у пацієнтів Г2 – $4,97 \pm 1,70$ балів, у пацієнтів – $6,04 \pm 1,36$ балів, у пацієнтів Г4 – $3,81 \pm 1,13$ балів (рис. 3.22).

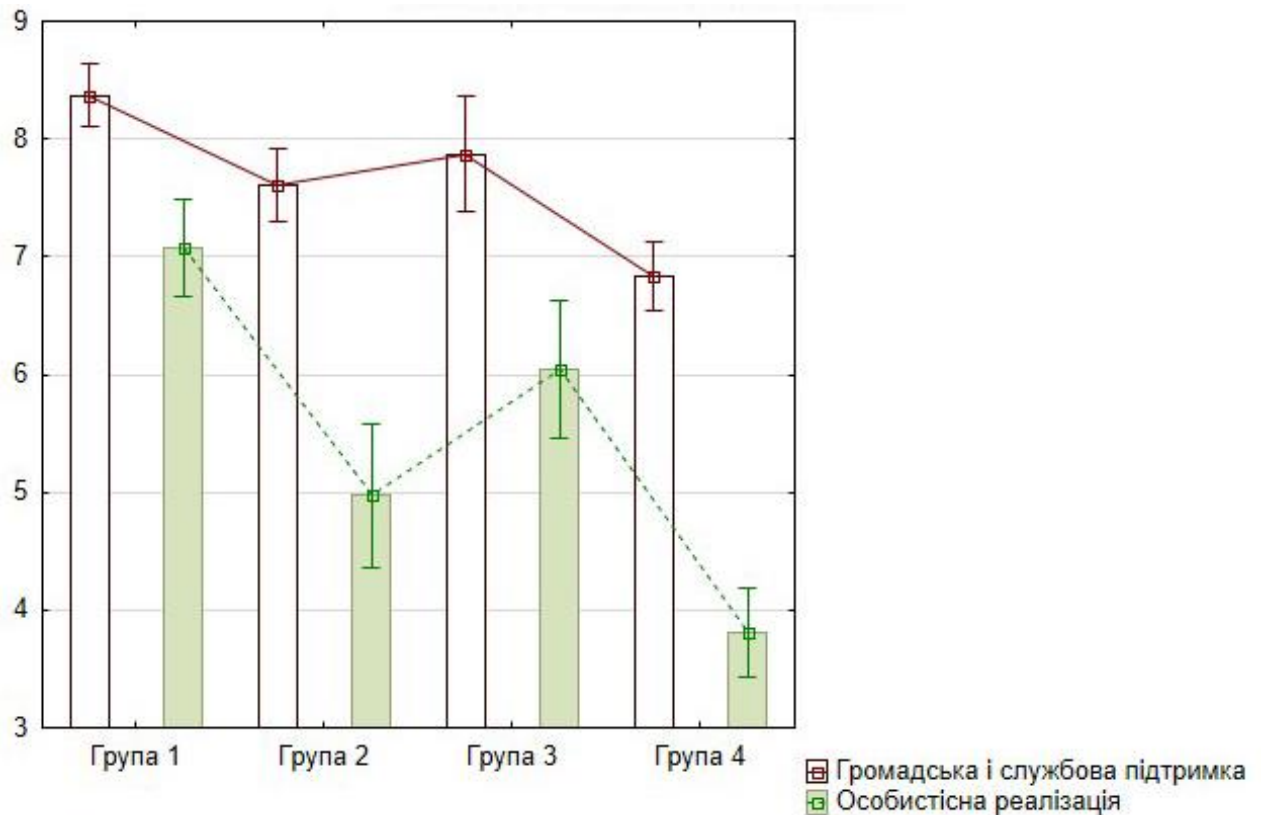


Рис. 3.22. Середні значення показників громадської і службової підтримки та особистісної реалізації (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Показники у сфері духовної реалізації у обстежених пацієнтів були доволі високими, і значуще не відрізнялися у різних групах: у Г1 середнє значення показника склало $7,11 \pm 1,05$ балів, у Г2 – $6,73 \pm 1,07$ балів, у Г3 – $6,74 \pm 1,14$ балів, у Г4 – $6,54 \pm 0,87$ балів (рис. 3.23).

Натомість, показник загального сприйняття життя значуще відрізнявся при порівнянні усіх груп, і був найвищим у пацієнтів Г1: $7,81 \pm 1,21$ балів, меншим у пацієнтів Г3 – $6,48 \pm 1,41$ балів, ще меншим – у пацієнтів Г2 – $6,06 \pm 1,25$ балів, і найменшим – у пацієнтів Г4: $4,89 \pm 0,91$ балів (рис. 3.23).

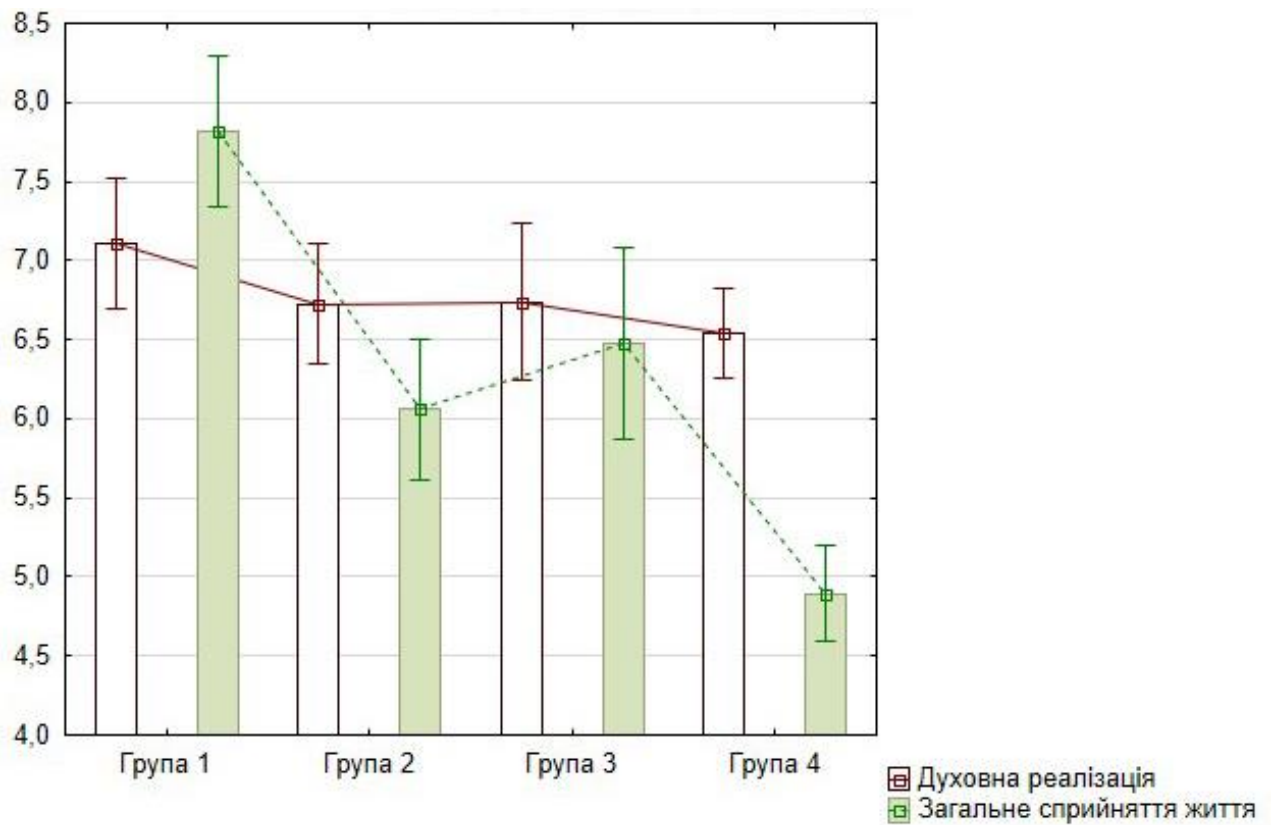


Рис. 3.23 Середні значення показників духовної реалізації та загального сприйняття життя (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

При аналізі інтегральних показників ЯЖ було виявлено чітку закономірність до більш високих показників ЯЖ у пацієнтів з відсутністю ознак ПДА, незалежно від варіанту дерматологічної патології, в усіх інтегральних сферах ЯЖ.

Так, у сфері суб'єктивного благополуччя/задоволеності у пацієнтів Г1 середнє значення показника склало $22,19 \pm 1,75$ балів, у пацієнтів Г2 – $16,91 \pm 2,90$ балів, у пацієнтів Г3 – $17,26 \pm 2,85$ балів, у пацієнтів Г4 – $13,57 \pm 1,86$ балів; у сфері виконання соціальних ролей – відповідно $29,74 \pm 2,18$ балів, $24,39 \pm 3,14$ балів, $26,09 \pm 3,65$ балів та $20,54 \pm 2,21$ балів; у сфері зовнішніх життєвих умов – відповідно $22,93 \pm 2,06$ балів, $19,91 \pm 2,36$ балів, $20,65 \pm 1,90$ балів та $17,00 \pm 1,65$ балів (рис. 3.24).

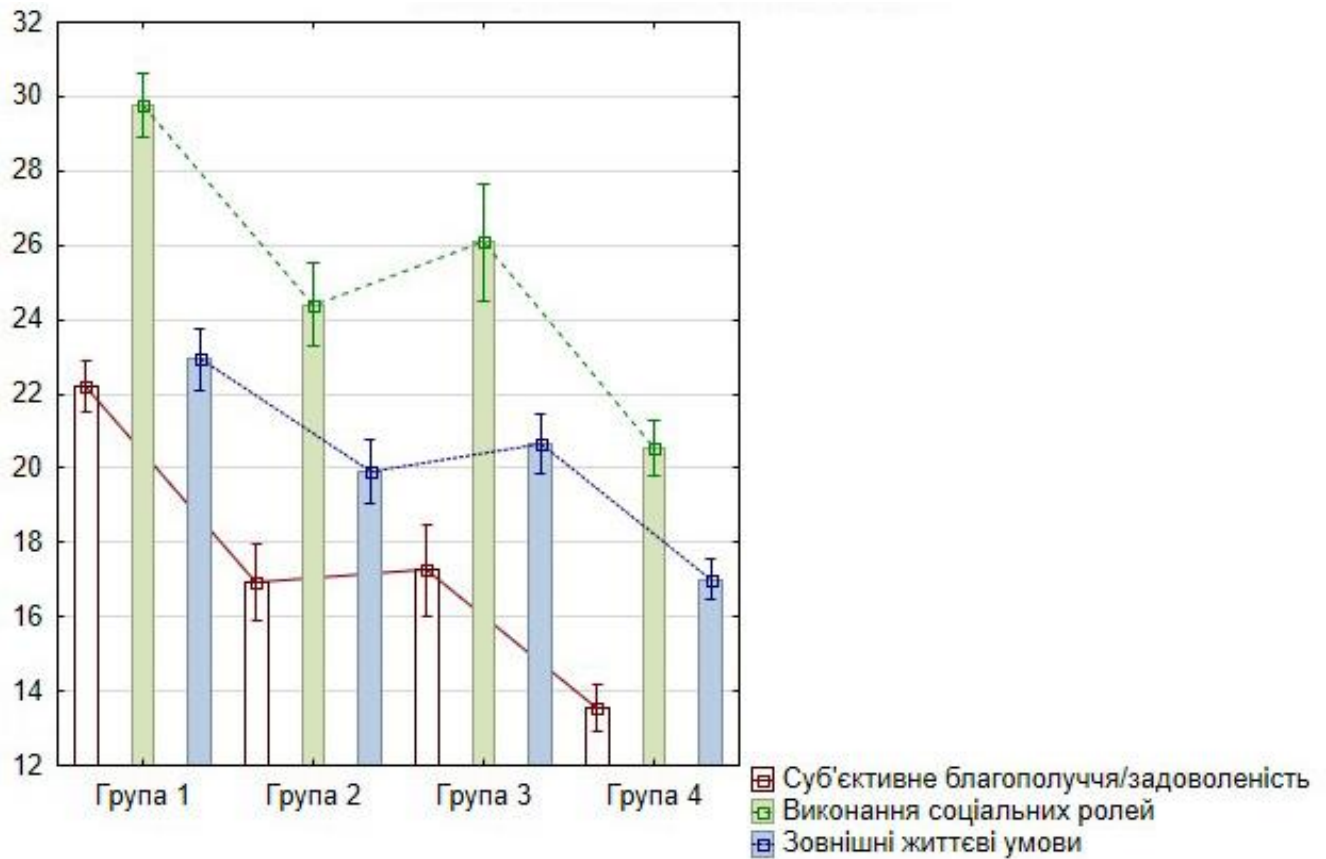


Рис. 3.24. Середні значення показників суб'єктивного благополуччя (задоволеності), виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих умов (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Значення інтегрального показника ЯЖ у пацієнтів з відсутністю ознак психологічної дезадаптації виявилось значуще вищим, ніж у пацієнтів з ознаками дезадаптації, а у пацієнтів з невітальними дерматологічними захворюваннями – вищим, ніж у пацієнтів з вітальними. Так, середнє значення інтегрального показника ЯЖ у пацієнтів Г1 склало $7,49 \pm 0,33$ балів, у пацієнтів Г2 – $6,12 \pm 0,65$ балів, у пацієнтів Г3 – $6,40 \pm 0,57$ балів, у пацієнтів Г4 – $5,11 \pm 0,32$ балів (рис. 3.25). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою всіх досліджених груп.

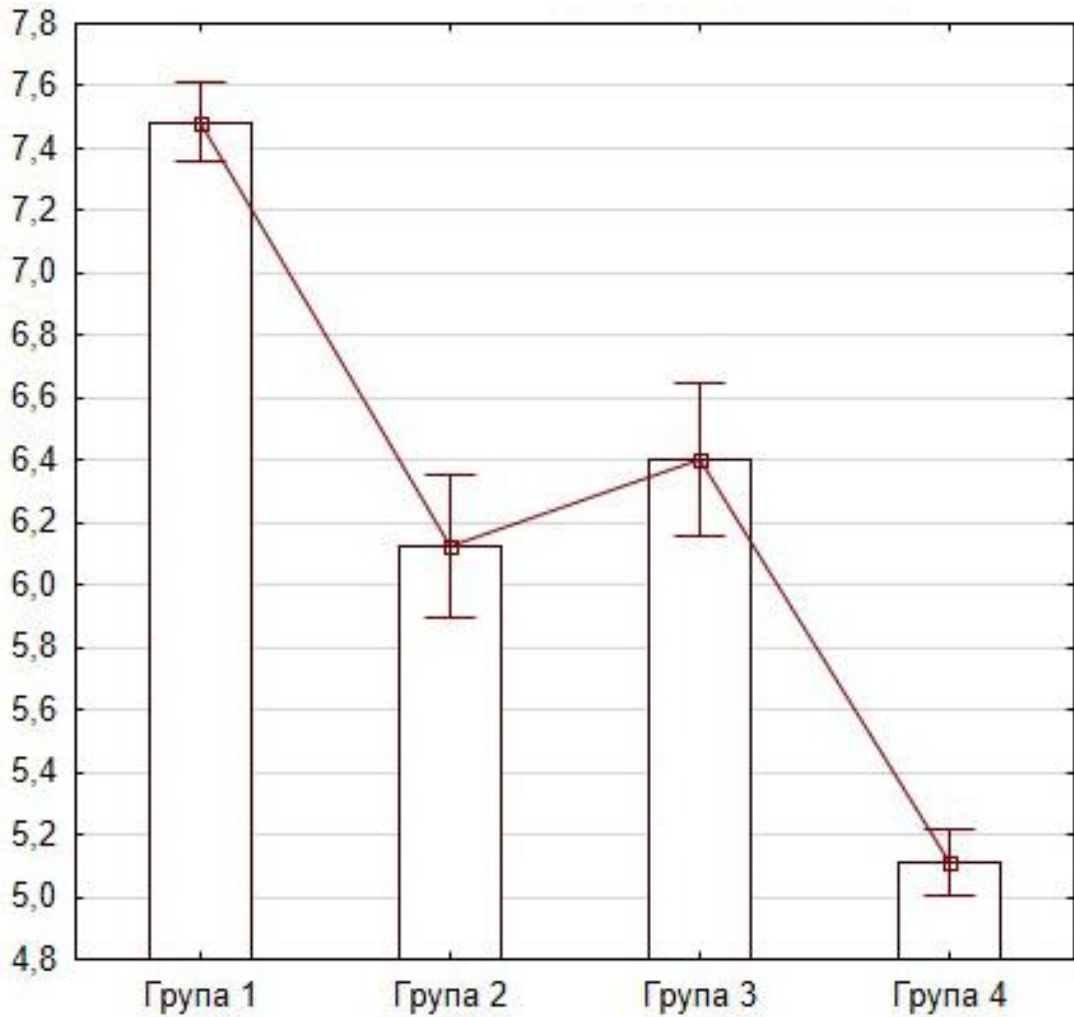


Рис. 3.25. Середні значення показника якості життя (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

3.3. Стан інтерпсихічних і інтрапсихічних особистісних ресурсів в контексті психологічної адаптації-деадаптації пацієнтів з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози

Вивчення особливостей життєстійкості пацієнтів з різними варіантами дерматологічних захворювань, дозволило виявити ряд важливих закономірностей. Кількісні значення показників життєстійкості наведено у табл. 3.7.

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

Показник	Показник, M±m, бали				p			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	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	0,00 0	0,00 1	0,00 0	0,0 00
Контроль	29,67± 3,28	24,06±2, 30	25,70±3, 38	21,22±2, 87	0,00 0	0,00 0	0,00 0	0,0 00
Прийняття ризиків	13,74± 3,27	10,27±2, 15	12,04±2, 72	10,46±2, 58	0,00 0	0,09 2	0,05 9	0,6 22
Показник життєстійкості	76,78± 7,52	60,09±2, 18	66,17±7, 83	53,16±3, 56	0,00 0	0,00 0	0,00 0	0,0 00

Як видно з таблиці 3.7, пацієнтам з відсутністю ознак ПДА притаманні нормативні показники як інтегративної життєстійкості, так і її компонентів. Так, пацієнти Г1 виявили високі показники залученості, що визначається як впевненість індивіда у тому, що психологічна інтегрованість у події, що відбуваються навколо нього, дає можливість здобути потрібний та цікавий досвід: 33,37±4,33 балів. У пацієнтів Г2 рівень залученості був значуще ($p<0,01$) нижчим: 25,76±2,29 балів, а у пацієнтів Г3 – значуще ($p<0,01$) вищим, ніж у пацієнтів Г2, але нижчим, ніж у пацієнтів Г1: 28,43±4,67 балів. Пацієнтам Г4 були притаманні найнижчі рівні залученості серед усіх обстежених груп: 21,49±3,89 балів, розбіжності у показниках між усіма дослідженими групами статистично значущі ($p<0,01$) (рис. 3.26). Вищі рівні залученості дозволяють індивіду отримувати задоволення від власної діяльності, а низькі рівні залученості супроводжуються відчуттям відторгнення, недостатньої інтеграції у життя, ворожості оточуючого світу.

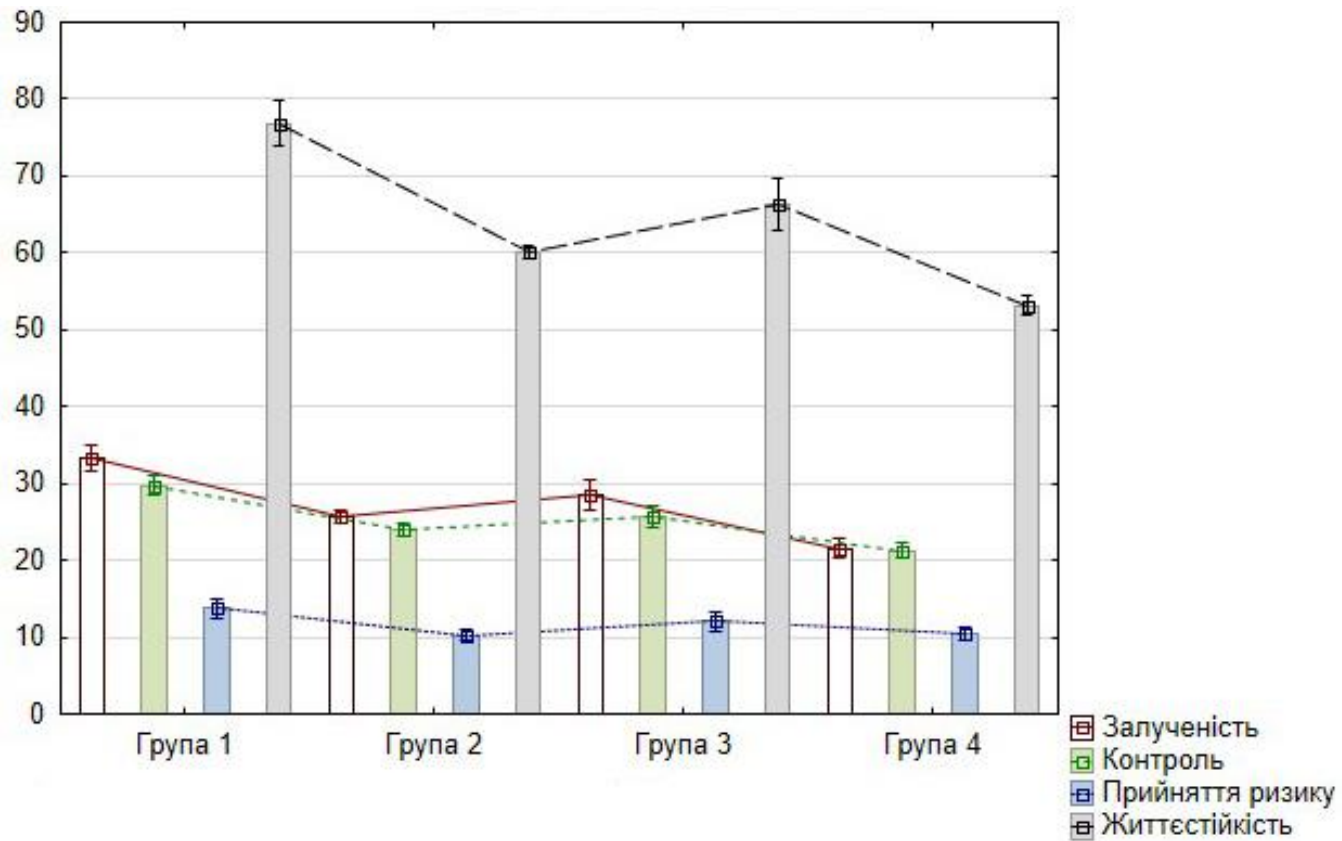


Рис. 3.26. Середні значення показників життєстійкості (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Аналогічно, показник контролю, що представляє собою 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, при цьому 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 (рис. 3.26). Розбіжності між усіма дослідженими групами статистично значущі ($p < 0,01$). Вищий рівень контролю пов'язаний із прагненням індивіда самостійно обирати власний шлях у житті, а низький – з відчуттям беспорядності 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 (рис. 3.26). Так, показник прийняття ризику у пацієнтів Г1 склав $13,74 \pm 3,27$ балів, що є найвищим показником серед усіх досліджених 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 корисний досвід, навіть за відсутності 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, показник інтегральний життестійкості у пацієнтів без ознак ПДА перебував у межах норми; при цьому показник у пацієнтів Г1 виявився найвищим серед усіх досліджених груп: $76,78 \pm 7,52$ балів, а у пацієнтів Г3 був близьким до нижньої межі норми: $66,17 \pm 7,83$ балів. Натомість, у пацієнтів з ознаками ПДА показники життестійкості 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 (рис. 3.26). Нормативні рівні життестійкості 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 резилієнтності у пацієнтів з різними варіантами дерматологічної патології дозволив встановити такі закономірності (рис. 3.27).

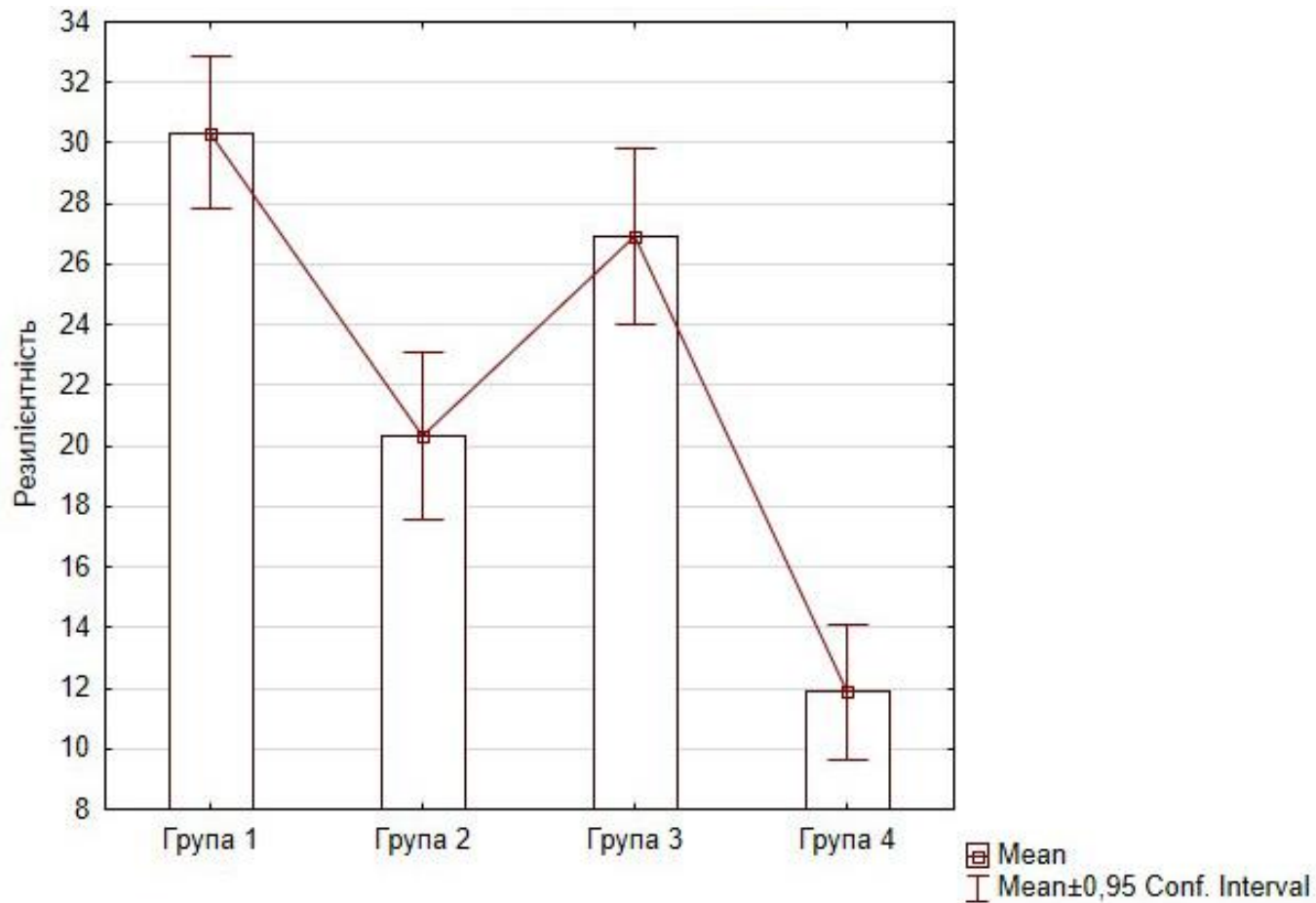


Рис. 3.27. Середні значення показників резилієнтності (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Як видно з рис. 3.27, пацієнтам з невітальними формами дерматологічної патології та відсутністю ознак ПДА притаманні достатньо високі показники резилієнтності. Середнє значення показника у Г1 склало $30,33 \pm 6,38$ балів, що на межі вищого за середній та високого рівнів.

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

У пацієнтів з ознаками ПДА значення показника резилієнтності виявилося суттєво нижчим. Так, у пацієнтів Г2 середнє значення показника склало

20,33±7,76 балів, що відповідало нижчому за середній (ближче до середнього) рівню.

Найнижчий рівень резилієнтності був притаманний пацієнтам з вітальною патологією і наявністю ознак ПДА. Середнє значення показника у пацієнтів Г4 склало 11,89±6,67 балів, що відповідало низькому рівню.

Як наведено в табл. 3.8, розбіжності у показниках резилієнтності при порівнянні між собою усіх досліджених груп статистично значущі ($p < 0,05$ і менше).

Таблиця 3.8

Кількісні показники резилієнтності у пацієнтів різних груп

Показник	Показник, $M \pm m$, бали				p					
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Резилієнтність	30,33±6,38	20,33±7,76	26,91±6,73	11,89±6,67	0,000	0,047	0,000	0,004	0,000	0,000

Аналогічно, при аналізі структури резилієнтності у пацієнтів різних груп було виявлено, що пацієнтам з проявами ПДА притаманні суттєво нижчі її рівні (табл. 3.9, рис. 3.28).

Так, серед пацієнтів з невітальною дерматологічною патологією та відсутністю ознак ПДА (Г1) переважну більшість склали особи з високим та вищим за середній рівнями резилієнтності (загалом 77,8%), менше було осіб з середнім рівнем резилієнтності (18,5%), а низький рівень резилієнтності мав місце в одиничному випадку (3,7%).

У пацієнтів з вітальною патологією та відсутністю ознак ПДА (Г3) питома вага осіб з високим рівнем резилієнтності 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 резилієнтності склала 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 резилієнтності. Так, у Г2 питома вага пацієнтів з високим рівнем резилієнтності склала 6,1%, вищим за середній рівнем – 30,3%, з середнім – 15,2%. Питома вага осіб з низьким і нижчим за середній рівнями резилієнтності склала загалом 48,4%.

Найгірші рівні резилієнтності були виявлені у пацієнтів з вітальною патологією та наявністю ознак психологічної дезадаптації. Питома вага осіб з низьким і нижче середнього рівнями резилієнтності у Г4 склала 86,5%, з середнім рівнем – 5,4%, вище середнього рівня – 8,1%, а осіб з високим рівнем резилієнтності у цій групі не було виявлено.

Таблиця 3.9

Розподіл пацієнтів за групами резилієнтності

Рівень резилієнтності	Г1		Г2		Г3		Г4		р					
	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

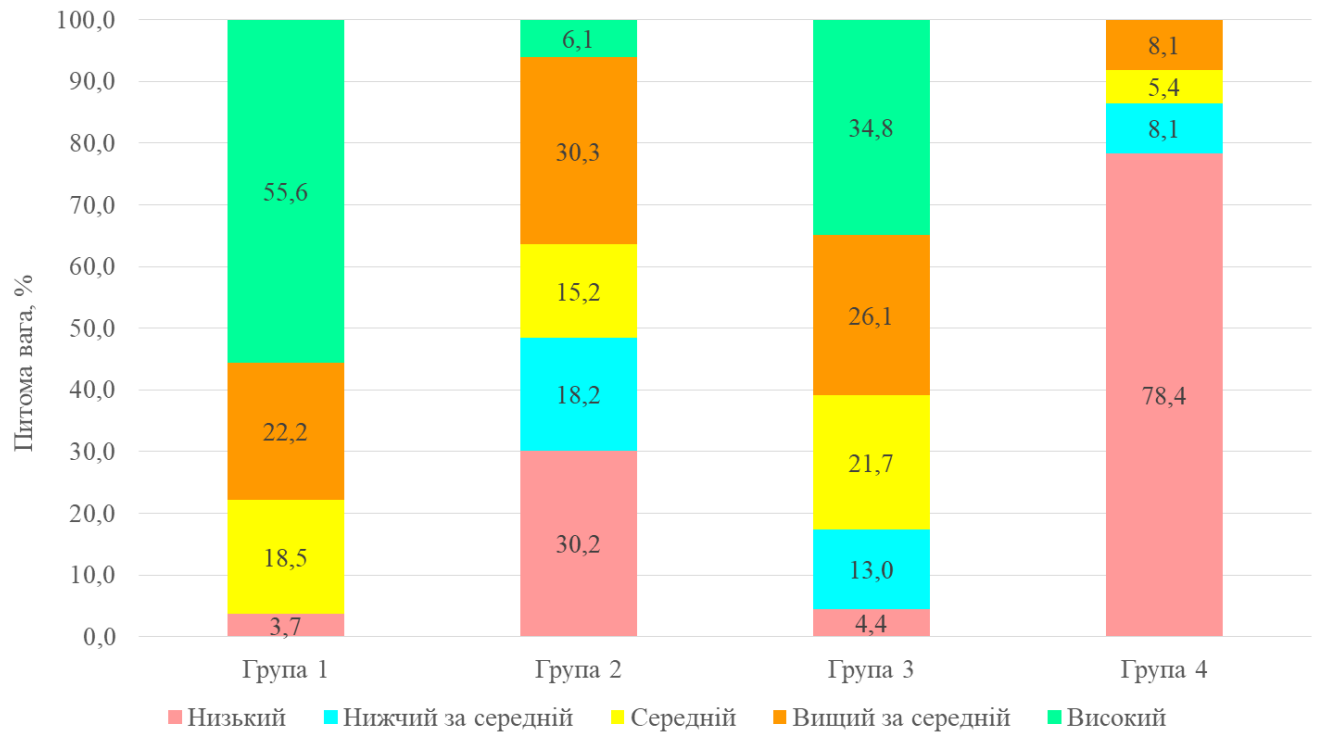


Рис. 3.28. Структура резилієнтності за рівнями вираженості у пацієнтів з різними варіантами дерматологічної патології

Вивчення особливостей соціальної підтримки, як джерела інтрапсихічного адаптаційного ресурсу пацієнтів з різними варіантами дерматологічної патології, показало наступне (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

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

Показник	Показник, $M \pm m$, бали				p			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	Г1- Г2	Г1- Г3	Г3- Г4	Г2- Г4
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Соціальна підтримка сім'ї	3,44±0,7 0	2,97±0,7 3	3,22±0,9 0	2,05±0,9 7	0,01 1	0,3 15	0,00 0	0,00 0

Продовження табл. 3.10

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Соціальна підтримка друзів	3,19±0,9 6	3,03±0,7 3	3,09±0,7 3	1,84±1,1 2	0,26 3	0,4 48	0,00 0	0,00 0
Соціальна підтримка значущих інших	2,93±0,9 6	2,12±1,1 4	2,26±0,9 6	1,59±1,0 1	0,00 7	0,0 25	0,01 3	0,06 2
Показник соціальної підтримки	9,56±1,4 2	8,12±1,3 9	8,57±1,8 5	5,49±2,0 4	0,00 0	0,0 45	0,00 0	0,00 0

Слід зазначити, що пацієнтам з дерматологічною патологією і відсутністю ознак ПДА притаманні високі рівні суб'єктивної оцінки соціальної підтримки з боку усіх соціальних груп. Так, показник соціальної підтримки сім'ї у пацієнтів Г1 склав 3,44±0,70 балів (найвищий показник серед усіх досліджених груп), а у пацієнтів Г3 – 3,22±0,90 балів, що незначуще менше, ніж у Г1, і значуще більше, ніж у пацієнтів груп з проявами психологічної дезадаптації: 2,97±0,73 балів у пацієнтів Г2, і 2,05±0,97 балів у пацієнтів Г4. Як видно з табл. 3.10, пацієнтам останньої групи були притаманні найнижчі показники соціальної підтримки сім'ї.

Менш суттєві відмінності були виявлені для 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, при цьому 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 порівняно з пацієнтами 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 при порівнянні показників Г3 з Г4, та Г2 з Г4 ($p < 0,01$).

Показник соціальної підтримки значущих інших у Г1 був суттєво вищим порівняно з іншими групами: $2,93 \pm 0,96$ балів. У пацієнтів Г3 показник соціальної підтримки значущих інших виявився меншим, ніж у Г1: $2,26 \pm 0,96$ балів, але значуще більшим, ніж у пацієнтів Г2 і Г4: відповідно $2,12 \pm 1,14$ балів та $1,59 \pm 1,01$ балів; при цьому у пацієнтів Г4 кількісне значення показника було низьким.

Загальний показник соціальної підтримки (рис. 3.29) у пацієнтів Г1 виявився високим, і найвищим серед усіх груп: $9,56 \pm 1,42$ балів, у пацієнтів Г3 показник був значуще нижчим, ніж у Г1: $8,57 \pm 1,85$ балів, у пацієнтів Г2 – значуще нижчим, ніж у пацієнтів Г1 і Г3: $8,12 \pm 1,39$ балів, а у пацієнтів Г4 – найнижчим серед усіх груп: $5,49 \pm 2,04$ балів. Це дозволяє зробити висновок про асоційованість суб'єктивної оцінки рівня соціальної підтримки насамперед з наявністю проявів психологічної дезадаптації, а також, меншою мірою, з характером дерматологічної патології (з наявністю або відсутністю вітальної загрози).

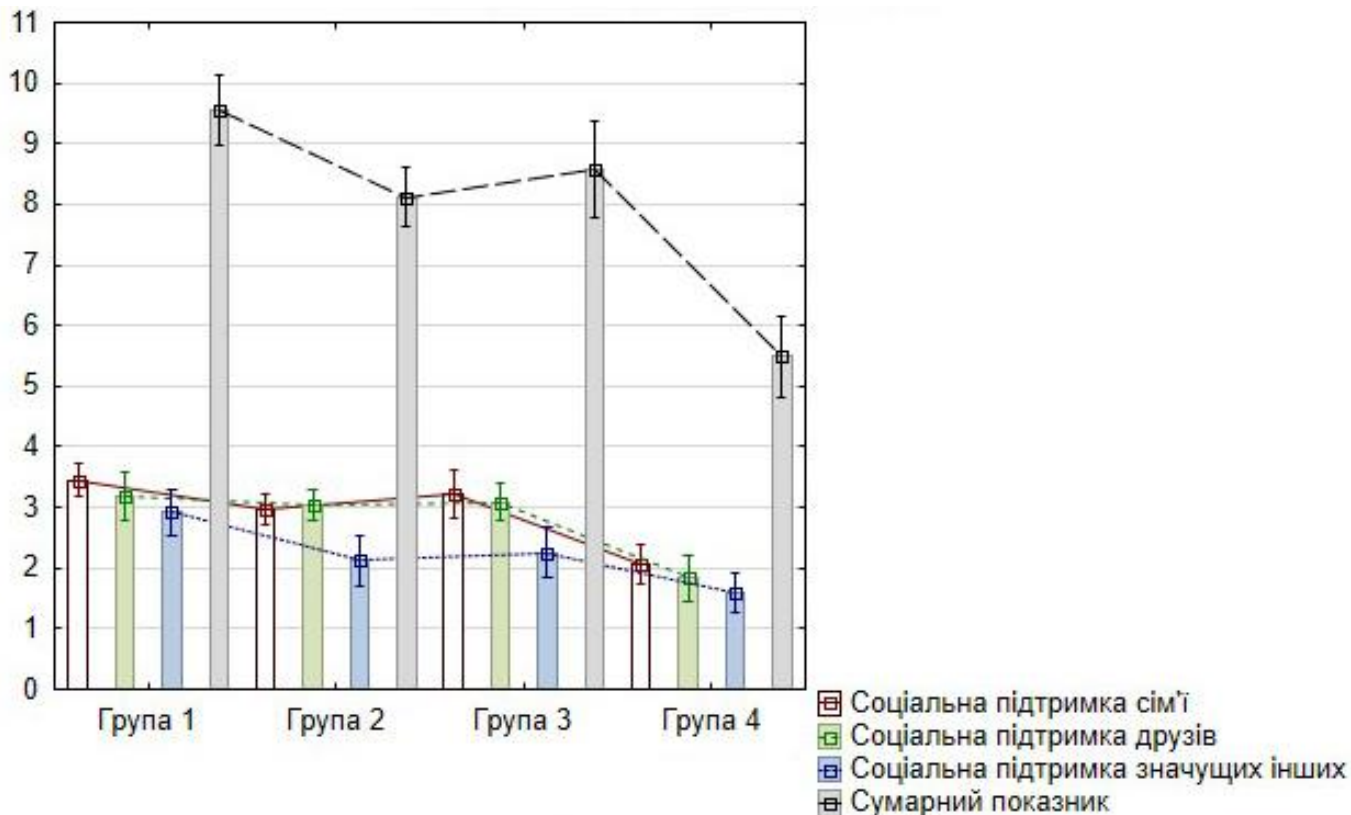


Рис. 3.29. Середні значення показників соціальної підтримки (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

3.4. Алгоритм прогнозування психологічної адаптації-дезадаптації як основа персоніфікованої психокорекції хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози

Грунтуючись на даних нашого дослідження і оцінці актуальних чинників ПДА у хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози, нами було науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено у практику охорони здоров'я алгоритм оцінки та прогнозування ПДА у цієї категорії хворих. Аналіз отриманих даних дозволив нам виділити три основні блоки, що охоплюють широкий спектр біологічних, індивідуально-психологічних, соціально-середовищних, психосоціальних чинників, які виявилися маркерами психологічної адаптації-дезадаптації для хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози.

Перший блок (психоемоційний) спрямований на виявлення психопатологічних проявів незалежно від їх генезу, що дозволяє оцінити і врахувати вплив актуального психічного стану на ПДА. Складові цього блоку виявляють прояви депресії і тривоги як найбільш важливі чинники, що впливають на розвиток ПДА. Для застосування нашої методики у практиці ми рекомендуємо використовувати результати обстеження за шкалою депресії М. Hamilton (HDRS) та за шкалою тривоги М. Hamilton (HARS). При цьому за наявності показника за шкалою HDRS до 8 балів (відсутність ознак депресії) обстежуваному нараховується 2 бали, за наявності показника у межах від 8 до 18 балів (легка або помірна депресія) нараховується 1 бал, за наявності показника понад 18 балів (важка або дуже важка депресія) – 0 балів. За наявності показника за шкалою тривоги М. Hamilton (HARS) до 18 балів (відсутність ознак тривоги) нараховується 2 бали, за наявності показника від 18 до 24 балів (помірний рівень

тривоги) нараховується 1 бал, за наявності показника понад 24 бали (високий рівень тривоги) – 0 балів. Сума балів, нарахованих за оцінку депресії і оцінку тривоги, складатиме загальний показник за психоемоційним блоком. Це значення може коливатися від 0 балів (найгірший показник) до 4 балів (найкращий показник). При значенні показника за психоемоційним блоком у 4 бали стан психоемоційної сфери пацієнта оцінюється як добрий, при значенні показника 3 або 2 бали – як задовільний, при значенні показника 1 або 0 балів – як поганий (незадовільний).

Другий блок (психосоціальний) спрямований на виявлення стану соціальної та психологічної підтримки пацієнта з боку його мікросоціального оточення, а також оцінки якості життя, що включає стан фізичного та психологічного функціонування, працездатності, міжособистісної взаємодії, соціо-емоційної, громадської та службової підтримки, особистісної та духовної реалізації, суб'єктивного благополуччя і задоволеності, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих умов. Ми рекомендуємо використовувати показники за шкалою соціальної підтримки (MSPSS) та методика оцінки якості життя Mezzich в адаптації Н.О. Марути. За наявності значення показника за шкалою соціальної підтримки до 5 балів (низький рівень соціальної підтримки) обстежуваному нараховується 0 балів, за наявності значення показника від 5 до 8 балів (середній рівень соціальної підтримки) нараховується 1 бал, за наявності показника понад 8 балів (високий рівень соціальної підтримки) нараховується 2 бали. За наявності показника за методикою оцінки ЯЖ Mezzich в адаптації Н.О. Марути до 3,4 балів (низький рівень ЯЖ) обстежуваному нараховується 0 балів, за наявності показника від 3,4 балів до 6,6 балів (середній рівень ЯЖ) нараховується 1 бал, за наявності показника понад 6,6 балів (високий рівень ЯЖ) нараховується 2 бали. Сума балів, нарахованих за результатами оцінки соціальної підтримки та ЯЖ, становить показник за психосоціальним блоком. Його значення може складати від 0 балів (найгірший стан психосоціального функціонування) до 4 балів (найкращий стан психосоціального функціонування). При значенні показника 4 бали стан психосоціального

функціонування оцінюється як добрий, при значенні показника 3 або 2 бали – як задовільний, при значенні показника 1 або 0 балів – як поганий (незадовільний).

Третій блок (особистісний) спрямований на оцінку індивідуально-психологічних особливостей, які сприяють або перешкоджають розвитку ПДА. Найбільш важливими у цьому контексті є життєстійкість та резилієнтність. Ми рекомендуємо використовувати для оцінки показники за тестом життєстійкості С. Мадді та шкалою резилієнтності Коннора-Девідсона-10. При значенні показника за шкалою життєстійкості до 39 балів (низький рівень життєстійкості) нараховується 0 балів, при значенні показника від 39 до 61 балів (помірний рівень життєстійкості) нараховується 1 бал, при значенні показника понад 61 бал (високий рівень життєстійкості) нараховується 2 бали. При значенні показника за шкалою резилієнтності Коннора-Девідсона-10 до 15 балів (низький рівень резилієнтності) обстежуваному нараховується 0 балів, за наявності показника від 15 балів до 30 балів (середній рівень резилієнтності) нараховується 1 бал, за наявності показника понад 30 балів (високий рівень резилієнтності) нараховується 2 бали. Сумарний бал, нарахований за результатами оцінки життєстійкості та резилієнтності, складає показник за особистісним блоком; значення цього показника може становити від 0 балів (найгірший рівень ресурсів особистості) до 4 балів (найкращий рівень ресурсів особистості). При значенні показника 4 бали стан ресурсів особистості оцінюється як добрий (високий), при значенні показника 3 або 2 бали – як задовільний, при значенні показника 1 або 0 балів – як поганий (незадовільний).

Таким чином, загальний показник за запропонованою шкалою може коливатися від 0 балів (найгірший показник) до 12 балів (найкращий показник). Ми рекомендуємо оцінювати загальний ризик ПДА як високий за наявності значення показника від 0 до 4 балів, як помірний за наявності значення показника від 5 до 8 балів, і як низький – за наявності значення показника від 9 до 12 балів.

Узагальнені дані щодо співвідношення оцінок за методиками, що формують основні блоки та оціночних балів запропонованої системи наведено у табл. 3.11.

Таблиця 3.11

Розподіл балів для оцінки ризику ПДА у хворих з дерматологічною патологією

Назва блоку	Рівень показника	Показник за відповідною методикою	Оцінка за запропонованою шкалою, бали
Психоемоційний блок	Шкала депресії М. Hamilton (HDRS)		
	Низький	0 – 7 балів	2
	Помірний	8 – 18 балів	1
	Високий	19 балів і більше	0
	Шкала тривоги М. Hamilton (HARS)		
	Низький	0 – 17 балів	2
	Помірний	18 – 24 бали	1
	Високий	25 балів і більше	0
Психосоціальний блок	Шкала соціальної підтримки (MSPSS)		
	Низький	0 – 4 бали	0
	Помірний	5 – 8 балів	1
	Високий	9 і більше балів	2
	Шкала якості життя Mezzich в адаптації Н.О. Марути		
	Низький	0 – 3,3 бали	0
	Помірний	3,4 – 6, 6 балів	1
	Високий	6,7 і більше балів	2
Особистісний блок	Тест життєстійкості		
	Низький	0 – 38 балів	0
	Помірний	39 – 61 бали	1
	Високий	62 бали і більше	2
	Шкала резилієнтності Коннора-Девідсона-10		
	Низький	0 – 14 балів	0
	Помірний	15 – 30 балів	1
	Високий	31 бал і більше	2

Для підтвердження коректності даного інструменту, нами був проведений кореляційний аналіз результатів оцінки ризику ПДА у хворих з дерматологічними захворюваннями, з показниками їх соціально-психологічної адаптації за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Результати однофакторного непараметричного кореляційного аналізу показників за запропонованою методикою оцінки ризику ПДА та показниками соціально-психологічної адаптації за методикою С. Rogers et R.F. Dymond.

Показник за методикою С. Rogers et R.F. Dymond	Значення коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (r_s)	p
1	2	3
Адаптивність	0,771	0,000
Деадаптивність	-0,840	0,000
Брехливість ні	-0,145	0,115
Брехливість так	-0,078	0,394
Прийняття себе	0,703	0,000
Неприйняття себе	-0,694	0,000
Прийняття інших	0,657	0,000
Неприйняття інших	-0,698	0,000
Емоційний комфорт	0,608	0,000
Емоційний дискомфорт	-0,817	0,000
Внутрішній контроль	0,292	0,001
Зовнішній контроль	-0,596	0,000
Домінування	0,039	0,672

Продовження табл. 3.12

1	2	3
Ведомість	-0,752	0,000
Ескапізм	-0,593	0,000
Адаптація	0,876	0,000
Самоприйняття	0,806	0,000
Прийняття інших	0,853	0,000
Емоційний комфорт	0,785	0,000
Інтернальність	0,807	0,000
Прагнення до домінування	0,296	0,001

Як видно з табл. 3.12, показники ризику ПДА за запропонованою методикою виявили високий рівень значущих кореляцій з основними шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond. Водночас, слід зазначити, що запропонований нами алгоритм оцінки ПДА у хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози не дублює методику С. Rogers et R.F. Dymond, і не є ідентичною їй. У розробленому алгоритмі враховано вплив на стан ПДА трьох ключових груп факторів – психоемоційних, психосоціальних та особистісних, і він орієнтований на виявлення і оцінку стану ПДА як у цілому, так і за цими складовими, що дає можливість лікареві-психологу визначити уразливі сфери і спрямувати корекційні заходи для впливу на ці сфери, що збільшує ефективність та забезпечує персоніфікованість психологічної корекції хворих з дерматологічною патологією з різним рівнем вітальної загрози.

Нижче наведено приклади обчислення ризику ПДА у обстежених нами пацієнтів.

Хворий В.К., 42 роки, захворювання з високим ступенем вітальної загрози. Показник за шкалою депресії HDRS 19 балів, за шкалою тривоги HARS 25 балів. Показник за шкалою соціальної підтримки 7 балів, за шкалою якості життя 5,3 бали. Показник за шкалою життєстійкості 55 балів, за шкалою

резилієнтності 5 балів. Прогностичні бали: депресія – 0 балів, тривога – 0 балів, соціальна підтримка – 1 бал, якість життя – 1 бал, життєстійкість – 1 бал, резилієнтність – 0 балів.

Прогностичні оцінки за блоками: психоемоційний – 0 балів (незадовільний стан психоемоційної сфери); психосоціальний – 2 бали (задовільний рівень соціального функціонування); особистісний – 1 бал (незадовільний рівень ресурсів особистості). Загальна оцінка – 3 бали (низький показник). Ризик ПДА у даного пацієнта оцінюється як високий. Результат оцінки адаптації за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dumond – 13 балів (рівень соціально-психологічної адаптації низький).

Хвора Г.М., 39 років, захворювання з низьким рівнем вітальної загрози. Показник за шкалою депресії HDRS 8 балів, за шкалою тривоги HARS 19 балів. Показник за шкалою соціальної підтримки 12 балів, за шкалою якості життя 5,6 бали. Показник за шкалою життєстійкості 59 балів, за шкалою резилієнтності 30 балів. Прогностичні бали: депресія – 1 бал, тривога – 1 бал, соціальна підтримка – 2 бали, якість життя – 1 бал, життєстійкість – 1 бал, резилієнтність – 1 бал. Прогностичні оцінки за блоками: психоемоційний – 2 балів (задовільний стан психоемоційної сфери); психосоціальний – 3 бали (задовільний рівень соціального функціонування); особистісний – 2 бали (задовільний рівень ресурсів особистості). Загальна оцінка – 7 балів (помірний показник). Ризик ПДА у даної пацієнтки оцінюється як середній. Результат оцінки адаптації за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dumond – 37 балів (рівень соціально-психологічної адаптації середній).

Хвора Т.К., 46 років, захворювання з низьким рівнем вітальної загрози. Показник за шкалою депресії HDRS 5 балів, за шкалою тривоги HARS 12 балів. Показник за шкалою соціальної підтримки 8 балів, за шкалою якості життя 7,8 бали. Показник за шкалою життєстійкості 78 балів, за шкалою резилієнтності 34 балів. Прогностичні бали: депресія – 2 бали, тривога – 2 бали, соціальна підтримка – 1 бал, якість життя – 2 бали, життєстійкість – 2 бали, резилієнтність – 2 бали. Прогностичні оцінки за блоками: психоемоційний – 4 бали (добрий стан

психоемоційної сфери); психосоціальний – 3 бали (задовільний рівень соціального функціонування); особистісний – 4 бали (високий рівень ресурсів особистості). Загальна оцінка – 11 балів (високий показник). Ризик ПДА у даної пацієнтки оцінюється як низький. Результат оцінки адаптації за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond – 68 балів (рівень соціально-психологічної адаптації високий).

3.5. Персоніфікована психокорекція хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози, та її ефективність

Отже, зазначений алгоритм був покладений нами в основу при розробці засад і змістовного наповнення програм психокорекції пацієнтів з дерматологічними захворюваннями з наявністю та відсутністю вітальної загрози, незалежно від важкості і тривалості основного захворювання.

В якості базових засад запропонованих психокорекційних втручань нами визначені наступні положення.

1. Системність і комплексність заходів, що ґрунтується на оптимальному поєднанні заходів психотерапевтичного і психокорекційного характеру, а також заходів з психосоціальної адаптації.
2. Послідовність і наступність психокорекційних заходів, що передбачає їх структурованість за окремими етапами і послідовне виконання втручань після досягнення цілей кожного етапу.
3. Індивідуальний характер психокорекційних заходів, що передбачає врахування індивідуально-психологічних особливостей, стану психоемоційної сфери, якості життя та соціального функціонування, життєстійкості та резиліентності пацієнтів.
4. Доступність медико-психологічної допомоги пацієнтам з різними формами дерматологічної патології.

Метою психокорекції пацієнтів з дерматологічною патологією нами визначено нормалізацію психоемоційної сфери, усунення депресивних і

тривожних проявів, нівелювання ознак психологічної дезадаптації, покращення якості життя і соціального функціонування, збільшення життєстійкості та резилієнтності пацієнтів.

В якості ключових цілей психокорекції ми розглядаємо наступні:

1. створення комплаєнтних відносин, формування адекватного ставлення до лікування, свідомого бажання слідувати лікувальним схемам та рекомендаціям, співпрацювати з лікарями-дерматологами та медичними психологами;
2. усунення депресивних і тривожних проявів, нормалізація стану психоемоційної сфери;
3. покращення соціально-психологічної адаптації і усунення проявів психологічної дезадаптації;
4. збільшення життєстійкості та резилієнтності пацієнтів, і, як результат, покращення стану психоемоційної сфери та психосоціальної адаптації;
5. покращення якості життя та соціального функціонування пацієнтів.

Запропоновані психокорекційні втручання, за нашим задумом, реалізується в три основні етапи (оціночно-діагностичний, клініко-терапевтичний та корекційно-адаптаційний), поєднані комплексністю та наступністю корекційних, психотерапевтичних та адаптаційних заходів. На оціночно-діагностичному етапі здійснюється оцінка прогнозу розвитку і прогресування ПДА, що забезпечує персоніфікацію психокорекційних втручань, які здійснюються переважно на клініко-терапевтичному етапі, позитивний ефект від яких закріплюється на останньому, корекційно-адаптаційному, етапі. Базовими психотерапевтичними технологіями клініко-терапевтичного етапу є:

1. психоосвіта, спрямована на роз'яснення пацієнту причин і психологічних механізмів несприятливих змін психоемоційної сфери, шляхів їх подолання, особливостей терапевтичних і корекційних заходів, які будуть застосовуватися в процесі лікування, а також обговорюються шляхи взаємодії з лікарем-дерматологом та лікарем-психологом в процесі лікування для корекції лікувальних заходів;

2. когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на контроль автоматичних думок, трансформацію неконструктивних моделей поведінки, формування ресурсних моделей взаємодії з оточуючими;
3. сімейна терапія, спрямована на формування терапевтичного мікросоціального середовища, покращення внутрішньосімейної взаємодії, збільшення психологічної підтримки пацієнта, зменшення стресового навантаження та покращення соціального функціонування;
4. тренінг резилієнтності та життєстійкості, спрямований на покращення здатності пацієнта опиратися актуальним стресам (включаючи нозогенний стрес дерматологічного захворювання), навчання способам подолання стресу, формування конструктивного ставлення до проблем і поведінкових стратегій, спрямованих на боротьбу зі стресом.

Персоніфікація психокорекційних підходів здійснюється з урахуванням ризику ПДА, як загального, так і за окремими блоками – психоемоційним, психосоціальним та особистісним. Критерії персоніфікації, структура і обсяг психокорекційних заходів наведені у табл. 3.13.

Таблиця 3.13

Критерії персоніфікації, структура і обсяг психокорекційних заходів при різних ступенях ризику ПДА у хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ БЛОК		
Психодіагностичні заходи	Психотерапевтичні, психокорекційні та психопрофілактичні заходи	Критерії ефективності
1	2	3
Добрий стан		
Шкала депресії HDRS; Шкала тривоги HARS	Психоосвітні заходи	Відсутність проявів депресії і тривоги

1	2	3
Задовільний стан		
Шкала депресії HDRS; Шкала тривоги HARS; Опитувальник депресії (А. Beck, Zung та ін.)	Психоосвітні заходи Психотерапевтична корекція депресивних і тривожних проявів (когнітивно- поведінкова терапія, техніки релаксації, аутосугестивна терапія)	Відсутність проявів депресії і тривоги
Незадовільний стан		
Шкала депресії HDRS; Шкала тривоги HARS; Опитувальник депресії (А. Beck, Zung та ін.) Методика оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90- R	Психоосвітні заходи Психотерапевтична корекція депресивних і тривожних проявів Консультація психіатра і за потреби психофармакологічна корекція проявів депресії і тривоги	Відсутність проявів депресії і тривоги або істотне зменшення виразності депресивних і тривожних проявів, що не впливають на функціонування пацієнта
ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ БЛОК		
Психодіагностичні заходи	Психотерапевтичні, психокорекційні та психопрофілактичні заходи	Критерії ефективності
Високий рівень психосоціального функціонування		
Шкала соціальної підтримки MSPSS; Методика оцінки якості життя I. Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути	Психологічне консультування	Збереження високого рівня психосоціального функціонування

1	2	3
Задовільний рівень психосоціального функціонування		
Шкала соціальної підтримки MSPSS; Методика оцінки якості життя I. Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути; Діагностика рівня емоційного вигорання	Психологічне консультування Сімейне консультування Допомога у соціальній адаптації	Підвищення рівня соціального функціонування до високого, підвищення рівня якості життя
Незадовільний рівень психосоціального функціонування		
Шкала соціальної підтримки MSPSS; Методика оцінки якості життя I. Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути; Діагностика рівня емоційного вигорання Оцінка рівня соціально-психологічної адаптації	Психологічне консультування Сімейне консультування Допомога у соціальній адаптації Тренінг комунікації	Відновлення нормального психосоціального функціонування. Відновлення якості життя. Відсутність конфліктів у мікросоціальному оточенні
ОСОБИСТІСНИЙ БЛОК		
Психодіагностичні заходи	Психотерапевтичні, психокорекційні та психопрофілактичні заходи	Критерії ефективності
Високий рівень ресурсів особистості		
Тест життєстійкості Шкала резилієнтності Коннора-Девідсона-10	Психоосвітні заходи Рекомендації з підвищення стресостійкості	Збереження високого рівня життєстійкості та стресостійкості

1	2	3
Середній рівень ресурсів особистості		
Тест життєстійкості Шкала резилієнтності Коннора-Девідсона-10 Методика оцінки копінг-поведінки	Психоосвітні заходи Психологічне консультування Тренінг стресостійкості	Підвищення стресостійкості і здатності протидіяти стресу, покращення життєстійкості
Низький рівень ресурсів особистості		
Тест життєстійкості Шкала резилієнтності Коннора-Девідсона-10 Методика оцінки копінг-поведінки Стандартизований метод дослідження особистості (ММРІ)	Психоосвітні заходи Психологічне консультування Тренінг стресостійкості Індивідуальні тренінги особистісного розвитку та підвищення адаптації	Зниження рівня стресу і збільшення стресостійкості, покращення резилієнтності та життєстійкості

При сумарній оцінці ризику ПДА від 5 до 8 балів (помірний ризик ПДА) додатково до зазначених заходів рекомендується проведення групових занять у спеціалізованих групах, які складаються з хворих зі схожими нозологіями, чисельністю 5-10 пацієнтів. Під час групових занять обговорюються найбільш типові проблеми, з якими стикаються пацієнти, особливості психологічного реагування, труднощі у мікросоціальній взаємодії тощо, а також надаються рекомендації щодо нормалізації і підтримання нормального психоемоційного стану. При сумарній оцінці від 0 до 4 балів (високий ризик ПДА) додатково до зазначених вище заходів рекомендується проводити індивідуальні

консультативно-психотерапевтичні сеанси з періодичністю 1-2 сеанси на тиждень з метою виявлення та корекції проявів ДА у різних сферах.

Рекомендована періодичність оціночних заходів проміжного контролю при низькому ризику ПДА – не рідше одного разу на 6 місяців, при помірному ризику ПДА – не рідше одного разу на 3 місяці, при високому ризику ПДА – щомісячно.

Таким чином, запропонований нами алгоритм прогнозування ПДА у хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози дозволяє визначити критерії диференціації об'єму і змісту психодіагностичних, психокорекційних, психотерапевтичних та психопрофілактичних заходів, що дозволяють персоналізувати медико-психологічну допомогу даній категорії пацієнтів.

Результати аналізу динаміки психопатологічних змін в афективній сфері під впливом традиційної та запропонованої схем наведено у табл. 3.14.

Таблиця 3.14

Динаміка показників депресії і тривоги в процесі терапії

Показник	Значення показників, $M \pm m$, бали				p			
	ГП		ГВ		Порівняння до і після лікування		Порівняння ГП і ГВ	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	ГП	ГВ	До лікування	Після лікування
Шкала депресії М. Hamilton (HRDS)								
Загальний показник депресії	8,34±3,14	6,81±2,55	14,46±3,72	6,49±1,97	0,002	0,000	0,000	0,828
Адинамічна депресія	6,62±2,45	5,23±2,02	10,83±3,05	5,19±1,81	0,000	0,000	0,000	0,643
Ажитована депресія	3,26±2,05	2,79±1,74	6,86±2,64	2,98±1,37	0,095	0,000	0,000	0,416
Депресія зі страхом	3,47±1,32	2,68±1,48	6,33±2,58	2,51±1,62	0,001	0,000	0,000	0,551
Недиференційована депресія	1,68±1,07	1,40±0,90	3,87±1,53	1,73±1,19	0,066	0,000	0,000	0,141
Шкала тривоги М. Hamilton (HARS)								
Гамільтон тривога	13,49±3,12	9,83±3,07	23,98±6,70	9,46±3,86	0,000	0,000	0,000	0,397
Психічна тривога	7,28±1,96	6,89±2,06	12,76±3,57	6,78±3,11	0,220	0,000	0,000	0,288
Соматична тривога	6,21±2,25	2,94±2,33	11,22±4,12	2,68±2,20	0,000	0,000	0,000	0,603

Порівняння показників до лікування виявило, що пацієнти ГВ мали значно гірші показники виразності депресії (як загального показника, так і показників виразності окремих видів депресії – адинамічної, ажитованої, зі страхом та недиференційованої), тривоги (як загальної, так і окремих видів – психічної та соматичної), якості життя в усіх ключових сферах (суб'єктивного благополуччя/задоволеності, виконання соціальних ролей, зовнішніх життєвих умов, а також загального показника якості життя), а також показників життєстійкості (включаючи показники залученості, контролю і прийняття ризику) і резилієнтності. При цьому у пацієнтів, які брали участь у психокорекційних заходах, в процесі терапії вдалося досягти суттєво кращої динаміки в усіх досліджених сферах.

Як видно з табл. 3.13, позитивна динаміка щодо депресії була виявлена в обох групах. Так, у пацієнтів ГП в процесі лікування загальний показник депресії зменшився з $8,34 \pm 3,14$ балів до $6,81 \pm 2,55$ балів ($p < 0,01$). Водночас, у пацієнтів ГВ зменшення рівня депресії під впливом корекції було значно більш вираженим: з $14,46 \pm 3,72$ балів до $6,49 \pm 1,97$ балів ($p < 0,01$). Слід зауважити, що хоча в обох групах середній показник депресії після лікування відповідав відсутності ознак депресії, і значущих розбіжностей між ними не було виявлено, у пацієнтів ГВ співвідношення ступенів депресії змінилося значно краще, ніж у пацієнтів ГП. Так, на початку терапії більшість пацієнтів ГП (59,6%) належали до групи з легкою депресією, ще у 38,3% ознаки депресії були взагалі відсутні, і лише в одиничному випадку мала місце депресія середньої важкості, то у ГВ лише 4,8% пацієнтів не мали ознак депресії, і у 36,5% була виявлена легка депресія, а 47,6% пацієнтів цієї групи належали до групи з помірною депресією, і 11,1% – з важкою (рис. 3.30). Натомість, після курсу терапії у ГП залишалося 29,8% пацієнтів з ознаками легкої депресії і один (2,1%) – середньої важкості, тоді як у ГВ лише у 9,5% пацієнтів після лікування залишалися ознаки легкої депресії, а у 90,5% депресія була відсутня.

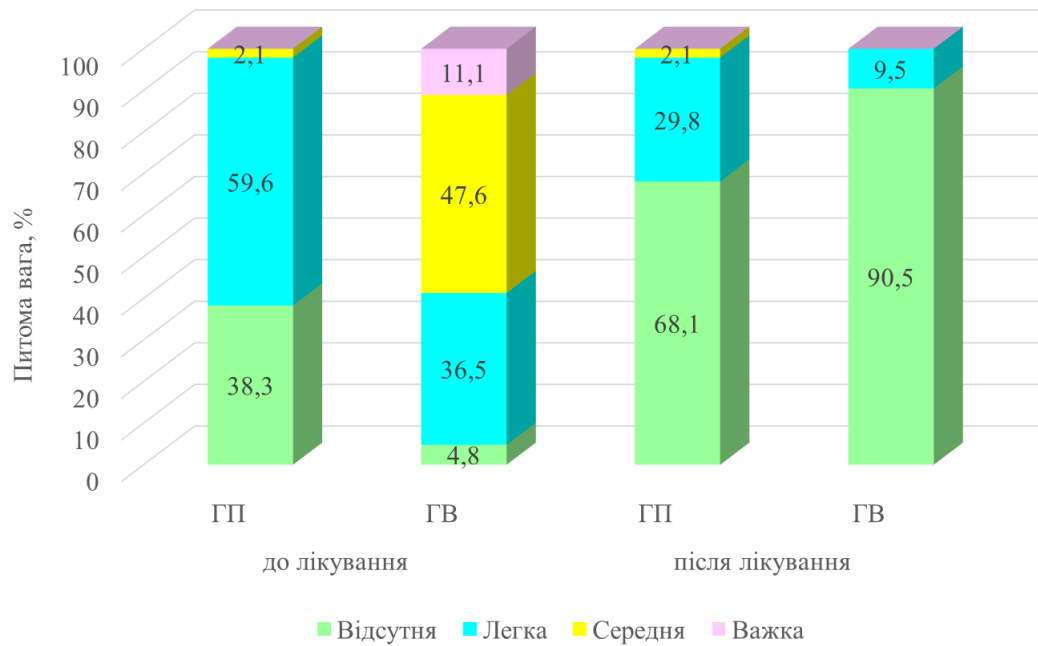


Рис. 3.30. Структура рівнів депресії за шкалою депресії М. Hamilton (HRDS) у динаміці лікування (питома вага пацієнтів з даним рівнем депресії у % до загальної кількості пацієнтів відповідної групи)

Окрім позитивного впливу на загальну виразність депресії, запропонована комплексна система медико-психологічного супроводу виявилася ефективною щодо окремих видів депресії. Так, показник адинамічної депресії у процесі лікування у пацієнтів ГП зменшився на 15,7% – з $6,62 \pm 2,45$ балів до $5,23 \pm 2,02$ балів ($p < 0,01$), тоді як у ГВ – більш ніж вдвічі: з $10,83 \pm 3,05$ балів до $5,19 \pm 1,81$ балів. Зменшення показника ажитованої депресії у пацієнтів ГП в процесі лікування було статистично незначущим: з $3,26 \pm 2,05$ балів до $2,79 \pm 1,74$ балів ($p > 0,05$), а у пацієнтів ГВ – значущим: з $6,86 \pm 2,64$ балів до $2,98 \pm 1,37$ балів ($p < 0,01$). Показник депресії зі страхом у пацієнтів ГП зменшився значно менше, ніж у пацієнтів ГВ: з $3,47 \pm 1,32$ балів до $2,68 \pm 1,48$ балів ($p < 0,01$) та з $6,33 \pm 2,58$ балів до $2,51 \pm 1,62$ балів ($p < 0,01$) відповідно. Динаміка показника недиференційованої депресії у ГП в процесі терапії була незначущою: з $1,68 \pm 1,07$ балів до $1,40 \pm 0,90$ балів ($p > 0,05$), тоді як у ГВ показник цього виду депресії зменшився значуще: з $3,87 \pm 1,53$ балів до $1,73 \pm 1,19$ балів ($p < 0,01$).

Аналогічні закономірності були виявлені також для тривоги. При тому, що показники тривоги у пацієнтів ГВ до початку лікування були значно гіршими, ніж у ГП, після лікування у них вдалося досягти меншого показника тривоги порівняно з ГП. Так, загальний показник тривоги у пацієнтів ГП в процесі лікування зменшився з $13,49 \pm 3,12$ балів до $9,83 \pm 3,07$ ($p < 0,01$), а у пацієнтів ГВ – з $23,98 \pm 6,70$ балів до $9,46 \pm 3,86$ балів ($p < 0,01$). При цьому зменшення показника психічної тривоги у пацієнтів ГП було незначущим: з $7,28 \pm 1,96$ балів до $6,89 \pm 2,06$ балів ($p > 0,05$), а у ГВ – значущим: з $12,76 \pm 3,57$ балів до $6,78 \pm 3,11$ балів ($p < 0,01$). Показник соматичної тривоги у пацієнтів ГП в процесі лікування зменшився суттєво менше, ніж у пацієнтів ГВ: з $6,21 \pm 2,25$ балів до $2,94 \pm 2,33$ балів ($p < 0,01$) та з $11,22 \pm 4,12$ балів до $2,68 \pm 2,20$ балів ($p < 0,01$) відповідно. При цьому співвідношення рівнів тривоги у пацієнтів ГВ у динаміці лікування було кращим (рис. 3.31).

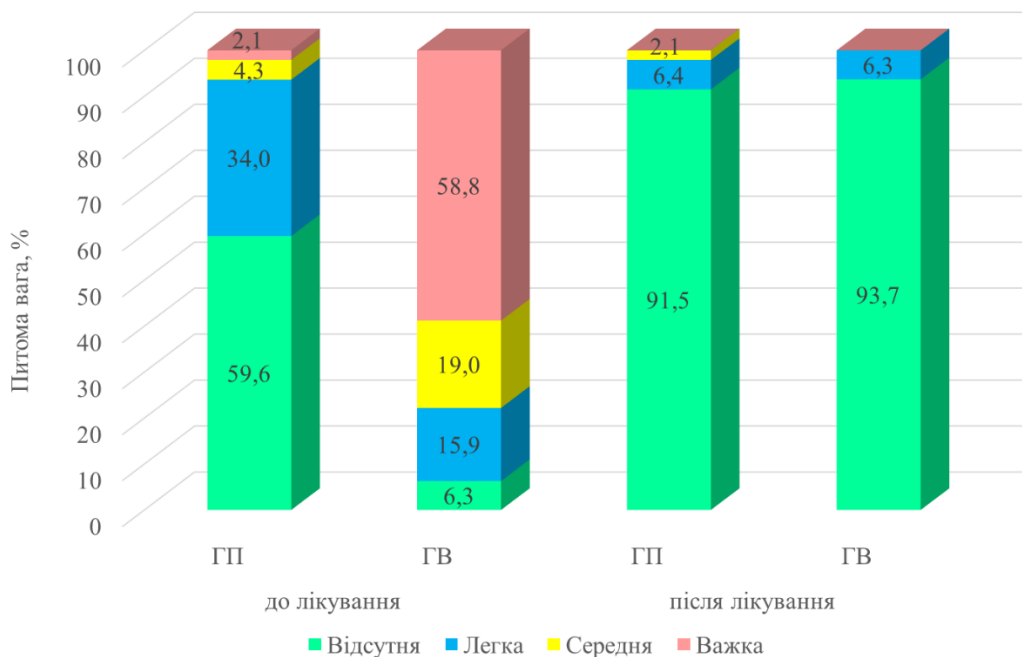


Рис. 3.31. Структура рівнів тривоги за шкалою тривоги М. Hamilton (HARS) у динаміці лікування (питома вага пацієнтів з даним рівнем тривоги у % до загальної кількості пацієнтів відповідної групи)

Так, якщо до початку лікування у 59,6% пацієнтів ГП ознаки тривоги були відсутні, у 34,0% була виявлена легка тривога, у 4,3% – середньої важкості, і у

2,1% – важка, то у пацієнтів ГВ до початку терапії було зворотне співвідношення: 58,8% пацієнтів належали до групи з високим рівнем тривоги, 19,0% – з середнім, 15,9% – з легким, і лише у 6,3% ознаки тривоги були відсутні. За результатами лікування пацієнтів з високим рівнем тривоги в обох групах не залишилося, у ГП був одиничний випадок тривоги середнього рівня і 6,4% пацієнтів з легкою тривогою, а у ГВ – 6,3% пацієнтів з легкою тривогою. У обох групах після лікування переважна більшість пацієнтів не виявляли клінічно вираженої тривоги (91,5% і 93,7% відповідно).

Запропонована система медико-психологічного супроводу виявилася суттєво більш ефективною порівняно з традиційною і щодо покращення якості життя (ЯЖ) пацієнтів (табл. 3.15). На початку терапії показник ЯЖ у пацієнтів ГВ був значно нижчим за показник у пацієнтів ГП, однак, у процесі лікування у пацієнтів ГВ вдалося досягти суттєво кращої динаміки. Так, у пацієнтів ГП показник ЯЖ в процесі терапії збільшився з $7,01 \pm 0,72$ балів до $7,54 \pm 0,63$ балів, тоді як у пацієнтів ГВ – з $5,53 \pm 0,69$ балів до $7,62 \pm 0,77$ балів. Хоча в обох групах була виявлена значуща ($p < 0,01$) позитивна динаміка показників ЯЖ, у пацієнтів ГВ зростання показника ЯЖ виявилось суттєво більшим.

Особливо помітною позитивна динаміка виявилася у ключовій сфері ЯЖ – сфері суб'єктивного благополуччя/задоволеності. Якщо у пацієнтів ГП у цій сфері показник збільшився менш ніж на 1 бал: з $20,09 \pm 3,41$ балів до $20,64 \pm 2,77$ балів ($p < 0,01$), то у пацієнтів ГВ – більш ніж на 7 балів: з $14,84 \pm 2,68$ балів до $21,59 \pm 2,98$ балів, і після лікування був значуще кращим у порівнянні з пацієнтами ГП. В інших ключових сферах ЯЖ запропонована комплексна схема медико-психологічного супроводу також продемонструвала кращу динаміку: у сфері виконання соціальних ролей показник у пацієнтів ГП зріс у процесі лікування з $28,17 \pm 3,52$ балів до $30,89 \pm 3,34$ балів ($p < 0,01$), а у пацієнтів ГВ – з $22,24 \pm 3,33$ балів до $30,63 \pm 3,78$ балів ($p < 0,01$); у сфері зовнішніх життєвих умов – відповідно з $21,85 \pm 2,34$ балів до $23,89 \pm 2,48$ балів ($p < 0,01$) та з $18,19 \pm 2,44$ балів до $23,97 \pm 2,75$ балів ($p < 0,01$).

Таблиця 3.15

Динаміка показників якості життя в процесі терапії

Показник	Значення показників, $M \pm m$, бали				р			
	ГП		ГВ		Порівняння до і після лікування		Порівняння ГП і ГВ	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	ГП	ГВ	До лікування	Після лікування
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	20,09±3,41	20,64±2,77	14,84±2,68	21,59±2,98	0,022	0,000	0,000	0,049
Виконання соціальних ролей	28,17±3,52	30,89±3,34	22,24±3,33	30,63±3,78	0,000	0,000	0,000	0,822
Зовнішні життєві умови	21,85±2,34	23,89±2,48	18,19±2,44	23,97±2,75	0,000	0,000	0,000	0,889
Загальний показник якості життя	7,01±0,72	7,54±0,63	5,53±0,69	7,62±0,77	0,000	0,000	0,000	0,246

Важливою складовою запропонованої комплексної системи медико-психологічного супроводу пацієнтів є заходи з підвищення життєстійкості та резиліентності пацієнтів. Цілеспрямований вплив на ці важливі елементи психологічного реагування дозволив досягти суттєво кращих показників у пацієнтів ГВ (табл. 3.16).

Показники життєстійкості у пацієнтів ГВ до початку терапії були низькими і значуще гіршими, ніж у пацієнтів ГП. Слід зауважити, що застосування традиційної терапії також супроводжувалося значущим зростанням життєстійкості, однак, у пацієнтів, які отримували запропоновану схему, динаміка показників життєстійкості в процесі лікування була суттєво кращою.

Слід особливо зауважити, що попри значно гірші початкові показники, після терапії рівень життєстійкості за всіма показниками у пацієнтів ГВ був вищим, ніж у пацієнтів ГП. Так, показник залученості збільшився в процесі лікування у пацієнтів ГП з $31,02 \pm 5,19$ балів до $31,70 \pm 4,86$ балів ($p < 0,01$), тоді як у пацієнтів ГВ зростання було суттєво більшим: з $23,27 \pm 3,96$ балів до $33,59 \pm 3,20$ балів, і показник після лікування у ГВ був значуще ($p < 0,05$) кращим, ніж у ГП. Показник контролю також більшою мірою зріс під впливом запропонованої схеми: якщо у ГП збільшення показника склало з $28,00 \pm 3,90$ балів до $30,51 \pm 3,91$ балів ($p < 0,01$), то у ГВ – з $22,40 \pm 3,01$ балів до $31,73 \pm 6,00$ балів ($p < 0,01$); при цьому рівень значущості розбіжностей у показниках після лікування між пацієнтами ГП і ГВ був високим ($p = 0,051$).

Відмінності між ГП і ГВ за показником прийняття ризику після лікування були дещо менш вираженими, однак, і щодо нього кращу динаміку продемонстрували пацієнти, які отримували медико-психологічний супровід за запропонованою схемою: у пацієнтів ГП зростання показника прийняття ризику склало з $13,21 \pm 3,04$ балів до $16,66 \pm 3,13$ балів ($p < 0,01$), а у пацієнтів ГВ – з $10,38 \pm 2,47$ балів до $17,29 \pm 4,30$ балів ($p < 0,01$).

Таблиця 3.16

Динаміка показників життєстійкості та резилієнтності в процесі терапії

Показник	Значення показників, $M \pm m$, бали				р			
	ГП		ГВ		Порівняння до і після лікування		Порівняння ГП і ГВ	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	ГП	ГВ	До лікування	Після лікування
Тест життєстійкості								
Залученість	31,02±5,19	31,70±4,86	23,27±3,96	33,59±3,20	0,001	0,000	0,000	0,026
Контроль	28,00±3,90	30,51±3,91	22,40±3,01	31,73±6,00	0,001	0,000	0,000	0,051
Прийняття ризику	13,21±3,04	16,66±3,13	10,38±2,47	17,29±4,30	0,000	0,000	0,000	0,152
Життєстійкість	72,23±9,44	78,87±7,62	56,05±4,67	82,60±10,61	0,000	0,000	0,000	0,024
Шкала резилієнтності Коннора-Девідсона-10 (Connor–Davidson resilience scale-10)								
Резилієнтність	28,89±6,89	29,32±5,97	14,76±7,86	31,94±4,65	0,180	0,000	0,000	0,038

Загальний показник життєстійкості у пацієнтів ГП у процесі терапії збільшився з $72,23 \pm 9,44$ балів до $78,87 \pm 7,62$ балів ($p < 0,01$), а у пацієнтів ГВ – з $56,05 \pm 4,67$ балів до $82,60 \pm 10,61$ балів; причому у пацієнтів ГВ показник після лікування виявився значуще ($p < 0,05$) кращим, ніж у пацієнтів ГП. Необхідно зазначити, що у пацієнтів ГП показник життєстійкості до початку лікування перебував у межах норми, тоді як у пацієнтів ГВ приведення показника до нормального рівня відбулося лише під впливом терапії.

Ще більш суттєві відмінності були виявлені при порівнянні ефективності психокорекції відносно резилієнтності (рис. 3.32). Так, хоча у пацієнтів ГП показник резилієнтності збільшився в процесі терапії з $28,89 \pm 6,89$ балів до $29,32 \pm 5,97$ балів, це збільшення не мало статистично значущого характеру ($p > 0,05$). Натомість, у пацієнтів ГВ під впливом лікування відбулося більш ніж двократне зростання показника резилієнтності: з $14,76 \pm 7,86$ балів до $31,94 \pm 4,65$ балів ($p < 0,01$).

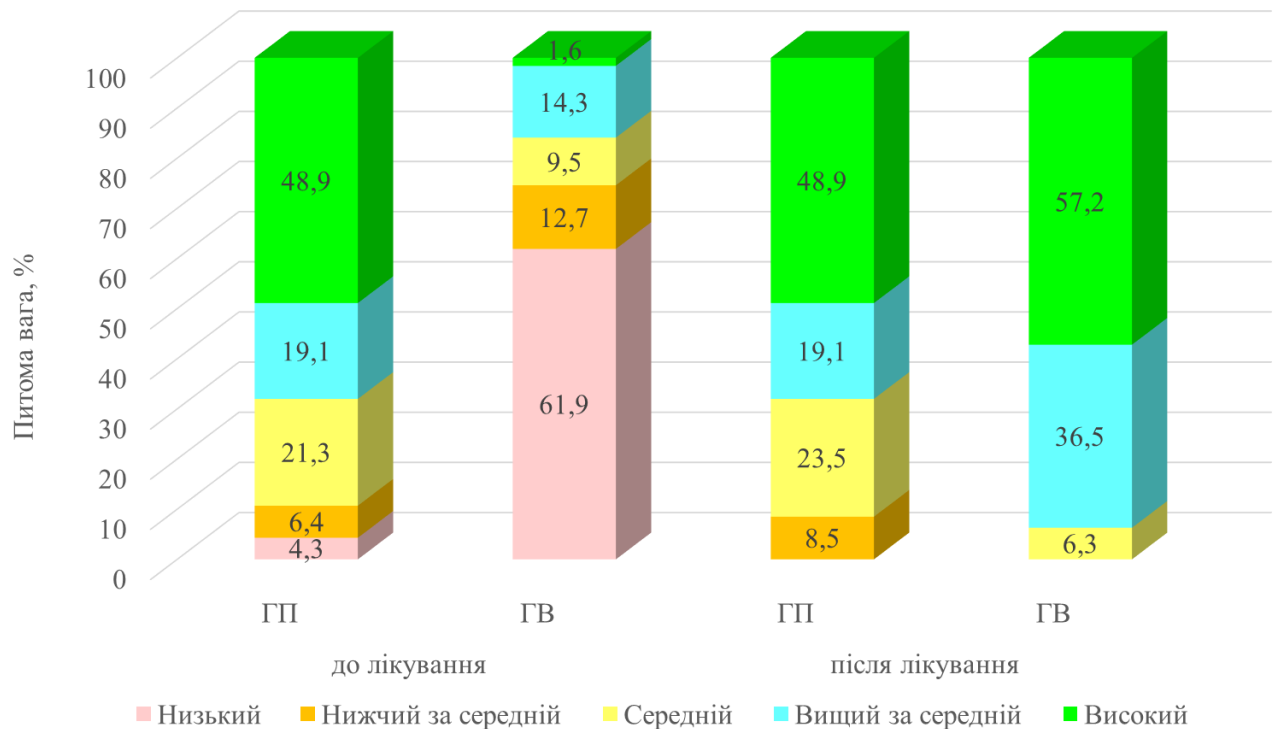


Рис. 3.32. Структура рівнів резилієнтності за шкалою резилієнтності Коннора-Девідсона-10 (Connor–Davidson resilience scale-10) у динаміці лікування

(питома вага пацієнтів з даним рівнем резилієнтності у % до загальної кількості пацієнтів відповідної групи)

Суттєво кращий вплив психокорекційних заходів на резилієнтність підтверджується даними аналізу динаміки рівнів резилієнтності в процесі терапії (рис. 3.32). Так, до початку лікування у пацієнтів ГП переважав високий рівень резилієнтності (48,9%), значною була також питома вага пацієнтів з вищим за середній (19,1%) та середнім (21,3%) рівнями, тоді як питома вага пацієнтів з нижчим за середній і низьким рівнями резилієнтності була незначною (6,4% і 4,3% відповідно). Натомість, серед пацієнтів ГВ спостерігалася зворотна картина: більшість (61,9%) складала пацієнти з низьким рівнем резилієнтності, 12,7% мали нижчий за середній рівень, 9,5% – середній. Тільки 14,3% пацієнтів цієї групи до початку втручання мали вищий за середній рівень резилієнтності, і лише один (1,6%) – високий.

У процесі лікування у ГП питома вага осіб з високим і вище середнього рівнями резилієнтності не змінилася; незначно збільшилася питома вага пацієнтів з середнім рівнем (до 23,5%), а пацієнти з низьким рівнем перейшли до групи з нижчим за середній рівень (8,5%). Натомість, у ГВ під впливом лікування не лишилося пацієнтів з низьким та нижчим за середній рівнями резилієнтності, питома вага пацієнтів з середнім рівнем зменшилася до 6,3%, а пацієнтів з вищим за середній і високим рівнями збільшилася відповідно до 36,5% та 57,2%. Слід зазначити, що загалом 93,7% пацієнтів ГВ після втручання продемонстрували високий і вищий за середній рівні резилієнтності, при цьому питома вага пацієнтів з цими рівнями після втручання у ГВ була більшою, ніж у ГП.

Висновки до розділу 3.

Серед пацієнтів з дерматологічними захворюваннями зустрічаються як психологічно адаптовані, так і дезадаптовані особи, незалежно від вітальності/невітальності патологічного процесу.

Серед осіб з ознаками ПДА з невітальними дерматологічними захворюваннями переважну кількість складають особи з окремими ознаками дезадаптації або з проявами невротизації з високим рівнем психоемоційної напруженості, між тим як у вибірці хворих з вітальними захворюваннями та наявністю дезадаптивних проявів, переважають особи з високою невротизацією та психоемоційною напругою, а також пацієнти з вираженою патопсихологічною симптоматикою синдромологічної та/або нозологічної окресленості.

У пацієнтів дерматологічного профілю з ознаками ПДА в клінічній картині превалюють тривожний (переважно у пацієнтів з невітальними захворюваннями) і депресивний (переважно у пацієнтів з вітальними захворюваннями) радикали, а допоміжні патопсихологічні конструкти представлені проявами соматизації, obsесивно-компульсивної симптоматики, міжособистісної сензитивності та фобічної тривожності.

Афективна симптоматика найбільше виражена у хворих з ПДА з вітальними дерматологічними захворюваннями, меншу виразність має у пацієнтів з невітальною шкірною патологією, а вираженість окремих показників тривожно-депресивного реагування у обстежених без ознак ПДА значуще не відрізняється у обстежених залежно від характеру дерматологічної патології (невітальної чи вітальної).

Наявність і інтенсивність дезадаптивного патопсихологічно-афективного реагування різного ступеню вираженості у хворих з дерматологічною патологією не мають чіткої асоційованості з вітальністю дерматологічного

процесу, а базуються на більш складних механізмах взаємовпливів біологічної predisпозиції та психологічних й психосоціальних факторів, мозаїчне поєднання яких визначає ресурсні можливості індивіда щодо конструктивного прийняття факту наявності дерматологічного захворювання і вибудови адекватної стратегії її опанування, незалежно від ступеню вітальності хвороби.

Як за інтегральними показниками так і за окремими характеристиками соціально-психологічної адаптації/дезаптації, ми виявили загальний тренд первинного значення браку адаптаційних ресурсів та вторинного – нозоспецифічних особливостей дерматологічної патології, у формуванні станів психологічної дезаптації, що проявляється як в клініко-психологічній площині, так і в сфері психосоціального функціонування.

Ці дані також узгоджуються з результатами вивчення ЯЖ обстежених: загальна тенденція асоційованості рівню ЯЖ та наявності ознак ПДА, була підтверджена як для інтегральних критеріїв оцінки ЯЖ, так і для 8-ми з 10-ти оцінювальних параметрів ЯЖ (нозоспецифічними виявились рівні фізичного благополуччя та працездатності, на відміну від усіх інших параметрів).

Дослідження підтвердило наші припущення щодо відсутності прямого взаємозв'язку між нозоспецифічністю та вітальністю дерматологічного захворювання і станом психосоціального функціонування індивіда, особливо в контексті адаптивності та її ресурсної бази. Отримані результати стосовно того, що дерматологічні хворі без клінічних ознак ПДА, незалежно від нозологічної приналежності основного захворювання, мають достатній ресурс адаптивності та задіяють його в сфері соціально-психологічної взаємодії, є для нас передбачуваними, але такими, що потребували наукового обґрунтування та доведення.

Серед пацієнтів з дерматологічними захворюваннями зустрічаються як особи з високим рівнем особистісних адаптаційних ресурсів, так і з дефіцитом

життєстійкості, резильєнтності та соціальної підтримки, незалежно від вітальності/невітальності патологічного процесу.

Стан як інтрапсихічних – життєстійкість та резильєнтність, так і інтерпсихічних – соціальна підтримка – джерел ресурсів особистості, має визначальний вплив на формування і розвиток станів ПДА у пацієнтів дерматологічного профілю, незалежно від характеру захворювання. Високий рівень особистісних ресурсів є фактором превенції щодо розвитку дезадаптації навіть у ситуації вітальності хвороби, в той час як їх дефіцит стає поштовхом і підґрунтям для розвитку дезадаптації у пацієнтів з невітальними захворюваннями.

Ревізія особистісної ресурсної бази з аналізом стану інтерпсихічних та інтрапсихічних її джерел у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози довела наявність зворотньоолінійної тенденції щодо їх вираженості та станом ПДА, 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 ПДА.

Науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено у практику охорони здоров'я алгоритм оцінки та прогнозування ПДА у хворих з дерматологічною патологією. Виділено три основні блоки, що охоплюють широкий спектр біологічних, індивідуально-психологічних, соціально-середовищних, психосоціальних чинників, які виявилися маркерами психологічної адаптації-дезадаптації для хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози: психоемоційний, психосоціальний, особистісний. За оцінкою стану даних показників (добрий стан; задовільний стан; незадовільний стан) формується висновок про прогноз ПДА. Дані параметри є критеріями

диференціації психокорекційних заходів, об'єм в зміст яких залежить від наявності і вираженості ПДА, визначених за зазначеним алгоритмом.

Застосування заходів персоніфікованої психокорекції, засновані на використанні алгоритму прогнозування ПДА у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози, довело її ефективність щодо усунення психопатологічних проявів (депресії і тривоги), покращення якості життя та соціального функціонування, та підвищення життєстійкості та резилієнтності.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях [208 – 213].

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

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 [214].

Так, поширеність психічних розладів поміж дерматологічних пацієнтів коливається за даними різних досліджень від 20 до 40%, коморбідної патології 15 – 30%. Найбільш часто шкірні захворювання коморбідні з депресивними – 59 – 77%, тривожними розладами – 6 – 30%, розладами особистості – до 57%. Окрему групу складають порушення самосприйняття – дисморфофобія 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 розвитку у порівнянні з нозогенними реакціями – 45,7% проти 25,7%. Поміж нозогенних реакцій найбільша частка припадає на депресивні – 26,1% та тривожні стани – 28,4%, для іпохондричних розвитків на масковану та надцінну іпохондрію – 28,6% та 28,5% відповідно [214].

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

- ураження видимих ділянок шкіри з формуванням дефектів зовнішності;
- стійкі неприємні важкокоректовані сенсорні відчуття (свербіння, біль, мокнуття);

- хронічний рецидивуючий перебіг патології, часто співзалежний з психоемоційним станом та рівнем стресу.

Крім того, серед дерматологічних захворювань, зустрічаються й небезпечні для життя онкодерматологічні хвороби, а саме, меланома, карцинома шкіри, базаліома або плоскоклітинний рак голови та шиї. В 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.

Мета роботи – на основі вивчення клініко-психологічних особливостей, психоемоційних, психосоціальних і особистісних маркерів психологічної дезадаптації хворих з дерматологічними захворюваннями різного рівню вітальної загрози, розробити персоніфіковані програми психокорекції для даних категорій хворих.

Гіпотезою роботи стали наступні твердження: якщо захворювання на дерматологічну патологію відбувається на тлі підвищеної стрес-вразливості й недостатності стрес-протективних ресурсів особистості за рахунок визначального дефіциту особистісної життєстійкості та резильєнтності, та потенціюється браком соціальної підтримки, це призводить до розвитку психологічної дезадаптації, процес формування якої первинно не має нозологічної специфічності і не залежить від вітальності патологічного процесу; варіативність клінічних проявів психологічної дезадаптації визначається станом особистісних ресурсів, а інтенсивність асоційована з вітальністю дерматологічної патології; наявність психологічної дезадаптації, за принципом «порочного кола», ще більше знижує стрес-протективні можливості особистості і сприяє формуванню порушень психосоціального функціонування, які ще більше обтяжують її прогресування і прогредієнтність.

На засадах біомедичної етики та деонтології, нами було комплексно обстежено 120 хворих дерматологічного профілю, які перебували на лікуванні у трьох філіях клініки «Dr. Zapolska Clinic» протягом 2020-2022 років, а саме: 60 хворих з невітальними дерматологічними захворюваннями (себорейний кератоз L82, кандиломи A63.0, ангіоми D18.0, порушення пігментації L80), та 60 хворих з дерматологічними захворюваннями, що складають вітальну загрозу (меланома C43, базаліома C44, карцинома шкіри D04).

Розподіл на групи дослідження проводився з використанням двох критеріїв: нозологічного та клініко-психологічного. Наявність і вираженість ознак ПДА визначали клініко-психологічним і психодіагностичним методами з використанням тесту «Нервово-психічна адаптація» І. Н. Гурвіча. За результатами попередньої оцінки психічного стану, в кожній нозологічній групі було виділено по дві підгрупи (з ознаками ПДА та без ознак ПДА), що призвело до формування 4 клінічних груп:

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

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

Оцінку клінічної складової континууму адаптація-дезадаптація здійснювали за допомогою опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R (L. Derogatis et al.,

адаптація Н.В. Тарабріної, 2001), а також шкал депресії та тривоги М. Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression – HRDS, Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS) (М. Hamilton, 1959; 1960). Оцінку психосоціального функціонування здійснювали за допомогою опитувальника соціально-психологічної адаптації К.Роджерса – Р.Даймонд, та методики оцінки якості життя I. Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути. Ревізію стану інтерпсихічних джерел адаптації пацієнтів проводили за допомогою оцінки стану особистісної життєстійкості (за нативною методикою S. Maddy в адаптації Д. Леонтєва, І. Расказової) та резильєнтності (за шкалою резилієнтності Коннора-Девідсона Connor–Davidson resilience scale-10, адаптованої О.М.Кокуном, 2022), інтрапсихічних – з використанням багатовимірної шкали сприйняття соціальної підтримки – MSPSS Д. Зімета в адаптації В.М. Ялтонського та Н.О. Сироти.

В ході роботи встановлено наступне. Серед пацієнтів з дерматологічними захворюваннями зустрічаються як психологічно адаптовані (41,7%), так і дезадаптовані особи (58,3%), незалежно від вітальності/невітальності патологічного процесу. Серед осіб з ознаками психологічної дезадаптації з невітальними дерматологічними захворюваннями (55,0% респондентів з невітальними дерматологічними захворюваннями) переважну кількість складають особи з окремими дезадаптивними ознаками або з проявами невротизації, між тим як у вибірці хворих з вітальними захворюваннями та наявністю дезадаптивних проявів (61,7% від загальної кількості пацієнтів з вітальними дерматологічними захворюваннями), переважають особи з високим рівнем невротизації та психоемоційної напруги, а також пацієнти з вираженою патопсихологічною симптоматикою синдромологічної та/або нозологічної окресленості. У пацієнтів дерматологічного профілю з ознаками психологічної дезадаптації в клінічній картині превалюють тривожний (переважно у пацієнтів з невітальними захворюваннями) і депресивний (переважно у пацієнтів з вітальними захворюваннями) радикали, а допоміжні психопатологічні

конструкти представлені проявами соматизації, obsесивно-компульсивної симптоматики, міжособистісної сензитивності та фобічної тривожності. Афективна симптоматика найбільше виражена у хворих з дезадаптацією з вітальними дерматологічними захворюваннями, меншу виразність має у пацієнтів з невітальною шкірною патологією, а вираженість окремих показників тривожно-депресивного реагування у обстежених без ознак дезадаптації значуще не відрізняється у обстежених залежно від характеру дерматологічної патології (невітальної чи вітальної).

Наявність порушень психосоціального функціонування у хворих дерматологічного профілю асоційована зі станом їх психічного здоров'я: дерматологічні хворі без клінічних ознак психологічної дезадаптації, незалежно від нозологічної приналежності та вітальності основного захворювання, мають достатній рівень психосоціальної адаптації та якості життя. Порушення психосоціального функціонування у вигляді дезадаптивних проявів в сфері соціально-психологічної взаємодії та зниження якості життя, спостерігаються у психологічно дезадаптованих осіб, причому у пацієнтів з психологічною дезадаптацією та вітальним дерматологічним процесом результати виявляються найгіршими, порівняно з дезадаптованими респондентами з невітальними захворюваннями. Порушення психосоціального функціонування проявляються викривленням соціально-психологічної адаптації (високі рівні неприйняття себе і інших, емоційного дискомфорту, ведомості, ескапізму, низька інтернальність) та зниженням якості життя в усіх сферах (причому рівні фізичного благополуччя і працездатності виявляють нозоспецифічність та чутливість до вітальності дерматологічної патології, на відміну від усіх інших параметрів якості життя).

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

Стан як інтрапсихічних – життєстійкість та резильєнтність, 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 фактором превенції щодо розвитку дезадаптації навіть у ситуації вітальності хвороби, в той час як їх дефіцит стає поштовхом і підґрунтям для розвитку дезадаптації у пацієнтів з невітальними захворюваннями.

Ревізія особистісної ресурсної бази з аналізом стану інтерпсихічних та інтрапсихічних її джерел у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози доводить наявність зворотньоолінійної тенденції щодо їх вираженості та станом психологічної дезадаптації, розвиток і прогресування якої відбувається на тлі зниження показників як інтер-, так і інтрапсихічних ресурсів особистості, та обґрунтовує первинне значення браку адаптаційних ресурсів та вторинне – нозоспецифічних особливостей дерматологічної патології, у формуванні станів психологічної дезадаптації.

Науково обґрунтовано й розроблено алгоритм оцінки та прогнозування психологічної дезадаптації у хворих дерматологічного профілю. На основі аналізу отриманих даних, виділено три блоки – психоемоційний, психосоціальний і особистісний, які охоплюють широкий спектр біологічних, індивідуально-психологічних, соціально-середовищних, психосоціальних чинників, які виявилися маркерами психологічної адаптації-дезадаптації для хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози. Алгоритм орієнтований на виявлення ризику розвитку і оцінку стану психологічної дезадаптації як у цілому, так і за цими складовими, що дає можливість лікарєві-психологу визначити уразливі сфери і спрямувати корекційні заходи для впливу на ці сфери, що збільшує ефективність та

забезпечує персоніфікованість психологічної корекції хворих з дерматологічною патологією з різним рівнем вітальної загрози.

Розроблено, впроваджено й доведено ефективність персоніфікованої психокорекції хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози. Сформульовані її базові засади, загальна мета і ключові цілі, визначена триетапна структура з наданням характеристики кожному з етапів (оціночно-діагностичний, клініко-терапевтичний, корекційно-адаптаційний), визначені базові технології (психоосвіта, когнітивно-поведінкова терапія, сімейна терапія, тренінг резильєнтності та життєстійкості), обґрунтовані критерії персоніфікації психокорекційних заходів, зміст і обсяг яких залежить від ступеню ризику розвитку психологічної дезадаптації. Застосування заходів персоніфікованої психокорекції, засновані на використанні алгоритму прогнозування психологічної дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози, довело її ефективність щодо усунення психопатологічних проявів (депресії і тривоги), покращення якості життя та соціального функціонування, та підвищення життєстійкості та резилієнтності. Це дає підстави рекомендувати її для впровадження у практику охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. В дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне узагальнення і наведено вирішення актуальної наукової задачі медичної психології з визначення клініко-психологічних особливостей, психоемоційних, психосоціальних і особистісних маркерів психологічної дезадаптації хворих з дерматологічними захворюваннями різного рівню вітальної загрози, на основі чого, з урахуванням специфічних особливостей даного контингенту, обґрунтовано і розроблено персоналізовані програми психокорекції для даних категорій хворих.

2. Серед пацієнтів з дерматологічними захворюваннями зустрічаються як психологічно адаптовані (41,7%), так і дезадаптовані особи (58,3%), незалежно від вітальності/невітальності патологічного процесу.

2.1. Серед осіб з ознаками психологічної дезадаптації з невітальними дерматологічними захворюваннями (55,0% респондентів з невітальними дерматологічними захворюваннями) переважну кількість складають особи з окремими дезадаптивними ознаками або з проявами невротизації, між тим як у вибірці хворих з вітальними захворюваннями та наявністю дезадаптивних проявів (61,7% від загальної кількості пацієнтів з вітальними дерматологічними захворюваннями), переважають особи з високим рівнем невротизації та психоемоційної напруги, а також пацієнти з вираженою патопсихологічною симптоматикою синдромологічної та/або нозологічної окресленості.

2.2. У пацієнтів дерматологічного профілю з ознаками психологічної дезадаптації в клінічній картині превалюють тривожний (переважно у пацієнтів з невітальними захворюваннями) і депресивний (переважно у пацієнтів з вітальними захворюваннями) радикали, а допоміжні психопатологічні конструкти представлені проявами соматизації, obsesивно-компульсивної симптоматики, міжособистісної сензитивності та фобічної тривожності.

2.3. Афективна симптоматика найбільше виражена у хворих з дезадаптацією з вітальними дерматологічними захворюваннями, меншу виразність має у пацієнтів з невітальною шкірною патологією, а вираженість окремих показників тривожно-депресивного реагування у обстежених без ознак дезадаптації значуще не відрізняється у обстежених залежно від характеру дерматологічної патології (невітальної чи вітальної).

3. Наявність порушень психосоціального функціонування у хворих дерматологічного профілю асоційована зі станом їх психічного здоров'я: дерматологічні хворі без клінічних ознак психологічної дезадаптації, незалежно від нозологічної приналежності та вітальності основного захворювання, мають достатній рівень психосоціальної адаптації та якості життя. Порушення психосоціального функціонування у вигляді дезадаптивних проявів в сфері соціально-психологічної взаємодії та зниження якості життя, спостерігаються у психологічно дезадаптованих осіб, причому у пацієнтів з психологічною дезадаптацією та вітальним дерматологічним процесом результати виявляються найгіршими, порівняно з дезадаптованими респондентами з невітальними захворюваннями. Порушення психосоціального функціонування проявляються викривленням соціально-психологічної адаптації (високі рівні неприйняття себе і інших, емоційного дискомфорту, ведомості, ескапізму, низька інтернальність) та зниженням якості життя в усіх сферах (причому рівні фізичного благополуччя і працездатності виявляють нозоспецифічність та чутливість до вітальності дерматологічної патології, на відміну від усіх інших параметрів якості життя).

4. Серед пацієнтів з дерматологічними захворюваннями зустрічаються як особи з високим рівнем особистісних адаптаційних ресурсів, так і з дефіцитом життестійкості, резильєнтності та соціальної підтримки, незалежно від нозоспецифічності та вітальності/невітальності патологічного процесу.

Стан як інтрапсихічних – життестійкість та резильєнтність, 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 фактором превенції щодо розвитку дезадаптації навіть у ситуації вітальності хвороби, в той час як їх дефіцит стає поштовхом і підґрунтям для розвитку дезадаптації навіть у пацієнтів з невітальними захворюваннями.

Ревізія особистісної ресурсної бази з аналізом стану інтрапсихічних та інтрапсихічних її джерел у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози доводить наявність зворотньоолінійної тенденції щодо їх вираженості та станом психологічної дезадаптації, розвиток і прогресування якої відбувається на тлі зниження показників як інтер-, так і інтрапсихічних ресурсів особистості, та обґрунтовує первинне значення браку адаптаційних ресурсів та вторинне – нозоспецифічних особливостей дерматологічної патології, у формуванні станів психологічної дезадаптації.

5. Науково обґрунтовано й розроблено алгоритм оцінки та прогнозування психологічної дезадаптації у хворих дерматологічного профілю. На основі аналізу отриманих даних, виділено три блоки – психоемоційний, психосоціальний і особистісний, які охоплюють широкий спектр біологічних, індивідуально-психологічних, соціально-середовищних, психосоціальних чинників, які виявилися маркерами психологічної адаптації-дезадаптації для хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози. Алгоритм орієнтований на виявлення ризику розвитку і оцінку стану психологічної дезадаптації як у цілому, так і за цими складовими, що дає можливість лікареві-психологу визначити уразливі сфери і спрямувати корекційні заходи для впливу на ці сфери, що збільшує ефективність та забезпечує персоніфікованість психологічної корекції хворих з дерматологічною патологією з різним рівнем вітальної загрози.

6. Розроблено, впроваджено й доведено ефективність персоніфікованої психокорекції хворих з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози. Сформульовані її базові засади, загальна мета і ключові цілі, визначена триетапна структура з наданням характеристики кожному з етапів (оціночно-діагностичний, клініко-терапевтичний, корекційно-адаптаційний), визначені базові технології (психоосвіта, когнітивно-поведінкова терапія, сімейна терапія, тренінг резильєнтності та життєстійкості), обґрунтовані критерії персоніфікації психокорекційних заходів, зміст і обсяг яких залежить від ступеню ризику розвитку психологічної дезадаптації. Застосування заходів персоніфікованої психокорекції, засновані на використанні алгоритму прогнозування психологічної дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози, довело її ефективність щодо усунення психопатологічних проявів (депресії і тривоги), покращення якості життя та соціального функціонування, та підвищення життєстійкості та резилієнтності. Це дає підстави рекомендувати її для впровадження у практику охорони здоров'я.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. При обстеженні хворих з дерматологічною патологією, незалежно від нозологічних і вітальних характеристик основного захворювання, обов'язкову увагу треба приділяти стану їх психологічної адаптації, бо цей фактор може чинити як превентивний, так і предиктивний вплив на стан психічного здоров'я та, опосередковано, на перебіг хвороби.

2. Алгоритм оцінки та прогнозування психологічної дезадаптації у хворих дерматологічного профілю є надійним та валідним діагностичним інструментом для ідентифікації наявних у пацієнта ризиків щодо погіршення його психічного стану та критерієм персоніфікації медико-психологічної допомоги.

3. Персоніфікована психокорекція хворих з дерматологічними захворюваннями залежно від стану їх психологічної адаптації/дезадаптації повинна здійснюватись у три етапи (оціночно-діагностичний, клініко-терапевтичний, корекційно-адаптаційний) з використанням базових психотерапевтичних технологій психоосвіти, когнітивно-поведінкової терапії, релаксаційних технік, сімейної терапії, тренінгів резильєнтності та життєстійкості, та розвитку комунікаційних навичок.

4. Персоніфікація психокорекційних впливів у пацієнтів з дерматологічною патологією визначається не вітальністю основного захворювання, а станом їх психологічної адаптації/дезадаптації та прогнозом щодо її прогресування. Для пацієнтів з «добрим» станом психоемоційних, психосоціальних і особистісних маркерів психологічної адаптації рекомендовано заходи психоосвіти та психологічного консультування для профілактики розвитку дезадаптації, в разі «задовільного стану» – психоосвіту та психокорекційні заходи, «незадовільного» – на тлі психоосвіти рекомендовані довготривалі психокорекційні заходи, тренінги комунікації та підвищення стресостійкості, за показами – консультація психіатра.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Cancer: World Health Organization Bulletin. 2020. URL: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 (дата звернення: 01.03.2024).
2. Ferlay J., Ervik M., Lam F., Colombet M., Mery L., Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020. URL: <https://gco.iarc.fr/today> (дата звернення: 23.12.2023).
3. Siegel R.L., Giaquinto A.N., Jemal A. Cancer statistics, 2024 // *CA Cancer J Clin.* 2024. Vol. 74(1). P. 12-49. doi: 10.3322/caac.21820.
4. Tow R., Hanoun S., Andresen B., Shahid A., Wang J., Kelly K.M., Meyskens F.L. Jr., Huang Y. Recent Advances in Clinical Research for Skin Cancer Chemoprevention // *Cancers (Basel).* 2023. Vol. 15(15). P. 3819. doi: 10.3390/cancers15153819.
5. Reyes-Marcelino G., McLoughlin K., Harrison C., Watts C.G., Kang Y.J., Aranda S., Aitken J.F., Guitera P., Cust A.E. Skin cancer-related conditions managed in general practice in Australia, 2000-2016: a nationally representative, cross-sectional survey // *BMJ Open.* 2023. Vol. 13(5). P. e067744. doi: 10.1136/bmjopen-2022-067744.
6. Civilotti C., Lucchini D., Fogazzi G., Palmieri F., Benenati A., Buffoli A., Girardi V., Ruzzenenti N., Di Betta A., Donarelli E., Veglia F., Di Fini G., Gandino G. The role of integrated psychological support in breast cancer patients: a randomized monocentric prospective study evaluating the Fil-Rouge Integrated Psycho-Oncological Support (FRIPOS) program // *Support Care Cancer.* 2023. Vol. 31(5). P. 266. doi: 10.1007/s00520-023-07732-4.

7. Licu M., Ionescu C.G., Paun S. Quality of Life in Cancer Patients: The Modern Psycho-Oncologic Approach for Romania-A Review // *Curr Oncol*. 2023. Vol. 30(7). P. 6964-6975. doi: 10.3390/currenconcol30070504.
8. Deodhar J.K., Sonkusare L.N., Goswami S.S. Psychiatric disorders in older adults with cancer referred to psycho-oncology service in a tertiary care cancer centre: a 7-year real world experience from India // *BMC Psychiatry*. 2024. Vol. 24(1). P. 49. doi: 10.1186/s12888-024-05492-x.
9. Чабан О., Хаустова О., Сак Л. Психосоматичний підхід до діагностики та лікування тривоги у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями // *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Vol. 5(1). P. e0501229. URL: <https://www.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/229> (дата звернення: 14.02.2024).
10. Чабан О., Хаустова О., Тимощук Є. Непсихотичні психічні розлади у пацієнтів з хронічними соматичними неінфекційними захворюваннями в умовах перманентного стресу: роль метаболічної терапії // *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. Том 8, № 4. URL: <https://grobid.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/467/954> (дата звернення: 25.02.2024).
11. Khaustova O.O., Markova M.V., Driuchenko M.O., Burdeinyi A.O. Proactive psychological and psychiatric support of patients with chronic non-communicable diseases in a randomised trial: a Ukrainian experience // *Gen Psychiatr*. 2022. Vol. 35(5). P. e100881. doi: 10.1136/gpsych-2022-100881.
12. Белов О.О. Стан алекситимії у хворих на злоякісні новоутворення шкіри з низьким рівнем вітальної загрози // *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2023. № 4 (13).
13. Белов О.О. Особливості психопатологічного реагування і стрес-долаючої поведінки у хворих на злоякісні захворювання шкіри з низьким рівнем

- вітальної загрози // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2024. № 23.
14. Мухаровська І., Калачов О., Абдряхімова Ц., Клебан К. Тривожні та депресивні розлади у онкологічних пацієнтів з хронічним больовим синдромом на етапі паліативного лікування // Психосоматична медицина та загальна практика. 2019. № 4(1). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/191> (дата звернення: 19.02.2024).
 15. Мухаровська І., Становський Б. Телемедичні засоби у наданні медико-психологічної допомоги онкологічним пацієнтам в умовах війни // Психосоматична медицина та загальна практика. 2022. № 7(2). URL: <https://ojsdemo.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/387> (дата звернення: 8.03.2024).
 16. Yélamos O., Geller S., Tokez S. Skin cancer special issue in Skin Health and Disease // Skin Health Dis. 2023. Vol. 3(2). P. e224. doi: 10.1002/ski2.224.
 17. Zaar O., Gillstedt M., Lindelöf B., Wennberg-Larkö A.-M., Paoli J. Merkel cell carcinoma incidence is increasing in Sweden // J. Eur. Acad. Derm. Venereol. 2016. P. 30. Vol. 1708–1713. doi: 10.1111/jdv.13698.
 18. World Health Organization International Agency for Research on Cancer GLOBOCAN 2018. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2018. 2020. <https://www.gco.iarc.fr/today/online-analysis-map>. (Дата звернення: 19.01.2024).
 19. Apalla Z., Lallas A., Sotiriou E., Lazaridou E., Ioannides D. Epidemiological trends in skin cancer // Dermatol Pract Concept. 2017. Vol. 7. P. 1–6.
 20. Rajbhar R., Anvikar A., Sulhyan K. Clinicopathological correlation of malignant skin tumors: A retrospective study of 5 years // Int J Health Sci (Qassim). 2020. Vol. 14(3). P. 18-25.

21. Cives M., Mannavola F., Lospalluti L et al. Non-Melanoma Skin Cancers: Biological and Clinical Features // *Int J Mol Sci*. 2020. Vol. 21(15). P. 5394. doi: 10.3390/ijms21155394.
22. Rastrelli M., Tropea S., Rossi C.R., Alaibac M. Melanoma: Epidemiology, risk factors, pathogenesis, diagnosis and classification // *In Vivo*. 2014. Vol. 28. P. 1005–11.
23. National Cancer Institute. SEER Stats Fact Sheets: Melanoma of the skin. <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/melan.html>. (Дата звернення: 20.01.2024).
24. Burns D., George J., Aucoin D. et al. The pathogenesis and clinical management of cutaneous melanoma: an evidence-based review // *J Med Imaging Radiat Sci*. 2019. Vol. 50(3). P. 460-469.e1. doi: 10.1016/j.jmir.2019.05.001.
25. Erdmann F., Lortet-Tieulent J., Schuz J. et al. International trends in the incidence of malignant melanoma 1953–2008—are recent generations at higher or lower risk? // *Int J Cancer*. 2013. Vol. 132. P. 385–400. doi: 10.1002/ijc.27616.
26. Shaikh W.R., Dusza S.W., Weinstock M.A., Oliveria S.A., Geller A.C., Halpern A.C. Melanoma thickness and survival trends in the United States, 1989 to 2009 // *J Natl Cancer Inst*. 2016. Vol. 108. P. pii-djv294.
27. Wehner M.R., Shive M.L., Chren M.M., Han J., Qureshi A.A., Linos E. Indoor tanning and non-melanoma skin cancer: systematic review and meta-analysis // *BMJ*. 2012. Vol. 345. P. e5909. doi: 10.1136/bmj.e5909.
28. Flohil S.C., Seubring I., van Rossum M.M., Coebergh J.W., De Vries E., Nijsten T. Trends in basal cell carcinoma incidence rates: a 37-year Dutch observational study // *J Invest Dermatol*. 2013. Vol. 133. P. 913–918. doi: 10.1038/jid.2012.431.
29. Qureshi A.A., Wei-Passanese E.X., Li T., Han J. Host risk factors for the development of multiple non-melanoma skin cancers // *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013. Vol. 27. P. 565–570. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04483.x.

30. Brown K.F., Runggay H., Dunlop C. et al. The fraction of cancer attributable to modifiable risk factors in England, Wales, Scotland, Northern Ireland, and the United Kingdom in 2015 // *Br J Cancer*. 2018. Vol. 118(8). P. 1130–1141.
31. Cancer Research UK. Melanoma skin cancer risk. <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/melanoma-skin-cancer/risk-factors#heading-Two>. (Дата звернення: 18.01.2024)
32. Cameron M.C., Lee E., Hibler B.P. et al. Basal cell carcinoma: epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations // *J Am Acad Dermatol*. 2019. Vol. 80(2). P. 303–317.
33. Sood S., Jayachandiran R., Pandey S. Current advancements and novel strategies in the treatment of metastatic melanoma // *Integr Cancer Ther*. 2021. Vol. 20. P. 1534735421990078. doi: 10.1177/1534735421990078.
34. Curti B.D., Faries M.B. Recent advances in the treatment of melanoma // *N Engl J Med*. 2021. Vol. 384(23). P. 2229-2240. doi: 10.1056/nejmra2034861
35. Arnold M., Singh D., Laversanne M. et al. Global burden of cutaneous melanoma in 2020 and projections to 2040 // *JAMA Dermatol*. 2022. Vol. 158(5). P. 495-503. doi: 10.1001/jamadermatol.2022.0160.
36. Schadendorf D., van Akkooi A.C.J., Berking C. et al. Melanoma // *Lancet*. 2018. Vol. 392(10151). P. 971-984. doi: 10.1016/s0140-6736(18)31559-9
37. Davis L.E., Shalin S.C., Tackett A.J. Current state of melanoma diagnosis and treatment // *Cancer Biol Ther*. 2019. Vol. 20(11). P. 1366-1379. doi: 10.1080/15384047.2019.1640032.
38. Raimonds K. Melanoma. In: K Franca, T Lotti, eds. *Advances in Integrative Dermatology*. Wiley; 2019. P. 271-289.
39. Wolchok J.D., Chiarion-Sileni V., Gonzalez R. et al. Long-term outcomes with nivolumab plus ipilimumab or nivolumab alone versus ipilimumab in patients

- with advanced melanoma // *J Clin Oncol.* 2021. Vol. 40(2). P. 127-137. doi: 10.1200/jco.21.02229.
40. Ascierto P.A., Dummer R., Gogas H.J. et al. Update on tolerability and overall survival in COLUMBUS: landmark analysis of a randomised phase 3 trial of encorafenib plus binimetinib vs vemurafenib or encorafenib in patients with BRAF V600-mutant melanoma // *Eur J Cancer.* 2020. Vol. 126. P. 33-44.
41. Cameron M.C., Lee E., Hibler B.P., Barker C.A., Mori S., Cordova M., Nehal K.S., Rossi A.M. Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations // *J. Am. Acad. Derm.* 2018. Vol. 80. P. 303–317. doi: 10.1016/j.jaad.2018.03.060.
42. García J.B., Suárez-Varela M.M., Vilata J.J., Marquina A., Pallardó L., Crespo J. Risk factors for non-melanoma skin cancer in kidney transplant patients in a Spanish population in the Mediterranean region // *Acta Derm. Venereol.* 2013. Vol. 93. P. 422–427. doi: 10.2340/00015555-1525.
43. de Sá T.R.C., Silva R., Lopes J.M. Basal cell carcinoma of the skin (part 1): Epidemiology, pathology and genetic syndromes // *Future Oncol.* 2015. Vol. 11. P. 3011–3021. doi: 10.2217/fon.15.246.
44. Bresler S.C., Padwa B.L., Granter S.R. Nevroid Basal Cell Carcinoma Syndrome (Gorlin Syndrome) // *Head Neck Pathol.* 2016. Vol. 10. P. 119–124. doi: 10.1007/s12105-016-0706-9.
45. Monkkonen T., Lewis M.T. New paradigms for the Hedgehog signaling network in mammary gland development and breast Cancer // *Biochim. Biophys. Acta Rev. Cancer.* 2017. Vol. 1868. P. 315–332. doi: 10.1016/j.bbcan.2017.06.003.
46. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // *Ca. Cancer. J. Clin.* 2018. Vol. 68. P. 394–424. doi: 10.3322/caac.21492.

47. Gonnissen A., Isebaert S., Haustermans K. Targeting the Hedgehog signaling pathway in cancer: Beyond Smoothed // *Oncotarget*. 2015. Vol. 6. P. 13899–13913. doi: 10.18632/oncotarget.4224.
48. Song L., Li Z.-Y., Liu W.-P., Zhao M.-R. Crosstalk between Wnt/ β -catenin and Hedgehog/Gli signaling pathways in colon cancer and implications for therapy // *Cancer Biol*. 2015. Vol. 16. P. 1–7. doi: 10.4161/15384047.2014.972215.
49. Bai Y., Bai Y., Dong J., Li Q., Jin Y., Chen B., Zhou M. Hedgehog Signaling in Pancreatic Fibrosis and Cancer // *Medicine (Baltimore)* 2016. Vol. 95. P. e2996. doi: 10.1097/MD.0000000000002996.
50. Bonilla X., Parmentier L., King B., Bezrukov F., Kaya G., Zoete V., Seplyarskiy V.B., Sharpe H.J., McKee T., Letourneau A. et al. Genomic analysis identifies new drivers and progression pathways in skin basal cell carcinoma // *Nat. Genet*. 2016. Vol. 48. P. 398–406. doi: 10.1038/ng.3525.
51. Bushman W. Hedgehog Signaling in Prostate Development, Regeneration and Cancer // *J. Dev. Biol*. 2016. Vol. 4. P. 30. doi: 10.3390/jdb4040030.
52. Pellegrini C., Maturo M.G., Di Nardo L., Ciciarelli V., García-Rodrigo C.G., Fagnoli M.C. Understanding the Molecular Genetics of Basal Cell Carcinoma // *Int. J. Mol. Sci*. 2017. Vol. 18. P. 2485. doi: 10.3390/ijms18112485.
53. Giroux-Leprieur E., Costantini A., Ding V.W., He B. Hedgehog Signaling in Lung Cancer: From Oncogenesis to Cancer Treatment Resistance // *Int. J. Mol. Sci*. 2018. Vol. 19. P. 2835. doi: 10.3390/ijms19092835.
54. Cortes J.E., Gutzmer R., Kieran M.W., Solomon J.A. Hedgehog signaling inhibitors in solid and hematological cancers // *Cancer Treat. Rev*. 2019. Vol. 76. P. 41–50. doi: 10.1016/j.ctrv.2019.04.005.
55. Jeng K.-S., Chang C.-F., Lin S.-S. Sonic Hedgehog Signaling in Organogenesis, Tumors, and Tumor Microenvironments // *Int. J. Mol. Sci*. 2020. Vol. 21. P. 758. doi: 10.3390/ijms21030758.

56. McCusker M., Basset-Seguin N., Dummer R., Lewis K., Schadendorf D., Sekulic A., Hou J., Wang L., Yue H., Hauschild A. Metastatic basal cell carcinoma: Prognosis dependent on anatomic site and spread of disease // *Trends Pharm. Sci.* 2014. Vol. 50. P. 774–783. doi: 10.1016/j.ejca.2013.12.013.
57. Trakatelli M., Morton C., Nagore E., Ulrich C., Del Marmol V., Peris K., Basset-Seguin N. Update of the European guidelines for basal cell carcinoma management // *Eur. J. Derm.* 2014. Vol. 24. P. 312–329. doi: 10.1684/ejd.2014.2271.
58. Kauvar A.N.B., Cronin T., Roenigk R., Hruza G., Bennett R. Consensus for nonmelanoma skin cancer treatment: Basal cell carcinoma, including a cost analysis of treatment methods // *Derm. Surg.* 2015. Vol. 41. P. 550–571. doi: 10.1097/DSS.0000000000000296.
59. Di Stefani A., Chimenti S. Basal cell carcinoma: Clinical and pathological features // *G Ital. Derm. Venereol.* 2015. Vol. 150. P. 385–391.
60. Cullen R., Hasbún P., Campos-Villenas M. Superficial basal cell carcinoma // *Exp. Hematol.* 2016. Vol. 149. P. 140. doi: 10.1016/j.medcle.2017.06.029.
61. Tan C.Z., Rieger K.E., Sarin K.Y. Basosquamous Carcinoma: Controversy, Advances, and Future Directions // *Derm. Surg.* 2016. Vol. 43. P. 23–31. doi: 10.1097/DSS.0000000000000815.
62. Connolly S.M., Baker D.R., Coldiron B.M., Fazio M.J., Storrs P.A., Vidimos A.T., Zalla M.J., Brewer J.D., Begolka W.S., Berger T.G. et al. AAD/ACMS/ASDSA/ASMS 2012 appropriate use criteria for Mohs micrographic surgery: A report of the American Academy of Dermatology, American College of Mohs Surgery, American Society for Dermatologic Surgery Association, and the American Society for Mohs Surgery // *J. Control. Release.* 2012. Vol. 67. P. 531–550.
63. Drucker A.M., Adam G.P., Rofeberg V., Gazula A., Smith B., Moustafa F., Weinstock M.A., Trikalinos T.A. Treatments of Primary Basal Cell Carcinoma

- of the Skin: A Systematic Review and Network Meta-analysis // *Ann. Intern. Med.* 2018. Vol. 169. P. 456–466. doi: 10.7326/M18-0678.
- 64.Lazarevic D., Ramelyte E., Dummer R., Imhof L. Radiotherapy in Periocular Cutaneous Malignancies: A Retrospective Study // *Dermatology (Basel)*. 2019. Vol. 235. P. 234–239. doi: 10.1159/000496539.
- 65.Dummer R., Guminski A., Gutzmer R., Dirix L., Lewis K.D., Combemale P., Herd R.M., Kaatz M., Loquai C., Stratigos A.J. The 12-month analysis from Basal Cell Carcinoma Outcomes with LDE225 Treatment (BOLT): A phase II, randomized, double-blind study of sonidegib in patients with advanced basal cell carcinoma // *J. Am. Acad. Derm.* 2016. Vol. 75. P. 113–125. doi: 10.1016/j.jaad.2016.02.1226.
- 66.Basset-Séguin N., Hauschild A., Kunstfeld R., Grob J., Dréno B., Mortier L., Ascierto P.A., Licitra L., Dutriaux C., Thomas L. et al. Vismodegib in patients with advanced basal cell carcinoma: Primary analysis of STEVIE, an international, open-label trial // *J. Control. Release*. 2017. Vol. 86. P. 334–348. doi: 10.1016/j.ejca.2017.08.022.
- 67.Cortes J.E., Smith B.D., Wang E.S., Merchant A., Oehler V.G., Arellano M., DeAngelo D.J., Pollyea D.A., Sekeres M.A., Robak T. et al. Glasdegib in combination with cytarabine and daunorubicin in patients with AML or high-risk MDS: Phase 2 study results // *Oncotarget*. 2018. Vol. 93. P. 1301–1310. doi: 10.1002/ajh.25238.
- 68.Dummer R., Guminski A., Gutzmer R., Lear J.T., Lewis K.D., Chang A.L.S., Combemale P., Dirix L., Kaatz M., Kudchadkar R. et al. Long-term efficacy and safety of sonidegib in patients with advanced basal cell carcinoma: 42-month analysis of the phase II randomized, double-blind BOLT study // *Br. J. Derm.* 2019. Vol. 182. P. 1369–1378. doi: 10.1111/bjd.18552.

69. Leiter U., Keim U., Eigentler T., Katalinic A., Holleczek B., Martus P., Garbe C. Incidence, Mortality, and Trends of Nonmelanoma Skin Cancer in Germany // *Eur. J. Cancer*. 2017. Vol. 137. P. 1860–1867. doi: 10.1016/j.jid.2017.04.020. [
70. Wahab A.A., Bener A., Teebi A.S. The incidence patterns of Down syndrome in Qatar // *Clin. Genet*. 2006. Vol. 69. P. 360–362. doi: 10.1111/j.1399-0004.2006.00593.x.
71. Chantrain C.F., Henriot P., Jodele S., Emonard H., Feron O., Courtoy P.J., DeClerck Y.A., Marbaix E. Mechanisms of pericyte recruitment in tumour angiogenesis: A new role for metalloproteinases // *Nat. Med*. 2006. Vol. 42. P. 310–318. doi: 10.1016/j.ejca.2005.11.010.
72. Dirschka T., Gupta G., Micali G., Stockfleth E., Dummer R., Jemec G.B.E., Malvehy J., Peris K., Puig S., Stratigos A.J. et al. Real-world approach to actinic keratosis management: Practical treatment algorithm for office-based dermatology // *J. Dermatol. Treat*. 2016. Vol. 28. P. 431–442. doi: 10.1080/09546634.2016.1254328.
73. Stratigos A.J., Garbe C., Dessinioti C., Bataille V., Bastholt L., Fargnoli M.C., Forsea A.M., Frenard C., Harwood C.A., Hauschild A. et al. European interdisciplinary guideline on invasive squamous cell carcinoma of the skin: Part 1. epidemiology, diagnostics and prevention // *J. Control. Release*. 2020. Vol. 128. P. 60–82. doi: 10.1016/j.ejca.2020.01.007.
74. Inman G.J., Wang J., Nagano A., Alexandrov L.B., Purdie K.J., Taylor R.G., Sherwood V., Thomson J., Hogan S., Spender L.C. et al. The genomic landscape of cutaneous SCC reveals drivers and a novel azathioprine associated mutational signature // *Nat. Commun*. 2018. Vol. 9. P. 3667. doi: 10.1038/s41467-018-06027-1.
75. Tucci M., Mannavola F., Passarelli A., Stucci L.S., Cives M., Silvestris F. Exosomes in melanoma: A role in tumor progression, metastasis and impaired

- immune system activity // *Oncotarget*. 2018. Vol. 9. P. 20826–20837. doi: 10.18632/oncotarget.24846.
76. Tucci M., Stucci L.S., Mannavola F., Passarelli A., D’Oronzo S., Lospalluti L., Giudice G., Silvestris F. Defective levels of both circulating dendritic cells and T-regulatory cells correlate with risk of recurrence in cutaneous melanoma // *Clin. Transl. Oncol.* 2019. Vol. 21. P. 845–854. doi: 10.1007/s12094-018-1993-2.
77. Bernard J.J., Gallo R.L., Krutmann J. Photoimmunology: How ultraviolet radiation affects the immune system // *Nat. Rev. Immunol.* 2019. Vol. 19. P. 688–701. doi: 10.1038/s41577-019-0185-9.
78. Riihilä P., Nissinen L., Knuutila J., Nezhad P.R., Viikklepp K., Kähäri V.-M. Complement System in Cutaneous Squamous Cell Carcinoma // *Int. J. Mol. Sci.* 2019. Vol. 20. P. 3550. doi: 10.3390/ijms20143550.
79. Mannavola F., Tucci M., Felici C., Passarelli A., D’Oronzo S., Silvestris F. Tumor-derived exosomes promote the in vitro osteotropism of melanoma cells by activating the SDF-1/CXCR4/CXCR7 axis // *J. Transl. Med.* 2019. Vol. 17. P. 230. doi: 10.1186/s12967-019-1982-4.
80. Mannavola F., D’Oronzo S., Cives M., Stucci L.S., Ranieri G., Silvestris F., Tucci M. Extracellular Vesicles and Epigenetic Modifications Are Hallmarks of Melanoma Progression // *Int. J. Mol. Sci.* 2019. Vol. 21. P. 52. doi: 10.3390/ijms21010052.
81. Mannavola F., Salerno T., Passarelli A., Tucci M., Internò V., Silvestris F. Revisiting the Role of Exosomes in Colorectal Cancer: Where Are We Now? // *Front. Oncol.* 2019. Vol. 9. P. 521. doi: 10.3389/fonc.2019.00521.
82. Mannavola F., Pezzicoli G., Tucci M. DLC-1 down-regulation via exosomal miR-106b-3p exchange promotes CRC metastasis by the epithelial-to-mesenchymal transition // *Mol. Nucleic. Acids.* 2020. Vol. 134. P. 955–959.

83. Mueller S.A., Gauthier M.-E.A., Ashford B., Gupta R., Gayevskiy V., Ch'ng S., Palme C.E., Shannon K., Clark J.R., Ranson M. et al. Mutational Patterns in Metastatic Cutaneous Squamous Cell Carcinoma // *J. Investig. Derm.* 2019. Vol. 139. P. 1449–1458.e1. doi: 10.1016/j.jid.2019.01.008.
84. Ji A.L., Rubin A.J., Thrane K., Jiang S., Reynolds D.L., Meyers R.M., Guo M.G., George B.M., Mollbrink A., Bergenstråhle J. et al. Multimodal Analysis of Composition and Spatial Architecture in Human Squamous Cell Carcinoma // *Cell*. 2020. Vol. 182. P. 497–514. doi: 10.1016/j.cell.2020.05.039.
85. Stratigos A., Garbe C., Malvehy J., Del Marmol V., Pehamberger H., Peris K., Becker J.C., Zalaudek I., Saiag P., Middleton M.R. et al. Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline // *Eur. J. Cancer*. 2015. Vol. 51. P. 1989–2007. doi: 10.1016/j.ejca.2015.06.110.
86. Migden M.R., Rischin D., Schmults C.D., Guminski A., Hauschild A., Lewis K.D., Chung C.H., Hernandez-Aya L., Lim A.M., Chang A.L.S. et al. PD-1 Blockade with Cemiplimab in Advanced Cutaneous Squamous-Cell Carcinoma // *N. Engl. J. Med.* 2018. Vol. 379. P. 341–351. doi: 10.1056/NEJMoa1805131.
87. Migden M.R., Khushalani N.I., Chang A.L.S., Lewis K.D., Schmults C.D., Hernandez-Aya L., Meier F., Schadendorf D., Guminski A., Hauschild A. et al. Cemiplimab in locally advanced cutaneous squamous cell carcinoma: Results from an open-label, phase 2, single-arm trial // *Lancet Oncol.* 2020. Vol. 21. P. 294–305. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30728-4.
88. Hernández-Guerrero T., Doger B., Moreno V. Cemiplimab for the treatment of advanced cutaneous squamous cell carcinoma // *Drugs Today*. 2019. Vol. 55. P. 485–494. doi: 10.1358/dot.2019.55.8.3005176.
89. Gaunt N., Green R.L., Motta L.F., Jamieson L.A. Skin cancers in lockdown: no impact on pathological tumour staging // *Br J Dermatol.* 2021. Vol. 185(4). P. 844–846. doi: 10.1111/bjd.20438.

90. Miolo N., Rodrigues R.F., Silva E.R., Piati P.K., Campagnolo O.A., Marques L.F. Skin cancer incidence in rural workers at a reference hospital in western Paraná // *An Bras Dermatol*. 2019. Vol. 94. P. 157–63.
91. Jones O.T., Ranmuthu C.K.I., Hall P.N., Funston G., Walter F.M. Recognising Skin Cancer in Primary Care // *Adv Ther*. 2020. Vol. 37(1). P. 603-616. doi: 10.1007/s12325-019-01130-1.
92. Grassi L., Caruso R., Riba M.B. et al. ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline // *ESMO Open*. 2023. Vol. 8(2). P. 101155. doi: 10.1016/j.esmoop.2023.101155.
93. Kuhnt S., Braehler E., Faller H. et al. Twelve-month and lifetime prevalence of mental disorders in cancer patients // *Psychother Psychosom*. 2016. Vol. 85(5). P. 289–296.
94. Zhu J., Fang F., Sjölander A., Fall K., Adami H. O., Valdimarsdóttir U. First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study // *Ann. Oncol*. 2017. Vol. 28. doi: 10.1093/annonc/mdx265
95. Walker J., Mulick A., Magill N. et al. Major depression and survival in people with cancer // *Psychosom Med*. 2021. Vol. 83(5). P. 410–416.
96. Roche K.N., Cooper D., Armstrong T.S., King A.L. The link between psychological distress and survival in solid tumor patients: A systematic review // *Cancer Med*. 2023. Vol. 12(3). P. 3343-3364. doi: 10.1002/cam4.5200.
97. Costa D.S.J., Mercieca-bebber R., Rutherford C., Gabb L., King M.T. The impact of cancer on psychological and social outcomes // *Aust. Psychol*. 2016. Vol. 51. P. 89–99. doi: 10.1111/ap.12165.
98. Ribolsi M., Esposto E., Cancelliere F., Albergo G., Di Lorenzo G., Di Lazzaro V., Tonini G. Defense style and psychopathology in oncological patients: a

- preliminary report // *Recenti Prog Med.* 2023. Vol. 114(11). P. 665-668. doi: 10.1701/4133.41269.
99. Pirl W.F., Fann J.R., Greer J.A. et al. Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: report from the American psychosocial oncology society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force // *Cancer.* 2014. Vol. 120. P. 2946-2954.
100. Riba M.B., Donovan K.A., Andersen B. et al. Distress management, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology // *J Natl Compr Canc Netw.* 2019. Vol. 17. P. 1229-1249.
101. Ahmad M.H., Rizvi M.A., Fatima M. et al. Pathophysiological implications of neuroinflammation mediated HPA axis dysregulation in the prognosis of cancer and depression // *Mol Cell Endocrinol.* 2021. Vol. 520.
102. McFarland D.C., Riba M., Grassi L. Clinical implications of cancer related inflammation and depression: a critical review // *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2021. Vol. 17(1). P. 287–294.
103. Murri M.B., Caruso R., Christensen A.P., Folesani F., Nanni M.G., Grassi L. The facets of psychopathology in patients with cancer: Cross-sectional and longitudinal network analyses // *J Psychosom Res.* 2023. Vol. 165. P. 111139. doi: 10.1016/j.jpsychores.2022.111139.
104. Caruso R., Nanni M.G., Riba M. et al. Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review // *Acta Oncol.* 2017. Vol. 56(2). P. 146–155.
105. Caruso R., Nanni M.G., Riba M.B. et al. The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues // *Int Rev Psychiatry.* 2017. Vol. 29(5). P. 389–402.

106. Wang X., Wang N., Zhong L. et al. Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients // *Mol Psychiatry*. 2020. Vol. 25(12). P. 3186–3197.
107. Wang Y.H., Li J.Q., Shi J.F. et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies // *Mol Psychiatry*. 2020. Vol. 25(7). P. 1487–1499.
108. Niedzwiedz C.L., Knifton L., Robb K.A. et al. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority // *BMC Cancer*. 2019. Vol. 19(1). P. 943.
109. Smith H.R. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review) // *Oncol Lett*. 2015. Vol. 9(4):1509-1514. doi: 10.3892/ol.2015.2944.
110. Hartung T.J., Brahler E., Faller H. et al. The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types // *Eur J Cancer*. 2017. Vol. 72:46–53.
111. Mehnert A., Brahler E., Faller H. et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities // *J Clin Oncol*. 2014. Vol. 32(31). P. 3540–3546.
112. Rodin G., Lo C., Mikulincer M. et al. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients // *Soc Sci Med*. 2009. Vol. 68(3). P. 562–569.
113. Lebel S., Ozakinci G., Humphris G. et al. Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence // *Psychooncology*. 2017. Vol. 26(4). P.:424–427.
114. Yang Y., Cameron J., Humphris G. The relationship between cancer patient's fear of recurrence and radiotherapy: a systematic review and meta-analysis // *Psychooncology*. 2017. Vol. 26(6). P. 738–746.

115. Yang Y., Wen Y., Bedi C. et al. The relationship between cancer patient's fear of recurrence and chemotherapy: a systematic review and meta-analysis // *J Psychosom Res.* 2017. Vol. 98:55–63.
116. Arch J.J., Genung S.R., Ferris M.C. et al. Presence and predictors of anxiety disorder onset following cancer diagnosis among anxious cancer survivors // *Support Care Cancer.* 2020. Vol. 28(9). P. 4425–4433.
117. Mitchell A.J., Ferguson D.W., Gill J. et al. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis // *Lancet Oncol.* 2013. Vol. 14(8). P. 721–732.
118. Walker Z.J., Xue S., Jones M.P. et al. Depression, anxiety, and other mental disorders in patients with cancer in low- and lower-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis // *JCO Glob Oncol.* 2021. Vol. 7. P. 1233–1250.
119. Walker J., Holm Hansen C., Martin P. et al. Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review // *Ann Oncol.* 2013. Vol. 24(4). P. 895–900.
120. Ripamonti C.I., Chiesi F., Di Pede P. et al. The validation of the Italian version of the COmprehensive Score for financial Toxicity (COST) // *Support Care Cancer.* 2020. Vol. 28(9). P. 4477–4485.
121. Lloyd-Williams M., Shiels C., Dowrick C. et al. Socio-economic deprivation and symptom burden in UK hospice patients with advanced cancer-findings from a longitudinal study // *Cancers (Basel)* 2021. Vol. 13(11). P. 2537.
122. Simard S., Thewes B., Humphris G. et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies // *J Cancer Surviv.* 2013. Vol. 7(3). P. 300–322.
123. Brintzenhofe-Szoc K.M., Levin T.T., Li Y. et al. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type // *Psychosomatics.* 2009. Vol. 50(4). P. 383–391.

124. Grossman C.H., Brooker J., Michael N. et al. Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: a systematic review // *Palliat Med.* 2018. Vol. 32(1). P. 172–184.
125. Sharpe L., Curran L., Butow P. et al. Fear of cancer recurrence and death anxiety // *Psychooncology.* 2018. Vol. 27(11). P. 2559–2565.
126. Soleimani M.A., Bahrami N., Allen K.A. et al. Death anxiety in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis // *Eur J Oncol Nurs.* 2020. Vol. 48
127. Lebel S., Ozakinci G., Humphris G. et al. From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence // *Support Care Cancer.* 2016. Vol. 24(8). P. 3265–3268.
128. Alwhaibi M., AlRuthia Y., Sales I. The Impact of Depression and Anxiety on Adult Cancer Patients' Health-Related Quality of Life // *J Clin Med.* 2023. Vol. 12(6). P. 2196. doi: 10.3390/jcm12062196.
129. Mössinger H., Kostev K. Depression Is Associated with an Increased Risk of Subsequent Cancer Diagnosis: A Retrospective Cohort Study with 235,404 Patients // *Brain Sci.* 2023. Vol. 13(2). P. 302. doi: 10.3390/brainsci13020302.
130. Gontijo Garcia G.S., Meira K.C., de Souza A.H., Guimarães N.S. Anxiety and depression disorders in oncological patients under palliative care at a hospital service: a cross-sectional study // *BMC Palliat Care.* 2023. Vol. 22(1). P. 116. doi: 10.1186/s12904-023-01233-1.
131. Fraile-Martinez O., Alvarez-Mon M.A., Garcia-Montero C. et al. Understanding the basis of major depressive disorder in oncological patients: Biological links, clinical management, challenges, and lifestyle medicine // *Front Oncol.* 2022. Vol. 12. P. 956923. doi: 10.3389/fonc.2022.956923.
132. Vojvodic A., Vlaskovic-Jovicevic T., Vojvodic P. et al. Psychological Impact of Melanoma, How to Detect, Support and Help. Open Access Maced // *J Med Sci.* 2019. Vol. 7(18). P. 3043-3045. doi: 10.3889/oamjms.2019.770.

133. Fardell J.E., Irwin C.M., Vardy J.L., Bell M.L. Anxiety, depression, and concentration in cancer survivors: National Health and Nutrition Examination Survey results // *Support Care Cancer*. 2023 Apr. Vol. 31(5). P. 272. doi: 10.1007/s00520-023-07710-w.
134. Petrova D., Catena A., Rodríguez-Barranco M. et al. Physical Comorbidities and Depression in Recent and Long-Term Adult Cancer Survivors: NHANES 2007-2018 // *Cancers (Basel)*. 2021. Vol. 13(13). P. 3368. doi: 10.3390/cancers13133368.
135. Grassi L., Nanni M.G. Demoralization syndrome: new insights in psychosocial cancer care // *Cancer*. 2016. Vol. 122(14). P. 2130–2133.
136. Robinson S., Kissane D.W., Brooker J. et al. A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research // *J Pain Symptom Manage*. 2015. Vol. 49(3). P. 595–610.
137. Tecuta L., Tomba E., Grandi S. et al. Demoralization: a systematic review on its clinical characterization // *Psychol Med*. 2015. Vol. 45(4). P. 673–691.
138. Tedeschi R.G., Cann A., Taku K., Senol-Durak E., Calhoun L.G. The posttraumatic growth inventory: a revision integrating existential and spiritual change // *J. Trauma. Stress*. 2017. Vol. 30. P. 11–18. doi: 10.1002/jts.22155.
139. Tedeschi R.G., Shakespeare-Finch J., Taku K., Calhoun L.G. *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. New York, NY: Routledge, 2018.
140. Steger M.F. “Meaning in life: a unified model,” in *The Oxford handbook of positive psychology*. eds. Snyder C. R., Lopez S. J., Edwards L. M., Marques S. C. (Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2018. P. 959–967.
141. Park C.L., Cho D. Spiritual well-being and spiritual distress predict adjustment in adolescent and young adult cancer survivors // *Psychooncology*. 2017. Vol. 26. P. 1293–1300. doi: 10.1002/pon.4145.

142. Casellas-Grau A., Ochoa C., Ruini C. Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: a systematic and critical review // *Psychooncology*. 2017. Vol. 26. P. 2007–2018. doi: 10.1002/pon.4426.
143. Mostarac I., Brajković L. Life after facing cancer: posttraumatic growth, meaning in life and life satisfaction // *J. Clin. Psychol. Med. Settings*. 2022. Vol. 29. P. 92–102. doi: 10.1007/s10880-021-09786-0.
144. Aflakseir A., Soltani S., Mollazadeh J. Posttraumatic growth, meaningfulness, and social support in women with breast cancer // *Int. J. Cancer Manag. Press*. 2018. Vol. 11. P. e11469 doi: 10.5812/ijcm.11469.
145. Moghadam A.H., Sharbaf H.R.A., AbdeKhodaei M.S., Kareshki H., Joudi M. Investigation of structural relationships of factors affecting posttraumatic growth in women with breast cancer // *J. Holistic Nurs. Midw.* 2021. Vol. 31. P. 280–290. doi: 10.32598/JHNM.31.4.2102.
146. Thuné-Boyle I.C.V., Stygall J., Keshtgar M.R.S., Davidson T.I., Newman S.P. The influence of religious/spiritual resources on finding positive benefits from a breast cancer diagnosis // *Counsell. Spiritual*. 2011. Vol. 30. P. 107–134.
147. George L.S., Park C.L. Are meaning and purpose distinct? An examination of correlates and predictors // *J. Posit. Psychol.* 2013. Vol. 8. P. 365–375. doi: 10.1080/17439760.2013.805801.
148. George L.S., Park C.L. Meaning in life as comprehension, purpose, and mattering: toward integration and new research questions // *Rev. Gen. Psychol.* 2016. Vol. 20. P. 205–220. doi: 10.1037/gpr0000077.
149. George L.S., Park C.L. (2017). Does spirituality confer meaning in life among heart failure patients and cancer survivors? // *Psychol. Relig. Spiritual*. 2016. Vol. 9. P. 131–136. doi: 10.1037/rel0000103.
150. Ramírez-de Los Santos M.L., López-Navarro A., Ramírez-de Los Santos S., Guzmán-Flores J.M., Pereira-Suárez A.L., López-Pulido E.I. Relation between personality dimensions and symptomatology of depression in skin

- cancer patients // *Biopsychosoc Med.* 2021. Vol. 15(1). P. 18. doi: 10.1186/s13030-021-00220-3.
151. Danielsen J.T., Strom L., Knutzen S.M., Schmidt H., Amidi A., Wu L.M., Zachariae R. Psychological and behavioral symptoms in patients with melanoma: A systematic review and meta-analysis // *Psycho-Oncology.* 2023. Vol. 6. doi: 10.1002/pon.6184.
152. Tas F., Karabulut S., Guveli H., Kurul S., Erturk K., Guveli M., Kinik H. Assessment of Anxiety and Depression Status in Turkish Cutaneous Melanoma Patients // *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017. Vol. 18(2). P. 369-373. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.2.369.
153. Beesley V.L., Hughes M.C.B., Smithers B.M., Khosrotehrani K., Malt M.K., von Schuckmann L.A., Green A.C. Anxiety and depression after diagnosis of high-risk primary cutaneous melanoma: a 4-year longitudinal study // *J Cancer Surviv.* 2020. Vol. 14(5). P. 712-719. doi: 10.1007/s11764-020-00885-9.
154. Toma A.O., Boeriu E., Decean L. et al. The Effects of Lack of Awareness in Age-Related Quality of Life, Coping with Stress, and Depression among Patients with Malignant Melanoma // *Curr Oncol.* 2023. Vol. 30(2). P. 1516-1528. doi: 10.3390/currenol30020116.
155. Steeb T., Wessely A., Mastnik S., Brinker T.J., French L.E., Niesert A.C., Berking C., Heppt M.V. Patient attitudes and their awareness towards skin cancer-related apps: Cross-sectional survey // *JMIR mHealth uHealth.* 2019. Vol. 7. P. e13844. doi: 10.2196/13844.
156. Boekhout A.H., Rogiers A., Jozwiak K. et al. Health-related quality of life of long-term advanced melanoma survivors treated with anti-CTLA-4 immune checkpoint inhibition compared to matched controls // *Acta Oncol.* 2021. Vol. 60(1). P. 69-77. doi: 10.1080/0284186x.2020.1818823.
157. Hyatt A., Drosdowsky A., Williams N. et al. Exercise behaviors and fatigue in patients receiving immunotherapy for advanced melanoma: a cross-

- sectional survey via social media // *Integr Cancer Ther.* 2019. Vol. 18. P. 1534735419864431. doi: 10.1177/1534735419864431.
158. Bohn S-K.H., Thorsen L., Kiserud C.E. et al. Chronic fatigue and associated factors among long-term survivors of cancers in young adulthood // *Acta Oncol.* 2019. Vol. 58(5). P. 753-762. doi: 10.1080/0284186x.2018.1557344.
159. Rogiers A., Leys C., Lauwyck J. et al. Neurocognitive function, psychosocial outcome, and health-related quality of life of the first-generation metastatic melanoma survivors treated with ipilimumab // *J Immunol Res.* 2020. Vol. 2020. P. 2192480. doi: 10.1155/2020/2192480.
160. Rogiers A., Leys C., De Cremer J. et al. Health-related quality of life, emotional burden, and neurocognitive function in the first generation of metastatic melanoma survivors treated with pembrolizumab: a longitudinal pilot study // *Support Care Cancer.* 2020. Vol. 28(7). P. 3267-3278. doi: 10.1007/s00520-019-05168-3.
161. Tibubos A.N., Ernst M., Brahler E. et al. Fatigue in survivors of malignant melanoma and its determinants: a register-based cohort study // *Support Care Cancer.* 2019. Vol. 27(8). P. 2809-2818. doi: 10.1007/s00520-018-4587-1.
162. Bartels F., Stronisch T., Farmer K., Rentzsch K., Kiecker F., Finke C. Neuronal autoantibodies associated with cognitive impairment in melanoma patients // *Ann Oncol.* 2019. Vol. 30(5). P. 823-829. doi: 10.1093/annonc/mdz083.
163. Trivedi R., Man H., Madut A. et al. Irregular sleep/wake patterns are associated with reduced quality of life in post-treatment cancer patients: a study across three cancer cohorts // *Front Neurosci.* 2021. Vol. 15. P. 700923. doi: 10.3389/fnins.2021.700923.
164. Wang X., Li M., Shi Q., Ji H., Kong S., Zhu L., Zhang H.M. Fear of Progression, Anxiety, and Depression in Patients With Advanced Melanoma in

- the COVID-19 and Post-COVID-19 Era // *Front Psychiatry*. 2022. Vol. 13. P. 880978. doi: 10.3389/fpsyt.2022.880978.
165. Venger O., Zhulkevych I., Mysula Y. Psychological and psychopathological features of patients with skin cancer // *Georgian Med News*. 2021. Vol. 315. P. 29-33.
166. Körner A., Garland R., Czajkowska Z., Coroiu A., Khanna M. Supportive care needs and distress in patients with non-melanoma skin cancer: Nothing to worry about? // *Eur J Oncol Nurs*. 2016. Vol. 20. P. 150-5. doi: 10.1016/j.ejon.2015.07.006.
167. Radiotis G., Roberts N., Czajkowska Z., Khanna M., Körner A. Nonmelanoma skin cancer: disease-specific quality-of-life concerns and distress // *Oncol Nurs Forum*. 2014. Vol. 41(1). P. 57-65. doi: 10.1188/14.ONF.57-65.
168. Bath-Hextall F., Jenkinson C., Kumar A., Leonardi-Bee J., Perkins W., Cox K., Glazebrook C. Longitudinal, mixed method study to look at the experiences and knowledge of non melanoma skin cancer from diagnosis to one year // *BMC Dermatol*. 2013. Vol. 13. P. 13. doi: 10.1186/1471-5945-13-13.
169. Liu Q., Sha M., Xue B., Shen L., Li G., Cheng X. Health-related quality of life and associated factors among non-melanoma skin cancer patients: a cross-sectional study // *Ann Transl Med*. 2023. Vol. 11(3). P. 150. doi: 10.21037/atm-22-6654.
170. Sampogna F., Paradisi A., Iemboli M.L., Ricci F., Sonogo G., Abeni D. Comparison of quality of life between melanoma and non-melanoma skin cancer patients // *Eur J Dermatol*. 2019. Vol. 29(2). P. 185-191. doi: 10.1684/ejd.2019.3523.
171. Trevino K.M., Abbott C.H., Fisch M.J. et al. Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer // *Cancer*. 2014. Vol. 120(15). P. 2272–2281.

172. Rankin N.M., Butow P.N., Thein T. et al. Everybody wants it done but nobody wants to do it: an exploration of the barrier and enablers of critical components towards creating a clinical pathway for anxiety and depression in cancer // *BMC Health Serv Res.* 2015. Vol. 15. P. 28.
173. Caruso R., GiuliaNanni M., Riba M.B. et al. Depressive spectrum disorders in cancer: diagnostic issues and intervention. A critical review // *Curr Psychiatry Rep.* 2017. Vol. 19(6). P. 33.
174. Caruso R., Grassi L., Nanni M.G. et al. Psychopharmacology in psycho-oncology // *Curr Psychiatry Rep.* 2013. Vol. 15(9). P. 393.
175. Grassi L., Riba M. *Psychopharmacology in Oncology and Palliative Care. A Practical Manual.* Springer; Berlin, Germany: 2014.
176. Fitzgerald P., Lo C., Li M. et al. The relationship between depression and physical symptom burden in advanced cancer // *BMJ Support Palliat Care.* 2015. Vol. 5(4). P. 381–388.
177. Pflugfelder A., Kochs C., Blum A., Capellaro M., Czeschik C., Dettenborn T., Dill D., Dippel E., Eigentler T., Feyer P. et al. Malignant melanoma S3-guideline “diagnosis, therapy and follow-up of melanoma” // *J. Ger. Soc. Dermatol.* 2013. Vol. 11(6). P. 116–126. doi: 10.1111/ddg.12113_suppl.
178. Seбри V., Mazzoni D., Triberti S., Pravettoni G. The impact of unsupportive social support on the injured self in breast cancer patients // *Front. Psychol.* 2021. Vol. 12. P. 722211. doi: 10.3389/fpsyg.2021.722211.
179. Martos-Méndez M.J. Self-efficacy and adherence to treatment: The mediating effects of social support // *J. Behav. Health Soc. Issues.* 2015. Vol. 7. P. 19–29. doi: 10.5460/jbhsi.v7.2.52889.
180. Health Quality Ontario Psychotherapy for major depressive disorder and generalized anxiety disorder: a health technology assessment // *Ont Health Technol Assess Ser.* 2017. Vol. 17(15). P. 167.

181. Grassi L., Nanni M.G., Rodin G. et al. The use of antidepressants in oncology: a review and practical tips for oncologists // *Ann Oncol.* 2018. Vol. 29(1). P. 101–111.
182. Schimmel N., Breeksema J.J., Smith-Apeldoorn S.Y. et al. Psychedelics for the treatment of depression, anxiety, and existential distress in patients with a terminal illness: a systematic review // *Psychopharmacology (Berl)* 2022. Vol. 239(1). P. 15–33.
183. Johnson R.J., 3rd. A research study review of effectiveness of treatments for psychiatric conditions common to end-stage cancer patients: needs assessment for future research and an impassioned plea // *BMC Psychiatry.* 2018. Vol. 18(1). P. 85.
184. Ostuzzi G., Matcham F., Dauchy S. et al. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer // *Cochrane Database Syst Rev.* 2018. Vol. 4. P. CD011006.
185. Panjwani A.A., Li M. Recent trends in the management of depression in persons with cancer // *Curr Opin Psychiatry.* 2021. Vol. 34(5). P. 448–459.
186. Ng C.G., Boks M.P., Roes K.C. et al. Rapid response to methylphenidate as an add-on therapy to mirtazapine in the treatment of major depressive disorder in terminally ill cancer patients: a four-week, randomized, double-blinded, placebo-controlled study // *Eur Neuropsychopharmacol.* 2014. Vol. 24(4). P. 491–498.
187. Berge L.A.M., Andreassen B.K., Stenehjem J.S., Heir T., Furu K., Juzeniene A., Roscher I., Larsen I.K., Green A.C., Veierod M.B., Røsbjerg T.E. Use of Antidepressants and Risk of Cutaneous Melanoma: A Prospective Registry-Based Case-Control Study // *Clin Epidemiol.* 2020. Vol. 12. P. 193–202. doi: 10.2147/CLEP.S241249.
188. Cillessen L., Johannsen M., Speckens A.E.M. et al. Mindfulness-based interventions for psychological and physical health outcomes in cancer patients

- and survivors: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Psychooncology*. 2019. Vol. 28(12). P. 2257–2269.
189. Teo I., Krishnan A., Lee G.L. Psychosocial interventions for advanced cancer patients: a systematic review // *Psychooncology*. 2019. Vol. 28(7). P. 1394–1407.
190. Martinez M., Arantzamendi M., Belar A. et al. ‘Dignity therapy’, a promising intervention in palliative care: a comprehensive systematic literature review // *Palliat Med*. 2017. Vol. 31(6). P. 492–509.
191. Breitbart W., Pessin H., Rosenfeld B. et al. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: a randomized controlled trial in patients with advanced cancer // *Cancer*. 2018. Vol. 124(15). P. 3231–3239.
192. Rodin G., Lo C., Rydall A. et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): a randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer // *J Clin Oncol*. 2018. Vol. 36(23). P. 2422–2432.
193. Willems R.A., Bolman C.A.W., Lechner L. et al. Online interventions aimed at reducing psychological distress in cancer patients: evidence update and suggestions for future directions // *Curr Opin Support Palliat Care*. 2020. Vol. 14(1). P. 27–39.
194. Марков А.Р. Психологічна корекція дезадаптивних станів у пацієнтів первинної медичної мережі в умовах інформаційно-психологічної війни. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, 2017. 223 с.
195. Гапонов К Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: інтегровані підходи до діагностики, прогнозування, терапії та реабілітації. – Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних

- наук за спеціальністю 14.01.17 – наркологія. Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків, 2019. 439 с.
196. Черняєв М.М. Емоційні і патоперсонологічні предиктори постстресової психологічної дезадаптації у військослужбовців Державної Прикордонної Служби України. Дисертація на здобуття наукового ступеню доктора філософії за спеціальністю 225 «Медична психологія», галузь знань 22 «Охорона здоров'я». – Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, Харків, 2021. 219 с.
197. Кокун О.М., Мельничук Т.І. Резилієнс-довідник: практичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. 25 с.
198. Ali Z., Bhaskar S.B. Basic statistical tools in research and data analysis // *Indian J Anaesth.* 2016. Vol. 60(9). P. 662-669. doi: 10.4103/0019-5049.190623.
199. Mishra P., Pandey C.M., Singh U., Keshri A., Sabaretnam M. Selection of appropriate statistical methods for data analysis // *Ann Card Anaesth.* 2019. Vol. 22(3). P. 297-301. doi: 10.4103/aca.ACA_248_18.
200. Guetterman T.C. Basics of statistics for primary care research // *Fam Med Community Health.* 2019. Vol. 7(2). P. e000067. doi: 10.1136/fmch-2018-000067.
201. Vandever C. Introduction to Research Statistical Analysis: An Overview of the Basics // *HCA Healthc J Med.* 2020. Vol. 1(2). P. 71-75. doi: 10.36518/2689-0216.1062.
202. Dwivedi A.K., Shukla R. Evidence-based statistical analysis and methods in biomedical research (SAMBR) checklists according to design features // *Cancer Rep (Hoboken).* 2020. Vol. 3(4). P. e1211. doi: 10.1002/cnr2.1211.
203. Dwivedi A.K. How to write statistical analysis section in medical research // *J Investig Med.* 2022. Vol. 70(8). P. 1759-1770. doi: 10.1136/jim-2022-002479.

204. Panos G.D., Boeckler F.M. Statistical Analysis in Clinical and Experimental Medical Research: Simplified Guidance for Authors and Reviewers // *Drug Des Devel Ther.* 2023. Vol. 17. P. 1959-1961. doi: 10.2147/DDDT.S427470.
205. Rahnenführer J., De Bin R., Benner A., Ambrogi F., Lusa L., Boulesteix A.L., Migliavacca E., Binder H., Michiels S., Sauerbrei W., McShane L. Statistical analysis of high-dimensional biomedical data: a gentle introduction to analytical goals, common approaches and challenges // *BMC Med.* 2023. Vol. 21(1). P. 182. doi: 10.1186/s12916-023-02858-y.
206. Kumar A., Kishun J., Singh U., Gaur D., Mishra P., Pandey C.M. Use of appropriate statistical tools in biomedical research: Current trend & status // *Indian J Med Res.* 2023. Vol. 157(4). P. 353-357. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_809_20.
207. Alger E., Minchom A., Lee Aiyegbusi O., Schipper M., Yap C. Statistical methods and data visualisation of patient-reported outcomes in early phase dose-finding oncology trials: a methodological review // *EClinicalMedicine.* 2023. Vol. 64. P. 102228. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102228.
208. Маркова М.В., Скребцова Г.В. Особливості клінічної складової континууму психологічної адаптації-дезаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози // *Східноєвропейський журнал внутрішньої і сімейної медицини.* 2023. № 2. С. 130 – 141. DOI 10.15407/internalmed2023.02.130
209. Скребцова Г.В. Аналіз психосоціальної складової континууму психологічної адаптації-дезаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози // *Психіатрія, неврологія, медична психологія.* 2023. № 2. С. 43 – 53. DOI 10.26565/2312–5675-2023-22-06
210. Скребцова Г.В. Стан інтерпсихічних і інтрапсихічних особистісних ресурсів в контексті психологічної адаптації-дезаптації пацієнтів з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози //

- Український вісник психоневрології. 2023. Том 31, вип. 4 (117). С. 82 – 88.
doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is4-2023-12
211. Abdryakhimova T.B., Skrebtsova G.V. Algorithm of prognosis of psychological adaptation-maladaptations as the basis of personalized psycho-correction of patients with dermatological diseases with different levels of vital threat // Journal of Education, Health and Sport. 2023. V. 48(1). P. 299 – 323. eISSN 2391-8306. <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.48.01.023>
212. Markova M., Lunov V., Kostiuk O., Chystovska Iu., Skrebtsova H. Intercultural influences on somatization and neurotization of individual // Abstracts of WPA Regional Congress «Psychopathology in periods of transitions», 07-09.07.2021, Kyiv, P. 37-38.
213. Скребцова Г.В., Чемерис М.М. Психічний дистрес у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями як комплексна проблема психодерматології // Український вісник психоневрології. Тези доповідей VI національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України. 2022. Том 30, вип. 3 (112). С. 86.
214. 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. ISBN 978-617-7845-85-9.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. *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 і сімейної медицини. 2023. № 2. С. 130 – 141. DOI 10.15407/internalmed2023.02.130 (*особистий внесок дисертантки складався з формулювання ідеї дослідження, збору емпіричного матеріалу, його обробки і аналізу, формулювання висновків*)
2. *Скребцова Г.В.* Аналіз психосоціальної складової континууму психологічної адаптації-дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози // Психіатрія, неврологія, медична психологія. 2023. № 2. С. 43 – 53. DOI 10.26565/2312–5675-2023-22-06
3. *Скребцова Г.В.* Стан інтерпсихічних і інтрапсихічних особистісних ресурсів в контексті психологічної адаптації-дезадаптації пацієнтів з дерматологічними захворюваннями з різним рівнем вітальної загрози // Український вісник психоневрології. 2023. Том 31, вип. 4 (117). С. 82 – 88. doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is4-2023-12
4. *Abdryakhimova T.B., Skrebtsova G.V.* Algorithm of prognosis of psychological adaptation-maladaptation as the basis of personalized psycho-correction of patients with dermatological diseases with different levels of vital threat // Journal of Education, Health and Sport. 2023. V. 48(1). P. 299 – 323. eISSN 2391-8306. <https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.48.01.023> (*дисертанці належить ідея роботи, нею особисто набрано емпіричний матеріал, проведено його аналіз, сформульовано висновки*)

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

5. *Markova M., Lunov V., Kostiuk O., Chystovska Iu., Skrebtsova H.* Intercultural influences on somatization and neurotization of individual // Abstracts of WPA Regional Congress «Psychopathology in periods of transitions», 07-09.07.2021, Kyiv, P. 37-38. *(внесок дисертантки складався з аналізу матеріалів та підготовці тезів до друку)*

6. *Скребцова Г.В., Чемерис М.М.* Психічний дистрес у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями як комплексна проблема психодерматології // Український вісник психоневрології. Тези доповідей VI національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України. 2022. Том 30, вип. 3 (112). С. 86. *(особистий внесок дисертантки складався з отримання основних інформаційних матеріалів та їх аналізу, підготовки висновків дослідження)*

Основні положення і висновки дослідження доповідались та обговорювались на наступних з'їздах, конгресах і конференціях: I Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Вибрані питання медицини сектору державної безпеки і оборони» (Київ – Харків, 19-20.11.2020); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (Харків, 20-21.05.2021); регіональному Конгресі World Psychiatric Association (Київ, 07-09.07.2021); VI національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку» (Харків, 06-08.10.2022); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація» (Харків – Київ, 24-25.05.2023); симпозіумі з міжнародною участю «Моделі надання

неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги населенню в період війни» (Харків – Київ, 24-25.11.2023); Міжнародній науково-практичній конференції «Освіта і наука в період глобальних криз та конфліктів у ХХІ столітті» (Київ, 08-09.12.2023); фестивалі молодіжної науки 2024 «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 15-17.01.2024).