

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Психогенні чинники перебігу шкірних захворювань
в умовах тривалого стресу**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»,
заочна форма навчання)

Митроги Лесі Василівни

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент

Васьківська Світлана Василівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №__

Протокол №_____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОГЕННИХ ЧИННИКІВ ШКІРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	7
1.1. Психосоматичні аспекти шкірних захворювань	7
1.2. Поняття про психогенні чинники захворювань шкіри	12
1.3. Стрес як провокатор психосоматичних захворювань шкіри	17
1.4 Дослідження впливу стресу на перебіг шкірних захворювань	21
Висновки до розділу 1.....	26
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОГЕННИХ ЧИННИКІВ ШКІРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	28
2.1. Етапи та процедура дослідження	28
2.2. Характеристика досліджуваної вибірки	30
2.3. Опис використаних методів дослідження	34
Висновки до розділу 2.....	40
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОГЕННИХ ЧИННИКІВ ШКІРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО СТРЕСУ.....	42
3.1. Аналіз зібраних даних	42
3.2. Визначення та аналіз психогенних чинників шкірних захворювань в умовах тривалого стресу	71
3.3. Математико-статистичний аналіз отриманих зв'язків	73
3.4 Рекомендації щодо терапевтичних підходів при лікуванні шкірних захворювань.....	80
Висновки до розділу 3.....	83
ВИСНОВКИ.....	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	90
ДОДАТКИ.....	99

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. На сьогоднішній день високий рівень стресу і тривоги є досить поширеним явищем у всьому світі. За даними досліджень, у зв'язку з повномасштабним російським вторгненням близько 80% українців живуть у стані постійного стресу та тривоги, що веде до зростання випадків депресії, тривожності та посттравматичних стресових розладів [9].

Люди відчують серйозні проблеми з психічним здоров'ям, такі як соціальна дистанція, ізоляція, страх, самотність, втрата сім'ї чи друзів, безробіття та фінансова нестабільність, що призводить до психологічного стресу [3]. Тривалий стрес відіграє важливу роль в активації та сприянні розвитку хронічних захворювань.

Останніми роками зростає кількість досліджень щодо впливу стресу на шкірні захворювання. Науковці все глибше вивчають складний зв'язок між психологічним благополуччям і дерматологічним здоров'ям.

Шкірні захворювання стали однією з найактуальніших проблем у зв'язку з їх глобальною поширеністю та інтенсивним зростанням у наш час.

Більшість лікарів під час вибору тактики лікування або оцінки його ефективності не беруть до уваги психологічного стану хворого, а лише дані клінічного та лабораторно-інструментальних обстежень.

Психологічний стрес є вирішальним фактором у розвитку багатьох шкірних захворювань, і стигматизація, викликана шкірними розладами, може ще більше збільшити психологічний тягар, утворюючи порочне коло психологічного стресу, що призводить до шкірних захворювань. Тому так важливо розуміти зв'язок між стресом і шкірними захворюваннями.

Емоційні або соціальні розлади, викликані хворобою, часто не дозволяють хворому почуватися повноцінним і здоровою людиною навіть при клінічному одужанні. Особливості сприйняття пацієнтами соматичного захворювання істотно впливають як на його перебіг, так і на ефективність лікувальних заходів. Шкірні захворювання можуть призводити до значних

обмежень у фізичних, емоційних і соціальних аспектах життя пацієнтів і можуть перешкоджати успіху в навчанні та на роботі, а також в особистому житті.

Мета дослідження: вивчити психогенні чинники шкірних захворювань в умовах тривалого стресу та розробити рекомендації щодо їх мінімізації.

Завдання дослідження.

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз наукових джерел щодо психогенних основ шкірних захворювань та впливу на їх перебіг інтенсивного стресу.
2. Визначити особливості перебігу шкірних захворювань в умовах тривалого стресу.
3. Дослідити вплив травматичного досвіду та стресових факторів на рівень і характер прояву симптомів шкірних захворювань.
4. Встановити зв'язки між симптомами шкірних захворювань, емоційним станом, рівнем сприйнятого стресу та особистісними рисами респондентів.
5. Виявити вагомість емоційних переживань (самокритика, тривога, пригнічення емоцій) у загостренні симптомів шкірних захворювань в умовах тривалого стресу.

Об'єкт дослідження: психогенні основи шкірних захворювань.

Предмет дослідження: психогенні чинники перебігу шкірних захворювань в умовах тривалого стресу.

Методи дослідження.

Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів наукового дослідження:

- теоретичні (аналіз наукових робіт з проблем захворювання шкіри, психосоматичних розладів, тривалого стресу, тривоги, депресії, особистісних рис та переживань людини, їх класифікація, систематизація, аналіз, синтез, порівняння, узагальнення результатів теоретичних і експериментальних досліджень);

- емпіричні методи: опитування, анкетування, експеримент. Були використані такі інструменти як Авторська анкета для дослідження зв'язку стресової ситуації із захворюваннями шкіри, Анкета для виявлення психосоматичних розладів (для дорослих), Опитувальник «Моменти життєвої історії», Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (TIPI –UKR), Опитувальник «Skindex-29», Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS);
- статистичні методи: описово статистичний аналіз, кореляційний аналіз, порівняльний аналіз, дисперсійний аналіз, регресійний аналіз.

Дослідницька вибірка.

У дослідженні взяли участь 25 респондентів з наявними ознаками захворюваннями шкіри, серед яких 44% жінок, 56% чоловіків. Вік учасників від 17 до 48 років. У 72% респондентів діагностовані шкірні захворювання.

Опитування проводилось у онлайн-форматі із використанням Google Forms. Обмеження вибірки пояснюється специфікою критеріїв відбору респондентів. Участь у дослідженні могли взяти лише ті респонденти, у яких виявлено симптоми, що є релевантними до теми даної роботи. Такий підхід забезпечує валідність і надійність отриманих результатів, дозволяє більш точно дослідити вплив тривалого стресу на психогенні чинники шкірних захворювань у вибраній групі.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що:

- поглиблено розуміння психогенних основ виникнення шкірних захворювань в умовах тривалого стресу;
- виявлено психогенні чинники захворювань шкіри в умовах тривалого стресу;
- уточнено рівень обізнаності респондентів щодо зв'язку між стресом і проявами шкірних захворювань.

Практичне значення роботи полягає у тому, що одержані результати та висновки можуть бути використані психологами та психотерапевтами у роботі з клієнтами, у яких наявні психосоматичні симптоми, зокрема, захворювання шкіри. Впровадження нових терапевтичних підходів для таких клієнтів. Також результати дослідження можуть бути використані для розробки більш ефективних стратегій лікування та профілактики психосоматичних розладів, які будуть включати: фізичні, психологічні та соціальні аспекти.

Достовірність і обґрунтованість наукових результатів забезпечувались ретельно підібраним вибором методик релевантних темі дослідження.

Структура та обсяг роботи.

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний зміст викладено на 86 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 117 сторінок. Дослідження містить 21 таблицю, 27 рисунків і 13 додатків. Список використаних джерел налічує 86 найменування, з них 61 найменування іноземною мовою.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОГЕННИХ ЧИННИКІВ ШКІРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1.1 Психосоматичні аспекти шкірних захворювань

Дослідження психосоматичного аспекту шкірних захворювань є актуальним та перспективним завданням психологічної науки. При існуванні сьогодні численних цікавих поглядів та гіпотез стосовно психологічної складової у виникненні та розвитку цих захворювань багато питань залишаються поки що без відповіді. Зокрема, якщо не існує єдиного психологічного профілю цієї категорії пацієнтів, то, можливо, завдання може бути вирішене через класифікацію причин захворювання та побудову відповідного набору інструментів.

Шкіра, як найбільший орган тіла, виступає своєрідним дзеркалом психічного стану людини. Вона реагує на емоції, утворюючи фізіологічний відгук у вигляді почервоніння, блідності, «гусячої шкіри» тощо. Цей нерозривний зв'язок між центральною нервовою системою (ЦНС) і шкірою обумовлений спільним ембріональним походженням: епідерма, мозок і нервова система формуються з одного шару клітин у процесі розвитку ембріона [3].

Шкіра виконує не лише фізіологічні, а й психологічні функції, які пов'язані з її роллю в інтеракції між людиною і навколишнім світом:

- функція кордону – бар'єр між «Я» і «не-Я»;
- функція контакту – забезпечує зв'язок із зовнішнім середовищем;
- емоційна функція – виражає переживання: хвилювання, страх, сором, радість;
- естетична функція – визначає соціальну взаємодію;
- сенсорна функція – забезпечує відчуття тепла, холоду, болю тощо [3].

Зміни стану шкіри під час емоційних реакцій, таких як почервоніння чи пітливість, свідчать про тісний зв'язок між психікою та фізіологією. Ці процеси особливо важливі для розуміння психосоматичних розладів [32].

Було встановлено, що пацієнти зі шкірними захворюваннями часто мають спільні психологічні риси:

- страх та емоційний тиск стають основним симптомом, що може проявлятися тривожністю, депресією та навіть суїцидальними тенденціями [3]. Шкірні хвороби, такі як вугрі чи вітиліго, часто викликають сором, ізоляцію та тривожність через їхній вплив на зовнішній вигляд. Цей цикл може посилювати основні захворювання, створюючи порочне коло між психологічними та фізичними проявами [72; 70];
- присутня соціальна ізоляція, може проявлятися перебільшеним почуттям фізичної чи соціальної неповноцінності, призводить до загострення емоційного стану, підвищує їх підозрілість і настороженість [3].

Дослідження психосоматичного аспекту захворювань свідчать, що такі пацієнти мають знижений рівень стійкості до стресу та нестабільну «Я-концепцію».

Якщо проаналізувати історії життя пацієнтів, можна спостерігати дефіцит тілесного контакту у дитинстві. Недостатня увага чи надмірна суворість батьків спричиняють невирішені психологічні конфлікти, які пізніше проявляються у вигляді шкірних захворювань. Конфлікти між батьками, відсутність чи надлишок ніжності, негативні установки, передані в дитинстві, також мають вагоме значення [3].

Цікавим є той факт, що наявність психологічного конфлікту може бути неусвідомленим «вибором» пацієнта. Захворювання слугує засобом уникнення небажаних ситуацій, карає чи виправдовує особисті помилки, створюючи «вторинну вигоду» [32].

Шкірні хвороби часто пов'язані із ситуаціями, що стосуються порушення фізичного чи емоційного контакту. Наприклад, втрата близької людини чи порушення особистого простору можуть викликати висипання на певних ділянках тіла, що символізують конфлікт. Цей конфлікт ще називають «Конфлікт контакту та розділення». Потреба у контакті виникає при суперечливості між бажанням близькості та страхом втрати особистого простору, що проявляється через шкірні реакції

Шкіра є не тільки фізичним органом, але й символом психічного стану. Вона сигналізує про конфлікти та переживання, з огляду на це можна говорити про символіку шкірних проявів:

- шкіра як бар'єр. При псоріазі організм буквально «будує» додатковий захисний шар, щоб закрити внутрішню рану – як емоційну, так і фізичну;
- шкіра як орган контакту. Дефіцит фізичного контакту з матір'ю у дитинстві чи його надлишок викликає у пацієнтів із шкірними хворобами труднощі у соціальних взаємодіях [3]. Шкіра символізує межу між "Я" і зовнішнім світом. Конфлікти, пов'язані з міжособистісними стосунками, страхом близькості чи ізоляції, можуть проявлятися у вигляді дерматологічних проблем. Наприклад, людина з псоріазом часто має глибокі внутрішні переживання, пов'язані з почуттям самотності чи необхідністю захищатися від емоційного тиску [70; 79]. Дефіцит фізичного контакту в дитинстві (наприклад, недостатня увага батьків або їх холодність) може призводити до формування психосоматичних реакцій у вигляді шкірних захворювань. Це пов'язано з тим, що шкіра є першим органом взаємодії немовляти із зовнішнім світом, і її стан може відображати досвід ранніх стосунків [71; 79].

Приклад: тілесний контакт раптово обривається, особа втрачає контакт з близькою людиною або твариною. Інколи може бути неможливість щось відчувати, неможливість замітити небезпеку (у цьому випадку висипання

будуть на внутрішній частині тіла: живіт, груди, внутрішня поверхня ніг і рук).

Небажання контакту: хтось підходить ближче, чим би нам цього хотілось, порушує особистий простір (порушуються зовнішні частини тіла, спина, сідниці, зовнішня поверхня рук та ніг, зона ліктів, колін), зони якими ми обороняємось.

У випадку конфлікту розділення, пов'язаного з ураженням шкіри голови або обличчя, скоріше за все можна говорити про те, що людині не вистачає ласки від батька або матері (погладжування по обличчю або голові — це типові дотики між батьками і дітьми).

Якщо взяти за приклад таке захворювання як псоріаз, воно тісно пов'язане з емоційним станом пацієнта, то у жінок найчастіше пов'язаний із підвищеною тривожністю та страхом втрати. У чоловіків - часто викликаний професійними чи соціальними конфліктами, невдачами у самореалізації.

До основних психосоматичних причин псоріазу можна віднести:

- конфлікт подвійного розставання: втрата близької людини чи розрив стосунків, що порушує психологічну цілісність;
- потреба у захисті: почуття небезпеки та самотності, які організм компенсує нарощуванням захисного шару шкіри;
- придушення емоцій: тривалий стрес, пригнічення гніву чи самокритика [3].

Шкіра виконує безліч функцій, але основне її завдання — розділяти навколишній світ людини від його внутрішнього світу. І цей поділ не лише матеріальний, а й емоційний.

Коли людина тривалий час піддається пресингу, тиску, знаходиться в потенційно небезпечному для неї місці або тривожних умовах проживання, відбувається дві психічні реакції:

- заборона на проживання емоцій. Поведінкова реакція, заснована на інстинкті самозбереження — з одного боку не витратити сили на проживання емоцій, з іншого боку — вкотре не показувати себе.

- активація усіх захисних пасивних та активних можливостей психіки та тіла. З боку психіки, як правило, це підвищення тривожності, а з боку тіла – як імунні реакції, так і потовщення шкірного покриву.

Пацієнти з псоріазом мають у багажі свого життєвого досвіду виражене страждання. Іноді воно може бути прихованим, невизнаним, неусвідомленим, а іноді явним. У всіх випадках без винятку потрібна консультація психотерапевта та комплексна психологічна допомога.

При псоріазі та інших шкірних захворюваннях у людей часто присутні наступні негативні установки та супутні фактори:

- мені потрібен захист;
- навколо мене небезпека;
- я самотній і безпорадний;
- ніхто ніколи не захистить мене;
- гіперопіка з боку батьків;
- холодність, тривожність, неспокій мами;
- вимогливість і неприхована лють батька;
- тривалі стресові ситуації;
- постійне роздратування;
- самокритика;
- повне чи часткове неприйняття себе;
- тривога;
- придушення емоцій тощо.

Маніфестація захворювання може відбуватися через вплив тригерного фактору:

- загибелі близької людини;
- нещасного випадку (наприклад, автокатастрофа);
- проблем на роботі;
- конфліктів у сім'ї;
- образ, страхів тощо.

1.2 Поняття про психогенні чинники захворювань шкіри

Ідея про те, що соматичні прояви хвороби можуть бути пов'язані з психічними та емоційними факторами є досить давньою.

Шкіра є найбільшим органом тіла, має тісний багатовекторний зв'язок із нервовою та ендокринною системами, що обумовлює її чутливість до психогенних факторів (психогенний – той, що виникає внаслідок впливу психіки, зумовлений психічними причинами (наприклад, психогенні хвороби шкіри) [2].

Шкірні захворювання завжди були на першому плані щодо свідчень, які вказують на можливі психогенні компоненти.

Психологічний стрес давно пов'язаний з багатьма поширеними шкірними захворюваннями і станами, і вважається причиною їх виникнення або загострення. Хоча клінічний досвід часто підтверджує цю думку, наукові докази іноді бувають складними для отримання а не прямолінійними. Незважаючи на значну кількість опублікованих даних, здається, що недостатньо якісних статистичних доказів для їх підтвердження. Складність у беззаперечній верифікації взаємодії між стресом і шкірою викликає певний скептицизм серед лікарів [27].

Психодерматологія як міждисциплінарна галузь об'єднує дерматологію та психосоматику, фокусує на впливі психогенних чинників на розвиток і перебіг шкірних захворювань. Сучасний підхід базується на біо-психо-соціальній моделі, що враховує складні взаємозв'язки між біологічними, психологічними та соціальними факторами у патогенезі шкірних розладів [41].

До біологічних механізмів впливу психогенних факторів на організм людини належать:

- Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь, за її допомогою здійснюється гормональна регуляція та забезпечення адаптації організму до стресу. Вивільнення кортизолу та інших стресових гормонів впливає на імунну функцію шкіри, знижуючи її бар'єрні властивості та підвищуючи ризик

запальних процесів [43]. Хронічний стрес активує симпатичну нервову систему, що стимулює вивільнення прозапальних цитокінів, погіршуючи перебіг шкірних захворювань, таких як псоріаз і atopічний дерматит.

- Нейроімуни механізми, проявляються через взаємодію між клітинами нервової та імунної системи через нейропептиди (наприклад, субстанцію Р) і цитокіни, які сприяють хронічному запаленню. Це пояснює зв'язок між стресом і дерматозами [14].
- Сенсорна іннервація та автономна нервова система, забезпечують зворотний зв'язок між шкірою та центральною нервовою системою. При психогенних проявах кропив'янки активація адренергічних рецепторів під дією адреналіну викликає свербіж і висипи, формуючи «порочне коло» між психологічним станом і соматичними проявами [13].

До психологічних аспектів шкірних захворювань можна віднести:

- Стрес. Гострий або хронічний стрес є тригером для загострення atopічного дерматиту, псоріазу, акне та alopecії [7]. Стрес порушує функціональність бар'єрного шару шкіри, провокуючи проникнення алергенів та інфекційних агентів. Пацієнти з хронічними шкірними захворюваннями часто мають підвищений рівень тривоги, депресії та напруженості.
- Психосоціальний чинник. Шкірні захворювання, що впливають на зовнішній вигляд, наприклад, розацеа чи акне, викликають стигматизацію, зниження самооцінки та уникнення соціальних контактів. За даними Національного товариства розацеа (США), 90% пацієнтів із цією патологією повідомляють про зниження впевненості в собі, а 43% страждають від депресії [67].
- Психічні розлади. Хронічні шкірні захворювання часто супроводжуються психіатричними коморбідностями. Депресія та тривожні стани є найбільш поширеними, особливо серед пацієнтів із

вітиліго, алопецією та важкими формами акне [31]. Наприклад, за словами доктора Джафферані, «пацієнти з хронічними захворюваннями шкіри найчастіше страждають від недиагностованої та незареєстрованої депресії, тривоги та проблем із самооцінкою. Вони ніколи не нададуть цю інформацію (своїм лікарям) самі, якщо їх спеціально не попросять» [56].

- Косметичні прояви захворювань, такі як висипання чи депігментація, призводять до ізоляції та формування неадаптивних поведінкових стратегій, особливо у дітей і підлітків [23].

Серед соціальних аспектів психосоматичних захворювань шкіри можна виділити:

- Стигматизація та соціальна ізоляція. Пацієнти з видимими ураженнями шкіри часто стикаються із соціальною дискримінацією, що погіршує їх психоемоційний стан і створює порочне коло між психологічними та соматичними факторами. Дослідження показали, що вітиліго значно знижує якість життя, особливо у жінок, через вплив на самооцінку та соціальну адаптацію [60].

До психофізіологічних розладів відносять зміни шкіри, які у часі пов'язані з гострим чи хронічним стресом. З позицій сучасної психосоматичної медицини, ці розлади фактично є органічними психосоматичними розладами [21]. Для них властива наявність так званого «хибного кола», рис. 1.1, яке підтримує дерматологічну і психічну симптоматику.

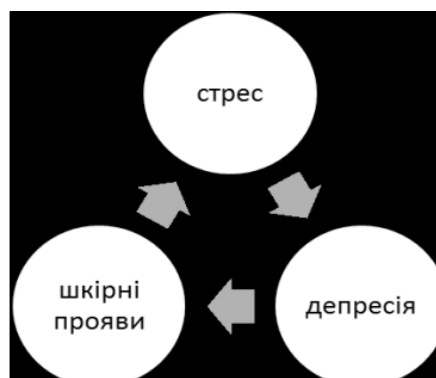


Рис. 1.1 «Хибне коло» при психофізіологічних розладах

Так, адренергічна кропив'янка характеризується появою пухирів після впливу психогенних факторів (психогенна кропив'янка). Клінічно характеризується наявністю дрібних, сверблячих пухирів, які оточені білим ореолом (за рахунок спазмованих капілярів). У патогенезі адренергічної кропив'янки бере участь симпатична нервова система: під впливом психогенного фактору відбувається звільнення адреналіну та норадреналіну, які здатні підвищувати чутливість ацетилхолінових рецепторів [15].

Хворі на atopічний дерматит фізично та психологічно залежні від багатьох чинників зовнішнього соціального оточення, бо навіть незначний подразник може спровокувати загострення хвороби та викликати інтенсивний свербіжний стан та психологічний дискомфорт, що значно погіршить якість життя [7]. Стан таких хворих характеризується депресією, напруженістю, тривогою і агресивністю, що зумовлено власне дерматологічною патологією [25]. Вони часто стикаються з непередбачуваністю перебігу захворювання, болісним свербінням, косметично значущим характером висипань. Особливої уваги потребують хворі дитячого та підліткового віку: прояви atopічного дерматиту збільшують вірогідність розвитку акцентуацій особистості та формування неадаптивних стратегій стрес-долаючої поведінки, що у майбутньому потенційно може призводити до формування розладів особистості [23].

У хворих на псоріаз суттєво знижується якість життя, зокрема через негативний вплив косметичних дефектів шкіри (висипання), що значною мірою відображається на психоемоційному стані пацієнтів [5]. Відмічено, що ураження шкіри голови при псоріазі збільшує вірогідність тривоги та депресії у пацієнтів, відповідно знижуючи якість життя [59].

З іншого боку, наявність хронічного стресу через ураження шкіри зменшує активність гіпоталамогіпофізарно-надниркової системи і підвищує симпатико-наднирково-медулярну реакцію, стимулюючи прозапальні цитокіни. Таким чином, стрес підтримує і сприяє загостренню псоріазу. Високі рівні прозапальних цитокінів пов'язують псоріаз, психічні стани та

інші супутні захворювання при псоріазі (наприклад, атеросклероз) у рамках порочного циклу [43].

У осіб з акне вульгаріс на перший план виходять тривога та депресія, особливо якщо відсутня реакція на лікування [68]. Важкість психічного стану залежить, серед іншого, від обсягу ураження. Доведено, що у підлітків з акне наявні високі рівні психіатричної супутньої патології, ймовірності самогубств і навмисного нанесення шкоди собі, тому психіатрична оцінка повинна бути включена до планів лікування акне [47].

У загальному вигляді механізм формування психогенних психічних розладів, зокрема при вторинних психічних розладах зображено на рис. 1.2 [22].

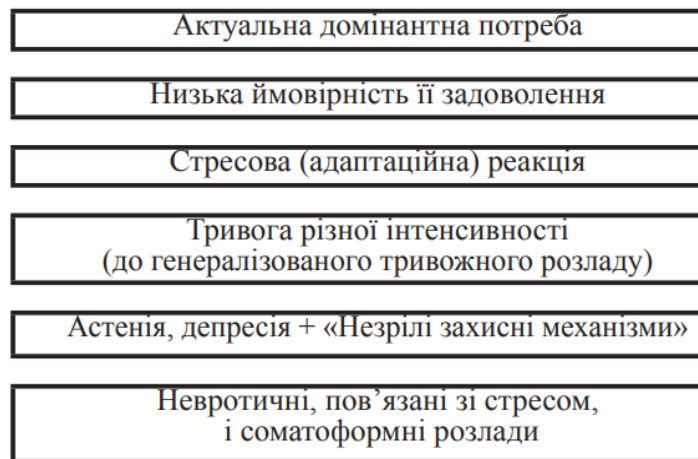


Рис. 1.2 Загальний патогенез психогенних розладів

Порідіння волосся, що призводить до видимого облісіння, може супроводжуватися різними психічними розладами. Так, при алопеції у жінок відмічається зниження як загальної соціально-психологічної адаптації, так і якості життя взагалі, що зумовлено не об'єктивною ситуацією, а суб'єктивним ставленням до себе, до хвороби та навколишнього середовища [1].

Також для пацієнтів з алопецією властиві:

- підвищення рівня тривоги;
- депресивні розлади (більшою мірою – психогенні);
- зниження самооцінки;

– алекситимія [10].

При вітиліго суттєво зростає вірогідність розвитку багатьох психічних розладів, зокрема депресивних, у 4,96-5,05 разів, ніж у осіб без вітиліго [83; 60; 69], при цьому аналіз підгруп показує, що поширеність депресії серед жінок з вітиліго є значно вищою, ніж у чоловіків [64].

При вугровій хворобі майже у половини пацієнтів формуються депресивні стани різного ступеня вираженості, високі рівні тривожності, особливо ситуативної, пов'язані з ситуаціями соціальної взаємодії [80; 16].

З огляду на зазначене, при зборі анамнезу з метою встановлення діагнозу та вибору терапії потрібен цілісний підхід спеціаліста, який має включати біологічні, психологічні та соціальні взаємозалежності.

1.3 Стрес як провокатор психосоматичних захворювань шкіри

Стрес – це неспецифічна реакція організму на зовнішні або внутрішні подразники. У більшості випадків стрес сприяє виживанню, оскільки змушує організми адаптуватися до умов навколишнього середовища, що швидко змінюються [78].

Сама природа стресу досить складна. У ній задіяні різні органи та системи організму, а саме: гіпоталамус, наднирники, гіпофіз. Стрес запускає своєрідну ланцюгову реакцію, що в свою чергу викликає ряд характерних симптомів. Наприклад, він призводить до різкого зростання рівня адреналіну, а це впливає на серцево-судинну систему, а також на метаболічні функції [18].

Стрес можна класифікувати за різними факторами, наприклад: гострий і хронічний стрес на основі початку та тривалості; легкий, помірний і важкий стрес на основі інтенсивності впливу; позитивний і негативний стрес на основі особистого досвіду [50].

Ганс Сельє, відомий як «батько дослідження стресу», описав стрес у три стадії на основі його характеристик: стадія тривоги, при якій мобілізуються усі ресурси організму, стадія резистенції, коли відбувається

адаптація до стресора та стадія виснаження, при якій ресурси організму виснажуються, що може призвести до патологій [36].

Мозок є приймачем стресу та ініціатором стресових реакцій. Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (англ. НРА) активується нейронами кортикотропін-релізінг-гормону у паравентрикулярному ядрі гіпоталамуса [64]. Під час стресу мережа взаємодії між передньою поясною корою і медіальною префронтальною корою регулює вегетативні та нейроендокринні ефекторні шляхи, тим самим регулюючи запальні реакції [46]. Крім того, такі ділянки мозку, як гіпокамп, мигдалеподібне тіло та вентральна тегментальна область також беруть участь у реакціях на стрес [38].

Мозок ініціює реакцію на стрес, а потім передає інформацію на периферію через різні медіатори, такі як глюкокортикоїди, норадреналін і нейропептиди, щоб завершити тонко сплановані фізіологічні реакції [38]. Мозок також регулює інші ендокринні медіатори, що беруть участь у периферичних імунних процесах, такі як пролактин, окситоцин і опіоїди [18].

Впливи, що викликають стресові реакції, називають стресорами. Переживання стресу, як і сприйняття стресорів є дуже індивідуальними процесами. Те, що турбує одну людину, необов'язково може турбувати іншу [27].

Стресори поділяють на такі категорії:

- зовнішні (гучний шум, загроза чи небезпека);
- проблеми задоволення первинних потреб (сон, їжа, безпека);
- робоче навантаження (нестача часу, надмірні вимоги, а також, навпаки, занижені вимоги та нудна робота);
- соціальні стресори (соціальна ізоляція, міжособистісні конфлікти, цькування, дискримінація);
- внутрішньоособистісні конфлікти (важко розв'язувана суперечність між протилежно спрямованими інтересами, потребами, поривами) [84].

Існує чотири види стресу. Перший вид стресу називається гострим.

Гострий стрес виникає як реакція на раптову подію. Це може бути сильне травматичне переживання, зокрема загроза безпеці або фізичній цілісності людини (наприклад, природна катастрофа, напад, нещасний випадок, зґвалтування, втрата близької людини або надзвичайно різка та загрозна зміна в соціальному становищі та/або оточенні людини) [34].

Гострий стресовий розлад спричиняють поодинокі або повторювані стресові психотравмуючі ситуації, наприклад, важкі фізичні або психічні травми, фізичне, сексуальне насильство або загроза смерті.

Епізодичний гострий стрес - більш серйозна форма гострого стресу. При цьому типі стресу людина щодня відчуває стрес і рідко отримує полегшення. На відміну від гострого стресу, де може бути один або два напружених днів, епізодичний гострий стрес трапляється щодня. [34]

Хронічний стрес - це тип стресу, який трапляється місяць за місяцем, рік за роком. Його викликають тривалі стресові стани, що поступово виснажують ресурси, необхідні організму для того, щоб упоратися з цими станами. Це може призвести до повного виснаження. До причин хронічного стресу належать: велике навантаження, недосипання, погані міжособистісні стосунки або неадекватні умови життя [29].

Втім, стрес не обов'язково має бути тільки негативним. Тип адаптивного стресу описують як евстрес. Він пов'язаний з приємними подіями, як-от весіллям або підвищенням по службі. Проте коли реакція організму на стрес неадекватна або коли стрес занадто сильний, він може супроводжуватися напругою і тривогою та призвести до психічних розладів. Такий дезадаптивний стрес називають дистресом.

Стрес впливає на людину на різних рівнях. На фізичному рівні стрес може проявлятися різними болями, наприклад, болями в області грудей, головними болями, кишковими спазмами та іншими неприємними відчуттями [47].

Найпоширенішою реакцією на стрес є тривога. Інші реакції включають гнів, агресію або апатію, які можуть перерости в депресію [28].

Таким чином, стрес – це реакція організму, яка виникає як відповідь на фізичну чи розумову напруженість або ж загрозу для життя. Під час війни поєднуються усі ці фактори, що значно ускладнює ситуацію.

Війна в Україні триває вже не перший рік, і кожен день, який проживають наші громадяни, є стресовим для них. Це стосується усіх: і військовослужбовців, і мешканців окупованих регіонів, і тих, кому пощастило жити у відносно спокійних областях, і переселенців та біженців. Стрес під час війни так чи інакше впливає на кожну людину, хоча його сила, інтенсивність і наслідки для психіки та фізичного здоров'я можуть відрізнятися.

Стрес під час війни може проявлятися цілим рядом характерних симптомів. Причому це можуть бути як психоемоційні розлади, так і соматичні. До перших належить підвищена дратівливість, агресивність, зниження здатності відчувати задоволення, проблеми з концентрацією уваги та когнітивним мисленням. Також у стані стресу людина страждає від різноманітних проблем із шлунково-кишковим трактом, шкірних висипів, безсоння, тахікардії. У багатьох на фоні стресу розвиваються панічні атаки — різкі напади страху та сильної тривожності, що супроводжуються відчуттям нестачі повітря, пітливістю, тремором усього тіла, нудотою, значним пришвидшенням серцевого ритму.

Якщо ж стрес вже перейшов у хронічну стадію, то описані симптоми можуть проявлятися не так яскраво. Тим не менш, попри це організм продовжує страждати. В такому стані людина може намагатися «заїсти» стрес чи навпаки починає відмовлятися від їжі. Як результат — сильна втрата ваги чи її набір. Також на фоні стресу під час війни можуть розвинути різноманітні хвороби — діабет, серцево-судинні захворювання, рак, псоріаз, інфекційні захворювання та інші [18].

1.4 Дослідження впливу стресу на перебіг шкірних захворювань

Шкіра (лат. *cutis*) — захисний бар'єр тіла та є найбільшим органом. Її маса становить близько 7% маси людини, площа — 1,5 – 2 м². Шкіра людини складається з трьох шарів: зовнішній шар епітеліальної тканини, під ним розташована сполучнотканинна основа — дерма і далі — шар підшкірної жирової клітковини — гіподерма.

Життєдіяльність шкірного покриву невід'ємно пов'язана зі станом організму. Зовнішній вигляд шкіри людини залежить від діяльності внутрішніх органів і систем організму в цілому. Цей орган виконує низку найважливіших життєвих функцій: захищає організм від різних несприятливих чинників зовнішнього середовища (травм, пилу, різних хімічних речовин, вітру, різких коливань температури, бактерій та інших подразнювальних чинників) [36].

Дослідження задокументували, що стрес має широкий фізіологічний і клінічний вплив на захворювання шкіри [54]. Було виявлено значний зв'язок, наприклад, депресії з підвищеним ризиком шкірних захворювань, таких як дерматит, екзема, гніздова алопеція і кропив'янка [46].

Між шкірою та мозком існує тісний зв'язок, оскільки тканини шкіри та нервова система походять від ектодерми [34]. Шкіра та мозок спілкуються через мережу під назвою «вісь шкіра-мозок», яка дозволяє йому реагувати на психологічний стрес, впливаючи на шкіру та її фізіологію, надсилаючи сигнали назад у мозок, виробляючи речовини, які модулюють імунну та нервову системи [50]. Взаємодія між психологічним стресом і шкірними захворюваннями проявляється у двох напрямках; стрес може погіршити проблеми зі шкірою, що може призвести до проблем із психічним здоров'ям, і навпаки — проблеми зі шкірою можуть призвести до проблем із психічним здоров'ям. Розуміння патофізіологічного механізму, що лежить в основі зв'язку стресу з прогресуванням вже існуючих шкірних захворювань і розвитком нових шкірних захворювань, може стати основою для клінічних

втручань з метою полегшення симптомів хвороби та затримки її прогресування [11].

Національний інститут раку США визначив стрес як реакцію організму на фізичний, психічний або емоційний тиск [12]. Ця реакція на стрес може включати як свідомі, так і несвідомі зміни. Стрес також може стосуватися емоційної реакції. Коен та ін. пишуть, що «психологічна реакція на стрес складається з негативних когнітивних та емоційних станів і виникає, коли вимоги, що висуваються подіями, перевищують здатність людини впоратися» [33].

Стрес має значний фізіологічний та клінічний вплив на захворювання шкіри. Реакція на стрес призводить до активації ендокринної, неврологічної та імунної систем, що призводить до хронічних шкірних захворювань. Двома основними ланками реакції на стрес, як уже зазначалось, є симпатична нервова система та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь. Клінічно доказано, що вивільнення кортизолу, катехоламінів і нейропептидів посилює запалення шкіри та свербіж, порушує функцію шкірного бар'єру, погіршує загоєння ран і пригнічує імунітет [29]. Крім того, активація тучних клітин (мастоцитів) через стрес також посилює відчуття свербіжів при шкірних захворюваннях [18].

Коли розум або тіло страждають (через реальну чи нереальну загрозу), мозок виділяє гормони, які викликають вивільнення кортизолу, гормону стресу, з надниркових залоз. Шкіра має рецептори для цього гормону стресу, і їх активація призводить до різних змін шкіри, таких як:

- посилення запалення;
- порушення загоєння ран;
- більше вироблення жиру та шкірного сала;
- порушена стійкість до інфекції.

Через посилене запалення та зміни шкіри, згадані вище шкірні захворювання можуть спалахнути під час стресу, наприклад:

- акне;

- випадання волосся (гніздова алопеція);
- витончення волосся (андрогенетична алопеція або телогенове випадання);
- екзема (атопічний дерматит);
- псоріаз;
- розацеа;
- висип на шкірі голови (себорейний дерматит);
- кропив'янка [56].

Джафферані (доктор медичних наук, колишній президент і нинішній секретар Асоціації психодерматологічної медицини Північної Америки) також класифікував захворювання шкіри, на які впливає стрес, включаючи психофізіологічні розлади, які визначаються як «шкірні захворювання, які викликані або загострюються психологічним стресом». До них відносяться акне, гніздова алопеція, atopічний дерматит, псоріаз, розацеа, хронічна спонтанна кропив'янка та інші [77].

Стрес активує вісь НРА, що призводить до підвищення рівня глюкокортикоїдів, що може пошкодити шкірний бар'єр, роблячи його більш проникним для алергенів і подразників [55].

Атопічний дерматит (АД) є поширеним захворюванням шкіри, на яке впливають генетичні, екологічні та імунологічні фактори, а також психологічний стрес [32]. Дослідження пов'язують стрес із АД, показуючи, що пацієнти з цим захворюванням часто відчувають високий рівень тривоги та депресії. Крім того, більш часті стресові життєві події пов'язані зі збільшенням тяжкості захворювання [10].

Псоріаз — це хронічне запальне захворювання шкіри, яке вражає приблизно 125 мільйонів людей у всьому світі [27]. Це пов'язано з фізичним і психологічним тягарем, оскільки видимі ураження можуть викликати негативну реакцію та стигматизацію, що призводить до тривоги, депресії, низької самооцінки та погіршення якості життя [73].

Основою патогенезу псоріазу під час стресу є вивільнення медіаторів, таких як нейропептиди, через активацію нервової системи в результаті хронічної взаємодії між імунною системою шкіри, гіперпроліферативними та дисфункціональними кератиноцитами та інфільтрацією активованих імунних клітин [48].

Все частіше результати сучасних досліджень свідчать про важливість психічного здоров'я в розвитку хвороби, а також як доповнення до традиційної терапії. У випадку із псоріазом існують деякі докази того, що додаткові когнітивно-поведінкові підходи можуть призвести до зменшення психологічного стресу.

Проведення подальших досліджень є необхідним, щоб зрозуміти взаємозв'язки між нервовою, ендокринною та імунною системами в патофізіології псоріазу [46].

Хронічна кропив'янка (ХК) викликає свербіж, а іноді й ангіоневротичний набряк протягом 6 тижнів [56]. Стрес може підвищувати ризик захворювання. Дослідження показало, що під час епідемії COVID-19 пацієнти з ХК отримали вищі результати за шкалою активності кропив'янки 7 (UAS7), ніж раніше. Оцінка UAS7 також була пов'язана з депресією, тривогою та стресом [31]. ХК впливає на психосоціальне благополуччя пацієнтів, знижуючи якість їхнього життя та сну та впливаючи на їхню емоційну чутливість [50].

Акне — поширене захворювання шкіри, яке вражає приблизно 9,4% населення планети [49]. Стрес є одним із можливих факторів, який може спровокувати або погіршити акне, що може спричинити фізичні та психологічні страждання [56]. Дослідження показали зв'язок між тяжкістю акне та рівнем відчутного стресу [55]. Міжнародні дослідження показали, що психологічний стрес є фактором ризику виникнення акне [13] і що підвищений стрес може посилити симптоми хвороби [49]. Психологічні фактори можуть викликати вивільнення нейропептидів і гормонів, які активують клітини, залучені до виникнення хвороби [34].

Рецептори в шкірі сприймають різноманітні подразники, такі як температура, дотик, тиск, вібрація, біль тощо, передаючи їх через периферичну до центральної нервової системи, що викликає відцентрову реакцію мозку та впливає на багато механізмів по всьому тілу [19].

Щоб добре лікувати хвороби, нам необхідно знати їх патофізіологію. На жаль, ми досі не маємо причинно-наслідкового лікування багатьох захворювань, тому нам залишається лише симптоматичне лікування [4].

Таким чином, хронічне захворювання шкіри має руйнівний вплив на фізичне та психологічне благополуччя людини. Захворювання шкіри суттєво впливає на всі аспекти життя пацієнта, включаючи навчання у школі, стосунки, вибір професії, соціальну діяльність і дозвілля, а також сексуальне життя. Фізичні, психологічні та соціальні наслідки впливають не лише на пацієнтів, а й на опікунів і членів родини. Поширені психологічні проблеми, пов'язані із захворюванням шкіри, включають (але не обмежуються цим) почуття стресу, тривоги, гніву, депресії, сорому, соціальної ізоляції, низької самооцінки та збентеження. Окрім психофармакології, численні психотерапевтичні методи виявилися корисними у вирішенні психологічних наслідків шкірних захворювань [52].

Висновки до розділу 1

Людина — це цілий організм, в якому емоції, відчуття та почуття нерозривно пов'язані між собою. Хронічний стрес суттєво впливає на стан шкіри через порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, зміни в імунній системі та активації запальних процесів. Шкірні захворювання, такі як псоріаз, atopічний дерматит, акне, вітиліго та інші мають тісний зв'язок із психосоціальними факторами. Цей вплив зумовлений не лише біологічними механізмами, а й глибокими внутрішніми конфліктами пацієнтів.

Психологічний стрес є вирішальним фактором у розвитку багатьох шкірних захворювань, і стигматизація, викликана шкірними розладами, може

збільшити психологічний тягар, утворюючи порочне коло психологічного стресу, що призводить до шкірних захворювань. Шкіра, як життєво важливий орган, який контактує із зовнішнім середовищем, має власну складну імунну систему, а нейроендокринна система відіграє центральну роль у реакції організму на стрес. Спричинені стресом зміни в імунній системі також можуть порушити тонкий баланс імунних клітин і медіаторів запалення в шкірі, що призводить до імунної дисрегуляції та підвищеної сприйнятливості до різних шкірних захворювань. Стрес також може впливати на бар'єрну функцію шкіри, погіршувати загоєння ран і сприяти вивільненню прозапальних цитокінів, тим самим загострюючи існуючі шкірні захворювання.

Аналізуючи сучасну літературу, можна дійти висновку про тісний взаємозв'язок між стресом і шкірними захворюваннями. Нові методи лікування перебувають на етапі вивчення та проходять випробування. Досі відсутні поглиблені дослідження механізму шкірних захворювань в умовах стресу. Тому так важливо дослідити складний зв'язок між стресом і шкірними захворюваннями з точки зору впливу психогенних факторів на перебіг захворювання в умовах тривалого стресу.

Так як шкірні захворювання часто мають багатфакторний характер, то психосоматичний підхід дозволяє краще зрозуміти їхній патогенез. Впровадження психологічної підтримки у дерматологічну практику допомагає не лише покращити стан шкіри, а й підвищити якість життя пацієнтів [71].

Визначення психогенних чинників у дерматології дозволяє краще зрозуміти механізми захворювань і забезпечувати більш ефективне лікування. Інтеграція психосоматичного підходу є ключем до підвищення якості життя пацієнтів та запобігання ускладненням.

Вивчення взаємозв'язку між стресом і психосоматичними розладами є важливим кроком у розумінні механізмів, які спричиняють розвиток цих розладів. Сучасні психологічні дослідження розкривають все більше доказів

психогенної природи психосоматичних розладів і важливість психологічного фактора у їх етіології та лікуванні [20].

Глибше вивчення взаємозв'язку між стресом і захворюваннями шкіри сприятиме розширенню знань про психогенні чинники дерматологічних станів та вплив зовнішніх факторів. У свою чергу це дозволить відкрити нові перспективи для діагностики і лікування на основі виявлених механізмів.

Однак найважливішим залишається завдання розробки та впровадження психотерапевтичних та психокорекційних програм, здатних змінити патологічні патерни поведінки та емоційного реагування і допомогти хворим у знаходженні чи відновленні здорового способу побудови стосунків із соціальним оточенням [3].

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОГЕННИХ ЧИННИКІВ ШКІРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

2.1 Етапи та процедура дослідження

На першому етапі дослідження було визначено дослідницьку ціль, здійснено опрацювання наукової літератури, пошук та підбір методик, визначені критерії потрібної вибірки для наукового дослідження. На цьому ж етапі було проведено розробку потрібних дослідницьких інструментів та ресурсів. За допомогою Google Forms було створене інтернет-опитування, підбір матеріалу, формування на основі досліджуваної наукової літератури авторської анкети, написання тексту-заохочення до участі у дослідженні. З метою покращення ефективності опитування здійснено консультування з лікарем-дерматологом та експертом з Української асоціації псоріазу.

На нашу думку, Інтернет-опитування є ефективним способом отримання даних в умовах війни і обмеженості часу. Вибір такого методу дозволив нам ефективно організувати отримання необхідних відомостей, швидко та у зручній формі їх обробити.

На другому етапі відбувся збір даних. До опитування могли залучатися лише ті респонденти, у яких наявні захворювання шкіри, про що йшлося у тексті-заохоченні.

Формування опитувальника, збір даних і дослідження ґрунтувалося на принципах добровільності, конфіденційності, етичності, інформативності, точності та об'єктивності.

На цьому етапі було проаналізовано та проведено первинну обробку, обрахунок та аналіз відповідей респондентів. Було здійснено кодування рядків та стовпців для подальшого статистичного аналізу даних.

Аналіз та обробка відповідей респондентів включали вимірювання показників тривоги, депресії, сприйнятого стресу, фізичних симптомів, їх

емоційний, функціональний стан (якість сну, робота і хобі, соціальна активність, сексуальне життя, самотність, стомленість) та перелік якостей, які можуть бути, або можуть не бути характерними для досліджуваних.

Таким чином, вибір методик для проведення даного дослідження зумовлений припущенням, що, в залежності від особистісних рис, анамнезу життя респондентів існують характерні особливості психогенних чинників перебігу шкірних захворювань та психосоматичних реакцій.

При проведенні дослідження нас цікавило, як саме розподіляться респонденти в залежності від незалежного фактору наявності тривожних та депресивних станів на незалежний фактор психосоматичних проявів. Також, ми дослідимо, як саме розподілились респонденти в залежності від статі та травматичного досвіду за середніми показниками обраних методик. Це дасть нам можливість відстежити, які саме особистісні риси більш впливають у респондентів на психогенні фактори.

З цією метою, ми, за допомогою статистичного пакету SPSS - 23, досліджували наступні закономірності:

1. Виявлення рівню кореляційного зв'язку між станом тривоги, депресії та психосоматичними проявами (таблиці кореляційних зв'язків Спірмена);
2. Виявлення рівню середніх показників усередині групи за критерієм психосоматичних проявів (розвідувальний аналіз, описової статистики, t-критерій Стьюдента);
3. Виявлення рівню впливу незалежних факторів, констант (рівень тривоги, депресії, особистісні риси, стать, травматичний досвід тощо) на залежний фактор, а саме психосоматичні прояви (симптоми) серед респондентів (Однофакторний дисперсійний аналіз);
4. Виявлення рівню стресу за Шкалою сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS) та його вплив на психосоматичні прояви (критерій χ^2);
5. Виявлення особливостей впливу особистісних характеристик респондентів за Коротким п'ятифакторним опитувальником

особистості ТІРІ на стани тривоги, депресії та психосоматичні прояви (Регресійний аналіз);

- б. Виявлення особливостей впливу травматичного досвіду та тривалого стресу на психосоматичні прояви (перебіг шкірних захворювань).

2.2 Характеристика досліджуваної вибірки

Збір загальної вибірки дозволив виявити осіб, чий психоемоційний стан і фізичні прояви захворювання потребували подальшого вивчення та інтервенцій. Констатуючий експеримент полягав у визначенні наявності станів тривоги та депресії (невротичного спектру у людей з проблемою шкірних захворювань), визначенні інших проявів психогенних чинників, з'ясуванні їх появи на ранніх етапах.

У дослідженні взяли участь 25 респондентів з наявними ознаками захворювань шкіри.

Опитування проводилось у онлайн-форматі із використанням Google Forms. Така кількість респондентів зумовлена необхідністю відібрати учасників із наявними клінічними симптомами. Обмеження вибірки пояснюється специфікою критеріїв відбору, так як участь у дослідженні могли взяти лише ті респонденти, які у яких виявлено відповідні симптоми, що є релевантними до теми даної роботи.

На нашу думку, такий підхід забезпечує валідність і надійність отриманих результатів, дозволяючи більш точно дослідити вплив тривалого стресу на патогенні основи шкірних захворювань у вибраній групі.

Вік учасників від 17 до 48 років, з них 44% жінок, 56 % чоловіків. Серед опитаних у 72% діагностовані дерматологічні захворювання такі як: псоріаз, атопічний дерматит, екзема, акне, нейродерміт, себореїний дерматит, вітиліго.

У 34% опитуваних слабка враженість симптомів, помірна у 14%, тяжка у 19% і дуже тяжка у 33%.

У 20% респондентів захворювання зосереджується на руках, 16% на голові, 12% на обличчі, 52% на інших зонах.

Беручи до уваги, що ряд факторів можуть передбачити психосоціальний вплив хронічного захворювання шкіри, у дослідженні ми використали Анкету для виявлення психосоматичних розладів, рис. 2.1, дізнались які ситуації могли бути пов'язані з дебютом захворювання шкіри, рис. 2.2, емоційний стан респондентів, рис. 2.3, тощо.

Також важливими є конкретні демографічні характеристики, включаючи стать, вік, освіту, сімейний стан, колір шкіри та культурне виховання респондента, все це може вплинути на його досвід щодо свого захворювання. Обсяг соціальної підтримки, має важливе значення, оскільки низький рівень соціальної підтримки потенційно створює для пацієнтів ризик більшого психосоціального навантаження. Особи, які відчувають більшу кількість симптомів, можуть сильніше постраждати від свого захворювання, як і пацієнти з меншими проявами захворювання.

Респонденти з підвищеною тяжкістю симптомів можуть мати більший ризик розвитку депресії, тривоги та інших проблем психічного здоров'я. Крім того, ураження на видимих ділянках тіла або в області геніталій потенційно можуть бути більш важкими для пацієнтів, ніж ураження, приховані одягом.



Рис. 2.1 Показники респондентів за результатом проходження анкети для виявлення психосоматичних розладів.

Аналізуючи, ми бачимо, що найбільш впливові фактори для визначення психосоматичних розладів є емоційні проблеми (56%), шкільні проблеми (52%), проблеми з фінансами (48%), зі здоров'ям (44%), відчуття ізоляції серед однолітків (40%), порушення харчування (40%), смерть близьких родичів (40%).

Соціальні стосунки, а саме: проблеми у відносинах з батьками, братами, сестрами та іншими членами родини також показують суттєвий вплив (28–40%).

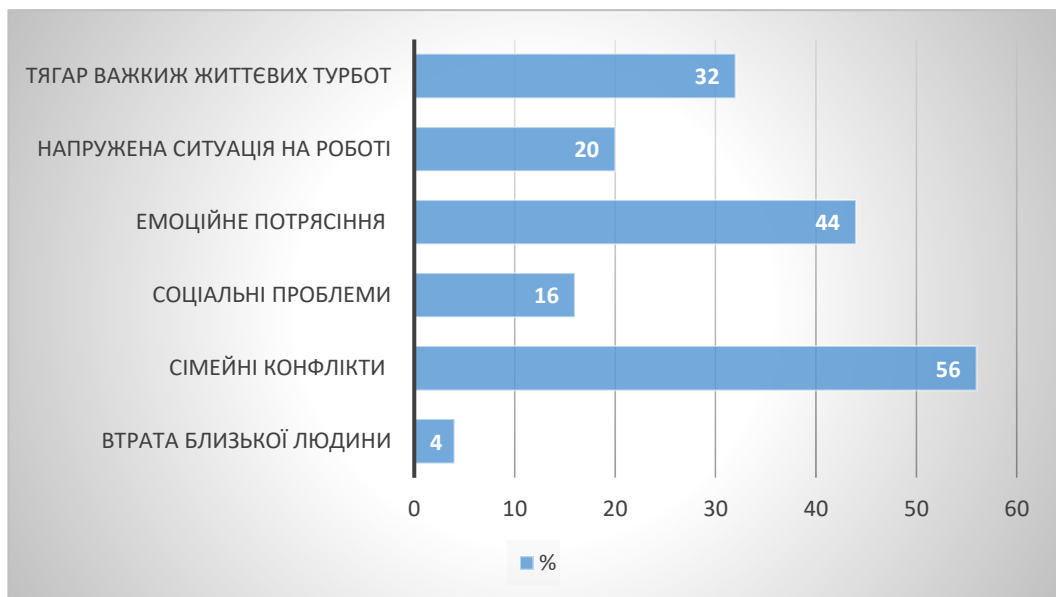


Рис. 2.2 Ситуації, які могли бути пов'язані з дебютом захворювання шкіри

Ключовими факторами, найпоширенішими причинами, які можуть бути пов'язані з дебютом захворювання шкіри було визначено: емоційні потрясіння (50%) респондентів та сімейні конфлікти (понад 50%).

Менш значущою причиною порівняно з іншими факторами була втрата близької людини (менше 10%). Напруження на роботі та соціальні труднощі мали середній вплив (20–30%).

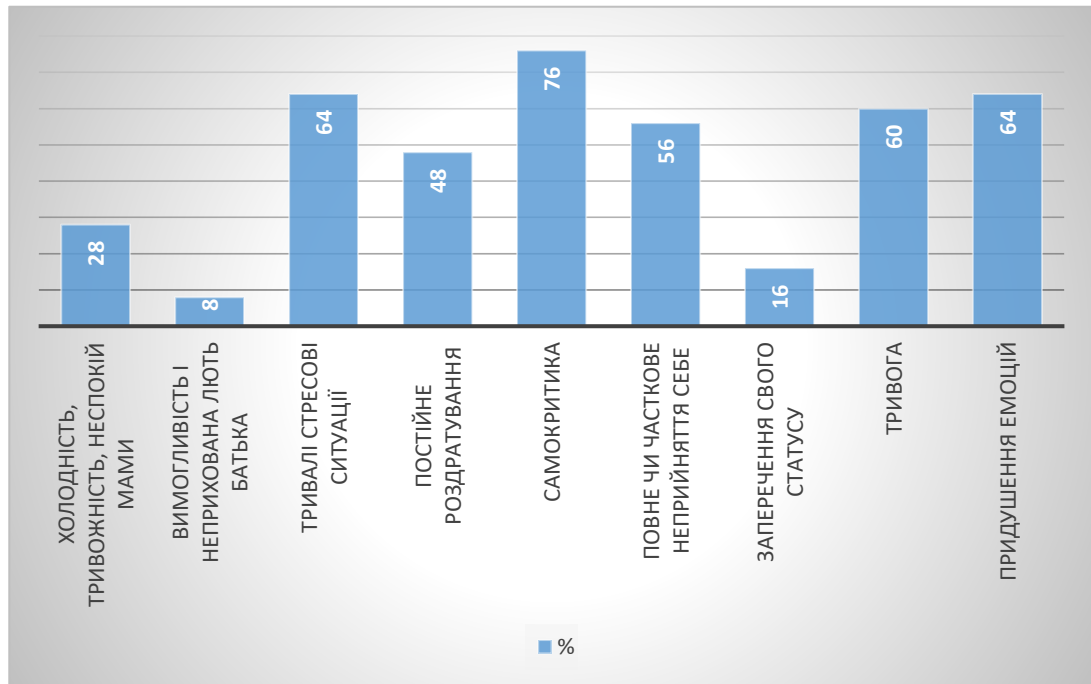


Рис 2.3 Твердження, які відповідають емоційному стану респондентів

Найбільший вплив на емоційний стан респондентів становить самокритика (70%), тривога (65%) та пригнічення емоцій (60%).

Часто у респондентів були присутні тривалі стресові ситуації (близько 50%) і роздратованість (40%). Вимогливість батьків (10%) та заперечення свого статусу (15%) траплялися найрідше.

Після опрацювання результатів опитувальників та анкет, нами було розподілено групу респондентів на підгрупи: за критерієм статі, та за критерієм наявності діагностованих шкірних захворювань. Аналізуючи результати за підгрупами, ми також порівнювали їх між собою за рівнем показників сили рівню стресу, депресії, емоційних, симптоматичних проявів. За результатами порівняння ми виявили, що жінки є більш емоційно реактивними, тобто, незалежно від віку, більш емоційно реагують на тригери, в умовах систематичного стресу. Підгрупа чоловіків є більш стриманою у проявах емоцій, але показала більш високі показники за рівнем симптоматики. Загалом, у респондентів показники рівню стресу, відчуття тривоги та депресії близькі до максимальних.

За рівнями кореляційних зв'язків між показником «Симптоми» та гострими станами тривожних та депресивних розладів ми виявили, що кореляції відсутні. Це може бути пов'язано з тим, що усі респонденти молодого віку, обізнані та здатні регулювати свої емоційні реакції. Також, у ситуації війни в Україні, ми розуміємо, що рівень стресу є вже 3 роки максимально високим, і респонденти, перебуваючи систематично у стані стресу, мають компенсаторні реакції, тобто не усвідомлюють (феномен пристосування) силу напруги, що діє постійно. Таким чином, кореляційні зв'язки стану тривоги та депресії у порівнянні їх з патогенними чинниками, не можуть бути значно високими. Тільки 4% респондентів пов'язують загострення симптомів із війною і нестабільністю в країні.

2.3 Опис використаних методів дослідження

Дане дослідження дозволяє нам шляхом емпіричних методів дослідження виявити особливості емоційних переживань людей із шкірними захворюваннями, які перебувають в умовах тривалого стресу. Для цього були застосовані інструменти, що відповідають меті роботи.

Розуміючи, які емоційні переживання, життєвий досвід має людина, ми можемо розробити план дій, направлений на полегшення її симптомів, почуття сорому у зв'язку із хворобою, психоемоційний стан та зменшити психосоматичні прояви як реакцію на тривалий стрес.

Для виявлення особистісних якостей та передумов схильності до психосоматичних проявів як реакцію на стан тривалого стресу нами було розроблено стратегію експериментального дослідження, яка базується на принципах єдності свідомості та діяльності, взаємодії зовнішніх дій і внутрішніх умов.

У дослідженні ми використовували наступні методики:

- Skindex-29 (оцінює вплив шкірних захворювань на психологічний та соціальний стан пацієнтів);
- Госпітальну шкалу тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression

Scale (HADS);

- Шкалу сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS);
- Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (TIPI –UKR);
- Опитувальник «Моменти життєвої історії»;
- Анкету для виявлення психосоматичних розладів (для дорослих);
- Авторську анкету для дослідження зв'язку стресової ситуації із захворюваннями шкіри.

На нашу думку, такий інструментарій допоможе оцінити рівень тривоги, депресії, сприйнятого стресу, психологічний та соціальний стан досліджуваних, їх характерні риси особистості, життєвий досвід. Що є важливим при дослідженні зв'язку тривалого стресу і шкірними захворюваннями.

«Skindex» був розроблений як метод, який дає пацієнтам можливість передати невидимі проблеми, які вони можуть мати, пов'язані зі своїм захворюванням шкіри. Пацієнти з відносно невеликим ураженням шкіри можуть відчувати значно більше страждань, ніж пацієнти з більшою фізичною деформацією.

Опитувальник «Skindex-29» оцінює вплив шкірних захворювань на психологічний та соціальний стан пацієнтів. Містить питання, що стосуються емоційних переживань та фізичного дискомфорту, пов'язаних зі станом шкіри [12]. Складається з 29 питань (Додаток А), має три розділи: симптоми, емоції, функції.

Фізичні симптоми: хворобливість, свербіж, печіння, подразнення шкіри, неприємні відчуття при контакті з водою, чутливість.

Емоційна сфера: стурбованість станом шкіри, почуття пригніченості та сорому, занепокоєння, що від шкірного захворювання залишаться рубці, переживання про погіршення стану шкіри, тривожний настрій, збентеження, почуття приниженості, роздратування з приводу стану шкіри, неприйняття себе.

Функції: якість сну, робота і хобі, соціальна активність, сексуальне життя, самотність, стомленість, небажання виходити з дому, обмеження близькості з іншими людьми, складність в здійсненні повсякденної діяльності, складність при прояві почуттів, перешкода в створенні відносин з оточуючими, обмеження тісного спілкування з родичами.

Відповіді оцінюються за умовною 5-бальною шкалою. Бали відповідають стану пацієнта на момент заповнення і відповідають: 0 – ніколи, 25 – рідко, 50 – іноді, 75 – часто, 100 – завжди.

Чим більше балів, тим нижча психологічна якість життя хворого. Загальна оцінка по розділах обчислюється як середнє арифметичне по кількості питань.

Розподіл за доменами:

Емоційний вплив, 10 питань: 3, 6, 9, 12, 13, 15, 21, 23, 26, 28.

Функціональний вплив, 12 питань: 2, 4, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 29, 30.

Симптоми, 7 питань: 1, 7, 10, 16, 19, 24, 27.

Таблиця 2.1

Інтерпретація і категоризація розділів СКІНДЕКС-29

Ступінь тяжкості	Розділи СКІНДЕКС-29			Загальний СКІНДЕКС-29
	емоції	функції	симптоми	
Слабка	0-23,9	0-20,9	0-38,9	0-24,9
Помірна	24-34,9	21-31,9	39-41,9	25-31,9
Тяжка	35-38,9	32-36,9	42-51,9	32-43,9
Дуже тяжка	≥ 39	≥ 37	≥ 52	≥ 44

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [63] була створена в 1983 році. Використовується для виявлення рівня тривожності та депресії у пацієнтів з хронічними захворюваннями, включно з шкірними.

Шкала складається з 14 тверджень (Додаток Б), які поділяються на дві шкали: “тривога” (непарні пункти –1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і “депресія” (парні

пункти –2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальний прояв). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Шкала сприйнятого стресу (PSS) – класичний інструмент для оцінки рівня стресу. Хоча шкала була розроблена 1983 року, вона залишається популярною тому, що допомагає зрозуміти, як різні ситуації впливають на наші почуття і стрес, який відчувають респонденти [64]. Складається з 10 питань, які стосуються почуттів і думок протягом останнього місяця (Додаток В).

Кожна відповідь оцінюється від 0 до 4 балів, де: 0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – дуже часто. Питання 4,5,7,8 рахуються у зворотньому напрямі (0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0) – додаємо в загальний бал.

Сума балів загальна визначає рівень PPS може бути від 0 до 40, чим вищі бали, тим вищий рівень стресу. Результати за даною методикою такі:

- 0-13 – низький стрес;
- 14-26 – помірний;
- 27-40 – сильний сприйнятий стрес.

Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (Ten Item Personality Inventory (TIPI-UKR) – це психологічний тест, що використовується для вимірювання п'яти ключових аспектів особистості: відкритість до досвіду, свідомість, екстравертність, доброзичливість та емоційна стабільність. Українська адаптація [11].

Кожен із пунктів оцінюється за 7-бальною шкалою від 1 (абсолютно не згоден) до 7 (абсолютно згоден).

За даною методикою питання 1, 6* відповідають за екстраверсію, 2*, 7 – дружелюбність, 3, 8* - добросовісність, 4*, 9 - емоційну стабільність, 5, 10* – відкритість новому досвіду, пункти позначені *, рахують з інверсією (Додаток Г).

Згідно методики оцінюються такі характеристики особистості:

Екстраверсія (або інтроверсія) визначає схильність до соціальної взаємодії, енергійність, активність, а також переживання позитивних емоцій. Високий рівень екстраверсії свідчить про активність, оптимізм, товарицькість і балакучість, схильність до гри, пошук активності, низький – про сором'язливість, песимістичність, надання переваги бути самотнім, уникнення соціальних активностей.

Дружелюбність стосується вираженості у людини чутливості та зацікавленості щодо інших, альтруїстичних, дружніх та емпатійних якостей на противагу відсутності довіри та прагнення співпраці, нездатності до співчуття і схильності до конкурентного ставлення. Високий рівень дружелюбності свідчить про готовність до співчуття, лагідність, скромність та прихильність до інших і готовність допомогти, низький – про егоцентризм, конкурентність, сухість та жорсткість у стосунках з іншими людьми.

Добросовісність стосується мотивації та наполегливості у ставленні людини до цілей та дій. Високий рівень свідчить про відповідальність, розсудливість та надійність, водночас трудоголізм, схильність підтримувати порядок і перфекціонізм. Низький рівень добросовісності трактують як недостатню конкретизацію життєвих цілей та мотивацію досягнень, водночас схильність до гедонізму, імпульсивності у прийнятті рішень, а також спонтанності у діях.

Емоційна стабільність (чи нейротизм) стосується здатності до емоційної адаптації, долаття стресу, врівноваженості та саморегуляції у разі переживання негативних емоцій, зокрема страху, гніву, провини,

незадоволення, розгубленості тощо. Високий рівень емоційної стабільності свідчить про здатність контролювати і долати стрес, не відчуваючи напруги, дратівливості чи страху, низький – про високий нейротизм, меншу здатність до емоційної саморегуляції, схильність до занепокоєння, сором'язливість та розгубленість у присутності інших, переживання страху і напруги.

Відкритість новому досвіду стосується пізнавальної цікавості та толерантності до нового, схильності до пошуку, водночас позитивної оцінки нового життєвого досвіду. Висока відкритість досвіду свідчить про наявність жвавого інтересу до усього, креативність, розвиненість уяви, нетрадиційність, водночас незалежність суджень. Низька відкритість до досвіду означає консервативність, надання переваги традиційним цінностям, прагматичність інтересів та недовіру до нового.

Як уже зазначалось, «видимість» шкірного органу надає дерматології особливе місце серед інших клінічних предметів і робить особливо важливим цілісний психосоматичний підхід до пацієнта. До сучасних психодерматологічних підходів відноситься і життєвий шлях людини.

У зв'язку з вищезазначеним, для дослідження ми взяли також опитувальник (за ©Чабан О.С.) «Моменти життєвої історії, які підлягають додатковому аналізу» (фактори, які, ймовірно, впливали (вплинули) на стан його (її) здоров'я або якість життя) [24] складається з 25 тверджень, використовується з метою визначення психокорекційних мішеней (Додаток Д).

Анкета для виявлення психосоматичних розладів (©Чабан О.С., Хаустова О.О.) призначена для скринінгового дослідження та виявлення психічних порушень у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями, яка включає в себе різноманітні питання про стан здоров'я протягом останніх 2 тижнів [24]. При 6 та більше ствердних відповідях та після визначення рівня депресії для більш успішного лікування соматичної проблеми пацієнту рекомендована консультація у медичного психолога або фахівця з психосоматичної медицини (Додаток Е).

Авторська анкета для дослідження зв'язку стресової ситуації із захворюваннями шкіри була розроблена на основі досліджуваної літератури з метою структурованого збирання інформації про психосоматичні фактори, пов'язані з захворюваннями шкіри/псоріазом, а також емоційні переживання респондентів, що можуть вплинути на стан їхнього здоров'я (Додаток Ж).

Висновки до розділу 2

У розділі 2 були описані такі використані методичні інструменти: «Skindex-29», Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS), Шкалу сприйнятого стресу (PSS), Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (TIPI –UKR), опитувальник «Моменти життєвої історії», анкету для виявлення психосоматичних розладів (для дорослих), авторську анкету для дослідження зв'язку стресової ситуації із захворюваннями шкіри.

Процес збору відбувався через використання інтернет-опитувань, за допомогою Google Forms. Такий формат дав змогу залучити до дослідження осіб з клінічно вираженими симптомами.

Дослідження проводилось з дотриманням конфіденційності та етичності.

У результаті збору даних, респондентів було поділено на групи за статтю і за фізичним проявом симптомів.

В рамках дослідження нас цікавили не лише симптоматичні емоційні прояви респондентів, але й анамнез травматичних подій у їхньому житті. Проаналізувавши наявність тривожних та депресивних станів, ступінь стресового навантаження, травматичних подій, ми аналізували чи є взаємозалежність між ними.

Серед усіх опитаних респондентів є невеликі відмінності: так, жінки є більш реактивними, видають реакцію вищої сили на тригери, а чоловіки видають більші показники дисперсії за симптоматикою. Усі опитані нами респонденти отримували травматичний досвід у своєму житті, і внаслідок бойових дій на території України цей травматичний досвід продовжується.

За результатами дослідження моментів життєвої історії, які підлягають додатковому аналізу, а також опрацювання авторської анкети, було встановлено, що психосоматичні розлади найсильніше пов'язані з емоційними та шкільними проблемами, а також втратами чи конфліктами в родині.

Захворювання шкіри часто викликаються емоційними потрясіннями, сімейними конфліктами або важким життєвим тягарем.

Під час дослідження емоційного стану респондентів було з'ясовано, що основними проявами психогенних чинників є внутрішній конфлікт, самокритика і невміння справлятися зі стресом.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОГЕННИХ ЧИННИКІВ ШКІРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО СТРЕСУ

3.1 Аналіз зібраних даних

Далі у роботі ми зосередились на аналізі даних загальної вибірки, зібраних за допомогою Google Forms. За допомогою інтернет-опитування досліджувались різні аспекти, пов'язані зі стресом, психосоматичними факторами та їхнім впливом на перебіг шкірних захворювань. Зокрема було досліджено: фізичні симптоми, емоційну сферу, функціональні аспекти, рівень стресу, психосоматичні фактори та особистісні риси. Це дозволило нам комплексно оцінити вплив психоемоційних факторів на стан шкіри, а також на якість життя респондентів.

Тому наш аналіз включає статистичну обробку та інтерпретацію результатів.

За допомогою команди «Перетворення, автоматичного перекодування даних» пакета математичної статистики SPSS – 23 ми надали текстовим виразам певні числові значення, згідно з ключами методики Skindex-29 [12]: «1» – ніколи, «2» – рідко, «3» – іноді, «4» – часто, «5» – завжди.

Результати за середніми показниками за даною методикою наведені у таблиці (Додаток И). Згідно з ключами методики, відповіді оцінювались за умовною 5-бальною шкалою (за доменами):

- Ступінь тяжкості за емоційним впливом;
- Ступінь тяжкості за функціональним впливом;
- Ступінь тяжкості за симптомами.

Чим більше балів має підгрупа респондентів, тим нижча психологічна якість їх життя. Загальна оцінка по розділах обчислювалась як середнє арифметичне за кількістю питань. Отримані результати наведені у таблиці (Додаток К).

Інтерпретація і категоризація розділів «Skindex – 29»

Відповідно до ключа методики «Skindex – 29», ми закодували отримані результати по ступені тяжкості. Таким чином, ми отримали 4 ступені та перевели отримані дані з розряду номінальної шкали до порядкової. З цією метою ми використали шкалу інтервалів. Для кодування даних ми використали функцію «Перетворення, перекодування в інші змінні» і надали їм значення згідно ступеню тяжкості в інтервалі від 1 до 4. Таким чином, ми отримали інтервальну шкалу ступеню тяжкості, яка складається з 4 інтервалів. Відповідно до ключа методики інтервали відповідають:

- «1» - слабкий ступінь тяжкості;
- «2» - середній ступінь тяжкості;
- «3» - важкий ступінь тяжкості;
- «4» - дуже важкий ступінь тяжкості.

Таблиця 3.1

Основні статистичні характеристики рівню емоційного впливу

Показники			Статистика	Стандартна помилка
Стать				
Емоційний вплив Жіноча			Середнє значення	26,0000
95% довірчий інтервал	Мінімум		21,0553	
		Максимум	30,9447	
5% відхилення			25,5000	
Медіана			23,0000	
Дисперсія			47,778	
Стандартне відхилення			6,91215	
Мінімум			20,00	
Максимум			41,00	
Ранг			21,00	
Інтерквартильний діапазон			10,50	
Перекос			1,337	,687
Ексцес			1,120	1,334
Чоловіча			Середнє значення	24,7143
95% довірчий інтервал	Мінімальні показники		21,2765	
		Максимальні показники	28,1520	
5% відхилення			24,4603	
Медіана			22,5000	
Дисперсія			35,451	

Продовження табл. 3.1

Стандартне відхилення	5,95404	
Мінімум	17,00	
Максимум	37,00	
Ранг	20,00	
Інтерквартильний діапазон	7,00	
Перекос	1,003	,597
Екссес	,093	1,154

Згідно з табл. 3.1 описових статистик за кластером емоційного впливу ми отримали наступні результати: середні показники серед підгрупи жінок $X_{(Mean)}$ становить 26,00 балів, серед підгруп чоловіків $X_{(Mean)}$ становлять 24,71 бали. Довірчий інтервал «Confidence Interval» становить 95% для обох підгруп. Серед підгрупи жінок мінімальне значення становить 20,00, максимальне - 41,00. Серед підгрупи чоловіків мінімальне значення становить 17,00, максимальне становить 37,00.

Серед підгрупи жінок дисперсія σ становить 47,7 серед підгрупи чоловіків дисперсія σ становить 35,4.

Стандартне відхилення «Std. Deviation» становить серед підгрупи жінок 6,91, серед чоловіків 5,95.

Тобто показник середніх результатів у підгрупі жінок перевищує показники середніх результатів серед чоловіків на 1,29 та є незначними.

Таблиця 3.2

Основні статистичні характеристики рівню функціонального впливу

Показники	Стать респондента	Статисти	Стандартн	
Функціональний вплив	Жін	Середнє значення	27,3000	2,27572
		95% довірчий інтервал	Мінімум 22,1520	
			Максимум 32,4480	
		5% відхилення	26,9444	
		Медіана	23,0000	
		Дисперсія	51,789	
		Стандартне відхилення	7,19645	
		Мінімум	21,00	
		Максимум	40,00	

Продовження табл. 3.2

Ранг		19,00	
Інтерквартильний діапазон		10,75	
Перекося		,929	,687
Ексцес		-,731	1,334
Чол Середнє значення		28,6429	1,85936
95% довірчий інтервал	Мінімум	24,6260	
	Максимум	32,6598	
5% відхилення		28,4921	
Медіана		26,5000	
Дисперсія		48,401	
Стандартне відхилення		6,95709	
Мінімум		21,00	
Максимум		39,00	
Ранг		18,00	
Інтерквартильний діапазон		15,25	
Перекося		,633	,597
Ексцес		-1,332	1,154

Згідно з табл. 3.2 описових статистик за кластером функціонального впливу ми отримали наступні результати: середні показники серед підгрупи жінок $X_{(Mean)}$ становить 26,00 балів; серед підгруп чоловіків $X_{(Mean)}$ становлять 24,71 бали. Довірчий інтервал «Confidence Interval» становить 95% для обох підгруп. Серед підгрупи жінок мінімальний показник становить 20,00, максимальний становить 41,00. Серед підгрупи чоловіків мінімальний показник становить 17,00, максимальний становить 37,00.

Серед підгрупи жінок дисперсія σ становить 47,7 серед підгрупи чоловіків дисперсія σ становить 35,4.

Тобто показник середніх результатів у підгрупі жінок перевищує показники середніх результатів серед чоловіків на 1,29 та є незначними.

Таблиця 3.3

Основні статистичні характеристики за субшкалою «Симптоми»

Показники	Стать респондента	Статисти	Стандартна	
Симптоми Жін		Середнє значення	17,3000	1,11604
95% довірчий інтервал		Мінімум	14,7753	
		Максимум	19,8247	
5% відхилення			17,2778	
Медіана			18,0000	
Дисперсія			12,456	
Стандартне відхилення			3,52924	
Мінімум			12,00	
Максимум			23,00	
Ранг			11,00	
Інтерквартильний діапазон			5,25	
Перекося			-,215	,687
Ексцес			-,318	1,334
Чол		Середнє значення	18,5714	1,51082
95% довірчий інтервал		Мінімум	15,3075	
		Максимум	21,8354	
5% відхилення			18,6349	
Медіана			18,5000	
Дисперсія			31,956	
Стандартне відхилення			5,65297	
Мінімум			9,00	
Максимум			27,00	
Ранг			18,00	
Інтерквартильний діапазон			8,75	
Перекося			-,086	,597
Ексцес			-,903	1,154

Згідно з табл. 3.3 описових статистик за кластером симптомів ми отримали наступні результати: середні показники серед підгрупи жінок $X_{(Mean)}$ становить 17,3 балів, серед підгруп чоловіків $X_{(Mean)}$ становлять 18,57 бали. Довірчий інтервал «Confidence Interval» становить 95% для обох підгруп. Серед підгрупи жінок мінімальний показник становить 12,00, максимальний показник становить 23,00. Серед підгрупи чоловіків

мінімальний показник становить 9,00, максимальний показник становить 27,00.

Серед підгрупи жінок дисперсія σ становить 12,46 серед підгрупи чоловіків дисперсія σ становить 31,95.

У сучасній психології тривожність та депресія описані як психологічні особливості, що виявляються в схильності людини до частих і інтенсивних переживань стану тривоги, а також в низькому порозі сприйняття стресу. Це стійкі індивідуальні характеристики, що відображають схильність суб'єкта до емоційних реакцій та передбачають наявність тенденції сприймати широкий спектр ситуацій як загрозові та формувати відповідну реакцію.

Висока тривожність, таким чином, проявляється в частих і інтенсивних переживаннях стану тривоги і в тенденції оцінювати безліч ситуацій як загрозові, включаючи ситуації, які є об'єктивно безпечними. Існує також думка, що у високотривожних людей стани тривоги та депресії викликають саме ті життєві ситуації, які дана особистість сприймає як такі, які несуть загрозу її престижу, самооцінці, самоповазі, тобто з соціальними потребами суб'єкта.

У зарубіжній літературі, слідом за Ч. Спілбергером, прийнято розрізняти ситуативну і особистісну тривожність (тривожність - як стан, та тривожність - як властивість). Для зарубіжних дослідників такий поділ не актуальний, оскільки в англійській мові і тривога, і тривожність позначаються одним і тим же терміном «anxiety». На відміну від цього, в українській мові ситуативна тривожність, або тривожність позначається терміном «тривога».

Розрізняють особистісну та ситуативну тривожність. Під особистісною тривожністю розуміється стійка тривожність, яка виникає незалежно від об'єктивних факторів.

Під ситуативною тривожністю розуміється тривожність, що пов'язана тільки з певними категоріями ситуацій, та змінює свої об'єкти в залежності від зміни їх значущості для людини.

Існує також адекватна (конструктивна) і неадекватна (невротична) тривожність. Якщо адекватна тривожність розуміється як реакція на значущі цінності особистості, пропорційна реальній загрозі, не пов'язана з невротичними захисними механізмами і припиняє діяти при припиненні впливу негативного фактору, то неадекватна тривожність – це пов'язане з внутрішніми конфліктами переживання тривоги, не пропорційне реальній небезпеці і яка веде до обмежень активності і свідомості.

Високий рівень тривожності є ознакою неблагополуччя особистості, можливо, передвісником неврозу або його симптомом, а також може бути пов'язана з різноманітними психологічними розладами. Такий рівень тривожності, як правило, пов'язаний з соціально-психологічною дезадаптацією особистості, тобто з недостатнім пристосуванням суб'єкта до умов життєдіяльності. У свою чергу, висока тривожність надає несприятливий вплив на життєдіяльність особистості.

Шкала HADS часто використовується для виявлення та оцінки тяжкості ступеню тривоги та депресії, з метою дослідження загальних соматичних розладів. Перевагами шкали HADS є простота у її застосуванні та обробки результатів. Часто шкалу HADS використовують для виявлення первинних проявів гострих станів тривоги та депресії. Дана методика дуже лаконічна та проста у використанні, на її обробку не потрібно використовувати багато часу [63].

Дослідники виділяють 2 підшкали за даною методикою:

- підшкала А - «тривога»: зіставляє непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D - «депресія»: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 (максимальна її вираженість).

Оцінка за кожною зі шкал проводиться окремо. Таким чином, максимальна оцінка становить 21 для депресії та 21 для тривоги.

Критерії для оцінювання становлять:

- 0-7 - норма;
- 8-10 - зона ризику (присутність феномену) або легкий ступінь тяжкості;
- 11 або вище - вказує на ймовірну наявність розладу настрою;
- 11-15 - помірний ступінь;
- 16-21 - важкий ступінь.

При інтерпретації даних враховується сумарний показник по кожній субшкалі (А і D), при цьому виділяються 3 групи значень:

- 0-7 балів - норма;
- 8-10 балів - субклінічно виражена тривога/депресія;
- 11 балів і вище - клінічно виражена тривога/депресія (Додаток Л).

Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS) – діагностична методика, що широко використовується в західних країнах у сучасності. За допомогою даної методики ми можемо визначити, наскільки сильно стресовим респонденти вважають попередній місяць їх життя. За допомогою даної методики ми можемо визначити суб'єктивне сприйняття рівня напруженості оточуючої ситуації.

Таблиця 3.4

Основні статистичні характеристики рівню за субшкалою
«Загальний рівень тривожності»

Стать респондента			Статистика	Стандартна помилка
Загальний рівень тривожності	Жін	Середнє значення	21,0000	1,15470
		95% довірчий інтервал	Мінімум 18,3879	
			Максимум 23,6121	
		5% відхилення	21,1111	
		Медіана	22,0000	
		Дисперсія	13,333	
		Стандартне відхилення	3,65148	
		Мінімум	15,00	
		Максимум	25,00	
		Ранг	10,00	
		Інтерквартильний діапазон	6,25	
		Перекося	-,804	,687

Продовження табл. 3.4

Ексцес			-,406	1,334
Чол	Середнє значення		19,5000	,82375
95% довірчий інтервал	Мінімум		17,7204	
	Максимум		21,2796	
5% відхилення			19,6667	
Медіана			20,0000	
Дисперсія			9,500	
Стандартне відхилення			3,08221	
Мінімум			13,00	
Максимум			23,00	
Ранг			10,00	
Інтерквартильний діапазон			4,50	
Перекося			-,717	,597
Ексцес			-,113	1,154

Згідно представлених даних у табл. 3.4, респонденти мають клінічно виражені стани тривоги та депресії. Серед підгрупи жінок середні $X_{(mean)}$ показники за субшкалою тривога становлять 21,00. Серед підгрупи чоловіків середні $X_{(mean)}$ показники за субшкалою тривога перебувають на рівні 19,50.

Серед підгрупи жінок середні $X_{(mean)}$ показники за субшкалою депресія знаходяться на рівні 18,90. Серед підгрупи чоловіків середні $X_{(mean)}$ показники за субшкалою тривога знаходяться на рівні 15,79.

Згідно ключа методики, показники на рівні вище 11,00 свідчать про інтервал суми балів 11-15 - помірний ступінь тривоги, 16-21 - важкий ступінь.

Таблиця 3.5

Основні статистичні характеристики показників за субшкалою
«Загальний рівень депресії»

Стать респондента			Statistic	Std. Error
Загальний	Жін	Середнє значення	18,9000	,65744
рівень депресії	95% довірчий інтервал	Мінімум	17,4128	
		Максимум	20,3872	
5% відхилення			18,9444	
Медіана			19,5000	
Дисперсія			4,322	
5% відхилення			2,07900	
Медіана			15,00	

Продовження табл. 3.5

Дисперсія		22,00	
Ранг		7,00	
Інтерквартильний діапазон		2,50	
Перекося		-,762	,687
Ексцес		,345	1,334
Чол Середнє значення		15,7857	,94450
95% довірчий інтервал	Мінімум	13,7453	
	Максимум	17,8262	
5% відхилення		15,6508	
Медіана		15,0000	
Дисперсія		12,489	
Стандартне відхилення		3,53398	
Мінімум		11,00	
Максимум		23,00	
Ранг		12,00	
Інтерквартильний діапазон		5,00	
Перекося		,853	,597
Ексцес		,178	1,154

Серед усіх респондентів згідно табл. 3.6, середні $X(\text{mean})$ показники за субшкалою депресія перебувають на рівні 17,08. $X(\text{mean})$ показники за субшкалою тривога перебувають на рівні 19,88. Тобто, вони становлять практично максимальні бали.

Таблиця 3.6

Основні статистичні характеристики показники за субшкалами
«Загальний рівень тривоги та депресії»

Показники	Рівень тривога	Рівень депресія
Кількість валідних	25	25
Пропущені значення	0	0
Середнє арифметичне	19,8800	17,0800
Стандартна похибка	,69838	,65554
Медіана	21,0000	17,0000
Мода	21,00a	20,00
Стандартне відхилення	3,49190	3,27770
Дисперсія	12,193	10,743
Розмах	12,00	12,00
Мінімум	13,00	11,00
Максимум	25,00	23,00
Перцентиль 25	17,5000	14,5000
50	21,0000	17,0000
75	22,5000	20,0000

Методика PSS показала хорошу паралельну валідність [64].

Інтерпретація результатів Опис вираженості сприйнятого стресу представлений на основі сирих балів: 0 – 13 (низький), 14 – 26 (помірний), 27 – 40 (високий).

Результати за методикою у вигляді первинних балів та коефіцієнтів за методом шкалювання, наведені у таблиці (Додаток М).

Таблиця 3.7

Основні статистичні характеристики показників за субшкалами
«Рівень сприйнятого стресу»

Кількість валідних даних	25
Пропущені значення	0
Середнє арифметичне	2,5200
Стандартна похибка середнього	,11719
Медіана	3,0000
Мода	
Стандартне відхилення	,58595
Дисперсія	
Розмах	
Мінімум	
Максимум	

Серед усіх респондентів за показниками «Рівень сприйнятого стресу», табл. 3.7, середні $X(\text{mean})$ показники становлять 2,52 (за методом шкалювання).

Відповідно до ключа методики, у програмі статистичного аналізу ми ранжували первинні бали відповідно:

- 0 – 13 Низька сила стресу = «1»;
- 14 – 26 Помірна сила стресу = «2»;
- 27 – 40 Висока сила стресу = «3».

Тобто $X(\text{mean})$ серед усіх респондентів існує на рівні 2,5, між показниками «Помірна сила стресу» та «Висока сила стресу».

Методика ТІРІ представляє кілька субшкал, які характеризують різні сфери життя та діяльності людини [11]. До них відносяться як зовнішні, так і внутрішні фактори: екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність, відкритість новому досвіду.

Обробка та інтерпретація результатів: заповнення опитувальника потребує близько години. Кожен із пунктів оцінюється за 7 - бальною шкалою від 1 «абсолютно не згоден» до 7 «абсолютно згоден». Отримані бали представлені у таблиці (Додаток Н).

Таблиця 3.8

Описові статистики за рівнем психологічних якостей серед
респондентів

Показники	Екстраверсія	Дружелюбність	Добросовісність	Емоційна стабільність	Відкритість новому досвіду
Кількість (N)	25	25	25	25	25
Середнє (Mean)	10,24	7,24	9,64	11,00	15,20
Медіана (Median)	10,00	8,00	10,00	12,00	15,20
Мода (Mode)	10,00	8,00	7,00	13,00	13,00
Стандартне відхилення	3,14	1,98	2,96	3,16	4,01
Мінімум (Minimum)	4,00	3,00	2,00	4,00	8,00
Максимум (Maximum)	15,00	10,00	14,00	16,00	22,00
25-й перцентиль	7,50	6,50	7,00	9,00	12,50
75-й перцентиль	13,50	8,50	12,00	13,00	19,00

Методики Skindex – 29, HADS, PSS та TIPI, що використовуються нами у процесі дослідження, орієнтовані на саморефлексію респондента. Тобто, вони досліджують більш глибокі фактори психіки. Водночас, авторський опитувальник «Моменти життєвої історії» дає нам лише об'єктивні дані про наявність травматичного досвіду в житті досліджуваних, без їх оцінювання [24].

За допомогою авторського опитувальника ми можемо конфіденційно та безпечно для респондентів дослідити, наскільки травматичним був життєвий досвід респондентів (Додаток Ж). Так чи інакше, кожен з опитуваних переживав травматичний досвід у своєму житті, у кожної людини він був належним до певної сфери життя, тому за результатами опитувальника, ми

отримали високі кореляційні зв'язки між наявністю травматичного досвіду та психосоматичних проявів.

Отримані нами дані щодо опитувальника є об'єктивними фактами із життєвої історії людини, а це означає, що ми можемо простежити зв'язок між дитинством, юністю респондентів, наявності у їх житті травматичного досвіду та наслідками, які є зараз. Схематично ми можемо уявити ланцюжок взаємозв'язку таким чином, рис. 3.1.



Рис. 3.1 Схеми взаємозв'язку між взаємозалежними факторами

Усі обрані нами респонденти - люди молодого віку, які проживають на території України. У зв'язку з активними бойовими діями, які відбуваються на території України, вже третій рік поспіль травматичний досвід респондентів триває. Тому можемо припустити, що за результатами дослідження отримаємо високі кореляційні зв'язки між наявністю безперервного травматичного досвіду респондентів та станами тривоги та депресії.

За допомогою статистичного аналізу даних ми також можемо дослідити чи є симптоматичні прояви у вигляді шкірних захворювань, викликані постійним впливом систематичного хронічного стресу. І якщо такі

є, то ми можемо виявити та проаналізувати особливості перебігу психогенних чинників шкірних захворювань.

Ми розуміємо, що систематичний тривалий стан хронічного стресу може викликати не тільки емоційні коливання у респондентів, але і психосоматичні прояви, тому досліджуємо висунуті нами гіпотези у розрізі шкірних захворювань респондентів, рис.3.2.

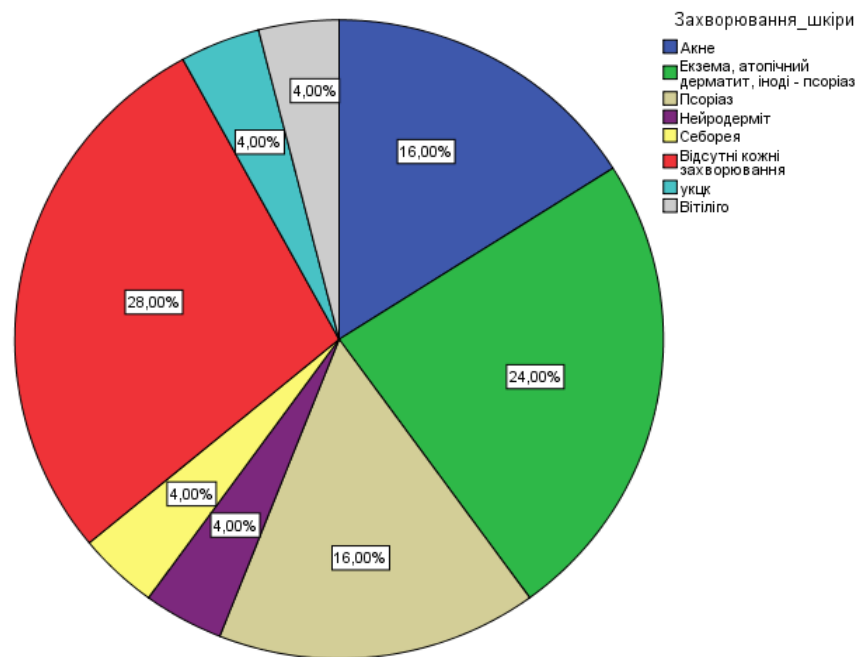


Рис. 3.2 Розподіл респондентів за захворюваннями

За шкалою ступеню тяжкості емоцій дані розподілилися наступним чином:

- 52% - слабкий ступінь тяжкості;
- 36% - середній ступінь тяжкості;
- 4% - важкий ступінь тяжкості;
- 8% - дуже важкий ступінь тяжкості;

Представимо отримані дані за «Skindex-29» у вигляді діаграми у % співвідношенні, рис. 3.3.

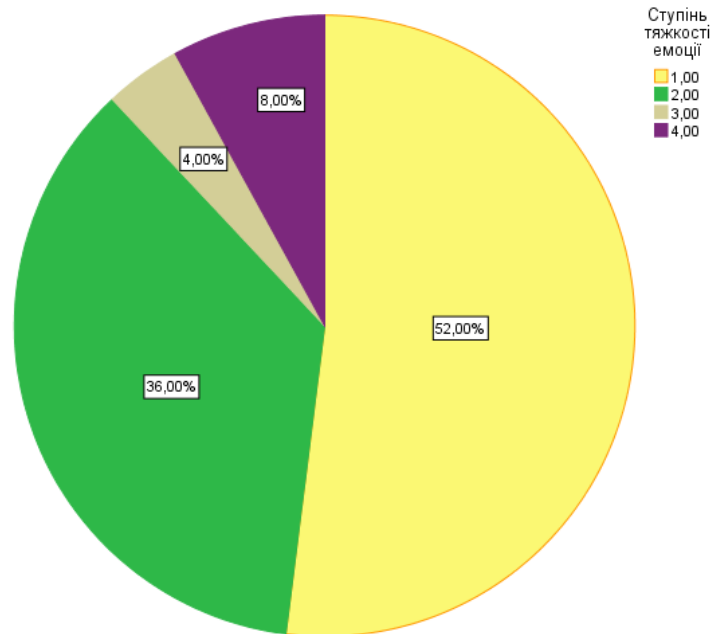


Рис. 3.3 Розподіл респондентів за рівнем емоційного впливу у % (серед чоловіків та жінок)

Відповідно до кривої нормального розподілу Гаусса ми можемо спостерігати частоти розподілу, тобто як саме розподіляються дані серед респондентів в обох підгрупах.

Мається на увазі кількість респондентів, показники яких відповідають наявним величинам. В даному випадку бали розподілилися в інтервалі f від 15 до 45, загалом вони відповідають кривій нормального розподілу, максимальні показники лежать в інтервалі f від 20 до 35 балів, що відповідає середнім показникам емоційного впливу, рис. 3.4.

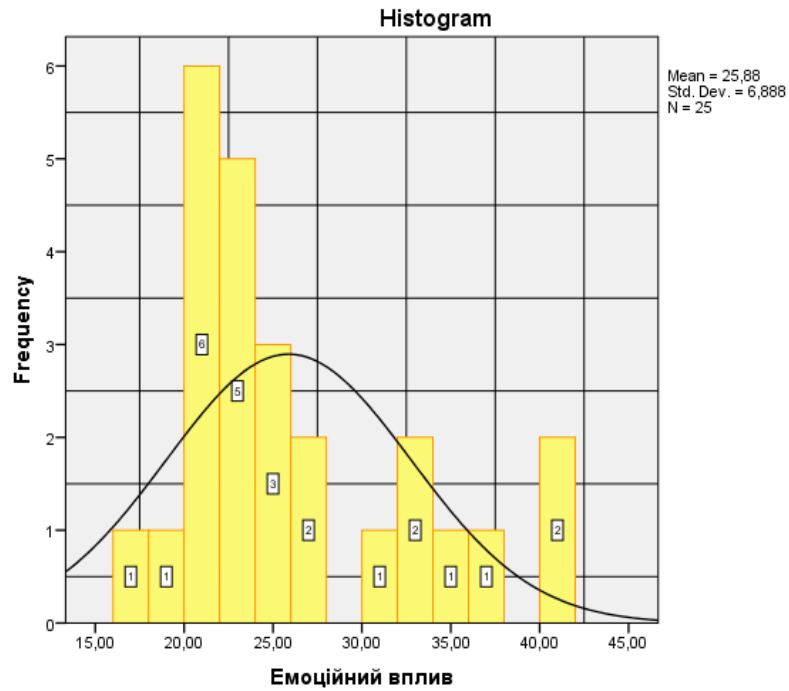


Рис. 3.4 Розподіл респондентів за рівнями емоційного впливу у % (серед чоловіків та жінок)

При проведенні дослідження нас цікавило наскільки сильно варіюються результати психосоматичних проявів виходячи з шкалювання за станом тривожності та депресії. При проведенні методики ми використали метод шкалювання. Порівняли t - середні за усією групою респондентів.

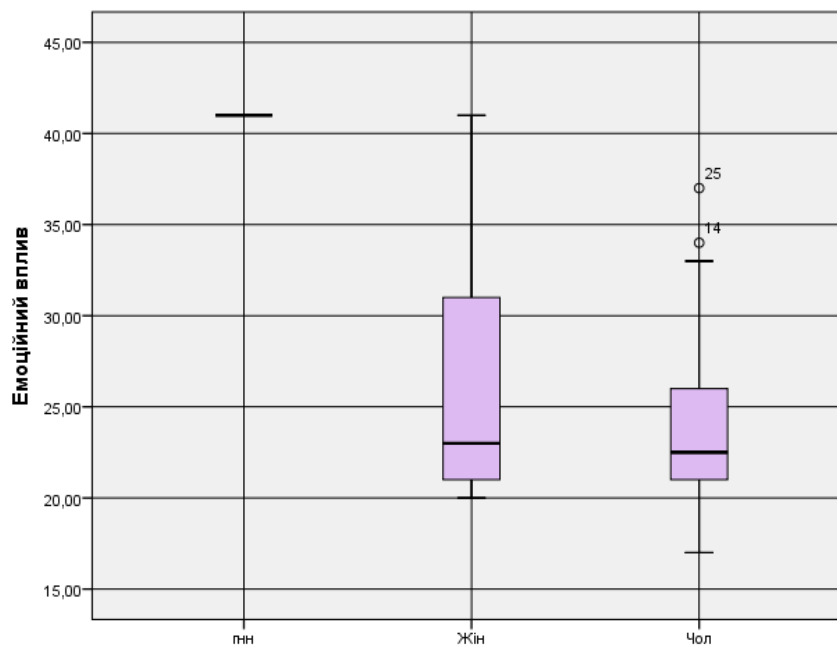


Рис. 3.5 Розподіл респондентів за рівнями емоційного впливу (частоти)

Згідно з представленою діаграмою, рис. 3.5, взаємозв'язок статі респондентів та емоційного компоненту, ми бачимо, що за підгрупою жінок дані розподілилися в інтервалі f від 21 до 30,5. Серед підгрупи чоловіків дані розподілилися в інтервалі f від 21 до 26 балів, є також нетипові показники на рівні 17 та 32 бали серед чоловіків і на рівні 20 та 41 бал серед жінок.

Таким чином, ми можемо зробити висновки, що жінки більш реактивні за емоційними складовими складу психіки, їхні показники набагато перевищують показники середніх серед чоловіків.

За шкалою ступеню тяжкості функцій дані розподілилися наступним чином, рис. 3.6:

- 40% - слабкий ступінь тяжкості;
- 32% - середній ступінь тяжкості;
- 12% - важкий ступінь тяжкості;
- 16% - дуже важкий ступінь тяжкості.

За підгрупою жінок дані розподілилися в інтервалі від 21 до 31 балів. Серед підгрупи чоловіків дані розподілилися в інтервалі від 22,5 до 36 балів, є також нетипові показники на рівні 21 та 37 бали серед чоловіків; і на рівні 21 бал серед жінок.

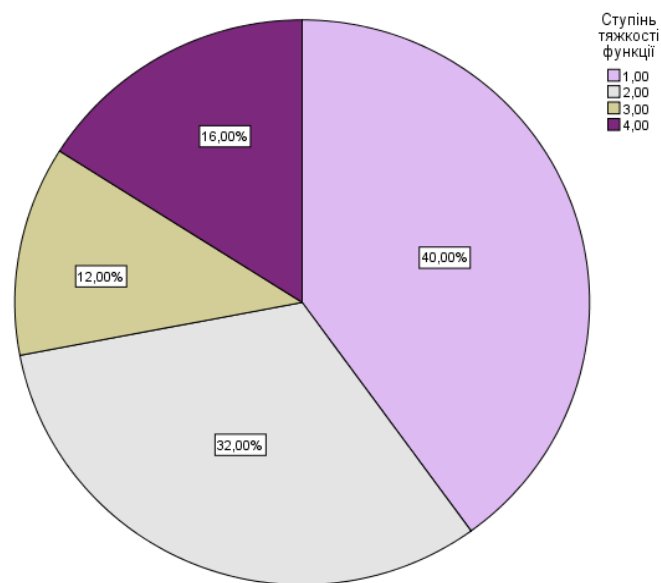


Рис. 3.6 Розподіл респондентів за рівнями функціонального впливу у % (серед чоловіків та жінок)

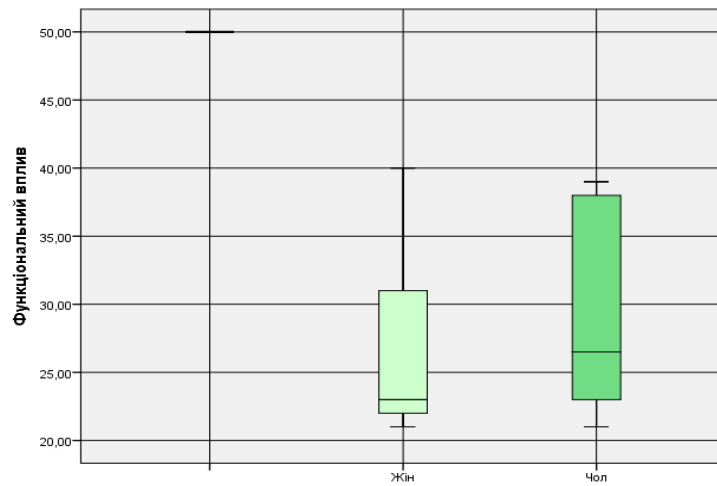


Рис. 3.7 Розподіл респондентів за рівнями функціонального впливу (частоти)

Таким чином, виходячи з показників рис. 3.7, ми можемо зробити висновки, що чоловіки більш реактивні в функціональних складових, їхні показники набагато перевищують показники середніх серед жінок.

Відповідно до кривої нормального розподілу Гаусса, рис. 3.8, можемо спостерігати частоти розподілу, тобто як розподіляються дані серед респондентів в обох підгрупах. В даному випадку дані розподілилися в інтервалі від 17 до 53, загалом вони відповідають кривій нормального розподілу.

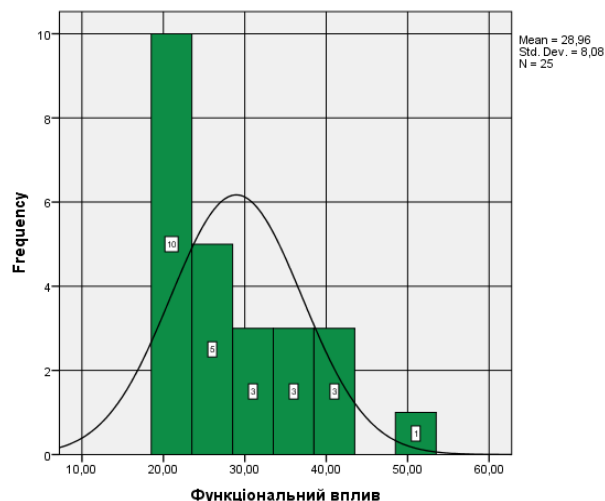


Рис. 3.8 Розподіл респондентів за рівнями функціонального впливу у % (серед чоловіків та жінок)

Таблиця 3.9

Основні статистичні характеристики ступеню тяжкості
за субшкалами

Показники	Ступінь тяжкості емоції	Ступінь тяжкості функції	Ступінь тяжкості симптоми
Кількість валідних даних	25	25	25
Пропущені значення	0	0	0
Середнє арифметичне	1,6800	2,0400	1,1600
Стандартна похибка	,90000	1,09848	,37417
Мінімум	1,00	1,00	1,00
Максимум	4,00	4,00	2,00
Перцентиль 25	1,0000	1,0000	1,0000
50	1,0000	2,0000	1,0000
75	2,0000	3,0000	1,0000

Таким чином ми можемо зробити висновок щодо того, що чоловіки більш реактивні щодо психофізіології. Тобто вони реагують соматично.

Представимо отримані дані у вигляді діаграми, рис. 3.9, у % співвідношенні:

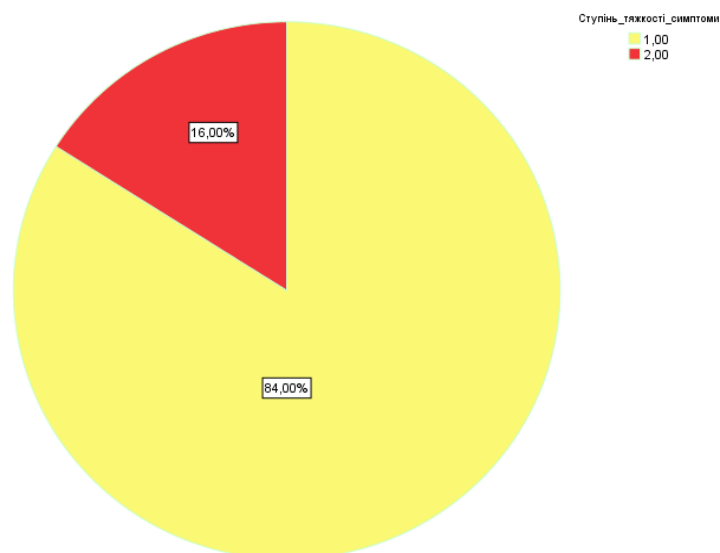


Рис. 3.9 Розподіл респондентів за рівнями симптоматичного впливу у % (серед чоловіків та жінок)

Відповідно до кривої нормального розподілу Гаусса ми можемо спостерігати частоти розподілу, тобто як саме розподіляються дані серед респондентів в обох підгрупах .

В даному випадку мається на увазі кількість респондентів, показники яких відповідають даним величинам. В даному випадку дані розподілилися в інтервалі \int від 10 до 30 та загалом відповідають кривій нормального розподілу, рис. 3.10.

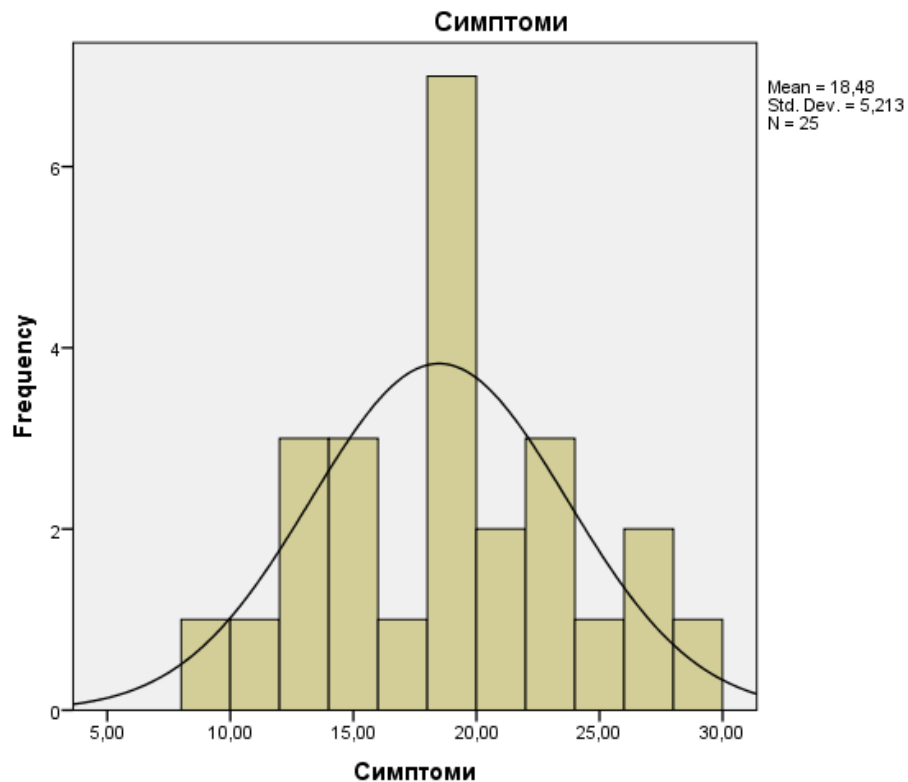


Рис. 3.10 Розподіл респондентів за рівнями симптоматичних проявів у частотах (серед чоловіків та жінок)

Представимо отримані дані у вигляді діаграми «Ящик з вусами», рис. 3.11. Згідно отаманих даних ми бачимо, що дані розподілилися в інтервалі 15 -18 балів серед жінок, також існує 2 нетипових показники на рівнях 23 та 12. Серед чоловіків дані розподілилися в інтервалі 14 -21 балів, також існує 2 нетипових показники на рівнях 27 та 8.

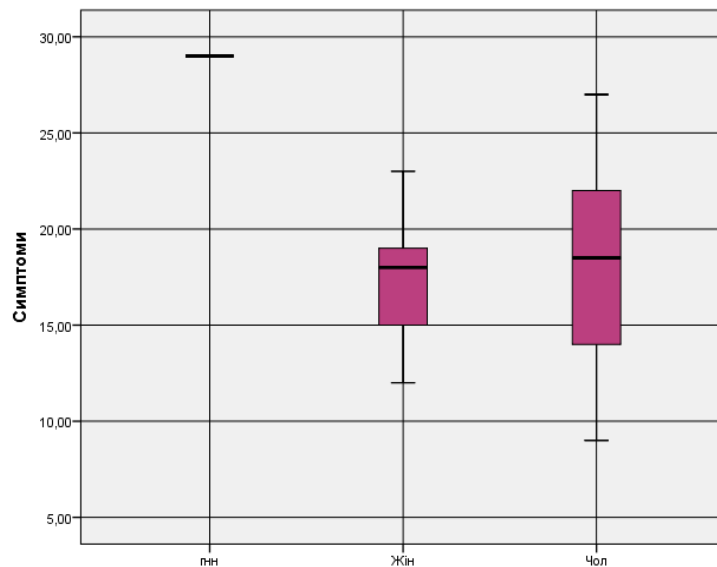


Рис. 3.11 Розподіл респондентів за рівнями симптоматичного впливу у частотах (серед чоловіків та жінок)

При постановці гіпотез $H_{(0)}$ та $H_{(1)}$ ми припустили, що незалежний фактор (Константа) - рівень тривоги та депресії впливає на залежний фактор психосоматичних проявів. Перевіримо це за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу, табл. 3.10.

Таблиця 3.10

Однофакторний дисперсійний аналіз за субшкалою «Симптоми»

ANOVA

Симптоми	Сума квадратів	Ступені свободи	Середній квадрат	F	Рівень значущості
Між групами	305,990	11	27,817	1,044	,464
У межах груп	346,250	13	26,635		
Загалом	652,240	24			

Шкала тривоги та депресії (HADS) була розроблена у 1983 році з метою ранньої діагностики гострих станів тривоги та депресії [63].

Під час проведення однофакторного дисперсійного аналізу ми отримали наступні результати: показник F- критерію = 1,044 (відношення середнього квадрата для регресії до середнього квадрата для залишку). Рівень

кореляційної значимості дорівнює 0,464. Таким чином, відсутній кореляційний зв'язок між незалежним фактором наявності у респондентів станів тривоги та депресії та наявністю психосоматичних проявів тіла. Таким чином, відкидається нульова гіпотеза дослідження $H_{(0)}$ – відсутній кореляційний зв'язок між незалежним фактором наявності тривоги та психосоматикою. А підтверджується альтернативна гіпотеза дослідження, згідно з якою респонденти не пов'язують наявність психосоматичних проявів зі станами тривоги та депресії.

Шляхом аналізу теоретичної частини дослідження, ми дійшли висновку що це можна пояснити кількома наступними факторами:

- більшість респондентів не мають розуміння зв'язку між емоційним станом і соматичними симптомами. Вони можуть аналізувати фізичні прояви захворювання, такі як дерматологічні проблеми, виключно як медичну проблему, не беручи до уваги вплив стресу, тривоги чи депресії;
- стигматизація психічного здоров'я, українці часто упереджено ставляться до психічних розладів, це може призвести до уникнення або приховування респондентами власних психологічних труднощів. Тому, респонденти часто можуть відповісти під час опитування соціально прийнятні відповіді, щоб уникнути засудження;
- також було з'ясовано, що у певних респондентів може спостерігатися високий рівень адаптації до хронічного стресу, що призводить до зниження сприйняття ними психологічної напруги. Як наслідок вони можуть не звертати увагу на вплив тривоги або депресії на самопочуття, зокрема на розвиток захворювань;
- часто респонденти можуть недооцінювати роль психогенних чинників, вони можуть вважати що їхні шкірні захворювання викликані виключно зовнішніми факторами, такими як екологія, харчування та ін. і не враховувати емоційний фактор;

- респондентам може бути важко ідентифікувати і проаналізувати власні емоційні стани. Це ускладнює здатність встановити зв'язок між стресовими факторами, депресивними або тривожними станами та фізичними симптомами.

З метою більш детально дослідити психоемоційні стани респондентів, проведемо розвідувальний аналіз за основними показниками, проведемо дослідження за критерієм χ^2 , це дасть нам можливість дослідити, як наявні величини відрізняються від очікуваних, та представимо отримані дані у вигляді діаграми, табл.3.11, згідно кривої нормального розподілу (виявлення рівню стресу за Шкалою сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS)).

Таблиця 3.11

Критерій χ^2 впливу загального рівню стресу на симптоми

Chi-Square Tests

Показник	Значення (Value)	Ступені свободи df	Асимптотична значущість (двостороння)
Хі-квадрат Пірсона	38,429 ^a	28	,091
Відношення ймовірностей	25,951	28	,576
Лінійна асоціація	,303	1	,582
Кількість валідних випадків	25		

Згідно представленої таблиці кореляції, табл.3.11, ми можемо зробити висновки стосовно того, як саме впливає рівень гострого стресу на симптоми у респондентів, і також, чи існує відмінність наявних результатів та очікуваних. Рівень сили зв'язку становить ,091 так як ,091 > 0,05 – кореляція є не значимою. Тобто очікувані результати не відрізняються від наявних.

Якщо представити отримані дані у вигляді діаграми, рис.3.12, ми наглядно бачимо наявний рівень впливу стресу на симптоми. На діаграмі представлені частоти, тобто яка кількість респондентів має певні показники за симптомами.

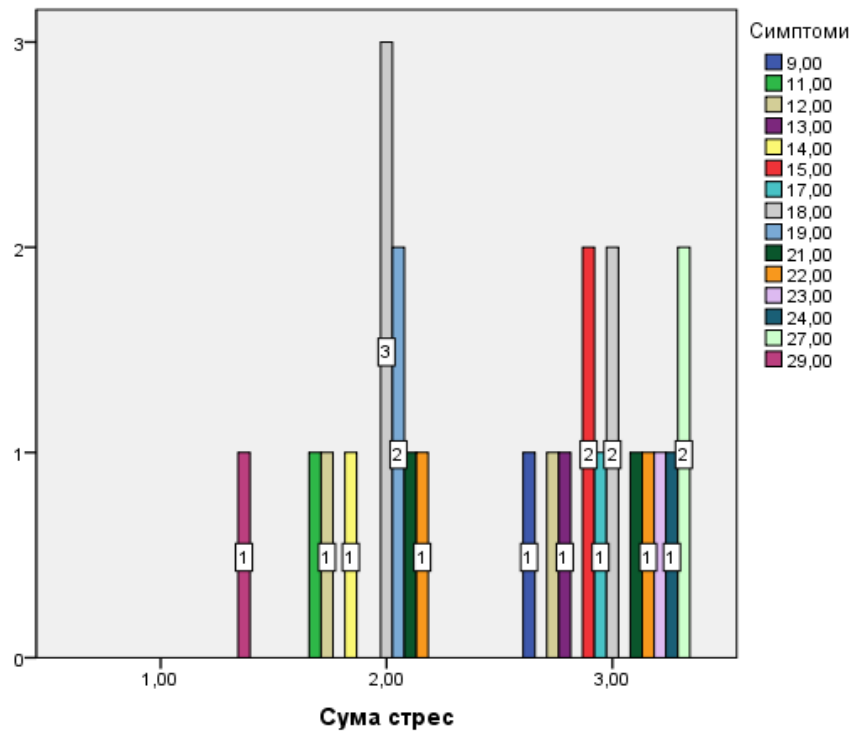


Рис. 3.12 Розподіл респондентів за рівнями симптоматичного впливу у частотах (серед чоловіків та жінок)

При інтерпретації даних за методикою Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ми бачимо, що жінки мають максимально важкий ступінь тривоги. Чоловіки мають також важкий ступінь тривоги, рис. 3.13.

За інтерпретацією даних згідно шкали депресії, 11 балів і вище - клінічно виражена депресія. Таким чином, обидві підгрупи респондентів, як чоловіки, так і жінки, мають клінічно виражену депресію.

Таким чином, і підгрупа чоловіків, і підгрупа жінок мають максимально високі показники за рівнем тривоги та депресії, рис. 3.13, рис. 3.14. При дослідженні кореляційних зв'язків з психосоматичними проявами, ми бачимо їх відсутність, так як не усі респонденти мають відповідні високі показники за психосоматичними проявами.

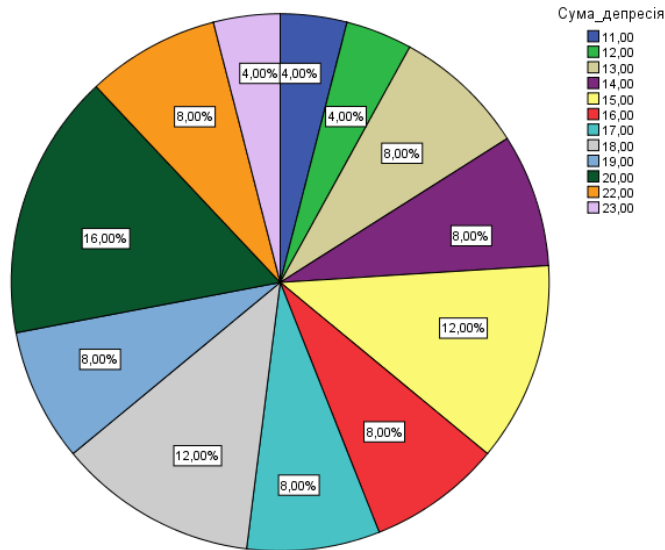


Рис. 3.13 Розподіл респондентів за загальним рівнем депресії у % (серед чоловіків та жінок)

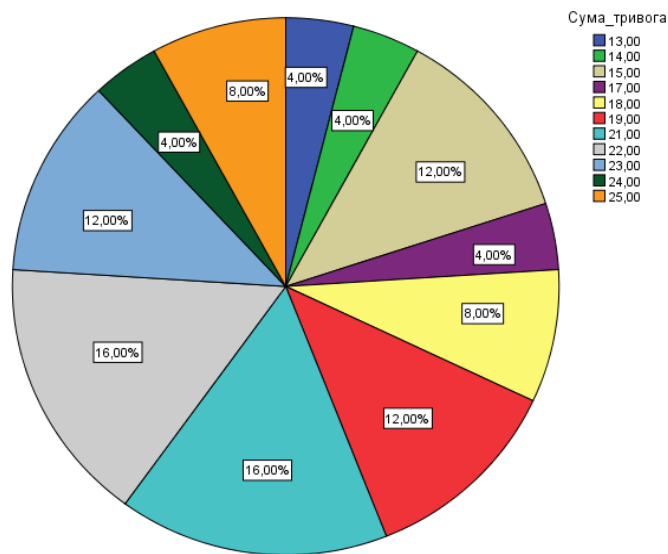


Рис. 3.14 Розподіл респондентів за загальним рівнем тривоги у % (серед чоловіків та жінок)

За шкалою сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS) дані розподілились наступним чином:

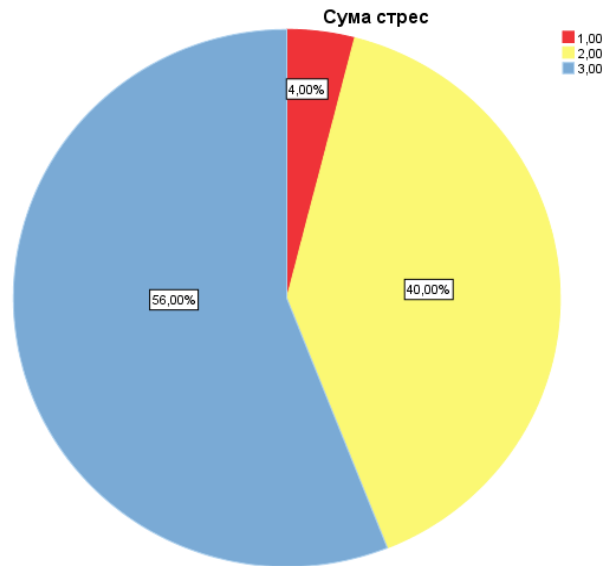


Рис. 3.15 Розподіл респондентів за загальним рівнем сили стресу у % (серед чоловіків та жінок)

Згідно з представленою діаграмою, рис.3.15, ми бачимо, що тільки 4% респондентів мають низький рівень стресу; 40% респондентів мають помірну силу стресу; більшість респондентів 56% має високу силу стресу.

Основні характеристики за субшкалами Функціональний вплив і Симптоми ми представили у зведеній табл. 3.12.

Таблиця 3.12

Основні статистичні характеристики рівню за субшкалами
«Сприйнятий стрес»

Показники	Функціональний вплив	Симптоми
Кількість відповідей, N	25	25
Пропущені	0	0
Середнє арифметичне	28,9600	18,4800
Стандартне відхилення	8,08022	5,21312
Дисперсія	65,290	27,177
Ранг	29,00	20,00
Мінімальний показник	21,00	9,00
Максимальний показник	50,00	29,00
Відсотки: 25	22,0000	14,5000
50	25,0000	18,0000
75	38,0000	22,0000

За даними зведеної таблиці, ми бачимо, що показник дисперсії σ для шкали функціонального впливу становить 65,29, тобто є великий розкид за даними серед усіх респондентів (як підгрупи чоловіків, так і підгрупи жінок). Показник по дисперсії σ за шкалою симптоми становить 27,18. Розкид по дисперсії σ за функціональним впливом набагато більший, ніж розкид по дисперсії за фактором симптоми. Це підтверджується і показниками за даними мінімум та максимум. Так, мінімум для функціонального впливу становить 21,00 бал, максимум становить 50,00. Для симптомів мінімум становить 9,00, максимум становить 29,00 балів. Тому ми можемо зробити висновок, що показники по функціональному впливу (соціальне життя респондента) проявляються більш виражено, ніж симптоми.

Таким чином, шкірні захворювання мають вплив на соціальне життя респондента (стосунки з соціумом), але не проявляється у вигляді важкої симптоматики (психогенний фактор), рис. 3.16.

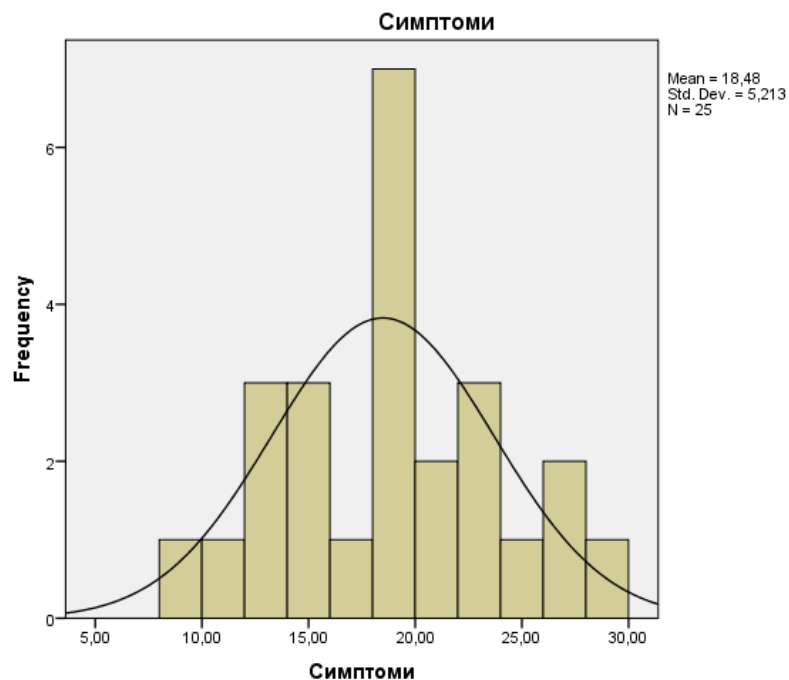


Рис. 3.16 Частотний розподіл респондентів симптоматичними проявами

Згідно ключа методики «Короткий п'ятифакторний опитувальник ТІРІ», для обчислення результатів, необхідно підсумувати кількість балів за окремими питаннями [11]. У пакеті статистичного аналізу SPSS- 23, ми закодували дані згідно критеріїв оцінювання, де:

- «1-2,9» показник нижче середнього;
- «3-5» середній показник;
- «5,1-7» показник вище середнього.

За «Коротким п'ятифакторним опитувальником ТІРІ» ми провели однофакторний дисперсійний аналіз з метою виявити, як індивідуальні психічні особливості респондентів впливають на прояв симптоматики. Згідно з представленою таблицею однофакторного дисперсійного аналізу ми бачимо, що сила зв'язку дорівнює 0,94. Тобто ми можемо зробити висновок, що немає кореляційного зв'язку між індивідуальними психічними особливостями особистості респондентів і симптоматичними проявами.

Таблиця 3.13

Однофакторний дисперсійний аналіз визначення рівню впливу індивідуальних психічних особливостей респондентів на симптоматичні прояви
ANOVA^a

Показник	Сума квадратів	df	Середній квадрат	F	Рівень значущос
Регресія	,710	10	,071	,375	,938 ^b
Залишкове значення	2,650	14	,189		
Всього	3,360	24			

a. Dependent Variable: Ступінь тяжкості симптоми

b. Predictors: (Constant), Відкритість новому досвіду, Ступінь тяжкості емоції, Сума депресія, Екстраверсія, Сума тривога, Добросовісність, Сума стрес, Дружелюбність, Ступінь тяжкості функції, Емоційна стабільність

Представимо отримані дані у вигляді описових діаграм, рис. 3.17, рис. 3.18, рис. 3.19.

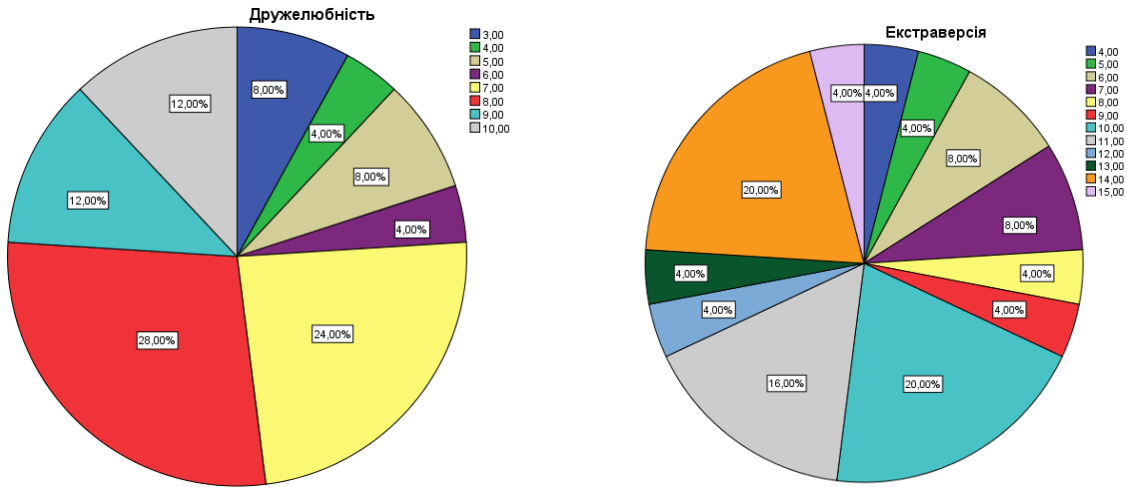


Рис. 3.17 % розподіл респондентів за рівнем екстраверсії та дружелюбності

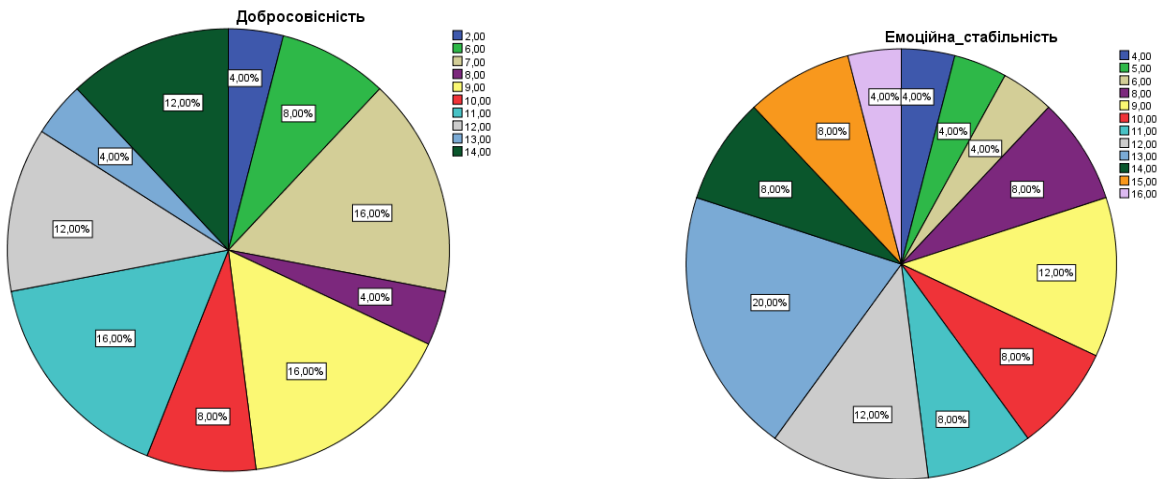


Рис. 3.18 % розподіл респондентів за рівнем добросовісності та емоційної стабільності

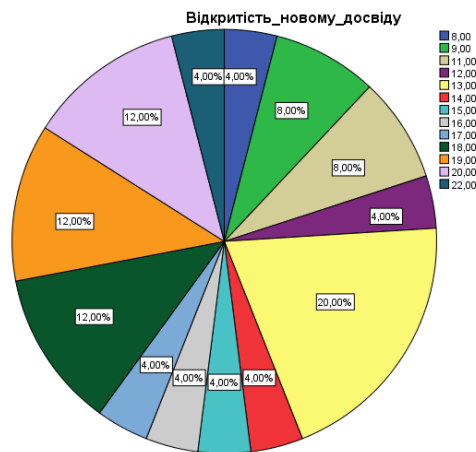


Рис. 3.19 % розподіл респондентів за рівнем відкритість нового досвіду

3.2 Визначення та аналіз психогенних чинників шкірних захворювань в умовах тривалого стресу

За регресійним аналізом було виявлено наступні кореляційні зв'язки за Пірсоном (Додаток П):

1. Сильний позитивний кореляційний зв'язок між «Ступінь тяжкості функції» та «Ступінь тяжкості емоції» на рівні 0,77. Сила зв'язку дорівнює 0,00;
2. Слабкий негативний кореляційний зв'язок між «Загальний рівень депресія» та «Ступінь тяжкості емоції» на рівні - 0,38. Сила зв'язку дорівнює 0,03;
3. Слабкий негативний кореляційний зв'язок між «Ступінь тяжкості емоції» та « Загальний рівень стресу» на рівні - 0,38. Сила зв'язку дорівнює 0,03;
4. Слабкий негативний кореляційний зв'язок між «Загальний рівень тривоги» та «Загальний рівень стресу» на рівні -0,36. Сила зв'язку дорівнює 0,04;
5. Слабкий негативний кореляційний зв'язок між «Загальний рівень тривоги» та «Загальний рівень стресу» на рівні -0,35. Сила зв'язку дорівнює 0,04;

6. Слабкий негативний кореляційний зв'язок між «Загальний рівень тривоги» та «Загальний рівень стресу» на рівні $-0,38$. Сила зв'язку дорівнює $0,03$;
7. Слабкий негативний кореляційний зв'язок між «Загальний рівень депресії» та «Ступінь тяжкості функції» на рівні $-0,38$. Сила зв'язку дорівнює $0,03$;
8. Слабкий негативний кореляційний зв'язок між «Загальний рівень тривоги» та «Екстраверсія» на рівні $-0,35$. Сила зв'язку дорівнює $0,04$;
9. Сильний позитивний кореляційний зв'язок між «Емоційна стабільність» та «Дружелюбність» на рівні $0,8$. Сила зв'язку дорівнює $0,00$;
10. Середньої сили позитивний кореляційний зв'язок між «Відкритість новому досвіду» та «Дружелюбність» на рівні $0,57$. Сила зв'язку дорівнює $0,00$;
11. Середньої сили позитивний кореляційний зв'язок між «Добросовісність» та «Відкритість новому досвіду» на рівні $0,46$. Сила зв'язку дорівнює $0,01$.

При проведенні аналізу наявність травматичного досвіду у житті респондентів ми отримали такі кореляційні зв'язки.

Емоційне ігнорування дитини в сім'ї викликало проблеми у поведінці. При цьому кореляційний зв'язок є двостороннім з високою силою зв'язку, тобто не тільки емоційне насильство в сім'ї викликало проблеми в поведінці дітей, а і навпаки. Ми можемо інтерпретувати це таким чином, що дитина з нещасливим дитинством, могла прагнути викликати увагу з боку дорослих у будь-якій доступній дитині формі, навіть своєю поганою поведінкою. Таким чином, проблема не тільки вирішувалася, а посилювалася так як патерни поведінки дорослих та дитини не змінювалися, табл. 3.14.

3.3 Математико-статистичний аналіз отриманих зв'язків

Виходячи з попередніх даних, далі ми хочемо проаналізувати отримані статистичні дані щодо впливу емоційних проблем, соціальної ізоляції, травматичних подій, таких як залякування, глузування, або сексуальне насилля, на розвиток поведінкових, емоційних і фізіологічних змін у респондентів. Особлива увага приділяється тому, як зовнішні стресові фактори взаємодіють із внутрішніми переживаннями, формуючи замкнене коло, що погіршує емоційний стан і соціальну адаптацію.

Підхід до аналізу включає використання методу кореляцій за Пірсоном для оцінки сили та напрямку зв'язків між основними показниками. У дослідженні представлено вплив факторів, таких як нещасливе дитинство, проблеми в сім'ї, сексуальне насильство, емоційні та фінансові труднощі, на психоемоційний стан респондентів і стан їхньої шкіри.

Окрему увагу приділено аналізу двосторонніх кореляцій, які демонструють, що внутрішні емоційні фактори не тільки впливають на соціальну взаємодію, але й самі формуються під впливом зовнішніх обставин. Це підкреслює важливість комплексного підходу до оцінки та корекції психосоціальних і фізіологічних проблем.

Таблиця 3.14

Рівень кореляційних зв'язків по Пірсоном між емоційним ігноруванням дитини у сім'ї та проблемами у поведінці

Показники	Емоційне ігнорування в родині	Поведінкові проблеми
Кореляція за Пірсоном	1,000	0,497*
Рівень значущості (Sig. 2-tailed)	—	0,011
Кількість (N)	25	25

У табл. 3.15 кореляційний зв'язок є двостороннім, середньої значимості з високою силою. Дану кореляцію ми можемо інтерпретувати як високий рівень авторитарності братів у сім'ї респондента. Якщо брати були старшими за віком та комунікація з ними не налагоджується, респонденти могли бути

розчарованими у собі та мати проблеми у школі. І навпаки, якщо респонденти мали проблеми у спілкуванні у школі, вони даний досвід могли переносити на комунікацію з братами.

Таблиця 3.15

Рівень кореляційних зв'язків по Пірсоу між проблемами у відносинах з братами та шкільними проблемами

Показники	Проблеми у відносинах з братами	Шкільні проблеми
Кореляція за Пірсоном	1,000	0,428*
Рівень значущості (Sig. 2-tailed)	—	0,033
Кількість (N)	25	25

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

У табл. 3.16 сила зв'язку становить 0,003, тобто не тільки відчуття ізоляції респондентів мають вплив на психосоматичні прояви, але і навпаки – чим більші психосоматичні прояви має респондент (у вигляді захворювань шкіри), тим більше почуття ізоляції від оточуючих людей він відчуває.

Таблиця 3.16

Рівень кореляційних зв'язків по Пірсоу між відчуттям ізоляції та симптомами

Показники	Симптоми	Відчуття ізоляції
Кореляція за Пірсоном	1,000	-0,570**
Рівень значущості (Sig. 2-tailed)	—	0,003
Кількість (N)	25	25

(**) вказують на статистичну значущість кореляції на рівні 0,01.

Середньої сили кореляційні зв'язки мають такі фактори, як серйозні залякування та глузування і поведінкові проблеми. Рівень кореляційного зв'язку при цьому дорівнює 0,78, а сила зв'язку 0,00. Тобто зв'язок між цими факторами є максимально великим.

Між серйозним залякуванням та глузуванням і оцінкою свого дитинства як нещасливого, рівень кореляції становить 0,418. Сила зв'язку при цьому становить 0,038.

Інтерпретуючи отримані зв'язки, можна зробити висновок, що респонденти схильні асоціювати проблеми соціального характеру, які вони переживали у житті, з труднощами у власній сім'ї. У дорослому віці, вони не завжди усвідомлюють зв'язок цих труднощів із власним станом здоров'я, проте на підсвідомому рівні визнають, що наприклад їх стосунки з матір'ю, мали суттєвий вплив на здатність до комунікації з іншими людьми.

У табл. 3.18 ми бачимо середньої сили кореляційний зв'язок між факторами серйозних залякувань і глузувань та проблемами у відносинах із матір'ю (рівень кореляційного зв'язку при цьому дорівнює 0,78, а сила зв'язку 0,038) вказує на тісний взаємозв'язок між цими факторами. Це свідчить про те, що респонденти, які відчували труднощі у взаєминах із матір'ю, демонстрували невпевненість і мали складнощі в соціальній взаємодії.

Проблеми в комунікації з матір'ю також мають великі кореляційні зв'язки в оцінюванні свого дитинства як нещасливого, та поведінкових проблем.

У свою чергу, поведінкові проблеми мають високий ступінь кореляції з нещасливим дитинством респондентів.

Тому, проблеми в сім'ї, в соціальному середовищі, поведінкові труднощі мають двосторонній характер впливу, взаємно посилюючи одні одних. Це свідчить про важливість сімейних відносин у формуванні соціальної адаптації та емоційного благополуччя.

Таблиця 3.17

Рівень кореляційних зв'язків по Пірсону між проблемами у комунікації,
нещасливим дитинством та глузуванням

Показники	Серйозні залякування і глузування	Нещасливе дитинство	Поведінкові проблеми	Проблеми у відносинах з матір'ю
Серйозні залякування і глузування	1,000	0,418*	0,781**	0,418*
Нещасливе дитинство	0,418*	1,000	0,418*	0,449*
Поведінкові проблеми	0,781**	0,418*	1,000	0,418*
Проблеми у відносинах з матір'ю	0,418*	0,449*	0,418*	1,000

- (*) вказує на значущість на рівні 0,05.
- (**) вказує на значущість на рівні 0,01.

На рис. 3.17 встановлений середньої сили кореляційний зв'язок між показником нещасливе дитинство та сексуальне насилля на рівні 0,430. Сила зв'язку при цьому дорівнює 0,32.

Сексуальне насилля високо корелює з показником вилучення із сім'ї. Рівень кореляційного зв'язку становить 0,69. Сила зв'язку становить 0,00.

Сексуальне насилля також високо корелює з показником нещасливе дитинство на рівні 0,430. Сила зв'язку при цьому дорівнює 0,32.

Таблиця 3.18

Рівень кореляційних зв'язків по Пірсону між нещасливим дитинством,
сексуальним насиллям та шкідливими звичками

Показники	Нещасливе дитинство	Вилучення з родини	Сексуальне насильство	Вживання алкоголю	Вживання наркотиків
Нещасливе дитинство	1,000	0,298	0,430*	0,300	0,298
Вилучення з родини	0,298	1,000	0,692**	0,408*	-0,042
Сексуальне насильство	0,430*	0,692**	1,000	0,221	-0,060
Вживання алкоголю	0,300	0,408*	0,221	1,000	0,408*
Вживання наркотиків	0,298	-0,042	-0,060	0,408*	1,000

- Зірочка (*) вказує на значущість на рівні 0,05.
- Подвійна зірочка (**) вказує на значущість на рівні 0,01.

На рис. 3.18 ми бачимо середньої сили кореляційний зв'язок між показником нещасливе дитинство та сексуальне насилля на рівні 0,430. Сила зв'язку при цьому дорівнює 0,32.

Сексуальне насилля високо корелює з показником вилучення із сім'ї. Рівень кореляційного зв'язку становить 0,69. Сила зв'язку становить 0,00.

Сексуальне насилля також високо корелює з показником нещасливе дитинство на рівні 0,430. Сила зв'язку при цьому дорівнює 0,32.

Згідно представленої табл. 3.19 ми можемо зробити висновок стосовно того, що існує кореляційний зв'язок між показниками за субшкалою «Ступінь тяжкості функції» та «Ступінь тяжкості емоції», який дорівнює 0,77. Коефіцієнт на рівні 0,77 свідчить про те, що кореляційний зв'язок є дуже сильним. За іншими показниками рівнів кореляції не виявлено.

Таблиця 3.19

Рівні кореляційних зв'язків за показниками тривоги, депресії, загального рівню стресу та симптомами

Показники	Ступінь тяжкості емоції	Сума тривога	Сума депресія	Сума стрес	Сума тяжкості симптоми	Сума тяжкості функції
Ступінь тяжкості емоції	1,000	-0,090	-0,225	-0,382	0,158	0,772**
Сума тривога	-0,090	1,000	0,117	0,358	-0,017	-0,053
Сума депресія	-0,225	0,117	1,000	-0,131	-0,249	-0,383
Сума стрес	-0,382	0,358	-0,131	1,000	-0,015	-0,228
Сума тяжкості симптоми	0,158	-0,017	-0,249	-0,015	1,000	0,187
Сума тяжкості функції	0,772**	-0,053	-0,383	-0,228	0,187	1,000

Зірочка (**) вказує на значущість на рівні 0,01.

Кожна зі шкал методики відповідає за певні сфери життя респондентів. Шкали за методикою «Skindex – 29» коротко описують практично усі сфери життя респондентів, такі як: ставлення до себе, регуляція свого життя, своєї поведінки, так і відносини з іншими людьми.

Так, емоційна сфера визначається такими пунктами як: занепокоєння станом своєї шкіри, почуття пригніченості, сорому, проявом тривоги, що після захворювання залишаються прояви (шрами, рубці, пігмент). Також до емоційної сфери відносяться: тривожний настрій, роздратування щодо стану шкіри, висока чутливість, реактивність на слова чи погляди інших людей, неприйняття себе та свого тіла, відчуття пригніченості, збентеження та приниженості.

Субшкала «Симптоми» включає в себе такі пункти як: болючість, свербіж, печіння або поколювання шкіри, неприємні відчуття, подразнення, чутливість.

Субшкала «Функції» має 12 пунктів: робота, соціальна активність, сексуальне життя, самотність, втома, обмеження близьких відносинах з іншими людьми, якість сну, небажання виходити з дому, неспокій, відсутність свободи у спілкуванні з іншими людьми, складності у вираженні своїх почуттів через фокусування на своєму зовнішньому вигляді ті відчутті дефектів, перешкода до створення близьких відносин.

Таким чином, за допомогою статистичного пакету, ми наочно отримали дані щодо впливу і взаємозв'язків внутрішніх переживань людини на зовнішні сторони життя та навпаки.

У людській психіці все пов'язано, так, ставлення людини до себе формує поведінку людини у соціумі, і в результаті – впливає на ставлення інших людей до індивідуума. У той же час людина черпає знання про себе від тих людей, які знаходяться навколо неї. Так формується ставлення людини до самої себе, своєї особистості.

Дефекти шкіри - це досить травматичні фізіологічні прояви, люди сприймають їх дуже болісно. Тому, при спілкуванні з іншими людьми, особи

з проблемами шкіри відчувають свою дефектність та екстраполюють її на ставлення в цілому інших людей до себе. У свою чергу, це викликає скутість у спілкуванні та впливає на ставлення інших людей до них.

Згідно з поданою таблицею ми можемо спостерігати, що кореляційний зв'язок є двостороннім, тобто, не тільки внутрішні (емоційні) чинники впливають на зовнішні (соціальні) чинники, але й навпаки. що представлено у табл. 3.20.

Таблиця 3.20

Рівні кореляційних зв'язків за показниками захворювань шкіри, емоційних та фінансових проблем

Показники	Захворювання шкіри	Емоційні проблеми	Фінансові проблеми	Сексуальне насильство
Захворювання шкіри	1,000	-0,403*	-0,400*	0,473*
Емоційні проблеми	-0,403*	1,000	0,096	0,138
Фінансові проблеми	-0,400*	0,096	1,000	-0,361
Сексуальне насильство	0,473*	0,138	-0,361	1,000

Згідно з табл. 3.20 ми можемо спостерігати, що існує середньої сили кореляційний зв'язок між фактором захворювання шкіри та фактором емоційні проблеми. Зв'язок існує на рівні $-0,403$, тобто кореляція негативна. Сила зв'язку при цьому становить $,045$.

Між факторами захворювання шкіри та фінансовими проблемами кореляційний зв'язок становить $-0,400$. Сила зв'язку при цьому становить $,048$.

Максимально високий показник кореляційного зв'язку між факторами захворювання шкіри та сексуальним насиллям, який становить $-0,473$. Сила зв'язку при цьому становить $,017$.

Це означає, що сексуальне насилля сильніше асоціюється з потенційним впливом на стан шкіри порівняно з іншими факторами. Сила зв'язку дорівнює $0,017$, що є найбільш значущим показником серед представлених даних, рис. 3.21.

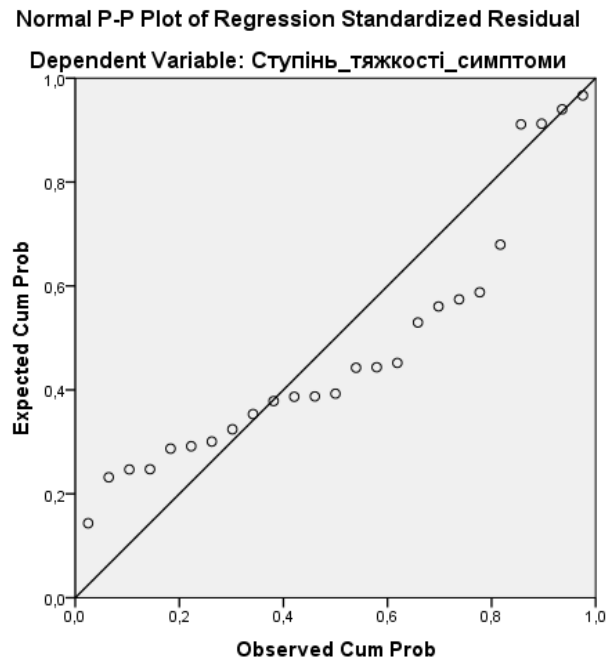


Рис. 3.21 Сила зв'язку між симптомами та травматичним анамнезом у житті респондента

3.4 Рекомендації щодо терапевтичних підходів при лікуванні шкірних захворювань

Ще на початку двадцятого століття науковці, які проводили дослідження психосоматичної медицини на основі гіпотез, продемонстрували важливість взаємодії розуму та тіла в патофізіології хвороби.

В наш час зростає увага до психосоматичних проблем, що свідчить про їхню високу поширеність та важливість при визначення стану здоров'я нації. Розуміння ролі психіки у формуванні фізичного здоров'я дозволяє розробляти більш ефективні стратегії лікування та профілактики психосоматичних розладів, а збереження і покращення психічного здоров'я має важливе значення для їх запобігання. Психогенний чинник грає важливу роль у виникненні психосоматичних розладів.

Як уже зазначалось, особи, які страждають на захворювання шкіри часто стикаються із соціальною ізоляцією, що призводить до погіршення загального психологічного благополуччя пацієнтів.

Пацієнти з хронічними захворюваннями шкіри відчують невпевненість у собі та низьку самооцінку, стикаються з розладами сну а також повідомляють про негативний вплив хвороби на сексуальні стосунки. Живуть з постійним почуттям провини, безнадії, безпорадності та депресії.

З огляду на зазначене, розуміючи з чим стикаються люди із захворюваннями шкіри, для лікування психосоматичних розладів важливим є інтегративний підхід, який включає: фізичні, психологічні та соціальні аспекти.

Значна увага повинна приділятися розробці і вдосконаленню інтервенційних методів для лікування шкірних розладів. Нові терапевтичні підходи повинні включати техніки для зменшення стресу, поліпшення регуляції емоцій та покращення як фізичного, так і психічного благополуччя клієнтів.

До наявних психотерапевтичних методів які сприяють зниженню рівню стресу й покращенню стану шкіри належать:

- когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Основна мета КПТ полягає у вирішенні дисфункціональних моделей мислення та поведінки. Доведено, що КПТ є ефективною у лікуванні дерматозів як сверблячих, так і не сверблячих а також у пацієнтів з хронічним болем.
- Терапія прийняття та відповідальності (АСТ). АСТ зосереджена на зміцненні психологічної гнучкості. Хоча було показано, що АСТ зменшує тяжкість симптомів у пацієнтів із болем, депресією та розладами особистості, її основна мета полягає в тому, щоб змінити ставлення пацієнта до його/її симптомів за допомогою розвитку навичок усвідомленості.
- Зниження стресу на основі майндфулнес (MBSR). MBSR включає такі практики, як медитація, фізичні вправи та йога. Мета терапії полягає у тому, щоб підтримувати усвідомлення сьогодення та позбутися сильної

прихильності до переконань чи емоцій, що веде до емоційної рівноваги та благополуччя.

- практики концентрації уваги та техніки релаксації [62].

Вищенаведені психоаналітичні техніки довели свою ефективність у зменшенні стресу, покращенні емоційної регуляції та зміні патологічних патернів поведінки.

Також важливим аспектом допомоги є включення психоосвітніх програм для пацієнтів, які допоможуть зрозуміти зв'язок між емоційним станом і симптомами захворювань. Ці знання допомагають знизити рівень тривожності та активніше долучатися до лікувального процесу.

Командний підхід до вирішення проблеми, а саме: співпраця дерматологів, психологів і психіатрів сприяє поліпшенню результатів лікування та підвищенню якості життя пацієнтів.

Соціальна підтримка пацієнтів, включаючи організацію груп підтримки, відіграє важливу роль у зменшенні впливу стресу та покращенні результатів лікування.

Для збільшення ефективності психотерапія пацієнтам із шкірними захворюваннями зазвичай надається в індивідуальній формі. Суттєві відмінності у результатах різних видів психотерапевтичного лікування відсутні, але традиційно перевага надається когнітивній та поведінковій психотерапії – через їхню націленість на симптоми та меншу тривалість лікування [21].

Таким чином, шкірні захворювання є багатофакторними за своєю природою, і їх ефективне лікування потребує розуміння психосоматичних причин. Аналіз внутрішніх конфліктів, їх соматизація та проява на шкірі краще дозволяють з'ясувати причину, створюючи можливості для інтеграції існуючих і нових методів лікування для забезпечення більш якісного та комплексного лікування пацієнтів із шкірними захворюваннями.

Висновки до розділу 3

Третій розділ даної роботи зосереджений на аналізі зібраних даних та дослідженні психогенних чинників перебігу шкірних захворювань в умовах тривалого стресу.

Ми використовували набір статистичних методів з метою дослідження та аналізу загальної вибірки. Було встановлено високий рівень тривожності, депресії та значного стресового навантаження, за відсутності виражених кореляцій із психосоматичними проявами, це дало змогу припустити можливу активацію захисних адаптивних функцій організму респондентів.

В умовах тривалого стресового організм звикає до систематичних сплесків адреналіну та хронічного стресу, що сприяє формуванню механізмів пристосування. Водночас респонденти не усвідомлюють рівень напруги, який на них впливає, і не пов'язують його з наявністю соматичних проявів захворювань. При цьому показники тривожності та депресії в усіх групах демонструють максимальні значення.

Тобто, більшість респондентів, які пройшли опитування, пережили не один, а декілька видів психологічного та фізіологічного насильства над особистістю.

Таким чином, ми експериментально довели взаємозв'язок між травматичним анамнезом (досвідом травматичних чинників) на психосоматичні прояви респондентів. Травматичний досвід має великий вплив на захворювання шкіри (атопічний дерматит, псоріаз, себорея тощо). З точки зору психотерапії такий взаємозв'язок пояснюється «алергічними проявами» як відповідь на постійні травмуючі фактори.

Було встановлено, що ключовими факторами, які можуть бути пов'язані з дебютом захворювання шкіри були: емоційні потрясіння респондентів (50%) та сімейні конфлікти (понад 50%). Найбільший вплив на емоційний стан респондентів становить самокритика (70%), тривога (65%) пригнічення емоцій (60%) і невміння справлятися зі стресом (56% мають високу силу стресу).

100% респондентів мають травматичний досвід у анамнезі свого життя, з них 72% мають прояви шкірних захворювань. Шкірні захворювання, як і усі інші, ми розглядаємо як результат психогенних факторів, що підтверджується також і відсутністю кореляційних зв'язків між особистісними характеристиками психічних якостей респондентів та наявністю психосоматичних проявів у вигляді шкірних захворювань. Ми можемо інтерпретувати це таким чином, що на процес прояву гострих захворювань шкіри, та перехід їх у хронічну форму впливають саме зовнішні фактори, тобто – соціальне оточення та його вплив на психологічне та фізіологічне здоров'я респондентів. При цьому, самі респонденти, відчуваючи постійний вплив травмуючих подій, не оцінюють рівень постійної спливаючої на них напруги. З точки зору внутрішніх факторів ми можемо зробити висновок, що респонденти знаходяться у фазі адаптивності до постійних стресових факторів.

За симптоматичними проявами чоловіки видали більші результати, аніж жінки, тобто вони реагують менш емоційно на тригери, але мають більш великі прояви за станом свого здоров'я. Жінки реагують на виникаючі зовнішні тригери більш активно та мають менший розкид по дисперсії серед захворювань.

Якщо інтерпретувати отримані дані з точки зору трикутника Карпмана, то отримані результати дають сильний кореляційний зв'язок – усі опитувані нами респонденти зазнали багато травматичного досвіду в колі сім'ї, друзів, однолітків, загалом – людей, яким вони довіряли, декотрі з них були вилучені з родини та зазнали сексуальне насильство, вживали алкоголь, наркотики.

Згідно результатів математичного обчислення, ми бачимо, що 100% респондентів мали травматичний анамнез у своєму житті. Такий досвід виступив зовнішнім фактором, що систематично впливав на якість життя та здоров'я респондентів. Як результат: 3,8% опитуваних мають порушення харчової поведінки, вживали наркотики – 3,8% респондентів, мають

проблеми з алкоголем 19,2% респондентів, 53,8% респондентів відчують проблеми зі здоров'ям.

За шкалою ступеню тяжкості емоцій респонденти видали наступні результати: 36% мають середній ступінь тяжкості, 4% респондентів мають важкий ступінь тяжкості та 8% мають дуже важкий ступінь тяжкості.

За шкалою ступеню тяжкості функцій респонденти продемонстрували наступні результати: 32% мають середній ступінь тяжкості, 12% респондентів мають важкий ступінь тяжкості та 16% мають дуже важкий ступінь тяжкості.

За ступенем тяжкості тривоги та депресії обидві групи респондентів показали максимально високі показники.

За проявом симптоматики респонденти видали низькі показники. Тобто, високий рівень стресової напруги респонденти не пов'язують з гострою періодичною появою та хронізацією проблем зі шкірою, але ці проблеми впливають на них таким чином, що вони відчують дискомфорт та ще більше дистанціюються від соціуму.

ВИСНОВКИ

Метою нашого дослідження було визначення психогенних чинників шкірних захворювань в умовах тривалого стресу.

Відповідно до поставлених завдань було проаналізовано наукові підходи до визначення поняття стресових факторів як психологічних чинників, які впливають на психогенні основи шкірних захворювань. Зростання рівня хронічного стресу у зв'язку з війною прямо пов'язане з поширеністю психосоматичних захворювань, зокрема шкірних.

Світові наукові дослідження свідчать що психологічний стрес є вирішальним фактором у розвитку багатьох шкірних захворювань.

У роботі були розглянуті наукові підходи до визначення особливості перебігу шкірних захворювань в умовах тривалого стресу, «хибне коло» при психофізіологічних розладах.

Також, шляхом аналізу сучасних наукових джерел, розглядалися механізми впливу стресових факторів та інших психогенних чинників на рівень захворювання шкіри.

Так, основними механізмами впливу психогенних чинників на перебіг шкірних захворювань є: гіперактивація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що призводить до викиду кортизолу що в свою чергу впливає на шкірний бар'єр; імунні реакції які впливають на запальні процеси в шкірі; також вплив через вегетативну нервову систему.

В роботі було розглянуто які саме психогенні фактори впливають на окремі захворювання шкіри. Дійшли до висновку, що вплив на шкіру зумовлений не лише біологічними механізмами, а й глибокими внутрішніми конфліктами респондентів.

Шляхом аналізу відповідної літератури було визначено, що шкіра виконує не лише фізіологічні, а й глибокі психологічні функції, забезпечує зв'язок людини з навколишнім світом: функція контакту, функція кордону.

Відповідно до наступних завдань було досліджено рівень прояву тривоги, депресії, емоційних переживань, життєвий досвід, вплив шкірних

захворювань на психологічний та соціальний стан респондентів за допомогою надійних і валідних інструментів.

З метою отримання достовірних даних використано опитувальник «Skindex-29» для оцінки впливу шкірних захворювань на психологічний та соціальний стан респондентів, Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS), шкалу сприйнятого стресу (PSS), короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (TIPI –UKR), який вимірює п'ять ключових аспектів особистості (відкритість до досвіду, свідомість, екстравертність, доброзичливість та емоційна стабільність), опитувальник «Моменти життєвої історії», анкету для виявлення психосоматичних розладів (для дорослих), та авторську анкету для дослідження зв'язку стресової ситуації із захворюваннями шкіри.

Отримані дані були піддані обробці за допомогою статистичного інструментарію SPSS – 23. Дослідження підтвердило тісний зв'язок між психосоціальними факторами, емоційним станом і проявами шкірних захворювань. Усі респонденти мають ознаки клінічно вираженої депресії.

Дослідження підтвердило значний вплив тривалого стресу та психогенних чинників на перебіг хронічних шкірних захворювань, таких як псоріаз, екзема та атопічний дерматит, особливо в умовах посиленого психологічного тиску, зокрема під час війни. Було встановлено, що психосоматичні прояви цих хвороб мають тісний зв'язок із емоційним станом респондентів, включаючи тривогу, депресію та високий рівень стресу.

Тривалий стрес виступає одним із ключових чинників загострення шкірних захворювань, оскільки взаємодіє з емоційними, соціальними та поведінковими факторами. Самокритика, тривога, пригнічення емоцій та сімейні конфлікти значно впливають на розвиток і перебіг захворювань, що підтверджується статистично значущими кореляційними зв'язками.

Жінки демонструють більш виражену емоційну реактивність, тоді як у чоловіків частіше спостерігаються функціональні та симптоматичні прояви хвороб. Гендерні аспекти мають важливе значення, оскільки емоційна

реактивність жінок і фізична симптоматика чоловіків формують різні патогенетичні механізми перебігу хвороб.

Травматичний досвід, особливо сексуальне насильство, виявився вагомим тригером, що посилює емоційний і соматичний стан респондентів, підвищуючи ризик загострення шкірних захворювань. Соціальні фактори, такі як шкільні труднощі та сімейні конфлікти, виявляють значно сильніший вплив на загальний стан здоров'я, ніж безпосередні фізіологічні прояви хвороб.

Попри високий рівень тривоги та депресії, респонденти часто не усвідомлюють зв'язок між своїм емоційним станом і соматичними симптомами. Це може бути наслідком адаптації до хронічного стресу, коли респонденти звикають до постійного напруження та не пов'язують його з погіршенням свого стану. Соціальна ізоляція, спричинена шкірними захворюваннями, є як наслідком, так і причиною психологічного дистресу, створюючи «порочне коло», де ізоляція підсилює емоційні переживання, а ті, своєю чергою, поглиблюють соматичні симптоми.

Регресійний аналіз підтвердив, що емоційна нестабільність, стрес, тривога та депресія є ключовими факторами у погіршенні стану шкіри, тоді як травматичний досвід у дитячому віці, включаючи емоційне ігнорування в сім'ї, відіграє важливу роль у формуванні поведінкових і психологічних проблем у дорослому віці, які проявляються через соматичні розлади, включаючи шкірні захворювання.

Психогенні чинники, такі як самокритика, емоційне пригнічення, фінансові труднощі та травматичний досвід, є важливими детермінантами симптоматики хронічних шкірних захворювань. При цьому, відсутність чіткої усвідомленості респондентами зв'язку між стресовими факторами та психосоматичними проявами підкреслює необхідність впровадження освітніх програм, які підвищать обізнаність пацієнтів про роль психогенних чинників у розвитку захворювань.

Дослідження підтвердило важливість комплексного підходу до лікування хронічних шкірних захворювань, який включає дерматологічну допомогу, психотерапевтичні втручання та соціально-психологічну підтримку. Впровадження міждисциплінарного підходу дозволить не лише покращити симптоматику, але й підвищити якість життя пацієнтів.

Складність дослідження полягала у суб'єктивності оцінки рівня стресу, яка залежить від психоемоційної стабільності респондентів. Опитувальники та шкали стресу не завжди можуть повністю відображати всі аспекти емоційного стану, а психогенні чинники часто взаємодіють з іншими, що ускладнює їх окреме вивчення.

Отримані результати є статистично значущими та релевантними для теми дослідження. Вони можуть бути корисними для розробки індивідуалізованих терапевтичних програм, що враховуватимуть як фізичні, так і психологічні аспекти здоров'я пацієнтів. Подальші дослідження повинні бути спрямовані на створення стандартизованих методик для оцінки впливу стресу на шкіру та на впровадження індивідуалізованих підходів до лікування, орієнтованих на емоційний, соціальний і соматичний добробут пацієнтів.

Результати цього дослідження відкривають перспективи для подальшого вивчення даної тематики, вважається за доцільне звузити нозологічний спектр для більш глибокого аналізу специфіки впливу тривалого стресу на окремі хронічні шкірні захворювання.

Рекомендується розширити вибірку, залучивши респондентів із різними соціально-демографічними характеристиками, що дозволить отримати більш узагальнені результати.

Особливу увагу слід приділити детальному аналізу факторів, які впливають на перебіг шкірних захворювань. Це включає вивчення окремих емоційних, соціальних, поведінкових та фізіологічних детермінант, а також їх взаємодії в умовах тривалого стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов, К. В., Живилко, В. В. Комплексна програма психосоціального супроводу жінок з алопецією. *Український вісник психоневрології*, 2016, Т. 24, № 4, С. 36–39.
2. Академічний тлумачний словник української мови. Психогенний. URL: <http://surl.li/ctxgpm> (дата звернення: 29.11.2024).
3. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. Матеріали наукової конференції. Київ: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2019. URL: <https://sociology.knu.ua/sites/default/files/library/elopen/aktprob.19.191.pdf> (дата звернення: 29.11.2024).
4. Відал Юча, С. Е., Тамамото, К. А., Каплан, Д. Л. Важливість нейро-імуно-шкірної системи для еквівалентного дизайну шкіри людини. *Cell Proliferation*, 2019, Vol. 52, e12677. doi: 10.1111/cpr.12677.
5. Возняк, І. Я., Святенко, Т. В. Вивчення якості життя у пацієнтів з псоріатичною хворобою. *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*, 2009, № 1/2, С. 273–275.
6. Гірник, Г. Є. Вплив атопічного дерматиту на психологічний стан та соціальну адаптацію пацієнтів. *Галицький лікарський вісник*, 2015, № 22, Число 2, С. 22–24.
7. Гірник, Г. Є., Возняк, І. Я., Святенко, Т. В. Аналіз якості життя пацієнтів з дерматологічними розладами. *Галицький лікарський вісник*, 2015, Т. 22, № 2, С. 22–24.
8. Голпанян, В., Сидоренко, Л., Ковальчук, О. Вплив стресу на загострення шкірних захворювань. *Український дерматологічний журнал*, 2020, Т. 5, № 4, С. 34–38.
9. Державна служба статистики України. Соціально-економічне становище України у 2022 році. URL: <https://ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 20.10.2023).

10. Живилко, В. В., Єфременко, Т. О. Алопеція у жінок як дерматологічний та психосоматичний розлад. *Вісник морської медицини*, 2016, № 3, С. 121–127.
11. Кліманська, М., Галецька, І. Українська адаптація короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ (ТІРІ-UKR). *Психологічний часопис: науковий журнал*, 2021, № 3, Вип. 7, Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, С. 57–74.
12. Коен, С., Тірелл, Д. А., Сміт, А. П. Психологічний стрес і схильність до застуди. *New England Journal of Medicine*, 1991, Vol. 325, No. 9, pp. 606–612. doi: 10.1056/NEJM199108293250903.
13. Кривенко, В. І. Роль стресу в розвитку дерматологічних захворювань. *Український медичний журнал*, 2017, Т. 12, С. 67–72.
14. Кривенко, В. І., Непрядкіна, І. В. Психосоматичні аспекти в дерматології. *Запорізький медичний журнал*, 2017, Т. 2, С. 45–50.
15. Кривенко, В. І., Непрядкіна, І. В., Колесник, М. Ю. Алергічні ураження шкіри у практиці сімейного лікаря. Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. 127 с.
16. Литвиненко, М. В. Вугрова хвороба: погляд крізь призму медичної психології. *Український вісник психоневрології*, 2016, Т. 24, № 2, С. 117–120.
17. Литвиненко, М. В. Психоемоційний стан пацієнтів із вугровою хворобою. *Медична психологія*, 2016, Т. 11, № 2, С. 37–41.
18. Малоштан, Л. М., Рядних, О. К., Жегунова, Г. П., та ін. Фізіологія з основами анатомії людини. Харків: Освіта, 2003.
19. О'Салліван, Р. Л., Ліппер, Г., Лернер, Е. А. Нейро-імуно-шкірно-ендокринна мережа: взаємозв'язок розуму та шкіри. *Archives of Dermatology*, 1998, Vol. 134, pp. 1431–1435. doi: 10.1001/archderm.134.11.1431.
20. Перша психологічна допомога. Керівництво щодо роботи. Львів: Видавництво «Друкарські куншти», 2015.

21. Спіріна, І. Д., Вітенко, І. С., Напреєнко, О. К. Медична психологія: державний національний підручник. Дніпропетровськ: Ліра, 2012. 442 с.
22. Спіріна, І. Д., Тимофєєв, Р. М., Шорніков, А. В. Роль стресової реакції «незрілих» психічних захисних механізмів у формуванні невротичних, пов'язаних зі стресом соматоформних розладів. *Український вісник психоневрології*, 2018, Т. 26, № 1, С. 92–94.
23. Усков, О. А., Маркова, М. В. Інтрапсихічні та поведінкові паттерни підлітків з atopічним дерматитом як мішені їх медико-психологічної підтримки. *Український вісник психоневрології*, 2015, № 23, Вип. 1, С. 112–115.
24. Хаустова, О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник. URL: https://www.researchgate.net/publication/351086530_Prakticna_psihosomatika_diagnosticni_skali_Navcalnij_posibnik (дата звернення: 29.11.2024).
25. Чаріті, Д. Т. Психосоматичні аспекти дерматозів. *Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди. Психологія*, 2016, № 52, С. 473–479.
26. Allen, D., Smith, R. Hospital Anxiety and Depression Scale: Applications in Dermatological Conditions. *PubMed Central*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8875954/> (дата звернення: 29.11.2024).
27. Armstrong, A. W., Read, C. Psychosocial impact of psoriasis: The need for multidisciplinary care. *British Journal of Dermatology*, 2020, Vol. 182, No. 6, pp. 1345–1352.
28. ARPP. Stress during the war. *Articles from ARPP*. URL: <https://arpp.com.ua/articles/stress-during-the-war/> (дата звернення: 29.11.2024).
29. Atkinson, R. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003.
30. Baum, A., Cohen, S., Miller, G. E. Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 1990, Vol. 109, No. 3, pp. 370–399.

31. Beyaz, S., Caliskan, E., et al. Psychological aspects of patients with acne vulgaris: A study of stress and coping mechanisms. *Journal of Dermatology Research*, 2021, Vol. 34, No. 2, pp. 78–83.
32. Birdi, G., Ständer, S. Advances in psychodermatology: Itch and stress. *Dermatology and Therapy*, 2022, Vol. 12, pp. 65–72.
33. Carter, S. D., Moyano, R., Aguirre, L., Wu, Z. The link between stress and skin disorders: A review of recent findings. *Journal of Psychodermatology*, 2020, Vol. 35, No. 6, pp. 112–120.
34. Choi, J. W., Lee, S., Kim, H. S., Tzur Bitan, D., et al. Stress-induced skin conditions: Advances in treatment. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2020, Vol. 55, No. 3, pp. 213–225.
35. Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, Vol. 24, pp. 385–396.
36. Colavincenzo, M. L., Granstein, R. D., et al. Stress and the skin: a meeting report of the Weill Cornell Symposium on the Science of Dermatology. *Journal of Investigative Dermatology*, 2006, Vol. 126, No. 12, pp. 2560–2561. doi: 10.1038/sj.jid.5700565.
37. Criado, P. R., Ferentinos, S., Leone, G., Shen, W. Stress-induced dermatological conditions: Advances in treatment. *Journal of Clinical Dermatology*, 2022, Vol. 15, No. 5, pp. 45–58.
38. Deussing, J. M., Chen, A. The corticotropin-releasing factor family: Physiology of the stress response. *Physiological Reviews*, 2018, Vol. 98, No. 4, pp. 2225–2283.
39. Dreno, B., Bettoli, V., et al. Acne: Current treatments and future approaches. *Dermatology Clinics*, 2020, Vol. 38, No. 3, pp. 255–268.
40. Du Preez, J. L., Kwon, C. S., Kim, J. J., Cho, Y. H., Xu, W., et al. Advances in stress research: A review. *Journal of Stress Research*, 2021, Vol. 13, No. 2, pp. 104–115. 9.
41. Engel, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 1977, Vol. 196, No. 4286, pp. 129–136.

42. Eroğlu, F. Ö., Aktepe, E., Erturan, İ. The evaluation of psychiatric comorbidity, self-injurious behavior, suicide probability, and other associated psychiatric factors in adolescents with acne: A clinical pilot study. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 2019, Vol. 18, No. 2.
43. Ferreira, B. I., Abreu, J. L., Reis, J. P., Figueiredo, A. M. Psoriasis and associated psychiatric disorders. *Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 2016, Vol. 9, No. 6, pp. 36–43. 55.
44. Fregoso, A. G., Weiglein, A. W., et al. Biomarkers of stress and their relevance in dermatology. *Clinical Dermatology Research*, 2021, Vol. 33, No. 7, pp. 231–245.
45. Ganceviciene, R., Böhm, M., Fimmel, S., et al. The impact of stress on skin aging. *Dermato-Endocrinology*, 2009, Vol. 1, No. 5, pp. 143–147. doi: 10.4161/derm.1.5.9503.
46. Gao, X., Zhang, P., et al. Molecular mechanisms of skin aging exacerbated by stress. *International Journal of Molecular Sciences*, 2022. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8705845/#B92-ijms-22-13252> (дата звернення: 29.11.2024).
47. Halan, Y. C. *Managing Stress*. Slough: NEW DAWN PRESS GROUP, 2005.
48. Hawkes, J. E., Rendon, A., Shekel, R. Psoriasis: A multidisciplinary treatment approach. *Journal of Clinical Medicine*, 2017, Vol. 6, No. 12, pp. 1431–1440.
49. Heng, A. H. S., Chew, F. T. Systematic review of the impact of acne vulgaris on quality of life. *Journal of Clinical Dermatology*, 2020, Vol. 18, No. 1, pp. 72–79.
50. Heuser, S., Meyer, T., et al. The relationship between stress biomarkers and dermatological conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 2023. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159123003768> (дата звернення: 29.11.2024).
51. Heuser, S., Meyer, T., Johnson, A., et al. The relationship between stress biomarkers and dermatological conditions. *Journal of Psychosomatic*

- Research*, 2023, Vol. 168, Article 111105. doi: 10.1016/j.jpsychores.2023.111105.
52. Jafferany, M. Psychiatric impact of skin disease: An overview. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*. URL: <https://www.psychiatrist.com/pcc/psychiatric-impact-of-skin-disease/> (дата звернення: 29.11.2024).
53. Jafferany, M., Ferreira, B. R., Abdelmaksoud, A., Mkhoyan, R., et al. Лікування психошкірних розладів: практичний підхід для дерматологів. *Dermatology Therapy*, 2020, e13969. doi: 10.1111/dth.13969.
54. Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 21st ed. McGraw-Hill Education, 2022.
55. Jiang, W., Slominski, A. Neuroendocrine interactions and skin disease: Mechanisms of stress-induced conditions. *Journal of Dermatological Science*, 2019, Vol. 55, No. 7, pp. 123–129.
56. Jović, M., Miljković, A., Todorović, V., et al. Psychosomatic aspects of skin diseases: Current challenges and perspectives. *Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica*, 2017, Vol. 26, No. 4, pp. 123–131.
57. Kim, J. J., Yoon, K. B. Stress: Metaplastic effects in the hippocampus. *Trends in Neurosciences*, 1998, Vol. 21, No. 12, pp. 505–509. doi: 10.1016/S0166-2236(98)01322-8.
58. Koolhaas, J. M., Korte, S. M., De Boer, S. F., et al. Coping styles in animals: Current status in behavior and stress-physiology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2010, Vol. 23, pp. 925–935.
59. Kwan, Z., Bong, Y. B., Tan, L. L. Determinants of quality of life and psychological status in adults with psoriasis. *Archives of Dermatological Research*, 2018, Vol. 310, No. 5, pp. 443–451.
60. Lai, Y. C., Yew, Y. W., Kennedy, C., Schwartz, R. A. Vitiligo and depression: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *British Journal of Dermatology*, 2017, Vol. 177, No. 3, pp. 708–718. 63.

61. Luo, W., Chen, H., et al. Psychological effects of skin conditions during global crises. *PubMed Central*. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8480446/> (дата звернення: 29.11.2024).
62. MedCentral. Managing the mental health effects of skin diseases. URL: <https://www.medcentral.com/behavioral-mental/depression/managing-the-mental-health-effects-of-skin-diseases> (дата звернення: 29.11.2024).
63. Melin, J., Brown, L. A Guide to Using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *ScienceDirect Topics*. URL: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/hospital-anxiety-and-depression-scale> (дата звернення: 29.11.2024).
64. Miller, G. E., Chen, E., Cole, S. W. Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of Psychology*, 2018, Vol. 59, pp. 501–524.
65. Misery, L., Schmitt, A. M., Boussetta, S., et al. Psychodermatology: Current practices and new developments. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2022, Vol. 36, No. 5, pp. 234–241.
66. National Cancer Institute. Definition of Stress. *NCI Dictionary of Cancer Terms*. URL: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/stress> (дата звернення: 14.10.2020).
67. National Rosacea Society. Вплив стресу на розвиток розацеа. URL: <https://www.apa.org/monitor/2015/02/cover-skin> (дата звернення: 29.11.2024).
68. Öztürk, P., Orhan, F. Ö., Özer, A. Assessment of temperament and character profile with anxiety and depression in patients with acne. *Balkan Medical Journal*, 2013, Vol. 30, No. 2, pp. 161–166.
69. Patel, K. R., Singam, V., Rastogi, S. Association of vitiligo with hospitalization for mental health disorders in US adults. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2019, Vol. 33, No. 1, pp. 191–197.

70. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. Огляд на платформі *American Academy of Family Physicians (AAFP)* пояснює зв'язок між психологічними факторами та дерматологічними розладами, включаючи варіанти лікування.
71. Psychosomatic Disorder: What It Is, Symptoms & Treatment. Огляд сучасних підходів до лікування психосоматичних розладів.
72. Psychosomatic Factors in Dermatological Conditions. Джерело описує психосоматичний вплив на шкірні захворювання, методи терапії (СВТ, медитація, біологічний зворотний зв'язок) та значення міждисциплінарного підходу.
73. Rigas, A., Snast, T., et al. Stress and exacerbation of dermatological diseases: Mechanisms and management. *Clinical Dermatology Research*, 2019, Vol. 29, pp. 105–111.
74. Rønstad, A. T. M., et al. Impact of acne on quality of life: A review of recent findings. *Journal of Investigative Dermatology*, 2018, Vol. 138, No. 4, pp. 964–971.
75. Selye, H. *Život a stres*. Bratislava: Obzor, 1966. 242 с.
76. Suárez, A. L., et al. Atopic dermatitis and stress: A comprehensive review. *International Journal of Dermatology*, 2012, Vol. 51, No. 1, pp. 45–50.
77. Sulzberger, M. B., Zaidens, S. H. Психогенні фактори при дерматологічних розладах. *Archives of Dermatology*, 1998, Vol. 134, pp. 1431–1435.
78. The Editors of Encyclopaedia Britannica. Stress. *Encyclopedia Britannica*, 29 Oct. 2020. URL: <https://www.britannica.com/science/stress-psychology-and-biology> (дата звернення: 10.04.2021).
79. Treatment of Psychodermatological Disorders. Матеріал з *DermNet NZ* включає класифікацію психодерматологічних розладів, описує діагностичні інструменти та фармакологічні й немедикаментозні підходи до лікування.

80. Ulrich-Lai, Y. M., Herman, J. P. Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses. *Nature Reviews Neuroscience*, 2009, Vol. 10, No. 6, pp. 397–409.
81. University of Utah Health. Stressed-Out Skin: The Link Between Stress and Skin Health. *HealthFeed*. URL: <https://healthcare.utah.edu/healthfeed/2024/01/stressed-out-skin-link-between-stress-and-skin-health> (дата звернення: 29.11.2024).
82. Wang, G., Qiu, D., Yang, H., Liu, W. The prevalence and odds of depression in patients with vitiligo. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2022.
83. Wang, G., Qiu, D., Yang, H., Liu, W. The prevalence and odds of depression in patients with vitiligo. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2018, Vol. 32, No. 8, pp. 1343–1351.
84. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical description and diagnostic guideline. Geneva: WHO, 1992.
85. Yang, H., Kim, J. J., Park, S. H. Stress-related exacerbation of skin conditions: Mechanisms and treatments. *International Journal of Dermatology*, 2020, Vol. 59, No. 6, pp. 434–440.
86. Zuberbier, T., Lotvall, J., Simoens, S., Subramanian, S., Church, M. K. Economic burden of allergic diseases in Europe: A systematic review. *Allergy*, 2014, Vol. 69, No. 9, pp. 1275–1279. doi: 10.1111/all.12470.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник «Skindex-29»

Опитувальник оцінює вплив шкірних захворювань на психологічний та соціальний стан пацієнтів. Містить питання, що стосуються емоційних переживань та фізичного дискомфорту, пов'язаних зі станом шкіри.

Опитувальник складається з 29 питань, має три розділи: симптоми, емоції, функції.

Відповіді оцінювались за умовною 5-бальною шкалою. Бали відповідають стану пацієнта на момент заповнення і відповідають:

0 – ніколи,

25 – рідко,

50 – іноді,

75 – часто,

100 – завжди.

Чим більше балів, тим нижча психологічна якість життя хворого. Загальна оцінка по розділах обчислювалась як середнє арифметичне по кількості питань.

Розподіл за доменами:

Емоційний вплив, 10 питань: 3, 6, 9, 12, 13, 15, 21, 23, 26, 28.

Функціональний вплив, 12 питань: 2, 4, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 29, 30.

Симптоми, 7 питань: 1, 7, 10, 16, 19, 24, 27.

Наведені тут запитання стосуються Ваших відчуттів протягом останніх 4 тижнів щодо **проблеми зі шкірою, яка турбувала Вас найбільше**. Позначте галочкою відповідь, яка найточніше описує те, що Ви відчували.

ЯК ЧАСТО ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 4 ТИЖНІВ ВИ ВІДПОВІДАЛИ НАВЕДЕНОМУ ОПИСУ?	НІКОЛИ	РІДКО	ІНОДІ	ЧАСТО	ВЕСЬ ЧАС
21. Я ніяковію через проблему зі шкірою.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22. Моя проблема зі шкірою є проблемою для людей, яких я люблю	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
23. Проблема зі шкірою викликає у мене почуття безнадійності	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
24. Моя шкіра чутлива	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
25. Моя проблема зі шкірою позначається на бажанні бути з людьми	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26. Моя проблема зі шкірою знижує мою самооцінку .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
27. Проблемне місце на шкірі кровоточить	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
28. Я дратуюся через мою проблему зі шкірою	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
29. Моя проблема зі шкірою заважає мені жити статевим життям	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
30. Через проблему із шкірою я відчуваюся знесиленим(-ою)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Додаток Б**Госпітальна шкала тривоги і депресії
(The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)**

Інструкція: не звертайте уваги на цифри та літери, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною. Час заповнення 20-30 хвилин.

1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

3 Весь час.

2 Часто.

1 Час від часу, іноді.

0 Зовсім не відчуваю.

2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Це зовсім не так.

3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.

2 Це так, але страх не дуже сильний.

1 Іноді, але це мене не турбує.

0 Зовсім не відчуваю.

4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише в дуже малому ступені це так.

3 Зовсім не здатний.

5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.

3 Постійно.

2 Велику частину часу.

1 Час від часу і не так часто.

0 Тільки іноді.

6.Д Я відчуваю бадьорість.

3 Зовсім не відчуваю.

2 Дуже рідко.

1 Іноді.

0 Практично весь час.

7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.

0 Безумовно це так.

1 Напевно, це так.

2 Лише зрідка це так.

3 Зовсім не можу.

8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.

3 Практично весь час.

2 Часто.

1 Іноді.

0 Зовсім ні.

9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.

0 Зовсім не відчуваю.

1 Іноді.

2 Часто.

3 Дуже часто.

10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

3 Безумовно це так.

2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

3 Безумовно це так.

2 Напевно, це так.

1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

0 Точно так само, як і зазвичай.

1 Так, але не в тій мірі, як раніше.

2 Значно менше, ніж зазвичай.

3 Зовсім так не вважаю.

13.Г У мене буває раптове відчуття паніки.

3 Дуже часто.

2 Досить часто.

1 Не так уже часто.

0 Зовсім не буває.

14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.

0 Часто.

1 Іноді.

2 Рідко.

3 Дуже рідко.

Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS)

Є класичним інструментом оцінки сприйняття стресу, вона допомагає зрозуміти, як різноманітні життєві ситуації впливають на почуття та сприйняття стресу, а також, наскільки непередбачуваним, неконтрольованим і надмірним сприймається життя респондентом.

Запитання шкали стосуються почуттів і думок респондента протягом останнього місяця. Де: 0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – дуже часто. Питання 4,5,7,8 (0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0) – додаємо в загальний бал. Сума балів загальна визначає рівень PSS може бути від 0 до 40, чим вищі бали, тим вищий рівень стресу.

Текст

Як часто протягом останнього місяця Ви...

1. Засмучувалися через щось несподіване?

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто

2. Відчували, що не можете контролювати важливі речі у своєму житті?

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто

3. Відчували нервозність і «стрес»?

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Дуже часто

4. Відчували впевненість у своїй здатності впоратися зі своїми особистими проблемами?

- Ніколи
- Рідко
- Іноді

- Часто
 - Дуже часто
5. Відчували, що справи йдуть саме так, як вам хотілося?
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
 - Дуже часто
6. Виявляли, що не можете впоратися з усіма справами, які вам доводилося робити?
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
 - Дуже часто
7. Вдало контролювали почуття роздратування?
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
 - Дуже часто
8. Відчували, що контролюєте ситуацію?
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
 - Дуже часто
9. Гнівалися через речі, які були поза вашим контролем?
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
 - Дуже часто
10. Відчували, що труднощі накопичуються настільки, що ви не можете їх подолати?
- Ніколи
 - Рідко
 - Іноді
 - Часто
 - Дуже часто

Додаток Г

Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості TIPI (TIPI-UKR)

TIPI -UKR Нижче наведено перелік якостей, які можуть бути, або можуть не бути характерними особисто для Вас. Поставте, будь ласка, біля кожного твердження позначку, наскільки Ви погоджуєтесь із кожним із них. Оцініть, в якій мірі запропонована пара характеристик стосується Вас особисто, навіть якщо одна з них підходить Вам більше, аніж друга.

Бачу себе як людину, яка є

- 1 ____ Товариська, активна
- 2 ____ Критична, конфліктна*
- 3 ____ Сумлінна, дисциплінована
- 4 ____ Тривожна, схильна перейматися *
- 5 ____ Відкрита до нового, різностороння
- 6 ____ Стримана, тиха*
- 7 ____ Тактовна, співчутлива, приязна
- 8 ____ Неорганізована, легковажна*
- 9 ____ Спокійна, емоційно стабільна
- 10 ____ Не любить змін і пошуку нових рішень*

Додаток Д

Опитувальник «Моменти життєвої історії, які підлягають додатковому аналізу»

(©Чабан О.С.)

(фактори, які, ймовірно, впливали (вплинули) на стан його (її) здоров'я або якість життя)

Потрібно відмітити:

Фактори	так (+)	ні (-)
1. Нещасливе дитинство		
2. Шкільні проблеми		
3. Емоційні проблеми		
4. Фінансові проблеми		
5. Поведінкові проблеми		
6. Зрада друзів		
7. Вилучення з родини у дитинстві		
8. Проблеми у відносинах з батьком		
9. Проблеми у відносинах з матір'ю		
10. Проблеми у відносинах з братами (сестрами)		
11. Проблеми у відносинах з дідом (бабою)		
12. Правопорушення		
13. Сильні релігійні переконання		
14. Смерть близьких родичів		
15. Виховання у дитячому будинку		
16. Вживання наркотиків		
17. Проблеми зі здоров'ям		
18. Вживання алкоголю		
19. Відчуття ізоляції серед однолітків		
20. Суворі покарання		
21. Батьківська надмірна опіка		
22. Сексуальне насилля		
23. Серйозні залякування і глузування		
24. Емоційне ігнорування в родині		
25. Порушення харчування		

Додаток Е

Анкета для виявлення психосоматичних розладів (для дорослих)

(©Чабан О.С., Хаустова О.О.)

Інструкція: відмічає пацієнт. Відмітьте, будь ласка, твердження, яке відповідає Вашому настрою як мінімум протягом останніх 2-ох тижнів.

Будьте відверті у своїх відповідях.

Текст опитувальника:

Твердження	так (+), ні (-)
У мене буває поганий настрій, відчуття безнадії	
Я часто буваю нестерпним і дратівливим	
Я з песимізмом дивлюсь у майбутнє	
Я занадто занурений у спогади про минуле	
Я втратив інтерес до своєї зовнішності	
У мене поганий і неспокійний сон	
Мене відвідують тривожні думки і страхи	
Я уникаю обставин, пов'язаних зі стресом	
У мене постійна психічна та фізична втома	
Мені легко зіпсувати апетит	
Я намагаюся перебороти хворобу, працювати як колись і навіть більше	
Я не вірю в успіх лікування	
Через свою хворобу я втратив інтерес до справ і близьких людей	
Я не задоволений своїм сексуальним життям	
Я надаю перевагу самотності	
Хвороба робить моє майбутнє сумним і нудним	
Я не задоволений своїм становищем у суспільстві	
Я нездатен планувати майбутнє	
У мене є постійне бажання відчувати себе цінним	
Мені властива нерішучість	
Я боюся лишатися на самоті	
Оточення не розуміє моєї хвороби і моїх страждань	
Я часто нервую	
Я став частіше плакати	

Анкета для дослідження зв'язку стресової ситуації з захворюванням шкіри

1. Вкажіть область на тілі, де у вас проявляється захворювання шкіри/псоріаз:
 - Голова
 - Обличчя
 - Ноги
 - Руки
 - Тулуб
 - Інше (вкажіть) _____

2. Які ситуації могли бути пов'язані з дебютом захворювання шкіри/псоріазу? (Оберіть усі, що підходять)
 - Втрата близької людини
 - Сімейні конфлікти
 - Соціальні проблеми
 - Емоційне потрясіння
 - Напружена ситуація на роботі
 - Тягар важких життєвих турбот
 - аш варіант (вкажіть) _____

3. Чи передувала появі захворювання шкіри/псоріазу ситуація з неприємним контактом?
 - Так
 - Ні

4. Чи передувала появі захворювання шкіри/псоріазу ситуація втрати приємного контакту?
 - Так
 - Ні

5. Чи відчуваєте ви страх втрати близької людини?
 - Так
 - Ні

6. Чи є у вашому житті ситуація, коли ви маєте приємний і не приємний контакт одночасно.
 - Так
 - Ні

7. Чи була у вас неприємна ситуація, коли ви хотіли «відштовхнути» небажаний контакт?

- Так
 - Ні
8. Чи потрапляли ви у ситуацію, де втратили «обличчя», перш за все перед батьками чи вагомими для вас людьми?
- Так
 - Ні
9. Чи відчували ви колись такі емоції?(Оберіть усі, що підходять)
- Мені потрібний захист
 - Навколо мене небезпека
 - Я самотній(я) і безпорадний(а)
 - Ніхто ніколи не захистить мене
 - Ваш варіант (вказіть) _____
10. Підкресліть твердження які відповідають вашому стану (Оберіть усі, що підходять):
- холодність, тривожність, неспокій мами
 - вимогливість і неприхована лють батька
 - тривалі стресові ситуації
 - постійне роздратування (відчуття, ніби всередині кипить чайник)
 - самокритика
 - повне чи часткове неприйняття себе
 - заперечення свого статусу
 - тривога
 - придушення емоцій тощо
 - ваш варіант (вказіть) _____

Додаток И

Розподіл сирих балів за методикою «Skindex-29»

Емоційний вплив	Функціональний вплив	Симптоми
1.20,00	21,00	18,00
2.22,00	21,00	14,00
3.26,00	25,00	9,00
4.25,00	39,00	18,00
5.21,00	31,00	18,00
6.24,00	22,00	18,00
7.23,00	38,00	19,00
8.21,00	22,00	13,00
9.21,00	22,00	17,00
10.19,00	30,00	18,00
11.22,00	23,00	27,00
12.22,00	23,00	22,00
13.17,00	22,00	11,00
14.34,00	28,00	21,00
15.25,00	28,00	15,00
16.26,00	24,00	15,00
17.41,00	50,00	29,00
18.21,00	22,00	23,00
19.41,00	40,00	19,00
20.22,00	22,00	12,00
21.33,00	38,00	27,00
22.33,00	31,00	21,00
23.31,00	38,00	12,00
24.20,00	25,00	24,00
25.37,00	39,00	22,00

Додаток К

Розподіл коефіцієнтів за методикою «Skindex-29»

Емоційний вплив	Функціональний вплив	Симптоми
1.1,00	1,00	1,00
2.1,00	1,00	1,00
3.2,00	2,00	1,00
4.2,00	4,00	1,00
5.1,00	2,00	1,00
6.2,00	1,00	1,00
7.1,00	3,00	1,00
8.1,00	1,00	1,00
9.1,00	1,00	1,00
10.1,00	2,00	1,00
11.1,00	1,00	2,00
12.1,00	1,00	1,00
13.1,00	1,00	1,00
14.2,00	2,00	1,00
15.2,00	2,00	1,00
16.2,00	2,00	1,00
17.4,00	4,00	2,00
18.1,00	1,00	1,00
19.4,00	4,00	1,00
20.1,00	1,00	1,00
21.2,00	3,00	2,00
22.2,00	2,00	1,00
23.2,00	3,00	1,00
24.1,00	2,00	2,00
25.3,00	4,00	1,00

Додаток Л

Бали за шкалою HADS

Загальний рівень тривоги	Загальний рівень депресії
1)25,00	20,00
2)15,00	18,00
3)18,00	23,00
4)23,00	13,00
5)25,00	20,00
6)19,00	20,00
7)18,00	16,00
8)23,00	18,00
9)24,00	22,00
10)19,00	11,00
11)21,00	15,00
12)17,00	22,00
13)13,00	14,00
14)21,00	12,00
15)22,00	17,00
16)15,00	15,00
17)14,00	17,00
18)22,00	20,00
19)22,00	19,00
20)22,00	18,00
21)21,00	15,00
22)15,00	19,00
23)21,00	16,00
24)23,00	14,00
25)19,00	13,00

Додаток М

Шкала сприйнятого стресу (PSS)

Загальний рівень стресу (шкалювання)	Загальний рівень стресу (сирі бали)
1)2,00	23,00
2)2,00	22,00
3)3,00	29,00
4)3,00	29,00
5)2,00	22,00
6)2,00	24,00
7)2,00	24,00
8)3,00	29,00
9)3,00	31,00
10)3,00	31,00
11)3,00	34,00
12)3,00	34,00
13)2,00	18,00
14)3,00	30,00
15)3,00	30,00
16)3,00	27,00
17)1,00	11,00
18)3,00	30,00
19)2,00	24,00
20)2,00	23,00
21)3,00	32,00
22)2,00	21,00
23)3,00	40,00
24)3,00	27,00
25)2,00	23,00

Додаток Н

Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ (сірі бали)

Екстраверсія	Дружелюбність	Добросовісність	Емоційна стабільність	Відкритість новому досвіду
1)11,00	7,00	10,00	11,00	18,00
2)4,00	7,00	7,00	9,00	13,00
3)6,00	5,00	9,00	8,00	13,00
4)14,00	10,00	6,00	15,00	17,00
5)14,00	7,00	14,00	13,00	20,00
6)14,00	8,00	8,00	9,00	11,00
7)10,00	10,00	9,00	16,00	19,00
8)7,00	8,00	9,00	14,00	20,00
9)10,00	8,00	14,00	12,00	15,00
10)11,00	3,00	12,00	4,00	11,00
11)10,00	4,00	7,00	10,00	13,00
12)13,00	10,00	11,00	14,00	19,00
13)5,00	9,00	11,00	13,00	14,00
14)10,00	7,00	12,00	13,00	18,00
15)15,00	8,00	10,00	13,00	20,00
16)11,00	8,00	7,00	12,00	13,00
17)7,00	9,00	14,00	15,00	22,00
18)6,00	7,00	2,00	8,00	9,00
19)8,00	3,00	6,00	5,00	9,00
20)12,00	6,00	11,00	12,00	19,00
21)10,00	9,00	11,00	13,00	18,00
22)14,00	7,00	9,00	9,00	12,00
23)9,00	8,00	7,00	11,00	13,00
24)14,00	5,00	13,00	6,00	8,00
25)11,00	8,00	12,00	10,00	16,00

Додаток П

Регресійний аналіз рівню впливу індивідуальних психічних особливостей особистості респондентів на симптоматичні прояви

Показники	1) Ступінь тяжкості симптомів	2) Ступінь тяжкості функції	3) Ступінь тяжкості емоції	4) Сума тривога	5) Сума депресія	6) Сума стрес	7) Екстраверсія	8) Дружелюбність	9) Добросовісність	10) Емоційна стабільність	11) Відкритість новому досвіду
Pearson Correlation	1,00 0	,187	,158	-,017	-,249	-,015,001	-,110,243	-,110,243	,000	,006	
	,187	1,000	,772	-,053	-,383	-,228,082	,110,043	,043	,084	,112	
	,158	,772	1,000	-,225	-,090	-,382,060	-,025	-,014	-,059,018		
	-,017	-,053	-,225	1,00 0	,117	,358,352	-,224	,028	-,057,082		
	-,249	-,383	-,090	,117	1,000	-,131,087	,042	-,100	-,004,037		
	-,015	-,228	-,382	,358	-,131	1,000,133	-,112	-,224	-,112	-,223	
	,001	,082	-,060	,352	-,087	,133	1,000,084	,266	,080	,135	
	-,110	,110	-,025	-,224	,042	-,112,084	1,00 0,079	,836	,575		
	,243	,043	-,014	,028	-,100	-,224,266	,079	1,000,214	,460		
	,000	,084	-,059	-,057	-,004	-,112,080	,836	,214	1,000,844		
	,006	,112	,018	,082	,037	-,223,135	,575	,460	,844	1,000	
Sig.	.	,186	,225	,469	,115	,471	,497	,300	,121	,500	,489
(1-tailed)	,186		,000	,401	,029	,137	,349	,300	,419	,345	,298
	,225	,000		,140	,335	,030	,388	,452	,474	,390	,465
	,469	,401	,140		,288	,040	,042	,141	,447	,394	,348
	,115	,029	,335	,288		,266	,340	,421	,317	,492	,431
	,471	,137	,030	,040	,266		,263	,297	,141	,296	,142
	,497	,349	,388	,042	,340	,263		,345	,100	,352	,260

	,300	,300	,452	,141	,421	,297	,345		,353	,000	,001
	,121	,419	,474	,447	,317	,141	,100	,353		,152	,010
	,500	,345	,390	,394	,492	,296	,352	,000	,152	.	,000
	,489	,298	,465	,348	,431	,142	,260	,001	,010	,000	.