

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Тривожно-депресивні симптоми у осіб, хворих на акне та псоріаз

Кваліфікаційна робота

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

Тимошенко Анни Олексіївни

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психодіагностики та
клінічної психології

Морозова-Ларіна Ольга Ігорівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2

Протокол № _____ від _____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП		3
РОЗДІЛ I. ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН РОЗВИТКУ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ		6
1.1.	Дерматологічні захворювання з позицій психосоматики	6
1.1.1.	Психологічні теорії виникнення і розвитку психосоматичних уражень шкіри.	6
1.1.2.	Медико-психологічні чинники шкірних захворювань.	14
1.2.	Основні психологічні розлади осіб з дерматологічними захворюваннями	21
1.2.1.	Психодерматологія як науковий напрям на межі психіатрії та дерматології.	21
1.2.2.	Різні типи основної психопатології в дерматології: тривога, депресія, психоз і ОКР.	27
1.3.	Особливості внутрішньої картини хвороби з діагнозом псоріаз та акне	30
1.3.1.	Поняття якості життя осіб з дерматологічними захворюваннями	32
1.3.2.	Психологічні особливості хворих на псоріаз	34
1.3.3.	Аналіз психологічних особливостей хворих на акне	38
Висновки до першого розділу		44
РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ		45
2.1.	Особливості формування вибірки	45
2.2.	Дерматологічний індекс якості життя (DLQI) та застосунок U-критерію Манна-Уїтні	45
2.3.	Діагностика ставлення до власної хвороби клієнтів дерматологічної клініки за допомогою опитувальників	47
2.3.1.	Індекс інвалідності при псоріазі (Psoriasis Disability Index – PDI)	47
2.3.2.	Кардіфський індекс інвалідності від акне (CADI)	50
2.4.	Особливості підбору методів діагностики психоемоційних розладів та «Чотириохвимерна анкета симптомів (4DSQ)»	55
Висновки до другого розділу		61
РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ ЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ З ДЕРМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ		63
3.1.	Особливості уявлень щодо власної якості життя хворих на псоріаз та акне	65
3.2.	Психологічні розлади, виявлені в ході діагностики хворих на псоріаз та акне	69
3.3.	Особливості прояву тривожно-депресивних симптомів у осіб з діагнозами псоріаз та акне	72
Висновки до третього розділу		78
ВИСНОВКИ		80
ЛІТЕРАТУРА		83
ДОДАТКИ		95

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема пошуку зв'язку дерматологічних хвороб та психологічних розладів не є новою. Водночас пошук причинно-наслідкових взаємозалежностей є важливим з точки зору ґрунтового та ефективного підходу щодо лікування, одужання та контролю хворобливих проявів. Якість життя людини наразі є найвищою цінністю в цивілізованому світі, а людей, що мають хронічне захворювання й поготів. Дерматологічні проблеми є тими, що є очевидними, їх часто неможливо приховати. Хвора людина невимовно страждає від об'єктивних симптомів (свербіж, біль, надмірна чутливість та вразливість шкіри) та до того ще відчуває неабиякий соціальний дискомфорт (допитливі чи співчутливі погляди, відраза, зниження самооцінки тощо). До того ж природа дерматологічних захворювань часто є пов'язаною не тільки з порушенням обмінних процесів, а й зі стресом, тому розірвати це «зачароване» коло можливо тільки шляхом комплексного підходу до подолання причин психологічного та соматичного характеру.

Питання обрання оптимального шляху у покращенні якості життя осіб з дерматологічними захворюваннями підіймається у працях багатьох вчених в царині зарубіжної та української психології, Особливої ваги набуває новий напрям у дослідженні окресленої проблеми – психодерматологія, що намагається вирішувати проблеми, спричинені впливом психіки на шкіру та навпаки.

Об'єкт: тривожно-депресивні розлади.

Предмет: тривожно-депресивні симптоми у осіб, хворих на акне і псоріаз.

Гіпотеза: хворі матимуть психологічні розлади у спектрі тривоги та депресії, які проявлятимуться по-різному залежно від дерматологічного захворювання: хворі на псоріаз більше схильні до депресії, а з акне – до тривожних розладів.

Мета: дослідити особливості прояву тривожно-депресивних станів у осіб хворих на акне та псоріаз.

Завдання:

1. Проаналізувати теоретико-методологічні підходи до вивчення психосоматичних причин розвитку дерматологічних захворювань.
2. Розробити емпіричну модель дослідження тривожно-депресивних симптомів у осіб, що хворіють на акне та псоріаз.
3. Виявити та описати психологічні особливості уявлень щодо власної якості життя хворих на псоріаз та акне.
4. Проаналізувати особливості прояву тривожно-депресивних розладів у осіб, що хворіють на акне та псоріаз.
5. Встановити та проаналізувати наявність/відсутність зв'язку між тривожно-депресивними розладами і захворюваннями на акне та псоріаз.

Теоретико-методологічну основу дослідження складають положення про визначення поведінки людини як функції особистісних рис та ситуації (Л.Ф. Бурлачук), вивчення дерматологічних хвороб та пов'язаних з ними психологічних розладів (О.О. Хаустова, О.С. Чабан, Д.Т. Чаріті та інші), психодерматологічний підхід до лікування псоріазу та акне (В.М. Литвиненко, І.Д. Спіріна, А.В. Шорніков, Є.С. Фаузі, Ю.М. Шевченко, Т.Ю. Коваленко та інші).

Методи дослідження. Для реалізації дослідження використовувався комплекс теоретичних (аналіз та систематизація досліджень у наукових літературних джерелах, інтерпретація та узагальнення результатів теоретичних та емпіричних досліджень), емпіричних (анкета якості життя осіб, що мають дерматологічні захворювання (DLQI), діагностика інвалідизації при псоріазі та акне (CADI), Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)) та статистичних методів (U-критерій Манна-Уїтні; кореляційний, факторний та 3D графічний аналіз).

Наукова новизна та теоретичне значення одержаних результатів полягає у тому, що:

- було отримано оновлені емпіричні дані та розглянуто ознаки зв'язку дерматологічних захворювань (псоріаз та акне) з тривожно-депресивними симптомами;

- виявлено вірогідні психологічні чинники у маніфестації, загострені перебігу хвороби на псоріаз та акне;

- уточнено уявлення про взаємозв'язок між дерматологічним захворюванням та психічними розладами.

Теоретичне значення дослідження полягає у визначенні та обґрунтуванні поняття «психологічні розлади хворих на акне та псоріаз як структурної деформації у пацієнтів дерматологічної клініки, виявленні сукупності чинників таких деформацій та їх впливу на прояв деструктивних емоційних станів.

Практичне значення одержаних результатів визначається можливістю використання отриманих результатів дослідження у практиці згладжування симптомокомплексів дерматологічних реакцій на стрес, у здійсненні комплексного підходу до лікування акне та псоріазу в умовах дерматологічної клініки.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечувалися використанням валідних і надійних взаємодоповнюючих методів, що відповідають меті і завданням кваліфікаційної роботи, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісного та якісного аналізу отриманих результатів та застосуванням методів математичної статистики.

Обсяг та структура кваліфікаційної роботи. Дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (116 найменувань, з них 74 іноземною мовою), 25 сторінок додатків. Текст кваліфікаційної роботи викладено на 119 сторінках. Робота містить 3 таблиці та 11 рисунків на 82 сторінках основного тексту.

Дослідницька база – це приватна дерматологічна практика лікаря-дерматолога вищої категорії Чуйко Н.О. в умовах дермато-косметологічної клініки «Skin Medical». Кількість клієнтів, що погодилась на дослідження

становила 32 особи.

РОЗДІЛ І. ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН РОЗВИТКУ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1.1. Дерматологічні захворювання з позицій психосоматики

1.1.1. Психологічні теорії виникнення і розвитку психосоматичних уражень шкіри

Психосоматичні розлади - одна з самих складних і неоднозначних проблем сучасної науки, незважаючи на те, що тісний зв'язок психічних та соматичних порушень вивчається протягом тривалого часу. Ця проблема стає ще більш гострою в умовах існуючого в даний час постійного психосоціального стресу.

Дерматозами страждає понад 20% населення, проте, за медичною допомогою звертається менше чверті хворих [41]. Шкіра не тільки найбільший за розмірами орган людського тіла, а й біологічний бар'єр. Крім того, її стан сильно впливає на самовідчуття людини і сприйняття його оточуючими. Гострі та хронічні порушення нормальної функції шкіри в тій, чи іншій мірі позначаються на діяльності всього організму. Захворювання шкіри мають багатоаспектну шкідливу дію, викликаючи не тільки локальні порушення, але і погіршення стану здоров'я і звуження соціальних можливостей [41, 56 та ін.]

Першим була зроблена спроба W.Falconer пов'язати активність шкірного процесу з порушенням іннервації уражених ділянок шкіри [60]. З плином часу *теорія патологічної іннервації шкіри* була основою формування концепції «неврозу шкіри». Засновник віденської дерматологічної школи F. Небга в якості одного з основних етіологічних факторів екземи розглядає безпосередній вплив психоемоційного стану хворого [37]. П.В. Нікольський помітив наявність тісного зв'язку екзематозного процесу з симптомокомплексом, властивим істерії [22]. L. Brocq, L. Jacquet ввели термін «нейродерміт», у початковому варіанті – «психо-нейродерміт». J.H.Stokes ввів термін «психо-нейрогенний фактор» для опису реакцій особистості пацієнта з захворюван-

ням шкіри на психотравмуючу ситуацію. W.Sack підкреслював тісні зв'язки між шкірними покривами і психікою. W.Sack пропонує вважати стан шкіри одним з показників стану психіки індивідуума [41].

В рамках *психоаналітичного напрямку* шкіра розглядається як один з основних каналів довербального спілкування, за яким афект передається соматично і стає доступним спостереженню. Порушення комунікативного каналу, пов'язане з маніфестацією симптомів захворювання, викликає довербального травму як результат реакції матері на хворобливі реакції дитини, що закріплює патологічні тілесні симптоми [41]. F. Alexander підкреслював, що шкіра має властивість специфічної органної схильності до реакції на стрес [43]. У відповідності з *теорією специфічного психодинамічного конфлікту*, F. Alexander створює концепцію інтрапсихічної природи механізмів екзацербации шкірного захворювання. Її основою є психологічні конфлікти. Сучасні психодерматологи, слідом за F.Alexander, розглядають шкіру як орган, найбільш уразливий для стресогенного впливу завдяки поєднанню ряду чинників: генетичної і конституціональної схильності; емоційних впливів, опосередкованих центральною нервовою системою; інтрапсихічними процесами, що включають самооцінку, індивідуальність, еротизм, схильність до конверсії [41].

На відміну від багатьох дослідників психоаналітичного напрямку, на думку яких генезис соматичних порушень обумовлений суто психологічними механізмами, F. Alexander [43], виділяє проміжну ланку – патофізіологічні (вроджені чи набуті) порушення, які, з одного боку, провокують і підтримуються психогенними факторами, а з іншого – здатні приводити до реальних морфологічних змін шкіри. Автор наводить опис «порочного кола» при сверблячих дерматозах, коли тривале розчісування під впливом стресу веде до зміни структури шкірного покриву і шкірної чутливості до зовнішніх подразників. R. Griesemer [за 41], що обстежив хворих з різними дерматозами, 76% з екземою верхніх кінцівок і 70% з atopічним дерматитом, відзначає тригерну роль психоемоційного чинника. С.Koblentzer повідомляє про 81% хворих

на atopічний дерматит, чий стан погіршується в результаті перенесеного емоційного стресу [за 41]. Т.В. Раєва [за 41] виділяє несприятливі дії, що сприяють дебюту і рецидиву дерматозу. Психотравмуючі ситуації різної тяжкості і тривалості виявлені в 47,2% випадків. Диференціація стресогенних факторів, у тому числі за гендерною ознакою, також представлена Т.В.Раєвою більш докладно: у жінок переважають сімейні стресори, у чоловіків – виробничі. При цьому 34% хворих відзначають дебют або рецидив шкірного захворювання через 1-2 дні після стресогенного впливу (важкого – 28% спостережень, легкого або середнього ступеня вираженості в інших випадках). Arck PC, Slominski A, Theoharides T.C. [46], для більш повного пояснення «психосоматичного ефекту» шкірних захворювань вважають за доцільне досліджувати додаткові фактори хронічного стресу, а також верифікувати сприйняття стресу хворим [46]

Однією з найбільш поширених форм психодерматологічної патології є нозогенії, які обумовлені психотравмуючим впливом шкірного захворювання, пов'язаним з суб'єктивно тяжкими проявами хвороби, соціальною стигматизацією, обмеженнями у побутовій та професійній діяльності. Згідно І.Д.Спіріній [25], нозогенні реакції включають дві основні складові: психогенну (семантика діагнозу, побоювання соціальних наслідків захворювання, труднощі подолання його проявів) і біологічну, обумовлену соматично зміненим підґрунтям (важкі прояви захворювання, накопичення психічних розладів певних психопатологічних реєстрів, асоційованих з соматичною патологією).

Як найбільш поширений психічний розлад, що обумовлений стресогенним впливом хронічних дерматозів, розглядається депресія. За даними S.Singh зі співавт. [101], у 70% хворих дерматозами реєструються переважно депресії; 50% пацієнтів потребують спеціалізованої медичної допомоги. За даними M. Gupta і A.Gupta, тяжкість коморбідної депресії безпосередньо корелює з виразністю свербіння і шкірних висипань при псоріазі; полегшення шкірних симптомів асоційоване з редукцією афективних розладів [за 51

].Деякі автори рекомендують обстежити всіх пацієнтів з акне молодого і юнацького віку на наявність депресії. V. Henkel зі співавторами, прагнучи підкреслити виражений стресогенний вплив вугрів, пропонують відносити всіх хворих вугровою хворобою до групи суїцидального ризику [41].

За даними І.Я.Возняк, Т.В.Святенко [4], які вивчали психічні розлади у хворих на псоріаз, в 70,6% випадків виявляються психічні розлади непсихотичного регістру: психологічно зрозумілі реакції, аномальні реакції і патологічний розвиток особистості. Такі розлади виникають внаслідок психогенного і соматогенного впливу дерматозу.

Значимість внеску як психогенних, так і конституційних факторів (патохарактерологічних аномалій) [91] у структуру психосоматичної патології, не викликає сумнівів у фахівців терапевтичного та неврологічного профілів.

Як правило, на першому плані у ряді клінічних проявів психосоматичних розладів виступають різні варіанти дисфункції автономної (вегетативної) нервової системи, що супроводжується формуванням про «вегетативних масок». В окремих випадках симптомокомплекси вегетативної дисфункції можуть виступати як продромальні прояви ендогенного психічного захворювання [41, 89].

U. Gieler, T. Gieler, E.M.J. Peters, D. Linder [69] вказують на те, що психосоматичні захворювання характеризуються численними стійкими соматичними скаргами, пов'язаними з непропорційно інтенсивними та дезадаптивними думками, почуттями та поведінкою, викликаними цими симптомами. Симптоми не виникають в результаті симуляції або навмисно і можуть справді супроводжувати існуюче соматичне захворювання, так і не бути з ним пов'язані. Діагноз ґрунтується на даних анамнезу зі слів пацієнта, а іноді й членів його сім'ї. Лікування починається з формування довірчих взаємин між лікарем та пацієнтом, що дозволяє уникнути гіпердіагностики.

Психосоматичний підхід, який поєднує психотерапевтичні, психофармакологічні та превентивні стратегії вже на рівні первинної медичної допомоги, може забезпечити успіх у покращенні здоров'я. Саме він пояснює вза-

ємодію між біологічними та психологічними факторами та їх вплив на розвиток і перебіг захворювань; вплив негативних стресових факторів на нейроендокринну регуляцію соматичних процесів; індивідуальний вплив психосоціальних чинників на розвиток захворювань; спосіб, в який хронічний стрес викликає гіперфізіологічні реакції імунної, серцево-судинної, дихальної, травної систем, включаючи мозок з його емоційними, поведінковими та когнітивними реакціями; необхідність надання психологічної допомоги для профілактики, лікування та реабілітації пацієнтів із соматичними захворюваннями [37, 39].

Таким чином, психосоматичний підхід висвітлює як способи, якими стрес та соціально-економічні проблеми, взаємодіючи зі стилем життя та поведінкою, можуть впливати безпосередньо на здоров'я людини, так і шляхи збереження цього здоров'я.

В останні роки практично кожній людині відоме поняття «психосоматичні захворювання», які спричинені психогенними факторами. Ще в грецькій філософії і медицині була поширеною думка про вплив духовного стану на тіло.

Вперше термін «психосоматичний розлад» запропонував в 1818 році лікар Йоганн-Христіан Гейнрот (Хейнрот, Heinroth). Цей термін особливо широко почали застосовувати в 20-50-х роках ХХ століття. В галузі психосоматичної медицини працювали Ф.Александр, С.Джеліфф, Ф.Данбар, Е.Вейсс та інші [10].

Психосоматичні хвороби шкіри трапляються часто і становлять 14-18% всіх дерматозів. У 21% хворих психотерапевтичних стаціонарів виявляють шкірні захворювання. За даними клінічних спостережень, частота емоційних чинників серед інших причин патології шкіри становить 25-50%, а ефективне лікування майже 40% хворих є неможливим, якщо ігнорувати роль емоційних чинників у розвитку дерматозів [10].

Шкіра – це орган людського тіла, який завжди доступний для огляду оточуючих, тому будь-які зміни стану шкіри виступає значною психогенною

проблемою для пацієнта, навіть з найменшими проявами захворювань шкіри. Водночас, при розвитку психогенних порушень у людини часто виникають зміни шкіри через близькість нервової системи і шкіри у генетичному значенні. Також при розвитку у людини психогенних порушень чи психологічних захворювань пацієнти спричиняють, часто – не усвідомлювано, ушкодження шкіри, які є маркерами їх психогенних розладів.

Психосоматичні захворювання – це захворювання, причинами яких є, більшою мірою, психічні процеси хворого, ніж безпосередньо будь-які фізіологічні причини. Якщо медичне обстеження не може виявити фізичну або органічну причину захворювання, або якщо захворювання є результатом таких емоційних станів як гнів, тривога, депресія тощо, тоді хвороба може бути класифікована як психосоматична. Іншими словами, психосоматичні захворювання – це такі недуги, при яких в стані хвороби перебуває фізичне тіло, але причина криється в глибинах душі людини, а саме в його сприйнятті навколишнього світу, ставлення до людей, подій тощо.

Важливо відзначити, що такі поширені захворювання як псоріаз, кропив'янка, екзема, нейродерміт вважають психосоматичними захворюваннями. Не дивлячись на те, що механізми їх розвитку достатньо складні, мультифакторні (генетичні чинники, імунні, ендокринні, обмінні порушення тощо), більшість дослідників вказують на зв'язок цих хронічних дерматозів із психічними травмами [32]. Водночас при виникненні захворювання виникає характерне для психосоматичного захворювання порочне коло: прояв шкірного захворювання сприяє виникненню емоційних реакцій як на саму хворобу, так і на оточуюче, а емоційні реакції, в свою чергу посилюють шкірні прояви дерматозу. Хворі на дерматози часто переживають те, що оточуючі можуть уникати їх через побоювання заразитися, що травмує їх психіку, заважаючи одужанню. Тому особливо важливим є інформування оточуючих про незаразність хронічних дерматозів та можливість спілкування з такими пацієнтами.

У межах психосоматичного напрямку сучасної клінічної медицини нині

є два різних підходи: *психоцентриський* та *соматоцентриський* [32].

Психоцентриський ґрунтується на вивченні та аналізі впливу на виникнення певних клінічних виявів, подальший клінічний перебіг та прогноз соматичної патології як гострого, так і хронічного психічного стресу, а також різних патопсихологічних характеристик, пов'язаних із психічним статусом конкретного пацієнта. Протягом останніх років клініцисти розглядають і аналізують вплив конституціональних характеристик особистості, які по-різному інтерпретуються в межах психодинамічного та психометричного підходів.

При *соматоцентриському* підході головну увагу приділяють дослідженню впливу клінічних виявів та загального перебігу соматичної хвороби на суб'єктивне сприйняття пацієнтом своєї патології, а також особливостям тих чи тих психічних розладів, зумовлених стражданням через хворобу.

На підставі наукових спостережень О.Є. Федоренко [32] виділено чотири види психосоматичних розладів:

- психосоматичні розлади, що схожі на добре відому досвідченим клініцистам посилену симптоматичну лабільність, яка є психогенно спровокованою екзацерацією (зовнішнім проявом) самої соматичної хвороби;
- психосоматичні розлади, в основі яких лежать реакції екзогенного типу (соматогенії), що маніфестують через вплив на психічну сферу хворого тих чи інших серйозних соматичних порушень і належать до категорії симптоматичних психозів;
- психосоматичні розлади, що є наслідком соматизованих психічних (соматоформних) реакцій, що поступово та переважно непомітно формуються при невротичних або конституціональних патологіях;
- психосоматичні розлади або психогенні реакції (нозогенії), що виникають унаслідок появи та подальшого клінічного перебігу такої соматичної хвороби, яка виступає в ролі психотравмівної події і які відповідно належать до групи реактивних станів [32].

В період формування сучасної психосоматичної медицини як науки головні зусилля були спрямовані на подолання в свідомості клініцистів реального розриву між тілесним та психічним. Спочатку створили *однолінійну модель психосоматичних хвороб*, до яких зарахували конверсійні, функціональні та 7 («*holy seven*») психосоматозів: нейродерміт, бронхіальну астму, гіпертиреоз, виразковий коліт, виразку дванадцятипалої кишки, ревматоїдний артрит, есенціальну гіпертензію та інші.

Сучасні клініцисти вважають цілком можливим виникнення будь-якої соматичної патології на тлі несприятливої для людини взаємодії як фізичних, так і психосоціальних чинників, що зрештою і призвело до *усвідомлення багатofакторної відкритої моделі хвороби*. Завдяки такому розумінню на зміну вузькому поняттю психосоматичних розладів останніми роками прийшов інтегральний психосоматичний підхід. Таким чином, на сьогодні головними критеріями діагностики психосоматичних розладів є:

- психотравмівна ситуація в анамнезі;
- певні особливості (преморбідна акцентуація) будови особистості;
- психологічний конфлікт у родині або на роботі;
- клінічні вияви соматичної хвороби взагалі,
- особливо ті, що хворий не може або не вміє приховати від оточення, з якими є постійне професійне або дружнє спілкування [31].

Зважаючи на результати численних досліджень, які доводять суттєве значення психосоціальних чинників у розвитку та клінічному перебігу хронічних захворювань шкіри, сучасна дерматологія все ще однобоко ґрунтується на соматичному підході та переважно медикаментозній терапії.

З урахуванням клінічного досвіду автора [32] рекомендується лікування психосоматичних розладів у пацієнтів дерматологічного профілю у три етапи:

- I етап — невідкладне усунення кризової ситуації;
- II етап — психотерапія та використання в разі потреби відповідних психотропних засобів;

III етап — тривала корекція особистості хворого, поведінки оточення, лікування хронічної шкірної патології.

Реально ж у вітчизняній дерматовенерології медична допомога пацієнтам, які мають хвороби шкіри, починається й закінчується одним - медикаментозною терапією соматичних виявів, що і зумовлює її недостатню ефективність у значної частини хворих [25]. Обов'язковим компонентом лікування психосоматичних розладів повинна бути психотерапія. Тих чи інших її видів та психотерапевтичних підходів існує безліч, але не всі їх можна застосовувати щодо хворих на дерматози.

Таким чином, переглянуті підходи, що наводять факти прямого та зворотного зв'язку психологічних розладів та дерматозів засвідчив, що ефективність лікування та підняття якості життя пацієнтів залежать від обрання комплексного підходу.

1.1.2. Медико-психологічні чинники шкірних захворювань

Шкіра, як найбільший орган людського тіла, має тісні та глибокі зв'язки з центральною нервовою системою як прямі так і опосередковані. Втім більшість пацієнтів, що звертаються до дерматологів, вважають свою проблему суто дерматологічною і відмовляються від психіатричного обстеження і лікування. Водночас багато практикуючих лікарів не приділяють уваги зв'язку дерматологічних захворювань з психічними розладами [106]. Наразі у медичній статистиці відзначають зростання рівня психосоматичних та соматопсихічних захворювань.

На практиці ми бачимо, що супутні психічні розлади у хворих на соматичні захворювання суттєво ускладнюють діагностику та надання допомоги пацієнту з основним захворюванням. Так, при дослідженні тривоги та депресії у хворих дерматологічного стаціонару з'ясовано, що 56,6 % пацієнтів мають ознаки тривожного та/чи депресивного стану [85]. Клінічні прояви шкірних захворювань, особливо з симптомом свербіння, можуть суттєво змінювати психічний стан пацієнтів та бути передумовами виникнення невротичних, афективних, поведінкових та адитивних розладів [76].

Висока поширеність психічної патології серед пацієнтів соматичного профілю формує нагальну потребу запровадження діючої системи координації між лікарями та службами психічного здоров'я. З боку лікарів-дерматологів потрібно формувати глибокі знання щодо психічної патології та вміти пояснити пацієнту особливості його стану, змотивувавши на візит до психолога чи психіатра [72].

Відповідно до умов часу, у світі дедалі ширше розповсюджується новий *психодерматологічний підхід* у наданні допомоги хворим на дерматологічні захворювання, що обтяжені певними психічними порушеннями. Дані літератури показують, що у психодерматологічних клініках успішність лікування та покращення якості життя хворих, як первинної кінцевої точки, значно вище, ніж при стандартному підході. Таким чином, виникає необхідність поширення та поглиблення знань практикуючих лікарів дерматологів у питаннях психічної патології, коморбідної дерматологічним захворюванням.

Наразі відсутня єдина загальноприйнята *класифікація психодерматологічних розладів*, але найчастіше виділяють такі [99, 106]: психофізіологічні розлади; психічні розлади з дерматологічними симптомами (первинні психічні розлади); дерматологічні порушення з психіатричними симптомами (вторинні психічні розлади).

Окрім означених розладів, Коо J.Y.M. та Lee C.S. [79] радять включати до класифікації психодерматологічних порушень шкірні сенсорні порушення та використання психотропних засобів для чисто дерматологічних (непсихіатричних) показань.

Варто зазначити, що деякі захворювання, наприклад, псоріаз, можуть відразу відноситися до деяких груп розладів через неоднозначний вплив на психіку пацієнта.

До психофізіологічних розладів відносять зміни шкіри, які у часі пов'язані з гострим чи хронічним стресом: адренергічна кропив'янка; atopічний дерматит; псоріаз; акне вульгаріс; себореїний дерматит та дисгідроз.

З позицій вітчизняної психосоматичної медицини, ці розлади фактично

є органічними психосоматичними розладами [22]; для них властива наявність так званого «хибного кола», яке підтримує дерматологічну і психічну симптоматику (Рис. 1)

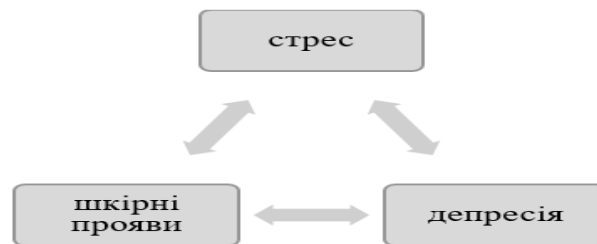


Рис. 1. «Хибне коло» при психофізіологічних розладах (за Спіріною І. Д., Вітенко І. С., Напрєєнко О.К.) [22]

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 [13].

Хворі на *атопічний 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 [43].

Психологічний профіль таких хворих характеризується депресією, напруженістю, тривогою і агресивністю, що зумовлено власне дерматологічною патологією [72]: непередбачуваністю перебігу захворювання; болісним свербінням; косметично значущим характером висипань.

На думку Ускова О.А., Маркової М. В. [31] особливої уваги потребують хворі дитячого та підліткового віку: прояви атопічного дерматиту збільшують вірогідність розвитку акцентуацій особистості та формування неадаптивних стратегій стрес-долаючої поведінки, що у майбутньому потенційно

може призводити до формування розладів особистості.

У хворих на *псоріаз* суттєво знижується якість життя, зокрема через негативний вплив косметичних дефектів шкіри (висипання), що значною мірою відображається на психоемоційному стані пацієнтів [4]. Науковцями Kwan Z., Bong Y.B., Tan L.L. [82] відмічено, що ураження шкіри голови при псоріазі збільшує вірогідність тривоги та депресії у пацієнтів, відповідно знижуючи якість життя. З іншого боку, наявність хронічного стресу через ураження шкіри зменшує активність гіпоталамо-гіпофізарно-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 [60].

У осіб з *акне вульгаріс* на перший план виходять тривога та депресія, особливо якщо відсутня реакція на лікування [96]. Важкість психічного стану залежить, серед іншого, від обсягу ураження. Доведено, що у підлітків з акне наявні високі рівні психіатричної супутньої патології, ймовірності самогубств і самоушкодження, тому, на думку науковців, психіатрична оцінка повинна бути включена до планів лікування акне.

Термін «*первинні психічні розлади*» варто використовувати у випадках, коли пацієнт не має дерматологічного захворювання, але всі шкірні прояви виникають внаслідок якогось психіатричного розладу. У огляді Tohid *et al.* [106] виділяють такі первинні психічні розлади, що призводять до дерматологічних проявів – див. Табл. 1.

Таблиця 1.

**Первинні психічні розлади, що призводять до дерматологічних проявів
(за Tohid H., Shenefelt P. D., Burney W. A., Aqeel N. [106])**

Розлад
1. Стрес та тривога
2. Невротичні розлади (обсесивно-компульсивний розлад, дисморфофобія, тривожні розлади тощо)
3. Соматоформні розлади (включаючи психогенний свербіж)
4. Симулятивний розлад (шкірний варіант)
5. Розлад імпульсного контролю (трихотиломанія)
6. Розлад харчової поведінки
7. Депресивні епізоди (ендогенні і психогенні)
8. Психози (шизофренія, маячні розлади)

Зазначимо, що первинні психічні розлади при дерматологічних захворюваннях суттєво порушують у пацієнтів їх взаємодію з реальністю та значно впливають на їх поведінку. Через ці порушення поведінки діагностика психічних розладів не є дуже складною, і такі пацієнти вчасно скеровуються для отримання психіатричної допомоги.

У практиці лікарів-дерматологів найбільш поширені «вторинні психічні розлади», коли психологічні проблеми виникають внаслідок хвороби шкіри. Ці розлади фактично є *соматопсихічними*, а пусковим фактором є наявність психічної травми у вигляді змін зовнішності та актуальної домінуючої проблеми у поверненні стану шкіри до звичайного. При деяких станах психосоціального впливу порушень шкіри є основною складністю, яку зазнає пацієнт [79]. Найчастіше у цій категорії розглядаються алопеція, вітиліго, вугрова хвороба тощо.

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].

У загальному вигляді механізм формування психогенних психічних розладів, зокрема при вторинних психічних розладах зображено на Рис. 2.

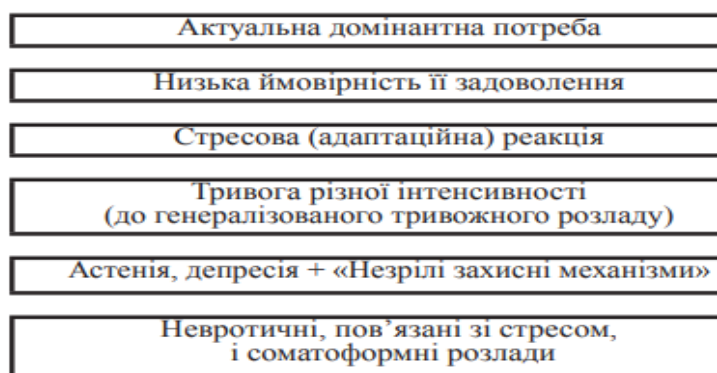


Рис. 2. Загальний патогенез психогенних розладів (за Спіріною І.Д., Тимофєєвим Р.М., Шорніковим А.В.) [28]

Дослідження В.В. Живилко, Т.О. Єфременко доводять також, що пацієнтам з алопецією властиві [7]: підвищення рівня тривоги; депресивні розлади (більшою мірою – психогенні); зниження самооцінки; алекситимія.

При *вітиліго* суттєво зростає вірогідність розвитку багатьох психічних розладів, зокрема депресивних, у 4,96 - 5,05 разів, ніж у осіб без *вітиліго* [85]; при цьому аналіз підгруп показує, що поширеність депресії серед жінок з *вітиліго* є значно вищою, ніж у чоловіків [85].

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

Термін «*шкірні сенсорні порушення*» за Коо J.Y.M., Lee C.S. [79] описує стани, коли пацієнт має неприємні відчуття на шкірі, такі як свербіж, печіння, повзання тощо без видимої органічної етіології. З позицій сучасної психіатрії, ці порушення є соматоформними розладами та потребують специфічного психіатричного лікування. Однак часто при психіатричному обстеженні пацієнти не мають явних ознак психічної патології. У такому випадку варто оцінювати такі порушення як дерматологічні еквіваленти хронічного больового синдрому або як «дерматологічну» маску прихованої (маскованої) депресії.

Для покращення надання допомоги хворим з захворюваннями шкіри, особливо тих, у кого підозрюється наявність тривоги та депресії, можливо ще

на діагностичному етапі використовувати опитувальники пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9, PHQ-2 або подібні) і, залежно від результатів, скеровувати до фахівців з психічного здоров'я (медичного психолога / психіатра) для уточнення рівня тривоги та депресії [34].

Загальні рекомендації щодо направлення дерматологічного пацієнта до спеціалістів у сфері психічного здоров'я:

- явні ознаки психозу (маячні ідеї, галюцинації, потьмаренні свідомості);
- симулятивний розлад;
- знижений настрій, особливо – з апатією та ангедонією;
- нав'язлива тривога, яка заважає хворому;
- інші нав'язливі думки, особливо які стосуються зовнішності пацієнта;
- наявність дерматологічних симптомів, які не можна пояснити;
- завищені очікування щодо успіхів лікування;
- «використання» дерматологічного захворювання з утилітарною метою;
- ознаки агравації, госпіталізму та сюрсимуляції.

Таким чином, на думку К.V. Aumedov, медична допомога особам з психодерматологічними розладами має надаватись командою спеціалістів [47]:

- дерматологом;
- медичним психологом / психіатром;
- терапевтом;
- ендокринологом;
- іншими спеціалістами – за необхідністю [47].

Успіх у лікуванні буде залежити від поєднання традиційного дерматологічного підходу з певними, індивідуально підібраними психотерапевтичними методиками [29].

Слід зазначити, що при медикаментозному лікуванні психічної патології ефект настає нешвидко та повного клінічного покращення варто очікувати

за 3-5 тижнів лікування. При призначенні медикаментозного лікування слід дуже ретельно оцінювати можливу взаємодію між лікарськими засобами. Препаратами вибору можуть бути антидепресанти, які метаболізуються та майже не взаємодіють із широким колом препаратів, які можуть застосовуватися для лікування дерматологічних хвороб.

Немедикаментозне лікування психічних порушень у хворих з захворюваннями шкіри має включати психологічне консультування та / чи психотерапію. Психологічне консультування являє собою надання допомоги людям, що звернулися за допомогою, у вигляді порад, рекомендацій щодо вирішення життєвих психологічних проблем. Фактично, більшість дерматологічних пацієнтів потребують використання цього метода для попередження та вирішення проблем із зовнішністю, які можуть виникати внаслідок захворювання.

Як зазначає О.Є. Федоренко, психотерапевтичне лікування психосоматичних розладів у пацієнтів дерматологічного профілю слід проводити у три етапи [32]:

- 1-й етап – невідкладне усунення кризової ситуації;
- 2-й етап – психотерапія та використання у разі потреби відповідних психотропних засобів;
- 3-й етап – тривала корекція особистості хворого, поведінки оточення, лікування хронічної шкірної патології.

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.

Отже, психодерматологічні стани виникають у результаті складної взаємодії між дерматологічним захворюванням та психічними факторами. Наявність психологічного стресу та пов'язаних з ним розладів погіршує перебіг основного захворювання, знижуючи якість життя. Отже, комбінований підхід

необхідний для кращого розуміння та лікування психодерматологічних розладів.

1.2. Основні психологічні розлади осіб з дерматологічними захворюваннями

1.2.1. Психодерматологія як науковий напрям на межі психіатрії та дерматології

Психодерматологія — це новітній науковий напрям, у якому вивчення шкіри перетинається з вивченням психіки. Вона поєднує дерматологію, з її розумінням та лікуванням захворювань шкіри, як-от вітиліго, акне та розацеа, та психологію й психіатрію, що прагнуть розібратися в психіці та її розладах, таких як депресія, тривожність, шизофренія тощо.

Незважаючи на те, що психодерматологію вважають новою галуззю медицини, яка активно розвивається, вперше про неї заговорили ще в стародавній Греції, за часів Гіппократа. У своїх письмових роботах Гіппократ [5] визнавав зв'язок між стресом та станом шкіри. Він навіть згадував випадки, коли люди виривали на собі волосся саме через емоційний стрес.

Ближче до сучасності книга «Захворювання шкіри», написана Вільямом Джеймсом Еразмом Вілсоном [10] у 1850 році, представила світу більш глибокий розбір психодерматології, він писав про «невроз шкіри». Невроз шкіри — це, технічно, захворювання шкіри, спричинене психічним розладом без органічної причини.

Д.Е. Вілсон зазначив зв'язок психічних розладів із такими захворюваннями шкіри, як світліші за навколишню шкіру ураження, гніздова алопеція, тобто зональне випадіння волосся, що веде до облисіння, та навіть відчуття, ніби шкіра свербить від паразитів. Він навіть пов'язував гіпергідроз (надмірне потовиділення) з такими психічними розладами, як тривожність, страхи й фобії та депресія.

У наші часи психодерматологію пов'язують з іншою новітньою галуззю, психонейроімунологією, яка вивчає те, як емоційні та психічні розлади, такі як стрес, здатні впливати на імунну систему та шкіру.

Багато з дослідників та клініцистів поділяють психодерматологічні розлади на три категорії: *психофізіологічні розлади, первинні психіатричні розлади та вторинні психіатричні розлади.*

Психофізіологічні розлади — це шкірні розлади, які реагують на емоційний стан людини, як-от на стрес. До цієї категорії належать такі шкірні розлади, як екзема та псоріаз.

Первинні психіатричні розлади — це психічні захворювання, здатні стати причиною самостійного пошкодження власної шкіри. До них належить, наприклад, трихотіломанія. Трихотіломанія — це розлад, що полягає у вищипуванні волосся з різних ділянок власного тіла, як-от зі шкіри голови чи вії, через сильний стрес чи через інші психічні розлади.

Вторинні психіатричні розлади охоплюють захворювання шкіри, що відбиваються на зовнішньому вигляді та здатні стати причиною розвитку соціальних фобій і зниження самооцінки.

Зрозуміло, що історія психіатричних та психологічних розладів, які відбиваються на стані шкіри (і навпаки) є добре задокументованою. Це свідчить про наявність чіткого зв'язку між психікою та шкірою.

Психодерматологія – наука про зв'язок здоров'я шкіри і психіки. Стрес і високий рівень тривожності, психологічні травми можуть бути фундаментом розвитку дерматологічних захворювань або саме тим фактором, провокуючим їх постійні загострення [49].

Хвороби шкіри, які довгий час не піддаються лікуванню, супроводжуються хронічним свербінням та кардинально змінюють спосіб життя пацієнта, інші – спотворюють зовнішність, особливо обличчя і відкриті ділянки тіла, та часто спричиняють виражений психологічний дискомфорт.

Уже давно існує гіпотеза про зв'язок між психологічними факторами та шкірними захворюваннями.

Взаємодія між психічними та шкірними захворюваннями була предметом вивчення багатьох дослідників у всьому світі. Психодерматологія, або психошкірна медицина, є результатом злиття двох основних медичних спеці-

альностей: психіатрії та дерматології. Психіатрія займається вивченням психічних процесів, які проявляються внутрішньо, тоді як дерматологія відповідає за діагностику та лікування захворювань шкіри та їх придатків, які проявляються зовні. Практикуючий дерматолог повинен знати про цей зв'язок і враховувати постійну взаємодію між психологічними та біологічними аспектами захворювань.

Історія психодерматології досить давня і цікава. З початку часів людство було стурбоване існуванням сили, яка є зовнішньою для тіла. Гіппократ (460-377 рр. до н. е.) згадував про зв'язок між стресом і його впливом на шкіру у своїх працях, наводячи випадки людей, які рвали собі волосся у відповідь на емоційний стрес. Аристотель (384-322 рр. до н.е.) вважав, що розум і тіло не є двома окремими одиницями, а взаємодоповнюють і нероздільні [40].

У 1857 році англійський дерматолог і хірург Вільям Джеймс Еразмус Вілсон написав книгу «Хвороби шкіри», в якій він вперше описує так званий «невроз шкіри», звертаючись до таких тем, як марення паразитозу, гніздова алопеція, свербіж, і гіпопігментовані ураження. Е. Вілсон також пояснює, що обсяг втрати поту залежить від ряду факторів, які впливають на тіло фізично або через дії нервової системи. Таким чином, тривога, депресія або страх можуть бути причиною гіпергідрозу.

Хоча термін трихотилломанія згадував Гіппократ у давнину, він не з'явився до 1889 року, коли французький дерматолог Галлопо Франсуа Анрі (1842-1919) описав випадок пацієнтки, яка висмикувала волосся [14].

Психодерматологія розглядає взаємодію між розумом і шкірою. Сьогодні ми знаємо, що важливо враховувати як біопсихосоціальні підходи, так і психофізіологічні підходи до лікування, залучаючи лікарів загальної практики, психіатрів, дерматологів і психологів. Однак психодерматологія є відносно новою дисципліною, і кількість літератури, що розглядає її, все ще нечисленні [32].

Серед різних етапів історичної еволюції психодерматології лише на останньому етапі було створено Європейське товариство дерматології та

психіатрії. У кількох європейських країнах виникли інші робочі групи та товариства: Німецька робоча група з психодерматології, Французьке товариство дерматології та психосоматики, Італійське товариство психосоматичної дерматології, Голландське товариство психосоматичної дерматології, Іспанське товариство дерматології та психіатрії тощо [47].

Нещодавно було створено дві психодерматологічні групи психодерматологів, першу в рамках Іbero-латиноамериканського коледжу дерматології (CILAD), а іншу — Японське товариство психодерматології (JSPD) [67].

Підводячи підсумок, цей огляд детально описує історичну еволюцію взаємозв'язку між шкірою та розумом. Він також розкриває появу психодерматології як окремої дисципліни та описує суспільства, які виникли в усьому світі в результаті співпраці між дерматологами та психіатрами. Наразі у наукових колах все частіше звертають увагу на те, що психодерматологія може стати ключовим елементом до програми оздоровлення як для психіки, так і для шкіри [100].

Маячні паразитози, ще один важливий напрямок дослідження в психодерматології, вперше був згаданий у 1799 році англійським дерматологом Робертом Вілланом (1757-1812) і в 1801 році лікарем Йоганном Генріхом Йорденсом (1764-1813). Цей розлад включає стан фобії, коли пацієнти помилово вважають, що вони мають шкірних паразитів, що призводить до сильного свербіння та екскоріації. У 1894 році перський дерматолог Тіб'єр Жорж (1856-1926) повідомив про випадок з докладним описом хвороби, назвавши її «акарофобією». Хоча також використовувалися інші назви, такі як ентомофобія (боязнь комах або членистоногих) і паразитофобія (боязнь паразитів), у 1938 році шведський невролог Карл Аксель Екбом першим відрізнив цей патологічний стан від простого страху комах. У той час як Екбом назвав розлад «дерматозоїдним маренням», епонім «синдром Екбома» все ще використовується сьогодні. У 1946 році в публікації в *Archives of Dermatology* Вілсон і Міллер ввели загальноприйнятий термін «маячний паразитоз» [42].

Дисморфічний розлад тіла — ще один психодерматоз, походження яко-

го можна простежити в далекому минулому. Це соматоформний розлад, при якому постраждала особа проявляє надмірну турботу про образ свого тіла та занепокоєність уявними дефектами своїх фізичних рис. Вперше це було задокументовано в 1886 році італійським психопатологом Енріке Морселлі під назвою «дисморфофобія». Пізніше Зигмунд Фройд також описав випадок пацієнта з тілесною дисморфією. У книзі «Людина-вовк та інші випадки» (1909) Фройд розповідає історію про російського аристократа, якого постійно турбував зовнішній вигляд його носа, і про те, як ця фізична вада негативно вплинула на його соціальне життя. Незважаючи на те, що розлад описується понад 100 років, лише в 1987 році дисморфічний розлад тіла був доданий до Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM) [1].

Серед дерматологів є загальний досвід, що значна частка пацієнтів у своїй практиці зустрічається з психологічними накладками на головну скаргу. Наприклад, є пацієнти з самоіндукованими ураженнями, як у випадку невротичних екскоріацій, для яких прихована психопатологія відіграє етіологічну роль у розвитку їхніх шкірних проявів. Є також пацієнти зі справжніми захворюваннями шкіри, такими як екзема або псоріаз, для яких психологічні чинники, такі як стрес, відіграють важливу роль у загостренні природного перебігу шкірного захворювання. Крім того, у багатьох пацієнтів виникають психологічні проблеми внаслідок спотворення, викликаного шкірним захворюванням. Крім того, є пацієнти, які мають лише шкірні сенсорні розлади, такі як хронічний, непереборний свербіж або нестерпне відчуття печіння в паху, для яких неможливо встановити дерматологічні чи медичні дані, незважаючи на ретельні дослідження, і для яких емпіричні випробування з психотропними препаратами /нейротропні препарати можуть бути найімовірнішим вирішенням цього загадкового та тривожного явища. Нарешті, зростає визнання того, що психотропні препарати є більш ефективними в лікуванні певних шкірних захворювань, ніж традиційні дерматологічні терапевтичні засоби. Наприклад, антидепресант докsepін загальноновизнаний як більш потужний протисвербжний і антигістамінний засіб, ніж більшість традиційних

антигістамінних препаратів, які дерматологи використовують для цієї мети. Антидепресант амітриптилін також є засобом вибору при постгерпетичній невралгії, оскільки його добре відомі знеболювальні ефекти можуть бути корисними навіть для пацієнтів, які не страждають на депресію [25].

Незважаючи на те, що психодерматологія добре зарекомендувала себе як вузька спеціальність дерматології, вона лише нещодавно набула популярності та все більше вивчається дерматологами в усьому світі протягом останніх двох десятиліть. Розуміння існування циклу, згідно з яким психологічні розлади викликають шкірні захворювання, а шкірні захворювання викликають психологічні розлади, є основою належної дерматологічної практики [10], а хороші стосунки між лікарем і пацієнтом є одним із ключів до успіху.

1.2.2. Різні типи основної психопатології в дерматології: тривога, депресія, психоз і ОКР

Оскільки між галузями психіатрії та дерматології лежить дуже багато різних типів станів, важливо мати системи класифікації, які допоможуть клініцисту зрозуміти, з чим він або вона має справу. Існує принаймні два способи класифікації психодерматологічних випадків: по-перше, за категорією психодерматологічного стану, а по-друге, за характером основного психопатологічного стану [6].

З точки зору категорій психологічних станів більшість психодерматологічних станів можна класифікувати за *п'ятьма різними категоріями*: психофізіологічні розлади, первинні психіатричні розлади, вторинні психіатричні розлади, шкірний сенсорний синдром і ті, які вимагають використання психофармакологічних засобів із суто дерматологічних (тобто непсихіатричних) причин [37].

Як пише John Коо [78], незважаючи на те, що будь-яку з численних психопатологій, перелічених у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів, 4-е видання (DSM IV), можна знайти серед дерматологічних пацієнтів, загалом ті випадки, коли психопатологічний стан пацієнта настільки кричущий, то дерматологу було важко ігнорувати, як правило, спо-

стерігаються чотири різні типи основної психопатології: *тривога, депресія, психоз і obsесивно-компульсивні розлади*.

Водночас визначення точної категорії психодерматологічних розладів і рішення про основний психіатричний діагноз приймаються незалежно одне від одного [79]. Наприклад, основний психопатологічний стан, що характеризується тривогою, можна знайти в будь-якій із різних категорій психодерматологічних розладів. Наприклад, у психофізіологічному випадку пацієнт може помітити загострення псоріазу у відповідь на інтенсивну тривожну ситуацію.

Як зазначають західні науковці J.Коо, A. Libwohl, C.S.Lee [78, 79], у *первинній психіатричній категорії* пацієнт із тривожним розладом може реагувати на тривогу подряпинами на шкірі, що призводить до проявів невротичних екскоріацій. У категорії *вторинних психічних розладів* у пацієнта зі спотвореним станом, таким як осередкова алопеція, може розвинутися інтенсивна тривога щодо міжособистісних взаємодій, що може призвести до соціальної фобії.

Як зазначає Rodrigues-Gerdeira [92] подібним чином депресія, психоз і obsесивно-компульсивні розлади зустрічаються практично в будь-якій категорії психодерматологічних розладів. Просте знання природи психопатологічного стану не розкриває категорії психодерматологічного розладу. І навпаки, знання категорії психодерматологічного розладу не усуває необхідності визначити точну природу основного психопатологічного стану.

Більшість західних та вітчизняних дослідників [85, 91] зазначають, що важливо розрізняти ці категорії та основну природу психопатологічного стану, оскільки ці відмінності допомагають лікарям вибрати оптимальний підхід до пацієнтів. Крім того, якщо дерматолог серйозно розглядає проблему лікування цих пацієнтів психофармакологічними агентами, вибір відповідних агентів, як правило, диктується природою основної психопатології, яку необхідно лікувати.

Як зазначає J.Коо [90], для кожного з цих типів психопатологій досту-

пні наступні психофармакологічні агенти: антитривожні агенти, антидепресанти, антипсихотичні агенти та антиобсесивно-компульсивні агенти. Дерматолог може розширити свій терапевтичний арсенал, ознайомившись із застосуванням вибраних психотропних препаратів з кожної категорії доступних засобів.

Серед засобів проти тривоги детально обговорюються швидкодіючі, але потенційно седативні і викликаючі залежність препарати та неседативні, який не викликають залежності, але повільно діючі засоби проти тривоги. Описано використання як трициклічних антидепресантів, антипсихотичних засобів при маренні паразитозі та застосунок в дерматологічній практиці антиобсесивно-компульсивних засобів [87].

Нарешті, пропонуються деякі практичні пропозиції, які допоможуть оптимізувати робочі стосунки між дерматологом і психіатром, двома спеціалістами, які, як правило, мають різні погляди на аналіз клінічної ситуації, різні стилі спілкування та різні підходи до управління [90].

Зв'язок між шкірою і психікою дуже складний для вивчення, так як поряд з психічними розладами на виникнення і розвиток шкірних хвороб можуть впливати фактори зовнішнього середовища, генетичні фактори тощо.

Традиційно психодерматологічні розлади поділяють на дві групи [26]:

1. Психічні розлади, замасковані шкірними проявами (патомімія, трихотилломанія, невротичні екскоріації і ін.).
2. Шкірні захворювання, що маніфестують / загострюються у зв'язку з психогенними і ситуаційними чинниками, в наслідок стресів: атопічний дерматит псоріаз, вітіліго, акне, хронічна екзема, рожеві вугри, рецидивний простий герпес, розацеа, вогнищева алопеція, андрогенетична алопеція, себорейний дерматит і ін.

Якщо для першої групи основним методом лікування в даний час є психотерапія, то лікування захворювань другої групи вимагає більш комплексного підходу.

Розвиток шкірних захворювань може стимулювати порушення психіки. У пацієнтів, які страждають шкірними захворюваннями, частіше відзначаються тривожність, депресія, obsесивно-компульсивний розлад і психоз. В силу виражених змін шкіри ці захворювання здатні чинити значний вплив на ставлення пацієнтів з оточуючими, їх самооцінку, психіку.

Шкіра не тільки відображає стан організму, але і бере участь в підтримці фізичного і психічного здоров'я.

За статистикою у більш третини пацієнтів з дерматологічними захворюваннями, які звертаються за медичною допомогою, спостерігаються проблеми психологічного характеру, що погіршує їх загальний стан.

1. Гострі психотичні розлади, які супроводжуються ознаками галюцинацій, параноїду, порушень поведінки, тощо.

Такі хворі, як правило, не потребують поглиблених діагностичних дій, а мають бути направлені до спеціалізованої психіатричної мережі відповідно до «Закону України про психіатричну допомогу».

2. Межові розлади психічної сфери непсихотичного рівня. Вони, в свою чергу, підрозділяються на:

2.1. межові розлади психічної сфери, які за клінічними проявами імітують, або дуже подібні до соматичних захворювань, тобто невротичні та соматоформні розлади.

2.2. межові розлади психічної сфери у хворих на дійсні соматичні захворювання, тобто коморбідні стани.

1.3. Особливості внутрішньої картини хвороби з діагнозом псоріаз та акне

"*Внутрішня картина*" в контексті дерматологічних хвороб стосується з'ясування внутрішніх чинників або фізіологічних процесів, які впливають на здоров'я шкіри. Це може охоплювати широкий спектр аспектів, які можуть бути внутрішніми фізіологічними механізмами або факторами, які відображаються на стані шкіри.

Важливими сферами внутрішньої картини у дерматології є [7]:

Генетика: Спадковість може погіршити ключову роль у деяких дерматологічних захворюваннях, таких як псоріаз чи екзема. Особливості генетичної спадковості можуть визначати відмінність до конкретних хвороб шкіри.

Імунна система: Деякі хвороби, такі як псоріаз, мають важливий імунологічний компонент. Дисфункції в імунній системі можуть призвести до особливого стану шкіри та розвитку хвороби.

Гормональні зміни: Зміни рівня гормонів, особливо під час підліткового періоду, захворювання або зміни гормонального фону, можуть вплинути на стан шкіри та сприяти розвитку акне чи інших проблем.

Харчування та спосіб життя: Деякі хвороби шкіри можуть бути пов'язані з деякими продуктами харчування або способом життя. Наприклад, дієта, недостатня фізична активність або стрес можуть вплинути на стан шкіри.

Супутні захворювання та медикаменти: деякі хвороби або ліки, які використовуються для лікування інших захворювань, можуть спричинити побічний ефект на стан шкіри.

Внутрішня картина важлива для розуміння причин і механізмів, які лежать в основі дерматологічних захворювань, і дозволяє лікарям підходити до лікування та підтримувати за рахунок цих внутрішніх факторів.

Поняття "*внутрішньої картини здоров'я осіб хворих на акне та псоріаз*" насамперед стосується того, як самі пацієнти сприймають свій стан здоров'я, зокрема, щодо їхнього дерматологічного захворювання, такого як псоріаз, акне, екзема тощо. Внутрішня картина здоров'я включає в себе *психологічні, емоційні та соціальні аспекти*, які можуть бути найбільшими для розуміння впливу хвороби на якість життя пацієнта.

Ось деякі ключові аспекти внутрішньої картини здоров'я [26]:

Емоційний стан. Люди, які відрізняються від дерматологічних захворювань, можуть відчувати емоційний дискомфорт, такий як стрес, тривога, депресія або низька самооцінка. Важливо розуміти, як ці емоції впливають на психічний стан пацієнта.

Соціальний вплив. Деякі дерматологічні захворювання, особливо якщо вони видимі на шкірі, можуть вплинути на соціальні відносини пацієнта. Люди можуть відчувати себе, відчуття неохайності або обмеження у спілкуванні з іншими.

Якість життя. Внутрішня картина здоров'я також включає в себе сприйняття якості життя. Як пацієнти оцінюють свою здатність виконувати повні дії, займатися улюбленими справами і насолоджуватися життям.

Мотивація до лікування. Розуміння внутрішньої картини здоров'я також може бути використано для лікарів, крім впливу дерматологічного захворювання на психічний стан пацієнта може вплинути на їхню мотивацію слідувати лікуванню та рекомендаціям лікаря.

Розуміння внутрішньої картини здоров'я дерматологічних захворювань може допомогти лікарям та іншим фахівцям в царині медицини надати кращу підтримку та індивідуальний підхід до лікування кожного пацієнта, враховуючи його психосоціальні потреби.

1.3.1. Поняття якості життя з дерматологічними захворюваннями

Якість життя дерматологічних захворювань охоплює фізичне, психологічне та соціальне здоров'я, пов'язане з впливом конкретного захворювання на їх щоденне функціонування, самопочуття та взаємодію зі світом.

Серед основних сторін, що визначають якість життя дерматологічних захворювань виокремлюють [69]:

- *фізичний комфорт*, що стосується симптомів, які впливають на фізичне самопочуття пацієнта, таких як запалення, біль, обмеження рухів через виразки на шкірі;
- *емоційний стан* - психологічний аспект включає в себе емоційний дискомфорт, стрес, тривогу та депресію, які можуть виникати внаслідок зовнішнього вигляду та відчуття сорому через хворобу.
- *соціальну взаємодію* – вплив хвороби шкіри на соціальну активність пацієнта, викликаючи сором, відчуття неохайності, віддалення від

спілкування та взаємодії з іншими.

- *здатність до виконання повсякденних завдань* – оцінка того, наскільки легко пацієнт може виконувати свої щоденні обов'язки, такі як особиста гігієна, робота або навчання, не обмежуючи себе через хворобу.

Оцінка якості життя важлива, пропускаючи повну картину впливу хвороби на пацієнта, враховуючи фізичні, психологічні та соціальні аспекти. Розуміння цих аспектів дозволяє лікарям та медичному персоналу надавати індивідуальну та комплексну підтримку пацієнтам для покращення їх якості життя.

Поняття якості життя особливо цінним є у тому, що є рефлексією - як самі пацієнти сприймають своє фізичне та психологічне благополуччя в контексті їх захворювання шкіри, такого як псоріаз, акне, екзема, дерматит тощо. Часто до вище перелічених сторін якості життя до фізичного та емоційного комфорту, соціальних відносин додають якість сну та вплив на ділову та освітню діяльність [23]: Дерматологічні захворювання можуть впливати на здатність пацієнта працювати або навчатися. Наявність симптомів та лікування може потребувати змін у їхній робочій або навчальній діяльності, а знання, врахування у лікуванні та розуміння цього сприятиме покращенню загального благополуччя людини, а також відповідатиме їхнім психосоціальним потребам у лікуванні.

На даний час розроблено безліч інструментів для оцінки якості життя осіб з дерматологічними захворюваннями, що створює проблему вибору необхідної анкети, які мають враховувати вік, область та тяжкість враження шкіри.

Систематичне рев'ю з аналізу наявних опитувальників, спрямованих на з'ясування якості життя хворих, представлено у статті групи авторів А.М. Bagaeva, N.S. Vakunina, I.A. Toskin [48] репрезентує аналіз міжнародного досвіду щодо включення оцінки якості життя осіб з дерматологічними захворюваннями хворих у систему моніторингу стану здоров'я населення. Ними

було проведено пошук по чотирьох базах даних: PubMed, Cochrain, Google Scholar, MedLine. Розглядалися літературні джерела протягом останніх 20 років. Результати. Всього було відібрано та включено до огляду 68 джерел, відповідних критеріям відбору. Авторами було виявлено 32 опитувальники, які оцінюють якість життя для дорослих пацієнтів та 9 опитувальників, націлених на дітей та підлітків. А.М. Vagaeva, N.S. Bakunina, I.A. Toskin [48] наголошують, що більшість досліджень, що увійшли в даний огляд, були проведені в США та країнах Західної Європи. У значному ряду аналізованих статей було поставлено завдання вивчити зв'язок між якістю життя пацієнтів та тяжкістю захворювання. Авторами з'ясувалося, що найчастіше при оцінці якості життя у дорослих, які страждають а дерматологічні хвороби, застосовували дерматологічний індекс якості життя DLQI, а у дітей та підлітків дитячий дерматологічний індекс якості життя CDLQI.

Спираючись на все вище з'ясоване, у емпіричній частині дослідження для вивчення якості життя хворих на псоріаз та акне будемо використовувати «Дерматологічний індекс якості життя» (DLQI) та порівнювати наявність статистично значимих відмінностей між двома незалежними вибірками (групи хворих на псоріаз та групи хворих на акне) і, відповідно, впевнимось щодо висновків про ці відмінності.

1.3.2. Психологічні особливості хворих на псоріаз

За даними Міжнародної Федерації асоціацій псоріазу [86], його поширеність у світі коливається в межах 1,2-5% в загальних популяціях, становлячи в середньому близько 3%. У західноєвропейських країнах захворюваність на псоріаз становить більш ніж 2%, в інших країнах Європи – не перевищує 6% (в Ірландії – 5,5%, Іспанії – 3,7%, Швеції – 2,3%, США та Канаді ці показники 2,2% і 4,7% відповідно). Простий (вульгарний), або бляшковий псоріаз є найбільш поширеною формою захворювання, яка реєструється у 80-90% пацієнтів.

В Україні статистичні дані щодо захворюваності на псоріаз суттєво відрізняються від середніх показників в Європі і світі, оскільки поширеність

хвороби протягом останніх десятиліть неухильно зростає – від 114,8 на 100 тис. населення в 1994 р. до 222,5 на 100 тис. в 2014 р., серед яких було понад 6 000 дітей. Це може бути обумовлено як недосконалістю медико-статистичних систем, так і гіподіагностикою псоріазу внаслідок низького рівня звернень пацієнтів.

Псоріаз – це системне хронічне імунно-опосередковане захворювання, яке вражає переважно шкіру та суглоби. Захворювання може виникати як в дитячому, так і в дорослому віці, найчастіше в другій і третій декадах життя. За даними з різних джерел захворювання характеризується тривалими рецидивами, повною або частковою втратою працездатності, високими рівнями інвалідизації та соціально-психологічною дезадаптацією пацієнтів. Часто псоріаз стає причиною ураження суглобів, внутрішніх органів, нерідко супроводжується вторинними мікробними ураженнями шкіри та суперінфекцією. Тяжкі форми псоріазу та псоріатичного артрити асоційовані з підвищенням рівня смертності. Псоріаз суттєво знижує якість життя пацієнта. Негативний вплив на якість життя є порівняним з таким при ішемічній хворобі серця, діабеті, депресії та раку.

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі та терапевти дільничні відіграють ключову роль в організації раннього (своєчасного) виявлення псоріазу, сприянні правильного виконання пацієнтами рекомендацій щодо лікування, розуміння необхідності індукційного та підтримувального довгострокового лікування на фоні модифікації стилю життя, лікування супутніх захворювань. Важливими є навчання, психологічна адаптація та соціальна реабілітація пацієнта [86].

Псоріаз традиційно вважається найбільш стигматизуючим дерматозом. Еритема, покриті лусочками бляшки, кірки, і неприємні мазеві запахи доставляють значний суб'єктивний дискомфорт і звертають увагу оточуючих, виступаючи як відмітний ярлик, тавро, дискредитуєчий атрибут. Як наслідок, у пацієнтів знижується самооцінка, вони піддаються соціальній стигматизації і стикаються з труднощами в професійній діяльності, що в сукупності з трива-

лим рецидивуючим перебігом, високою коморбідністю з соматичними порушеннями і клінічною тяжкістю псоріазу в значній мірі впливає на якість життя [91].

Поряд з домінуючими в патогенезі псоріаза аутоімунних порушень значний вплив на перебіг захворювання надають психогенні фактори, які можуть сприяти як маніфестації, так і наступній екзацерації псоріазу [90]. До 40% пацієнтів з псоріазом мають коморбідні психічні розлади нерідко із суїцидальними тенденціями [94]. За даними В.Р. Ferreira і співавт. [89], серед найбільш поширених психічних розладів, коморбідних псоріазу, виступають порушення сну (62,0%), психогенна сексуальна дисфункція (45,6%), особистісні (35,0%), тривожні (30,4%) , адаптаційно-приспосувальні (29,0%), депресивні (27,6%), адиктивні розлади (24,8%). Рідше зустрічаються соматоформні розлади, шизофренія та інші психози, біполярний розлад та розлади харчової поведінки.

На думку авторів, зв'язок з розладами часто недооцінюється або не розглядається в клінічній практиці, що значно знижує якість життя хворих і ефективність рутинної дерматотропної терапії [89].

Дослідники зі США [92] встановили статистично значиму кореляцію між псоріазом і психічними розладами (депресія, тривожний розлад, розлади особистості, шизофренія, алкоголізм та залежність від психоактивних речовин), а також виявили значне збільшення тягаря медичних витрат при госпіталізації псоріазом. У цьому психічні розлади можуть бути первинними, але найчастіше вторинними стосовно псоріазу [87], тобто. нозогенними в клінічному розумінні. Автори зачіпають сучасні концепції патогенезу псоріазу і коморбідних психопатологічних розладів, посилаючись на дані досліджень, що свідчать про ключову роль медіаторів запалення (прозапальних цитокінів) і мелатоніну. Оцінка психічного статусу, на думку авторів, дозволить своєчасно виявити супутню патологію і оптимізувати терапевтичну тактику лікування хворих на псоріаз.

Групи пацієнтів, схильні до ризику нозогенного психологічного стресу,

включають жінок, молодих пацієнтів, пацієнтів з більш раннім початком захворювання, тих, хто суб'єктивно оцінює свій псоріаз як важкий, і тих, у кого є враження на відкритих або чутливих ділянках тіла [91]. Пацієнти з олекситією мають статистично значуще більш високу соматизацію, міжособистісну сенситивність, загальну і фобічну тривогу [85].

Наразі ретельно вивчають проблему свербожу у хворих на псоріаз різної тяжкості, не завжди корелюючий з вираженістю і локалізацією. Таким чином, актуальність вивчення психосоматичних аспектів одного з найбільш поширених дерматозів - псоріазу - обумовлена цілим рядом факторів: нерідкими стресогенними, в тому числі під впливом пандемії COVID-19 маніфестаціями / екзацербациями, що дозволяють віднести псоріаз до виражених нозогенних впливів з масивними знеболюючими шкірними проявами, рецидивуючим перебігом, загрозою інвалідизації та соціальними обмеженнями, що сприяють зниженню якості життя, формуванню стигматизації та широкого спектра нозогенних розладів; тісною коморбідністю з психічними та особистісними розладами, включаючи депресії з суїцидальними тенденціями та шизофренію; зростаючим інтересом до проблеми сверблячки внаслідок різкого збільшення кількості скарг пацієнтів, незважаючи на те, що псоріаз не відноситься до категорії дерматозів.

За даними Р. Fleming та співавт. [85], у 7-16% хворих на псоріаз діагностується тривожний розлад. Kwan та співавт. [91] реєструють поширеність депресії серед пацієнтів з псоріазом на рівні 33,7% (7,0% випадків - симптоми легкої, 13,0% - помірної, 7,0% - важкої депресії). Вивчення В.Е. Cohen і співавторів [85] показало, що у 16,5% хворих на псоріаз в анамнезі були депресивні епізоди, в той час як у пацієнтів контрольної групи це значення складало тільки 8,9%. Різні типи коморбідності псоріазу і депресії наводяться виключно в описових формулюваннях, що потребують додаткової психопатологічної кваліфікації.

Дані про суїцидальні тенденції при псоріазі суперечливі. Так, у 3,5-4,7% хворих на псоріаз виявлено наявність суїцидальних думок [91]. У мета-

аналізі 2017 року S. Singh та співавтори [92] виявили більш високу ймовірність суїцидальних думок і поведінки, незавершених і завершених суїцидальних спроб у пацієнтів з псоріазом порівняно з контрольною групою. У багаторічному датському національному епідеміологічному дослідженні суїцидів [за 88].були виділені групи з 57 502 і 11 009 пацієнтів з легким і важким псоріазом відповідно. Усього за час спостереження зафіксовано 280 (0,40%) суїцидальних спроб і 574 (0,83%) самогубства, що відповідало загальнопопуляційним значенням, при цьому ризик самогубства не корелював зі ступенем тяжкості псоріазу.

Таким чином, нам вдалося з'ясувати, що низка наукових досліджень, присвячених психосоматичній складовій хвороби на псоріаз, виявив ряд зв'язків з тривожністю, депресією, адиктивними та суїцидальними розладами.

1.3.3. Аналіз психологічних особливостей хворих на акне

Вульгарні вугри є поширеним захворюванням, що вражає до 85% підлітків. Локалізація дерматозу в косметично значущих зонах, тривалість перебігу та формування симптомів постакне надають високе психоемоційне навантаження і негативно позначаються на якості життя. Зважаючи на те, що акне вражає найуразливішу і залежну від соціальної оцінки вікову групу, вкрай важливо не пропустити психологічні відхилення, такі як тривога, депресія та суїцидальні думки.

Акне - це поширене хронічне захворювання запального характеру, яке вражає волосяний фолікул і проявляється наявністю відкритих і закритих комедонів, папул, пустул і вузлів [10]. Поширеність акне серед підлітків коливається від 28,9 до 85,0%, на долю важких форм припадає до 10% [16, 17]. Підвищена активність сальних залоз, обумовлена як системним, так і місцевим стероїдогенезом андрогенів, створює оптимальне середовище для колонізації бактерій, які продукують біологічно активні медіатори, які сприяють

запаленню [16]. Дерматоз завжди супроводжується збільшенням психосоціального навантаження та погіршенням якості життя клієнтів дерматологічної клініки.

Вульгарні вугри вражають найуразливішу вікову групу - підлітків, які найбільш залежні від думки оточуючих людей, особливо однолітків. Психосоціальний вплив акне було описано Сульцбергером в 1948 році: «Ймовірно не існує хвороби, яка викликає більше психологічних травм, більшого нерозуміння між батьками і дітьми, загальної незахищеності і почуття неповноцінності, а також більших психічних страждань, ніж звичайні у. Згідно з твердженнями Глобального альянсу щодо поліпшення результатів терапії акне, вульгарні вугри - це не гострий стан, а хронічне захворювання, яке постійно змінюється за ступенем тяжкості і поширеності на тілі [57].

Сучасні дослідження не раз підтверджували зв'язок акне з депресією, тривогою, іншими психічними порушеннями [101]. Регулярний скринінг з використанням опитувальників допомагає лікарям розпізнати психологічні проблеми пацієнтів з акне і вчасно направити їх до фахівців, що з'ясовують вплив захворювання на звичні заняття підлітків (такі як робота, відпочинок ін.) [65]. Чим вище значення, тим сильніша хвороба впливає на повсякденну діяльність клієнта.

Зазвичай опитувальники є універсальними для всіх дерматозів, у них відсутні питання, що стосуються саме акне, тому були розроблені спеціалізовані анкети, такі як ADI, CADI, Acne-QoL, Acne-Q4, AQoL та ін, однак жодна з них не відображає ступінь особистих переживань хворих повністю [92]. У клінічній практиці дані опитувальники є інструментом скринінгу і дозволяють оцінити загальну тенденцію впливу акне на якість життя пацієнтів або ефективність проведеної терапії. Втім рівень якості життя може безпосередньо не відповідати ступеню тяжкості акне, оскільки він залежить більше від психологічних особливостей пацієнта, навколишнього його середовища та тих видів діяльності хворого, якими він зайнятий [71].

Одним з головних страхів пацієнтів з акне, згідно з даними анкет, є

ймовірність утворення рубців. складний і багато в чому пов'язаний з глибиною пошкодження, який ініціює каскад процесів регенерації рани. Основними предикторами утворення рубців є важкі форми акне, тривалість перебігу захворювання час від маніфестації до початку адекватно терапії, сімейного анамнезу, а також травматизуючих елементів [43, 52, 54].

Психологічні наслідки рубців від вульгарних вугрів не менш серйозні, ніж сама хвороба, а лікування цих ускладнень є складним, тривалими не завжди ефективним. Рання і адекватна терапія акне - це найефективніший засіб для запобігання формування симптомокомплексу постакне [103].

За останніми даними, акне або вугрі є найпоширенішим захворюванням шкіри у сучасної людини. При цьому вугрі впливають не тільки на здоров'я шкіри, але і на психологічний стан хворого, що робить акне не тільки косметичною та медичною, а й серйозною соціальною проблемою.

Акне або вугрі - це широко поширена хвороба шкіри, від якої страждають сотні мільйонів людей у всьому світі. До числа цих страждальців належать люди різного віку - не тільки підлітки і молодь, а й представники середнього віку, а також дошкільнята і новонароджені.

Основною причиною появи вугрової висипки є закупорка шкірних пор масою, що складається з мертвих клітин шкіри (епідермісу) і шкірного сала. У звичайних умовах відшарований епідерміс виштовхується з пори, потрапляє на поверхню шкіри, звідки видаляється, наприклад, при вмиванні або контакті шкіри з одягом або тканиною рушника. Також у нормальних умовах шкірне сало (секрет сальних залоз) утворюється в невеликих кількостях, змащує шкіру тонким шаром і захищає її від висихання. Однак при надмірному утворенні шкірне сало склеює відшаровані клітини шкіри і затримує їх всередині шкірної пори, викликаючи закупорку.

Додатковий внесок в розвиток захворювання і утворення акне вносить бактерія *Propionibacterium acnes* [44], що живе на шкірі людини і в нормі не приносить шкоди. Ця бактерія може проникати в закупорені пори, де починає активно розмножуватися, викликаючи розвиток гострого запалення. На поча-

тковому етапі запалення проявляється почервонінням і набряком шкіри в області закупореній пори, пізніше утворюється внутрішньошкірні вузлики і кісти.

До факторів, що сприяють розвитку акне, відносяться зміни гормонального фону, стреси, прийом деяких лікарських препаратів і навіть спадкова схильність.

Багато людей думають, що вугрі - це просто прищі, тоді як насправді існує кілька різновидів акне. При цьому, незважаючи на зовнішні відмінності, всі ці різновиди представляють різні етапи або варіанти одного і того ж процесу, який починається з закупорки пори.

Отже, до різновидів акне належать [44]: відкриті камедони (чорні цятки, чорні вугрі); закриті камедони (білі вугрі); папули (прищі); пустули (гнійники); кісти; вузли. У важких випадках можливий розвиток зливного (конглобатного) акне з утворенням глибоких хворобливих вузлів і вираженим запаленням. Вугрі можуть з'явитися на будь-якій частині тіла людини, але найчастіше акне виникають на шкірі обличчя, спини і грудей.

Основним проявом акне є вугрі, проте зміни шкіри - далеко не єдиний і не найпроблемніший симптом акне. У людей з висипом вугрів крім власне шкірних симптомів часто спостерігаються [94]: знижена самооцінка; тривожність; депресія

Після загоєння акне на шкірі іноді залишаються темні плями і рубці. Плями у більшості людей через деякий час повністю зникають, а ось рубцеві зміни шкіри можуть мати незворотній характер. Поява плям спостерігається при будь-якому різновиді хвороби, рубці ж, в основному, утворюються при важких (кістозній, вузловій і зливній) формах акне.

Вивчення особливостей проявів депресивного стану осіб із вугровою хворобою, представлені у працях М.В. Литвиненко [16, 17] виявило її значне розширення з переважанням станів легкого ступеня тяжкості. В статті [17] визначено гендерну специфічність у депресивних проявах: у жінок вугрова патологія спричинила більш виражені порушення у психоемоційному стані.

Встановлено, що для вугрової хвороби високо специфічним є симптомом дисморфофобії. Хворим із вугровою патологією притаманні високого рівня як ситуативної, так і особистісної тривожності. Вказується автором, що порушення в психоемоційній сфері обумовлюють психологічний дискомфорт та є підґрунтям для формування психологічної дезадаптації.

Найчастіше захворювання починається у підлітковому віці, близько 85 % осіб мають цю патологію. У окремо випадки до 20 років акне регресують, однак у 10–20 % хворих дерматозом стає хронічним. Як пише Л.О. Наумова [22], рецидивуючий перебіг акне, локалізація уражень на видимих ділянках шкіри погіршують якість життя хворих і викликають розвиток психічних порушень. Шкірні захворювання із косметологічними дефектами та у 40–60 % осіб супроводжуються зниженням соціального статусу, проблемами у професійній діяльності, міжособистісних стосунках [14].

Автори виділяють три основні рівні взаємодії зв'язків патогенезу акне із психоемоційним станом [22]: загальні генетичні чинники і фактори навколишнього середовища, які спричиняють як розвиток акне, так і порушення психічної сфери; провокація нозогенних психічних розладів косметичними дефектами; вплив зміни психічної сфери на перебіг захворювання. Акне має більш виражену психотравму негативну дію на психіку порівняно з іншими шкірними захворюваннями та станами, які зменшують зовнішню привабливість людини (ожиріння, рубці на відкритих ділянках тіла) та можуть досягти ступеня загрозливих для життя або інвалідизуючих [8]. Стрес, пов'язаний із переживанням через свою зовнішність, спричиняє патологічні гормональні реакції, які ще більше ускладнюють перебіг захворювання.

Проблемами акне є негативні емоції, тривога, депресія, порушений Я-образ тіла, знижена самооцінка, менша задоволеність зовнішнім виглядом, зниженням якості життя [18]. Хворі з акне часто асоціюють наявність висипу з власною потворністю та огидою у ставленні до них з боку оточуючих.

В.М. Литвненко [16] наголошує на тому, що наявність вугрового висипу на обличчі сприймалася опитуваними як серйозна загроза для їх краси,

привабливості, соціальної успішності. Основними психологічними проблемами хворих, пов'язаними з наявністю акне, були:

- занепокоєння погіршенням свого зовнішнього вигляду;
- почуття неповноцінності, присутності «дефекту»
- почуття невпевненості у спілкуванні з іншими людьми, особливо з протилежною статтю через проблеми із зовнішністю;
- страх бути відразливими для інших людей;
- страх публічних виступів;
- обмеження чи уникнення соціальних контактів тощо [17].

Гендерні відмінності депресивного стану у дівчат [17] виявлялися в тому, що провідними симптомами у структурі депресії поряд із такими спільними, як печаль, песимізм, дисморфофобія, незадоволеність собою, дратівливість, були також самозвинувачення зі спілкуванням до формування почуття провини й прояв відчуття покараності, безсоння, нерішучість, почуття соціальної відчуженості. У хлопців депресивний стан характеризувався зниженим настроєм, песимізмом, незадоволеністю собою, дисморфофобією, заклопотаністю станом здоров'я, зниженням лібідо та дратівливістю.

Як вказує автор [17] депресивні прояви в опитуваних обмежувались помірною вираженістю песимізму, незадоволеністю собою, дратівливості та нерішучістю, що були моносимптомними і відповідали психологічним особливостям вікового періоду. Симптом дисморфофобії був високо-специфічним для обстежених із акне на відміну від осіб без патології шкіри.

Висновки до першого розділу

Отже, прискіпливий інтерес науковців до пошуку нових способів подолання дерматологічних хвороб шляхом комплексного підходу до розуміння їх природи та з'ясування причинно-наслідкових зв'язків, дозволить надавати більш якісну медичну допомогу. Поряд із медикаментозним лікуванням особливо значення та впливу на одужання набувають психотерапевтичні та психіатричні методи лікування.

Наразі хронічний стрес, техногенне навантаження та екологічні проблеми, високі стандарти щодо зовнішності роблять життя з дерматологічним діагнозом нестерпним, оскільки мають природу замкнутого кола і, часом соматизація стресу та психотравм може виявляти себе у хворобах, що мають доволі виражений промовистий вигляд, що значно заглиблює проблему одужання та життя у згоді зі своїми особливостями.

Теоретичний аналіз проблеми зв'язку дерматологічних хвороб з психологічними розладами виявив готовність сучасної дерматології до комплексного підходу до лікування, що започаткувало такий напрям застосунку психологічних знань як психодерматологію, однак вітчизняні клініки приватного та державного підпорядкування роблять перші кроки, тому вимагають доказових ґрунтовних наукових досліджень з метою поліпшення надання послуг та оптимістичніших прогнозів щодо подолання психосоматичних проблем клієнтами.

Отже, в емпіричній частині дослідження для вивчення якості життя хворих на псоріаз та акне будемо використовувати «Дерматологічний індекс якості життя» (DLQI) та порівнювати наявність статистично значущих відмінностей між двома незалежними виборами (групи хворих на псоріаз та групи хворих на акне) і, відповідно, впевнимось щодо висновків про ці відмінності.

РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ

2.1 Особливості формування вибірки

У формуванні вибірки ми були змушені стикнутися певними труднощами психологічного характеру. Першочергово дослідження планувалось на базі дерматологічного відділення київської районної поліклініки, однак пацієнти клініки неохоче йшли на контакт, посилаючись на невідкладні справи та необхідність кудись бігти. Аналіз такої поведінки дозволив нам стверджувати, що найчастіше особа відчуває сором та незручність (іноді роздратування) через власне очевидне нездужання або його стигматизованість у суспільстві. Загальна тенденція зберігалась у випадку 78% відмов із 126 звернень. Тому тиждень минув непродуктивно і продовжувати спроби було позбавлені сенсу, однак така обставина могла б стати темою подальшого дослідження.

Наступні зусилля щодо організації збору емпіричного матеріалу стали більш виправданими, оскільки приватна дерматологічна практика в умовах дермато-косметологічної клініки дозволила знизити рівень переживання клієнтами стигматизації та налаштувала їх на бажання отримати безоплатно додаткові послуги. Кількість клієнтів, що погодилась на дослідження становила 32 особи із 87 звернень (близько 37%), що дозволило нам все ж зібрати достатньо інформації для подальшого аналізу, а клієнтам отримати рекомендації психологічного супроводу та скеровування (у разі необхідності) до спеціалістів по допомогу.

Загальний обсяг вибірки склав **32** особи, з яких **15** осіб лікуються від псоріазу (вік від 16 до 43 років, з яких 13 осіб жіночої та 2 осіб чоловічої статі) - **група А** та **17** осіб - від акне (вік від 15 до 32 років, з яких 11 осіб жіночої та 6 осіб чоловічої статі) – **група Б** (Див. Додатки, Додаток А,).

2.2 Дерматологічний індекс якості життя (DLQI)

Дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ або DLQI) – це простий опитувальник, що складається з 10 питань, розроблений у 1994 році Finlay та

Khan і став першим у дерматологічній практиці інструментом для оцінки якості життя [64, 65]. DLQI є найчастіше використовуваним інструментом у вивченні рандомізованих контрольованих досліджень у галузі дерматології. DLQI використовується з метою оцінки впливу різних дерматозів (наприклад, псоріаз, вітиліго, акне та інших.) на якість життя хворих [30].

Дерматологічний індекс якості життя (DLQI) призначений для застосування у дорослих, тобто у пацієнтів віком старше 16 років. Цей документ говорить сам за себе і може бути просто переданий пацієнту, якого слід попросити заповнити анкету без необхідності докладного пояснення. Це, як правило, здійснюється за одну-дві хвилини.

Показник DLQI розраховується шляхом підсумовування балів кожного питання, в результаті чого може бути максимум 30 і мінімум 0 балів. Чим вище оцінка, тим більше погіршується якість життя. DLQI також може бути виражена у відсотках від максимально можливого рахунку 30. Варто при цьому пам'ятати: бали, пов'язані з різними відповідями, не повинні бути надруковані на самому бланку анкети DLQI, оскільки це може призвести до упередженості (Див. Додатки, Додаток Б).

З'ясування за даним опитувальником індексу якості життя дерматологічних хворих нашої вибірки з діагнозом акне та псоріаз дасть нам можливість визначити можливість порівняння даних групи А (хворі на псоріаз, 15 осіб) та групи Б (хворі на акне, 17 осіб), скориставшись для цього U-критерієм Манні Уїтні [11].

Критерій призначений для перевірки достовірності відмінностей між двома незалежними вибірками за рівнем ознаки, виміряного за шкалою порядку. Загальна ідея методу полягає в тому, що значеннями ознаки приписуються ранги, причому, ранжування здійснюється відразу по обидвох вибірках.

U-критерій вперше був запропонований Ф. Вілкоксоном (1945) для аналізу значимості відмінностей між двома однаковими за обсягом незалежними вибірками. Дослідники Г.Б. Манн та Д.Р. Уїтні (1947) модифікували

його для вибірок різного обсягу. О.В. Сидоренко зазначає, що існує кілька способів обчислення U-критерія і, відповідно, кілька варіантів таблиць статистичної значимості, тож працюючи за формулою із одного джерела, варто користуватися саме тією таблицею статистичної значимості. Також можна зустріти різні назви цього критерію: критерій Манна-Уїтні-Вілкоксона (скорочено – MWW), критерій Вілкоксона-Манна-Уїтні, критерій рангових сум Вілкоксона.

U-критерій Манна-Уїтні використовується для порівняння між собою результатів досліджень у двох незалежних вибірках. Формальним критерієм незалежності вибірок є відсутність кореляції між ними. З точки зору змісту незалежними є ті вибірки, між якими не можна виявити жодних зв'язків. Прикладом незалежних вибірок можуть бути рандомізовані (сформовані випадковим чином) групи.

Застосувавши критерій Манна-Уїтні ми дізнаємося, наскільки статистично значимі відмінності між двома незалежними вибірками і, відповідно, наскільки впевнено можна робити висновки про ці відмінності. Також за допомогою цього критерію можна робити висновок про незначимість відмінностей між вибірками. Обчислення U-критерія відбуватиметься за допомогою програми STATISTICA 10.0 з подальшим порівнянням отриманих результатів з таблицями критичних значень для рівнів $p \leq 0,01$; $p \leq 0,001$ [11].

Отже, скринінгові дослідження дерматологічного індексу життя засвідчує ставлення до свого захворювання не залежно від конкретного діагнозу, а тому є придатним для порівняння потенційних вибірок на предмет коректності їх порівняння за іншими критеріями та даними, а застосований непараметричний U-критерій Манна-Уїтні дозволить статистично впевнитись у цьому та продовжувати прямувати у досягненні дослідницьких завдань.

2.3. Діагностика ставлення до власної хвороби клієнтів дерматологічної клініки за допомогою опитувальників

2.3.1. Індекс інвалідності при псоріазі

Хоча псоріаз не загрожує життю хворих, у багатьох із них він впливає

на спосіб життя. Як зазначають М.В. Білявська та О.П. Романів [2], останніх двадцять років було розроблено методи, що дають змогу оцінити цей вплив. За визначенням ВООЗ, якість життя – це «сприйняття індивідумом соціального стану в контексті культурних і ціннісних установок його життя й відповідно до його мети, очікувань та інтересів». Висока якість життя – це відповідність очікувань індивідуума дійсності.

Псоріаз торкається усіх аспектів життя: кар'єри, соціальної сфери, статевого життя й сімейних стосунків. Тому дуже важливо, щоб якість життя було враховано як у лікуванні, так і у стосунках між лікарем та пацієнтом.

Інвалідність або психосоціальна стигматизація пов'язані з більш тяжким перебігом псоріазу, та є причинами значного навантаження на пацієнта [2]. Прояви псоріазу суттєвим чином впливають на якість життя як пацієнтів, так і їх родин, причому не тільки у фізичному, але й у психологічному та соціальному аспектах. Зовнішній вигляд шкіри, великі площі ураження, постійний дискомфорт нерідко стають причинами розвитку невротичних станів пацієнтів, що обумовлює соціальну дезадаптацію, утруднює процеси навчання, праці та відпочинку.

Індекс інвалідності при псоріазі (Psoriasis Disability Index – PDI) - це інструмент, який використовується для вимірювання впливу псоріазу на якість життя пацієнтів. Цей індекс допомагає оцінити рівень фізичного, емоційного та соціального впливу псоріазу на пацієнта.

Зазвичай, індекс містить питання, спрямовані на оцінку різних аспектів, таких як:

- **Фізичні обмеження:** Як псоріаз впливає на вашу здатність виконувати різні фізичні завдання?
- **Емоційний стан:** Як псоріаз впливає на ваші емоції, самопочуття та психічний стан?
- **Соціальний вплив:** Як псоріаз впливає на ваші стосунки з оточуючими та участь у суспільному житті?

Відповіді пацієнтів на ці питання використовуються для визначення рі-

вня інвалідності та впливу псоріазу на їхнє повсякденне життя. Це допомагає лікарям отримати краще уявлення про те, як псоріаз впливає на різні аспекти життя пацієнта та які області потребують особливої уваги в лікуванні та підтримці.

В нашому випадку ми вивчали вплив захворювання на якість життя оцінювалася за допомогою опитувальника PDI. Надійність, валідність та чутливість даної шкали доведені клінічними дослідженнями. Індекс простий у використанні та у підрахунках кінцевих результатів; амплітуда коливання показників індексу – від 0 до 90 балів; більше значення показників індексу відповідає нижчому рівневі якості життя опитуваного [2].

За допомогою шкали PDI оцінюють виразність негативного впливу хвороби на життя пацієнтів і заповнюють за результатами їхнього опитування. Шкала містить 15 запитань та охоплює 4-тижневий період до її заповнення. Запитання стосуються повсякденної активності й соціальної сфери (Див. Додатки, Додаток В).

Індекс інвалідності через псоріаз (PDI) був представлений у статті A.Y., Finlay та E.C. Coles [63]. Цей інструмент був створений для оцінки впливу псоріазу на якість життя пацієнтів та їхню інвалідність, охоплюючи фізичні, емоційні та соціальні аспекти.

Результати дослідження можуть вказати на рівень обмежень, страждань або незручностей, які виникають у зв'язку з псоріазом, і допомогти лікарям краще розуміти потреби пацієнтів.

Хоча сам процес обробки опитувальника може варіюватися в залежності від конкретного дослідження або методики, зазвичай включає в себе присвоєння балів відповідям на кожне питання і підсумовування цих балів для отримання загального показника інвалідності через псоріаз.

Індекс PDI характеризує функціональні порушення способу життя, спричинені псоріазом, та містить 15 пунктів з 5 підшкалами:

1. повсякденна діяльність;
2. робота;

3. особисті стосунки;
4. дозвілля;
5. лікування.

Бали підсумовуються та отриманий результат варіює в діапазоні 0-45 балів [63]. Опитувальник PDI простий для розуміння та самостійного заповнення. Як зазначають у систематичному ревію А.М.Вагаєва, N.S. Vakunina., І.А. Toskin., інші інструменти використовувалися рідше і не завжди були спеціалізовані для псоріазу [48].

Отже, даний опитувальник є цілком придатним для виконання завдань нашого дослідження та встановлення факту наявності чи відсутності зв'язку дерматологічного захворювання на псоріаз із психічними розладами.

2.3.2. Кардіфський індекс інвалідності від акне (CADI)

Оцінка тяжкості перебігу акне та якості життя пацієнтів є суттєвим висхідним матеріалом для початку ефективного лікування. Наразі в дерматології опубліковано більше 20 систем класифікації для оцінки тяжкості акне. Велика кількість цих систем може вказувати на відсутність консенсусу і тим більше єдиного стандарту оцінки. При використанні методу підрахунку елементів акне враховують кількість відкритих та закритих комедонів, папул, пустул та вузлів. При використанні фотографічного методу фотографія пацієнта порівнюється з фотографічним стандартом [53]. Основна складність у створенні стандартизованої шкали є поліморфний характер висипань.

У 1975 році G. Plewig та A.M. Kligman представив чисельний метод оцінки тяжкості акне. За цим методом розраховували окремо комедони та папульозно-пустульозний висип, а загальний ступінь тяжкості оцінювався з 1 до 4 в залежності кількості ушкоджень. З метою економії часу розрахунок проводили на половині особи [110].

У 1979 році Кук і співавтори запропонували використовувати фотографії для оцінки тяжкості акне. Вісім градацій (0-2-4-6-8), що виділяються за вказаною шкалою, дозволяють визначити кількісну та якісну характеристику ступеня тяжкості, враховуючи площу ураження та кількість висипань. Від-

мінність між градацією 0 і 2 має бути тим самим, що і при 2 і 4, 4 і 6, 6 і 8. Градації 1, 3, 5, 7 можуть бути застосовані для проміжних випадків. Кук із колегами розробили систему для фотографування обох сторін обличчя пацієнта на одну експозицію з використанням передньої поверхні дзеркала. До фотографій додавалася таблиця, якою можна було оцінити ступеня тяжкості акне. Надалі цей метод став дуже популярним, тому що він дозволяє не тільки спостерігати за динамікою шкірного процесу, але й оцінювати ефективність лікування та якість догляду за шкірою [115].

Тест на загальне вугрове навантаження (TAL, Total Acne Load) дозволяє оцінити загальну тяжкість акне, ґрунтується на підрахунку різних елементів висипу, як у всьому тілі, чи якомусь одній його ділянці [104].

Американська академія дерматології (AAD) представила класифікацію акне, доповнення до якої внесені у 2000 р. групою авторів [101]. Дерматологи, які дотримуються в клінічній практиці AAD, вважають, що дана система класифікації найбільш повно відбиває тяжкість перебігу акне. Однак даний метод часто використовують у модифікації, згідно з якою класифікація AAD відображає лише різні ступені тяжкості проявів акне: I ступінь - закриті та відкриті комедони, а також поодинокі папули; II ступінь - від 10-15 папул та незначна кількість пустул; III ступінь - виражені запальні елементи, представлені множинним папуло-пустульозним висипом, одиничними вузлами; IV ступінь - виражена запальна реакція в глибоких шарах дерми, з великими вузлами, кістами [114].

1997 року Doshi з колегами представили метод Global Acne Grading System (GAGS). На підставі цього методу, на обличчі, грудях та спині було виділено 6 зон (чоло, кожна щока, ніс, підборіддя, груди та верхня частина спини). Оцінка для кожної зони складається з найважчих виразок, помножених на площу ураження, бали потім складаються. При загальній оцінці від 1 до 18, ступінь класифікується як легкий, від 19 до 30 - помірний, 31-38 - важкий ступінь і більше 39 - дуже важкий [97].

У 1998 році Dreno та його колегами був запропонований метод оцінки

СТА -Leeds Acne Grading System, а в 1999 році переглянутий та перейменований у Leeds Revised Acne Grading System O'Brien та його колегами [97]. Даний метод оцінки спирався на фотографічний стандарт акне для обличчя, спини та грудей, у ньому було виділено 12 ступенів важкості для обличчя та 8 ступенів важкості для верхньої частини грудей та спини.

Оціночну шкалу для загальної тяжкості IGA (Investigator's Global Assessment scale) було запропоновано Allen та Smith Jr. Вони представили виключно текстові описи для лінійної шкали від 0 до 8, на відміну від шкали Кука. Оцінна шкала IGA корелює із запальними та незапальними елементами акне та застосовується для оцінки ступеня тяжкості за наявності висипань на обличчі, грудях та спині [97]. Для IGA було продемонстровано вищий рівень кореляції проти Leeds Revised Acne Grading System [104].

Метод оцінки Comprehensive Acne Severity Scale (CASS) - модифікація IGA була введена в клінічну практику в Малайзії. Оцінки ступеня тяжкості акне, отримані за допомогою CASS, статистично значуще корелювали з оцінками Leeds як на початку дослідження, так і через 6 місяців після стандартного лікування акне. Однак, як зазначають дослідники, CASS простіше у використанні, ніж техніка Leeds і більше підходить для клінічної практики [104].

Враховуючи накопичений досвід та велику кількість методів оцінки ступеня тяжкості акне, лікарі-дерматологи намагаються вибрати найбільш ефективні та відтворювані в існуючих умовах методи, актуалізуючи завдання уніфікації та контролю застосування цих методів. Для цього в ряді країн прийнято стандарти для оцінки тяжкості клінічних проявів акне та застосування лікарських засобів для терапії цього захворювання, які враховують міжнародний досвід, рекомендації експертів та національні особливості. Приміром, США широко застосовується - IGA, в Малайзії -CASS. В даний час в пострадянському просторі немає загальноприйнятої методики оцінки ступеня тяжкості акне. Відсутні і зручні механізми розрахунку, що дозволяють швидко оцінювати тяжкість акне у повсякденній практиці та клінічних дослідженнях [69].

З точки зору нашого дослідження важливішою порівняно з об'єктивними методами встановлення ступеня тяжкості хвороби є *суб'єктивна оцінка психоемоційного статусу та якості життя пацієнтами з акне.*

Як було з'ясовано вище, акне може бути психологічно руйнівною хворобою для пацієнта, тому що захворювання проявляється на видимих частинах тіла (обличчя, зона декольте, спина). У багатьох пацієнтів, які тривалий час страждають на акне, фахівці поряд з дерматозом часто виявляють тривогу, депресію, соціофобію. Акне може призводити до неприйняття своєї зовнішності (дисморфофобії), що супроводжується високим ризиком самогубства [16].

Дослідники зазначають, що у скаргах пацієнтів найчастіше превалюють психосоціальні переживання, а не конкретні шкірні недоліки [17]. Дратівливість, уразливість, депресивний стан, почуття власної неповноцінності, зневіра у можливому одужанні - все це посилює симптоматику акне. Як ми з'ясували у першому розділі даної роботи, цілком виправдано віднести акне до психосоматичних дерматозів, для яких характерна наявність психовегетативних порушень, входження в стан хронічного стресу, соціальної дезадаптації [110]. Наявність хронічного шкірного процесу у поєднанні з психотравматичною ситуацією може призводити до фіксації хворого на своєму захворюванні та заздалегідь визначати неефективність загальноприйнятої терапії [97].

Потреба у вивченні та вимірі ступеня психоемоційного неблагополуччя при акне призвела до створення психологічних тестів - APSEA, CADI, ДИКЖ, що *оцінюють психоемоційний стан та якість життя спеціально для пацієнтів, які страждають на акне.* Оцінка впливу акне на якість життя дозволяє зрозуміти дерматологу хворобу з погляду пацієнта та допомагає у виборі найбільш відповідного лікування для хворого [16]. Ці тести можна використовувати як до, так і після лікування. Психологічні випробування допомагають пацієнтові підвищити психологічну мотивацію до лікування [104].

CADI — це інструмент для оцінки впливу акне на якість життя з можливим максимальним балом 15 і мінімальним 0. (ступінь порушення; 0 відсутність порушення, 1–5 легке порушення, 6–10 помірне порушення та 11 –15 важких порушень). Чим вищий показник, тим більше погіршується якість життя [93].

Отже, у нашому дослідженні доцільно буде використовувати опитувальник соціальної дезадаптації - Кардіфський індекс акне-інвалідизації (Cardiff Acne Disability Index - CADI). Опитувальник включає 5 питань щодо зміни якості життя у пацієнтів із вугровою хворобою. За кожний варіант відповіді виставляється певний бал. Індекс CADI розраховувався шляхом підсумовування балів. Чим вища оцінка, тим нижча якість життя.

CADI - це інструмент, призначений для оцінки того, як акне впливає на якість життя пацієнтів. Цей індекс складається з п'яти питань, які охоплюють фізичний, емоційний і соціальний вплив акне на людину.

Питання індексу оцінюють такі аспекти, як [87]:

1. Фізичне навантаження: Як акне впливає на вашу здатність займатися фізичною діяльністю або спортом?
2. Емоційний стан: Як акне впливає на ваші емоції та настрої?
3. Стосунки з оточуючими: Як акне впливає на ваші стосунки з іншими людьми?
4. Поведінка: Чи змінило акне вашу поведінку в громадських місцях?
5. Вплив на роботу або навчання: Як акне впливає на вашу здатність працювати або вчитися?

Пацієнти повинні оцінити кожен аспект на шкалі від 0 (ніякого впливу) до 3 (сильний вплив). Відповіді на ці питання потім сумуються, утворюючи загальний бал CADI, який варіюється від 0 до 15 (Див. Додатки, Додаток Г).

Кардіфський індекс інвалідності по акне є коротким опитувальником з п'яти пунктів, отриманий з довшого індексу інвалідності по акне. Він призначений для використання підлітками та молодими людьми з акне. Він не вимагає пояснень і може бути просто переданий пацієнтові, якого просять

заповнити його, без необхідності докладного пояснення [45].

Отримані дані використовуються для оцінки важкості акне та його впливу на якість життя пацієнтів. Це дозволяє лікарям краще розуміти, як акне впливає на людину та які аспекти її життя можуть бути найбільш ураженими. Цей інструмент допомагає не лише в оцінці фізичного стану, але й у виявленні психосоціальних аспектів, які виникають у зв'язку з акне.

2.4 Особливості підбору методів діагностики психоемоційних розладів

Емоційний розлад — це один із розладів особистості, що характеризується неврівноваженістю, імпульсивністю дій без урахування наслідків та зниженим контролем вчинків. Загальні симптоми порушень проявляються відсутністю самоконтролю, невмінням і небажанням підкорятися загальноприйнятими правилами і нормам через недостатній самоконтроль та імпульсивність, складнощі у створенні та підтримці контактів з іншими людьми.

Емоційні порушення можуть піддаватися психотерапевтичному лікуванню, і люди, які страждають від цих розладів, можуть навчитися необхідним правилам взаємодії із соціумом.

Класифікація емоційних розладів. Виділяється два види емоційних розладів [2]:

Емоційно нестійкий розлад особистості. Поділяється на імпульсний та межовий тип. *Імпульсивне порушення* проявляється нестачею самоконтролю та підвищеною емоційною лабільністю. Для *межового* типу агресія до оточуючих менш властива та характерні порушення самосприйняття, хронічне відчуття внутрішньої порожнечі, нестабільні та напружені міжособистісні стосунки, схильність до саморуйнування (зокрема із суїцидальними спробами чи жестами).

Дисоціальний розлад особистості. Порушення виявляються байдужістю до оточуючих і зневагою до соціальних норм і обов'язків. Поведінка важко піддається корекції та не змінюється навіть після покарання. Люди легко піддаються агресії та виявляють насильство.

Діагностика психоемоційних розладів зазвичай здійснюється у декількох напрямках: 1) клінічне спостереження відповідно до протоколу; 2) стандартизовані тести; 3) медичне обстеження; 4) інтерв'ю з близькими чи родичами; 5) спеціалізоване обстеження та обговорення з психіатром чи психологом тощо.

Особливої уваги заслуговують стандартизовані тести щодо діагностики емоційних розладів. Серед найбільш поширених серед них є такі для діагностики [19]: *ПТСР* (Шкала «Перелік симптомів ПТСР», Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу, експрес-методика первинного скринінгу ймовірних ознак пост-травматичного стресового розладу, Шкала оцінки впливу травматичної події, Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій, Контрольний перелік життєвих подій тощо), *стресостійкості* (Коротка шкала резильєнтності), *реакції горя* (Самооцінка травматичного горя плюс), самотності (Шкала самотності та соціальної ізоляції), благополуччя (Індекс благополуччя WHO-5), *тривожності* (Шкала тривоги Бека, Шкала загальної тривожності, Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності); *депресивності* (Шкала депресії (PHQ-9), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) тощо).

Отже, важливо у діагностиці розладів рухатись від більш до менш травматичних та загрозливих для життя [37], тому науковці та практики пропонують таку послідовність: вивчення суїцидальних тенденцій;

Вивчення суїцидальних тенденцій. Самогубство — це свідомий акт самознищення, спричинений вкрай фрустраційною ситуацією. До спроби самогубства доходить, коли людина відчуває нестерпні страждання, що викликані ситуацією, у якій вона знаходиться, безсилля щодо цієї ситуації і відсутність надії на її зміну.

Ризик самогубства зростає, коли зміст самогубства пов'язаний з психопатологічними симптомами, тілесними стражданнями, також у випадках одночасного вживання психоактивних речовин. Люди зі схильністю до самогубства часто мають: 1) амбівалентне ставлення до смерті; 2) імпульсивні

думки на цю тему. 3) ригідність мислення та оцінки власної ситуації, які заважають пацієнту приймати всерйоз іншу ситуацію, ніж смерть. Якщо показати пацієнту ймовірні варіанти вирішення проблеми, це може полегшити думки і суїцидальні тенденції.

Депресивні розлади — це група розладів, домінуючим симптомом яких є пригнічений настрій (увага: явно може не проявлятися). Вони зустрічаються при: розладах настрою (афективних); соматичних розладах; порушеннях адаптації, спричинених складною ситуацією; отруєннях і побічних діях лікарських засобів; інших психічних розладах, таких як шизоафективні розлади, постпсихотична депресія, депресивні і тривожні біполярні розлади, неврастенії, абстинентні синдроми.

Діагностика депресивних розладів передбачає встановлення попереднього діагнозу. Алгоритм діагностичних дій при депресивних розладах починається з оцінки ризику самогубства, про що йшлося вище. При диференційній діагностиці беруть до уваги: 1) епізод депресії — у перебігу рекурентної депресії чи біполярних психотичних розладах; 2) депресивну форму адаптаційних розладів; 3) дистимію і циклотимію; 4) органічні розлади настрою у перебігу соматичної хвороби.

Подальша діагностика стосується з'ясування критеріїв епізоду депресії (великої депресії за DSM-5). Виникнення, від певного і можливого до встановлення часу, майже щодня і впродовж більшої частини дня, одночасно протягом ≥ 2 тижнів, ≥ 5 із нижче перерахованих симптомів, у тому числі ≥ 1 із 2 перших: 1) депресивний настрій; 2) помітне зменшення зацікавлення до практично усіх заходів та/або пов'язаного з ними відчуття задоволення; 3) посилення або ослаблення апетиту, чи значне зниження (не пов'язано із дієтою), або приріст маси тіла (напр. 5 % впродовж місяця); 4) безсоння або надмірна сонливість; 5) психомоторне збудження або загальмованість; 6) відчуття втоми або втрати енергії; 7) почуття власної меншовартості або безпідставне почуття вини; 8) зниження гостроти мислення, труднощі з концентрацією уваги або у прийнятті рішення; 9) рецидивуючі думки про смерть (не тільки страх

смерті); 10) рецидивуючі суїцидальні думки без окресленого плану, спроби самогубства або наявність плану вчинення самогубства.

Діагностичні критерії депресивного розладу спричиненого соматичною хворобою виявляє себе у клінічній картині - яскраво і стійко утримуються депресивний настрій або значне зниження зацікавлення і здатності відчувати задоволення у майже всіх сферах діяльності.

Тривожні розлади. За даними Національного інституту психічного здоров'я існує декілька різних типів тривожних розладів, в тому числі генералізований тривожний розлад, панічний розлад і тривожні розлади, пов'язані з фобією і всі вони залежать від одного важливого аспекту, коли гнітюче відчуття занепокоєння чи страх втручаються в повсякденне життя людини [35].

Дослідники вважають, що тривожні розлади можуть бути викликані як генетичними факторами так і факторами середовища, і ці тривожні розлади зазвичай лікують за допомогою різноманітних втручань, у тому числі психотерапії, лікарських препаратів та їх комбінації. Незважаючи на те, що часом тривожні розлади досить важко визначити, існують певні симптоми та ознаки, що характерні для людей з більшістю типів тривожних розладів: надмірне занепокоєння, проблеми зі сном, ірраціональні страхи, хронічний розлад травлення, страх публічності, невпевненість у собі, компульсивна поведінка, перфекціонізм тощо.

Тривога є нормальним захисним механізмом, який людина отримала в процесі еволюції і є найпершою психічною реакцією, яка виникає у відповідь на розвиток хвороби або передує їй. Коли тривога стає довготривалою та вираженою, мова йде про тривогу як про розлад, який негативно впливає на якість життя людини порушуючи її фізичне, психічне та соціальне функціонування. У світі тривожні розлади зумовлюють значне збільшення витрат на охорону здоров'я насамперед на індивідуальному рівні. Рання діагностика та лікування тривоги у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями (ХНІЗ) є важливою для попередження хронізації та соматизації психічних розладів, редукції та запобіганню ускладнень власне ХНІЗ [72].

Тривога, що включає в себе емоційну, поведінкову, соматичну та когнітивну складову, подібно до депресії може бути як окремим симптомом, так і проявом цілого ряду психічних розладів. Тривожні розлади в світі обумовлюють значне збільшення витрат на охорону здоров'я насамперед на індивідуальному рівні, а не на рівні населення зважаючи на переважну схильність багатьох пацієнтів до їх гіпонозогнозії та недооцінки негативних соматичних і психосоціальних наслідків [77].

Тривога негативно впливає на якість життя людини, порушуючи фізичне, психічне та соціальне функціонування. Отже, рання діагностика та лікування тривожних розладів є важливими складовими курації хворих, спрямованими на попередження хронізації та соматизації психічних розладів [37].

Серед методів вивчення тривожності найчастіше використовують [3]: «Опитувальник для оцінки тривоги / тривожності (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)» призначений для дорослих та «Опитувальник для оцінки тривоги / тривожності у дітей (State-Trait Anxiety Inventory for Children - STAIC)» (Ч. Спілбергер), «Шкала явної тривожності (Manifest Anxiety Scale - MAS)» (Дж. Тейлор), Тест тривожності (проективна техніка), розроблений американськими психологами Р. Теммл, М. Дорки, В. Амен; «Шкала явної тривожності (The Children's form of Manifest Anxiety Scale - CMAS)», розроблена групою американських психологів А. Кастанеда, В. МакКандлесс, Д. Палермо [3]. Всі методи мають російську адаптацію, однак нами було виявлено метод, що цілком вдовольнив наш запит та ще й українською мовою - Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ) — The FourDimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), представлена у статті М.В. Литвиненко [17].

Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ) — The FourDimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) [17] (Див Додатки, Додаток Д) призначена для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації 4DSQ. Опитувальний створений у 1994 році, автор — Berend Terluin, доктор медицини та філософії з Нідерландів [105].

Мета цього опитувальника — допомогти спеціалістам диференціювати

синдроми, пов'язані зі стресом (нервовий зрив, вигорання) та психічні розлади (депресія, тривожні розлади). 4DSQ складається з 50 пунктів, які оцінюють стан пацієнта за останні 7 днів.

При обробці опитувальника кількість балів підсумовується у відповідності з окремими шкалами:

шкала дистресу містить 16 пунктів (загальна сума балів від 0 до 32);

шкала депресії — 6 пунктів (загальна сума балів від 0 до 12);

шкала тривожності — 12 пунктів (загальна сума балів від 0 до 24);

шкала соматоформних порушень — 16 пунктів (загальна сума балів від 0 до 32).

Людина має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді і не вказані підшкали опитувальника. Для зручності всі результати будемо заносити до зведеної таблиці, а на підставі її показників можемо з'ясувати наявність та міру зв'язку дистресу, тривожності, депресії та соматоморфних порушень з переживанням хвороби на псоріаз та акне за допомогою кореляційної матриці.

Висновки до другого розділу

Формування вибірки дослідження складалось із двох етапів - пілотного та власне дослідницького. Як виявило пілотне дослідження, проведення психологічного дослідження у державних лікувальних установах виявилось неможливим у зв'язку з відсутністю зацікавленості пацієнтів дерматологічного відділення у спілкуванні поза кабінетом лікаря, а стаціонар має статус закритого лікувального закладу. На додачу, лікування акне найчастіше відбувається у косметичних клініках, а хворі на псоріаз не часто відвідують державні лікувальні установи. Таким чином, нам вдалось провести дослідження з дозволу керівництва приватної дерматологічної клініки та їх клієнтів. Загальна вибірка склала 15 осіб різного віку і статі, хворих на псоріаз (Група А) та 17 осіб хворих на акне – Група Б.

Моделювання дослідницької програми вибудовано згідно із метою та завданнями вивчення зв'язку дерматологічних хвороб (у нашому випадку на псоріаз та акне) з психічними розладами (у нашому випадку особливу увагу приділятимемо тривожним розладам та депресії).

Встановлено, що опитувальник «Дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ або DLQI)» – це простий опитувальник, що складається з 10 питань та є зручним для встановлення відповідності обраних груп досліджуваних для подальшого дослідження. Згідно із даними цього опитувальника ми виявили не тільки індекс якості життя дерматологічних хворих на акне та псоріаз, а й визначити можливість порівняння даних групи А (хворі на псоріаз, 15 осіб) та групи Б (хворі на акне, 17 осіб) за допомогою скориставшись для цього U-критерієм Манні Уїтні.

Для вивчення впливу псоріазу на якість життя хворих Групи А оцінювалася за допомогою опитувальника «Індекс інвалідності через псоріаз» (PDI). Цей інструмент був створений для оцінки впливу псоріазу на якість життя пацієнтів та їхню інвалідність, охоплюючи фізичні, емоційні та соціальні аспекти. Таким чином, ми отримуємо показник, який зможемо застосувати для знаходження зв'язку з іншими показниками даних осіб щодо психі-

чних розладів. Отже, даний опитувальник є цілком придатним для виконання завдань нашого дослідження та встановлення факту наявності чи відсутності зв'язку дерматологічного захворювання на псоріаз із психічними розладами.

Для встановлення відносно сталих характеристик у ставлення до захворювання на акне було застосовано опитувальник «Кардіфський індекс інвалідності від акне (CADI)», який не потребує медичних знань, оскільки зорієнтований на суб'єктивний аналіз впливу захворювання на якість життя хворого. З точки зору нашого дослідження важливішою порівняно з об'єктивними методами встановлення ступеня тяжкості хвороби є суб'єктивна оцінка психоемоційного статусу та якості життя пацієнтами з акне. Отже, у нашому дослідженні доцільно буде використовувати опитувальник соціальної дезадаптації - Кардіфський індекс акне-інвалідизації (Cardiff Acne Disability Index - CADI), який дасть нам певний вимір, орієнтуючись на який можемо з'ясувати кореляцію його з показниками психічних розладів.

Щодо діагностики психічних розладів було обґрунтовано доцільність застосування комплексну методику із чотирьох шкалами, серед яких є дві, що нас цікавлять найбільше – депресія та тривожні розлади – це опитувальник «Чотирьохвимірний анкетний опитувальник симптомів (4DSQ) — The FourDimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)».

Отже, дослідницька програма враховує та передбачає усі необхідні заходи для виявлення та з'ясування суті досліджуваного зв'язку дерматологічного нездужання на псоріаз та акне з психічними розладами.

РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ ЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ З ДЕРМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Для порівняння вибірок, що мають різний діагноз (група А та група Б) необхідна спільна підстава, яка б могла бути статистично обґрунтованою, тому маємо довести це за допомогою U-критерія Манна-Уїтні відмінностей між двома різними за обсягом незалежними вибірками за допомогою програми STATISTIKA 10.0.

Здійснені обчислення довели, що відмінності між результатами групи А та групи Б є випадковими, тому обрані групи можуть коректно порівнюватися (Див. Додатки, Додаток К, Рис.1.).

U критерий Манна-Уитни (Таблица данных113)										
По перем. групи										
Отмеченные критерии значимы на уровне p < 0,05000										
Перем.	Сум. ранг Группа 1	Сум. ранг Группа 2	U	Z	р-уров.	Z скорр.	р-уров.	N Группа 1	N Группа 2	2-х стор точное p
показник DLQI	250,0000	278,0000	125,0000	0,075525	0,939797	0,075685	0,939670	15	17	0,940656

	10	11	12	13	14	15	16	17
10	23 77	26 84	29 91	33 97	36 104	39 111	42 118	45 125
11	26 84	30 91	33 99	37 106	40 114	44 121	47 129	51 134
12	29 91	33 99	37 107	41 115	45 123	49 131	53 139	57 147
13	33 97	37 106	41 115	45 124	50 132	54 141	59 149	63 158
14	36 104	40 114	45 123	50 132	55 141	59 151	64 160	67 171
15	39 111	44 121	49 131	54 141	59 151	64 161	70 170	75 180

Рис.1. Показники таблиці обчислень U-критерія Манна-Уїтні - відмінностей між групою А та групою Б щодо дерматологічного індексу якості життя (за опитувальником DLQI)

Як бачимо зі скріна та рисунка, обчислене нами значення U_{DLQI} та знайдене у таблиці знаходиться у межах: $U_{min.} \leq U_{DLQI} \leq U_{max.}$, а саме $75 \leq 125 \leq 180$, що має рівень достовірності результату $p < 0,500$. Таким чином, емпіричні показники обидвох груп є придатними та коректними для порівняння.

Продовжимо аналізувати результати опитувальника «Дерматологічний індекс якості життя» (DLQI) по групах (Див. Додатки, Додаток Е, Додаток Ж).

Група хворих на псоріаз виявила такі показник впливу на якість їх жит-

тя: лише 2 учасників відзначають помірний вплив хвороби а їх життя – це дві особи чоловічої статі різного віку **ВА** (40 років, з яких 5 років як встановлено діагноз) та **ЛП** (22 роки, з яких 7 років у хворобі) та одна особа жіночої статі **ББ** (17 років, яких 1 рік має діагноз). Дуже високий вплив хвороби на життя пацієнта виявлено у двох молодих осіб жіночої статі – **АЄ** (16 років, з яких 2 роки у хворобі) та **ЛП** (22 роки, де 7 хворіє), решту учасників дослідження ввідзначають надзвичайно великий вплив на їх життя псоріазу (Див. Рис.2. та Рис.3.).



Рис.2. Вплив дерматологічної хвороби (псоріаз) на життя пацієнта (Група А)

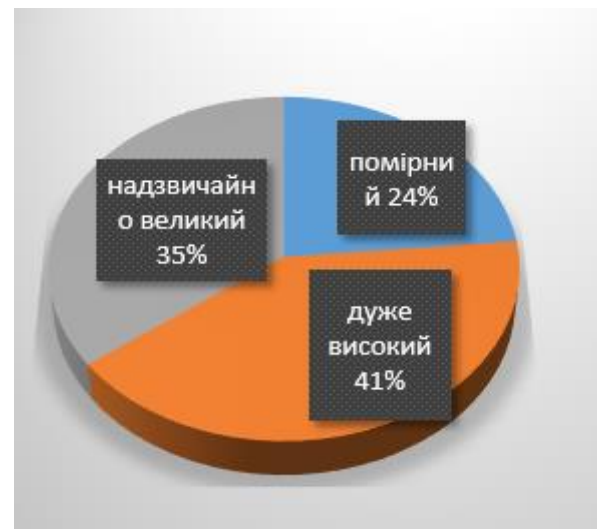


Рис. 3. Вплив дерматологічної хвороби (акне) на життя пацієнта (Група Б)

Таким чином, як бачимо, більш драматичним виглядає життя осіб, що страждають на псоріаз 67% проти 35% при акне. Ймовірно така обставина пояснюється більшим відсотком дуже високого рівня впливу на життя, що відзначається хворими на акне – 41% проти 13% у хворих на псоріаз. Загальна тенденція щодо помірної впливу на життя спостерігається в обох групах – 20% та 24%.

Опитані групи Б відзначають різний рівень впливу на життя їх хвороби, а саме помірний рівень впливу представлено у відповідях чотирьох осіб: жіночої статі- **ДД** (21 рік, з яких 8 має хворобу), **УА** (31 рік, з яких 9 має акне) та чоловічої статі - **ФІ** (19 років, 6 з яких з акне), **ЗЮ** (15 років, 2 роки ліку-

ється від акне). Дуже високий вплив акне на життя відзначають сім осіб, та надзвичайно високий – шість осіб, серед яких максимальний показник має п'ятнадцятирічний **ОФ** (30 балів), що лікується два роки; ще двоє переважно молодих осіб чоловічої статі – **ЧА** (17 років, з яких 5 лікується), **ЛД** (15 років, з яких 5 лікується), **ВЮ** (16 років, 3 роки в лікуванні). Такий самий рівень впливу на життя відзначають троє старших осіб жіночої статі: **КГ** (24 роки, з яких 9 лікується), **КМ** (30 років, з яких 8 лікується), **ШД** (28 років, з яких 14 хворіє) та молода панна **ОФ** (15 років, з яких 2 лікується).

Отже, кількісний та якісний отриманих результатів дозволив зазначити, що вибірки з різним діагнозом є придатними для порівняння, а характер впливу їхньої хвороби на життя учасників опитування є надзвичайно драматичним як у хворих на псоріаз (80 %) так і на акне (76 %), що в чергове підкреслює надзвичайну актуальність обраного дослідження.

3.1. Особливості уявлень щодо власної якості життя хворих на псоріаз та акне

Аналіз результатів опитувальників, що стандартно використовуються виключно до з'ясування переживання якості життя у діагнозі показав такі результати у групі А (хворі на псоріаз) та у групі Б (хворі на акне) (Див. Додатки, Додаток Е, Додаток Ж).

Аналіз результатів групи А продемонстрував неоднозначний індекс інвалідації від псоріазу, спираючись на суб'єктивні враження самих пацієнтів щодо їх самопочуття за 4-х тижневий період. Аналіз наповненості життя у різних сферах показав особливі проблеми з якістю життя у сфері особистих стосунків (35%), у лікуванні (28%) та роботі (26%), а у сфері дозвілля – 11% усіх накопичених балів у групі. Така тенденція може свідчити про те, що найважче хворим на псоріаз вдається відчувати успіх в особистих стосунках, найгостріше відчувають такі труднощі жінки будь-якого віку та юнаки. Невпевненість у власній сексуальності, труднощі у пошуку партнера та підтриманні стосунків є важким тягарем, що додається до страждань від самої хвороби.

На рисунку нижче (Див. Рис.4) представлені результати щодо переживання опитаними групи А якості життя. Пікові показники щодо неякісного життя бачимо у **АВ** (ж, 41/12), **КК** (ж, 32/16), **КН** (ж, 43/16), **ЛА** (ж, 16/2), **НВ** (ж, 30/13), **КА** (ж, 17/2) та **ЛП** (ч, 22/7) – більше як вдвічі їх показники є вищими за решту респондентів. До даної групи входять переважно жінки, що більше 10 років лікуються від псоріазу – **АВ**, **КК**, **КН** та **НВ**, молоді дівчата – **ЛА** та **КА**, які лікуються два роки та юнак **ЛП**, що лікує псоріаз уже 7 років.

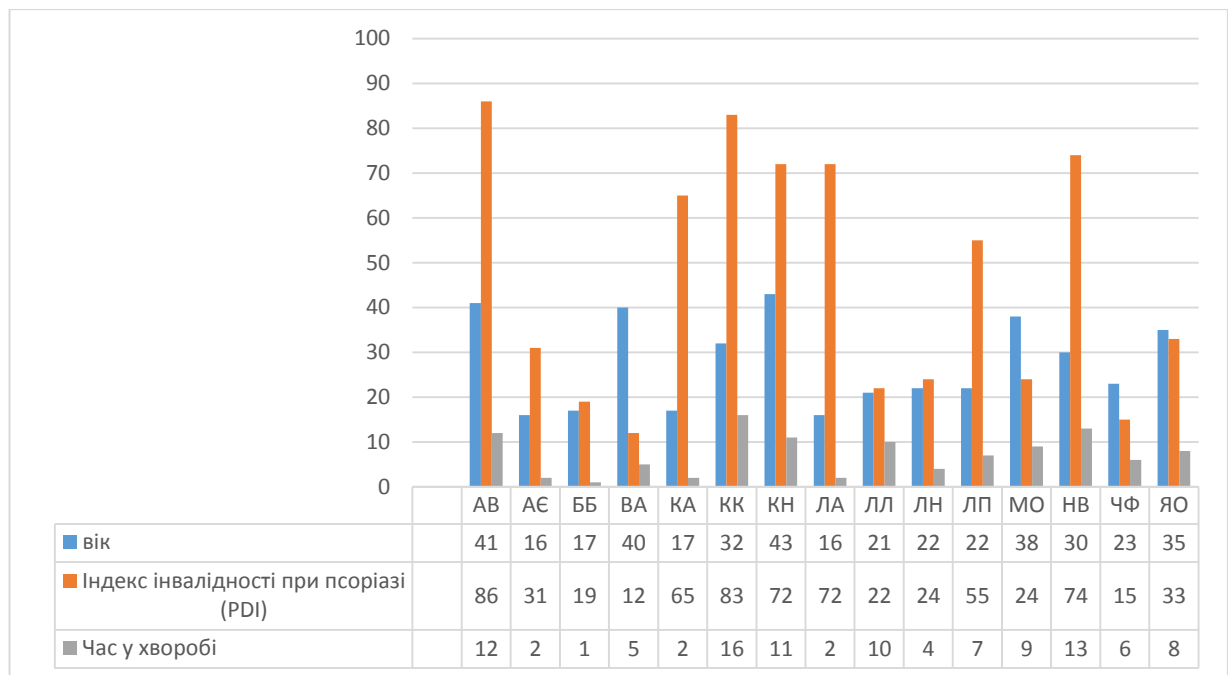


Рис 4. Особливості про власну якість життя групи А у часовому вимірі (вік та термін перебування у діагнозі)

Як видно із рисунка, час перебування у хворобі від десяти і більше викремлює п'ятьох респондентів жінок, а саме **АВ** (41 рік, 12 років із діагнозом), **КК** (32 роки, з яких 16 років має псоріаз), **КН** (43 років, з яких 11 років має псоріаз), **ЛЛ** (21 роки, де 10 років у хворобі) та **НВ** (30 років, з яких 13 років у хворобі). Серед них всі мають високі показники незадоволеності життям, тому що відчувають замало контролю над власним життям – в наслідок псоріазу їх життя є нестерпним та виснажливим, сповненим складних випробувань. Із п'яти респонденток двоє не були у стосунках і не були одруженими (**КК** та **НВ**) і, як вони зазначають, першочергово по причині хвороби, що була діагностована у 16 та 17 років. Відтоді все їх життя визначається ста-

ном часткового приборкання симптомів та загострень. Дві респондентки: **АВ** та **НВ** розлучені та самі виховують дітей – до них хвороба прийшла у 29 та 30 років, респондентка **ЛЛ** – наймолодша у цій групі з 11 років намагається приборкати хворобу є зарученою та перебуває у стосунках, однак часто відчуває себе не достатньо впевненою у періоди загострення.

З-поміж опитаних вирізняються ще двоє респондентів, що нещодавно (близько 2 роки тому) виявили псоріаз – це **КА** та **ЛА** – у них найвищі показники незадоволеності життям через хворобу – це молоді дівчата, яким 17 та 16 років. Зі слів респонденток, вони почуваються потворними та не привабливими, вважають своє життя зруйнованим, оскільки мають повсякчас дбати про себе, уникати контактів, міняти плани щодо навчання у іншому місці тощо.

Отже, тільки 40% хворих на псоріаз почуваються відносно добре у житті, але 60% відзначають нестерпні умови життя через хворобу, хоча ніхто із респондентів не вказує на матеріальні труднощі та шалені витрати на лікування – переважно всі вони із фінансово забезпечених родин, тому відсотки можуть значно схилитися у бік гірших результатів, коли йтиметься про менш захищену категорію хворих.

Аналіз психологічного дискомфорту, спричиненого акне проаналізуємо нижче (Див. Додатки, Додаток Ж). Для графічного ефекту та для коректності подання даних на попередньому та наступному рисунках переведемо значення показників інвалідності за акне у 90 бальну шкалу (як у показниках інвалідності на псоріаз), тому всі сирі значення, подані у зведеній таблиці (Додаток Ж), були помножені на 6, аби з максимального значення 15 перейти до 90 бальної шкали, де пікові переживання будуть унаочнені як на попередньому графічному представленні. Зупинимось більш детально на аналізові отриманих характеристик у ставленні до свого життя у хворобі особами з акне (Рис.5).

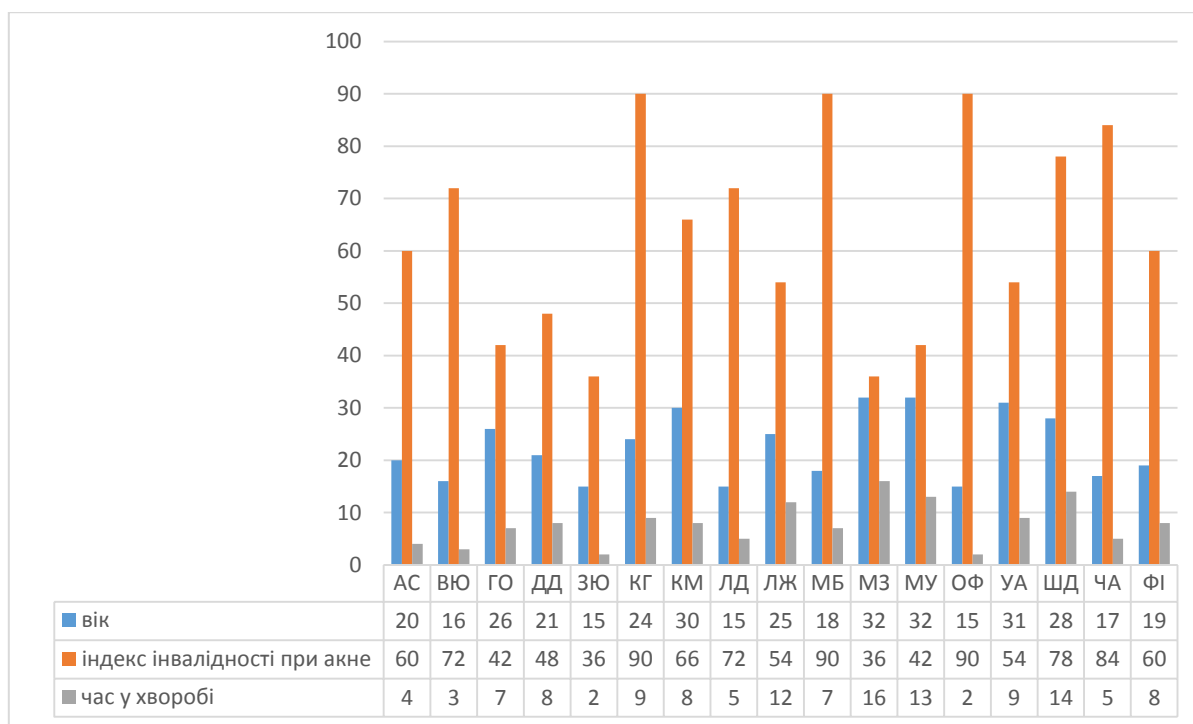


Рис.5. Особливості про власну якість життя групи Б у часовому вимірі (вік та термін перебування у діагнозі)

Як бачимо із рисунка найбільш пікові (максимальні - 90) переживання незручностей пов'язаних з хворобою мають такі респонденти як **КГ**, **МБ** та **ОФ**. Усі вони дуже різні за віком, статтю та часом життя з діагнозом, зокрема, **КГ** та **ОФ** – це молоді пані 22 та 15 років, причому **КГ** лікується уже 9 років, **ОФ** – лише 2 роки, але рівень катастрофізації є однаковим. Вони не мають наразі стосунків та надто переймаються власним зовнішнім виглядом – за їх словами, ознаки хвороби є стримуючим фактором у створенні сталих стосунків не тільки з особами протилежної статі, а й із друзями – їх мало або взагалі відсутні. Вісімнадцятирічний юнак **МБ** лікується від акне років, він страждає на ураження акне на максимальній кількості поверхні шкіри і відзначає, що лікування не може назвати успішним. Він ретельно дотримується рекомендацій лікаря, однак спортом займатися не може – зростає кількість запалень, басейн та інші способи підтримання себе у формі є не доступними, тому почувається невпевнено та переважно уникає контактів свідомо.

Серед опитаних, що тривало лікуються від акне (від 10 та більше років) варто відзначити таких респондентів як **ЛЖ**, **МЗ**, **МУ** та **ШД** – всі вони жін-

ки від 25 до 32 років, одружені, деякі мають дітей. Їх переживання незручностей у житті є помірним та переважно посереднім, зокрема, половину свого життя **МЗ** лікується від акне, має успішну кар'єру, ретельно доглядає за станом своєї шкіри, задоволена лікуванням та процедурами, відзначає, що звикла і вміє контролювати свою хворобу і не вважає її хворобою, яка може руйнувати життєві плани, а от 28-тирічна **ШД**, яка теж половину свого життя лікується від акне все ж не задоволена результатами лікування, відзначає складний шлях пошуку гарного спеціаліста, втрачених можливостей, тому покладає невдачі у власному житті на хворобу більше за середнє значення. Пані **МУ** та **ЛЖ** відзначають, що взяли контроль над хворобою і свідомо не дають їй впливати на їх життя, однак відзначають, що це вдалося їм нелегко і прийшли вони до такого рішення років 5 назад.

Отже, як бачимо із результатів дослідження ставлення респондентів до власної хвороби, визначальним є сам характер захворювання – його об'єктивна незручність та контроль, що набувається в успішному лікуванні, втім відзначається ще і різне ставлення респондентів до хвороби залежно від часу перебування у діагнозі, особливо це виразно проявляється у хворих на псоріаз, ніж на акне.

3.2. Психологічні розлади, виявлені в ході діагностики хворих на псоріаз та акне

Аналіз результатів опитування за методикою «Чотирьохвимірний анкетний опитувальник симптомів (4DSQ)» виявив цікаві тенденції щодо маркерів розладів у царині дистресу, депресії, тривожності та соматоморфних порушень. Діагностика респондентів групи А, що хворіють на псоріаз виявив такі тенденції, що графічно представлені на рисунку (Див. Додатки, Додаток Е., Таблиця 1, Рис. 6)

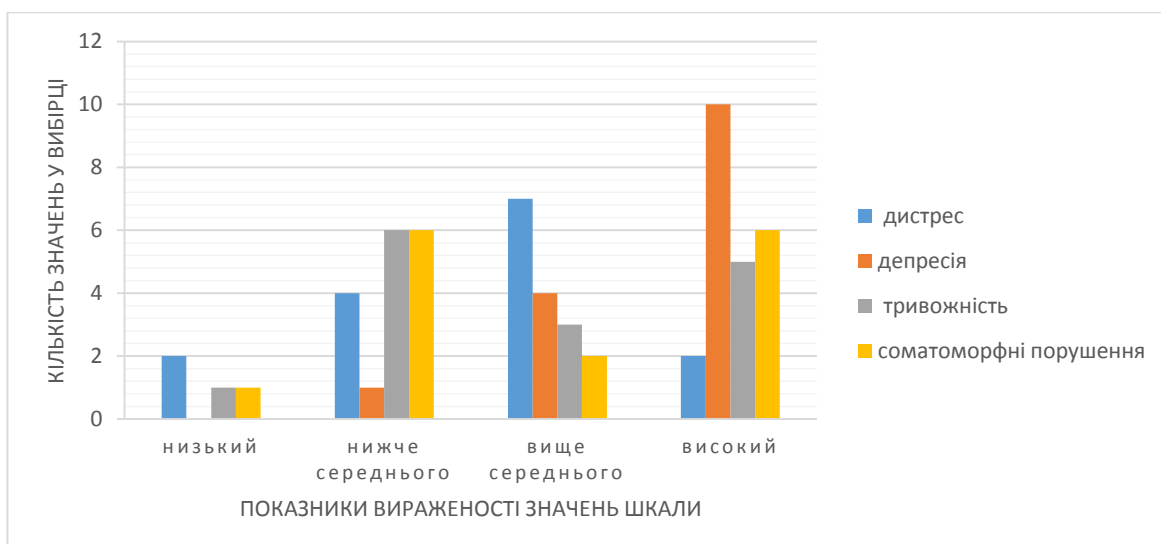


Рис. 6. Показники вираженості психічних розладів та їх частоти у респондентів групи А (за опитувальником «Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)»)

Аналіз отриманих результатів показав, що найбільш виразним симптомом у групі осіб, о хворіють на псоріаз (Група А) є **депресія** – 67% респондентів вказують на її високий рівень, 27% - на вище середнього та 6% - нижче середнього. Ситуація з **тривожністю** є менш вражаючою, оскільки про неї заявляють на високому рівні 33% респондентів Групи А, вище середнього 27% та нижче середнього 40% і низького - 6%. Показники **дистресу** вказують на його високий та вище середнього рівня 60% респондентів та нижче середнього 40%. Подібною є тенденція щодо **соматоморфних порушень**: на високий на вище середнього рівень вказують 53% опитаних а нижче середнього та низький – 47%.

Загальні показники виявлених розладів засвідчують не надто виразну картину, однак загальні тенденції вказують на наявність переважаючої симптоматики вище середнього рівня по усім групах розладів, чільне місце з яких посідає депресія – 94% респондентів відзначають її симптоматику на високому на вище середнього рівня.

Аналіз результатів опитування за методикою «Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)» Групи Б вказав та такі цікаві тенденції (Див. Додатки,

Додаток Ж, Таблиця 2, Рис. 7.)

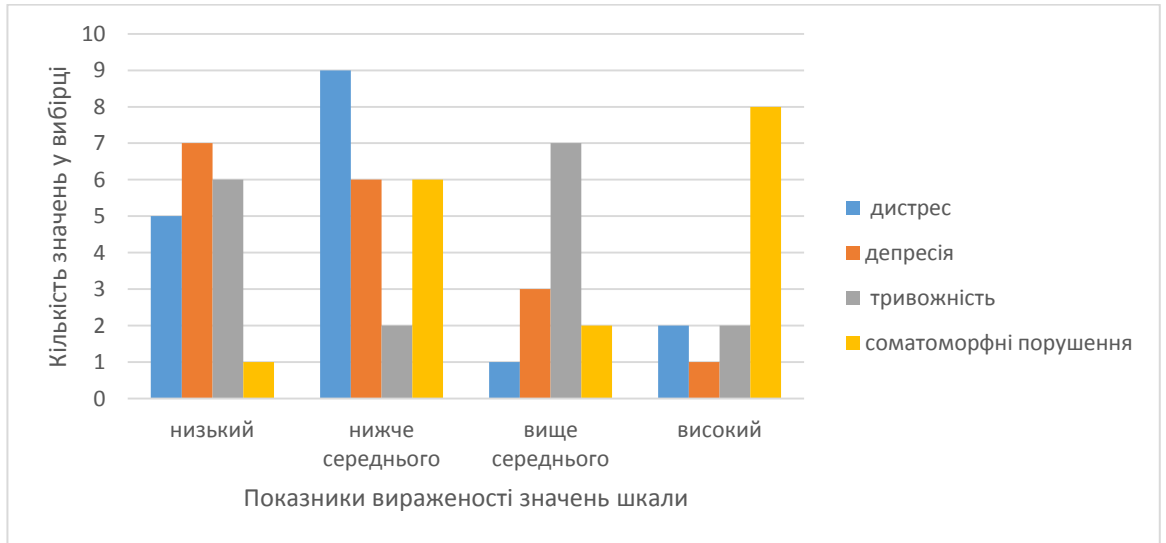


Рис. 7. Показники вираженості психічних розладів та їх частоти у респондентів групи Б (за опитувальником «Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)»)

Як видно із зведеної таблиці та рисунка, найбільш виразними вказуються такі розлади як **дистрес**: високі показники складають 29% всієї вибірки та вище середнього 53%, тобто 92% респондентів Групи Б відчувають сильний дистрес на момент опитування. **Депресію** високого та вище середнього рівня відзначають 41% та 35% респондентів з акне, тобто загалом її гостроту відчувають 86% опитаних. **Тривожність** у даній групі знаходиться у відносно рівному стані із домінуванням тенденції до її показників у бік зниження – 47% проти 53%. Так само виявляється симптоматика **соматоморфних порушень** – 41% респондентів відзначають високі та вище середнього показник та 59% - нижче середнього та низькі показники таких порушень.

Отже, опитані групи Б, що хворіють на акне тяжіють до пікового (високих показників) переживання депресії у 41% випадків, тривоги – 35% опитаних, дистресу – 29% та соматоморфних порушень – 6% випадків. Загальна картина є відмінною від проаналізованих результатів дослідження респондентів групи А, тому логічним буде з'ясувати, чи існують відмінності у зв'язку дерматологічного захворювання з ревними видами психічних розладів і яких саме.

3.3. Особливості прояву тривожно-депресивних симптомів у осіб з діагнозами псоріаз та акне

З метою перевірки гіпотези та у відповідності до завдань та мети дослідження, було здійснено кореляційний аналіз отриманих результатів у Групі А та у Групі Б між їх переживанням хвороби та виявленими психологічними розладами.

Для цього були створені матриці даних у програмі STATISTIKA 10.0, в ході відповідної обробки яких нам вдалося з'ясувати ряд цікавих тенденцій та довести їх достовірність на рівні $p=0,50$. Для зручності розглянемо виявлені зв'язки окремо у кожній групі досліджуваних.

Учасники дослідження, що склали групу А, маючи захворювання на псоріаз, виявили такі тенденції щодо зв'язку їх захворювання з психічними розладами, яку представимо у таблиці інтеркореляцій (зв'язок обчислювався за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена) (Див. Додатки, Додаток Л, Л.1., Таблиця 2.)

Таблиця 2

Таблиця інтеркореляцій результатів дослідження групи А

		Індекс інвалідності при псоріазі (PDI)	Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)			
			шкала дистресу	шкала депресії	шкала тривожності	шкала соматоморфних порушень
Індекс інвалідності при псоріазі (PDI)			-0,22	0,27	-0.34	-0,062
Чотирьохвимірна	шкала дистресу			-0,34	0,0009	-0,053
	шкала депресії				0,119	-0,15
	шкала тривожності					-0.045

	ВОЖНОСТІ					
	шкала сома- томорфних порушень					

Як бачимо із Таблиці 2, маємо позитивний слабкий, однак наявний зв'язок хвороби на псоріаз та депресивного розладу. Дистрес, тривожність та соматоморфні порушення мають обернений зв'язок із симптоматикою на псоріаз, де все ж вирізняється за силою з тривожністю. Дані є непереконливими для роботи з гіпотезою, тому спробуємо застосувати більш чутливий факторний аналіз для з'ясування сили та міри зв'язку (Див. Додатки, Додаток Л. Л.2.). Факторні навантаження (Див. Додатки, Додаток Л.2.) аналізованих даних виявили 2 значимих фактори (перший фактор, представлений двополярним конструктом «дистрес / депресія»: 0,757717 та -0,741316; другий фактор «тривожність» 0,860649), які графічно можна представити у вигляді факторно-семантичного поля (Рис. 8)

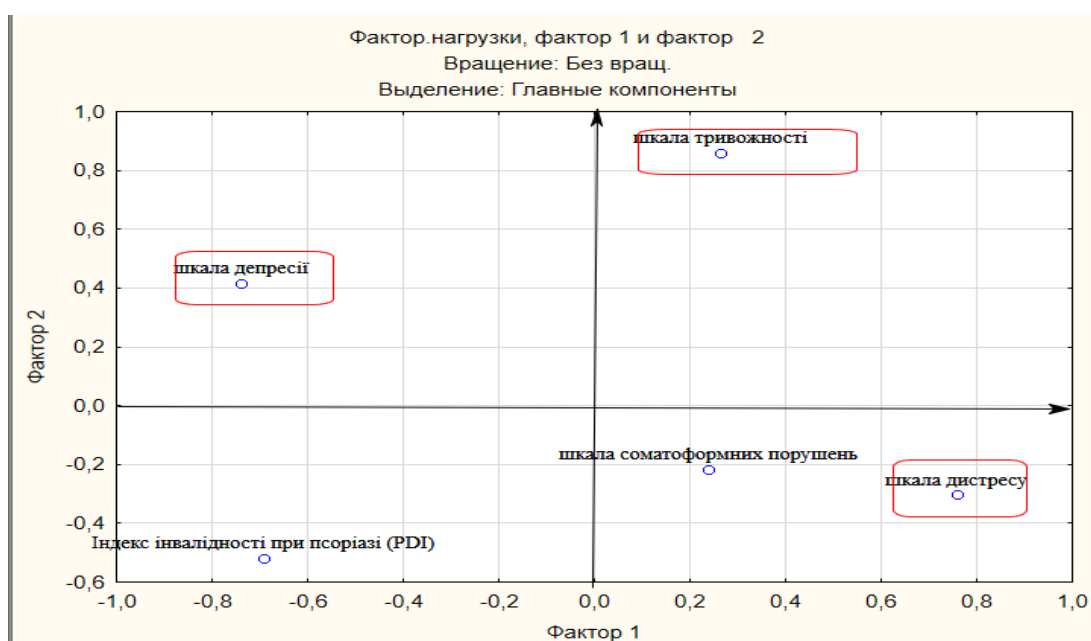


Рис.8. Факторно-семантичне поле зв'язку хвороби на псоріаз із психічними розладами

Таким чином, як бачимо, розлади тривожного спектру представляють окремий значимий фактор у осіб, що хворіють на псоріаз, не менш важливи-

ми є симптоми, які утворюють біполярну конструкцію - дистрес та депресія, що вказує на причинно-наслідковий зв'язок та взаємозалежність, де загострення хворобливої соматичної симптоматики загострює депресивний стан і навпаки.

Аналогічний аналіз зв'язку захворювання на акне та психічних розладів представлено у Додатках, Додаток М та у тут таблиці інтеркореляцій (Див. Таблиця 3).

Таблиця 3

Таблиця інтеркореляцій результатів дослідження групи Б

		Індекс інвалідності при акне (CADI)	Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)			
			шкала дистресу	шкала депресії	шкала тривожності	шкала соматоморфних порушень
Індекс інвалідності при акне (CADI)			-0,19	-0,45	0,315	0,263
Чотирьохвимірна анкета симптомів	шкала дистресу			0,17	-0,015	-0,272
	шкала депресії				-0,278	-0,15
	шкала тривожності					-0,138
	шкала соматоморфних порушень					

Як видно з таблиці, маємо два позитивних значимих показника зв'язку хвороби на акне з тривожними розладами та менш сильного зв'язку із соматоморфними порушеннями. Втім, як і раніше, така тенденція має бути увираженою іншими статистичними процедурами, аби уникнути поспішних ви-

сновків. Отже, вирішено було застосувати більш чутливу процедуру пошуку зв'язку – факторний аналіз. Результати факторизації отриманих результатів у групі осіб, що лікуються від акне маємо такі (Див. Додатки, Додаток М,М. 2.). Факторні навантаження вказали на наявність двох значимих факторів, що представлені у вигляді біполярних конструктів.

Перший фактор «депресія при акне» представлений значимим зв'язком на рівні $+0,765811$ індексу інвалідності при акне (CADI) та опозиційною стороною – шкала депресії ($-0,723025$), другий фактор «соматизація» - це теж два полюси, де одним є позитивний «тривожність» ($+0,735932$) та опозиційний до нього - соматоформні порушення ($-0,702813$). Виявлену тенденцію у факторах можна представити як таку, що має доволі цікавий вигляд – переживання хвороби на акне тісно пов'язане і депресивними розладами, однак не однозначно – у гру вступують доволі вагомими тривожні переживання, що пов'язані із соматизацією, а, отже з ускладненням загальної картини хвороби та призводять до появи замкнутого кола, де хвороба викликає розлади, а ті спричиняють загострення соматичного ураження. Графічно такий взаємозв'язок представлено у вигляді психо-семантичного поля (Рис. 9.).

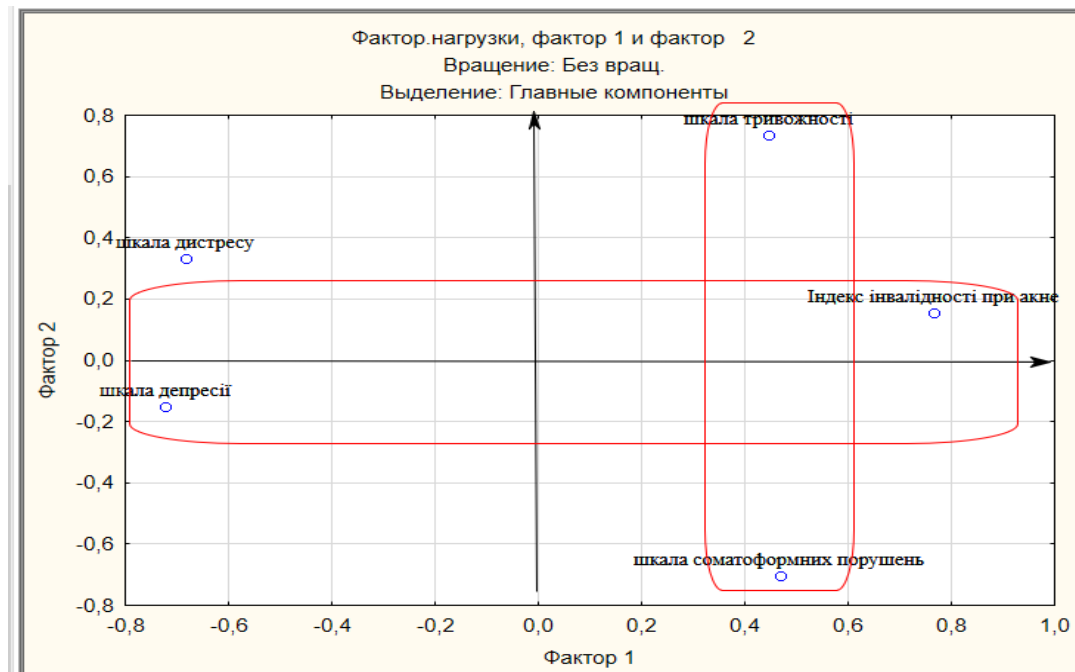


Рис.9. Факторно-семантичне поле зв'язку хвороби на акне із психічними

розлади

Отже, факторний аналіз, який ми застосували для з'ясування зв'язку хвороби на псоріаз та акне з психічними розладами не претендує на вичерпність та вимагатиме у подальшому більш ретельного вивчення із застосуванням інших методів, релевантних меті, збільшенні числа досліджуваних, які, ймовірно, мають бути диференційовані за ступенем складності переживання захворювання. Оскільки такий ракурс дослідження не є предметом нашого інтересу, а маємо на меті довести наявності або відсутності зв'язку хвороби на псоріаз та акне із психічними розладами, спробуємо звернути прискіпливо погляд саме на депресивні та тривожні розлади у контексті дерматологічної хвороби.

Отже, перевірка гіпотези спонукала нас продовжити презентувати кількісні та якісні аргументи на користь її підтвердження чи спростування. Для унаочнення різниці у переживанні власної хвороби (на акне та псоріаз) у зв'язку із психічними розладами пропонуємо звернути увагу на зв'язок зазначених хвороб тільки із двома видами розладів – депресією та тривогою (Рис 10 та Рис. 11).

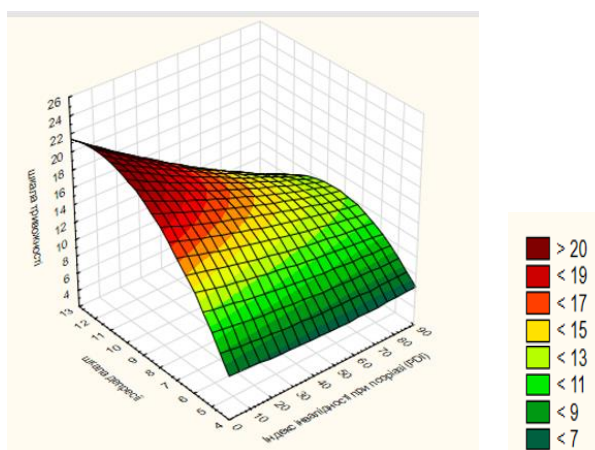


Рис.10. Графіки поверхонь індекса інвалідизації при псоріазі (у групі А) з тривожними розладами і депресією

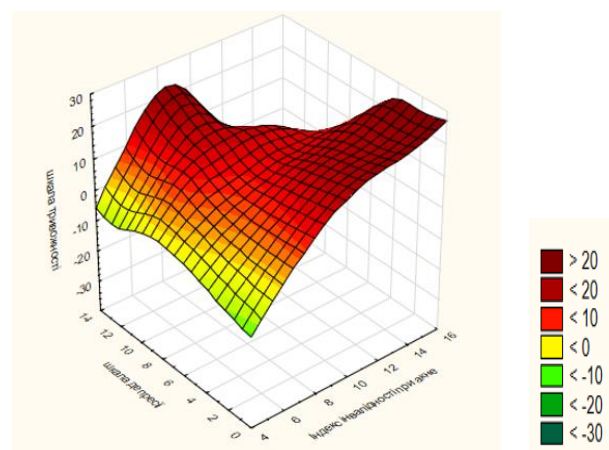


Рис.11. Графіки 3D поверхонь індекса інвалідизації при акне (у групі Б) з тривожними розладами і депресією

єю

Як видно із 3D графіки, у випадку зв'язку психічних розладів хворих на

псоріаз (Рис.10), очевидним є зв'язок першочергово із тривожністю (показники більше 20 позицій) та на її фоні депресією. Площина зберігає пружність та відображає однозначну тенденцію.

Поверхня 3D графіки, що відображає зв'язок інвалідації на акне із тривожністю та депресією (Рис.11), вказує на неоднозначність заявленого зв'язку та його слабкість, адже є позиції близькі до 0 та від'ємних значень. Втім у даному способі репрезентації даних, очевидною є потреба пошуку інших (не врахованих) розладів, що виявляють себе пов'язаними із хворобою на акне.

Отже, гіпотеза підтверджена частково: у осіб з дерматологічними захворюваннями виявлено зв'язок з їх психічними розладами, а саме, із тривожністю та депресією, де псоріаз виявився більше пов'язаним із депресією та тривожністю, а у хворобі на акне виявляється значно слабший зв'язок із тривожністю, ніж передбачалось вище. Водночас характер цього зв'язку є не таким однозначним – сила та міра значимості не є переконливою, тому потребував подальший факторний та якісний аналіз для надання впевненості отриманим висновкам.

Висновки до третього розділу

Отже, поєднання кількісного та якісного аналізу отриманих даних дозволяє стверджувати, що вдалося виявити та статистично підтвердити наявність зв'язку дерматологічних хвороб на псоріаз та акне із психічним розладами.

Аналіз дерматологічного індексу життя учасників дослідження виявив незворотньо негативний вплив хвороби на якість життя респондентів. Застосунок непараметричного показника U-критерій Манна-Уїтні виявив не тільки відсутність суттєвих відмінностей у вибірках А та Б, а й той факт, що не залежно від діагнозу (псоріаз чи акне) хворі однаково визнають негативний вплив їхнього захворювання на плани, стосунки та якість життя.

Виявлено зв'язок індексу інвалідності при хворобі на псоріаз із терміном життя з діагнозом – респонденти є вразливими та почувуються нещасними у встановлені близьких стосунків, часто потерпають від самотності. У хворих на акне спостерігається з часом у хворобі набуття навичок адаптивності до свого статусу, пануванні контролю над хворобою.

Таким чином, у розділі доведено наявність зв'язку, який виявлено та обґрунтовано статистично, ряду психічних розладів у хворих на псоріаз та акне. Статистично значимими є зв'язки з тривожністю в обох вибірках. У хворих на псоріаз тривожність посилює зв'язок із депресивними розладами, у той час як у хворих на акне – до соматоморфними розладами. Зв'язки, виявлені статистично, є прямими та не надто сильними, тому було застосовано факторний аналіз, в результаті якого деталізовано особливості причинно-наслідкових залежностей.

З'ясовано та перевірено гіпотезу дослідження із застосунок 3D графічного моделювання результатів, який унаочнив правдивість припущення, що тривожні розлади найбільш притаманні хворим на акне, а депресія - хворим на псоріаз. Такий спосіб репрезентації та інтерпретації результатів був необхідним, оскільки виявлені статистично зв'язки були не надто переконливими. Отже, у осіб, що брали участь у дослідженні, виявлено тенденції до певної

виразності у характері розладів, а не їх наявності.

ВИСНОВКИ

Таким чином, поєднання теоретичного узагальнення, кількісного та якісного аналізу отриманих даних дозволяє стверджувати, що завдання нашого дослідження досягнуті, а саме:

1. Проаналізовано теоретико-методологічні підходи до вивчення психосоматичних причин розвитку дерматологічних захворювань. Теоретичний аналіз проблеми зв'язку дерматологічних хвороб з психологічними розладами виявив готовність сучасної дерматології до комплексного підходу до лікування, що започаткувало такий напрям застосунку психологічних знань як психодерматологію, однак вітчизняні клініки приватного та державного підпорядкування роблять перші кроки, тому вимагають доказових ґрунтовних наукових досліджень з метою поліпшення надання послуг та оптимістичніших прогнозів щодо подолання психосоматичних проблем клієнтами.
2. Розроблено емпіричну модель дослідження тривожно-депресивних симптомів у осіб, що хворіють на акне та псоріаз. Моделювання дослідницької програми вибудовано згідно із метою та завданнями вивчення зв'язку дерматологічних хвороб (у нашому випадку на псоріаз та акне) з психічними розладами (у нашому випадку особливу увагу приділятимемо тривожним розладам та депресії). Загальна вибірка склала 15 осіб різного віку і статі, хворих на псоріаз (Група А) та 17 осіб хворих на акне – Група Б. Згідно із даними опитувальника «Дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ або DLQI)» виявили не тільки індекс якості життя хворих на акне та псоріаз, а й визначити можливість порівняння даних Групи А (хворі на псоріаз, 15 осіб) та Групи Б (хворі на акне, 17 осіб). скориставшись для цього U-критерієм Манні Уїтні. Для вивчення впливу псоріазу на якість життя хворих Групи А оцінювалася за допомогою опитувальника «Індекс інвалідності через псоріаз» (PDI). Для встановлення відносно сталих характеристик у ставлення до захворювання на акне було за-

стосовано опитувальник «Кардіффський індекс інвалідності від акне (CADI)». Для діагностики психічних розладів було обґрунтовано доцільність застосування комплексну методику із чотирьох шкалами, серед яких є дві, що нас цікавлять найбільше – депресія та тривожні розлади – це опитувальник «Чотирьохвимірний анкета симптомів (4DSQ) — The FourDimensional Symptom Questionnaire (4DSQ)». Обґрунтовано доцільність застосування в обчисленні результатів за допомогою програми STATISTIKA 10.0. та проведення кореляційного, факторного та 3D графічного аналізу даних.

3. Виявлено та описано психологічні особливості уявлень щодо власної якості життя хворих на псоріаз та акне. Аналіз дерматологічного індексу життя учасників дослідження виявив незворотньо негативний вплив хвороби на якість життя респондентів. Застосунок непараметричного показника U-критерій Манна-Уїтні виявив не тільки відсутність суттєвих відмінностей у вибірках А та Б, а й той факт, що не залежно від діагнозу (псоріаз чи акне) хворі однаково визнають негативний вплив їхнього захворювання на плани, стосунки та якість життя.
4. Проаналізовано особливості прояву тривожно-депресивних станів у осіб, що хворіють на акне та псоріаз. Виявлено зв'язок індексу інвалідності при хворобі на псоріаз із терміном життя з діагнозом – респонденти є вразливими та почуваються нещасними у встановлені близьких стосунків, часто потерпають від самотності. У хворих на акне спостерігається з часом у хворобі набуття навичок адаптивності до свого статусу, пануванні контролю над хворобою.
5. Встановлено та проаналізовано наявність зв'язку між тривожно-депресивними розладами і захворюваннями на акне та псоріаз. Встановлено наявність зв'язку діагнозу (акне та псоріаз) з психологічними розладами (тривога, депресія). Доведено наявність зв'язку, який виявлено та обґрунтовано статистично, ряду психічних розла-

дів у хворих на псоріаз та акне. Статистично значимими є зв'язки з тривожністю в обох вибірках. У хворих на псоріаз тривожність посилює зв'язок із депресивними розладами, у той час як у хворих на акне – до соматоморфними розладами. Зв'язки, виявлені статистично, є прямими та не надто сильними, тому було застосовано факторний аналіз, в результаті якого деталізовано особливості причинно-наслідкових залежностей.

З'ясовано та перевірено гіпотезу дослідження із застосунком 3D графічного моделювання результатів, який унаочнив правдивість припущення, що тривожні розлади найбільш притаманні хворим на акне, а депресія - хворим на псоріаз. Такий спосіб репрезентації та інтерпретації результатів був необхідним, оскільки виявлені статистично зв'язки були не надто переконливими. Отже, у осіб, що брали участь у дослідженні, виявлено тенденції до певної виразності у характері розладів, а не їх наявності.

ЛІТЕРАТУРА

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. Білявська М.В., Романів О.П., Кореляція якості життя та психопатологічних порушень у пацієнтів, які страждають на псоріаз // Економіка і право охорони здоров'я. № 2 (8), 2018. – С. 92-94.
3. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. - Отв. ред. Крымский С. Б. — Киев: Наук, думка, 1989. — 200 с.
4. Возняк І. Я., Святенко Т. В. Вивчення якості життя у пацієнтів з псоріатичною хворобою. Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. 2009. № 1/2. С. 273 – 275.
5. Гіппократ // Україна і українці очима світу: бібліогр. покажч. / НПБУ; упоряд.: О. І. Білик, К. М. Науменко; літ. ред. О. І. Бохан; наук. ред. В. О. Кононенко; — Київ: НБУ ім. Ярослава Мудрого, 2018. — С. 33. — 248 с.
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. Дідковська Л.І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії. Львів, 2010. 264 с.
8. Дороженок И. Ю. Нозогенные психические расстройства у пациентов с угревой болезнью /И. Ю. Дороженок, Е. Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине. Харьков. — 2009.—№ 2.— С. 33–38.
9. Живилко В.В., Єфременко Т.О., Алопеція у жінок як дерматологічний та психосоматичний розлад. Вісник морської медицини. 2016. № 3. С. 121 – 127.
10. Карвацька Ю., Психосоматичні захворювання шкіри // Буковинський державний медичний університет. – 10/10/14.

11. Климчук В.О. Математичні методи у психології. Навчальний посібник для студентів психологічних спеціальностей. К.: Освіта України, 2009. – С. 85-88.
12. Корхов С.С., Лебедюк М.М., Недерматологічні захоплення відомих дерматологів* // Український журнал дерматології, венерології, косметології № 2 (89). – 2023. С. 51-69. (* Роботу відзначено почесною відзнакою (Awarded Honorable Mention) у конкурсі Samuel J. Zakon з історії дерматології Товариством історії дерматології. Бостон, Массачусетс, 24 березня 2022 р.)
13. Кривенко В.І., Непрядкіна І.В., Колесник М.Ю. Алергічні ураження шкіри у практиці сімейного лікаря. Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. 127 с.
14. Ку Дж. Психошкірна медицина / Дж. Ку, Ч. Лі.—NY: Marceel Dekker Inc., 2003.— 376 с
15. Курапов А. О., Ягіяєв І. І. Навчально-методичний посібник із написання курсових та дипломних робіт за вимогами АРА / Антон Олександрович Курапов, Ілля Ігоревич Ягіяєв. — К.: ДІА, 2021. — 76 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. Матюшенко Е. Н. Дисморфофобія в дерматологічній практиці / Е. Н. Матюшенко // Психическиерасстройства в общей медицине. Харьков — 2011.— № 3–4.—С. 11–17.
19. MARTA. Електронний ресурс Міністерства у справах ветеранів у партнерстві з програмою «Ти як?» та Програмою реінтеграції ветеранів IREX за підтримки Державного департаменту США // <https://marta.mva.gov.ua/tests/categories>
20. Моляко, Р. В. Образ фізичного Я : становлення та деформації у пацієнтів з косметичними вадами : автореферат дис. ... канд. психол. наук :

- 19.00.04 - медична психологія / Моляко Роксолана Валентинівна ; [наук. керівник Бурлачук Леонід Фокович] ; Нац пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. - Київ, 2006. - 20 с. и
21. Мурзіна Е.О., Пьянківська Л.В., Рохлецова Ю.А., Бардова К.О., Психологічні особливості підлітків із псоріазом // УКР. МЕД. ЧАСОПИС (оригінальне дослідження / research article), 4 (144) – VII/VIII 2021.
 22. Носачева О . А. Психоемоційний стан дітей і підлітків з акне / О. А. Носачева, Г. А. Каркашадзе, Л. С. Намазова-Баранова // Педиатрична фармакологія.— 2012.— Т. 9, № 4.— С. 42–47
 23. Наумова Л . О. Гормональні порушення як вагомий чинник виникнення вугрової хвороби у жінок [Електронний ресурс] / Л. О. Наумова // Міжнарод. ендокринологічний журн.— 2014.— № 5(61).— Режим доступу: <http://www.mifua.com/archive/article/39145#prettyPhoto>
 24. Никольский П.В. Причины кожных болезней (Вступительная лекция, читаемая в Императорском Варшавском университете 1-го сент. 1900 г.) / П.В.Никольский. — Варшава, 1901. — 13
 25. Осадчий О.І. Псоріаз: настанова Французького товариства дерматології щодо лікування. Український медичний часопис. 2019-08-13.
 26. Редькін Р., Орловецька Н., Данькевич О.. Сучасні погляди на лікування псоріазу. Фармацевт практик. Вип.12. 2018. С.28-38.
 27. Спіріна І. Д., Вітенко І. С., Напреев О. К. Медична психологія: державний національний підручник. Дніпропетровськ: Ліра, 2012. 442 с.
 28. Спіріна І. Д., Тимофеев 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.
 29. Спіріна І.Д., Шорніков А.В., Фаузі Є.С., Шевченко Ю.М., Коваленко Т.Ю., Психічні розлади у хворих з патологією шкіри // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. - 1-4; Дніпропетровськ, - 2018. – С. 99-104.

30. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії» (УКПМД). – Київ, 2015. Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015_762_ukpmd_psoriaz.pdf
31. Усков О.А., Маркова М.В. Інтрапсихічні та поведінкові паттерни підлітків з атопічним дерматитом як мішені їх медико-психологічної підтримки. Український вісник психоневрології. 2015. № 23. Вип. 1. С. 112 – 115.
32. Федоренко О.Є. Психосоматика та психотерапія в сучасній дерматології. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2007. № 1. С. 54 – 56.
33. Хаустова Е.А., Безшейко В.Г. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств. Междунар. неврол. журн., (2012), 2(48)
34. Хаустова О.О. Метаболічний синдром X (психосоматичний аспект). Медкнига, Київ, 2009. - 126 с.
35. Хаустова О.О. Тревожные расстройства: причины, симптомы, диагностика, лечение. Укр. неврол. журн., 2012. - 3(24): 79–87.
36. Цимбал І.В., Жовтун А.А., Ліманська О.Л. Світ VUCA як сучасний контекст інформаційних і суспільно-політичних змін. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. 2015. - Серія 22: Політичні науки та методика викладання соціально-політичних дисциплін, 17: 43–47.
37. Чабан О, Хаустова О, Сак Л. Психосоматичний підхід до діагностики та терапії тривоги у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями. РМГР [інтернет]. 21, Травень 2020 [цит. за 27, Жовтень 2023];5(1):e0501229. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/229>
38. Чабан О.С. Депресивні розлади у пацієнтів похилого віку: проблеми діагностики і терапії. НейроNews, 2014. - 2/1: 14–20.

39. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). ДСГ Лтд, Київ, 2004. - 96 с., іл.
40. Чабан О.С., Хаустова О.О., Асанова А.Е. та ін. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Київ, Медкнига, 2018. - 107 с.
41. Чаріті Д.Т. Психосоматичні аспекти дерматозів. Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г.С. Сковороди «Психологія». 2016. № 52. С. 473 – 479.
42. Юдін М.А. Медико-психологічні аспекти косметологічної медицини. Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, № 2. С. 95 – 100.
43. Agrawal DA, Khunger N. A Morphological Study of Acne Scarring and Its Relationship between Severity and Treatment of Active Acne. J Cutan Aesthet Surg. 2020 Jul-Sep
44. Acne. American Academy of Dermatology. <https://www.aad.org/public/diseases/acne-and-rosacea/acne#overview>
45. Alexander F. Psychosomatic medicine / Alexander F. — New York: Norton, 1950. — P. 190-229
46. Arck PC, Slominski A, Theoharides TC, et al. Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. J Invest Dermatol. 2006;126:1697-1704
47. Aymedov K.V., Psychodermatology - biopsychosocial approach. Journal of Education, Health and Sport. 2016. Vol. 6, No 12. P. 941 – 950.
48. Bagaeva A.M., Bakunina N.S., Toskin I.A., International experience of including the assessment of the quality of life of patients with psoriasis in the public health monitoring system: systematic review // Scientific journal "Current problems of health care and medical statistics" 2022 г., № 3. – P.355-392.
49. Bolotna L., Sarian O. Psychopathological disorders as comorbidity in patients with psoriasis (review) // Georgian Med News. 2020.Vol. 301. P. 143–147.
50. Boulais N, Pereira U, Lebonvallet N, et al. Merkel cells as putative regulatory cells in skin disorders: an in vitro study. PLoS One.

- 2009;4(8):e6528. Published 2009 Aug 11.
doi:10.1371/journal.pone.0006528
51. Brocq L. Acne excoriee des jeunes filles / L. Brocq // *Rev Gen Clin Ther* 1898. — No 12. — P. 193-200.
 52. Chesini Ms D, Caminati Md M. Vitamin B12 and atopic dermatitis: any therapeutic relevance for oral supplementation? *J Diet Suppl.* 2022;19(2):238-242. doi:10.1080/19390211.2020.1860180
 53. Chuah SY, Goh CL. The Impact of Post-Acne Scars on the Quality of Life Among Young Adults in Singapore. *J Cutan Aesthet Surg.* 2015 Jul-Sep; 8 (3): 153–8.
 54. Goodman G. Acne and acne scarring – the case for active and early intervention. *Aust Fam Physician.* 2006 Jul; 35 (7): 503–4. PMID: 16820822
 55. Cohen B.E., Martires K.J., Ho R.S. Psoriasis and the risk of de-pression in the US population: national health and nutrition examination survey 2009–2012 // *JAMA Dermatol.* 2016. Vol. 152, N 1.P. 73–79.
 56. Consoli S. Sensitive skin: psychological effects and seasonal changes / S. Consoli, L. Misery, E. Myon, N. Martin // *J. Eur. Acad. Dermatol Venereol.* — 2007. — No 21 (5). — P. 620-628
 57. Gollnick HP, Finlay AY, Shear N; Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. Can we define acne as a chronic disease? If so, how and when? *Am J Clin Dermatol.* 2008; 9(5): 279–84. DOI: 10.2165/00128071–200809050–00001. PMID: 18717602
 58. Egeberg A., Hansen P.R., Gislason G.H., et al. Risk of self-harm and nonfatal suicide attempts, and completed suicide in patients with psoriasis: a population-based cohort study // *Br J Dermatol.* 2016. Vol. 175, N 3. P. 493–500
 59. Eroğlu F. Ö., Aktepe E., Erturan İ. The evaluation of psychiatric comorbidity, self-injurious behavior, suicide probability, and other associated psychiatric factors (loneliness, self-esteem, life satisfaction) in adolescents with acne: a clinical pilot study. *Journal of Cosmetic*

- Dermatology. 2019. Vol. 18, No 2.
60. Falconer W. Dissertation on the Influence of the Passions Upon Disorders of the Body / Falconer W. — London: Dilli & Phillips, 1788
 61. Ferreira B. I., Abreu J. L., Reis J. P., Figueiredo A. M. Psoriasis and associated psychiatric disorders. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*. 2016. Vol. 9, No 6. P. 36 – 43.
 62. Ferreira B.I., Abreu J.L., Reis J.P., Figueiredo A.M. Psoriasis and associated psychiatric disorders: a systematic review on etiopatho-genesis and clinical correlation // *J Clin Aesthet Dermatol*. 2016. Vol. 9, N 6. P. 36–43.
 63. Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Brit J Dermatol*, 1995; 132: 236-244. (Gives text of current (second) version)
 64. Finlay AY, Khan GK, Luscombe DK, Salek MS. A validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in Psoriasis. *Brit J Dermatol*, 1990; 123: 751-756. (Second version)
 65. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994 May; 19 (3): 210–6. DOI: 10.1111/j.1365–2230.1994.tb01167.x. PMID: 8033378
 66. Fleming P., Bai J.W., Pratt M., et al. The prevalence of anxiety in patients with psoriasis: a systematic review of observational studies and clinical trials // *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017. Vol. 31, N 5. P. 798–807.
 67. França K, Chacon A, Ledon J, Savas J, Nouri K. Psychodermatology: a trip through history. *An Bras Dermatol*. 2013;88(5):842-843. doi:10.1590/abd1806-4841.20132059
 68. Generalized Anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry* 143: 40—44. As seen in Edelman 1992; 139.
 69. Gieler U, Gieler T, Peters EMJ, Linder D. Skin and psychosomatics – psychodermatology today. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2020;18(11):1280-1298. doi:10.1111/ddg.14328

70. Graubard R, Perez-Sanchez A, Katta R. Stress and skin: an overview of mind body therapies as a treatment strategy in dermatology. *Dermatol Pract Concept*. 2021;11(4):e2021091. Published 2021 Sep 1. doi:10.5826/dpc.1104a91
71. Gupta A, Sharma YK, Dash KN, Chaudhari ND, Jethani S. Quality of life in acne vulgaris: Relationship to clinical severity and demographic data. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2016 May-Jun; 82 (3): 292–7. DOI: 10.4103/0378–6323.173593. PMID: 27088931
72. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(3):203-213. doi:10.4088/pcc.v09n0306
73. Januchowski R. Evaluation of topical vitamin B(12) for the treatment of childhood eczema. *J Altern Complement Med*. 2009;15(4):387-389. doi:10.1089/acm.2008.0497
74. Jović A, Marinović B, Kostović K, Čeović R, Basta-Juzbašić A, Bukvić Mokos Z. The impact of psychological stress on acne. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2017;25(2):1133-1141.
75. Kamiya K., Kishimoto M., Sugai J., et al. Risk factors for the development of psoriasis // *Int J Mol Sci*. 2019. Vol. 20, N 18. P. 4347.
76. Karavaeva T. A., Korolkova T. N. Psychological mechanisms and psychosomatic relationships in various dermatoses. *Клиническая дерматология и венерология*. 2018. Т. 17, № 5. С. 7.
77. Konnopka A, König H. Economic Burden of Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmacoeconomics*. 2019;38(1):25-37.
78. Koo J, Lebwohl A. Psycho dermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician*. 2001;64(11):1873-1878.
79. Koo J.Y.M., Lee C.S. General approach to evaluating psychodermatological disorders. *Psychocutaneous medicine*. N. Y.: Marcel Dekker, 2003. P. 1 – 29.

80. Korkoliakou P., Efstathiou V., Giannopoulou I., et al. Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis // *An Bras Dermatol*. 2017. Vol. 92, N 4. P. 510–515
81. Kussainova A, Kassym L, Akhmetova A, et al. Vitiligo and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(11):e0241445. Published 2020 Nov 10. doi:10.1371/journal.pone.0241445
82. 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. P. 443 – 451.
83. Kwan Z., Bong Y.B., Tan L.L., et al. Determinants of quality of life and psychological status in adults with psoriasis // *Arch Dermatol Res*. 2018. Vol. 310, N 5. P. 443–451.
84. Kwon C.W., Fried R.G., Nousari Y., et al. Psoriasis: Psychosomatic, somatopsychic, or both? // *Clin Dermatol*. 2018. Vol. 36, N 6. P. 698–703. \
85. 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. P. 708 – 718.
86. Lamb R.C., Matcham F., Turner M.A., et al. Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting // *Br J Dermatol*. 2017. Vol. 176, N 4. P. 1028–1034
87. Lemke R. Über die Bedeutung der Leibgefühl in der psychiatrischen Diagnostik. *Psychiat Neurol Med Psychol* 1951; 3: 325—340.
88. Lewis VJ, Finlay AY. Two Decades Experience of the Psoriasis Disability Index. *Dermatology*, 2005, 210:261-268.
89. Lim D.S., Bewley A., Oon H.H. Psychological profile of patients with psoriasis // *Ann Acad Med Singap*. 2018. Vol. 47, N 12. P. 516–522.
90. Lochner C, Roos A, Stein DJ. Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:1867-1872. Published 2017 Jul 14. doi:10.2147/NDT.S121138
91. Manav V, Karaali MG, Erdem O, Koku Aksu AE. Association between

- biophysical properties and anxiety in patients with sensitive skin. *Skin Res Technol.* 2022;28(4):556-563. doi:10.1111/srt.13156
92. Marron SE, Chernyshov PV, Tomas-Aragones L. Quality-of-Life Research in Acne Vulgaris: Current Status and Future Directions. *Am J Clin Dermatol.* 2019 Aug; 20 (4): 527–538. DOI: 10.1007/s40257–019–00438–6. PMID: 30949881
 93. Motley RJ, Finlay AY. Practical use of a disability index in the routine management of acne. *Clin Exp Dermatol.* 1992;17(1):1–3. doi:10.1111/j.1365-2230.1992.tb02521.x1424249 [Crossref] [PubMed] [Web of Science ®], [Google Scholar]
 94. Nguyen CM, Beroukhim K, et al. “The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review.” *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2016;9:383-92.
 95. Nwankwo CO, Jafferany M. N-Acetylcysteine in psychodermatological disorders. *Dermatol Ther.* 2019;32(5):e13073. doi:10.1111/dth.13073
 96. 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. P. 161 – 166.
 97. Ramli, R. Acne analysis, grading and computational assessment methods: an overview/ R. Ramli, A.S. Malik, A.F. Hani, A. Jamil et al.// *Skin Res Technol.* -2012. - V.18. - N.1. - P.1-14.
 98. Patel K.R., Lee H.H., Rastogi S., et al. Association of psoriasis with psychiatric hospitalization in United States children and adults // *Dermatology.* 2019. Vol. 235, N 4. P. 276–286
 99. Reichenberg J. S., Kroumpouzos G., Magid M. Approach to a psychodermatology patient. *Giornale Italia Di Dermatologia E Venereologia.* 2018. Vol. 153, No 4. P. 494 – 496.
 100. Rodriguez-Cerdeira, C. Psychodermatology: past, present and future. *Open Dermatol J.* 2011;5(1):21-27. doi:10.2174/1874372201105010021
 101. Samuels DV, Rosenthal R, Lin R, Chaudhari S, Natsuaki MN. Acne

- vulgaris and risk of depression and anxiety: A meta-analytic review. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Aug;83 (2): 532–541. DOI: 10.1016/j.jaad.2020.02.040. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32088269
102. Singh S., Taylor C., Kornmehl H., Armstrong A.W. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis // *J Am Acad Dermatol.* 2017. Vol. 77, N 3. P. 425–440.e2
 103. Tan J, Tanghetti E, Baldwin H, Stein Gold L, Lain E. The Role of Topical Retinoids in Prevention and Treatment of Atrophic Acne Scarring: Understanding the Importance of Early Effective Treatment. *J Drugs Dermatol.* 2019 Mar 1; 18 (3): 255–260.
 104. Tan, J.K. Effect of quality of life impact and clinical severity on adherence to topical acne treatment/ J.K.Tan, M.Balagurusamy, K.Fung et al. // *J Cutan Med Surg.* - 2009. - V.13. - N.4. - P. 204—208.
 105. Terluin B., van Marwijk H.W.J., Adèr H.J., de Vet H.C.W., Penninx B.W.J.H., Hermens M.L.M., van Boeijen C.A., van Balkom A.J.L.M., van der Klink J.J.L., Stalman W.A.B. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 34.
 106. Tohid H., Shenefelt P. D., Burney W. A., Aqeel N. Psychodermatology: an association of primary psychiatric disorders with skin. *Revista Colombiana De Psiquiatria.* 2019. Vol. 48, No 1. P. 50 – 57.
 107. Torales J, Barrios I, Villalba J. Alternative therapies for excoriation (skin picking) disorder: a brief update. *Adv Mind Body Med.* 2017;31(1):10-13.
 108. Vallerand IA, Lewinson RT, Parsons LM, et al. Vitiligo and major depressive disorder: a bidirectional population-based cohort study. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(5):1371-1379. doi:10.1016/j.jaad.2018.11.047
 109. Wang G, Qiu D., Yang H., Liu W. The prevalence and odds of depression in patients with vitiligo: a meta-analysis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2018. Vol. 32, No 8. P. 1343 – 1351.

110. Wilkins, M. New approaches to the treatment of biofilm-related infections/
M. Wilkins, L. Hall-Stoodley, R.N. Allan, S.N. Faust// *J Infect.* - 2014. -
V.69. - Suppl 1. - P.S47-52.
111. Wu J.J., Feldman S.R., Koo J., Marangell L.B. Epidemiology of mental
health comorbidity in psoriasis // *J Dermatolog Treat.* 2018.Vol. 29, N 5. P.
487–495.
112. Yaghmaie P, Koudelka CW, Simpson EL. Mental health comorbidity in
patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;131(2):428-
433. doi:10.1016/j.jaci.2012.10.041
113. Young LM, Pipingas A, White DJ, Gauci S, Scholey A. A systematic review
and meta-analysis of B vitamin supplementation on depressive symptoms,
anxiety, and stress: effects on healthy and "at-risk" individuals. *Nutrients.*
2019;11(9):2232. Published 2019 Sep 16. doi:10.3390/nu11092232
114. Zaenglein, A.L. Guidelines of care for the management of acne vulgaris/
A.L. Zaenglein, A.L. Pathy, B.J. Schlosser, A. Alikhan et al.// *J Am Acad
Dermatol.* -2016. - V.74. - N.5. - P.945-73.
115. Zari S, Alrahmani D. The association between stress and acne among female
medical students in Jeddah, Saudi Arabia. *Clin Cosmet Investig Dermatol.*
2017;10:503-506. Published 2017 Dec 5. doi:10.2147/CCID.S148499
116. Zhu Z, Yang Z, Wang C, Liu H. Assessment of the effectiveness of vitamin
supplement in treating eczema: a systematic review and meta-analysis. *Evid
Based Complement Alternat Med.* 2019;2019:6956034. Published 2019 Oct
31. doi:10.1155/2019/6956034

ДОДАТКИ

Додаток А

Особливості вибірки

Група	Захворювання	Всього осіб	Стать (%)		Середній вік
			ж	ч	
А	псоріаз	15	87	13	27,53
Б	акне	17	65	35	22,59

Додаток Б

1. Чи мала Ваша шкіра за останній тиждень такі явища, як свербіж, біль, болючість або відчуття «жалення»

- a) дуже багато
- b) багато
- c) трохи
- d) по суті – ні

2. Чи мали Ви за останній тиждень прояви збентеження або сконфуженості через Вашу шкіру?

- a) дуже багато
- b) багато
- c) трохи
- d) по суті – ні

3. За останній тиждень, наскільки суттєво Ваша шкіра заважала Вам ходити по магазинах або піклуватися про свій будинок або сад?

- a) дуже багато
- b) багато
- c) трохи
- d) по суті – ні

4. За останній тиждень, наскільки Ваша шкіра впливала на одяг, який Ви носите?

- a) дуже багато
- b) багато
- c) трохи
- d) по суті – ні
- e) не пов'язано

5. За останній тиждень, наскільки Ваша шкіра впливала на будь-яку соціальну

активність або дозвілля?

- a) дуже багато
- b) багато
- c) трохи
- d) по суті – ні
- e) не пов'язано

6. За останній тиждень, наскільки Ваша шкіра ускладнює для Вас заняття будь-яким спортом?

- a) дуже багато
- b) багато
- c) трохи
- d) по суті – ні
- e) не пов'язано

7. За останній тиждень, ваша шкіра заважала (перешкоджала, створювала перепони) Вам по роботі чи навчанню? Якщо «ні» (минулого тижня), наскільки ваша шкіра створювала проблеми по роботі чи навчанню?

- a) дуже багато
- b) багато
- c) трохи
- d) по суті – ні
- e) не пов'язано

8. За останній тиждень, наскільки ваша шкіра створювала проблеми з вашим партнером або будь-яким з ваших близьких друзів або родичів?

- a) дуже багато
- b) багато
- c) трохи
- d) по суті – ні
- e) не пов'язано

9. За останній тиждень, наскільки ваша шкіра викликала будь-які сексуальні труднощі?

- a) дуже багато
- b) багато
- c) трохи
- d) по суті – ні
- e) не пов'язано

10. За останній тиждень, наскільки проблема з лікуванням для вашої шкіри, наприклад, заважала прибирати свій будинок або забиравала час?

- a) дуже багато
- b) багато
- c) трохи
- d) по суті – ні
- e) не пов'язано

Інструкція по застосуванню

Опитувальник «Дерматологічний індекс якості життя» призначений для застосування у дорослих, тобто у пацієнтів віком старше 16 років.

Підрахунок: Підрахунок у кожному питанні полягає в наступному:

Дуже багато 3

Багато 2

Трохи 1

По суті – ні 0

Не відноситься 0

Питання без відповіді 0

Питання 7: «Перешкоджає роботі або навчанню» - 3

Дерматологічний індекс якості життя розраховується шляхом підсумовування балів кожного питання, в результаті чого може бути набрано максимум 30 і мінімум 0 балів. Чим вище оцінка, тим більше погіршується якість життя.

Значення пунктів DLQI

0-1 = практично взагалі немає впливу на життя пацієнта

2-5 = невеликий вплив на життя пацієнта

6-10 = помірний вплив на життя пацієнта

11-20 = дуже великий вплив на життя пацієнта

21-30 = надзвичайно великий вплив на життя пацієнта

Пацієнти, які за анкетною набрали 6 і більше балів, потребують обов'язкової консультації лікаря-дерматолога.

Інтерпретація неправильно заповнених анкет

Існує дуже високий рівень успіху точного завершення тесту DLQI. Тим не менш, іноді суб'єкти роблять помилки.

1. Якщо одне питання залишається без відповіді, це - 0 і бали сумуються, як зазвичай, з розрахунку не більше 30.

2. Якщо два або більше питань залишаються без відповіді - анкета не була заповнена.

3. Якщо на питання 7 відповіли «так» це - 3. Якщо питання 7 не відповіли «ні» або «не має відношення», але потім або "багато" або "мало" відзначена галочкою це потім оцінюється 2 або 1.

4. Якщо два або більше варіантів помітки «галочкою», - повинна бути зареєстрована відповідь з найбільшою кількістю очок

5. Якщо є середнє між двома клітинками, повинен бути записаний найменший з двох варіантів.

б. Анкети DLQI можуть бути проаналізовані шляхом розрахунку оцінки для кожної з шести субшкал (див. вище). При використанні субоцінок, якщо відповідь на одне питання в субшкалі відсутня, ця субшкала не повинна бути зарахована.

Додаток В

Індекс інвалідності при псоріазі (Psoriasis Disability Index – PDI)

Вплив захворювання на якість життя оцінювалася за допомогою опитувальника PDI. Надійність, валідність та чутливість даної шкали доведені клінічними дослідженнями. Індекс простий у використанні та у підрахунках кінцевих результатів; амплітуда коливання показників індексу – від 0 до 90 балів; більше значення показників індексу відповідає нижчому рівневі якості життя опитуваного.

За допомогою шкали PDI оцінюють виразність негативного впливу хвороби на життя пацієнтів і заповнюють за результатами їхнього опитування. Шкала містить 15 запитань та охоплює 4-тижневий період до її заповнення. Запитання стосуються повсякденної активності й соціальної сфери. **Варіанти відповіді:** 3 - так, цілком; 2 - частково вірно; 1 - важко сказати; 0 – не згоден

питання	повсякденна діяльність	робота	особисті стосунки	дозвілля	лікування
1	Активна діяльність не для мене – пітніти, активно рухатись важко	На роботі мені не комфортно через закритий одяг та зуд	Мої рідні мене приймають і, часом, надто опікають	Найчастіше я не полюблю компанію	Лікування приносить позитивні результати
2	У побуті я даю собі раду, тому на самоті комфортніше	Мені не вдається налагодити контакти з колегами та клієнтами	Мої близькі підтримують зі мною стосунки, але часто уникають мене	У мене немає справжнього хобі	Ефект від лікування майже непомітний
3	Іноді хочеться мен-	Мене підтримують	Маю часто проблеми з	Весь мій вільний час	На покращення ста-

	ше думати про хворобу, щоб хтось подбав про тебе	колеги та намагаються створити комфортні умови для мене	інтимним партнером	іде на приведення свого стану до ладу	ну впливають якісь інші фактори
--	--	---	--------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Додаток Г

Шкала CADІ. Кардіфський індекс акне-інвалідизації Cardiff Acne Disability Index Кардіфський індекс інвалідизації (соціальної дезадаптації)

Шкала CADІ дозволяє оцінити збитки для самооцінки та якості життя, зумовлені вугровою хворобою. Пройдіть тест та оцініть цей вплив.

пов'язаної з вугровою хворобою, є спрощеним опитувальником з 5 основних пунктів. Він найкраще підходить для молодих людей та підлітків. CADІ показує, наскільки акне заважає жити людині, отримувати позитивні емоції від життя.

Питання індексу оцінюють такі аспекти, як [83]:

1. **Фізичне навантаження:** *Як акне впливає на вашу здатність займатися фізичною діяльністю або спортом?*
2. **Емоційний стан:** *Як акне впливає на ваші емоції та настрої?*
3. **Стосунки з оточуючими:** *Як акне впливає на ваші стосунки з іншими людьми?*
4. **Поведінка:** *Чи змінило акне вашу поведінку в громадських місцях?*
5. **Вплив на роботу або навчання:** *Як акне впливає на вашу здатність працювати або вчитися?*

Варіанти відповідей: 0 - ніяк; 1- не надто; 2- відчутно; 3-надмірно.

Додаток Д

Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)

The FourDimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) (заповнюється пацієнтом) [17]

Інструкція: «Даний опитувальник включає різні скарги і симптоми, які можуть спостерігатися і у Вас. У розрахунок приймаються лише ті скарги та симптоми, які були у Вас протягом минулого тижня (тобто протягом останніх 7 днів, включаючи сьогоднішній). Скарги та симптоми, які були у Вас до цього, але були відсутніми минулого тижня, до уваги не беруться.

Будь ласка, відзначте для кожної скарги, як часто вона спостерігалася у Вас протягом останніх 7 днів, поставивши хрестик у відповідному полі з найбільш відповідною відповіддю (для кожного питання можна відзначити тільки одну відповідь)».

Чи мали Ви протягом останніх 7 днів такі скарги:

Чи відчували Ви протягом останніх 7 днів:					
	ні	іноді	регулярно	часто	дуже часто або постійно
1. Запаморочення чи переднепритомний стан?					
2. Болі у м'язах?					
3. Непритомність?					
4. Біль в шиї?					
5. Біль у спині?					
6. Підвищена пітливість?					
7. Прискорене серцебиття?					
8. Головний біль?					

9.	Відчуття здуття живота?					
10.	Затуманений зір чи крапки (мушки) перед очима?					
11.	Відчуття нестачі повітря?					
12.	Нудота чи розлад шлунка?					
Чи мали Ви протягом останніх 7 днів такі скарги?						
		ні	іноді	регулярно	часто	дуже часто або постійно
13.	Болі у животі чи області шлунка?					
14.	Поколювання в пальцях?					
15.	Тиск чи сором у грудях?					
16.	Біль у грудях?					
17.	Поганий чи пригнічений настрій?					
18.	Безпричинні страхи?					
19.	Нав'язливі тривожні думки?					
20.	Стурбований сон?					
21.	Невиразне почуття страху?					
22.	Занепад сил?					
23.	Тремтіння в присутності інших людей?					
24.	Тривога чи напади паніки?					
Чи було у Вас протягом останніх 7 днів:						
		ні	іноді	регулярно	часто	дуже часто або постійно
25.	Внутрішня напруга?					

26.	Підвищена дратівливість?					
27.	Відчуття страху?					
Протягом останніх 7 днів було у Вас відчуття:						
		ні	іноді	регулярно	часто	дуже часто або пос- тійно
28.	Що все безглуздо?					
29.	Що ви нічого і ніколи не зможете зробити?					
30.	Що життя не має сенсу?					
31.	Що Вас більше не цікавлять ні люди, що оточують Вас, ні речі?					
32.	Що Ви з усім цим не справляєтесь?					
33.	«Вже краще б померти?»					
34.	Що більше Вам нічого не приносить задоволення?					
35.	Що Ви у безвихідній ситуації?					
36.	Що все це нестерпно?					
Протягом останніх 7 днів:						
		ні	іноді	регулярно	часто	дуже часто або пос- тійно
37.	Чи так було, що Вам більше нічого не хотілося робити?					
38.	У Вас було порушено ясність думок?					
39.	Ви відчували труднощі із засинанням?					

40. Вам було страшно виходити з дому одному?					
Протягом останніх 7 днів:					
	ні	іноді	регулярно	часто	дуже часто або постійно
41. Вас було легко схвилювати?					
42. Ви боялися того, чого не варто було б боятися? (Наприклад, тварин, висоти, маленьких приміщень)?					
43. Чи боялися Ви їздити автобусами, трамваями, метро чи поїздами?					
44. Чи відчували Ви незручність чи страх зганьбитися перед іншими людьми?					
45. Чи відчували Ви, що Вам загрожує невідома небезпека?					
46. Чи думали Ви про те: «Як шкода, що я не вмер раніше»?					
47. Чи з'являлися у Вас швидкоплинні образи, що засмучують або засмучують подій, які Ви пережили?					
48. Вам було дуже важко відганяти від себе неприємні думки про хвилюючу подію чи події?					
49. Чи були ви змушені уникати певних місць, тому що вони викликали у вас страх?					

50.	Ви були змушені кілька разів на день повторювати одні й ті самі дії, перш ніж могли зробити щось ще?					
-----	--	--	--	--	--	--

Інтерпретація результатів:

	Дистрес	Депресія	Тривога	Соматизація
Помірно виражений рівень:	>10	>2	>8	>10
Сильно виражений рівень:	>20	>5	>12	>20

Додаток Е.

Таблиця 1.

ЗВЕДЕНІ ДАНІ УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА ПСОРИАЗ (Група А)

№ п/п	Шифр	вік	стать	індекс якості життя (DLQI)	індекс якості життя при псоріазі (PDD) (90 max)	Час у хворобі	Чотирьохвимірний опитувальник симптомів (4DSQ)				примітки
							шкала дистресу (32 max)	шкала депресії (12 max)	шкала три-можливості (24 max)	шкала соматичних порушень (32 max)	
1.	АВ	41	ж	26	86	12	4	12	9	30	розлуч
2.	АЄ	16	ж	13	31	2	6	11	22	15	незаміж
3.	ББ	17	ж	10	19	1	8	10	21	9	самот
4.	ВА	40	ч	5	12	5	30	9	17	31	одруж
5.	КА	17	ж	14	65	2	23	12	11	8	неодр
6.	КК	32	ж	18	83	16	19	10	14	22	незаміж
7.	КН	43	ж	21	72	11	12	9	9	32	розлуч
8.	ЛА	16	ж	30	72	2	22	5	7	3	самот
9.	ЛЛ	21	ж	17	22	10	16	8	4	24	самот
10.	ЛН	22	ж	22	24	4	28	6	11	25	заруч

11.	ЛП	22	ч	7	55	7	11	12	12	4	неодруж
12.	МО	38	ж	19	24	9	21	10	17	8	самот
13.	НВ	30	ж	30	74	13	19	8	18	15	незаміж
14.	ЧФ	23	ж	25	15	6	17	6	20	22	самот
15.	ЯО	35	ж	23	33	8	23	9	24	26	розлуч

Умовні позначення (вираженість показників шкал 4DSQ)

	низька
	нижче середнього
	вище середнього
	висока

Додаток Ж

Таблиця 2.

ЗВЕДЕНІ ДАНІ УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА АКНЕ (Група Б)

№ п/п	Шифр	вік	стать	віковий індекс якос- тності	Індекс ін- валідності при акне (15 мах)	Час у хворобі	Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)				примітки
							шкала дистресу (32 мах)	шкала депресії (12 мах)	шкала три- возможності (24 мах)	шкала сомато- формних пору- шень (32 мах)	
1.	АС	20	ж	16	10	4	25	5	14	21	
2.	ВЮ	16	ч	25	12	3	30	10	20	11	ХОЛОСТЯК
3.	ГО	26	ж	18	7	7	16	8	6	27	незаміж
4.	ДД	21	ж	9	8	8	21	2	10	7	розлуч
5.	ЗЮ	15	ч	4	6	2	18	12	9	5	самот
6.	КГ	24	ж	22	15	9	7	3	22	17	заміжн
7.	КМ	30	ж	23	11	8	24	11	2	9	заміжн
8.	ЛД	15	ч	26	12	5	23	7	9	18	самот
9.	ЛЖ	25	ж	15	9	12	19	8	6	3	заміжня
10.	МБ	18	ч	30	15	7	6	5	24	7	самотн
11.	МЗ	32	ж	15	6	16	22	12	3	7	заміжня

12.	МУ	32	ж	12	7	13	26	9	18	5	заміж
13.	ОФ	15	ж	30	15	2	8	8	6	22	самотн
14.	УА	31	ж	10	9	9	21	12	23	7	розлуч
15.	ШД	28	ж	23	13	14	19	10	7	19	заміж
16.	ЧА	17	ч	26	14	5	32	7	15	2	самот
17.	ФІ	19	ч	6	10	8	20	9	20	20	одруж

Умовні позначення (вираженість показників шкал **4DSQ**)

	низька
	нижче середнього
	вище середнього
	висока

Показники таблиці обчислень U-критерія Манна-Уїтні відмінностей між групою А та групою Б щодо дерматологічного індексу якості життя (за опитувальником DLQI)

U критерий Манна-Уитни (Таблица данных 113)										
По перем. групи										
Отмеченные критерии значимы на уровне $p < 0,05000$										
Перем.	Сум. ранг Группа 1	Сум. ранг Группа 2	U	Z	p-уров.	Z скорр.	p-уров.	N Группа 1	N Группа 2	2-х стор точное p
показник DLQI	250,0000	278,0000	125,0000	0,075525	0,939797	0,075685	0,939670	15	17	0,940656

	10	11	12	13	14	15	16	17
10	23 77	26 84	29 91	33 97	36 104	39 111	42 118	45 125
11	26 84	30 91	33 99	37 106	40 114	44 121	47 129	51 134
12	29 91	33 99	37 107	41 115	45 123	49 131	53 139	57 147
13	33 97	37 106	41 115	45 124	50 132	54 141	59 149	63 158
14	36 104	40 114	45 123	50 132	55 141	59 151	64 160	67 171
15	39 111	44 121	49 131	54 141	59 151	64 161	70 170	75 180

Додаток Л

Л.1. Кореляції для групи А

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных3) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
Перем.		Індекс інвалідності при псоріазі (PDI)	шкала дистресу		
Індекс інвалідності при псоріазі (PDI)		1,000000	-0,224014		
шкала дистресу		-0,224014	1,000000		

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных3) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
Перем.		Індекс інвалідності при псоріазі (PDI)	шкала депресії		
Індекс інвалідності при псоріазі (PDI)		1,000000	0,272661		
шкала депресії		0,272661	1,000000		

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных3) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
Перем.		Індекс інвалідності при псоріазі (PDI)	шкала тривожності		
Індекс інвалідності при псоріазі (PDI)		1,000000	-0,338117		
шкала тривожності		-0,338117	1,000000		

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных3) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
Перем.		Індекс інвалідності при псоріазі (PDI)	шкала соматоформних порушень		
Індекс інвалідності при псоріазі (PDI)		1,000000	-0,061883		
шкала соматоформних порушень		-0,061883	1,000000		

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных3) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
Перем.		шкала дистресу	шкала депресії		
шкала дистресу		1,000000	-0,433902		
шкала депресії		-0,433902	1,000000		

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных3) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
Перем.		шкала дистресу	шкала тривожності		
шкала дистресу		1,000000	0,000897		
шкала тривожності		0,000897	1,000000		

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных3) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
Перем.		шкала дистресу	шкала соматоформних порушень		
шкала дистресу		1,000000	0,052915		
шкала соматоформних порушень		0,052915	1,000000		

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных3) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$	
Перем.	шкала депресії	шкала тривожності	
шкала депресії	1,000000	0,118773	
шкала тривожності	0,118773	1,000000	

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных3) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$	
Перем.	шкала депресії	шкала соматоформних порушень	
шкала депресії	1,000000	-0,152319	
шкала соматоформних порушень	-0,152319	1,000000	

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных3) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$	
Перем.	шкала тривожності	шкала соматоформних порушень	
шкала тривожності	1,000000	-0,044883	
шкала соматоформних порушень	-0,044883	1,000000	

Л.2. Факторний аналіз Група А

Факторні навантаження (Група А)

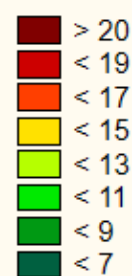
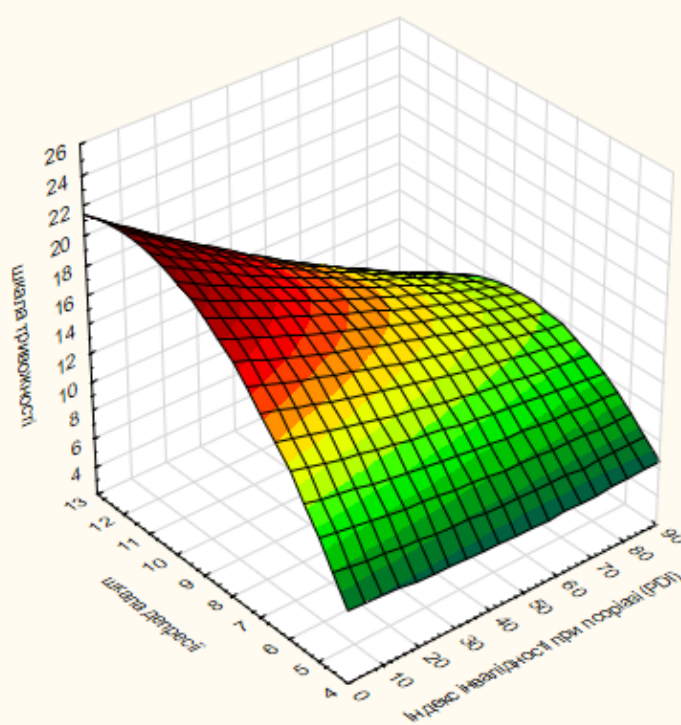
		Фактор.нагрузки (Без врац.) (Таблица данных3) Выделение: Главные компоненты (Отмечены нагрузки $> ,700000$)	
Перемен.	Фактор 1	Фактор 2	
Індекс інвалідності при псоріазі (PDI)	-0,692667	-0,520789	
шкала дистресу	0,757717	-0,303333	
шкала депресії	-0,741316	0,414178	
шкала тривожності	0,264614	0,860649	
шкала соматоформних порушень	0,238918	-0,215954	
Общ. дис.	1,730576	1,322129	
Доля общ	0,346115	0,264426	

Остаточные корреляции (Таблица данных3)					
Выделение: Главные компоненты					
(Отмеченные остатки > ,100000)					
Перемен.	Индекс інвалідності при псоріазі (PDI)	шкала дистресу	шкала депресії	шкала тривожності	шкала соматоформних порушень
Индекс інвалідності при псоріазі (PDI)	0,25	0,11	-0,05	0,21	-0,01
шкала дистресу	0,11	0,33	0,20	0,05	-0,17
шкала депресії	-0,05	0,20	0,28	-0,05	0,16
шкала тривожності	0,21	0,05	-0,05	0,19	0,08
шкала соматоформних порушень	-0,01	-0,17	0,16	0,08	0,90

3М Графики поверхностей для шкала тривожності и Индекс інвалідності при псоріазі (PDI) и шкала депресії

Таблица данных3 5v*15с

шкала тривожності = $-12,806+0,0403*x+6,0352*y+0,0002*x*x-0,017*x*y-0,2618*y*y$



М.1. Кореляційний аналіз результатів дослідження групи Б

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных23) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$	
Перем.		Індекс інвалідності при акне	шкала дистресу
Індекс інвалідності при акне		1,000000	-0,191242
шкала дистресу		-0,191242	1,000000

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных23) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$	
Перем.		Індекс інвалідності при акне	шкала депресії
Індекс інвалідності при акне		1,000000	-0,451273
шкала депресії		-0,451273	1,000000

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных23) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$	
Перем.		Індекс інвалідності при акне	шкала тривожності
Індекс інвалідності при акне		1,000000	0,315399
шкала тривожності		0,315399	1,000000

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных23) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$	
Перем.		Індекс інвалідності при акне	шкала соматоформних порушень
Індекс інвалідності при акне		1,000000	0,263027
шкала соматоформних порушень		0,263027	1,000000

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных23) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$	
Перем.		шкала дистресу	шкала депресії
шкала дистресу		1,000000	0,171202
шкала депресії		0,171202	1,000000

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных23) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$	
Перем.		шкала дистресу	шкала тривожності
шкала дистресу		1,000000	-0,014778
шкала тривожності		-0,014778	1,000000

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных23) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
Перем.		шкала дистресу	шкала соматоформних порушень		
шкала дистресу		1,000000	-0,271777		
шкала соматоформних порушень		-0,271777	1,000000		

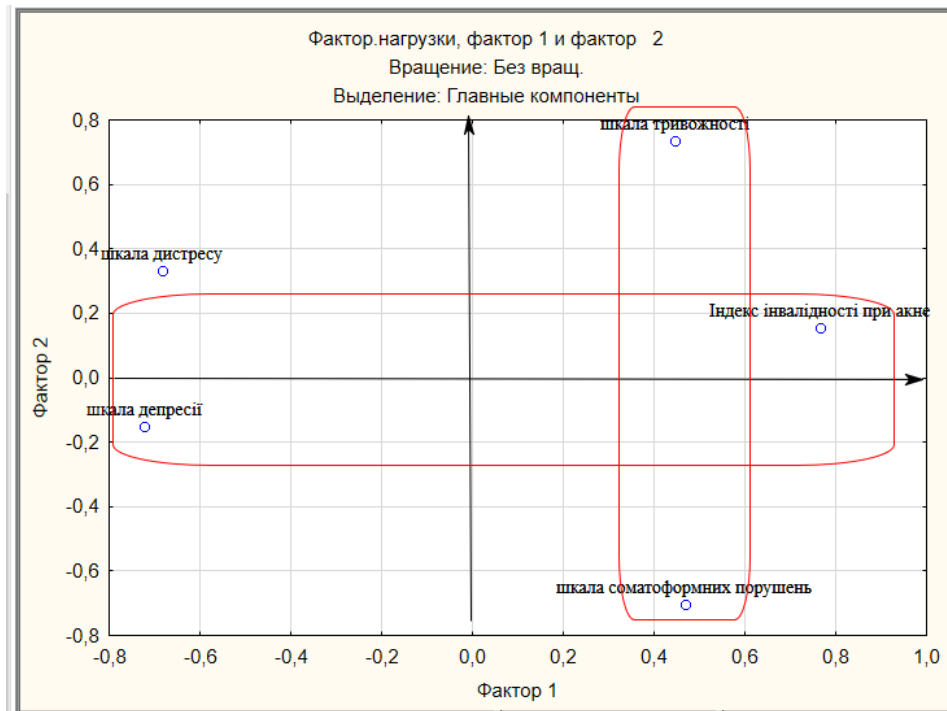
		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных23) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
Перем.		шкала депресії	шкала тривожності		
шкала депресії		1,000000	-0,278193		
шкала тривожності		-0,278193	1,000000		

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных23) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
Перем.		шкала депресії	шкала соматоформних порушень		
шкала депресії		1,000000	-0,150404		
шкала соматоформних порушень		-0,150404	1,000000		

		Ранговые корреляции Спирмена (Таблица данных23) ПД попарно удалены Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < ,05000$			
Перем.		шкала тривожності	шкала соматоформних порушень		
шкала тривожності		1,000000	-0,138081		
шкала соматоформних порушень		-0,138081	1,000000		

М.2. Факторний аналіз даних групи Б

		Фактор.нагрузки (Без врац.) (Таблица данных23) Выделение: Главные компоненты (Отмечены нагрузки $> ,700000$)			
Перемен.		Фактор 1	Фактор 2		
Індекс інвалідності при акне		0,765811	0,155520		
шкала дистресу		-0,683124	0,331358		
шкала депресії		-0,723025	-0,149046		
шкала тривожності		0,445568	0,735932		
шкала соматоформних порушень		0,467281	-0,702813		
Общ дис.		1,992774	1,191742		
Доля общ		0,398555	0,238348		



Остаточные корреляции (Таблица данных23)
Выделение: Главные компоненты
(Отмеченные остатки > ,100000)

Перемен.	Індекс інвалідності при акне	шкала дистрессу	шкала депресії	шкала тривожності	шкала соматоформних порушень
Індекс інвалідності при акне	0,39	0,13	0,18	-0,14	-0,03
шкала дистрессу	0,13	0,42	-0,13	-0,03	0,23
шкала депресії	0,18	-0,13	0,46	0,17	0,06
шкала тривожності	-0,14	-0,03	0,17	0,26	0,19
шкала соматоформних порушень	-0,03	0,23	0,06	0,19	0,29

3М Графики поверхностей для шкала тривожності и Індекс інвалідності при акне и шкала депресії

Таблиця даних 23 5v*17c

шкала тривожності = Расстояние взвешенных наименьших квадратов

