

[DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-06](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-06)

УДК 616.8-009:616.89-052

АНАЛІЗ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ СКЛАДОВОЇ КОНТИНУУМУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ-ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ РІЗНИМ РІВНЕМ ВІТАЛЬНОЇ ЗАГРОЗИ

Г. В. Скребцова

Скребцова
Ганна Віталіївна

аспірант заочної форми навчання кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ;
skrebtsova79@gmail.com;
<https://orcid.org/0009-0002-0151-4444>

Мета: дослідити стан психосоціального функціонування як складової континууму психологічна адаптація – дезадаптація у хворих дерматологічного профілю з захворюваннями різного рівню вітальної загрози, для розробки, в подальшому, персоналізованих програм психокорекції для даної категорії хворих.

Контингент і методи дослідження. На підставі інформованої згоди, з дотриманням принципів біомедичної етики та деонтології, нами було обстежено 120 хворих дерматологічного профілю, які перебували на лікуванні у трьох філіях клініки «Dr. Zapolska Clinic» протягом 2020-2021 років, а саме: 60 хворих з невітальними дерматологічними захворюваннями (себорейний кератоз L82, кандиломи A63.0, ангиоми D18.0, порушення пігментації L80), та 60 хворих з дерматологічними захворюваннями, що складають вітальну загрозу (меланома C43, базаліома C44, карцинома шкіри D04).

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

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

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

Питання первинності/вторинності станів ресурсної бази та адаптивності на клініко-психологічному та психосоціальному рівнях є такими, що потребують подальшого вивчення. Ми припускаємо, що мова йде про механізми взаємовпливів біологічної предиспозиції та психологічних й психосоціальних факторів, мозаїчне поєднання яких визначає ресурсні можливості індивіда щодо конструктивного прийняття факту наявності дерматологічного захворювання і вибудови адекватної стратегії її опанування, незалежно від ступеню вітальності хвороби.

Висновок. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних і психопрофілактичних заходів у пацієнтів з дерматологічною патологією з різним рівнем вітальної загрози.

Ключові слова: психодерматологія, рівень вітальної загрози, психологічна дезадаптація, психосоціальне функціонування.

Як цитувати: Г.В. Скребцова Аналіз психосоціальної складової континууму психологічної адаптації-дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2023. – №22. – С. 43–53. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-06

In cites: H.V. Skrebtsova Analysis of the psychosocial component continuum of psychological adaptation-disadaptation in patients with a dermatological profile with different levels of vital threat. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2023, no.22, pp. 43–53. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-22-06

© Скребцова Г. В., 2023



This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Вступ. Переважна більшість практикуючих лікарів-дерматологів відзначає вагомий роль психоемоційних факторів у розвитку та перебігу шкірної патології [1-3]. Прояви психічних зрушень та зв'язок психоемоційного стану та тілесних проявів при дерматологічних захворюваннях настільки значний, що на теперішній час в світі сформувався новий тренд та інтегративний напрям – психодерматологія [4-6].

Психодерматологія займається вивченням дії психічних факторів на виникнення і перебіг дерматозів, психологічними та психосоматичними змінами, пов'язаними з наявністю шкірних захворювань та їх лікуванням, оцінкою поширеності та структури психічних розладів при шкірній патології, їх психотерапією та психофармакотерапією [4, 7-10].

Найбільш визнаною класифікацією психодерматологічних розладів є система Koo and Lee [11]:

1) психофізіологічні розлади: проріаз, atopічний дерматит, екскоріаційнакне, гіпергідроз, кропивниця, простий герпес, себорейний дерматит, афтоз, рожеві вугрі, свербіння;

2) психічні розлади з дерматологічними симптомами: артефактний дерматит, дерматозійне маячення, трихотиломанія, obsесивно-компульсивний розлад, фобії, дисморфофобія, розлади харчової поведінки, невротичні екскоріації, психогенне свербіння;

3) дерматологічні розлади з психіатричними симптомами: aloпеція, вітіліго, генералізований псоріаз, екзема, іхтіозоформні синдроми, ринофіма, альбінізм;

4) змішані стани: шкірні сенсорні синдроми – глосодинія, вульводинія, хронічний свербіж голови; психогенна пурпура, псевдопсиходерматологічна хвороба, суїцид у дерматологічних пацієнтів.

На нашу думку, в цій класифікації окремий пункт повинен бути виділений для онкодерматологічних хвороб (меланома, карцинома шкіри, базаліома або плоскоклітинний рак голови та шиї), у випадку яких хворий опиняється під дією як мінімум двох потужних стресогенних чинників – вітальних екзистенційних переживань та психологічного й соціального дискомфорту від зовнішніх проявів хвороби – що формує порочне коло патологічних взаємовпливів, накладає відбиток на стан психічного здоров'я хворого та сприяє розвитку станів психологічної дезадаптації [12].

Мета роботи: дослідити стан психосоціального функціонування як складової континууму психологічна адаптація – дезадаптація у хворих дерматологічного профілю з захворюваннями різного рівню вітальної загрози, для розробки, в подальшому, персоналізованих програм психокорекції для даної категорії хворих.

Контингент і методи дослідження. На засадах принципів біомедичної етики та деонтології, нами було обстежено 120 хворих дерматологічного профілю, які перебували на лікуванні у трьох філіях клініки «Dr. Zapolska Clinic» протягом 2020-2021 років, а саме: 60 хворих з невітальними дерматологічними захворюваннями (себорейний кератоз L82, кандиломи A63.0, ангіоми D18.0, порушення пігментації L80), та 60 хворих з дерматологічними захворюваннями, що складають вітальну загрозу (меланома C43, базаліома C44, карцинома шкіри D04).

Розподіл на групи дослідження проводився з використанням тесту «Нервово-психічна адаптація» І. Н. Гурвіча, оцінку психосоціального функціонування здійснювали за допомогою опитувальника соціально-психологічної адаптації К.Роджерса – Р.Даймонд, та методики оцінки якості життя І. Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути.

Результати дослідження та їх обговорення.

Відсутність ознак ПДА була встановлена у 50 осіб (41,7% загальної вибірки, з них 27 (45,0%) пацієнтів з невітальними дерматологічними захворюваннями, 23 (38,3%) особи – з вітальними).

Окремі ознаки ПДА, тобто, кінцево недосформовані симптоми дезадаптації, виявлені у 21 (17,5%) хворих (усі з групи невітальних дерматологічних захворювань, 35,0%).

Сформована дезадаптація була діагностована у 29 (24,1%) пацієнтів (з них 12 (20,0%) осіб з невітальними захворюваннями і 17 (28,3%) з вітальними захворюваннями), для яких були характерні високий рівень невротизації та психоемоційної напруженості.

Виражена клінічно окреслена психопатологічна симптоматика, яка досягала не тільки синдромологічної, а й нозологічної оформленості, була притаманна 20 (16,7%) обстеженим (усі з вітальними захворюваннями, 33,3% з групи).

Таким чином, розподіл обстежених на групи дослідження відбувався на основі двох критеріїв: нозологічного і клініко-психологічного. Отже, в кожній нозологічній групі було виділено по дві підгрупи (з ознаками ПДА та без ознак ПДА), що призвело до формування 4 клінічних груп:

1) з невітальними дерматологічними захворюваннями без ознак ПДА (група 1 – Г1), чисельністю 27 (45,0%) осіб;

2) з невітальними дерматологічними захворюваннями з ознаками ПДА (група 2 – Г2), чисельністю 33 (55,0%) особи;

3) з дерматологічними захворюваннями, що складають вітальну загрозу без ознак ПДА (група 3 – Г3), чисельністю 23 (38,3%) особи;

4) з дерматологічними захворюваннями, що складають вітальну загрозу з ознаками ПДА (група 4 – Г4), чисельністю 37 (61,7%) осіб.

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

Вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації у пацієнтів з різними варіантами дерматологічних захворювань дало можливість встановити важливі закономірності. Кількісні значення показників за базовими шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond наведено у табл. 1.

Як видно з даних табл. 1, показники адаптивності у пацієнтів Г1 є найвищими серед усіх досліджених груп: $85,81 \pm 10,48$ балів, при цьому кількісне значення показника у цій групі перебуває у межах норми (68-136 балів). Натомість, у пацієнтів Г2 значення показника адаптивності виявилось дещо нижчим за норму: $65,58 \pm 14,37$ балів ($p < 0,01$), а пацієнтів у Г3 – вищим порівняно з Г2, але нижчим порівняно з Г1: $79,43 \pm 13,13$ балів, що також у межах норми, тоді як у пацієнтів Г4 показник був найнижчим з усіх досліджених груп: $43,97 \pm 18,72$ балів, що суттєво нижче норми. Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх досліджених груп.

Відповідно, показник дезадаптивності у пацієнтів Г1 виявився найнижчим з усіх груп, і був на нижній межі

норми: $67,93 \pm 27,10$ балів, у пацієнтів Г2 – близьким до верхньої межі норми: $128,12 \pm 28,45$ балів, у пацієнтів Г3 – вищим, ніж у Г1, і нижчим, ніж у Г2: $108,57 \pm 3,13$ балів, що також у межах норми, і у пацієнтів Г2 – найвищим серед усіх груп, і вищим за норму: $152,30 \pm 6,15$ балів (рис. 1). Розбіжності статистично значущі при порівнянні усіх груп.

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

Показник прийняття себе у пацієнтів Г1 відповідав нормі (22-42 бали): $22,93 \pm 2,56$ балів, у пацієнтів Г2 був нижчим за норму: у $12,06 \pm 5,17$ балів, а у пацієнтів Г3 близьким до показника у Г1, у межах норми: $22,04 \pm 5,03$ балів, а у пацієнтів Г4 – найнижчим серед усіх груп, нижчим за норму: $10,65 \pm 6,68$ балів (рис. 3). Статистично значущі розбіжності виявлено при порівнянні груп Г1 і Г2, та Г3 і Г4.

Показник неприйняття себе у пацієнтів Г1 виявився низьким: $13,67 \pm 3,26$ балів (нормативне значення 14-28 балів), у пацієнтів решти груп значення показника було в межах норми, але у пацієнтів Г2 вище, ніж

Таблиця 1

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

Показник	Показник, $M \pm m$, бали				p			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	Г1-Г2	Г1-Г3	Г3-Г4	Г2-Г4
Адаптивність	$85,81 \pm 10,48$	$65,58 \pm 14,37$	$79,43 \pm 13,13$	$43,97 \pm 18,72$	0,000	0,027	0,000	0,000
Дезадаптивність	$67,93 \pm 27,10$	$128,12 \pm 28,45$	$108,57 \pm 3,13$	$152,30 \pm 6,15$	0,000	0,000	0,000	0,000
Брехливість ні	$8,89 \pm 3,52$	$9,03 \pm 4,28$	$10,00 \pm 4,39$	$10,49 \pm 5,14$	0,988	0,423	0,598	0,116
Брехливість так	$12,44 \pm 2,12$	$13,48 \pm 2,79$	$13,52 \pm 3,04$	$12,86 \pm 3,56$	0,034	0,060	0,496	0,511
Прийняття себе	$22,93 \pm 2,56$	$12,06 \pm 5,17$	$22,04 \pm 5,03$	$10,65 \pm 6,68$	0,000	0,272	0,000	0,136
Неприйняття себе	$13,67 \pm 3,26$	$23,97 \pm 5,30$	$17,52 \pm 3,07$	$24,78 \pm 3,18$	0,000	0,001	0,000	0,439
Прийняття інших	$18,04 \pm 2,39$	$15,00 \pm 3,46$	$20,09 \pm 3,68$	$11,57 \pm 4,13$	0,001	0,011	0,000	0,001
Неприйняття інших	$12,70 \pm 7,99$	$26,39 \pm 7,64$	$24,52 \pm 3,80$	$30,46 \pm 3,29$	0,000	0,000	0,000	0,016
Емоційний комфорт	$18,37 \pm 4,39$	$17,52 \pm 4,40$	$18,35 \pm 3,59$	$8,65 \pm 5,09$	0,396	0,907	0,000	0,000
Емоційний дискомфорт	$18,33 \pm 6,75$	$26,00 \pm 5,27$	$21,26 \pm 2,60$	$33,76 \pm 2,24$	0,000	0,052	0,000	0,000
Внутрішній контроль	$35,93 \pm 10,22$	$34,73 \pm 7,27$	$38,04 \pm 5,30$	$30,95 \pm 8,40$	0,727	0,218	0,000	0,028
Зовнішній контроль	$21,04 \pm 12,56$	$31,12 \pm 8,81$	$27,17 \pm 4,76$	$36,57 \pm 5,35$	0,003	0,330	0,000	0,005
Домінування	$2,96 \pm 2,85$	$3,18 \pm 2,59$	$2,57 \pm 2,21$	$2,68 \pm 2,26$	0,522	0,929	0,963	0,539
Ведомість	$9,37 \pm 4,75$	$18,67 \pm 5,76$	$20,91 \pm 3,22$	$27,11 \pm 2,81$	0,000	0,000	0,000	0,000
Ескапізм	$8,41 \pm 4,50$	$18,61 \pm 5,36$	$19,26 \pm 3,00$	$20,89 \pm 2,87$	0,000	0,000	0,050	0,111

у Г3 ($23,97 \pm 5,30$ балів проти $17,52 \pm 3,07$ балів відповідно), а у пацієнтів Г4 показник неприйняття себе був найвищим серед усіх груп: $24,78 \pm 3,18$ балів (рис. 3). Розбіжності значущі при порівнянні груп Г1 і Г2, Г1 і Г3, та Г3 і Г4.

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

Натомість, показник неприйняття інших у пацієнтів Г1 були найнижчими: $12,70 \pm 7,99$ балів, і були низькими (нормативне значення 14-28 балів), у пацієнтів Г2 – близькими до верхньої межі норми: $26,39 \pm 7,64$ балів, а у пацієнтів Г3 – нижчими, ніж у пацієнтів Г2, але суттєво вищими, ніж у пацієнтів Г1: $24,52 \pm 3,80$ балів. У пацієнтів Г4 показник неприйняття інших перевищував норму і був найвищим серед усіх груп: $30,46 \pm 3,29$ балів (рис. 4). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою всіх груп.

Показники емоційного комфорту у пацієнтів Г1, Г2 і Г3 був у межах норми (14-28 балів) і складав відповідно $18,37 \pm 4,39$ балів, $17,52 \pm 4,40$ балів та $18,35 \pm 3,59$ балів, при цьому найнижче значення показника було виявлено у пацієнтів Г2, а у пацієнтів Г1 і Г3 показник був практично однаковим. У пацієнтів Г4 показник емоційного комфорту виявився нижчим за норму: $8,65 \pm 5,09$ балів (рис. 5). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г3 і Г4, та Г2 і Г4.

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

Показник внутрішнього контролю у пацієнтів всіх обстежених груп перебували у межах норми (26-52 бали), при цьому кількісне значення показника у пацієнтів Г1 склало $35,93 \pm 10,22$ балів, у пацієнтів Г2 – $34,73 \pm 7,27$ балів, у пацієнтів Г3 – $38,04 \pm 5,30$ балів, у пацієнтів Г4 – $30,95 \pm 8,40$ балів (рис. 6). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г2 і Г3, та Г2 і Г4.

Показник зовнішнього контролю у пацієнтів Г1 був найнижчим серед усіх досліджених груп (18-36 балів): $21,04 \pm 12,56$ балів, у пацієнтів Г2 – значно нижчим: $31,12 \pm 8,81$ балів, у пацієнтів Г3 – меншим, ніж у Г2, але більшим, ніж у Г1: $27,17 \pm 4,76$ балів, а у пацієнтів Г4 незначно вищим за верхню межу норми: $36,57 \pm 5,35$ балів (рис. 6). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, Г3 і Г4, та Г2 і Г4.

Показники домінування у всіх обстежених групах виявилися низькими: у Г1 $2,96 \pm 2,85$ балів, у Г2 – $3,18 \pm 2,59$ балів, у Г3 – $2,57 \pm 2,21$ балів, у Г4 – $2,68 \pm 2,26$ балів (рис. 7). При цьому розбіжності у показниках при порівнянні між собою різних груп були статистично не значущими.

Показники введомості у пацієнтів Г1 були низькими: $9,37 \pm 4,75$ балів, у пацієнтів Г2 і Г3 – у межах норми (12-24 бали): $18,67 \pm 5,76$ балів та $20,91 \pm 3,22$ балів відповідно, а у пацієнтів Г4 – вище норми: $27,11 \pm 2,81$ балів (рис. 7). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою всіх груп.

Аналогічно, показник ескапізму (втечі від реальності) у пацієнтів Г1 також виявився низьким: $8,41 \pm 4,50$ балів, у пацієнтів Г2 – $18,61 \pm 5,36$ балів, у пацієнтів Г3 – $19,26 \pm 3,00$ балів, що в межах норми (10-20 балів), а у пацієнтів Г4 – незначно вищим за норму: $20,89 \pm 2,87$ балів (рис. 7). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, та Г1 і Г3.

Аналіз інтегральних показників шкали соціально-психологічної адаптації дозволив виявити наступну загальну закономірність: найвищий рівень показників соціально-психологічної адаптації був притаманний пацієнтам Г1, гірший – пацієнтам Г3, ще гірший – пацієнтам Г2, і найгірший – пацієнтам Г4 (табл. 2).

Так, показник адаптації у пацієнтів Г1 склав $57,43 \pm 11,78$ балів, у пацієнтів Г2 – відповідно $34,34 \pm 7,98$ балів, у пацієнтів Г3 – $42,00 \pm 3,79$ балів, у пацієнтів Г4 – $21,73 \pm 7,08$ балів; показник самоприйняття – відповідно $51,76 \pm 8,20$ балів, $23,85 \pm 8,50$ балів, $43,90 \pm 7,38$ балів та $20,02 \pm 9,54$ балів (рис. 8); показник прийняття інших – $66,74 \pm 17,92$ балів, $41,45 \pm 9,01$ балів, $49,43 \pm 4,24$ балів та $30,34 \pm 7,97$ балів; показник емоційного комфорту – відповідно $51,07 \pm 13,13$ балів, $40,33 \pm 9,13$ балів (рис. 9), $46,11 \pm 6,04$ та $19,38 \pm 9,57$ балів; показник інтернальності – відповідно $59,38 \pm 12,67$ балів, $45,07 \pm 5,60$ балів, $50,20 \pm 5,36$ балів та $37,29 \pm 5,56$ балів (рис. 10).

Щодо прагнення до домінування, то пацієнтам Г1 було притаманне найвище значення показника серед усіх обстежених груп: $33,19 \pm 25,07$ балів, у пацієнтів Г2 показник був нижчим: $22,86 \pm 15,88$ балів, у пацієнтів

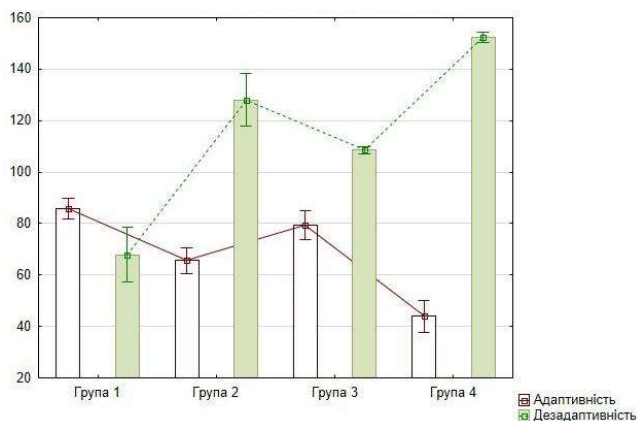


Рис. 1. Середні значення показників адаптивності та дезадаптивності (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

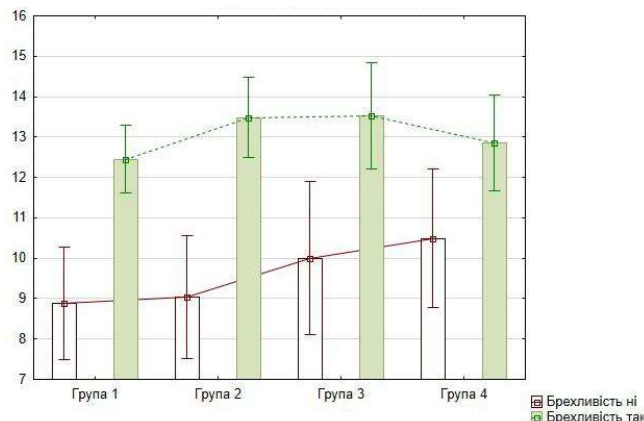


Рис. 2. Середні значення показників брехливості (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

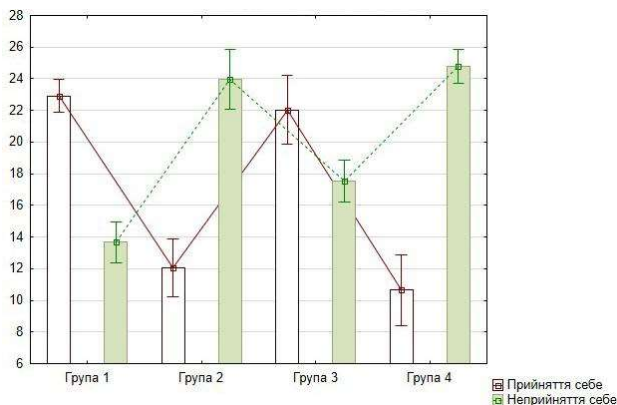


Рис. 3. Середні значення показників прийняття себе та неприйняття себе (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

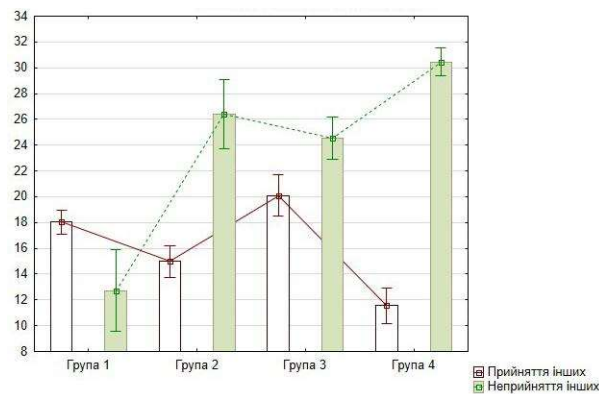


Рис. 4. Середні значення показників прийняття інших та неприйняття інших (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Таблиця 2

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

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

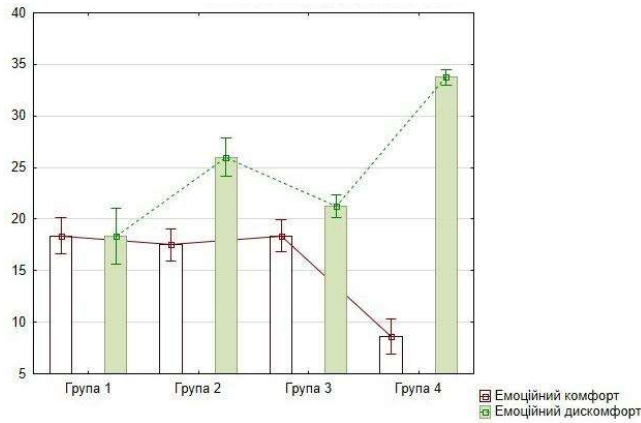


Рис. 5. Середні значення показників емоційного комфорту та емоційного дискомфорту (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

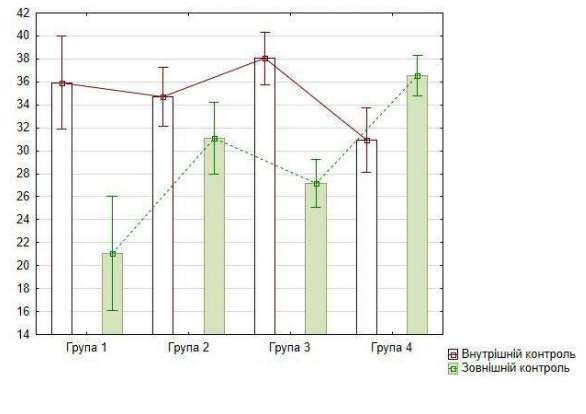


Рис. 6. Середні значення показників внутрішнього контролю і зовнішнього контролю (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

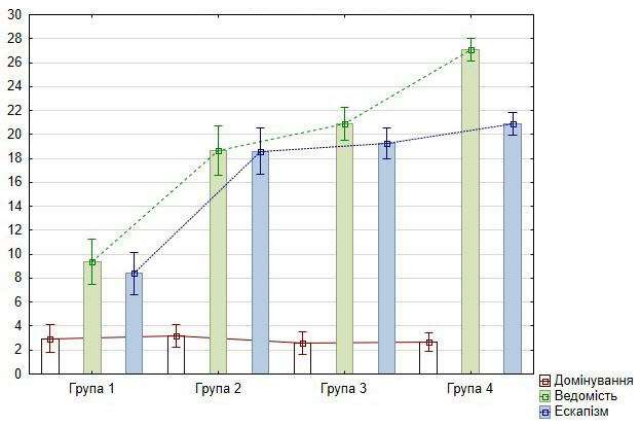


Рис. 7. Середні значення показників домінування, ведомості та ескапізму (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

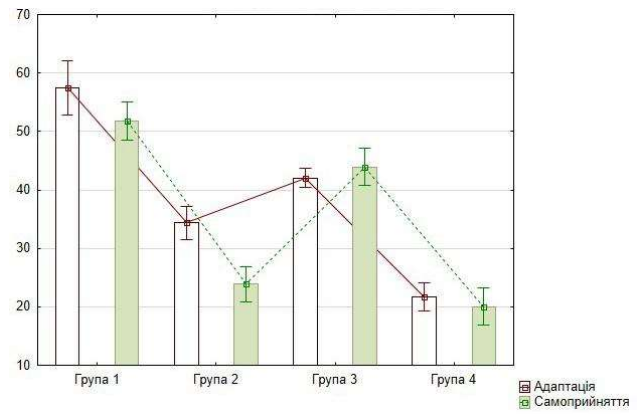


Рис. 8. Середні значення показників адаптації та самоприйняття (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

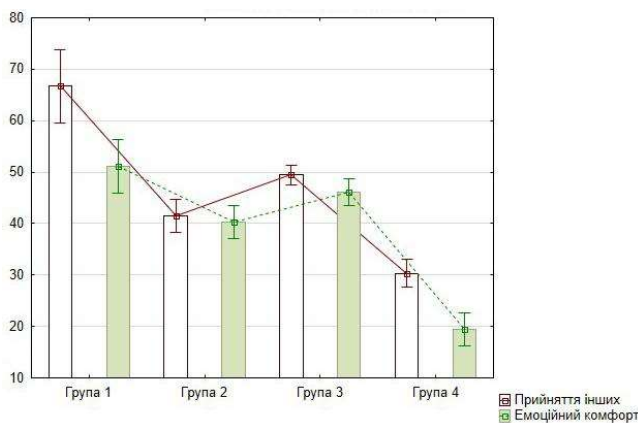


Рис. 9. Середні значення показників прийняття інших та емоційного комфорту (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

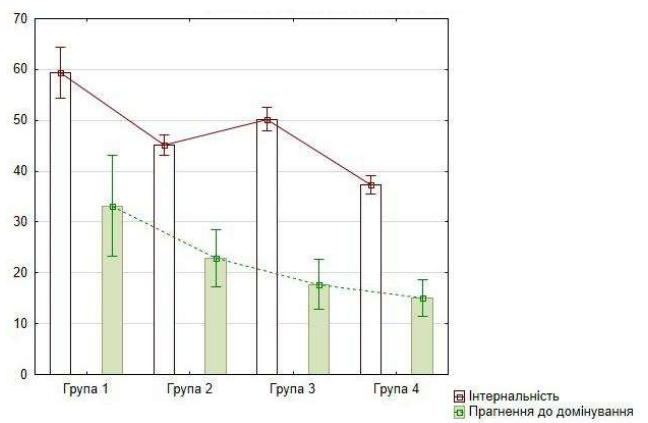


Рис. 10. Середні значення показників інтернальності та прагнення до домінування (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

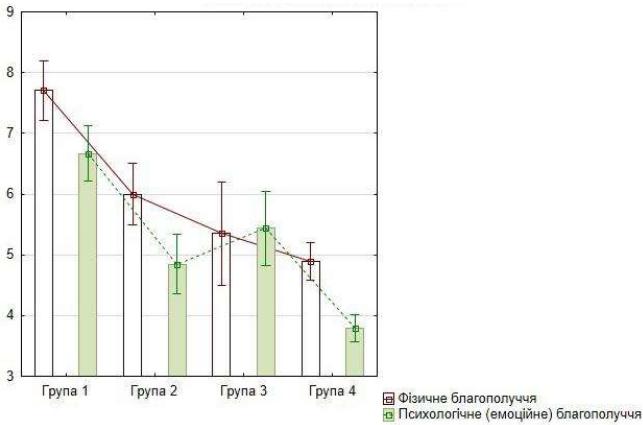


Рис. 11. Середні значення показників фізичного благополуччя та психологічного (емоційного) благополуччя (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

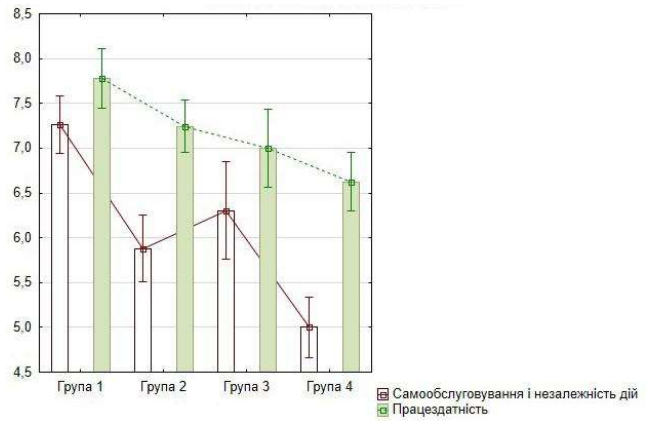


Рис. 12. Середні значення показників самообслуговування і незалежності дій та працездатності (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

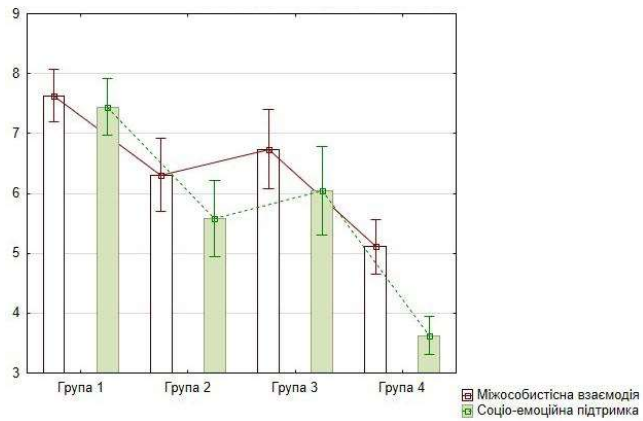


Рис. 13. Середні значення показників міжособистісної взаємодії та соціо-емоційної підтримки (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

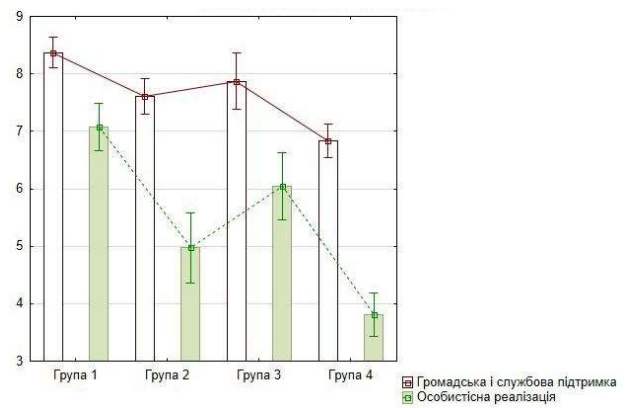


Рис. 14. Середні значення показників громадської і службової підтримки та особистісної реалізації (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

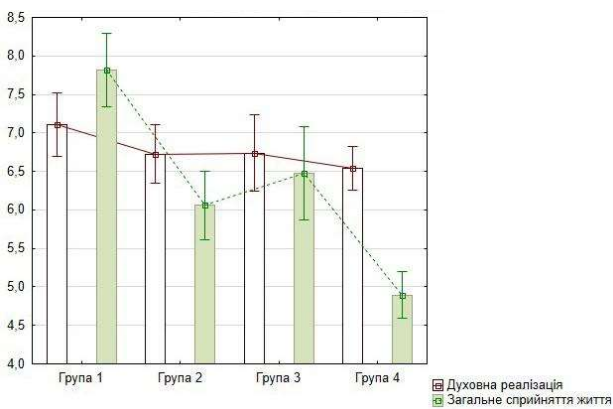


Рис. 15. Середні значення показників духовної реалізації та загального сприйняття життя (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

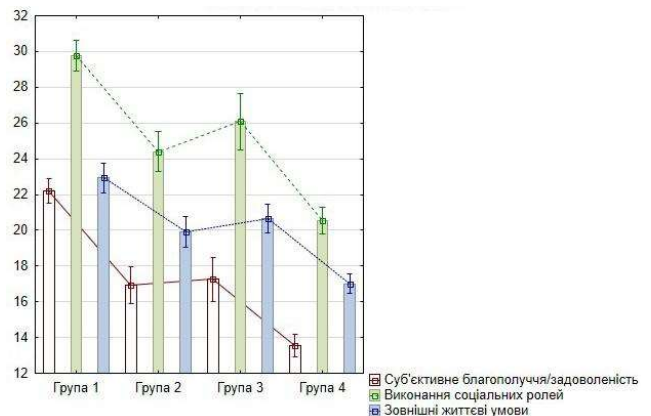


Рис. 16. Середні значення показників суб'єктивного благополуччя (задоволеності), виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих умов (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

Г3 – ще нижчим: $17,70 \pm 11,33$ балів, а у пацієнтів Г4 – найнижчим: $15,10 \pm 10,85$ балів (рис. 10).

Наступним кроком нами було досліджено особливості якості життя (ЯЖ) у різних сферах у дерматологічних пацієнтів з різними варіантами дерматологічної патології та психологічної дезадаптації. При цьому були виявлені важливі закономірності (табл. 3).

Показник у сфері фізичного благополуччя найбільшою мірою залежав від виду дерматологічної патології, і у пацієнтів Г1 був найвищим, і доволі високим: $7,70 \pm 1,23$ балів, у пацієнтів Г2 – нижчим: $6,00 \pm 1,41$ балів, у пацієнтів Г3 – ще нижчим: $5,35 \pm 1,97$ балів, і у пацієнтів Г4 – найнижчим: $4,89 \pm 0,94$ балів (рис. 11). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, Г1 і Г3, а також Г2 і Г4.

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

найнижчим: $3,78 \pm 0,67$ балів (рис. 11). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп.

Аналогічні закономірності були виявлені для сфери самообслуговування і незалежності дій. Найвище значення показника було притаманне пацієнтам Г1: $7,26 \pm 0,81$ балів, у пацієнтів Г2 воно було істотно нижчим: $5,88 \pm 1,05$ балів, у пацієнтів Г3 більшим, ніж у Г2, але нижчим, ніж у Г1: $6,30 \pm 1,26$ балів, а у пацієнтів Г4 – найнижчим серед усіх груп: $5,00 \pm 1,03$ балів (рис. 12). Розбіжності статистично значущі при порівнянні між собою усіх груп.

Щодо сфери працездатності, то показники тут більшою мірою залежали від варіанту дерматологічної патології, хоча відмінності між групами були менш суттєвими. Найвищий показник був виявлений у пацієнтів Г1: $7,78 \pm 0,85$ балів, дещо менший – у пацієнтів Г2: $7,24 \pm 0,83$ балів, ще менший – у пацієнтів Г3: $7,00 \pm 1,00$ балів, і найменший – у пацієнтів Г4: $6,62 \pm 0,98$ балів (рис. 12). Розбіжності статистично значущі при порівнянні Г1 і Г2, Г1 і Г3, та Г2 і Г4.

У сферах міжособистісної взаємодії та соціо-емоційної підтримки показники ЯЖ більшою мірою залежали від ступеню психологічної дезадаптації. Так, у

Таблиця 3

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

Показник	Показник, $M \pm m$, бали				p			
	Г1, n=27	Г2, n=33	Г3, n=23	Г4, n=37	Г1-Г2	Г1-Г3	Г3-Г4	Г2-Г4
Фізичне благополуччя	$7,70 \pm 1,23$	$6,00 \pm 1,41$	$5,35 \pm 1,97$	$4,89 \pm 0,94$	0,000	0,000	0,534	0,002
Психологічне (емоційне) благополуччя	$6,67 \pm 1,14$	$4,85 \pm 1,37$	$5,43 \pm 1,41$	$3,78 \pm 0,67$	0,000	0,001	0,000	0,000
Самообслуговування і незалежність дій	$7,26 \pm 0,81$	$5,88 \pm 1,05$	$6,30 \pm 1,26$	$5,00 \pm 1,03$	0,000	0,004	0,000	0,001
Працездатність	$7,78 \pm 0,85$	$7,24 \pm 0,83$	$7,00 \pm 1,00$	$6,62 \pm 0,98$	0,013	0,005	0,174	0,008
Міжособистісна взаємодія	$7,63 \pm 1,11$	$6,30 \pm 1,72$	$6,74 \pm 1,54$	$5,11 \pm 1,35$	0,001	0,060	0,000	0,002
Соціо-емоційна підтримка	$7,44 \pm 1,19$	$5,58 \pm 1,79$	$6,04 \pm 1,72$	$3,62 \pm 0,95$	0,000	0,003	0,000	0,000
Громадська і службова підтримка	$8,37 \pm 0,69$	$7,61 \pm 0,86$	$7,87 \pm 1,14$	$6,84 \pm 0,87$	0,001	0,154	0,001	0,001
Особистісна реалізація	$7,07 \pm 1,04$	$4,97 \pm 1,70$	$6,04 \pm 1,36$	$3,81 \pm 1,13$	0,000	0,008	0,000	0,002
Духовна реалізація	$7,11 \pm 1,05$	$6,73 \pm 1,07$	$6,74 \pm 1,14$	$6,54 \pm 0,87$	0,221	0,303	0,462	0,404
Загальне сприйняття життя	$7,81 \pm 1,21$	$6,06 \pm 1,25$	$6,48 \pm 1,41$	$4,89 \pm 0,91$	0,000	0,001	0,000	0,000
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	$22,19 \pm 1,75$	$16,91 \pm 2,90$	$17,26 \pm 2,85$	$13,57 \pm 1,86$	0,000	0,000	0,000	0,000
Виконання соціальних ролей	$29,74 \pm 2,18$	$24,39 \pm 3,14$	$26,09 \pm 3,65$	$20,54 \pm 2,21$	0,000	0,000	0,000	0,000
Зовнішні життєві умови	$22,93 \pm 2,06$	$19,91 \pm 2,36$	$20,65 \pm 1,90$	$17,00 \pm 1,65$	0,000	0,000	0,000	0,000
Показник якості життя	$7,49 \pm 0,33$	$6,12 \pm 0,65$	$6,40 \pm 0,57$	$5,11 \pm 0,32$	0,000	0,000	0,000	0,000

сфері міжособистісної взаємодії середнє значення показника у пацієнтів Г1 склало $7,63 \pm 1,11$ балів, у пацієнтів Г2 – $6,30 \pm 1,72$ балів, у пацієнтів Г3 – $6,74 \pm 1,54$ балів, у пацієнтів Г4 – $5,11 \pm 1,35$ балів, у сфері соціо-емоційної підтримки – відповідно $7,44 \pm 1,19$ балів, $5,58 \pm 1,79$ балів, $6,04 \pm 1,72$ балів та $3,62 \pm 0,95$ балів (рис. 13).

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

Сфера особистісної реалізації виявилася ще більш залежною від наявності ознак психологічної дезадаптації: у пацієнтів з її відсутністю показники були значуще більшими, а у пацієнтів з наявністю дезадаптації – значуще меншими. Так, показник у пацієнтів Г1 склав $7,07 \pm 1,04$ балів, у пацієнтів Г2 – $4,97 \pm 1,70$ балів, у пацієнтів Г3 – $6,04 \pm 1,36$ балів, у пацієнтів Г4 – $3,81 \pm 1,13$ балів (рис. 14).

Показники у сфері духовної реалізації у обстежених пацієнтів були доволі високими, і значуще не відрізнялися у різних групах: у Г1 середнє значення показника склало $7,11 \pm 1,05$ балів, у Г2 – $6,73 \pm 1,07$ балів, у Г3 – $6,74 \pm 1,14$ балів, у Г4 – $6,54 \pm 0,87$ балів (рис. 15).

Натомість, показник загального сприйняття життя значуще відрізнявся при порівнянні усіх груп, і був найвищим у пацієнтів Г1: $7,81 \pm 1,21$ балів, меншим у пацієнтів Г3 – $6,48 \pm 1,41$ балів, ще меншим – у пацієнтів Г2 – $6,06 \pm 1,25$ балів, і найменшим – у пацієнтів Г4: $4,89 \pm 0,91$ балів (рис. 15).

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

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

Значення інтегрального показника ЯЖ у пацієнтів з відсутністю ознак психологічної дезадаптації виявилось

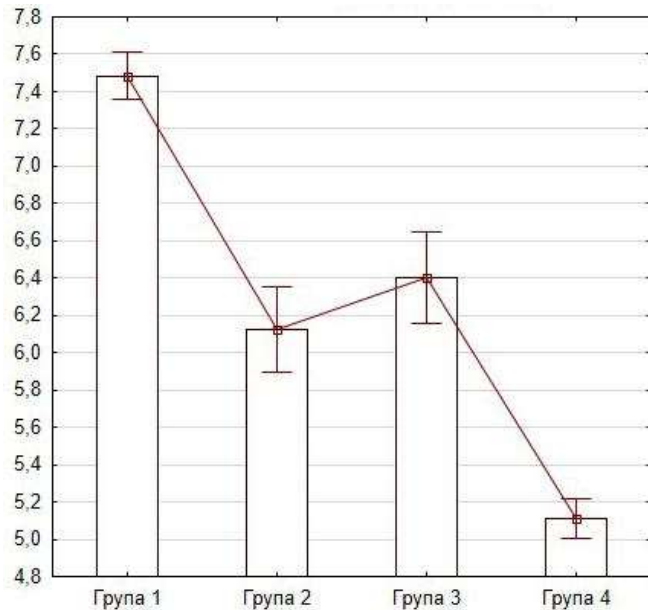


Рис. 17. Середні значення показника якості життя (у балах) у пацієнтів різних груп (квадратами позначені середні значення, рисками – 95% довірчий інтервал значень показників)

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

Висновки

Як за інтегральними показниками так і за окремими характеристиками соціально-психологічної адаптації/дезадаптації, ми виявили загальний тренд первинного значення браку адаптаційних ресурсів та вторинного – нозоспецифічних особливостей дерматологічної патології, у формуванні станів психологічної дезадаптації, що проявляється як в клініко-психологічній площині [12], так і в сфері психосоціального функціонування.

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

Дослідження підтвердило наші припущення щодо відсутності прямого взаємозв'язку між нозоспецифічністю та вітальністю дерматологічного захворювання і станом психосоціального функціонування індивіда, особливо в контексті адаптивності та її ресурсної бази.

Отримані результати стосовно того, що дерматологічні хворі без клінічних ознак психологічної дезадаптації, незалежно від нозологічної приналежності основного захворювання, мають достатній ресурс адаптивності та задіяють його в сфері соціально-психологічної взаємодії, є для нас передбачуваними, але такими, що потребували наукового обґрунтування та доведення.

Питання первинності/вторинності станів ресурсної бази та адаптивності на клініко-психологічному та психосоціальному рівнях є такими, що потребують подальшого вивчення. Ми припускаємо, що мова йде про

механізми взаємовпливів біологічної предиспозиції та психологічних й психосоціальних факторів, мозаїчне поєднання яких визначає ресурсні можливості індивіда щодо конструктивного прийняття факту наявності дерматологічного захворювання і вибудови адекватної стратегії її опанування, незалежно від ступеню вітальності хвороби.

Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних і психопрофілактичних заходів у пацієнтів з дерматологічною патологією з різним рівнем вітальної загрози.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Senra M. S., Wollenberg A. Psychodermatological aspects of atopic dermatitis // Br. J. Dermatol. 2014. Vol. 170. P. 38 – 43.
2. Marshall C., Taylor R., Bewley A. Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23, Is. 96(217). P. 30 – 34.
3. Foggini E., Cuddy L., Young H. Psychosocial morbidity in skin disease // Br J Hosp Med (Lond). 2017. Vol. 2, Is. 78(6). P. 82-86.
4. Психодерматологія: медико-психологічні аспекти дії психосоціального стресу в клінічній і естетичній дерматологічній практиці / За заг. редакцією проф. М.В.Маркової. Харків : «Друкарня Мадрид», 2019. 277 с. ISBN 978-617-7845-85-9.
5. Fava G. A., Guidi J., Sonino N. The Psychosomatic Practice // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23, Is. 96(217). P. 9 – 13.
6. Jafferany M., Franca K. Psychodermatology: Basics Concepts // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23, Is. 96(217). P. 35 – 37.
7. França K., Castillo D. E., Rocca M. G., Lotti T., Wollina U., Fioranelli M. Psychoneurocutaneous medicine: past, present and future // Wien Med Wochenschr. 2017. Vol.14. P. 214 – 217.

Стаття надійшла до редакції 20.09.2023

Стаття рекомендована до друку 20.10.2023

8. Honeyman J. F. Psychoneuroimmunology and the Skin // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23. Is. 96(217). P. 38-46.
9. Coneo A. M. C., Thompson A. R., Lavda A. The influence of optimism, social support, and anxiety on aggression in a sample of dermatology patients: an analysis of cross-sectional data // British Journal of Dermatology. 2017. Vol. 176(5). P. 1187-1194.
10. Dehghani F., Dehghani F., Kafaie P., Taghizadeh M. R. Alexithymia in different dermatologic patients // Asian J Psychiatr. 2017. Vol. 25. P. 42-45.
11. Koo J. Y., Lee C. S. General approach to evaluating psychodermatological disorders // Psychocutaneous Medicine. – NY: MarcelDekker, 2003. P. 1 – 29.
12. Маркова М.В., Скребцова Г.В. Особливості клінічної складової континууму психологічної адаптації-дезадаптації у хворих дерматологічного профілю з різним рівнем вітальної загрози // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. 2023. № 2. С. 130-141.
<http://doi.org/10.15407/internalmed2023.02.130>

REFERENCES

1. Senra M. S., Wollenberg A. Psychodermatological aspects of atopic dermatitis // Br. J. Dermatol. 2014. Vol. 170. P. 38 – 43.
2. Marshall C., Taylor R., Bewley A. Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23, Is. 96(217). P. 30 – 34.
3. Foggini E., Cuddy L., Young H. Psychosocial morbidity in skin disease // Br J Hosp Med (Lond). 2017. Vol. 2, Is. 78(6). P. 82-86.
4. Psihodermatologija: mediko-psihologichni aspekti dii psihosocial'nogo stresu v klinichnij i estetichnij dermatologichnij praktici / Za zag. redakciyu prof. M.V. Markovoї. Harkiv : «Drukarnya Madrid», 2019. 277 s. [in ukr] ISBN 978-617-7845-85-9.
5. Fava G. A., Guidi J., Sonino N. The Psychosomatic Practice // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23, Is. 96(217). P. 9 – 13.
6. Jafferany M., Franca K. Psychodermatology: Basics Concepts // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23, Is. 96(217). P. 35 – 37.
7. França K., Castillo D. E., Rocca M. G., Lotti T., Wollina U., Fioranelli M. Psychoneurocutaneous medicine: past, present and future // Wien Med Wochenschr. 2017. Vol.14. P. 214 – 217.

The article was received by the editors 20.09.2023

The article is recommended for printing 20.10.2023

1. Honeyman J. F. Psychoneuroimmunology and the Skin // Acta Dermato-Venereologica. 2016. Vol. 23. Is. 96(217). P. 38-46.
2. Coneo A. M. C., Thompson A. R., Lavda A. The influence of optimism, social support, and anxiety on aggression in a sample of dermatology patients: an analysis of cross-sectional data // British Journal of Dermatology. 2017. Vol. 176(5). P. 1187-1194.
3. Dehghani F., Dehghani F., Kafaie P., Taghizadeh M. R. Alexithymia in different dermatologic patients // Asian J Psychiatr. 2017. Vol. 25. P. 42-45.
4. Koo J. Y., Lee C. S. General approach to evaluating psychodermatological disorders // Psychocutaneous Medicine. – NY: MarcelDekker, 2003. P. 1 – 29.
5. Markova M.V., Skrebtsova G.V. Osoblivosti klinichnoi skladovoi kontinuumu psihologichnoi adaptacii-dezadaptacii u hvorih dermatologichnogo profilyu z rznim rrvnem vitalnoi zagrozi // Skhidnoevropejs'kij zhurnal vnurishnoi ta simejnoi medicini. 2023. № 2. S. 130-141 [in ukr].
<http://doi.org/10.15407/internalmed2023.02.130>

ANALYSIS OF THE PSYCHOSOCIAL COMPONENT CONTINUUM OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION-DISADAPTATION IN PATIENTS WITH A DERMATOLOGICAL PROFILE WITH DIFFERENT LEVELS OF VITAL THREAT

Skrebtsova Hanna

postgraduate student of the Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine
skrebtsova79@gmail.com;
<https://orcid.org/0009-0002-0151-4444>

Purpose: to investigate the state of psychosocial functioning as a component of the continuum of psychological adaptation - maladaptation in patients with a dermatological profile with diseases of various levels of vital threat, to develop, in the future, personalized psychocorrection programs for this category of patients.

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

The results. Both by integral indicators and by separate characteristics of socio-psychological adaptation/maladaptation, we found a general trend of the primary importance of the lack of adaptive resources and the secondary – nospecificity features of dermatological pathology, in the formation of states of psychological maladaptation, which is manifested both in the clinical and psychological plane, and in the field of psychosocial functioning.

These data are also consistent with the results of the study of the quality of life (QoL) of the examinees: the general trend of association between the level of QoL and the presence of signs of psychological maladjustment (PMA) was confirmed both for the integral criteria for the assessment of QoL and for 8 out of 10 evaluation parameters of QoL (levels of physical well-being and work capacity turned out to be nospecificity, in contrast to all other parameters).

The study confirmed our assumptions regarding the absence of a direct relationship between nospecificity and vitality of a dermatological disease and the state of psychosocial functioning of an individual, especially in the context of adaptability and its resource base. The obtained results regarding the fact that dermatological patients without clinical signs of psychological maladjustment, regardless of the nosological affiliation of the main disease, have a sufficient resource of adaptability and use it in the field of social-psychological interaction, are predictable for us, but such that required scientific justification and proof.

The issues of primary/secondary states of the resource base and adaptability at the clinical-psychological and psychosocial levels require further study. We assume that we are talking about the mechanisms of mutual influence of biological predisposition and psychological and psychosocial factors, the mosaic combination of which determines the resource capabilities of the individual regarding the constructive acceptance of the fact of the presence of a dermatological disease and the development of an adequate strategy for its mastery, regardless of the degree of vitality of the disease.

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

Key words: *psychodermatology, vital threat level, psychological maladaptation, psychosocial functioning.*