

Вищий навчальний заклад “Український католицький університет”

Факультет наук про здоров’я

Магістерська робота

**ПСИХОДИНАМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ Я-ОБРАЗУ ПАЦІЄНТІВ ЗІ
ШКІРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Виконала студентка 6 курсу
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми “Клінічна
психологія з основами психо-
динамічної терапії

Коваль С. В.

Керівник доц. **Миколайчук М. І.**

Рецензент

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ РОЛІ РІЗНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ У ВИНИКНЕННІ ПСОРИАЗУ ТА НЕЙРОДЕРМІТУ.....	7
1.1. Я-образ особистості та його психодинамічні характеристики.....	7
1.1.1. Я-образ з точки зору різних психологічних теорій.....	7
1.1.2. Зв'язок Я-образу із соматичною патологією.....	9
1.1.3. Психологічні теорії виникнення і розвитку психосоматичних уражень шкіри.....	12
1.2. Огляд досліджень щодо ролі психологічних чинників в структурі шкірних захворювань.....	15
1.2.1. Ключові поняття і медико-психологічні чинники шкірних захворювань...	15
1.2.2. Якість життя дерматологічних пацієнтів.....	17
1.2.3. Самоставлення та Я-образ осіб, що страждають на псоріаз та нейродерміт.....	22
1.3. Теоретична модель зв'язку різних психологічних чинників у хворих на псоріаз та нейродерміт.....	26
Висновки до першого розділу.....	27
РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ Я-ОБРАЗУ ПАЦІЄНТІВ З ПСОРИАЗОМ І НЕЙРОДЕРМІТОМ.....	29
2.1 Характеристика групи досліджуваних.....	29
2.2.Характеристика методики дослідження.....	31
2.3. Основні етапи дослідження.....	36

Висновки до другого розділу.....	37
РОЗДІЛ ІІІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОДИНАМІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК Я-ОБРАЗУ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ.....	38
3.1. Емпіричне дослідження психологічних особливостей Я-образу дерматологічних пацієнтів.....	38
3.2. Кореляція між психологічними чинниками у дерматологічних пацієнтів	43
3.3. Емпіричне дослідження показників якості життя дерматологічних пацієнтів.....	47
3.4. Емпіричне дослідження психологічних особливостей Я-образу з допомогою проективних методик та якісного аналізу.....	51
3.5. Дискусія отриманих результатів.....	57
Висновки до третього розділу.....	59
ВИСНОВКИ.....	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	63
ДОДАТКИ.....	70

Вступ

Актуальність дослідження. У зв'язку зі зростанням психологічного навантаження і стресів у сучасному суспільстві питання розуміння психологічного аспекту феномену здоров'я займає вагоме місце у науці та практиці.

Прогресуюча кількість випадків психосоматичних захворювань, недостатня ефективність медикаментозного лікування, утруднена повсякденна діяльність та зниження якості життя хворих диктує необхідність комплексного підходу до терапії.

Психодерматологія є одним із достатньо актуальних і водночас малодосліджених напрямів сучасної науки в Україні. Псоріаз та нейродерміт належать до поширених і невиліковних шкірних патологій, які характеризуються хронічним рецидивуючим перебігом та мають тісний зв'язок із низкою психологічних чинників. Значна кількість негативних факторів, що супроводжують дані хвороби (порушення цілісності шкіри, сильний свербіж, погіршення сну, ураження суглобів, стигматизація, зниження повсякденної активності і соціальної діяльності та як наслідок погіршення якості життя) зумовлюють актуальність даної проблематики.

В свою чергу хвороба сприяє виникненню негативних психоемоційних станів та впливає на самоставлення особистості зокрема та Я-образ загалом, що веде до замкнутого кола патологічного процесу.

Нещодавні дослідження (Кутасевич Я.Ф., Jafferany M., Святенко Т.В., Біловол А.М., Болотна Л.А., Олійник І.О., Гаврилюк О.А., Матюшенко В.П. 2018р) показали недостатню добру обізнаність лікарів дерматологів у питаннях психодерматології, складність у виявленні коморбідних психоемоційних відхилень та призначенні відповідної терапії. Глибше вивчення даної галузі допоможе зберегти здоров'я і покращити показники якості життя дерматологічних пацієнтів та підвищити ефективність лікування. Терапія буде успішнішою за умов холістичного підходу- лікуємо не хворобу, а особистість.

Взаємодія лікарів дерматологів та психотерапевтів сприятиме оптимізації лікувальної допомоги таким хворим в клінічних умовах.

Добрий альянс в значній мірі підвищить ефективність лікування осіб, що страждають на тяжкі хронічні дерматози, збільшити тривалість ремісії та покращить загальне самопочуття пацієнтів.

Проблема впливу психологічних чинників, таких як стрес, депресія, тривога, аутоагресія, конфліктність, сором, самозвинувачення на виникнення дерматологічної патології досліджувались такими вченими Шур М., Берн Е., Павлов О.В., Пезешкіан Н., Вашека Т.В., Мацерук О.С., Александер Ф., Каденко О.А., Томаржевська І.В.

Соматопсихічний вплив, зокрема вплив дерматологічного захворювання на Я-образ та якість життя, досліджували Конечний Р. і Боухал М, Чаріті Джастін Такйун, Штрахова А.В., Харисова А.Р., Новицкая Н.Н., Білявська М.В., Романів О.П.

Попри увагу науковців до даної проблематики все ж бракує сучасних вітчизняних досліджень які б розкрили психодинамічні аспекти виникнення і розвитку дерматологічних патологій.

Актуальним залишається завдання розробки та впровадження психотерапевтичних і психокорекційних програм для людей, що страждають шкірними недугами враховуючи психодинамічні характеристики їх особистості. Об'єкт дослідження – Я-образ людей, що страждають на псоріаз та нейродерміт. Предмет дослідження — характеристики (кореляти) Я-образу пацієнтів зі шкірними хворобами з різним рівнем якості життя.

Мета дослідження - визначити психодинамічні характеристики Я-образу пацієнтів зі шкірними захворюваннями залежно від рівня якості життя. Визначити структуру Я-образу пацієнтів. Обґрунтувати взаємозв'язок як концепції хворого та їх психологічного благополуччя. Виявити та проаналізувати ряд психологічних чинників, які зумовлюють вплив на пацієнтів із псоріазом та нейродермітом.

Завдання дослідження

1. встановити і описати особливості Я-образу та центральних особистісних функцій пацієнтів із шкірними захворюваннями;
2. виміряти показники якості життя пацієнтів із псоріазом та нейродермітом;
3. встановити особливості зв'язку між рівнем сформованості я-концепції та рівнем якості життя осіб, що страждають на хронічні шкірні захворювання;
4. визначити і проаналізувати захисні механізми і часткову роль сім'ї у пацієнтів шкірно-венеричного диспансеру.
5. на основі отриманих наукових даних, розробити рекомендації щодо проведення психокорекційної та психоконсультативної програми для таких пацієнтів.

Гіпотези:

1. Припускаємо, що функціональна здатність границь Я-образу осіб, що страждають на псоріаз та нейродерміт характеризуються нестійкістю та проникністю.
2. Ймовірно, існує зв'язок між якістю життя дерматологічних хворих та Я-образом.
3. Припускаємо, що рівень якості життя пацієнтів пов'язаний із показником ясності Я-концепції та рівнем самооцінки.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ РОЛІ РІЗНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ У ВИНИКНЕННІ ПСОРІАЗУ ТА НЕЙРОДЕРМІТУ.

1.1. Я-образ особистості та його психодинамічні характеристики.

1.1.1. Я-образ з точки зору різних психологічних теорій.

Я-образ - це глибинна сутність особистості, її самість, це результат самопізнання як центральної ланки Я-концепції. Я-образ визначає взаємодію особистості із світом і собою та поєднується з такими поняттями як самоусвідомлення, самооцінка, саморегуляція, самоаналіз, картина Я. Я-як-об'єкт складається із чотирьох складових: я духовне, я тілесне, я матеріальне та я соціальне. Вони утворюють для кожного індивіда власний образ особистості.

Психологічні дослідження Я-образу (а також Я-концепції) в зарубіжній науці пов'язані з іменами відомих науковців та аналітиків Роджерса К., Адлера А., Джеймса У., Бернса Р., Хорні К., Юнга К., Еріксона Е. та інших. У вітчизняній психології висвітлення цього поняття представлено у працях Кона І., Лісіної М., Рубінштейна С., Століна В., Соколової О., Максименка С., Карпенко З., Фурмана А., Гуменюк О., Титаренко Т., Балла Г., Боришевського М. та ін. [1,2,3]. Однак аналіз літературних джерел показав, що вміст і об'єм поняття Я-образу досі залишається дискусійним. Неоднозначно також трактується місце Я-образу в структурі самосвідомості. Засновником вчення Я-образу прийнято вважати Джеймса У. («Принципы психологии», 1890 г). Я-образ він розглядав як Я-усвідомлююче (І) та Я-як-об'єкт (Ме) [4].

У вітчизняній психології образ-Я в основному розглядають як вивчення самоусвідомлення. Об'єктом самосвідомості є сама особистість. З цього приводу є багато досліджень Століна В.В, Шибутани Т., Соколової Е.Т, Панталеєва С.Р. Опираючись на погляди Фрейда З., Еріксон С. пише про механізм формування Я-образу як про несвідомий процес, що формується під час розвитку особистості під впливом різних життєвих факторів (кризи, конфлікти, культуральні фактори). [5]

Хорні Карен пов'язувала Я-образ (який з'являється в ранньому дитинстві) із типом захисних механізмів. Дитина з'являється на світ з відчуттям базової тривоги. Хорні К. при цьому виділяла фізіологічну та психологічну тривоги. Подолання психологічної тривоги складний процес, оскільки пов'язаний з формуванням адекватного Я-образу. Хорні К. вважала, що цей образ складається із двох частин: знання про себе і відношення до себе. Види: реальне, ідеальне, Я в очах інших. Про постнатальний період формування Я-образу говорить і теорія Лакана Ж.- первинна локалізація Я-образу в тілі немовляти. Завдяки щоденним тілесним інтеракціям у дитини формується загальне чуттєве уявлення. Рання депривація прив'язаності впливає на встановлення меж власної ідентичності.[5,6,8].

Католик Г., досліджуючи поняття Я-концепції зазначає, що Роджерс К. був прихильником гуманістичного підходу. Поняття «Я-концепція» посідає центральне місце у феноменологічній теорії Роджерса К. Функціями я-концепції він вважав контроль і поведінку та вибір людиною способу своєї поведінки, що може бути обумовлено позитивною або негативною я-концепцією. Автор також зазначає, що Я-концепція означає уявлення людини про те, ким вона є. [7]. Вона відображає ті характеристики, які індивід сприймає як частину себе. З погляду феноменологічного напрямку, я-концепція часто показує, те як ми бачимо себе у різних ролях, які граємо в житті. Отже, Я-концепція це складна, організована, послідовна та інтегрована система сприймання наявна у свідомості індивіда. Однак Роджерс К. вважає, що незначна невідповідність між усвідомленням власного Я та переживаннями зовнішніх подій може призвести до поведінкових розладів та дезадаптації. Тому, на його думку є важливим формування «внутрішнього локусу оцінки». [8].

Особистість людини, згідно Я-структурній теорії Г. Аммона, являє собою складну систему, яка може бути розглянута в статичі й динаміці. Як статичне утворення структура особистості включає три рівні психічних елементів-органічні структури, центральні Я-функції і вторинні Я-функції. На рівні

органічних структур відбувається робота біологічних і нейрофізіологічних функцій. Я-функція людини за Аммоном може носити конструктивний, деструктивний або дефіцитарний характер взаємодії людини з навколишнім світом і самим з собою [9].

Згідно біопсихосоціальному підходу особистість, як носій психосоматичної єдності, переживає і осмислює тілесний досвід як життєву ситуацію та інтегрує його в суб'єктивну картину власного життєвого шляху [10].

Необхідно підкреслити, що Я-концепція є центральною ланкою самосвідомості людини та важливим чинником організації психічної діяльності загалом. Я-концепція у життєдіяльності особистості відіграє наступні важливі функції: самоузгодження, забезпечення цілісності внутрішнього світу, саморегуляція, самовизначення, інтеграція життєвого досвіду, забезпечення саморозвитку та самореалізації. У реальній життєдіяльності людини Я-концепція, виконуючи свої функції, проявляється такими процесами, як самопізнання (за його допомогою виникає Я-образ), емоційно-оцінювальне ставлення до себе, що впливають на поведінку та вчинки особистості. Цілісність образу власного Я задає систему та зміст життя, робить поведінку особистості послідовною, адже Я-концепція є своєрідним центром самокерування та цілевизначення [8].

Отже, проглянувши різні психологічні теорії бачимо що, Я-образ має чимало психологічних чинників впливу, проте можна виділити дещо спільне — образ Я визначає взаємодію особистості із світом і собою зокрема.

1.1.2. Зв'язок Я-образу із соматичною патологією. Поняття я-тілесне.

Образ тіла, як базисний компонент Я-образу, є психологічною репрезентацією у самосвідомості індивіда його фізичного тіла, що являється своєрідним храмом душі. Тіло вважається центром функціонування особистості, з тим що бажання і імпульси, прагнення людини часто мають соматичні джерела. В свою чергу відхилення у розвитку особистості нерідко вміщують психосоматичні причини. В образі тіла можуть одночасно існувати: ідеальний образ, сприймання власної

зовнішності, віддзеркалене сприйняття від інших людей, уявлення про стан власного здоров'я, про фізичні можливості та вікові обмеження індивіда [11,12]. Першим психологом в працях якого йдеться про тлумачення “тілесного Я” у структурі психіки, вважається Джеймс У. [11]. При соматичній патології тіло стає власним об'єктом свідомості. Чимало науковців висловлюють думку, що тілесність метафорично виражає психологічні проблеми особистості. Відношення до власного тіла формує ставлення людини до власного Я. Про це говорять у своїх працях Бернс Р., Соколова Є.Т., Мухіна У. З., Чеснокова І.І., Кон С., Тхостов О.Ш, Налчаджян А.А. та інші. [11,13].

У психології існують різні підходи до визначення місця і ролі Я-тілесного в структурі особистості — від майже повного виключення його зі структури самосвідомості, до розгляду тілесного Я як одного з провідних чинників організації психіки. Також існують припущення, що розвиток тілесного Я не припиняється в ранньому віці, воно коректується, доповнюється і трансформується протягом всього життя людини.

Тілесне я - це переживання свого тіла як втілення Я, ядерна частина ідентичності. Его-ідентичність- це результат синтезуючої функції его, системи свідомих і несвідомих уявлень людини про власне Я та стосунки з оточуючими. Для одних авторів ідентичність виступає однією з властивостей Я-концепції, для інших — я-концепція - це усвідомлювана частина ідентичності [14].

Фішер С. і Клівленд С. провели дослідження, що оцінили зв'язок між образом тіла з точки зору його границь і деякими особистісними характеристиками людини. Провівши дослідження вчені дійшли висновку, що чим нижча ступінь визначеності границь образу тіла тим слабша автономія, високий рівень захистів і невпевненість в соціальних контактах і навпаки — чим міцніші границі, тим сильніша автономія і особистість краще адаптована до соціуму [15].

Фройд З. акцентував увагу на тісному зв'язку Я-образу з тілесними переживаннями, вказував на важливість соціальної взаємодії між людьми і стверджував, що всі психологічні акти походять із біологічної природи тіла [16].

Ідею конверсії Фрейд З. описав в роботах «Психоневрози захисту» (1894) та «Дослідження істерії» (1895). Конверсія – це зсув психічного конфлікту та намагання вирішити це через тіло, яке в свою чергу реагує різними соматичними симптомами [17]. Фрейд З. висунув таку концепцію — психічний конфлікт виступає в органічному костюмі і на цій сцені розігруються психічні розлади. Трохи іншої думки був Гредок Георг (1917), - за його словами не лише істерик може робити себе хворим переслідуючи якусь власну мету; кожна людина має таку здатність і може робити це в тому об'ємі який ми навіть не можемо собі уявити. Фрейд оцінив і прийняв позицію Гредока і почав розглядати хворобу з точки зору поведінки особистості [18].

Аммон Г. в своїй книзі “Психосоматическая терапия” говорить про те, що Я знаходиться у тісному зв'язку з соматикою, оскільки проявляється тілесно. Автор бере до уваги слова Фрейда З., - власне тіло, і перш за все його поверхня, є місцем із якого можуть поступати одночасно зовнішні і внутрішні відчуття. “Я” перш за все є тілесним і водночас проекцією поверхності. “Я” може розглядатися як психічна проекція поверхні тіла, тому що представляє собою поверхню психічного апарату (Freud, 1923 b). Шильдер висловлює діаметричну протилежність Фрейд З. відносно інстинктивно-психологічних пояснень життєвих процесів. Він вважає, що інстинкт “Я” це - прагнення до контакту з об'єктом (який приносить задоволення), на відміну від Фрейда З., який вважає, що головним є інстинкт смерті, уникнення контакту та зняття напруги.

Аммон Г. виділяє вклад Макса Шура (1950,1953,1955), який на основі інтенсивних досліджень психодинаміки шкірних захворювань висунув загальну психосоматичну концепцію, що вводить психосоматичні захворювання в контекст розвитку Я [18]. Шур Макс говорив про ресоматизацію як крок назад — де душа і тіло реагували як одне ціле. Ресоматизація можлива при слабкості або базовому порушенні Я [19].

Конечний Р. і Боухал М. в своїй праці з медичної психології підкреслюють, що шкіра є органом, який людина демонструє оточуючим і який має важливе психологічне значення. Вона є межею між людиною і навколишнім середовищем з одного боку, а з іншого це відзеркалення внутрішньої сутності особистості. Схожої думки Хірш М.,- функція тіла - це установка кордонів. Так, екзема призначена тримати інтрузивного об'єкта на відстані [14,20,56].

1.1.3. Психологічні теорії виникнення і розвитку психосоматичних уражень шкіри.

Взаємозв'язок між тілом і душею людини зацікавив людство ще з часів давньої Греції. Завдяки німецькому психологу Гейнроту Іоганну з 1818р "психосоматична медицина" зайняла своє почесне місце в науці.

Поняття психосоматичні розлади включає симптоми і синдроми порушень соматичної сфери, які обумовлені індивідуальними і психологічними особливостями людини та пов'язані зі стереотипом поведінки індивіда, способами подолання внутрішньо-особистісного конфлікту та реакцією на стресові ситуації [19,21].

Перші дані з психодерматології з'явилися ще в кінці 18 ст. Тоді Falconer W. зробив спробу пов'язати активність запального процесу на шкірі з порушенням іннервації уражених ділянок дерми [14].

Шкіра людини не лише захисна оболонка організму від негативного впливу довкілля, це і площина вираження гострих емоційних переживань, типових форм поведінки і хронічних душевних навантажень, що підтверджено фізіологічними експериментами. Вперше спроба пояснення шкірних захворювань, які мають психогенну природу, була зроблена в 1681 році Сіденхеном Т. Він описав ангіоневротичний набряк як прояв істерії. Тернер Д. (1726 р.) пояснив рожеві вугрі як наслідок горя, яке пережила одна жінка внаслідок смерті свого чоловіка [14].

Волошко Н.І. узагальнив основні теорії розвитку психосоматичних хворіб, а саме: психологічна теорія специфічності Александера Ф., концепція конверсійної

істерії Фрейда З., теорія десоматизації і ресоматизації Шура М., нейрогуморальна теорія Сальє Г., теорія вихідного (базового) порушення Балінта М, теорія кортиковісцерального походження психосоматичних порушень Бикова К.М. Згідно конверсійної моделі, при появі соматичного симптому людина відчуває емоційне полегшення завдяки тому, що тоді відбувається пом'якшення гніту несвідомого конфлікту. Співробітники Чиказького Інституту психоаналізу, яких очолював Александера Франц, розробили модель вегетативного неврозу. Відповідно до цієї моделі, якщо несвідомий конфлікт блокується у зовнішньому прояві, то це призводить до емоційної напруги, яка в свою чергу вносить зміни у діяльність вегетативної нервової системи. На думку Александера Ф., подібні зміни у вегетативній нервовій системі можуть мати певні негативні наслідки, наприклад незворотні ураження органів [18,21].

Енгель Джордж та Шмале Артур враховуючи генетичну схильність до хвороби, також бачили символічно зумовлене місце виникнення порушення. Наприклад, різного роду дерматози можуть символічно означати порушення комунікації з іншими людьми, особливо із власною матір'ю у перший рік життя. Куттер П. виходить з гіпотези, що людина, яка страждає на психосоматичну недугу недостатньо «любить» власне тіло. Психоаналітики кажуть в таких випадках про дефіцит либідинозного заповнення чи катексиса тіла з боку власного Я(Self) індивіда. Балінт Михайло вважав, що «базове порушення» пов'язане із недоліком емоційних проявів. Отже, такі люди вимушені долати свої психічні проблеми з допомогою тіла, а також їхні афекти значною мірою проявляються соматичними реакціями [22].

У формуванні концепції «неврозу шкіри» ключову роль відігравала теорія патологічної іннервації шкіри. Небра Ф., засновник віденської дерматологічної школи, пропонує в якості одного з головних етіологічних факторів екземи розглядати психоемоційний стан хворого. Brosq L., Jacquet L. ввели термін «нейродерміт», у початковому варіанті – «психонейродерміт». Для опису впливу психотравмуючої ситуації на дерматологічного пацієнта Stokes J.H. запропонував

ввести термін «психонейрогенний фактор». Sack W. підкреслював тісні зв'язки між шкірними покривами і психікою. W. Sack висловив думку, що стан шкіри є одним з показників стану психіки індивіда. [14,23].

Павлова О.В. у своїй книзі пише про три можливі варіанти зв'язку між психікою і дерматозами:

- 1) дерматоз виникає як наслідок психосоматичного страждання;
- 2) дерматоз виникає в рамках соматизованого психічного розладу (невроз, психоз, маскована депресія);
- 3) дерматоз є причиною невротичних розладів, виконуючи роль психогенії.

Автор вважає, що не зважаючи на походження пускового фактору хронічного дерматозу спершу задіюється нервова система, яка в свою чергу визначає стан психіки хворого[24].

Згідно Александеру Ф., при нейродерміті існує зв'язок шкірної симптоматики з садо- і мазохістичними та ексгібіціоністськими тенденціями. Схожа інформація є у книзі “Психология и психоталогия кожи”- шкіра і слизові оболонки мають ерогенні місця, при розчісуванні яких задовільняється потреба у насолоді. Тому Вінклер Фердинанд з повним правом говорить про те, що нервовий шкірний зуд, як психосексуальний розлад, потребує лікування психоаналітичним методом. Також мова йде про тісний зв'язок дерматозів з шкірною еротикою. «Екземи, здається, особливо охоче виникають і рецидивують там, де ґрунт підготувала конституційно підвищена еротика» [14,25].

Також існує зв'язок між шкірою і психікою, який формується в ранньому онтогенезі. У психоаналітичному контексті шкіра — основний шлях довербального спілкування, через який афект передається соматично. Американський психолог Берн Е. зробив припущення про існування “сенсорного голоду”. Він вважав, що при недостатності тілесного контакту з матір'ю малюк починає реагувати шкірою: може з'явитись висип чи екзема [24]. Така реакція

може закріпитися в майбутньому і набути хронічної форми та проявлятися у вигляді патологічних тілесних симптомів. Такої ж думки був Пезешкіан Н., - серед чинників, що провокують такі захворювання як нейродерміт є домінантність, відстороненість і холодність матері [26].

Стресова реакція у хворих на псоріаз, ймовірно, опосередковується гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковим зв'язком з імунологічними ефектами. Відповідь на стрес передбачає підвищення рівня нейроендокринних гормонів та вегетативних нейротрансмітерів. Було виявлено, що психологічний стрес, або аномальна реакція на стресори модифікують еволюцію шкірних захворювань, таких як псоріаз [27].

Отже, можемо підсумувати, що зв'язок психіки і соматички тісний і підтверджений різними концепціями та науковцями багатьох напрямків. Проаналізувавши різні психологічні теорії, ми далі в роботі будемо дотримуватись аналітичної теорії, це перегукується з висновками Аммона Г., який говорить, що соматичну хворобу слід розглядати як специфічну форму базових порушень Я.

1.2. Огляд досліджень щодо ролі психологічних чинників у структурі шкірних захворювань.

1.2.1. Ключові поняття і медико-психологічні чинники шкірних захворювань.

Псоріаз та нейродерміт належать до психосоматичних захворювань шкіри, що зустрічається в різних вікових групах і страждають від них жителі різних країн світу не зважаючи на расову приналежність. Вчені відмічають лише нижчий рівень захворювань в азіатських, африканських та латиноамериканських країнах. (Редькін Р., Орловецька Н., Данькевич О.) [28].

Зазвичай псоріаз проявляється утворенням червоних, надмірно сухих так званих папул, які можуть зливатися утворюючи бляшки. Ці папули та бляшки за своєю

природою є ділянками хронічного запалення шкіри. Це можуть бути окремі ділянки тіла (часто лікті, коліна, спина, голова), або ж майже вся поверхня тіла людини. Статистика вказує на те, що на псоріаз страждає близько 3% населення планети, і зокрема понад 1 200 000 українців. Однак реальні дані говорять про занижену статистику захворювання в Україні [28]. У нашій державі питома вага цього захворювання сягає 8–10% серед інших патологій шкіри. В дерматологічних стаціонарах хворі на псоріаз становлять – 30–40% серед всіх госпіталізованих [29]. Щорічно 25–30% від загальної кількості хворих на псоріаз складають пацієнти, у яких захворювання зареєстровано вперше [30].

На псоріаз хворіли такі відомі люди: Вінстон Черчилль, Бенджамін Франклін, Генрі Форд, Йосип Сталін, Володимир Набоков. За успішне лікування псоріазу Вінстон Черчель обіцяв пам'ятник з чистого золота [28].

Домінуючою теорією виникнення і розвитку псоріазу є автоімунна, тобто імунітет сприймає шкіру як ворога, а провокуючими факторами цього механізму є несприятливі погодні умови (спекотне літо і дуже холодна зима) , неправильне харчування і третій чинник, найголовніший — присутність надмірного стресу у житті.

В статті журналу Науковий вісник Ужгородського університету (серія Медицина, 2013р) описані найбільш значущі теорії етіопатогенезу псоріазу:

- 1.неврогенна (виникнення і рецидивів провокується значним психоемоційним стресом);
- 2.ендокринна (тригерним фактором виступає дисгормональне порушення);
- 3.інфекційна;
- 4.спадкова (60-70% пацієнтів мають генетичну схильність до захворювання);
- 5.обмінна (порушений обмін холестерину та ряду інших ліпідів) [31] .

Американський письменник Джон Апдайк сказав, що ім'я цієї недуги — пониження.

Нейродерміт – це захворювання групи нейродерматозів, що має неврогенно-алергічну природу. Це висип на шкірі, що супроводжується сильним зудом при

цьому можливі ускладнення у вигляді приєднання вторинної бактеріальної чи грибкової інфекції. Виникнення та розвиток нейродерміту зумовлюють численні фактори (генетична схильність, підвищена чутливість до різних алергенів, захворювання шлунково-кишкового тракту тощо) серед яких психоемоційний фактор займає одне з перших місць. Точних даних про статистику захворюваності немає, за відомостями різних авторів, кількість хворих коливається від 60 до 150 на 1000 населення, при цьому частіше хворіють жінки (65%), рідше чоловіки (35%) [32].

Важливо наголосити, що обидва види ураження мають схожі психологічні чинники, також є хронічними і завдають пацієнтам чималих страждань, адже сильний зуд провокує безсоння, втому і дратівливість. А також псоріаз і нейродерміт ускладнюють фізичний, соціальний і психологічний добробут пацієнтів. Літературні джерела різних країн світу підкреслюють важливість наявності психологічних чинників у виникненні і розвитку шкірних захворювань. Велика кількість наукових джерел подає інформацію про підвищений рівень агресії та аутоагресії таких пацієнтів, крім того мова йде про стигматизацію, тривогу, страх, сором, провину, депресію, obsesивно-компульсивну симптоматику пов'язану з ураженням шкіри [33,34,35,36,37,38,39,40].

Жодні дані автори не інтерпретують однозначно основних пускових механізмів виникнення і розвитку захворювання, це може означати, що сфера психодерматології має широке поле для нових досліджень.

1.2.2. Якість життя дерматологічних пацієнтів.

Захворювання шкіри завжди мали потужний негативний вплив на життя хворих, але лише приблизно 15 років тому цей вплив було вперше підраховано. Відтоді спостерігається зростання інтересу до методологічних підходів визначення показників якості життя у дерматології [41,42].

У статті журналу *General dermatology* [43] говориться про обстеження 237 осіб (161 жінка, 73 чоловіки і 3 трансгендери), які страждають на шкірні

захворювання. Дослідження проводилось шляхом онлайн опитування і вимірювали психологічні чинники впливу. Опитувальником DASS21 оцінювали вираженість стресових симптомів таких як нервово збудження та стресова реактивність. З допомогою ASI-3(індекс чутливості до тривоги) вимірювали три фактори: фізичну, когнітивну та соціальну стурбованість (внутрішня узгодженість $\alpha=0.89$). А якість життя вимірювали показником Skindex 16. Опрацювавши отримані результати автори статті дійшли висновку, що стрес не пов'язаний із вираженістю шкірних симптомів. Цей висновок суперечить численним емпіричним дослідженням і розповідям самих пацієнтів. Соціальна тривожність, страх негативної оцінки, стурбованість соціальним та фізичним відторгненням є проблемою для всіх осіб з шкірними захворюваннями. Нижча якість життя відповідає вищому показникові Skindex 16. Отже, стрес не є обтяжуючим фактором захворювання, а фактор вразливості — це соціальні проблеми. Тому можна припустити, що особистісні характеристики особистості відіграють вагомішу роль у прояві шкірних висипані у порівнянні з зовнішніми стресовими чинниками. Проте варто сказати, що дане дослідження має ряд недоліків: широке коло шкірних захворювань в учасників опитування; дослідження були суб'єктивними і не перевірялись медичними працівниками; майже 85% осіб це люди із білою шкірою, решта — афроамериканці (такий тип шкіри не корелює з українцями).

Російська дослідниця Новицкая Н. Н. (Новосибирск - 2009) проводила дослідження якості життя пацієнтів з псоріазом (157 осіб) з 2006 по 2009 рік і зробила висновок, що якість життя залежить в основному від важкості і поширеності шкірного ураження, локалізації висипат та рівня соціальної активності, і менше — від статі, віку і тривалості захворювання [44].

У своєму дослідженні Еремина М.Г. [45]. описує використання методик DLQI и DSQL у дерматологічних пацієнтів. Статтю підсумовує висновок, що навіть у стадії ремісії рівень якості життя осіб з шкірними захворюваннями досить

низький і на ці показники найбільше впливають фактори, що відображають степінь самосприйняття, соціальне ставлення та фізичні симптоми.

У статті *British Journal of Dermatology* [46] автори підходять до проблематики з наступного боку: виснаження, втома, менша соціальна підтримка є чинниками дистресу пацієнтів з шкірною патологією. Також дана стаття мала на меті дати відповідь на питання : чи загальні фізичні, психологічні і соціальні фактори у пацієнтів із псоріазом і нейродермітом є чинниками дистресу. Методи: селф-репорт (суб'єктивні дані) про клінічний статус шкіри, зуд, виснаження, вплив хвороби на щоденне життя, усвідомлення хвороби і соціальна підтримка. Пацієнтами були 128 осіб з псоріазом і 120 з нейродермітом (всі 16+) у лікарні в Нідерландах. Психологічний дистрес вимірювався за складеною шкалою опитувальника тривоги та депресивного настрою впливу ревматичних захворювань на загальний стан здоров'я та спосіб життя (IRGL), згодом було доведено її репрезентативність і валідність для пацієнтів з шкірними захворюваннями. Гіпотеза дослідників: психологічний дистрес можуть зазнавати особи, які переживають більшу безпорадність пов'язану з хворобою, зазнають сильного свербіння і втоми від хвороби. Результати дослідження нідерландських науковців узгоджуються із великою кількістю літератури, в якій описано, що навчена безпорадність це фактор ризику виникнення дистресу. Ті, хто мав кращу соціальну підтримку, не зазнавав впливу дистресу. Пацієнти з нейродермітом повідомили про значно більший рівень свербіжу, більший вплив захворювання на рівень життя і вони, як правило, повідомили про більш високий рівень втоми ніж пацієнти з псоріазом. Також 45% пацієнтів хворих на псоріаз та 30% на нейродерміт мали пригнічений настрій та середній рівень тривоги, 20% з псоріазом і 13% з нейродермітом мали рівень клінічної депресії вище середніх показників[46].

Можна зробити висновок, що навіть в європейській країні з високорозвинутою медициною хворі на псоріаз і нейродерміт страждають і потребують удосконалення терапії.

Також в ході інших іноземних досліджень [47,48] встановлено, що найбільший вплив на показники якості життя хворих на нейродерміт та псоріаз становлять фактори, що відображають ступінь самосприйняття, соціальної активності і фізичних симптомів. Показник DLQI обернено пропорційно співвідноситься з рівнем якості життя КЖ, тобто чим гірша якість життя — тим важчі розлади спостерігаються у даного респондента. Стрес за різними дослідженнями не має чіткого місця у структурі психодерматозу, тобто може бути і одним із чинників розвитку і водночас бути наслідком захворювання.

Проводячи дослідження психологічного статусу хворих, що страждають на псоріаз, і членів їх сімей, Адашкевич В.П., Дуброва В.П.(2003) отримали наступні дані:

- пацієнти є молодшими або єдиними дітьми в сім'ї;
- лідерство в родині беззастережно приписується матері, яку пацієнти описують як вольову і владну особу;
- чоловіки в цих сім'ях підпорядковуються дружинам, вживають спиртне для зняття напруги (проте в інших соціальних сферах, вони займають відповідальні, керуючі посади);
- вимоги батьків до своїх дітей досить амбівалентні - з одного боку «Ти нічого не можеш зробити сам», а з іншого: «Ти повинен все робити добре», тобто «повинен, але не можеш» ;
- близьких друзів не мають;
- для них важливим є поняття зовнішньої краси.

Іванов О.Л. і співавтори (2006) так характеризують коло психічних розладів у хворих на псоріаз:

1. у більшості пацієнтів відзначаються психічні розлади тривожно-депресивного і афективного характеру різного ступеня вираженості;
2. 1/4 частина хворих, відзначаючи роль психо-емоціонального чинника в черговому загостренні, відчувають лише невеликий психологічний дискомфорт;
3. приблизно 1/3 хворих (переважно чоловіки) взагалі не відзначають будь-яких психологічних проблем [49].

Аналізуючи статті вітчизняних і зарубіжних науковців можна так узагальнити результати анамнезу хворих: стрес пов'язаний з хворобою не має прямого впливу на якість життя дерматологічних пацієнтів; низька якість життя дерматологічних пацієнтів зумовлює низький рівень їх соціальної активності; навіть у стадії ремісії показник якості життя залишається низьким, що відображає степінь самосприйняття; вищі показники якості життя спостерігаються у осіб які краще адаптовані до життя та які мають кращу соціальну підтримку. Загальним для всіх дерматологічних хворих залишається депресивний настрій та низька самооцінка.

Настанова розроблена дослідницькою групою з псоріазу Французького товариства дерматології (Psoriasis Research Group of the French Society of Dermatology) рекомендує для лікування псоріазу покращені алгоритми, котрі зокрема включають застосування гормональним препаратів, які в свою чергу мають ряд побічних ефектів психологічного профілю (неврологічні розлади, депресія), що необхідно враховувати оцінюючи психологічні особливості пацієнтів. На думку французьких експертів захворювання не завдає шкоди пацієнту тоді коли DLQI складає 0-1 [67,68].

З огляду на вище описані дані можна припустити, - що саме психологічні особливості особистості є головними психологічними чинниками псоріазу та нейродерміту. Також можна зробити припущення, що тип реагування на хворобу і тип особистості формують розвиток симптомів, тобто одна хвороба уражає різних людей в більшій чи меншій мірі.

1.2.3. Самоставлення та Я-образ осіб, що страждають на псоріаз і нейродерміт

Поняття самоставлення вивчали багато зарубіжних і вітчизняних авторів (Бернс Р., Роджерс К., Еріксон Е., Столін В., Леонт'єв А.) та виділяли взаємозв'язок самоставлення із розвитком особистості людини. Феномен самосвідомість об'єднує самопізнання та самоставлення. Концепція Століна В. характеризує самоставлення як відображення в свідомості власне змісту Я-образу, при цьому життєдіяльність людини в соціумі позиціонує дане переживання. Тобто ставлення особистості до себе визначає активність у комунікації, а знання про себе формує самоставлення [70,74].

Численні клінічні дослідження Fisher S. and Cleveland S. E. (1958) говорять про закономірний зв'язок високих показників по індексу бар'єру і низьких по індексу проникності у більш адаптованих і автономних особистостей з високим рівнем захисних механізмів. В протилежному співвідношенні (низький показник індексу бар'єра і високий проникності) у пацієнтів відмічалась невпевненість в соціальних контактах, перевага незрілих механізмів захисту та активізація психосоматичних симптомів.

З психодинамічної позиції шкірні захворювання можна розглядати як прояв несвідомого підтвердження потреби у збереженні границь власного тіла та захист від несвідомої фантазії і страх бути поглинутим іншими індивідами (Гредновская, 2010).

В 2013р. у дослідженні брали участь пацієнти Челябінського шкірно-венеричного диспансеру (57 осіб) -19 з нейродермітом і 38 з псоріазом. Структура і напруженість психологічних захистів особистості визначалась з допомогою опитувальника «Індекс життєвого стилю». Оцінивши результати автори дійшли висновку, що пацієнти (особливо хворі на нейродерміт) мають занижену адаптацію і не зацікавлені в контактах з іншими. Автори дослідження використали методику Аммона Г. для оцінки центральних функції особистості

(Я-функції). Результати дослідження пацієнтів показали, що основною характеристикою даної функції є відображення наявності у хворих зниженої проникності тілесного образу Я. Таким чином кордон, як орган відображення внутрішніх потреб суб'єкта, трансформується у тонке, слабке і легко проникне утворення. Таку недостатність внутрішніх границь можна розглядати як базове недорозвинення особистісних структур, що може гальмувати формування інших інтрапсихічних утворень. При проходженні тесту «Форма тіла» - хворі на псоріаз частіше обирали фігури з наявністю кутів, що відображає активний пошук контактів, а хворі на нейродерміт віддавали перевагу фігурам без кутів, що символізує бажання уникнення контакту із зовнішнім світом. Дослідники зазначають, що 57% хворих з нейродермітом мають знижений емоційний фон, а 95% з псоріазом мають позитивний емоційний фон. Також у хворих на нейродерміт вищий рівень тривожності ніж у тих хто має псоріаз. У пацієнтів з нейродермітом занижені показники індексу бар'єра границь тілесного образу Я і більш високі показники індексу проникності ($p < 0,005$). Хворі на нейродерміт менш адаптовані і менш зацікавлені в контакті з оточуючими ніж хворі на псоріаз. Основний захисний механізм дерматологічних пацієнтів — заперечення [50].

Статтю про дослідження тілесного Я-образу пацієнтів Челябінського шкірно-венеричного диспансеру підсумовують такі висновки: для хворих на нейродерміт характерно відчуття незахищеності, низький показник бар'єрності і висока проникність границь тілесного Я, вони постають як делікатні і чутливі особистості, що зумовлює в них бажання захиститись від зовнішнього світу. Для хворих на псоріаз показник бар'єрності вищий, а проникність границь тілесного Я - нижча, отже це “добре захищені особистості”, що провокує когнітивні та поведінкові стратегії пошуку контакту [50].

Опубліковані дослідження, що були проведені в Хмельницькому шкірно-венерологічному диспансері, містять результати опитувань 30 пацієнтів дерматологічного профілю. За методикою «Індекс життєвого стилю» більшість

пацієнтів реалізують такі захисні механізми як заперечення, реактивне утворення, проекція, заміщення. Заперечення спрямоване на зниження стресогенного впливу косметичного ефекту шляхом обмеження спілкування та іншого роду взаємодії. Відчуття депресії також значною мірою компенсоване. Також спостерігаються найвищі показники за шкалами — диспозиція манії (А — 20 %); obsесивна диспозиція (Н — 20 %); пасивна диспозиція (G — 23,3 %); диспозиція психопатії (D — 27,7 %); депресивна диспозиція (Е — 53,3 %) [35].

Для дослідження ставлення до себе дані автори використали опитувальник самоствавлення, запропонований Століним В.В. у 1985 році [51]. За результатами опитувальника у пацієнтів диспансеру рівень глобального самоствавлення був занижений і склав — 40 %. Важливо зауважити, що псоріаз часто супроводжується депресивними настроями, які призводять до суїцидальних думок [52]. Головним способом захисту є компенсація, яка спрямована на уникнення почуття депресії [53]. Також виявлено кореляцію між «базовим тілесним внутрішньо-психічним конфліктом» та самоствавленням [15,35].

В психосоматичному плані шкіра виступає як фокус прояву внутрішніх конфліктів. Один із варіантів це порушення відносин мати-дитина. Шпітц вважає, що під маскою турботи матері до дитини приховується відкидання та ворожість. Видужання можливо пов'язане з активністю дитини, - зменшується вплив вибраного об'єкта. Але епізод внутрішнього конфлікту (між потребою та ігнорування) залишає свій слід в психологічному розвитку особистості. У майбутньому в таких людей конфліктна ситуація призводить до інтрапсихічної напруги, що в свою чергу може провокувати рецидиви психосоматичного шкірного захворювання [22].

Ще в 1977 р. Лурія відмічав, що індивідуально-особистісний профіль хворого — це поєднання його уявлень про захворювання, про причини виникнення хвороби із особливістю внутрішнього світу, який формується із почуттів, емоцій, афектів і травматичних переживань людини. Недооцінка психічного стану пацієнта веде

до лікарських помилок. Якщо не враховувати емоційний фактор при шкірних захворюваннях, то у 40 % хворих терапевтична допомога не є ефективною [54].

Шкірні хвороби не викликаються стресом, а скоріше за все прискорюються і погіршуються внаслідок стресу. Стрес був зареєстрований у 44% пацієнтів до початку спалаху псоріазу і у 70% пацієнтів з нейродермітом. Для псоріазу і нейродерміту були виділені наступні психологічні чинники — передчуття відторгнення, почуття вини і сорому, депресивні настрої, чутливість до відношення суспільства; а спільними вказано - порушення образу тіла, низька психосоціальна адаптація і занижена самооцінка [55].

1.3. Теоретична модель зв'язку різних психологічних чинників у хворих на псоріаз та нейродерміт

Узагальнюючи теоретичний огляд наукових джерел за темою психологічні особливості хворих на псоріаз та нейродерміт представляємо дослідницьку модель, яку зображено на рисунку 1.1.

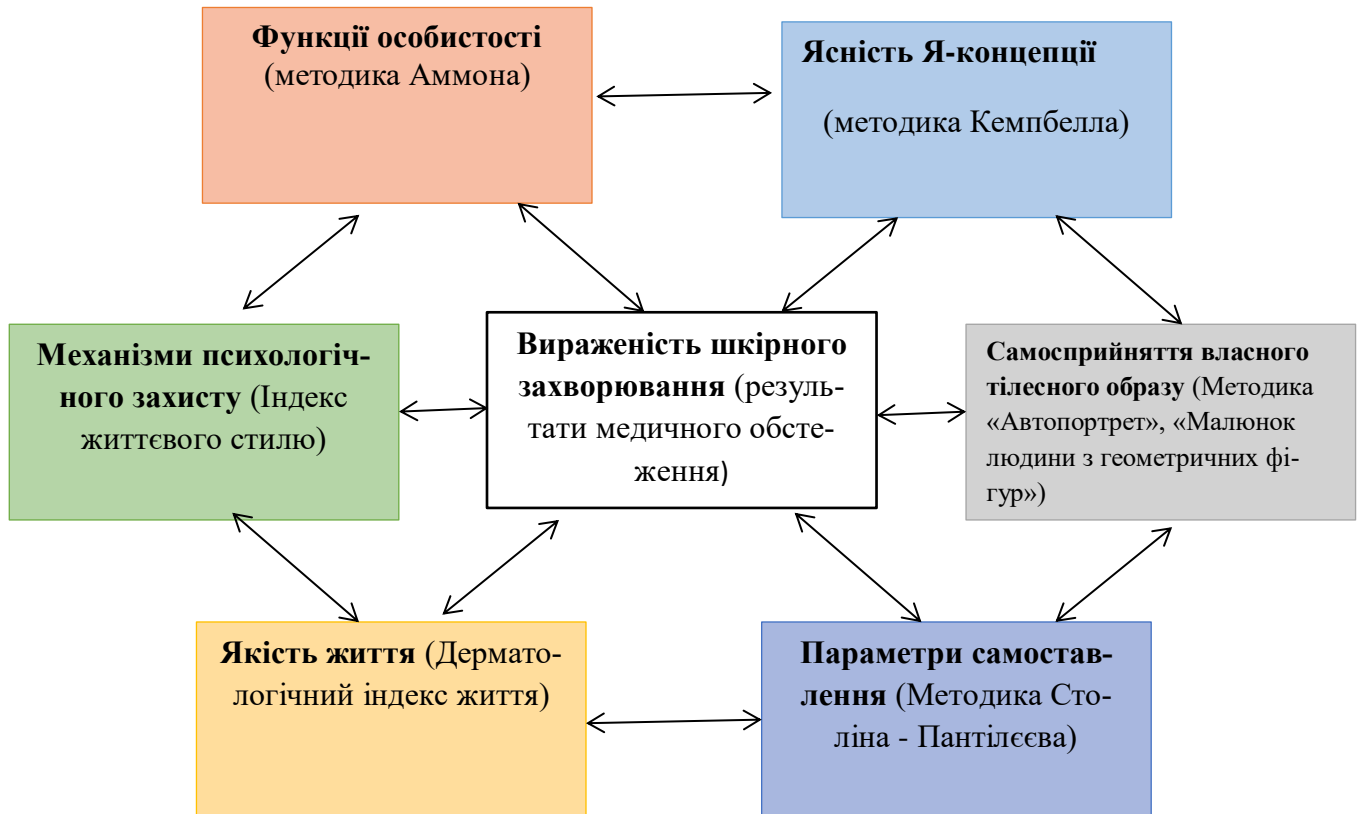


Рис 1.1. Дослідницька модель різних психологічних чинників у хворих на псоріаз та нейродерміт

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

В розділі зроблено огляд психодинамічних характеристик Я-образу особистості з точки зору різних психологічних теорій, розглянуто зв'язок Я-образу із соматичною патологією, зокрема із такими дерматологічними захворюваннями як псоріаз та нейродерміт. Також зроблено огляд досліджень, що стосуються якості життя дерматологічних пацієнтів та Я-образу і самоствавлення осіб, які страждають на псоріаз та нейродерміт. Шкірні захворювання представляють найбільш інформативну модель для клініко-психологічного дослідження заснованого на принципах психології тілесності. Адже тілесне Я, згідно Джеймсу У. — це переживання свого тіла як втілення Я, ядерна частина ідентичності. Роль Я-тілесного є одним із провідних чинників організації психіки. Дослідження центральних Я-функцій дозволить зробити висновок про особливості та структуру особистості. Поняття границь і кордонів власного тіла, а також їх проникність чи стійкість та допоможе охарактеризувати відмежування від зовнішніх впливів.

В першому розділі теоретично обґрунтовано гіпотезу про те, що Я-образ хворих на псоріаз і нейродерміт характеризується невизначеністю, нестійкістю та підвищеною вразливістю, це змушує хворих відгороджуватись від зовнішніх впливів з допомогою шкірних симптомів.

Проаналізувавши погляди та праці різних науковців, що досліджували Я-образ та Я-концепцію далі в роботі ми будемо дотримуватись аналітичної теорії, це перегукується з висновками Аммона Г., який розглядає соматичну хворобу як специфічну форму порушень базових функцій Я. Адже цілісність власного Я-образу формує зміст життя і робить поведінку людини індивідуальною та Я-концепція є центром самоконтролю та саморегуляції внутрішнього світу особистості.

Образ-я ми будемо розглядати в поєднанні з такими складовими як самоствавлення, самоповага, самооцінка, ясність Я-концепції, будемо брати до

уваги вираженість головних функцій особистості (агресія, тривога, внутрішнє та зовнішнє відмежування та нарцисизм). Також будемо відслідковувати кореляцію даних показників із дерматологічним індексом якості життя та типом захисних механізмів.

Беручи до уваги дослідження різних вчених можемо підсумувати, що дерматологічні пацієнти страждають через втрату уявного об'єкта, мають високу проникність границь тілесного Я, а також мають занижений рівень самоствалення і самооцінки. Вони потребують відмежування від зовнішніх чинників. Центральні функції особистості відображають відчуття незахищеності та низької психо-соціальної адаптації. Наукові дослідження доводять, що серед дерматологічних пацієнтів переважають такі захисні механізми як компенсація та регресія.

Наше дослідження матиме на меті охарактеризувати структуру Я-образу пацієнтів зі псоріазом і нейродермітом та обґрунтувати взаємозв'язок психологічного благополуччя і рівня якості життя дерматологічних пацієнтів.

ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ

РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ Я-ОБРАЗУ ПАЦІЄНТІВ З ПСОРИАЗОМ ТА НЕЙРОДЕРМІТОМ

2.1 Характеристика груп досліджуваних

Дослідження проводилися у 2019-2020 навчальному році. Етап збору даних тривав з жовтня по березень включно. У дослідженні взяли участь пацієнти шкірно-венеричного диспансеру м. Львова, що мають діагноз псоріаз і нейродерміт. Дослідження було погоджене і відбувалось за підтримки головного лікаря Процака Віталія Валерійовича та згоди пацієнтів.

У дослідженні взяли участь 56 осіб: 44 мали діагностований псоріаз, 12-нейродерміт. Жінок було 15, а чоловіків — 41. Вік досліджуваних становив 17-57 років. Серед досліджуваних переважали особи чоловічої статі. Площа уражень псоріазом або нейродермітом становила від 5 % до 40%. Дослідження індивідуальне. Для кількісного аналізу пацієнти заповнювали гугл форми з підібраними п'ятьма тестовими методиками та проходили проєктивні методики. Час дослідження одного пацієнта 2 год.

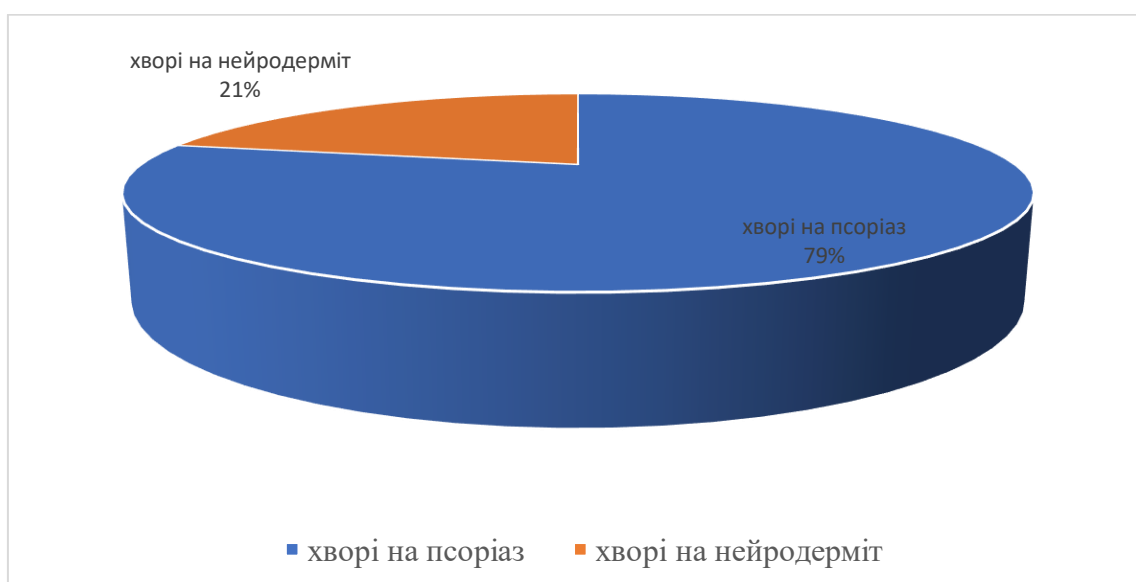


Рис.2.1. Характеристика досліджуваних за діагнозом

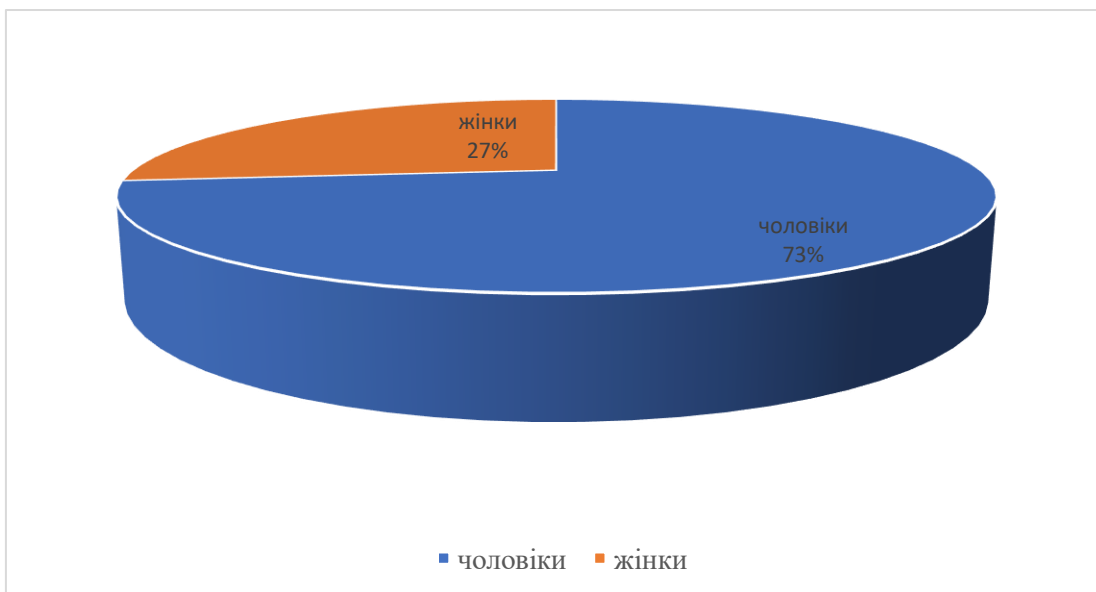


Рис.2.2. Характеристика досліджуваних за статтю

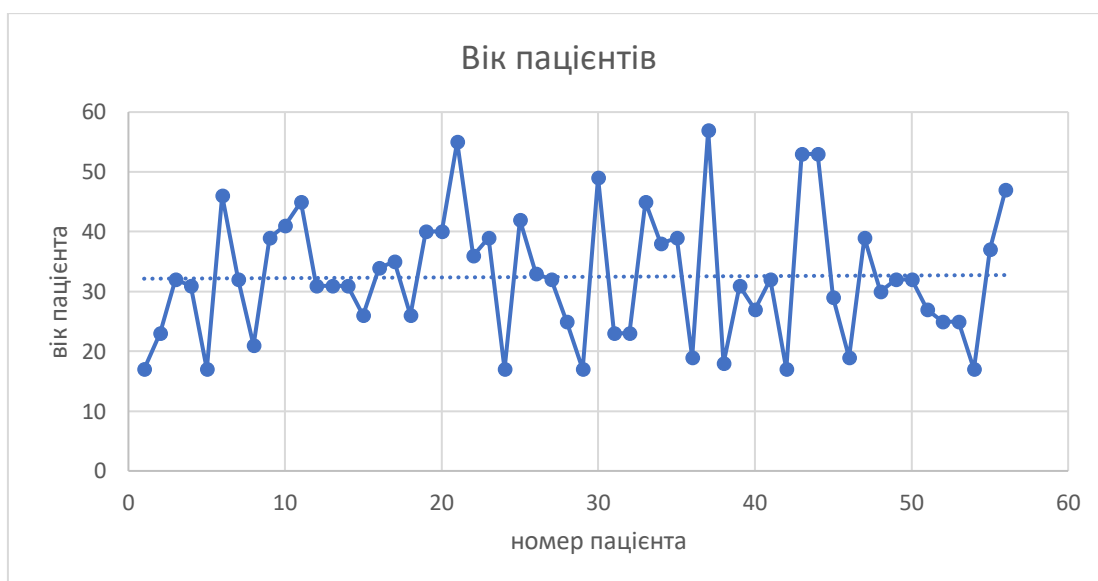


Рис.2.3. Характеристика пацієнтів по віку

2.2. Характеристика методики дослідження

У дослідженні використано методики, які визначають такі психологічні функції особистості як агресія, тривога, внутрішнє і зовнішнє відмежування, нарцисизм; ясність я-концепції, тип механізмів психологічного захисту; такі чинники особистості як самоствалення та самооцінка. Також проводилось вимірювання ступеню негативного впливу дерматологічного захворювання на якість життя пацієнтів.

Головні функції особистості вимірювали з допомогою методики Аммона, ясність Я-концепції — методикою Кемпбелла, механізми психологічного захисту — методикою Індекс життєвого стилю, якість життя за допомогою — дерматологічного індексу якості життя та параметри самоствалення — методикою Століна-Пантілеєва. Самосприйняття власного Я-образу і мотивація до комунікації проводилось з допомогою малюнкових методик - “Автопортрет” та “Малюнок людини з геометричних фігур”. Також досліджувані проходили усне опитування.

Методика дослідження головних функцій особистості

Для оцінки головних функцій особистості ми використовували Я-структурний тест Аммона (ISTA), - це клінічна тестова методика розроблена G.Ammon в 1997 році на основі концепції динамічної психіатрії і адаптована НІПНІ ім. Бехтерева Ю.А. Тупіциним та його співробітниками. Дана методика містить 220 запитань; варіанти відповідей – так і ні. Твердження групуються у 18 шкал. Ми брали до уваги наступні шкали опитувальника: агресія, тривога/страх, зовнішнє Я відмежування, внутрішнє Я відмежування, нарцисизм [57]. Вибір цієї методики базується на тому, що вона дає можливість оцінити діяльність головних функцій особистості, адже на її основі була розроблена методика оцінки психічного здоров'я. Конструктивна агресія відповідає за цілеспрямованість, здатність

зберігати відносини і вирішувати завдання та визначає активність побудови власного життя. Деструктивна агресія має руйнівну активність щодо самого себе та руйнує контакти з іншими, є рушієм помсти і цинізму. Дефіцитарна агресія характеризує пасивність, байдужість, уникнення контакту з оточуючим світом. Тривога конструктивна – адекватна реакція на критичну ситуацію, реалістична оцінка небезпеки. Тривога деструктивна – постійна тривога за себе і оточуючий світ; страх втрати стосунків; страх зробити щось не так; уникнення нового життєвого досвіду. Тривога дефіцитарна – оцінка безпеки і ризику не відповідає дійсності, також – це не можливість сприймати страх/тривогу оточення. Зовнішнє відмежування конструктивне – адекватний контроль взаємодії з іншими; гнучкий доступ до почуттів та інтересів інших, здатність розрізняти між «Я» і «Не-Я». Зовнішнє відмежування деструктивне- ізоляція себе від людей; ригідна закритість щодо почуттів та інтересів інших; збіднення емоцій та самоізоляція. Зовнішнє відмежування дефіцитарне – нездатність тримати кордон між собою та іншими, нездатність відмовляти іншим, соціальна гіперадаптованість до почуттів, інтересів та вимог оточуючих. Внутрішнє відмежування конструктивне – гнучкий та адекватний доступ до своєї несвідомої сфери, своїх почуттів та потреб; здатність розділяти минуле і теперішнє. Внутрішнє відмежування деструктивне – бар'єр між собою і прижитим життям, нездатність бачити сни, відсутність зв'язку з історією власного життя. Внутрішнє відмежування дефіцитарне – важкість диференціювання свідомого і несвідомого; реальності фантазії та снів. Перебування у владі почуттів, сновидінь та фантазій. Порушення зосередження і сну. Нарцисизм конструктивний – позитивна оцінка власної особистості, здібностей, інтересів та зовнішності; адекватне реальності відношення до себе, прийняття своїх слабкостей. Нарцисизм деструктивний – негативізм, часті образи, невміння приймати допомогу та критику; відчуття що інші тебе не розуміють. Нарцисизм дефіцитарний – негативне відношення до себе; відмова від власних інтересів та потреб [57,66].

Методика дослідження ясності Я-концепції

Методика Кемпбелла (Self-Concept-Clarity SCC) визначає наскільки чіткими і визначеними є уявлення індивіда про себе, наскільки ці уявлення внутрішньо узгоджені та стабільні. Опитувальник дає можливість охарактеризувати самосвідомість, що включає уявлення людини про саму себе та рівень самоповаги. Тест містить 12 запитань та п'ять варіантів відповідей. Підраховані бали говорять про рівень ясності Я-концепції. Вищий показник тесту відповідає нижчій ясності Я-концепції [58].

Методика визначення механізмів психологічного захисту

Опитувальник Плутчика Келлермана Конте — Методика Індекс життєвого стилю (Life Style Index, LSI) був розроблений Плутчиком Р. та співавторами у 1979 році. Методика базується на основі психо-еволюційної теорії Плутчика Р. і структурної теорії особистості Келлермана Х. Опитувальник містить 97 запитань, які потребують відповіді «так» або «ні». Тест використовується для діагностики різних механізмів психологічного захисту. Передбачається, що існує вісім базисних захистів: заперечення, витіснення, регресія, компенсація, проєкція, заміщення, інтелектуалізація, сублімація. Існування захистів дозволяє опосередковано виміряти рівні внутрішньо-особистісних конфліктів [59].

Ця методика допоможе нам підтвердити або спростувати наші припущення, адже ми допускаємо, що у пацієнтів з псоріазом та нейродермітом домінують незрілі психологічні захисти.

Методика визначення якості життя

Dermatology Life Quality Index (DLQI) належить до спеціальних дерматологічних шкал. DLQI був створений Ендрю Ю Фінлай та Гулем Карімом Ханом у 1990-1994 рр. на кафедрі дерматології Університету Кардіффа, Великобританія. Анкета містить 10 запитань, які відображають найбільш загальні аспекти зміни якості життя при шкірних захворюваннях: симптоми/самопочуття, повсякденна активність, приватне життя, терапія. Чим вищий показник, тим гірша якість

життя (впливу аспекту виражений — 3 бали, помірний — 2 бали, незначний — 1 бал, впливу немає — 0 балів). Значення балів DLQI наступне:

0-1 захворювання шкіри не впливає на життя пацієнта;

2-5 захворювання має незначний вплив на життя пацієнта;

6-10 захворювання має помірний вплив на життя пацієнта;

11-20 захворювання має дуже великий вплив на життя пацієнта;

21-30 захворювання має надзвичайно великий вплив на життя пацієнта.

Також опитувальник відображає не лише об'єктивну тяжкість клінічного перебігу дерматозу, а й суб'єктивні відчуття [60,64].

Методика визначення самоствавлення особистості

Тест Століна В. В., Пантелеева С. Р. побудований у відповідності з розробленою В.В. Століним ієрархічної моделі структури самоствавлення. Дана версія опитувальника містить 57 запитань та дозволяє виявити: рівень глобального самоствавлення, рівень самоповаги, аутосимпатії, очікування відношення від інших та рівень самоінтересів. На думку автора глобальне самоствавлення це сукупність раніше названих шкал. Інтерпретація результатів: 45-55 балів це середньостатистична норма, людина адекватно себе сприймає та правильно оцінює власну поведінку. 55-70 балів завищений рівень самооцінки, 40-45 балів-занижений рівень самооцінки. Більше 80 і менше 40 – не рекомендовано брати до уваги, бо це результати під впливом другорядних чинників, наприклад соціально-бажані відповіді. Методика має на меті виміряти вираженість внутрішніх установок, що стосуються власного Я досліджуваного [61,62,74].

З допомогою обраних методик ми спробуємо перевірити, чи дійсно Я-образ пацієнтів з псоріазом і нейродермітом характеризуються невизначеністю, нестійкістю, підвищеною вразливістю та проникністю кордонів та чи є зв'язок між якістю життя дерматологічних хворих та самооцінкою.

Проективні методики

Самосприйняття власного тілесного образу ми будемо досліджувати з допомогою Методики «Автопортрет» та «Конструктивний малюнок людини з геометричних фігур».

Тест «Автопортрет» адаптований Бернсом Р. (США, Інститут розвитку людини, м.Сіетл), пропонує людині намалювати себе з метою діагностики особистості. Бернс Р. трактує елементи, які зображені в автопортреті наступним чином: голова — як показник інтелекту; очі — гіперчутливість, підозрілість, наявність важливості соціальної думки; вуха і ніс — чутливість до критики, акцент на носі сексуальні проблеми, виділені ніздрі — схильність до агресії; рот- спілкування, відсутність роту — наявність депресивних тенденцій; руки — символізують контакт з оточуючим світом; ноги- показник незалежності та безпеки та стабільності [63].

Метою тесту «Конструктивний малюнок людини з геометричних фігур» є виявлення індивідуально-типологічних відмінностей особистості. Згідно інструкції людині пропонують намалювати фігуру людини, складену з десяти елементів, серед яких можуть бути трикутники, кола та квадрати, - всього 10 штук. Дослідження показали, що співвідношення різних елементів у конструктивних малюнках не випадкове. Аналіз дозволяє виділити вісім основних типів, яким відповідають певні типологічні характеристики. Трикутник зазвичай відносять до «гострої», «наступальної» фігури, пов'язаної з чоловічим началом. Трикутник означає активний пошук контактів. Круг - фігура обтічна, більш співзвучна зі співчуттям, м'якістю, округлістю, жіночністю. Коло символізує уникнення контактів. [65]. Дані методики допоможуть перевірити силу емоційного контакту в міжособистісних стосунках, тип побудови контакту, а також самоставлення особистості в реальному житті. Як було зазначено раніше — пацієнти, які малювали фігури з переважанням кутів, мали високий індекс бар'єрності і низьку проникність кордонів власного Я, а пацієнти які віддавали

перевагу фігурам без кутів, бажали уникнення контакту із зовнішнім світом, тобто їхні границі були чутливі та нестійкі. Отже спробуємо це перевірити.

Якісне дослідження.

Для якісного дослідження був обраний контен-аналіз. Для цього досліджувані (15 осіб) проходили напівструктуроване інтерв'ю. Час витрачений на одного пацієнта 2 год. Питання якісного дослідження вміщали питання структурного інтерв'ю Кенберга О. Метою даного дослідження є виділення основних змістовних патернів структури особистості дерматологічних пацієнтів. На наступному етапі дані були проаналізовані та узагальнені.

Наші запитання:

1. Розкажіть будь ласка, про себе, щоб я зрозуміла якою людиною ви є.
2. Вкажіть свій вік, стать, освіту та склад сім'ї.
3. Як ви гадаєте з чим пов'язана ваша хвороба?
4. Які почуття і настрої були домінуючими у вашій сім'ї?
5. Які почуття зараз є в сім'ї, як ставляться близькі люди до хвороби?
6. Чи хворіли ваші близькі на псоріаз чи нейродерміт?

2.3. Основні етапи дослідження психологічних особливостей осіб, що страждають на псоріаз та нейродерміт.

Спочатку проводилось кількісне дослідження 56 пацієнтів згідно вибраних опитувальників та проєктивних методик. Наступним етапом було проведення якісного дослідження 15 пацієнтів шкірно-венеричного диспансеру.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

Для вивчення структури Я-образу дерматологічних пацієнтів та визначення рівня якості їхнього життя нами було сплановане дослідження, підібрано групу досліджуваних та діагностичні методики. Для того, щоб була можливість описати психологічні особливості осіб, що страждають на псоріаз та нейродерміт було залучено пацієнтів з шкірно-венеричного диспансеру. Пацієнти дали згоду на участі в дослідженні. Всі 56 досліджуваних заповнили тестові методики та 15 хворих пройшли індивідуальне опитування.

РОЗДІЛ ІІІ

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОДИНАМІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК Я-ОБРАЗУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШКІРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Емпірична частина роботи присвячена опису результатів дослідження психологічних особливостей пацієнтів дерматологічного профілю. Центральним моментом нашого емпіричного дослідження виступає вивчення впливу хронічного захворювання шкіри на особливості особистісної сфери індивіда, на рівень якості життя та рівень самоствалення і самооцінки. Отримані від досліджуваних первинні данні заносилися у електронну таблицю програми Statistica 8, в якій відбувалася їхня подальша обробка за допомогою статистичних методів.

3.1. Емпіричне дослідження психологічних особливостей Я-образу дерматологічних пацієнтів.

Результати досліджень підраховані, внесені в таблицю ексель (Додаток А) та опрацьовані у програмі Statistica 8.

Спочатку розглянемо середні показники головних функцій особистості, які ми вимірювали з допомогою тесту Аммона (рис. 3.1.1.). У нашому дослідженні нормі відповідають показники 13 шкал тесту Аммона, а 2 шкали відрізняються : нижче середнього значення є рівень зовнішнього відмежування дефіцитарного та рівень нарцисизму дефіцитарного (таблиця 3.1.1). Дані показники характеризують функціональну нездатність зовнішніх границь «Я», а саме це надмірна проникність цих границь, невпевненість в собі, в своїх можливостях, прагнення до симбіотичного злиття та постійного нарцистичного підживлення. Це свідчить про те, що дерматологічні хворі мають труднощі із триманням кордону між я та іншими, межі такої границі слабкі та легкопроникні, їм важко

відмовляти, їхня поведінка вирізняється схильністю до гіперадаптації до зовнішнього середовища. Також показник нарцисизму дефіцитарного, який є вищим середньостатистичного значення, характеризує пацієнтів як невпевнених в собі, в своїх можливостях, пасивних, песимістичних, надмірно конформних, які відчувають власну неповноцінність, прагнуть симбіотичного злиття та нарцистичного підживлення [71,72].

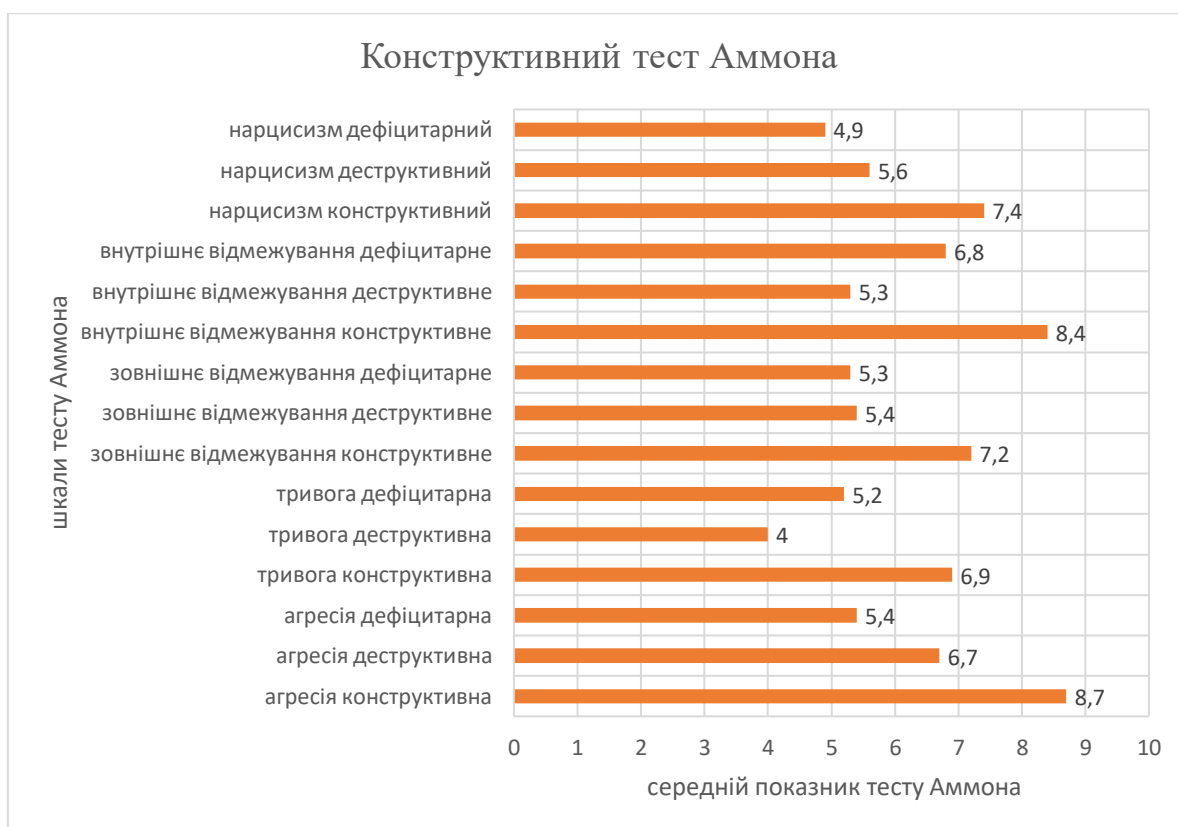


Рис.3.1.1. Гістограма середніх показників тесту Аммона

Таблиця 3.1.1.

Порівняльна характеристика середніх показників тесту Аммона досліджуваних та норми

	Норма n=1000	Середній показник n=56

Агресія конструктивна	9,12±2,22	8,7
Агресія деструктивна	6,35 ±3	6,7
Агресія дефіцитарна	4,56±2,06	5,4
Тривога конструктивна	7,78± 2,21	6,9
Тривога деструктивна	2,42±1,98	4
Тривога дефіцитарна	4,53±2,20	5,2
Зовн.відмежування конструктивне	7,78±2,23	7,2
Зовніш.відмежування деструктивне	3,40±2,06	5,4
Зовніш.відмежування дефіцитарне	7,90±1,65	5,3
Внутр.відмежування конструктивне	9,14±2.23	8,4
Внутр.відмежування деструктивне	3,97±2,06	5,3
Внутр.відмежування дефіцитарне	6,78±1,65	6,8
Нарцисизм конструктивний	8,91±2,49	7,4
Нарцисизм деструктивний	4,17±2,08	5,6
Нарцисизм дефіцитарний	2,56±1,98	4,9

Я-концепція - відносно стійка, більш-менш усвідомлена система уявлень індивіда про себе, на базі чого він будує взаємодію з іншими людьми. У нашому дослідженні середній показник методики Кемпбелла становить 31,5 (рис.3.1.2) і означає середню, ближчу до високої ясність Я-концепції у досліджуваних пацієнтів диспансеру. Даний показник говорить про те, що пацієнти добре усвідомлюють себе, ці уявлення внутрішньо достатньо налагоджені та стабільні, вони добре будують контакти з іншими. Ця ознака вважається стійкою характеристикою особистості і визначає рівень самоповаги, однак образ власного

Я не позбавлених внутрішніх протиріч. Також автори методики відмічають, що кореляція з відкритістю відсутня та існує зв'язок з екстраверсією. Тобто, як бачимо, досліджувані орієнтовані на зовнішнє відреагування більше, ніж на внутрішні переживання, і можемо припускати, що пацієнти дали соціально-бажані відповіді.

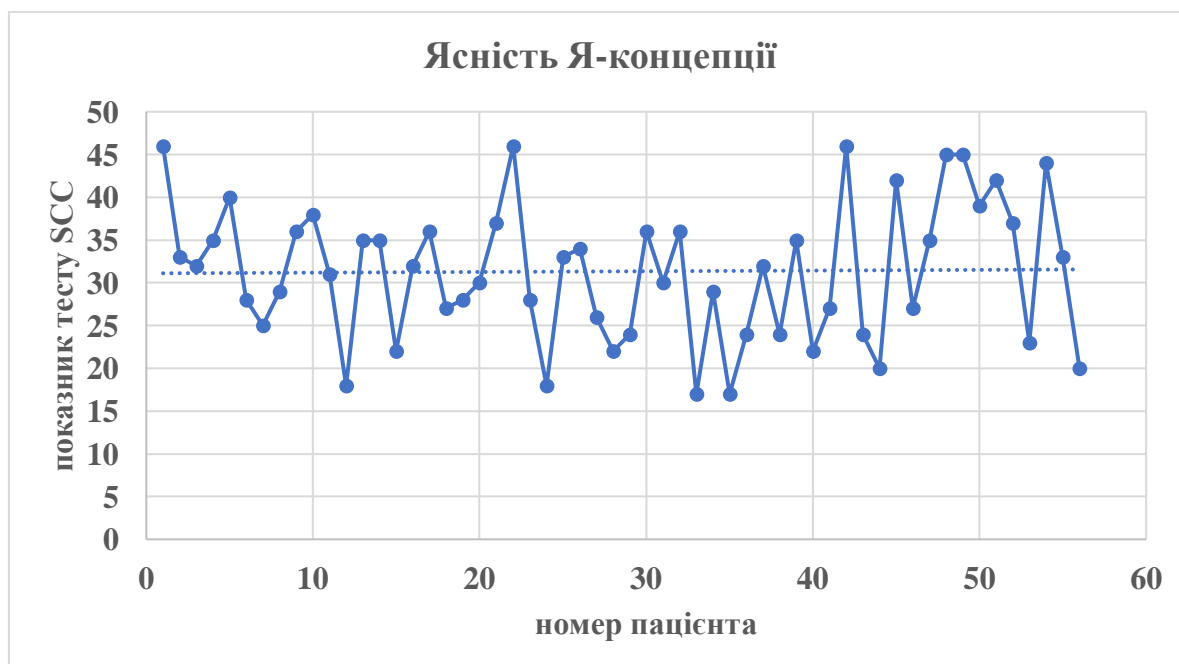


Рис. 3.1.2 Показники тесту Кемпбелла (SCC)

Тип захисних механізмів дерматологічних пацієнтів було виміряно з допомогою методики ІЖС (додаток Б). Ми підраховали кількість позитивних результатів по кожній із восьми шкал згідно з ключем, потім середні значення перевели у проценти та з допомогою спеціальних формул підраховали відсоткове значення по кожній шкалі та загальний рівень напруженості захистів (додаток В). По даним Каменской В.Г. (1999) нормальні показники становлять 40-50%, а більше 50% свідчить про наявність внутрішніх невирішених конфліктів. Загальна напруженість психологічних захистів пацієнтів у нас становить 54%. Середнє значення кожної шкали по методиці «Індекс життєвого стилю» представлено на рисунку 3.1.3. У нашому дослідженні пацієнти найчастіше використовували такі

захисні механізми: заперечення, проєкція та інтелектуалізація. Заперечення допомагає заперечити фруструючу ситуацію, або відкинути травмуючу реальність, що викликає тривогу та є загрозою самозбереженню і самоповазі. Проєкція та заперечення належать до захисних механізмів нижчого порядку та захищають внутрішню реальність від зовнішньої, а інтелектуалізація, як захисний механізм вищого порядку, встановлює та підтримує границі всередині структури психіки. Результати нашого дослідження схожі із результатами описаними в літературі [50,53]. Отже, не зважаючи на досить високу ясність як концепції та нормативні показники тривоги та агресії по тесту Аммона напруженість захисних механізмів свідчить про наявність конфліктів у житті дерматологічних пацієнтів. Припускаємо, що рівень тривоги не є завищеним завдяки запереченню, а також тому, що пацієнти перебувають у дерматологічному стаціонарі, де кожен має проблеми із шкірою.



Рис.3.1.3 Показники тесту ІЖС.

Для дослідження комплексу чинників ставлення до себе використано опитувальник самостворення, запропонований Століним В.В. у 1985 році. Результати по даній методиці опрацьовані та представлені в таблиці 3.1.2.

Таблиця 3.1.2

Порівняльна характеристика відсоткових показників тесту ІЖС досліджуваних та нормативних значень

Назва шкали	Середній показник	Відсотковий показник
S глобальне самоствлення	13,3	55,3%
I самоповага	7,15	44,6%
II аутосимпатія	7,06	47%
III очікування від інших	7,65	26%
IVсамоінтерес	5,75	70%

Інтерпретація результатів тесту Століна В., Пантілеєва С.:

- 1.занижений рівень самооцінки спостерігається за шкалами самоповага та очікування відношення від інших;
- 2.пацієнти адекватно оцінюють себе за шкалою аутосимпатія;
- 3.спостерігаємо завищений рівень самооцінки за шкалами глобальне самоствлення та самоінтерес. Самооцінка та самоствлення різні по своїй психологічній структурі. Столін В. пропонує розглядати самоствлення як реальну життєдіяльність суб'єкта через систему особистісних мотивів та проявлення особистісного змісту. На думку автора глобальне самовідношення має адаптаційний характер.

3.2. Кореляція між психологічними чинниками у дерматологічних пацієнтів

Отримані від досліджуваних дані були опрацьовані програмою статистика з допомогою кореляційного аналізу з використанням коефіцієнту кореляції Спірмена (додаток Д). Нами були встановлені наступні статистично значущі зв'язки між показниками обраних методик:

- 1.Ясність Я-концепції була пов'язана з агресією деструктивною ($r=0,32$) та дефіцитарною ($r=0,45$), тривогою дефіцитарною ($r=0,43$), нарцисизмом

деструктивним ($r=0,44$) та дефіцитарним ($r=0,43$) прямим зв'язком та з агресією конструктивною ($r= -0,35$) – оберненим зв'язком (рис.3.2.1). Аналізуючи отримані дані можемо припустити, що пацієнти мають порушену взаємодію з іншими, вони пасивні або уникаючі в контактах; неадекватно оцінюють ситуацію безпеки і ризику; проявляють невпевненість, негативізм і часті образи та мають негативне відношення до себе; можуть проявляти самоушкоджуючі дії; їм не притаманна наявність стійкого кордону власної особистості [71,72]. Складається враження, що показник ясності я-концепції у наших досліджуваних (він середній, ближче до високого) піддався впливу соціально-бажаного аспекту або інформація про себе була витіснена захисними механізмами. Або можливо вони дійсно уникають і не прагнуть створювати контакти з іншими людьми та уявляють себе людьми, які не можуть добре взаємодіяти з іншими.

2.Тривога деструктивна напряду була пов'язана з регресією ($r=0,36$), проекцією ($r=0,39$) та компенсацією ($r=0,36$); компенсація – з нарцисизмом деструктивним прямий кореляціями ($r=0,33$) (рис.3.2.2). Постійна тривога, страх бути покинутим, пасивність у поведінці долається пацієнтами з допомогою захисних механізмів: регресія - реакція хворобою на стрес, прагнення привернути до себе увагу інших; проекція – внутрішній страх втрати контакту; компенсація- бажання присвоїти собі якості та цінності іншої людини з метою захисти себе від комплексу неповноцінності. Компенсація також є допоміжною для невпевненої в собі людини у подоланні фруструючої ситуації. Несвідома депресивність може бути причиною соматизації та навпаки. Страх втрати контакту може трактуватись як те, що інші не бажають зі мною спілкуватись. Для подолання нереалістичної самооцінки, що зумовлена нарцисизмом деструктивним пацієнти теж ідентифікуються із співрозмовником.

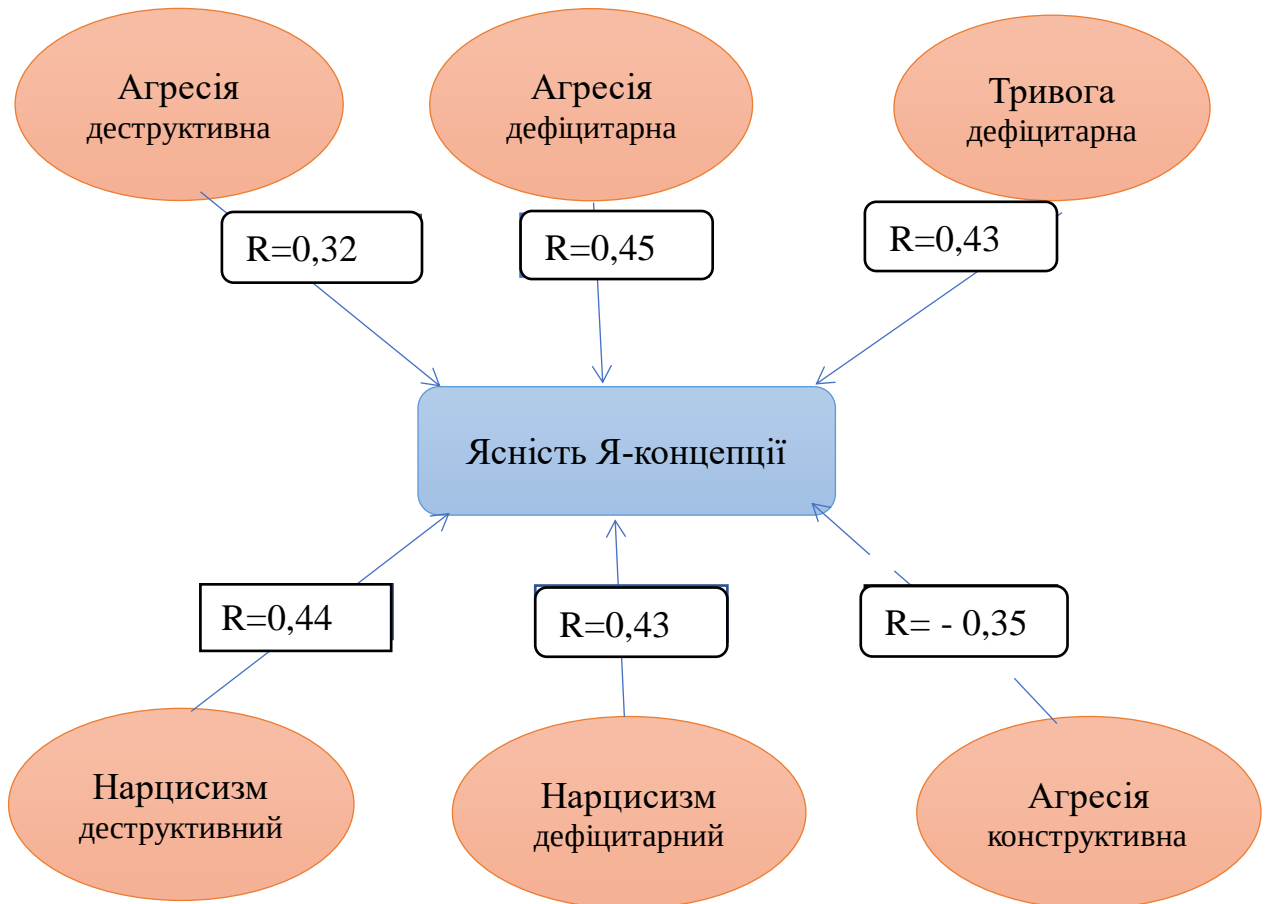


Рис.3.2.1. Кореляційний граф показників методики Кемпбелла та шкал тесту Аммона

Підсумувавши можемо сказати, що ясність уявлень про себе у пацієнтів наряду пов'язана із деструктивними та дефіцитарними характеристиками головних функцій особистості, а конструктивність (позитивна характеристика) обернено корелює з уявленням досліджуваних про власну особистість.

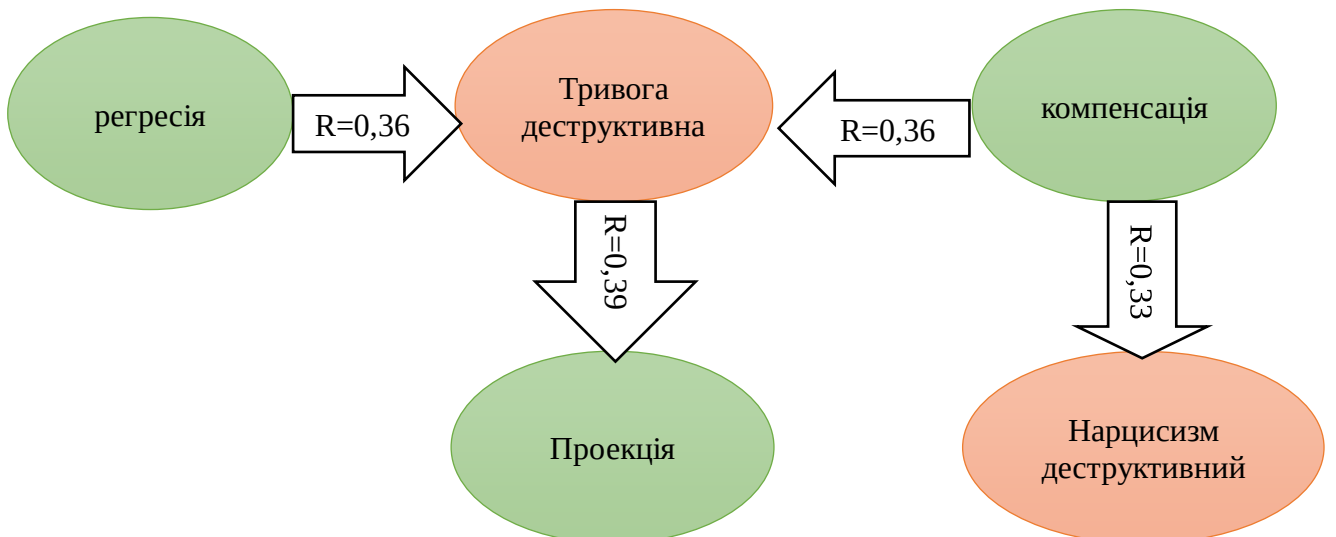


Рис.3.2.2. Кореляційний граф показників тесту Аммона та методики ІЖС.

3. Показники самоствавлення представлені в таблиці 3.2.1.

Агресія дефіцитарна обернено корелює з шкалами: глобальне самоствавлення ($r = -0,309$), самоповага ($r = -0,414$), аутосимпатія ($r = -0,302$). Це означає чим нижча власна самооцінка, тим пацієнт більш пасивний та уникаючий в контакті з іншими людьми. Тривога дефіцитарна обернено корелює з шкалою глобального самоствавлення ($r = -0,321$), - тобто самооцінка у пацієнтів буде вищою тоді, коли тривога буде нівельована, виключена з усвідомлення. Внутрішнє відмежування конструктивне має пряму кореляцію з шкалою самоповаги ($r = 0,339$) та очікуване відношення від інших ($r = 0,345$). Це ознака того, що чим вища самоповага і позитивне налаштування оточуючих, тим краще пацієнт зберігає особисті кордони та добре будує границі власної автономії. Пряма кореляція між шкалою очікуване відношення від інших та нарцисизм конструктивний ($r = 0,352$) свідчить про те, що підтримка оточуючих допомагає пацієнту позитивно оцінювати власний образ Я.

Таблиця 3.2.1

Кореляція між параметрами методики Аммона (я-образ) та показниками опитувальника “Самоствавлення особистості”

Показник Р	Агресія дефіцитарна	Тривога дефіцитарна	Внутрішнє відмежування конструктивне	Нарцисизм конструктивний
Шкала S глобальне самоствавлення	-0,309	-0,321	0,282	0,249
Шкала самоповаги I	-0,414	-0,167	0,339	0.126

Шкала аутосимпатії II	-0,302	-0,280	0,345	0.200
Шкала очікування відношення від інших	-0,287	-0,278	0,345	0,352

3.3. Емпіричне дослідження показників якості життя дерматологічних пацієнтів

Якість життя пацієнтів дерматологічного профілю вимірюється поширеним та простим у застосуванні тестом DLQI. Середнє значення якості життя у нашому дослідженні становить 8,6 (рис.3.3.1). Показник є меншим 10 балів, - це свідчить про те, що хвороба завдає пацієнтам незначного негативного впливу.

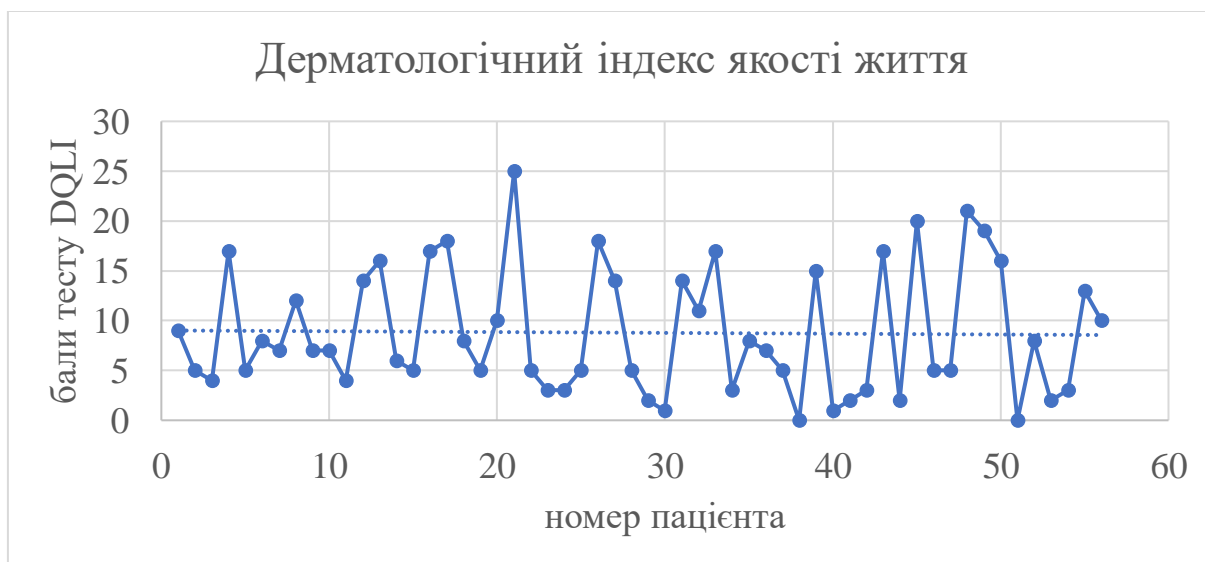


Рис. 3.3.1. Показники дерматологічного індексу якості життя.

У нашому дослідженні ми виявили, що якість життя дерматологічних пацієнтів має статистично значущі зв'язки з головними функціями особистості (рис. 3.3.2).

1. Виявлено пряму кореляцію між показником DLQI та дефіцитарними і деструктивними характеристиками головних функцій особистості. Це означає, що чим вищий числовий показник DLQI (відповідає низькій якості життя) – тим більше та яскравіше проявляються деструктивні та дефіцитарні функції особистості: порушення взаємодії із зовнішнім світом, відмежування від соціуму, слабкість та проникність кордону, порушення комунікації, у поведінці проявляється дисбаланс думок і почуттів; слабкість власних кордонів пов'язана із дефіцитом любові та ніжності в дитинстві, які проявляються як холодність та байдужість.[71,72].

2. Виявлено обернену кореляцію між показником DLQI та конструктивними характеристиками функцій особистості. Це означає, чим нижчий числовий показник DLQI (відповідає кращій якості життя), тим краще у пацієнтів функціонують конструктивні механізми життєдіяльності особистості: активний підхід до життя, здатність до побудови контакту, адекватна реакція на небезпеку, набуття нового життєвого досвіду, вміння дослухатись до власних переживань і почуттів та позитивна самооцінка.

За рівнем якості життя дерматологічних пацієнтів було розділено на дві групи: першу складають пацієнти з DLQI меншим 10 (це ознака того, що хвороба не завдає пацієнтам значного негативного впливу) та друга група включає пацієнтів з DLQI більшим 10 балів (хвороба їх турбує в значній мірі). Перша група налічує 37 осіб, друга – 19. Далі ми здійснили порівняльний аналіз двох груп пацієнтів у програмі STATISTICA 8 за непараметричним критерієм Манна-Уїтні, оскільки результати розподілу відрізняються від нормального (додаток Е).

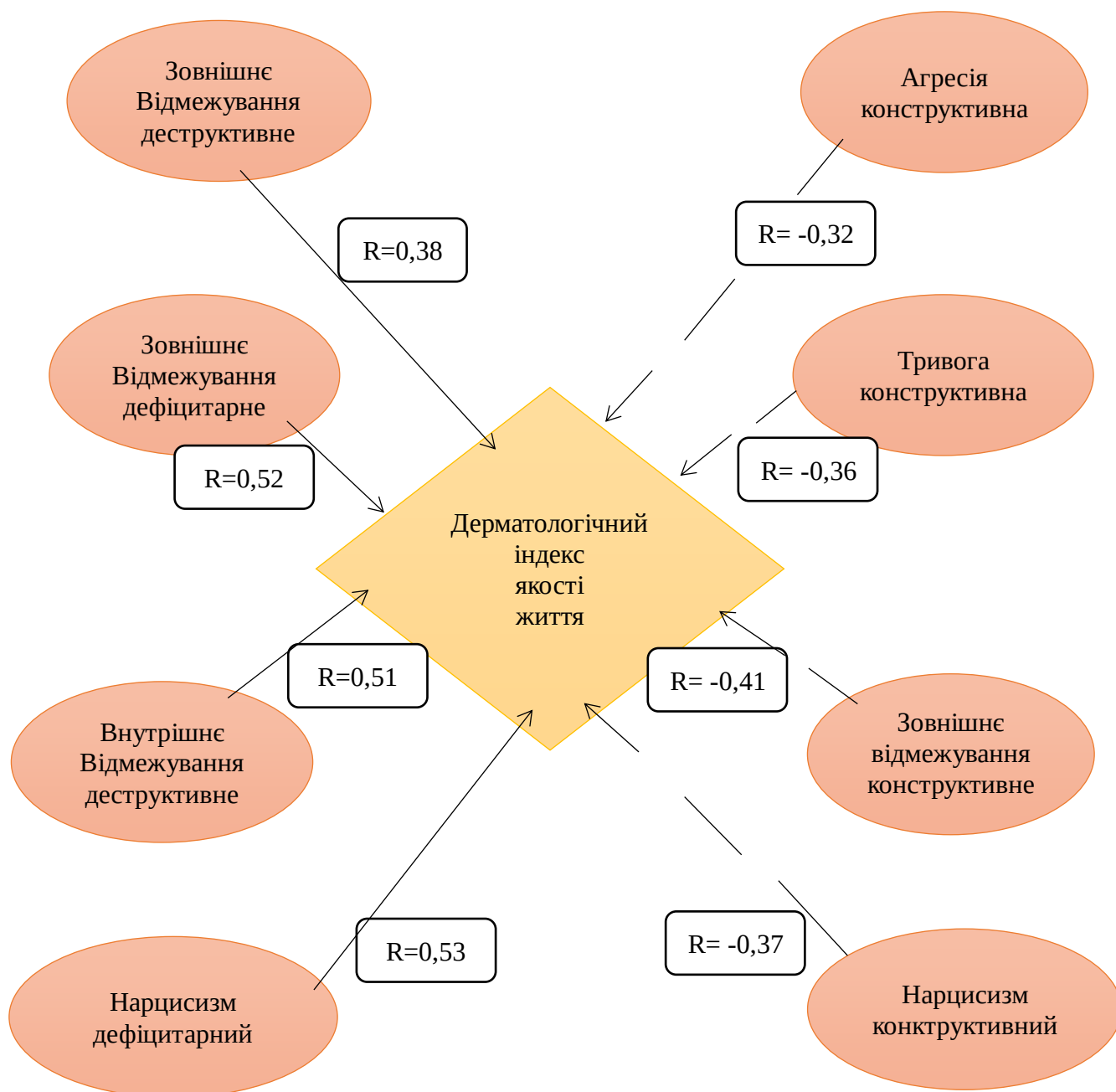
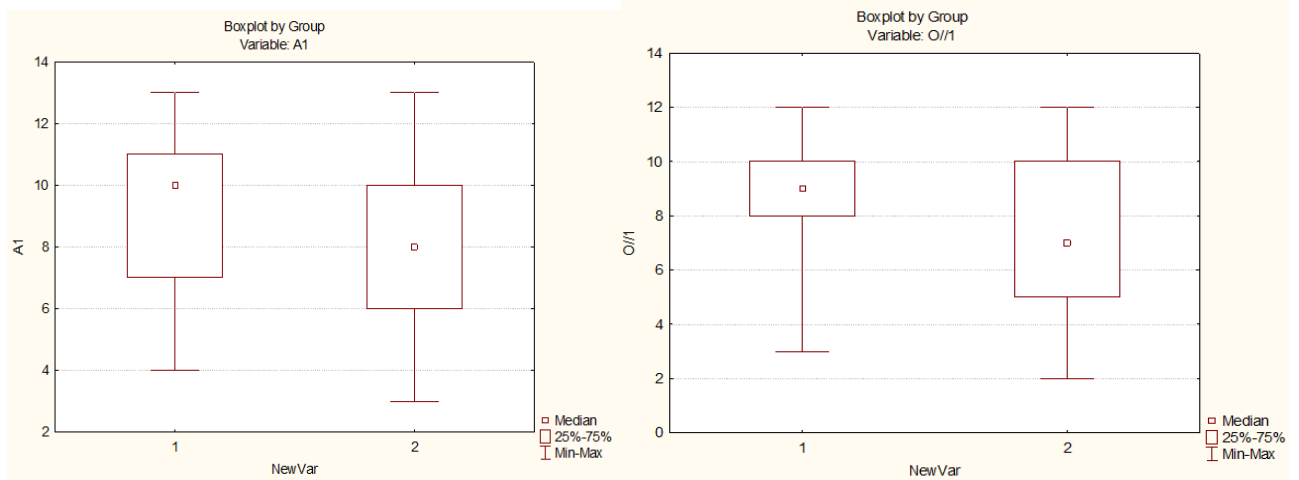


Рис.3.2.2. Кореляційний граф показників дерматологічного індексу якості життя та показників шкал тесту Аммона

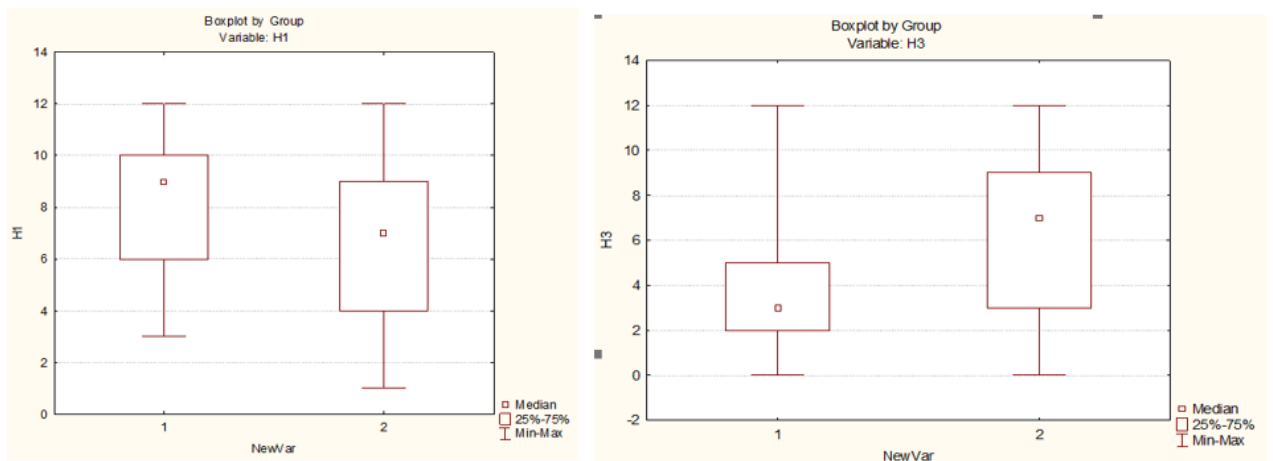
За результатами порівняльного аналізу виявлено статистично значущі відмінності між цими групами досліджуваних за шкалами: А1-агресія конструктивна ($p \text{ level}=0,047$), О//1-внутрішнє відмежування конструктивне (p

level=0,049), Н1-нарцисизм конструктивний (p level=0,049), Н3-нарцисизм дефіцитарний (p level=0,008) (рис.3.2.3 та рис. 3.2.4).



Примітка 1- група пацієнтів із вищою якістю життя; 2- група пацієнтів із нижчою якістю життя.

Рис.3.2.3.Результати порівняльного аналізу груп осіб з високим та низьким показником дерматологічного індексу якості життя за шкалою агресія конструктивна (ліворуч) та шкалою внутрішнє відмежування конструктивне (праворуч).



Примітка 1- група пацієнтів із вищою якістю життя; 2- група пацієнтів із нижчою якістю життя.

Рис.3.2.4. Результати порівняльного аналізу груп осіб з високим та низьким показником дерматологічного індексу якості життя за шкалою нарцисизм конструктивний (ліворуч) та нарцисизм дефіцитарний (праворуч).

Підсумувавши отримані дані робимо висновок, що пацієнти із вищим рівнем якості життя мають активний підхід до життя, краще встановлюють та підтримують міжособистісні контакти, адекватно оцінюють власну особистість та характеризуються достатньою зрілістю інтерперсонального потенціалу. Нижчий рівень якості життя зумовлює те, що особи які страждають на псоріаз та нейродерміт менш цілеспрямовані у встановленні контактів, схильні до уникання конфронтації з метою збереження симбіотичних відносин; у них більш виражена функціональна недостатність внутрішнього кордону - відчують дисбаланс думок і почуттів, емоцій та дій; вони як правило менш впевнені в собі, залежні, болісно реагують на чужі оцінки і критику, надмірно конформні та прагнуть нарцистичного підживлення.

Проведені раніше дослідження іншими авторами [43-46] вказують на наявність тривожних та депресивних настроїв у дерматологічних пацієнтів. У нашій роботі тривога не мала статистично значущих зв'язків із показником якості життя. Нагадаємо, що середній показник тривоги не порушував норми границі, отже досліджувані хворі здатні добре витримувати переживання пов'язані з хворобою. Таким чином, можемо стверджувати, що не сам факт наявності захворювання, а якість життя, як психологічна характеристика відношення до захворювання, взаємопов'язана із особливостями Я-образу та особливостями соціальних стосунків. Схильність до уникнення конфронтації, менша цілеспрямованість у встановленні контактів, недостатність внутрішнього кордону, болісне реагування на оцінки інших спричиняє низьку якість життя.

3.4 Емпіричне дослідження психологічних особливостей Я-образу дерматологічних пацієнтів з допомогою проєктивних методик та контент-аналізу

Дослідження з допомогою малюнкових методик погодились пройти 27 пацієнтів з 56. Це може свідчити про рівень мотивації до комунікації в дерматологічних хворих. Для проходження тесту «Конструктивний малюнок людини з

геометричних фігур» пацієнтам було запропоновано намалювати людину складену з десяти елементів, серед яких є трикутники, кола, квадрати. Ця методика дозволяє на рівні образів дослідити феномен внутрішньої границі тілесності. Приклад даного тесту зображено на рисунку 3.4.1 (більше рисунків у додатку Ж). Отримані дані було опрацьовано та проаналізовано оцінку характеристик границь тілесного Я-образу: наявність або відсутність контакту, стійкість чи проникність кордонів.

Формули малюнків дають можливість зробити наступні припущення: пацієнти мають тривожно-недовірливі тенденції, вирізняються підвищеною ранимістю і зазвичай сумніваються в собі, часто страждають соматичними захворюваннями нервового походження. За кількістю зображених фігур у тестах переважали трикутники (110шт), - як символ активного пошуку контактів, тобто високий бар'єр та низька проникність власних кордонів спонукає осіб до пошуків контакту з іншими (Тхостов, 2002) [50,69]. Зображених кіл трохи менше (86шт)- це ознака уникання контактів за рахунок чутливості і проникності кордонів власного Я.

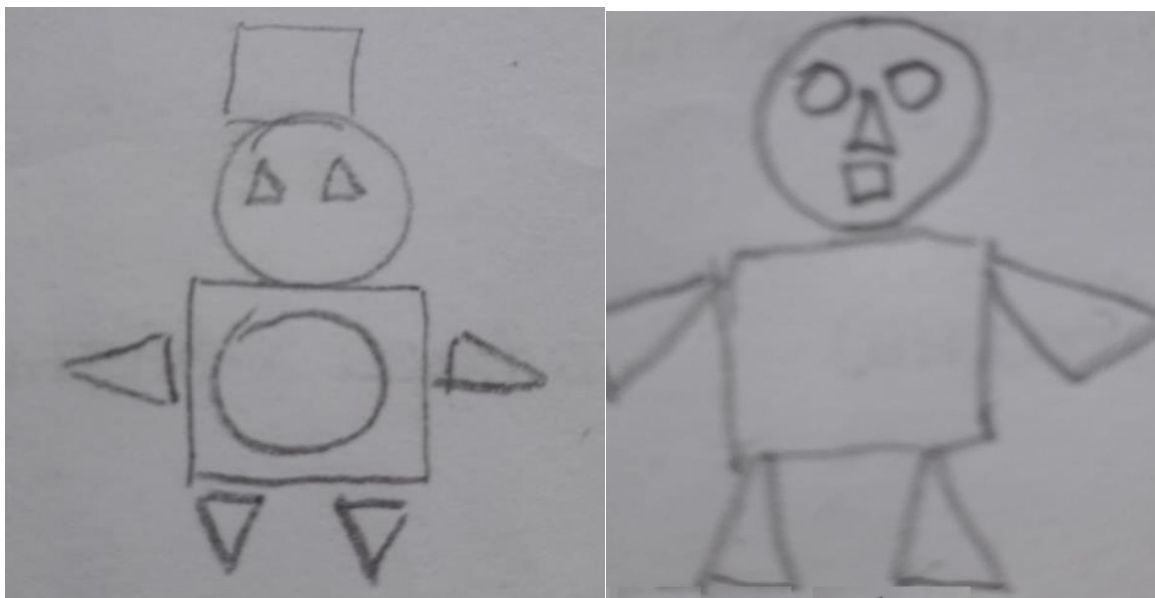


Рис.3.4.1. Приклад малюнку «Людина у вигляді геометричних фігур»

Методика «Автопортрет» використовується для діагностики особистісних характеристик індивіда. Інтерпретуючи малюнки за Бернсом Р. ми узагальнили елементи малюнків та виявили: інтелектуальні здібності середнього значення, можлива підозрілість або уникнення контакту, не схильні до агресивності, немає чітко вираженого бажання до комунікації із соціумом та відсутність міцної опори та незалежності. Майже всі малюнки виконані як схематичне зображення – це ознака інтелектуального складу мислення (по Павлову І.П.). Більше малюнків у додатку К.

Також ми встановили пряму кореляцію мотивації до взаємодії з тривогою конструктивною ($r=0,344$), зовнішнім відмежуванням конструктивним ($r=0,378$) і таким захисним механізмом як витіснення ($r=0,418$) (додаток Д). Тобто, можливість адекватно справлятися із власною тривогою дає шанс будувати добру комунікацію з іншими людьми. В методиці автопортрет виявлено пряму кореляцію зображення великих відкритих очей (як ознака гіперчутливості до соціальної думки) з проєкцією ($r=0,333$) та обернену кореляцію з шкалою самоповаги ($r=-0,334$). Це означає, що дерматологічні хворі дуже переймаються думкою оточуючих, при цьому чим чутливішими є пацієнти до соціальної думки, тим нижчий рівень самоповаги.



Рис.3.4.2. Приклад методики «Автопортрет».

Додатковим етапом нашого дослідження є контент-аналіз, який проводився у вигляді напівструктурованого інтерв'ю 15-ти осіб з шкірно-венеричного диспансеру. Серед них 8 жінок та 7 чоловіків, 10 осіб мають спадковий анамнез, у 5-ох хвороба з'явилась на різних життєвих етапах. Майже всі опитані мають середню освіту, вік 18-57 років. Результати бесід узагальнені та представлені в таблиці 3.4.1.

Таблиця 3.4.1

Результати проведеного контент-аналізу дерматологічних пацієнтів.

Запитання	Категорія відповіді	Приклад
1. Розкажіть про себе, якою людиною ви є	Хоче сподобатись, розчулити, щира аутопрезентація відкритість немає захистів. Кількість осіб-6	Дуже добра, хочу всім допомогти; люблю говорити, спілкуватись, позитивний, веселий, дурний бо дуже добрий до всіх; стабільний, зібраний, спокійний; наполегливий, правильний, пунктуальний, маю конкретну ціль, буваю дратівливий, довго терплю, потім вибухаю, до критики відношусь позитивно, люблю тварин; приємний, не дратівливий, іду зі всіма на контакт, звичайний, бути одному – сумно; веселий, запальний, важко вивести з себе; намагаюсь бути кращим
	Приховує правду, тримає дистанцію Кількість осіб - 3	Проста людина, сіра маса, знаходжу спільну мову з людьми, намагаюсь бути кращим, треба себе контролювати; Хвилююсь через будь які дурниці, не знаю як реагувати на злість, мучусь; І так і сяк, буває по - різному, не знаю якою я є- може трохи запальна, але потім втомлена;
	Нейтральна позиція Кількість осіб-2	Звичайний, нервуюсь як всі, не переходжу межі, коли дратуюсь то швидко гасну, вразлива; Звичайна, роблю багато роботи; Проста людина. Намагаюсь не грішити; Важко сказати, звичайний, не знаю чого хочу в житті
	Активність Кількість осіб-1	Запальна, командир. Спокій то не моє, розумна, трохи соромлюсь хвороби, бо я жінка

	Амбівалентність Кількість осіб -1	Педантична, пунктуальна, люблю багато говорити і командувати, не хочу бути сама, але не люблю втручань в особисте життя;
	Сором'язливість, страх, сором Кількість осіб- 2	Флегматик, плаксива, вразлива, ніби все добре в житті, але сумно; Невпевнена, стримана, сором'язлива Немає часу на роздуми, вразлива, можу часто плакати Недостатньо любові і розуміння; Психологічно важко на душі,
2. Як ви гадаєте, з чим пов'язана ваша хвороба?	Екстернальний локус-контролю кількість осіб-11	По спадковості; Багато стресів; Строгий батько, який любив зловживати алкоголем, спричиняв сварки, чинив насильство; Смерть батька, матері, тренера, підтримуючої особи; Маю хвору підшлункову залозу; Несправедливість на роботі; Автомобільна аварія; Важкі пологи; Спровокувало шампанське
	Інтернальний Локус-контролю Кількість осіб-4	Багато тримаю і переносю в собі; Схильний до депресивних переживань; Багато переживаю і нервуюсь; Зрада в близьких стосунках дуже вразила мене
3. Розкажіть про сім'ю в якій ви зростали?	Позитивна атмосфера в сім'ї Кількість осіб-4	Добрі стосунки з батьками, з старшою сестрою; любляча сім'я, не били, проте батько рано помер; Дуже хороша сім'я, мама- свята людина; Батько добре дбав про сім'ю, забезпечував всім, хороші теплі спогади
	Нейтральна атмосфера в сім'ї Кількість осіб -4	Мама деколи строга, проте завжди заступалась; Стандартна сім'я, батьки багато працювали; Батьки розлучились, але підтримували нормальні стосунки, батько не забував про дітей; Багатодітна сім'я (5 дітей, я найстарша), багато обов'язків і догляд за меншими; Звичайна сім'я, невеликі сварки та непорозуміння; Звичайна сім'я, тато трохи випивав, але не було сварок, більше сміху, в основному добрі стосунки.

	Негативна атмосфера в сім'ї Кількість осіб-7	Брак довіри, строгий батько, фізичні покарання; Жили бідно, батько випивав; Мама і тато агресивні, тому часто сварились; Батько – алкаш, я жив в інтернаті, лише на вихідні приїздив до бабусі; Батько агресивний, любив випити, бив мене і маму, тримав усіх в страху, немає любові, дружби у колі сім'ї; Не хочу бути в сім'ї, там панує страх батька і пригнічення; Батько випивав, не поважав маму, мало допомагав, не був опорою; Батько заходив в запої на 2-3 дні, -тоді його всі боялись.
4. Розкажіть будь ласка про емоції та почуття що панували у вашій сім'ї	Соціально-бажані відповіді Кількість осіб-3	Щоб були культурні, чемні; Не плач, не переживай, намагались змінити тему; Не злити батька, адже він - авторитет
	Щирі позитивні емоції Кількість осіб-4	Можна було поспати вдень; В основному підтримували; Поважати границі кожного члена сім'ї; Поганих слів не було; Коли почалась хвороба то переживали і підтримували
	Щиро негативні емоції Кількість осіб-6	Страх, нерозуміння, неприйняття; Не має любові та розуміння; Батько завжди строгий, а мамі- байдуже; Тато часто був несправедливим; Між двох вогнів, несправедливість
	Емоціям не надається значення Кількість осіб-2	Бувало по-різному; Нас не били, ми нічого не вимагали, Уникаю розмов з братом, бо немає розуміння

Підсумовуючи отримані дані контент-аналізу робимо висновки:

1. Пацієнти стримані, трохи боязкі у спілкуванні, орієнтовані на соціально-бажане враження; деякі активно налаштовані до розмови, хочуть розказати багато про своє життя;

2. Стресові ситуації та втрата близьких пов'язані з виникненням хвороби як пусковий механізм. У пацієнтів переважає екстернальний локус-контроля.
3. Агресивність у сім'ї частіше приписується батькові, який зловживав алкоголем і як наслідок страх та недовіра у сімейних стосунках;
4. За словами пацієнтів в колі сім'ї позитивні емоції виражались рідше ніж негативні. Серед негативних домінують страх, нерозуміння, відкидання.
5. Спадковість грає значну роль у виникненні дерматозу.

3.5. ДИСКУСІЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Результати нашої роботи ми порівняли із попередніми дослідженнями вітчизняних та зарубіжних авторів:

1. Ми виявили вагому роль Я-функцій (агресія, тривога, зовнішнє відмежування, внутрішнє відмежування, нарцисизм) у формуванні Я-образу досліджуваних та встановили наявність зв'язку цих характеристик із показниками якості життя. Це узгоджується із психологічними теоріями Джеймса У., Бернса Р. Дотичні дослідження теж підкреслюють їх важливість. У формуванні Я-образу Я-функції займають вагомішу нішу ніж зовнішні стресові чинники. [44-46,73].

2. Попередні дослідження (Штрахова А.В., Харисова А.Р., Каденко О.А., Томаржевська І.В., Dixon L.J., Witcraft S.M., McCowan N.K., Brodeel R.T), відмічали високий рівень тривоги, розлади тривожно-депресивного спектру, занижений рівень самооцінки та домінування незрілих механізмів захисту в дерматологічних пацієнтів. В нашому дослідженні середнє значення тривоги було в межах норми та долалось з допомогою не тільки незрілих захисних механізмів (заперечення, проекція), а ще й зрілого психологічного захисту – інтелектуалізації. Рівень глобального самоствалення наших досліджуваних був завищений (55,3%) та обернено корелював із агресією дефіцитарною ($r = -0,309$) та тривогою дефіцитарною ($r = -0,321$). Тобто дерматологічні пацієнти можуть говорити про свої почуття та переживання, але це відбувається відсторонено, за

допомогою витіснення емоцій, а самооцінку допомагає зберегти нівелювання агресії і тривоги.

3. У ході нашого дослідження ми не виявили зв'язку між якістю життя дерматологічних пацієнтів та рівнем самооцінки, на відміну від схожих досліджень (Штрахова А.В., Харисова А.Р, Каденко О.А, Томаржевська І.В), які стверджували, що якість життя визначає ступінь самоставлення [44-45,50]. Проте ми встановили зв'язок між якістю життя та головними функціями особистості, а саме: пацієнтам із нижчим показником DLQI притаманні конструктивні характеристики особистості, а пацієнтам із вищим показником DLQI – деструктивні та дефіцитарні.

4. Фактор стресу в нашому дослідженні має місце як пусковий механізм для розвитку хвороби, інші ж дослідники (Еремина М.Г., Evers A.W. M., Luy Duller P., P.G.M. van der Valk) зазначають, що стрес не є обтяжуючим фактором хвороби, а фактором вразливості виступають соціальні проблеми та вважають, що псоріаз є чинником дистресу, а ті пацієнти які мали добру соціальну підтримку менше піддавались впливу дистресу. [45,46]. Це може бути підтвердженням нарцистичної вразливості дерматологічних хворих.

5. В ході якісного аналізу, припущення про теорію щодо ролі матері, як владної та інтрузивної особи, в ослабленні кордонів дитини– було спростоване, на відміну від висновків інших авторів, зокрема Павлова О.В Пезешкиан Н. П Новицкая Н.Н., Якубович А.И [24,26,49], де лідерство в родині беззастережно приписувалось матері, яку пацієнти описували як вольову і владну особу. Можливо для підтвердження такого припущення слід було проводити більш триваліше глибинне інтерв'ю.

6. Переважання кількості трикутників, як символу прагнення до контактів, у тесті «Людина у вигляді геометричних фігур» у нашому дослідженні свідчить про те, що пацієнти тяжіють до контактів із іншими людьми, відчують дефіцит

в близькості і це співпадає з результатами інших вітчизняних науковців (Штрахова А.В., Харисова А.Р.) [50].

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

Пацієнти дерматологічного профілю добре підійшли для дослідження психології тілесності запропонованої Тхостовим А.Ш. Показники вибраних методик показали добру кореляцію між собою, що дало нам можливість перевірити наші гіпотези стосовно психологічних чинників Я-образу хворих на псоріаз та нейродерміт.

Наші висновки базуються на дослідженнях пацієнтів дермато-венерологічного диспансеру з допомогою кількісного, якісного аналізу, застосування проєктивних методик та порівняння отриманих результатів із висновками попередніх досліджень. Отже:

1. Описано центральні особистісні функції та особливості Я-образу пацієнтів із шкірними захворюваннями. Проаналізовано показники Я-функцій індивіда (агресія, тривога, зовнішнє відмежування, внутрішнє відмежування). Виявлено нижчий середнього значення показник зовнішнього відмежування дефіцитарного та вище середнього показник нарцисизму дефіцитарного. Дані показники свідчать про нездатність пацієнтів тримати кордон між я та іншими і характеризують їх як невпевнених в собі, пасивних, песимістичних особистостей, які прагнуть нарцистичного підживлення;
2. Виміряно показники якості життя дерматологічних пацієнтів, рівень самооцінки, ясність Я-концепції та напруженість механізмів психологічного захисту. Середній показник DLQI пацієнтів диспансеру становив 8,6, що відповідає добрій якості життя. Рівень глобального самоствавлення не був занижений, адже пацієнти не зазнавали значного негативного впливу хвороби. Середній показник ясності Я-концепції становить 31,5 – що

свідчить про середню, ближчу до високої, ясність уявлень пацієнтів про себе. Інтелектуалізація, як захисний механізм вищого порядку, що допомагає хворим подолати фруструючу ситуацію, та не втратити самоповагу.

3. З'ясовано, що якість життя хворих на псоріаз та нейродерміт корелює із показниками головних функцій особистості. Тобто хворі оцінюють себе з огляду функціонування головних функцій особистості. Кореляцію між якістю життя і рівнем самооцінки та показником ясності Я-концепції не встановлено. Проте встановлено, що ясність уявлень про себе обернено корелює із конструктивним підходом до життя ($r = -0,35$),- це може бути ознакою соціально-бажаних відповідей пацієнтів.
4. Проаналізовано результати проєктивних методик і зроблено висновки про стійкість Я-образу та прагнення до комунікації дерматологічних пацієнтів.
5. В ході якісного аналізу роль матері, як домінуючої та власної особи, пацієнтами не була представлена. Носієм негативних переживань у сім'ї виступав батько, переважаюча емоція страх, неприйняття, втрата довіри. З'ясовано, що у пацієнтів домінує низький рівень рефлексивної здатності.
6. Цікавим виявилось отримані результати які свідчать про те, що пацієнти із нижчим рівнем якості життя більш нарцистично уражені особистості, а пацієнти із вищим рівнем якості життя мають стійкіші границі власного Я та прагнуть комунікації із соціумом.

ВИСНОВКИ

Психодерматологія новий та мало вивчений напрямок науки в Україні. Наше дослідження мало на меті визначити психологічні особливості осіб, що страждають на псоріаз та нейродерміт, із різним рівнем якості життя. Оновлені дані будуть корисні для комплексної терапії пацієнтів з метою покращення їх психологічного благополуччя.

Хронічні дерматози суттєво впливають на життєдіяльність хворих. Відчуття невпевненості та вразливості проявляється більш низьким показником бар'єрності границь власного Я. Для відмежування від впливів зовнішнього середовища хворі відгороджуються шкірними симптомами. Люди, що страждають на псоріаз та нейродерміт, вирізняються функціональною нездатністю зовнішньої границі Я, проникністю кордонів власного Я-образу, вони нездатні тримати кордон між я та іншими. Це підтверджує нашу гіпотезу про те, що Я-образ дерматологічних хворих характеризується нестійкістю та проникністю. Пацієнти схильні до гіперадаптації до зовнішнього середовища, надмірно залежні від вимог та установок, схильні приписувати вираженість хвороби зовнішнім обставинам, мають труднощі у відстоюванні власних інтересів, невпевнені в собі, своїх можливостях, пасивні, песимістичні, відчувають свою непотрібність та неповноцінність, потребують постійного нарцистичного підживлення.

Тривогу з приводу хвороби допомагають знижувати захисні механізми низького та високого порядку. Заперечення допомагає додати негативний вплив шкірних симптомів, як зовнішнього психотравмуючого фактора. В умовах стаціонару пацієнти компенсують нестачу турботи у повсякденному житті.

У нашому дослідженні ми виявили те, що пацієнти які більше уражені хворобою ($DLQI > 10$) характеризуються проникністю кордонів власного я-образу, що зумовлює порушення їхньої комунікації, а пацієнти яких захворювання вразило у меншій мірі ($DLQI < 10$) мають стійкіші границі власного Я та прагнуть

комунікації з іншими. Хворі прагнуть вступати в контакт для нарцистичного підживлення власної уразливої особистості. Отже, шкірні симптоми не є фактором відгородження від комунікації, тобто підсумовуємо: пацієнти потребують бережної взаємодії із урахуванням їхньої крихкої автономії.

Висновки нашої роботи будуть корисними для розроблення психокорекційних програм для дерматологічних пацієнтів. Консультація психолога дасть можливість пацієнту краще справлятися із власними переживаннями з приводу хвороби. Робота психотерапевта, його підтримуючий супровід допоможе зняти психоемоційне навантаження на лікарів дерматологів та в значній мірі буде сприяти позитивній терапії пацієнтів збільшуючи час ремісії. Робота з Я-образом та особистісними границями сприятиме формуванню конструктивних механізмів життєдіяльності пацієнтів: активний підхід до життя, здатність до побудови контакту, адекватна реакція на небезпеку, набуття нового життєвого досвіду, вміння дослухатись до власних переживань і почуттів. Для пацієнтів із шкірними захворюваннями ефективною буде групова терапія разом із іншими хворими дерматологічного профілю. Перебування в умовах шкірно-венеричного диспансеру створює безпечне середовище для пацієнтів, там немає потреби захищатись від негативної оцінки соціуму, а це є основним механізмом редукції тривоги і депресії.

Перспективою даного дослідження є порівняння досліджень психологічних особливостей пацієнтів поза межами стаціонару. Враховуючи досвід інших країн світу підсумовуємо, що добрий альянс з психотерапевтом чи психологом буде для дерматологічного пацієнта «нарцистичним підживленням» та сприятиме ефективній терапії захворювання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание: пер. с англ. – М.: Прогрес. - 1986. 421с.;
2. Боришевский М. И. Теоретические вопросы самосознания личности / Психологические особенности самосознания подростка. - К. Вища школа, 1980 – с. 5-38.
3. Гуменюк О. Психологія Я- концепції. – Т. Економічна думка, 2002. 186 с.
4. Психология самосознания: Хрестоматия /ред.-сост. Д.Я.Райгородский.- Самара:Издательский дом”Бахрах-М”,2003. 303 с.
5. А.Г.Абдуллин, Е.Р.Тумбасова. Образ Я” как предмет исследования в зарубежной и отечественной психологии. *Вестник ЮурГУ, №6 Серия “Психология”*, Вип. 16. 2012. С.4-11.
6. Шишак О.І. Поняття ідентичності крізь призму психологічного розвитку дитини / О.І.Шишак, Г.В. Католик // *Практична психологія та соціальна робота*. 2008. №8. С.5-7.
7. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс.- Москва, 1994. 359с.
8. Католик Г.В. Психологія формування професійної Я-концепції практичного психолога: монографія / Галина Католик.- Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2013. 406 с.
9. А.В.Шишковская. Теоретические представления об образе физического я в психологии. *Северо-Кавказский психологический вестник* № 7/3. Психология личности, 2009. С.71-77
10. Т.Д.Василенко. Психология телесности: процессуально-смысловой подход. *Российский психиатрический журнал* Вип.4. 2013. С.49-54.
11. Василенко Я.О. Я-тілесне у структурі Я-концепції. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія*. Т.1. Вип. 46. 2013. С. 31-37.

12. Психосоматика. *Телесность и культура* / под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический Проект, 2009. С. 300.
13. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер Ком, 1999. 720 с.
14. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.; пер с англ. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. 373 с.
15. Язвінська Е.С. Тілесний образ Я як об'єкт психологічного дослідження. *Збірник наукових праць психологічні науки*. Т. 2. Вип 10(91) 2013. С.342-346.
16. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции/ З.Фрейд; пер.с нем. Г.В.Баришниковой; под.ред.Е.Е.Соколовой, Т.В.Родионовой. М.:Азбука-Аттикус. 2011. 480 с.
17. Обухов Я.Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний. URL: <http://symboldrama.ru/article/psychosomtreat/>
18. Аммон Г. Психосоматическая терапия. Психосоматическая терапия Автор: Гюнтер Аммон Санкт-Петербург 2000. 227 с.
19. Дідковська Л.І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії. Львів, 2010. 264 с.
20. Иванов О.Л. Психодерматология: история, проблемы, перспективы. URL: <http://journals.hnpu.edu.ua/index.php/psychology/article/view/794>
21. Н.І.Волошко. Психологічні особливості внутрішньо-особистісних конфліктів у хворих на артеріальну гіпертензію: монографія/ Н.І.Волошко.-Київ.Наук. Світ, 2009.С .198
22. Н.І.Волошко. Психосоматичні хвороби як результат впливу негативних психологічних факторів. *Проблеми сучасної психології*. 2015. С.126-134
23. Чаріті Джастін Такйун. Психосоматичні аспекти дерматозів. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. Вип. 53. 2016. С.265-271.
24. Павлова О.В. Основы психодерматологии / О.В. Павлова. — М.: ЛКИ, 2007. С. 4-50.

25. Сироткин С.Ф., Мельникова М.Л. Психология и психоталогия кожи. Тексти. Институт психоанализу. Издательский дом «ERGO», 2015. 387с.
26. Пезешкиан Н. П. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. / Пезешкиан Н. П. – М.: Медицина, 1996. 464 с.
27. Basavaraj KH., Navya MA., Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: an update. *Int J Dermatol.* 2011 Jul;50(7). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21699511>
28. Р. Редькін, Н. Орловецька, О. Данькевич. Сучасні погляди на лікування псоріазу. *Фармацевт практик.* Вип.12. 2018. С.28-38.
29. Буянова О.В. Стан проблем етіопатогенезу, лікування хворих на псоріаз в Україні, розробка сучасних теорій. (Огляд сучасних літературних даних та обґрунтування перспективних напрямків подальших досліджень) / О.В. Буянова, Х.Д. Аль-Рамлаві // *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* Вип.4. 2005. С. 36—39.
30. Андрашко Ю.В. Современные подходы к этапной наружной терапии при псориазе / Ю.В. Андрашко, Б.В. Литвиненко // *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* Вип.1. 2009. С. 16—19.
31. Н.В.Вантюх. Сучасні аспекти етіології та патогенезу псоріазу. *Науковий вісник Ужгородського університету, серія Медицина.* Вип. 1(46). 2013. С.182-185.
32. Т.В. Вашека, О.С.Мацерук. Особливості Я-коцепції хворих на нейродерміт та її зв'язок з типом реагування на хворобу. *Психологічні науки: проблеми і здобутки.* 2014. Вип.5. С. 3-20
33. Иванова И.Н. Психологические аспекты атопического дерматита. *Вестник дерматологии и венерологии.* Вип.2. 1991. С.38-42.
34. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская.-М.:Медицина. 1986.-384с.
35. О.А. Каденко, І.В. Томаржевська Хмельницький обласний шкірно+венерологічний диспансер Хмельницький національний університет Особливості психічного стану хворих на псоріаз, що перебувають на

стаціонарному лікуванні. *Український журнал дерматології, венерології, косметології* № 1 (40).2011.

36. Поддубная Т.В. Обзор зарубежных исследований, посвященных различным аспектам психодерматологии (2010—2013) *Современная зарубежная психология*. Вып. 1. 2014. С. 58-67.

37. Терентьева М.А. Психогенные (нозогенные) расстройства при хронических дерматозах / М.А. Терентьева, Т.А. Белоусова // *Психиатрия и психофармакотерапия*. Вып. 6. 2004. С. 270-272.

38. Arima M. Psychosomatic analysis of atopic dermatitis using a psychological test / M. Arima, Y. Shimizu, J. Sowa // *J. Dermatol.* Vol 32. № 3. 2005. P. 160-168.

39. Gieler U. Psychophysiological Aspects of Atopic Dermatitis / U. Gieler, V. Niemeier // *Psychocutaneous Medicine*. — New York: Marcel Dekker. 2003. P. 41-65.

40. Consoli S. Sensitive skin: psychological effects and seasonal changes / S. Consoli, L. Misery, E. Myon, N. Martin // *J. Eur. Acad. Dermatol Venereol* Vol. 21. №5. 2007. P. 620-628.

41. Finlay A.Y., Kelly S.E. Psoriasis — an index of disability // *Clin. Exp. Dermatol.* Vol. 12. 1987. P. 8—11

42. Коляденко В.Г., Чернишов П.В. Показники якості життя у дерматологічних хворих. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. Вып.2. 2005. С. 11-14.

43. Dixon L.J., Witcraft S.M., McCowan N.K., Brodeel R.T. Stress and skin disease quality of life: the moderating role of anxiety sensitivity social concerns. *General dermatology*. 2017. P.951-957

44. Новицкая Н. Н. Влияние псориаза на качество жизни больных: автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Новосибирск, 2009. С. 129.

45. Еремина М.Г. Изменение основных детерминант качества жизни у лиц трудоспособного возраста с хроническими заболеваниями кожи. *Саратовский научно-медицинский журнал*. Т. 8. Вып.2. 2012. С. 621–626.
46. Evers A.W. M., Luy Duller P., P.G.M. van der Valk, Kraaimaat F.W., P.C.M. van der Kerknof. Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*. 2005. P. 1275-1281.
47. Nijsten T. Dermatology life quality index: time to move forward . *J. Invest. Dermatol.* Vol. 132. №1, 2012. P. 11–13.
48. Wilson P. B., Bohjanen K. A., Ingraham S. J., Leon A. S. Psoriasis and physical activity: a review // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* Vol. 26. № 11, 2012. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22385402>
49. Новицкая Н.Н., Якубович А.И. Качество жизни и псориаз: психологические аспекты. *Сибирский медицинский журнал*. Вып. 2. 2008. С.8-12.
50. Штрахова А.В., Харисова А.Р. Телесный образ Я и его границы у больных с атипическим дерматитом. *Вестник ЮУрГУ Серия “ Психология ”*. Т. 7. Вып.1. 2014. С.102-112.
51. Столин В.В., Пантлеев С.Р. Опросник самоотношения. Практикум по психодиагностике: Психодиагностические материалы. М., 1988. С. 123—130.
52. Бамер Ю.А., Петерманн Ф., Куль Ю. Роль психосоциальной нагрузки при вульгарном псориазе. *Дерматологія*. Вып.1. 2010. С. 39—47.
53. О.А. Каденко, І.В. Томаржевська. Особливості психічного стану хворих на псориаз, що перебувають на стаціонарному лікуванні. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. Т. 1. Вып.40. 2011. С.34-39
54. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin. Exp. Dermatol.* Vol. 19, 1994. P. 210-216.

55. Mohammad jafferany m.d. Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders . *The Primary Care Companion To the journal of clinical psychiatry*. Vol. 9. №3, 2007. P. 203–213.
56. Хирш М. Это мое тело... и я могу делать с ним что хочу. Психоаналитический взгляд на диссоциацию и инсценировки тела. Библиотека психоанализа. 2016. С.381
57. Кабанов М.М., Незнанов Н.Г. Очерки динамической психиатрии. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева. 2003. 438 с.
58. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностики. Киев. 1987. 528 с.
59. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. - Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. - СПб.: Издательство: СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. - 50 с.
60. Finlay AY, Khan GK. "The Dermatology Life Quality Index: A simple practical measure for routine clinical use". British Association of Dermatologists Annual Meeting, Oxford. *British Journal of Dermatology*. Vol.129. №42, 1993. P.27.
61. Глуханюк Н.С. Практикум по психодиагностике: учеб. пособие – 2-е изд., переруб. и доп. – М.: Издательство Московского психолого-социального института. 2005. 216 с.
62. Столин В. В. Тест-опросник самоотношения / В. В. Столин, С. Р. Пантилеев // Психодиагностические материалы по изучению личности школьника. – Минск, 1989. – С.87–94.
63. Романова Е. С, Потьомкіна С. Ф. Графічні методи в психологічній діагностиці. М.: Дидакт, 1992. 256 с.
64. Псориаз. Современный взгляд на проблему.
<https://psoriasis.szgmu.ru/page.php?kat=19&id2=99>

65. Рогов. Є.І Настільна книга практичного психолога: Учеб. посібник: У 2 кн. - 2-е вид., Перераб. і доп. - М.: Гуманит. вид. центр ВЛАДОС. - Кн. 2: Работа психолога з дорослими. 2000. 487 с.
66. Я-структурний тест Аммона інтерпретація | детально | розрахунки: URL: <https://psytests.org/result?v=ammAqDJghBxMQj6V>
67. Amatore F., Villani A.P., Tauber M. et al French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* Vol. 33. №3, 2019. P. 464–483.
68. Осадчий О.І. Псоріаз: настанова Французького товариства дерматології щодо лікування. *Український медичний часопис.* 2019-08-13. URL: <https://www.umj.com.ua/article/161008/psoriaz-nastanova-frantsuzkogo-tovaristva-dermatologiyi-shhodo-likuvannya>
69. Тхостов, А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. 287 с
70. Астрецов Д.А. Методологические подходы к изучению самоотношения в психологии. *Теоретическая и экспериментальная психология.* Т.8. Вип.1. 2015. С.62-78.
71. Кабанов М.М., Незнанів Н.Г. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова. — СПб.: Институт им. В. М. Бехтерева, 2003. 438 с.
72. Я-структурний тест Аммона. URL: https://psylab.info/Я-структурный_тест_Аммона
73. Білявська М.В., Романів О.П. Кореляція якості життя та психопатологічних порушень у пацієнтів, які страждають на псоріаз. *Економіка і право охорони здоров'я.* Т. 2. Вип. 8. 2018. С.92-94
74. Столин В.В. Самосознание личности. Москва: Издательство Московского университета, 1983. 284 с.

Додаток В

Таблиця переведення сирих балів у відсотки за методикою ІЖС

заперечення	$8,7:12*100\%$	72,5%
витіснення	$5,8:12*100\%$	48,33%
регресія	$6,7:14*100\%$	47,85%
компенсація	$4,8:10*100\%$	48%
проекція	$7,1:13*100\%$	54,6%
заміщення	$6,2:13*100\%$	47,7%
інтелектуалізація	$8,5:12*100\%$	70,8%
реактивне утворення	$4,7:10*100\%$	47%

Загальна напруженість психологічних захистів визначається за формулою:

$$N:97*100\%,$$

де N-середнє значення кількості позитивних відповідей.

Отже, загальна напруженість механізмів захисту становить:

$$52,6:97*100\%=54,22\%$$

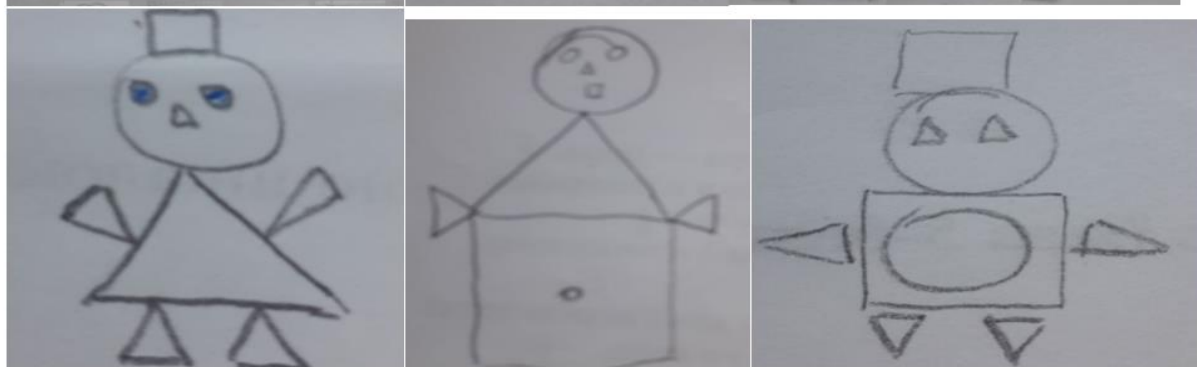
ДОДАТОК Е

Порівняльний аналіз груп досліджуваних за показником якості життя за критерієм Манна-Уїтні.

Mann-Whitney U Test (Spreadsheet1)										
By variable NewVar										
Marked tests are significant at p <,05000										
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
A1	1169,000	427,000	237,000	1,98144	0,047543	1,99689	0,045838	37	19	0,047869
A2	993,500	602,500	290,500	-1,05561	0,291145	-1,06390	0,287375	37	19	0,294026
A3	955,000	641,000	252,000	-1,72186	0,085095	-1,73565	0,082627	37	19	0,086741
C1	1166,500	429,500	239,500	1,93818	0,052602	1,95553	0,050521	37	19	0,052022
C2	1018,000	578,000	315,000	-0,63164	0,527624	-0,63607	0,524734	37	19	0,536646
C3	971,000	625,000	268,000	-1,44498	0,148464	-1,45774	0,144913	37	19	0,152135
O1	1165,500	430,500	240,500	1,92087	0,054749	1,94693	0,051544	37	19	0,054207
O2	994,500	601,500	291,500	-1,03831	0,299127	-1,05169	0,292941	37	19	0,302066
O3	978,000	618,000	275,000	-1,32384	0,185556	-1,33326	0,182446	37	19	0,190237
O//1	1168,000	428,000	238,000	1,96414	0,049515	1,98307	0,047361	37	19	0,049910
O//2	960,500	635,500	257,500	-1,62668	0,103805	-1,64581	0,099804	37	19	0,104199
O//3	1019,500	576,500	316,500	-0,60568	0,544727	-0,60991	0,541925	37	19	0,548047
H1	1168,000	428,000	238,000	1,96414	0,049515	1,97825	0,047902	37	19	0,049910
H2	946,500	649,500	243,500	-1,86896	0,061630	-1,88118	0,059948	37	19	0,061214
H3	902,000	694,000	199,000	-2,63904	0,008315	-2,66049	0,007803	37	19	0,007691
SCC	995,500	600,500	292,500	-1,02100	0,307253	-1,02226	0,306657	37	19	0,310249
A запереч.	1094,000	502,000	312,000	0,68355	0,494258	0,68887	0,490905	37	19	0,503163
B	1066,500	529,500	339,500	0,20766	0,835493	0,20987	0,833768	37	19	0,836988
C	1061,000	535,000	345,000	0,11248	0,910440	0,11299	0,910037	37	19	0,918071
D	1052,500	543,500	349,500	-0,03461	0,972391	-0,03522	0,971906	37	19	0,972648
E	1048,000	548,000	345,000	-0,11248	0,910440	-0,11327	0,909820	37	19	0,918071
F	1012,000	584,000	309,000	-0,73547	0,462054	-0,74266	0,457687	37	19	0,470796
G	1059,500	536,500	346,500	0,08653	0,931049	0,08818	0,929734	37	19	0,931690
H	1022,500	573,500	319,500	-0,55377	0,579710	-0,55851	0,576177	37	19	0,582936

Додаток Ж

Малюнки пацієнтів. Людина у вигляді геометричних фігур.



Додаток К

Методика Автопортрет



