

Аналіз внутрішніх ресурсів особистості у пацієнтів з алопецією різного генезу: роль життєстійкості та резильєнтності у формуванні психічної дезадаптації

Мар'яна Чемерис

Львівський національний медичний університет ім.
Данила Галицького

Актуальність. Алопеція є не лише дерматологічним, але й психосоціально значущим станом, що супроводжується порушенням образу тіла, зниженням якості життя та високою поширеністю тривожних і депресивних розладів. У межах сучасної психодерматології особлива увага приділяється внутрішнім адаптивним ресурсам особистості, зокрема життєстійкості та резильєнтності, які визначають здатність до подолання стресу. Водночас їх роль у формуванні психічної дезадаптації у пацієнток з алопецією залишається недостатньо вивченою.

Мета. Визначити особливості життєстійкості та резильєнтності як внутрішніх адаптивних ресурсів особистості у пацієнток з алопецією різного генезу та встановити їх взаємозв'язок із ступенем психічної дезадаптації.

Матеріали і методи. Обстежено жінок з метаболічною ($n=45$) та змішаною ($n=108$) алопецією. Оцінка життєстійкості здійснювалась за короткою версією тесту S.R. Maddi, резильєнтності – за шкалою Connor-Davidson (CD-RISC-10). Проводився порівняльний аналіз залежно від генезу алопеції та ступеня психічної дезадаптації.

Результати. Встановлено, що у пацієнток зі змішаною алопецією сумарний показник життєстійкості достовірно нижчий ($21,98 \pm 3,54$ бала) порівняно з пацієнтками з метаболічною алопецією ($26,47 \pm 5,05$ бала; $p < 0,01$). Аналогічна тенденція виявлена щодо всіх компонентів життєстійкості: залученості ($6,93 \pm 1,85$ проти $7,67 \pm 2,03$; $p < 0,05$), контролю ($7,43 \pm 2,66$ проти $9,33 \pm 3,02$; $p < 0,01$) та прийняття ризику ($7,63 \pm 1,81$ проти $9,47 \pm 1,97$; $p < 0,01$). Показники резильєнтності також були достовірно нижчими у пацієнток зі змішаною алопецією ($17,05 \pm 7,60$ бала проти $25,36 \pm 6,48$; $p < 0,01$).

Виявлено чіткий градієнтний зв'язок між рівнем психічної дезадаптації та внутрішніми адаптивними ресурсами: зі зростанням вираженості дезадаптації відбувається зниження життєстійкості (від $27,49 \pm 4,18$ бала за відсутності дезадаптації до $18,37 \pm 1,77$ бала при її розладах; $p < 0,01$) та резильєнтності (від $23,02 \pm 8,26$ до $14,43 \pm 6,56$ бала; $p < 0,01$). Найбільш чутливими компонентами життєстійкості виявились залученість і контроль.

Висновки. Життєстійкість і резильєнтність є ключовими внутрішніми адаптивними ресурсами, що визначають рівень психічної адаптації у пацієнток з алопецією різного генезу. Їх зниження асоціюється з формуванням психічної дезадаптації та може розглядатися як предиктор її розвитку. Отримані результати обґрунтовують доцільність включення оцінки внутрішніх ресурсів особистості до структури клініко-психологічного обстеження та розробки цільових програм психокорекції.

Ключові слова: алопеція; психічна дезадаптація; психодерматологія; життєстійкість; резильєнтність; адаптаційні ресурси; якість життя; образ тіла

УДК 616.891:616-052:615.851

Вступ

У сучасній клінічній медицині зростає інтерес до вивчення внутрішніх адаптивних ресурсів особистості як ключових детермінант психічного здоров'я при хронічних соматичних захворюваннях. Зокрема, резильєнтність і життєстійкість розглядаються як системні характеристики, що визначають здатність індивіда протистояти стресу та підтримувати психологічне функціонування в умовах несприятливих впливів [1–3].

Алопеція є не лише дерматологічною, а й значущою психосоціальною проблемою, що супроводжується порушенням образу тіла, зниженням самооцінки та соціальної активності [4]. Сучасні дослідження демонструють, що у пацієнтів з алопецією значно підвищений ризик розвитку тривожних, депресивних і соматоформних розладів [5]. Встановлено, що психічні порушення можуть як передувати розвитку алопеції, так і бути її наслідком, формуючи двобічний патогенетичний зв'язок між психічним станом і дерматологічним захворюванням [6].

У рамках сучасної парадигми психодерматології алопеція розглядається як частина психосоматичного континууму, де взаємодія між нервовою, імунною та ендокринною системами відіграє ключову роль у формуванні клінічної картини. Психологічний стрес здатний впливати на функціонування волосяного фолікула через нейроендокринні механізми, зокрема активацію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі та запальні процеси [7]. Водночас сам факт втрати волосся, як видимого дефекту зовнішності, виступає потужним психотравмуючим чинником, що підсилює дистрес і сприяє формуванню замкненого патологічного кола.

Психодерматологія як міждисциплінарний напрямок підкреслює необхідність комплексного підходу до пацієнта, який враховує біологічні, психологічні та соціальні фактори [8]. У цьому контексті особливого значення набуває дослідження внутрішніх ресурсів особистості, які можуть модулювати індивідуальну відповідь на захворювання.

Життєстійкість у концепції S.R. Maddi визначається як система базових установок (залученість, контроль, прийняття ризику), що формують активну позицію особистості у взаємодії зі стресом [1, 9]. Резильєнтність, у свою чергу, розглядається як здатність до відновлення та підтримання психічної рівноваги в умовах несприятливих впливів [2, 3]. Дослідження свідчать, що високий рівень резильєнтності асоціюється зі зниженням ризику розвитку психічних розладів і кращою адаптацією до хронічних захворювань [3].

Разом з тим, попри наявність даних про психоемоційні порушення при алопеції, питання ролі життєстійкості та резильєнтності як внутрішніх адаптивних ресурсів особистості у формуванні психічної дезадаптації (ПД) залишаються недостатньо вивченими. Це зумовлює необхідність подальших досліджень у цьому напрямку з позицій ресурсної моделі психічного здоров'я.

Мета дослідження

Визначити особливості життєстійкості та резильєнтності як внутрішніх адаптивних ресурсів особистості у пацієнок з алопецією різного генезу та встановити їх зв'язок із вираженістю ПД.

Матеріали і методи дослідження

З дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди, нами було комплексно обстежено 153 пацієнтки з дифузною алопецією. Вибір саме цієї форми алопеції був обумовлений тим, що, за даними літератури та нашими клінічними спостереженнями, саме дифузна алопеція найбільш часто супроводжується проявами деструктивної психопатологічної відповіді у вигляді формування порушень психічної сфери, на відміну від андрогенетичної (яка обумовлена віковим зниженням рівню естрогенів та спостерігається здебільшого у пацієток/пацієток більш пізнього віку), або гніздової алопеції (яка, хоча і провокує часту нозогенні психопатологічні реакції, має складний аутоімунний генез і поширена здебільшого серед осіб дитячого і підліткового віку). Враховуючи неоднорідний генез дифузних алопеційних станів, в рамках діагнозу дифузної алопеції, ми виділили дві групи з різним етіопатогенетичними механізмами: метаболічну форму (45 осіб), і змішану форму (108 пацієток), яка має гетерогенність етіологічних і чисельність патогенетичних чинників, серед яких виділяють окремий стресовий психоемоційний фактор. Серед обстежених з різним генезом алопеції за допомогою клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів (із застосуванням шкал HARS, HDRS і опитувальника SCL-90-R) було виділено три групи: без ознак ПД (45 осіб, група 1 - Г1), з окремими ознаками ПД (73 особи, група 2 - Г2), та з наявністю розладів адаптації відповідно до критеріїв МКХ-10 (35 осіб група 3 - Г3) [10]. Особливості життєстійкості визначали з використанням адаптованої україномовної короткої версії тесту життєстійкості Maddi S.R [11], резильєнтності - з використанням адаптованої україномовної методики Connor-Davidson resilience scale-10 [12] у пацієток з алопецією різного генезу та з проявами ПДА різної вираженості.

Статистичний аналіз включав описову статистику, аналіз розбіжностей з використанням непараметричного тесту Манна-Уїтні та кореляційний аналіз за допомогою методу рангових кореляцій Спірмена .

Результати дослідження

При вивченні особливостей життєстійкості у пацієток з алопецією різного генезу була виявлена тенденція до значуще гірших показників у жінок зі змішаною алопецією як за сумарним показником життєстійкості, так і за окремими складовими (табл. 1, рис. 1).

Показник	Значення показника, $M \pm m$, бали		p
	З метаболічною алопецією, n=45	Зі змішаною алопецією, n=108	
Залученість	7,67 \pm 2,03	6,93 \pm 1,85	<0,05
Контроль	9,33 \pm 3,02	7,43 \pm 2,66	<0,01
Прийняття ризику	9,47 \pm 1,97	7,63 \pm 1,81	<0,01
Сумарний показник життєстійкості	26,47 \pm 5,05	21,98 \pm 3,54	<0,01

Table 1. Показники життєстійкості у пацієток з алопецією різного генезу

В оригінальній концепції S.R. Maddi [1, 9] життєстійкість розуміється як система уявлень індивіда про самого себе, світ, що його оточує та відносини з цим світом. Життєстійкість сприяє подоланню стресу через зменшення внутрішньої напруги. Висока життєстійкість сприяє більш конструктивному сприйняттю індивідом життєвих подій, розгляд їх як засобу особистісного розвитку, а не як джерела стресу і проблем.

У жінок з метаболічною алопецією показник життєстійкості склав 26,47 \pm 5,05 балів, що вкладається у норму (30,2 \pm 7,6 балів), тоді як у пацієток зі змішаною алопецією показник життєстійкості виявився нижчим за норму: 21,98 \pm 3,54 балів.

Привертають увагу невисокі показники залученості в обох групах: при нормативному

показнику $11,0 \pm 3,0$ балів у пацієток з метаболічною алопецією показник залученості склав $7,67 \pm 2,03$ балів, а у пацієток зі змішаною алопецією – $6,93 \pm 1,85$ балів. У концепції S.R. Maddi під залученістю розуміється впевненість людини у тому, що активна участь у подіях життя і можливість знаходити шляхом активного пошуку цікаві і значущі речі є можливою і важливою складовою діяльності; низькі показники залученості є свідченням почуття відторгнення від життя, перебування поза його плином [13]. Низькі показники залученості у пацієток з алопецією, на наш погляд, пов'язані саме з впливом фактору алопецією, що змушує пацієток обмежувати коло спілкування і викликає почуття «відторгнення» від життя.

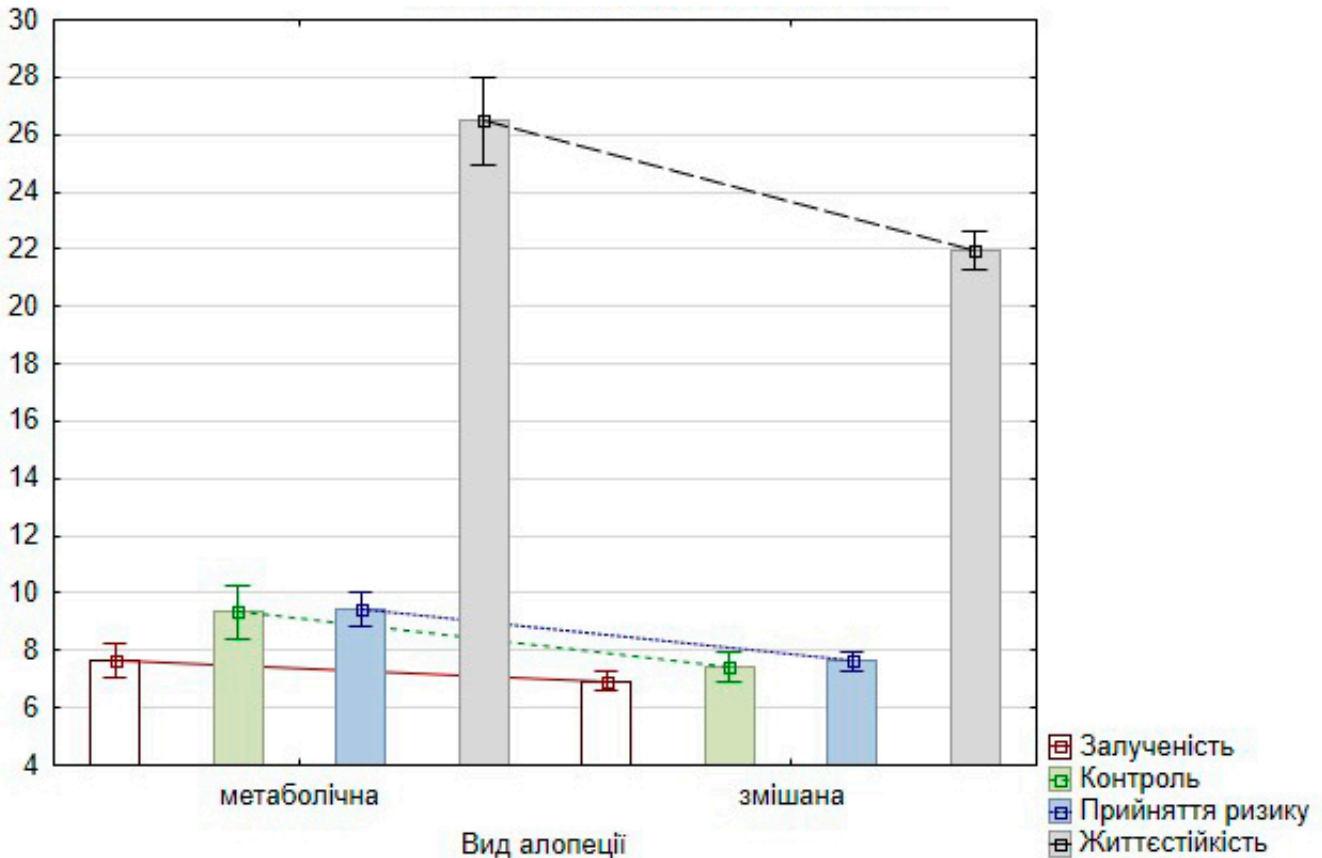


Figure 1. Кількісні показники життєстійкості (у балах) у пацієток з різним генезом алопеції (квадрати – середнє значення, риси – 95,0% довірчий інтервал)

Показники контролю у пацієток з алопецією загалом виявилися в межах норми (нормативне значення цього показника $9,4 \pm 2,7$ балів). У концепції S.R. Maddi контроль передбачає впевненість людини у тому, що активна протидія і боротьба з життєвими обставинами дозволяє їй впливати на перебіг подій, змінюючи їх у бажаний бік. При цьому у пацієток з метаболічною алопецією показник контролю був значуще вищим: $9,33 \pm 3,02$ балів проти $7,43 \pm 2,66$ балів.

Прийняття ризику S.R. Maddi розглядає як впевненість індивіда у необхідності активно діяти навіть тоді, коли ймовірність досягти мети невисока, оскільки досвід, набутий при негативному результаті, сам по собі цінний; прийняття ризику є важливим чинником саморозвитку людини. У пацієток з алопецією показник прийняття ризику був у межах норми (нормативне значення $9,8 \pm 3,3$ балів) і склав $9,47 \pm 1,97$ балів у пацієток з метаболічною алопецією і $7,63 \pm 1,81$ балів у пацієток зі змішаною алопецією.

Істотні відмінності у показниках життєстійкості були виявлені в залежності від вираженості

ПДА (табл. 2, рис. 2).

Показник	Значення показника, $M \pm m$, бали			P		
	Без ознак ПД, n=45	3 ознаками ПД, n=73	3 розладами адаптації, n=35	1-2	1-3	2-3
Залученість	8,07±2,02	7,07±1,73	6,11±1,68	<0,01	<0,01	<0,05
Контроль	10,24±2,38	7,99±2,27	5,09±1,95	<0,01	<0,01	<0,01
Прийняття ризику	9,18±1,99	8,03±1,98	7,17±1,62	<0,01	<0,01	<0,05
Сумарний показник життєстійкості	27,49±4,18	23,08±2,86	18,37±1,77	<0,01	<0,01	<0,01

Table 2. Показники життєстійкості у пацієнток з алопецією з різною вираженістю ПД

Сумарний показник життєстійкості у пацієнток з відсутністю проявів ПД відповідав нормі і склав $27,49 \pm 4,18$ балів. У пацієнток з окремими ознаками ПД значення показника життєстійкості відповідало нижній межі норми - $23,08 \pm 2,86$ балів, а у пацієнток з розладами адаптації було істотно нижчим за норму - $18,37 \pm 1,77$ балів.

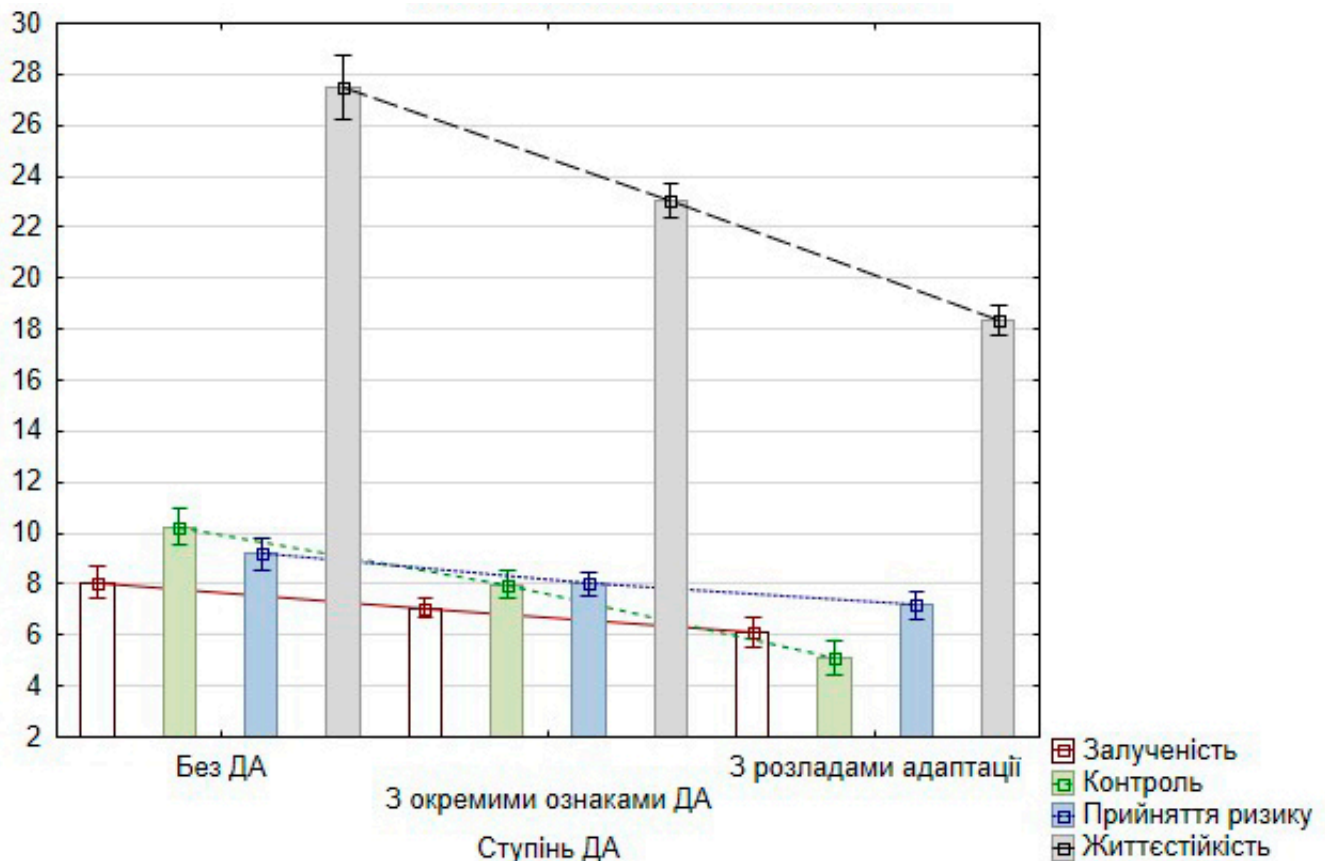


Figure 2. Кількісні показники життєстійкості (у балах) у пацієнток з різним станом психічного здоров'я (квадрати - середнє значення, риси - 95,0% довірчий інтервал)

Показник залученості у групі з відсутністю проявів ПД відповідав нижній межі норми - $8,07 \pm 2,02$ балів, тоді як в групі з окремими ознаками ПД показник був нижчим за норму - $7,07 \pm 1,73$ балів, а у групі з розладами адаптації - низьким - $6,11 \pm 1,68$ балів.

Значення показника контролю у пацієнток з відсутністю ознак ПД було достатньо високим -

10,24±2,38 балів, а у пацієнток з окремими ознаками ПД – нижчим, однак, теж у межах нормативних значень – 7,99±2,27 балів. Натомість, у пацієнток з розладами адаптації показник контролю був істотно нижчим за норму: 5,09±1,95 балів,

Показник прийняття ризику був в межах норми у всіх трьох групах; при цьому у пацієнток з відсутністю ознак ПД він був істотно більшим, ніж у пацієнток з окремими ознаками ПД – 9,18±1,99 балів проти 8,03±1,98 балів, а у пацієнток з окремими ознаками ПД більшим, ніж у пацієнток з розладами адаптації – 7,17±1,62 балів.

Таким чином, виявлено відмінності у рівнях життєстійкості в залежності від генезу алопеції: у пацієнток зі змішаною алопецією показник життєстійкості і його окремі складові – залученість, контроль та прийняття ризику – були істотно нижчими порівняно з показниками у пацієнток з метаболічною алопецією. Також показники життєстійкості істотно відрізнялися в залежності від вираженості ПД: у пацієнток з відсутністю ознак ПД усі показники життєстійкості були в межах норми, у пацієнток з окремими ознаками ПД сумарний показник життєстійкості відповідав нижній межі норми, а показник залученості був нижчим за норму.

При вивченні особливостей резильєнтності у пацієнток з алопецією різного генезу було виявлено, що кількісні показники резильєнтності у пацієнток з метаболічною алопецією відповідають середньому рівню резильєнтності – 25,36±6,48 балів, а у жінок зі змішаною алопецією – є нижчими за середній рівень – 17,05±7,60 балів (табл. 3, рис. 3).

Показник	Значення показника, М±m, бали		p
	З метаболічною алопецією, n=45	Зі змішаною алопецією, n=108	
Резильєнтність	25,36±6,48	17,05±7,60	<0,01

Table 3. Показники резильєнтності у пацієнток з алопецією різного генезу

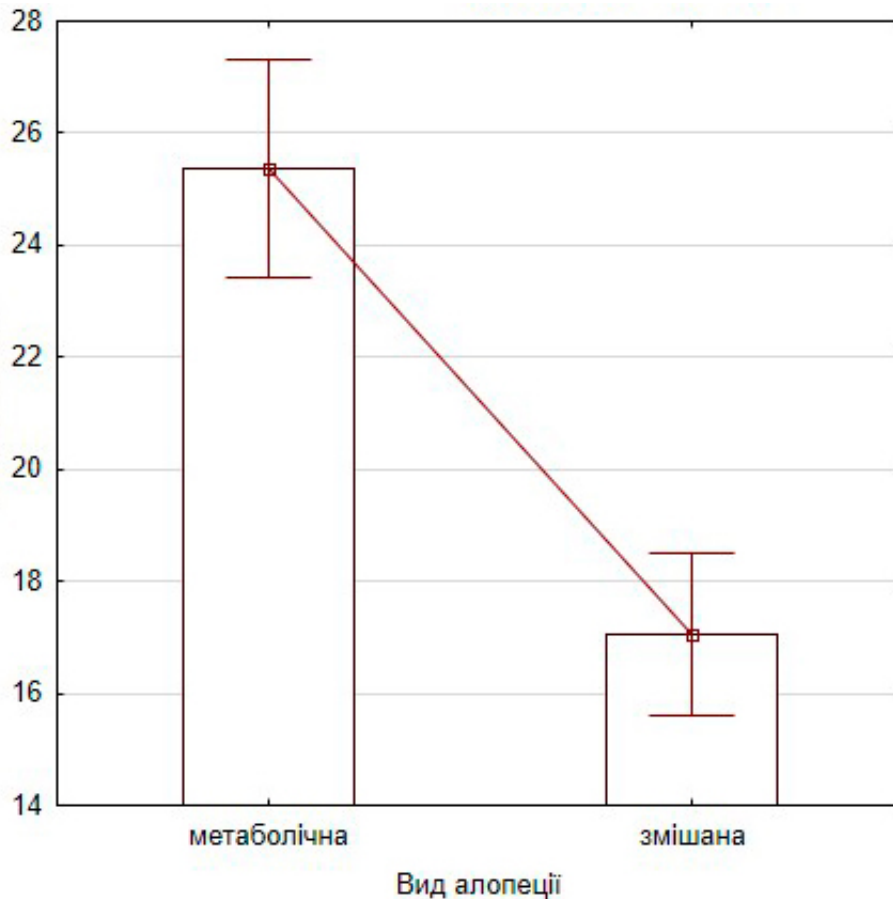


Figure 3. Кількісні показники резильєнтності (у балах) у пацієнток з різним генезом алопеції (квадрати – середнє значення, риси – 95,0% довірчий інтервал)

Істотні відмінності у показниках резильєнтності були виявлені в залежності від враженості ПД (табл. 4, рис. 4).

Показник	Значення показника, $M \pm m$, бали			P		
	Без ознак ПД, n=45	З ознаками ПД, n=73	З розладами адаптації, n=35	1-2	1-3	2-3
Резильєнтність	23,02±8,26	19,74±7,73	14,43±6,56	<0,01	<0,01	<0,01

Table 4. Показники резильєнтності у пацієнток з алопецією з різною вираженістю ПД

У пацієнток з відсутністю ознак ПД показник резильєнтності відповідав середньому рівню – 23,02±8,26 балів, у пацієнток з ознаками ПД відповідав нижчому за середній, ближче до середнього, рівню – 19,74±7,73 балів, а у пацієнток з розладами адаптації – низькому рівню: 14,43±6,56 балів.

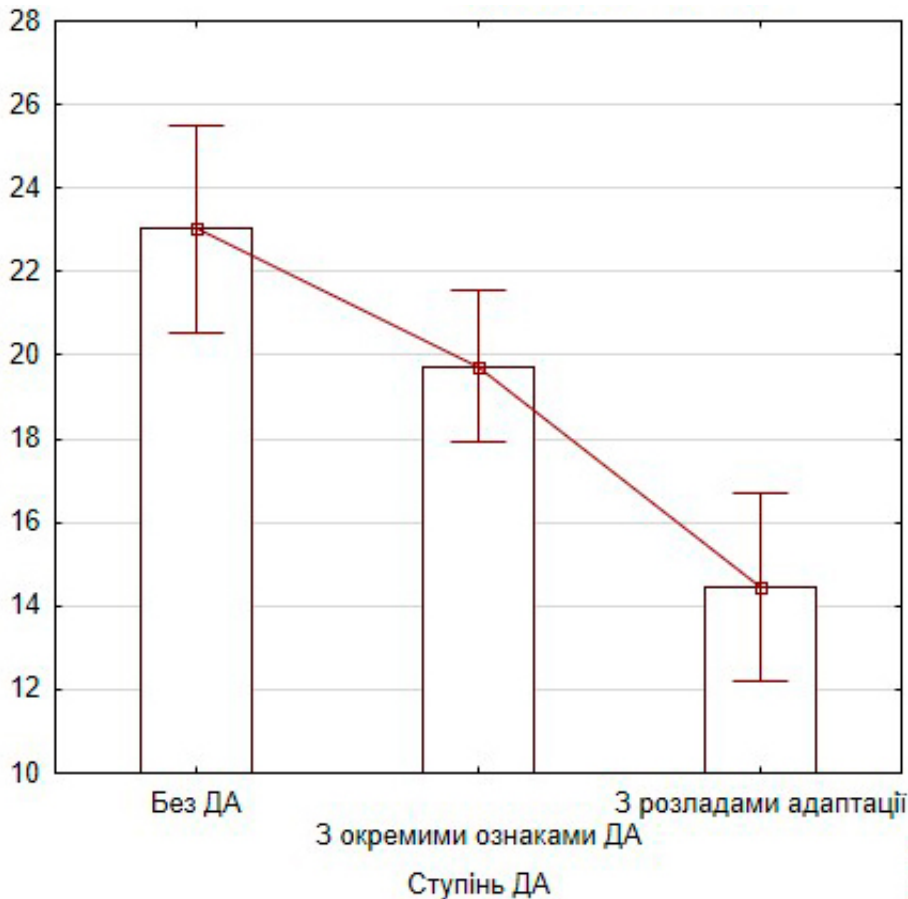


Figure 4. Кількісні показники резильєнтності (у балах) у пацієток з різною вираженістю ПД (квадрати – середнє значення, риси – 95,0% довірчий інтервал)

Таким чином, показники резильєнтності, як і показники життєстійкості, були пов’язані з генезом алопеції: істотно нижчі показники були виявлені у жінок зі змішаною алопецією, тоді як у жінок з метаболічною алопецією вони відповідали середньому рівню. Виявлено чітку залежність між резильєнтністю та вираженістю ПД: за відсутності ознак ПД показники резильєнтності у жінок з алопецією відповідали середньому рівню, за наявності ознак ПД – нижчому за середній рівень, і за наявності розладів адаптації – низькому рівню.

Обговорення результатів

Отримані дані свідчать про те, що життєстійкість і резильєнтність виступають не лише супутніми характеристиками, а системоутворюючими чинниками психічної адаптації у пацієток з алопецією. З позицій сучасних уявлень про резильєнтність як динамічний процес підтримання психічного функціонування в умовах стресу, зниження цих показників може розглядатися як маркер підвищеної вразливості до психічних розладів [3].

Виявлене статистично значуще зниження сумарного показника життєстійкості у пацієток зі змішаною алопецією узгоджується з концепцією S.R. Maddi, відповідно до якої життєстійкість визначає спосіб когнітивної інтерпретації стресових подій та здатність особистості до активної взаємодії з ними [1, 4, 13]. Подібні результати отримані в міжнародних дослідженнях, де показано, що нижчий рівень життєстійкості асоціюється з більш вираженими проявами психологічного дистресу та гіршою адаптацією до хронічних захворювань [1, 3].

Особливої уваги заслуговує зниження показника залученості, який відображає рівень

включеності особистості у життєві процеси. У теоретичній моделі життєстійкості цей компонент пов'язаний із переживанням смислу та суб'єктивної значущості життєвого досвіду. Отримані дані розширюють результати міжнародних досліджень, які демонструють, що пацієнти з дерматологічними захворюваннями, зокрема алопецією, часто характеризуються соціальним уникненням, зниженням якості життя та порушенням образу тіла [4, 14, 15]. Таким чином, зниження залученості у нашому дослідженні може бути інтерпретоване як психологічний механізм соціальної дезадаптації.

Отримані результати щодо резильєнтності, зокрема її зниження у пацієнок зі змішаною алопецією, узгоджуються з даними досліджень, у яких резильєнтність розглядається як ключовий фактор, що модулює вплив стресу на психічне здоров'я [12, 16]. Зокрема, показано, що нижчий рівень резильєнтності асоціюється з підвищеним ризиком депресії, тривоги та соматоформних розладів [2, 17]. У дослідженнях, присвячених дерматологічним захворюванням, також встановлено, що пацієнти з нижчим рівнем психологічних ресурсів демонструють більш виражений психоемоційний дистрес та гірші показники адаптації [15, 18].

Важливим є встановлений у дослідженні градієнтний зв'язок між рівнем психічної дезадаптації та показниками життєстійкості і резильєнтності: зі зростанням вираженості дезадаптації відбувається їх прогресивне зниження. Ці результати узгоджуються з міжнародними даними, які свідчать, що дефіцит резильєнтності є одним із ключових предикторів розвитку психопатологічних станів у відповідь на стрес [3]. Водночас наші дані розширюють ці уявлення, демонструючи, що подібна закономірність характерна і для пацієнок з алопецією, що підкреслює універсальність ресурсної моделі адаптації.

З позицій психодерматології отримані результати можуть бути інтерпретовані в контексті двобічної взаємодії між психічними процесами та соматичним станом. Сучасні дослідження підтверджують, що психологічний стрес здатний впливати на перебіг дерматологічних захворювань через нейроендокринні та імунні механізми, тоді як самі дерматологічні прояви виступають джерелом психоемоційного дистресу [7, 19]. Наші результати конкретизують ці положення, вказуючи на те, що зниження життєстійкості та резильєнтності може виступати ключовою ланкою, яка опосередковує цей взаємозв'язок.

Таким чином, отримані дані не лише узгоджуються з міжнародними дослідженнями, але й доповнюють їх, демонструючи, що життєстійкість і резильєнтність утворюють єдину ресурсну систему адаптації у пацієнок з алопецією. На відміну від більшості попередніх досліджень, які розглядали психоемоційні порушення як наслідок захворювання, у нашому дослідженні зроблено акцент на внутрішніх адаптивних ресурсах як ключових чинниках формування психічної дезадаптації.

Висновки

У пацієнок з алопецією виявлено зниження показників життєстійкості та резильєнтності, що свідчить про обмеження внутрішніх адаптивних ресурсів особистості.

Жінки зі змішаною алопецією характеризуються достовірно нижчими показниками життєстійкості та резильєнтності порівняно з пацієнтками з метаболічною алопецією.

Встановлено прямий зв'язок між рівнем ПД та зниженням показників життєстійкості і резильєнтності.

Найбільш чутливими компонентами життєстійкості є залученість і контроль, що відображають порушення суб'єктивного відчуття включеності у життя та здатності впливати на події.

Життєстійкість і резильєнтність виступають взаємодоповнюючими компонентами єдиної ресурсної системи адаптації.

Отримані результати обґрунтовують доцільність включення оцінки життєстійкості та резильєнтності у структуру клініко-психологічного обстеження пацієнток з алопецією.

Перспективним є розроблення програм медико-психологічної допомоги, спрямованих на розвиток внутрішніх адаптивних ресурсів як чинника профілактики психічної дезадаптації.

Посилання

1. Maddi S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 54(3), 173-185. <https://doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173>
2. Connor K.M., Davidson J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress. Anxiety*, 18: 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
3. Southwick S. M., Bonanno G. A., Masten A. S., Panter-Brick C., Yehuda R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
4. Cash T.F., Pruzinsky T. (eds.) (2002) *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. The Guilford Press, New York.
5. Łuczak, K., Sójka, A., Ludwig, R. et al. The Psychiatric Burden in Alopecia Areata: A Propensity-Matched Cohort Study. *Dermatol Ther (Heidelb)* 16, 323-337 (2026). <https://doi.org/10.1007/s13555-025-01576-y>
6. Malta M., Corso G. (2025). Understanding the Association Between Mental Health and Hair Loss. *Cureus*, 17(5), e84777. <https://doi.org/10.7759/cureus.84777>
7. Liang, W., Zhao, Y., Cai, B., Huang, Y., Chen, X., Ni, N., Wang, Y., Lin, Z., Lin, C., & Huang, K. (2024). Psychological stress induces hair regenerative disorders through corticotropin-releasing hormone-mediated autophagy inhibition. *Biochemical and biophysical research communications*, 699, 149564. <https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2024.149564>
8. Astrid C., Dharmaningputri N.G.A.A., Putri M.K., Rumaisyah A., Pamela R.D.: Management of Primary Psychocutaneous Disorders: the Role of Inflammation in Skin-Psyche Interactions. *Dermatol Rev/Przegl Dermatol* 2024, 111, 358-365. DOI: <https://doi.org/10.5114/dr.2024.149031>.
9. Maddi, S. R. (2004). Hardiness: An Operationalization of Existential Courage. *Journal of Humanistic Psychology*, 44 (3), 279-298.
10. Чемерис М.М. Стан психічної сфери у хворих з різними формами дифузної алопеції: аналіз спектра і вираженості психопатологічної симптоматики. *Український вісник психоневрології*. 2024. Том 32, вип. 1 (118). С. 63-67. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is1-2024-10>
11. Олефір В.О., Кузнецов М.А., Павлова А.В. Коротка версія тесту життєстійкості. *Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г.С. Сковороди, серія Психологія*. 2013. Вип. 45(2). С. 158-165.
12. Асонов Д.О. Когнітивні та емоційні компоненти резильєнсу у ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку у віддаленому періоді (психокорекція, прогнозування). Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 225 «Медична психологія». Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2022.
13. Maddi S.R. Hardiness training at Illinois Bell Telephone. (1987). In: J.P. Opatz (Ed), *Health promotion evaluation*. Stevens Point, WI: National Wellness Institute, P. 101-115.
14. Cartwright T., Edean N., Porter A. (2009). Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *The British journal of dermatology*, 160(5), 1034-1039. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.09014.x>
15. Forneris Grego A. L., Therianou A., Hashemi P., Higgins C. A. (2022). A catena between psychiatric disorders and non-scarring alopecias-A systematic review. *Skin health and disease*, 3(3), e194. <https://doi.org/10.1002/ski2.194>
16. Кокун О.М., Мельничук Т.І. (2023). *Резильєнс-довідник: практичний посібник*. Київ:



Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. С. 16-17.

17. Bonanno G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
18. Hunt N., McHale S. (2005). The psychological impact of alopecia. *BMJ (Clinical research ed.)*, 331(7522), 951–953. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7522.951>
19. Jafferany M. (2007). Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 9(3), 203–213. <https://doi.org/10.4088/pcc.v09n0306>