

УДК 616.594.14-06:616.8]-055.2-085.851



К. В. Аймедов



В. В. Живилко

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЖІНОК З АЛОПЕЦІЄЮ

К. В. Аймедов¹, В. В. Живилко²

¹Одеський національний медичний університет

²Клініка ОНМедУ Центру реконструктивної та відновної медицини, м. Одеса

Анотація.

У статті наведено теоретичне обґрунтування проблеми допомоги жінкам, хворим на алопецію, а також зроблено аналіз вітчизняних та закордонних літературних джерел, розглянуто проблему сучасної психодерматології. Автором наведено аналіз дезадаптивних проявів у обстежених хворих на алопецію, які мали місце як на психоемоційному та особистісному рівнях, так і на рівні соціального функціонування. Наявність психоемоційної дезадаптації та її прояви (високий рівень невротизації, агресивності та ворожості, тривоги, депресії) розглянуто як похідні, обумовлені викривленням особистісних характеристик. Виявлені дезадаптивні характеристики стали мішенями психокорекційного впливу та були враховані під час побудови програм психосоціального супроводу жінок з алопецією.

Ключові слова:

алопеція, дезадаптивні характеристики, психоемоційний рівень, особистісний рівень, соціальне функціонування, якість життя.

Вступ

Алопеція – патологічне випадіння волосся, яке призводить до їх порідіння або повного зникнення в певних областях голови чи тулуба. Алопеція (облисіння) розвивається внаслідок різних патологічних впливів на волосяний фолікул [1; 2]. Вона може бути зумовлена інтоксикацією різного генезу, іонізуючою радіацією, високочастотними хвилями, травматизацією, а також нейрогенними, гормональними, імунологічними та дистрофічними чинниками, інфекційними захворюваннями та гельмінтозами [3].

Алопеція розвивається як у чоловіків, так і у жінок. До групи ризику входять чоловіки старші за 50 років, поширеність облисіння в цьому віці досягає 50%. Жінки страждають на цю хворобу значно рідше. Алопеція може виникати не тільки через зовнішні або внутрішні фактори, а й через проблеми, пов'язані з психічним станом особистості [4].

Це захворювання не тільки порушує психологічний статус хворих, але й стає причиною соціальної дезадаптації, змушуючи пацієнтів уникати громадських заходів, замикатись у собі, призводить до виникнення конфліктів на роботі та в сім'ї [5; 6]. Поінформованість про основні психопатологічні стани хворих на різні види алопеції дозволяє на ранніх етапах виявляти і оцінювати можливі розлади у пацієнта та своєчасно проводити необхідну комплексну терапію, що покращує стан психічного здоров'я пацієнта і сприяє зменшенню термінів лікування захворювання [7]. Вищевказане зумовлює актуальність цього дослідження.

Мета дослідження

Метою роботи є виявлення дезадаптивних характеристик, що дозволить розробити ефективну програму психокорекційного впливу та враховуватиметься при побудові програм психосоціального супроводу жінок з алопецією.

Матеріали та методи дослідження

Протягом 2013–2016 років, на базі Центру реконструктивної та відновлювальної медицини клініки Одеського національного медичного університету МОЗ України було проведено комплексне обстеження жінок зі встановленим діагнозом «дифузна алопеція». З дотриманням принципів біоетики та деонтології було амбулаторно обстежено 233 особи жіночої статі віком від 22 до 45 років. З них 138 хворих жінок увійшли до основної групи дослідження (ОГ), а 79 умовно здорових склали групу порівняння (ГП). У дослідженні брали участь лише ті особи, які дали згоду та відповідали наведеним нижче критеріям включення:

- мали встановлений діагноз «дифузна алопеція» (L 40);
- входили до вікової групи 18–55 років (для досягнення однорідності в групах дослідження).

Критерії виключення з дослідження:

- пацієнтки мали інший виражений соматичний або психіатричний діагноз у стадії загострення;
- пацієнтки мали будь-який інший хронічний соматичний або психічний розлад в анамнезі;

– пацієнтки не відповідали віковому критерію дослідження.

Розподіл досліджених за віком наведено в **табл. 1**.

Таблиця 1

Розподіл досліджених за віком* (n, %)

Вік*	ОГ (n = 138)		ГП (n = 79)		p
	n	%	n	%	
18–24 (юнацький вік)	41	29,71	25	31,65	p>0,05
25–43 (молодий вік)	74	53,62	40	50,63	p>0,05
44–55 (середній вік)	23	16,67	14	17,72	p>0,05

Примітка:

* – розподіл здійснено за віковою класифікацією ВООЗ від 2012 року

З **табл. 1** можна бачити, що основна кількість досліджених обох груп була юнацького та молодого віку (ОГ – 83,33%; ГП – 82,28%). Середній вік обстежених ОГ становив $27,6 \pm 5,9$ років, ГП – $29,1 \pm 6,2$ роки.

За статеву належністю 100,0% досліджених ОГ були жінками.

Розподіл досліджених за рівнем освіти наведено в **табл. 2**.

Таблиця 2

Освітній рівень обстежених (n, %)

Освіта	ОГ (n = 138)		ГП (n = 79)		p
	n	%	n	%	
середня школа	11	7,97	5	6,33	p>0,05
молодший спеціаліст	15	10,87	8	10,13	p>0,05
бакалавр	16	11,59	11	13,91	p>0,05
спеціаліст	32	23,20	17	21,52	p>0,05
магістр	44	31,88	25	31,65	p>0,05
післядипломна освіта*	20	14,49	13	16,46	p>0,05

Примітка:

* – дві вищі освіти або/та науковий ступінь

За даними **табл. 2**, більшість досліджених мали вищу освіту (ОГ – 81,16%; ГП – 83,54%); з них ступінь бакалавра отримали в ОГ – 11,59%, в ГП – 13,91%; післядипломну освіту мали в ОГ – 14,49%, в ГП – 16,46%.

Наступною соціально-демографічною характеристикою, яку ми вивчали в рамках дослідження, був сімейний стан обстежених. Дані **табл. 3** свідчать про те, що більшість жінок обох груп були або офіційно одружені, або перебували в цивільному шлюбі (ОГ – 66,67%; ГП – 64,56%) та мали дітей (ОГ – 63,04%; ГП – 59,49%).

Таблиця 3

Сімейний стан обстежених жінок (n, %)

Родинний статус	ОГ (n = 138)		ГП (n = 79)		p
	n	%	n	%	
Сімейний стан					
неодружені	29	21,01	18	22,78	p>0,05
офіційно одружені	54	39,13	32	40,51	p>0,05
цивільний шлюб	38	27,54	19	24,05	p>0,05
розлучені	17	12,32	10	12,66	p>0,05
Наявність дітей					
мають дітей	87	63,04	47	59,49	p>0,05
не мають дітей	51	36,96	32	40,51	p>0,05

Тривалість захворювання в обстеженого контингенту (**табл. 4**) визначали в результаті проведення первинного клініко-психологічного інтерв'ю з хворим з власних слів пацієнта. Більшість пацієнтів відзначали, що страждають на алопецію менш ніж 3 роки (70,29%), 29,71% досліджених вказали, що тривалість захворювання становить більш ніж 3 роки.

Таблиця 4

Тривалість захворювання на алопецію на момент обстеження (n, %)

Тривалість захворювання	ОГ (n = 138)	
	n	%
до 12 місяців	46	33,33
1–3 роки	51	36,96
3–5 років	27	19,57
більше 5 років	14	10,14

У процесі дослідження використано такий комплекс методів: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення); соціально-демографічний, клініко-психопатологічний (спостереження, структуроване інтерв'ю); психодіагностичний (психологічне тестування); статистичний.

Для вивчення стану психоемоційної сфери пацієнтів, які страждали на алопецію, використано такі психодіагностичні тестові методики:

- госпітальна шкала тривоги та депресії (HARS/HADS), призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у хворих;
- опитувальник Баса–Дарки;
- експрес-діагностика К.Хека і Х.Хесса, призначена для діагностики ймовірності невроту у досліджуваних, за її допомогою було можливо розрізнити три форми невротів: неврастенію, істерію (істеричний неврот) і неврот нав'язливих станів;
- особливості вивчались за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника;

□ наявність ірраціональних установок вивчалась за допомогою теста А. Еліса [7];

□ особливості самооцінки хворих на алопецію вивчали за допомогою методики «Особистісний диференціал».

Для дослідження психосоціальних особливостей також використовували низку тестів: методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана (модифікація В. В. Бойко) [7], тест соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда.

Для оцінки якості життя пацієнтів використовували опитувальник SF-36 (The Short Form-36) [7], який дозволив визначити загальний рівень благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті аналізу психоемоційного стану жінок з алопецією, а також виділення основних показників, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації пацієнток на особистісному рівні та рівні соціального функціонування, нами зроблено висновок про наявність у них на момент обстеження ознак психосоціальної дезадаптації. На основі узагальнення отриманих даних виділено та структуровано дезадаптивні показники на психоемоційному, особистісному рівнях та рівні соціального функціонування (табл. 5).

За даними **табл. 5**, дезадаптивні прояви у обстежених хворих на алопецію мали місце

як на психоемоційному та особистісному рівнях, так і на рівні соціального функціонування.

□ На психоемоційному рівні найбільш значущими (такими, що мали найбільший негативний вплив на адаптивні механізми особистості) були високі показники за рівнями невротизації (85,51%) та ворожості (84,06%).

□ На особистісному рівні всі досліджені жінки мали ірраціональні настанови щодо власної хвороби, її наслідків, прогнозу, лікування, а також дезадаптивні когніції щодо своєї особистості, потенціалу та можливості активно впливати на власний стан та змінювати поточну ситуацію (100,00%).

□ На рівні соціального функціонування всі обстежені пацієнтки відзначали зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя, що було обумовлено не об'єктивною ситуацією, пов'язаною з фактором захворювання, а суб'єктивним ставленням до себе, хвороби та оточуючого середовища.

Ми розглядали наявність психоемоційної дезадаптації (високий рівень невротизації, агресивності та ворожості, тривоги, депресії) як похідну, обумовлену викривленням особистісних характеристик (зниження самооцінки, емоційна лабільність, невротичність, наявність ірраціональних настанов). Вони ж, у свою чергу, обумовили зрив адаптаційних механізмів, що підсилювалось впливом ризиків на рівні соціального функціонування (незадоволеністю відносинами з чоловіком, колегами та адміністрацією, зниженням за-

Таблиця 5

Розподіл основних показників, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації пацієнток з алопецією, (%)

Рівень	Дезадаптивні показники	%
Психоемоційний	– високий рівень невротизації	85,51
	– високий рівень ворожості (сер. б. – 89,1)	84,06
	– високий або середній рівень депресії	74,63
	– підвищений рівень агресивності (сер. б. – 64,5)	71,01
	– високий рівень тривоги	50,72
Особистісний	– наявність ірраціональних настанов	100,00
	– спонтанна агресивність	84,06
	– реактивна агресивність	80,43
	– зниження самооцінки	78,26
	– емоційна лабільність	71,73
	– невротичність	65,94
	– роздратованість	60,14
Соціального функціонування	» відносинами з чоловіком	85,51
	» проведенням дозвілля	66,67
	» своїм способом життя в цілому	65,22
	– незадоволеність: » взаєминами з адміністрацією на роботі	61,59
	» взаєминами з колегами по роботі	57,25
	» можливістю проводити відпустку	55,80
	» сферою медичного обслуговування	52,17
	» сферою послуг та побутового обслуговування	48,55
	– зниження соціально-психологічної адаптації	100,00
	– зниження якості життя	100,00

гальної соціально-психологічної адаптації та якості життя). Виявлені дезадаптивні характеристики стали мішенями психокорекційного впливу та були враховані під час побудови програм психосоціального супроводу жінок з алопецією.

Висновки

Алопеція (патологічне випадіння волосся) супроводжується викривленням особистісних характеристик пацієнтів та призводить не тільки до порушень психоемоційного стану хворих, але й стає причиною соціально-психологічної дезадаптації хворих. Дезадаптивні прояви у хворих на алопецію мають

місце як на психоемоційному та особистісному рівнях, так і на рівні соціального функціонування. Найбільш значущими на психоемоційному рівні є високі показники за рівнями невротизації та ворожості; на особистісному рівні – ірраціональні настанови щодо хвороби; на рівні соціального функціонування – відзначається зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя.

Наявність психоемоційної дезадаптації базувалась на викривленні особистісних особливостей, які обумовили зрив адаптаційних механізмів, що підсилювалось впливом ризиків на рівні соціального функціонування.

Література

1. Terapija atopichnogo dermatytu ta psoriazu v intermitujuhomu rezhymi [Treatment of atopic dermatitis and psoriasis in intermittent mode]. Newsletter Ministry of Health of Ukraine. Kiev, Ukrmedpatentinform Publ., 2010, no. 260-2010. (In Ukr.)
2. Kaljuzhna L. D., Murzina E. O. Shhodennyj dogljad za suhoju shkiroju u hvoryh na hronichni dermatozy [Daily care for dry skin in patients with chronic dermatoses]. Newsletter Ministry of Health of Ukraine. Kiev, Ukrmedpatentinform Publ., 2008, no. 175. (In Ukr.)
3. Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv (s glossariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriteriyami) [pod red. Dzh. E. Kupera ; per. s angl. D. Poltavtsa] [Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (with glossary and research diagnostic criteria) [ed. G. E. Cooper; transl. from English by D. Poltavets]]. Kiev, Sfera Publ., 2000, 464 p. (In Russ.)
4. Kozhyna G. M., Korostij V. I., Myhajlov V. B., Tovazhnjans'ka O. L., Grygorova I. A., Rezunenko Ju. K., Parovyna G. V. Psyhodiagnostychni osoblyvosti kognityvnyh rozladiv sered hvoryh pracezdatnogo viku iz somatychnymy zahvorjuvannjamy [Psychodiagnostic features of cognitive impairment among people of working age with medical conditions]. Meditsinskaya psikhologiya, 2012, no. 4, pp. 68-74. (In Ukr.)
5. Maruta N. A., Yavdak I. A., Cherednyakova E. S. Lichnost' bol'nogo v formirovanii rezistentnosti nevroticheskikh rasstroystv [The identity of the patient in the development of resistance of neurotic disorders]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii', 2015, pp. 115-121. (In Russ.)
6. Pshuk N. G., Markova M. V., Kondratjuk A. I., Stukan L. V. Medychna psyhologija [navch. posib.] [Medical psychology [Training Manual]]. Vinnitsa, 2010, 135 p. (In Ukr.)
7. Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika [Metodiki i testy] [Practical psychodiagnostics [Technique and the tests]]. Samara, Bakhrahk-M Publ., 2002, 672 p. (In Russ.)

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН С АЛОПЕЦИЕЙ

К. В. Аймедов¹, В. В. Живилко²

¹ Одесский национальный медицинский университет

² Клиника ОНМедУ Центра реконструктивной и восстановительной медицины, г. Одесса

Аннотация. В статье приведено теоретическое обоснование проблемы помощи женщинам, страдающим алопецией, а также сделан анализ отечественных и зарубежных литературных источников, рассмотрена проблема современной психодерматологии. Автором проведен анализ дезадаптивных проявлений у обследованных больных с алопецией, как на психоэмоциональном и личностном уровнях, так и на уровне социального функционирования. Наличие психоэмоциональной дезадаптации и ее проявления (высокий уровень невротизации, агрессивности и враждебности, тревоги, депрессии) рассмотрены как производные, обусловленные искажением личностных характеристик.

Ключевые слова: алопеция, дезадаптивные характеристики, психоэмоциональный уровень, личностный уровень, социальное функционирование, качество жизни.

FEATURES OF FORMATION PSYCHOSOCIAL MALADJUSTMENT IN WOMEN WITH ALOPECIA

C. V. Aymedov¹, V. V. Zhyvylyko²

¹Odessa National Medical University

²The clinic Odessa National Medical University of the Center of reconstructive and regenerative medicine, Odessa

Summary. In the presented article the author shows theoretical foundation of a problem of organizing help to women suffering from baldness. The author analyzes the original and foreign literature on the problem of modern psychodermatology. The article analyzes maladaptive manifestation of the surveyed patients with alopecia, which occurred as the psycho-emotional and personal level, and the level of social functioning. The author considers the availability of psycho-emotional maladjustment (high neuroticism, aggression and hostility, anxiety, depression) as derivatives caused by distortion of personal characteristics.

Key words: alopecia, maladaptive characteristics, psycho-emotional level, personal level, social functioning, quality of life.