



К. В. Аймаєдов

В. В. Живилко

Х. О. Молдавська

УДК: 616.594.14-06:616.8-055.2-085.851

ТРАНСДИСЦИПЛІНАРНА МОДЕЛЬ КОМАНДНОГО ПІДХОДУ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ТА МЕДИКО- СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ НА АЛОПЕЦІЮ

К. В. Аймаєдов¹, В. В. Живилко^{1,2}, Х. О. Молдавська¹

¹Одеський національний медичний університет
МОЗ України, м. Одеса, Україна

²Клініка Одеського національного медичного
університету «Центр реконструктивної та відновної
медицини», м. Одеса, Україна

Анотація.

У статті розглянуто мультифакторність такого захворювання, як алопеція. Авторами відзначено, що, не зважаючи на комплексність та етапність заходів допомоги хворим на алопецію, які наведено у стандартному клінічному протоколі, сам протокол потребує доповнення психосоціальними складовими на всіх етапах: діагностики, лікування, реабілітації та профілактики. Запропоновано впровадження і використання трансдисциплінарної моделі командної роботи, перевагою якої є ефективна взаємодія лікарів (лікар-дерматолог, психолог, терапевт, ендокринолог, онколог, отоларинголог, гінеколог, терапевт та/або інші спеціалісти за необхідністю) та хворого і його найближчого оточення. Усі вони тісно співпрацюють, спрямовуючи дії як на лікування безпосередньо, так і на створення комфортних умов та адаптацію пацієнта з алопецією під час його медико-соціального супроводу. У роботі наведено деякі результати використання трансдисциплінарної моделі командного підходу у лікуванні пацієнтів дерматологічного профілю під час впровадження психопрофілактичних та психокорекційних заходів.

Ключові слова:

алопеція, дерматологічне захворювання, мультидисциплінарна, міждисциплінарна та трансдисциплінарна моделі.

Вступ

Не зважаючи на швидкий розвиток сучасної медицини, вивчення алопеції не втрачає актуальності та науково-практичної значимості, що обумовлено кількома чинниками. З одного боку, весь час відбувається зростання рівня захворюваності на алопецію та збільшення частоти важких торпідних форм. При цьому проблеми, які виникають при втраті волосся, лежать в основному в психологічній площині та можуть значно погіршити якість життя людей. З іншого боку, випадіння волосся залишається захворюванням з остаточно не вивченими етіологією та патогенезом, що обумовлює великі труднощі у розробці ефективних методів терапії (Н. Г. Короткий, 2009; А. В. Самцов, 2008; В. П. Адашкевич, О. Д. Мяделец, І. В. Тіхоновська,

2000; R. Hoffman, 1998) [1–4]. Тож розуміння механізмів реагування на хворобу і терапевтичні методи, які застосовуються в процесі лікування, можуть підвищити ефективність даного процесу та сприяти вибору оптимальної системи медико-психологічної допомоги пацієнтам.

Психопрофілактика дезадаптації хворих на алопецію є складним завданням, яке вимагає системного підходу і комплексного вирішення. Системний характер профілактики полягає у тому, що вона повинна впливати на всі чинники (соматичні, психологічні та соціальні), негативний характер яких може стати причиною або сприяти формуванню дезадаптації особистості [5; 6]. Медична складова профілактики передбачає контроль за фізичним станом пацієнта, симптоматичне лікування патологічних

відхилень, а також надання консультацій та навчання близького оточення навичкам, корисними під час догляду за хворим [7].

Показання до психотерапії визначаються роллю психологічного чинника в етіопатогенезі розладу, а також можливими наслідками перенесеного раніше або поточного захворювання. Як зазначають сучасні науковці, хронічну патологію не можна розглядати виключно у медичній парадигмі, адже вона має вплив на психічне та соціальне функціонування пацієнта [8; 9]. Виявлення психічних порушень у осіб з алопецією є важливим етапом дослідження даної групи дерматологічних хворих. При цьому медикаментозна і немедикаментозна корекції виявлених відхилень дозволяють поліпшити психоемоційний стан пацієнтів, знизити ризики виникнення важких форм різноманітних психогенній та уникнути соціальної дезадаптації – і таким чином наблизити досягнення позитивної клінічної динаміки та підвищити якість життя хворих з випадінням волосся.

Лікування волосся обов'язково має бути комплексним. Психолог повинен сприяти стабілізації емоційного стану пацієнта та підвищенню його адаптивного потенціалу, а фахівець-трихолог (або дерматолог) – займатися безпосередньо вирішенням проблеми облісіння. Важливим аспектом, на який потрібно звертати увагу, є підвищення якості життя пацієнтів з алопецією. Отже, чим більшою є питома вага психологічних відхилень, тим більше показників до використання психотерапії і тим більше місце вона має посідати у системі лікувальних впливів.

У випадках, коли психологічні проблеми не були першопрчиною алопеції, психокорекція, як правило, виконує підтримуючу та допоміжну функцію у лікуванні, і в основному спрямована на адаптацію людини до своєї хвороби, а також подальшу соціалізацію.

У разі лікування психосоматичних розладів слід враховувати як самі причини, так і наслідки, що значно впливають на перебіг захворювання. При цьому лікування психосоматичних відхилень є досить складним процесом, який передбачає насамперед взаємодію фахівців різних галузей медицини: психологів, психотерапевтів та вузьких спеціалістів (трихологів, дерматологів, дієтологів та ін.).

Мета дослідження

Метою дослідження стали вивчення та аналіз існуючих моделей психопрофілактичної та психокорекційної роботи з особами, хворими на алопецію, а також виділення ефективних методів лікування.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилось протягом 2013–2016 рр. на базі клініки Одеського національного медичного університету «Центр реконструктивної та відновної медицини», всього амбулаторно було обстежено 233 жінки віком від 22 до 45 років. З них 79 умовно здорових осіб увійшли до групи порівняння (ГП), 138 хворих – до основної групи (ОГ); 16 обстежених не було залучено у дослідження згідно з критеріями включення/виключення. Надалі ОГ було розподілено на 2 групи:

– група дослідження (ГД) – 76 осіб, які пройшли амбулаторний комплексний курс авторської терапії;

– контрольна група (КГ) – 62 пацієнтки, які пройшли тестування і отримували лікування згідно з «Клінічним протоколом», але не отримували комплексної психосоціальної допомоги.

Ефективність психокорекційного комплексу, проведеного при використанні трансдисциплінарної моделі командного підходу, було оцінено шляхом порівняння змін, які відбулися у ГД та у КГ до курсу терапії та після його закінчення. Для цього було проведено ретестування з повторним використанням психодіагностичних методик.

При виборі методів дослідження ми брали до уваги той факт, що захворювання на алопецію призводить до виникнення дезадаптивних психологічних особливостей у пацієнтів, що є комплексним явищем і складається з низки порушень на різних рівнях: соматичному, психологічному та соціальному. Тому обрані методи розкривали наявність дисгармонійних проявів у психосоціальній, психоемоційній та особистісній сферах. Комплекс методів включав теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизацію даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення, а також статистичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи.

Психоемоційні характеристики вивчали за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HARS/HADS) [10], агресивність досліджувалася за допомогою тесту Басса–Дарки [10]. Для визначення рівня невротизації було використано опитувальник експрес-діагностики неврозу Хека–Хесса [11]. Особистісні особливості вивчались за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника (за J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel, 2001 р.) [10]. Наявність ірраціональних установок вивчалася за допомогою тесту А. Елі-

са [10]. Особливості самооцінки хворих на алопецію визначали за допомогою методики «Особистісний диференціал» [10].

Дослідження психосоціальних особливостей проводилося також за допомогою методики діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана (модифікація В. В. Бойка) [12], теста соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда [10]. Для оцінки якості життя пацієнтів використовували опитувальник SF-36 (The Short Form-36), який дозволив визначити загальний рівень благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я (за Д. Я. Райгородским, 2001) [10].

Результати дослідження та їх обговорення

Враховуючи мультифакторність причинної обумовленості та широкий вплив патології на різні сфери функціонування особистості, спираючись на біопсихосоціальну модель захворювання, нами було розроблено комплексні заходи медико-соціального супроводу за участю трансдисциплінарної команди (лікар-дерматолог, психолог, терапевт, ендокринолог, онколог, отоларинголог, гінеколог, терапевт та/або інші спеціалісти за необхідністю).

На нашу думку, у контексті ефективності допомоги пацієнтам дерматологічного профілю саме командний підхід у впровадженні психопрофілактичних та психокорекційних заходів найбільше сприятиме одужанню. При цьому команда фахівців, об'єднаних спільною метою і загальним підходом до виконання завдань, повинна складатися з невеликої кількості спеціалістів з комплементарними навичками. Для реалізації визначеної мети групі лікарів належить не тільки скоординувати власні дії, спрямовані на ефективність медико-соціального супроводу хворого, а й чітко дотримуватися тактики єдності та взаємної відповідальності під час роботи.

У сучасній практиці існують три основні моделі командних дій: мультидисциплінарна, міждисциплінарна та трансдисциплінарна (рис. 1–3).

Мультидисциплінарна модель (рис. 1) передбачає, що члени команди представляють різні дисципліни і працюють безпосередньо з пацієнтом (клієнтом) або його родиною незалежно один від одного, виконуючи свою роль та обов'язки практично без взаємодії і перетину професійних кордонів. Слабкою стороною такого підходу вважається відсутність спільних спостережень, недостатня взаємодія і, як наслідок, неповне використання можливостей професіоналів.

Робота **міждисциплінарної команди (рис. 2)** спрямована на спільну розробку індивідуальних програм розвитку, орієнтованих на потреби і можливості кожного конкретного клієнта і його сім'ї. Тому у разі використання цієї моделі робота більш ефективна і дозволяє задовольняти специфічні потреби клієнтів та їхніх сімей. Проте недоліком такого підходу можна вважати велику кількість цілей, які фахівці різного профілю формують відповідно до своєї спеціалізації, хоча й діють у рамках єдиного плану.

Під час використання **трансдисциплінарної моделі (рис. 3)** делегують двох фахівців (у нашому випадку це лікар-дерматолог та лікар-психолог), які у процесі роботи з пацієнтом весь час взаємодіють як один з одним, так і з іншими членами команди. Мультидисциплінарна команда зазвичай включає лікаря-дерматолога, психолога, терапевта, ендокринолога, онколога, отоларинголога, гінеколога та/або інших спеціалістів. До кожного з них у разі необхідності під час лікування та медико-соціального супроводу хворого на алопецію звертаються за консультацією делеговані фахівці, щоб розробити ефективну індивідуальну програму лікування та психокорекції.



Рис. 1. Мультидисциплінарна модель надання психопрофілактичної допомоги хворому на алопецію

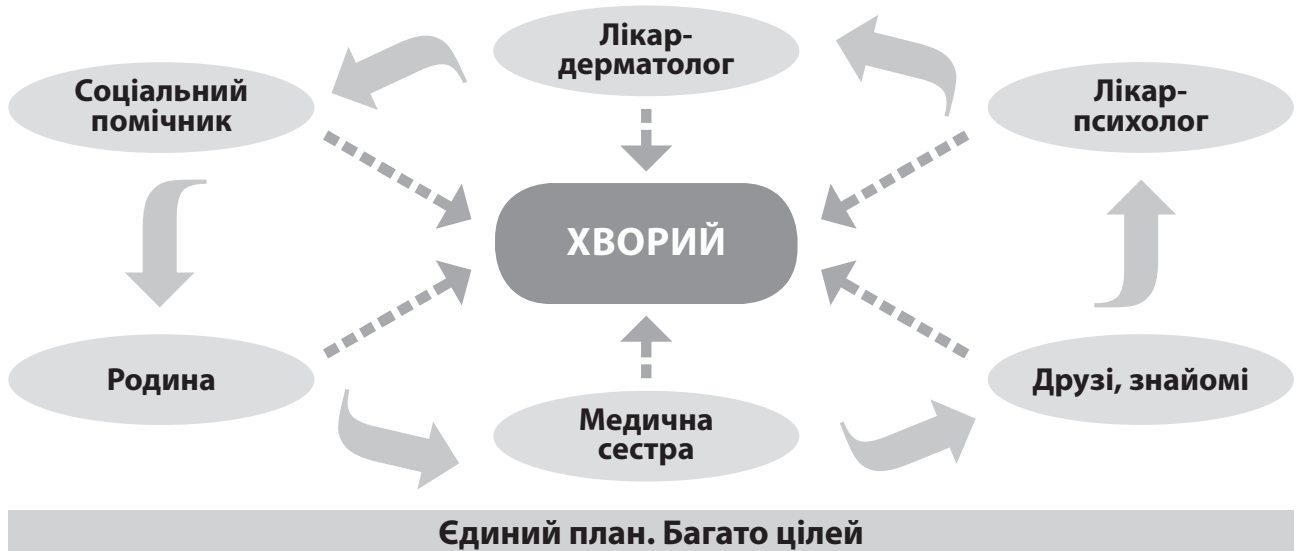


Рис. 2. Міждисциплінарна модель надання психопрофілактичної допомоги хворому на алопецію

Принципова відмінність трансдисциплінарної моделі від інших моделей полягає в тому, що в даному випадку існують лише одна програма і одна мета, і вони формулюються з урахуванням індивідуальних особливостей конкретного пацієнта, з яким працює команда. При цьому також обов'язково враховується середовищний та соціальний (в тому числі – сімейний) контекст. Важливо, що використання даної моделі, яку ми вважаємо найбільш ефективною, не вимагає від пацієнта взаємодії з безліччю людей, тому що у процесі роботи спеціалісти (члени команди) обмінюються спостереженнями і допомагають один одному набувати необхідних навичок, обговорюють ситуації, які виникають, і проводять супервізії.

З метою перевірки ефективності дії трансдисциплінарної моделі командного

підходу при застосуванні психопрофілактичних та психокорекційних заходів у лікуванні пацієнтів дерматологічного профілю нами розроблено та впроваджено авторський корекційний комплекс для хворих на алопецію жінок.

Результати попередніх досліджень детально описані в інших роботах авторів [13–15]. На даному ж етапі надамо лише порівняльний аналіз результатів психокорекційної роботи у групах досліджених. Це дозволить встановити ефективність заходів психосоціального супроводу при використанні трансдисциплінарної моделі командного підходу у процесі лікування алопеції.

Ефективність обраних методів лікування була доведена завдяки ретестуванню жінок ГД та КГ після закінчення курсу терапії (табл. 1). Після закінчення курсу терапії в

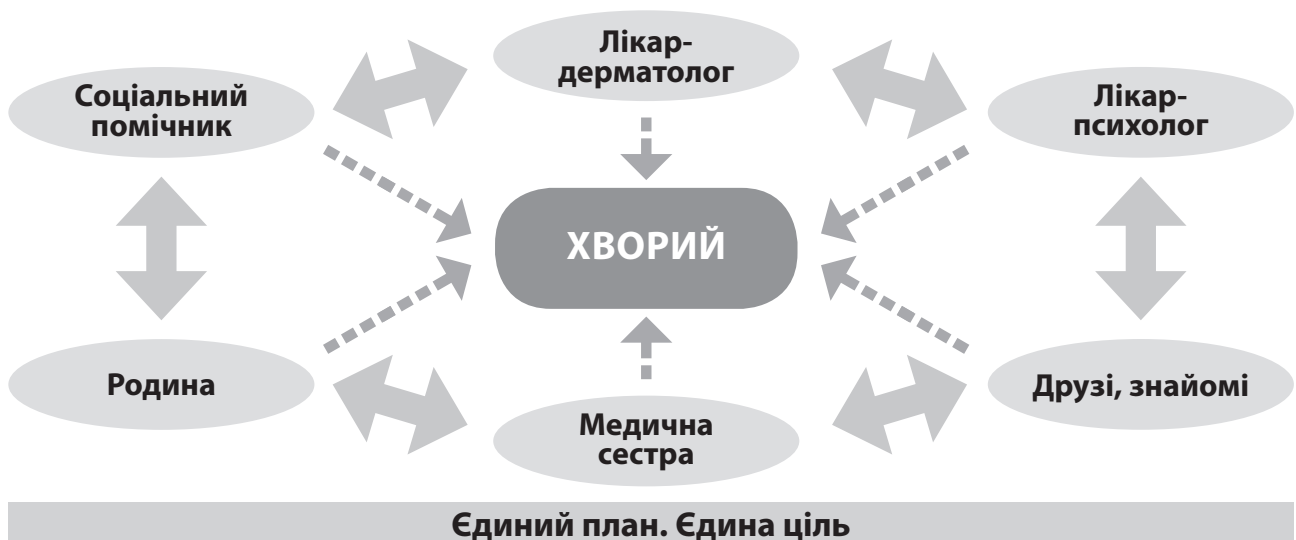


Рис. 3. Трансдисциплінарна модель надання психопрофілактичної допомоги хворому на алопецію

ГД спостерігалися статистично достовірні позитивні зміни щодо психоемоційних і особистісних характеристик, а також особливостей соціального функціонування. На психоемоційному рівні достовірно знизилася рівень невротичності (на 6,1 бали) та індекси ворожості (на 39,9 бали) й агресивності (на 23,5 бали), значно зменшилася інтенсивність проявів депресивності (на 4,3 бали) та тривожності (на 3,8 бали).

На особистісному рівні в ГД достовірно ослабли прояви роздратованості (на 5,7 бали) та емоційної лабільності (на 4,1 бали), проте збільшилися значення за показниками комунікабельності (на 1,5 бали) та врівноваженості (на 2,0 бали). До проведення терапії 100,0% осіб з алопепцією мали ірраціональні настанови різного характеру, які вдалось подолати та замінити раціональними когніціями завдяки використанню, зокрема, раціонально-емотивної терапії.

Позитивні зміни, які мали статистичну достовірність, відбулися в ГД також і на рівні соціального функціонування. Так, підвищився загальний показник якості життя та його значення за окремими складовими (фізичне функціонування – на 8,8 бали, загальне здоров'я – на 17,8 бали, життєздатність – на 17,4 бали, соціальне функціонування – на 24,3 бали, психічне здоров'я – на 15,3 бали).

До початку дослідження 100,0% жінок ГД проявляли ознаки дезадаптації, середній показник за шкалою адаптації складав 21,5 бали. У результаті проведення заходів психосоціального супроводу цей показник збільшився на 4,0 бали. Також суттєво підвищилися значення за шкалами «самоприйняття» (на 13,5 бали), «прийняття інших» (на 9,3 бали) та «емоційний комфорт» (на 12,8 бали). Паралельно з цим зменшилися показники соціальної фрустрованості щодо рівнів задоволення стосунками з колегами (на 0,8 бали), з чоловіком (на 1,0 бал) та з ди-

Таблиця 1

Ефективність заходів психосоціального супроводу (середній бал)

Критерії оцінки		ГД (n=76)	КГ (n=62)
Психоемоційний рівень			
Невротичність	до	8,6	8,1
	після	2,5**	5,2*
Індекс ворожості	до	91,4	86,7
	після	51,5**	73,2*
Індекс агресивності	до	62,0	63,1
	після	38,5**	53,8*
Депресивність	до	5,3	5,6
	після	1,0**	2,6*
Тривожність	до	6,2	6,3
	після	2,4**	5,1*
Особистісний рівень			
Роздратованість	до	8,6	8,8
	після	2,9**	6,4*
Комунікабельність	до	2,4	2,5
	після	3,9**	3,0*
Врівноваженість	до	2,1	2,2
	після	4,1**	2,8*
Емоційна лабільність	до	7,8	8,3
	після	3,7**	6,6*
Ірраціональна настанова обвинувачення себе	до	12,7	12,9
	після	23,1	14,2
Ірраціональна настанова обвинувачення інших	до	13,2	13,4
	після	21,2	15,4
Ірраціональна настанова самооцінки та раціональності мислення	до	14,8	14,9
	після	23,8	17,6

Примітки:

- * – різниця між групами є достовірною, $p \leq 0,05$;
- ** – різниця між показниками до/після є достовірною, $p \leq 0,05$.

Критерії оцінки		ГД (n=76)	КГ (n=62)
Рівень соціального функціонування			
Рівень задоволення взаєминами з колегами	до	2,6	2,6
	після	1,8**	2,4*
Рівень задоволення відносинами з чоловіком	до	3,4	3,3
	після	2,4**	3,1*
Рівень задоволення відносинами з дитиною (дітьми)	до	2,8	2,8
	після	2,0**	2,7*
Рівень задоволення відносинами з друзями, знайомими	до	2,6	2,7
	після	1,9**	2,5*
Рівень задоволення своїм способом життя в цілому	до	2,7	2,7
	після	1,6**	2,3*
Адаптація	до	21,4	21,6
	після	35,4	24,8
Самоприйняття	до	24,0	23,8
	після	37,5	26,3
Прийняття інших	до	24,6	24,4
	після	33,9	26,7
Емоційний комфорт	до	17,7	17,8
	після	30,5	20,1
Фізичне функціонування	до	72,1	72,7
	після	80,9**	75,1*
Загальне здоров'я	до	67,5	68,9
	після	85,3**	70,4*
Життєздатність	до	66,2	67,2
	після	83,6**	70,8*
Соціальне функціонування	до	58,1	58,9
	після	82,4**	62,9*
Психічне здоров'я	до	75,9	74,7
	після	91,2**	78,1*

тиною (на 0,8 бали), з друзями/знайомими (на 0,7 бали), а також задоволення власним способом життя у цілому (на 1,1 бали).

Деякі позитивні зміни після курсу терапії порівняно з періодом до її проведення відзначалися і в КГ, проте вони були незначними та не мали статистичної достовірності ($p > 0,05$).

Ефективність психосоціального супроводу доводить також порівняння результатів лікування у групах ГД та КГ після завершення терапевтичних заходів: у ГД наявна статистично достовірно вагоміша, ніж у КГ, позитивна динаміка змін дезадаптивних характеристик на всіх рівнях: психоемоційному, особистісному та соціального функціонування.

Таким чином, слід зазначити, що розроблена та впроваджена програма психосоціального супроводу жінок з алопецією є ефективною та дозволяє досягти покращення психоемоційного стану пацієнток, сформувати адаптивні патерни поведінки, підвищити рівень загальної адаптації та якості життя.

Висновки

Отже, при налагодженні взаємодії фахівців різного профілю за типом трансдисциплінарної моделі командного підходу під час лікування та медико-соціального супроводу хворих на алопецію розробляється індивідуальна програма лікування та психокорекції. Вона спрямовується на:

- зменшення або ліквідацію клінічних проявів захворювання на алопецію;
- редуцію патологічної тривоги й депресії;
- зниження зовнішньої агресивності;
- нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій, актуалізацію особистісних ресурсів самозмінення;
- підвищення стресостійкості, формування продуктивного копінгу;
- формування навичок адекватної ко-

мунікації, у тому числі у гендерній сфері;

- розвиток навичок контролю за власною поведінкою та психічною саморегуляцією;
- активацію адаптивних особистісних ресурсів.

Внутрішня командна робота повинна бути орієнтована на стимулювання творчої активності групової діяльності під час вирішення нестандартних завдань. Застосування командного підходу дає можливість підвищити соціальну, культурну і творчу активність кожного працівника, розвиває навички самоорганізації і самоврядування. Під час спільної діяльності посилюються не лише взаємний контроль, а й взаємодопомога та взаємозамінність; також відбувається глибоке усвідомлення загальних цілей і цінностей, що визначають лінію поведінки кожного члена команди і колективну відповідальність за результати. Отже, висока ефективність роботи команди фахівців обумовлена максимальним використанням індивідуального професійного, творчого і особистісного потенціалу кожного спеціаліста, що сприяє їхньому всебічному розвитку і зрештою – збільшенню групового потенціалу.

Таким чином, розроблена програма психопрофілактики є цілісною послідовною поетапною системою взаємодоповнюючих лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних впливів, що при використанні трансдисциплінарної моделі командного підходу до лікування та медико-соціального супроводу хворого на алопецію дає позитивні результати.

Використання стратегій командної роботи фахівців різного профілю за умови медичної установи є тим підходом, який підвищує ефективність надання допомоги пацієнту, а також сприяє профілактиці формування синдрому емоційного вигорання у співробітників закладу.

Література

1. Короткий Н.Г. Пульс-терапия в период манифестации и прогрессирующего течения алопеции на модели мышей линии HRS (экспериментальное исследование) / Н.Г. Короткий, М.А. Стенина, Л.И. Кривов, О.Р. Катунина, Б.Н. Гамаюнов // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – № 5. – С. 9–12.
2. Самцов А. В. Медикаментозная терапия андрогенетической алопеции: современное состояние проблемы / А. В. Самцов, А. А. Божченко // Клиническая дерматология и венерология. – 2008. – № 1. – С. 11–17.
3. Адаскевич В. П. Алопеция (гнездная, андрогенетическая, диффузная) / В. П. Адаскевич, О. Д. Мяделец, И. В. Тихоновская. – М.: НГМА, 2000. – 192 с.
4. Gassmueller J. Topical fulvestrant solution has no effect on male and postmenopausal female androgenetic alopecia: results from two randomized, proof-of-concept studies / J. Gassmueller, R. Hoffmann, A. Webster // Br. J. Dermatol. – 2008. – Vol. 158, № 1. – P. 109–115.
5. Коростій В. І. Робота Центру психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації в університетській клініці ХНМУ як модель мультидисциплінарного підходу / В. І. Коростій, Г. В. Паровіна // Український вісник психоневрології. – 2015. – № 2. – С. 110–113.
6. Михайлов Б. В. Перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в Україні в умовах реформування медичної галузі / Б. В. Михайлов // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. – 2015. – № 1–2. – С. 5–10.

7. Андрашко Ю. В. Современный взгляд на себорейный дерматит. Рациональная тактика лечения легких и неосложненных форм дерматоза / Ю. В. Андрашко, Т. І. Чечерська // Журнал «Дерматолог». – Апрель 2015. – Т. 2, № 04. – С. 46–49.

8. Морозов П. В. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лиманкин, П. В. Волошин // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 1(78). – С. 11–17.

9. Медицинская психология : учебник / И. Д. Спирина, И. С. Витенко, А. К. Напреенко. – Днепропетровск: Промінь, 2014. – 456 с.

10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика : методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М, 2002. – 672 с.

11. Хека К. Методика экспресс-диагностики

невроза / К. Хека, Х. Хесса [под. ред. Д. Я. Райгородского]. – 2011. – С. 205–207.

12. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике : научно-практическое руководство / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова. – СПб. : Речь, 2011. – 270 с.

13. Живилко В. В. Психоэмоциональные особенности женщин с алопецией / В. В. Живилко // Journal of Education Health and Sport. – 2015. – № 5 (12). – С. 775–782.

14. Аймедов К. В. Комплексна програма психосоціального супроводу жінок з алопецією / К. В. Аймедов, В. В. Живилко // Український вісник психоневрології. – 2016. – № 4 (89). – С. 36–40.

15. Живилко В. В. Використання раціонально-емотивної терапії в системі надання допомоги жінкам з алопецією / В. В. Живилко // Актуальні проблеми транспортної медицини. – 2016. – № 3 (45). – С. 52–58.

References

1. Korotkiy N. G., Stenina M. A., Krivov L. I., Katunina O. R., Gamayunov B. N. Pul's-terapiya v period manifestatsii i progressiruyushchego techeniya alopetsii na modeli myshey linii HRS (eksperimental'noe issledovanie) [Pulse therapy during the manifestation and progressive course of alopecia in the model of mice of the HRS line (experimental study)]. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya* [Clinical dermatology and venereology], 2009, no. 5, pp. 9-12. (In Russ.)

2. Samtsov A. V., Bozhchenko A. A. Medikamentoznaya terapiya androgeneticheskoy alopetsii: sovremennoe sostoyanie problem [Drug therapy of androgenetic alopecia: the current state of the problem]. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya* [Clinical dermatology and venereology], 2008, no. 1, pp. 11-17. (In Russ.)

3. Adaskevich V. P., Myadelets O. D., Tikhonovskaya I. V. Alopetsiya (гнездная, androgeneticheskaya, difuznaya) [Alopecia (nesting, androgenetic, diffuse)]. Moscow, NGMA, 2000, 192 p. (In Russ.)

4. Gassmueller J., Hoffmann R., Webster A. Topical fulvestrant solution has no effect on male and postmenopausal female androgenetic alopecia: results from two randomized, proof-of-concept studies. *Br. J. Dermatol.*, 2008, vol. 158, no. 1, pp. 109-115.

5. Korostij V. I., Parovina G. V. Robota Centru psyhosomatyky, psyhoterapii' ta medyko-psyhologichnoi' rehabilitacii' v universytets'kij klinici HNMU jak model' mul'tydiscyplinarnogo pidhodu [Work Center Psychosomatics, psychotherapy and medical and psychological rehabilitation clinic in the university as a model KhNMU multidisciplinary approach]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2015, no. 2, pp. 110-113. (In Russ.)

6. Myhajlov B. V. Perspektyvy rozvytku psyhoterapii' i medychnoi' psyhologii' v Ukrai'ni v umovah reformuvannja medychnoi' galuzi [Prospects for psychotherapy and medical psychology in Ukraine in terms of reforming the healthcare industry]. *Choloviche zdorov'ja, genderna ta psyhosomatychna medycyna* [Men's Health, Gender and psychosomatic medicine], 2015, no. 1-2, pp. 5-10. (In Ukr.)

7. Andrashko Yu. V., Chechers'ka T. I. Sovremenny vzglyad na seboreynny dermatit. Ratsional'naya taktika lecheniya legkikh i neoslozhnennykh form dermatoza [Modern view on seborrheic dermatitis. Rational tactics of treating pulmonary and uncomplicated forms of der-

matisis], *Dermatolog* [Dermatologist], april 2015, vol. 2, no. 4, pp. 46-49. (In Russ.)

8. Morozov P. V., Neznanov N. G., Limankin O. V., Voloshin P. V. Sostoyanie psikhicheskogo zdorov'ya nasele-niya i tendentsii razvitiya psikhiatricheskoy pomoshchi na postsovetskom prostranstve [The state of mental health of the population and trends in the development of psychiatric care in the post-Soviet space]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2014, vol. 22, issue 1(78), pp. 11-17. (In Russ.)

9. Spirina I. D., Vitenko I. S., Napreenko A. K. Meditsinskaya psikhologiya [uchebnik] [Medical psychology [Textbook]]. Dnepropetrovsk, Promin Publ., 2014, 456 p. (In Russ.)

10. Raygorodskiy D. Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika : metodiki i testy [Practical psychodiagnostics: methods and tests]. Samara, Bakhrakh-M Publ., 2002, 672 p. (In Russ.)

11. Kheka K. Khessa Kh. Metodika ekspress-diagnostiki nevroza [pod. red. D. Ya. Raygorodskogo] [The method of rapid diagnosis of neurosis [ed. D. Ya. Raygorodsky]], 2011, pp. 205-207. (In Russ.)

12. Vasserman L. I., Trifonova E. A., Shchelkova O. Yu. Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoy klinike [nauchno-prakticheskoe rukovodstvo] [Psychological diagnostics and correction in the somatic clinic [a scientific and practical guide]]. St. Petersburg., Speech Publ., 2011, 270 p. (In Russ.)

13. Zhivilko V. V. Psikhoeemotsional'nye osobennosti zhenshchin s alopetsiey [Psychoemotional features of women with alopecia]. *Journal of Education Health and Sport*, 2015, no. 5 (12), pp. 775-782. (In Russ.)

14. Ajmedov K. V., Zhyvylo V. V. Kompleksna programa psyhosocial'nogo suprovodu zhinok z alopecijeju [Integrated Program psychosocial support women with alopecia]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal psychoneurology], 2016, no. 4 (89), pp. 36-40. (In Ukr.)

15. Zhyvylo V. V. Vykorystannja racional'no-emytyvnoi' terapii' v systemi nadannja dopomogy zhinkam z alopecijeju [The use of rational-emotive therapy system to assist women with alopecia]. *Aktual'ni problemy transportnoi' medycyny* [Actual problems of transport medicine], 2016, no. 3 (45), 52-58. (In Ukr.)

ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНАЯ МОДЕЛЬ КОМАНДНОГО ПОДХОДА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛОПЕЦИЕЙ

К. В. Аймедов¹, В. В. Живилко^{1,2}, К. О. Молдавская¹

¹Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины

²Клиника Одесского национального медицинского университета «Центр реконструктивной и восстановительной медицины»

Аннотация. В статье рассмотрена мультифакторность такого заболевания, как алопеция. Отмечено, что, несмотря на комплексность и поэтапность мер помощи больным алопецией, которые приведены в стандартном клиническом протоколе, во время лечения не учтена психосоматическая природа заболевания, а также психосоциальные предикторы данной патологии, ее влияние на эмоциональную и личностную стороны жизни пациентов, сферу их социального функционирования и качество жизни. Авторы обращают внимание на то, что клинический протокол требует дополнения за счет внедрения психосоциальной составляющей на всех этапах: диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. В работе изложены результаты внедрения разработанной авторской программы, основанной на трансдисциплинарной модели командного подхода, которая представляет собой единую последовательную поэтапную систему взаимодополняющих лечебных, психокоррекционных и психопрофилактических воздействий при лечении и медико-социальном сопровождении больного алопецией.

Ключевые слова: алопеция, дерматологическое заболевание, мультидисциплинарная, междисциплинарная и трансдисциплинарная модели.

TRANS-DISCIPLINARY MODEL OF THE TEAM APPROACH IN THE PROCESS OF TREATMENT AND MEDICAL AND SOCIAL SUPPORT OF PATIENTS WITH ALOPECIA

C. V. Aymedov¹, V. V. Zhivilko^{1,2}, K. O. Moldavskaya¹

¹Odessa National Medical University, Ministry of Health of Ukraine

²University Clinic "Center for Reconstructive and Rehabilitation Medicine" of Odessa National Medical University

Summary. The article considers the multifactor nature of such a disease as alopecia. It was noted that, despite the complexity and step-by-step measures for alopecia patients, given in the standard clinical protocol, the treatment did not take into account the psychosomatic nature of the disease, as well as the psychosocial predictors of this pathology, its influence on the emotional and personal aspects of patients' lives, their social sphere functioning and quality of life. The authors draw attention to the fact that the clinical protocol requires complementation by introducing a psychosocial component at all stages: diagnosis, treatment, rehabilitation and prevention. The paper describes the results of the implementation of the developed author's program based on the trans-disciplinary model of the team approach, which represents a single consistent phased system of complementary therapeutic, psycho-corrective and psycho-preventive effects in the treatment and medico-social support of the patient with alopecia.

Key words: alopecia, dermatological disease, multidisciplinary, interdisciplinary and trans-disciplinary models.

Аймедов Костянтин Володимирович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги, Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Аймедов Константин Владимирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи, Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, м. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Constantin V. Aymedov – MD, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance, Odessa National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Живилко Володимир Володимирович – здобувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги, Одеський національний медичний університет МОЗ України; лікар клініки «Центр реконструктивної та відновної медицини» Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Живилко Владимир Владимирович – соискатель кафедры психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи, Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины; врач клиники «Центр реконструктивной и восстановительной медицины» Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Vladimir Zhivilko – Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance, Odessa National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine; partitioner of the clinic "Center for Reconstructive and Rehabilitation Medicine" of Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com.

Молдавська Христина Олегівна – студентка медичного факультету №1, Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса, Україна; e-mail: dgyliya-as@mail.ua.

Молдавская Кристина Олеговна – студентка медицинского факультета № 1, Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, г. Одесса, Украина; e-mail: dgyliya-as@mail.ua.

Khristina Moldavskaya – Student of the School of Medicine no. 1, Odessa National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Odessa, Ukraine; e-mail: dgyliya-as@mail.ua.