

УДК 616.594.14-06:616.8]-055.2-085.851

*К. В. Аймедов, В. В. Живилко*

## ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК З АЛОПЕЦІЄЮ

*К. В. Аймедов, В. В. Живилко*

Индивидуально-психологические особенности женщин с алопецией

*C. Ayumedov, V. Zhyvytko*

Individually-psychological peculiarities of women with alopecia

До сьогоднішнього дня алопеція (випадіння волосся) залишається надзвичайно актуальною проблемою, що займає в сфері шкірної патології вагомe місце. Вплив хвороби на психіку різниться в залежності від наслідків, які захворювання спричиняє у житті людини. Психологічні особливості хворих на алопецію полягають у порушеннях в емоційно-вольовій та особистісній сферах. Соціальна складова дезадаптації пацієнтів з алопецією полягає в порушенні відносин в родині, порушенні соціального функціонування в професійній сфері та сфері комунікації. В цієї статті автором поданий аналіз проведеного комплексного дослідження особистісних особливостей жінок з алопецією.

**Ключові слова:** алопеція, особистісні особливості, емоційні особливості, тривожність, депресія, невротизація, агресивність

До сегодншнього дня алопеция (выпадение волос) остается чрезвычайно актуальной проблемой, занимающей в сфере кожной патологии весомое место. Влияние болезни на психику отличается в зависимости от последствий, которые заболевание вызывает в жизни человека. Психологические особенности больных алопецией заключаются в нарушениях в эмоционально-волевой и личностной сферах. Социальная составляющая дезадаптации пациентов с алопецией заключается в нарушении взаимоотношений в семье, нарушении социального функционирования в профессиональной сфере и сфере коммуникации. В данной статье автором представлен анализ проведенного комплексного исследования личностных особенностей женщин с алопецией.

**Ключевые слова:** алопеция, личностные особенности, эмоциональные особенности, тревожность, депрессия, невротизация, агрессивность

Till modern time alopecia (hair loss) is extremely urgent problem that takes an important place in the field of skin pathology. The impact of the disease towards psyche is depending on the varies of effects that the disease causes in human life. Psychological peculiarities of patients with alopecia are: disturbances in emotional and volitional sphere; disturbances in the sphere of personality. The social component of maladjustment in patients with alopecia is in violation of relationships in the family, violation of social functioning in the professional sphere and in the area of communication. In this article the author analyzes a comprehensive study of personality peculiarities of women with alopecia.

**Key words:** alopecia, personality peculiarities, emotional characteristics, anxiety, depression, neuroticism, aggression

До сьогоднішнього дня алопеція (випадіння волосся) залишається надзвичайно актуальною проблемою, що займає в сфері шкірної патології вагомe місце [1, 3, 7]. Ранній початок, виражений клінічний поліморфізм, нерідко — важкий перебіг, соціальна та психологічна дезадаптація, торпідність до проведеної терапії, необхідність постійного лікарського моніторингу роблять цю проблему значимою для практичної охорони здоров'я [2, 8, 11].

Захворювання нерідко має тривалий рецидивуючий перебіг [4, 12]. Алопеція спостерігається однаково часто як серед чоловіків, так і серед осіб жіночої статі, при цьому наголошується, що поодинокі осередки алопеції в більшості випадків спостерігаються у жінок [5, 9, 14]. Проблема захворювання продовжує залишатися надзвичайно актуальною в зв'язку зі збільшенням частоти важких форм [6].

Окремі автори відзначають високу частоту захворювання у дітей і підлітків, що сполучається з невротичними розладами. Косметичний дефект у дітей і підлітків спричиняє важкі переживання, веде до формування неврозів, патохарактерологічних форм особистості хворих [10, 13].

Зростання захворюваності на алопецію, переважна поширеність серед підлітків і осіб молодого віку, почастішання важких торпідних форм визначають актуальність і науково-практичну значимість проблеми [2, 4, 14]. Відомо, що хронічне захворювання, крім суто соматичного впливу на здоров'я людини, має негативну дію і на її психічний стан. Дисгармонійні зміни, які відбуваються в психоемоційній, особистісній, психосоціальной сферах пацієнтів, призводять до зниження якості їхнього життя, а також спричиняють негативний вплив на ефек-

тивність лікування [1, 9]. Тому, в рамках дослідження важливим етапом було дослідження порушень в сфері емоцій та особистості як мішеней майбутнього психокорекційного впливу [7].

Здотриманням принципів біоетики та деонтології, протягом 2013—2017 років, на базі Центру реконструктивної та відновної медицини клініки Одеського національного медичного університету МОЗ України було проведено комплексне обстеження жінок зі встановленим діагнозом «дифузна алопеція». Всього амбулаторно було обстежено 233 особи жіночої статі віком від 22 до 45 років. З них 79 умовно здорових осіб склали групу порівняння (ГП), 138 хворих увійшли до основної групи дослідження (ОГ), 16 осіб не було враховано у дослідженні відповідно до критеріїв включення/виключення. Надалі основну групу дослідження було поділено на групи ГД — 76 осіб, які пройшли амбулаторний комплексний курс авторської терапії, та КГ — 62 особи, які пройшли тестування, але не отримували комплексної допомоги.

В цьому дослідженні брали участь лише ті особи, які відповідали всім наведеним нижче критеріям включення:

— були здатні прочитати й усвідомити дані, наведені в інформованій згоді для участі у дослідженні, а також розуміли інструкції, наведені у психологічних тестових методиках;

— власноруч підписали інформовану згоду на участь у дослідженні;

— мали встановлений діагноз псоріаз (L 40);

— входили до вікової групи 18—55 років (для досягнення однорідності дослідницьких груп).

Критеріями виключення з дослідження були такі:

— пацієнт мав інше виражене соматичне або психічне діагностоване захворювання в стадії загострення;

— пацієнт мав будь-яке інше хронічне соматичне або психічне захворювання в анамнезі;

— не відповідність віковому критерію дослідження.

Першими характеристиками, які вивчали в рамках дослідження, були психоемоційні особливості, а саме — рівень тривоги та депресії, виразність агресивних тенденцій та рівень невротизації (табл. 1—3).

**Таблиця 1. Розподіл обстежуваних за рівнями тривоги та депресії (шкала Гамільтона для оцінки тривоги та депресії)**

Рівень вираженості показника	ОГ (n = 138)		ГП (n = 79)	
	абс.	%	абс.	%
<b>Рівень тривоги (шкала HARS)</b>				
низький	15	10,87	41	51,90*
середній	53	38,41	25	31,65
високий	70	50,72	13	16,45*
<b>Рівень депресії (шкала HDRS)</b>				
низький	35	25,37	71	89,87*
середній	74	53,62	8	10,13*
високий	29	21,01	0	0,00

Примітка: \* — різниця між групами є достовірною,  $p \leq 0,05$

Дані, наведені в таблиці 1, свідчать про достовірне переважання в ОГ осіб з високим рівнем тривоги (ОГ — 50,72 %; ГП — 16,45 %; різниця між групами є достовірною,  $p \leq 0,05$ ). Особи з високим рівнем тривоги часто відчували стан несвідомого страху, невизначене відчуття загрози. Нейтральні події часто сприймалися ними як несприятливі і небезпечні. Досліджувані з високим рівнем тривоги демонстрували схильність до настороженості і пригніченого настрою, мали складнощі у контактах з оточуючим, яке уявлялося їм лякаючим і ворожим, пацієнти були схильні до заниження самооцінки і мали тенденцію до песимістичного ставлення до життя. Переважна більшість осіб ГП мали низький або середній рівень тривоги (83,55 %), в ОГ менш ніж половина осіб мала низький та середній рівень тривоги (49,28 %; різниця між групами є достовірною,  $p \leq 0,05$ ).

Наявність депресивних тенденцій високого або середнього рівнів прояву спостерігалась у більшості осіб ОГ (74,63 %); в ГП високого рівня депресії не мав жодний досліджуваний, а більшість осіб цієї групи характеризувалась низьким рівнем депресивних проявів (89,87 %).

Наступною психоемоційною характеристикою пацієнток з алопецією, яку вивчали в рамках дослідження, була агресивність. Під агресивністю розуміли властивість особистості, що характеризується наявністю деструктивних тенденцій, в основному в сфері суб'єктно-суб'єктних відносин.

Досліджувані ОГ демонстрували достовірно вищі показники за всіма шкалами агресивної поведінки, а також за індексами ворожості та агресивності, порівняно з жінками ГП ( $p < 0,05$ ). Особи, яким був притаманний високий рівень фізичної агресії (середній бал в ОГ — 45,5), були схильні до використання фізичної сили проти іншої особи; деяка кількість осіб ОГ була схильна до непрямої агресії, тобто агресивні прояви обхідним шляхом були спрямовані на іншу особу або ні на кого не спрямовані (середній бал в ОГ — 83,5); особи, які були схильні до роздратування, виявляли готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, гру-

бість) (середній бал в ОГ — 89,3); досліджувані, для яких характерним був прояв негативізму, характеризувались опозиційною манерою в поведінці — від пасивного опору до активної боротьби проти встановлених звичаїв і законів (середній бал в ОГ — 70,8); особи, яким був притаманний високий рівень образи, проявляли заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні і вигадані дії (середній бал в ОГ — 96,4); жінки, які проявляли підозрілість, в діапазоні від недовіри і обережності щодо людей до переконання в тому, що інші люди планують і завдають шкоди (середній бал в ОГ — 81,7); особи, які були схильні до вербальної агресії, виражали негативні почуття як через форму (крик, вереск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози); обстежувані, для яких характерним було почуття провини, висловлювали можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, що чинить зло.

**Таблиця 2. Структура і вираженість форм агресивної поведінки в обстежуваних (бали)**

Форми агресивної поведінки	Середній бал	
	ОГ (n = 138)	ГП (n = 79)
фізична агресія	45,9↑	17,4
вербальна агресія	58,2↑	21,1
непряма агресія	83,5↑↑	24,7
негативізм	70,8↑↑	22,0
роздратування	89,3↑↑	26,5
підозрілість	81,7↑↑	20,9
образи	96,4↑↑	27,8
почуття провини	91,3↑↑	26,2
індекс ворожості	89,1↑↑	24,4
індекс агресивності	64,5↑	21,7

Примітки: ↑↑ — високий рівень, ↑ — підвищений рівень. Різниця між групами є достовірною,  $p < 0,05$

Останньою психоемоційною характеристикою, яку досліджували, був рівень невротизації у жінок з алопецією, порівняно з відносно здоровими жінками (табл. 3).

**Таблиця 3. Розподіл досліджуваних за рівнем невротизації**

Рівень невротизації	ОГ (n = 138)		ГП (n = 79)	
	n	%	n	%
високий	118	85,51	3	3,80*
низький	20	14,49	76	96,20*

Примітка: \* — різниця між групами є достовірною,  $p \leq 0,05$

У переважній більшості досліджуваних ОГ виявлено високий рівень схильності до невротизації (85,51 %), при цьому кількість осіб з високим рівнем невротизації в ОГ є достовірно більшою, порівняно з ГП ( $p \leq 0,05$ ).

Надалі вивчали особистісні особливості жінок з алопецією.

Аналіз результатів тестування пацієнток за Фрайбурзьким особистісним опитувальником (табл. 4) свідчить про наявність підвищених значень за шкалами «роздратованість», «невротичність», «емоційна лабільність», «реактивна агресивність» та «спонтанна агресивність», які

були характерними для жінок, що увійшли до групи ОГ. У пацієнток ГП взагалі не спостерігалось підвищення за шкалами опитувальника, всі значення були в полі нормативних показників.

Таблиця 4. Результати тестування пацієнток за Фрайбурзьким особистісним опитувальником (середній бал)

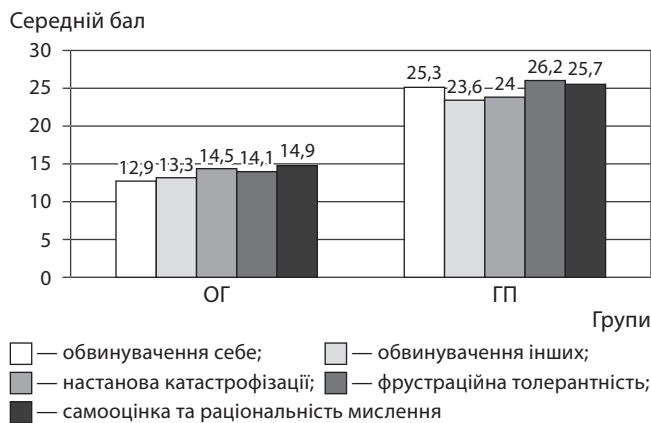
Шкали	ОГ (n = 138)	ГП (n = 79)
I Невротичність	8,0	1,3
II Спонтанна агресивність	7,1	1,2
III Депресивність	5,4	0,4
IV Роздратованість	8,2	1,6
V Комунікабельність	3,3	2,0
VI Врівноваженість	3,5	2,2
VII Реактивна агресивність	7,6	0,7
VIII Сором'язливість	6,1	1,8
IX Відкритість	3,9	1,5
X Екстраверсія/інтроверсія	4,7	4,2
XI Емоційна лабільність	7,8	2,9
XII Маскулінність/фемінінність	5,2	5,5

Примітка: 4—6 балів — середній рівень, 7—9 балів — високий; різниця між групами є достовірною,  $p < 0,05$

Ірраціональні настанови пацієнтів вивчали за допомогою методики А. Еліса (рисунок).

Наявність ірраціональних настанов різних типів характеризувала в достовірному більшому ступені жінок ОГ порівняно з ГП ( $p \leq 0,05$ ). Найнижчі бали в ОГ відзначались щодо наявності ірраціональних настанов двох категорій: «Обвинувачення себе» (середній бал — 12,9)

та «Обвинувачення інших» (середній бал — 13,3), які вказували на наявність або відсутність надмірно високих вимог до себе та інших. Дещо вищі показники мали шкали ірраціональних настанов «Катастрофізація»; «Фрустраційна толерантність»; «Самооцінка та раціональність мислення». Середній бал за шкалою «Катастрофізація» в ОГ дорівнював 14,5 бали, та свідчив про схильність досліджуваних оцінювати кожную несприятливу подію як жахливу і нестерпну. Про низьку стресостійкість осіб, які увійшли до складу ОГ, свідчив низький середній бал за шкалою «Фрустраційна толерантність» — 14,1. Низький бал за шкалою «Самооцінка та раціональність мислення», отриманий в ОГ, свідчив про схильність досліджуваних цієї групи необ'єктивно оцінювати дійсність (середній бал — 14,9).



Типи ірраціональних настанов в групах дослідження

Особливості самооцінки хворих на псоріаз вивчали за допомогою методики «Особистісний диференціал» (табл. 5).

Таблиця 5. Визначення чинників «Оцінка», «Сила», «Активність» за методикою «Особистісний диференціал»

Рівень самооцінки	«Оцінка»				«Сила»				«Активність»			
	ОГ (n = 138)		ГП (n = 79)		ОГ (n = 138)		ГП (n = 79)		ОГ (n = 138)		ГП (n = 79)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
високий	4	2,90	28	35,44	9	6,52	32	40,51	16	11,59	26	32,91
середній	26	18,84	46	58,23	33	23,91	40	50,63	77	55,80	51	64,56
низький	108	78,26	5	6,33	96	69,57	7	8,86	45	32,61	2	2,53

За даними таблиці 5, достовірно більша кількість осіб ОГ мали низький рівень самооцінки, порівняно з досліджуваними ГП ( $p < 0,05$ ). Особи, які мали низькі значення за чинником «Оцінка», відрізнялись критичним ставленням до самих себе, незадоволеністю власною поведінкою, рівнем досягнень, особливостями особистості, мали недостатній рівень прийняття самого себе. У свою чергу, переважна більшість осіб ГП мали середній та високий рівні самооцінки (93,67 %; різниця між групами є достовірною,  $p < 0,05$ ).

Показник «Сила» характеризує впевненість досліджуваного в собі, схильність покладатися на свої сили у важких ситуаціях. Переважна більшість жінок з алопецією (ОГ) мали низькі показники за чинником «Сила» (69,57 %), при цьому різниця між ОГ та ГП була достовірною ( $p < 0,05$ ). Жінки, які мали низькі показники за чинником «Сила», були залежними від зовнішніх обставин, нездатні домогатися бажаного, контролювати ситуацію, наполягати

на своєму, мали недостатній самоконтроль, нездатність триматися прийнятої лінії поведінки. Нормативні показники (високий та середній рівні самооцінки) за чинником «Сила» мали майже всі досліджувані ГП (91,14 %), на відміну від ОГ, де нормативні показники за вищевказаним чинником характеризували лише 30,43 % досліджуваних жінок ( $p < 0,05$ ).

Як свідчать отримані дані (див. табл. 5), більшість досліджуваних, як ОГ так і ГП, мали середній рівень виразності чинника «Активність» ( $p > 0,05$ ). При цьому достовірно більша кількість осіб ОГ мали низький рівень самооцінки за чинником «Активність» порівняно з ГП ( $p < 0,05$ ), що свідчило про інтровертованість, певну пасивність, спокійні емоційні реакції, які були притаманні таким особистостям. Достовірно більша кількість осіб ГП мали високий рівень виразності чинника активності ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, проведене дослідження демонструє переважання в групі жінок з алопецією (ОГ) дезадаптивних

характеристик в емоційній та особистісній сферах, які можуть негативно впливати на якість життя та ефективність лікування цієї категорії пацієнтів.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

1. Алопеція — надзвичайно актуальна проблема, що займає в сфері шкірної патології вагоме місце, що пояснюється її раннім початком, вираженим клінічним поліморфізмом, нерідко — важким перебігом, соціальною та психологічною дезадаптацією, торпідністю до проведеної терапії, необхідністю постійного лікарського моніторингу.

2. У жінок з алопецією виявлено переважання високого рівня тривоги (часто відчували стан несвідомого страху, невизначене відчуття загрози, демонстрували схильність до настороженості і пригніченого настрою, мали складнощі у контактах з оточуючим, яке уявлялося їм лякаючим і ворожим, були схильні до заниження самооцінки і мали тенденцію до песимістичного ставлення до життя).

3. Досліджувані хворі демонстрували достовірно вищі показники за всіма шкалами агресивної поведінки, а також за індексами ворожості та агресивності, схильності до невротизації, низький рівень самооцінки на відміну від осіб групи порівняння.

4. Наявність підвищених значень за шкалами «роздратованість», «невротичність», «емоційна лабільність», «реактивна агресивність» та «спонтанна агресивність» були характерними для жінок з алопецією, що було достовірно характернішим для представників цієї групи порівняно з групою умовно здорових жінок.

5. Достовірно більша кількість жінок з алопецією мали низький рівень самооцінки за чинниками «Оцінка», «Сила» та «Активність» порівняно з умовно здоровими жінками ( $p < 0,05$ ).

#### Список літератури

1. Асриян Я. И. Оптимизация диагностики и патогенетической терапии гнездой алопеции : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Я. И. Асриян. — СПб., 2010. — 23 с.
2. Психокорекційна програма особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу при терапії артеріальної гіпертензії / О. М. Гіріна, О. О. Хаустова, Л. Є. Трачук, С. Г. Сахно // Семейная медицина. — 2012. — № 4. — С. 81—82.
3. Дмитриева Т. Б. Социальные факторы и психические расстройства у женщин: (руководство по социальной психиат-

рии) / Т. Б. Дмитриева, К. Л. Иммерман, М. А. Качаева [под ред. Т. Б. Дмитриевой]. — М. : Медицина, 2001. — С. 162—167.

4. Иванов М. В. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия / М. В. Иванов, Н. Г. Незнанов. — СПб., 2008. — 88 с.

5. Иванова И. Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных / И. Н. Иванова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2007. — № 5. — С. 77—79.

6. Кандалова О. А. Андрогенетическая алопеция у мужчин и женщин / О. А. Кандалова // Журнал по прикладной эстетике. — 2006. — № 2. — С. 136—139.

7. Медицинская психология : гос. нац. учеб. : учеб. для студентов высш. мед. учеб. заведений IV уровня аккредитации МОЗ Украины : пер. с укр. / Спирина И. Д.; Напреенко А. К.; Витенко И. С. и др. — Днепропетровск : «Промінь», 2014. — 456 с.

8. Кожина А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств / А. М. Кожина, Е. А. Зеленская // Український вісник психоневрології. — 2013. — Т. 21, вип. 4 (77). — С. 90—93.

9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. — Самара : «Бахрах-М», 2002. — 672 с.

10. Fava G. A. Psychosomatic assessment / G. A. Fava, N. Sonino // Psychother. Psychosom. — 2009. — Vol. 78. — P. 333—341.

11. Kevin J. Promising Therapies for Treating and/or Preventing Androgenic Alopecia / J. Kevin, D. McElwee, J. Shapiro // Skin Therapy Letter. — 2012. — № 17. — С. 264—279.

12. Rathnayke D. Innovative use of spironolactone as androgen treatment of female pattern hair loss / D. Rathnayke, R. Sinclair // Dermatol. clin. — 2010. — № 3. — P. 611—618.

13. Slominski A. Emotional stress can affect, reveal or even exacerbate a number of skin disorders including psoriasis / A. Slominski // J. Human Dermatol. Venerol. — 2013. — Vol. 51. — P. 276—302.

14. Whiting D. A. Possible mechanisms of miniaturization during androgenetic alopecia of pattern hair loss / D. A. Whiting // J. Am. Acad. Dermatol. — 2001. — № 3. — P. 81—86.

Надійшла до редакції 12.07.2016 р.

**АЙМЕДОВ Костянтин Володимирович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com

**ЖИВИЛКО Володимир Володимирович**, лікар консультативного відділення університетської клініки Центру реконструктивної та відновної медицини, м. Одеса, Україна

**AYMEDOV Constantin**, Doctor of Medical Science, Professor, Head of Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance of Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com

**ZHYVYLKO Volodymyr**, Physician of consultation Department of University Hospital Center of Reconstructive and Restorative Medicine, Odesa, Ukraine