

УДК 616.594.14-06:616.8]-055.2-085.851

К. В. Аймедов, В. В. Живилко

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК З АЛОПЕЦІЄЮ

К. В. Аймедов, В. В. Живилко

Комплексная программа психосоциального сопровождения женщин с алопецией

K. V. Aimedov, V. V. Zhyvylo

Integrated program of psychosocial support to women with alopecia

До сьогоднішнього дня алопеція залишається однією з найбільш актуальних дерматологічних проблем. У поданій статті наведено результати дослідження проявів дезадаптивних характеристик у жінок, які страждають на алопецію. Автором наведено аналіз психоемоційного стану цієї категорії жінок, на ґрунті чого виокремлено мішені психокорекційного впливу та розроблено авторський метод психокорекційних інтервенцій для цієї категорії хворих. В результаті використання цього методу у більшості досліджуваних виявлено підвищення показників за всіма сферами функціонування.

Ключові слова: алопеція, психосоціальна дезадаптація, рівень соціального функціонування, психоемоційна сфера, особистісна сфера

До сегодняшнего дня алопеция остается одной из наиболее актуальных дерматологических проблем. В представленной статье приведены результаты исследования проявлений дезадаптивных характеристик у женщин, страдающих алопецией. Автором приведен анализ психоэмоционального состояния данной категории женщин, на основе чего выделены мишени психокоррекционного влияния и разработан авторский метод психокоррекционных интервенций для данной категории больных. В результате использования данного метода у большинства исследованных выявлено повышение показателей по всем сферам функционирования.

Ключевые слова: алопеция, психосоциальная дезадаптация, уровень социального функционирования, психоэмоциональная сфера, личностная сфера

Today alopecia remains one of the most topical dermatological problems. In the article the results of research displays maladaptive characteristics of women who suffer from alopecia. The author provides an analysis of the emotional state of women of the investigated categories, and on this basis the target of psychocorrectional impact are selected and psychic correction and psychocorrectional method is developed by the author for these patients. It is noted that after using of this method it is observed increasing of adaptive characteristics in all areas of functioning.

Key words: alopecia, psychosocial maladjustment, the level of social functioning, psycho-emotional sphere, personal sphere

Захворювання на алопецію (випадіння волосся) не тільки порушує психологічний статус хворих, але і є причиною соціальної дезадаптації. Виявлення психічних розладів у пацієнтів з алопецією є важливим етапом у дослідженні цієї групи дерматологічних хворих [1, 6, 8]. При цьому поєднане використання заходів медикаментозної і немедикаментозної корекції виявлених відхилень дозволяє поліпшити психоемоційний стан пацієнтів, знизити ризики виникнення важких форм різних психогенної та уникнути соціальної дезадаптації, тим самим наблизити досягнення позитивної клінічної динаміки і підвищити якість життя хворих з алопецією [2, 5].

Спосіб лікування психосоматичних захворювань, зокрема алопеції, безпосередньо залежить від причин їх виникнення, а саме — правильного їх діагностування, від мотивації самої особистості, її бажання бути здоровою, а також від професіоналізму спеціалістів [9]. Лікування психосоматичних захворювань є досить складним процесом, який передбачає насамперед взаємодію фахівців різних галузей: психологів, психотерапевтів, трихологів, дерматовенерологів, гастроентерологів та ін. [3, 4]. Проте на сучасному етапі допомога пацієнтам з алопецією має характер суто медичного лікування, без врахування психологічних характеристик та особливостей соціального функціонування, що суттєво знижує ефективність допомоги цієї категорії хворих. Тому розроблення та впровадження комплексних програм супроводу для пацієнтів з алопецією залишається актуальним завданням сучасної медико-психологічної науки [7, 10].

За умови інформованої згоди на базі Університетської клініки Одеського національного медичного університету було обстежено 114 жінок з діагнозом алопеція, які сформували основну групу дослідження (ОГ). Як конт-

рольну групу (КГ) було відібрано 62 умовно здорових досліджуваних жінки відповідного віку.

В процесі дослідження використано комплекс методів, а саме: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), соціально-демографічний, клініко-психопатологічний метод (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), розроблена А. S. Zigmond і R. P. Snaithe 1983 року, призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у хворих; опитувальник Басса — Даркі; 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 невроз) і невроз нав'язливих станів; Особистісні особливості вивчали за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника (за J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel, 2001 року). Наявність ірраціональних настанов вивчали за допомогою тесту А. Еліса [7]. Особливості самооцінки хворих на псоріаз вивчали за допомогою методики «Особистісний диференціал».

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

Для оцінювання 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.

В результаті аналізу психоемоційного стану жінок з алопецією, а також виокремлення 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 ґрунті узагальнення отриманих даних виокремлено та структуровано дезадаптивні показники на психоемоційному, особистісному рівнях, та рівні соціального функціонування (таблиця).

Таблиця 1. Розподіл основних показників, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації пацієнток з алопецією

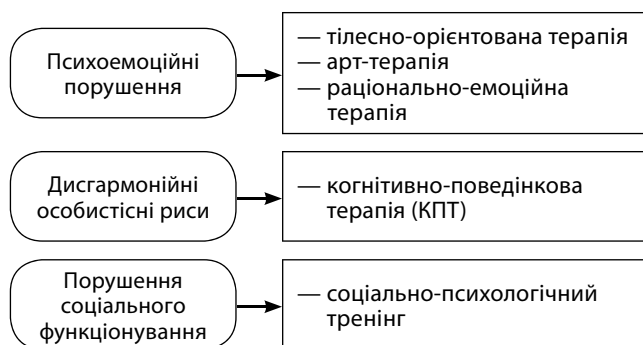
Рівень	Дезадаптивні показники	%	
Психоемоційний	високий рівень невротизації	85,51	
	високий рівень ворожості (середній бал — 89,1)	84,06	
	високий або середній рівень депресії	74,63	
	підвищений рівень агресивності (середній бал — 64,5)	71,01	
	високий рівень тривоги	50,72	
Особистісний	наявність ірраціональних 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	незадоволеність	стосунками з чоловіком	85,51
		проведенням дозвілля	66,67
		своїм способом життя в цілому	65,22
		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	

За даними таблиці, дезадаптивні прояви в обстежуваних хворих з алопецією 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 усі досліджувані 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 усі обстежувані пацієнтки відмічали зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя, що було зумовлено не об'єктивною ситуацією, пов'язаною з фактором захворювання, а суб'єктивним ставленням до себе, хвороби та навколишнього середовища.

Ми розглядали наявність психоемоційної дезадаптації (високий рівень невротизації, агресивності та ворожості, тривоги, депресії) як похідні, зумовлені викривленням особистісних характеристик (зниження самооцінки, емоційна лабільність, невротичність, наявність ірраціональних настанов), які зумовили зрив адаптаційних

механізмів, що підсилювалось впливом ризиків на рівні соціального функціонування (незадоволеністю стосунками з чоловіком, колегами та адміністрацією, неможливістю задовільно проводити дозвілля та відпустку, зниженням загальної 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 (рисунок).



Мішені та методи психокорекційного впливу

Вибір методу психокорекційного впливу та конкретний зміст проведених занять визначалися актуальними цілями конкретної роботи. Завданнями психокорекційного втручання були активація особистісних ресурсів пацієнта (когнітивна модальність); вироблення навичок управління клінічними симптомами та емоційним реагуванням з приєднанням до позитивних відчуттів (модальність відчуттів); апробація і закріплення адаптивної поведінки (поведінкова модальність); ресурсне пророблення конфліктних і стресогенних ситуацій, пов'язаних з відносинами пацієнта з найближчим оточенням (модальність міжособистісних відносин). Націленість була на подолання дисгармонійних внутрішньоособистісних механізмів реагування на хворобу, які не дозволяли повністю використовувати особистісні ресурси у своєму розвитку і міжособистісних взаємодіях.

Ефективність проведеного психокорекційного комплексу було оцінено шляхом порівняння змін, які відбулися в основній групі та групі порівняння до та після терапії. На цьому етапі було повторно використано психодіагностичні методики, як і на початковому етапі дослідження.

В результаті проведеного психосоціального супроводу кількість осіб з низьким та середнім рівнем тривоги в ОГ підвищилась на 30,27 %. Кількість осіб, які характеризувались високим рівнем тривоги після проведення корекційних інтервенцій в ОГ складала лише 19,73 % осіб, що було достовірно менше у порівнянні з КГ, де кількість осіб з високим рівнем тривоги складала 38,71 % ($p \leq 0,05$).

Показники за всіма формами агресивної поведінки в ОГ значно зменшились в результаті проведення комплексного психосоціального супроводу. Найбільші позитивні зміни після проведення комплексної корекції відбулися щодо таких показників: фактор «образа» зменшився на 41,9 бали, «роздратування» — на 38,2 бали, «підозрілість» — на 38,0 балів, «непряма агресія» — на 37,1 бали, «почуття провини» — на 35,4 бали. Показники за іншими формами агресивної поведінки набули дещо менших змін: «негативізм» зменшився на 25,6 бали, «вербальна агресія» — на 20,6 бали, «фізична агресія» на 12,7 бали. Взагалі, індекс ворожості знизився в ОГ на 39,9 бали, індекс агресивності — на 23,5 бали. В КГ показники за всіма шкалами агресивної поведінки в середньому зменшились на 11,5 бали, індекс ворожості — на 13,5 бали, індекс агресивності — на 9,3 бали. Таким чином, слід зазначити, що зміни, які відбулись в КГ після терапії, були незначними та не мали статистичної достовірності ($p > 0,05$).

В результаті проведення психосоціального супроводу кількість осіб з високим рівнем невротизації в ОГ зменшилась на 48,68 %, а в КГ — на 20,97 %, що було достовірно менш значущим ($p \leq 0,05$).

Після проведеного психосоціального супроводу відбулися позитивні зміни в ОГ щодо всіх шкал Фрайбурзького особистісного опитувальника. Фактор «реактивна агресивність» зменшився на 6,9 бали, «невротичність» — на 6,1 бали, «спонтанна агресивність» — на 5,2 бали, «роздратованість» — на 4,7 бали, «сором'язливість» — на 4,3 бали, «депресивність» — на 4,1 бали, «емоційна лабільність» — на 3,5 бали. Також спостерігалось підвищення за шкалами «врівноваженість» — на 2,3 бали, «комунікабельність» — на 1,8 бали та «відкритість» — на 1,7 бали. Не відбулося значущих змін щодо шкал «екстраверсія/інтроверсія» та «маскуліність/фемінінність». Це можна пояснити тим, що ці шкали характеризують сталі особистісні характеристики, які є незмінними.

Наявність ірраціональних настанов різних типів характеризувала в достовірно більшому ступені жінок

ОГ у порівнянні з КГ ($p \leq 0,05$). Найнижчі бали в ОГ були щодо наявності ірраціональних настанов двох категорій: «Обвинувачення себе» (середній бал — 12,9) та «Обвинувачення інших» (середній бал — 13,3), які вказували на наявність надмірно високих вимог до себе та інших. В результаті проведення психосоціального супроводу відбулось підвищення показників за вищезазначеними шкалами: «Обвинувачення себе» — на 10,2 бали, «Обвинувачення інших» — на 7,9 бали. Дещо вищим був середній бал до терапії за шкалами «Катастрофізація» (14,5 бали), «Фрустраційна толерантність» (14,1); «Самооцінка та раціональність мислення» (14,9). Після терапії ці показники в ОГ також підвищились: за шкалою «Катастрофізація» — на 7,4 бали, «Фрустраційна толерантність» — на 8,9 бали, «Самооцінка та раціональність мислення» — на 8,9 бали. Зміни, які відбулися в КГ, були незначними та не мали статистичної достовірності ($p > 0,05$).

В результаті проведення психосоціального супроводу значно збільшилась кількість осіб в ОГ з високим та середнім рівнем самооцінки. Якщо до початку корекційної роботи ця кількість складала 23,68 % осіб, після терапії цей показник збільшився до 81,58 % (різниця між результатами до та після терапії була достовірною, $p \leq 0,05$). В КГ до терапії високий та середній рівень самооцінки мали 17,75 % осіб, а після терапії — 30,65 %. Різниця між групами ОГ та КГ на етапі після терапії була статистично значущою ($p \leq 0,05$), що свідчило про значно більшу ефективність комплексного психосоціального супроводу порівняно з суто медичним лікуванням.

Низькі бали, отримані досліджуваними ОГ та КГ до терапії, свідчили про недостатній самоконтроль, нездатність триматися прийнятої лінії поведінки, залежність від зовнішніх обставин і оцінок. Ці дезадаптивні характеристики стали мішенями психокорекційного впливу в рамках проведення психосоціального супроводу. В результаті, після завершення терапевтичних заходів, переважна більшість осіб ОГ (78,25 %) характеризувались високим та середнім рівнем оцінки себе за фактором «Сила», на відміну від КГ, в якій лише 46,77 % мали нормативні показники за зазначеним фактором (різниця між групами на етапі після терапії була достовірною, $p < 0,05$).

До початку терапії велика кількість пацієнтів з алопецією (ОГ — 32,89 %; КГ — 33,87 %) оцінювали себе як замкнених, спокійних, стриманих осіб та зазначали помітне зниження життєвої активності в зв'язку з наявністю захворювання. На етапі після проведення комплексного психосоціального супроводу кількість осіб з низьким рівнем активності достовірно зменшилась в ОГ на 21,05 %, а кількість осіб з високим та середнім рівнем активності складала переважну більшість — 88,16 %. В КГ кількість осіб з низьким рівнем за фактором «Активність» збільшилась лише на 8,06 %, що не мало статистичної достовірності ані при порівнянні етапів до та після терапії в цієї групі, ані при порівнянні груп ОГ та КГ на етапі після терапії.

В результаті дослідження рівня соціального функціонування жінок з алопецією на етапі після терапії визначено, що рівень фрустрованості достовірно більше знизився за всіма факторами в осіб ОГ порівняно з пацієнтами КГ. Найбільші зміни (зниження показників) відбулися щодо оцінки рівня незадоволеності взаєминами з адміністрацією на роботі — на 1,2 бали, незадоволеності сферою послуг і побутового обслуговування — на 1,1 бали, незадоволеності взаєминами з колегами по роботі на 0,9 бали, незадоволеності можливістю проводити

відпустку — на 0,9 бали, незадоволеності проведенням дозвілля — на 0,8 бали, незадоволеності своїм становищем в суспільстві — на 0,7 бали, незадоволеності сферою медичного обслуговування — на 0,6 бали, незадоволеності відносинами з дитиною (дітьми) — на 0,5 бали, незадоволеності своїм способом життя в цілому — на 0,6 бали, незадоволеності відносинами з батьками — на 0,5 бали, незадоволеності відносинами з друзями, знайомими — на 0,5 бали. Незначним було зниження в ОГ щодо факторів «незадоволеність можливістю вибору місця роботи» — на 0,3 бали, «незадоволеність змістом своєї роботи в цілому» — на 0,2 бали, «незадоволеність умовами професійної діяльності» — на 0,2 бали, «незадоволеність матеріальним становищем» — на 0,1 бали, «незадоволеність житлово-побутовими умовами» — на 0,1 бали, «незадоволеність стосунками з чоловіком» — на 0,1 бали, «незадоволеність обстановкою в суспільстві (державі)» — на 0,1 бали, «незадоволеність своєю освітою» — на 0,1 бали. В КГ позитивні зміни, що відбулися після терапії, були незначними та не мали статистичної значущості ($p > 0,05$).

За допомогою методики К. Роджерса та Р. Даймонда було проведено вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації та пов'язаних з цим рис особистості в досліджуваних групах після терапії.

В результаті проведення психосоціального супроводу в ОГ відбулись значні позитивні зміни щодо рівнів адаптації за факторами «адаптація» — на 13,8 бали, «самоприйняття» — на 13,6 бали, «прийняття інших» — на 9,4 бали, «емоційний комфорт» — на 12,8 бали, «інтернальність» — на 2,8 бали; «потяг до домінування» знизився на 2,7 бали. Зміни, які відбулися в КГ після терапії, не мали статистичної значущості ($p > 0,05$).

Значні позитивні зміни відбулися в ОГ в результаті проведення комплексного психосоціального супроводу. Найбільші з них стосувались шкал RE (показник збільшився на 27,3 бали), SF (показник збільшився на 24,3 бали), RP (показник збільшився на 19,7 бали), GH (показник збільшився на 17,8 бали) та VT (показник збільшився на 17,4 бали).

Більш значними були позитивні зміни в результаті проведення психосоціального супроводу в ОГ щодо всіх шкал фізичного компонента здоров'я. Ці зміни мали статистичну достовірність при порівнянні результатів до та після терапії, а також при порівнянні груп між собою ($p \leq 0,05$).

Під час порівняння показників до та після терапії в ОГ очевидно, що ефективність терапії доводять статистично достовірні підвищення значень за всіма шкалами психічного компонента здоров'я ($p \leq 0,05$). В КГ зміни, що відбулися в результаті терапії, не мали статистичної достовірності ($p > 0,05$). Порівнюючи результати після терапії в ОГ та КГ, слід зазначити, що зміни в ОГ були більш значущими статистично ($p \leq 0,05$).

Таким чином, треба зазначити, що розроблена та впроваджена програма психосоціального супроводу жінок з алопецією є ефективною та дозволяє досягти покращання психоемоційного стану пацієнок, сформувати адаптивні паттерни поведінки, підвищити рівень загальної адаптації та якості життя.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. В результаті проведення аналізу психоемоційного стану жінок з алопецією, а також виокремлення основних показників, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації пацієнок на особистісному рівні та рівні

соціального функціонування, виявлено наявність у обстежуваного контингенту на момент первинного обстеження ознак психосоціальної дезадаптації.

2. На рівні соціального функціонування в усіх обстежуваних відмічено зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя, що зумовлено не об'єктивною ситуацією, пов'язаною з фактором захворювання, а суб'єктивним ставленням до себе, хвороби та навколишнього середовища.

3. На ґрунті виявлених дезадаптивних характеристик було виокремлено мішені психокорекційного впливу, що були враховані під час побудови програми психосоціального супроводу, яка включала до себе тілесно-орієнтовану терапію, арт-терапію, раціонально-емоційну терапію, когнітивно-поведінкову терапію та соціально-психологічний тренінг.

4. В результаті проведення психокорекційної програми у більшості досліджуваних пацієнок з алопецією (90,79%), було виявлено покращання результатів за всіма показниками на психоемоційному, особистісному рівнях та у сфері соціального функціонування.

Список літератури

1. Волославська В. М. Горбенко О. В. Гутнев О. Л. Терапія atopічного дерматиту та псоріазу в інтермітуючому режимі. Київ : Укрмедпатентінформ, 2010.
2. Калюжна Л. Д. Мурзіна Е. О. Щоденний догляд за сухою шкірою у хворих на хронічні дерматози : Інформаційний лист МОЗ України № 175-2008. Київ : Укрмедпатентінформ, 2008.
3. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / под ред. Дж. Э. Купера ; пер. с англ. Д. Полтавца. Киев : Сфера, 2000. 464 с.
4. Психодіагностичні особливості когнітивних розладів серед хворих працездатного віку із соматичними захворюваннями / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, В. Б. Михайлов [та ін.] // Медицинская психология. 2012. № 4. С. 68—74.
5. Марута Н. А., Явдак І. А., Черднякова Е. С. Личность больного в формировании резистентности невротических расстройств // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 116—117.
6. Медична психологія : навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан. Вінниця, 2010. 135 с.
7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара : Бахрах-М, 2002. 672 с.
8. Itami S., Inui S. Role of androgen in mesenchymal epithelial interactions in human hair follicle // J. Invest. Dermatol. Symp. Proc. 2005. № 3. P. 209—211.
9. Kantor J. Decreased serum ferritin is associated with alopecia in women / J. Kantor, L. J. Kessler, D. G. Brooks // J. Invest. Dermatol. 2003. № 5. P. 985—988.
10. Khadavi A. Clinical evaluation of drug Revivogen topical to treat men and women with androgenic alopecia // Exploratory research. 2004. № 2. P. 17—23.

Надійшла до редакції 17.08.2016 р.

АЙМЕДОВ Костянтин Володимирович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України, м. Одеса, Україна

ЖИВИЛКО Володимир Осолодимирович, лікар-дерматовенеролог консультативного відділення клініки реконструктивної та відновної медицини (клініка ОНМедУ), м. Одеса, Україна

AIMEDOV Kostiantyn, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and social Help of the Odessa national medical University, Odessa, Ukraine

ZHYVYLKO Volodymyr, Physician-dermatologist of advisory Department of the University Hospital Center of Reconstructive and Restorative Medicine (ONMedU clinic), Odessa, Ukraine