

## СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК [616.594.14-06:616.8]-055.2-085.851

К. В. Аймедов<sup>1</sup>, В. В. Живилко<sup>2</sup>

## ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК З АЛОПЕЦІЄЮ ТА АНАЛІЗ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

<sup>1</sup> Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса<sup>2</sup> Консультативне відділення центру реконструктивної та відновної медицини (клініка ОНМедУ МОЗ України), м. Одеса

psyhotip@gmail.com

**Актуальність.** Випадання волосся є однією з найпоширеніших проблем дерматології. Виявлення психічних розладів у пацієнтів з алопецією є важливим етапом обстеження та терапії даної групи дерматологічних хворих.

**Мета** – розробити програму психосоціального супроводу жінок з тотальною алопецією на основі вивчення психоемоційних, особистісних характеристик та особливостей їх соціального функціонування.

**Матеріали та методи.** З дотриманням принципів біоетики та деонтології впродовж 2013–2016 років на базі Центру реконструктивної та відновної медицини клініки Одеського національного медичного університету МОЗ України було проведено комплексне обстеження жінок зі встановленим діагнозом «тотальна алопеція». В процесі дослідження використано 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.

**Результати.** Проведено оцінку психоемоційного стану жінок з алопецією, визначено основні показники, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації на особистісному рівні та рівні соціального функціонування. У 100,00 % обстежених відмічено зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя на рівні соціального функціонування. Виділено мішені психокорекційного впливу, які були покладені в основу створення програми психосоціального супроводу з використанням елементів тілесно-орієнтованої терапії, арт-терапії, раціонально-емотивної терапії (РЕТ-терапії), когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та соціально-психологічного тренінгу.

**Висновки.** Застосування програми психосоціального супроводу дозволило покращити усі показники на психоемоційному, особистісному рівнях та у сфері соціального функціонування у більшості (90,79 %) пацієнток з алопецією ( $p \leq 0,05$ ).

**Ключові слова:**

алопеція, програма психосоціального супроводу, психокорекція, психоемоційний рівень, особистісний рівень, сфера соціального функціонування.

**Актуальність.** До сьогоднішнього дня алопеція (випадання волосся) залишається надзвичайно актуальною проблемою, яка посідає вагоме місце в сфері шкірної патології [9]. Проведений аналіз літератури дає змогу стверджувати, що виявлення психічних розладів у пацієнтів з алопецією є важливим етапом обстеження та терапії даної групи дерматологічних хворих [5]. Комплексне використання медикаментозної і немедикаментозної корекції виявлених відхилень дозволяє поліпшити психоемоційний стан пацієнтів, знизити ризики виникнення тяжких форм різних психогенів та уникнути соціальної дезадаптації, що сприятиме до-

сягненню позитивної клінічної динаміки та підвищенню якості життя хворих [1, 3, 10].

Показання до психотерапії визначаються роллю психологічного чинника в етіопатогенезі захворювання, а також можливими наслідками перенесеного раніше або поточного захворювання [9]. Чим більша питома вага психологічного фактора, тим більше показана психотерапія і тим вагоміше місце вона посідає в системі лікувальних впливів [2, 6].

До сьогоднішнього дня алопеція залишається надзвичайно актуальною медико-психологічною проблемою [4]. Ранній початок, виражений клінічний поліморфізм,

нерідко тяжкий перебіг, соціальна та психологічна дезадаптація, торпідність до проведеної терапії, необхідність постійного лікарського моніторингу роблять цю проблему значущою для практичної охорони здоров'я [1, 8].

**Мета** – розробити програму психосоціального супроводу жінок з тотальною алопецією на основі вивчення психоемоційних, особистісних характеристик та особливостей їх соціального функціонування.

Об'єктом дослідження були клініко-психопатологічні особливості хворих з алопецією.

Предмет дослідження – психоемоційні, особистісні, соціально-психологічні особливості жінок, які страждають на алопецію.

## Матеріали та методи дослідження

На базі Університетської клініки Одеського національного медичного університету за умови інформованої згоди було обстежено 114 жінок з алопецією, які склали основну групу дослідження (ОГ). У контрольну групу (КГ) було відібрано 62 умовно здорових жінки відповідного віку.

У процесі дослідження використано комплекс методів, а саме: 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 страждають на алопецію, використано наступні психодіагностичні тестові методики: Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), розроблена А. S. Zigmond і R. P. Snaith у 1983 р., призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у хворих, опитувальник Басса-Дарки, експрес-діагностика К. Хека і Х. Хесса, призначена для діагностики ймовірності неврозу у досліджуваних, за її допомогою можна розрізнити три форми неврозів: неврастенію, істерію (істеричний невроз) і невроз нав'язливих станів. Властивості особистості досліджували за Фрайбурзьким особистісним опитувальником (за J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel, 2001 року). Наявність ірраціональних установок вивчали за допомогою тесту А. Елліса [7]. Особливості самооцінки хворих на алопецію аналізували з використанням методики «Особистісний диференціал».

Для дослідження психосоціальних особливостей також застосовували методику діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана (модифікація В. В. Бойко) [7] та тест соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і 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 та їх обговорення

Визначено дезадаптивні характеристики, які були притаманні жінкам з алопецією та проявлялись на психоемоційному й особистісному рівнях, а також у сфері соціального функціонування. На психоемоційному рівні

мали місце високі показники за рівнями невротичності (85,51 %) та ворожості (84,06 %), які чинили найнегативніший вплив на адаптивні механізми особистості. На особистісному рівні 100,00 % досліджених пацієнток 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. На рівні соціального функціонування 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, виявлено у всіх жінок з алопецією.

Визначені дезадаптивні характеристики стали мішенями психокорекційної роботи (рис. 1).

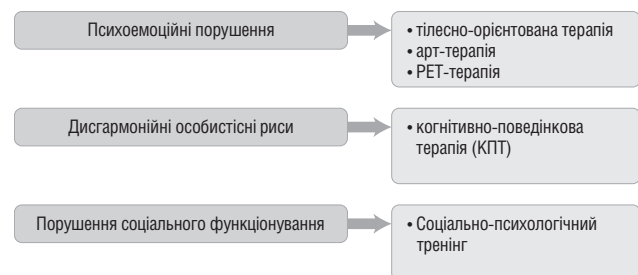


Рис. 1. Мішені та методи психокорекційного впливу

Мішенями психотерапевтичного втручання були когнітивна модальність (активація особистісних ресурсів пацієнта); модальність відчуттів (вироблення навичок управління клінічними симптомами та емоційним реагуванням з приєднанням до позитивних відчуттів); поведінкова модальність (апробація й закріплення адаптивної поведінки); а також модальність міжособистісних стосунків (ресурсна проробка конфліктних та стресогенних ситуацій, пов'язаних зі стосунками пацієнта з найближчим оточенням).

На початковому етапі психологічного консультування відбувалось встановлення контакту з пацієнтом, виявлення його очікувань та укладання психотерапевтичного контракту. Визначався бажаний результат психотерапії, який формулювався як запит клієнта.

Наступний етап консультування був орієнтований на вирішення проблеми. Завданнями психолога на цьому етапі були зміна та розширення уявлення клієнта про себе і про інших, допомога у пошуку альтернативних варіантів вирішення проблеми. На цьому етапі аналізувались неконструктивні патерни поведінки, ірраціональні настанови, що призвели до життєвих труднощів, та розглядались можливі варіанти вирішення цих труднощів.

На етапі активного втручання відбувався психокорекційний вплив на визначені дезадаптивні патопсихологічні патерни поведінки та ірраціональні настанови з метою змінити й закріпити адаптивні копінги. На цьому етапі проводилась когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) з елементами раціонально-емотивної терапії (РЕТ).

Проведені заходи когнітивно-поведінкової психотерапії охоплювали широке коло питань щодо регуляції вегетативних проявів і емоцій, невротичних конфліктів особистості, психосоматичних співвідношень, ідеомоторних та ідеосенсорних реакцій. Проведення когні-

тивно-поведінкової психотерапії хворих з алопецією дозволяло розширити їх уявлення про хворобу і способи лікування; розвинути і поглибити позитивний психотерапевтичний контакт; мобілізувати захисні ресурси особистості хворих і мотивовано оволодіти необхідними психогігієнічними та психопрофілактичними знаннями і навичками. В процесі надання психокорекційної допомоги також використовували деякі технології арт-терапії, зокрема проєктивний малюнок.

Ефективність проведеного психокорекційного комплексу оцінювали шляхом порівняння змін, які відбулися в основних групах та у групах порівняння до та після терапії. На цьому етапі були повторно застосовані психодіагностичні методики, які використовувались на початковому етапі дослідження.

Ефективність проведених заходів психосоціального супроводу було доведено завдяки впровадженню ретестування досліджених жінок ОГ та КГ після терапії (табл. 1).

Після терапії в ОГ спостерігали статистично достовірні позитивні зміни психоемоційних і особистісних характеристик та особливостей соціального функціонування. На психоемоційному рівні достовірно зменшився рівень невротичності (на 6,1 бала), знизилась індекс ворожості (на 39,9 бала) та агресивності (на 23,5 бала), значно зменшилась інтенсивність проявів депресивності (на 4,3 бала) та тривожності (на 3,8 бали).

На особистісному рівні в ОГ достовірно зменшились прояви дратівливості (на 5,7 бала) та емоційної лабільності (на 4,1 бала), збільшились значення за показниками комунікабельності (на 1,5 бала) та врівноваженості (на 2,0 бали). До проведення терапії 100,00 % осіб з алопецією мали ірраціональні настанови різного характеру, які вдалось подолати та замінити раціональними когніціями завдяки використанню, зокрема, раціонально-емоційної терапії. Позитивні зміни, які мали статистичну достовірність, відбулися в ОГ також на рівні соціального функціонування. Підвищилися загальний показник якості життя та його значення за окремими складовими (фізичне функціонування – на 8,8 бала, загальне здоров'я – на 17,8 бала, життєздатність – на 17,4 бала, соціальне функціонування – на 24,3 бала, психічне здоров'я – на 15,3 бала).

До початку дослідження у 100,00 % осіб ОГ виявляли ознаки дезадаптації, середній показник за шкалою адаптації складав 21,5 бала. У результаті проведення заходів психосоціального супроводу цей показник підвищився на 4,0 бали. Також підвищилися значення за шкалами самоприйняття – на 13,5 бала, прийняття інших – на 9,3 бала та емоційного комфорту – на 12,8 бала. Зменшились показники соціальної фрустрованості щодо рівнів задоволення взаєминами з колегами – на 0,8 бала, задоволення стосунками з чоловіком – на 1,0 бал, задоволення стосунками з дитиною – на 0,8 бала, задоволення стосунками з друзями/знайомими – на 0,7 бала та задоволення своїм способом життя в цілому – на 1,1 бала.

Деякі зміни відбулися в КГ на етапі після терапії, порівняно з етапом до терапії, проте вони були незначними та не мали статистичної достовірності ( $p > 0,05$ ). Ефективність проведених заходів психосоціального супроводу доводить також порівняння відповідних показників у ОГ та КГ на етапі після терапії, яке свідчить про вияв-

лену в ОГ статистично достовірну вагомішу позитивну динаміку змін дезадаптивних характеристик на психоемоційному, особистісному рівнях та рівні соціального функціонування, порівняно з КГ.

Вищезазначене свідчить, що розроблена та впроваджена програма психосоціального супроводу жінок з алопецією є ефективною та дозволяє домогтися покращення психоемоційного стану пацієнток, сформуванню у них адаптивні патерни поведінки, підвищити рівень загальної адаптації та якості життя.

## Висновки

1. Після оцінки психоемоційного стану жінок з алопецією та виділення основних показників, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації пацієнток на особистісному рівні та рівні соціального функціонування, було виявлено прояви психосоціальної дезадаптації у обстеженого контингенту на момент первинного обстеження.

2. У всіх обстежених (100,00 %) відмічено зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя на рівні соціального функціонування, що було обумовлено не об'єктивною ситуацією, пов'язаною з фактором захворювання, а суб'єктивним ставленням до себе, хвороби та оточуючого середовища.

3. Виявлення дезадаптивних характеристик у жінок з алопецією дозволило виділити мішені психокорекційного впливу, з урахуванням яких було побудовано програми психосоціального супроводу з використанням елементів тілесно-орієнтованої терапії, арт-терапії, РЕТ-терапії, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та соціально-психологічного тренінгу.

4. У результаті проведення програми психосоціального супроводу в більшості досліджених пацієнток з алопецією (90,79 %) виявлено покращення результатів за всіма показниками на психоемоційному, особистісному рівнях та у сфері соціального функціонування.

## Список використаної літератури

1. Волксласька В. М. Інформаційний лист МОЗ України № 260-2010: Терапія atopічного дерматиту та псоріазу в інтермітуючому режимі / В. М. Волксласька, О. В. Горбенко, О. Л. Гутнев // Укрмедпатентінформ. – 2010.
2. Калюжна Л. Д. Інформаційний лист МОЗ України № 175-2008: Щоденний догляд за сухою шкірою у хворих на хронічні дерматози / Л. Д. Калюжна, Е. О. Мурзіна // 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. – К. : 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. Личность больного в формировании резистентности невротических расстройств / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Е. С. Черднякова // 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 : [Б. в.], 2010. – 135 с.
7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М, 2002. – 672 с.
8. Itami S. The role of androgen in mesenchymal epithelial interactions in human hair follicle / S. Itami, S. Inui // J. Invest. Dermatol. Symp. Proc. – 2005. – Vol. 10, issue 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. – Vol. 121, issue 5. – P. 985–988.
10. Khadavi A. Clinical evaluation of drug Revivogen topical to treat men and women with androgenic alopecia / A. Khadavi [et al.] // Exploratory research. – 2004. Пе- жим доступу: [http://www.revivogen.gr/images/stories/pdf/Revivogen\\_Clinical\\_Study.pdf](http://www.revivogen.gr/images/stories/pdf/Revivogen_Clinical_Study.pdf) (дата звернення: 17.09.2016).

Таблиця 1. Ефективність заходів психосоціального супроводу, (сер. бал)

Критерії оцінки		ОГ (n=76)	КГ (n=62)
<b>Психоемоційний рівень</b>			
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*
<b>Особистісний рівень</b>			
Дратівливість	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
<b>Рівень соціального функціонування</b>			
Рівень задоволення взаєминами з колегами	до	2,6	2,6
	після	1,8**	2,4*
Рівень задоволення стосунками з чоловіком	до	3,4	3,3
	після	2,4**	3,1*
Рівень задоволення стосунками з дитиною (дітьми)	до	2,8	2,8
	після	2,0**	2,7*
Рівень задоволення стосунками 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*

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

## References

1. Volkoslavskaya, V. M., Horbenko, O. V., & Hutniev, O. L. (2010). Informatsiyni lyst MOZ Ukrainy № 260-2010: Terapiia atopichnoho dermatytu ta psoriazu v intermituiuchomu rehzhimi [Newsletter Ministry of Health of Ukraine № 260-2010: Treatment of atopic dermatitis and psoriasis in intermittent mode]. Ukrmedpatentinform. (In Ukrainian).
2. Kaliuzhna, L.D., & Murzina, E. O. (2008). Informatsiyni lyst MOZ Ukrainy № 175-2008: Shchodennyi dohliad za sukhoiu shkroiou u khvorykh na khronichni dermatozy [Newsletter Ministry of Health of Ukraine № 175-2008: Daily care of dry skin in patients with chronic dermatoses]. Ukrmedpatentinform. (In Ukrainian).
3. Cooper, J. E. (1994). Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders With Glossary and Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, 448 p. (Russ. ed.: Poltavac D. (2000). Klassifikatsiya psichicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv s glossariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriterijami (IDK): karmannoe rukovodstvo k МКМ-10. Kyiv, Sfera, 464 p.).
4. Kozhyna, H.M., Hryhorova, I. A., Korostii, V. I., Tovazhnianska, O.L., Rezenenko, Yu. K., Mykhailov, V.B., ... Isaenko, S. V. (2012). Psykhodiahnostychni osoblyvosti kohnityvnykh rozladiv sered khvorykh pratsezdatoho viku iz somatychnymy zakhvoriuvanniamy [Psychodiagnostic peculiarities of cognitive disorders in patients of able-to-work age with somatic diseases]. *Medicinskaia psihologija – Medical psychology*, vol. 7, no. 4, pp. 68-74. (In Ukrainian).
5. Maruta, N. O., Yavdak, I. O., & Cheredniakova, O. S. (2015). Lichnost' bol'nogo v formirovani rezistentnosti nevroticheskikh rasstrojstv [Personality of the patient in the formation of resistance of neurotic disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 23, issue 2 (83), pp. 116-117. (In Russian).
6. Pshuk, N. H., Markova, M. V., Kondratiuk, A. I., & Stukan, L. V. (2010). Medychna psykhoholohiia [Medical Psychology]. Vinnytsia, 135 p. (In Ukrainian).
7. Rajgorodskij, D. Ja. (2002). Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnosics. Methods and tests]. Samara: Bahrah–M, 672 p. (In Russian).
8. Itami, S., & Inui, S. (2005). The role of androgen in mesenchymal epithelial interactions in human hair follicle. *J. Invest. Dermatol. Symp. Proc.*, vol. 10, issue 3, pp. 209–211. DOI: 10.1111/j.1087-0024.2005.10107.x.
9. Kantor, J., Kessler, L. J., & Brooks, D. G. (2003). Decreased serum ferritin is associated with alopecia in women. *J. Invest. Dermatol.*, Vol. 121, issue 5, pp. 985–988. DOI: 10.1046/j.1523-1747.2003.12540.x.
10. Khadavi, A. A. et al. (2004). Clinical evaluation of drug Revivogen topical to treat men and women with androgenic alopecia. Exploratory research. Retrieved from: [http://www.revivogen.gr/images/stories/pdf/Revivogen\\_Clinical\\_Study.pdf](http://www.revivogen.gr/images/stories/pdf/Revivogen_Clinical_Study.pdf) (accessed 17.09.2016).

## ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН С АЛОПЕЦИЕЙ И АНАЛИЗ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ

К. В. Аймедов, В. В. Живилко

**Актуальность.** Выпадение волос является одной из самых распространенных проблем дерматологии. Выявление психических расстройств у пациентов с алопецией является важным этапом обследования и терапии данной группы дерматологических больных.

**Цель** – разработать программу психосоциального сопровождения женщин с тотальной алопецией на основе изучения психоэмоциональных, личностных характеристик и особенностей их социального функционирования.

**Материалы и методы.** С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии в течение 2013–2016 годов на базе Центра реконструктивной и восстановительной медицины клиники Одесского национального медицинского университета МЗ Украины было проведено комплексное обследование женщин с установленным диагнозом «тотальная алопеция». В процессе исследования использован комплекс методов: теоретический (теоретико-методологический анализ проблемы, систематизация данных литературных источников, их сравнение и обобщение), социально-демографический, клинико-психопатологический (наблюдение, структурированное интервью), психодиагностический (психологическое тестирование), статистический.

**Результаты.** Проведена оценка психоэмоционального состояния женщин с алопецией, определены основные показатели, влияющие на формирование психосоциальной дезадаптации на личностном уровне и уровне социального функционирования. У 100,00 % обследованных отмечено снижение общей социально-психологической адаптации и качества жизни на уровне социального функционирования. Выделены мишени психокоррекционного воздействия, которые легли в основу построения программы психосоциального сопровождения с использованием элементов телесно-ориентированной терапии, арт-терапии, РЕТ-терапии, когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и социально-психологического тренинга.

**Выводы.** Применение программы психосоциального сопровождения позволило улучшить все показатели на психоэмоциональном, личностном уровнях и в сфере социального функционирования у большинства (90,79 %) пациенток с алопецией.

**Ключевые слова:** алопеция, программа психосоциального сопровождения, психокоррекция, психоэмоциональный уровень, личностный уровень, сфера социального функционирования.

## FEATURES OF IMPLEMENTATION OF THE PROGRAMME OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT WOMEN WITH ALOPECIA AND ANALYSIS OF ITS EFFECTIVENESS

C. V. Aymedov, V. V. Zhyvylo

**Background.** Hair loss is one of the most common problems of dermatology. The identification of mental disorders in patients with alopecia is an important stage in the examination and therapy of this group of dermatological patients.

**Objective:** to develop a program of psychosocial support for women with total alopecia on the basis of studying psycho-emotional, personal characteristics and the characteristics of their social functioning.

**Materials and methods.** In compliance with the principles of bioethics and deontology, in 2013–2016 we conducted a comprehensive examination of women with the established diagnosis of «total alopecia» on the basis of Center of Reconstructive and Regenerative Medicine of the clinic of Odesa National Medical University Ministry of Health of Ukraine. In the process of research a set of methods was used: theoretical (theoretical and methodological analysis of the problem, systematization of data from literary sources, their comparison and generalization), socio-demographic, clinical-psychopathological (observation, structured interview), psychodiagnostic (psychological testing), statistical.

**Results.** The evaluation of the psychoemotional state of women with alopecia was carried out, the main indicators influencing the formation of psychosocial disadaptation at the personal level and the level of social functioning were determined. In 100.00% of the surveyed, the overall socio-psychological adaptation and quality of life decreased at the level of social functioning. Targets of psychocorrection exposure were selected, which formed the basis for the construction of a psychosocial support program using elements of bodily-oriented therapy, art therapy, rational-emotive therapy, cognitive behavior therapy (CBT), and socio-psychological training.

**Conclusions.** The application of the program of psychosocial support allowed to improve all indicators at the psychoemotional, personal levels and in the sphere of social functioning in the majority (90.79%) of patients with alopecia.

**Keywords:** alopecia, psychosocial support program, psychocorrection, psychoemotional level, personal level, sphere of social functioning.

Стаття надійшла до редакції 23.10.2016 р.

**АЙМЕДОВ Костянтин Володимирович**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету МОЗ України (ОНМедУ МОЗ України), м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com

**ЖИВИЛКО Володимир Володимирович**, лікар консультативного відділення центру реконструктивної та відновної медицини (клініка ОНМедУ МОЗ України) м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com

**АЙМЕДОВ Константин Владимирович**, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи Одесского национального медицинского университета МЗ Украины (ОНМедУ МЗ Украины), г. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com

**ЖИВИЛКО Владимир Владимирович**, врач консультативного отделения центра реконструктивной и восстановительной медицины (клиника ОНМедУ МЗ Украины), г. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com

**AYMEDOV Constantin Volodymyrovych**, MD, Sc.D., Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance of Odessa National Medical University Ministry of Health of Ukraine (ONMU MHU), Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com

**ZHYVYLKO Volodymyr Volodymyrovych**, MD, doctor of consultation department of Center of Reconstructive and Regenerative Medicine (clinic of ONMU MHU), Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com