

В. В. Живилко

## ОСНОВНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ У СИСТЕМІ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З АЛОПЕЦІЄЮ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.594.14-06:616.8]-055.2-085.851

В. В. Живилко

### ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В СИСТЕМЕ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С АЛОПЕЦИЕЙ

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Проблема помощи женщинам, страдающим алопецией, остается одной из основных в современной дерматологии. Одним из главных направлений помощи является психопрофилактика. Организация психопрофилактических мероприятий — сложная задача, требующая системного подхода и комплексного решения. Автором представлены результаты собственного исследования, направленного на решение данной проблемы. Приведен комплекс лечебных психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий по устранению психосоматических расстройств, который может быть применен как для общей популяции, так и для контингента пациентов с алопецией. Обоснована целесообразность основных моделей командной работы: мультидисциплинарной, междисциплинарной и трансдисциплинарной.

**Ключевые слова:** алопеция, психосоциальная дезадаптация, психопрофилактические меры, мультидисциплинарная модель, междисциплинарная модель, трансдисциплинарная модель.

UDC 616.594.14-06:616.8]-055.2-085.851

V. V. Zhyvylo

### BASIC PRINCIPLES OF PSYCHIC-PREVENTION IN SUPPORTIVE PROGRAMMES FOR WOMEN WITH ALOPECIA

*The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine*

**Introduction.** The problem of care for women suffering from alopecia one of the main problems of modern dermatology. One of the main areas of assistance — is psycho-prevention. Psycho-preventive programmes is a challenge that requires a systematic approach and integrated solutions.

**Purpose and objectives.** In the article, the author presents the results of the research aimed at solving this problem. The complex medical and psycho-preventive measures to psychosomatic disorders that can be used for both the general population and for the groups of patients with alopecia and it is described the basic models of teamwork, multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary in the system of help to the dermatological patients.

**Methods.** In the research we used a range of methods, namely theoretical (theoretical and methodological analysis of the problem, ordering data literature, their comparison and synthesis), socio-demographic, clinical and psychopathological method (observation, structured interviews) psychodiagnostic (psychological testing) statistic.

**Results of the research.** Maladaptive manifestation of the surveyed patients with alopecia occurring as the psycho-emotional and personal level, and the level of social functioning. In the psycho-emotional level is the most important, those that have the greatest negative impact on the adaptive mechanisms of personality were high levels of performance for neuroticism (85.51%) and hostility (84.06%). On a personal level all the women studied had irrational guidance about their disease, its consequences, prognosis, treatment, and maladaptive cognition about their personality, potential and opportunities to actively influence their own situation and change the current situation (100.00%). At the level of social functioning of all patients surveyed noted a decrease in the overall socio-psychological adjustment and quality of life that was not due to an objective situation of a factor related disease, and subjective attitude to yourself, disease and the environment.

**Conclusions.** Maladaptive manifestation of the surveyed patients with alopecia occurring as the psycho-emotional and personal level, and the level of social functioning. In the psycho-emotional level, the most significant were high figures for levels of neuroticism and hostility, on a personal level all investigated women were irrational guidance about their disease, its consequences, prognosis, treatment, and maladaptive cognition about their personality, level of social functioning of all surveyed patients have noted reducing the overall socio-psychological adjustment and quality of life.

**Key words:** alopecia, psychosocial exclusion, psycho-prevention programmes, multidisciplinary model, interdisciplinary model, transdisciplinary model.



## Вступ

Різні психогенні порушення спостерігаються у 30–40 % хворих з дерматологічними хворобами, що призводять до змін суб'єктивного і об'єктивного сприйняття хвороби, порушують звичний спосіб життя пацієнта, обмежують професійну діяльність і соціальну активність. У виникненні та перебігу психогенії велике значення відводиться локалізації патологічного процесу, залученню видимих ділянок шкірного покриву, у тому числі волосистої частини голови, що посилює хворобливе сприйняття косметичного дефекту і ускладнює терапію захворювання [1; 6].

Спосіб лікування психосоматичних захворювань безпосередньо залежить від причин їх виникнення, а саме правильного їх визначення, від самої людини, її бажання бути здоровою, а також від професіоналізму спеціалістів [5]. Лікування психосоматичних захворювань є досить складним процесом, який передбачає, насамперед, взаємодію фахівців різних галузей медицини: психологів, психотерапевтів і вузьких спеціалістів (трихологів, дерматовенерологів, гастроентерологів та ін.) [2; 3; 7].

Психопрофілактика дезадаптації хворих на алопецію є складним завданням, що потребує системного підходу і комплексного розв'язання [1; 4]. Системний характер профілактики полягає в тому, що вона повинна впливати на всі чинники: соматичні, соціальні та психологічні, негативний характер яких може стати причиною або сприяти формуванню дезадаптації особистості. Медична складова профілактики полягає у контролі фізичного

стану хворого, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби, наданні консультацій та навчанні близького оточення навичок, корисних при догляді за хворим [6].

Розглядаючи проблему індивідуальної профілактики стресу, одним із методів саморегуляції вважається заспокійливе дихання. Крім того, рекомендують здійснювати рефлексію своїх думок, поступово замінюючи негативні думки на позитивні, що допомагає знайти спокій і уникнути стресової реакції.

Методом індивідуальної профілактики стресових станів є релаксація. На думку вчених, релаксація вимикає або уповільнює «внутрішній годинник» організму людини як функціонуючої системи, захищаючи його від тривоги і хвилювань [2]. Одним з найбільш надійних способів навчання релаксації є метод нервово-м'язової релаксації, який ґрунтується на взаємозалежності між негативними емоціями і м'язовим напруженням. Якщо навчитися правильно знімати надмірне м'язове напруження, можна опанувати керуванням своїми емоціями [4].

Лікування волосся обов'язково повинно бути комплексним. Психологу потрібно підтримувати в нормі емоційний стан пацієнта, а фахівець-трихолог повинен займатися безпосередньо розв'язанням проблеми облісіння. Не слід забувати, що емоційний стан позначається на здоров'ї людини, а повторний стрес або депресія можуть посилити випадіння волосся [5].

**Мета** дослідження — визначити та обґрунтувати основні засади психопрофілактичної допомоги жінкам, які страждають на алопецію.

## Матеріали та методи дослідження

Дослідження проходило в три етапи: первинна діагностика і визначення психологічних особливостей хворих на алопецію, а також визначення мішеней психокорекції й психопрофілактики. Всього амбулаторно було обстежено 233 жінки віком від 22 до 45 років.

У дослідженні взяли участь лише ті особи, які дали згоду та відповідали нижченаведеним критеріям включення: мали здатність 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 «тотальна алопеція» (L 63.0); входили до вікової групи 18–55 років (для досягнення однорідності в групах дослідження).

Критеріями виключення з дослідження були: пацієнти мали інший виражений соматичний або психіатричний діагноз у стадії загострення; будь-який інший хронічний соматичний або психічний розлад в анамнезі; пацієнти не відповідали віковому критерію дослідження.

На етапі первинної діагностики і визначення психологічних особливостей хворих на алопецію з врахуванням критеріїв включення в дослідження нами було сформовано дві дослідні групи — основну та порівняння (ОГ та ГП).

На другому етапі дослідження на основі ретельного аналізу встановлених соціально-демографічних, соціально-психологічних, індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з алопецією було визначено основні мішені психокорекційного впливу. Наприкінці



другого етапу всіх досліджуваних осіб було розділено на дві групи — групу дослідження та контрольну (ГД та КГ), що було зроблено для подальшої оцінки ефективності системи проведених психокорекційних заходів. До ГД, у якій було проведено авторський комплекс психокорекції на тлі медичного лікування, включено 76 жінок; до КГ увійшли 62 жінки, з якими проводилося суто медичне лікування алопеції без психокорекційної складової.

На третьому етапі дослідження було проведено низку психокорекційних заходів медико-психологічної допомоги хворим на алопецію з урахуванням сукупності виявлених соматичних, соціально-психологічних, емоційно-вольових, особистісно-психологічних особливостей.

На наступному, четвертому етапі було оцінено ефективність проведених заходів та сформульовано рекомендації щодо психопрофілактики осіб, які страждають на алопецію.

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 страждали на алопецію, використано такі психодіагностичні тестові методики: Госпітальна шкала тривоги та депресії (HARS/HADS), розроблена A. S. Zigmond і R. P. Snaithe (1983), призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у хворих; опитуваль-

ник Баса — Дарки. Експрес-діагностика К. Хека і Х. Хесса була призначена для визначення ймовірності невротизації у досліджуваних, за її допомогою було можливо розрізнити три форми невротизації: невротизацію, істерію (істеричний невротизм) і невротизацію нав'язливих станів. Особливості вивчалися за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника (за J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel, 2001). Наявність ірраціональних настанов вивчалися за допомогою тесту А. Еліса. Особливості самооцінки хворих на псоріаз досліджували за допомогою методики «Особистісний диференціал».

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

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

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Провівши аналіз психоемоційного стану жінок з алопецією, а також виділивши основні показники, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації пацієнток на особистісному рівні та рівні соціального функціонування, нами зроблено висновок про наявність у них на момент обстеження ознак психосоціальної дезадаптації. На основі узагальнення отриманих даних виділено та структуровано дез-

адаптивні показники на психоемоційному, особистісному рівнях та рівні соціального функціонування (табл. 1).

За даними табл. 1, дезадаптивні прояви у обстежених хворих з алопецією відмічалися як на психоемоційному та особистісному рівнях, так і на рівні соціального функціонування. На психоемоційному рівні найбільш значущими, такими, що мали найбільший негативний вплив на адаптивні механізми особистості, були високі показники за рівнями невротизації (85,51 %) та ворожості (84,06 %). На особистісному рівні всі досліджені жінки мали ірраціональні настанови щодо власної хвороби, її наслідків, прогнозу, лікування, а також дезадаптивні когніції щодо своєї особистості, потенціалу та можливості активно впливати на власний стан та змінювати поточну ситуацію (100,00 %). На рівні соціального функціонування всі обстежені пацієнтки 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 підсилювалося впливом ризиків на рівні соціального функціонування (незадоволеність відносинами з чоловіком, колегами та адміністрацією, неможливість задовіль-



**Розподіл основних показників, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації пацієнток з алопецією**

Рівень	Дезадаптивні показники	%
Психо-емоційний	Високий рівень невротизації	85,51
	Високий рівень ворожості (сер. бал — 89,1)	84,06
	Високий або середній рівень депресії	74,63
	Підвищений рівень агресивності (сер. 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
Соціально-функціонування	Незадоволеність:	
	— відносинами 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	

но проводити дозвілля та відпустку, зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя).

На основі узагальнення отриманих даних нами запропонований комплекс лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних заходів щодо психосоматичних розладів, який може бути застосований як для загальної популяції, так і для контингенту пацієнток з алопецією (рис. 1).

Спочатку, на основі здійснення клінічної діагностики та психодіагностичних процедур, проводили диференційовану оцінку необхідності включення до групи індикативної або селективної психопрофілактики. До групи індикативної психопрофілактики, членам якої спочатку проводилися лікувальні заходи, були включені усі жінки з клінічними проявами захворювання на алопецію.

Сучасні профілактичні стратегії сьогодні поділяють на три типи:

1) універсальна (попереджувальна) профілактика, яка має за мету формування «здорового способу життя» і його активного підтримання, є переважно соціальною та орієнтованою на загальну людську популяцію;

2) селективна (таргетна) профілактика — вибіркова, орієнтована на роботу з особами або групами осіб, які мають вищий, порівняно з середнім у популяції, ризик розвитку психосоматичних захворювань, та спрямована на біологічні, психологічні або соціальні фактори ризику, які є більш притаманними даній групі осіб порівняно з іншими верствами населення;

3) індикативна (модифікаційна) профілактика — індивідуальна, орієнтована на окремих осіб з наявністю клініко-

психопатологічних проявів, вираженість яких не доходить до клінічно окресленого рівня, або з реакціями психічної/психологічної дезадаптації, що можуть призвести до розвитку психосоматичних розладів.

У цьому разі профілактичні втручання націлені на редукцію донозологічних порушень, ідентифікацію й нівеляцію патологічної дії провідних дезадаптуючих факторів, а також на пошук й активацію дефен-

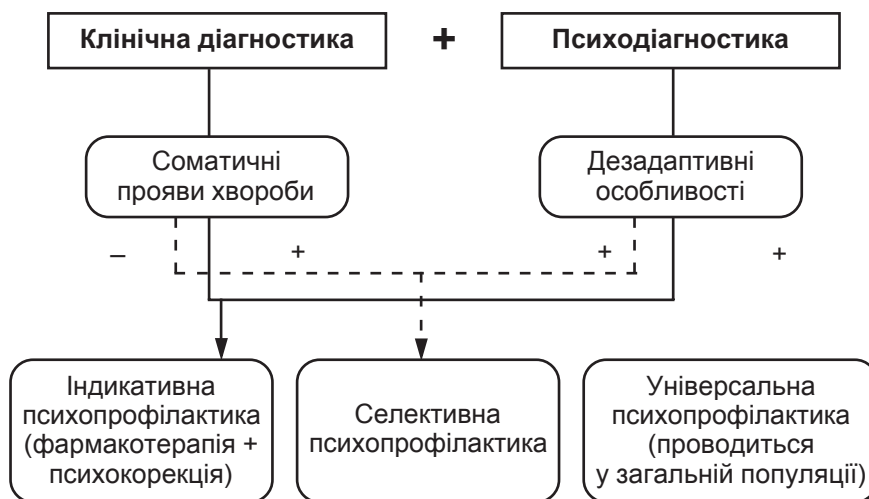


Рис. 1. Алгоритм вибору типу психопрофілактичних заходів



зивних чинників, наявних у навколишньому середовищі.

Після психодіагностичного етапу жінкам, залежно від провідного клінічного синдрому, призначали фармакологічні засоби, на тлі яких розпочиналася психокорекційна робота.

Визначені в рамках дослідження дезадаптивні характеристики стали мішенями психокорекційної роботи (індикативної психопрофілактики), у рамках якої використовували різні технології психокорекційного втручання (рис. 2).

Розроблена програма психопрофілактики являла собою єдину етапну послідовну систему взаємодоповнюючих лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних впливів (див. рис. 1).

Після отримання перших об'єктивних результатів зниження інтенсивності психопатологічної симптоматики вони включалися до індикативної психопрофілактичної роботи, досягнувши мети якої, переходили до заходів селективної психопрофілактики. Завершальним етапом роботи ставали заходи універсальної профілактики.

Учасниками процесу профілактики, спрямованої на запобігання дезадаптації хворого на алопецію, були не тільки співробітники медичної установи, на базі якої проводилося лікування пацієнта, а й психологи, соціальні працівники, родина хворого, друзі, інші суспільні інститути. Таким чином, допомога пацієнту з алопецією або особам групи ризику надавалася командою спеціалістів. Це невелика група людей з комплементарними навичками, об'єднаних спільною метою, виконанням завдань і загальним підходом, для реалізації яких вона підтримує всередині себе взаємну відповідальність.

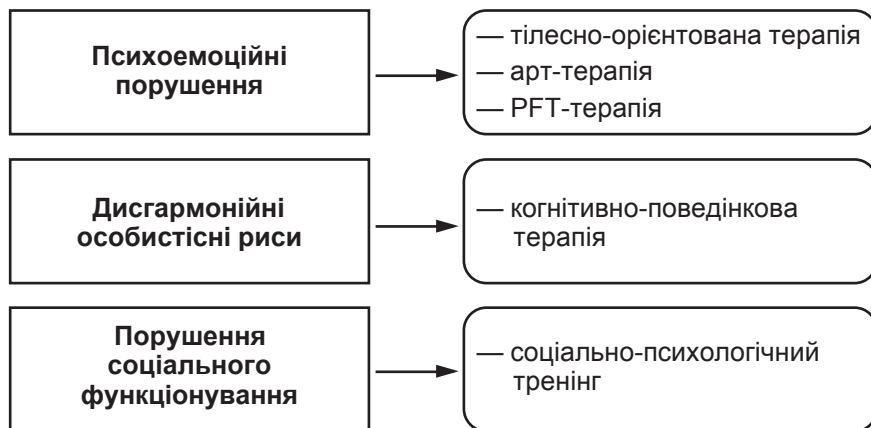


Рис. 2. Мішені та методи психокорекційного впливу

У сучасній практиці існують три основних моделі командної роботи: мультидисциплінарна, міждисциплінарна та трансдисциплінарна.

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

Міждисциплінарна командна робота є більш ефективною

моделлю, що дозволяє задовольняти специфічні потреби клієнтів і сімей. Робота міждисциплінарної команди спрямована на спільну розробку індивідуальних програм розвитку, орієнтованих на потреби та можливості кожного конкретного клієнта і його сім'ї. Проте недоліком може бути велика кількість цілей, які фахівці різного профілю визначають у рамках єдиного плану дій (рис. 3).

Трансдисциплінарна модель полягає у такому. Для роботи з клієнтами виділяються два фахівці (у нашому випадку — лікар-дерматовенеролог і психолог), які в процесі роботи з клієнтом постійно взаємодіють один з одним і з іншими членами команди на шляху до досягнення мети програми. При цьому

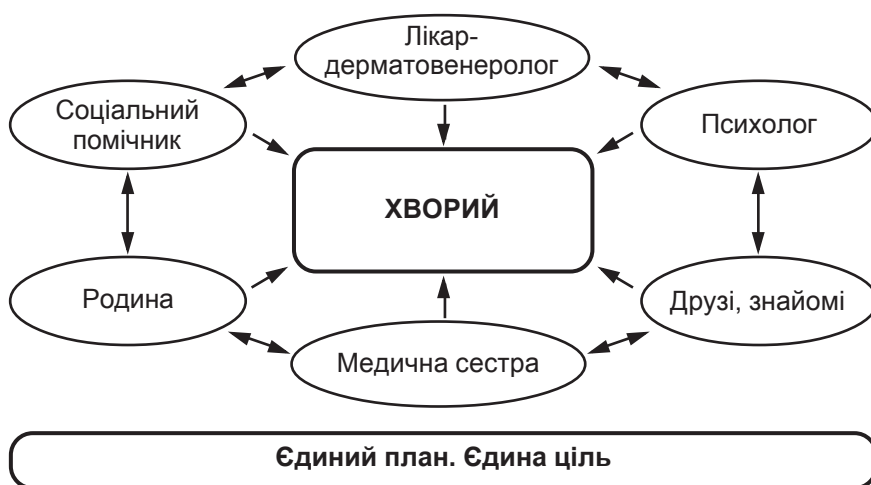


Рис. 3. Трансдисциплінарна модель надання психопрофілактичної допомоги хворому на алопецію

є одна програма та одна мета, які формулюються, враховуючи індивідуальні особливості випадку, з яким працює команда, а також обов'язково враховується середовищний та соціальний (у тому числі сімейний) контекст. У рамках даної моделі, яку ми вважаємо найбільш ефективною, клієнтові не потрібно взаємодіяти з безліччю людей. У процесі роботи спеціалісти — члени команди навчають один одного необхідних навичок, обговорюють випадки, проводять супервізії.

Таким чином, профілактика виникнення дисгармонійних психологічних особливостей у хворих на алопецію є складним завданням, що потребує системного підходу і комплексного розв'язання та повинно виконуватися трансдисциплінарною командою фахівців.

## Висновки

1. Деадаптивні прояви у обстежених хворих на алопецію виявлені як на психоемоційному та особистісному рівнях, так і на рівні соціального функціонування. На психоемоційному рівні найбільш значущими були високі показники за рівнями невротизації та ворожості, на особистісному рівні всі досліджені жінки мали ірраціональні настанови щодо власної хвороби, її наслідків, прогнозу, лікування, а також деадаптивні когніції щодо своєї особистості. На рівні соціального функціонування всі обстежені пацієнтки відмічали зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя.

2. З метою запобігання виникненню деадаптивних тенденцій у хворих на алопецію варто вживати заходів психопрофілактики (індикативної, селективної та універсальної), яка повинна містити системний

підхід і комплексне рішення, впливати на всі чинники: соматичні, соціальні та психологічні, негативний характер яких може стати причиною або сприяти формуванню дезадаптації особистості.

3. Важливим етапом у роботі з жінками, що страждають на алопецію, є психокорекційна робота (індикативна психопрофілактика), яка націлена на редукцію донозологічних порушень, ідентифікацію й нівеляцію патологічної дії провідних дезадаптуючих факторів, а також на пошук й активацію дефензивних чинників, що мають місце в навколишньому середовищі.

## ЛІТЕРАТУРА

1. *Медицина психологія: навч. посіб.* / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан. — Вінниця, 2010. — 135 с.

2. *Нимайер Ф.* Образовательные программы в дерматологии: данные доказательных исследований при атоическом дерматите и псориазе / Ф. Нимайер, И. Купфер // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* — 2008. — № 1. — С. 11–21.

3. *Смулевич А. Б.* Психосоматическая медицина / А. Б. Смулевич // *Психические расстройства в общей медицине.* — 2007. — № 1. — С. 4–10.

4. *Харченко Д. М.* Психосоматичні розлади: теорії, методи діагностики, результати досліджень: монографія / Д. М. Харченко. — К.: Міленіум, 2009. — 280 с.

5. *Alvarez A. S.* The application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health in psychiatry: possible reasons for the lack of implementation / A. S. Alvarez // *Am. J. Med. Rehabil.* — 2012. — N 91. — P. 69–73.

6. *Breneman D.* Intermittent therapy for flare prevention and long-term disease control in stabilized atopic dermatitis: a randomized comparison of 3-times-weekly applications of tacrolimus ointment versus vehicle / D. Breneman, A. Fleischer, W. Abramovits // *J. Am. Acad. Dermatol.* — 2008. — N 58. — P. 990–999.

7. *Host A.* Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children: Amendment to previous published

articles in *Pediatric Allergy and Immunology* 2004, by an expert group set up by the Section on Pediatrics, European Academy of Allergology and Clinical Immunology / A. Host, S. Halken, A. Muraro // *Pediatric Allergy and Immunology.* — 2008. — N 1. — P. 1–4.

## REFERENCES

1. Pshuk N.H., Markova M.V., Kondratiuk A.I., Stukan L.V. *Medychna psykholohiia: navch. posib.* [Medical psychology. A textbook]. Vinnytsia, 2010, 135 p.

2. Nymaier F., Kupfer I. Educational programmes in dermatology: data of proving investigations in atonic dermatitis. *Rosyiskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei* 2008; 1: 11-21.

3. Smulevych A.B. Psychosomatic medicine. *Psikhicheskyye rasstroystva v obshchei meditsyne* 2007; 1: 4-10.

4. Kharchenko D. M. *Psykhosomatychni rozlady: teorii, metody diahnosyky, rezultaty doslidzhen: monohrafiya.* [Psychosomatic pathology: theory, diagnosis methods, results of research. Monography] Kyiv, Milenium, 2009. 280 p.

5. Alvarez A.S. The application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health in psychiatry: possible reasons for the lack of implementation. *American Journal of the Medical Rehabilitation* 2012; 91: 69-73.

6. Breneman D., Fleischer A., Abramovits W. Intermittent therapy for flare prevention and long-term disease control in stabilized atopic dermatitis: a randomized comparison of 3-times-weekly applications of tacrolimus ointment versus vehicle. *Journal of American Academy of the Dermatology* 2008; 58: 990-999.

7. Host A., Halken S., Muraro A. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children: Amendment to previous published articles in *Pediatric Allergy and Immunology* 2004, by an expert group set up by the Section on Pediatrics, European Academy of Allergology and Clinical Immunology. *Pediatric Allergy and Immunology* 2008; 1: 1-4.

Надійшла 15.09.2016

Рецензент д-р мед. наук,  
проф. М. М. Лебедюк

