

## ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК ХВОРИХ НА АЛОПЕЦІЮ

**Живилко В.В.**

*здобувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги  
Одеського національного медичного університету  
Україна, м. Одеса*

**Асєєва Ю.О.**

*к. психол. н., ст. викладач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної  
допомоги Одеського національного медичного університету  
Україна, м. Одеса*

## АНОТАЦІЯ PSYCHOEMOTIONAL ESPECIALLY WOMEN OF PATIENTS WITH ALOPECIA

**Zhivilko V.V.**

**Aseeva Yu.O.**

### **Анотація**

Алопеція є одним із захворювань, які супроводжуються значними змінами зовнішності, що призводить до небажаних реакцій оточуючих людей та характеризується тривалим лікуванням, частими рецидивами і зривами лікувального процесу. Такий перебіг хвороби може викликати пригнічення емоційного стану хворого та поставити під загрозу процес лікування. Автори особливу увагу приділяють пошуку основних психоемоційних характеристик жінок хворих на алопецію. Оскільки, саме психоемоційний стан пацієнтів безпосередньо впливає на перебіг хвороби і може значною мірою вплинути на ефективність лікування, тому основною метою дослідження стало виявлення рівня тривоги та депресії, з'ясування ступеню виразності агресивних тенденцій та рівня невротизації. В статі розкрито та проаналізовано результати проведеного емпіричного дослідження.

### **Abstract**

Alopecia is one of the diseases that are accompanied by significant changes of appearance, which leads to not desirable reactions of the surrounding people and is characterized by prolonged treatment, frequent relapses and failures in the treatment process. This disease can cause depression emotional condition of the patient and jeopardize the process of treatment. Authors pay special attention to the search for the essential emotional characteristics of female patients with alopecia aerate. Because psycho-emotional condition of the patients, directly affect the course of the disease and can greatly affect the effectiveness of treatment, therefore, the main aim of the study was to identify the level of anxiety and depression, clarify the severity of aggressive tendencies and the level of neuroticism. The article reveals and analyzes the results of empirical research.

**Ключові слова:** алопеція, депресивні стани, тривога, агресивність, психологічний супровід.

**Keywords:** alopecia, depression, anxiety, aggression, psychological support.

Не зважаючи на швидкий розвиток медицини останнім часом, проблема алопеції не втрачає свого значення. Хоча нещодавно це захворювання вважалось лише чоловічою проблемою, однак, останнім часом алопецією стали страждати і жінки. Облисіння залишається захворюванням з неясною етіологією і до кінця не вивченим патогенезом, що обумовлює великі труднощі в розробці ефективних методів терапії (Короткий Н.Г., 126

1999, 2001; Суворова К.Н., 1998; Адашкевич В.П., Мяделец О.Д., 1999; Hoffman R., 1998). Розуміння механізмів реагування на терапію і хворобу можуть підвищити ефективність лікування, сприяти вибору найбільш ефективної системи медико-психологічної допомоги.

На сьогоднішній день не можливо виокремити одну єдину причину випадіння волосся у жінок, тому алопецію найчастіше розглядають, як мультифакторну хворобу. Особливу групу детермінант алопеції у жінок складає період вагітності та лактації. По-перше це не тільки зміни гормонального фону жінки, а й перелаштування організму на постачання поживних речовин не на неї, а на плід. По-друге, жінка страждає від перетому і хронічної втоми. Всі ці фактори негативно відбиваються на стані волосся, в результаті чого вони починають випадати [3].

Також характерними лише для жінок залишаються травми від косметологічних процедур: сушіння феном, вирівнювання волосся, використання лаку, мусів, освітлення, хімічне завивання, а також переохолодження шкіри голови. При регулярному хімічному, термічному і травматичному впливі жінка обов'язково почне втрачати волосся [7].

Також, особливе місце серед причин алопеції займають стрес та розлади нервової системи, оскільки вони стають причиною порушення кровопостачання шкіри голови і призводять до втрати волосся. Причому до облісіння можуть призвести як короткі сильні стреси, так і менш інтенсивні, але тривалі.

У випадках коли причиною гормонального збою стає серйозне нервове потрясіння, випадіння волосся може початись із запізненням в декілька місяців, і часом жінці складно пов'язати між собою ці два факти. Списуючи проблему на сезонний авітаміноз або невідповідний косметичний засіб для догляду за волоссям, жінки часто втрачають час і не звертаються своєчасно за лікуванням алопеції [5].

Окрім фізіологічних (гормональних та генетичних схильностей) існують й психологічні причини розвитку даного захворювання. Сама алопеція також стає причиною психологічного стресу як у жінок, так і у чоловіків. Однак, жінки найбільш схильні до страждань, пов'язаних з втратою волосся і, тому психологічний ефект сильніше виражений саме у них і може ставити під загрозу успішне лікування даного захворювання [6].

Якими не були б психологічні причини випадіння волосся у жінок вони спричиняють й порушення психоемоційного стану можливий розвиток депресії, тривожності, агресивності, дратівливості, напруженості тощо.

Тому, метою нашого дослідження стало виявлення основних психоемоційних особливостей жінок страждаючих на алопецію: рівня тривоги та депресії; виразність агресивних тенденцій та рівень невротизації (дані наведено в табл. 1-3). Для дослідження рівня ситуаційної та особистісної тривоги і депресії використовувалась Госпітальна шкала тривоги та депресії (HARS/HADS). Агресивні тенденції в досліджених групах досліджувались за допомогою опитувальника Баса-Дарки. Рівень невротизації досліджувався за допомогою експрес-діагностики К. Хека і Х. Хесса. Вибірку дослідження склали особи жіночої статі в яких виявлено алопецію у кількості 72 осіб (надалі, основна група – ОГ) та підібрана контрольна група (КГ) – умовно здорових досліджених, відповідного віку та статі у кількості 64 осіб.

Таблиця 1

## Шкала Гамільтона для оцінки тривоги та депресії (HARS, HDRS)

Рівень вираженості показника	ОГ (n=138)		КГ (n=79)	
	абс.	%	абс.	%
Рівень тривоги (шкала HARS)				
низький	15	10,87	41	51,90*
середній	53	38,41	25	31,65
високий	70	50,72	13	16,45*
Рівень депресії (шкала HDRS)				
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,  $p \leq 0,05$ .

Аналізуючи отримані результати, можна зазначити, що серед досліджених в ОГ достовірно переважає високий рівень тривоги (ОГ – 50,72 %; КГ – 16,45 %; різниця між групами є достовірною,  $p \leq 0,05$ ). Переважна більшість осіб КГ мали низький або середній рівень тривоги (83,55 %), в ОГ менш ніж половина осіб мали 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 КГ високого рівня депресії не мав жодний досліджений, а більшість осіб даної групи характеризувалась низьким рівнем депресивних проявів (89,87 %).

Таким чином, зазначимо, що жінки з алопецією характеризуються високим рівнем тривоги, відчувають несвідомий страх та мають невизначене відчуття загрози. Вони часто сприймають нейтральні події як несприятливі та небезпечні, а також демонструють схильність до настороженості та пригніченого настрою, мають комунікативні складнощі при контактах з навколишнім світом, який представлявся їм лякаючим і ворожим, мають тенденцію до песимістичного ставлення до життя.

Наступною психоемоційною характеристикою пацієнток з алопецією, яка вивчалась в рамках дослідження, була агресивність. Під агресивністю розуміли властивість, якість особистості, що характеризується наявністю деструктивних тенденцій, в основному в області суб'єктно-об'єктних стосунків [3].

Таблиця 2

## Структура і вираженість форм агресивної поведінки у обстежених (бали)

Форми агресивної поведінки	Середній бал		p
	ОГ (n=138)	КГ (n=79)	
фізична агресія	45,9↑	17,4	$p < 0,05$
вербальна агресія	58,2↑	21,1	$p < 0,05$
непряма агресія	83,5↑↑	24,7	$p < 0,05$
негативізм	70,8↑↑	22,0	$p < 0,05$
роздратування	89,3↑↑	26,5	$p < 0,05$
підозрілість	81,7↑↑	20,9	$p < 0,05$
образа	96,4↑↑	27,8	$p < 0,05$
почуття провини	91,3↑↑	26,2	$p < 0,05$
індекс ворожості	89,1↑↑	24,4	$p < 0,05$
індекс агресивності	64,5↑	21,7	$p < 0,05$

*Примітки:* \* – ↑↑ – високий рівень, ↑ – підвищений рівень.

Досліджені ОГ демонстрували достовірно більш високі показники за всіма шкалами агресивної поведінки, а також за індексами ворожості та агресивності, у порівнянні з жінками КГ ( $p < 0,05$ ). 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 непрямой 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, грубість) (середній бал в ОГ – 89,3); дослідженні, 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 по відношенню до людей до переконання в тому, що інші люди планують і приносять шкоду (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); обстежені, для яких характерним було почуття провини, висловлювали можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, що надходить зло, а також відчуваються їм докори сумління.

Останньою психоемоційною характеристикою, яка досліджувалась, став рівень невротизації у жінок з алопецією у порівнянні з відносно здоровими жінками. Дані наведено в таблиці 3.

Таблиця 3

Розподіл досліджених за рівнем невротизації

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

*Примітка.* \* – різниця між групами є достовірною,  $p < 0,05$ .

У переважної більшості досліджених ОГ виявлено високий рівень схильності до невротизації (85,51 %), при цьому кількість осіб з високим рівнем невротизації в ОГ є достовірно більшою у порівнянні з КГ ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, за результатами дослідження психоемоційних особливостей жінок страждаючих на алопецію можна зазначити, що на відмінну від жінок КГ, у них виявлено високий рівень невротизації (ОГ – 85,51 %), високий рівень тривоги (ОГ – 50,72 %); спостерігається наявність депресивних тенденцій високого або середнього рівнів прояву (ОГ – 74,63 %). Жінки з алопецією більш схильні до образ, роздратування, ворожості, непрямой агресії, почуття провини, тощо (таб. 2). Отже, вони більш схильні проявляти виражену емоційну збудливість, в результаті чого з'являються негативні переживання (тривожність, напруженість, турбота, розгубленість, дратівливість); у них більш виражена безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволенням бажань; виражена егоцентрична особистісна спрямованість, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках; а також спостерігаються труднощі в спілкуванні та соціальна боязкість і залежність.

Необхідно вказати, що жінки з алопецією потребують організації комплексного психокорекційного супроводу [4]. Тому при лікуванні даного захворювання слід зважати на їх психоемоційні характеристики, оскільки вони потребують не тільки клінічного лікування, а й потребують розробки індивідуальних психологічних програм підтримки

та супроводу підчас лікування. Не останню роль при лікуванні алопеції відіграє психологічний настрій пацієнта.

### Література

1. Адаскевич В. П. Алопеция (гнездная, андрогенетическая, диффузная) / В. П. Адаскевич, О. Д. Мяделец, И. В. Тихоновская. – М: НГМА, 2000. – 192 с.
2. Гиріна О.М. Психокорекційна програма особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу при терапії артеріальної гіпертензії / О.М. Гиріна, О.О. Хаустова, Л.Є. Трачук, С.Г. Сахно // Семейная медицина. – 2012. – № 4. – С. 81–82.
3. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан – Вінниця: – 2010. – 135 с.
4. Кулагин В.И. Современные особенности клиники, нейро-эндокринные, сосудистые, иммунные механизмы патогенеза гнездовой алопеции и дифференцированные методы терапии больных : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Кулагин В.И., 1992.
5. Самцов А.В. Медикаментозная терапия андрогенетической алопеции: современное состояние проблемы / А.мВ. Самцов, А. А. Божченко // Клиническая дерматология и венерология. – 2006. – № 1. – С. 11-17.
6. Bieber T. Atopic dermatitis / T. Bieber // New England Journal of Medicine. – 2008. – № 358. – P. 1483-1494.
7. Carmina E. Treatment of hyperandrogenic alopecia in women / E. Carmina, R. A. Lobo // Fertil. Steril. – 2003. – №1. – P. 91-95.
8. Hordinsky M. K. Medical treatment of noncicatricial alopecia / M.K. Hordinsky // Semin. Cut. Med. Surg. – 2006. – № 7. – P. 51-55.