

М.М. Чемерис, М.В. Маркова

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТОК З ДИФУЗНОЮ АЛОПЕЦІЄЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ, ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ

М.М. Chemerys, M.V. Markova

QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH DIFFUSE ALOPECIA OF DIFFERENT ETIOLOGIES: ASSOCIATION WITH MENTAL MALADAPTATION AND PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS

Ключові слова: алопеція; дифузна алопеція; якість життя; психічна дезадаптація; депресія; тривожність; психопатологічна симптоматика; соціально-психологічна адаптація; психодерматологія

Keywords: alopecia; diffuse alopecia; quality of life; mental maladaptation; depression; anxiety; psychopathological symptoms; psychosocial adaptation; psychodermatology

Алопеція є поширеним дерматологічним станом, що може мати виражені психосоціальні наслідки, особливо у жінок, зумовлюючи формування тривожно-депресивних реакцій, порушень соціальної адаптації та зниження якості життя. Метою дослідження було вивчити особливості якості життя у пацієнток з дифузною алопецією різного генезу залежно від ступеня психічної дезадаптації та визначити взаємозв'язки між показниками якості життя, психопатологічною симптоматикою і соціально-психологічною адаптацією.

Обстежено 153 пацієнтки з дифузною алопецією, серед яких виокремлено групи з метаболічною (45 осіб) та змішаною (108 осіб) формами. За результатами клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження (HARS, HDRS, SCL-90-R) пацієнтки були розподілені на три групи: без ознак психічної дезадаптації, з окремими її ознаками та з розладами адаптації. Якість життя оцінювали за методикою Н. Mezzich у адаптації Н.О. Марути. Проведено кореляційний аналіз між показниками якості життя, психопатологічною симптоматикою та соціально-психологічною адаптацією.

Встановлено, що у пацієнток зі змішаною алопецією показники якості життя є достовірно нижчими, ніж у пацієнток з метаболічною формою, особливо у сферах психологічного благополуччя, міжособистісної взаємодії, соціоемоційної підтримки та особистісної реалізації. Виявлено залежність між ступенем психічної дезадаптації та рівнем якості життя: у пацієнток з розладами адаптації спостерігалось найбільш виражене зниження показників фізичного та психологічного благополуччя і соціального функціонування. Виявлено зворотні кореляції між показниками якості життя та виразністю депресивної, тривожної і соматоформної симптоматики та прямі кореляції з показниками соціально-психологічної адаптації.

Якість життя пацієнток з дифузною алопецією залежить від генезу захворювання та ступеня психічної дезадаптації, що обґрунтовує необхідність застосування комплексного біопсихосоціального підходу до лікування та реабілітації.

Alopecia is a common dermatological condition that may have significant psychosocial consequences, particularly in women, leading to anxiety and depressive reactions, impaired social adaptation and decreased quality of life. The aim of the study was to investigate the characteristics of quality of life in female patients with diffuse alopecia of different etiologies depending on the degree of mental maladaptation and to determine the relationships between quality of life indicators, psychopathological symptoms and psychosocial adaptation.

A total of 153 female patients with diffuse alopecia were examined. According to etiopathogenetic mechanisms, two groups were identified: patients with metabolic alopecia (45 individuals) and mixed alopecia (108 individuals). Based on clinical and psychodiagnostic assessment (HARS, HDRS, SCL-90-R), patients were divided into three groups: without signs of mental maladaptation, with individual signs of maladaptation, and with adjustment disorders. Quality of life was assessed using the Mezzich Quality of Life Index. Correlation analysis was performed between quality of life indicators, psychopathological symptoms and psychosocial adaptation.

Patients with mixed alopecia demonstrated significantly lower quality of life scores compared to patients with metabolic alopecia, especially in psychological well-being, interpersonal interaction, socio-emotional support and personal fulfillment. A clear relationship was found between the degree of mental maladaptation and quality of life indicators. Negative correlations were found between quality of life and the severity of depression, anxiety and somatoform symptoms, and positive correlations with psychosocial adaptation.

Quality of life in patients with diffuse alopecia depends on the genesis of the disease and the degree of mental maladaptation, which justifies the need for a comprehensive biopsychosocial approach to treatment and rehabilitation.

Алопеція належить до поширених дерматологічних станів, що характеризуються патологічною втратою волосся та можуть мати різноманітні етіопатогенетичні механізми. За даними епідеміоло-

гічних досліджень, різні форми алопеції протягом життя спостерігаються у значній частини населення, причому для жінок ця патологія часто має виражені психосоціальні наслідки. Волосся є важливим компонентом зовнішнього вигляду та соціальної

ідентичності, тому його втрата може сприйматися як суттєвий психотравматичний чинник, що впливає на самооцінку, образ тіла, міжособистісні взаємини та соціальне функціонування [1—3].

У сучасній науковій літературі алопецію дедалі частіше розглядають не лише як дерматологічну, але й як психосоматичну проблему. Численні дослідження свідчать, що пацієнти з алопецією набагато частіше демонструють симптоми депресії, тривоги, соматизації та соціальної ізоляції, а також зниження показників якості життя проти загальної популяції [1; 2; 4—10]. Психологічний дистрес у таких пацієнтів може бути пов'язаний як із безпосереднім переживанням втрати волосся, так і з порушенням образу тіла, стигматизацією та труднощами соціальної адаптації.

Останніми роками значного розвитку набула галузь психодерматології, яка вивчає взаємозв'язок між дерматологічними захворюваннями та психічним станом пацієнтів. У межах цього підходу алопецію розглядають як мультифакторний стан, у формуванні якого важливу роль відіграють біологічні, психологічні та соціальні чинники. Відповідно до біопсихосоціальної моделі, клінічні прояви захворювання є результатом складної взаємодії соматичних процесів, психоемоційного стану та соціального контексту життя пацієнта.

Особливу увагу сучасні дослідження приділяють ролі психоемоційного стресу у розвитку та перебігу алопеції. Встановлено, що психічний стрес може впливати на функціонування волосяного фолікула через активацію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі, зміну нейроендокринної регуляції та порушення механізмів локальної імунної толерантності у волосяному фолікулі. Унаслідок цих процесів активуються імунні та запальні механізми, що можуть призводити до порушення циклу росту волосся [11; 12]. Таким способом формується складна психонейроімунна взаємодія, у межах якої психологічні чинники можуть безпосередньо впливати на соматичні механізми розвитку захворювання.

Водночас сам факт втрати волосся може виступати серйозним психотравматичним чинником, що сприяє формуванню тривожно-депресивних реакцій, порушень адаптації та соціальної ізоляції. У цьому контексті особливого значення набуває дослідження якості життя (ЯЖ) пацієнтів, яку розглядають як інтегральний показник фізичного, психологічного та соціального благополуччя людини. За даними досліджень, у пацієнтів з алопецією найчастіше страждають сфери психологічного благополуччя, соціальної взаємодії та особистісної реалізації [13].

Водночас у сучасній літературі недостатньо висвітлено питання впливу різних етіопатогенетичних форм алопеції та ступеня психічної дезадаптації на структуру ЯЖ пацієнтів. Більшість досліджень фокусується переважно на окремих клінічних формах алопеції або на окремих психоемоційних аспектах захворювання, тоді як комплексний аналіз

взаємозв'язків між генезом алопеції, психопатологічною симптоматикою та показниками якості життя залишається недостатньо вивченим.

У зв'язку з цим актуальним є дослідження особливостей якості життя у пацієток з дифузною алопецією різного генезу та з різним ступенем психічної дезадаптації.

З дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди, комплексно обстежено 153 пацієтки з дифузною алопецією. Вибір саме цієї форми алопеції зумовлений тим, що, за даними літератури та нашими клінічними спостереженнями, саме дифузна алопеція найчастіше супроводжується проявами деструктивної психопатологічної відповіді у вигляді формування порушень психічної сфери, на відміну від андрогенетичної (яка зумовлена віковим зниженням рівня естрогенів та спостерігається здебільшого у пацієток пізнього віку), або гніздової алопеції (яка, хоча і провокує нерідко нозогенні психопатологічні реакції, має складний аутоімунний генез і поширена здебільшого серед осіб дитячого і підліткового віку). З огляду на неоднорідний генез дифузних алопеційних станів, в рамках діагнозу дифузної алопеції ми виокремили дві групи пацієток з різними етіопатогенетичними механізмами: з метаболічною формою (45 осіб), і змішаною формою (108 пацієток), яка має гетерогенність етіологічних і низки патогенетичних чинників, серед яких виокремлюють стресовий психоемоційний чинник [12; 13]. Серед обстежених з різним генезом алопеції за допомогою клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів (із застосуванням шкал HARS, HDRS і опитувальника SCL-90-R) виокремлено три групи: без ознак психічної дезадаптації (ПД) (45 осіб, група 1 — Г1), з окремими ознаками ПД (73 особи, група 2 — Г2), та з наявністю розладів адаптації відповідно до критеріїв МКХ-10 (35 осіб, група 3 — Г3).

Статистичний аналіз включав описову статистику, аналіз розбіжностей з використанням непараметричного тесту Манна — Уїтні та кореляційний аналіз за допомогою методу рангових кореляцій Спірмена.

Метою дослідження було вивчити особливості якості життя пацієток з дифузною алопецією різного генезу та з різним ступенем психічної дезадаптації, а також визначити взаємозв'язки між показниками якості життя, психопатологічною симптоматикою та показниками соціально-психологічної адаптації.

Вивчення особливостей ЯЖ залежно від генезу алопеції виявило істотні відмінності (табл. 1).

Показники за сферою фізичного благополуччя (загальний соматичний стан, відсутність соматичних захворювань і хронічного болю, достатній енергетичний потенціал) у пацієток з метаболічною і змішаною алопецією загалом були достатньо високими (рис. 1); причому у пацієток зі змішаною алопецією показник був значуще нижчим, що на наш погляд, пов'язано з більшою поширеністю розладів адаптації і пов'язаних з цим психосоматичних та астенічних проявів у пацієток цієї групи.

Таблиця 1. Показники якості життя у пацієток з алопецією різного генезу

Показник	З метаболічною алопецією (n = 45)	Зі змішаною алопецією (n = 108)	p
Фізичне благополуччя	7,96 ± 1,46	7,18 ± 1,70	< 0,01
Психологічне (емоційне) благополуччя	5,87 ± 1,50	5,04 ± 1,66	< 0,01
Самообслуговування і незалежність дій	6,96 ± 1,48	6,14 ± 1,65	< 0,01
Працездатність	7,78 ± 1,49	7,03 ± 1,77	< 0,05
Міжособистісна взаємодія	6,58 ± 1,32	5,97 ± 1,47	< 0,05
Соціоемоційна підтримка	6,53 ± 1,20	5,69 ± 1,47	< 0,01
Громадська і службова підтримка	7,33 ± 0,98	6,58 ± 1,32	< 0,01
Особистісна реалізація	6,62 ± 1,11	5,84 ± 1,38	< 0,01
Духовна реалізація	8,02 ± 1,08	7,62 ± 0,95	< 0,05
Загальне сприйняття життя	7,13 ± 1,08	6,42 ± 1,34	< 0,01
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	20,96 ± 3,93	18,63 ± 4,57	< 0,01
Виконання соціальних ролей	27,93 ± 4,47	24,98 ± 5,62	< 0,01
Зовнішні життєві умови	21,89 ± 2,46	19,90 ± 2,98	< 0,01
Загальний показник якості життя	7,08 ± 1,04	6,35 ± 1,29	< 0,01

Примітка. Тут і далі: n — кількість пацієток; значення показника подані в форматі (M ± m), бали, де M — середнє арифметичне; m — стандартне відхилення; p — достовірність розбіжностей між групами

Показники за сферою психологічного (емоційного) благополуччя у пацієток обох груп виявилися гіршими ніж показники за сферою фізичного благополуччя (рис. 1), що, на наш погляд, пов'язано значною мірою зі стресовим впливом алопеції. Підтвердженням цього припущення є значуще вище значення цього показника у пацієток зі змішаною алопецією проти пацієток з метаболічною алопецією.

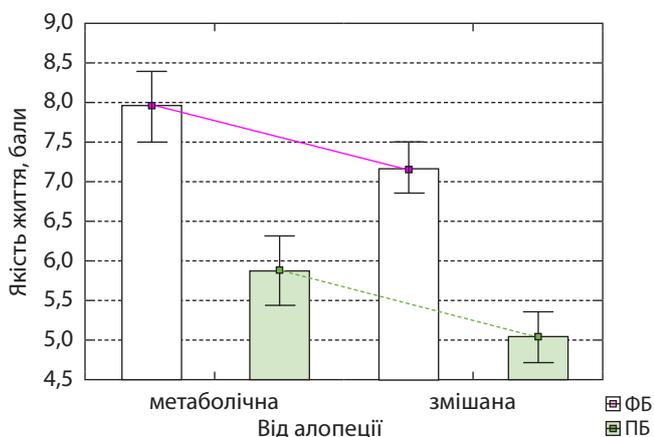


Рис. 1. Кількісні показники якості життя у пацієток з різним генезом алопеції за сферами: ФБ — фізичне благополуччя, ПБ — психологічне (емоційне) благополуччя (Тут і далі: квадрати — середнє значення, риски — 95,0 % довірчий інтервал)

Показники за сферою самообслуговування і незалежності дій (можливості реалізації поточних життєвих завдань і ухвалення власних рішень) були відносно високими в обох групах, водночас пацієтки зі змішаною алопецією продемонстрували гірші показники за цією сферою (рис. 2). На наш погляд, у пацієток з алопецією ЯЖ у цій сфері зумовлена насамперед психологічним станом, на який, у свою чергу, істотно впливає фактор алопеції, що особливо важливо для жінок.

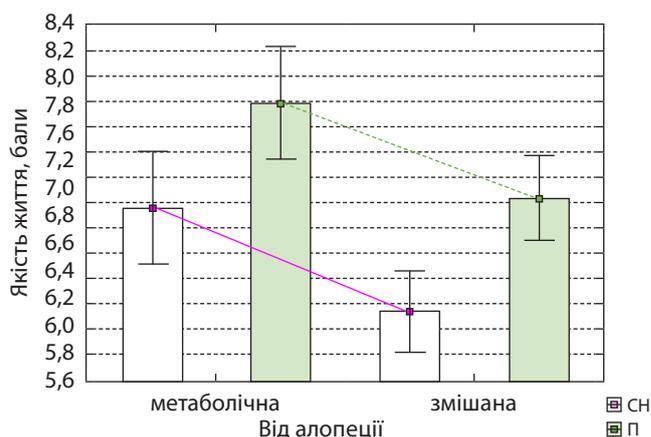


Рис. 2. Кількісні показники якості життя у пацієток з різним генезом алопеції за сферами: СН — самообслуговування і незалежність дій, П — працездатність

Показники за сферою працездатності в обох групах були достатньо високими (див. рис. 2). На наш погляд, вплив алопеції на цю сферу ЯЖ є меншим, оскільки професійна діяльність, зазвичай, проходить в умовах звичного мікросоціального оточення, до якого пацієтки певною мірою адаптуються (за винятком професій, які передбачають спілкування з іншими людьми); частина пацієток також працювали на дому. Водночас у пацієток зі змішаною алопецією значення показника за цією сферою ЯЖ було значуще меншим.

Вищі за середні показники в обох групах були виявлені у сфері міжособистісної взаємодії (здатність налагоджувати і підтримувати теплі взаємини з рідними, близькими людьми, соціальними групами та відповідати на такі взаємини) (рис. 3). Водночас кількісне значення показника за цією сферою було нижчим як порівняти з іншими сферами, що відображають виконання соціальних ролей (самообслуговування і незалежності дій та працездатності), що також, на наш погляд, може бути зумовлено впливом фактору алопеції, яка змушує жінок обмежувати комунікацію і погіршує здатність підтримувати соціальні контакти. У пацієток зі змішаною алопецією значення показника за сферою міжособистісної взаємодії було значуще меншим.

Близькими до показників за сферою міжособистісної взаємодії виявилися показники соціо-емоційної підтримки (наявність серед оточення людей, яким пацієтка довіряє, і на чію емоційну підтримку та допомогу може сподіватися) (див. рис. 3). Показник за цією сферою у пацієток зі змішаною алопецією був значуще меншим.

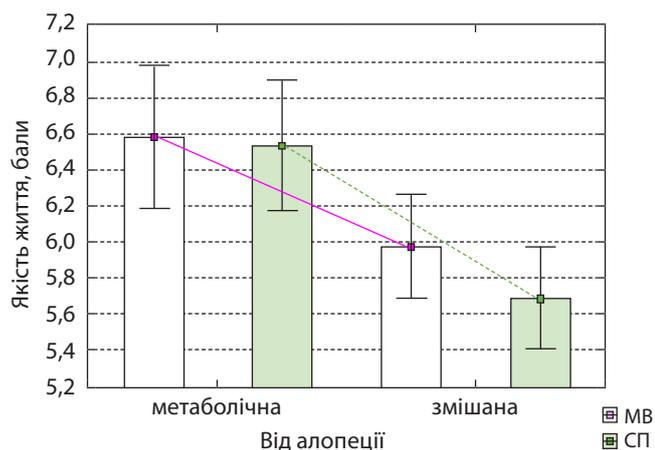


Рис. 3. Кількісні показники ЯЖ у пацієнок з різним генезом алопеції за сферами: МВ — міжособистісна взаємодія, СП — соціоемоційна підтримка

Відносно високим у обстежених пацієнок виявився показник за сферою громадської і службової підтримки (сприятливе мікросоціальне оточення, можливість користуватися інформаційними, фінансовими та іншими ресурсами), водночас пацієнтки зі змішаною алопецією продемонстрували значуще нижчі показники як порівняти з пацієнтками з метаболічною алопецією (рис. 4).

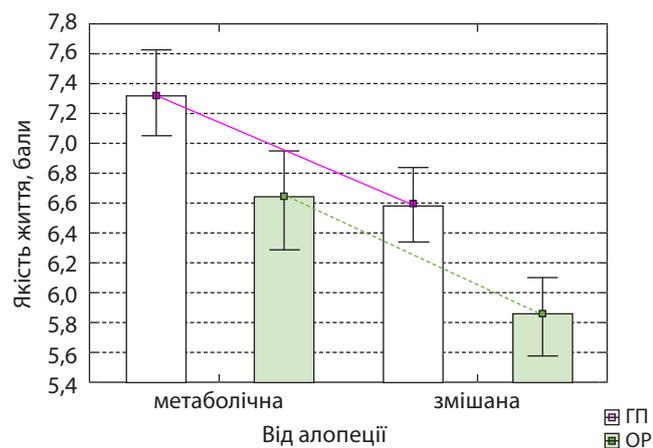


Рис. 4. Кількісні показники якості життя у пацієнок з різним генезом алопеції за сферами: ГП — громадська і службова підтримка, ОР — особистісна реалізація

Показник за сферою особистісної реалізації (відчуття психологічної рівноваги, цілісності, здатність отримувати задоволення у різних сферах — сексуального життя, творчості, мистецтва тощо) у пацієнок був близьким до показника за сферами міжособистісної взаємодії та соціоемоційної підтримки (див. рис. 4). Ця сфера значною мірою пов'язана з якістю психологічного благополуччя, тому закономірним є певне зниження ЯЖ за сферою особистісної реалізації у жінок з алопецією. Показник за цією сферою у пацієнок зі змішаною алопецією був меншим як порівняти з пацієнтками з метаболічною алопецією.

У сфері духовної реалізації (віра, релігійність, нематеріальна сфера) показники у обстежених жінок

виявилися достатньо високими і найвищими серед усіх сфер, що на наш погляд, є закономірним, оскільки вплив фактору алопеції на цю сферу є мінімальним (рис. 5). Водночас показник за сферою духовної реалізації у пацієнок зі змішаною алопецією є значуще нижчим як порівняти з групою пацієнок з метаболічною алопецією, водночас, відмінності за цією сферою між групами є меншими ніж за більшістю сфер ЯЖ.

Показник за сферою загального сприйняття життя (задоволеність і відчуття щастя загалом у житті) у пацієнок з алопецією був дещо вищим за середній рівень; водночас показник у пацієнок зі змішаною алопецією були значуще меншим проти пацієнок з метаболічною алопецією (див. рис. 5).

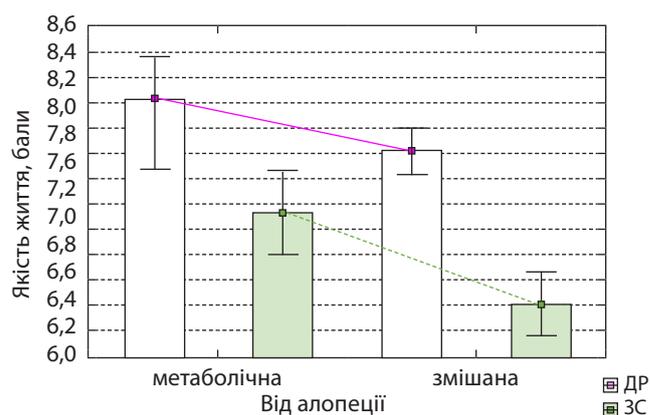


Рис. 5. Кількісні показники якості життя у пацієнок з різним генезом алопеції за сферами: ДР — духовна реалізація, ЗС — загальне сприйняття життя

Інтегральні показники ЯЖ: суб'єктивного благополуччя/задоволеності, виконання соціальних ролей, та зовнішніх життєвих умов у пацієнок зі змішаною алопецією були значуще гіршими як порівняти з пацієнтками з метаболічною алопецією (рис. 6).

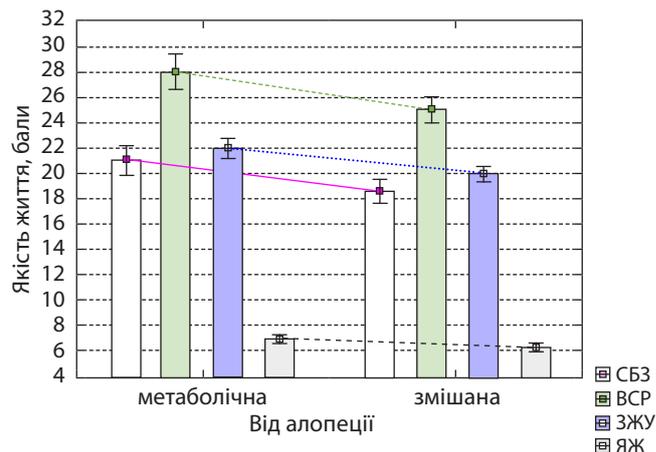


Рис. 6. Кількісні показники якості життя у пацієнок з різним генезом алопеції за інтегральними показниками: СБЗ — суб'єктивне благополуччя/задоволеність, ВСП — виконання соціальних ролей, ЗЖУ — зовнішні життєві умови, ЯЖ — загальний показник якості життя

Загальний показник ЯЖ у пацієнок з метаболічною алопецією виявився вищим за середній рівень (понад 7 балів), тоді як у пацієнок зі змішаною

алопецією рівень ЯЖ виявився істотно нижчим, і не досягав 6,5 балів. Це свідчить про значущий вплив генезу алопеції на якість життя пацієнток з алопецією.

Дослідження особливостей ЯЖ у пацієнток з алопецією виявило істотні відмінності залежно від ступеня психічної дезадаптації (табл. 2).

Таблиця 2. Показники якості життя у пацієнток з алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Сфера якості життя	Група 1 без ознак ПД (n = 45)	Група 2 з ознаками ПД (n = 73)	Група 3 з розладами адаптації (n = 35)	p _{1–2}	p _{1–3}	p _{2–3}
Фізичне благополуччя	8,18 ± 1,48	7,45 ± 1,66	6,31 ± 1,30	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Психологічне (емоційне) благополуччя	6,00 ± 1,58	5,33 ± 1,61	4,26 ± 1,34	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Самообслуговування і незалежність дій	7,11 ± 1,43	6,44 ± 1,65	5,31 ± 1,32	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Працездатність	7,96 ± 1,59	7,37 ± 1,67	6,09 ± 1,40	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Міжособистісна взаємодія	6,67 ± 1,33	6,11 ± 1,48	5,57 ± 1,33	< 0,05	< 0,01	> 0,05
Соціоемоційна підтримка	6,64 ± 1,32	5,95 ± 1,46	5,03 ± 1,01	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Громадська і службова підтримка	7,36 ± 1,05	6,84 ± 1,33	6,03 ± 1,01	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Особистісна реалізація	6,71 ± 1,29	6,07 ± 1,36	5,26 ± 0,92	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Духовна реалізація	7,84 ± 1,04	7,86 ± 1,03	7,34 ± 0,80	> 0,05	< 0,05	< 0,01
Загальне сприйняття життя	7,20 ± 1,16	6,67 ± 1,34	5,80 ± 0,96	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	21,38 ± 4,00	19,45 ± 4,54	16,37 ± 3,46	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Виконання соціальних ролей	28,44 ± 4,92	25,99 ± 5,54	22,23 ± 3,81	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Зовнішні життєві умови	21,84 ± 2,53	20,64 ± 2,98	18,40 ± 2,33	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Загальний показник якості життя	7,17 ± 1,11	6,61 ± 1,27	5,70 ± 0,92	< 0,05	< 0,01	< 0,01

Показник за сферою фізичного благополуччя у обстежених без ознак ПД був достатньо високим — понад 8 балів (рис. 7). У обстежених з окремими ознаками ПД показник за сферою фізичного благополуччя виявився значуще меншим як порівняти з першою групою, однак, ще достатньо високим (близько 7,5 балів). Натомість, у пацієнток з розладами адаптації значення показника ЯЖ за сферою фізичного благополуччя було помірним (6,3 бали), що, на наш погляд, може бути пов'язано з астеничними проявами через невротизацію та з психосоматичною симптоматикою, яка може спричиняти соматичний дискомфорт.

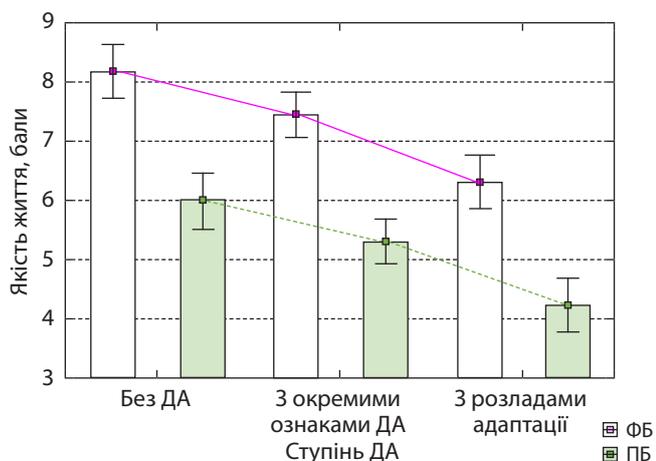


Рис. 7. Кількісні показники якості життя у пацієнток з різними ступенями психічної дезадаптації за сферами: ФБ — фізичне благополуччя, ПБ — психологічне (емоційне) благополуччя

Показники за сферою психологічного (емоційного) благополуччя закономірно були найвищими

у групі пацієнток без проявів ПД, водночас в цій групі значення показника було незначно вищим за середнє значення (6 балів), хоча й нижчим, ніж показник за сферою фізичного благополуччя. У пацієнток з окремими ознаками ПД показник за сферою психологічного благополуччя був істотно нижчим (менше ніж 6 балів), а у пацієнток з розладами адаптації — найнижчим серед усіх груп, менше ніж 5 балів (див. рис. 7).

У сфері самообслуговування і незалежності дій показники ЯЖ у обстежених без ознак ПД були відносно високими (понад 7 балів), і відображали відсутність значних проблем у повсякденній життєдіяльності (рис. 8). У обстежених з ознаками ПД показники за цією сферою були вищими за середній рівень (понад 6 балів) і значуще меншими як порівняти з першою групою. У пацієнток з розладами адаптації показник за сферою самообслуговування і незалежності дій був незначуще вищим за середній рівень (понад 5 балів) і водночас найнижчим з усіх груп.

Показники за сферою працездатності у групах обстежених без ознак ПД та з ознаками ПД були помітно вищими за середній рівень, а у групі пацієнток з розладами адаптації були значуще нижчими, що може бути наслідком проявів невротизації у пацієнток цієї групи (див. рис. 8).

У сфері міжособистісної взаємодії показники були дещо вищими за середній рівень, водночас показник за цією сферою у обстежених без ознак ПД відрізнявся від показника обстежених двох інших груп більш суттєво, тоді як відмінності між показниками обстежених з окремими ознаками ПД та з розладами адаптації значуще не відрізнялися (рис. 9).

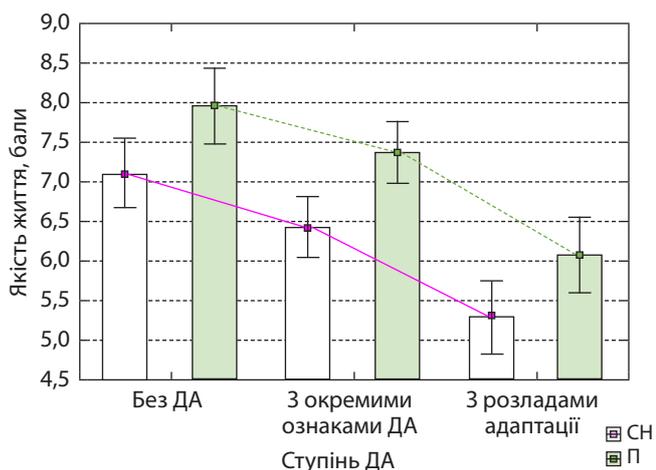


Рис. 8. Кількісні показники якості життя у пацієток з різними ступенями ПД за сферами: CH — самообслуговування і незалежність дій, P — працездатність

Показники за сферою соціоемоційної підтримки у обстежених без ознак ПД були вищими за середній рівень, у пацієток з окремими ознаками ПД — істотно нижчими, але водночас помітно вищими за середній рівень, тоді як у пацієток з розладами адаптації показник за сферою соціоемоційної підтримки незначно перевищував середній рівень і був значуще нижчим за показники у перших двох групах, що також можна розглядати як наслідок невротизації (див. рис. 9).

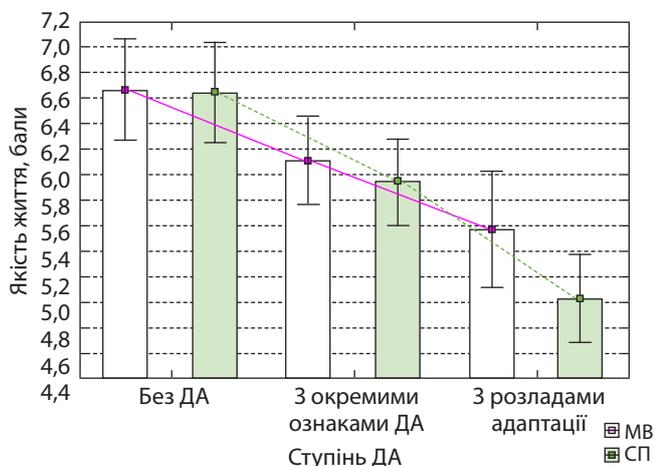


Рис. 9. Кількісні показники якості життя у пацієток з різними ступенями ПД за сферами: MB — міжособистісна взаємодія, SP — соціоемоційна підтримка

У сфері громадської і службової підтримки пацієнтки усіх трьох груп продемонстрували показники більше ніж 6 балів; водночас найвищою ЯЖ за цією сферою була у обстежених без ознак ПД (понад 7 балів), значуще нижчою — у обстежених з окремими ознаками ПД, і найнижчою — у пацієток з ознаками розладів адаптації (рис. 10).

У сфері особистісної реалізації показники у групах без ознак ПД та з окремими ознаками ПД були вищими ніж 6 балів, тоді як у групі з розладами адаптації — менше ніж 6 балів, і значуще меншими,

що може бути пояснено впливом розладу адаптації на всі сфери психологічного функціонування індивіда (див. рис. 10).

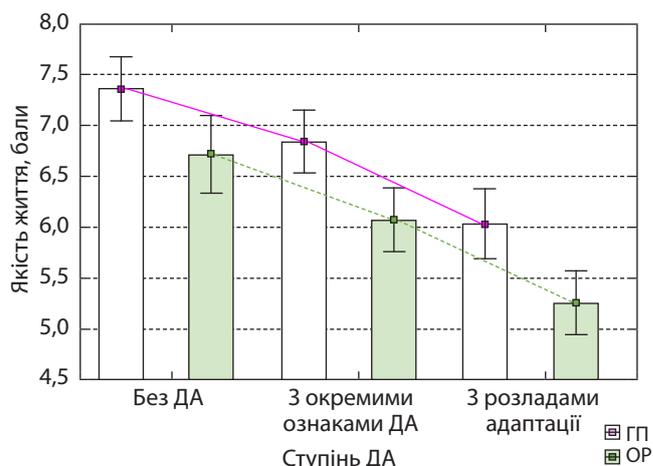


Рис. 10. Кількісні показники якості життя у пацієток з різними ступенями ПД за сферами: GP — громадська і службова підтримка, OP — особистісна реалізація

Показник за сферою духовної реалізації у пацієток без ознак ПД і з окремими ознаками ПД значуще не відрізнявся, а у пацієток з розладами адаптації був дещо нижчим. Загалом показники за цією сферою у обстежених пацієток виявилися достатньо високими (рис. 11).

Показник загального сприйняття життя у обстежених без ознак ПД перевищував 7 балів, у обстежених з окремими ознаками ПД становив близько 6,5 балів, а у пацієток з розладами адаптації був меншим ніж 6 балів. Розбіжності між усіма групами — значущі (див. рис. 11).

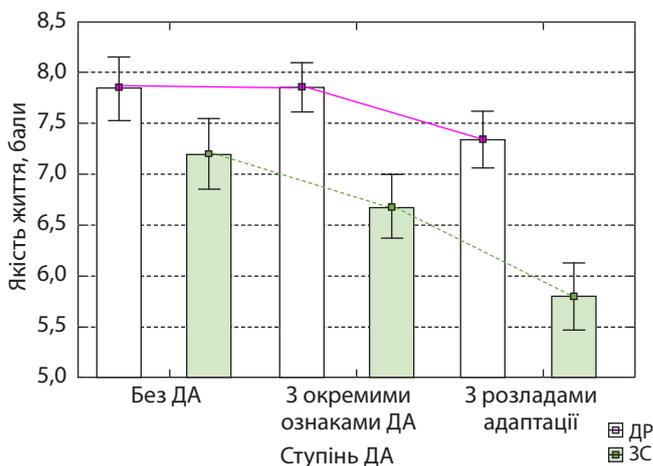


Рис. 11. Кількісні показники якості життя у пацієток з різними ступенями ПД за сферами: DR — духовна реалізація, ZS — загальне сприйняття життя

Інтегральний показник суб'єктивного благополуччя / задоволеності у пацієток без ознак ПД виявився відносно високим і свідчив про задовільний рівень задоволеності життям. У пацієток з окремими ознаками ПД показник був значуще меншим, а у пацієток з розладами адаптації — невисоким, і найнижчим серед усіх груп (рис. 12).

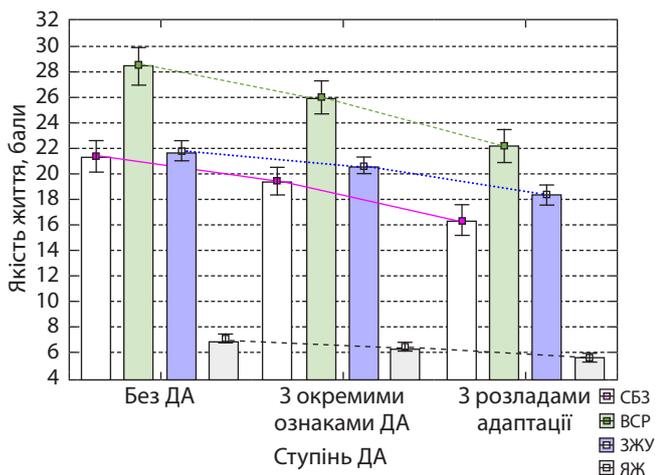


Рис. 12. Кількісні показники якості життя у пацієнток з різними ступенями ПА за інтегральними показниками: СБЗ — суб’єктивне благополуччя/задоволеність, ВСП — виконання соціальних ролей, ЗЖУ — зовнішні життєві умови, ЯЖ — загальний показник якості життя

Показник виконання соціальних ролей також був найбільшим у групі пацієнток без ознак ПА, і у цій групі загалом вище середнього, що свідчить про від-

сутність суттєвих проблем з соціальним функціонуванням у пацієнток цієї групи (див. рис. 12). У пацієнток з окремими ознаками ПА показник виконання соціальних ролей був значуще нижчим, а у пацієнток з розладами адаптації — найнижчим серед усіх груп і кількісно невисоким, що може свідчити про наявність проблем з соціальним функціонуванням у цій групі.

Показник зовнішніх життєвих умов в усіх групах виявився відносно високим, водночас у обстежених без ознак ПА він був найвищим, а у пацієнток з розладами адаптації — найнижчим (див. рис. 12).

Загальний показник ЯЖ у групі без ознак ПА виявився помірним, ближче до високого — понад 7 балів, що відповідає ЯЖ вище середнього рівня. У групі пацієнток з окремими ознаками ПА показник ЯЖ був значуще нижчим, хоча й перевищував 6,5 балів. Натомість, у групі пацієнток з розладами адаптації загальний показник ЯЖ був меншим ніж 6 балів, що свідчить про невисокий рівень ЯЖ у пацієнток з алопецією та розладами адаптації (див. рис. 12).

Кореляційний аналіз виявив значущий вплив на ЯЖ виразності психопатологічної симптоматики та проявів психосоціальної дезадаптації (табл. 3).

Таблиця 3. Кореляційні зв’язки між показниками якості життя, показниками виразності психопатологічної симптоматики та показниками психосоціальної адаптації

Показник	Суб’єктивне благополуччя / задоволеність		Виконання соціальних ролей		Зовнішні життєві умови		Загальний показник якості життя	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Депресія за HDRS	-0,517	< 0,01	-0,594	< 0,01	-0,568	< 0,01	-0,570	< 0,01
Тривога за HARS	-0,562	< 0,01	-0,649	< 0,01	-0,637	< 0,01	-0,624	< 0,01
Депресія за BDI	-0,518	< 0,01	-0,603	< 0,01	-0,583	< 0,01	-0,577	< 0,01
Соматизація	-0,248	< 0,01	-0,233	< 0,01	-0,188	< 0,05	-0,216	< 0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	-0,196	< 0,05	-0,212	< 0,01	-0,193	< 0,05	-0,186	< 0,05
Міжособистісна сенситивність	-0,158	> 0,05	-0,150	> 0,05	-0,112	> 0,05	-0,132	> 0,05
Депресія	-0,503	< 0,01	-0,584	< 0,01	-0,565	< 0,01	-0,559	< 0,01
Тривожність	-0,409	< 0,01	-0,444	< 0,01	-0,405	< 0,01	-0,416	< 0,01
Ворожість	-0,446	< 0,01	-0,522	< 0,01	-0,491	< 0,01	-0,491	< 0,01
Фобічна тривожність	-0,293	< 0,01	-0,291	< 0,01	-0,269	< 0,01	-0,272	< 0,01
Паранояльні симптоми	-0,205	< 0,05	-0,231	< 0,01	-0,259	< 0,01	-0,225	< 0,01
Психотизм	-0,033	> 0,05	-0,065	> 0,05	-0,111	> 0,05	-0,070	> 0,05
Адаптація	0,445	< 0,01	0,475	< 0,01	0,473	< 0,01	0,470	< 0,01
Самоприйняття	0,396	< 0,01	0,413	< 0,01	0,394	< 0,01	0,411	< 0,01
Прийняття інших	0,188	< 0,01	0,212	< 0,01	0,238	< 0,01	0,202	< 0,05
Емоційний комфорт	0,289	< 0,01	0,321	< 0,01	0,327	< 0,01	0,315	< 0,01
Інтернальність	0,409	< 0,01	0,425	< 0,01	0,399	< 0,01	0,431	< 0,01
Прагнення до домінування	0,060	> 0,05	0,061	> 0,05	0,098	> 0,05	0,065	> 0,05

Примітка: r — коефіцієнт рангової кореляції

Так, показник ЯЖ і його складові (показники суб’єктивного благополуччя / задоволеності, виконання соціальних ролей та (меншою мірою) зовнішніх життєвих умов зворотно корелювали з показниками

виразності депресії, тривоги, соматизації, обсесивно-компульсивних розладів, ворожості та фобічної тривожності (зі зростанням виразності психопатологічних проявів якість життя знижується). Показник

ЯЖ, як загальний, так і за окремими сферами, прямо корелював з показниками соціально-психологічної адаптації (кращі показники адаптації відповідали вищим показникам ЯЖ). Кореляції — переважно помірної сили або слабкі, що свідчить про багатофакторний характер впливу на ЯЖ у пацієнок з алопецією різного генезу та з різними ступенями ПД.

Отже, результати проведеного дослідження свідчать про суттєвий вплив як генезу алопеції, так і ступеня ПД на показники ЯЖ пацієнок. Встановлено, що у жінок зі змішаною формою алопеції показники фізичного, психологічного та соціального благополуччя є достовірно нижчими як порівняти з пацієнтками з метаболічною алопецією. Отримані результати узгоджуються з даними досліджень, які демонструють, що тяжкість перебігу алопеції та складність її етіопатогенетичних механізмів безпосередньо пов'язані зі зниженням ЯЖ пацієнтів [13; 14].

У нашому дослідженні найбільш виражені зміни ЯЖ спостерігалися у сферах психологічного благополуччя, міжособистісної взаємодії та соціоемоційної підтримки. Подібні результати описані в роботах Cartwright T. та співавт. (2009), які показали, що пацієнти з алопецією часто демонструють підвищений рівень соціальної тривожності, поведінки уникнення та обмеження соціальних контактів [8]. Згідно з даними Hunt N. і McHale S. [9], втрату волосся пацієнти можуть сприймати як серйозну загрозу образу тіла та особистісній ідентичності, що призводить до формування психологічного дистресу та погіршення соціального функціонування.

Отримані результати також підтверджують важливий вплив психоемоційних чинників на рівень ЯЖ пацієнок з алопецією. У нашому дослідженні встановлено, що зі зростанням виразності психопатологічної симптоматики, зокрема депресії та тривоги, показники ЯЖ достовірно знижуються. Подібні взаємозв'язки описані в роботах Gupta M.A. і Gupta A.R. [15], які показали, що дерматологічні захворювання, пов'язані зі зміною зовнішності, часто супроводжуються депресивними та тривожними розладами, що великою мірою визначають суб'єктивне сприйняття стану здоров'я.

Особливо важливим є встановлений у нашому дослідженні зв'язок між ступенем ПД та рівнем ЯЖ. Пацієнтки з розладами адаптації демонстрували найнижчі показники за більшістю сфер якості життя, включно з фізичним та психологічним благополуччям, соціальним функціонуванням та загальним сприйняттям життя. Ці результати узгоджуються з даними сучасних досліджень, які показують, що психологічний дистрес є одним з головних предикторів зниження якості життя у пацієнтів з алопецією [11; 16].

Важливим аспектом є також біологічні механізми взаємозв'язку між стресом та розвитком алопеції. Сучасні дослідження показують, що психоемоційний стрес може впливати на перебіг захворювання через активацію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової

осі та нейроімунні механізми, що призводить до порушення механізмів локальної імунної толерантності у волосяному фолікулі та запуску запальних процесів [12; 17]. Отже, між психологічним станом пацієнтів і перебігом алопеції може існувати двосторонній зв'язок: з одного боку, алопеція спричиняє психологічний дистрес, а з іншого — психоемоційний стрес може сприяти прогресуванню захворювання.

Результати проведеного кореляційного аналізу підтверджують багатофакторний характер формування ЯЖ у пацієнок з алопецією. Показники ЯЖ демонстрували зворотні зв'язки з показниками депресії, тривоги, соматизації та іншими психопатологічними проявами, що узгоджується з концепцією біопсихосоціальної моделі захворювання. Одночасно встановлено прямі кореляції між показниками ЯЖ та рівнем соціально-психологічної адаптації, що підкреслює важливість психологічних ресурсів особистості у подоланні наслідків захворювання.

Отже, отримані результати підтверджують потребу комплексного підходу до лікування пацієнок з алопецією. Одночасно з дерматологічною терапією доцільні психодіагностичні та психотерапевтичні втручання, спрямовані на зниження рівня психологічного дистресу, покращення адаптаційних механізмів та підвищення ЯЖ пацієнтів.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Встановлено, що генез дифузної алопеції істотно впливає на показники якості життя пацієнок. У жінок зі змішаною формою алопеції показники фізичного, психологічного та соціального благополуччя є достовірно нижчими як порівняти з пацієнтками з метаболічною алопецією.

Найбільш виражене зниження ЯЖ у пацієнок з алопецією спостерігається у сферах психологічного благополуччя, міжособистісної взаємодії, соціоемоційної підтримки та особистісної реалізації, що свідчить про значний психосоціальний вплив цього стану.

Виявлено чіткий взаємозв'язок між ступенем ПД та рівнем ЯЖ. У пацієнок з розладами адаптації загальний показник ЯЖ є достовірно нижчим, ніж у пацієнок без ознак дезадаптації або з окремими її проявами.

Проведений кореляційний аналіз показав, що показники ЯЖ мають достовірні зворотні зв'язки з виразністю депресивної, тривожної та соматоформної симптоматики, а також з проявами ворожості та фобічної тривожності.

Водночас встановлено прямі кореляційні зв'язки між показниками ЯЖ та рівнем соціально-психологічної адаптації, зокрема її компонентами — самоприйняття, емоційний комфорт та інтернальність.

Отримані результати підтверджують багатофакторний біопсихосоціальний характер формування якості життя у пацієнок з алопецією та обґрунтовують потребу залучення психодіагностичних і психотерапевтичних підходів у комплексну систему лікування та реабілітації цієї категорії пацієнтів.

Список літератури / References

1. Titeca G., Goudetsidis L., Francq B., et al. The psychosocial burden of alopecia areata and androgenetica: a cross-sectional multicentre study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020; 34(2):406-411. doi:10.1111/jdv.15927

2. Yoon HS, Bae JM, Yeom SD, et al. Factors Affecting the Psychosocial Distress of Patients with Alopecia Areata: A Nationwide Study in Korea. *J Invest Dermatol.* 2019;139(3):712-715. doi:10.1016/j.jid.2018.09.024

3. Bai J, McMullen E, Sibbald C, et al. The role of psychological stress in hair loss: A review. *JAAD Reviews,* 2025;7:9-19. doi:10.1016/j.jdrv.2025.10.002

4. Picardi A, Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom.* 2001;70(3):118-36. doi: 10.1159/000056237

5. Marahatta S, Agrawal S, Adhikari BR. Psychological Impact of Alopecia Areata, *Dermatol Res Pract.* 2020;2020:8879343. Published 2020 Dec 24. doi:10.1155/2020/8879343

6. Alfani S, Antinone V, Mozzetta A, et al. Psychological status of patients with alopecia areata. *Acta Derm Venereol.* 2012;92(3):304-306. doi:10.2340/00015555-1239

7. Clemmesen MER, Gren ST, Frøstrup AG, Thomsen SF, Egeberg A, Thein D. Psychosocial and mental impact of alopecia areata: Analysis of the Danish Skin Cohort. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2025;39(3):688-697. doi:10.1111/jdv.20211

8. Cartwright T, Endean N, Porter A. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *Br J Dermatol.* 2009;160(5):1034-1039. https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.09014.x

9. Hunt N, McHale S. The psychological impact of alopecia *BMJ: British Medical Journal.* 2005;331(7522):951-953. https://doi.org/10.1136/bmj.331.7522.951

10. Чемерис М.М. Порівняльний аналіз афективних, соматовегетативних і когнітивних психопатологічних реакцій у пацієнтів з дифузною алопецією різного генезу. *Український вісник психоневрології.* 2025. Т. 33, вип. 2 (123). С. 57—60. Chemerys M.M. [Comparative analysis of affective, somato-vegetative and cognitive psychopathological reactions in patients with diffuse alopecia of various genesis]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology].* 2025;33;2(123):57-60. doi:https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is2-2025-10. (In Ukrainian).

11. Ahn D, Kim H, Lee B, Nahm DH. Psychological Stress-Induced Pathogenesis of Alopecia Areata: Autoimmune and Apoptotic Pathways. *Int J Mol Sci.* 2023;24(14):11711. Published 2023 Jul 20. doi:10.3390/ijms241411711

12. O'Sullivan JDB, Peters EMJ, Amer Y, et al. The impact of perceived stress on the hair follicle: Towards solving a psy-

choneuroendocrine and neuroimmunological puzzle. *Frontiers in Neuroendocrinology.* 2022;66:101008. doi:10.1016/j.yfrne.2022.101008

13. Rencz F, Gulácsi L, Péntek M, Wikonkál N, Baji P, Brodsky V. Alopecia areata and health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol.* 2016;175(3):561-571. doi:10.1111/bjd.14497

14. Pratt C, King L, Messenger A. et al. Alopecia areata. *Nat Rev Dis Primers* 3, 17011 (2017). https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.11

15. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and Psychological Comorbidity in Patients with Dermatologic Disorders. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4:833-842. https://doi.org/10.2165/00128071-200304120-00003

16. Malta M, Corso G. Understanding the Association Between Mental Health and Hair Loss. *Cureus.* 2025 May 25;17(5):e84777. doi:10.7759/cureus.84777

17. Shi Y, Wan S, Song X. Role of neurogenic inflammation in the pathogenesis of alopecia areata. *J Dermatol.* 2024;51(5):621-631. doi:10.1111/1346-8138.17227

Надійшла до редакції 17.03.2026

Прийнято до друку 20.03.2026

ЧЕМЕРИС Мар'яна Мирославівна, кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини Державного некомерційного підприємства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; Медичний центр «Новодерм», м. Львів, Україна; https://orcid.org/0009-0009-0623-5074; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету; м. Харків, Україна; https://orcid.org/0000-0003-0726-4925; e-mail: markova.md.professor@gmail.com

CHEMERYS Maryana, MD, PhD, Assistant of the Department of Family Medicine of the State Non-Profit Enterprise "Danylo Halytsky Lviv National Medical University", Lviv, Ukraine; "Novoderm" Medical Center, Lviv, Ukraine; https://orcid.org/0009-0009-0623-5074; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com

MARKOVA Marianna, MD, PhD, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; https://orcid.org/0000-0003-0726-4925; e-mail: markova.md.professor@gmail.com