

М. М. Чемерис

СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ЯК ЗОВНІШНІЙ РЕСУРС ОСОБИСТОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З АЛОПЕЦІЄЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ: РОЛЬ І МІСЦЕ У ФОРМУВАННІ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

М. М. Chemerys

SOCIAL SUPPORT AS AN EXTERNAL PERSONAL RESOURCE IN PATIENTS WITH ALOPECIA OF DIFFERENT GENESIS: ITS ROLE AND PLACE IN THE FORMATION OF MENTAL MALADJUSTMENT

Ключові слова: алопеція, соціальна підтримка, MSPSS, психічна дезадаптація, психодерматологія, метаболічна алопеція, змішана алопеція

Keywords: alopecia, social support, MSPSS, mental maladjustment, psychodermatology, metabolic alopecia, mixed alopecia

Алопеція як психодерматологічний стан супроводжується значним психосоціальним навантаженням і потребує аналізу зовнішніх ресурсів адаптації.

Мета дослідження — визначити особливості сприйманої соціальної підтримки у пацієнток з алопецією метаболічного та змішаного генезу та встановити її зв'язок із виразністю психічної дезадаптації.

У дослідженні проаналізовано показники соціальної підтримки у пацієнток з алопецією з використанням багатовимірної шкали сприйманої соціальної підтримки MSPSS. Встановлено, що пацієнтки з метаболічною алопецією мали достовірно вищі показники підтримки з боку сім'ї, друзів, значущих інших та вищий сумарний показник соціальної підтримки як порівняти з пацієнтками зі змішаною алопецією. Виявлено поступове зниження всіх компонентів соціальної підтримки зі зростанням виразності психічної дезадаптації. Найнижчі показники соціальної підтримки були у пацієнток з розладами адаптації.

Отримані результати свідчать, що соціальна підтримка є важливим зовнішнім ресурсом особистості та значущим чинником психосоціального функціонування пацієнток з алопецією. Її дефіцит або суб'єктивне зниження можуть бути пов'язані з поглибленням дезадаптивних проявів, соціальним униканням, афективною симптоматикою та зниженням якості життя.

Alopecia as a psychodermatological condition is associated with significant psychosocial burden and requires the analysis of external adaptive resources.

The aim of the study was to determine the characteristics of perceived social support in female patients with metabolic and mixed alopecia and to establish its association with the severity of mental maladjustment.

The study analyzed perceived social support in female patients with alopecia using the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. It was found that patients with metabolic alopecia had significantly higher levels of support from family, friends, and significant others, as well as a higher total social support score, compared with patients with mixed alopecia. A gradual decrease in all components of social support was observed with increasing severity of mental maladjustment. The lowest levels of social support were found in patients with adjustment disorders.

The results indicate that social support is an important external personal resource and a significant factor in the psychosocial functioning of female patients with alopecia. Its deficit or subjective insufficiency may be associated with more pronounced maladaptive manifestations, social avoidance, affective symptoms, and reduced quality of life.

Алопеція у жінок є не лише дерматологічною або соматичною проблемою, а й значущим психосоціальним чинником, що впливає на самооцінку, тілесний образ, соціальну активність, якість життя та ризик психічної дезадаптації [1]. Волосся має високу символічну, гендерну та комунікативну значущість, тому його втрату пацієнтки часто переживають як порушення цілісності зовнішнього образу, зниження привабливості та втрату контролю над тілом. Сучасні дослідження підтверджують, що алопеція асоціюється з підвищеним рівнем тривоги, депресивної симптоматики, стигматизації, соціального уникання та зниження якості життя. Зокрема, систематичний огляд і метааналіз S. Lauron et al. показали підвищену поширеність депресивних і тривожних розладів та симптомів серед дітей і дорослих з алопецією [2].

Особливої уваги потребує не лише внутрішній психологічний ресурс пацієнток, а й зовнішні ресурси адаптації, серед яких соціальна підтримка посідає

одне з ключових місць. Соціальна підтримка з боку сім'ї, друзів і значущих інших може виконувати буферну функцію щодо стресу, зменшувати інтенсивність переживання хвороби, підтримувати відчуття прийняття та знижувати ризик соціальної ізоляції. У психодерматологічному контексті це особливо важливо, оскільки хронічні або зовні помітні дерматологічні стани можуть порушувати не тільки фізичне самопочуття, але й соціальну включеність, міжособистісну впевненість і емоційну стабільність пацієнта [3—5].

Водночас соціальна підтримка при алопеції залишається недостатньо вивченою саме як диференційований зовнішній ресурс залежно від генезу захворювання та рівня психічної дезадаптації. Наявні дані свідчать, що пацієнти з алопецією часто описують досвід сорому, ізоляції, змін у соціальних ролях і труднощів у міжособистісній взаємодії, однак кількісна оцінка підтримки з боку різних соціальних джерел потребує подальшого аналізу [6—9].

У зв'язку з цим дослідження соціальної підтримки у пацієнток з алопецією метаболічного та змішаного

генезу є актуальним, оскільки дає змогу уточнити роль зовнішніх адаптаційних ресурсів у формуванні психічної дезадаптації та обґрунтувати потребу комплексного медико-психологічного супроводу таких пацієнток.

Метою дослідження було визначити особливості сприйманої соціальної підтримки у пацієнток з алопецією метаболічного та змішаного генезу та встановити її зв'язок із виразністю психічної дезадаптації.

З дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди, комплексно обстежено 153 пацієнтки з дифузною алопецією. Вибір саме цієї форми алопеції зумовлений тим, що, за даними літератури та власними клінічними спостереженнями, саме дифузна алопеція найбільш часто 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 пацієнток 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 пацієнток з різним етіопатогенетичними механізмами: з метаболічною формою (45 осіб), і змішаною формою (108 пацієнток), причинами яких можуть бути гетерогенні етіологічні і численні патогенетичні чинники, серед яких вирізняють окремий стресовий психоемоційний чинник. Обстежених з різним генезом алопеції за допомогою клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів (із застосуванням шкал HARS, HDRS і опитувальника SCL-90-R) поділено на три групи: без ознак психічної дезадаптації (ПД) (45 осіб, група 1 — Г1), з окремими ознаками ПД (73 особи, група 2 — Г2), та з наявними розладами адаптації відповідно до критеріїв МКХ-10 (35 осіб група 3 — Г3) [10]. Особливості соціальної підтримки пацієнток з алопецією метаболічного та змішаного генезу визначали з використанням багатовимірної шкали соціальної підтримки Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) [11].

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

Загалом рівень соціальної підтримки у пацієнток з алопецією виявився достатньо високим (табл. 1, рис. 1).

Водночас у пацієнток з метаболічною алопецією показники соціальної підтримки з боку сім'ї виявилися значуще вищими, ніж у пацієнток зі змішаною алопецією: $19,73 \pm 5,74$ бали проти $16,34 \pm 6,18$ балів. Показник соціальної підтримки з боку друзів у пацієнток з метаболічною алопецією виявився дещо меншим, ніж показник соціальної підтримки сім'ї, і значуще більшим, як порівняти з пацієнтками зі змішаною алопецією, у яких показник соціальної підтримки з боку друзів був дещо більшим, ніж показник підтримки з боку сім'ї: $19,38 \pm 5,79$ балів проти $16,47 \pm 5,60$ балів.

Показник соціальної підтримки з боку значущих інших у пацієнток з метаболічною алопецією був нижчим, ніж показник соціальної підтримки з боку сім'ї та друзів, і також був значуще вищим, ніж у жінок зі змішаною алопецією: $19,20 \pm 6,02$ балів проти $16,39 \pm 5,83$ балів. Сумарний показник соціальної підтримки у пацієнток з метаболічною алопецією виявився достатньо високим: $58,31 \pm 17,08$ балів, і значуще перевищував сумарний показник соціальної підтримки у пацієнток зі змішаною алопецією: $49,20 \pm 17,16$ балів. На нашу думку, відмінності у рівнях соціальної підтримки в усіх сферах опосередковані насамперед проявами невротизації і більшою виразністю психопатологічної, зокрема, афективної, симптоматики у пацієнток зі змішаною алопецією.

Таблиця 1. Показники соціальної підтримки у пацієнток з алопецією різного генезу

Показник	З метаболічною алопецією (n = 45)	Зі змішаною алопецією (n = 108)	p
Соціальна підтримка:			
сім'ї	$19,73 \pm 5,74$	$16,34 \pm 6,18$	< 0,01
друзів	$19,38 \pm 5,79$	$16,47 \pm 5,60$	
значущих інших	$19,20 \pm 6,02$	$16,39 \pm 5,83$	
Сумарний показник	$58,31 \pm 17,08$	$49,20 \pm 17,16$	< 0,01

Примітка. Тут і далі: n — кількість пацієнток; значення показників подані в форматі ($M \pm m$), бали, де M — середнє арифметичне; m — стандартне відхилення; p — достовірність розбіжностей між групами

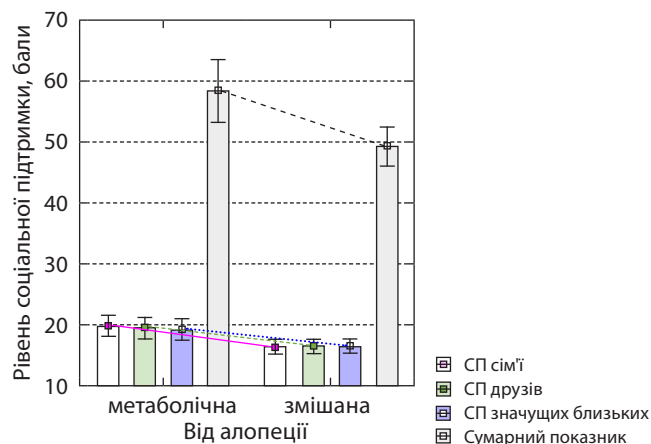


Рис. 1. Кількісні показники соціальної підтримки у пацієнток з алопецією різного генезу (квадрати — середнє значення, риски — 95,0 % довірчий інтервал)

Показники соціальної підтримки за всіма сферами виявили тенденцію до зменшення одночасно зі збільшенням проявів ПД (табл. 2, рис. 2).

Зокрема, показник соціальної підтримки з боку сім'ї у пацієнток без ознак ПД був достатньо високим, і найвищим серед усіх груп: $19,93 \pm 5,89$ балів, тоді як у пацієнток з окремими ознаками ПД показник соціальної підтримки з боку сім'ї виявився помірним, і значуще меншим як порівняти з першою групою: $17,34 \pm 5,80$ балів. У пацієнток з розладами адаптації показник соціальної підтримки з боку сім'ї був найнижчим серед усіх груп і доволі низьким: $14,00 \pm 6,07$ балів.

Таблиця 2. Показники соціальної підтримки у пацієток з алопецією з різними ступенями дезадаптації

Показник	Без ознак ПД (n = 45)	З окремими ознаками ПД (n = 73)	З розладами адаптації (n = 35)	P_{1-2}	P_{1-3}	P_{2-3}
Соціальна підтримка сім'ї	19,93 ± 5,89	17,34 ± 5,80	14,00 ± 6,07	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Соціальна підтримка друзів	19,58 ± 4,97	17,44 ± 5,93	14,20 ± 5,18	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Соціальна підтримка значущих інших	19,24 ± 5,59	17,22 ± 6,01	14,60 ± 5,63	< 0,05	< 0,01	< 0,05
Сумарний показник соціальної підтримки	58,76 ± 15,97	52,00 ± 17,47	42,80 ± 16,05	< 0,05	< 0,01	< 0,01

Щодо соціальної підтримки з боку друзів, виявлені ті ж закономірності, що й для соціальної підтримки з боку сім'ї: найвищі показники — у групі пацієток без ознак ПД, значуще менші — у групі пацієток з окремими ознаками ПД, і найнижчі — у групі пацієток з розладами адаптації. Показник соціальної підтримки з боку друзів у пацієток без ознак ПД був дещо нижчим як порівняти з показником соціальної підтримки з боку сім'ї: 19,58 ± 4,97 балів. У пацієток з окремими ознаками ПД показник соціальної підтримки з боку друзів був помірним і дещо вищим як порівняти з показником соціальної підтримки з боку сім'ї: 17,44 ± 5,93 балів. У пацієток з розладами адаптації показник соціальної підтримки з боку друзів був низьким, хоча й дещо вищим, ніж показник соціальної підтримки з боку сім'ї: 14,20 ± 5,18 балів.

52,00 ± 17,47 балів, а у пацієток з розладами адаптації — найменшим і доволі низьким: 42,80 ± 16,05 балів.

На нашу думку, виявлені закономірності підтверджують вплив на стан соціальної підтримки пацієток з алопецією дезадаптивних проявів, які, у свою чергу, пов'язані з виразністю психопатологічної симптоматики.

Таким чином, рівень соціальної підтримки у різних сферах (з боку сім'ї, друзів та значущих інших) залежить від генезу алопеції і є вищим у пацієток з метаболічною алопецією проти пацієток зі змішаною. На рівень оцінки пацієнтками соціальної підтримки також впливає виразність дезадаптивних проявів: найвищий рівень соціальної підтримки в усіх сферах притаманний жінкам без ознак ПД, істотно нижчий — пацієнткам з окремими ознаками ПД, і найнижчий — пацієнткам з розладами адаптації. Ці закономірності можуть бути опосередковані проявами невротизації та психосоціальної дезадаптації.

Отримані результати свідчать, що соціальна підтримка є важливим зовнішнім ресурсом особистості у пацієток з алопецією, однак її рівень істотно відрізняється залежно від генезу захворювання та ступеня психічної дезадаптації. У пацієток з метаболічною алопецією показники соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів, значущих інших та сумарний показник за MSPSS були достовірно вищими, ніж у пацієток зі змішаною алопецією. Це може свідчити про те, що алопеція змішаного генезу супроводжується не лише складнішою соматичною або дерматологічною картиною, але й більш вираженим психоемоційним навантаженням, яке впливає на суб'єктивне сприйняття доступності підтримки.

Важливо, що у групі пацієток зі змішаною алопецією нижчими були всі компоненти соціальної підтримки — сімейна, дружня та підтримка значущих інших. Це дає змогу припустити, що психічна дезадаптація при змішаній алопеції має не ізольований, а системний характер і охоплює широкий міжособистісний контекст. Такий результат узгоджується з сучасними уявленнями психодерматології, відповідно до яких зовнішньо помітні зміни шкіри або волосся можуть посилювати сором, самостигматизацію, соціальне уникання та суб'єктивне відчуття самотності.

Другим важливим результатом є поступове зниження всіх показників соціальної підтримки зі зростанням проявів дезадаптації. Найвищі значення за MSPSS виявлені у пацієток без ознак дезадаптації, нижчі — у пацієток з окремими ознаками дезадаптації, і найнижчі — у пацієток з розладами адаптації. Це підтверджує, що соціальну підтримку можна розглядати не лише як фоновий соціальний чинник, а як значущий компонент адаптаційного потенціалу особистості.

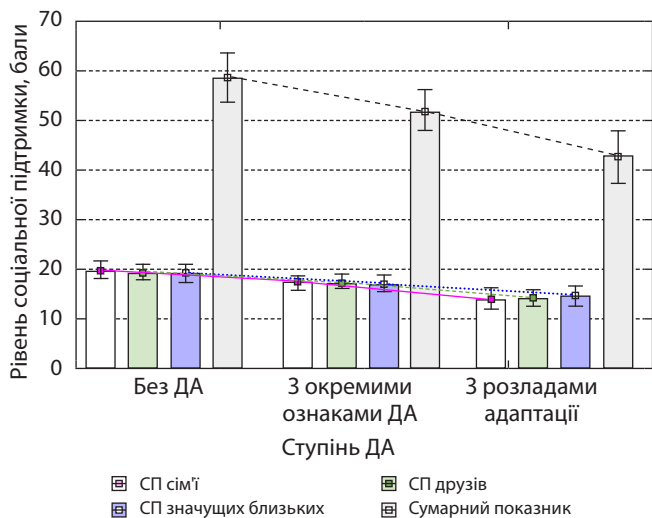


Рис. 2. Кількісні показники соціальної підтримки у пацієток з алопецією та різними ступенями ПД (квадрати — середнє значення, риски — 95,0 % довірчий інтервал)

Показник соціальної підтримки з боку значущих інших також був найвищим у пацієток без ознак ПД: 19,24 ± 5,59 балів, значуще меншим — у пацієток з окремими ознаками ПД: 17,22 ± 6,01 балів, і найменшим — у пацієток з розладами адаптації: 14,60 ± 5,63 балів. Водночас в групах пацієток без ознак ПД та з окремими ознаками ПД показник соціальної підтримки з боку значущих інших був найнижчим з усіх сфер, а у групі пацієток з розладами адаптації — найвищим серед усіх сфер.

Сумарний показник соціальної підтримки у пацієток без розладів адаптації був відносно високим, і найвищим серед усіх груп: 58,76 ± 15,97 балів, у пацієток з окремими ознаками ПД — значуще меншим:

Отримані дані можна інтерпретувати у двох взаємопов'язаних напрямках. З одного боку, недостатня або суб'єктивно недоступна соціальна підтримка може сприяти наростанню психічної дезадаптації, оскільки пацієнтка залишається сам на сам із переживаннями втрати зовнішньої привабливості, сорому, тривоги та невизначеності щодо перебігу захворювання. З іншого боку, сама дезадаптація, афективна симптоматика, невротизація та соціальне уникання можуть знижувати здатність пацієнтки звертатися по підтримку, приймати її або оцінювати як достатню. Така двоспрямованість є типовою для психосоціальних механізмів хронічних дерматологічних станів.

Особливо показовим є те, що у пацієнок з розладами адаптації за всіма джерелами підтримки отримані найнижчі значення, а підтримка сім'ї була однією з найбільш знижених. Це має практичне значення, оскільки саме сімейне оточення часто є першим і найближчим ресурсом емоційної стабілізації. Якщо цей ресурс недостатній або сприймається як недостатній, ризик закріплення дезадаптивних реакцій може зростати.

Отже, результати дослідження дають змогу розглядати соціальну підтримку як важливий маркер психосоціального функціонування пацієнок з алопецією та як потенційну мішень медико-психологічних інтервенцій. Комплексна допомога таким пацієнткам має включати не лише дерматологічне або соматичне лікування, а й оцінку психоемоційного стану, рівня соціальної підтримки, сімейного контексту та ризику соціальної ізоляції.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

1. У пацієнок з алопецією виявлено достатньо високий загальний рівень сприйманої соціальної підтримки, однак її показники істотно відрізняються залежно від генезу захворювання.

2. Пацієнтки з метаболічною алопецією мають достовірно вищі показники соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів, значущих інших та вищий сумарний показник за MSPSS, ніж пацієнтки зі змішаною алопецією.

3. Зростання виразності ПД супроводжується поступовим зниженням усіх компонентів соціальної підтримки.

4. Найнижчі показники соціальної підтримки виявлено у пацієнок з розладами адаптації, що свідчить про зв'язок між дефіцитом зовнішніх соціальних ресурсів і поглибленням ПД.

5. Соціальну підтримку можна розглядати як важливий зовнішній ресурс особистості та потенційну мішень медико-психологічного супроводу пацієнок з алопецією різного генезу.

Список літератури / References

1. Психодерматологія. Медико-психологічні аспекти дії психосоціального стресу в клінічній і естетичній дерматологічній практиці : колективна монографія / за заг. ред. проф. М. В. Маркової, д.мед.н. І. Р. Мухаровської. Харків: Друкарня «Мадрид», 2019. 277 с. *Psihodermatologija. Mediko-psihologichni aspekti dii psihosocial'nogo stresu v klinichnij i estetichnij dermatologichnij praktici* [Psychodermatology. Medical and psychological aspects of the effects of psychosocial stress in clinical and

aesthetic dermatological practice]; editors: prof. M. V. Markova, DMSc I. R. Mukharovska. Kharkiv: Printing house "Madrid", 2019. 277 p. (In Ukrainian).

2. Lauron S, Plasse C, Vaysset M, Prevalence and Odds of Depressive and Anxiety Disorders and Symptoms in Children and Adults With Alopecia Areata: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2023;159(3):281-288. doi:10.1001/jamadermatol.2022.6085

3. Fidelis T, Vieira FM, Miller KM, Torres S. Body image and mental health in chronic skin conditions: A psychosomatic perspective from a systematic review. *Appl Psychol Health Well Being.* 2025;17(6):e70097. doi:10.1111/aphw.70097

4. Karadoğan SK, Ulgen Altay B. Dermatology Quality of Life and Depression, Anxiety, and Stress Scale-42 in Scabies Patients. *Dermatol Pract Concept.* 2024;14(2):e2024112. Published 2024 Apr 1. doi:10.5826/dpc.1402a112

5. Bahashwan E, Alshehri M. Insights into Alopecia Areata: A Systematic Review of Prevalence, Pathogenesis, and Psychological Consequences. *Open Dermatol J.* 2024; 18: e18743722280092. <http://dx.doi.org/10.2174/0118743722280092240126053902>

6. Katara P, Vlastos, D, Theofilou, P. *The Lived Experience of Women with Alopecia: A Qualitative Study Investigating the Psychological, Social and Emotional Impact of Alopecia in a Sample of Greek Women.* 2023. DOI: 10.2174/18749445-v16-e230919-2023-149

7. Hunt N. Identity and psychological distress in alopecia areata. *Br J Dermatol.* 2022;187(1):9-10. doi:10.1111/bjd.21597

8. Vestergaard C, Carrillo DR, Mandla R, Frøstrup AG, Gren ST, Vänni P, ..., Mørk C. Alopecia Areata: Impact on Patients' Quality of Life and Disease Perception: A Survey-Based Study. *Acta dermato-venereologica.* 2025;105:adv43318. doi: <https://doi.org/10.2340/actadv.v105.43318>

9. Christou E, Lalagianni N, McSweeney SM, et al. Psychosocial burden and the impact of illness perceptions and stigma on quality of life, anxiety and depression in alopecia areata: results from the Alopecia + Me study. *Br J Dermatol.* 2025;193(3):458-467. doi:10.1093/bjd/ljaf189

10. Чемерис М. М. Стан психічної сфери у хворих з різними формами дифузної алопеції: аналіз спектру і вираженості психопатологічної симптоматики // Український вісник психоневрології. 2024. Т. 32, вип. 1 (118). С. 63—67. Cemeris M.M. Stan psihichnoi sferi u hvorih z riznimi formami difuznoi alopecii: analiz spektru i virazhenosti psihopatologichnoi simptomatiki [Mental status in patients with different forms of diffuse alopecia: analysis of the spectrum and expression of psychopathological symptoms]. *Ukrains'kij visnik psihonevrologii* [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]. 2024;32(1):63-67. doi: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is1-2024-10>. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 2.05.2026

Схвалено до друку 5.05.2026

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

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