

*М. М. Чемерис***ПРОФІЛЬ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ У ПАЦІЄНТОК З АЛОПЕЦІЄЮ
В КОНТИНУУМІ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ***М. М. Chemerys***PROFILE OF MENTAL STATES IN FEMALE PATIENTS WITH ALOPECIA
ACROSS THE CONTINUUM OF MENTAL MALADAPTATION**

Ключові слова: алопеція, психічна дезадаптація, розлад адаптації, тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність, психічні стани

Keywords: alopecia, mental maladaptation, adjustment disorder, anxiety, frustration, aggressiveness, rigidity, mental states

Психічне реагування пацієнток з алопецією не обмежується тривожно-депресивною симптоматикою та може охоплювати комплекс взаємопов'язаних станів, особливості яких змінюються залежно від ступеня психічної дезадаптації (ПД).

Мета: визначити особливості тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності у пацієнток з алопецією на різних рівнях ПД для виявлення маркерів її поглиблення та обґрунтування диференційованих мішеней допомоги.

Обстежено 153 пацієнтки з алопецією, розподілені на три групи: без ознак ПД (Г1, $n = 45$), з окремими ознаками ПД (Г2, $n = 73$) та з розладами адаптації (Г3, $n = 35$). Застосовано опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка).

Встановлено послідовне зростання виразності всіх досліджуваних станів із поглибленням ПД. Частка пацієнток з високим рівнем тривожності зростала від 4,4 % у Г1 до 32,9 % у Г2 та 71,4 % у Г3, фрустрації — від 13,3 % до 28,8 % та 71,4 %, ригідності — від 6,7 % до 39,7 % та 54,3 %, агресивності — від 17,7 % до 26,0 % та 57,2 % відповідно.

Поглиблення ПД при алопеції асоціюється із закономірною перебудовою профілю психічних станів. Найвиразнішими компонентами клінічно сформованої дезадаптації є тривожність і фрустрація, тоді як суттєве підвищення ригідності виявляється вже на проміжному рівні. Комплексне оцінення цих станів може бути корисним для раннього виявлення поглиблення ПД та визначення диференційованих мішеней психіатричної й медико-психологічної допомоги.

Mental responses in female patients with alopecia are not limited to anxiety and depressive symptoms and may involve a complex of interrelated states whose characteristics vary with the severity of mental maladaptation (MM).

Objective: to determine the features of anxiety, frustration, aggressiveness, and rigidity in female patients with alopecia at different levels of MM in order to identify markers of its progression and substantiate differentiated targets for care.

The study included 153 female patients with alopecia divided into three groups: without signs of MM (G1, $n = 45$), with isolated signs of MM (G2, $n = 73$), and with adjustment disorders (G3, $n = 35$). Mental states were assessed using the Self-Assessment of Anxiety, Frustration, Aggressiveness, and Rigidity questionnaire, an adapted version of H. Eysenck's method.

The severity of all assessed states increased consistently with worsening MM. High anxiety increased from 4.4 % in G1 to 32.9 % in G2 and 71.4 % in G3; high frustration from 13.3 % to 28.8 % and 71.4 %; high rigidity from 6.7 % to 39.7 % and 54.3 %; and high aggressiveness from 17.7 % to 26.0 % and 57.2 %, respectively.

Increasing MM severity in alopecia is associated with a consistent restructuring of the mental-state profile. Anxiety and frustration are the most prominent components of clinically manifest maladaptation, whereas a marked increase in rigidity is already evident at the intermediate level. Comprehensive assessment of these states may facilitate early identification of worsening MM and help define differentiated targets for psychiatric and medical-psychological care.

Сучасне розуміння психічних порушень у пацієнтів з алопецією поступово виходить за межі констатації окремих симптомів тривоги або депресії. Накопичені дані свідчать про певну неоднорідність психологічного реагування на захворювання: виразність емоційного неблагополуччя не завжди прямо відповідає клінічній тяжкості алопеції, а близькі за дерматологічними характеристиками пацієнти можуть суттєво відрізнятися за особли-

востями психічного функціонування. У дослідженні N. Mesinkovska et al. (2023) психологічний вплив алопеції не визначався виключно обсягом втрати волосся, а отримані результати свідчили про можливість адаптації частини пацієнтів навіть за значного дерматологічного ураження [1]. У масштабному дослідженні *Alopecia + Me* було також показано наявність різних психологічних профілів пацієнтів, причому характеристики сприйняття захворювання та стигматизації пояснювали варіативність психічних наслідків більшою мірою, ніж тяжкість самої алопеції [2].

Водночас більшість клініко-психологічних досліджень алопеції зосереджена переважно на обмеженому спектрі показників — тривозі, депресії, стресі та пов'язаній зі здоров'ям якості життя. Такий підхід дає змогу оцінити загальний рівень емоційного неблагополуччя, проте не повною мірою характеризує спосіб психічного реагування, який супроводжує поглиблення дезадаптації. Зокрема, у жінок із жіночим типом втрати волосся Н. Hwang et al. (2024) оцінювали насамперед депресію, тривогу та якість життя [3]; аналогічний набір показників використано у проспективному дослідженні пацієнтів з *alopecia areata* Р. Çetinkaya, Ö. Kutlu (2025) [4]. Отже, найбільш дослідженими залишаються афективні прояви, тоді як інші компоненти неадаптивного реагування представлені в літературі менш системно.

Особливого значення в цьому контексті набувають фрустраційне реагування, агресивність та ригідність. Фрустрація відображає переживання суб'єктивної неможливості досягнення значущої мети або подолання перешкоди; у ситуації тривалого та не завжди прогнозованого перебігу захворювання вона може виступати важливою характеристикою порушення адаптаційного процесу. Агресивність характеризує один із можливих напрямів емоційно-поведінкової відповіді на стійке психічне напруження, тоді як ригідність відображає утруднення перебудови звичних способів реагування за зміни життєвої ситуації. Значущість виходу за межі виключно тривожно-депресивної симптоматики підтверджується окремими психодерматологічними дослідженнями. Зокрема, у пацієнтів з *alopecia areata* було виявлено вищі, ніж у здорових осіб, показники симптомів гніву, пасивно-агресивних міжособистісних реакцій та низки пов'язаних із гнівом когнітивних характеристик [5]. Дослідження процесів емоційної регуляції також показують доцільність аналізу більш складних механізмів психічного реагування при алопеції, а не лише визначення рівня тривоги та депресії [6].

З позицій психічної адаптації принциповим є не лише встановлення підвищення того чи того окремого показника, а визначення конфігурації психічних станів та її змін з поглибленням дезадаптації. Тривожність характеризує очікування небезпеки та внутрішнє напруження; фрустрація — реакцію на перешкоди та незадоволення значущих потреб; агресивність — потенційну екстерналізацію негативного афекту; ригідність — зниження здатності змінювати сформовані способи реагування відповідно до нових умов. Їх одночасне дослідження дає змогу розглядати психічну дезадаптацію (ПД) не як сукупність ізольованих симптомів, а як структурований профіль взаємопов'язаних неадаптивних реакцій.

Саме тому для реалізації такого дослідницького підходу доцільним є застосування опитувальника «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» — адаптованого варіанта методики Г. Айзенка [7]. На відміну від інструментів, спрямованих переважно на виявлення окре-

мих афективних симптомів, методика забезпечує одночасне кількісне оцінювання чотирьох різних, але функціонально пов'язаних компонентів психічного реагування — тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Це створює можливість не лише порівняти виразність кожного з них, але й простежити зміну цілісного профілю психічних станів у континуумі ПД — від практично нормативного рівня функціонування через окремі прояви дезадаптації до клінічно сформованого розладу адаптації.

Таким чином, недостатня представленість у дослідженнях алопеції комплексного аналізу тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності та відсутність чіткого розуміння характеру їх співвідношення на різних рівнях ПД обґрунтовують потребу вивчення профілю цих станів у пацієнток з алопецією. Такий підхід може поглибити уявлення про психологічні механізми переходу від відносно адаптивного функціонування до клінічно значущої ПД та створити підґрунтя для диференційованого визначення мішеней психіатричної та медико-психологічної допомоги.

Мета дослідження — визначити особливості профілю тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності у пацієнток з алопецією на різних рівнях ПД для виявлення психологічних маркерів її поглиблення та обґрунтування диференційованих мішеней медико-психологічної допомоги.

З дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди, було комплексно обстежено 153 пацієнтки з дифузною алопецією. Вибір пацієнток із дифузною алопецією зумовлений етіопатогенетичною гетерогенністю цього стану та його психодерматологічною значущістю. Дифузне випадіння волосся може відбуватися під впливом метаболічних, ендокринних, нутритивних, медикаментозних і стресових чинників, причому психоемоційний стрес може виступати як одним із тригерів порушення циклу росту волосся, так і наслідком змін зовнішності. Це створює передумови для формування взаємопідсилювального зв'язку між перебігом алопеції та порушеннями психічної адаптації. Серед обстежених за допомогою клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів (із застосуванням шкал HARS, HDRS і опитувальника SCL-90-R) виокремлено три групи: без ознак ПД (45 осіб, група 1 — Г1), з окремими ознаками ПД (73 особи, група 2 — Г2), та з розладами адаптації F43.2 відповідно до критеріїв МКХ-10 (35 осіб група 3 — Г3) [8]. Профіль психічних станів та особливості психоемоційного реагування пацієнток з алопецією визначали за даними адаптованого варіанта методики Г. Айзенка «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» [7].

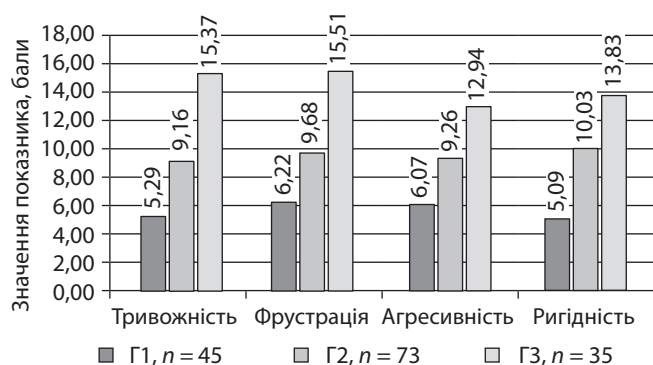
Статистичний аналіз включав описову статистику, аналіз розбіжностей з використанням непараметричного тесту Манна — Уїтні та кореляційний аналіз за допомогою методу рангових кореляцій Спірмена.

У табл. 1 та на рисунку наведено показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності у пацієнток з алопецією з різним рівнем ПД.

Таблиця 1. Показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності у пацієнток з алопецією з різним ступенем психічної дезадаптації

Показник	Г1 (n = 45)	Г2 (n = 73)	Г3 (n = 35)	$p_{Г1-Г2}$	$p_{Г1-Г3}$	$p_{Г2-Г3}$
Тривожність	5,29 ± 4,02	9,16 ± 7,13	15,37 ± 5,46	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Фрустрація	6,22 ± 5,49	9,68 ± 6,41	15,51 ± 4,27	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Агресивність	6,07 ± 6,10	9,26 ± 6,11	12,94 ± 6,89	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Ригідність	5,09 ± 3,96	10,03 ± 6,92	13,83 ± 5,84	< 0,01	< 0,01	< 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



Показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності у пацієнток з алопецією з різним ступенем психічної дезадаптації

Виразність ПД відігравала істотну роль у формуванні рівнів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Зокрема, у пацієнток без ознак ПД показник тривожності відповідав низькому рівню (до 7 балів), у пацієнток з окремими ознаками ПД — середньому рівню (від 8 до 14 балів), а у пацієнток з розладами адаптації — високому рівню (понад 15 балів).

Фрустрація також була найменш вираженою у пацієнток без ознак ПД та відповідала низькому рівню. У пацієнток з окремими ознаками ПД показник фрустрації відповідав середньому рівню, а у пацієнток з розладами адаптації — високому.

Середній показник агресивності у пацієнток без ознак ПД відповідав низькому рівню, а у пацієнток з окремими ознаками ПД і розладами адаптації — середньому рівню. Водночас показники агресивності у пацієнток без ознак ПД були значуще нижчими як порівняти з пацієнтками з окремими ознаками ПД і з пацієнтками з розладами адаптації, а у пацієнток з окремими ознаками ПД — значуще нижчими як порівняти з пацієнтками з розладами адаптації.

Показник ригідності у пацієнток без ознак ПД відповідав низькому рівню, а у пацієнток з окремими ознаками ПД і з розладами адаптації — середньому рівню, причому у пацієнток з розладами адаптації показник ригідності був близьким до високого рівня.

Під час аналізу розподілу обстежених пацієнток на групи залежно від рівнів тривожності виявлено, що переважна більшість (80,0 %) пацієнток без ознак ПД належали до групи з низьким рівнем тривожності, набагато меншою була частка пацієнток з середнім рівнем тривожності (15,6 %) і мінімальною (4,4 %) — частка пацієнток з високим рівнем тривожності (табл. 2).

Натомість у пацієнток з окремими ознаками ПД низький рівень тривожності виявлений приблизно у половини (54,8 %) обстежених, значною виявилася також частка пацієнток з високим рівнем — 32,9 %, і найменшою — частка пацієнток з середнім рівнем тривожності — 12,3 %.

Таблиця 2. Розподіл пацієнток з алопецією з різним ступенем психічної дезадаптації залежно від рівня тривожності

Рівень тривожності	Г1 (n = 45)		Г2 (n = 73)		Г3 (n = 35)		$p_{Г1-Г2}$	$p_{Г1-Г3}$	$p_{Г2-Г3}$
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Низький	36	80,0	40	54,8	5	14,3	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Середній	7	15,6	9	12,3	5	14,3	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Високий	2	4,4	24	32,9	25	71,4	< 0,01	< 0,01	< 0,01

Частка пацієнток з низьким рівнем фрустрації у групі пацієнток без ознак ПД була найбільшою — 77,8 %, з середнім рівнем фрустрації найменшою — 8,9 %, а з високим рівнем — проміжною (13,3 %) (табл. 3).

У пацієнток з окремими ознаками ПД частка обстежених з низьким рівнем фрустрації була менше половини (43,8 %), а обстежених з середнім і високим рівнями — приблизно однаковою — 27,4 % і 28,8 %

відповідно. Найбільш суттєві розбіжності між групами пацієнток з різним рівнем ПД виявлені щодо низького рівня фрустрації (розбіжності між усіма групами на рівні $p < 0,01$), а також щодо високого рівня фрустрації (розбіжності між групою пацієнток з низьким і середнім рівнями фрустрації значущі на рівні $p < 0,05$, між групою пацієнток з низьким і високим та з середнім та високим рівнями фрустрації — значущі на рівні $p < 0,01$).

Таблиця 3. Розподіл пацієнток з алопецією з різним ступенем психічної дезадаптації залежно від рівня фрустрації

Рівень фрустрації	Г1 (n = 45)		Г2 (n = 73)		Г3 (n = 35)		$P_{Г1-Г2}$	$P_{Г1-Г3}$	$P_{Г2-Г3}$
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Низький	35	77,8	32	43,8	3	8,6	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Середній	4	8,9	20	27,4	7	20,0	< 0,05	> 0,05	> 0,05
Високий	6	13,3	21	28,8	25	71,4	< 0,05	< 0,01	< 0,01

У групі пацієнток без ознак ПД частка обстежених з низьким рівнем агресивності була найбільшою — 75,6 %, з середнім рівнем агресивності найменшою — 6,7 %, і з високим рівнем агресивності проміжною — 17,7 % (табл. 4).

У групі пацієнток з окремими ознаками ПД близько половини (49,3 %) обстежених мали низький

рівень агресивності, 24,7 % — середній і 26,0 % — високий. Пацієнтки з розладами адаптації мали переважно (57,2 %) високий рівень агресивності, водночас значною була також частка обстежених з низьким рівнем агресивності — 37,1 %. Пацієнток з середнім рівнем агресивності у цій групі було найменше — 5,7 %.

Таблиця 4. Розподіл пацієнток з алопецією з різним ступенем психічної дезадаптації залежно від рівня агресивності

Рівень агресивності	Г1 (n = 45)		Г2 (n = 73)		Г3 (n = 35)		$P_{Г1-Г2}$	$P_{Г1-Г3}$	$P_{Г2-Г3}$
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Низький	34	75,6	36	49,3	13	37,1	< 0,01	< 0,01	> 0,05
Середній	3	6,7	18	24,7	2	5,7	< 0,05	> 0,05	< 0,05
Високий	8	17,7	19	26,0	20	57,2	> 0,05	< 0,01	< 0,01

Рівень ригідності у групі пацієнток без ознак ПД був переважно низьким (у 84,4 %), набагато меншою була частка пацієнток з середнім (8,9 %) і високим (6,7 %) рівнями (табл. 5). Серед пацієнток з окремими ознаками ПД найбільшою була частка обстежених з низьким (49,3 %) та високим (39,7 %) рівнями ригідності, а найменшою — з середнім рівнем (11,0 %).

Пацієнтки з розладами адаптації мали переважно високий рівень ригідності (54,3 %), водночас частки обстежених з низьким та середнім рівнями ригідності були близькими (25,7 % і 20,0 % відповідно). Розбіжності за розподілом пацієнток залежно від рівня ригідності між групами обстежених з різним ступенем ПД — статистично значущі.

Таблиця 5. Розподіл пацієнток з алопецією з різним ступенем психічної дезадаптації залежно від рівня ригідності

Рівень ригідності	Г1, n = 45		Г2, n = 73		Г3, n = 35		$P_{Г1-Г2}$	$P_{Г1-Г3}$	$P_{Г2-Г3}$
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Низький	38	84,4	36	49,3	9	25,7	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Середній	4	8,9	8	11,0	7	20,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Високий	3	6,7	29	39,7	19	54,3	< 0,01	< 0,01	> 0,05

Отже, пацієнткам з алопецією і різними ступенями ПД притаманні істотні відмінності у виразності тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Переважна більшість (близько 80 %) пацієнток без ознак ПД виявили ознаки низького рівня тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Натомість у групі пацієнток з окремими ознаками ПД частка обстежених з низьким рівнем тривожності, фрустрації, агресивності та депресії становила близько половини. Група пацієнток з розладами адаптації характеризувалася найнижчою часткою обстежених з низькими рівнями тривоги (14,3 %), фрустрації (8,6 %), агресивності (37,1 %) і ригідності (25,7 %). Серед пацієнток без ознак ПД частка обстежених з високим рівнем тривожності була найнижчою (близько 5 %), у пацієнток з окремими ознаками ПД — близько третини, а у пацієнток з розладами

адаптації — понад 70 %. У групі пацієнток без ознак ПД обстежених з високим рівнем фрустрації було близько 10 %, у групі пацієнток з окремими ознаками ПД — близько третини, а у групі пацієнток з розладами адаптації — понад дві третини. Високий рівень агресивності виявлений у 17,7 % обстежених без ознак ПД, у 26,0 % обстежених з окремими ознаками ПД, і більш ніж у половини обстежених з розладами адаптації. Схожими були також характеристики ригідності: високий рівень виявлений менш ніж у 10 % пацієнток без ознак ПД, у близько 40 % пацієнток з окремими ознаками ПД, і приблизно у половини пацієнток з розладами адаптації.

Отримані результати свідчать, що поглиблення ПД у пацієнток з алопецією супроводжується не ізольованими змінами окремих емоційних характеристик, а закономірною перебудовою цілісного профілю

психічних станів. Для всіх чотирьох досліджених компонентів — тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності — встановлено послідовне зростання середніх показників від групи пацієнток без ознак психічної дезадаптації до групи з окремими її проявами та, надалі, до пацієнток із розладами адаптації. Водночас характер цих змін виявився неоднаковим для різних компонентів профілю, що дає змогу говорити не лише про кількісне наростання психічного неблагополуччя, а й про якісне ускладнення патерну дезадаптивного реагування.

Найбільш виразну залежність від рівня ПД виявлено щодо тривожності. Її середній рівень послідовно змінювався від низького у пацієнток без ознак дезадаптації до середнього за наявності окремих її проявів і високого у пацієнток із розладами адаптації. Ще показовішим є перерозподіл індивідуальних значень: частка пацієнток із високим рівнем тривожності збільшувалася від 4,4 % у Г1 до 32,9 % у Г2 та 71,4 % у Г3. Отже, тривожність виявляється одним із компонентів психічного стану, найбільш міцно асоційованим із ступенем дезадаптації.

Цей результат узгоджується з даними сучасних досліджень різних форм алопеції, у яких тривожність стабільно фігурує серед провідних компонентів психологічного навантаження. У пацієнтів із телогеновим випадінням волосся N. Izci et al. (2025) виявили статистично значуще підвищення тривожності, депресивної симптоматики та сприйнятого стресу як порівняти зі здоровими особами, причому погіршення якості життя було пов'язане з усіма цими показниками [9]. У жінок із жіночим типом втрати волосся H. Hwang et al. (2024) також встановили суттєву виразність тривоги та її зв'язок із характеристиками захворювання [3].

Водночас отримані нами дані доповнюють ці результати принципово іншим аспектом. Вони показують, що тривожність доцільно розглядати не просто як психологічний наслідок наявності алопеції, а як компонент ширшого профілю ПД. Така інтерпретація особливо важлива з огляду на дані E. Christou et al. (2025), які показали, що психологічний тягар алопеції не визначається виключно об'єктивною тяжкістю захворювання: сприйняття хвороби та переживання стигматизації пояснювали варіативність тривоги, депресії та якості життя більшою мірою, ніж тяжкість алопеції, а у пацієнтів були визначені різні психологічні профілі — умовно більш адаптований і дистресовий [2]. Це підтримує доцільність профільного, а не суто симптоматичного підходу до оцінювання психічного стану пацієнтів з алопецією.

Не менш важливою знахідкою нашого дослідження є виражена динаміка фрустрації. Середній її показник збільшувався від низького рівня у пацієнток без ПД до високого у пацієнток із розладами адаптації, а частка осіб із високою фрустрацією зростає з 13,3 % до 71,4 %. Одночасно частка пацієнток із низьким рівнем фрустрації зменшилася з 77,8 % до 8,6 %. Така полярна зміна розподілу дає змогу роз-

глядати фрустрацію поряд із тривожністю як один із найбільш чутливих компонентів профілю, асоційований з клінічно вираженою ПД.

Прямих досліджень фрустрації як окремого психічного стану при алопеції в сучасній літературі небагато, тому ототожнювати її з іншими досліджуваними конструктами було б некоректно. Водночас отримані результати змістовно співвідносяться з роботами, присвяченими сприйняттю неконтрольованості захворювання, копінгу та психологічній адаптації. Ще S. Schmidt et al. (2001), досліджуючи жінок з дифузною та андрогенетичною алопецією, показали, що психологічні особливості й способи подолання ситуації мають істотне значення для суб'єктивного переживання захворювання [10]. Подальше дослідження жінок з андрогенетичною та дифузною алопецією також продемонструвало роль психологічної адаптації та індивідуальних механізмів у формуванні суб'єктивного здоров'я [11]. Сучасні дані про значення сприйняття хвороби та контролю над нею розвивають цей напрям [2].

У цьому контексті високий рівень фрустрації у пацієнток із розладами адаптації можна інтерпретувати як відображення наростання невідповідності між значущими для особистості потребами та суб'єктивними можливостями їх реалізації в умовах захворювання. Для алопеції, перебіг якої часто характеризується невизначеністю, варіабельністю результатів лікування та обмеженими можливостями безпосереднього контролю над випадінням волосся, такий механізм може набувати особливого значення. Проте з огляду на поперечний дизайн нашого дослідження фрустрацію слід розглядати саме як психологічний корелят виразності дезадаптації, а не як доведений причинний фактор її розвитку.

Іншу закономірність виявлено щодо агресивності. Хоча її середні показники також статистично значуще зростали зі збільшенням ступеня психічної дезадаптації, абсолютна виразність агресивності була нижчою як порівняти з тривожністю та фрустрацією. Крім того, розподіл індивідуальних значень мав менш лінійний характер: високий рівень агресивності спостерігався у 17,7 % пацієнток без дезадаптації, у 26,0 % пацієнток з окремими її ознаками та у 57,2 % пацієнток із розладами адаптації. Отже, агресивність, імовірно, є менш універсальним компонентом дезадаптивного профілю, ніж тривожність або фрустрація, і більшою мірою залежить від індивідуального способу реагування на психоемоційне напруження.

Це припущення узгоджується з тим, що спектр емоційних реакцій при алопеції є значно ширшим за традиційну тривожно-депресивну симптоматику. K. Gandhi et al. (2023), досліджуючи емоційний тягар *alopecia areata*, поряд із тривогою та депресивними проявами описували гнів, соціальне відсторонення, збентеження та зниження самооцінки; більша виразність емоційної симптоматики була пов'язана з більшими порушеннями повсякденної активності та продуктивності [12]. Це підтверджує клінічну

доцільність оцінення зовнішньо спрямованих емоційних реакцій, однак не дає підстав вважати агресивність універсальною характеристикою всіх пацієнтів з алопецією.

На особливу увагу заслуговує характер змін ригідності. Вже у групі пацієнток з окремими ознаками ПД її середнє значення майже вдвічі перевищувало відповідний показник групи пацієнток без дезадаптації, а частка осіб із високою ригідністю збільшувалася з 6,7 % до 39,7 %. Подальший перехід до клінічно сформованих розладів адаптації супроводжувався додатковим підвищенням середнього показника ригідності, однак різниця між другою та третьою групами за частотою саме високого рівня вже не досягала статистичної значущості. Така конфігурація відрізняє ригідність від тривожності та фрустрації і дає підстави припустити, що зниження психологічної гнучкості може проявлятися вже на доклінічному етапі психічної дезадаптації, тобто до формування розладу адаптації.

Цей результат є особливо цінним з огляду на те, що ригідність досить рідко вивчають у сучасних дослідженнях психологічних наслідків алопеції. Водночас ще у контрольованому дослідженні J. van der Donk et al. (1991) жінки з андрогенетичною алопецією характеризувалися вищими показниками ригідності та загальної психологічної дезадаптованості проти окремих груп порівняння [13]. Через відмінності дизайну та використаних методик пряме зіставлення величини ефектів неможливе, однак сам факт зв'язку ригідності з психологічним неблагополуччям у жінок з алопецією узгоджується з отриманими нами результатами.

Отже, аналіз окремих компонентів дає змогу уточнити структуру виявленого профілю. Тривожність і фрустрація демонструють найбільш виражений градієнт та найбільш чітко диференціюють клінічно сформований рівень психічної дезадаптації; ригідність виявляє суттєві зміни вже на етапі окремих ознак дезадаптації; агресивність характеризується більшою варіативністю і, ймовірно, відображає один із можливих, але не обов'язкових напрямів дезадаптивного реагування. Саме така неоднорідність змін підтверджує доцільність використання комплексної оцінки за методикою Г. Айзенка: аналіз лише тривоги або загальної емоційного дистресу не дав би змоги виявити різний стан окремих складників психічного реагування в континуумі дезадаптації.

З клінічної точки зору особливо значущою є група пацієнток з окремими ознаками ПД. Їхній профіль уже істотно відрізняється від показників пацієнток без дезадаптації, хоча клінічно сформованого розладу адаптації ще немає. Поєднання зростання тривожності та фрустрації з особливо помітним збільшенням ригідності може свідчити про формування менш гнучкого способу реагування на пов'язаний із захворюванням стрес. Тому саме цю групу можна розглядати як пріоритетну для раннього психіатричного та медико-психологічного втручання, спрямованого

на зниження тривожного напруження, підвищення толерантності до фрустрації та розвиток більш гнучких стратегій адаптації.

У пацієнток із розладами адаптації профіль набуває іншої властивості: високі рівні тривожності та фрустрації стають переважними, одночасно істотно зростають агресивність і ригідність. Це свідчить про залучення кількох взаємопов'язаних рівнів реагування — емоційного напруження, переживання неможливості ефективно впливати на ситуацію, зниження гнучкості реагування та, у частини пацієнток, посилення агресивних тенденцій. Відповідно, психологічна допомога на цьому рівні має бути орієнтована не на корекцію одного переважного симптому, а на комплекс взаємопов'язаних мішеней.

Отримані результати також дають змогу уточнити практичну цінність профільного підходу. Виявлення високого показника за однією шкалою само собою має обмежену диференціальну цінність, оскільки окремі високі значення спостерігаються навіть серед пацієнток без ознак психічної дезадаптації. Натомість поєднане підвищення кількох компонентів і зміна конфігурації профілю значно точніше відображають ступінь психічного неблагополуччя. Отже, методика Г. Айзенка в цьому контексті може бути корисною не так як інструмент ізольованого скринінгу окремих станів, а як засіб багатовимірного оцінювання характеру психічного реагування та визначення диференційованих мішеней медико-психологічного супроводу.

Під час інтерпретації результатів треба враховувати поперечний характер дослідження. Встановлений градієнт не доводить, що підвищення тривожності, фрустрації, агресивності або ригідності причинно призводить до переходу від одного ступеня психічної дезадаптації до іншого. Так само отримані дані не дають змоги визначити, які з цих характеристик є передумовами, а які — наслідками поглиблення дезадаптації. Тому їх доцільно трактувати як асоційовані психологічні маркери, а питання їхньої прогностичної ролі потребує подальшого проспективного дослідження.

Загалом результати дослідження дають підстави розглядати ПД у пацієнток з алопецією як континуальний процес, якому відповідає закономірна зміна профілю психічних станів. Цінність отриманих даних полягає не лише у підтвердженні зростання психологічного неблагополуччя при клінічно вираженій дезадаптації, а й у виявленні специфічної конфігурації його компонентів та ознак її перебудови ще на проміжному, доклінічному рівні. Це розширює можливості раннього виявлення ПД та обґрунтовує диференційований вибір мішеней психіатричної й медико-психологічної допомоги пацієнткам з алопецією.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

У пацієнток з алопецією встановлено закономірні відмінності профілю психічних станів залежно від рівня ПД. Поглиблення дезадаптації супрово-

джується послідовним зростанням тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, що свідчить про формування комплексного патерну дезадаптивного психічного реагування.

Найбільш виражений градієнт у континуумі ПД виявлено для тривожності та фрустрації. У пацієнок без ознак ПД переважали низькі рівні цих станів, тоді як у групі з розладами адаптації переважали високі рівні, що дає змогу розглядати тривожність і фрустрацію як найбільш чутливі компоненти профілю, асоційованого з клінічно вираженою дезадаптацією.

Ригідність характеризувалася суттєвим зростанням уже у пацієнок з окремими ознаками ПД. Це дає змогу розглядати зниження психологічної гнучкості як потенційно ранню характеристику погіршення адаптаційних можливостей, яка може набувати клінічного значення ще до формування розладу адаптації.

Агресивність також зростала зі збільшенням рівня ПД, однак характеризувалася більшою варіативністю як порівняти з тривожністю та фрустрацією. Це свідчить про те, що агресивне реагування є не універсальним, а одним із можливих компонентів дезадаптивного психічного профілю.

Комплексне оцінювання тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності дає змогу не лише визначати загальну виразність психічного неблагополуччя, а й диференціювати структуру психічного реагування на різних рівнях дезадаптації. Отримані результати обґрунтовують доцільність використання такого профільного підходу для раннього виявлення ознак поглиблення ПД та визначення диференційованих мішеней психіатричної і медико-психологічної допомоги пацієнткам з алопецією.

Список літератури / References

1. Mesinkovska N, Craiglow B, Ball SG, et al. The Invisible Impact of a Visible Disease: Psychosocial Impact of Alopecia Areata. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(7):1503-1515. DOI: 10.1007/s13555-023-00941-z
2. 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
3. Hwang HW, Ryou S, Jeong JH, et al. The Quality of Life and Psychosocial Impact on Female Pattern Hair Loss. *Ann Dermatol*. 2024;36(1):44-52. DOI: 10.5021/ad.23.082
4. Çetinkaya PÖ, & Kutlu Ö. Evaluation of quality of life, anxiety and depression in patients with alopecia areata: A prospective case-control study. *Cyprus Journal of Medical Sciences*. 2025;10(5):321-325. DOI: 10.4274/cjms.2025.2025-1
5. Altınöz AE, Taşkıntuna N, Altınöz ST, Ceran S. A cohort study of the relationship between anger and chronic spontaneous urticaria. *Adv Ther*. 2014;31(9):1000-1007. DOI: 10.1007/s12325-014-0152-6

6. Miniksar DY, Çölgeçen E, Cansız MA. An Evaluation of Anxiety Disorder and Emotion Regulation Difficulty in Children and Adolescents with Alopecia Areata. *Indian J Dermatol*. 2022;67(3):313. DOI: 10.4103/ijd.ijd_685_21

7. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум / Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук ; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. С. 12—15. Karamushka LM, Kredentser OV, Tereshchenko KV, Lahodzinska VI, Ivkin VM, Kovalchuk OS. *Metodyky doslidzennja psykhnogo zdorov'ja ta blagopoluccja personalu organizacij [Methods of researching the mental health and well-being of organizational personnel]*; ed. LM. Karamushka. Kyiv : Instytut psykhologij imeni G. S. Kostiuksa NAPN Ukrainy, 2023. P. 12-15. (In Ukrainian).

8. Markova MV, Chemerys MM, Kazakov VY. Psychoemotional disturbances in women with alopecia: analysis of the impact of mental maladaptation and disease genesis. *Psychiatry Neurol Med Psychol*. 2026; 13(2[34]):329-340. DOI: 10.26565/2312-5675-2026-34-08

9. Fişek İzci N, Aksoy B, Aktaş E. Significant impact of telogen effluvium on quality of life, depression, anxiety and stress: a prospective case-control study. *Eur J Dermatol*. 2025;35(4):300-306. DOI: 10.1684/ejd.2025.4931

10. Schmidt S, Fischer TW, Chren MM, Strauss BM, Elsner P. Strategies of coping and quality of life in women with alopecia. *Br J Dermatol*. 2001;144(5):1038-1043. DOI: 10.1046/j.1365-2133.2001.04195.x

11. Schmidt S. Female alopecia: the mediating effect of attachment patterns on changes in subjective health indicators. *Br J Dermatol*. 2003;148(6):1205-1211. DOI: 10.1046/j.1365-2133.2003.05327.x

12. Gandhi K, Shy ME, Ray M, Fridman M, Vaghela S, Mostaghimi A. The Association of Alopecia Areata-Related Emotional Symptoms with Work Productivity and Daily Activity Among Patients with Alopecia Areata. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(1):285-298. DOI: 10.1007/s13555-022-00864-1

13. van der Donk J, Passchier J, Knecht-Junk C, et al. Psychological characteristics of women with androgenetic alopecia: a controlled study. *Br J Dermatol*. 1991;125(3):248-252. DOI: 10.1111/j.1365-2133.1991.tb14749.x

Надійшла до редакції 10.07.2026
Ухвалена до друку 4.08.2026

ЧЕМЕРИС Мар'яна Мирославівна, кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини Державного некомерційного товариства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; Товариство з обмеженою відповідальністю «Клініка здоров'я та краси «Горизонти», м. Львів, Україна; <https://orcid.org/0009-0009-0623-5074>; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com

ЧЕМЕРИС Мар'яна, MD, PhD, Assistant of the Department of Family Medicine of the State Nonprofit Company "Danylo Halytsky Lviv National Medical University"; Limited Liability Company "Horizons Health and Beauty Clinic", Lviv, Ukraine; <https://orcid.org/0009-0009-0623-5074>; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com