

Афективно-конативні контрасти у жінок з алопецією різного ґенезу та їхні психосоціальні кореляти

Мар'яна Чемерис

Львівський національний медичний університет ім.
Данила Галицького

Актуальність. Психологічний тягар алопеції не завжди відповідає вираженості втрати волосся та значною мірою визначається особливостями емоційного реагування, адаптаційними ресурсами і суб'єктивним сприйняттям захворювання. Водночас афективно-конативні характеристики жінок з алопецією різного ґенезу та їх взаємозв'язки з психосоціальним функціонуванням залишаються недостатньо вивченими.

Мета. Визначити особливості афективно-конативних характеристик та їхні психосоціальні кореляти у жінок з алопецією різного ґенезу для обґрунтування диференційованих напрямів медико-психологічної допомоги.

Матеріали і методи. У поперечному порівняльному дослідженні взяли участь 153 жінки віком 25–45 років із дифузною алопецією: 45 пацієнток із метаболічною та 108 – зі змішаною алопецією. Психодіагностичне обстеження включало оцінку тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності за методикою Г. Айзенка, соціально-психологічної адаптації, якості життя, життєстійкості, резильєнтності та самоствлення. Для статистичного аналізу використовували тест Манна-Уїтні та рангову кореляцію Спірмена.

Результати. У жінок зі змішаною алопецією виявлено статистично значуще вищі рівні тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності порівняно з пацієнтками з метаболічною алопецією ($p \leq 0,001$). В обох групах найбільш вираженим показником була фрустрація. Для метаболічної алопеції характерним було переважання низьких рівнів досліджених характеристик, тоді як при змішаній алопеції спостерігалася більша психологічна неоднорідність із концентрацією пацієнток переважно у групах із низькими та високими рівнями показників. Підвищення тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності було пов'язане зі зниженням соціально-психологічної адаптації, емоційного комфорту, інтернальності, якості життя, життєстійкості та резильєнтності, а також із менш конструктивним самоствленням. Найтісніший зв'язок встановлено між агресивністю та резильєнтністю ($r = -0,759$; $p < 0,001$).

Висновки. Афективно-конативний профіль є значущою складовою психологічної адаптації жінок з алопецією. Змішана алопеція асоціюється з більш вираженими та більш неоднорідними афективно-конативними проявами, які тісно пов'язані з адаптаційними ресурсами, якістю життя та особливостями самоствлення. Отримані результати обґрунтовують доцільність диференційованої медико-психологічної оцінки пацієнток з алопецією різного ґенезу.

Ключові слова: алопеція, тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність, психосоціальна адаптація, резильєнтність, життєстійкість, якість життя, самоствлення.

УДК 616.891:616-052:615.851

Актуальність

Вираженість психологічного неблагополуччя при алопеції не завжди відповідає ступеню втрати волосся. Сприйняття захворювання, його особистісне значення та переживання стигматизації можуть бути тісніше пов'язані з емоційним станом пацієнтів, ніж тяжкість самої алопеції. У дослідженні Alopescia + Me сприйняття хвороби та стигматизація пояснювали більшу частку варіативності тривоги, депресії та якості життя, ніж тяжкість гніздової алопеції; водночас було виокремлено групи пацієнтів із різними психологічними профілями переживання захворювання [1]. Такі результати актуалізують питання індивідуальних характеристик, що визначають своєрідність емоційної відповіді на тілесні зміни та способів реагування на них.

У психодерматології це питання стосується взаємодії соматичного процесу, емоційного переживання та регуляції поведінки. Дослідження пацієнтів із хронічними соматичними захворюваннями, зокрема псоріазом і розацеа, засвідчило відмінності від здорових осіб за низкою характеристик емоційного контролю [2]. Отже, психологічне осмислення дерматологічної патології потребує уваги до того, як людина переживає напруження, виражає емоції та організовує поведінку в умовах хвороби.

Значущість психологічних чинників для захворювань волосся має також експериментальне біологічне підґрунтя. У тваринній моделі встановлено, що хронічний стрес через підвищення рівня кортикостерону пригнічує експресію GAS6 у дермальному сосочку, обмежуючи активацію стовбурових клітин волоссяного фолікула та подовжуючи фазу його спокою [3]. Ці дані підтверджують можливість впливу стресових механізмів на регуляцію росту волосся. Водночас перехід від експериментально встановленого впливу стресу до розуміння психологічних чинників алопеції у людини потребує з'ясування індивідуальних особливостей переживання й підтримання напруження. Саме в цій площині набуває значення вивчення афективно-конативних характеристик як можливих складових психологічної вразливості та реакції на захворювання.

Тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність характеризують різні сторони такого реагування: очікування загрози, переживання перешкод у задоволенні значущих потреб, схильність до агресивної відповіді та труднощі зміни звичних установок і способів дії. Для психодерматологічного аналізу важливим є питання про їхню взаємодію в умовах невизначеності перебігу захворювання й обмеженості суб'єктивного контролю. Зокрема, сприйняття алопеції як тривалої, емоційно обтяжливої та недостатньо контрольованої проблеми пов'язане з вираженішим психологічним тягарем [1]. Це дає підстави припускати, що афективно-конативні особливості можуть бути важливими для розуміння того, чому переживання хвороби в одних пацієнток залишається ситуативним, а в інших набуває стійкого характеру. Таке припущення потребує перевірки й не означає встановленої причинної ролі цих характеристик у виникненні алопеції.

Сучасні дослідження підкреслюють значення здатності розпізнавати й опрацьовувати власні емоції при захворюваннях волосся. У роботі J.Fhager et al. (2026) [4] труднощі ідентифікації почуттів у пацієнтів із гніздовою алопецією були пов'язані з тривожними проявами, а труднощі ідентифікації та опису почуттів – із депресивними. Ці результати розширюють уявлення про психологічну складову алопеції, привертаючи увагу до особливостей емоційного функціонування поряд із вираженістю симптомів. Алекситимія не є еквівалентом афективно-конативних характеристик, проте дані про неї підтримують доцільність дослідження того, як негативні переживання усвідомлюються, виражаються та співвідносяться з іншими психологічними проявами [4].

Окремої уваги потребують прояви, пов'язані з гнівом та агресивним реагуванням. У

дослідженні жінок із дифузною алопецією встановлено відмінності між клінічними підгрупами за показниками гніву та його зовнішнього вираження поряд із вищими показниками тривоги й депресії порівняно з контрольною групою [5]. Хоча гнів і агресивність є різними психологічними поняттями, ці результати засвідчують важливість аналізу спрямованості та способу вираження емоційного напруження. Водночас питання про поєднання таких реакцій із фрустраційними переживаннями та ригідністю залишається відкритим і потребує безпосереднього емпіричного вивчення.

Неоднорідність психологічних проявів необхідно розглядати з урахуванням різноманітності самої алопеції. У дослідженні, що охоплювало пацієнтів з андрогенетичною, гніздовою, рубцевою алопецією та телогеновим випадінням волосся, негативне сприйняття захворювання було пов'язане з вищими показниками тривоги й депресії та нижчою якістю життя; при цьому емоційний тягар відрізнявся між клінічними формами [6]. Це підкреслює необхідність урахування клінічного контексту під час інтерпретації психологічних характеристик. Дані, отримані для гніздової алопеції, розширюють загальне розуміння проблеми, однак не можуть автоматично переноситися на інші механізми втрати волосся.

Таким чином, актуальність афективно-конативного напрямку вивчення алопеції пов'язана з потребою пояснити індивідуальні відмінності у переживанні хвороби та реагуванні на неї. Сучасні дані про емоційний контроль, сприйняття захворювання та труднощі опрацювання почуттів обґрунтовують увагу до психологічних процесів, які можуть супроводжувати й підтримувати дистрес [1, 2, 4]. З'ясування місця тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності в цих взаємозв'язках, а також їхнього співвідношення з особистісними ресурсами й психосоціальним функціонуванням сприятиме поглибленню клініко-психологічного розуміння алопеції та диференціації психологічної допомоги.

Мета роботи

Визначити особливості афективно-конативних характеристик та їхні психосоціальні кореляти у жінок з алопецією різного ґенезу для обґрунтування диференційованих напрямів медико-психологічної допомоги цим пацієнткам.

Матеріали і методи дослідження

Поперечне порівняльне дослідження проведено у 2023–2024 рр. на базі клініки «Новодерм» у Львові (Україна). До вибірки увійшли 153 жінки віком 25–45 років із клінічно встановленою дифузною алопецією. Набір здійснювали послідовно серед пацієток, які зверталися по медичну допомогу протягом зазначеного періоду, відповідали критеріям включення та надали письмову інформовану згоду. Обсяг вибірки визначався кількістю осіб, залучених упродовж періоду набору; попередній розрахунок необхідної чисельності учасниць не проводили. Критерії включення передбачали жіночу стать, вік від 25 до 45 років, клінічно підтверджену дифузну алопецію, відсутність психічних розладів у психіатричному анамнезі та письмову інформовану згоду на участь.

За встановленим клінічним діагнозом пацієток розподілено на дві групи: першу становили 45 жінок із метаболічною алопецією, другу – 108 жінок зі змішаною алопецією. Показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності не використовували як критерії розподілу на групи.

Комплексне дослідження включало клініко-психопатологічне і психодіагностичне обстеження. Психодіагностичний інструментарій дослідження містив адаптовані варіанти методики Г. Айзенка «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» [7], методики оцінки соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond [8], методики оцінки якості життя Н. Mezzich в адаптації Н.О. Марути [9], методики визначення

життєстійкості S.Maddi [10], шкали резильєнтності К. М. Connor – J. R. T. Davidson [11, 12] та тесту-опитувальника “Самовідношення” В.В. Століна, С.Р. Пантелєєва [13].

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

Результати

Результати дослідження представлені у табл. 1 та на рис. 1.

Показник	Значення показника, $M \pm m$, бали		p
	З метаболічною алопецією, n=45	Зі змішаною алопецією, n=108	
Тривожність	5,69±5,44	11,01±6,97	<0,001
Фрустрація	6,89±5,54	11,30±6,60	0,001
Агресивність	5,96±5,95	10,50±6,60	<0,001
Ригідність	6,24±4,81	10,78±6,96	<0,001

Table 1. Показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності у пацієнток з алопецією різного ґенезу

З даних табл. 1 видно, що змішана алопеція асоційована з суттєво вищими показниками тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Показник тривожності у пацієнток з метаболічною алопецією відповідав низькому рівню, тоді як у пацієнток зі змішаною алопецією – середньому рівню.

Показник фрустрації у обстежених пацієнток загалом був найвищим, і у пацієнток з метаболічною алопецією відповідав низькому рівню, наближаючись до середнього, а у пацієнток зі змішаною алопецією – середньому рівню, наближаючись до високого.

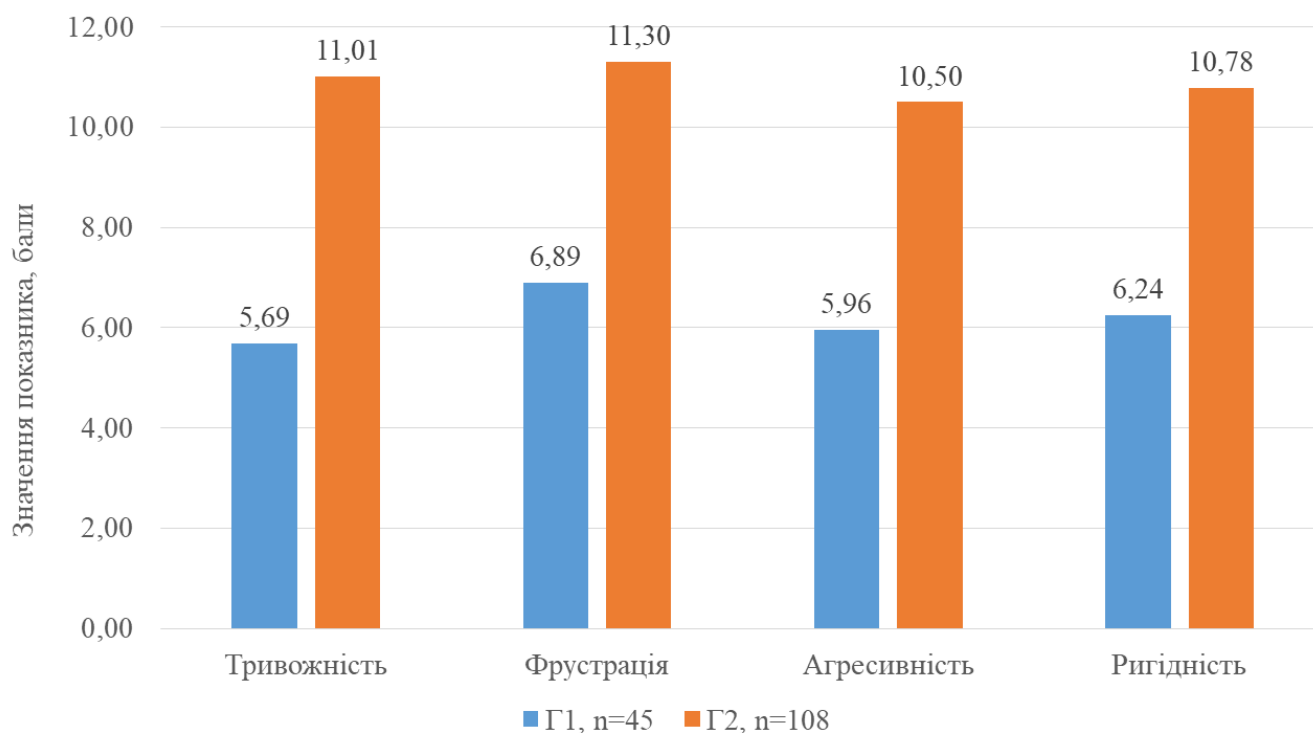


Figure 1. Показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності у пацієнток з алопецією різного генезу

Показник агресивності у пацієнток з метаболічною алопецією також відповідав низькому рівню, а у пацієнток зі змішаною алопецією – середньому рівню; при цьому у пацієнток з метаболічною алопецією він був третім за виразністю серед усіх показників, а у пацієнток зі змішаною алопецією – останнім.

Показник ригідності у пацієнток з метаболічною алопецією також відповідав низькому рівню, і був другим за значенням серед усіх показників опитувальника «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності», а у пацієнток зі змішаною алопецією показник ригідності відповідав середньому рівню і займав третю позицію серед показників опитувальника.

При вивченні розподілу пацієнток з метаболічною та змішаною алопецією на групи в залежності від рівня тривожності були виявлені суттєві відмінності (табл. 2, рис. 2).

Рівень тривожності	З метаболічною алопецією, n=45		Зі змішаною алопецією, n=108		p
	абс.	%	абс.	%	
Низький	35	77,8	46	42,6	<0,001
Середній	4	8,9	17	15,7	0,196
Високий	6	13,3	45	41,7	<0,001
Всього	45	100,0	108	100,0	

Table 2. Розподіл пацієнток з алопецією різного генезу на групи за рівнями тривожності

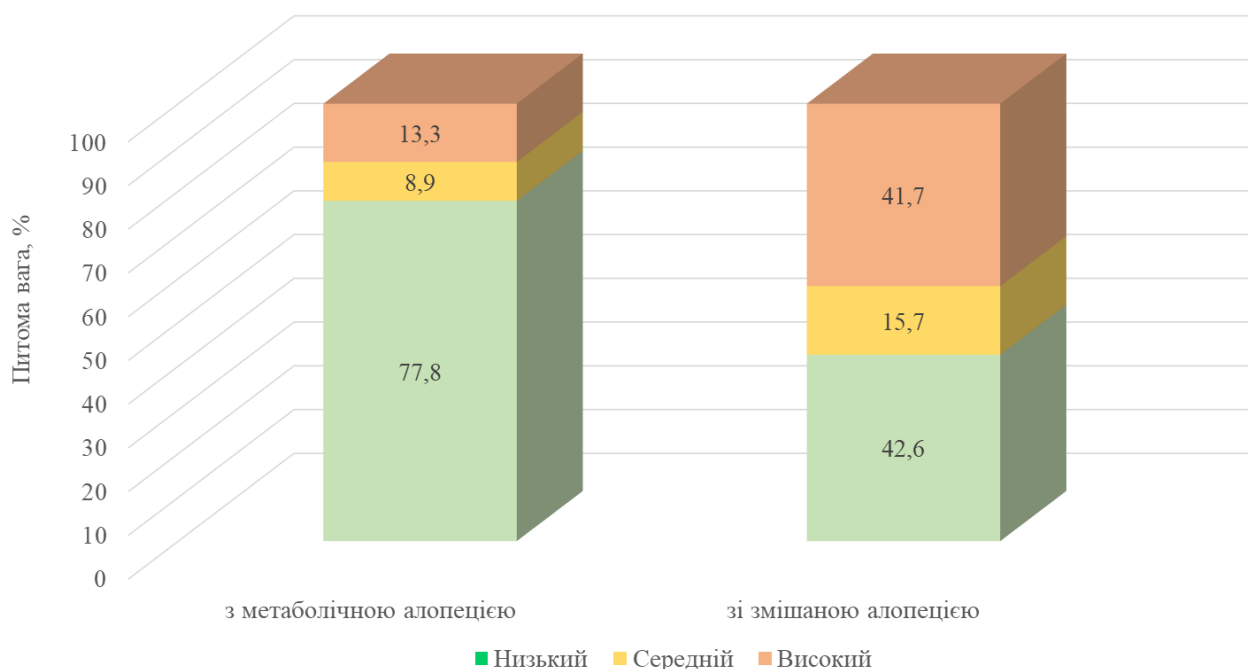


Figure 2. Структура рівнів тривожності у пацієнток з алопецією різного генезу

Переважає більшість жінок з метаболічною алопецією належала до групи з низьким рівнем тривожності (77,8%), а питома вага пацієнток з середнім і високим рівнем тривожності була

близькою (відповідно 8,9% та 13,3%). У пацієнток зі змішаною алопецією майже однаковою виявилася питома вага осіб з низькою та високою тривожністю (42,6% та 41,7% відповідно), тоді як питома вага жінок з середнім рівнем тривожності була майже втричі меншою (15,7%).

За рівнем фрустрації більшість пацієнток з метаболічною алопецією належали до групи з низьким рівнем (68,9%), значно меншою була питома вага пацієнток з середнім рівнем фрустрації (17,8%), і найменшою – з високим рівнем (13,3%) (табл. 3, рис. 3).

Рівень фрустрації	З метаболічною алопецією, n=45		Зі змішаною алопецією, n=108		p
	абс.	%	абс.	%	
Низький	31	68,9	39	36,1	<0,001
Середній	8	17,8	23	21,3	0,399
Високий	6	13,3	46	42,6	<0,001
Всього	45	100,0	108	100,0	

Table 3. Розподіл пацієнток з алопецією різного ґенезу на групи за рівнями фрустрації

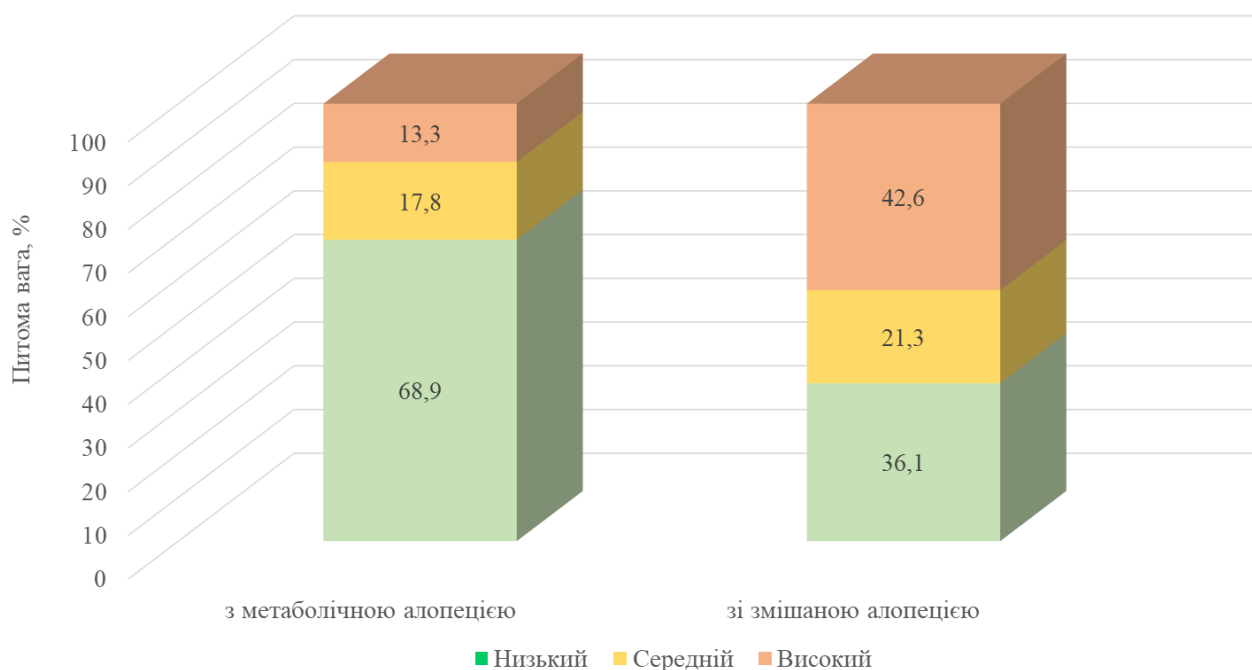


Figure 3. Структура рівнів фрустрації у пацієнток з алопецією різного ґенезу

У пацієнток зі змішаною алопецією найбільшою була питома вага осіб з високим рівнем фрустрації (42,6%), значною виявилася також питома вага обстежених з низьким рівнем фрустрації (36,1%), а найменшою – жінок з середнім рівнем фрустрації (21,3%).

Рівень агресивності у переважної більшості пацієнток з метаболічною алопецією відповідав низькому рівню (73,3%), значно менше було жінок з середнім (11,1%) та низьким (15,6%) рівнями агресивності (табл. 4, рис. 4).

Рівень фрустрації	З метаболічною алопецією, n=45		Зі змішаною алопецією, n=108		p
	абс.	%	абс.	%	
Низький	33	73,3	50	46,3	0,002
Середній	5	11,1	18	16,7	0,271
Високий	7	15,6	40	37,0	0,006

Всього	45	100,0	108	100,0	
--------	----	-------	-----	-------	--

Table 4. Розподіл пацієнток з алопецією різного ґенезу на групи за рівнями агресивності

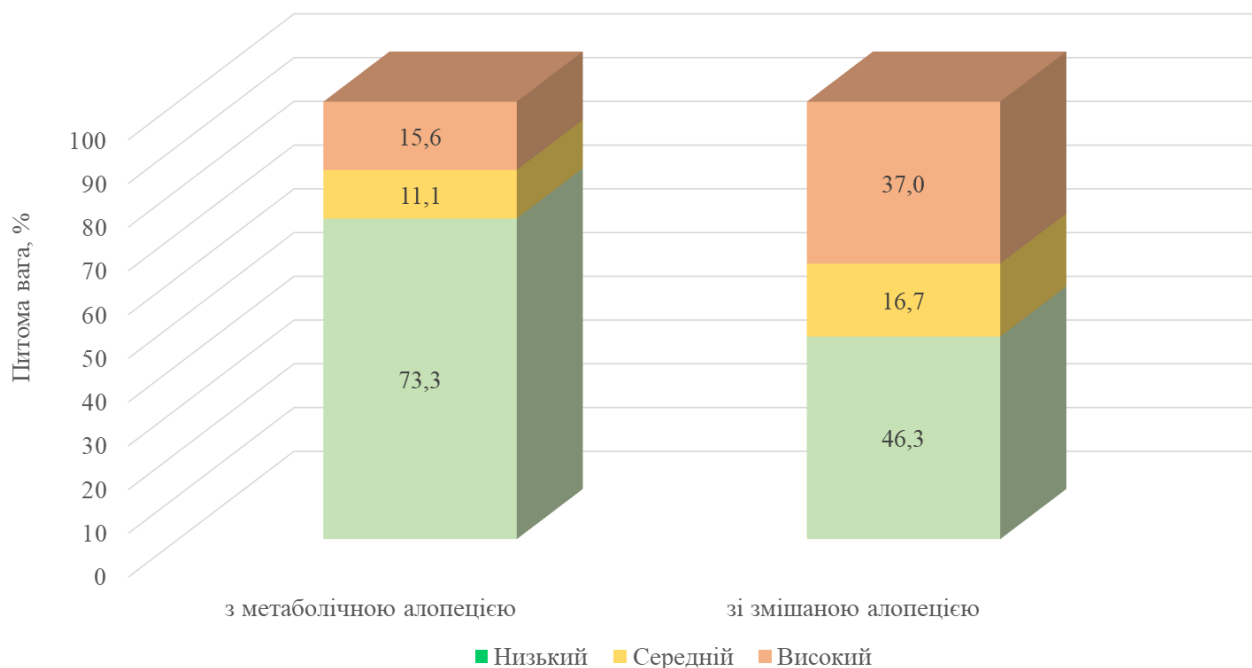


Figure 4. Структура рівнів агресивності у пацієнток з алопецією різного ґенезу

У пацієнток зі змішаною алопецією більшість складали жінки з низьким рівнем агресивності (46,3%), однак, значною була також питома вага обстежених з високим рівнем агресивності (37,0%), тоді як жінок з середнім рівнем агресивності було значно менше (16,7%).

Більшість жінок з метаболічною алопецією продемонстрували низький рівень ригідності (75,6%), значною меншою була питома вага жінок з середнім рівнем ригідності (15,6%), і найменшою – з високим рівнем ригідності (8,8%) (табл. 5, рис. 5).

Рівень фрустрації	З метаболічною алопецією, n=45		Зі змішаною алопецією, n=108		p
	абс.	%	абс.	%	
Низький	34	75,6	49	45,4	0,001
Середній	7	15,6	12	11,1	0,305
Високий	4	8,8	47	43,5	<0,001
Всього	45	100,0	108	100,0	

Table 5. Розподіл пацієнток з алопецією різного ґенезу на групи за рівнями ригідності

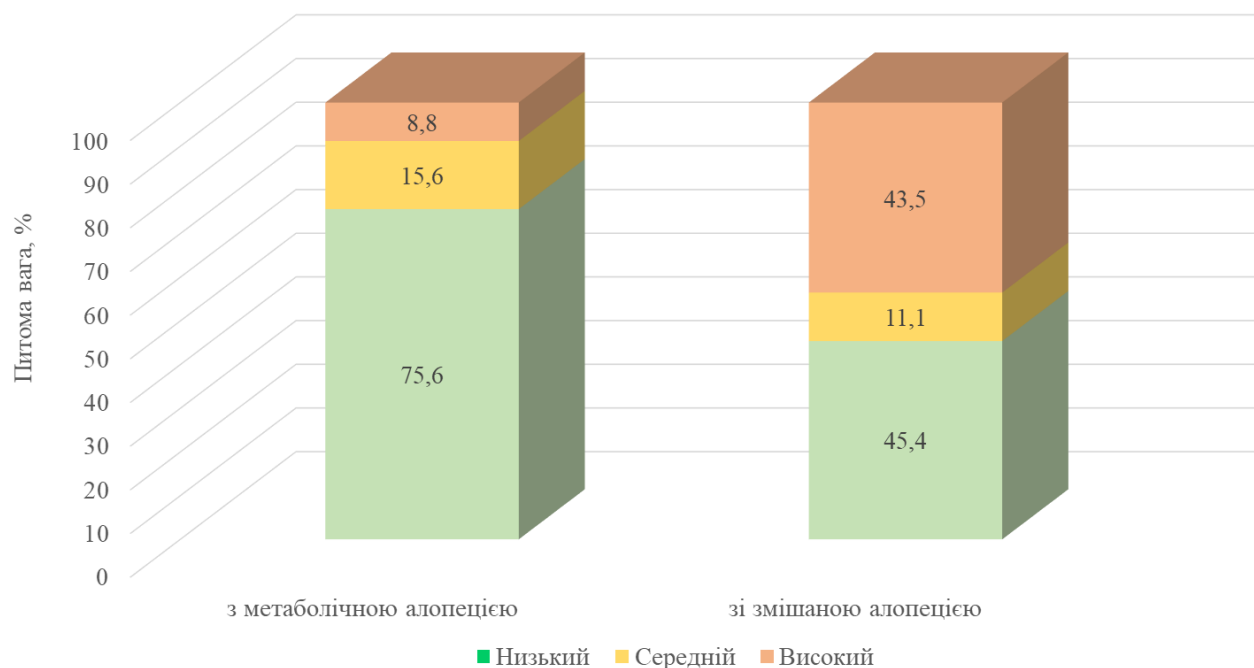


Figure 5. Структура рівнів агресивності у пацієнток з алопецією різного генезу

Таким чином, виразність тривожності, фрустрації та ригідності суттєво відрізнялися в залежності від виду алопеції. Для жінок з метаболічною алопецією були характерні нижчі показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, що відповідали низькому рівню, тоді як для жінок зі змішаною алопецією – вищі показники, що відповідали середньому рівню. Як у пацієнток з метаболічною, так і зі змішаною алопецією найвищі показники були виявлені за шкалою фрустрації. При цьому у жінок з метаболічною алопецією були дещо більш вираженими прояви ригідності, а у жінок зі змішаною алопецією – тривожності. Більшість жінок з метаболічною алопецією належали до груп з низьким рівнем тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, тоді як середній і високий рівень був виявлений у значно меншій кількості обстежених. У жінок зі змішаною алопецією найбільша кількість обстежених виявили належали до полярних груп: з низьким і високим рівнями тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, при цьому кількість пацієнток у цих групах була близькою, тоді як середній рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності був виявлений у меншій кількості обстежених.

З метою вивчення взаємозв'язків тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності зі станом соціально-психологічної адаптації, якості життя, життєстійкості, резильєнтності і самоставлення у жінок з алопецією нами було проаналізовано кореляційні зв'язки між показниками відповідних тестових методик. Результати представлено у табл. 6.

Показники	Шкали опитувальника «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності»							
	Тривожність		Фрустрація		Агресивність		Ригідність	
	Коеф. ранг. корел.	р	Коеф. ранг. корел.	р	Коеф. ранг. корел.	р	Коеф. ранг. корел.	р
Шкали методики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond								
Адаптація	-0,535	<0,001	-0,599	<0,001	-0,508	<0,001	-0,444	<0,001
Самоприйняття	-0,425	<0,001	-0,499	<0,001	-0,412	<0,001	-0,449	<0,001
Прийняття інших	-0,222	0,006	-0,183	0,024	-0,213	0,008	-0,222	0,006

Емоційний комфорт	-0,364	<0,001	-0,407	<0,001	-0,444	<0,001	-0,327	<0,001
Інтернальність	-0,492	<0,001	-0,458	<0,001	-0,470	<0,001	-0,343	<0,001
Прагнення до домінування	-0,141	0,081	-0,254	0,002	-0,127	0,117	-0,110	0,175
Шкали методики якості життя I. Mezzich в адаптації Н. Марути								
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	-0,359	<0,001	-0,374	<0,001	-0,428	<0,001	-0,264	0,001
Виконання соціальних ролей	-0,405	<0,001	-0,408	<0,001	-0,487	<0,001	-0,289	<0,001
Зовнішні життєві умови	-0,359	<0,001	-0,359	<0,001	-0,454	<0,001	-0,309	<0,001
Показник якості життя	-0,374	<0,001	-0,380	<0,001	-0,460	<0,001	-0,299	<0,001
Шкала короткої версії тесту життєстійкості S.Maddi								
Життєстійкість	-0,492	<0,001	-0,427	<0,001	-0,449	<0,001	-0,437	<0,001
Шкала резильєнтності K.Connor - J.Davidson resilience scale-10								
Резильєнтність	-0,572	<0,001	-0,570	<0,001	-0,759	<0,001	-0,320	<0,001
Шкали тесту-опитувальника для визначення самоставлення особистості								
Відвертість	-0,175	0,030	-0,115	0,158	-0,057	0,482	-0,127	0,116
Самовпевненість	-0,478	<0,001	-0,590	<0,001	-0,503	<0,001	-0,159	0,050
Самокерівництво	-0,546	<0,001	-0,676	<0,001	-0,539	<0,001	-0,251	0,002
Дзеркальне Я	-0,430	<0,001	-0,558	<0,001	-0,466	<0,001	-0,281	<0,001
Самоцінність	-0,526	<0,001	-0,627	<0,001	-0,520	<0,001	-0,171	0,035
Самоприйняття	-0,380	<0,001	-0,537	<0,001	-0,441	<0,001	-0,324	<0,001
Самоприв'язаність	-0,289	<0,001	-0,295	<0,001	-0,194	0,016	-0,043	0,594
Конфліктність	0,478	<0,001	0,589	<0,001	0,571	<0,001	0,269	0,001
Самозвинувачення	0,430	<0,001	0,563	<0,001	0,501	<0,001	0,224	0,005

Table 6. Кореляційні зв'язки тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності з показниками соціально-психологічної адаптації, якості життя, життєстійкості, резильєнтності та самоставлення особистості у жінок з алопецією

Показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності були пов'язані зворотнім кореляційним зв'язком середньої сили з показниками адаптації, самоприйняття, емоційного комфорту, інтернальності, і слабким зворотнім кореляційним зв'язком з показниками прийняття інших та прагнення до домінування методики соціально-психологічної адаптації C. Rogers et R.F. Dymond. Кореляційні зв'язки між показниками тривожності, агресивності та ригідності і показником прагнення до домінування виявилися статистично не значущими.

Показники тривожності, фрустрації та агресивності були пов'язані зворотнім кореляційним

зв'язком середньої сили з показниками суб'єктивного благополуччя / задоволеності, виконання соціальних ролей, зовнішніх життєвих умов та загальним показником якості життя; зворотній кореляційний зв'язок між показником ригідності і показниками якості життя був слабким.

Зворотні кореляції середньої сили були виявлені між показниками тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності і показником життєстійкості.

Аналогічно, зворотні кореляції середньої сили були виявлені між показниками тривожності, фрустрації та ригідності і показником резильєнтності; при цьому показник агресивності виявив більш тісний зворотній кореляційний зв'язок з резильєнтністю.

Тривожність у жінок з алопецією значуще зворотно корелювала з відвертістю (зв'язок слабкий), самовпевненістю, самокерівництвом, дзеркальним Я та самоцінністю (зв'язок середньої сили) за тестом-опитувальником для визначення самоствавлення особистості. Фрустрація значуще корелювала з показниками самовпевненості, самокерівництва, дзеркального Я та самоцінності (кореляційний зв'язок середньої сили). Агресивність виявила зворотні кореляції середньої сили з показниками самовпевненості, самокерівництва, дзеркального Я та самоцінності. Найменш тісні зв'язки були характерні для ригідності, яка була пов'язана слабкими кореляціями з показниками самовпевненості, самокерівництва, дзеркального Я та самоцінності.

Обговорення результатів

Отримані результати засвідчили виразні відмінності афективно-конативних характеристик у жінок із дифузною алопецією різного генезу. У пацієток зі змішаною алопецією показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності були значуще вищими порівняно з жінками з метаболічною алопецією, причому відмінності охоплювали всі досліджені компоненти, а не окремі прояви емоційного неблагополуччя. Це узгоджується із сучасними уявленнями про алопецію як стан із суттєвим психосоціальним навантаженням, яке не обмежується тривожно-депресивною симптоматикою, а охоплює емоційне функціонування, поведінкову регуляцію, самооцінку та соціальну адаптацію [1, 4, 6, 14]. Так, метааналіз досліджень андрогенетичної алопеції продемонстрував погіршення пов'язаної зі здоров'ям якості життя та емоційного функціонування, особливо у жінок [14], а у проспективному дослідженні пацієнтів із телогеновим випадінням волосся виявлено вищі рівні сприйманого стресу, тривоги й депресивної симптоматики та їх зв'язок із погіршенням якості життя [15]. Водночас пряме перенесення результатів, отриманих при інших клінічних формах алопеції, на нашу вибірку було б некоректним; вони радше підтверджують загальну психодерматологічну закономірність, у межах якої клінічно різні форми втрати волосся можуть супроводжуватися значним психологічним тягарем.

Особливої уваги заслуговує не лише вища середня вираженість досліджених характеристик при змішаній алопеції, а й структура їх розподілу. Якщо серед жінок з метаболічною алопецією чітко переважали низькі рівні тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, то при змішаній алопеції значна частина пацієток концентрувалася на протилежних полюсах – низькому та високому, тоді як частка осіб із середніми значеннями була меншою. Така картина дає підстави говорити не про однорідне підвищення психологічного дистресу при змішаній алопеції, а про більшу гетерогенність психологічної відповіді. Подібний принцип гетерогенності описано в дослідженні Alopecia + Me, де у пацієнтів із гніздовою алопецією були виділені різні профілі сприйняття захворювання, які істотно відрізнялися за рівнями тривоги, депресії, стигматизації та якості життя [1]. Важливо, що психологічний тягар у цьому дослідженні був тісніше пов'язаний зі сприйняттям хвороби та стигматизацією, ніж із самооціненою клінічною тяжкістю алопеції [1]. Схожі дані отримали M. Senna et al.: об'єктивна площа втрати волосся при гніздовій алопеції не була самостійним предиктором якості життя, тоді як суб'єктивне сприйняття тяжкості захворювання мало значущий вплив

[16]. Отже, виявлена нами поляризація може відображати існування різних способів психологічної адаптації до алопеції. Разом із тим це припущення потребує спеціальної перевірки, оскільки сприйняття хвороби та стигматизацію в даній роботі безпосередньо не оцінювали.

Найвищим серед чотирьох досліджених показників в обох клінічних групах виявився рівень фрустрації. Цей результат видається принципово важливим, оскільки зміщує фокус із традиційного для досліджень алопеції аналізу тривоги та депресії на переживання перешкоди, обмеженого контролю та неможливості швидко відновити бажаний стан. Сучасні дані демонструють, що пацієнти з алопецією часто сприймають захворювання як тривале, емоційно значуще та недостатньо контрольоване, а негативніше сприйняття хвороби пов'язане з більш вираженими тривожно-депресивними проявами та гіршою якістю життя [1, 6]. Отримані нами дані дозволяють припустити, що саме фрустраційне переживання може бути однією з психологічних ланок, через які невизначеність перебігу захворювання та обмеженість суб'єктивного контролю трансформуються у ширші порушення адаптації. На користь цього свідчить структура кореляцій фрустрації: вона була пов'язана зі зниженням загальної адаптації, емоційного комфорту та інтернальності, а у сфері самоставлення – зі зниженням самовпевненості, самокерівництва, самоцінності й самоприйняття та одночасним посиленням внутрішньої конфліктності й самозвинувачення. Отже, фрустрацію в цьому контексті доцільно розглядати не лише як негативний емоційний стан, а як маркер ширшої напруги системи саморегуляції.

Окремим результатом роботи є підвищена агресивність у пацієнток зі змішаною алопецією. Поняття агресивності не слід ототожнювати з відкритою агресивною поведінкою; у контексті використаної методики йдеться насамперед про схильність до відповідного типу емоційно-поведінкової реакції на напруження та перешкоди. Отриманий результат узгоджується з даними S. Aldemir et al., які виявили у жінок із дифузною алопецією не лише вищі показники тривоги та депресивної симптоматики порівняно зі здоровими особами, але й особливості гніву та способів його вираження, причому показники гніву відрізнялися між клінічними варіантами дифузної алопеції [5]. Наші дані розширюють ці спостереження, оскільки демонструють включеність агресивності у значно ширшу систему психосоціального функціонування. Найбільш показовим є дуже тісний зворотний зв'язок агресивності з резильєнтністю ($r=-0,759$), а також її зв'язки зі зниженням якості життя, адаптації, самовпевненості, самокерівництва й самоцінності та з посиленням внутрішньої конфліктності й самозвинувачення. Це дозволяє розглядати підвищену агресивність у частини пацієнток радше як індикатор напруження механізмів емоційної регуляції та виснаження адаптаційного ресурсу, ніж як ізольовану особистісну рису. Таке трактування співзвучне сучасним даним про значення труднощів розпізнавання й вербалізації емоцій у пацієнтів з алопецією: J. Fhager et al. показали зв'язок труднощів ідентифікації почуттів із тривожними проявами, а труднощів ідентифікації та опису почуттів – із депресивною симптоматикою [4].

Ригідність також була істотно вищою при змішаній алопеції, однак її кореляційні зв'язки з більшістю досліджених психосоціальних характеристик були слабшими, ніж для тривожності, фрустрації та агресивності. Це може свідчити про дещо інше функціональне місце ригідності в психологічному профілі пацієнток. Її доцільно інтерпретувати передусім як характеристику недостатньої гнучкості реагування та складності перебудови звичних способів дії в умовах тривалої або непередбачуваної ситуації. Дані щодо ригідності при алопеції залишаються обмеженими, однак ще у контрольованому дослідженні J. van der Donk et al. у жінок з андрогенетичною алопецією були виявлені вищі показники ригідності та загальної психологічної дезадаптації порівняно з чоловіками з аналогічним захворюванням [17]. Сучасні дослідження психодерматологічних пацієнтів також підтверджують значення особливостей емоційного контролю й регуляції в адаптації до хронічної соматичної патології [2]. При цьому в нашому дослідженні слабші зв'язки ригідності з якістю життя, резильєнтністю та окремими аспектами самоставлення порівняно з іншими афективно-конативними характеристиками не дозволяють вважати її центральним психологічним механізмом, однак указують на можливу

модифікуючу роль.

Виявлені кореляції тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності з показниками соціально-психологічної адаптації та якості життя підтверджують, що досліджені характеристики не є ізольованими емоційними феноменами. Їх посилення супроводжувалося нижчими показниками загальної адаптації, самоприйняття, емоційного комфорту й інтернальності, а також нижчими показниками суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей та загальної якості життя. Це відповідає результатам міжнародних досліджень, у яких алопеція асоціювалася з порушенням емоційного та соціального функціонування, зниженням самооцінки та якості життя [6, 14, 15, 18]. Особливо важливими в цьому контексті є дані J.Kullab et al., отримані для пацієнтів з гніздовою й андрогенетичною алопецією: в обох групах виявлено стигматизацію і порушення якості життя, а психологічні ресурси й соціальна підтримка розглядалися як потенційно значущі мішені допомоги [18]. У попередньому аналізі цієї ж когорти нами також було показано, що погіршення психосоціальної адаптації тісно пов'язане зі зростанням психічної дезадаптації, причому найбільш уразливими виявлялися сфери самосприйняття та емоційного комфорту [19]. Сукупність цих результатів дозволяє розглядати афективно-конативні характеристики як складову цілісної системи психосоціальної адаптації пацієнток з алопецією.

Особливо вагомим підтвердженням такого підходу є зв'язок досліджених характеристик із життестійкістю та резильєнтністю. Усі чотири показники зворотно корелювали з життестійкістю, а тривожність, фрустрація й особливо агресивність – із резильєнтністю. У попередньому дослідженні цієї ж вибірки встановлено, що пацієнтки зі змішаною алопецією характеризувалися нижчими показниками життестійкості та резильєнтності порівняно з жінками з метаболічною алопецією, а зі зростанням ступеня психічної дезадаптації ці ресурси послідовно знижувалися [20]. Нинішні результати доповнюють цю закономірність, показуючи, з якими саме афективно-конативними проявами ресурсний дефіцит пов'язаний найбільш тісно. Водночас поперечний дизайн дослідження не дозволяє визначити напрямок цих взаємозв'язків: нижча резильєнтність може підвищувати вразливість до негативних емоційних реакцій, але й тривале афективне напруження здатне виснажувати адаптаційні ресурси. Тому коректніше говорити про взаємопов'язану систему психологічної вразливості та адаптації, а не про односпрямований причинний механізм.

Значущість самоставлення в цій системі підтверджується широким спектром виявлених кореляцій. Тривожність, фрустрація та агресивність найбільш послідовно асоціювалися зі зниженням самовпевненості, самокерівництва, самоцінності та самоприйняття, а також із посиленням внутрішньої конфліктності та самозвинувачення. Це узгоджується з даними систематичного огляду та метааналізу С.-Н. Huang et al., де серед психологічних наслідків андрогенетичної алопеції поряд із порушенням якості життя описано зниження самооцінки та емоційного благополуччя [14]. Водночас наші результати дозволяють конкретизувати цей взаємозв'язок: психологічне значення має не лише негативна оцінка власної зовнішності, а ширша система ставлення до себе – переживання власної спроможності, контролю, цінності та внутрішньої узгодженості. Показово, що в іншому аналізі цієї ж когорти при змішаній алопеції було виявлено частіше використання дистанціювання та уникнення й меншу вираженість проблемно-орієнтованого копіngu та пошуку соціальної підтримки [21]. Це дозволяє розглядати афективно-конативні характеристики, внутрішні ресурси, самоставлення та копінг не як незалежні параметри, а як взаємопов'язані компоненти психологічної адаптації до захворювання.

У клінічному аспекті результати дослідження обґрунтовують доцільність виходу за межі традиційного скринінгу лише тривожної та депресивної симптоматики у жінок з алопецією. Особливо у пацієнток зі змішаним генезом захворювання доцільно оцінювати також вираженість фрустрації, особливості регуляції гніву й агресивних реакцій, психологічну гнучкість, резильєнтність, самоставлення та використовувати способи подолання стресу. Такий підхід дозволяє ідентифікувати пацієнток із високим психологічним навантаженням

навіть за відсутності очевидної клінічно оформленої психопатології. Перспективними напрямками медико-психологічної допомоги можуть бути психоосвіта щодо захворювання, корекція дисфункціональних уявлень про його перебіг і контрольованість, розвиток навичок емоційної ідентифікації та регуляції, формування адаптивних копінг-стратегій, зміцнення резильєнтності й соціальної підтримки. Наявні систематичні огляди медико-психологічних втручань при алопеції свідчать про потенційну користь підходів, заснованих на практиках усвідомленості, поведінкових втручань, психотерапії та роботи з копінгом щодо психоемоційного стану й якості життя, хоча доказова база поки що залишається обмеженою й стосується переважно гніздової та рубцевої алопеції [22].

Таким чином, отримані результати дозволяють розглядати тривожність, фрустрацію, агресивність і ригідність не лише як окремі психологічні реакції на втрату волосся, а як елементи взаємопов'язаної афективно-конативної системи, інтегрованої з адаптаційними ресурсами, якістю життя та ставленням особистості до себе. Змішаний ґенез алопеції асоціюється не просто з більшою вираженістю негативних психологічних проявів, а з більшою неоднорідністю психологічного реагування, що обґрунтовує необхідність диференційованої оцінки кожної пацієнтки. Виявлені кореляції не дають підстав для висновків про причинний напрямок взаємозв'язків, однак окреслюють систему психологічних мішеней, які можуть бути клінічно значущими для персоніфікованої медико-психологічної допомоги жінкам з дифузною алопецією.

Висновки

1. У жінок зі змішаною алопецією виявлено статистично значуще вищі рівні тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності порівняно з пацієнтками з метаболічною алопецією. В обох групах найбільш вираженим афективно-конативним компонентом була фрустрація.
2. Психологічний профіль жінок зі змішаною алопецією характеризувався більшою неоднорідністю: значна частина пацієнток належала до полярних груп із низькими або високими рівнями тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, тоді як при метаболічній алопеції переважали низькі значення цих показників.
3. Підвищення тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності було пов'язане з погіршенням соціально-психологічної адаптації, емоційного комфорту, інтернальності та якості життя, а також зі зниженням життєстійкості й резильєнтності. Найтісніший зв'язок встановлено між агресивністю та резильєнтністю.
4. Несприятливі афективно-конативні характеристики були також пов'язані з менш конструктивним самоставленням – нижчими самовпевненістю, самокерівництвом, самоцінністю та самоприйняттям і вищими внутрішньою конфліктністю та самозвинуваченням.
5. Сукупність виявлених взаємозв'язків дозволяє розглядати афективно-конативний профіль як важливу складову психологічної адаптації жінок з алопецією. Його характеристики тісно пов'язані з адаптаційними ресурсами, якістю життя та особливостями самоставлення, що обґрунтовує необхідність їх урахування при диференційованій медико-психологічній оцінці пацієнток з алопецією різного ґенезу.

Посилання

1. Christou, E., Lalagianni, N., McSweeney, S. M., Cotter, C., Ung, C. Y., Walburn, J., McCrone, P., Turner, M. A., McGrath, J. A., Weinman, J., & Tziotzios, C. (2025). 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. *British Journal of Dermatology*, 193(3), 458–467. <https://doi.org/10.1093/bjd/ljaf189>
2. Orzechowska, A., Maruszewska, P., Gałęcka, M., Hyland, P., Boduszek, D., Gałęcki, P., & Bliźniewska-Kowalska, K. (2023). Emotional control in selected somatic and psychiatric

- diseases. BMC Psychiatry, 23, Article 802. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05321-7>
3. Choi, S., Zhang, B., Ma, S., Gonzalez-Celeiro, M., Stein, D., Jin, X., Kim, S. T., Kang, Y.-L., Besnard, A., Rezza, A., Grisanti, L., Buenrostro, J. D., Rendl, M., Nahrendorf, M., Sahay, A., & Hsu, Y.-C. (2021). Corticosterone inhibits GAS6 to govern hair follicle stem-cell quiescence. *Nature*, 592(7854), 428–432. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03417-2>
4. Fhager, J., Örmön, K., Svensson, Å., & Sjöström, K. (2026). Importance of alexithymia on anxiety and depression in alopecia areata: A cohort study. *Skin Health and Disease*, 6(2), 94–102. <https://doi.org/10.1093/skinhd/vzaf092>
5. Aldemir, S., Erpolat, S., Dalbudak, E., Tan, S., & Topcu, M. (2015). Diffüz alopesili kadınlarda öfke, anksiyete ve depresyon [Anger, anxiety and depression in women with diffuse alopecia]. *Dicle Medical Journal*, 42(3), 335–341. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2015.03.0585>
6. Alotaibi, H. M., Bin Idris, R., Alajlan, A. H., Alghufaili, A. A., Barakeh, M., Alobaid, S. A., & Algarzae, N. K. (2025). Illness perception, psychological distress, and quality of life in patients with alopecia: A cross-sectional study from Riyadh, Saudi Arabia. *Archives of Dermatological Research*, 317, Article 646. <https://doi.org/10.1007/s00403-025-04093-2>
7. Карамушка, Л. М., Креденцер, О. В., Терещенко, К. В., Лагодзінська, В. І., Івкін, В. М., & Ковальчук, О. С. (2023). Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: Психологічний практикум (Л. М. Карамушка, ред.). Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2023. С. 12-15.
8. Лемак, М. В., Петрище, В. Ю. (Уклад.). (2012). Психологу для роботи: Діагностичні методики (2-ге вид., випр.). Видавництво Олександри Гаркуші. С. 85-90. ISBN: 978-617-531-048-9
9. Марута, Н. А., Панько, Т. В., Явдак, И. А., Семькина, Е. Е., Колядко, С. П., & Каленская, Г. Ю. (2004). Критерий качества жизни в психиатрической практике. РИФ «Арсис», ЛТД. 240 с. ISBN: 966-7299-63-5
10. Олефір В.О., Кузнецов М.А., Павлова А.В. (2013). Коротка версія тесту життєстійкості. Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г.С. Сковороди, серія Психологія. Вип. 45(2). С. 158-165.
11. Асонов Д.О. Когнітивні та емоційні компоненти резилієнсу у ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку у віддаленому періоді (психокорекція, прогнозування). Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 225 «Медична психологія». Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2022.
12. Школіна, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О., & Станіславчук, М. А. (2020). Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора – Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозівний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 2(80), 66–72. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>
13. Колесніченко ОС, та ін. (2020). Прикладна психодіагностика в Національній гвардії України: методичний посібник. Приходько ІІ, редактор. Харків: НАНГУ. С 184-193.
14. Huang, C. H., Fu, Y., & Chi, C. C. (2021). Health-Related Quality of Life, Depression, and Self-esteem in Patients With Androgenetic Alopecia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA dermatology*, 157(8), 963–970. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2021.2196>
15. Fişek Izci, N., Aksoy, B., & Aktaş, E. (2025). Significant impact of telogen effluvium on quality of life, depression, anxiety and stress: a prospective case-control study. *European journal of dermatology : EJD*, 35(4), 300–306. <https://doi.org/10.1684/ejd.2025.4931>
16. Senna, M., Ko, J., Glashofer, M., Walker, C., Ball, S., Edson-Heredia, E., Zhu, B., & Shapiro, J. (2022). Predictors of QOL in Patients with Alopecia Areata. *The Journal of investigative dermatology*, 142(10), 2646–2650.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jid.2022.02.019>
17. Van Der Donk, J., Passchier, J., Knecht-Junk, C., Van Der Wegen-Keijser, M.H., Nieboer, C., Stolz, E., Verhage, F. (1991), Psychological characteristics of women with androgenetic alopecia: a controlled study. *British Journal of Dermatology*, 125: 248-252. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1991.tb14749.x>

18. Kullab, J., Stuhlmann, C. F. Z., Ziehfrend, S., Wecker, H., Biedermann, T., & Zink, A. (2025). Identification of Stigmatization and Relevant Predictors in People with Alopecia Areata and Androgenetic Alopecia: A Comparative Cross-sectional Study in German-speaking Countries and the USA. *Acta dermato-venereologica*, 105, adv42278. <https://doi.org/10.2340/actadv.v105.42278>
19. Маркова, М., Чемерис, М., & Абдрахімов, Р. (2025). Особливості психосоціальної адаптації у пацієнтів з дифузною алопецією залежно від її генезу та інтенсивності проявів психічної дезадаптації. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 12(4(30)), 504–517. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-30-06>
20. Chemerys, M. (2025). Internal personal resources in patients with different types of alopecia: the role of hardiness and resilience in mental maladaptation *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 11(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v11i1.706>
21. Chemerys M., & Markova M. (2026). Coping behavior in women with alopecia: its role in the development of psychological maladjustment and its association with disease genesis. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 11(2). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v11i2.722>
22. Maloh, J., Engel, T., Natarelli, N., Nong, Y., Zufall, A., & Sivamani, R. K. (2023). Systematic Review of Psychological Interventions for Quality of Life, Mental Health, and Hair Growth in Alopecia Areata and Scarring Alopecia. *Journal of clinical medicine*, 12(3), 964. <https://doi.org/10.3390/jcm12030964>