

# Психоэмоциональные состояния у больных нерубцующими алопециями (гнездной, андрогенетической)

А.Н. Мареева, И.Н. Кондрахина

ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России  
107076, Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

Описаны наиболее распространенные психоэмоциональные нарушения у больных гнездной и андрогенетической алопецией. Представлены основные методики их выявления. На основе анализа данных литературы показана важность выявления тревожных, депрессивных и других патологических психогенных состояний у больных хроническими алопециями с целью повышения качества оказания медицинской помощи данной группе пациентов.

Ключевые слова: **тревога, депрессия, гнездная алопеция, андрогенетическая алопеция.**

Контактная информация: [nastasya\\_66@mail.ru](mailto:nastasya_66@mail.ru). Вестник дерматологии и венерологии 2015; (6): 50—56.

# Psycho-emotional conditions of patients with non-cicatrazing alopecia (circumscribed, androgenetic)

A.N. Mareeva, I.N. Kondrakhina

State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Healthcare of the Russian Federation  
Korolenko str., 3, bldg 6, Moscow, 107076, Russia

Most common psycho-emotional disorders are described with patients with circumscribed, androgenetic alopecia. Main identification methods presented. It was shown based on analysis of literary data and in order to upgrade the quality of medical help for this group of patients how important it is to identify the preoccupying, depressive and other pathological psychogenic conditions of patients chronic alopecia.

Key words: **psychic tension, depression, circumscribed alopecia, androgenetic alopecia.**

Corresponding author: [nastasya\\_66@mail.ru](mailto:nastasya_66@mail.ru). Vestnik Dermatologii i Venerologii 2015; 6: 50—56.

■ Различные психогенные нарушения наблюдаются у 30—40% больных с дерматологическими заболеваниями, приводят к изменениям субъективного и объективного восприятия болезни, нарушают привычный образ жизни пациента, ограничивают профессиональную деятельность и социальную активность [1].

В возникновении и течении психогений большое значение отводится локализации патологического процесса, вовлечению видимых участков кожного покрова, в том числе волосистой части головы, что усиливает болезненное восприятие косметического дефекта и осложняет терапию заболевания [2].

Осведомленность об основных психопатологических состояниях у больных с различными видами алопецией позволяет на ранних этапах выявлять и оценивать возможные расстройства у пациента и своевременно проводить необходимую медикаментозную терапию, что улучшает состояние психического здоровья пациента и способствует уменьшению сроков лечения заболевания.

Поредения волос, приводящие к видимому облысению (например, гнездная и андрогенетическая алопеция), могут сопровождаться различными психическими расстройствами, среди которых доминирует тревога, депрессия, алекситимия.

#### **Психоземotionalные нарушения у больных гнездной алопецией**

Гнездная алопеция относится к хроническим аутоиммунным заболеваниям, клинически проявляется формированием очагов алопеции, иногда выпадением ресниц и бровей [3]. Согласно современным представлениям при психогенном обострении хронических дерматозов в схему иммуновоспалительного ответа включается стрессиндуцированная выработка регуляторных нейротрофинов и нейропептидов, что может приводить к нарушению продукции цитокинов и дисбалансу в системе клеточного иммунитета, провоцируя иммунное воспаление [4]. Существует мнение, что наличие проявлений очагового облысения является психологически травмирующим фактором, приводящим к эмоциональным нарушениям и личным, социальным проблемам [5].

Возникновение различных психоземotionalных изменений при патологиях роста волос обусловлено значимостью волос в формировании внешнего облика человека [6].

Гнездная алопеция не только нарушает психологический статус больных, но и является причиной социальной дезадаптации, вынуждая пациентов избегать общественных мероприятий, менять привычный внешний вид (например, стрижку, стиль одежды).

Я.И. Асриян провела исследование уровня тревоги и депрессии по шкале NADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии) у 70 больных гнездной алопецией [7]. Для больных данной патологией была харак-

терна субклинически выраженная тревога и депрессия. Установлена корреляция между уровнем тревоги и клиническими формами заболевания ( $r = 0,456$ ,  $p < 0,05$ ). При очаговой, субтотальной и тотальной алопеции преобладали больные с субклинически выраженной тревогой (87,8; 92,9 и 83,3% соответственно), при универсальной — с клинически выраженной тревогой (72,7%). В данной работе была установлена корреляционная связь между тяжестью облысения и уровнем депрессии ( $r = 0,609$ ,  $p < 0,05$ ). При локальном процессе у 39,4% больных депрессия не фиксировалась. У 45,5% пациентов отмечалась субклинически выраженная депрессия и только у 15,1% больных — клинически выраженная депрессия. При субтотальной, тотальной и универсальной алопеции преобладали больные с субклинически выраженной депрессией (64,3; 66,97 и 63,6% соответственно), клинически выраженная депрессия регистрировалась у 28,6, 33,4 и 36,4% больных соответственно. Установлена корреляция между стадией заболевания и уровнем тревоги ( $r = 0,274$ ,  $p < 0,05$ ). В прогрессирующую стадию гнездной алопеции клинически выраженная тревога отмечалась у 28,1% больных, в стационарную — у 10,0%, в регрессирующую — отсутствовала. Не было выявлено корреляции между стадией заболевания и уровнем депрессии. Зафиксирована корреляция между уровнем тревоги и депрессии и давностью заболевания ( $r = 0,511$ ,  $p < 0,05$ ). Давность заболевания от 2 мес. до года сопровождалась субклиническими состояниями тревоги и депрессии, а давность гнездной алопеции от 1 года до 3 лет приводила к уменьшению уровня тревоги, но увеличению уровня депрессии до субклинического состояния ( $p < 0,05$ ). При давности облысения более 3 лет уровень тревоги возвращался к нормальным значениям, а уровень депрессии сохранялся в субклинических значениях.

Значение выявления алекситимии (психологической характеристики личности, включающей затруднение в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и эмоций других людей); затруднение в различении эмоций и телесных ощущений; снижение способности к символизации, в частности к фантазии; фокусирование преимущественно на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям; склонность к конкретному, утилитарному, логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций) у больных гнездной алопецией описаны в некоторых работах [8—10].

Считается, что пациенты с алекситимией имеют склонность «соматизировать» свои эмоциональные проблемы из-за неумения вербализировать их [8]. Ранее указывалось на то, что частота алекситимии выше у психосоматических больных, к которым ряд авторов относят и пациентов с гнездной алопецией [11].

В.Л. Юлдашев и соавт. изучали особенности состояния реактивной и личностной тревожности у боль-

ных, страдающих гнездой алопецией, с помощью шкалы Зунга для самооценки депрессии, шкалы оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина, тест-опросника Г. Айзенка, характерологического опросника К. Леонгарда — Шмишека, Гиссенского опросника выраженности соматических жалоб, адаптированного в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева [12, 13]. В исследовании принимали участие преимущественно молодые пациенты, средний возраст больных составил  $28,5 \pm 12,4$  года. Длительность заболевания — от 1 мес. до 3 лет 8 мес., в среднем  $3,6 \pm 1,2$  мес. В результате проведенного клинико-психологического исследования у больных очаговой алопецией выявленные депрессивные расстройства характеризовались состоянием легкой депрессии, умеренным уровнем реактивной тревожности, высоким уровнем личностной тревожности. Наиболее частыми причинами тревожного состояния у больных гнездой алопецией являлись: семейные проблемы — 22 (34,4%), безработица — 7 (10,9%), проблемы на работе — 9 (14,1%), трудности в учебе — 10 (15,6%), развод — 5 (7,8%), измена — 7 (10,9%), смерть близкого человека — 2 (3,1%), болезнь близкого человека — 2 (3,1%). У больных наибольшее значение придавалось семейному благополучию, материальному положению и наличию постоянного места работы, нарушение одной из составляющих приводило к изменениям психологического состояния пациентов, выражавшимся в чувстве беспокойства, неосознанной тревожности.

Высокий уровень личностной тревожности свидетельствовал о повышенной склонности пациентов испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях, в том числе и в тех, объективные характеристики которых к этому не предрасполагали.

Психологическое обследование с помощью теста Айзенка позволило определить личностные особенности обследуемых пациентов по основным типам: интроверсия — экстраверсия и нейротизм — стабильность.

По результатам Гиссенского опросника у пациентов основной группы превалировали астенодепрессивные переживания и соматизация депрессии: высокие показатели отмечались по представлению пациентом наличия или потери жизненной энергии и потребности в помощи, что коррелировало с депрессивными расстройствами. В рамках проведенного исследования выявлен высокий показатель алекситимии в группе больных гнездой алопецией. Высокая личностная тревожность коррелировала с невротическим конфликтом и психосоматическими жалобами.

Взаимосвязь между гнездой алопецией и тревожными, депрессивными расстройствами была изучена R. Sellami и соавт. у 50 больных, у которых данный эпизод выпадения волос являлся первичным, и 50 здо-

ровых людей контрольной группы [14]. В исследование J. Masmoudi и соавт. были включены 55 пациентов с гнездой алопецией (48% мужчин и 52% женщин в возрасте от 18 до 60 лет). Среди пациентов преобладали (52%) одинокие люди, 46% больных были женаты и 2% — разведены. В начале исследования у 80% наблюдалось очаговое выпадение волос с вовлечением менее 50% волосистой части головы (S1—S2), у 12% облысение занимало от 50 до 99% (S3—S4), у 8% рост волос на голове полностью отсутствовал.

Оценка степени тревоги и депрессии проводилась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, алекситимия оценивалась по 20 пунктам Торонтской шкалы алекситимии (TAS-20), а тяжесть гнездой алопеции измерялась в соответствии со шкалой оценки тяжести алопеции (SALT). Госпитальная шкала тревоги и депрессии разработана A. Zigmond и R. Snaith в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики [15]. Преимущества данной шкалы заключаются в простоте применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет использовать ее для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). Госпитальная шкала тревоги и депрессии содержит 14 пунктов, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики (7 пунктов — для оценки тревоги и остальные 7 — для оценки депрессии).

Торонтская алекситимическая шкала (TAS) создана G. Taylor и соавт. (1985) [16]. По мнению авторов, алекситимия определяется следующими когнитивно-аффективными психологическими особенностями:

- 1) трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств;
- 2) трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- 3) снижением способности к символизации (бедность фантазии и других проявлений воображения);
- 4) фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

TAS имеет три подшкалы: трудность идентификации чувств (ТИЧ), трудность описания чувств (ТОЧ) и внешне-ориентированное (экстернальное) мышление (ВОМ). Четвертый компонент, входящий по замыслу авторов в алекситимический синдром, — бедность фантазий и чувственных ассоциаций — не имеет своей шкалы, однако подразумевается, что он также описывается третьей шкалой. Ответы переводятся в баллы (от 20 до 100) и по суммарному количеству баллов оценивается состояние пациента. Нормальным уровнем считается не более 62 баллов. Значения в 74 балла и более соответствуют явной алекситимии, остальные значения — промежуточным степеням.

Алекситимия является значимым фактором риска психосоматических заболеваний и аддиктивных

расстройств. В настоящее время не существует эффективной терапии данного состояния, что ограничивает клиническую ценность данных шкал. В то же время данные об алекситимии могут быть полезны в комплексе клинко-психологических и клинко-психопатологических исследований. В группе больных средний балл алекситимии составил  $56,12 \pm 14,42$ . 42% больных гнездной алопецией набрали более 62 баллов по TAS. Среднее значение тревоги и депрессии у пациентов с гнездной алопецией составило  $10,42 \pm 3,49$  и  $8,96 \pm 4,43$  балла соответственно. Депрессия и тревога ретроспективно отмечалась у 38 и 62% больных соответственно.

У здоровых людей контрольной группы средний балл алекситимии составил  $54,12 \pm 14,78$ . У 38% опрошенных была выявлена алекситимия. Среднее значение тревоги и депрессии у здоровых людей составило  $7,9 \pm 3,48$  и  $7,18 \pm 3,72$  балла соответственно.

Статистически значимые различия между больными гнездной алопецией и здоровыми людьми наблюдались по уровню депрессии ( $p = 0,047$ ) и тревоги ( $p = 0,005$ ). Между тем достоверных различий при выявлении алекситимии между группами обнаружено не было ( $p = 0,683$ ). При сравнении участников исследования по гендерному признаку, уровню образования, семейному положению не было выявлено достоверных различий между группами, у которых алекситимия была определена или отсутствовала. У больных гнездной алопецией не обнаружено взаимосвязи алекситимии и тяжести заболевания. Достоверных различий между пациентами с алекситимией и без нее по уровню депрессии не выявлено. Пациенты с алекситимией показали больший уровень тревоги в сравнении с теми, у кого данный вид расстройства отсутствовал ( $p = 0,019$ ). У женщин с гнездной алопецией депрессивные состояния встречались значительно чаще, чем у мужчин (odds ratio OR = 4,433; CI: 1,269—15,489,  $p = 0,016$ ). У неженатых пациентов с высоким уровнем депрессивных расстройств достоверно выше отмечался риск развития гнездной алопеции по сравнению с теми, у кого показатели депрессии были ниже (OR = 3,939; CI: 1,168—13,281,  $p = 0,024$ ). Взаимосвязи между депрессией и тяжестью гнездной алопеции не наблюдалось.

Несмотря на то что в исследовании R. Sellami и соавт. не обнаружено взаимосвязи гнездной алопеции и алекситимии, некоторые авторы заявляют, что большинство больных гнездной алопецией более алекситимичны по сравнению со здоровыми людьми [7, 17]. Следует учитывать, что выявляемость алекситимии может зависеть от места проживания обследуемых. Так, исследования в средиземноморских регионах описывали завышенные показатели в популяции [18]. Между тем у жителей северной части Европы частота алекситимии относительно низкая [19, 20]. По данным литературы, ассоциация гнездной алопеции с различ-

ными нарушениями психики, в большей степени тревогой и депрессией, варьирует от 40 до 93% [19, 20]. В исследовании R. Sellami и соавт. у неженатых пациентов депрессия встречалась значительно чаще, чем у здоровых лиц контрольной группы, что согласуется с данными H. Saleh, в соответствии с которыми одинокие люди, страдающие гнездной алопецией, более подвержены психогениям [14, 22].

У женщин, больных гнездной алопецией, а также другими дерматологическими заболеваниями (экзема, псориаз, акне), показатели тревоги и депрессии выше, чем у мужчин [14, 23, 24]. В ряде исследований отмечено, что наличие гнездного облысения является значимым психотравмирующим фактором как для женщин, так и для мужчин, но у женщин интенсивность психоэмоциональных нарушений более выражена в связи с большим значением здоровых волос во внешнем облике [23, 24]. Например, в государствах, где основной религией является ислам (Тунис, Кувейт, Египет), женщины, страдающие гнездной алопецией, тщательно покрывают волосистую часть головы [24]. Пациенты с единичными очагами облысения маскируют их оставшимися волосами и в меньшей степени страдают психическими заболеваниями, в том числе тревогой и депрессией, в отличие от больных с множественными очагами или большой площадью потери волос [25]. Существует взаимосвязь алекситимии, тревоги и депрессии, и в работе R. Sellami показана ассоциация алекситимии и тревоги (тревожные состояния обуславливали 14,7% явлений алекситимии), указывающая на влияние тревоги на формирование трудностей в восприятии чувств у больных, что подтверждается и другими авторами [14, 26].

У пациентов с очаговым облысением достаточно высокие показатели попыток самоубийства [27, 28].

В работе S. Aghaei и соавт. приводятся данные о частоте психоэмоциональных расстройств у пациентов с гнездной алопецией по сравнению со здоровыми лицами контрольной группы [29].

Психологическое тестирование включало шкалу депрессии Бека, шкалу тревоги Бека, опросник Айзенка (тест темперамента). Среди пациентов мужчины составляли 44,8%, женщины — 56,2%. Между группами больных и здоровых лиц наблюдались достоверные различия по частоте депрессии ( $p = 0,008$ ), тревоги ( $p = 0,003$ ), нейротизма (эмоциональной неустойчивости) ( $p = 0,05$ ), не наблюдалось различий по частоте психотизма ( $p = 0,147$ ), экстраверсии ( $p = 0,249$ ). Группа больных гнездной алопецией отличалась достоверно более низким уровнем образования по сравнению со здоровыми людьми контрольной группы ( $p = 0,001$ ). Не было получено достоверной связи между возрастом, когда манифестировало заболевание, количеством обострений, тяжестью облысения и состоянием тревоги, экстраверсии, невроза, психотизма ( $p > 0,05$ ). При анализе связи психоэмоциональных расстройств

с локализацией патологического процесса отмечалось усиление нейротизма при поражении волосистой части головы ( $p = 0,045$ ), депрессии, тревоги и нейротизма при возникновении очагов на коже лица ( $p < 0,05$ ), при изолированном выпадении бровей достоверных различий обнаружено не было ( $p > 0,05$ ). Взаимосвязь между гнездовой алопецией и психоэмоциональными расстройствами является двусторонней: с одной стороны, психические нарушения могут провоцировать возникновение заболевания, с другой — наличие выпадения волос приводит к психологическим проблемам [7].

Таким образом, изучение психоэмоционального статуса больных гнездовой алопецией является важным этапом в обследовании пациентов. До конца не решен вопрос вовлеченности психических нарушений, таких как тревога и депрессия, в развитие гнездовой алопеции в качестве провоцирующего фактора, или же они являются следствием данного заболевания, меняющего внешний вид пациента и его социальную адаптацию.

#### **Психоэмоциональные нарушения у больных андрогенетической алопецией**

Для андрогенетической алопеции характерно выпадение и истончение волос в теменной и макушечной областях с постепенным формированием облысения центрального пробора под влиянием андрогенов [30].

Ю. В. Грищенко проводила изучение некоторых показателей психологического статуса у женщин с андрогенетической алопецией и установила, что более 2/3 (67,1%) женщин с андрогенетической алопецией имели субклинически выраженный уровень тревоги [31]. Однако у 1/5 (20%) женщин уровень тревоги был в норме, а у 12,8% регистрировалась клинически выраженная тревога. Среднее значение показателя выявленной тревоги составило  $8,3 \pm 1,9$  балла, что соответствовало субклинически выраженной тревоге. При анализе зависимости уровня тревоги от возраста была определена четкая тенденция нарастания числа больных с более выраженной тревогой с возрастом. Наблюдалось снижение в 1,7 раза числа больных в возрасте 26—45 лет, имеющих уровень тревоги в норме, по сравнению с возрастом до 25 лет. В возрастной группе старше 45 лет такие больные отсутствовали. Число больных с субклинически выраженной тревогой в возрасте старше 45 лет было достоверно в 1,3 раза больше, чем в возрасте до 25 лет ( $p < 0,05$ ), и на 7,9% больше, чем в возрасте 26—45 лет ( $p > 0,05$ ). Больные с клинически выраженной тревогой в возрастной группе до 25 лет отсутствовали, а в возрасте старше 45 лет их было достоверно в 2,6 раза больше, чем в возрасте 26—45 лет.

Ю. В. Грищенко получены данные об увеличении числа больных с субклинически и клинически выраженной тревогой по мере нарастания тяжести облысе-

ния. При легкой степени андрогенетической алопеции 2/3 (65,7%) больных имели субклинически выраженный уровень тревоги и только 1/3 (34,3%) — нормальный. При средней степени тяжести андрогенетической алопеции число женщин с субклинически выраженной тревогой составило более 3/4 (78,4%), появились больные с выраженной тревогой (8,1%) за счет снижения числа женщин с нормальным уровнем тревоги (13,5%). При тяжелой степени андрогенетической алопеции клинически выраженная тревога регистрировалась почти у 2/3 (61,5%) женщин и субклинически выраженная тревога — у остальных (38,5%).

При анализе уровня депрессии выявлено преобладание (61,2%) женщин, имеющих субклинически выраженную депрессию. Четверть выборки (24,7%) составили женщины с нормальным уровнем депрессии и только 14,1% имели клинически выраженную депрессию. Автором установлено, что показатель депрессии, выраженный в баллах, нарастал по мере увеличения возраста пациенток от  $7,5 \pm 1,9$  балла (до 25 лет) до  $9,4 \pm 2,0$  балла (старше 45 лет). В возрастной группе до 25 лет одинаково часто регистрировались женщины, имеющие нормальный и субклинически выраженный уровень депрессии (41,7 и 58,3% соответственно). В возрасте 26—45 лет число женщин с нормальным уровнем депрессии достоверно снизилось в 1,8 раза (28% против 50%) за счет появления пациенток с клинически выраженной депрессией (16%). В возрастной группе старше 45 лет число женщин с субклиническим уровнем депрессии по сравнению с возрастной группой до 25 лет возросло в 1,6 раза (78,3% против 50%) за счет сведения до минимума числа женщин с нормальным уровнем депрессии (4,4%). Число больных с клинически выраженной депрессией в возрастной группе старше 45 лет (17,3%) соответствовало таковому в возрастной группе 26—45 лет (16%).

Следует отметить, что нарастание депрессии прогрессировало по мере увеличения степени тяжести андрогенетической алопеции у женщин. При легкой степени андрогенетической алопеции субклинически выраженную депрессию имели почти 2/3 (63%) женщин и более 1/3 (37%) — показатели в пределах нормы. При средней степени тяжести облысения появились пациентки с клинически выраженной депрессией (8,1%) за счет уменьшения числа больных с нормальными показателями (21,6%) и возросло число больных с субклинически выраженной депрессией (70,3%). При тяжелой степени андрогенетической алопеции более 2/3 (69,2%) женщин имели клинически выраженную депрессию, а почти 1/3 (30,8%) — субклинически выраженную.

Анализ уровня тревоги и депрессии позволил выявить ухудшение психоэмоционального статуса у женщин с андрогенетической алопецией по мере нарастания тяжести заболевания. В целом по выборке преоб-

ладали субклинически выраженная тревога ( $8,3 \pm 1,9$  балла) и депрессия ( $8,6 \pm 2,0$ ). При тяжелой степени андрогенетической алопеции по сравнению со средней степенью число больных с клинически выраженной тревогой и депрессией возрастало в 7,6 и 8,5 раза соответственно. У женщин с андрогенетической алопецией наблюдались нарушения психоэмоционального статуса в сторону субклинически выраженных тревоги ( $8,3 \pm 1,9$  балла) и депрессии ( $8,6 \pm 2,0$  балла). По мере нарастания степени тяжести заболевания и возраста больных достоверно увеличивалось число пациентов с субклинически и клинически выраженными тревогой и депрессией. При тяжелой степени андрогенетической алопеции по сравнению со средней степенью число больных с клинически выраженной тревогой возрастало в 7,6 раза, а депрессии — в 8,5 раза.

По мнению Ю. В. Грищенко, женщинам с андрогенетической алопецией при субклинически выраженных показателях тревоги и депрессии целесообразно включение в комплексную терапию препаратов из группы дневных транквилизаторов без седативного эффекта, в частности тофизопама, в течение 3 мес., при клинически выраженном уровне — в течение 6 мес.

Зависимость уровня тревоги и депрессии и инсулинорезистентности у женщин с андрогенетической

алопецией постменопаузального возраста изучалось в Финляндии [32]. В исследование были включены 435 больных и 347 здоровых женщин в возрасте 63 лет. Показатели измерялись по шкале Бека. Выявлена ассоциация формирования облысения по андрогензависимому типу с нарушениями углеводного обмена, гиперинсулинемией, ожирением и депрессивными расстройствами. В то же время не было получено данных о преобладании депрессии у больных андрогенетической алопецией по сравнению со здоровыми женщинами контрольной группы ( $p > 0,05$ ). Однако депрессия являлась фактором риска снижения качества жизни у женщин с облысением, что согласуется с другими исследованиями [33].

Таким образом, выявление психических расстройств у пациентов с хроническими видами выпадения волос, такими как гнездная и андрогенетическая алопеция, представляется важным этапом в обследовании данной группы дерматологических больных. Медикаментозная и немедикаментозная коррекция выявленных отклонений позволит улучшить психоэмоциональное состояние пациентов, снизить риски возникновения тяжелых форм различных психогений и избежать социальной дезадаптации, тем самым приблизить достижение положительной клинической динамики и повысить качество жизни больных с выпадением волос. ■

## Литература

- Schneider G., Driesch G., Heuft G. et al. Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch. *Clin & Experim Dermatol*, Nov 2006; 31 (6): 762—767.
- Picardi A., Abeni D., Renzi C. et al. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatological out-patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003; 17 (2): 155—9.
- Wasserman D., Guzman-Sanchez D., Scott K. et al. Alopecia areata. *Int. J. Dermatol* 2007; 46: 121—131.
- Pallanti S., Lotti T., Urpe M. Psychoneuroimmunodermatology of atopic dermatitis: from empiric data to the evolutionary hypothesis. *Dermatol Clin* 2005; 23 (4): 695—70.
- Huntand N., McHale S. Reported experiences of persons with alopecia areata. *Journal of Loss and Trauma* 2005; 10; (1): 33—50.
- Firooz A., Firoozabadi M.R., Ghazisaidi B. et al. Concepts of patients with alopecia areata about their disease. *BMC Dermatology* 2005; 5: 342—356.
- Picardi A., Pasquini P., Cattaruzza M. et al. Psychosomatic factors in first-ons et alopecia areata. *Psychosomatics* 2003; 44: 374—81.
- Asrijan Y.I. Изменения характера у больных очаговой алопецией в зависимости от давности заболевания. *Военно-медицинский журнал* 2010; 3: 45—46. [Асриян Я.И. Изменения характера у больных очаговой алопецией в зависимости от давности заболевания. *Военно-медицинский журнал* 2010; (3): 45—46.]
- Poot F. Psychological consequences of chronic hair diseases. *Rev Med Brux* 2004; 25: A 286—8.
- Richards H., Fortune D., Griffiths C. et al. Alexithymia in patients with psoriasis: Clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res.* 2005; 58: 89—96.
- Misery L., Rousset H. La pelade est-elle une maladie psychosomatique? 2001; 22: 274—9.
- Juldashv V., Gafarov M., Galimov R., Osobennosti sostojanija reaktivnoj i lichnostnoj trevozhnosti u bol'nyh, stradjajushih gnezdnoj alopeciej. *Medicinskij vestnik Bashkortostana*. Ufa, 2008; 3: 37—40. [Юлдашев В., Гафаров М., Галимов Р. Особенности состояния реактивной и личностной тревожности у больных, страдающих гнездной алопецией. *Медицинский вестник Башкортостана*. Уфа 2008; (3): 37—40.]
- Galimov R., Juldashv V., Gafarov M. Jemocional'nye rasstrojstva i lichnostnye osobennosti bol'nyh gnezdnoj alopeciej. *Psichicheskie rasstrojstva v obshhej medicine*. Moskva, 2008; 4: 69—73. [Галимов Р., Юлдашев В., Гафаров М. Эмоциональные расстройства и личностные особенности больных гнездной алопецией. *Психические расстройства в общей медицине*. М., 2008; (4): 69—73.]
- Sellami R., Masmoudi J., Ouali U. The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case-control study. *Indian J Dermatol* 2014 Jul-Aug; 59 (4): 421.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361—70.
- Zimmermann G., Quartier V., Bernard M. et al. The 20-item Toronto alexithymia scale: Structural validity, internal consistency and prevalence of alexithymia in a Swiss adolescent sample. *Encephale* 2007; 33: 941—6.
- Cordan Yazici A., Başterzi A., Tot Acar S. et al. Alopecia areata and alexithymia. *Turk Psikiyatri Derg* 2006; 17: 101—6.

18. Sunay D., Baykir M., Ateş G. et al. Alexithymia and acne vulgaris: A case control study. *Psychiatry Investig* 2011; 8: 327—33.
19. Honkalampi K., Hintikka J., Tanskanen A. et al. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2000; 48: 99—104.
20. Salminen J., Saarijärvi S., Aärelä E. et al. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res* 1999; 46: 75—82.
21. Ruiz-Doblado S., Carrizosa A., García-Hernández M. Alopecia areata: Psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 2003; 42: 434—7.
22. Saleh H., Abdallah M., Salem S. et al. Comparative Study of Psychiatric Morbidity and Quality of Life in Psoriasis, Vitiligo and Alopecia Areata. *Egypt Dermatol Online J* 2008; 4: 2.
23. Welsh N., Guy A. The lived experience of alopecia areata: A qualitative study. *Body Image* 2009; 6: 194—200.
24. Ghajarzadeh M, Ghiasi M, Kheirkhah S. Depression and quality of life in Iranian patients with Alopecia Areata. *Iran J Dermatol* 2011; 14: 140—3.
25. Cash T.F. The psychology of hair loss and its implications for patient care. *Clin Dermatol* 2001; 19: 161—6.
26. Al-Mutairi N., Eldin O. Clinical profile and impact on quality of life: Seven years experience with patients of alopecia areata. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77: 489—93.
27. Hunt N., McHale S. The psychological impact of alopecia. *BMJ* 2005; 331: 951—9.
28. Layegh P., Arshadi H., Shahriari S. A comparative study on the prevalence of depression and suicidal ideation in dermatology patients suffering from Psoriasis, Acne, Alopecia areata and Vitiligo. *Iranian Journal of Dermatology* 2010; 13: 106—111.
29. Aghaei N., Saki N., Daneshmand E. et al. Prevalence of psychological disorders in patients with alopecia areata in comparison with normal subjects. *ISRN Dermatology* 2014; 436: 156—78.
30. Hoffmann R. Current understanding of androgenetic alopecia. Part I: etiopathogenesis. *J Dermatol* 2000; 10: 319—2.
31. Grishhenko J.V., Gladko V.V., Karasev E.A. i soavt. Izmenenie kachestva zhizni i lokal'nogo statusa u zhenshhin s androgeneticheskoy alopeciej pod vlijaniem kompleksnogo lechenija. *Voenno-meditsinskij zhurnal* 2011; 2: 54. [Грищенко Ю.В., Гладыко В.В., Карасев Е.А. и соавт. Изменение качества жизни и локального статуса у женщин с андрогенетической алопецией под влиянием комплексного лечения. *Военно-медицинский журнал* 2011; (2): 54.]
32. Hirsso P., Rajala U., Laakso M. et al. Health-related quality of life and physical well-being among a 63-year-old cohort of women with androgenetic alopecia; a Finnish population-based study. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3: 49.
33. Saarijarvi S., Salminen J., Toikka T. Health-related quality of life among patients with major depression. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 261—264.

#### об авторах:

А.Н. Мареева — к.м.н., врач-дерматовенеролог консультативно-диагностического центра ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

И.Н. Кондрахина — к.м.н., зав. консультативно-диагностическим центром ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

#### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье