

М. М. Чемерис

СТАН ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ДИФУЗНОЇ АЛОПЕЦІЇ: АНАЛІЗ СПЕКТРА І ВИРАЖЕНОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ

M. M. Chemerys

MENTAL STATUS IN PATIENTS WITH DIFFERENT FORMS OF DIFFUSE ALOPECIA: ANALYSIS OF THE SPECTRUM AND EXPRESSION OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS

Ключові слова: психодерматологія, порушення психічного здоров'я, алопеція, стан психічної сфери, психічна дезадаптація, розлади адаптації, психопатологічна симптоматика.

Keywords: psychodermatology, mental health disorders, alopecia, mental state, mental maladaptation, adaptation disorders, psychopathological symptoms

Мета роботи — вивчення наявності, спектра і вираженості психопатологічної симптоматики для створення надалі персоналізованих підходів до лікування трихологічних пацієнток з порушеннями психічного здоров'я, асоційованими з алопецією.

Обстежено 153 жінки віком від 25 до 45 років з дифузною алопецією: без ознак психічної дезадаптації (ПД) — 45 осіб, з окремими ознаками дезадаптації — 73 особи, та з розладами адаптації відповідно до критеріїв МКХ-10 — 35 осіб. В межах кожної з цих груп виокремлено по дві підгрупи залежно від генезу алопеції: метаболічна (45 пацієнток) або змішана (108 пацієнток).

Майже половина осіб з дифузною алопецією (47,7 %) мають окремі симптоми психопатологічного спектра, серед решти — кількість психічно здорових осіб та респонденток з розладами адаптації F43.2 є приблизно однаковою (29,4 % і 22,9 %, відповідно). Серед хворих зі змішаною формою алопеції більшість (59,3 %) мають симптоми ПД, а більше чверті (28,8 %) — нозологічно окреслені розлади адаптації, тоді як серед пацієнток з метаболічною формою алопеції більшість (66,7 %) є психічно здоровими, 20,0 % мають ознаки ПД і 13,3 % страждають на розлади адаптації.

У осіб з дифузною алопецією спостерігається майже увесь спектр психопатологічної симптоматики, за винятком значущих проявів паранояльності та психотизму. Вираженість решти проявів — соматизації, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності, депресії, тривожності, ворожості, фобічної тривожності — значуще різниться залежно від генезу дифузної алопеції, демонструючи більшу виразність у хворих зі змішаною формою алопеції, проти хворих з метаболічною алопецією. Клінічне наповнення і вираженість усього спектра психопатологічної симптоматики значуще відрізняється у пацієнток зі змішаною алопецією (із закономірним збільшенням вираженості усіх досліджуваних психопатологічних проявів одночасно з посиленням важкості ПД), проти хворих з метаболічною її формою.

Інтегральні показники тяжкості і кількості психопатологічних симптомів та виразності симптоматичного дистресу також є значуще вищими в осіб зі змішаною алопецією.

Виявлені закономірності треба брати до уваги під час створення стратегії персоналізованої терапії пацієнток з дифузною алопецією.

The purpose of the work is to study the spectrum and severity of psychopathological symptoms, to create, in the future, personalized approaches to the management of trichological patients with mental health disorders associated with alopecia.

153 women aged 25 to 45 with diffuse alopecia were surveyed: without signs of mental maladaptation (MM), 45 people, with separate signs of maladaptation, 73 persons, and with the presence of adaptation disorders according to the ICD-10 criteria, 35 persons. Within each of these groups, two subgroups, considering the genesis of alopecia were distinguished: metabolic (45 patients) or mixed (108 patients).

Almost half of people with diffuse alopecia (47.7 %) have some symptoms of psychopathological spectrum, among others — the number of mentally healthy persons and respondents with adaptation disorders F43.2 is approximately the same (29.4 % and 22.9 %, respectively). Among patients with mixed alopecia, the majority (59.3 %) have symptoms at the level of PD, and more than a quarter (28.8 %) — nosologically defined adaptation disorders, while among patients with metabolic alopecia, most (66.7 %) are mentally healthy, 20.0 % have signs of PD and 13.3 % suffer from adaptation disorders.

Persons with diffuse alopecia have almost the entire spectrum of psychopathological symptoms, except for significant manifestations of paranoid and psychoticism. The severity of all other manifestations — somatization, obsessive-compulsive disorders, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety — significantly differs depending on the genesis of diffuse alopecia, demonstrating the general trend of greater expressiveness in patients with a mixed form of alopecia, against patients with metabolic alopecia. Clinical filling and severity of the entire spectrum of psychopathological symptoms is more significant in patients with mixed alopecia (with a natural increase in the severity of all studied psychopathological manifestations in simultaneously with the increase in the severity of MM) than in patients with its metabolic form.

The integral indicators of severity and number of psychopathological symptoms, and the severity of symptomatic distress are also significant in persons with mixed alopecia

The identified patterns should be considered when constructing a strategy of personalized curation of patients with diffuse alopecia.

Трихологічні захворювання, насамперед алопеція — одна з найпоширеніших косметологічних, дерматологічних і естетичних проблем [1; 2]. За даними Piraccini B. M., Alessandrini A. (2014), лише одним з видів нерубцової алопеції (андрогенетичною) вражено до 80 % чоловіків і 50 % жінок. Причиною алопеції можуть бути різноманітні захворювання (залізодефіцитна анемія, патологія щитовидної залози, червоний плоский лишак, дискоїдний червоний вовчак, склеродермія, муцинозна алопеція, псевдопеллада Брока, абсцесивний підривний фолікуліт та ін.), травми, інтоксикації, психоемоційні стреси, психічні розлади тощо [3].

Dhami L. (2021) зазначає, що волосся є надзвичайно важливою частиною самоідентифікації або «образу тіла»; психологічна концепція образу тіла стосується думок, почуттів, сприйняття та поведінкових змін, пов'язаних із фізичним виглядом. Водночас наголошується, що попри надзвичайну поширеність, алопеція справляє серйозний негативний вплив на психіку людини, спричиняючи психологічні страждання і пов'язані з ними роздуми, зокрема і зміни самосвідомості, збентеження, розчарування та ревності. Тому знання психіатричних аспектів алопеції потрібне усім клініцистам, які надають допомогу пацієнтам з втраченою волосся [4].

Aukerman E. L., Jafferany M. (2023) наголошують, що негативний психосоціальний вплив випадіння волосся часто ігнорують через доброякісну з медичної точки зору природу андрогенетичної алопеції, однак у суспільстві, яке надає великого значення волосся та асоціює його з привабливістю, відсутність волосся може мати згубні психологічні наслідки. Автори звертають увагу на те, що алопеція є істотним психосоціальним стресом у житті пацієнток і погіршує якість їхнього життя за багатьма показниками, і доходять висновку про підвищену потребу у лікуванні супутніх захворювань, пов'язаних з андрогенетичною алопецією; водночас пацієнти з випадінням волосся, які звертаються до дерматологічних клінік, потребують також психологічної підтримки і допомоги [5].

Titeca G. et al. (2020), спираючись на дані великого багатоцентрового дослідження, яке включало 3635 дерматологічних пацієнток і 1359 осіб контрольної групи з 13 європейських країн, повідомляють про гірші соціально-демографічні характеристики, вищий рівень стресу у пацієнток з алопецією, більший вплив захворювань волосся на якість життя, тривогу та депресію у цих пацієнток. Хворі з проблемами волосся мали нижчий рівень освіти, ніж здорові особи (43 % проти 28 %), більшу кількість стресових життєвих подій протягом останніх шести місяців (41 % проти 31 %), гірший показник якості життя (5,8 проти 2,5), що дало змогу авторам зробити висновок, що пацієнти із захворюваннями волосся — більш тривожні, депресивні та мають нижчу якість життя [6].

З огляду на актуальність вищезазначеного, метою цієї роботи було вивчення наявності, спектра і вираженості психопатологічної симптоматики для створення надалі персоніфікованих підходів до ведення

трихологічних пацієнток з порушеннями психічного здоров'я, асоційованими з алопецією.

Обстежено 153 жінки віком від 25 до 45 років з дифузною алопецією. Вибір саме цієї форми алопеції зумовлений тим, що, за даними літератури та нашими клінічними спостереженнями, саме дифузна алопеція найчастіше супроводжується проявами деструктивної психопатологічної відповіді у вигляді формування порушень психічної сфери, на відміну від андрогенетичної (яка зумовлена віковим зниженням рівня естрогенів та спостерігається здебільшого у пацієнток більш пізнього віку), або гніздової алопеції (яка, хоча і провокує часто нозогенні психопатологічні реакції, має складний аутоімунний генез і поширена здебільшого серед осіб дитячого і підліткового віку). З огляду на неоднорідний генез дифузних алопеційних станів в рамках діагнозу дифузної алопеції, ми сформували дві групи з різними етіопатогенетичними механізмами розвитку захворювання: з метаболічною формою (45 осіб), і змішаною формою (108 пацієнток), якій притаманні гетерогенність етіологічних і численні патогенетичні чинники, серед яких виокремлюють стресовий психоемоційний чинник.

Отже, критеріями включення в дослідження були:

- наявність дифузної алопеції у жінки віком 25—45 років;
- відсутність психічних розладів у психіатричному анамнезі протягом життя;
- інформована згода на участь в дослідженні.

На першому етапі роботи за допомогою структурованого інтерв'ю, відповідно до критеріїв МКХ-10 та з використанням психодіагностичного інструмента — тесту «Нервово-психічна адаптація» (І. Н. Гурвіч, 1992) пацієнток поділено на три групи: без ознак психічної дезадаптації (ПД) — 45 осіб (група 1 — Г1), з окремими ознаками дезадаптації — 73 особи (група 2 — Г2), та з наявними розладами адаптації F43.2 (за МКХ-10) — 35 осіб (група 3 — Г3). Кожну з цих груп поділено на дві підгрупи залежно від генезу алопеції.

Таким способом було сформовано шість підгруп: пацієнтки з метаболічною алопецією без ознак ПД — Г1-1 (30 хворих), з метаболічною алопецією з окремими ознаками ПД (група ризику) — Г1-2 (9 пацієнток), з метаболічною алопецією і наявними розладами адаптації — Г1-3 (6 пацієнток); зі змішаною алопецією без ознак ПД — Г2-1 (15 пацієнток), зі змішаною алопецією з окремими ознаками ПД (група ризику) — Г2-2 (64 пацієнтки) та зі змішаною алопецією і наявними розладами адаптації — Г2-3 (29 пацієнток) (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл обстежених хворих на групи

Групи	Метаболічна алопеція (n = 45)		Змішана алопеція (n = 108)		Разом (n = 153)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Без ознак ПД	30	66,7	15	13,9	45	29,4	0,0000
Група ризику	9	20,0	64	59,3	73	47,7	0,3051
Розлад адаптації	6	13,3	29	26,8	35	22,9	0,0421

Аналіз наявності, спектра та вираженості психопатологічної симптоматики у пацієнок з алопецією різного ґенезу, здійснений за допомогою клініко-психопатологічного та психометричного методів

з використанням шкали оцінки психопатологічної симптоматики L. Derogatis (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R), дав змогу виявити важливі закономірності (табл. 2).

Таблиця 2. Показники наявності, спектра і вираженості психопатологічної симптоматики у пацієнок з алопецією різного ґенезу

Показник	Г1-1, n = 30	Г1-2, n = 15	Г2-1, n = 9	Г2-2, n = 64	Г3-1, n = 6	Г3-2, n = 29
Соматизація	0,99 ± 0,45	0,87 ± 0,21	0,89 ± 0,27	1,08 ± 0,37	1,20 ± 0,30	1,32 ± 0,47
Обсесивно-компульсивні розлади	1,16 ± 0,99	1,44 ± 0,69	0,98 ± 0,97	1,70 ± 0,69	1,45 ± 1,01	1,94 ± 0,75
Міжособистісна сенситивність	1,59 ± 0,52	1,61 ± 0,33	1,88 ± 0,35	1,77 ± 0,43	1,83 ± 0,47	1,91 ± 0,32
Депресія	1,68 ± 0,68	2,54 ± 0,69	1,32 ± 0,47	2,47 ± 0,69	2,63 ± 0,59	2,91 ± 0,38
Тривожність	1,76 ± 0,36	1,94 ± 0,30	1,46 ± 0,53	2,18 ± 0,53	2,25 ± 0,43	2,41 ± 0,41
Ворожість	0,05 ± 0,14	0,20 ± 0,25	0,08 ± 0,12	0,17 ± 0,19	0,25 ± 0,27	0,27 ± 0,20
Фобічна тривожність	0,89 ± 0,51	0,88 ± 0,28	0,88 ± 0,41	1,12 ± 0,39	1,25 ± 0,38	1,36 ± 0,40
Паранояльні симптоми	0,02 ± 0,06	0,04 ± 0,08	0,02 ± 0,07	0,02 ± 0,06	0,03 ± 0,08	0,04 ± 0,08
Психотизм	0,06 ± 0,09	0,07 ± 0,10	0,01 ± 0,03	0,06 ± 0,09	0,00 ± 0,00	0,09 ± 0,13
Додаткові симптоми	1,38 ± 0,40	1,48 ± 0,45	1,53 ± 0,41	1,60 ± 0,46	1,25 ± 0,25	1,57 ± 0,51
Індекс GSI	1,05 ± 0,30	1,23 ± 0,29	0,97 ± 0,22	1,34 ± 0,29	1,33 ± 0,37	1,53 ± 0,26
Індекс PSI	40,83 ± 8,40	45,87 ± 7,93	37,78 ± 7,64	47,78 ± 7,77	46,33 ± 10,67	52,21 ± 5,86
Індекс PDSI	2,27 ± 0,22	2,37 ± 0,21	2,29 ± 0,13	2,50 ± 0,22	2,60 ± 0,20	2,62 ± 0,20

Рівень статистичної значущості відмінностей (p) з порівняння груп

Показник	1-1 vs 1-2	2-1 vs 2-2	3-1 vs 3-2	1-1 vs 2-1	1-1 vs 3-1	2-1 vs 3-1	1-2 vs 2-2	1-2 vs 3-2	2-2 vs 3-2
Соматизація	0,942	0,061	0,823	0,946	0,154	0,057	0,024	0,000	0,001
Обсесивно-компульсивні розлади	0,669	0,023	0,322	0,338	0,193	0,171	0,140	0,007	0,062
Міжособистісна сенситивність	0,734	0,296	0,895	0,096	0,404	0,905	0,356	0,017	0,024
Депресія	0,001	0,000	0,434	0,170	0,004	0,004	0,688	0,125	0,003
Тривожність	0,147	0,001	0,480	0,101	0,020	0,021	0,018	0,001	0,109
Ворожість	0,016	0,174	0,909	0,284	0,029	0,256	0,845	0,266	0,029
Фобічна тривожність	0,715	0,080	0,673	0,906	0,098	0,085	0,036	0,000	0,002
Паранояльні симптоми	0,368	0,895	0,850	0,949	0,668	0,842	0,266	0,972	0,147
Психотизм	0,621	0,174	0,066	0,171	0,112	0,496	0,523	0,780	0,236
Додаткові симптоми	0,383	0,673	0,165	0,330	0,683	0,229	0,660	0,823	0,802
Індекс GSI	0,066	0,001	0,364	0,524	0,060	0,058	0,268	0,003	0,003
Індекс PSI	0,048	0,001	0,321	0,367	0,121	0,123	0,434	0,004	0,006
Індекс PDSI	0,188	0,004	0,965	0,774	0,004	0,015	0,043	0,001	0,030

Примітки. Показники подано у форматі (M ± m), бали, де: M — середнє арифметичне; m — середнє квадратичне відхилення; індекс GSI — загальний індекс важкості психопатологічної симптоматики; індекс PSI — індекс проявів симптоматики; індекс PDSI — індекс виразності дистресу

Показники соматизації у пацієнок зі змішаною алопецією були дещо вищими проти пацієнок з метаболічною алопецією, однак, найбільш суттєві відмінності виявлені з порівняння показників у пацієнок зі змішаною алопецією з різною вираженістю ПД (рис. 1). Найвищі показники соматизації виявлені у пацієнок з розладами адаптації, значуще нижчі — у пацієнок групи ризику, і найменші — у пацієнок без ознак ПД.

Показники обсесивно-компульсивних розладів найбільш суттєво відрізнялися у пацієнок групи ризику з метаболічною та змішаною алопецією, а також між групами зі змішаною алопецією без ознак ПД і з розладами адаптації (див. рис. 1). Більш складні закономірності виявлені для міжособистісної сенси-

тивності: при загалом дещо вищих показниках у пацієнок зі змішаною алопецією значущі відмінності виявлені між пацієнками зі змішаною алопецією і наявними розладами адаптації проти груп без ознак ПД і групи ризику (див. рис. 1).

Показники депресії у пацієнок зі змішаною алопецією загалом є вищі, ніж у пацієнок з метаболічною алопецією, а найвищі показники депресії серед обстежуваних виявлені у пацієнок зі змішаною алопецією та розладами адаптації (рис. 2): в цих пацієнок показники були найвищими і значуще відрізнялися від таких у пацієнок без ознак ПД і групи ризику, а показники у пацієнок зі змішаною алопецією без ознак ПД та групи ризику є значуще вищими проти пацієнок з метаболічною алопецією.

Показник, бали

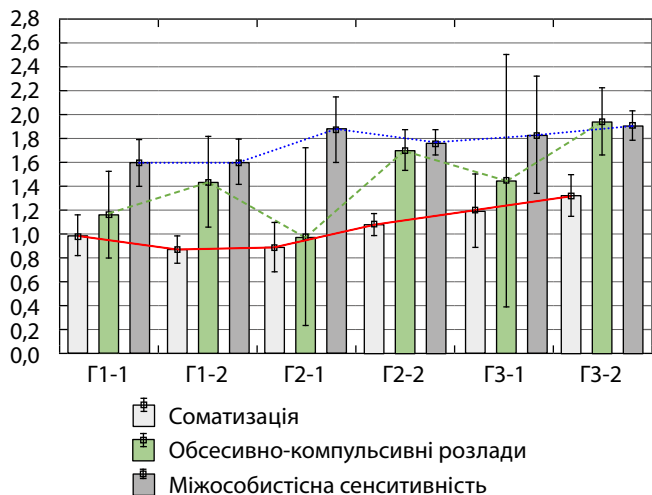


Рис. 1. Показники вираженості соматизації, обсесивно-компульсивних розладів та міжособистісної сенситивності за шкалою SCL-90-R у пацієнток з алопецією різного ґенезу (тут і далі: квадратами позначено середні значення, рисками — 95,0 % довірчий інтервал показників)

Показник, бали

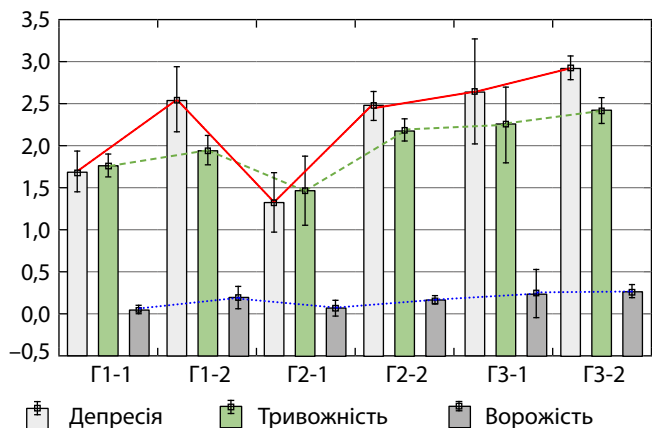


Рис. 2. Показники вираженості депресії, тривожності та ворожості за шкалою SCL-90-R у пацієнток з алопецією різного ґенезу

Показники тривожності також виявилися найвищими у пацієнток з будь-якою формою дифузної алопеції та наявними розладами адаптації (див. рис. 2). Водночас вираженість проявів патологічної тривожності у пацієнток зі змішаною алопецією з групи ризику була значуще вищою проти пацієнток з метаболічною алопецією; у пацієнток з метаболічною і змішаною алопецією значущі відмінності виявлені з порівняння груп без ознак ПД, групи ризику та групи з наявними розладами адаптації.

Щодо ворожості, значущі відмінності виявлені з порівняння груп з метаболічною та змішаною алопецією без ознак ПД, а також групи з метаболічною алопецією з розладами адаптації. Серед осіб зі змішаною алопецією значущі відмінності спостерігались між пацієнтками з групи ризику та пацієнтками з наявними розладами адаптації (див. рис. 2).

Фобічна тривожність найбільш виражена у пацієнток зі змішаною алопецією, водночас значущі від-

мінності виявлені з порівняння осіб з цією формою алопеції: без ознак ПД, з групи ризику та з наявними розладами адаптації (рис. 3).

Показники параноїальної симптоматики і психотизму в обстежених пацієнток були невисокими і значуще не відрізнялися між різними групами (див. рис. 3).

Показник, бали

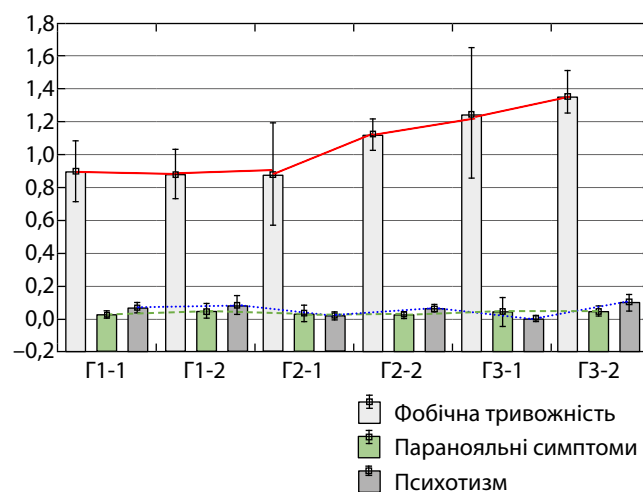


Рис. 3. Показники вираженості фобічної тривожності, параноїальної симптоматики та психотизму за шкалою SCL-90-R у пацієнток з алопецією різного ґенезу

Індекс важкості психопатологічної симптоматики (General Symptomatic Index — GSI) виявився найвищим у пацієнток зі змішаною алопецією, водночас значущі відмінності виявлені з порівняння: груп ризику зі змішаною та метаболічною формами алопеції; серед осіб зі змішаною алопецією — з розладами адаптації, з групи ризику і без ознак ПД (рис. 4).

Індекс загальної кількості симптомів (Positive Symptomatic Index — PSI) виявив ті ж закономірності: найвищим він був у хворих зі змішаною алопецією; значущі відмінності виявлені з порівняння груп без ознак ПД з метаболічною та змішаною алопецією; груп ризику з метаболічною та змішаною алопецією; а також групи зі змішаною алопецією з розладами адаптації з групами зі змішаною алопецією без ознак ПД і групою ризику (див. рис. 4).

Показник

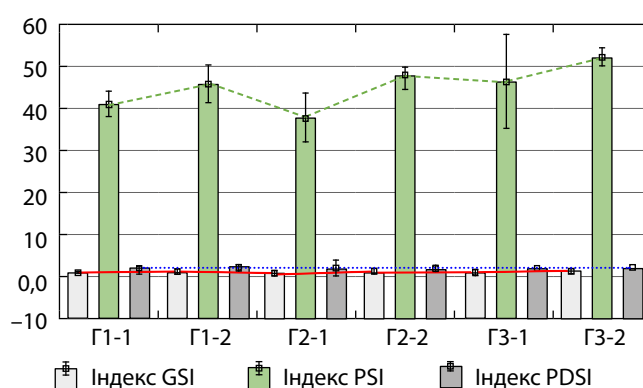


Рис. 4. Показники індексів GSI, PSI та PDSI за шкалою SCL-90-R у пацієнток з дифузною алопецією різного ґенезу

Індекс виразності симптоматичного дистресу (Positive Distress Symptomatic Index — PDSI) у пацієнток зі змішаною алопецією також був вищим проти пацієнток з метаболічною алопецією (див. рис. 4). Значущі відмінності виявлені з порівняння: груп ризику з метаболічною і змішаною формами алопеції; пацієнток з метаболічною алопецією без ознак ПД та з розладами адаптації; респонденток з метаболічною алопецією з групи ризику та розладами адаптації; осіб зі змішаною алопецією без ознак ПД, з групи ризику та з групи з розладами адаптації (див. рис. 4).

Пацієнткам з дифузною алопецією притаманна палітра психопатологічної симптоматики різного спектра і вираженості, що співвідноситься з генезом трихологічного процесу. Майже половина осіб з дифузною алопецією (47,7 %) мають окремі симптоми психопатологічного спектра, серед решти — кількість психічно здорових осіб та респонденток з розладами адаптації (F43.2) є приблизно однаковою та не має статистично значущої різниці (29,4 % і 22,9 %, відповідно).

Спектр і вираженість психопатологічної симптоматики серед осіб з дифузною алопецією відрізняються залежно від генезу трихологічного процесу, що підтверджено наявністю статистично значущих відмінностей: серед хворих зі змішаною формою алопеції більшість (59,3 %) мають симптоми ПД, а більше чверті (28,8 %) — нозологічно окреслені розлади адаптації, тоді як серед пацієнток з метаболічною формою алопеції більшість (66,7 %) є психічно здоровими, 20,0 % мають ознаки ПД і 13,3 % страждають від розладів адаптації.

У осіб з дифузною алопецією спостерігається майже увесь спектр психопатологічної симптоматики, за винятком значущих проявів паранояльності та психотизму. Вираженість решти проявів — соматизації, obsesивно-компульсивних розладів, міжособистісної чутливості, депресії, тривожності, ворожості, фобічної тривожності — значуще різниться залежно від генезу дифузної алопеції, демонструючи загальний напрям до більшої вираженості у хворих зі змішаною формою алопеції проти хворих з метаболічною алопецією.

Клінічне наповнення і вираженість усього спектра психопатологічної симптоматики значуще відрізняється у пацієнток зі змішаною алопецією (із закономірним збільшенням вираженості усіх досліджених психопатологічних проявів одночасно з наростанням важкості ПД), від хворих з метаболічною її формою, демонструючи більш значущі відмінності між показниками у осіб різних груп за станом психічного здоров'я в межах однієї форми алопеції.

Інтегральні показники тяжкості і кількості психопатологічних симптомів та виразності симптоматичного дистресу також є значуще вищими в осіб зі змішаною алопецією, маючи значущі відмінності між проявами серед осіб однієї групи за станом психічного здоров'я, але різного генезу трихологічного процесу.

Виявлені закономірності треба брати до уваги під час вибору стратегії персоналізованої терапії пацієнток з дифузною алопецією.

Список літератури

1. Маркова М. В., Чемерис М. М. Трихологічна проблематика на перетині дерматології і психіатрії: аналіз можливостей та шляхів розвитку // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2023. Вип. 22. С. 14—20. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-02>.

2. Психодерматологія: медико-психологічні аспекти дії психосоціального стресу в клінічній і естетичній дерматологічній практиці : колективна монографія за загальною редакцією проф. М. В. Маркової, д. мед. н. І. Р. Мухаровської. Харків: Друкарня «Мадрид», 2019. 277 с.

3. Piraccini B. M., Alessandrini A. Androgenetic alopecia // *G Ital Dermatol Venereol*. 2014. 149(1). 15—24. PMID: 24566563.

4. Dhami L. Psychology of Hair Loss Patients and Importance of Counseling // *Indian J Plast Surg*. 2021. 54(4). 411—415. DOI: 10.1055/s-0041-1741037. DOI: 10.1055/s-0041-1741037.

5. Aukerman E. L., Jafferany M. The psychological consequences of androgenetic alopecia: A systematic review // *J Cosmet Dermatol*. 2023. 22(1). 89—95. DOI: 10.1111/jocd.14983.

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

References

1. Markova M. V., Chemerys M. M. [Trichological problems at the intersection of dermatology and psychiatry: analysis of opportunities and development paths]. [*Psychiatry, neurology and medical psychology*]. 2023;22:14-20. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-02>. [In Ukrainian].

2. [*Psychodermatology: medical and psychological aspects of psychosocial stress in clinical and aesthetic dermatological practice*]: kolektyvna monohrafiia / ed.: prof. M. V. Markova, I. R. Mukharovska, MD, PhD. Kharkiv : Drukarnia "Madryd", 2019. 277 p. [In Ukrainian].

3. Piraccini BM, Alessandrini A. Androgenetic alopecia. *G Ital Dermatol Venereol*. 2014 Feb;149(1):15-24. PMID: 24566563.

4. Dhami L. Psychology of Hair Loss Patients and Importance of Counseling. *Indian J Plast Surg*. 2021 Dec 31;54(4):411-415. doi: 10.1055/s-0041-1741037. PMID: 34984078; PMCID: PMC8719979.

5. Aukerman EL, Jafferany M. The psychological consequences of androgenetic alopecia: A systematic review. *J Cosmet Dermatol*. 2023 Jan;22(1):89-95. doi: 10.1111/jocd.14983. Epub 2022 Apr 25. PMID: 35403805; PMCID: PMC10084176.

6. Titeca G, Goudetsidis L, Francq B, et al. 'The psychosocial burden of alopecia areata and androgenetica': a cross-sectional multicentre study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Feb;34(2):406-411. doi: 10.1111/jdv.15927. Epub 2019 Nov 12. Erratum in: *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 May;34(5):1119. PMID: 31465592.

Надійшла до редакції 3.03.2024

ЧЕМЕРИС Мар'яна Мирославівна, кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна; Медичний центр «Новодерм», м. Львів, Україна; <https://orcid.org/0009-0009-0623-5074>; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com

CHEMERYS Maryana, MD, PhD, Danylo Halytskyi's Lviv National Medical University, Assistant of the department of Family Medicine; "Novoderm" Medical Center, Lviv, Ukraine; <https://orcid.org/0009-0009-0623-5074>; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com