

*М. М. Чемерис*

## ДЕПРЕСИВНА СИМПТОМАТИКА У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ АЛОПЕЦІЇ: АНАЛІЗ ПОШИРНОСТІ І СТРУКТУРИ

*М. М. Chemerys*

### DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH DIFFERENT FORMS OF ALOPECIA: PREVALENCE AND STRUCTURE ANALYSIS

**Ключові слова:** психодерматологія, порушення психічного здоров'я, алопеція, депресія, психічна дезадаптація, розлади адаптації

**Keywords:** psychodermatology, mental health disorders, alopecia, depression, mental maladaptation, adaptation disorders.

Мета роботи — вивчення поширеності і структури депресивної симптоматики серед пацієнтів з різними видами алопеції.

В дослідження були залучені 153 жінки з діагнозом дифузна алопеція. Залежно від стану психічної сфери і генезу алопеції, сформовано шість підгруп: пацієнтів з метаболічною алопецією без ознак дезадаптації — Г1-1 (30 осіб), з метаболічною алопецією з окремими ознаками дезадаптації (група ризику) — Г1-2 (9 пацієнтів), з метаболічною алопецією і наявністю розладів адаптації — Г1-3 (6 пацієнтів), зі змішаною алопецією без ознак дезадаптації — Г2-1 (15 пацієнтів), зі змішаною алопецією з окремими ознаками дезадаптації (група ризику) — Г2-2 (64 пацієнти) та зі змішаною адаптацією і наявністю розладів адаптації — Г2-3 (29 пацієнтів).

Серед пацієнтів з алопецією депресія, якою уражена понад третина пацієнтів (37,9 %), є серйозною проблемою. Поширеність депресії істотно залежить від виду депресії, і при змішаній алопеції є втричі більшою, ніж при метаболічній (47,2 % проти 15,6 %).

Окремі симптоми депресії вельми поширені у пацієнтів з алопецією. Найчастішими скаргами є почуття провини, марності, тривоги або страху, когнітивні порушення та розлади сну. Усі симптоми депресії значуще частіше виявлялися у пацієнтів зі змішаною алопецією.

Поширеність депресивної симптоматики міцно асоційована зі ступенем дезадаптації. У групі пацієнтів з вираженими проявами дезадаптації поширеність окремих симптомів депресії перевищує 80 %, а клінічно оформлений депресивний розлад наявний у двох третин (68,6 %) пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з комплексним вивченням несприятливих змін у психоемоційній сфері пацієнтів з різними формами алопеції та розробленням індивідуалізованих заходів корекції депресивних, тривожних та інших психопатологічних проявів.

The purpose of the work is to study the prevalence and structure of depressive symptoms among patients with different types of alopecia.

The study included 153 women diagnosed with diffuse alopecia. Depending on the state of the mental sphere and the genesis of alopecia, 6 subgroups were formed: patients with metabolic alopecia without signs of maladaptation — G1-1 (30 patients), with metabolic alopecia with individual signs of maladaptation (risk group) — G1-2 (9), with metabolic alopecia and the presence of adaptation disorders — G1-3 (6 patients), with mixed alopecia without signs of maladaptation — G2-1 (15 patients), with mixed alopecia with separate signs of maladaptation (risk group) — G2-2 (64) and with mixed adaptation and adaptation disorders — G2-3 (29 patients).

Among alopecia patients, depression is a common problem that has been affected by more than a third of patients (37.9 %). The prevalence of depression depends significantly on the type of depression, and with mixed alopecia is three times higher than with metabolic (47.2 % against 15.6 %).

Some of the symptoms of depression are very common in patients with alopecia. The most common complaints are guilt, futility, anxiety or fear, cognitive disorders and sleep disorders. All symptoms of depression were more commonly found in patients with mixed alopecia.

The prevalence of depressive symptoms is closely associated with the degree of maladaptation. In a group of patients with severe manifestations, the prevalence of certain symptoms of depression exceeds 80 %, and clinically formulated depression disorder is present in two-thirds (68.6 %) of patients.

The prospects for further research are related to the comprehensive study of adverse changes in the psycho-emotional sphere of patients with different forms of alopecia, and the development of individualized measures of correction of depressive, anxiety and other psychopathological manifestations.

Алопеція — одна з найпоширеніших косметологічних, дерматологічних і естетичних проблем. У сучасному європейському суспільстві здорове, густе волосся є ключовим компонентом ідеального образу

тіла, а ті, хто страждає від випадіння волосся, відчувають втрату соціальної привабливості [1]. Втрата волосся може суттєво зменшити задоволення образом власного тіла [2], змушуючи людину почувати себе старшою за свій вік і відчувати страх відторгнення під час пошуку партнера для близьких відносин [3].

У пошуках способів боротьби з облісінням пацієнти змушені вдаватися до некомфортних процедур, як от протезування волосся, різні методи маскування лисини, застосування косметики тощо; це викликає у них страх бути викритими, що є додатковим психологічним тиском [4; 5]. 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 [6]. Хворі з випаданням волосся зазнають більшу кількість стресових життєвих подій, мають гірший показник якості життя, вони також більш тривожні і депресивні [7; 8]. У великій кількості (47—82,0 %) пацієнтів з алопецією виявляються ознаки депресії та тривоги, у 18 % депресія сягає помірного рівня, що потребує відповідної корекції [9; 10].

У сучасній науковій літературі наголошується на необхідності поглибленого вивчення зв'язку алопеції з психопатологічними проявами, а також пошуку шляхів корекції несприятливих змін у психічній сфері хворих з алопецією [11—13]. Особливе значення у цьому зв'язку мають дослідження стану афективної сфери хворих з різними видами алопеції [14; 15].

Метою нашого дослідження було вивчення поширеності і структури депресивної симптоматики серед пацієнтів з різними видами алопеції.

З дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди обстежено 153 пацієнти з метаболічною і змішаною алопецією. Пацієнтів було поділено на три групи: без ознак психічної дезадаптації — 45 осіб (група 1 — Г1), з окремими ознаками психічної дезадаптації — 73 особи (група 2 — Г2), та з наявністю розладів адаптації відповідно до критеріїв МКХ-10 — 35 осіб (група 3 — Г3). В межах кожної з цих груп було виокремлено по дві підгрупи з урахуванням генезу алопеції: метаболічного (45 пацієнтів) або змішаного (108 пацієнтів). Таким способом було сформовано шість підгруп: пацієнти з метаболічною алопецією без ознак дезадаптації — Г1-1 (30 осіб), з метаболічною алопецією з окремими ознаками дезадаптації (група ризику) — Г1-2 (9 пацієнтів), з мета-

болічною алопецією і наявністю розладів адаптації — Г1-3 (6 пацієнтів), зі змішаною алопецією без ознак дезадаптації — Г2-1 (15 пацієнтів), зі змішаною алопецією з окремими ознаками дезадаптації (група ризику) — Г2-2 (64 пацієнти) та зі змішаною адаптацією і наявністю розладів адаптації — Г2-3 (29 пацієнтів).

Поширеність і структуру депресивних проявів досліджували клініко-психопатологічним методом з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10. Відповідно до них, для встановлення діагнозу депресивний розлад необхідна тривала (щонайменше протягом 14 днів) наявність одночасно двох з трьох основних симптомів (стійке зниження настрою; втрата інтересу або задоволення від діяльності, яка раніше була приємною (ангедонія); виражена втомлюваність, відчуття зниження енергетичного потенціалу, що характеризується стабільністю), та трьох з семи додаткових симптомів (песимізм; почуття провини, марності, тривоги або страху; занижена самооцінка; нездатність концентруватися і приймати рішення; думки про смерть та (або) самогубство; нестабільний апетит, виражена втрата або прибавка маси тіла; порушений сон, безсоння або надлишковий сон).

Статистичний аналіз включав описову статистику в таблицях спряженості та міжгруповий аналіз розбіжностей категоризованих ознак у групах пацієнтів з метаболічною та змішаною алопецією за допомогою точного критерію Фішера з використанням ліцензійного пакету MS Office 2013.

Під час дослідження поширеності трьох основних симптомів депресії відповідно до критеріїв МКХ-10 — стійкого зниження настрою, ангедонії та стійкої втомлюваності, з урахуванням виду алопеції та ступеня психічної дезадаптації, виявлені певні закономірності.

Наявність зниженого настрою, що не залежить від зовнішніх обставин і триває щонайменше два тижні, виявлена у 51,0 % обстежених пацієнтів, до того ж у пацієнтів зі змішаною алопецією цей симптом виявлявся більш ніж удвічі частіше: 60,2 % проти 28,9 % ( $p < 0,01$ ) (табл. 1).

Таблиця 1. Поширеність основної і додаткової симптоматики депресії у пацієнтів з різними видами алопеції

Симптом	Метаболічна		Змішана		Разом		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
<b>Основні симптоми</b>							
Знижений настрій	13	28,9	65	60,2	78	51,0	< 0,01
Ангедонія	3	6,7	35	32,4	38	24,8	< 0,01
Підвищена втомлюваність	16	35,6	75	69,4	91	59,5	< 0,01
<b>Додаткові симптоми</b>							
Песимізм	23	51,1	67	62,0	90	58,8	> 0,05
Почуття провини, марності, тривоги або страху	26	57,8	77	71,3	103	67,3	> 0,05
Занижена самооцінка	7	15,6	38	35,2	45	29,4	< 0,05
Нездатність концентруватися і приймати рішення	18	40,0	85	78,7	103	67,3	< 0,01
Думки про смерть або самогубство	0	0,0	6	5,6	6	3,9	> 0,05
Нестабільний апетит, зміна маси тіла	5	11,1	30	27,8	35	22,9	< 0,05
Порушений сон, безсоння або надлишковий сон	19	42,2	82	75,9	101	66,0	< 0,01

Другий основний симптом депресії — втрата інтересу та задоволення від діяльності, яка раніше була приємною (ангедонія) — виявлений загалом у 24,8 % пацієнтів; у пацієнтів з метаболічною алопецією поширеність цього симптому була набагато меншою як порівняти з пацієнтами зі змішаною алопецією: 6,7 % проти 32,4 % ( $p < 0,01$ ).

Третій основний симптом депресії — виражена втомлюваність, відчуття зниження енергетичного потенціалу, що характеризується стабільністю, був наявний загалом у 59,5 % пацієнтів з алопецією; у пацієнтів зі змішаною алопецією цей симптом виявлявся значуще частіше — 69,4 % проти 35,6 % ( $p < 0,01$ ).

Під час аналізу додаткових симптомів депресії відповідно до критеріїв МКХ-10 також виявлені певні закономірності.

Песимізм (негативне сприймання майбутнього, почуття відсутності перспективи) був більшою мірою притаманний пацієнтам зі змішаною алопецією, хоча відмінності між групами — статистично незначущі (табл. 1).

Почуття провини, марності, тривоги або страху були доволі поширеними серед пацієнтів з алопецією: 67,3 %, ці симптоми істотно частіше спостерігалися у пацієнтів зі змішаною алопецією.

Занижена самооцінка була більш притаманною пацієнтам зі змішаною алопецією — 35,2 % проти 15,6 % ( $p < 0,05$ ).

Нездатність концентруватися і приймати рішення виявилася більш типовою для пацієнтів зі змішаною алопецією: поширеність цього симптому серед таких пацієнтів була майже вдвічі більшою, ніж серед пацієнтів з метаболічною алопецією.

Наявність думок про смерть або самогубство була нетиповою для пацієнтів з алопецією, і прояви цього симптому спостерігалися лише у пацієнтів зі змішаною алопецією.

Порушення апетиту, втрата маси тіла у пацієнтів зі змішаною алопецією спостерігалися майже втричі частіше, ніж у пацієнтів з метаболічною алопецією.

Порушення сну виявилися одним з найбільш поширених депресивних симптомів. Частота диссомній в усіх пацієнтів з алопецією становила 66,0 %, у пацієнтів з змішаною алопецією вона була значуще більшою: 75,9 % проти 42,2 % ( $p < 0,01$ ).

Загалом, наявність двох і більше з трьох основних симптомів, що є необхідною умовою встановлення діагнозу депресивний розлад відповідно до критеріїв МКХ-10, виявлена у 37,3 % пацієнтів з алопецією; водночас питома вага таких пацієнтів у групі змішаної алопеції була суттєво більшою, ніж у пацієнтів з метаболічною алопецією (табл. 2).

Таблиця 2. Наявність одночасно двох основних симптомів депресії у пацієнтів з різними видами алопеції

Варіації ознаки	Метаболічна (n = 45)		Змішана (n = 108)		Разом (n = 153)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Немає	38	84,4	57	52,8	95	62,1	< 0,01
Наявні	7	15,6	51	47,2	58	37,9	

Одночасна наявність щонайменше трьох додаткових симптомів депресії, необхідних для встановлення діагнозу депресивний розлад відповідно до критеріїв МКХ-10, виявлена у 62,7 % обстежених пацієнтів, причому серед пацієнтів з метаболічною алопецією таких було лише 28,9 %, а серед пацієнтів зі змішаною алопецією — 76,9 % (табл. 3).

Таблиця 3. Наявність одночасно трьох і більше додаткових симптомів депресії у пацієнтів з різними видами алопеції

Варіації ознаки	Метаболічна (n = 45)		Змішана (n = 108)		Разом (n = 153)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Немає	32	71,1	25	23,1	57	37,3	< 0,01
Наявні	13	28,9	83	76,9	96	62,7	

Загалом, повна відповідність критеріям МКХ-10, що дає змогу встановити діагноз депресивний розлад, була виявлена у 37,9 % пацієнтів з алопецією (табл. 4). Водночас лише 15,6 % пацієнтів з метаболічною алопецією відповідали формальним критеріям депресивного розладу, тоді як серед пацієнтів зі змішаною алопецією таких було 47,2 %.

Таблиця 4. Відповідність критеріям депресії за МКХ-10 у пацієнтів з різними видами алопеції

Діагноз депресії	Метаболічна (n = 45)		Змішана (n = 108)		Разом (n = 153)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Не відповідають	38	84,4	57	52,8	95	62,1	< 0,01
Відповідають	7	15,6	51	47,2	58	37,9	

Стійке зниження настрою виявлено у чверті (24,4 %) пацієнтів без ознак дезадаптації, приблизно у половини пацієнтів групи ризику (53,4 %) та у 80,0 % пацієнтів з розладами адаптації. Розбіжності між всіма групами — статистично значущі ( $p < 0,01$ ) (табл. 5).

Поширеність ангедонії була найбільшою у пацієнтів з розладами адаптації (45,7 %), значуще меншою — у пацієнтів групи ризику (20,5 %), і найменшою — у пацієнтів без ознак дезадаптації (15,6 %).

Питома вага пацієнтів з тривалою втомлюваністю була суттєво більшою серед пацієнтів з розладами адаптації і приблизно однаковою у групі ризику та групі без ознак дезадаптації.

Під час аналізу додаткових симптомів депресії у пацієнтів з різним ступенем дезадаптації також виявлено певні відмінності (див. табл. 5).

Зокрема, за поширеністю песимізму значущих відмінностей під час порівняння груп з різним ступенем дезадаптації не виявлено, хоча спостерігалася тенденція до збільшення питомої ваги пацієнтів з проявами песимізму з поглибленням дезадаптації.

Таблиця 5. Поширеність основної і додаткової симптоматики депресії у пацієнтів з алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Симптом	Г1 (n = 45)		Г2 (n = 73)		Г3 (n = 35)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Основні симптоми									
Знижений настрій	11	24,4	39	53,4	28	80,0	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Ангедонія	7	15,6	15	20,5	16	45,7	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Підвищена втомлюваність	23	51,1	40	54,8	28	80,0	> 0,05	< 0,01	< 0,05
Додаткові симптоми									
Песимізм	25	55,6	41	56,2	24	68,6	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Почуття провини, марності, тривоги або страху	26	57,8	50	68,5	27	77,1	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Занижена самооцінка	9	20,0	18	24,7	18	51,4	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Нездатність концентруватися і приймати рішення	23	51,1	51	69,9	29	82,9	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Думки про смерть або самогубство	1	2,2	2	2,7	3	8,6	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Нестабільний апетит, зміна маси тіла	8	17,8	17	23,3	10	28,6	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Порушений сон, безсоння або надлишковий сон	23	51,1	47	64,4	31	88,6	> 0,05	< 0,01	< 0,01

Симптоматика провини, марності, тривоги або страху частіше спостерігалася у пацієнтів з більшою виразністю дезадаптації, хоча розбіжності між групами за рівнем дезадаптації виявилися статистично незначущими ( $p > 0,05$ ).

Занижена самооцінка була пов'язана з більш глибокими рівнями дезадаптації: найменша поширеність цього симптому була виявлена у пацієнтів без ознак дезадаптації (20,0 %), незначуще більша — у групі ризику (24,7 %), і значуще більша — у пацієнтів з розладами адаптації.

Ступінь дезадаптації також істотно впливав на поширеність когнітивних порушень: у пацієнтів без ознак дезадаптації її поширеність була найменшою (51,1 %), у пацієнтів групи ризику — дещо більшою (69,9 %), а у пацієнтів з розладами адаптації — значуще більшою (82,9 %).

Загалом, думки про смерть та самогубство частіше виявлялися у пацієнтів з розладами адаптації, але кількість таких пацієнтів була незначною.

Поширеність порушень апетиту і зміни маси тіла збільшувалася з поглибленням дезадаптації, однак, розбіжності між групами виявилися статистично незначущими.

Порушення сну частіше виявлялися у пацієнтів з більш глибокими ступенями дезадаптації: якщо у пацієнтів без ознак дезадаптації поширеність цього симптому становила 51,1 %, то у групі ризику — 64,4 %, а у групі з розладами адаптації — 88,6 %.

Питома вага осіб з наявністю одночасно щонайменше двох основних симптомів депресії збільшувалася від 17,8 % у групі без ознак дезадаптації до 35,6 % у групі ризику і до 68,6 % у групі з розладами адаптації. Розбіжності між групами — статистично значущі (табл. 6).

Таблиця 6. Наявність одночасно двох основних симптомів депресії у пацієнтів з алопецією з різними ступенями дезадаптації

Варіації ознаки	Г1 (n = 45)		Г2 (n = 73)		Г3 (n = 35)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	37	82,2	47	64,4	11	31,4	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Наявні	8	17,8	26	35,6	24	68,6			

Наявність одночасно трьох і більше додаткових симптомів депресії виявлена майже у всіх пацієнтів з розладами адаптації, більш ніж у половини пацієнтів групи ризику і у 40,0 % пацієнтів без ознак дезадаптації (табл. 7).

Таблиця 7. Наявність одночасно трьох і більше додаткових симптомів депресії у пацієнтів з алопецією з різними ступенями дезадаптації

Варіації ознаки	Г1 (n = 45)		Г2 (n = 73)		Г3 (n = 35)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	27	60,0	28	38,4	2	5,7	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Наявні	18	40,0	45	61,6	33	94,3			

Ураженість депресивними розладами виявила чітку асоціацію зі ступенем дезадаптації. Якщо серед пацієнтів без ознак дезадаптації питома вага осіб з відповідністю критеріям депресивного розладу становила 17,8 %, то у групі ризику вона збільшилася до 35,6 %, а у групі з розладами адаптації — до 68,6 % (табл. 8).

У пацієнтів з метаболічною алопецією питома вага пацієнтів з наявністю стійкого зниження настрою значуще не відрізнялася у групах з різним рівнем дезадаптації, хоча спостерігалася тенденція до збільшення ураженості зниженим настроєм пацієнтів з більш вираженою дезадаптацією (табл. 9).

Таблиця 8. Відповідність критеріям депресії за МКХ-10 у пацієнтів з алопецією з різними ступенями дезадаптації

Діагноз депресії	Г1 (n = 45)		Г2 (n = 73)		Г3 (n = 35)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Не відповідають	37	82,2	47	64,4	11	31,4	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Відповідають	8	17,8	26	35,6	24	68,6			

Таблиця 9. Поширеність основної і додаткової симптоматики депресії у пацієнтів з метаболічною алопецією з різними ступенями дезадаптації

Симптом	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3	
<b>Основні симптоми</b>										
Знижений настрій	6	20,0	4	44,4	3	50,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Ангедонія	2	6,7	0	0,0	1	16,7	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Підвищена втомлюваність	11	36,7	1	11,1	4	66,7	> 0,05	> 0,05	< 0,05	
<b>Додаткові симптоми</b>										
Песимізм	15	50,0	4	44,4	4	66,7	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Почуття провини, марності, тривоги або страху	17	56,7	4	44,4	5	83,3	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Занижена самооцінка	5	16,7	1	11,1	1	16,7	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Нездатність концентруватися і приймати рішення	11	36,7	3	33,3	4	66,7	> 0,05	< 0,01	< 0,01	
Думки про смерть або самогубство	—	—	—	—	—	—	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Нестабільний апетит, зміна маси тіла	3	10,0	—	—	2	33,3	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Порушений сон, безсоння або надлишковий сон	11	36,7	3	33,3	5	83,3	> 0,05	< 0,05	> 0,05	

У пацієнтів з метаболічною алопецією ангедонія виявлялася в одиничних випадках, а у групі ризику її не виявлено; розбіжності між групами статистично незначущі ( $p > 0,05$ ).

У пацієнтів з метаболічною алопецією найбільш часто стійка втомлюваність виявлялася у групі з розладами адаптації (66,7 %), суттєво рідше — у групі без розладів адаптації (36,7 %), і найрідше — у групі ризику (11,1 %) ( $p > 0,05$ ).

Щодо додаткових симптомів, у пацієнтів з метаболічною алопецією не виявлено значущих відмінностей у поширеності песимізму в групах з різним ступенем дезадаптації.

Поширеність почуття провини, марності, тривоги або страху у пацієнтів з метаболічною алопецією була найбільшою у пацієнтів з розладами адаптації (83,3 %), тоді як у групі без ознак дезадаптації та групі ризику поширеність цих симптомів відрізнялася менше.

У пацієнтів з метаболічною алопецією поширеність заниженої самооцінки була схожою в усіх групах за рівнями адаптації, з незначною питомою вагою у пацієнтів з розладами адаптації.

У пацієнтів з метаболічною алопецією у групі без ознак дезадаптації і у групі ризику поширеність нездатності концентруватися і приймати рішення була приблизно рівною, а у групі з розладами адаптації — вдвічі більшою.

У пацієнтів з метаболічною алопецією думок про смерть або самогубство не виявлено.

У пацієнтів з метаболічною алопецією у групі ризику порушень апетиту і втрати маси тіла не виявлено, у решті груп вони мали одиничний характер.

У пацієнтів з метаболічною алопецією поширеність диссомній у групі без ознак дезадаптації і групі ризику виявилася приблизно однаковою, а у групі з розладами адаптації — суттєво більшою.

У пацієнтів зі змішаною алопецією питома вага осіб з стійким зниженням настрою також збільшувалася з поглибленням дезадаптації; водночас розбіжності за цим симптомом між групами без ознак дезадаптації і з розладами адаптації, а також між групою ризику та групою з розладами адаптації — статистично значущі ( $p < 0,01$ ) (табл. 10).

У пацієнтів зі змішаною алопецією ангедонія виявлялася набагато частіше, ніж при метаболічній алопеції; ураженість цим симптомом була значно більшою у пацієнтів з розладами адаптації і незначуще відрізнялася у групі ризику та у групі без ознак дезадаптації.

У пацієнтів зі змішаною алопецією поширеність стійкого відчуття втомлюваності виявилася великою в усіх групах; у пацієнтів без розладів адаптації та у пацієнтів з розладами адаптації частота цього симптому була близькою, а у пацієнтів групи ризику — дещо меншою.

У пацієнтів зі змішаною алопецією також не виявлено значущих відмінностей у поширеності проявів песимізму; проте найбільшою питомою вагою пацієнтів з цим симптомом була у групах без ознак дезадаптації та з наявністю розладів адаптації.

Таблиця 10. Поширеність основної і додаткової симптоматики депресії у пацієнтів зі змішаною алопецією з різними ступенями дезадаптації

Симптом	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
<b>Основні симптоми</b>									
Знижений настрій	5	33,3	35	54,7	25	86,2	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Ангедонія	5	33,3	15	23,4	15	51,7	> 0,05	> 0,05	< 0,01
Підвищена втомлюваність	12	80,0	39	60,9	24	82,8	> 0,05	> 0,05	< 0,05
<b>Додаткові симптоми</b>									
Песимізм	10	66,7	37	57,8	20	69,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Почуття провини, марності, тривоги або страху	9	60,0	46	71,9	22	75,9	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Занижена самооцінка	4	26,7	17	26,6	17	58,6	> 0,05	< 0,05	< 0,01
Нездатність концентруватися і приймати рішення	12	80,0	48	75,0	25	86,2	> 0,05	< 0,05	< 0,01
Думки про смерть або самогубство	1	6,7	2	3,1	3	10,3	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Нестабільний апетит, зміна маси тіла	5	33,3	17	26,6	8	27,6	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Порушений сон, безсоння або надлишковий сон	12	80,0	44	68,7	26	89,7	> 0,05	> 0,05	< 0,05

У групі пацієнтів зі змішаною алопецією поширеність почуття провини, марності, тривоги або страху збільшувалася з поглибленням дезадаптації, однак, розбіжності між групами виявилися статистично незначущими ( $p > 0,05$ ).

Натомість, у пацієнтів зі змішаною алопецією занижена самооцінка суттєво частіше виявлялася у пацієнтів з розладами адаптації, тоді як поширеність цього симптому у пацієнтів групи ризику та групи без розладів адаптації була практично однаковою.

У пацієнтів зі змішаною алопецією порушення концентрації уваги і прийняття рішень найчастіше виявлялося у групі з розладами адаптації (86,2 %), дещо рідше — у пацієнтів без ознак дезадаптації (80,0 %), і найрідше — у групі ризику (75,0 %).

У пацієнтів зі змішаною алопецією прояви думок про смерть або самогубство мали одиничний характер і дещо частіше спостерігалися у пацієнтів з розладами адаптації.

При змішаній алопеції поширеність порушень апетиту і зміни маси тіла була близькою в усіх групах, розбіжності між ними — статистично незначущі.

У пацієнтів зі змішаною алопецією розлади сну найчастіше виявлялися у пацієнтів з розладами адаптації (89,7 %), дещо рідше — у пацієнтів без ознак дезадаптації (80,0 %), і найрідше — у пацієнтів групи ризику (68,7 %).

У пацієнтів з метаболічною алопецією питома вага осіб з наявністю двох і більше основних симптомів депресії у групі без ознак дезадаптації і групі ризику статистично значуще не відрізнялася, тоді як у групі з розладами адаптації сягала 50 % (табл. 11).

Таблиця 11. Наявність одночасно двох основних симптомів депресії у пацієнтів з метаболічною алопецією з різними ступенями дезадаптації

Варіації ознаки	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	27	90,0	8	88,9	3	50,0	> 0,05	< 0,05	> 0,05
Наявні	3	10,0	1	11,1	3	50,0			

Схожі закономірності виявлені і у пацієнтів зі змішаною алопецією: питома вага пацієнтів з наявністю щонайменше двох основних симптомів депресії у групі без ознак дезадаптації і групі ризику була близькою, тоді як у групі з розладами адаптації — значуще більшою, однак, частка пацієнтів з наявністю двох і більше основних симптомів депресії у кожній з груп була більшою, ніж у пацієнтів з метаболічною алопецією (табл. 12).

Таблиця 12. Наявність одночасно двох основних симптомів депресії у пацієнтів зі змішаною алопецією з різними ступенями дезадаптації

Варіації ознаки	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	10	66,7	39	60,9	8	27,6	> 0,05	< 0,05	< 0,01
Наявні	5	33,3	25	39,1	21	72,4			

У пацієнтів з метаболічною алопецією наявність трьох і більше додаткових симптомів депресії була притаманна переважно пацієнтам з розладами адаптації (83,3 %), і значно рідше виявлялася у групі ризику (11,1 %) і у групі без ознак дезадаптації (23,3 %) (табл. 13).

**Таблиця 13. Наявність одночасно трьох і більше додаткових симптомів депресії у пацієнтів з метаболічною алопецією з різними ступенями дезадаптації**

Варіації ознаки	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	23	76,7	8	88,9	1	16,7	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Наявні	7	23,3	1	11,1	5	83,3			

У пацієнтів зі змішаною алопецією поширеність додаткової симптоматики депресії була високою в усіх групах. Водночас у пацієнтів з розладами адаптації наявність трьох і більше додаткових симптомів депресії виявлялася найчастіше (96,6 %), а у пацієнтів групи ризику та групи без ознак дезадаптації — дещо рідше (68,7 % та 73,3 % відповідно) (табл. 14).

**Таблиця 14. Наявність трьох і більше додаткових симптомів депресії у пацієнтів зі змішаною алопецією з різними ступенями дезадаптації**

Варіації ознаки	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	4	26,7	20	31,3	1	3,4	> 0,05	< 0,05	< 0,01
Наявні	11	73,3	44	68,7	28	96,6			

У пацієнтів з метаболічною алопецією критеріям депресивного розладу відповідала десята частина пацієнтів групи без ознак дезадаптації і групи ризику, тоді як у групі з розладами дезадаптації пацієнти з ознаками депресивного розладу становили половину обстежених (табл. 15).

**Таблиця 15. Відповідність критеріям депресії за МКХ-10 у пацієнтів з метаболічною алопецією з різними ступенями дезадаптації**

Діагноз депресії	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Не відповідають	27	90,0	8	88,9	3	50,0	> 0,05	< 0,05	> 0,05
Відповідають	3	10,0	1	11,1	3	50,0			

У пацієнтів зі змішаною алопецією питома вага пацієнтів, у яких виявлено відповідність критеріям депресивного розладу, збільшувалася з 33,3 % у групі без ознак дезадаптації до 39,1 % у групі ризику і до 72,4 % у групі з розладами адаптації (табл. 16).

**Таблиця 16. Відповідність критеріям депресії за МКХ-10 у пацієнтів зі змішаною алопецією з різними ступенями дезадаптації**

Діагноз депресії	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Не відповідають	10	66,7	39	60,9	8	27,6	> 0,05	< 0,05	< 0,01
Відповідають	5	33,3	25	39,1	21	72,4			

Отже, вивчення поширеності депресивної симптоматики у пацієнтів з різними видами алопеції та різним ступенем дезадаптації дає змогу дійти таких висновків:

1. Серед пацієнтів з алопецією депресія, якою уражена понад третина пацієнтів (37,9 %) є серйозною проблемою. Поширеність депресії істотно залежить від виду депресії і при змішаній алопеції є втричі більшою, ніж при метаболічній (47,2 % проти 15,6 %).

2. Окрім симптомів депресії вельми поширені у пацієнтів з алопецією. Найчастішими скаргами є почуття провини, марності, тривоги або страху, когнітивні порушення та розлади сну. Усі симптоми депресії значуще частіше виявлялися у пацієнтів зі змішаною алопецією.

3. Поширеність депресивної симптоматики міцно асоційована зі ступенем дезадаптації. У групі пацієнтів з вираженими проявами дезадаптації поширеність окремих симптомів депресії перевищує 80 %, а клінічно оформлений депресивний розлад наявний у двох третин (68,6 %) пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з комплексним вивченням несприятливих змін у психоемоційній сфері пацієнтів з різними формами алопеції та розробленням персоналізованих заходів корекції депресивних, тривожних та інших психопатологічних проявів.

**Список літератури / References**

- Kranz D., Nadarevic L., Erdfelder E. Bald and Bad?: Experimental Evidence for a Dual-Process Account of Baldness Stereotyping." *Experimental Psychology*, vol. 66, no. 5, pp. 340–354, Sep. 2019. doi: 10.1027/1618-3169/a000457.
- Williamson D, Gonzalez M, Finlay AY. The effect of hair loss on quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001 Mar;15(2):137-9. doi: 10.1046/j.1468-3083.2001.00229.x. PMID: 11495520.
- Cartwright T, Endean N, Porter A. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *Br J Dermatol*. 2009 May;160(5):1034-9. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.09014.x. Epub 2009 Jan 20. PMID: 19183424.
- Davey L, Clarke V, Jenkinson E. Living with alopecia areata: an online qualitative survey study. *Br J Dermatol*. 2019 Jun;180(6):1377–1389. doi: 10.1111/bjd.17463. Epub 2019 Feb 21. PMID: 30501016.
- Aldhouse NVJ, Kitchen H, Knight S, Macey J, Nunes FP, Dutronc Y, Mesinkovska N, Ko JM, King BA, Wyrwich KW. You lose your hair, what's the big deal? I was so embarrassed, I was so self-conscious, I was so depressed: a qualitative interview study to understand the psychosocial burden of alopecia areata. *J Patient Rep Outcomes*. 2020 Sep 11;4(1):76. doi: 10.1186/s41687-020-00240-7. PMID: 32914253; PMCID: PMC7483696.
- 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.
- 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.

8. Titeca G, Goudetsidis L, Francq B, Sampogna F, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Jemec GBE, Misery L, Szabo C, Linder D, Evers AWM, Halvorsen JA, Balieva F, Szepietowski J, Romanov D, Marron SE, Altunay IK, Finlay AY, Salek SS, Kupfer J, Dalgard FJ, Poot F. 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. doi: 10.1111/jdv.16298. PMID: 31465592.

9. Mesinkovska, Natasha & King, Brett & Mirmirani, Paradi & Ko, Justin & Cassella, James. (2020). Burden of Illness in Alopecia Areata: A Cross-Sectional Online Survey Study. *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*. 20. S62-S68. 10.1016/j.jisp.2020.05.007.

10. Marahatta S, Agrawal S, Adhikari BR. Psychological Impact of Alopecia Areata // *Dermatol Res Pract*. 2020 Dec 24;24:2020:8879343. doi: 10.1155/2020/8879343. PMID: 33424962; PMCID: PMC7775172.

11. Huang CH, Fu Y, Chi CC. Health-Related Quality of Life, Depression, and Self-esteem in Patients With Androgenetic Alopecia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2021 Aug 1;157(8):963-970. doi: 10.1001/jamadermatol.2021.2196. PMID: 34232264; PMCID: PMC8264758.

12. Macbeth AE, Holmes S, Harries M, Chiu WS, Tziotzios C, de Lusignan S, Messenger AG, Thompson AR. The associated burden of mental health conditions in alopecia areata: a population-based study in UK primary care. *Br J Dermatol*. 2022 Jul;187(1):73-81. doi: 10.1111/bjd.21055. Epub 2022 May 11. PMID: 35157313; PMCID: PMC9542942.

13. Психодерматологія. Медико-психологічні аспекти дії психосоціального стресу в клінічній і естетичній дер-

матологічній практиці : монографія / М.В. Маркова, І.Р. Мухаровська, М.В. Литвиненко [та ін.]; за ред. М. В. Маркової, І. Р. Мухаровської. Харків, 2019. 277 с. [Psychodermatology. Medico-psychological aspects of psychosocial stress in clinical and aesthetic dermatological practice: monograph] / M.V. Markova, I.R. Mukharovska, M.V. Lytvynenko et al.; M.V. Markova, I.R. Mukharovska (eds). Kharkiv, 2019. 277 p. (In Ukrainian).

14. Toussi A, Barton VR, Le ST, Agbai ON, Kiuru M. Psychosocial and psychiatric comorbidities and health-related quality of life in alopecia areata: a systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2021 Jul;85(1):162-175. doi: 10.1016/j.jaad.2020.06.047. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32561373; PMCID: PMC8260215.

15. Tzur Bitan D, Berzin D, Kridin K, Cohen A. The association between alopecia areata and anxiety, depression, schizophrenia, and bipolar disorder: a population-based study. *Arch Dermatol Res*. 2022 Jul;314(5):463-468. doi: 10.1007/s00403-021-02247-6. Epub 2021 Jun 5. PMID: 34089375.

Надійшла до редакції 28.10.2024

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

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