

*М. М. Чемерис***ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНІ НАСЛІДКИ АЛОПЕЦІЇ: ДОСЛІДЖЕННЯ
КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ***М. М. Chemerys***PSYCHOLOGICAL-PSYCHIATRIC CONSEQUENCES OF ALOPECIA: A STUDY OF PATIENTS'
COGNITIVE FUNCTIONING**

Ключові слова: психодерматологія, порушення психічного здоров'я, алопеція, когнітивне функціонування, когнітивні розлади, психічна дезадаптація, розлади адаптації.

Keywords: psychodermatology, mental health disorders, alopecia, cognitive functioning, cognitive disorders, mental maladaptation, adaptation disorders

Мета роботи — вивчення особливостей когнітивного функціонування пацієнтів з різними видами алопеції, для розуміння мішеней медико-психологічної реабілітації цього контингенту.

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

Ураженість пацієнтів з алопецією порушеннями когнітивного функціонування є значною і більш суттєвою — у пацієнтів зі змішаною алопецією.

Найпоширенішою симптоматикою у когнітивній сфері є швидка втомлюваність, зниження працездатності та порушення концентрації уваги.

Як у пацієнтів з метаболічною, так і зі змішаною алопецією, когнітивні порушення частіше виявлялися у пацієнтів з розладами адаптації і рідше — у пацієнтів групи ризику та без ознак ПД. Водночас закономірності порушень когнітивного функціонування при алопеції мають складний нелінійний характер і потребують подальшого вивчення.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з пошуком зв'язків когнітивних порушень при різних формах алопеції з різними клінічними та психосоціальними чинниками, а також з розробкою персоналізованих заходів корекції когнітивних порушень в структурі медико-психологічної реабілітації пацієнтів з алопецією.

The purpose of the work is to study the features of cognitive functioning of patients with different types of alopecia, to understand the targets of medical and psychological rehabilitation of this contingent.

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).

Affection of patients with alopecia by disorders of cognitive functioning is significant, and more significant in patients with mixed alopecia.

The most common symptoms from the cognitive sphere are rapid fatigue, decreased performance, and impaired concentration.

In both metabolic and mixed alopecia patients, cognitive impairment was more often detected in patients with adaptation disorders, and less often in patients at risk and without signs of PD. At the same time, the patterns of cognitive impairment in alopecia are complex, nonlinear, and require further study.

Prospects for further research are related to the search for connections between cognitive impairment in different forms of alopecia with various clinical and psychosocial factors, as well as the development of personalized measures to correct cognitive impairment in the structure of medical and psychological rehabilitation of patients with alopecia.

Алопеція є найбільш поширеною косметологічною проблемою, з якою стикаються понад 80 % чоловіків і понад 50 % жінок, і яка призводить до серйозних змін психоемоційної сфери [1; 2].

Красиве волосся є надзвичайно важливою частиною самоідентифікації або «образу тіла»; психологіч-

на концепція образу тіла стосується думок, почуттів, сприйняття та поведінкових змін, пов'язаних із фізичним виглядом [3], а втрата волосся супроводжується вираженим психологічним дискомфортом і дистресом, що має тривалий характер і призводить до істотного погіршення якості життя та соціального функціонування [4; 5]. Пацієнтам з алопецією притаманні

гірші соціально-демографічні характеристики, вищий рівень стресу, більша виразність тривоги та депресії, а також гірша соціальна реалізація та нижчий рівень якості життя [6—8]. Поширеність депресії і тривоги серед хворих з алопецією може сягати 70—90 %, причому у 10—20 % виявляється депресія і тривога помірного ступеня, що потребує відповідних лікувальних і корекційних втручань [9; 10].

Алопеція характеризується високим рівнем коморбідності з психічними розладами, що свідчить про спільні патогенетичні механізми участі стресу і психологічних порушень у розвитку і загостренні захворювання [11—13]. Серед психічних захворювань, що виявили значущий зв'язок з алопецією, провідне місце належить рекурентному депресивному розладу, депресивному епізоду, тривожному розладу, причому вища захворюваність на психічну патологію осіб з алопецією зберігалася для всіх соціально-демографічних підгруп; хворі на алопецію також суттєво частіше виявляли поліморбідність за психічними розладами, насамперед, за рекурентним депресивним розладом і тривожним розладом, депресивним епізодом і тривожним розладом, а також на 30—40 % вищий ризик виникнення нового депресивного або тривожного розладу [14].

Спектр і виразність психопатологічних реакцій на алопецію є складними і нелінійними, і певною мірою залежать від індивідуально-психологічних характеристик, зокрема і особливостей когнітивного функціонування пацієнтів, що потребує комплексного підходу до вивчення психолого-психіатричних наслідків алопеції [15—19].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей когнітивного функціонування пацієнтів з різними видами дифузної алопеції, для розуміння мішеней медико-психологічної реабілітації цього контингенту.

З дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди, обстежено 153 пацієнти з метаболічною і змішаною алопецією. Серед пацієнтів виокремили три групи: без ознак психічної дезадаптації (ПД) — 45 осіб (група 1 — Г1), з окремими ознаками ПД — 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 виокремили по дві підгрупи з урахуванням генезу алопеції: метаболічного (45 пацієнтів) або змішаного (108 пацієнтів). Усього сформовано шість підгруп: пацієнти з метаболічною алопецією без ознак ПД — Г1-1 (30 пацієнтів), з метаболічною алопецією з окремими ознаками ПД (група ризику) — Г1-2 (9 пацієнтів), з метаболічною алопецією і наявністю розладів адаптації — Г1-3 (6 пацієнтів), зі змішаною алопецією без ознак ПД — Г2-1 (15 пацієнтів), зі змішаною алопецією з окремими ознаками ПД (група ризику) — Г2-2 (64 пацієнти) та зі змішаною адаптацією і наявністю розладів адаптації — Г2-3 (29 пацієнтів).

Спектр порушень когнітивної сфери у пацієнтів з алопецією був представлений переважно астенич-

ною симптоматикою та порушенням концентрації уваги.

У пацієнтів зі змішаною алопецією скарги на відчуття байдужості та апатію загалом були більш поширеними як порівняти з пацієнтами з метаболічною алопецією у кожній з груп за рівнем ПД. Причому у пацієнтів з метаболічною алопецією найчастіше відчуття байдужості і апатії виявлялося у групі з розладами адаптації (33,3 %), дещо рідше — у групі без ознак ПД (26,1 %), і найрідше — у групі ризику (11,1 %). Водночас, слід зазначити, що відмінності у поширеності цього симптому між окремими групами — статистично не значущі ($p > 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1. Наявність скарг на відчуття байдужості та апатію у пацієнтів з метаболічною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Відчуття байдужості, апатія	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	22	73,3	8	88,9	4	66,7	> 0,05		
Є	8	26,7	1	11,1	2	33,3			

У пацієнтів зі змішаною алопецією загалом виявлена аналогічна тенденція, однак, скарги на відчуття байдужості і апатію виявилися вельми поширеними: у групі з розладами адаптації їх висловлювали більше половини обстежених (51,7 %), у групі без ознак ПД — майже половина (46,7 %), і у групі ризику — майже третина обстежених (32,8 %); розбіжності у поширеності цього симптому між окремими групами також не досягали прийнятного рівня статистичної значущості ($p > 0,05$) (табл. 2).

Таблиця 2. Наявність скарг на відчуття байдужості та апатію у пацієнтів зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Відчуття байдужості, апатія	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	8	53,3	43	67,2	14	48,3	> 0,05		
Є	7	46,7	21	32,8	15	51,7			

Більш поширеними серед пацієнтів з алопецією виявилися скарги на зниження працездатності. Як і щодо відчуття байдужості та апатії, цей симптом частіше спостерігався у пацієнтів зі змішаною алопецією.

В структурі груп ПД у пацієнтів з метаболічною алопецією скарги на зниження працездатності найчастіше виявлялися у групі з розладами адаптації, де дві третини пацієнтів (66,7 %) виявили цю скаргу; у групі без ознак ПД поширеність цього симптому була майже вдвічі меншою (36,7 %), а у групі ризику — втричі меншою, ніж у групі без ознак ПД (11,1 %). Розбіжності статистично значущі як порівняти групи з розладами адаптації та групи ризику (табл. 3).

Таблиця 3. Наявність скарг на зниження працездатності у пацієнтів з метаболічною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Зниження працездатності	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	19	63,3	8	88,9	2	33,3	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Є	11	36,7	1	11,1	4	66,7			

Схожі закономірності виявлені у пацієнтів зі змішаною алопецією, однак у них відмінності між підгрупами були виражені суттєво менше (табл. 4). Переважна більшість пацієнтів груп з розладами адаптації та без ознак ПД (82,8 % та 80,0 %) висловлювали скарги на зниження працездатності; у групі ризику питома вага таких пацієнтів також була значною (60,9 %), однак, меншою як порівняти з групою з розладами адаптації.

Таблиця 4. Наявність скарг на зниження працездатності у пацієнтів зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Зниження працездатності	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	3	20,0	25	39,1	5	17,2	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Є	12	80,0	39	60,9	24	82,8			

Суттєві відмінності між пацієнтами з алопецією різного генезу виявлені з порівняння груп за наявністю скарг на швидку втомлюваність. Цей симптом був значно поширенішим серед пацієнтів зі змішаною алопецією. Водночас у пацієнтів з метаболічною алопецією скарги на швидку втомлюваність були найбільш притаманні пацієнтам з розладами адаптації (66,7 %), менш поширені — у пацієнтів без ознак ПД (36,7 %), і найменш притаманні — пацієнтам групи ризику (11,1 %). Розбіжності — статистично значущі як порівняти групу ризику та групу з розладами адаптації ($p < 0,05$) (табл. 5).

Таблиця 5. Наявність скарг на швидку втомлюваність у пацієнтів з метаболічною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Швидка втомлюваність	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	19	63,3	8	88,9	2	33,3	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Є	11	36,7	1	11,1	4	66,7			

У пацієнтів зі змішаною алопецією поширеність скарг на швидку втомлюваність була найбільшою серед пацієнтів з розладами адаптації (82,8 %); водночас значною була також питома вага пацієнтів з такою скаргою у групі без ознак ПД (80,0 %), і дещо меншою — у групі ризику (60,9 %). Розбіжності — значущі як порівняти другу та третю групи (табл. 6).

Таблиця 6. Наявність скарг на швидку втомлюваність у пацієнтів зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Швидка втомлюваність	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	3	20,0	25	39,1	5	17,2	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Є	12	80,0	39	60,9	24	82,8			

Серед пацієнтів з метаболічною алопецією поширеність скарг на погіршення концентрації уваги була меншою як порівняти з пацієнтами зі змішаною алопецією; водночас частота цього симптому в групі без ознак ПД і групі ризику була приблизно однаковою (36,7 % і 33,3 % відповідно), а у пацієнтів з розладами адаптації — вдвічі більшою (66,7 %) (табл. 7).

Таблиця 7. Наявність скарг на погіршення концентрації уваги у пацієнтів з метаболічною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Порушення концентрації уваги	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	19	63,3	6	66,7	2	33,3	> 0,05		
Є	11	36,7	3	33,3	4	66,7			

У пацієнтів зі змішаною алопецією поширеність скарг на погіршення концентрації уваги у групі без ознак ПД і групі ризику становила відповідно 80,0 % та 75,0 %, а у групі з розладами адаптації — 86,2 %. Розбіжності між групами — статистично не значущі (табл. 8).

Таблиця 8. Наявність скарг на погіршення концентрації уваги у пацієнтів зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Порушення концентрації уваги	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	3	20,0	16	25,0	4	13,8	> 0,05		
Є	12	80,0	48	75,0	25	86,2			

Отже, вивчення поширеності когнітивної симптоматики у пацієнтів з різними видами алопеції та різним ступенем дезадаптації дає змогу зробити такі висновки:

1. Ураженість пацієнтів з алопецією порушеннями когнітивного функціонування є значною, і більш суттєвою — у пацієнтів зі змішаною алопецією.
2. Найпоширенішою симптоматикою щодо порушення когнітивного функціонування були швидка втомлюваність, зниження працездатності та порушення концентрації уваги.
3. Як у пацієнтів з метаболічною, так і зі змішаною алопецією, когнітивні порушення частіше виявлялися у пацієнтів з розладами адаптації, і рідше — у пацієнтів групи ризику та без ознак ПД. Водночас,

закономірності когнітивних порушень при алопеції мають складний нелінійний характер і потребують подальшого вивчення.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з пошуком зв'язків когнітивних порушень при різних формах алопеції з різними клінічними та психосоціальними чинниками, а також з розробленням персоналізованих заходів корекції когнітивних порушень в структурі медико-психологічної реабілітації пацієнтів з алопецією.

Список літератури / References

1. Piraccini BM, Alessandrini A. Androgenetic alopecia. *G Ital Dermatol Venereol*. 2014 Feb;149(1):15-24. PMID: 24566563.
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. / [Psychodermatology. Medical and psychological aspects of the effects of psychosocial stress in clinical and aesthetic dermatological practice]: a collective monograph edited by Prof. M. V. Markova, Dr. Med. Sci. I. R. Mukharovska. Kharkiv: Madrid Printing House, 2019. 277 p. (In Ukrainian).
3. 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.
4. Aldhouse NVJ, Kitchen H, Knight S, Macey J, Nunes FP, Dutronc Y, et al. "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.
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. Titeca G, Goudetsidis L, Francq B, Sampogna F, Gieler U, Tomas-Aragones L, 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. Erratum in: *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 May;34(5):1119. doi: 10.1111/jdv.16298.
7. Huang C., Fu Y., Chi C. 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.
8. Zac RI, da Costa A. Patient satisfaction and quality of life among adult women with androgenetic alopecia using 5 % topical minoxidil. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2021 May;14(5):26-30. PMID: 34188746; PMCID: PMC8211325.
9. Mesinkovska N, King B, Mirmirani P, Ko J, Cassella J. Burden of illness in alopecia areata: a cross-sectional online survey study. *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2020 Nov;20(1):S62-S68. doi: 10.1016/j.jisp.2020.05.007.

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

11. Torales J, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A, Almirón-Santacruz J, Barrios I, O'Higgins M, et al. Alopecia areata: A psychodermatological perspective. *J Cosmet Dermatol*. 2022 Jun;21(6):2318-2323. doi: 10.1111/jocd.14416.

12. 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.

13. 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.

14. Macbeth AE, Holmes S, Harries M. Chiu WS, et al. The associated burden of mental health conditions in alopecia areata: a population-based study in UK primary care. *British Journal of Dermatology*. 2022;187:73-81. doi: 10.1111/bjd.21055.

15. Senna M, Ko J, Glashofer M, et al. Predictors of quality of life in patients with alopecia areata. *J Invest Dermatol*. 2022. Oct;142(10):2646-2650.e3. doi: 10.1016/j.jid.2022.02.019.

16. Gelhorn HL, Cutts K, Edson-Heredia E, et al. The relationship between patient-reported severity of hair loss and health-related quality of life and treatment patterns among patients with alopecia areata. *Dermatol Ther*. 2022 Apr;12(4):989-997. doi: 10.1007/s13555-022-00702-4.

17. Mesinkovska N, Craiglow B, Ball SG, Morrow P, Smith SG, Pierce E, Shapiro J. The Invisible Impact of a Visible Disease: Psychosocial Impact of Alopecia Areata. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023 Jul;13(7):1503-1515. doi: 10.1007/s13555-023-00941-z.

18. King BA, Senna MM, Ohyama M, Tosti A, Sinclair RD, Ball S, et al. Defining severity in alopecia areata: current perspectives and a multidimensional framework. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022 Apr;12(4):825-834. doi: 10.1007/s13555-022-00711-3.

19. King BA, Mesinkovska NA, Craiglow B, et al. Development of the alopecia areata scale for clinical use: results of an academic-industry collaborative effort. *J Am Acad Dermatol*. 2022 Feb;86(2):359-364. doi: 10.1016/j.jaad.2021.08.043.

Надійшла до редакції 05.12.2024

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

CHEMERYYS 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/80677014904>; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com