

*М. М. Чемерис***ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ АФЕКТИВНИХ, СОМАТОВЕГЕТАТИВНИХ І КОГНІТИВНИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ РЕАКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ДИФУЗНОЮ АЛОПЕЦІЄЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ***М. М. Chemerys***COMPARATIVE ANALYSIS OF AFFECTIVE, SOMATOVEGETATIVE AND COGNITIVE PSYCHOPATHOLOGICAL REACTIONS IN PATIENTS WITH DIFFUSE ALOPECIA OF VARIOUS GENESIS**

Ключові слова: афективна симптоматика, когнітивне функціонування, соматовегетативні прояви, метаболічна алопеція, змішана алопеція

Мета роботи — порівняльний аналіз поширеності і структури афективних, соматовегетативних і когнітивних психопатологічних реакцій у пацієнтів з дифузною алопецією різного генезу.

З дотриманням принципів біомедицинської етики, на підставі інформованої згоди, клінічно обстежено 153 пацієнти з дифузною алопецією. В рамках діагнозу якої виокремлено дві групи з різними етіопатогенетичними механізмами: з метаболічною формою (45 осіб) і змішаною формою (108 пацієнтів), яка має гетерогенність етіологічних і багато патогенетичних чинників, серед яких є окремий стресовий психоемоційний чинник.

Встановлено, що у пацієнтів з дифузною алопецією зафіксовані психопатологічні реакції з боку усіх сфер психічного реагування — афективної, когнітивної і соматовегетативної, проте їх поширеність різниться залежно від сфери та генезу алопеції.

Найбільша поширеність психопатологічних симптомів спостерігається у когнітивному функціонуванні — порушення концентрації уваги виявлено у 67,4 % обстежених, з них 78,7 % серед осіб зі змішаною, та 40,0 % — з метаболічною алопецією, $p < 0,01$; зниження працездатності та швидка втомлюваність — 59,9 % загальної вибірки (69,4 % vs 35,6 %, відповідно, $p < 0,01$); нав'язливі думки — 47,7 % респондентів (49,1 % vs 44,9 %, відповідно, $p > 0,05$). Соматовегетативна симптоматика притаманна 56,9 % обстежених, з них 62,0 % хворих зі змішаною та 44,4 % з метаболічною алопецією, $p < 0,05$. Виражені психопатологічні прояви в афективній сфері — емоційна лабільність та сенситивність — спостерігаються майже у третини обстежених (30,1 % вибірки), причому для емоційної лабільності відмінності між підгрупами не є статистично значущими (39,1 % осіб зі змішаною та 20,0 % з метаболічною алопецією, $p > 0,05$), тоді як для сенситивності — мають значущу різницю залежно від генезу алопеції (35,2 % у осіб зі змішаною, 17,8 % з метаболічною алопецією, $p < 0,05$).

Отримані дані стануть основою для подальшого досліджування зв'язків між психопатологічними проявами та особистісними і психосоціальними чинниками функціонування хворих, результати якого стануть підґрунтям для розроблення диференційованих підходів до ведення пацієнтів з дифузною алопецією в рамках мультидисциплінарного біопсихосоціального підходу до медико-психологічної реабілітації цього контингенту.

The aim of the work is a comparative analysis of the prevalence and structure of affective, somatovegetative and cognitive psychopathological reactions in patients with diffuse alopecia of various genesis.

In compliance with the principles of biomedical ethics, on the basis of informed consent, we clinically examined 153 patients with diffuse alopecia. Within the framework of its diagnosis, two groups with different etiopathogenetic mechanisms were distinguished: the metabolic form (45 people), and the mixed form (108 patients), which has a heterogeneity of etiological and number of pathogenetic factors, among which a separate stressful psychoemotional factor is distinguished.

It was established that in patients with diffuse alopecia, psychopathological reactions from all spheres of mental response are recorded — affective, cognitive and somatovegetative, however, their prevalence varies depending on the sphere and genesis of alopecia.

The highest prevalence of psychopathological symptoms is observed in cognitive functioning — impaired concentration of attention was found in 67.4 % of the examined, of which 78.7 % among people with mixed and 40.0 % — with metabolic alopecia, $p < 0.01$; decreased performance and rapid fatigue — 59.9 % of the total sample (69.4 % vs 35.6 %, respectively, $p < 0.01$); obsessive thoughts — 47.7 % of respondents (49.1 % vs 44.9 %, respectively, $p > 0.05$). Somatovegetative symptoms are characteristic of 56.9 % of the examined, of which 62.0 % of patients with mixed and 44.4 % with metabolic alopecia, $p < 0.05$. Pronounced psychopathological manifestations from the affective sphere are observed in a third of the examined — emotional lability and sensitivity are found in 30.1 % of the sample, and for emotional lability the differences between the subgroups are not statistically significant (39.1 % of people with mixed and 20.0 % with metabolic alopecia, $p > 0.05$), while for sensitivity — there is a significant difference depending on the genesis of alopecia (35.2 % in people with mixed, 17.8 % with metabolic alopecia, $p < 0.05$).

The obtained data will become the basis for further research into the relationship between psychopathological manifestations and personal and psychosocial factors of patient functioning, the results of which will become the basis for the development of differentiated approaches to the management of patients with diffuse alopecia within the framework of a multidisciplinary biopsychosocial approach to the medical and psychological rehabilitation of this contingent.

Keywords: affective symptoms, cognitive functioning, somatovegetative manifestations, metabolic alopecia, mixed alopecia

Однією з найпоширеніших косметологічних проблем, з якою стикаються як чоловіки, так і жінки, є алопеція, що виникає внаслідок різноманітних захворювань, травм, інтоксикацій, психоемоційних стресів та психічних розладів [1—3].

Сучасне європейське суспільство надає важливе значення здоровому красивому волоссю, яке є невід'ємним складником загального образу тіла і самоідентифікації; втрата волосся є потужним хронічним психоемоційним стресом, що призводить до психопатологічних порушень і зниження якості життя та соціального функціонування [4—7]. У ряді досліджень переконливо встановлено асоційованість алопеції з депресивними і тривожними розладами, що дає підстави вважати ці психічні порушення коморбідними щодо алопеції і розглядати їх як результат дії спільних патогенетичних і патопсихологічних механізмів [8—10].

Пацієнти з алопецією зазнають впливу соціального стресу вищого рівня, демонструють гіршу якість життя, а також гірші соціально-демографічні характеристики, зокрема, нижчий рівень освіти і досягнень, а також більшу кількість стресових подій проти здорових осіб, а найбільш вразливою сферою для них є особистісні стосунки [11; 12].

Слід зазначити, що негативний психосоціальний вплив втрати волосся часто ігнорується через доброякісну з медичної точки зору природу найпоширенішого виду облісіння — андрогенетичної алопеції, попри негативні психологічні наслідки втрати волосся; у пошуках боротьби з облісінням пацієнти змушені вдаватися до некомфортних процедур, як-от протезування волосся, різні методи маскування лисини, застосування косметики та інших, що є додатковим психологічним тиском [13; 14].

Водночас психологічні і психопатологічні реакції при інших видах алопеції характеризуються значною складністю і поліморфністю і досі вивчені недостатньо; в їх розвитку відіграють важливу роль індивідуально-психологічні особливості пацієнтів, характер реагування на алопецію, а також її клінічні варіанти [12; 15; 16].

З огляду на викладене вище, дослідження особливостей психопатологічних реакцій при алопеції різного генезу є важливим з точки зору встановлення спільних патогенетичних і патопсихологічних механізмів цих порушень, а також розроблення персоналізованих заходів з корекції порушень психіки, асоційованих з алопецією.

Метою нашого дослідження було вивчення поширеності і структури афективних, соматовегетативних і когнітивних психопатологічних реакцій у пацієнтів з дифузною алопецією різного генезу.

З дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди, ми клінічно обстежили 153 пацієнти з дифузною алопецією. Вибір саме цієї форми алопеції був зумовлений тим, що, за даними літератури та нашими клінічними спостереженнями, саме дифузна алопеція найбільш часто 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/пацієнток більш пізнього віку), або гніздової алопеції (яка, хоча і провокує почасти 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 виокремили дві групи з різними етіопатогенетичними механізмами: метаболічну форму (45 осіб) і змішану форму (108 пацієнток), яка має гетерогенність етіологічних і багато патогенетичних чинників, серед яких є окремий стресовий психоемоційний фактор [17]. Дослідження здійснювали клініко-психопатологічним методом з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10. Результати обстеження реєстрували у спеціально розробленій анкеті.

Статистичний аналіз включав описову статистику і аналіз міжгрупових розбіжностей за допомогою точного критерію Фішера. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей більше ніж 95 % ($p < 0,01$).

Під час аналізу психопатологічних проявів з боку когнітивної сфери виявлено загалом більшу ураженість нею пацієнтів зі змішаною алопецією, а відмінності між окремими симптомами були суттєвими.

Зокрема, відчуття байдужості і апатія незначуще частіше спостерігалися у пацієнтів зі змішаною алопецією: 39,8 % проти 24,4 %; водночас розбіжності між групами були статистично незначущими ($p > 0,05$) (таблиця).

Скарги на зниження працездатності були доволі поширеними серед обстеженого контингенту, особливо у пацієнтів зі змішаною алопецією: 69,4 % проти 35,6 %, розбіжності між групами статистично значущі ($p < 0,01$) (див. табл.).

Структура скарг на швидку втомлюваність була подібною до скарг на зниження працездатності: суттєво частіше цей симптом виявлявся у пацієнтів зі змішаною алопецією: 69,4 % проти 35,6 % ($p < 0,01$).

Доволі поширеними серед обстежених пацієнтів виявилися скарги на погіршення концентрації уваги. Загалом, цей симптом був наявний у двох третин пацієнтів; при змішаній алопеції він виявлявся значуще ($p < 0,01$) частіше, ніж при метаболічній: 78,7 % проти 40,0 % ($p < 0,01$).

Натомість, поширеність скарг на нав'язливі думки не виявила залежності від виду алопеції і була схожою в обох нозологічних групах: з метаболічною алопецією 44,4 %, зі змішаною 49,1 % ($p > 0,05$).

Прояви емоційної лабільності як провідної скарги афективного ряду виявлені загалом у 30,1 % пацієнтів, водночас при змішаній алопеції ця скарга була незначуще більше поширеною як порівняти з метаболічною алопецією: 34,3 % проти 20,0 % ($p > 0,05$).

Наявність скарг у пацієнтів з різними видами дифузної алопеції

Психопатологічні прояви	Наявність скарг	Метаболічна (n = 45)		Змішана (n = 108)		Разом (n = 153)		p
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Відчуття байдужості, апатія	немає	34	75,6	65	60,2	99	64,7	> 0,05
	є	11	24,4	43	39,8	54	35,3	
Зниження працездатності	немає	29	64,4	33	30,6	62	40,5	< 0,01
	є	16	35,6	75	69,4	91	59,5	
Швидка втомлюваність	немає	29	64,4	33	30,6	62	40,5	< 0,01
	є	16	35,6	75	69,4	91	59,5	
Порушення концентрації уваги	немає	27	60,0	23	21,3	50	32,7	< 0,01
	є	18	40,0	85	78,7	103	67,3	
Нав'язливі думки	немає	25	55,6	55	50,9	80	52,3	> 0,05
	є	20	44,4	53	49,1	73	47,7	
Емоційна лабільність	немає	36	80,0	71	65,7	107	69,9	> 0,05
	є	9	20,0	37	34,3	46	30,1	
Дратівливість	немає	39	86,7	87	80,6	126	82,4	> 0,05
	є	6	13,3	21	19,4	27	17,6	
Притуплення емоцій	немає	40	88,9	99	91,7	139	90,8	> 0,05
	є	5	11,1	9	8,3	14	9,2	
Сенситивність	немає	37	82,2	70	64,8	107	69,9	< 0,05
	є	8	17,8	38	35,2	46	30,1	
Соматовегетативна симптоматика	немає	25	55,6	41	38,0	66	43,1	< 0,05
	є	20	44,4	67	62,0	87	56,9	
Суїцидальні думки	немає	45	100,0	102	94,4	147	96,1	> 0,05
	є	0	—	6	5,6	6	3,9	

Поширеність скарг на дратівливість також значуще не відрізнялася залежно від генезу дифузної алопеції; при змішаній алопеції питома вага пацієнтів з наявністю цієї скарги була незначуще ($p > 0,05$) більшою: 19,4 % проти 13,3 % ($p > 0,05$).

Скарги на притуплення емоцій загалом не були типовими для пацієнтів з алопецією; не було також виявлено значущих розбіжностей між групами пацієнтів з метаболічною та змішаною алопецією: 11,1 % і 8,3 % відповідно ($p > 0,05$).

Підвищена сенситивність, чутливість до зовнішніх впливів у пацієнтів з метаболічною алопецією була вдвічі більшою, ніж у пацієнтів зі змішаною алопецією: 35,2 % проти 17,8 % ($p < 0,05$).

Прояви соматовегетативної симптоматики були одними з поширених симптомів у пацієнтів з алопецією; при цьому ураженість нею пацієнтів з змішаною алопецією була значуще ($p < 0,05$) більшою як порівняти з пацієнтами з метаболічною алопецією: 62,0 % проти 44,4 %.

Наявність суїцидальних думок була найменш поширеним симптомом у пацієнтів з алопецією, вона

виявлена у 6 пацієнтів, усі вони належали до групи зі змішаною алопецією (5,6 %) (див. табл.).

Отже, у пацієнтів з дифузною алопецією зафіксовані психопатологічні реакції з боку усіх сфер психічного реагування — афективної, когнітивної і соматовегетативної, проте їх поширеність різниться залежно від сфери та генезу алопеції.

Найбільша поширеність психопатологічних симптомів спостерігається з боку когнітивного функціонування — порушення концентрації уваги встановлено у 67,43 % обстежених, з них 78,7 % серед осіб зі змішаною, та 40,0 % — метаболічною алопецією, $p < 0,01$; зниження працездатності та швидка втомлюваність — 59,9 % загальної вибірки (69,4 % vs 35,6 %, відповідно, $p < 0,01$); нав'язливі думки — 47,7 % респондентів (49,1 % vs 44,4 %, відповідно, $p > 0,05$). Соматовегетативна симптоматика притаманна 56,9 % обстежених, з них 62,0 % хворих зі змішаною та 44,4 % з метаболічною алопецією, $p < 0,05$. Виражені психопатологічні прояви з боку афективної сфери спостерігаються у третини обстежених — емоційна лабільність та сенситивність — у 30,1 %

вибірки, причому для емоційної лабільності відмінності між підгрупами не є статистично значущими (34,3 % осіб зі змішаною та 20,0 % з метаболічною алопецією, $p > 0,05$), тоді як для сенситивності — мають значущу різницю залежно від генезу алопеції (35,2 % у осіб зі змішаною, 17,8 % з метаболічною алопецією, $p < 0,05$).

Отримані дані стануть основою для подальших досліджень зв'язків між психопатологічними проявами та особистісними і психосоціальними чинниками функціонування хворих, результати яких стануть підґрунтям для розроблення диференційованих підходів до ведення пацієнтів з метаболічною алопецією в рамках мультидисциплінарного біопсихосоціального підходу до медико-психологічної реабілітації цього контингенту.

Список літератури / References

1. Piraccini BM, Alessandrini A. Androgenetic alopecia. *G Ital Dermatol Venereol*. 2014. 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*]. Kharkiv: Madrid Printing House, 2019. 277 p. (In Ukrainian).
3. Torales J, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. et al. Alopecia areata: A psychodermatological perspective. *J Cosmet Dermatol*. 2022. 21(6). 2318-2323. doi: 10.1111/jocd.14416
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
5. Aldhouse N.V.J., Kitchen H., Knight S. 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. 4(1). 76. doi: 10.1186/s41687-020-00240-7
6. 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
7. Zac R.I., da Costa A. Patient satisfaction and quality of life among adult women with androgenetic alopecia using 5 % topical minoxidil // *J Clin Aesthet Dermatol*. 2021. 14(5). 26-30. PMID: 34188746; PMCID: PMC8211325.
8. 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. 20(1). S62-S68. doi: 10.1016/j.jisp.2020.05.007
9. Toussi A., Barton V.R., Le S.T., Agbai O.N., Kiuru M. Psychosocial and psychiatric comorbidities and health-related quality of life in alopecia areata: a systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2021. 85(1). 162-175. doi: 10.1016/j.jaad.2020.06.047
10. Marahatta S., Agrawal S., Adhikari B.R. Psychological Impact of Alopecia Areata. *Dermatol Res Pract*. 2020. 24. 8879343. doi: 10.1155/2020/8879343
11. Gupta S., Goyal I., Mahendra A. Quality of life assessment in patients with androgenetic alopecia. *Int J Trichology*. 2019. 11(4). 147-152. doi: 10.4103/ijt.ijt_6_19
12. 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. 34(2). 406-411. doi: 10.1111/jdv.15927
13. Davey L, Clarke V, Jenkinson E. Living with alopecia areata: an online qualitative survey study. *Br J Dermatol*. 2019. 180(6). 1377-1389. doi: 10.1111/bjd.17463
14. 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. 157(8). 963-970. doi: 10.1001/jamadermatol.2021.2196
15. King B.A., Senna M.M., Ohyama M. et al. Defining severity in alopecia areata: current perspectives and a multidimensional framework. *Dermatol Ther*. 2022. 12(4). 825-834. doi: 10.1007/s13555-022-00711-3
16. King B.A., Mesinkovska N.A., 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. 86(2). 359-364. doi: 10.1016/j.jaad.2021.08.043
17. Чемерис М.М. Стан психічної сфери у хворих з різними формами дифузної алопеції: аналіз спектру і вираженості психопатологічної симптоматики // Український вісник психоневрології. 2024. Т. 32, вип. 1 (118). С. 63—67. Chemerys M.M. [Mental status in patients with different forms of diffuse alopecia: analysis of the spectrum and expression of psychopathological symptoms]. *Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*. 2024. 32, 1(118). P. 63-67. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is1-2024-10> (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 11.04.2025

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 Halytsky Lviv National Medical University; "Novoderm" Medical Center, Lviv, Ukraine; <https://orcid.org/0009-0009-0623-5074>; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com