

36. Ray S.K. Molecular mechanisms in the pathogenesis of traumatic brain injury / S.K. Ray, C.E. Dixon, N.L. Banik // *Histol. Histopathol.* - 2002. - Vol. 17, N4. - P. 1137-1152.

37. Bromocriptine reduces lipid peroxidation and enhances spatial learning and hippocampal neuron survival in a rodent model of focal brain trauma / Kline A.E., Massucci J.L., Ma X. [et al.] // *J. Neurotrauma.* - 2004. - Vol. 12. - P. 12-22.

38. Antioxidant properties and Clinical implications of alpha lipoic acid // *Biothiols in health and disease* / Packer L., Witt E.H., Trischler H.J. [et al.] / Ed. by L.Packer, E.Cadenas. - Marcel Dekker, USA, 1995. - P. 79-516.

39. Bozzi Y. Dopamine in neurotoxicity and neuroprotection: what do D₂ receptors have to do with it? / Y. Bozzi, E. Borrelli // [Trends in Neurosciences.](#) - 2006. - P. 167-174.

Работа поступила в редакцию 12 августа 2016 г.

Рекомендовао к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.594.14-06 : 616.89-06 : 616.1/4]- 055.2

В. В. Живилко¹, Т. О. Єфременко²

АЛОПЕЦІЯ У ЖІНОК ЯК ДЕРМАТОЛОГІЧНИЙ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИЙ РОЗЛАД (огляд літератури та власні дослідження)

¹Одеський національний медичний університет;

²Басейна лікарня на водному транспорті, м. Чорноморськ, Одеська область

Summary. Zhyvylo V., Yefremenko T. **ALOPECIA IN WOMEN AS DERMATOLOGY AND PSYCHOSOMATIC DISORDER.** - *Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotyp@gmail.com.* Alopecia is one of the most widespread dermatological diseases, but its etiology and pathogenesis is still not fully explored. In the article presented the authors provide an analysis of the world and domestic literature, and present their own conclusions concerning the point. The problem the relationship between alopecia and psychoemotional disorders is discussed as well. On the one hand, mental disorders can trigger of the disease, on the other - the presence of hair loss causes psychological problems.

Key words: alopecia, psycho-emotional disorders, dermatological disease exclusion.

Реферат. Живилко В. В., Єфременко Т. А. **АЛОПЕЦІЯ У ЖЕНЩИН КАК ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО.** Сегодня алопеция является одним из самых распространенных дерматологических заболеваний, однако ее этиология и патогенез до сих пор полностью не исследовані. Проводится анализ мировых и отечественных литературных источников и представлены собственные выводы авторов по данному вопросу. Также освещается возможная взаимосвязь между алопецией и психоэмоциональными расстройствами. С одной стороны, психические нарушения могут провоцировать возникновение заболевания, с другой – наличие выпадения волос приводит к психологическим проблемам.

Ключевые слова: алопеция, психоэмоциональные расстройства, дерматологическое заболевание, дезадаптация.

Реферат. Живилко В. В., Єфременко Т. О. **АЛОПЕЦІЯ У ЖІНОК ЯК ДЕРМАТОЛОГІЧНИЙ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИЙ РОЗЛАД.** Алопеція є одним з найпоширеніших дерматологічних захворювань, проте її етіологія та патогенез повністю не досліджений. У статті, що представлена, автори наводять аналіз світових та вітчизняних літературних джерел та представляють власні висновки, стосовно даного питання. Також вони торкається проблеми взаємозв'язку між алопецією і психоемоційними розладами. З однієї сторони, психічні порушення можуть провокувати виникнення захворювання, з іншого – наявність випадіння волосся призводить до психологічних проблем.

Ключові слова: алопеція, психоемоційні розлади, дерматологічне захворювання, дезадаптація.

Вступ. Алопецією називають патологічне випадіння волосся, що призводить до їх порідіння, або повного зникнення в певних областях голови, або тулуба. Дана хвороба офіційно зареєстрована в Міжнародній класифікації хвороб і має наступні коди: L63 – гніздова алопеція, L64 – андрогенна алопеція, L65 – інша не рубцева втрата волосся, L66 – рубцева алопеція, Q84.0 – вроджена алопеція [1].

Алопеція, або облісіння, розвивається внаслідок різних патологічних впливів на волосяний фолікул. Вона може бути зумовлена інтоксикацією різного генезу, іонізуючою радіацією, високочастотними хвилями травматизацією, нейрогенними, гормональними, імунологічними та дистрофічними чинниками, інфекційними захворюваннями та гельмінтозами.

Алопеція розвивається, як у чоловіків, так і у жінок. До групи ризику входять чоловіки старше 50 років, поширеність облісіння в цьому віці досягає 50%. Жінки страждають від цієї недуги значно рідше [7].

Алопеція сама по собі не призводить до втрати працездатності, не несе загрози здоров'ю людини і є косметологічним дефектом. Проблеми або труднощі, що виникають при втраті волосся, лежать в основному в психологічній площині і можуть значно погіршити якість життя людини, особливо осіб молодого віку та жінок [6].

Викладення основного матеріалу. Сучасний період розвитку наук про людину характеризується прагненням до розуміння людського організму як цілісної системи. Відповідно до холистичного (цілісного) підходу всі функції організму взаємопов'язані. Розглядати особистість у цілому – значить розглядати всі частини особистості: тіло, психіку, мислення, почуття, уяву, рух [2].

Психодерматологія – одне з найбільш актуальних і разом з тим малодосліджених напрямків сучасної медицини. Психічні розлади, що відрізняються поліморфізмом клінічних проявів, спостерігаються, за даними W. Tress, у 35,5% пацієнтів дерматологічних клінік. На думку авторитетних німецьких дерматологів O. Braun-Falco, G. Plewig, H. Wolff, близько 20% всіх пацієнтів, що страждають хронічними дерматологічними захворюваннями, виявляють ті чи інші психопатологічні порушення. A. Picardi, обстеживши понад 2000 дерматологічних пацієнтів, у 30,2% виявив психічні розлади. У середньому епідеміологічні значення поєднання дерматологічної і психічної патології становлять близько 30-40% [8].

Різні психогенні порушення спостерігаються у 30-40 % хворих з дерматологічними хворобами, призводять до змін суб'єктивного і об'єктивного сприйняття хвороби, порушують звичний спосіб життя пацієнта, обмежують професійну діяльність і соціальну активність. У виникненні та перебігу психогенній велике значення відводиться локалізації патологічного процесу, залученню видимих ділянок шкірного покриву, в тому числі волосистої частини голови, що посилює хворобливе сприйняття косметичного дефекту і ускладнює терапію захворювання [12].

У всі часи сильне, красиве і доглянуте волосся було ознакою не тільки здоров'я і достатку (за часів Середньовіччя, зокрема, добре харчування було запорукою першого і синонімом другого), а й високого рівня життєвої енергії людини. Саме тому, випадіння волосся і в минулому, і в сьогоденні – це серйозна естетична, косметична і психологічна проблема для людини будь-якої статі і стану. Страх перед облісінням у чоловіків і жінок

приблизно однаково сильний, тому що ця проблема однаково актуальна для представників обох статей.

Поінформованість про основні психопатологічні стани хворих з різними видами алопеції дозволяє на ранніх етапах виявляти і оцінювати можливі розлади у пацієнта і своєчасно проводити необхідну медикаментозну терапію, що покращує стан психічного здоров'я пацієнта і сприяє зменшенню термінів лікування захворювання.

Порідіння волосся, що призводить до видимого облісіння, може супроводжуватися різними психічними розладами, серед яких домінує тривога, депресія, алекситимія. Існує думка, що наявність проявів осередкового облісіння є психологічно травмуючим фактором, що призводить до емоційних порушень і особистісних, соціальних проблем. Безперечно виникнення різних психоемоційних змін при патологіях росту волосся обумовлено значимістю волосся у формуванні зовнішнього вигляду людини [10].

Алопеція не тільки порушує психологічний статус хворих, але і є причиною соціальної дезадаптації, змушуючи пацієнтів уникати громадських заходів, змінювати звичний зовнішній вигляд (наприклад, стрижку, стиль одягу).

Асріян Я.І. провела дослідження рівня тривоги і депресії за шкалою NADS (Госпітальна шкала тривоги і депресії) у 70 хворих на гніздову алопецію. Для хворих на дану патологію була характерна субклінічно виражена тривога і депресія. Встановлено кореляцію між рівнем тривоги і клінічними формами захворювання ($r = 0,456$, $p < 0,05$). При осередковій, субтотальній і тотальній алопеції переважали хворі з субклінічно вираженою тривогою (87,8; 92,9 і 83,3% відповідно), при універсальній – з клінічно вираженою тривогою (72,7%). Також, в ході дослідження, був встановлений кореляційний зв'язок між тяжкістю облісіння і рівнем депресії ($r = 0,609$, $p < 0,05$), встановлена кореляція між стадією захворювання і рівнем тривоги ($r = 0,274$, $p < 0,05$). При прогресуючій стадії осередкової алопеції, клінічно виражена тривога відзначалася у 28,1% хворих, при стаціонарній – у 10,0%, при регресуючій – була відсутня. Асріян Я. І. була зафіксована кореляція між рівнем тривоги і депресії ти давністю захворювання ($r = 0,511$, $p < 0,05$). При цьому давність захворювання від 2 місяців до року супроводжувалася субклінічними станами тривоги і депресії, а давність алопеції від 1 року до 3 років приводила до зменшення рівня тривоги, але збільшення рівня депресії до субклінічного стану ($p < 0,05$). При давності облісіння більше 3 років рівень тривоги повертався до нормальних значень, а рівень депресії зберігався в субклінічних значеннях [3].

Галімов Р.К. в ході своїх численних досліджень розкрив особливості емоційної сфери хворих на осередкову алопецію. Ним було виявлено, що афективні розлади у пацієнтів характеризуються непсихотичним рівнем патології і представлені у вигляді депресивного епізоду легкого ступеня (40,0%) хворих, змішаного тривожно-депресивного розладу (21,0%); неврастенії (20,0%); генералізованого тривожного розладу (19,0%) хворих.

Серед особистісних і мікросоціальних чинників, що визначають рівень тривожно-депресивних розладів, переважаючими були сімейні фактори: в основній групі у 17 (24%), в контрольній – у 12 (22%) хворих. Клініко-психологічний і патопсихологічний аналіз хворих осередковою алопецією дозволив Галімову Р.К. виявити депресивні розлади невираженого ступеня з помірним рівнем реактивної тривожності, високим рівнем особистісної тривожності. Особистісні особливості хворих осередковою алопецією характеризувалися акцентуацією характеру по емотивному, екзальтованому типу, наявністю психічної дезадаптації, переважно з інтрапсихічною спрямованістю [4].

Юлдашев В.Л. вивчав особливості реактивної і особистісної тривожності у хворих, які страждають на гніздову алопецію, за допомогою шкали Зунга для самооцінки депресії, шкали оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера і Ханіна, характерологічного опитувальника К. Леонгарда-Шмішека, Гіссенського опитувальника вираженості соматичних скарг.

В результаті проведеного клініко-психологічного дослідження у хворих з осередковою алопецією виявлені депресивні розлади характеризувались станом легкої депресії, помірним рівнем реактивної тривожності, високим рівнем особистісної тривожності. Найбільш частими причинами тривожного стану у хворих були: сімейні проблеми – 22 (34,4%), безробіття – 7 (10,9%), проблеми на роботі – 9 (14,1%), труднощі у навчанні – 10 (15,6%), розлучення – 5 (7,8%), зрада – 7 (10,9%), смерть близької людини – 2 (3,1%), хвороба близької людини – 2 (3,1%). Слід зазначити, що у хворих найбільше

значення надавалося сімейному благополуччю, матеріальному становищу і наявністю постійного місця роботи, при цьому порушення однієї зі складових призводило до змін психологічного стану пацієнтів, що виражалось в занепокоєнні, неусвідомленій тривожності. Високий рівень особистісної тривожності свідчить про підвищену схильність пацієнтів відчувати занепокоєння в різних життєвих ситуаціях, в тому числі і в тих, об'єктивні характеристики яких до цього не привертали уваги. За результатами Гіссенського опитувальника у пацієнтів основної групи переважали астенодепресивні переживання і соматизація депресії. Висока особистісна тривожність корелювала з невротичними і психосоматичними скаргами [4].

В дослідженнях Masmoudi J. проводилася оцінка ступеня тривоги і депресії за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії, алекситимія оцінювалася за Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20), а тяжкість алопеції вимірювалася відповідно до шкали оцінки тяжкості алопеції (SALT).

Вважається, що пацієнти з алекситимією мають схильність «соматизувати» свої емоційні проблеми через невміння вербалізувати їх. На думку Masmoudi J., алекситимія визначається наступними когнітивно-афективними психологічними особливостями: труднощами у визначенні (ідентифікації) і описі власних почуттів; труднощами в проведенні відмінностей між почуттями і тілесними відчуттями; зниженням здатності до символізації (бідність фантазії та інших проявів уяви); фокусуванням в більшій мірі на зовнішні події, ніж на внутрішні переживання.

У групі хворих середній бал алекситимії склав $56,12 \pm 14,42$, 42% хворих на алопецію набрали більше 62 балів за TAS. Середнє значення тривоги і депресії у пацієнтів склало $10,42 \pm 3,49$ і $8,96 \pm 4,43$ бала відповідно, депресія і тривога ретроспективно відзначалася у 38 і 62% хворих відповідно.

Слід враховувати, що виявлення алекситимії може залежати від місця проживання обстежуваних. Так, дослідження в середземноморських регіонах

описували завищені показники в популяції. Тим часом у жителів північної частини Європи частота алекситимії відносно низька [6].

Дослідження Sellami R. виявило, що у неодружених пацієнтів депресія зустрічалася значно частіше, ніж у здорових осіб контрольної групи. Ці дані підтверджуються даними отриманими Saleh H., відповідно до яких самотні люди, які страждають на алопецію, більш схильні до психогенній [13].

У жінок, хворих на алопецію, а також на інші дерматологічні захворювання (екзема, псоріаз, акне), показники тривоги і депресії вище, ніж у чоловіків. У ряді досліджень було відзначено, що наявність облісіння є значущим психотравмуючим фактором як для жінок, так і для чоловіків, проте у жінок інтенсивність психоемоційних порушень більш виражена у зв'язку з великим значенням здорового волосся в зовнішньому вигляді [14].

Грищенко Ю.В. проводила вивчення деяких з показників психологічного статусу у жінок з андрогенетичною алопецією і встановила, що більше 2/3 (67,1%) жінок з андрогенетичною алопецією мали субклінічний виражений рівень тривоги. Однак у 1/5 (20%) жінок рівень тривоги був в нормі, а у 12,8% реєструвалася клінічно виражена тривога. Середнє значення показника виявленої тривоги склало $8,3 \pm 1,9$ бала, що відповідає субклінічно вираженій тривозі.

При аналізі залежності рівня тривоги від віку була визначена чітка тенденція наростання числа хворих з більш вираженою тривоною з віком. Грищенко Ю.В. було виявлено зниження в 1,7 рази числа хворих у віці 26-45 років, що мають рівень тривоги в нормі, в порівнянні з віком до 25 років. У віковій групі старше 45 років такі хворі були відсутні. Число хворих з субклінічно вираженою тривоною у віці старше 45 років було в 1,3 рази більше, ніж у віці до 25 років ($p < 0,05$), і на 7,9% більше, ніж у віці 26-45 років ($p > 0,05$). Хворі з клінічно вираженою тривоною у віковій групі до 25 років були відсутні, а у віці старше 45 років їх було в 2,6 рази більше, ніж у віці 26-45 років. Грищенко Ю.В. були отримані дані про збільшення числа хворих з субклінічно і клінічно вираженою тривоною в міру наростання тяжкості облісіння. При легкому ступені алопеції 2/3 (65,7%) хворих мали субклінічно виражений рівень тривоги і тільки 1/3 (34,3%) – нормальний. При середньому ступені тяжкості алопеції число жінок з субклінічно вираженою тривоною склало більше 3/4 (78,4%), з'явилися хворі з вираженою тривоною (8,1%) за рахунок зниження числа жінок з нормальним рівнем тривоги (13,5%). При важкому ступені алопеції клінічно виражена

тривога була зареєстрована майже у 2/3 (61,5%) жінок і субклінічно виражена тривога – у інших (38,5%).

Автором було встановлено, що показник депресії, виражений в балах, наростав по мірі збільшення віку пацієток від $7,5 \pm 1,9$ бала (до 25 років) до $9,4 \pm 2,0$ бала (старше 45 років). У віковій групі до 25 років однаково часто реєструвались жінки, які мали нормальний і субклінічно виражений рівень депресії (41,7 і 58,3% відповідно). У віці 26-45 років число жінок з нормальним рівнем депресії знизилося в 1,8 рази (28% проти 50%) за рахунок появи пацієток з клінічно вираженою депресією (16%). У віковій групі старше 45 років число жінок з субклінічним рівнем депресії в порівнянні з віковою групою до 25 років збільшилося в 1,6 рази (78,3% проти 50%) за рахунок зведення до мінімуму числа жінок з нормальним рівнем депресії (4,4%). Число хворих з клінічно вираженою депресією у віковій групі старше 45 років (17,3%) відповідало таким же показникам в віковій групі 26-45 років (16%). Слід зазначити, що наростання депресії прогресувало в міру збільшення ступеня тяжкості алопеції у жінок. При легкому ступеню алопеції субклінічно виражену депресію мали майже 2/3 (63%) жінок і більш 1/3 (37%) – показники в межах норми. При середньому ступені тяжкості облисіння виявились пацієтки з клінічно вираженою депресією (8,1%) за рахунок зменшення числа хворих з нормальними показниками (21,6%) і зростає кількість хворих з субклінічно вираженою депресією (70,3%). При тяжкому ступеню алопеції більше 2/3 (69,2%) жінок мали клінічно виражену депресію, а інші 1/3 (30,8%) – субклінічно виражену.

Аналіз рівня тривоги і депресії дозволив виявити погіршення психоемоційного статусу у жінок з алопецією в міру наростання тяжкості захворювання. В цілому по вибірці переважали субклінічно виражена тривога ($8,3 \pm 1,9$ бали) і депресія ($8,6 \pm 2,0$). При тяжкому ступені алопеції в порівнянні з середнім ступенем число хворих з клінічно вираженою тривоگوю і депресією зростала в 7,6 і 8,5 рази відповідно [Грищенко Ю.В., Гладько В.В., Карасев Е.А. и соавт. Изменение качества жизни и локального статуса у женщин с андрогенетической алопецией под влиянием комплексного лечения. Военно-медицинский журнал 2011; (2): 54.]

Пацієнти з поодинокими осередками облисіння, маскують їх і в меншій мірі страждають психічними захворюваннями, в тому числі тривоگوю і депресією, на відміну від хворих зі значною кількістю осередків або великою площею втраченого волосся. У пацієнтів з облисінням досить високі показники спроб самогубства [11].

У роботі Aghaei S. наводяться дані про частоту психоемоційних розладів у пацієнтів з алопецією в порівнянні зі здоровими особами контрольної групи. При аналізі зв'язку психоемоційних розладів з локалізацією патологічного процесу зазначалося посилення нейротизму при ураженні волосистої частини голови ($p=0,045$), депресії, тривоги і нейротизму при виникненні вогнищ на шкірі обличчя ($p<0,05$), при ізольованому випаданні брів достовірних відмінностей виявлено не було ($p>0,05$). При цьому дослідником було виявлено, що взаємозв'язок між алопецією і психоемоційними розладами є двостороннім: з однієї сторони, психічні порушення можуть провокувати виникнення захворювання, з іншого - наявність випадіння волосся призводить до психологічних проблем [9].

Таким чином, хоча захворювання на алопецію є суто медичним діагнозом, проте проблеми, які є супутніми втраті волосся, лежать, в основному, в психологічній площині і значно погіршують якість життя людини, особливо осіб молодого віку та жінок.

Висновки

1. Алопеція є медичним дерматологічним діагнозом, але труднощі, які виникають при втраті волосся, лежать, в основному, в психологічній площині і можуть значно погіршити якість життя людини, особливо осіб молодого віку та жінок.

2. Серед психопатологічних особливостей пацієнтів з алопецією автори сучасних наукових джерел виділяють порушення в емоційній сфері: підвищення рівня тривоги (з тенденцією до її «соматизації»), депресивні прояви, високий рівень нейротизму; та особистісної сфери зниження самооцінки, акцентуації характеру, алекситимія.

3. Наявність захворювання на алопецію знижує рівень соціального функціонування пацієнтів, а також негативно впливає на якість життя.

4. Взаємозв'язок між алопецією і психоемоційними розладами є двостороннім: з однієї сторони, психічні порушення можуть провокувати виникнення захворювання, з іншого – наявність випадіння волосся призводить до психологічних проблем.

Література

1. Адашкевич В. П. Алопеция. / В. П. Адашкевич, О. Д. Мяделец, И. В. Тихоновская. - М.: Медицинская книга; Н. Новгород: изд-во НГМА, 2000. - 192 с.
2. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Концептуальные основы психологии здоровья / Ананьев В. А. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
3. Асриян Я.И. Изменения характера у больных очаговой алопецией в зависимости от давности заболевания / Я. И. Асриян // Военно-медицинский журнал. – 2010. – №3. – С. 45-46
4. Галимов Р. К. Эмоциональные расстройства и личностные особенности больных гнездовой алопецией. / Р. К. Галимов, В. Л. Юлдашев, М. М. Гафаров // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – №4 – С. 69-73.
5. Грищенко Ю. В. Изменение качества жизни и локального статуса у женщин с андрогенетической алопецией под влиянием комплексного лечения / Ю. В. Грищенко, В. В. Гладько, Е. А. Карасев // Военно-медицинский журнал. – 2011. – №2. – С. 54-60.
6. Марголина А. А. Борьба за волосы / А. А. Марголина, Е. И. Эрнандес.- М.: Медицина, 1999. – 102 с.
7. Менг Ф. М. Современные аспекты распространенности заболеваний волос среди населения / Ф. М. Менг, Ю. В. Олейникова // Проблемы дерматовенерологии и медицинской косметологии на современном этапе. - Владивосток, 2005. - С. 167-170.
8. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
9. Aghaei N. Prevalence of psychological disorders in patients with alopecia areata in comparison with normal subjects / N. Aghaei, N. Saki, E. Daneshmand // ISRN Dermatology. – 2014. – №436. – P. 156-178.
10. Firooz A. Concepts of patients with alopecia areata about their disease / A. Firooz, M. R. Firoozabadi, B. Ghazisaidi // BMC Dermatology. – 2005. – №5. – P. 342-356.
11. Hunt N. The psychological impact of alopecia / N. Hunt, S. McHale // BMJ. – 2005. – №331. – P. 951-959.
12. Picardi A. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatological out-patients / A. Picardi, D. Abeni, C. Renzi // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2003. – №17. – P.155-159.
13. Sellami R. The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case-control study / R. Sellami, J. Masmoudi, U. Ouali // Indian J Dermatol. – 2014. – №59. – P. 421-429.
14. Welsh N. The lived experience of alopecia areata: A qualitative study / N. Welsh, A. Guy // Body Image. – 2009. – №6. – P. 194-200.

References:

1. Adaskevich V. P. Alopecia. - Moscow: Medical Book, 2000. - 192 p. (Rus.)
2. Ananiev V. A. Basis of psychology of health. Conceptional basis of health. – StPetersburg: Speech, 2006. – 384 p. (Rus.)
3. Asriyan Ya. I. Changes of character in patients with alopecia depending on the longevity of disease // Mil Med J. – 2010. – №3. – P. 45-46 (Rus.)
4. Galimov R. K. Emotional disorders and personal peculiarities of the patients with nest alopecia // Psychological disorders in general medicine. – 2008. – №4 – P. 69-73 (Rus.).
5. Grishchenko Yu. V. Changes of the quality of life and local status in women with androgewnetic alopecia under the influence of complex treatment // Mil Med J. – 2011. – №2. – P. 54 – 60 (Rus.).
6. Margolina A. A. Struggle for hair. - Moscow: Medicine, 1999. – 102 p. (Rus.)
7. Meng F. M. Modern aspects of spread of hair diseases in the population // Problems of dermatovenerology and medical cosmetology today.- Vladivostok, 2005. - P. 167-170. (Rus.)
8. Topoliansky V. D. Psychosomatic disorders. – Moscow: Medicine, 1986. – 384 P. (Rus.).

9. Aghaei N. Prevalence of psychological disorders in patients with alopecia areata in comparison with normal subjects / N. Aghaei, N. Saki, E. Daneshmand // *ISRN Dermatology*. – 2014. – №436. – P. 156-178.
10. Firooz A. Concepts of patients with alopecia areata about their disease / A. Firooz, M. R. Firoozabadi, B. Ghazisaidi // *BMC Dermatology*. – 2005. – №5. – P. 342-356.
11. Hunt N. The psychological impact of alopecia / N. Hunt, S. McHale // *BMJ*. – 2005. – №331. – P. 951-959.
12. Picardi A. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatological out-patients / A. Picardi, D. Abeni, C. Renzi // *J Eur Acad Dermatol Venereol*. – 2003. – №17. – P.155-159.
13. Sellami R. The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case-control study / R. Sellami, J. Masmoudi, U. Ouali // *Indian J Dermatol*. – 2014. – №59. – P. 421-429.
14. Welsh N. The lived experience of alopecia areata: A qualitative study / N. Welsh, A. Guy // *Body Image*. – 2009. – №6. – P. 194-200.

Работа поступила в редакцию 21.06.2016 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования.