

Урюпина Е.Л.¹, Малишевская Н.П.²

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ДИФфуЗНЫМ ТЕЛОГЕННЫМ ВЫПАДЕНИЕМ ВОЛОС

¹Клиника эстетической дерматологии «Веамед», 620028, г. Екатеринбург, Россия;

²ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дермато-венерологии и иммунопатологии», 620076, г. Екатеринбург, Россия.

Диффузная телогенная алопеция – полиэтиологическое заболевание, сопровождающееся нарушением в работе клеток волосных фолликулов и ведущее, в дальнейшем, к сбою цикла роста и развития волоса, что в последствии приводит к истончению и избыточному выпадению волос. Представлены результаты изучения психоэмоциональных нарушений у больных телогенным выпадением волос, выявленных с использованием интегрального анализа анамнестических данных, жалоб пациента, результатов обследования с помощью валидизированных психотерапевтических тестов с последующей консультацией врача психотерапевта. Установлена взаимосвязь между типом личности, психологическим состоянием и тяжестью клинических проявлений. Определены преобладающие провоцирующие факторы развития тяжелых форм диффузной телогенной алопецией. Установлена взаимосвязь между тяжестью клинических проявлений и занимаемой должностью пациента. На основе анализа полученных данных, обзора литературы и примере двух клинических случаев пациентов с диффузной алопецией показана важность выявления алекситимии и коррекции депрессивных состояний с целью повышения эффективности терапии диффузного телогенного выпадения волос.

Ключевые слова: диффузная алопеция; телогенное выпадение волос; алекситимия; депрессия; терапия.

Для цитирования: Урюпина Е.Л., Малишевская Н.П. Психоэмоциональный статус у больных диффузным телогенным выпадением волос. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2017; 20(5): 285-289. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2017-20-5-285-289>

Uryupina E.L.¹, Malishevskaya N.P.²

THE CONDITION OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH DIFFUSE TELOGEN HAIR LOSS

¹Clinic aesthetic dermatology "Beamed", Ekaterinburg, 620028, Russian Federation;

²Ural scientific research Institute of dermatovenereology and immunopathology, Ekaterinburg, 620076, Russian Federation

Diffuse telogenetic alopecia is a polyetiological disease accompanied by a disruption in the operation of the hair follicles cells and leading, in the future, to the growth cycle failure and development of the hair; which subsequently leads to thinning and excessive hair loss. The results of the study of psychoemotional disorders in patients with telogen hair loss identified by integrated analysis of anamnestic data, patient's complaints, the survey using validated psychotherapeutic tests and subsequent consultation with a doctor-psychotherapist are presented. The relationship between personality type, psychological state and the severity of clinical manifestations was detected. The dominant triggering factors of development of diffuse alopecia severe forms were determined. The relationship between the severity of clinical manifestations and the position was found. Based on the analysis of the obtained data, literature review and the example of two clinical cases of patients with diffuse telogenous alopecia was shown the importance of identifying correction of alexithymia and depression with the aim of increasing the effectiveness of therapy.

Keywords: diffuse alopecia; telogenous hair loss; alexithymia; depression; therapy.

For citation: Uryupina E.L., Malishevskaya N.P. The condition of the psychoemotional status in patients with diffuse telogen hair loss. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei).* 2017; 20(5): 285-289. (in Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2017-20-5-285-289>

Acknowledgments. Authors express their gratitude to the staff of the Sverdlovsk regional clinic of neuroseses "Pine forest" for help.

Conflict of interest. The author declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 01 Sept 2017

Accepted 20 Nov 2017

Для корреспонденции:

Урюпина Елена Львовна, врач-дерматовенеролог Клиники эстетической дерматологии «Веамед», 620028, г. Екатеринбург, Россия. E-mail: trichos@yandex.ru

For correspondence:

Uryupina Elena L., MD, dermatovenereologist, Clinic aesthetic dermatology "Beamed", 620028, Ekaterinburg, Russian Federation. E-mail: trichos@yandex.ru

Information about author:

Uryupina E.L., <http://orcid.org/0000-0002-4540-2228>.

Диффузная телогенная алопеция является наиболее частым видом выпадения волос [1]. Среди целого ряда инициирующих факторов диффузного телогенного выпадения волос лежит тяжелый эмоциональный стресс. Часто изменения психоэмоционального статуса считали следствием болезни. По данным В.П. Адаскевича и соавт. [2], под влиянием психотравмирующих воздействий происходит формирование или обострение патологических проявлений на коже у 53% больных себорейным поредением волос, 87% гнездной алопецией. Патологический процесс психосоматического характера имеет ряд особенностей, как клинических, так и патогенетических. Ю.Н. Кошевенко [3] выделил следующие клинические особенности у больных алопецией: наличие выраженных психовегетативных нарушений, пребывание в состоянии хронического стресса, постепенная хронизация кожного процесса, сформировавшегося в условиях стрессовой ситуации, склонность к его хроническому рецидивирующему течению, длительное существование и прогрессирование патологии, исключающее как ее самопроизвольное излечение, так и положительный эффект от традиционной терапии. Из особенностей патогенеза патологических процессов психосоматического характера выделяют конституциональную предрасположенность организма к данной патологии, участие психовегетативных нарушений в формировании различных других патологических механизмов болезни, образование патологического «порочного круга» из имеющихся в организме пациента патогенетических нарушений [4–6].

Любой косметический недостаток, например, очаг облысения или зона поредения волос, являющийся следствием заболевания у эмоционально лабильных пациентов формирует сверхценное к нему отношение. Постоянная концентрация внимания на выпадении волос, напряженное ожидание распространения патологического процесса способствуют еще большему усугублению эмоционального страдания, чувства тревоги, отчаяния и безнадежности. Последнее в значительной степени может быть обусловлено отсутствием эффективного лечения что, в конечном итоге, приводит к выраженной социальной дезадаптации и снижению качества жизни пациента [7]. На формирование хронического стресса наслаивается и негативная реакция пациента на усиленное внимание окружающих к его косметическому недостатку. Существенную роль в формировании клинической картины болезни играет структура личности больного. Современное состояние медицинской науки требует перенесения акцента исследования с отдельных систем организма на межсистемные связи, что позволяет трактовать и психические, и соматические расстройства как проявления общего патологического процесса, затрагивающего интегративные системы организма [6, 7]. Косметический дефект, сопровождающий дерматологическое заболевание, в том числе патологию волос, часто становится дополнительным, психотравмирующим фактором, вызывающим депрессивные расстройства, а также проблемы при социальных взаимоотношениях [8, 9]. Дерматологическим больным нередко присущи и завышенные ожидания относительно результатов и длительности проводимого лечения. Данный факт наряду с необходимостью продолжительного лечения хронически протекающей кожной патологии, в том числе диффузного телогенного выпадения волос, нередко приводит к преждевременному разочарованию в результатах терапии, назначенной врачом и самостоятельному прекращению пациентом лечения [10].

Цель исследования – изучение роли психогенных факторов в развитии диффузной телогенной алопеции.

Материалы и методы

Принимая во внимание анамнестические данные пациентов с диффузным телогенным выпадением волос, свидетельствующие о значимой роли психотравмирующих факторов, предшествовавших развитию диффузной телогенной алопеции, а также частые жалобы пациентов на психоэмоциональную нестабильность (резкие перепады настроения, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, тремор рук, «нервный тик»), была сформирована основная группа из 50 пациентов с диффузной телогенной алопецией (47 женщин и 3 мужчин) в возрасте от 20 до 44 лет (средний возраст $32 \pm 3,7$ года).

Группу контроля составили 50 пациентов с андрогенной алопецией и здоровые лица (не предъявлявшие жалобы на выпадение волос) сопоставимые по полу и возрасту. Диагноз устанавливали на основании результатов клинического обследования, данных трихограммы и дерматоскопического исследования с помощью программы Трихосаенспро/TrichoScience Pro V1.1 (Россия).

Для оценки значения фоновых психогенных факторов при возникновении диффузной алопеции (телогенного выпадения волос) проводили сопоставление жалоб пациента, данных анамнеза и психодиагностического тестирования пациентов с использованием валидизированных психотерапевтических тестов: Торонтского алекситимического теста [11–15] и шкалы Цунга [11, 16, 17]. Тестирование по шкале Цунга дает возможность определить отсутствие или наличие депрессии у пациента и степень ее выраженности. Тест содержит 10 позитивно сформулированных и 10 негативно сформулированных вопросов. Каждый из 20 вопросов оценивали по бальной шкале от 1 до 4 (на основе ответов тестируемого пациента: «никогда», «иногда», «часто», «постоянно»).

Согласно шкале Цунга, сумма баллов 25–49 соответствует нормальному психоэмоциональному состоянию, 50–59 – оценивается как легкая депрессия, 60–69 – умеренная депрессия, 70 баллов и выше как тяжелая депрессия. Торонтский алекситимический тест включал 26 факторов, по которым у пациента определяли психологическую характеристику личности, в частности, наличие алекситимии, которую рассматривают как фактор риска психосоматических заболеваний. Алекситимия – затруднение в различении эмоций и телесных ощущений, низкий уровень воображения и фокусировка на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям [17]. Ответ на каждый вопрос оценивали по бальной шкале от 1 до 5: ответ «совершенно не согласен» 5 баллов; ответ «скорее не согласен» 4 балла; «ни то, ни другое» 3 балла; «скорее согласен» 2 балла; «совершенно согласен»: 1 балл. Все баллы суммировали. Возможные результаты (от 26 до 130 баллов) оценивали следующим образом: 74 балла и выше – «алекситимический» тип личности, 63–73 балла – «группа риска по алекситимическому типу», 62 балла и ниже – «неалекситимический» тип личности. По результатам анализа жалоб пациента, анамнеза и психотерапевтического тестирования, при наличии показаний пациентов направляли на консультацию к сертифицированному врачу психиатру-психотерапевту.

Результаты

Доля пациентов с диффузным телогенным выпадением волос, имеющих психологические нарушения, дифференцированные по степени тяжести, в сравнении с пациентами, страдающими андрогенной алопецией и здоровыми лицами представлена в **таблице**.

Анализ результатов показал, что в нормальном психоэмоциональном состоянии находится лишь 12% женщин и ни один из мужчин, страдающих диффузным телогенным выпадением волос, в то время как психоэмоциональная норма была характерна для 28% женщин и 38% мужчин с андрогенной алопецией и 76% женщин и 84% мужчин группы здоровых лиц. В состоянии легкой депрессии находились 20% женщин и 12% мужчин с диффузной

Психосоциальный статус у пациентов с диффузным телогенным выпадением волос до лечения в сравнении с пациентами с андрогенной алопецией и здоровыми людьми

Психологическое состояние пациентов	Пол	Пациенты с диффузным телогенным выпадением волос ($n = 50$)		Пациенты с андрогенной алопецией ($n = 50$)		p_1^*	Контроль ($n = 50$)		p_2^{**}
		абс.	%	абс.	%		абс.	%	
Норма	Женский	6	12	14	28	0,030	38	76	0,02
	Мужской	0	0	19	38	0,001	42	84	0,001
Лёгкая депрессия	Женский	10	20	21	42	0,003	10	20	0,06
	Мужской	6	12	26	52	0,001	5	10	0,05
Умеренная депрессия	Женский	26	52	15	30	0,002	2	4	0,001
	Мужской	27	54	5	10	0,001	3	6	0,001
Тяжёлая депрессия	Женский	8	16	0	0	0,001	0	0	0,001
	Мужской	17	34	0	0	0,001	0	0	0,001
Алекситимический тип личности	Женский	33	66	5	10	0,001	3	6	0,001
	Мужской	18	36	0	0	0,001	1	2	0,001
Группа риска по алекситимическому типу	Женский	17	34	17	34	0,05	9	18	0,02
	Мужской	16	32	10	20	0,049	3	6	0,003
Неалекситимический тип личности	Женский	0	0	28	56	0,001	38	76	0,001
	Мужской	16	32	40	80	0,001	46	92	0,001

Примечание. Статистическая значимость различий между группами пациентов: * – p_1 – с диффузным телогенным выпадением волос и андрогенной алопецией; ** – p_2 – с диффузным телогенным выпадением волос и здоровыми людьми.

телогенной алопецией, что имело статистически значимое различие от больных с андрогенной алопецией (42 и 52% соответственно), но не отличалось от группы контроля. Состояние умеренной депрессии выявлено более чем у половины больных с диффузным телогенным выпадением волос (52% женщин и 54% мужчин), в то время как в группе пациентов с андрогенной алопецией умеренную депрессию регистрировали статистически значимо реже (у 30% женщин и у 10% мужчин), а среди группы контроля состояние умеренной депрессии было зарегистрировано лишь у 4% женщин и 6% мужчин. Состояние тяжелой депрессии среди пациентов с диффузным телогенным выпадением волос было выявлено у 34% мужчин и у 16% женщин, в то время как аналогичное состояние среди пациентов с андрогенной алопецией и в группе контроля не зарегистрировано.

Результаты обследования пациентов с использованием Торонтского алекситимического теста показали, что у 66% женщин с диффузным телогенным выпадением волос преобладает алекситимический тип личности, характеризующийся конфликтностью, раздражительностью, резкими перепадами настроения, плаксивостью. У мужчин с диффузным телогенным выпадением волос алекситимический тип личности встречался значительно реже (в 36% случаев). В группе сравнения (пациенты с андрогенной алопецией) алекситимический тип личности встречался только у 10% женщин, а в группе здоровых лиц (контроля) лишь у 6% женщин и у 2% мужчин. Кроме того, среди пациентов с диффузным телогенным выпадением волос в группе риска по алекситимическому типу находилось 34% женщин и 32% мужчин (в группе здоровых 18% женщин и 6% мужчин).

Клинические наблюдения показали, что самые тяжелые проявления диффузной телогенной алопеции (выпадение более 200 волос в день, их истончение и поредение во всех областях волосистой части головы) встречались у женщин, страдающих тяжелой депрессией и имеющих алекситимический тип личности. У этих пациентов среди провоцирующих факторов развития алопеции преобладали

тяжелые стрессовые ситуации (развод, потеря близкого человека). В этой подгруппе наибольший удельный вес (26,7%) составляли пациентки в возрасте от 29 до 38 лет ($33,5 \pm 1,8$ года), из них 55,8% составляли женщины, занимающие руководящие должности, работающие в МВД и надзорных органах.

Приводим наше наблюдение типичного клинического случая диффузного телогенного выпадения волос.

Пациентка Т., 42 года. Обратилась с жалобами на выпадение волос и их поредение, которое началось через 2 нед после вынужденного медикаментозного прерывания беременности и продолжается около 1 года, сильный нервный стресс, связанный с предстоящим разводом и профессиональной деятельностью (работа судьей). Отмечает повышенную сальность волос. За специализированной медицинской помощью не обращалась. Применяла самостоятельно различные поливитамины и народные средства (втирание в кожу головы растительных экстрактов и настоек), которые эффекта не принесли. Наследственность не отягощена. Кожная патология отсутствует. В настоящий момент фармпрепараты не принимает. Соматическую патологию отрицает.

Status localis. При визуальном клиническом осмотре отмечается сильное поредение волос в лобной, теменной и височных областях. Кожа волосистой части головы имеет характерный сальный блеск. Волосы эпируются легко и безболезненно во всех зонах. При проведении тракционной пробы удаляется от 10 до 15 волос. При проведении трихограммы 55,4% волос в фазе анагена, 44,6% находятся в фазе телогена. При проведении компьютерной микровидеодиагностики выявлено: характерный блеск кожи скальпа, расширенные устья волосяных фолликулов. При микроскопии регистрируется наличие «жировых капсул» на луковицах волос. Луковицы в стадии анагена атрофичны и дистрофичны, визуализируется «стрессовый корень», имеющий вид «обожженной спичечной головки». Мозговое вещество в стержне волос отсутствует. При исследовании волосистой части головы с помощью компьютерной диагностической программы TrichoScience-ProV1.1 отмечается наличие пустых фолликулярных юнитов, «желтых точек», высокий удельный вес vellusов (26%), снижение плотности волос в лобной (131 волос на 1 см^2), теменной (128 волос на 1 см^2) и височных (121 волос на 1 см^2)



Больная Т., 42 года. Телогенное выпадение волос.
а – до лечения; б – через 3 мес после лечения.

областях кожи волосистой части головы, снижение диаметра волос (до 54 мкм), повышение показателя анизотрихоза (12,5 мкм), признаки нарушения кровоснабжения кожи волосистой части головы в лобно-теменной области (петли сосудов не визуализируются). Клинический диагноз: телогенное выпадение волос (L65.0) (см. рисунок, а)

При проведении валидизированных психотерапевтических тестов и анализе их результатов установлено, что у пациентки алекситимический тип личности и она находится в состоянии тяжелой депрессии. Пациентка проконсультирована у психотерапевта. В результате консультации установлен диагноз: паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) F41.0. Назначен курс терапии, включающий лечение препаратом, показанным при заболеваниях, сопровождающихся нарушением структуры волос и их выпадением, относящимся к группе витаминов и витаминоподобных средств, содержащем витамины группы В (В₁, В₅, В₆), парааминобензойную кислоту, микроэлементы (железо, цинк, медь), цистин, метионин, медицинские дрожжи. Препарат назначали по 2 капсулы 3 раза в день во время еды в течение 1 мес, затем по 1 капсуле 3 раза в день в течение последующих 3 мес. Наружная терапия заключалась в назначении комплексного способа (патент РФ №2248211/03-2005) с применением серосодержащего препарата, вводимого подкожно, по 2,2 мл 1 раз в неделю в область кожи волосистой части головы, на курс 10 сеансов. В дальнейшем наружно наносили маску из серы очищенной и дистиллированной воды, в соотношении 4:1,1 раз в неделю, на курс 10 сеансов, с целью снижения гиперпродукции кожного сала. Время экспозиции 4 ч. Для снижения уровня тревоги пациентке психиатр назначил препарат на основе гидроксизина гидрохлорида из группы анксиолитических лекарственных средств: по 1 таблетке 3 раза в день, после еды, в течение 3 мес.

После проведенного комплексного лечения через 3 мес наступило клиническое улучшение: снижение выпадения волос с 200 до 100 в день, при проведении тракционной пробы число легко удаляемых волос сократилось с 10–15 до 3–5, эпиляция стала чувствительной. При исследовании волосистой части головы пустые фолликулярные юниты и «желтые точки» не визуализировались, удельный вес vellusов уменьшился с 26 до 10%, повысилась плотность волос в лобной области (со 131 до 156 волос на 1 см²), теменной (128 до 163 волоса на 1 см²) и височных областях (с 121 до 139 волос на 1 см²). Диаметр волос увеличился (с 54 до 61 мкм), показатель анизотрихоза снизился (с 12,5 до 9,5 мкм). Признаков нарушения кровоснабжения кожи волосистой части головы не выявлено (визуализировались скрученные петли кровеносных сосудов). Полная

клиническая ремиссия (стойкое прекращение выпадения волос, восстановление их структуры и густоты) наступила через 6 мес (см. рисунок, б).

Пациенты мужского пола с алекситимическим типом личности также страдали более тяжелыми проявлениями диффузной телогенной алопеции. Факторами, провоцирующими развитие диффузной телогенной алопеции мужчин с этим типом личности, были потеря или смена места работы в связи с переездом в другой город, развод, потеря близкого человека. Среди пациентов этой подгруппы (29,8%) наибольший удельный вес составляли мужчины в возрасте от 33 до 45 лет (средний возраст $39 \pm 1,5$ года). По профессиональному составу среди мужчин с диффузной телогенной алопецией 38,9% составили владельцы индивидуальных предприятий и обществ с ограниченной ответственностью, 26,6% пациентов работали в ночную смену и одновременно учились, 18,2% работали вахтовым методом в северных областях, 16,3% – строители.

Таким образом, обследование пациентов с помощью валидизированных психотерапевтических тестов показало, что при диффузном телогенном выпадении волос у 66% женщин и 36% мужчин наблюдается умеренная депрессия, в состоянии тяжелой депрессии находится 16% женщин и 34% мужчин.

Алекситимический тип личности, характеризующийся конфликтами в межличностных отношениях, выявлен у 66% женщин и 36% мужчин с диффузным телогенным выпадением волос, при этом в группе риска по алекситимии находится 34% женщин и 32% мужчин. Самые тяжелые клинические проявления диффузной телогенной алопеции наблюдались у женщин, страдающих тяжелой депрессией и имеющих алекситимический тип личности. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности проведения объективной оценки психоэмоционального статуса пациентов с диффузным телогенным выпадением волос для решения вопроса о необходимости дополнительного обследования у психотерапевта и коррекции выявленных нарушений.

Благодарности. Авторы выражают благодарность Свердловской областной клинике неврозов «Сосновый Бор» за помощь в работе.
Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджигороева А.Г. *Клиническая трихология*. М.: Практическая медицина; 2014.
2. Адашкевич В.П., Мяделец О.Д., Тихоновская И.В., *Алопеция*. М.: Мед. книга; 2000.
3. Кошевенко Ю.Н. Косметологические проблемы волос у человека. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2000; 3(3): 62–6.
4. Павлова О.В. *Основы психодерматологии*. М.: ЛКИ; 2007.
5. Елкина О.В., Мордовцева В.В. Диффузная алопеция: проблема и пути решения. *Экспериментальная и клиническая дерматокосметология*. 2010; 3: 33–7.
6. Альбанова В.И. Трихотилломания. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2013; 16(5): 50–4.
7. Рук А., Даубер Р. *Болезни волос и волосистой части головы*. Пер. с англ. М.: Медицина; 1985.
8. Божченко А.А. Рубцовые и нерубцовые алопеции: вопросы классификации, этиологии, патогенеза, клинической картины и терапии. *Журнал дерматовенерологии и косметологии*. 1998; 2: 45–54.
9. Барканова О.В. *Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум*. Красноярск: Литера-принт; 2009.
13. Асриян Я.И. Изменения характера у больных очаговой алопецией в зависимости от давности заболевания. *Военно-медицинский журнал*. 2010; 3: 45–6.
17. Мареева А.Н., Кондрахина И.Н. Психоэмоциональные состояния у больных нерубцующими алопециями (гнездной, андрогенетической). *Вестник дерматологии и венерологии*. 2015; 6: 50–6.

Остальные источники литературы см. в References.

REFERENCES

1. Gadzhigoroeva A.G. *Clinical trichology*. Moscow: Practical medicina; 2014. (in Russian)
2. Adaskevich V.P., Myadelets O.D., Tikhonovskaya I.V. *Alopecia*. Moscow: Medicine book; 2000. (in Russian)
3. Koshevenko Yu.N. Cosmetic hair problems in humans. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2000; 3(3): 62–6. (in Russian)
4. Pavlova O.V. *The Basics of psychodermatology*. Moscow: LKI; 2007. (in Russian)
5. Elkina O.V., Mordovtseva V.V. Diffuse alopecia: the problem and solutions. *Experimental and clinical dermatocosmetology. Russian Journal (Eksperimentalnaya i klinicheskaya dermatokosmetologiya)*. 2010; 3: 33–7. (in Russian)
6. Albanova V.I. Trichotillomania. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossiyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2013; 16(5): 50–4. (in Russian)
7. Ruk A., Dauber R. *Diseases of the Hair and Scalp*. Transl. from Engl. Moscow: Medicine; 1985. (in Russian)
8. Boichenko A.A. Cicatricial and narusova alopecia: classification, etiology, pathogenesis, clinical picture and therapy. *Journal of dermatology and venereology and cosmetology. Russian Journal (Zhurnal dermatovenerologii i kosmetologii)*. 1998; 2: 45–54. (in Russian)
9. Barkanova O. *Methods of diagnostics of the emotional sphere: a psychological workshop*. Krasnoyarsk: Letter-print; 2009. (in Russian)
10. Al-Mutairi N., Eldin O. Clinical profile and impact on quality of life: Seven years experience with patients of alopecia areata. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2011; 77(4): 489–93. doi:10.4103/0378-6323.82411.
11. Sellami R., Masmoudi J., Ouli U., Mnif L., Amouri M., Turki H., Jaoua A. The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case-control study. *Indian J. Dermatol.* 2014; 59(4): 421.
12. Zimmermann G., Quartier V., Bernand M., Salamin V., Maggiori C. The 20-item Toronto alexithymia scale: Structural validity, internal consistency and prevalence of alexithymia in a Swiss adolescent sample. *Encephale*. 2007; 33(6): 941–6.
13. Asriyan I. Personality Changes in patients with focal alopecia depending on the duration of the disease. *Russian Military Medical journal. (Voенно-медицинский журнал)*. 2010; (3): 45–6. (in Russian)
14. Poot F. Psychological consequences of chronic hair diseases. *Rev. Med. Brux.* 2004; 25(4): 286–8.
15. Richards H., Fortune D., Griffiths C., Main C. Alexithymia in patients with psoriasis: Clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J. Psychosom. Res.* 2005; 58(1): 89–96.
16. Zigmond A., Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67(6): 361–70.
17. Mareeva A.N., Kondrahina I.N. Psihoemotional state narusova in patients with alopecia (alopecia, androgenetic). *Bulletin of dermatology and venereology. Russian Journal (Vestnik dermatologii i venerologii)*. 2015; 6: 50–6. (in Russian)

Поступила 01.09.17.
Принята к печати 20.11.17

Уважаемые читатели!

На сайте Научной Электронной Библиотеки
www.elibrary.ru открыта подписка на электронную версию
нашего журнала и других журналов Издательства «Медицина» на 2018 год.

Архив журналов Издательства «Медицина»
находится в открытом (бесплатном) доступе на сайтах
Научной электронной библиотеки **www.elibrary.ru**
и Киберленинки **www.cyberleninka.ru**