

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист Департамента
здравоохранения города Москвы
по дерматовенерологии
и косметологии

Н.Н. Потекаев



24 марта 2022 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 8



29 апреля 2022 г.

**АЛОПЕЦИИ И СОПУТСТВУЮЩИЕ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА:
ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ**

Методические рекомендации № 37

Москва 2022

УДК 616.594
ББК 55.838.5; 56.14

Организация – разработчик:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ)

Авторы – составители:

Н.Н. Потекаев – директор ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, зав. кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор;

О.В. Жукова – главный врач ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, зав. кафедрой дерматовенерологии и аллергологии с курсом иммунологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», доктор медицинских наук, профессор;

Ю.Ю. Романова – младший научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ;

Н.В. Фриго – руководитель отдела научно-прикладных методов исследования ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, доктор медицинских наук;

А.Г. Гаджигороева – руководитель отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, доктор медицинских наук;

Д.В. Романов – профессор кафедры психиатрии и психосоматики ФГАОУ ВО Первый Московский государственный университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), ведущий научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», доктор медицинских наук;

А.Н. Львов – начальник отдела аспирантуры и ординатуры, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, доктор медицинских наук, профессор.

Рецензенты:

С.И. Бобко – старший научный сотрудник отдела клинической дерматовенерологии и косметологии ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ, кандидат медицинских наук

И.М. Корсунская – руководитель лаборатории физико-химических и генетических проблем дерматологии ФГБУН «Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, доктор медицинских наук, профессор

Предназначение: Методические рекомендации посвящены вопросам диагностики и дифференцированного подбора терапии при психосоматических расстройствах, сопутствующих частым формам алопеций. Методические рекомендации предназначены для врачей дерматовенерологов, врачей косметологов и психиатров.

Методические рекомендации разработаны в рамках выполнения темы НИР «Диагностика, лечение, тактика ведения пациентов с заболеваниями кожи и подкожно жировой клетчатки, новообразованиями кожи. Внедрение полученных результатов в московское здравоохранение»

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения

ISBN

©Коллектив авторов, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Нормативные ссылки	4
Определения, обозначения и сокращения	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ	7
1. Распространенность алопеций и сопутствующих психосоматических расстройств	7
2. Клиника и диагностика сопутствующих алопециям психосоматических расстройств	9
3. Лечение сопутствующих алопециям психосоматических расстройств	13
3.1 Применение элементов психотерапии в коррекции сопутствующих алопециям психосоматических расстройств	13
3.2 Дифференцированная психофармакологическая коррекция сопутствующих психосоматических расстройств	14
3.3 Психофармакологические препараты и выпадение волос	17
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	18
Список использованных источников	19
Приложение 1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)	25

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

- Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» (утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 924н)
- ГОСТ 2.105-95 Единая система конструкторской документации. Общие требования к текстовым документам
- ГОСТ 7.9-95 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Реферат и аннотация. Общие требования
- ГОСТ 7.0-99 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Информационно-библиотечная деятельность, библиография. Термины и определения
- ГОСТ 7.32-2001 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления
- ГОСТ ИСО 8601-2001 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Представление дат и времени. Общие требования
- ГОСТ 7.1-2003 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления
- ГОСТ 7.60-2003 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Издания. Основные виды. Термины и определения
- ГОСТ Р 7.0.1-2003 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Издания. Знак охраны авторского права. Общие требования и правила оформления
- ГОСТ Р 7.0.4-2006 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Издания. Выходные сведения. Общие требования и правила оформления
- ГОСТ Р 7.0.49-2007 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Государственный рубрикатор научно-технической информации. Структура, правила использования и ведения
- ГОСТ Р 7.0.53-2007 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Издания. Международный стандартный книжный номер. Использование и издательское оформление
- ГОСТ Р 7.0.5-2008 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления
- ГОСТ Р 7.0.12-2011 Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Сокращение слов и словосочетаний на русском языке. Общие требования и правила

ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем документе применяют следующие термины с соответствующими определениями:

гнездная алопеция – тканеспецифическое заболевание волосяных фолликулов, которое проявляется очагами облысения на коже головы и/или тела;

андрогенетическая алопеция – хроническое заболевание с генетической предрасположенностью, характеризующееся прогрессирующей миниатюризацией волосяных фолликулов с формированием поредения, истончения в андрогензависимых зонах волосистой части головы (лобно-теменная, макушечная);

диффузное телогеновое выпадение волос – равномерное диффузное выпадение волос, находящихся в стадии телогена;

качество жизни – многомерное понятие, включающее информацию об основных сферах жизнедеятельности человека (психологической, физической, социальной, духовной и экономической);

трихоскопия – дерматоскопия волос и кожи головы, неинвазивный метод оптической диагностики с использованием дерматоскопа.

ГА – гнездная алопеция

АГА – андрогенетическая алопеция

ДТВВ – диффузное телогеновое выпадение волос

КЖ – качество жизни

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

СИОЗС – селективный ингибитор обратного захвата серотонина

HADS – Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale)

ВВЕДЕНИЕ

Разработка методических рекомендаций «Алопеции и психосоматические расстройства: диагностика и дифференцированная терапия» имеет ряд предпосылок. Заболевания с потерей волос алопеции – широко распространены в общей популяции [47]. Хотя в целом данные патологии имеют благоприятный прогноз для жизни и мало сказываются на общем функционировании пациента, алопеции часто имеют серьезные психоэмоциональные и психосоциальные последствия, оказывая таким образом значимое негативное влияние на качество жизни (КЖ) больных, по некоторым данным сопоставимое с хроническими воспалительными дерматозами, такими, как псориаз и атопический дерматит [13, 60, 63].

Наличие сопутствующих психических заболеваний у больных с алопециями ассоциировано с более низким КЖ [13, 53]. В свою очередь, выявление и коррекция сопутствующих психосоматических расстройств положительно сказываются на состоянии больного, улучшает КЖ пациентов и повышают общую эффективность терапии [9]. Выявление психосоматических расстройств, сопутствующих пациентам с алопециями, и комплексная дифференцированная терапия больных с учетом психосоматического статуса соответствует принципам современного пациент-ориентированного подхода к оказанию медицинской помощи.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1. Распространенность алопеций и сопутствующих психосоматических расстройств

Алопеции – гетерогенная группа заболеваний, объединенных общим симптомом – потерей волос. Алопеции широко распространены в популяции и занимают существенную долю в структуре амбулаторного дерматологического приема взрослых пациентов (по доступным данным до 9,1 % поводов обращения) [21, 32, 46]. Хотя с медицинской точки зрения данные патологии имеют относительно благоприятное течение и прогноз, пациенты часто испытывают негативные психологические и социальные последствия - имеют заниженную самооценку, неуверенность в себе, повышенную тревожность, в том числе за здоровье, страх облысения. По данным М. Kovacevic с соавторами (2017), об избыточном выпадении волос во время мытья головы сообщают 40 % женщин, обратившихся за дерматологической помощью по поводу других дерматозов [37]. Наиболее частыми поводами для обращения к трихологу являются такие нозологические формы алопеций, как андрогенетическая алопеция, диффузное телогеновое выпадение волос и гнездная алопеция.

Отмечается рост распространенности в популяции потери волос аутоиммунного генеза – гнездной алопеции (ГА). По данным американского эпидемиологического исследования, за 20 лет риск возникновения ГА в течение жизни увеличился с 1,7 % до 2,1 % [44]. ГА – хроническое заболевание, которое характеризуется внезапной потерей волос, клинические проявления могут варьировать от небольших очагов нерубцовой алопеции до полной потери волос на голове, лице и теле (универсальная форма ГА). ГА является наиболее исследованной нозологией среди алопеций в плане сопутствующих (коморбидных) психических расстройств. Согласно доступным данным частота психических расстройств при ГА значительно выше, чем в общей популяции, и колеблется в широких пределах – от 23,3 % до 66 % [18, 30, 36, 51]. Пресобладающими по частоте являются депрессивные 7,4-56 % и тревожные расстройства 18,2-47 %, однако спектр психической патологии при ГА значительно шире и включает нарушения и более тяжелых регистров [3, 23, 30, 36, 51].

По имеющимся данным андрогенетическая алопеция (АГА) встречается в течение жизни у 30-50 % женщин и у порядка 70 % мужчин [47, 54]. Клинически АГА характеризуется прогрессирующим истончением и поредением волос у мужчин и женщин преимущественно в андрогензависимых зонах волосистой части головы – лобно-теменной и макушечной [2].

Следствием широкого круга общих соматических заболеваний, психоэмоционального стресса, приема ряда препаратов, дефицитов, несбалансированных диет может стать диффузное телогеновое выпадение

волос (ДТВВ). Потеря волос при этом начинается в среднем через 2-3 месяца после действия триггерного фактора, может быть очень интенсивной и в части случаев хронизируется. Отмечается рост обращаемости по поводу ДТВВ в 2020-2021 годах в связи с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19: 25 % переболевших сталкиваются с интенсивной диффузной потерей волос [40]. Сопутствующие психосоматические заболевания при диффузных формах потери волос (АГА и ДТВВ) встречаются не менее часто, чем при ГА. Так, по данным Урюпиной Е.Л. и Малишевской Н.П. (2017) депрессия была выявлена у 88 % пациенток с ДТВВ, у 72 % женщин и 62 % мужчин с АГА, что значимо чаще в сравнении группой здорового контроля (у 16-24 %, оценка по шкале Цунга) [17].

Согласно исследованию, проведенному на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ) сопутствующие психосоматические расстройства установлены у 40,8 % пациентов с алопециями (андрогенетической, гнездной, телогеновой)¹ [49]. Снижение КЖ у пациентов с алопециями имеет значимую ассоциацию с психосоматическими параметрами (тревога и депрессия по HADS) [13]. Типология, особенности психосоматических расстройств у пациентов с алопециями, а также алгоритм психокорректирующей терапии будут обсуждены в следующих разделах методических рекомендаций [9, 14, 49].

¹ Установлены путем скрининга с помощью Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale), выборка 103 пациента.

2. Клиника и диагностика сопутствующих алопециям психосоматических расстройств

Удобным инструментом диагностики сопутствующих психосоматических расстройств для применения в общемедицинской и дерматологической практике является использование специальных психометрических шкал. Широко используемой в дерматологии и рекомендованной для скрининга (первичного выявления) тревоги и депрессии является Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [16].

HADS состоит из 14 утверждений, 7 – по подшкале А «тревога» (от англ., «anxiety») соответствуют нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 и 7 – по подшкале D «депрессия» (от англ., «depression») соответствуют четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 (Приложение 1).

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака в соответствии с нарастанием тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность).

Тяжесть признака прямо пропорциональна суммарному количеству баллов по каждой из подшкал (А и D), выделяются три области значений:

- 0-7 баллов — норма;
- 8-10 баллов — «субклинически выраженная» тревога/депрессия;
- 11 баллов и выше — «клинически выраженная» тревога/депрессия.

Скрининг психосоматических расстройств с помощью HADS у пациентов с алопециями может вестись как сплошным, так и выборочным методом – заполнение опросника может быть предложено пациенту при выявлении у пациентов симптомов возможных психосоматических расстройств.

Преимуществами HADS являются:

- 1) простота и быстрота заполнения пациентом опросника с минимальным участием специалиста (помощь врача заключается в ознакомлении с процедурой заполнения и пояснении вызывающих затруднения пунктов),
- 2) обработка полученных данных специалистом,
- 3) интерпретация полученных данных специалистом,
- 4) хорошие психометрические свойства опросника,
- 5) дифференцированная оценка тревоги и депрессии (опросник имеет две подшкалы – «тревога» и «депрессия») [16].

Результаты собственного исследования свидетельствуют о преобладании тревоги по HADS у пациентов с алопециями, которая имеет значимую ассоциацию со снижением КЖ больных [13, 48, 49, 50]. Превалирующее значение тревоги в нарушении КЖ согласуются с результатами работы Р.М. Russo с соавторами (2018), по данным которых именно тревожные черты личности способствуют надежному прогнозированию снижения КЖ больных алопециями (гнездной,

андрогенетической, телогеновой), а не тяжесть самого заболевания и нозологическая форма алопеции. Индивидуальные, ассоциированные с тревогой различия рассматриваются авторами как ключевые факторы для понимания влияния выпадения волос на КЖ пациентов с алопецией [52]. Таким образом, преобладание тревоги отличает болезни с потерей волос (алопеции) от дерматологических заболеваний в целом, при которых по данным систематического обзора Ali с соавторами (2018) снижение КЖ (по ДИКЖ) ассоциировано с депрессией (по HADS), а не тревогой [20].

Следует отметить, что, несмотря на перечисленные преимущества опросника HADS, диагностические возможности самозаполняемых шкал имеют ограничения, поскольку он позволяет провести лишь предварительную оценку расстройства, но не является основанием для установления клинического диагноза [15, 16].

Окончательное, обобщающее суждение о нозологической принадлежности и тяжести сопутствующего расстройства проводит врач-психиатр. Таким образом, выявление нарушений с помощью скрининговых психометрических инструментов является дополнительным основанием для рекомендации пациенту консультации психиатра/психотерапевта.

Согласно результатам исследования, проведенного на базе ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ [49], диагностированные при психиатрической консультации психосоматические расстройства у больных алопециями, обратившихся на дерматологический амбулаторный прием, представлены двумя группами нарушений: спровоцированными алопециями – нозогенными реакциями и ассоциированными с алопециями – аффективными расстройствами (таблица 1).

Установлено преобладание **нозогенных реакций** (соответствуют расстройствам адаптации в МКБ-10 F43), которые составили 92,8 % психосоматических расстройств.

Следует отметить, что в представленном контексте понятие «психосоматические расстройства» интерпретируется в значении многообразия психических нарушений, ассоциированных с алопециями, не ограничиваясь стресс-опосредованными состояниями («классические» психосоматические заболевания). Большую часть установленных у пациентов с алопециями психосоматических расстройств составили реакции с нарушением образа тела (54,8%), ассоциированные с изменением или страхом изменения внешнего облика при потере волос. При этом содержание реакций с нарушением образа тела могло принципиально отличаться: преобладающим мог быть страх обнаружения перед окружающими косметического дефекта – социофобическая реакция, либо идеи сохранения/восстановления внешнего вида волос (синонимы в литературе «синдром Дориана Грея», «ипохондрия красоты» – сверхценная нозогения), либо диссоциативные реакции с отчуждением внешнего облика [14].

Аффективные расстройства (расстройства настроения) – относительно независимые от алопеции коморбидные заболевания,

встречались значительно реже и были диагностированы у 16,7 % обследованных психиатром больных в виде рекуррентного депрессивного расстройства (в МКБ-10 F33) и дистимии (в МКБ-10 F34.1).

Таблица 1 Сопутствующие психосоматические расстройства у пациентов с алопециями

Характеристика патологии	Доля в структуре психосоматических расстройств
I группа - нозогенные реакции (F43)	92,8 %
I.A. с нарушением образа тела - психические расстройства ассоциированы с изменением или страхом изменения внешнего облика в связи с потерей волос	54,8 %
<p>I.A.1 Социофобические реакции Сопровождаются навязчивым страхом обнаружения облысения на людях и получения отрицательной оценку внешности окружающими, часто необоснованным (ввиду незаметности для окружающих дефекта). Содержательный комплекс тревоги связан с несоответствием собственных представлений о надлежащем облике волос общепринятым социальным стандартам. Свойственно компульсивное (ритуальное и защитное) поведение в отношении реального, иногда сильно преувеличенного дефекта (навязчивые перепроверки состояния волос перед зеркалом, подсчет выпавших волосы, «камуфляж» специальным «маскирующим» прическам, головными уборами).</p>	19,0 %
<p>I.A.2 Сверхценные нозогении Ведущая идея - сохранения/восстановления внешнего облика. В поведенческом паттерне превалирует упорная борьба с выпадением волос и другими проявлениями их старения (седина, качество волос): окрашиванием, методами «камуфляжа», косметическими средствами, иногда аутодеструкцией волос – избирательным целенаправленным выдергиванием седых волос («псевдотрихотилломания»). В части случаев - сочетание с ипохондрическими феноменами: сверхценные идеи распространялись не только на косметический дефект в виде потери волос, но и на их «особую» морфологию, воспринимаемую в качестве значимых симптомов заболевания (нозофобия): наличие остатков оболочек фолликула на кончике волоса, «не та» длина выпавшего волоса.</p>	26,2 %
<p>I.A.3 Диссоциативные реакции Имеет место отчуждение своего внешнего облика: пациенты сообщают о том, что «без волос чувствуют себя другим</p>	9,5 %

человеком», о «неузнавании» своего отражения в зеркале, что в целом сопровождается неприятием нового внешнего вида	
<p>I.Б. Тревожно-ипохондрические реакции Свойственны соматизированные нарушения, сопровождающиеся патологическими телесными ощущениями (дизестезии, аллодинии и т.п.) в виде болезненности, дискомфорта, “мурашек” на коже волосистой части головы, не объяснимых наличием дерматологической или неврологической патологии (триходиния). Ощущения в проекции волос часто сопровождаются соматоформным расстройствам других органов и систем (гастралгии, неустойчивый стул, дизурии, субфебрилитет, сердцебиение), а также наличием (в том числе в анамнезе) панических атак.</p>	19,0 %
<p>I.В. Тревожно-депрессивные реакции На фоне реактивного состояния с симптомами тревоги или подавленности, не связанного с потерей волос, при появлении и прогрессировании симптомов алопеции (выпадение волос, облысение) в содержательный комплекс реактивного состояния включалась нозогенная составляющая (тревожно-ипохондрическая, тревожно-социофобическая), сопоставимая с таковой при описанных выше нозогениях и происходило наложение симптомов тревожного расстройства на существовавший ранее депрессивные феномены.</p>	19,0 %
II группа - аффективные расстройства (расстройства настроения)	16,7 %
<p>II.А. Рекуррентное депрессивное расстройства (F33) Относительно независимое от алопеции коморбидное психическое заболевание. Рекуррентные фазы депрессии прослеживались анамнестически, Начало их предшествовало появлению симптомов алопеции. Характерным для эпизодов являлась выраженная аффективная симптоматика, свойственная эндогенным депрессивным фазам (чувство тоски, различных витальные и когнитивные нарушения). Содержательный комплекс очередной депрессивной фазы, манифестировавшей уже после дебюта алопеции, исходно разобщен с алопецией и включает идеи самоуничтожения и малоценности. Фактически очередной эпизод депрессии накладывается на симптомы потери волос.</p>	7,2 %
<p>II.Б. Дистимия (F34.1) Для пациентов с алопециями характерна соматизированная дистимия, складывающаяся из аффективной и неаффективной тревожной составляющей, с преобладанием последней. Угнетенное настроение сопровождается возникновением соматовегетативной симптоматики и астенических симптомов.</p>	9,5 %

3. Лечение сопутствующих алопециям психосоматических расстройств

Психотерапевтические и психофармакологические методы в терапии психосоматических расстройств у пациентов с алопециями следует рассматривать не как альтернативу, а как взаимодополняющие составляющие лечения. При этом оптимальный алгоритм помощи пациентам с алопециями с сопутствующими психосоматическими расстройствами должен осуществляться при междисциплинарном взаимодействии врача дерматолога и психиатра/психотерапевта, участие дерматолога может заключаться в скрининге психосоматических расстройств, применении в ходе консультирования элементов психотерапии/психообразования, при необходимости - помощи в маршрутизации больного к врачу-психотерапевту/психиатру. Частью консультации пациентов с психосоматическими расстройствами, а в частности, с тревожными расстройствами, является эмоциональная поддержка и внимание к психологическому состоянию – эмоциям и чувствам в связи с потерей волос [31, 34].

3.1 Применение элементов психообразования и психотерапии

Психообразование является важной составляющей психологической поддержки пациентов в целях терапии психосоматических расстройств, так как способствует компетентности больных, повышению эффективности лечения и обучает навыкам преодоления психического расстройства в будущем (вторичная профилактика) [31]. Поддержка дерматолога может быть полезной в формировании верного понимания пациентом психосоматических расстройств, не как стигматизирующих, а как часто встречающихся в популяции состояний, в значительной мере нарушающих КЖ пациента, а также информирования о существующих подходах и возможностях лечения.

Применение элементов психотерапии в коррекции психосоматических расстройств может способствовать уменьшению симптомов заболевания, осознанию психологических механизмов дезадаптации, улучшению личных навыков больных совладения с проблемой. По данным литературы, в том числе систематических обзоров и мета-анализов, высокую эффективность в лечении психосоматических расстройств, характерных для дерматологических пациентов, показали методы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) [25, 38, 39, 41].

При консультировании пациентов с алопециями могут применяться элементы когнитивной реструктуризации («cognitive restructuring»), заключающиеся в выявлении и коррекции когнитивных искажений пациентов, в том числе связанных с представлениями пациентов о заболевании (алопеции), прогнозе, эффективных методах лечения [57].

По имеющимся данным, тревога и депрессия у пациентов с алопециями ассоциированы с снижением КЖ и спецификой внутренней картины болезни [27, 60, 64]. Так, по данным Т. Cartwright с соавторами (2019) внутренняя картина болезни («illness perception»): определяет 35 % КЖ больных алопециями [27].

Представления о болезни имеют когнитивную и эмоциональную составляющие, формируются на основе информации, полученной из социальной и культурной среды, а также собственного опыта пациента [59].

Когнитивное представление о заболевании включает в себя предположения о сущности, возможных причинах развития, продолжительности (острое, хроническое, циклическое), возможностях управления (контроля)/ излечимости заболевания и последствиях в важных сферах жизни (социальной, профессиональной, семейной). По мере получения новой информации, накопления у пациента собственного опыта жизни с болезнью, его лечения, представления о болезни развиваются и перестраиваются [22].

Применение приемов КПТ по работе с представлениями о заболевании (алопеции) на приме дерматолога предполагает:

- 1) предоставление научной информации о болезни;
- 2) выявление негативных или неточных мыслей о заболевании и их реструктуризацию;
- 3) разработку индивидуального плана преодоления симптомов болезни (выпадения волос, облысения, сопутствующих психосоматических расстройств с социальной тревогой, ипохондрическими мыслями);
- 4) повышение уровня участия и самоконтроля в отношении ведения болезни.

Следовательно, важной составляющей психотерапевтической поддержки со стороны дерматолога является работа с негативным восприятием болезни на основании методов КПТ, состоящая в предоставлении актуальной научной информации о заболевании с целью коррекции иррациональных убеждений, помощи в формировании адаптивного поведения у пациента, что в целом может благотворно влиять на психоэмоциональное состояние, КЖ и приверженность пациентов лечению [28, 45].

3.2. Дифференцированная психофармакологическая коррекция сопутствующих психосоматических расстройств

При разработке предлагаемого алгоритма дифференцированной комплексной терапии сопутствующих психосоматических расстройств основным принципом выбора психотропных препаратов у пациентов с алопециями являлись безопасность и хорошая переносимость лекарственных средств.

В связи с этим для лечения ассоциированных с алопециями психосоматических расстройств выбор отдается психотропным препаратам

первого ряда с высоким уровнем безопасности и хорошей переносимостью: из группы анксиолитиков, антидепрессантов новых поколений, а также некоторых нейролептиков («малые» и современные атипичные антипсихотики), что соответствует современным рекомендациям [6, 7, 10-12, 15, 16]. Также следует отдавать предпочтение применению монотерапии с использованием малых суточных доз психофармакологических препаратов (не более половины стандартной), медленной титрацией доз с минимальных стартовых или субтерапевтических [11].

Важным принципом коррекции психосоматических расстройств у больных алопециями является дифференцированный подход при выборе препаратов для фармакологической коррекции – терапия в соответствии с тяжестью и клинической структурой расстройств [7, 34, 35] (таблица 2).

Таблица 2 – Лечение психических расстройств при алопециях в соответствии с психопатологической структурой ассоциированных психосоматических расстройств [9]

Диагноз	Препарат (диапазон доз)
I. Нозогенные реакции в связи с потерей волос F43	
I.A Реакции с нарушением образа тела – социофобические – сверхценные – диссоциативные	Эсциталопрам (10-20 мг) Кветиапин (12,5 – 50 мг)
I.B Тревожно-ипохондрические (соматизированные, коэнестезиопатические) реакции	Гидроксизина гидрохлорид (12,5-50 мг) Фабомотизол (10-30 мг) Алимемазина (2,5-10 мг)
I.B Тревожно-депрессивные реакции	Эсциталопрам (5-10 мг)
II. Аффективные расстройства	
II.A Рекуррентное депрессивное расстройство (F33) с соматовегетативными расстройствами (в т.ч. алопецией) II.B Дистимия (F34.1)	Венлафаксин (37,5-150 мг) Эсциталопрам (10-20 мг)

Фармакотерапия тревожных расстройств проводится в соответствии с подходом, принятым в дерматологической практике [5, 11, 15, 34, 35]: для коррекции используются психофармакологические препараты разных классов с анксиолитической активностью и антидепрессанты с анксиолитической активностью.

Хотя в некоторых исследованиях была показана эффективность анксиолитиков бензодиазепиновой структуры в терапии тревожных

расстройств у дерматологических больных, особенно острой тревоги, следует с осторожностью относиться к их применению в комплексной терапии больных с алопециями в связи с наличием аддиктивного потенциала и широкого спектра клинических эффектов, включая нежелательные (гипноседативное и миорелаксирующее действие, угнетение когнитивных функций и «поведенческая токсичность») [6,12, 26, 33, 34, 42].

Для терапии **тревожных расстройств** применяются анксиолитики небензодиазепиновой структуры (гидроксизина гидрохлорид в дозах 12,5-50 мг, фабомотизол в дозах 10-30 мг) [9], лишенные ряда недостатков бензодиазепинов и антидепрессантов [7, 42]. Селективное противотревожное действие, мягкое развитие анксиолитического эффекта, возможность длительного приема и хорошая переносимость позволяют применять их для коррекции ассоциированных с алопециями тревожных расстройств на дерматовенерологическом приеме.

Также в терапии тревожных расстройств, в частности тревожно-депрессивных нозогенных реакций, может применяться антидепрессант с анксиолитической активностью и благоприятным профилем переносимости, безопасности из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) – эсциталопрам в дозах 5-10 мг [9]. Для повышения комплаентности пациентов следует информировать о постепенном, в течение 2 - 4 недель, развитии эффекта препаратов данной группы и необходимости длительного приема.

Для терапии **расстройств с нарушением образа тела** также применяется эсциталопрам в дозах 10-20 мг [9]. Антидепрессанты группы СИОЗС являются препаратами выбора при этих патологиях по данным литературы [8, 35]. В некоторых случаях (сверхценные и диссоциативные нозогенные реакции) к нему добавляются малые дозы атипичного антипсихотика (кветиапин в дозах 12,5-50 мг).

При тревожно-ипохондрических (соматизированных) реакциях эсциталопрам может комбинироваться с алимемазином в дозах 2,5-10 мг – препаратом из группы «малых» типичных нейролептиков, обладающих вегетостабилизирующим эффектом, а также активностью в отношении соматизированных расстройств [6, 12].

Лечение пациентов с **сопутствующими аффективными расстройствами** проводится психиатром, применяются антидепрессанты первого ряда: эсциталопрам (СИОЗС) в дозах 10-20 мг и венлафаксин в дозах 37,5-150 мг (антидепрессант двойного действия) [9]. Выбор препаратов определяется доказанной клинической эффективностью, благоприятным профилем переносимости и высоким уровнем безопасности, а также наличием анксиолитического эффекта данных антидепрессантов, что является важным у пациентов с алопециями, учитывая повышение частоты тревожных расстройств [1, 7, 15].

Терапия психосоматических расстройств требует значительной продолжительности, связанной с глубиной симптомокомплекса, как правило не менее 6 месяцев лечения.

3.3 Психофармакологические препараты и выпадение волос

При назначении психофармакотерапии необходимо учитывать потенциальную возможность ряда лекарственных средств оказывать негативное влияние на рост волос, а соответственно, усиливать/провоцировать их выпадение.

Наиболее типичным вариантом потери волос вследствие приема психотропных препаратов является ДТВВ, которое дебютирует в среднем через 3 месяца после начала терапии и характеризуется избыточным выпадением волос, находящихся в телогеновой фазе. Нормализация роста наблюдается обычно спустя 2–3 месяца после отмены препарата [55, 56]. В этой связи (длительные латентные периоды) в каждом индивидуальном случае доказать провоцирующую роль конкретного лекарственного средства в выпадении волос не всегда легко, так как данный вариант потери волос (телогеновое выпадение) широко распространен и может быть следствием значительного круга малоспецифических причин [14].

Алопеция как побочный эффект возможна при лечении большинством антидепрессантов [14, 43, 58]. Имеется ряд сообщений о выпадении волос на фоне приема трициклических антидепрессантов (имипрамин, амитриптилин), ингибиторов обратного захвата серотонина (чаще – пароксетин, флувоксамин, флуоксетин, сертралин), а также при приеме мапротилина и тразодона. По некоторым данным, бупропион, циталопрам и мirtазапин также потенциально способны вызывать алопецию [55].

Для коррекции данного нежелательного эффекта может быть рассмотрена возможность перехода на альтернативный препарат этой или другой группы, так как вероятность данного побочного эффекта для каждого из средств является небольшой [58]. Указания на побочный эффект в виде выпадения волос имеются лишь для ограниченного числа нейрорептиков (галоперидол, оланзапин, рисперидон, кветиапин). Терапия анксиолитиками бензодиазепинового ряда (за исключением клоназепама) не обнаружила ассоциации с выпадением волос [14]. Ряд авторов, напротив, сообщают о положительных эффектах применения психотропных препаратов в комплексной терапии алопеций [4, 9, 18, 29].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие сопутствующих психосоматических расстройств у пациентов с алопециями встречается у значимой части пациентов и имеет ассоциацию со снижением КЖ, в связи с чем их своевременное выявление и коррекция являются важными клиническими задачами, решение которых лежит в междисциплинарной плоскости и возможно при взаимодействии врачей: дерматовенеролога и психиатра.

В методических рекомендациях освещены вопросы типологии психосоматических расстройств у пациентов с алопециями, среди которых преобладающими являются провоцированные алопециями нозогенные реакции.

Разработка методических рекомендаций решает актуальную проблему диагностики, маршрутизации, а также дифференцированного выбора терапии психосоматических расстройств, сопутствующих частым формам алопеций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Волель, Б.А. Опыт применения венлафаксина (Велафакса) у пациентов с депрессией в амбулаторной и клинической практике / Б.А. Волель, Д.В. Романов // *Терапия психических расстройств*. – 2007. – №2. – С.48–52.
2. Гаджигороева, А.Г. Клиническая трихология / А.Г. Гаджигороева. – М.: Практическая медицина, 2014. – 184с.
3. Галимов, Р.К. Динамика тревожно-депрессивных расстройств в процессе лечения методом гипнотерапии больных, страдающих различными формами очаговой алопеции: автореф. дис....канд. мед. наук: 14.01.10 / Р.К. Галимов – М., 2011. – 23с.
4. Грищенко, Ю.В. Оптимизация диагностики и патогенетической терапии андрогенетической алопеции у женщин: автореф. дис....канд. мед. наук: 14.01.10 / Ю. В. Грищенко – М., 2011. – 30с.
5. Дороженок, И.Ю. Современные аспекты применения психотропных препаратов в дерматологической практике. / И.Ю. Дороженок, А.Н. Львов, С.И. Бобко // *Рос. журн. кож. и вен. бол.* – 2011. – №1. – С.20-25.
6. Дороженок, И.Ю. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему / И.Ю. Дороженок, А.Н. Львов // *Рос. журн. кож. и вен. бол.* – 2006. – №4. – С.16-21.
7. Дороженок, И. Тревожные и болевые расстройства в общемедицинской практике (аспекты коморбидности и терапии). / И. Дороженок // *Медицинский совет*. – 2012. – №4. – С. 98-104.
8. Матюшенко, Е. Дисморфофобия в дерматологической практике (аспекты клиники, типологии и терапии): автореф. дис. докт. мед. наук: 14.01.06 / Е. Матюшенко – М., 2013. –18с.
9. Патент № 2756002 С1 Российская Федерация, МПК А61К 31/506, А61К 31/56, А61К 31/51. Способ лечения алопеций с сопутствующими психосоматическими расстройствами: № 2020131953: заявл. 28.09.2020: опубл. 24.09.2021 / Н. Н. Потеев, О. В. Жукова, Ю. Ю. Романова [и др.]; заявитель Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы».
10. Психосоматические расстройства в клинической практике. Под редакцией акад. РАН А. Б. Смулевича. / М.:– «МЕД-пресс-информ», 2016.– 776с.
11. Романов, Д.В. Психические расстройства в дерматологической практике (психопатология, эпидемиология, терапия): автореф. дис. докт....мед. наук.: 14.01.06 / Д. В. Романов – М., 2014.– 45с.
12. Романов, Д.В. Анксиолитики при тревожных расстройствах в

- дерматологической практике / Д.В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – №4. – С.40–45.
13. Романова, Ю.Ю. Перспективные мишени для вторичной профилактики снижения качества жизни и психосоматических расстройств при алопециях: результаты обсервационного исследования / Ю.Ю. Романова, Д.В. Романов, А.Ю. Бражников, Е.И. Воронова, А.Н. Львов, Н.Н. Потекаев // Профилактическая медицина. – 2019. – Т.22, №5. – С.104–111.
 14. Романова, Ю.Ю. Психические расстройства при алопециях (обзор литературы) / Ю.Ю. Романова, Д.В. Романов, А.Н. Львов // Психические расстройства в общей медицине. – 2017. – №1–2. – С.31–42.
 15. Смулевич, А. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / Смулевич А. // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2000. – №2. – С. 36–40.
 16. Смулевич, А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. / А.Б. Смулевич – М.: МИА, 2015. – 640с.
 17. Урюпина, Е.Л. Психэмоциональный статус у больных диффузным телогенным выпадением волос / Е.Л. Урюпина, Н.П. Малишевская // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2017. Vol.20, №5. – С.28.
 18. Abedini, H. Antidepressant effects of citalopram on treatment of alopecia areata in patients with major depressive disorder / H. Abedini, S. Farshi, A. Mirabzadeh, S. Keshavarz // Journal of Dermatological Treatment. – 2014. – Vol.25, №2. – P.153–155.
 19. Alfonso, M. The psychosocial impact of hair loss among men: A multinational European study / M. Alfonso, H. Richter-Appelt, A. Tosti, M.S. Viera, M. García // Current Medical Research and Opinion. – 2005. – Vol.21, №11. – P.1829–1836.
 20. Ali, F.M. Correlating the Dermatology Life Quality Index with psychiatric measures: A systematic review / F.M. Ali, N. Johns, S. Salek, A.Y. Finlay // Clinics in Dermatology. – 2018. – Vol.36, №6. – P.691–697.
 21. Alshamrani, H.M. Pattern of skin diseases in a university hospital in Jeddah, Saudi Arabia: age and sex distribution / H.M. Alshamrani, M.A. Alsolami, A.M. Alshehri et al. // Ann Saudi Med. 2019. Vol.39, №1. – P.22–28.
 22. Asnani, M.R. Disease Knowledge, Illness Perceptions, and Quality of Life in Adolescents With Sickle Cell Disease: Is There a Link? / M.R. Asnani, A. Barton-Gooden, M. Grindley, J. Knight-Madden // Global Pediatric Health. – 2017. – Vol.4, №7. – с 4:2333794X17739194
 23. Baghestani, S. Severity of depression and anxiety in patients with alopecia areata in Bandar Abbas, Iran / S. Baghestani, S. Zare, S.H. Seddigh // Dermatology Reports. – 2015. – Vol.7, №3. – P.36–38.
 24. Bandelow, B. World Federation of Societies of Biological Psychiatry

- (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - First revision / B. Bandelow, J. Zohar, E. Hollander et al. // *World Journal of Biological Psychiatry*. – 2008. – Vol.9, №4. – P.248–312.
25. Bandelow, B. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. / B. Bandelow, U. Seidler-Brandler, A. Becker, D. Wedckind, E. Rütger // *World J Biol Psychiatry*. – 2007. – №8(3). – P.175-187.
 26. Butler, D.C. Psychotropic medications in dermatology / D.C. Butler, J. Howard // *Semin Cutan Med Surg*. – 2013. – Vol.32, №2. – P.126-129.
 27. Cartwright, T. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia / T. Cartwright, N. Endean, A. Porter // *British Journal of Dermatology*. – 2009. – Vol.160, №5. – P.1034–1039.
 28. Christensen, S.S. Changes in illness perceptions mediated the effect of cognitive behavioural therapy in severe functional somatic syndromes / S.S. Christensen, L. Frostholm, E. Ørnbøl, A. Schröder // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2015. – Vol.78, №4. – P.363–370.
 29. Cipriani, R. Paroxetine in alopecia areata / R. Cipriani, G.I. Perini, S. Rampinelli // *International Journal of Dermatology*. – 2001. – Vol.40, №9. P.600–601.
 30. Colón, E.A. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata / E.A. Colón, M.K. Popkin, A.L. Callies, N.J. Dessert, M.K. Hordinsky // *Comprehensive Psychiatry*. – 1991. – Vol.32, №3. – P.245–251.
 31. Donker, T. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis / T. Donker, K.M. Griffiths, P. Cuijpers, H. Christensen // *BMC Med*. – 2009. – № 7. – P.79.
 32. Furue, M. Prevalence of dermatological disorders in Japan: A nationwide, cross-sectional, seasonal, multicenter, hospital-based study / M. Furue, S. Yamazaki, K. Jimbow et al. // *J Dermatol*. – 2011. – Vol.38, №4. – C.310–320.
 33. Gupta M.A. The use of psychotropic drugs in dermatology / Gupta M.A., Gupta A.K. // *Dermatol Clin*. – 2018. – Vol.36, №6. – P.765–773.
 34. Harth, W. Psychotrichologie: Haare, Haarerkrankungen und psychosomatische Aspekte / W. Harth, U. Blume-Peytavi // *JDDG - Journal of the German Society of Dermatology*. – 2013. – Vol.11, №2 – P.125–136.
 35. Harth, W. Clinical Management in Psychodermatology / W. Harth, U. Gieler, D. Kusnir, F. A. Tausk – Berlin, Heidelberg: Springer, 2009.
 36. Koo, J.Y. Alopecia Areata and Increased Prevalence of Psychiatric Disorders / J.Y. Koo, W.V. Shellow, C.P. Hallman, J.E. Edwards // *International Journal of Dermatology*. – 1994. – Vol.33, №12. – P.849–850.
 37. Kovacevic, M. Prevalence of hair shedding among women / M. Kovacevic, A. Goren, J. Shapiro et al. // *Dermatol Ther* – 2017. – Vol.30, №1. – C.e12415.

38. Lavda, A.C. A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions / A.C. Lavda, T.L. Webb, A.R. Thompson // *British Journal of Dermatology*. – 2012. – Vol.167, №5. – P.970–979.
39. Lee, M.T. Habit Reversal Therapy in Obsessive Compulsive Related Disorders: A Systematic Review of the Evidence and CONSORT Evaluation of Randomized Controlled Trials / M.T. Lee, D.N. Mpavacnda, N.A. Fineberg // *Front Behav Neurosci*. – 2019. – Vol.24, №13. – C.79.
40. Lopez-Leon, S. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis / S. Lopez-Leon, T. Wegman-Ostrosky, C. Perelman et al. // *Scientific Reports*. – 2021. – Vol.11, №1. – P.1–22.
41. Marker, I. The efficacy of incorporating motivational interviewing to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A review and meta-analysis. / I. Marker, P.J. Norton // *Clin Psychol Rev*. – 2018. – №62. – P. 1-10.
42. Medansky, R.S. Dermatopsychosomatics: classification, physiology, and therapeutic approaches. / R.S. Medansky, R.M. Handler // *J Am Acad Dermatol*. – 1981. – Vol.5, №2. – P.125-136.
43. Mercke, Y. Hair loss in psychopharmacology / Y. Mercke, H. Sheng, T. Khan, S. Lippmann // *Annals of Clinical Psychiatry*. – 2000. – Vol.12, №1. – P.35–42.
44. Mirzoyev, S.A. Lifetime incidence risk of alopecia areata estimated at 2.1% by Rochester Epidemiology Project, 1990-2009 / S.A. Mirzoyev, A.G. Schrum, M.D. Davis, R.R. Torgerson // *J Invest Dermatol*. – 2014. – Vol.134, №4. – P.1141–1142.
45. Păduraru, A.E. Implications of cognitive-behavioural therapy in changing illness representations / A.E. Păduraru, C. Soponaru // *Journal of Intercultural Management and Ethics*. – 2021. – №1. – P.27–37.
46. Picardi, A. Psychiatric morbidity in dermatological out-patients: An issue to be recognized / A. Picardi, D. Abeni, C.F. Melchi, P. Puddu, P. Pasquini // *Br J Dermatol*. – 2000. – Vol.143, №5. – P.983–991.
47. Piraccini, B.M. Androgenetic alopecia / B.M. Piraccini, A. Alessandrini // *G Ital Dermatol Venereol*. – 2014. – Vol.149, № 1. – C.15–24.
48. Romanov, D. Hair loss quality of life is influenced by anxiety and personality PS7 18th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry / D. Romanov, Y. Romanova, A. Brazhnikov, A. Lvov // *Acta dermatovenereologica*. – 2019. – Vol.99, №8. – C.740.
49. Romanova, Y. Mental disorders in patients with alopecia P24 in Ingram J. Abstracts for the British Association of Dermatologists 101st Annual Meeting, Virtual Meeting / Y. Romanova, D. Romanov, A. Lvov, A. Gadzhigoroeva, A. Brazhnikov // *Br J Dermatol*. – 2021. – № Jul.- e102
50. Romanova, Y.Y. Relationships between psychiatric conditions and different types of hair loss. Pp 49 / Y.Y. Romanova, D.V. Romanov A.N. Lvov // *Acta*

- Dermato-Venereologica/ Abstracts from the 17th Congress of European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). – 2017. – Vol.97, №7. – P.893.
51. Ruiz-Doblado, S. Alopecia areata: Psychiatric comorbidity and adjustment to illness / S. Ruiz-Doblado, A. Carrizosa, M.J. García-Hernández // *International Journal of Dermatology*. – 2003. – Vol.42, №6. – C.434–437.
 52. Russo, P.M. HrQoL in hair loss-affected patients with alopecia areata, androgenetic alopecia and telogen effluvium: the role of personality traits and psychosocial anxiety / P.M. Russo, E. Fino, C. Mancini et al. // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. – 2019. – Vol.33, №3. – P.608–611.
 53. Sampogna, F. Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological conditions / F. Sampogna, A. Picardi, M.M. Chren et al. // *Psychosomatic Medicine*. – 2004. – Vol.66, №4. – P.620–624.
 54. Sinikumpu, S.P. High Prevalence of Skin Diseases and Need for Treatment in a Middle-Aged Population . A Northern Finland Birth Cohort 1966 Study / S.P. Sinikumpu, L. Huilaja, J. Jokelainen, M. Koiranen, J. Auvinen // *PLoS One*. – 2014. – Vol.9, №6. – e99533.
 55. Tosti, A. Drug Reactions Affecting Hair: Diagnosis / A. Tosti, M. Pazzaglia // *Dermatologic Clinics*. – 2007. – Vol.25, №2. – P.223–231.
 56. Tosti, A. Drug-Induced Hair Loss and Hair Growth: Incidence, Management and Avoidance / A. Tosti, C. Misciali, B.M. Piraccini, A.M. Peluso, F. Bardazzi // *Drug Safety*. – 1994. – Vol.10, №4. – P.310–317.
 57. Wenzel, A. Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy / A. Wenzel // *Psychiatr Clin North Am*. – 2017. – Vol.40, №4. – P.97–609.
 58. Wheatley, D. Hair loss with antidepressants / D. Wheatley // *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. – 1993. – Vol.8, №6. – P.439–441.
 59. Wiener, C.H. Information support, illness perceptions, and distress in survivors of differentiated thyroid cancer / C.H. Wiener, J.E. Cassisi, D. Paulson, O. Husson, R.A. Gupta // *Journal of Health Psychology*. – 2019. – Vol.24, №9. – P.1201–1209.
 60. Williamson, D. The effect of hair loss in quality of life / D. Williamson, M. Gonzalez, A.Y. Finlay // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. – 2001. – Vol.15, №2. – P.137–139.
 61. Willemse, H. Applying the Common Sense Model to predicting quality of life in alopecia areata: The role of illness perceptions and coping strategies / H. Willemse, M. van der Doef, H. van Middendorp // *Journal of Health Psychology*. – 2019. – Vol.24, №11. – P.1461–1472.
 62. Wong, J.W. Psychopharmacological therapies in dermatology. / J.W. Wong, J.Y. Koo // *Dermatol Online J*. – 2013. – C.19(5):18169.

63. Zhuang, X.S. Quality of life in women with female pattern hair loss and the impact of topical minoxidil treatment on quality of life in these patients / X.S. Zhuang, Y.Y. Zheng, J.J. Xu, W.X. Fan // *Experimental and Therapeutic Medicine*. – 2013. – Vol.6, №2. – P.542–546.
64. Yu, N.L. Illness perception in patients with androgenetic alopecia and alopecia areata in China / N.L. Yu, H. Tan, Z.Q. Song, X.C. Yang // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2016. – Vol.86. – P.1–6.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Инструкция: Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию.

	A	Я ИСПЫТЫВАЮ НАПРЯЖЕННОСТЬ, МНЕ НЕ ПО СЕБЕ.
	3	все время
	2	часто
	1	время от времени, иногда
	0	совсем не испытываю
D		ТО, ЧТО ПРИНОСИЛО МНЕ БОЛЬШОЕ УДОВОЛЬСТВИЕ И СЕЙЧАС ВЫЗЫВАЕТ У МЕНЯ ТАКОЕ ЖЕ ЧУВСТВО
0		определенно, это так
1		наверное, это так
2		лишь в очень малой степени это так
3		это совсем не так
	A	Я ИСПЫТЫВАЮ СТРАХ, КАЖЕТСЯ, БУДТО ЧТО-ТО УЖАСНОЕ МОЖЕТ ВОТ-ВОТ СЛУЧИТЬСЯ
	3	определенно это так, и страх очень сильный
	2	да, это так, но страх не очень сильный
	1	иногда, но это меня не беспокоит
	0	совсем не испытываю
D		Я СПОСОБЕН РАССМЕЯТЬСЯ И УВИДЕТЬ В ТОМ ИЛИ ИНОМ СОБЫТИИ СМЕШНОЕ
0		определенно, это так
1		наверное это так
2		лишь в очень малой степени это так
3		совсем не способен
	A	БЕСПОКОЙНЫЕ МЫСЛИ КРУТЯТСЯ У МЕНЯ В ГОЛОВЕ
	3	Постоянно
	2	большую часть времени
	1	время от времени, и не так часто
	0	только иногда
D		Я ИСПЫТЫВАЮ БОДРОСТЬ
3		совсем не испытываю
2		очень редко
1		Иногда
0		практически все время
	A	Я ЛЕГКО МОГУ СЕСТЬ И РАССЛАБИТЬСЯ
	0	определенно, это так
	1	наверное, это так
	2	лишь изредка это так
	3	совсем не могу

D		МНЕ КАЖЕТСЯ, ЧТО Я СТАЛ ВСЕ ДЕЛАТЬ ОЧЕНЬ МЕДЛЕННО
3		практически все время
2		Часто
1		Иногда
0		совсем нет
	A	Я ИСПЫТЫВАЮ ВНУТРЕННЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ ИЛИ ДРОЖЬ
0		совсем не испытываю
1		Иногда
2		Часто
3		очень часто
D		Я НЕ СЛЕЖУ ЗА СВОЕЙ ВНЕШНОСТЬЮ
3		определенно, это так
2		я не уделяю этому столько времени сколько нужно
1		может быть, я стал меньше уделять этому внимания
0		я слежу за собой так же как и раньше
	A	Я ИСПЫТЫВАЮ НЕУСИДЧИВОСТЬ, СЛОВНО МНЕ ПОСТОЯННО НУЖНО ДВИГАТЬСЯ
3		определенно, это так
2		наверное, это так
1		лишь в некоторой степени это так
0		совсем не испытываю
D		Я СЧИТАЮ, ЧТО МОИ ДЕЛА (ЗАНЯТИЯ, УВЛЕЧЕНИЯ) МОГУТ ПРИНЕСТИ МНЕ ЧУВСТВО УДОВОЛТВОРЕНИЯ
0		точно так же как и обычно
1		да, но не в той степени как раньше
2		значительно меньше, чем обычно
3		совсем не считаю
	A	У МЕНЯ БЫВАЕТ ВНЕЗАПНОЕ ЧУВСТВО ПАНИКИ
3		действительно, очень часто
2		довольно часто
1		не так уж часто
0		совсем не бывает
D		Я МОГУ ПОЛУЧИТЬ УДОВОЛЬСТВИЕ ОТ ХОРОШЕЙ КНИГИ, РАДИО- ИЛИ ТЕЛЕПРОГРАММЫ
0		Часто
1		Иногда
2		Редко
3		очень редко