

Czynniki psychologiczne i psychopatologiczne w łysieniu plackowatym

Psychological and psychopathological factors in alopecia areata

Marta Kutty-Pachecka

Uniwersytet Wrocławski

Summary

The problems of mental disorders and psychological aspects in the condition referred to as alopecia areata in the Polish context are not well researched yet. The objective of our analyses is to present the results of the review of literature devoted to the occurrence of mental disorders and the participation of psychological factors in the aetiology of alopecia areata. Preparing the review of the research conducted hitherto and concerning the participation of psychological factors in the pathogenesis and the course of alopecia areata, it is indicated that stress, a traumatic situation, a high level of neuroticism and alexithymia, may influence the occurrence, duration and exacerbation of the condition in question. Mental disorders occurring most frequently amongst individuals suffering from alopecia areata are: depression, increased level of anxiety, generalized anxiety disorder, social phobia, post-traumatic stress disorder, and suicidal thoughts.

Słowa kluczowe: łysienie plackowate, depresja, lęk

Key words: alopecia areata, depressive disorder, anxiety

Wstęp

Łysienie plackowate (alopecia areata – AA) jest schorzeniem, które charakteryzuje się niebliznowacującą utratą włosów na skórze głowy, brwi i rzęs, w okolicach pachowych, okolicach narządów płciowych [1]. Zmiany chorobowe mogą stopniowo zajmować całą skórę głowy (alopecia totalis) lub całe ciało (alopecia universalis) [2]. Częstość jej występowania szacuje się na 0,2% w populacji generalnej [3], natomiast 2,1% wśród pacjentów ambulatoryjnych (Rochester Epidemiology Project, 1990–2009) [4]. AA może wystąpić w każdym wieku, ale często rozpoczyna się w dzieciństwie, a u około 60% pacjentów pierwsze objawy schorzenia pojawiły się przed 20. rokiem życia [5]. Badania przeprowadzone na grupie obywateli USA nie wskazują na istotne różnice w występowaniu tej choroby u kobiet i mężczyzn [6].

Współcześnie nie istnieje spójna teoria, która tłumaczyłaby przyczynę łysienia plackowatego. W etiopatogenezie AA uwzględnia się wiele czynników [7–9]. Wśród tych, które mogą mieć istotny wpływ na obraz chorobowy, wymienia się: procesy autoimmunologiczne, naczyniowe, hormonalne, genetyczne, dietę ubogą w żelazo [6], czynniki psychiczne i zaburzenia w zakresie układu nerwowego [10]. Z badań wynika, że najbardziej prawdopodobne wydaje się tło autoimmunologiczne. Keratynocyty, czyli komórki naskórka, uwalniają cytokiny: TNF- α , IL-1 β , IL-8, które aktywują komórki śródbłonna [11]. „Wokół mieszka włosowego gromadzą się limfocyty T (głównie Th1) i makrofagi, które uwalniając więcej cytokin nasilają stan zapalny. Komórki mieszkowe wykazują większą ekspansję cząsteczek adhezyjnych ICAM-1 (...) w zależności od zadziałania czynnika uszkodzającego może dojść do dystrofii z natychmiastową utratą włosów” [11, s.142].

Należy jednak pamiętać o polietiologicznym uwarunkowaniu łysienia plackowatego, co oznacza, że swoisty układ wymienionych czynników determinuje powstawanie i rozwój tej choroby.

Cel

Podjęcie problematyki łysienia plackowatego na gruncie psychologii wydaje się zasadne, gdyż alopecia areata zalicza się do grupy schorzeń dermatologicznych modyfikowanych przez czynniki psychologiczne, to znaczy takich, na których przebieg, a nawet powstawanie wpływają aspekty psychiczne [12].

Problematyka zaburzeń psychicznych i aspektów psychologicznych w chorobie łysienia plackowatego na gruncie polskim jest jeszcze słabo znana. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie wyników przeglądu literatury na temat występowania zaburzeń psychicznych i udziału czynników psychologicznych w etiologii AA oraz wskazanie na efektywne metody terapeutycznego postępowania z chorymi.

Dokonując przeglądu przeprowadzonych badań dotyczących udziału czynników psychologicznych w patogenezie i przebiegu chorób somatycznych, wskazuje się, że stres [13], wysokie natężenie neurotyzmu, hamowania społecznego [14], a także aleksytymii mogą wpływać na wywołanie, czas trwania i nasilenie choroby. Czynniki psychologiczne i psychopatologiczne mogą być analizowane jako modulatory procesów neuroendokrynologicznych, naczyniowych i immunologicznych [15]. Jednakże nie są one elementem wystarczającym do wystąpienia schorzeń dermatologicznych.

Stres i wydarzenia traumatyczne

Nadmierny stres i długoterminowe działanie bodźców stresowych, a także sposób ich interpretowania mogą wpływać na pojawienie się lub zaostrzenie zmian patologicznych w obrębie skóry. Do chorób, w etiopatogenezie których stres i sytuacje traumatyczne odgrywają ważną rolę, należą m.in. łuszczyca, łysienie plackowate, atopowe zapalenie skóry, pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy.

Jednym z czynników ryzyka łysienia plackowatego jest emocjonalny uraz związany z rzeczywistą lub symboliczną utratą, pojawiający się w sytuacji nagłego porzucenia [16].

Badania wykazują, że wśród osób z rozpoznaniem AA przed pierwszym epizodem chorobowym zaistniała sytuacja traumatyczna wiążąca się z silnym stresem psychicznym [17], jak np. śmierć bliskiej osoby, rozwód, utrata pracy itp. [18]. Levenson przytacza badania na temat współwystępowania czynników stresujących u pacjentów z łysieniem plackowatym, które dowodzą, że 66% osób z AA doświadczyło silnych stresujących wydarzeń, natomiast w grupie kontrolnej ten współczynnik wynosił jedynie 22% [1]. Podobnie w grupie pacjentów z AA wyższa była średnia liczba stresujących wydarzeń życiowych [18, 19]. Szczególnie częste u chorych były problemy rodzinne (45,6% badanych) i problemy osobiste (35,7% badanych). Chroniczny przebieg łysienia plackowatego wiąże się z ekspozycją na stres przewlekły. Pacjenci z problemami dermatologicznymi (np. łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, pokrzywka, liszaj płaski, bielactwo) częściej podkreślają niekorzystny wpływ stresujących wydarzeń życiowych na przebieg choroby. Zależności między stresem a regulacją układu funkcjonowania osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej, układu immunologicznego i hormonalnego oraz ich wpływ na stany zapalne skóry są ciągle przedmiotem badań.

Jednakże warto pamiętać, że takie zjawisko można wyjaśnić w taki sposób, iż pacjenci dermatologiczni chcą znaleźć i zrozumieć przyczynę choroby, której etiologia pozostaje niewyjaśniona, przypisują ją stresującym wydarzeniom życiowym w niedawnej przeszłości. Badania przeprowadzone za pomocą metody genogramu wskazują, że nie ma istotnej korelacji między występowaniem łysienia plackowatego a cechami rodzin dysfunkcyjnych czy traumatycznych wydarzeń w rodzinie, jednakże częściej upowszechnione są „nadużycia” i „zależność” w rodzinie z AA niż np. w rodzinach osób chorych na łuszczycę lub atopowe zapalenie skóry [18].

Temperament i osobowość

Annagura i wsp., analizując problem psychologicznych uwarunkowań łysienia plackowatego, stworzyli profil temperamentu osób z AA, zgodnie z koncepcją Cloningera, w której temperament rozumiany jest jako zestaw reakcji emocjonalnych i umiejętności, które są swoistą reakcją na bodźce zewnętrzne i uwarunkowany jest genetycznie. Autorzy badali cztery wymiary temperamentu: poszukiwanie nowości (ang. novelty seeking), rozumiane jako skłonność do aktywnego reagowania na nowe bodźce, unikanie szkody (ang. harm avoidance), czyli tendencja do hamowania działań w kontekście reakcji na bodźce negatywne, uzależnienie od nagrody (ang. reward dependence), czyli skłonność do podtrzymywania działania ze względu na pozytywne wzmocnienia, i wytrwałość (ang. persistence), rozumianą jako zdolność do podtrzymywania własnej aktywności. W modelu tym charakter ujmowany jest jako umiejętność samokierowania (ang. self-directedness), skłonność do współpracy (ang. cooperativeness), a także zdolność do autotranscendencji, czyli wykroczenia poza własną osobę (ang. self-transcendence).

Wyniki badań wskazywały, że grupa osób z rozpoznaniem łysienia plackowatego miała niższe wyniki w skali poszukiwania nowości, szczególnie zaś w podwymiarach ciekawości poznawczej, impulsywności i nieuporządkowania [5]. Osoby o niskich wynikach w podskali ciekawości poznawczej preferują to, co znane, są sżtywne

i konwencjonalne. Niskie wyniki w wymiarze impulsywności mogą wskazywać na to, że osoby o takim wskaźniku są bardziej refleksyjne, racjonalne, a także kontrolujące się i przestrzegające zasad. Natomiast niski wskaźnik uporządkowania świadczy o tym, iż osoby są zorganizowane, systematyczne i zdyscyplinowane, a także odporne na frustracje [20]. Takie osoby mogą mieć trudności z dostosowaniem się do zmian i nowości w ich życiu, co może powodować nadmierny stres.

Dowiedziano, że osoby z AA mają istotnie niższy wynik w podskali nieśmiałości w porównaniu z osobami zdrowymi. Osoby o niskich wynikach w tej podskali są otwarte, zaangażowane i aktywne.

Podobnie zresztą w skali zależność od nagrody, osoby z AA miały niższe wyniki w podskali przywiązanie i zależność w porównaniu z osobami zdrowymi. Takie wyniki mogą świadczyć o tym, iż osoby nie przywiązują się do innych, są niedostępne i wyobcowane, a także niezależne i samowystarczające.

Okazuje się, że wyniki w wymiarze zaradności u osób z AA były znacząco wyższe niż w grupie kontrolnej. Wskazuje to na to, że osoby są skuteczne, zaradne, kompetentne i pełne inicjatywy. Natomiast wyniki w skali empatii u pacjentów dermatologicznych były istotnie niższe niż w grupie kontrolnej ($p < 0,05$), co wskazuje, iż takie osoby są nieempatyczne i niewrażliwe na uczucia innych. Taki profil temperamentalny wskazuje, że osoby mogą mieć trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych i trudności w zaspokojeniu potrzeby afiliacji [5].

Autorzy, analizując profil charakterologiczny, zauważyli, że w skali zintegrowanego sumienia osoby z AA miały wyższe wyniki, co może świadczyć o tym, że są etyczne, sprawiedliwe i uczciwe. Natomiast we wszystkich wymiarach autotranscendencji, czyli kreatywnego przekraczania Ja, transpersonalnej identyfikacji, akceptacji duchowości, osoby z AA miały niższe wyniki w porównaniu z grupą kontrolną [5]. Niskie natężenie wskaźników w tych wymiarach może oznaczać, iż są to osoby konwencjonalne, bez wyobraźni, skoncentrowane na praktycznych celach i racjonalne. Nie tolerują one niejednoznaczności, niepewności i dążą do większej kontroli i samokontroli.

Badania potwierdzają, że u pacjentów z AA częściej ujawniają się negatywne emocje, tj. gniew, strach i niepokój, ale również niska samoocena [19]. Wyniki badań własnych wykazały, że osoby z łysieniem plackowatym mają wyższy poziom negatywnej emocjonalności niż osoby bez zaburzeń psychodermatologicznych [21]. Powyższe wyniki potwierdzają dane prezentowane w literaturze przedmiotu o związku pomiędzy skłonnością do przeżywania silnych negatywnych emocji, takich jak gniew, lęk, irytacja czy wrogość, a schorzeniami dermatologicznymi [22]. Negatywna emocjonalność okazuje się predyktorem wielu jednostek chorobowych, m.in. nadciśnienia tętniczego, choroby nowotworowej, cukrzycy i chorób skóry (łuszczyca, liszaj płaski). W projekcie własnym nie wykazano istotnych różnic w stopniu powstrzymywania się od wyrażania negatywnych i silnych emocji oraz dystansowania się od innych ludzi pomiędzy grupami, co wskazuje, iż hamowanie społeczne, a także osobowość typu D są słabszymi wyznacznikami choroby, jaką jest łysienie plackowate [21]. Ponadto grupa osób z łysieniem plackowatym miała wyższy wskaźnik ugodowości i sumienności w porównaniu z grupą kontrolną. Oznacza to, że osoby o dużej ugodowości, czyli łagodne, skromne, altruistyczne, prostoduszne

i uczuciowe, prawdopodobnie wykazują większą skłonność do zachorowania na łysienie plackowate.

Aleksytymia

Z badań wynika, że osoby z wysokim poziomem aleksytymii, rozumianej jako zaburzenie procesów poznawczych i afektywnych, które obejmuje trudności w identyfikowaniu i opisywaniu uczuć [23], mają podwyższone ryzyko występowania chorób dermatologicznych [24].

Osoby z wyższym natężeniem aleksytymii są bardziej narażone na wystąpienie objawów somatycznych ze względu na przedłużone pobudzenie fizjologiczne (są nadwrażliwe na bodźce) [25], podwyższone napięcie psychiczne i somatyczne, a także brak wsparcia społecznego (wynikające z niemożności opisanego swojego stanu). Zwiększona aktywność autonomicznego układu nerwowego i podwyższona odpowiedź neuroendokrynną sprzyja rozwojowi chorób somatycznych [23].

Skłonność do psychologicznego dystresu, negatywnych emocji sprzyja nie tylko chorobom somatycznym, ale także zaburzeniom afektywnym. Osoby z syndromem aleksytymii nie łączą fizjologicznych wskazówek (ból brzucha, głowy) z przeżywanymi emocjami, np. stresem lub silnymi negatywnymi emocjami – gniewem, złością [23], co może powodować błędną interpretację doznań somatycznych towarzyszących pobudzeniu emocjonalnemu, a także somatyzację i hipochondrię.

Osoby z wyższym natężeniem aleksytymii są bardziej narażone na wystąpienie łysienia plackowatego [19, 21]. Ruiz-Doblado wskazuje na związek AA z wysokim natężeniem aleksytymii, której wskaźnikami będą operacyjny sposób myślenia, ukierunkowanie na działania, pragmatyczność i trudności w wyrażaniu emocji [15].

Jakość życia

Wyniki badań potwierdzają również, że jakość życia pacjentów z AA jest obniżona. Istotne różnice uzyskano w skali problemów emocjonalnych, funkcjonowania społecznego, zdrowia ogólnego, aktywności społecznej, witalności/męczliwości [26, 27]. W większości przypadków wyniki kobiet w kwestionariuszu Oceny Jakości Życia SF-36 były znacznie niższe niż u mężczyzn, szczególnie zaś w podskali funkcjonowania fizycznego, zdrowia ogólnego i problemów emocjonalnych [26]. Wyniki takie świadczą o tym, iż pacjentki postrzegają jakość swojego życia jako gorszą ze względu na ograniczenia aktywności fizycznej z powodów zdrowotnych, problemy emocjonalne ograniczające pełnienie dotychczasowych funkcji społecznych oraz ogólną ocenę stanu zdrowia.

Uzyskano również istotne różnice w skali zdrowia ogólnego pomiędzy pacjentami niebędącymi w związkach małżeńskich a będącymi w relacji partnerskiej. Okazuje się, że osoby będące w trwałych związkach formalnych mają wyższy poziom satysfakcji. Istnieje również swoista zależność pomiędzy poziomem satysfakcji a typem łysienia plackowatego. Okazuje się, że osoby z łysieniem całkowitym mają najniższy wskaźnik satysfakcji związanej z ogólnym stanem zdrowia. Chorzy na łysienie plackowate czują

się wyalienowani i społecznie odrzuceni, bardzo często nie akceptują swojego ciała i choroby, są zmęczeni trwałym dyskomfortem związanym z przewlekłym schorzeniem dermatologicznym.

Łysienie plackowate a choroby psychiczne

Problem zaburzeń psychicznych w chorobach dermatologicznych może być rozpatrywany w dwojaki sposób. Z jednej strony można analizować choroby psychiczne jako zaburzenia pierwotne objawiające się schorzeniami skóry, a z drugiej strony jako skutek poważnej, oszpecającej choroby.

Warto w tym miejscu podkreślić, że Koo i Shellow [28], że częste występowanie długotrwałego i rozległego wyłysienia może doprowadzać do poważnych zaburzeń psychicznych spowodowanych brakiem akceptacji swojego wyglądu, a także alienacji społecznej.

Najczęściej występującymi zaburzeniami psychicznymi wśród osób chorych dermatologicznie są depresja, podwyższony poziom lęku, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne [19], fobia społeczna, zespół stresu pourazowego, dysmorfofobia [29], a także myśli samobójcze [30, 31].

Zaburzenia afektywne

Łysienie plackowate to schorzenie wyjątkowo uciążliwe, ponieważ ukrycie objawów tej choroby jest stosunkowo problematyczne. Bilikiewicz podkreśla, że choroba somatyczna, będąca sytuacją trudną dla pacjenta, staje się przyczyną objawów i dolegliwości w sferze psychicznej, począwszy od obniżenia nastroju, wzrostu poziomu lęku i bezsensowności [32]. Mimo iż AA samo w sobie nie zagraża życiu, poczucie wstydu i poczucie bycia stygmatyzowanym może przyczynić się do dyskomfortu psychicznego.

Z badań wynika, że głównym zaburzeniem psychicznym ujawniającym się w grupie chorych z AA była depresja, która występowała aż u 39% osób badanych [19]. Ryzyko jej wystąpienia wiąże się z typem choroby dermatologicznej, a także położeniem, rozległością zmian skórnych i czasem trwania choroby. Okazuje się, że łysienie plackowate, podobnie jak łuszczyca i trądzik, należy do grupy chorób związanych z największym ryzykiem wystąpienia depresji. Łysienie plackowate jako choroba przewlekła ma istotny wpływ na sferę psychosocjologiczną pacjentów. Przedłużający się czas trwania negatywnych emocji, takich jak lęk i smutek, które pojawiają się wskutek choroby, stygmatyzacji, poczucia nieakceptacji i odrzucenia przez społeczeństwo, które mogą być źródłem gorszego funkcjonowania układu immunologicznego, powoduje zaostrzenie objawów dermatologicznych. Najwyższe ryzyko wystąpienia depresji stwierdzono u pacjentów z AA poniżej 20. roku życia [19].

Niejednoznaczne wydają się wyniki badań dotyczące występowania myśli i tendencji samobójczych u osób z łysieniem plackowatym. Z jednej strony badania kanadyjskie wskazują, że generalnie w grupie pacjentów dermatologicznych, m.in. pacjentów chorych na łuszczycę [30], częściej ujawniały się myśli i tendencje samobójcze niż u osób zdrowych, z drugiej – wśród pacjentów z AA nie wykazano takich

tendencji [19]. Natomiast w badaniach Layegha stwierdzono istotną zależność między istnieniem i rodzajem myśli samobójczych a typem łysienia plackowatego. Okazało się, iż myśli samobójcze wystąpiły u 60% osób z alopecia universalis, 25% z alopecia totalis i 18% osób z łysieniem częściowym [31].

Zaburzenia osobowości

Ruiz-Doblado w badaniach na temat współwystępowania zaburzeń osobowości i łysienia plackowatego uzyskał najwyższe wyniki dla osobowości lękowej, zależnej i obsesyjno-kompulsyjnej wśród osób z AA [15]. Zgodnie ze współczesnym modelem spektrum zaburzenia, typy zaburzeń osobowości, które współwystępują najczęściej z chorobą AA, wpisuje się w spektrum zaburzeń osobowości typu C. Osoby z osobowością unikającą zazwyczaj unikają aktywności zawodowej wymagającej bliskich relacji interpersonalnych. Przyczyną takiej postawy jest obawa przed krytyką i odrzuceniem. Często też są powściągliwe i niechętnie angażują się w bliskie związki z innymi osobami, które nie dają im pewności, że są w pełni akceptowane i lubiane. W sytuacjach społecznych absorbują ich utrwalone skrypty poznawcze o treściach krytycznych i związane z poczuciem odrzucenia. Natomiast nowe sytuacje wywołują w nich poczucie niedostosowania i zakłopotania. Często postrzegają siebie jako osoby niekompetentne i nieatrakcyjne lub gorsze od innych. Jednostki z osobowością zależną mają wygórowaną potrzebę opieki, natomiast z osobowością obsesyjno-kompulsyjną przesadnie cenią porządek i ład, a także mają silną potrzebę kontroli nad sobą. Warto w tym miejscu podkreślić, że pacjenci z zaburzeniami osobowości z wiązki C zazwyczaj cierpią właśnie na przewlekły lęk i zamartwianie się o problemy realne, którymi właśnie mogą być problemy związane ze skutkami choroby dermatologicznej, czyli oszpeceniem i poczuciem odrzucenia. Wczesny początek tej choroby, przypadający zazwyczaj na okres adolescencji, może wpływać na formowanie się poznawczego schematu osobowości i aktywizację, a także przyjęcie dysfunkcyjnych depresyjnych lub lękowych skryptów poznawczych, co w przyszłości może warunkować wystąpienie depresji, zaburzeń lękowych lub zaburzeń osobowości.

Zaburzenia lękowe

Jednym z najbardziej powszechnych zaburzeń lękowych u pacjentów z łysieniem plackowatym jest uogólnione zaburzenie lękowe (Generalized Anxiety Disorder – GAD), które występuje u 39% pacjentów z AA [19]. Pacjenci z GAD najczęściej zgłaszają skargi na ciągłe poczucie podenerwowania, niepokoju i uczucie napięcia mięśni, kołatanie serca, zawroty głowy. Często wyrażany jest lęk przed chorobą lub jej nawrotem. Wystąpienie tego zaburzenia łączy się z obecnością przewlekłego stresu środowiskowego i ciągłym zamartwianiem się o warunki życia, swoje zdrowie, sprawy finansowe i akceptację społeczną, co w sytuacji przewlekłej choroby może być uzasadnione. W wywiadzie rodzinnym u pacjentów z AA stwierdza się występowanie zaburzeń lękowych u innych członków rodziny [19]. Ghanizadeh, badając 14-osobową grupę dzieci i młodzieży z AA, zdiagnozował u 35,7% pacjentów zaburzenia obsesyjno-

-kompulsywne, u 28,6% fobie specyficzne, u 7,1% lęk separacyjny, a także u 7,1% zaburzenia stresu pourazowego [33]. Okazuje się, że następstwem schorzenia dermatologicznego u dzieci mogą być objawy lęku i trudności z koncentracją uwagi [19].

Schizofrenia

Mimo iż w niektórych schorzeniach immunologicznych (np. nadczynność tarczycy, twardzina, łuszczyca, cukrzyca) generalnie częściej stwierdza się występowanie schizofrenii niż w populacji ogólnej, u pacjentów z łysieniem plackowatym zaburzenie to występuje rzadziej niż u osób zdrowych [19].

Zmienne wpływające na pozytywne lub negatywne przystosowanie do choroby

W procesie leczenia i terapii istotny jest aspekt przystosowania do choroby rozumiany jako sposób radzenia sobie z chorobą i jej bezpośrednimi konsekwencjami. Adaptacja do choroby odgrywa szczególnie ważną rolę w chorobach przewlekłych. Okazuje się, że występowanie u pacjentów zaburzenia osobowości zależnej, osobowości antyspołecznej, epizodu depresji i uogólnionego zaburzenia lękowego mogą okazać się czynnikami, które istotnie negatywnie wpływają na przystosowanie do choroby – łysienia plackowatego [15].

Podsumowanie

Łysienie plackowate jest chorobą o wieloczynnikowej etiologii. Wystąpienie choroby zależy od interakcji między czynnikami genetycznymi, procesami autoimmunologicznymi, hormonalnymi, czynnikami psychicznymi i zaburzeniami w zakresie układu nerwowego. Rola czynników psychologicznych w przebiegu AA jest szczególnie istotna. Rezultaty badań wskazują, że współwystępowanie zaburzeń psychicznych jest problemem klinicznym wielu pacjentów z łysieniem plackowatym. Natomiast doświadczenie kliniczne wskazuje, że zarówno stres, jak i psychologiczne aspekty łysienia plackowatego mają znaczący udział w powstawaniu i zaostrzeniu tej choroby. Samo leczenie objawowe w tej dermatozie może okazać się niewystarczające, zatem badania dotyczące psychologicznych aspektów łysienia plackowatego powinny być jednymi z ważniejszych działań profilaktycznych prowadzonych na terenie kraju, a także uwzględniane w samym procesie diagnozowania i leczenia, zgodnie z ujęciem holistycznym. Konieczne wydaje się podjęcie trudu poszukiwania i zrozumienia uwarunkowań łysienia plackowatego, co jest warunkiem efektywnego leczenia. W procesie leczenia i terapii łysienia plackowatego należy uwzględnić polietiologiczne uwarunkowanie tej choroby i stosować wobec pacjentów terapię kompleksową, która obejmuje, poza leczeniem dermatologicznym, także pomoc psychologiczną i psychoterapię.

Piśmiennictwo

1. Levenson J L. *Psychiatric issues in dermatology, part 2: alopecia areata, urticaria, and angio-oedema*. Prim. Psychiatry 2008; 15(9): 31–34.
2. Camacho F. *Alopecia areata: clinical features*. Dermatopathology. W: Camacho F, Montagna W. red. *Trichology: diseases of the pilosebaceous follicle*. Madrid: Aula Medica Group; 1997. s. 417–440.
3. Sellami R, Masmoudi J, Ouali U, Mnif L, Amouri M, Turki H. i wsp. *The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case control study*. Indian J. Dermatol. 2014; 59: 421.
4. Mirzoyev SA, Schrum AG, Davis MD, Torgerson RR. *Lifetime incidence risk of alopecia areata estimated at 2.1% by Rochester Epidemiology Project, 1990-2009*. J. Invest Dermatol. 2014; 134(4): 1141–1142.
5. Annagur BB, Bilgic O, Simsek KK, Guler O. *Temperament-character profiles in patients with alopecia areata*. Klin. Psikofarmakol. B. 2013; 23(4): 326–334.
6. Wang E, McElwee K. *Etiopathogenesis of alopecia areata: Why do our patients get it?* Dermatol. Ther. 2014; 24: 337–347.
7. McDonagh AJ, Messenger AG. *The aetiology and pathogenesis of alopecia areata*. J. Dermatol. Sci. 1994; 7(supl.): 125–135.
8. McDonagh AJ, Tazi-Ahnini R. *Epidemiology and genetics of alopecia areata*. Clin. Exp. Dermatol. 2002; 27(5): 405–409.
9. Kumar B, Sharma VK, Sehgal S. *Antismooth muscle and antiparietal cell antibodies in Indians with alopecia areata*. Int. J. Dermatol. 1995; 34(8): 542–545.
10. Jabłońska S, Chorzeński T. *Choroby skóry*. Wyd. IV. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1997.
11. Rzepa T, Szepietowski J, Żaba R. red. *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Wrocław: Cornetis; 2011.
12. Rymaszewska J, Dudek D. *Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych*. Gdańsk: Via Medica; 2009.
13. Basińska MA. *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego; 2009.
14. Ogińska-Bulik N. *Osobowość typu D. Teoria i Badania*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi; 2009.
15. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A. *Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness*. Int. J. Dermatol. 2003; 42: 434–437.
16. Marcelli D. *Psychopatologia wieku dziecięcego*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2013.
17. Guleg AT, Tannverdi N, Durii C, Saray Y, Akgali C. *The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life*. Int. J. Dermatol. 2004; 43: 352–356.
18. Misery L, Rousset H. *Is alopecia areata a psychosomatic disease?* Rev. Med. Interne 2001; 22(3): 274–279.
19. Ghanizadeh A, Ayoobzadehshirazi A. *A review of psychiatric disorders comorbidities in patients with alopecia areata*. Int. J. Trichology 2014; 6(1): 2–4.
20. Hornowska E. *Możliwość wykorzystania Kwestionariusza Temperamentu i Charakteru R.C. Cloningera w obszarze uzależnień od narkotyków*. Poznań: Wydawnictwo; 2003. www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=216575 [dostęp: 28.01.2015].

21. Kutu-Pachecka M. *Aleksytymia i sposób odczuwania własnego ciała u osób z rozpoznaniem łysienia plackowatego*. Fizjoterapia (przyjęty do druku), Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.
22. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa: Difin; 2010.
23. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
24. Willemsen R, Haentjens P. *Alexithymia in patients with alopecia areata: educational background much more important than traumatic events*. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2009; 23(10): 1141–1146.
25. Porcelli P, Guisi J, Sirri L, Grandi S, Grassi L, Ottolini F i wsp. *Alexithymia in the medically ill. Analysis of 1190 patients in gastroenterology, cardiology, oncology and dermatology*. Gen. Hosp. Psychiatry 2013; 35: 521–527.
26. Masmoudi J, Sellami R, Ouali U. *Quality of life in alopecia areata: a sample of Tunisian patients*. Dermatol. Res. Pract. 2013; 2013: 983804.
27. Rocha de HT, Sodr e CT, Brasil MA, Silva MR. *Quality of life in alopecia areata: a case control study*. Int. J. Trichology 2014; 6(1): 8–12.
28. Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE. *Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders*. Int. J. Dermatol. 1994; 33(12): 849–850.
29. Gupta MA, Gupta AK. *The use of antidepressant drugs in dermatology*. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2001; 15: 512–518.
30. Gupta MA, Gupta AK. *Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia, atopic dermatitis and psoriasis*. Br. J. Dermatol. 1998; 139: 846–850.
31. Layegh P, Arshadi H, Shahriari S, Pezeshkpour F, Nahidi Y. *A comparative study on the prevalence of depression and suicidal ideation in dermatology patients suffering from psoriasis, acne, alopecia areata and vitiligo*. Iran J. Dermatol. 2010; 13: 106–111.
32. Bilikiewicz A. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007.
33. Ghanizadeh A. *Comorbidity of psychiatric disorders in children and adolescents with alopecia areata in a child and adolescent psychiatry clinical sample*. Int. J. Dermatol. 2008; 47: 1118–1120.

Adres: Marta Kutu-Pachecka
Uniwersytet Wrocławski
50-205 Wrocław, ul. Cybulskiego 30

Otrzymano: 1.12.2014
Zrecenzowano: 6.01.2015
Otrzymano po poprawie: 15.01.2015
Przyjęto do druku: 20.02.2015