

Marta Kutty-Pachecka

Received: 09.02.2017

Accepted: 05.03.2017

Published: 30.06.2017

## Cognitive-behavioural psychotherapy and alopecia areata

### Psychoterapia poznawczo-behawioralna a łysienie plackowate

University of Wrocław, Wrocław, Poland

Correspondence: Marta Kutty-Pachecka, Uniwersytet Wrocławski, pl. Uniwersytecki 1, 50-137 Wrocław, Poland, e-mail: marta.kutty-pachecka@uwr.edu.pl

Uniwersytet Wrocławski, Wrocław, Polska

Adres do korespondencji: Marta Kutty-Pachecka, Uniwersytet Wrocławski, pl. Uniwersytecki 1, 50-137 Wrocław, e-mail: marta.kutty-pachecka@uwr.edu.pl

#### Abstract

Alopecia areata (also known as spot baldness) is a disease with multifactorial aetiology, including genetic, hormonal, autoimmune and psychological factors as well as nervous system disorders. This disorder belongs to the group of dermatological conditions modified by psychological factors. Clinical experience indicates that stress and psychological aspects contribute significantly to the onset and/or exacerbation of alopecia areata. Pharmacological treatment of this dermatosis is often ineffective or insufficient. Therefore, a holistic approach to the disease, including both medical and psychological aspects, is crucial. It is emphasised in the subject literature that some forms of psychotherapy and pharmacotherapy used in patients with alopecia areata improve their psychophysical condition, and, consequently, stimulate the regrowth of their hair. Research has shown that cognitive-behavioural therapy complements dermatological treatment of alopecia areata, improving the quality of life of patients. The aim of cognitive and behavioural techniques is, on the one hand, to change the maladaptive negative convictions about oneself, the world, and the disease, and, on the other hand, to acquire the ability to cope with negative emotional states and difficult situations, such as a disease. The aim of the paper is to present the results of a literature review on the efficiency of pharmacotherapy and the role of cognitive-behavioural therapy in alopecia areata.

**Keywords:** alopecia areata, cognitive-behavioural psychotherapy, depression, anxiety

#### Streszczenie

Łysienie plackowate (*alopecia areata*) jest chorobą o wieloczynnikowej etiologii, w której uwzględnia się czynniki genetyczne, hormonalne, autoimmunologiczne i psychiczne oraz zaburzenia w zakresie układu nerwowego. Schorzenie to zalicza się do grupy chorób dermatologicznych modyfikowanych przez czynniki psychologiczne. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że stres i aspekty psychologiczne mają znaczący udział w wystąpieniu i/lub zaostrzeniu łysienia plackowatego. Leczenie farmakologiczne tej dermatozy nierzadko okazuje się nieskuteczne albo niewystarczające. Istotne jest zatem holistyczne podejście do choroby, obejmujące zarówno aspekt medyczny, jak i psychologiczny. W literaturze przedmiotu podaje się, że niektóre formy psychoterapeutyczne i farmakoterapia stosowane u pacjentów z łysieniem plackowatym poprawiają ich stan psychofizyczny, a w konsekwencji wpływają także na odrost włosów. Badania wskazują, że terapia poznawczo-behawioralna to istotne uzupełnienie dermatologicznego leczenia łysienia plackowatego, przyczyniające się do poprawy jakości życia pacjentów. Celem technik poznawczych i behawioralnych jest z jednej strony zmiana nieadaptacyjnych negatywnych przekonań (zarówno na temat samego siebie czy świata, jak i choroby), a z drugiej nabycie umiejętności radzenia sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi i trudnymi sytuacjami (np. z chorobą). W pracy zaprezentowano wyniki przeglądu literatury dotyczącej efektywności farmakoterapii stosowanej w łysieniu plackowatym oraz techniki terapii poznawczo-behawioralnej, które można wykorzystać w leczeniu tej dermatozy, z uwzględnieniem istotnych problemów charakterystycznych dla pacjentów z chorobami przewlekłymi.

**Słowa kluczowe:** łysienie plackowate, psychoterapia poznawczo-behawioralna, depresja, lęk

## INTRODUCTION

**A**lopecia areata (AA) is one of the dermatological diseases modified by psychological factors, which means that the course, and even the onset of the disease are affected by psychological factors (Rymaszewska and Dudek, 2009).

### PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASPECTS OF ALOPECIA AREATA

The existing research on the contribution of psychological factors to the pathogenesis and course of somatic diseases indicates that psychological factors, especially intense and chronic stress, can affect the onset, duration and severity of the disease (Basińska, 2009). It is worth emphasising, however, that stress alone is an insufficient factor to cause the disease. The studies conducted by van der Steen *et al.* (1992) showed that stress was not a significant factor triggering the first episode of AA (Brajac *et al.*, 2003; van der Steen *et al.*, 1992). The chronic course of AA results from exposure to chronic stress. Patients with dermatological problems (psoriasis, atopic dermatitis, urtication, lichen planus, albinism) often emphasize the adverse impact of distressing life events on the course of their disease. The relationship between stress and regulation of the functioning of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis system, immunological and hormonal systems, and their influence on inflammatory conditions of the skin are still the subject of research.

Koo *et al.* (1994) emphasise that long-term and extensive alopecia can have a significant impact on the emergence of mental disorders due to the lack of acceptance of one's own appearance as well as social alienation. Prolonged experience of such negative emotions as anxiety and sadness that are evoked by the disease, stigmatisation, the sense of a lack of acceptance and rejection by society can also be the source of the patient's worsened functioning.

The most frequently encountered disorders in patients with AA include generalized anxiety disorder (GAD), depression, and social phobia (Ruiz-Doblado *et al.*, 1999).

In one of the studies, depression affected as many as 39% of patients with AA (Misery and Rousset, 2001). The risk of its occurrence is related to the type of the dermatological disease as well as the location and extension of the skin lesions, and the duration of the disease. Another disorder as common as depression was GAD, affecting also 39% of the studied patients with AA (Misery and Rousset, 2001). Trichotillomania, which is one of the impulse control disorders, featured by the inability to refrain from pulling out one's hair (Rymaszewska and Dudek, 2009), was found to frequently coexist with alopecia areata. In some cases, alopecia areata is the factor triggering trichotillomania in patients (Trüeb and Cavegn, 1996).

### TREATMENT AND THERAPY

Alopecia areata causes enormous distress both for the patient and their family. Adequate therapeutic approach

## WSTĘP

**Ł**ysienie plackowate (*alopecia areata*, AA) zalicza się do grupy schorzeń dermatologicznych modyfikowanych przez czynniki psychologiczne, czyli takich, na których przebieg, a nawet powstawanie wpływają czynniki psychiczne (Rymaszewska i Dudek, 2009).

### PSYCHOLOGICZNE I PSYCHIATRYCZNE ASPEKTY ŁYSIENIA PLACKOWATEGO

W analizach dotychczasowych badań na temat udziału czynników psychologicznych w patogenezie i przebiegu chorób somatycznych wskazuje się, iż czynniki psychologiczne – w szczególności silny długotrwały stres – mogą mieć wpływ na wywołanie, czas trwania i nasilenie choroby (Basińska, 2009), warto jednak w tym miejscu podkreślić, że stres nie jest czynnikiem wystarczającym do jej wystąpienia. W badaniach van der Steena i wsp. (1992) stres nie okazał się istotnym czynnikiem aktywizującym pierwszy epizod AA (Brajac *et al.*, 2003; van der Steen *et al.*, 1992). Chroniczny przebieg AA wiąże się z ekspozycją na stres przewlekły. Pacjenci z problemami dermatologicznymi (np. z łuszczycą, atopowym zapaleniem skóry, pokrzywką, liszajem płaskim, bielactwem) częściej podkreślają niekorzystny wpływ stresujących wydarzeń życiowych na przebieg choroby. Zależności między stresem a regulacją funkcjonowania osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej, układu immunologicznego i hormonalnego oraz ich wpływ na stany zapalne skóry są ciągle przedmiotem badań.

Koo i wsp. (1994) podkreślają, że pojawienie się długotrwałego i rozległego wyłysienia może mieć istotny wpływ na wystąpienie zaburzeń psychicznych, które wiązać się mogą z brakiem akceptacji własnego wyglądu, a także z alienacją społeczną. Doświadczanie przez długi czas negatywnych emocji, takich jak lęk i smutek z powodu choroby, jak również stygmatyzacji, poczucia braku akceptacji i odrzucenia przez społeczeństwo mogą być przyczyną gorszego funkcjonowania pacjenta.

Najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi u osób chorych na AA są uogólnione zaburzenie lękowe (*generalized anxiety disorder*, GAD), depresja i fobia społeczna (Ruiz-Doblado *et al.*, 1999).

W jednym z badań zaburzenie depresyjne występowało aż u 39% chorych z AA (Misery i Rousset, 2001). Ryzyko jego rozwoju wiąże się z typem choroby dermatologicznej, położeniem i rozległością zmian skórnych oraz czasem trwania choroby. Zaburzeniem równie powszechnym jak depresja jest GAD, które występuje u 39% pacjentów z AA (Misery i Rousset, 2001). Okazuje się, że trichotillomania, należąca do grupy zaburzeń kontroli impulsów i polegająca na niemożności powstrzymania się od wyrwania sobie włosów (Rymaszewska i Dudek, 2009), może współwystępować z AA, a w niektórych przypadkach AA jest czynnikiem wyzwalającym trichotillomanię (Trüeb i Cavegn, 1996).

and pharmacological treatment (if necessary) can decrease the level of stress. The basic form of treatment of patients with psychodermatological diseases is cognitive-behavioural therapy and pharmacotherapy (Bogaczewicz *et al.*, 2010; Rymaszewska and Dudek, 2009). Research has shown cognitive-behavioural therapy to reduce symptoms of various dermatological diseases significantly, e.g. in the case of psoriasis (Fortune *et al.*, 2002; Zachariae *et al.*, 1996) and albinism (Papadopoulos *et al.*, 1999). The main objective of therapy is to decrease the level of anxiety in patients, make it easier for them to cope with difficulties and limitations resulting from the dermatological disease, and help them adjust to the disease itself. Cognitive-behavioural psychotherapy and pharmacotherapy have been found to have a beneficial influence on the overall quality of life of the patients, their psychosocial functioning (Bogaczewicz *et al.*, 2010), and the course of AA. They have even been found to reduce or eliminate skin lesions (Cipriani *et al.*, 2001; Hordinsky and Donati, 2014; Shenefelt, 2003).

### Pharmacotherapy

Many patients with AA perceive the onset or exacerbation of the disease as a distressing event with a negative impact on their psychosocial functioning. Individuals with depression symptoms, anxiety disorders or social phobia are usually administered selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) and doxepin. In the case of diseases related to obsessive-compulsive disorder, clomipramin and proxitin are prescribed (Rymaszewska and Dudek, 2009).

Research has indicated that administration of antidepressants in AA can lead to partial hair regrowth (Tab. 1). Drugs such as imipramine, a tricyclic antidepressant, or SSRI antidepressants, e.g. paroxetine (Cipriani *et al.*, 2001) or citalopram (Ruiz-Doblado *et al.*, 1999) have been demonstrated to be effective in management of AA. Patients who received 20 mg of paroxetine once daily for 3 months had better results in "spot" hair regrowth than individuals who received placebo (Hordinsky and Donati, 2014). Similarly, studies conducted by Perini showed that a larger number of patients with AA who received 75 mg of imipramine once daily for 6 months demonstrated "spot" hair regrowth than individuals from the control group, who were administered placebo (see: Hordinsky and Donati, 2014).

## LECZENIE I TERAPIA

Łysienie plackowate jest ogromnym stresem zarówno dla osoby chorej, jak i dla jej rodziny. Adekwatne postępowanie terapeutyczne i farmakologiczne (jeśli to konieczne) może ten stres obniżyć. Podstawową formę leczenia pacjentów ze schorzeniami psychodermatologicznymi stanowią psychoterapia poznawczo-behawioralna i farmakoterapia (Bogaczewicz *et al.*, 2010; Rymaszewska i Dudek, 2009). Badania wykazują, że oddziaływania terapii poznawczo-behawioralnej istotnie redukują objawy w różnych chorobach dermatologicznych, np. w przebiegu łuszczycy (Fortune *et al.*, 2002; Zachariae *et al.*, 1996) i bielactwa (Papadopoulos *et al.*, 1999). Głównymi celami tych oddziaływań są obniżenie poziomu lęku, ułatwienie pacjentom zmagania się z trudnościami i ograniczeniami związanymi z dermatozą oraz pomoc w przystosowaniu się do choroby. Okazuje się, że psychoterapia poznawczo-behawioralna i farmakoterapia wywierają korzystny wpływ na ogólną jakość życia chorych, na ich funkcjonowanie psychospołeczne (Bogaczewicz *et al.*, 2010) i na przebieg AA, a nawet przyczyniają się do złagodzenia lub ustąpienia zmian skórnych (Cipriani *et al.*, 2001; Hordinsky i Donati, 2014; Shenefelt, 2003).

### Farmakoterapia a łysienie plackowate

Dla wielu pacjentów z AA pojawienie się lub zaostrzenie choroby jest wydarzeniem stresującym, które negatywnie wpływa na ich funkcjonowanie psychospołeczne.

U osób z nasilonymi objawami depresyjnymi, zaburzeniami lękowymi czy fobią społeczną stosuje się zazwyczaj leki przeciwdepresyjne z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI) oraz doksepinę, a w przypadku schorzeń związanych z zespołem obsesyjno-kompulsyjnym – klomipraminę i paroksetynę (Rymaszewska i Dudek, 2009).

Z badań wynika, że użycie leków przeciwdepresyjnych w AA może doprowadzić do częściowego odrostu włosów (tab. 1). Wykazano, iż takie leki, jak imipramina, trójpierscieniowy lek przeciwdepresyjny, lub leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI, np. paroksetyna (Cipriani *et al.*, 2001) i citalopram (Ruiz-Doblado *et al.*, 1999), efektywnie wpływają na proces leczenia AA. Pacjenci, którzy otrzymywali 20 mg

Pharmacotherapy Farmakoterapia	Duration (weeks) Czas (tygodnie)	Efficacy – regrowth Efekty – odrost włosów				p value Istotność	Reduction of depression and anxiety symptoms Redukcja objawów depresyjnych i lękowych	Conclusion Konkluzja
		Active group Grupa eksperymentalna		Control group Grupa kontrolna				
Imipramine 75 mg Imipramina 75 mg	24	Any regrowth Częściowy odrost	Complete regrowth Całkowity odrost	Any regrowth Częściowy odrost	Complete regrowth Całkowity odrost	p < 0.01	Improvements Znacząca poprawa	Effective Efektywne
		71%	14%	0%	0%			
Paroxetine 20 mg Paroksetyna 20 mg	12	75%	25%	20%	20%	-	Improvements Znacząca poprawa	Not effective Nieefektywne

Tab. 1. Efficacy of antidepressants in AA. Hordinsky i Donati, 2014

Tab. 1. Efektywność stosowania leków przeciwdepresyjnych w AA. Opracowanie własne na podstawie: Hordinsky i Donati, 2014

No statistically significant difference was observed, however, as regards overall hair regrowth (Hordinsky and Donati, 2014). Importantly, the studies demonstrated significant improvement and reduction of depression and anxiety symptoms in individuals with AA who received antidepressants (Cipriani *et al.*, 2001; Hordinsky and Donati, 2014).

### **Cognitive-behavioural therapy and alopecia areata**

Cognitive-behavioural therapy significantly complements dermatological treatment of AA, improving the patients' quality of life.

Firooz *et al.* (2005) conducted studies on the perception of AA by dermatological patients. They demonstrated that 77% of AA patients consider stress to be the main factor triggering the development of their disease. The authors showed that the majority of patients (58.2%) recognised the disease to have serious consequences for their life and overall functioning, with 53.8% of the patients reporting that the disease had a major impact on their self-esteem, and as many as 50.6% of AA patients describing their condition as serious. Half of the patients assumed their disease to be chronic, and expected its relapse one day despite current remission. More than 60% of the patients recognised that their behaviour could improve or aggravate their condition. Nonetheless, as many as 30.4% of the patients claimed they had little influence over their recovery process. Analogically, as many as 38% of the patients believed their recovery to depend mostly on coincidence and fate (Firooz *et al.*, 2005). The chronic nature of the disease has also influence on the experienced sense of hopelessness and bleakness.

The first phase of the therapy is conceptualisation of the problem, i.e. developing a model of the patient's mental functioning with regard to the problems they have to cope with, accompanied by a clinical diagnosis. The information acquired by the therapist during the diagnostic interview is an important source of hypotheses about the patient's problems. Depending on the kind of the mental disorder diagnosed in the patient with AA, appropriate therapeutic protocols are applied, based on cognitive and behavioural models. Thus, in the case of depression, models based on cognitive distortions are applied (Clark and Beck, 2010), models of depression connected with helplessness (Abramson *et al.*, 1978) and hopelessness (Abramson *et al.*, 1989), in the case of GAD – Wells's model (1995, see: Hjerdal *et al.*, 2013) and Borkovec's model (Borkovec and Inz, 1990), and in the case of social phobia – Clark and Wells's (1995) and Beck's model (1985). However, significant problems characteristic of patients with chronic diseases are taken into consideration in the therapeutic process.

Cognitive-behavioural therapy refers to the cognitive model, which assumes that our emotions, behaviour and physiology depend on our perception of events and their interpretation (Beck, 2012).

paroksetyny raz dziennie przez 3 miesiące, mieli lepsze wyniki pod względem punktowego odrostu włosów niż osoby, które przyjmowały placebo (Hordinsky i Donati, 2014). Podobnie badania Perini wykazały, że stosowanie przez chorych z AA imipraminy w dawce 75 mg raz dziennie przez 6 miesięcy dało znacznie wyższy odsetek punktowego odrostu włosów niż w grupie kontrolnej otrzymującej placebo (za: Hordinsky i Donati, 2014). Nie uzyskano jednak istotnej różnicy statystycznej, jeśli chodzi o całościowy odrost włosów (Hordinsky i Donati, 2014).

Ważny wydaje się fakt, że badania wykazały znaczącą poprawę oraz redukcję objawów depresyjnych i lękowych w grupie pacjentów z AA przyjmujących leki przeciwdepresyjne (Cipriani *et al.*, 2001; Hordinsky i Donati, 2014).

### **Terapia poznawczo-behawioralna a łysienie plackowate**

Terapia poznawczo-behawioralna jest istotnym uzupełnieniem dermatologicznego leczenia AA, przyczyniającym się do poprawy jakości życia chorych.

Badania Firooza i wsp. (2005) na temat percepcji łysienia plackowatego wśród pacjentów dermatologicznych wykazały, iż zdaniem 77% osób z AA stres był głównym czynnikiem rozwoju choroby. Większość badanych (58,2%) dostrzega, że choroba ma poważne konsekwencje dla ich życia i funkcjonowania, a 53,8% wskazuje, że ma ona duży wpływ na poczucie własnej wartości. Aż 50,6% pacjentów z AA uznaje swój stan za ciężki. Połowa badanych zakłada, iż choroba jest przewlekła, w związku z czym mimo wyleczenia kiedyś powróci. Ponad 60% chorych uważa, że ich zachowanie może wpływać na poprawę lub pogorszenie stanu zdrowia, jednak aż 30,4% osób sądzi, że ma niewielki wpływ na proces zdrowienia, a według 38% wyjście z choroby jest w dużej mierze zależne od przypadku i losu (Firooz *et al.*, 2005). Przewlekłość choroby wpływa również na poczucie utraty nadziei.

Pierwszym etapem terapii jest konceptualizacja problemu, czyli stworzenie modelu funkcjonowania psychicznego pacjenta z uwzględnieniem trudności, z jakimi się on zmagają, a także diagnoza kliniczna. Informacje, jakie terapeuta uzyska w czasie wywiadu diagnostycznego, stanowią istotne źródło hipotez dotyczących problemów chorego. W zależności od tego, jakie zaburzenie psychiczne zostanie zdiagnozowane u osoby z AA, stosowane są odpowiednie protokoły terapeutyczne bazujące na modelach poznawczych i behawioralnych. I tak w depresji najczęściej stosuje się modele oparte na zniekształceniach poznawczych (Clark i Beck, 2010), modele depresji związane z bezradnością (Abramson *et al.*, 1978) i brakiem nadziei (Abramson *et al.*, 1989), w GAD – model Wellsa (1995, za: Hjerdal *et al.*, 2013) czy Borkoveca i Inza (1990), a w fobii społecznej – model Clarka i Wellsa (1995) oraz Becka i wsp. (1985). Jednakże w procesie terapeutycznym uwzględnia się istotne problemy charakterystyczne dla pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Dermatological patients face challenges of adaptation to the disease, giving it a meaning, and coping with the symptoms. Convictions about the disease have a significant impact on the physical and psychosocial functioning of a person. The meaning which the patient ascribes to their disease may lead to the application of non-constructive coping strategies and defensive behaviours, which impede the treatment process, and can also affect behaviour and mood (Roesch and Weiner, 2001). When patients try to understand the meaning and sense of their disease, they develop a kind of a cognitive model of the disease. The cognitive components of the representation of the disease are defined as an individual label attributed to the disease, understanding of its reasons, assessment of its consequences for the individual's activities and functioning, perception of its course and one's health as well as the sense of control related to whether the patient has an impact on the course of their treatment and level of performance (Moss-Morris *et al.*, 2002).

To change the mental structure of the patient, we have to change their dysfunctional conviction about the disease and their own performance. The cognitive model of adjustment indicates that these are not the disease symptoms and effects of the treatment that evoke the negative emotional reaction, but the meaning that the patients ascribes to them (Moorey and Greer, 2007). Usually, the main meaning ascribed to AA is loss and disfigurement. Emotional reactions vary, depending on the interpretation of the disease and situation, e.g. anxiety – if the disease is interpreted as threat, or anger – if the disease is understood as unjustified violation of the patient's rights.

There are four stages of adjustment to a difficult situation which is a chronic disease. The first stage is a phase of shock, followed by a sense of helplessness and hopelessness, then by denial, and finally by adjustment, which is acceptance of the disease (Szymczak, 2006). Each stage involves a different perception of the threat, evoking various constellations of feelings, thoughts and behaviours. Moorey and Greer (2007) list five kinds of attitudes to stress resulting from a disease: fatalism, when the disease is interpreted as a twist of fate and the patient has a sense of a lack of control over the situation; denial is characterised by minimising the threat; a sense of helplessness and hopelessness means that patients think they have no influence over the outcome of the disease, experience a constant sense of threat and loss (such an attitude often leads to depression); active involvement, in which case the patient actively seeks information about the disease and opportunities of treatment, has a sense of control, and keenly participates in making decision about the treatment; anxious involvement, manifested by constant worry about one's health and life. Individuals with maladaptive adjustment styles have rigid cognitive schemas, which activate negative perception of the diagnosis, treatment, influence over the disease, and prognosis. The aim of cognitive and behavioural techniques is, on the one hand, changing the maladaptive negative convictions

Terapia poznawczo-behawioralna odnosi się do modelu poznawczego, który zakłada, że emocje, zachowania i fizjologia zależą od indywidualnej percepcji zdarzeń, ich interpretacji (Beck, 2012).

Pacjenci dermatologiczni stawiają czoła wyzwaniom związanym z przystosowaniem się do choroby, nadawaniem jej znaczenia i radzeniem sobie z dolegliwościami. Przekonania na temat choroby istotnie wpływają na fizyczne i psychospołeczne funkcjonowanie danej osoby. Znaczenie nadawane chorobie może prowadzić do stosowania niekonstruktwnych strategii radzenia sobie, które utrudniają proces leczenia, a także mogą wywierać wpływ na zmianę zachowania, samopoczucie (Roesch i Weiner, 2001) i poczucie wartości. Próbuąc pojąć znaczenie i sens choroby, pacjenci tworzą swoisty model poznawczy. Poznawcze składniki reprezentacji choroby należy rozumieć jako indywidualną etykietę, jaką przypisuje się chorobie, ujęcie przyczyn, które ją wywołują, ocenę jej skutków w zakresie działania i funkcjonowania jednostki, sposób spostrzegania przebiegu choroby i stanu zdrowia, jak również poczucie kontroli związane z tym, czy pacjent ma możliwość wpływu na leczenie i poziom własnego funkcjonowania (Moss-Morris *et al.*, 2002).

Aby dokonać zmian w strukturze psychicznej pacjenta, należy zmienić jego dysfunkcjonalne przekonanie na temat jego choroby i funkcjonowania. Model poznawczy przystosowania wskazuje, że to nie symptomy choroby i skutki leczenia wywołują negatywną reakcję emocjonalną, lecz znaczenie, jakie dana osoba im nadaje (Moorey i Greer, 2007). Głównymi znaczeniami przypisywanymi AA są przeważnie utrata i oszpecenie. Reakcje emocjonalne różnią się w zależności od interpretacji schorzenia i sytuacji, np. jeśli choroba jest pojmowana jako zagrożenie, występuje lęk, a jeśli jest rozumiana jako nieusprawiedliwione pogwałcenie praw pacjenta – gniew.

Istnieją cztery fazy przystosowania do sytuacji trudnej, jaką jest choroba przewlekła. Pierwsza faza to stadium szoku, później pojawia się poczucie bezradności i beznadziejności, następnie zaprzeczanie, a wreszcie przystosowanie, czyli zaakceptowanie choroby (Szymczak, 2006). Każda faza to inny sposób postrzegania zagrożenia, który przekłada się na odmienne konstelacje uczuć, myśli i zachowań. Moorey i Greer (2007) wymieniają pięć kategorii postaw w sytuacji stresu wynikającego z choroby: fatalizm – choroba jest interpretowana jako zrzędzenie losu, pacjent ma poczucie braku kontroli; zaprzeczanie, charakteryzujące się minimalizowaniem zagrożenia; poczucie bezradności i beznadziejności – chory sądzi, że nie może wpłynąć na skutki choroby, ma ciągle poczucie zagrożenia i straty (postawa ta często prowadzi do depresji); duch walki – dana osoba aktywnie poszukuje informacji na temat choroby i możliwości leczenia, ma poczucie kontroli i bierze udział w podejmowaniu decyzji co do terapii; lękowe zaabsorbowanie, przejawiające się ciągłym niepokojem o swoje zdrowie i życie. Pacjenci z dezadaptacyjnymi stylami przystosowania mają sztywne schematy, które aktywizują negatywne

about oneself, the world, and the disease, and on the other, acquiring the ability to cope with negative emotional states and difficult situations (the disease), evoking positive active involvement and a change of thoughts and behaviours that adversely affect the therapeutic process (Shenefelt, 2003).

Recognising negative automatic thoughts, i.e. thoughts directly triggered in given situations (“I will never get better,” “others are staring at me and despise me”), and negative schema, negative thoughts about the self, the world, and others (“others are critical,” “I am hopeless”), and dysfunctional assumptions that appear in response to AA, are key elements of therapeutic activities, as such a way of thinking can activate a behavioural strategy consisting in avoidance of social contacts.

In such a case, not only cognitive techniques can prove effective (e.g. verbal reattribution, a technique that tests automatic thoughts), but also behavioural experiments. If the patient thinks that other people laugh at or despise them seeing their skin lesions, then the visualisation technique is worth pursuing, by asking the patient to imagine a situation, where other people e.g. in a café are staring at them and commenting on their appearance. This experiment will result in embarrassment at first, but as the patient continues to imagine this situation, they will notice that in their imagination the people stop staring, and return to their own activities. This visualisation decreases the level of anxiety, and helps to realize that the feeling of embarrassment and self-consciousness is bearable (Bennett-Levy *et al.*, 2005). This technique would be an introduction to conduct experiments in real life situations and verify one's key convictions. Another technique could be conducting surveys among friends. Dermatological patients often apply various cognitive distortions to their thinking, e.g. catastrophizing or arbitrary reasoning. Information processing is distorted in such a way that patients focus on certain aspects of reality only, and make logical mistakes, drawing conclusions in accordance with their negative schema. These cognitive distortions determine processes of perceiving and interpreting information in accordance with them. A significant element of psychotherapy is psychoeducation about the disease. Knowledge of the disease acquired by the patient during psychoeducation allows them to accept their disease to a greater extent (Basińska, 2009). Acceptance of the disease occurs on the emotional, cognitive and behavioural levels, because the AA patient learns, on the one hand, to accept the disease's symptoms and understand the limitations induced by it, and on the other, to accept significant changes in the quality of life and their social roles. The disease cognitive representation model explains that knowledge of the disease is related to activation of healthy behaviours, necessary to begin an adequate therapy (Scott and Tacchi, 2002).

A frequent problem in dermatological patients is their fear of the dermatological procedures involved in the therapy. Therefore, the aim of therapeutic activities is to decrease the fear of e.g. the needles used in the desensitization process, or the side effects of steroids, but also to prevent negative

postrzeżenie diagnozy, leczenia, kontroli choroby i przewidywań. Celem technik poznawczych i behawioralnych jest z jednej strony zmiana nieadaptacyjnych przekonań jednostki na temat jej samej, świata i choroby, a z drugiej kształtowanie umiejętności radzenia sobie z przykrymi stanami emocjonalnymi i trudnymi sytuacjami (np. chorobą) przez wzbudzenie pozytywnego ducha walki, a także modyfikację myśli i zachowań, które niekorzystnie wpływają na proces terapii (Shenefelt, 2003).

Rozpoznanie negatywnych myśli automatycznych, czyli myśli, które aktywizują się bezpośrednio w reakcji na daną sytuację („nigdy mi się nie polepszy”, „inni gapią się na mnie i się mnie brzydzą”), jak również negatywnych kluczowych przekonań, czyli schematów poznawczych odnoszących się do innych, siebie i otaczającego świata („ludzie są krytyczni”, „jestem beznadziejny”, „świat jest nieprzewidywalny”), oraz dysfunkcyjnych założeń, jakie pojawiają się w obliczu AA, to istotny element oddziaływań terapeutycznych. Taki sposób myślenia może bowiem aktywizować strategię behawioralną polegającą na unikaniu kontaktów społecznych.

W tym przypadku efektywne mogą się okazać nie tylko techniki poznawcze, np. reatrybucja werbalna, której celem jest poszukiwanie dowodów słuszności sądu, lecz także eksperymenty behawioralne, które mają na celu weryfikację przekonań. Jeśli pacjent myśli, że inni śmieją się z niego lub czują obrzydzenie, gdy widzą zmiany skórne, to warto poprosić, aby zwizualizował sobie sytuację, w której ludzie w kawiarni przyglądają mu się i komentują wygląd jego skóry. Eksperyment początkowo wywołuje zażenowanie, lecz kiedy pacjent nadal wyobraża sobie tę sytuację, zauważa, że w pewnym momencie ludzie przestają na niego patrzeć i wracają do swoich zajęć. Wizualizacja obniża poziom lęku i pozwala uświadomić sobie, że uczucie wstydu i zażenowania jest do zniesienia (Bennett-Levy *et al.*, 2005). Taka technika byłaby wstępem do prowadzenia eksperymentów w realnych sytuacjach i weryfikowania przekonań kluczowych. Inną techniką może być sondaż wśród znajomych.

Pacjenci dermatologiczni często stosują różnego rodzaju zniekształcenia poznawcze w myśleniu, czyli popełniają takie błędy logiczne, jak katastrofizacja („zawsze tak będzie”) i arbitralne wnioskowanie („jeśli ktoś gapi się na mnie, oznacza to, że jestem nieatrakcyjny”). Przetwarzanie informacji jest zniekształcone w tym sensie, że chorzy wybiórczo koncentrują się na pewnych aspektach rzeczywistości i popełniają błędy logiczne, wyciągając wnioski zgodne z posiadanym negatywnym schematem. Te zniekształcenia poznawcze determinują procesy postrzegania oraz interpretowania informacji.

Ważnym elementem psychoterapii jest psychoedukacja na temat choroby. Wiedza dotycząca procesów chorobowych, którą pacjent uzyskuje w trakcie psychoedukacji, pozwala mu w większym stopniu zaakceptować schorzenie (Basińska, 2009). Proces ten zachodzi na poziomie emocjonalnym, poznawczym i behawioralnym, ponieważ osoba cierpiąca na AA uczy się z jednej strony akceptować symptomy choroby i rozumieć wynikające z niej ograniczenia,

behaviours, such as excessive scratching and pulling out hair. The aim of cognitive-behavioural therapy is to teach the patient how to cope with specific problems (e.g. pulling out hair, scratching), by introducing the rules of self-monitoring and limiting, as well as some more constructive ways of alleviating tension. In this way, the patient reduces harmful habits and, importantly, his attention is diverted from the symptoms.

The next step is determining which situations activate the key convictions and strengthen them, so as to introduce procedures extinguishing negative cognitive schemas and behaviours. Excessive scratching can have a specific meaning to the patient. Therefore, the therapist together with the patient have to determine what meaning the patient attributes to scratching. It can be e.g. releasing emotional tension. Then, they have to introduce more constructive behaviours, such as doing sports, meditation, yoga, etc. Similarly, during the therapy the therapist should use behavioural and exposition techniques in order to perform cognitive reconstruction, and minimise the intensity of anxiety in patients with needle phobia. The therapist together with the patient test the negative convictions one by one using behavioural techniques, in order to undermine them and develop alternative, more constructive thoughts (Shenefelt, 2003).

The research has shown that individuals with alopecia areata have a high level of alexithymia compared to the general population (Kuty-Pachecka and Stefańska, 2014; Willemsen *et al.*, 2008). As a result, teaching the patient to identify and express their emotions in a healthy and functional way can be an important aim of the therapy.

Relaxation and mindfulness techniques can also be applied in the therapy. The patient using mindfulness techniques recognizes their thoughts for just thoughts, and not him/herself (Kabat-Zinn *et al.*, 1998). Research has demonstrated the efficiency of mindfulness techniques preceded by MBSR (mindfulness-based stress reduction) training in the treatment of psoriasis (Kabat-Zinn *et al.*, 1998). Relaxation techniques are also worth implementing, e.g. the safe place technique or breathing techniques, as they gradually reduce tension in patients. It is important to apply them regularly e.g. in the mornings, and not in situations of emotional tension evoked by e.g. panic attacks, because otherwise they may turn into a defensive behaviour, consolidating the problem.

Tolerance of uncertainty can prove a significant element of the therapy, as worrying individuals develop a low threshold of tolerance of uncertainty unavoidable in AA.

## FINAL REMARKS

Alopecia areata is a disease of multifactorial aetiology. Its onset depends on interaction among genetic factors, autoimmunological and hormonal processes, mental factors and nervous system disorders. Hence, the need to treat patients with alopecia areata in a holistic way, taking into consideration both the medical and the psychological aspects of the disease.

a z drugiej akceptować zmiany w jakości życia i pełnionych rolach społecznych. Model poznawczej reprezentacji choroby wyjaśnia, że wiedza na temat schorzenia istotnie wpływa na aktywizację zachowań prozdrowotnych, niezbędnych do rozpoczęcia adekwatnej terapii (Scott i Tacchi, 2002).

Ponadto u pacjentów dermatologicznych problemem jest zazwyczaj lęk przed procedurami medycznymi stosowanymi w ramach leczenia. Celem oddziaływań terapeutycznych będzie więc zmniejszenie lęku, np. przed igłami używanymi w procesie odczulania lub skutkami ubocznymi przyjmowania sterydów, ale również zaprzestanie negatywnych zachowań, takich jak nadmierne drapanie czy wrywanie włosów. Terapia poznawczo-behawioralna ma na celu nauczenie chorego, jak może radzić sobie ze specyficznymi problemami (np. wspomnianym drapaniem się i wrywaniem włosów) poprzez wprowadzenie zasad samomonitorowania i ograniczeń, a także innych niż dotychczas, bardziej konstruktywnych metod obniżania napięcia. W ten sposób pacjent redukuje szkodliwe nawyki i, co ważne, odwraca uwagę od dolegliwości.

Następnie należy ustalić, jakie sytuacje aktywizują kluczowe przekonania i je wzmacniają – daje to możliwość wdrożenia procedur, które wygaszą negatywne schematy myślowe i zachowania. Nadmierne drapanie może mieć dla pacjenta specyficzne znaczenie. W związku z tym terapeuta wraz z chorym muszą rozpoznać cel drapania się (np. rozładowanie napięcia emocjonalnego) i zastąpić je zachowaniami bardziej konstruktywnymi (np. aktywnością sportową, medytacją, jogą). Podobnie terapeuta powinien przy użyciu technik behawioralnych i ekspozycji dokonać restrukturyzacji poznawczej i zminimalizować nasilenie lęku u osoby z fobią igły. Kolejno terapeuta wraz z pacjentem za pomocą technik behawioralnych testują negatywne przekonania, aby je podważyć i stworzyć alternatywne, bardziej konstruktywne myśli (Shenefelt, 2003).

Z badań wynika, że chorzy z AA mają wysoki poziom aleksytymii w porównaniu z populacją ogólną (Kuty-Pachecka i Stefańska, 2014; Willemsen *et al.*, 2008). Nauczenie pacjenta identyfikowania i wyrażania emocji w zdrowy i funkcjonalny sposób może zatem okazać się ważnym celem terapii.

Innymi technikami, które można zastosować, są techniki relaksacyjne, np. technika bezpiecznego miejsca, i techniki uważności. Za sprawą technik uważności uczestnik terapii uczy się koncentrować uwagę w nieoceniający sposób na obecnej chwili i dostrzega, że jego myśli są tylko myślami, a nie nim samym (Kabat-Zinn *et al.*, 1998). Badania wskazują na skuteczność technik uważności po treningu MBSR (*mindfulness-based stress reduction* – redukcja stresu oparta na uważności) w leczeniu łuszczycy (Kabat-Zinn *et al.*, 1998). Jak wspomniano wyżej, warto uwzględnić w terapii również techniki relaksacyjne, przykładowo technikę bezpiecznego miejsca czy techniki oddechowe, które sukcesywnie obniżają napięcie. Ważne, aby stosować je regularnie, np. w godzinach porannych, nie zaś w sytuacjach napięcia emocjonalnego, jakie pojawiają się np. w lęku

**Conflict of interest**

*The author does not declare any financial or personal links to other persons or organisations that could adversely affect the content of this publication or claim rights thereto.*

**References / Piśmiennictwo**

- Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB: Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychol Rev* 1989; 96: 358–372.
- Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD: Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978; 87: 49–74.
- Basińska MA: Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2009.
- Beck AT, Emery G, Greenberg RL: Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. Basic Books, Inc., New York 1985.
- Beck JS: Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M *et al.* (eds.): Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych w terapii poznawczej. Alliance Press, Gdynia 2005.
- Bogaczewicz A, Sobów T, Bogaczewicz J *et al.*: Psychoterapia poznawczo-behawioralna w psychodermatologii. *Dermatol Klin* 2010; 12: 268–271.
- Borkovec TD, Inz J: The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behav Res Ther* 1990; 28: 153–158.
- Brajac I, Tkalcic M, Dragojević DM *et al.*: Roles of stress, stress perception and trait-anxiety in the onset and course of alopecia areata. *J Dermatol* 2003; 30: 871–878.
- Cipriani R, Perini GI, Rampinelli S: Paroxetine in alopecia areata. *Int J Dermatol* 2001; 40: 600–601.
- Clark DA, Beck AT: Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends Cogn Sci* 2010; 14: 418–424.
- Clark DM, Wells A: A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA *et al.* (eds.): Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment. Guilford Press, New York 1995: 69–93.
- Firooz A, Firoozabadi MR, Ghazisaidi B *et al.*: Concepts of patients with alopecia areata about their disease. *BMC Dermatol* 2005; 5: 1.
- Fortune DG, Richards HL, Kirby B *et al.*: A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol* 2002; 146: 458–465.
- Hjemdal O, Hagen R, Nordahl HM *et al.*: Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: nature, evidence and an individual case illustration. *Cogn Behav Pract* 2013; 20: 301–313.
- Hordinsky M, Donati A: Alopecia areata: an evidence-based treatment update. *Am J Clin Dermatol* 2014; 15: 231–246.
- Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T *et al.*: Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosom Med* 1998; 60: 625–632.
- Koo JY, Shellow WV, Hallman CP *et al.*: Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994; 33: 849–850.
- Kutty-Pachecka M, Stefańska K: Aleksytymia i sposób odczuwania własnego ciała u osób z rozpoznaniem łysienia plackowatego. *Fizjoterapia* 2014; 22: 24–29.
- Misery L, Rousset H: [Is alopecia areata a psychosomatic disease?] *Rev Med Interne* 2001; 22: 274–279.

napadowym, ponieważ taka technika może zamienić się w zachowanie zabezpieczające, które utrwała problem.

Ważnym punktem terapii może być ponadto tolerancja niepewności. U osób zamartwiających się występuje bowiem niski próg tolerancji niepewności, która w AA jest nieunikniona.

**PODSUMOWANIE**

Łysienie plackowate to choroba o wieloczynnikowej etiologii. Wystąpienie AA zależy od interakcji między czynnikami genetycznymi, procesami autoimmunologicznymi i hormonalnymi, czynnikami psychicznymi oraz zaburzeniami w zakresie układu nerwowego. Warto zatem postrzegać pacjentów z AA holistycznie, uwzględniając zarówno aspekt medyczny, jak i psychologiczny.

**Konflikt interesów**

*Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

- Moore S, Greer S: Terapia poznawczo-behawioralna osób z chorobą nowotworową. Alliance Press, Gdynia 2007.
- Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ *et al.*: The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health* 2002; 17: 1–16.
- Papadopoulos L, Bor R, Legg C: Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *Br J Med Psychol* 1999; 72: 385–396.
- Roesch SC, Weiner B: A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *J Psychosom Res* 2001; 50: 205–219.
- Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, García-Hernández MJ *et al.*: Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) and alopecia areata. *Int J Dermatol* 1999; 38: 798–799.
- Rymaszewska J, Dudek D: Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych. Praktyczne wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. Via Medica, Gdańsk 2009.
- Scott J, Tacchi MJ: A pilot study of concordance therapy for individuals with bipolar disorders who are non-adherent with lithium prophylaxis. *Bipolar Disord* 2002; 4: 386–392.
- Shenefelt PD: Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: Is it all in your mind? *Dermatol Ther* 2003; 16: 114–122.
- van der Steen P, Boezeman J, Duller P *et al.*: Can alopecia areata be triggered by emotional stress? An uncontrolled evaluation of 178 patients with extensive hair loss. *Acta Derm Venereol* 1992; 72: 279–280.
- Szymczak J: Zaburzenia psychiczne chorego somatycznie. In: Borys B, Majkovic M (eds.): Psychologia w medycynie (wybrane zagadnienia). Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2006: 370.
- Trüeb RM, Cavegn B: Trichotillomania in connection with alopecia areata. *Cutis* 1996; 58: 67–70.
- Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J: Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol* 2008; 47: 903–910.
- Zachariae R, Oster H, Bjerring P *et al.*: Effects of psychologic intervention on psoriasis: a preliminary report. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 1008–1015.