

Wybrane charakterystyki psychospołeczne pacjentów z łysieniem androgenowym – badanie wstępne

Psychosocial characteristics of patients with androgenic alopecia – preliminary study

TERESA RZEPA^{1/}, PRZEMYSŁAW KUBASZEWSKI^{1/}, RYSZARD ŻABA^{2/}

^{1/} SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

^{2/} Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wprowadzenie. Jakość włosów stanowi ważny element wyglądu i wpływa na przekonanie o atrakcyjności fizycznej, co w konsekwencji oddziałuje na ogólny nastrój, samoocenę i poczucie własnej wartości.

Cel. Wstępna charakterystyka pacjentów z łysieniem androgenowym, dotycząca poziomu samooceny i wstydu przypisywanego własnej chorobie oraz funkcji pełnionych przez emocje wstydu.

Materiały i metody. Badanie przeprowadzono dwuetapowo, w latach 2013-2016. Najpierw ustalono listę 35 najbardziej wstydlivych chorób, która – z udziałem 314 osób badanych – została zawężona do 10. Drugi etap polegał na zbadaniu 39 mężczyzn z łysieniem androgenowym, którzy wypełnili autorską ankietę oraz Skalę Samooceny Rosenberga (SES).

Wyniki. Za najbardziej wstydlivą chorobę pacjenci z łysieniem androgenowym uznali AIDS (79%) oraz kiłę (78%). Za najmniej wstydlive choroby uznano grzybicę paznokci (25%) i gruźlicę (29%). Zdaniem badanych, że wyjątkowy wstyd budzą te choroby, które: 1. wywołują wstręt i niechęć do chorego; 2. dotyczą intymnych miejsc ludzkiego ciała; 3. są powiązane z płciowością, a chorzy nie przyznają się do nich; 4. łatwo się nimi zarazić. Według osób badanych, wstyd pełni funkcję sygnalizowania tego, co jest moralne, a co nie, jak również funkcję hamującą własną spontaniczność.

Wnioski. Łysienie androgenowe jest obarczone niższym poziomem wstydu, niż na to wskazują dotychczasowe badania. Poczucie wstydu, doznawane przez pacjentów z łysieniem androgenowym, jest o ok. 70% słabsze niż przeżywane przez chorych na AIDS czy na kiłę.

Słowa kluczowe: łysienie androgenowe, samoocena, wstyd

Introduction. The quality of hair is an important element of appearance and it affects the conviction about physical attractiveness, which in turn contributes the overall mood, self-assessment and self-esteem.

Aim. Preliminary characteristics of androgenic alopecia patients, concerning the level of self-assessment and shame attributed to their illness and the functions performed by the emotion of shame.

Material & Method. The study was conducted in two stages between 2013-2016. Firstly, the list of 35 most embarrassing diseases was determined, which – with the participation of 314 surveyed people – was narrowed down to ten. The second stage involved the examination of 39 androgenic alopecia men, who completed an authorial survey and the Rosenberg Self-Assessment Scale (SES).

Results. As the most shameful disease the androgenic alopecia patients recognized AIDS (79%) and syphilis (78%). As the least embarrassing disease they indicated nail mycosis (25%) and tuberculosis (29%). The respondents considered as uniquely shameful the diseases that: 1. generated disgust and aversion to the sick; 2. related to intimate places of the human body; 3. were associated with sexuality and patients did not admit them; 4. were easy to get infected with. According to the respondents the shame indicates what is moral or not and hinders own spontaneity.

Conclusion. Androgenic alopecia is burdened with a lower level of shame than is shown by previous studies. The sense of shame experienced by the androgenic alopecia patients is about 70% weaker than the one experienced by patients with AIDS or syphilis.

Key words: androgenic alopecia, self-assessment, shame

© Hygeia Public Health 2017, 52(1): 60-63

www.h-ph.pl

Nadesłano: 17.08.2016

Zakwalifikowano do druku: 15.01.2017

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Przemysław Kubaszewski

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

ul. Gen. Tadeusza Kutrzeby 10, 61-719 Poznań

tel. 663 00 71 07, e-mail: kubaszewski@gmail.com

Wprowadzenie

Od dawna ważnym elementem własnego wyglądu jest jakość włosów, obdarzana szczególną uwagą przez kobiety [1-5]. Posiadanie pięknych włosów wpływa na przekonanie o urodzie i atrakcyjności fizycznej. Jakikolwiek zaburzenia w tym zakresie, związane z nadmiernym wypadaniem włosów czy z łysieniem,

oddziałują niekorzystnie na samopoczucie i ogólny nastrój, co z kolei zaniża samoocenę i poczucie własnej wartości. Tym procesom towarzyszą tak przykre emocje, jak zakłopotanie, wstyd, lęk, niepokój i obawy przed krytyczną oceną ze strony otoczenia społecznego. W dłuższej perspektywie mogą pojawić się fobie, choroby psychosomatyczne, zaburzenia depresyjne

i obsesyjno-kompulsywne [6, 7]. Wszystkie te czynniki rzucają cień na funkcjonowanie w zawodowych i osobistych sferach życia [8-11].

Przyczyny wypadania włosów są zróżnicowane i obejmują: niewłaściwą pielęgnację, ich wrywanie (*trichotillomania*), zatrucia lekami i metalami ciężkimi, choroby zakaźne (np. kiła, grzybice, piodermie), choroby tkanki łącznej, choroby owłosionej skóry głowy (np. liszaj płaski, łuszczyca, łojotokowe zapalenie skóry) czy zaburzenia autoimmunologiczne i endokrynologiczne [9, 10, 12, 13]. U części chorych rejestrowano dziedziczne wypadanie włosów. W niektórych stanach chorobowych ważną rolę pełni kilka mechanizmów wypadania włosów, jak np. naciek zapalny, zakażenia czy urazy. Coraz częściej za przyczynę wypadania włosów i łysienia uznaje się długotrwałe oddziaływanie sytuacji stresujących [5, 7, 9, 14-16].

Łysienie można podzielić na trwałe, postępujące i odwracalne. Trwały i postępujący charakter ma łysienie typu męskiego oraz łysienie prowadzące do bliznowacenia [8, 13]. Do najczęstszych postaci wypadania włosów w praktyce dermatologicznej należy łysienie plackowate i androgenowe typu męskiego. Łysienie plackowate ma nagły początek i nieprzewidywalny przebieg. Schorzenie może przebiegać w postaci rozlanej z utratą włosów na dużym obszarze. Inną postacią jest łysienie wężykowate, zlokalizowane na obwodzie skóry głowy lub też łysienie uogólnione, z utratą włosów na głowie oraz brwi i rzęs. Niekiedy dochodzi do wypadnięcia włosów na całym ciele [10, 13].

Łysienie androgenowe typu męskiego spotykane jest często, szczególnie wśród mężczyzn w średnim i starszym wieku. Rokowanie jest niepomyślne, gdy łysienie zaczyna się w młodości. U niektórych kobiet występuje postać łysienia androgenowego typu męskiego, pomimo prawidłowego stężenia androgenów w surowicy [1]. Łysienie androgenowe rozpoczyna się najczęściej od kątów skroniowo-czołowych i szczytu głowy, a poprzedza je łojotok lub łupież tłusty [8, 13, 17].

Leczenie łysienia zależy od typu wypadania włosów i ogólnego stanu chorego. Terapia obejmuje zażywanie suplementów i witamin, stosowanie odpowiednich środków do pielęgnacji skóry i włosów oraz metod ogólnoustrojowych. Leczenie trwa zwykle bardzo długo i bywa przyczyną silnej frustracji z powodu niemożności ukrycia objawów choroby, co skutkuje doświadczaniem wstydu i wpływa na spadek samooceny. Ponadto, przeżycie wstydu powoduje spadek poczucia własnej wartości i prowadzi do spostrzegania siebie jako osoby stygmatyzowanej, nieatrakcyjnej i niepełnowartościowej [18-25].

Cel

Wobec niedostatku prac empirycznych nt. stygmatyzowanych chorób skóry [26], podjęto wstępną charakterystykę pacjentów z łysieniem androgenowym, dotyczącą poziomu samooceny i wstydu przypisywanego własnej chorobie oraz funkcji pełnionych przez emocje wstydu.

Materiały i metody

Badania przeprowadzono dwuetapowo, w latach 2013-2016. Najpierw – na podstawie porangowanego przez lekarzy zestawu kilkudziesięciu chorób – ustalono listę 35 wstydlivych chorób. Po badaniach wstępnych z udziałem 314 osób, opracowano listę 10 chorób, uznanych za najbardziej wstydlive, która następnie została oceniona przez 219 osób za pomocą skali od 1 do 10, tj. od najniższego do najwyższego poziomu wstydu [27].

Do drugiego etapu dobrano homogeniczną grupę 39 mężczyzn z łysieniem androgenowym, w wieku 19-66 lat ($M=35,8$), leczonych w prywatnym gabinecie dermatologicznym. Przed wizytą pacjenci byli indywidualnie i bezpośrednio proszeni przez lekarza o wypełnienie zestawu narzędzi badawczych. W skład zestawu wchodziła autorska ankieta złożona z 6 półotwartych zadań, opracowanych na podstawie kilkuletnich doświadczeń medycznych i psychoterapeutycznych zespołu badawczego oraz składająca się z 10 twierdzeń Skala Samooceny Rosenberga (*SES – Rosenberg Self-Assessment Scale*) [28].

Wyniki

Za najbardziej wstydlivą chorobę spośród dziesięciu wskazanych chorób, pacjenci z łysieniem androgenowym uznali AIDS, przypisując temu schorzeniu 7,9 pkt (79%). Na drugim miejscu wskazali kiłę, oceniając poziom wstydlivosti tej choroby na 7,8 pkt (78%). Kolejnymi wskazanymi chorobami były odpowiednio: wszawica łonowa 6,5 pkt (65%), opryszczka narządów płciowych 5,9 pkt (59%), chlamydia oraz opryszczka odbytu 5,8 pkt (58%), rzeżączka 5,7 pkt (57%), grzybica pochwy/prącia 5,0 pkt (50%). Za najmniej wstydlive choroby uznali grzybicę paznokci 2,5 pkt (25%) i gruźlicę 2,9 pkt (29%). Po czym, odnosząc się do AIDS, jako najbardziej wstydlivego schorzenia, ocenili poziom wstydlivosti własnej choroby średnio na 32%.

Badani pacjenci najczęściej wymieniali następujące przyczyny wysokiego poziomu wstydu przypisanego wskazanym przez siebie chorobom: 1. budzą wstręt i niechęć do osób chorych (44%); 2. dotyczą intymnych miejsc ludzkiego ciała (36%); 3. są powiązane z płciowością, a chorzy nie przyznają się do nich i łatwo się nimi zarazić (31%); 4. ich przyczyną

było naganne zachowanie (26%); 5. leczenie naraża chorego na wstyd (18%); 6. ośmieszają chorego (8%).

Badani pacjenci uznali, że wstyd pełni zarazem funkcję sygnalizowania tego, co jest moralne, a co nie, jak i funkcję hamującą własną spontaniczność (44% wskazań). Na drugim miejscu znalazły się *ex aequo* funkcje ochrony cielesności i prywatności oraz zapobiegania niemoralnym zachowaniom (po 31% wskazań). W 21% wypowiedzi przyznano emocji wstydu funkcję polegającą na ochronie przed ujawnianiem prawdy o sobie oraz w 3% wskazań funkcję pomocną w tworzeniu wizerunku siebie w oczach innych ludzi.

Ustalony poziom samooceny pacjentów z łysieniem androgenowym mieści się w przedziale przeciętnym ($28,97 \pm 3,89$; min 20, max 38) i odpowiada średniemu poziomowi tej zmiennej obliczonej dla populacji ogólnej (29,13) [28].

Dyskusja

W sytuacji niedostatku empirycznych prac nt. psychospołecznych aspektów funkcjonowania pacjentów ze stygmatyzowanymi chorobami skóry [26], każde tematyczne badanie wnosi porcję przydatnych informacji, podobnie jak prezentowane tu badanie wstępne, przeprowadzone wśród 39 mężczyzn z łysieniem androgenowym. To prawda, że własna choroba została oceniona przez badanych jako bardziej wstydliva, aniżeli gruźlica czy grzybica paznokci. Ale jednocześnie okazało się, że nie jest ona obarczona tak wysokim poziomem wstydu, jak to zwykło się podkreślać w literaturze przedmiotu [10, 14, 15, 17, 29, 30]. Można twierdzić, że wstyd doznawany przez pacjentów z łysieniem androgenowym jest o ok. 70% słabszy niż przeżywany przez chorych na AIDS czy kiłę.

Najprawdopodobniej pacjenci z łysieniem androgenowym dobrze wiedzą, że ich przypadłość nie budzi ani takiego wstrętu, ani takiej niechęci, jaką można żywić wobec osób chorych na schorzenia uznawane (również przez nich) za wyjątkowo wstydlive. Wskazując na przyczyny wstydlivosti takich chorób, jak kiła, wszawica łonowa, rzeżączka czy opryszczka narządów płciowych, badani mężczyźni z pewnością nie mieli na myśli własnej choroby. Łysienie nie dotyczy bowiem intymnych miejsc ludzkiego ciała i nie jest powiązane z seksualnością. Jego przyczyny nie tkwią w ryzykownych, nagannych zachowaniach. Łysiejące osoby nie muszą też stykać się z problemem, czy warto zaprzeczyć czy się przyznać do utraty włosów, gdyż tę zmianę widać na pierwszy „rzut oka”. Ponadto oczywiście jest to, że nikt nie zarazi się łysieniem od łysiejącej osoby, jak i to, że łysina nie budzi negatywnych emocji. Przeciwnie, od pewnego czasu moda sprzyja łysiejącym mężczyznom, głównie dzięki znanym aktorom, mu-

zykom, modelom czy biznesmenom, jak m.in. Bruce Willis, Jason Statham, Michael Stipe, Tyrese Gibson, Jeff Bezos, Marc Andressen. Dzięki nim, głowa pozbawiona włosów kojarzy się z męskością, dominacją, stanowczością, ambicją, pewnością siebie i życiowymi sukcesami. Mniej lub bardziej świadome zaliczenie się do tak znaczącego kręgu mężczyzn uruchamia mechanizm „pławienia się w odbitym blasku” [31], umożliwiając przypisywanie sobie innych (oprócz łysiny) cech posiadanych przez mężczyzn o światowej sławie. Poza tym osoby z łysieniem androgenowym mogą nawykowo uruchamiać mechanizm „porównań społecznych w dół” [32] i tym samym traktować swą przypadłość jako w pewnym sensie „lepszą” od innych chorób. Uświadomienie sobie choćby wskazanych powyżej, pozytywnych aspektów utraty włosów może wzmacniająco oddziaływać na osoby z łysieniem androgenowym. Dzięki temu mogą doświadczać wzrostu samooceny i poprawy poczucia własnej wartości.

Według badanych pacjentów, wstyd pełni przeważnie funkcję sygnalizowania tego, co jest moralne, a co nie. Warto odnotować, że taki wybór akcentuje pozytywną funkcję wstydu, na którą w badaniach najczęściej wskazują osoby zdrowe [27], co pozwalałoby zaliczyć pacjentów z łysieniem androgenowym do tej populacji. Jednakże trzeba dodać, że badani mężczyźni uznali, że wstyd pełni funkcję polegającą na hamowaniu ich spontaniczności. To wskazuje na pewną ambiwalencję, której przyczyn można się doszukiwać w osobistych doświadczeniach związanych z niekoniecznie pozytywnymi reakcjami ze strony otoczenia społecznego [1, 3, 4, 8, 17, 23, 30, 33]. Dość wspomnieć w tym miejscu o powszechności dowcipów nt. osób łysych oraz o tak niepochlebnych określeniach, jak np. „łysa pała”, „łysol”, „glaca”. Rozstrzygnięcia sygnalizowanej tu ambiwalencji dostarczyły wyniki przeprowadzonego badania, które wskazują na to, że wiedza o istnieniu stereotypów stygmatyzujących osoby z łysiną i ewentualnie hamujących ich spontaniczność, nie wywarła negatywnego wpływu na poziom ich samooceny, gdyż ten nie odbiegał od typowego dla populacji ogólnej [28].

Wnioski

1. Badanych mężczyzn z łysieniem androgenowym cechuje niestygmatyzujący, typowy dla populacji ogólnej, poziom samooceny oraz poziom wstydu przypisywany własnej chorobie.
2. Według badanych mężczyzn, wstyd pełni zarówno funkcję sygnalizowania tego, co jest moralne, a co nie, jak i hamowania własnej spontaniczności.
3. Ostrożnie można stwierdzić, że nie wszystkim spośród mężczyzn z łysieniem androgenowym potrzebna jest pomoc psychologiczna i wsparcie ze strony personelu medycznego.

Piśmiennictwo / References

1. Cash TF, Price VH, Savin RC. Psychological effects of androgenetic alopecia on women: Comparisons with balding men and with female control subjects. *J Am Acad Dermatol* 1993, 29(4): 568-575.
2. York J, Nicholson T, Minors P, Duncan DF. Stressful life events and loss of hair among adult women: A case-control study. *Psychol Rep* 1998, 82(3): 1044-1046.
3. Girman CJ, Hartmaier S, Roberts J, et al. Patient-perceived importance of negative effects of androgenetic alopecia in women. *Womens Health Gend Based Med* 1999, 8(8): 1091-1095.
4. Grimalt R. Psychological aspects of hair disease. *J Cosmet Dermatol* 2005, 4(2): 142-147.
5. Matzer F, Egger JW, Kopera D. Psychosocial stress and coping in alopecia areata: a questionnaire survey and qualitative study among 45 patients. *Acta Derm Venereol* 2011, 91(3): 318-327.
6. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, Garcia-Hernandez MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 2003, 42(6): 434-437.
7. Picardi A, Pasquini P, Cattaruyya MS, et al. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003, 44(5): 374-381.
8. Budd D, Himmelberger D, Rhodes T, et al. The effects of hair loss in European men: a survey in four countries. *Eur J Dermatol* 2000, 10(2): 122-127.
9. Hunt N, McHale S. The psychological impact of alopecia. *BMJ* 2005, 331(7522): 951-953.
10. Hunt N, McHale S. Reported experiences of persons with alopecia areata. *J Loss Trauma* 2004, 10(1): 33-50.
11. Pradhan P, D'Souza M, Bade BA, et al. Psychosocial impact of cicatricial alopecias. *Ind J Dermatol* 2011, 56(6): 684-688.
12. Kalish RS, Gilhar A. Alopecia areata: Autoimmunity – evidence is compelling. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2003, 8(2): 164-167.
13. Studnik W, Żaba R. Choroby włosów. [w:] *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Rzepa T, Szepietowski J, Żaba R (red). Cornetis, Wrocław 2011: 136-150.
14. Egle UT, Tauschke E. Die Alopezie: Ein psychosomatisches Krankheitsbild? *Psychother Med Psychol* 1987, 37: 31-35.
15. García-Hernández MJ, Ruiz-Doblado S, Rodríguez-Pichardo A, Camacho F. Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. *J Dermatol* 1999, 26(10): 625-632.
16. Willemsen R, Vanderlinden J, Roseeuw D, Haentjens P. Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2009, 60(3): 388-393.
17. Cash TF. The psychological effects of androgenetic alopecia in men. *J Am Acad Dermatol* 1992, 26(6): 926-931.
18. Kurtz E. *Wstyd i poczucie winy*. IPZiT, Warszawa 1988.
19. Lewis M. *Shame. The exposed self*. Free Press, New York 1995.
20. Kaufman G. *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. Springer, New York 1996.
21. Miller RS. *Niepewność i zakłopotanie. O pokonywaniu niechcianych uczuć*. GWP, Gdańsk 2000.
22. Tangney JP, Dearing RL. *Shame and guilt (emotions and social behavior)*. Guilford, New York 2002.
23. Goffman E. *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. GWP, Gdańsk 2005.
24. Hayes Grieco M. *Shame: It's Unhealthy, Self-Destructive & Extremely Toxic*. <http://innerself.com/content/self-help/behavior-modification/attitudes-transformed/perfectionism/7894-about-unhealthy-self-destructive-shame.html> (15.03.2015).
25. Rzepa T, Jakubowicz O, Witmanowski H, Żaba R. Disease-induced level of shame in patients with acne, psoriasis and syphilis. *Postępy Dermatol Alergol* 2013, 30(4): 233-236.
26. Miller M. *Shame and psychotherapy*. <http://www.columbiapsych.com/articles/shame-and-psychotherapy> (14.03.2015).
27. Rzepa T, Żaba R, Jakubowicz O. Rozumienie wstydu oraz ocena jego źródeł przez osoby zdrowe i pacjentów z wstydliwymi chorobami. *Opuscula Sociologica* 2013, 4: 51-62.
28. Dzwonkowska I, Lachowicz-Tabaczek K, Łaguna M. Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. *Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa 2008.
29. Williamson D, Gonzalez M, Finlay AY. The effect of hair loss on quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001, 15(2): 137-139.
30. Prickitt J, McMichael AJ, Gallagher L, et al. Helping patients cope with chronic alopecia areata. *Dermatol Nurs* 2004, 16(3): 237-241.
31. Leary M. *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*. GWP, Gdańsk 2000.
32. Aronson E, Wilson TD, Akert RM. *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Zysk i S-ka, Poznań 1997.
33. Rzepa T. Choroby skóry jako niszczące piętno. [w:] *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Rzepa T, Szepietowski J, Żaba R (red). Cornetis, Wrocław 2011: 12-21.