

Alopesi Areatada Psikolojik Faktörlerin Rolü ve Hastalığın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

A.Tülin Güleç*, Nilgün Taşkıntuna**, Çağay Duru**
Yasemin Saray*, Cenk Akçalı*

* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Özet

Alopesi areatanın (AA) patogenezinde psikolojik faktörlerin rolü çok uzun zamandır tartışılmaktadır. Bu kontrol gruplu çalışmada stres verici yaşam olayları ve diğer psikolojik faktörlerin AA'nın etiopatogenezindeki önemini belirlemek amaçlanmıştır. Hastalığın yaşam kalitesi üzerine olan etkisi de araştırılmıştır. AA tanısı alan 52 yetişkin hasta (18 kadın, 34 erkek) ile kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyetleri hasta grubu ile uyumlu, saç dökülme şikayeti bulunmayan 52 hastane personeli, ana yaşam olayları listesi, Beck depresyon ve Beck anksiyete envanterleri, ve kısa-form 36 ölçekleri (KF-36) ile değerlendirildi. Stres verici yaşam olayları, depresyon ve anksiyete total puanları göz önüne alındığında hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. KF-36'nın 8 alt ölçeğinden üç tanesinde (vitalite, sosyal fonksiyonlar, mental sağlık skorları) iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu. Çalışmamızın sonuçları AA'nın patogenezinde psikolojik faktörlerin rol oynadığı görüşünü desteklememektedir. Öte yandan, verilerimiz AA'nın yaşam kalitesini kısmen de olsa olumsuz etkilediğini göstermektedir, dolayısıyla etkili bir tedavi için, seçilmiş hastalara psikolojik yönden destek tedavisi de uygulanmasının faydalı olacağı görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Alopesi areata, yaşam olayları ölçeği, Beck depresyon envanteri, Beck anksiyete envanteri, yaşam kalitesi

Güleç AT, Taşkıntuna N, Duru Ç, Saray Y, Akçalı C. Alopesi areatada psikolojik faktörlerin rolü ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisi. TÜRKDERM 2002; 36: 178-181.

Summary

Background and design: The role of psychological factors in the pathogenesis of alopecia areata (AA) has long been a subject of debate. This case-control study was undertaken to determine the significance of stressful life events and the other psychological factors in the etiopathogenesis of AA. The impact of the disease on quality of life was also assessed.

Materials and Methods: Fifty-two adult patients (18 females, 34 males) diagnosed with AA and 52 age- and sex-matched individuals selected from hospital personal without any hair loss as a control group were evaluated with major life events scale, Beck depression and Beck anxiety inventories, and 36-item short form health survey (SF-36).

Results: There was no statistical difference between the patient and control groups regarding the total scores of the stressful life events, depression and anxiety. Of the 8 subscales of SF-36, three of them (vitality, social functioning and mental health scores) turned out to be statistically significant between the two groups.

Conclusions: Our data provides no evidence that psychological factors are involved in the pathogenesis of AA. On the other hand, our findings indicate that AA has a partly negative impact on quality of life, so we think that psychologic intervention should be useful in selected patients for an effective treatment.

Key Words: Alopecia areata, life events scale, Beck depression inventory, Beck anxiety inventory, quality of life.

Güleç AT, Taşkıntuna N, Duru Ç, Saray Y, Akçalı C. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on quality of life. TÜRKDERM 2002; 36: 178-181.

Alopesi areata (AA) en sık saçlı bölgeye yerleşen, keskin sınırlı, yuvarlak ya da oval görünümlü, hızlı bir şekilde gelişen saç dökülmesidir¹. Hastalığın etiopatogenezi henüz tam olarak aydınlatılmamıştır; genetik faktörler², immünolojik bozukluklar³, infeksiyonlar⁴ ve psikolojik-psikiyatrik rahatsızlıkların¹ patogeneizde rol oynadığı düşünülmektedir.

ran çalışmalarda çok çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Öyle ki, bu hastaların %93'ünde ciddi bir psikiyatrik hastalık bulunduğu sonucuna varan araştırmalar olduğu gibi⁵, psikolojik faktörlerin hastalığın ortaya çıkmasında ya da gelişiminde herhangi bir rolünün olmadığına ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur⁶.

AA'da psikosomatik faktörlerin rolünü araştı-

AA şiddetli formlarında kişinin estetik görünümünde ciddi bozukluk yarattığı ve tekrarlama

Alındığı Tarih: 04.04.2002 - **Kabul Tarihi:** 25.07.2002

Yazışma Adresi: Dr. Tülin Güleç, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, 12. Sok. No: 7/6
06490 Bahçelievler-Ankara, Tel: 0312 212 04 34/190-106, e-mail: tulinogulec@hotmail.com

eğilimine sahip bir hastalık olduğu için hastaların psikososyal durumunda, diğer insanlarla olan sosyal ilişkilerinde ve günlük aktivitelerinde olumsuz etkilere yol açabileceği düşünülmektedir. AA'nın yaşam kalitesi üzerine olabilecek bu etkisi üzerine bugüne kadar çok az sayıda çalışma yapılmıştır⁷.

Bu kontrol gruplu çalışmada yaşam olaylarından kaynaklanan stresin AA'nın başlaması ve/veya alevlenmesindeki rolü ve bu hastalarda depresyon ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisi de araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmaya Mart 2001 ile Ocak 2002 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı polikliniğine saç dökülmesi şikayetiyle başvuran ve klinik olarak AA tanısı alan 52 hasta (18 kadın, 34 erkek) alındı. Yaşları 18-65 arasında değişen (ort. yaş 31.5 ± 12.7) hastaların 49'una yama tarzında AA, ikisine alopesi totalis ve bir tanesine de alopesi universalis tanısı kondu. Saç kaybının şiddeti, Olsen ve ark.'larının⁸ önerdiği tüm alopesik alanların saçlı deride kapladığı toplam alanın yüzdesinin belirlenmesi metoduna göre hesaplandı. Buna göre hastalar 6 gruba ayrıldı: S0 (n=0): saç kaybı yok; S1 (n=44): saç kaybı $< \%25$; S2 (n=5): saç kaybı $\%26-50$; S3 (n=0): saç kaybı $\%51-75$; S4 (n=0): saç kaybı $\%76-99$; S5 (n=3): saç kaybı $\%100$. Hasta grubu ayrıca kendi içinde 2 gruba ayrıldı: 1. grup: AA atağını yaşadıkları ruhsal bir stresle ilgili olarak görenler; 2. grup: ruhsal bir stresle AA arasında bir ilişki tariflemeyenler.

Kontrol grubu olarak yaş, cinsiyet, eğitim derecesi (ilkokul, ortaokul, yüksekokul mezunu) ve medeni hali (bekar, evli, dul) hasta grubu ile uyumlu olan 52 sağlıklı birey (18 kadın, 34 erkek) alındı. Hastane çalışanları arasından seçilen (doktor, hemşire, personel) kontrol grubunun yaşları 18-62 arasında değişmekteydi (ort. yaş 31.9 ± 12.4).

Hasta ve kontrol grubuna 4 farklı psikolojik test verildi. Testleri nasıl yapacakları ayrıntılı bir şekilde anlatıldı ve mümkün olduğu kadar hiç boş bırakmadan doldurmaları istendi. Uygulama sakin bir ortamın sağlandığı bir odada gerçekleştirildi. Bu testler:

1. Yaşam olayları listesi (YOL): İnsan hayatında çeşitli derecelerde stres yaratabilen 106 tane ana yaşam olayını içeren bu ölçekte hastaların AA atağının başlangıcından önceki son 6 ay içinde başlarından geçen olayları işaretlemeleri istenmektedir. Her bir yaşam olayının uyum ve distres olmak üzere 2 farklı puanı vardır. Paykel'in Yaşam

Olayları⁹ listesinden Türk insanına göre adapte edilen bu ölçekte kişinin elde ettiği toplam puan ne kadar yüksek ise stres derecesi de o kadar fazla olarak yorumlanmaktadır.

2. Beck depresyon envanteri (BDE)¹⁰: 21 depresif belirti ve tutumun değerlendirildiği, her bir madde için 4 şıklı cevap seçeneği ve 1-4 arasında puanlaması olan bir ölçektir. Kişi son bir hafta içindeki kendi duygu durumunu göz önüne alarak en uygun ifadeyi işaretler. Toplam puan ne kadar yüksek ise kişinin depresyon düzeyi de o kadar yüksek demektir. BDE 1989'de Türk insanına uygun hale getirilmiştir¹¹.

3. Beck anksiyete envanteri(BAE)¹²: Kişideki anksiyete düzeyini belirlemek için kullanılan bu envanter de 21 maddeden oluşmaktadır. Kişi son bir hafta içindeki durumunu göz önüne alarak, her maddedeki belirtinin kendisini ne kadar rahatsız ettiğini, her bir madde için bulunan 0 (hiç)'dan 3 (ciddi derecede)'e kadar olan 4'lü ölçek üzerinde işaretler. Toplam puan ne kadar yüksek ise kişideki kaygı düzeyi de o kadar yüksek olarak kabul edilir.

4. Kısa form-36 (KF-36)¹³: KF-36 yaşam kalitesini ölçmede en yaygın kullanılan ölçeklerden biridir. Bu form bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel nedenlere bağlı), mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ölçek sonunda 0-100 arasında puan elde edilmektedir. 100 puan iyi sağlık durumunu gösterirken, 0 puan kötü sağlık durumunu göstermektedir. KF-36'nın Türkiye'de kullanımı için adaptasyon çalışmasını Koçyiğit ve ark.'ları¹⁴ yapmıştır.

Hasta ve kontrol grubunun değerleri MANOVA ve korelasyon analizi testleriyle istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular

Hasta ve kontrol grubunun sonuçları Tablo I'de özetlenmiştir. Hasta ve kontrol grubunun YOL uyum ve distres toplam puanı, ve yaşam olayları sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Birinci hasta grubunun (7.2 ± 3.8) toplam yaşam olayları sayısı ile 2. hasta grubunun (4.3 ± 3.8) arasında anlamlı derecede fark bulundu ($p=0.033$). Her 2 hasta grubunun YOL uyum ve distres toplam puanları arasındaki fark belirgin olmasına rağmen bu değerler istatistiksel anlamlılığa ulaşamadığı görüldü.

Her iki grubun total depresyon ve total anksiyete değerleri MANOVA testi ile istatistiksel olarak karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.

KF-36'nın 8 alt ölçeğinden 3 tanesinde hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu. Vitalite yani enerji ve canlılık hali kontrol grubunda (59.71 ± 18.48), hasta grubuna (51.35 ± 20.68) göre anlamlı derecede daha yüksek olarak saptandı ($p < 0.05$). Mental sağlık durumunun da kontrol grubunda (67.23 ± 17.55) hasta grubuna (55.69 ± 17.85) kıyasla belirgin derecede daha iyi düzeyde olduğu görüldü ($p < 0.01$). Sosyal fonksiyon alt ölçeği de her 2 grup arasında anlamlı derecede farklı bulundu. Hasta grubunun (71.83 ± 24.47) sosyal fonksiyon durumu kontrol grubuna (55.48 ± 20.31) göre daha iyi olarak saptandı ($p < 0.001$).

Korelasyon analizleri sonunda hasta grubu sonuçlarının yaş, cinsiyet, alopesi tipi ve alopesi şiddetinden etkilenmediği görüldü.

Tartışma

AA dermatolojide etiolojisi tam olarak aydınlatılamamış ve patogenezinde psikosomatik faktörlerin de rolü olduğu düşünülen hastalıklardan biridir. AA tanısı ile izlenen hastalarda psikosomatik faktörlerin rolü uzun süredir araştırılmaktaysa da henüz bu konuda bir fikir birliği sağlanamamıştır¹.

Stresli yaşam olaylarının AA atağının başlamasında etkili olup olmaması da bir çok araştırmaya konu olmuştur. Yüzondört hasta üzerinde yapılan bir çalışmada mental şok ya da akut anksiyetenin hastalığı başlatan en sık neden olduğu gösterilmiştir¹⁵. Bir başka araştırmada ise AA hastalarının %30'unda hastalığı emosyonel bir stresin tetiklediği sonucuna ulaşılmıştır¹⁶. Kontrol grubunu androjenetik alopesili ve yüzeysel mantar hastalığı olan hastaların oluşturduğu bir diğer çalışmada ise AA'li hastaların kontrol grubuna

göre son 6 ay içinde daha fazla stres verici yaşam olayı yaşadıkları rapor edilmiştir¹⁷. Öte yandan, Mc Alpine⁸ 125 hasta içeren çalışmasında sadece %4.8 oranında emosyonel ya da mental bir travma öyküsü saptamış ve stresin AA atağını başlatıcı bir faktör olmadığını savunmuştur. Yakın zamanda yapılan 2 farklı çalışma da bu görüşü desteklemiştir^{18,19}. Biz de çalışmamızda AA'li hastalar ve kontrol grubu arasında yaşam olaylarının toplam sayısı ve neden olduğu stres açısından bir fark saptamadık. Öte yandan öyküsünde AA atağını stresli bir yaşam olayına bağlayan (1. hasta grubu) ve bağlamayan (2. hasta grubu) hastalar karşılaştırıldığında, 1. grubun toplam yaşam olayları sayısının daha fazla olduğu görüldü. Yine 1. grupta yaşam olaylarının toplam stres puanı, 2. gruba göre istatistiksel anlamlılığa yaklaşacak kadar daha yüksek bulundu. Hastalığını stresli bir olaya bağlayan 1. gruptaki hastaların son 6 ay içinde yaşadıkları olayların üzerinde daha fazla durarak, belki de hastalıklarına bir neden arama çabası ile daha fazla sayıda yaşam olayı rapor etmiş olabilecekleri düşünüldü.

AA'li hastalar depresyon ve anksiyete bozukları açısından da araştırılmıştır. Otuz bir hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %39'unda majör depresyon ve %39'unda da jeneralize anksiyete bozukluğu saptanmıştır²⁰. Çalıkoğlu ve Alpay'ın⁷ psikosomatik kökenli olduğu düşünülen bir grup dermatolojik hastalık üzerine yaptıkları çalışmada, 12 AA hastasında BDE ve durumluluk-sürekli kaygı envanteri sonuçları değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda da hasta ve kontrol grupları arasında anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında fark saptanmadı. Hastalar içinde oluşturulan 1 ve 2. gruplar arasında da anlamlı bir fark gözlenmedi.

Genel sağlığa özgü testlerden olan ve tüm dünyada çok yaygın kullanılan KF-36'nın sonuçları değerlendirildiğinde

Tablo I. Hasta ve kontrol grubunun Beck depresyon, Beck anksiyete ve Kısa form-36 sonuçları

	Hasta grubu ortalama \pm SD	Kontrol grubu ortalama \pm SD	F değeri
Anksiyete	9.29 \pm 9.3	7.40 \pm 6.51	1.431
Depresyon	11.52 \pm 9.1	9.17 \pm 6.85	2.206
Fiziksel fonksiyonlar	90.19 \pm 17.15	88.85 \pm 16.62	0.165
Ağrı	76.31 \pm 22.85	77.23 \pm 20.61	0.047
Vitalite	51.35 \pm 20.68	59.71 \pm 18.48	4.731*
Sosyal fonksiyonlar	71.83 \pm 24.47	55.48 \pm 20.31	13.739**
Mental sağlık	55.69 \pm 17.85	67.23 \pm 17.55	11.046***
Genel sağlık algılaması	65.04 \pm 19.99	68.14 \pm 18.21	0.682
Fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlanması	83.17 \pm 29.59	78.37 \pm 32.1	0.631
Kişisel ya da emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlanması	59.83 \pm 42.22	76.96 \pm 51.76	3.422
* p<.05 ** p<.001 *** <.01			

AA'lı hastaların yaşam kalitelerinin kısmen de olsa vitalite ve mental sağlık açısından kontrol grubuna göre bozulduğu saptandı. Öte yandan, ilginç olarak hasta grubunun sosyal fonksiyonlarının kontrol grubuna göre daha iyi olduğu görüldü. Bu durumun hastaların %94'ünde alopesi şiddetinin düşük olması ve dolayısıyla hastalığın kişinin dış görünümünde ciddi bir bozukluğa neden olmamasına bağlı olabileceği düşünüldü. Bir diğer faktör olarak da tamamı hastane personelinden seçilen kontrol grubunun yoğun çalışma koşullarına bağlı olarak sosyal aktivitelerinin kısıtlanmış olma olasılığı aklı geldi. Meslek açısından da hasta grubu ile uyumlu olan bir kontrol grubunun seçilmesi ve de genel sağlık testlerinin yanı sıra sadece dermatolojik hastalıklara özgü yaşam kalitesi testlerinin de uygulanmasının daha sağlıklı sonuçlara ulaşmamıza yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızın sonuçları AA'nın patogeneğinde gerek stresli yaşam olaylarının gerekse de depresyon ve anksiyete olmak üzere psikolojik faktörlerin rol oynadığı görüşünü desteklemektedir. Öte yandan, verilerimiz AA'nın yaşam kalitesini kısmen de olsa olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir, dolayısıyla etkili bir tedavi için, seçilmiş hastalara tıbbi tedavinin yanı sıra psikolojik yönden de destek tedavisi uygulanmasının faydalı olacağı görüşündeyiz.

Kaynaklar

- Garcia-Hernandez MJ, Ruiz-Doblado S, Rodriguez-Pichardo A, Camacho F: Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. *J Dermatol* 1999; 26: 625-632.
- Price VH, Colombo BW: Heritable factors distinguish two types of alopecia areata. *Dermatol Clin* 1993; 14: 679-689.
- Shapiro J: Alopecia areata. *Dermatol Clin* 1993; 11: 35-42.
- Skinner RB, Light WH, Bale GF, Rosenberg EW: Alopecia areata and presence of cytomegalovirus DNA. *JAMA* 1995; 273: 1419-1420.
- Greenberg SI: Alopecia areata: a psychiatric survey. *Arch Dermatol* 1995; 72: 454-457.
- Mac Alpine I: Is alopecia areata psychosomatic ? a psychiatric study. *Br J Dermatol* 1958; 70: 117-131.
- Çalikoğlu E, Alpay FB: Pruri universalis, alopesi areata, psoriasis vulgaris ve kronik ürtikerde Beck depresyon ve durumluk ve süreklilik kaygı envanterlerinin değerlendirilmesi. *T Klin Dermatoloji* 2000; 10: 229-232.
- Olsen E, Hordinsky M, McDonald-Hull S, Price V, Roberts J, Shapiro J, Stenn K: Alopecia areata investigational assessment guidelines. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 242-248.
- Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rassaby ES: Life events and social support in puerperal depression. *Br J Med Psychol* 1980; 136: 339-346.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
- Hisli N: Validity and reliability of Beck depression inventory in university students. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: 3-13.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA: An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-897.
- Ware JE, Sherbourne CD: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30:473-83.
- Koçyiğit H, Aydemir O, Fişek G, Olmez N, Memiş A: Validity and reliability of Turkish version of SF-36. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102-106.
- Anderson I: Alopecia areata: a clinical study. *Br Med J* 1950; 2: 1250-1252.
- Reinhold M: Relationship of stress to the development of symptoms in alopecia areata and chronic urticaria. *Br Med J* 1960; 1: 846-849.
- Perini GI, Fornasa CV, Cipriani R, Bettin A, Zecchino F, Peserico A: Life events and alopecia areata. *Psychother Psychosom* 1984; 41: 48-52.
- Gupta MA, Gupta AK, Wateel GN: Stress and alopecia areata: a psychodermatologic study. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1997; 77: 296-298.
- Van Der Steen P, Boezeman J, Duller P, Happle R: Can alopecia areata be triggered by emotional stress ? *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1992; 72: 279-280.
- Colon EA, Popkin MK, Callies AL, Dessert NJ, Hordinsky MK: Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Comprehensive Psychiatry* 1991; 32: 245-251.