

Alopesi areata tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliği, psikopatoloji ve yaşam kalitesi

Family functioning, psychopathology and quality of life in children and adolescents with alopecia areata

Ayşe KUTLU¹, Selcen KUNDAK²

¹İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir
²İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İzmir

ÖZ

Amaç: Alopesi areata (AA) tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliği, psikopatoloji ve yaşam kalitesini belirlemek sosyodemografik ve hastalık ile ilgili değişkenlerle ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: İki-18 yaş arasındaki 45 hasta retrospektif olarak incelendi. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Çocuklar ve Gençler İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ), Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ile Sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. İstatistiksel analizde SPSS 18.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortalaması 9.22±3.79 yıldır ve %55.6'sı kadındır. Tüm olgu grubunda ADÖ gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt ölçeklerinde sorun olduğu belirlenmiştir (>2). Olguların %42.2'si en az bir psikiyatrik tanı almıştır. Psikiyatrik komorbidite varlığı; depresyon, ADÖ genel işlevler, Ebeveyn yaşam kalitesi psikososyal sağlık, çocuk yaşam kalitesinde de tüm alanlarda bozulmaya neden olmuştur. Olguların %51.1'inde psikososyal tetikleyici olay tespit edilmiştir. Ama tetikleyici olay saptanmayan olgularda ÇDÖ ve ÇYKÖ tüm alanlarda anlamlı düzeyde bozulmuştur (p<0.05). Lezyon yaygınlığı yalnızca, atak sayısı ve hastalık süresi ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: AA hastalarında aile işlevselliği gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alanlarında bozuktur. Psikososyal tetikleyici olaylar AA'da sık olmasına rağmen psikopatoloji, yaşam kalitesi ve aile işlevselliği ile ilişkili olmayabilir. Psikiyatrik komorbidite yaşam kalitesini en fazla bozan faktör olmuştur.

Anahtar kelimeler: Alopesi areata, aile işlevselliği, yaşam kalitesi, psikopatoloji, çocuk ve ergen

ABSTRACT

Objective: To examine family functioning, psychopathology, quality of life in children and adolescents diagnosed with alopecia areata (AA), and to investigate the relationship between sociodemographic and disease-related variables.

Method: 45 patients from 2 to 18 years of age were examined retrospectively. The Family Assessment Device (FAD), the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), the Children Depression Inventory (CDI) and the sociodemographic data sheet were used. Statistical analyses were performed using SPSS 18.0 software.

Results: Of the subjects assessed, the mean age was 9.22±3.79 and 55.6% were female. The FAD affective involvement and behaviour control subscales demonstrated impairment in the entire case group (>2). 42.2% of the cases received at least one psychiatric diagnosis. Presence of psychiatric comorbidity caused impairment in all the subscales of depression, FAD general functioning, parental quality of life psychosocial health, and pediatric quality of life. A psychosocial trigger incident was detected in 51.1% of the cases. In cases, however, where no trigger incident was detected, CDI and PedsQL showed significant impairment in all the subscales (p<0.05). Lesion intensity was found positively associated only with the number of attacks and duration of the disease.

Conclusion: Family functioning in AA patients is impaired in the subscales of affective involvement and behaviour control. Although psychosocial trigger incidents are common in AA, they may not be associated with psychopathology, quality of life and family functioning. Psychiatric comorbidity emerged as the factor which impaired the quality of life most.

Keywords: Alopecia areata, family functioning, quality of life, psychopathology, child and adolescent

Alındığı tarih: 13.07.2016

Kabul tarihi: 21.07.2016

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Ayşe Kutlu, İsmet Kaptan Mah. Sezer Doğan Sok. No: 11 Polk. Binası Psikiyatri 1 Polk. Alsancak, 35220 Konak / İzmir
e-mail: kutlu.ayse@yahoo.com

GİRİŞ

Alopesi Areata (AA) ani başlangıçlı, skarsız saç veya kıl kaybı ile giden ciddi kozmetik sorunlara yol açabilen kronik tekrarlayıcı bir cilt hastalığıdır. Dermatoloji pratiğinde karşılaşılan tüm dermatozların %0,7 ile %3,8'ini oluşturur. Yaşam boyu ortaya çıkabilme riskinin %1,7-%2 olduğu tahmin edilmektedir ^(1,2). Her yaş grubunda görülebilen, olguların %20'si çocuktur. On beş yaşından küçük ilk atak olguların %50'sinde puberte ile birlikte başlamaktadır ⁽³⁾. Beden imajı ve kozmetik kaygıların arttığı, akran kabulünün önemli olduğu bu dönemde AA önem kazanır ve psikiyatrik sorunlara yol açabilir ⁽⁴⁾. AA hastalarında yaşam boyu psikiyatrik komorbidite %60.4 olarak bildirilmiştir ⁽⁵⁾. Patofizyolojisi hala tam olarak anlaşılabilmiş değildir. Genetik yatkınlık ⁽⁶⁾, immünolojik süreçler ⁽⁷⁾ yanı sıra enfeksiyon veya psikolojik faktörler gibi çevresel tetikleyicilerle de ilgili olduğu tahmin edilmektedir ⁽⁸⁻¹⁰⁾. Psikiyatrik sorunlar ile AA arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda; başlangıç yaşı, hastalık ciddiyeti, psikososyal stresörlerin tetikleyici rolü gibi etkenlere ilişkin sonuçlar çelişkilidir ve genelde tüm yaş gruplarını kapsayan veya erişkin yaş grubuna odaklanan çalışmalardır ^(9,11,12). Erken başlangıç yaşı, uzun hastalık süresi, aile öyküsü, tırnak tutulumu, totalis ve universalis olması ve diğer otoimmün hastalıkların varlığı kötü prognostik göstergelerdir. Çocukluk çağında üç olgudan birinde iyileşme ilk 6 ayda olur ve erken tedavi kronikleşmesini engeller. Stres hastalığın nedeni olabileceği gibi, tedavisiz kalma ve kronikleşme de stresi artırır ⁽¹⁾.

Çocuk ve ergen yaş grubuna özgü yazın verisi oldukça kısıtlıdır. Dünyada ve ülkemizde AA hasta grubunda yaşam kalitesini ⁽¹³⁾ ve/veya aile işlevselliğini ⁽⁹⁾ irdeleyen çalışmalar ise yok denecek kadar azdır. AA tanılı olguların psikolojik durumlarını inceleyen 34 çalışmanın yer aldığı bir gözden geçirme yazısında, bu alandaki sistematik çalışmaların azlığına ve psikolojik tedavinin AA üzerine etkisini randomize kontrollü olarak inceleyen çalışma yokluğuna vurgu yapılmıştır ⁽¹⁴⁾.

Bu çalışmanın amacı, alopesi areata tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliği, psikopatoloji ve yaşam kalitesini belirlemek, bunların sosyodemografik ve hastalık ile ilgili değişkenlerle ilişkisini araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma grubu

İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH'de 01.01.2013-01.06.2016 tarihleri arasında Dermatoloji polikliniğinde yapılan muayene sonucunda ICD-10 tanı kriterlerine göre AA tanısı alan 2-18 yaş aralığındaki olguların hastane kayıtları taranmıştır. Hastanemizde AA tanısı alan çocukların etiyojisine yönelik yapılan rutin tetkik ve konsültasyon incelemeleri kapsamında her çocuk; diş, göz, kulak burun boğaz, endokrin, solunum yolları muayeneleri tamamlanıp organik etiyojik bir neden ekarte edildikten sonra çocuk psikiyatistine yönlendirilir. Bu şekilde başvuran hastalara yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ve gerekli görülen olgularda psikometrik testler de uygulanmıştır. Bu hastalardan mental retardasyon/gelişimsel gerilik, şizofreni, bipolar bozukluk, otistik spektrum bozukluğu, kronik tıbbi hastalık tanısı almış olanlar (otoimmün, inflammatuar, endokrinolojik, nörolojik, kardiyak vb) çalışmaya dahil edilmemiştir. Retrospektif olarak dosyaları incelenen hastalardan çalışmaya uygun olan 45 çocuk ve ergen çalışma örneklemini oluşturmuştur. Araştırma için İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH Etik Kurul'dan onay alınmıştır (Karar No: 2016/10-09).

Veri toplama araçları

- Sosyodemografi formu:** Araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik ve hastalık ile ilgili (başlangıç yaşı, hastalık süresi, lezyon yaygınlığı, atak sayısı, psikososyal tetikleyici yaşam olayı gibi) değişkenlerinin sorgulandığı formdur.
- Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Child Depression Inventory):** Kovacs ⁽¹⁵⁾ tarafından geliştirilmiştir. Beck Depresyon Envanteri esas

alınmıştır. Çocukluk depresyonuna özgü okul durumu, arkadaş ilişkileri gibi alanlarla ilgili sorular eklenmiştir. Yirmi yedi maddelik bir ölçektir. 6 yaş ve daha büyük çocuğa, okunarak görüşme tarafından veya çocuğun kendisi tarafından doldurulur. Her maddede 3 değişik seçenek bulunur. Çocuktan son iki hafta içinde kendisine en çok uyan cümleyi seçmesi istenir. Her madde belirtile- rin şiddetine göre; 0, 1, 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse depresyon o kadar ağır demektir. Kesim puanı 19 olarak önerilir ⁽¹⁶⁾.

3. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ): Epstein ⁽¹⁷⁾ tarafından geliştirilmiş ve Bulut ⁽¹⁸⁾ tarafından ülkemize uyarlanmış olan Aile Değerlendirme Ölçeği çalışma grubuna uygulanmıştır. ADÖ, aile- nin yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimi, "sağlıklı" ve "sağlıksız" olarak ayırt edebilecek şekilde tanımlamıştır. Toplam 60 madde içermektedir ve problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlev- ler olarak 7 alt ölçek içermektedir. Bu alt ölçekler- den alınan 2'nin üzerindeki puanlar, bu alanlarda sorun bulunduğunu düşündürmektedir.

4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ) ebeveyn ve çocuk formları: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Quality of Life 2-4 yaş, 5-7 yaş, 8-12 yaş, 13-18 yaş ölçekleri) ebeveyn ve çocuk formları: 2-18 yaşları arasındaki çocuk/ ergenler için ebeveyn formu ve 5-18 yaşları ara- sındaki çocuk/ergenler için öz bildirim formu olmak üzere iki formdan oluşan, fiziksel ve psiko- sosyal işlevselliği sorgulayan, 23 maddelik bir ölçektir. Varni ve ark. ⁽¹⁹⁾ tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği 2-4, 5-7, 8-12, 13-18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için ebeveyn formu ve 5-7, 8-12, 13-18 yaşları arasındaki çocuk ya da ergenler için öz bildirim formu olmak üzere toplam 7 formdan oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalış-

ması Üneri ⁽²⁰⁾ ve Memik ⁽²¹⁾ tarafından yapılmış- tır. En yüksek puan 100, en düşük puan 0 olan likert tipi ölçektir. İki-7 yaş grubu için 3 seçene- li likert ölçek iken, diğer yaş gruplarında 5 seçe- nekli likert ölçektir. Alt ölçek puanları yükseldik- çe yaşam kalitesi yükselir. Yaşam kalitesi ölçeği hesabından; toplam puan, fiziksel puan ve psiko- sosyal puan (duygusal, sosyal ve okul yeterliliğini içeren) olmak üzere üç ayrı puan elde edilir. Puanlar maddelerin (0-25-50-75-100) puanlarının toplamının alt ölçek madde sayısına bölünmesi ile elde edilir.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi için (Statistical Package for the Social Sciences) SPSS 18.0 programı kullanılmıştır. Olgu grubuna ait sosyodemografik ve klinik bazı kategorik değişken- ler tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirilmiştir (fre- kans, ortalama/ortanca, standart sapma/kartiller arası mesafe). Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz ki-kare testi kullanılmış- tır. Olgu sayısı karşılaştırmalar için örneklem büyük- lüğüne göre nonparametrik yöntemlere uygun olduğu için ikili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin saptanmasında da yine grupların sayısı ve dağılımın özelliğine göre Sperman veya Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ ola- rak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya alınan çocukların yaş ortalaması 9.22 ± 3.79 yıldır ve %55.6'sı kadındır. Ailenin %48.9'u orta sosyoekonomik düzeyde, annelerin %75.6' sını ev hanımı, ebeveynlerin yarısından fazlası ilköğretim düzeyinde eğitim almış, çocukların % 51.1'i iki kar- deştir. Hastalık özellikleri bakımından %25 ve daha az lezyon yaygınlığı % 68.9, ilk atak AA ise %60 oranındadır. Psikiyatrik tanı alma ise %42.2'dir (Tablo 1).

Çalışma grubunun tümünde ÇDÖ ve ADÖ alt

Tablo 1. Örneklem grubu demografik ve hastalık ile ilgili değişkenler.

Değişkenler	Ort. (SS)	Ortanca (KA)	Min-Max	Sayı (n)	%
Yaş	9.22(3.79)		2.30-17.25	45	
Anne yaş	35.95(6.03)		20-45	42	
Baba yaş	39.04(6.14)		24-53	42	
Hastalık başlangıç yaşı	7.63(3.4)		1.00-17.17	44	
Hastalık süresi (ay)		8 (23)	1-118	44	
Atak sayısı		1 (1)	1-36	45	
Cinsiyet					
Erkek				20	44.4
Kadın				25	55.6
Sosyoekonomik düzey					
Orta				22	48.9
Kötü				19	42.2
Anne/baba eğitim					
İlköğretim				23/28	51.1/62.2
Lise				12/7	26.7/15.6
Anne ev hanımı				34	75.6
Kardeş sayısı					
İki kardeş				23	51.1
Tek çocuk				8	17.8
Lezyon yaygınlık					
%25'den az				31	68.9
%25-50 arası				9	20
%50'den fazla				5	11.1
Atak sayısı					
İlk atak				27	60
İkinci atak				11	24.4
Psikosozyal tetikleyici olay					
Var				23	51.1
Yok				22	48.9
Psikiyatrik tanı					
Var				19	42.2
Yok				26	57.8

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, KA: Kartiller arası mesafe

ölçek puan ortalamaları Tablo 2'de gösterilmiştir. ADÖ gereken ilgiyi gösterme ve ADÖ davranış kontrolü alt ölçek puan ortalamaları (2.31 ± 0.45) ve (2.16 ± 0.29) bu alanlardaki aile işlevselliğinin bozuk, yani sağlıklı olduğunu göstermektedir. ÇDÖ tüm grup ortalaması ise normal sınırlardadır (Tablo 2).

Psikosozyal tetikleyici yaşam olayının etkisi

AA başlangıcından önce 23 hastada (%51.1) psikososyal tetikleyici yaşam olayı tariflenmiştir. Psikososyal tetikleyici yaşam olayı çalışmamızda:

AA başlangıcından en fazla bir ay önce yaşanmış olması, ailenin bu olaylar nedeni ile çocuğunda belirgin, üzüntü, kaygı, içe kapanma gibi emosyonel değişiklikler gözlemesi ve AA başlangıcını bu strese bağlaması olarak kabul edilmiştir. Bu psikososyal tetikleyici olayların 5 gruba ayrıldığı görülmüştür:

- 1) Birinci derecede (anne, baba, dede, büyükanne, teyze, hala, dayı, amca vb) yakın ölümü veya ölüm korkusu yaşatacak şiddette ciddi ani hastalık geçirmesi: 6 hasta

Tablo 2. Tüm örneklem grubunun ADÖ ve ÇDÖ puan ortalamaları.

Ölçekler	n	Ort. (SS)
ADÖ sorun çözme	33	1.76±0.54
ADÖ iletişim	33	1.83±0.51
ADÖ roller	33	1.93±0.42
ADÖ duygusal tepki verebilme	33	1.74±0.53
ADÖ gereken ilgiyi gösterme	33	2.31±0.45
ADÖ davranış kontrolü	33	2.16±0.29
ADÖ genel işlevler	33	1.77±0.52
Çocuk Depresyon Ölçeği	25	10.96±5.82

Koyu renkle boyalı alt ölçekler işlev bozukluğunu gösterir (<2).

- 2) Sevdiği bir nesneyi veya alışkanlığı, hobiyi kaybetme veya bırakma (köpek, futbol vb): 3 hasta
- 3) Okula başlama, sınav anksiyetesi, okulda başarısızlık gibi okul ve eğitim ile ilgili ani gelişen durumlar: 4 hasta
- 4) Anne babanın ilişki sorunları yaşaması, tartışması, ayrılması, ani maddi zorluklar gibi aile içinde ani ve yeni gelişen durumlar: 9 hasta
- 5) Travmatik yaşam olayı: 1 hasta (komşularının babasını döverek yaralamasına tanık olma)

Psikososyal tetikleyici olay saptanan olguların annelerinin yaşının saptanmayanlara göre daha genç olması (n=21, 34.4±6.59; 37.85±4.85; z=-2.029, p=0.042) dışında diğer tüm sosyodemografik ve hastalık değişkenleri (hastalık süresi, başlangıç yaşı, atak sayısı, lezyon yaygınlığı, psikiyatrik tanı alma)

arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Psikososyal tetikleyici olay olan grupta olmayanlara göre ÇDÖ anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır (n=14/11, z=-2.442, p=0.013) (Tablo 3). ÇYKÖ çocuk formlarında psikososyal tetikleyici olan olguların (n=15) fiziksel sağlık, psikososyal sağlık ve toplam sağlık alt ölçekleri puanlarının, psikososyal tetikleyici olmayan olgulara göre (n=13) anlamlı düzeyde yüksek olduğu (z=-2.570, p=0.01), (z=-2.958, p=0.002), (z=-3.433, p=0.001) tespit edilmiştir (Tablo 3). Ebeveyn ÇYKÖ ve ADÖ ile psikososyal tetikleyici gruplar arasında hiçbir alt ölçekte anlamlı fark oluşmamıştır (p>0.05).

Lezyon yaygınlığı (hastalık ciddiyeti) etkisi

Lezyon yaygınlığı olgu dağılımı dengesiz olduğu için %25'den az ve % 25'den fazla olmak üzere 2 gruba ayrılarak analiz edilmiştir (Mann-Whitney U). Buna göre lezyon yaygınlığı grupları ile ÇDÖ, ÇYKÖ ebeveyn ve çocuk formları ve ADÖ alt ölçeklerinin hiçbirisiyle arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark oluşmamıştır (p>0.05). Ki kare ve Pearson korelasyon analizlerinde lezyon yaygınlığı ile, yaş, cins, psikiyatrik tanı alma, başlangıç yaşı, sosyodemografik veriler arasında da anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05). Yalnızca lezyon yaygınlığı ile hastalık süresi ve atak sayısı arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır (n=44, r=.474, p=0.001 ve n=45, r=.368, p=0.013).

Tablo 3. Ölçekler ile gruplar arası karşılaştırmalar (Mann-Whitney U testi).

Ölçekler	Psikososyal stresör				Psikiyatrik tanı			
	Var (Ort±SS)	Yok (Ort±SS)	z	p	Var (Ort±SS)	Yok (Ort±SS)	z	p
ÇYKÖ ebeveyn								
Fiziksel sağlık								
Psikososyal sağlık					75.34±14.7	85.31±12.8	-2.116	0.034
Toplam sağlık								
ÇYKÖ çocuk								
Fiziksel sağlık	84.84±6.8	71.4±13.6	-2.570	0.01	70.73±13.0	85.42±6.6	-3.057	0.002
Psikososyal sağlık	81.64±9.4	67.17±12.8	-2.958	0.002	66.01±11.9	82.65±8.6	-3.489	<0.0001
Toplam sağlık	83.22±6.2	68.80±12.2	-3.433	0.001	68.18±11.1	83.75±6.5	-3.594	<0.0001
ADÖ sorun								
ADÖ iletişim								
ADÖ roller								
ADÖ duygu								
ADÖ ilgi								
ADÖ davranış								
ADÖ genel					1.98±0.4	1.62±0.5	-2.011	0.044
CDI	8.75±3.6	14±6.7	-2.442	p=0.013	14.07±5.5	7.58±4.0	-2.917	0.004

Psikiyatrik tanı almanın (komorbidite) etkisi

AA hasta grubundan psikiyatrik tanı alan 19 (%42) hastanın tanı dağılımı Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Psikiyatrik tanı dağılımı.

Psikiyatrik tanı	Sayı	Ort. (ss)
Seperasyon anksiyetesi bozukluğu	1	2,2
Yaygın anksiyete bozukluğu	5	11,1
Davranım bozukluğu	1	2,2
Konuşma bozukluğu	1	2,2
DEHB	3	6,7
DEHB+anksiyete bozukluğu	1	2,2
DEHB+Depresyon	1	2,2
Depresyon	4	8,8
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2	4,4
Toplam	19	42

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Psikiyatrik tanı alan AA hastalarında psikiyatrik tanı almayanlara göre ÇDÖ anlamlı düzeyde daha yüksektir (n=13/12, z=-2.917 p=0.004). Yine psikiyatrik tanı alan grupta almayanlara göre ADÖ genel işlevler puanları da anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (n=14/19, z=-2.011 p=0.044). ÇYKÖ ebeveyn formunda ise yalnızca psikososyal sağlık puanı psikiyatrik tanı alan grupta almayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür (n=14/19, z=-2.116, p=0.034). Ancak ÇYKÖ çocuk formlarında fiziksel, psikososyal ve toplam sağlık olmak üzere tüm alt ölçeklerde psikiyatrik tanı alan grubun ÇYKÖ puanları psikiyatrik tanı almayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür (n=13/15, z=-3.057, p=0.002; z=-3.489, p<0.0001, z=-3.594, p<0.0001) (Tablo 3).

Geçirilen atak sayısının etkisi

Çalışma grubumuzda ilk atak AA hasta çoğunlukta (% 60) olduğu için ilk atak ve çoklu atak(en az 2 atak geçirme) olmak üzere ikili grup oluşturulmuş ve istatistiksel analizi (Mann-Whitney U) yapılmıştır. Buna göre, çoklu atak geçiren AA hastalarının ÇDÖ puan ortalamaları ilk atak hastalara göre anlamlı düzeyde yüksektir (n=13/12, 13.46±6.1 ve 8.25±4.24; z=-2.127, p=0.033). İlk atak hastalara göre çok atak geçiren AA olguların yaş ortalamaları anlamlı olarak daha büyüktür (n=27/18, 8.0±3.9 ve 11.06±2.6; z=-2.723, p=0.006). Atak sayısı ile hastalık süresi

arasında da pozitif korelasyon saptanmıştır (n=44, r=.309, p=0.041). Bunun dışındaki sosyodemografik ve hastalık değişkenleri, ÇYKÖ ve ADÖ alt ölçekleri ile atak sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

TARTIŞMA

AA çocuk hasta grubunda aile işlevlerini inceleyen çalışma yok denecek kadar azdır. Bizim çalışmamızda tüm çalışma grubunda gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alanlarında aile işlevlerinin sağlıklı olduğu tespit edilmiştir. Gürkan ve ark. (22) AA ‘lı 16 çocuk ve ergende yaptıkları bir çalışmada aile tutumlarını not etmişlerdir. Ailelerin % 50’ sinde aşırı koruyucu kollayıcı, aşırı müdahaleci/baskılayıcı tutum, yüksek beklenti düzeyi, şiddet uygulama/dövme gibi ebeveynin yanlış tutumlarını saptamışlardır ve kişilik özelliklerinin, aile tutumlarının, stresli yaşam olaylarının birlikte oluşturduğu bir zeminin saç kaybında etkili olabileceği ileri sürmüşlerdir. Yapılandırılmış görüşme veya standardize ölçek kullanılmamış olmasına rağmen, bu çalışmanın aile tutumları ile ilgili sonuçların çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çalışma grubumuzda psikososyal tetikleyici yaşam olayı yazınla uyumlu olarak olguların %51.1 gibi yüksek oranlarda (23) bulunmasına karşın, depresyon ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilememiştir ve aile işlevselliği ile tetikleyici olay arasında da ilişki saptanmamıştır. Aksine tetikleyici yaşam olayı bildirmeyen olgu grubu daha depresif ve daha kötü yaşam kalitesi algısına sahiptir. Bu psikososyal stresin direkt AA yatkınlığı sağladığını düşündürmektedir. Bu sonuç, Chu ve ark.’nın (12) AA oluşumunda psikososyal stresörün psikopatoloji oluşturmadan daha önce nöroendokrin immünolojik yollar üzerinde önemli rol oynuyor olabilir sonucuyla uyumludur. Bu sonucu sağlayan diğer bir faktör; çalışmamızda psikososyal stresörlerin tek başına etkisini anlamak için yaşam olayı ile AA başlangıcı arasında geçen zamanın diğer çalışmalara göre daha kısa (1 ay) kabul edilmesi ile ilgili olabilir. Yazında psikososyal tetikleyiciler ile AA başlangıcı arasındaki süre 6 ay, 9 ay hatta 1 yıl gibi uzun süreleri kabul edilmiştir (9,23).

Bizim görüşümüz uzun sürelerin değerlendirmelerde farklı etkileri dışlayamayacağı yönündedir.

Psikososyal tetikleyici olayların içeriği posttravmatik stres bozukluğuna yol açabilecek kadar şiddetli veya toplumsal olaylardan çok aile içi sorunlar başta olmak üzere kişilerarası ilişkilerdeki zorlukları kapsıyordu. Yazında öncelik sırası değişmekle birlikte, aile problemleri, iş/okul problemleri, yas veya ayrılık gibi yaşam olayları çalışmamızla uyumlu olarak en sık görülen yaşam olaylarıdır^(11,23,24). Stresörün genel anlamda şiddetinden çok kişinin atfettiği anlam, baş etme becerileri ve bunlar için gerekli aile desteği önemli olabilir.

Çalışmamızda %68.9 oranında lezyon yaygınlığı %25'in altında, yani hastalık ciddiyeti genelde hafifti. Lezyon yaygınlığı ile psikopatoloji, aile işlevi ve yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmadı. Ama hem hastalık süresi hem de atak sayısı ile pozitif yönde ilişki vardı. Hastalık süresi ile lezyon yaygınlığı arasında pozitif ilişki, çocuk ve ergen 54 AA hastasının retrospektif incelendiği bir çalışmada da saptanmıştır⁽²⁵⁾. Yakın zamanda yapılan iki çalışmadan birinde bizim sonuçlarımızla uyumlu olarak saç kaybının ciddiyetinin yaşam kalitesini öngörmediği⁽²⁶⁾, diğeri ise farklı olarak hastalık ciddiyetinin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkili olduğunu belirtmiştir⁽¹³⁾.

Hasta grubumuzda % 42 oranında saptanan psikiyatrik komorbidite dağılımında birinci sırada saptanan tanı anksiyete bozuklukları (kümülatif; %19.9), ikinci sırada yıkıcı davranış bozuklukları (DEHB+ davranım bozukluğu) (kümülatif; %11.1), üçüncü sırada ise depresyon (kümülatif; %10.4) saptanmıştır (Tablo 4). Yıkıcı davranış bozukluğu Dugas ve Le Heuzey'in⁽²⁷⁾ 13 ay-16 yaş arası 60 AA'lı olgusunda da %10 belirlenmiştir. Sonucumuzdan farklı olarak 14 hastadan oluşan bir çalışmada en fazla major depresyon (%50) ve sonrasında da %35.7 oranında obsesif kompulsif bozukluk tespit edilmiştir⁽²⁸⁾.

AA olgularında psikiyatrik tanı alanlarda ADÖ genel işlevsellik patolojik sınıra yaklaşmış olarak (1.98±0.4) tanı almayanlardan (1.62±0.5) anlamlı düzeyde daha kötüydü. Psikiyatrik tanı alanların almayanlara göre daha depresif olduğu da görülmüş-

tür. Picardi ve ark.⁽²⁹⁾ AA'nın sosyal destek eksikliği, kaçınan bağlanma ve aleksitimi ile ilişkili olabileceğini göstermiştir. Özellikle çocuk ve ergenlerde sosyal destek ve bağlanma ilişkisi ile aile yapı ve fonksiyonları birbirine kuvvetle bağlantılıdır. Aile fonksiyonundaki sorunların, stresle birlikte, duyarlı bireylerde AA gelişimine yatkınlık sağlıyor olabildiği öne sürülmüştür⁽⁹⁾. Sonuçlarımız az sayıdaki bu çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Çalışmamızda psikiyatrik tanı alma çocuk ÇYKÖ tüm alt ölçeklerinde ciddi bozulma ile giderken ebeveyn ÇYKÖ algısında yalnızca psikososyal sağlık alanında bozulmayla birlikteydi. Çocuk ve ergenlerde AA ve yaşam kalitesi ile ilgili en kapsamlı araştırma Bilgiç ve ark.⁽¹³⁾ tarafından yapılmıştır. Depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin incelendiği 74 AA hastadan oluşan bu çalışmada AA olgularının, ebeveyn yaşam kalitesinin psikososyal ve toplam sağlık alanları kontrolden daha kötü bulunmuştur. Yüksek depresyon ve anksiyete skorları, hem ebeveyn hem de çocuk psikososyal yaşam kalitesini olumsuz etkilemiştir ve düşük çocuk yaşam kalitesi toplam sağlık ile ebeveyn yaşam kalitesi fiziksel sağlık puanları ile ilişkili bulunmuştur⁽¹³⁾. Çalışmamızda kontrol grubu olmamasına rağmen sonuçlar benzer olarak yorumlanabilir. Ancak çalışmamızda farklı olan, çocuk yaşam kalitesi algısının ebeveyninden daha fazla alanda ve şiddette bozuk olmasıydı. Aynı çalışmada klinik değişkenler ile psikopatoloji arasındaki ilişkiye de bakılmıştır. Sonuçlarında bizim çalışmamıza benzer şekilde hastalık süresi ve hastalık ciddiyeti ile psikopatoloji ve yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmazken, farklı olarak başlangıç yaşı ile ebeveyn yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmıştır⁽¹³⁾. Bir diğer çalışmada 20 yaşından küçük AA'lı hastalarda erken başlangıç yaşının depresyon başta olmak üzere psikopatoloji ile ilişkili olduğu belirtilmiştir⁽¹²⁾. Bizim çalışmamızda ise böyle bir ilişki saptanamamıştır.

Bulgularımızda atak sayısı depresyon açısından anlamlı bir değişken olmuştur. Ayrıca psikiyatrik tanı alma ile de ilişkili olduğu görülmüştür. Ancak yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunmamış ve aile işlevselliği ile de ilişkili tespit edilmemiştir. Bu olgu sayısının az

olması ve ilk atak hasta grubunun sayıca yüksek olması ile ilişkili olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile işlevselliğinin bozuk olması AA oluşumunda etkili olabilir. Psikososyal stresörler ile lezyon yaygınlığı ve atak sayısı gibi kronikleşme ve ciddiyet belirteçleriyle ilişkisinin saptanmaması da etiolojide aile işlevlerinin dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Psikiyatrik komorbiditeye, AA hasta grubunda yüksek oranlarda rastlanır. Psikodermatozlar için kabul edilebilir olan bu bulgunun diğer önemli yanı, yaşam kalitesini de olumsuz olarak etkilemesidir. AA çocuk ve ergen yaş grubunda az çalışılmıştır ve geniş örneklemli, kontrollü ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Tedaviye dirençli kronik ve ataklarla seyreden bu hastalıkta tedavi seçeneklerine psikososyal ve aile temelli yaklaşımların da eklenmesi uygun olabilir.

KAYNAKLAR

- Gilhar A, Etzioni A, Paus R. Alopecia areata. *N Eng J Med* 2012;366(16):1515-25. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1103442>
- Alkhalifah A. Alopecia areata update. *Dermatol Clin* 2013; 3(1):93-108. <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2012.08.010>
- Nanda A, Al-Fouzan AS, Al-Hasawi F. Alopecia areata in children: a clinical profile. *Pediatr Dermatol* 2002;19(6): 482-5. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1470.2002.00215.x>
- Fettahoğlu EÇ. Primer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili saç kayıpları. *Türkderm* 2014;48:(Suppl 1):52-5.(Turkish).
- Gundel H, Wolf A, Xidara V, Raymonde B, Karl-Heinz L, Jacobi F, et al. High psychiatric comorbidity in spasmodic torticollis: a controlled study. *J Nerv Ment Dis* 2003;191(7): 465-73. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NMD.0000081667.02656.21>
- Yazdan P. Update on the genetics of androgenetic alopecia, female pattern hair loss, and alopecia areata: Implications for molecular diagnostic testing. *Semin Cutan Med Surg* 2012; 31(4):258-66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sder.2012.08.003>
- Ito T. Recent advances in the pathogenesis of autoimmune hair loss disease alopecia areata. *Clin Dev Immunol* 2013; 2013:348546. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/348546>
- Rodriguez TA, Fernandes KE, Dresser KL, Duvic M, National Alopecia Areata Registry. Concordance rate of alopecia areata in identical twins supports both genetic and environmental factors. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62(3):525-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2009.02.006>
- Díaz-Atienza F, Gurpegui M. Environmental stress but not subjective distress in children or adolescents with alopecia areata. *J Psychosom Res* 2011;71(2):102-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.007>
- Chu SY, Chen YJ, Tseng WC, Lin WM, Chen TJ, Hwang CY et al. Comorbidity profiles among patients with alopecia areata: the importance of onset age, a nationwide population-based study. *J Am Acad Dermatol* 2011;65(5):949-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2010.08.032>
- Alfani S, Antinone V, Mozzetta A, Di Pietro C, Mazzanti C, Stella P. et al. Psychological status of patients with alopecia areata. *Acta Derm Venereol* 2012;92(3):304-6. <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-1239>
- Chu SY, Chen YJ, Tseng WC, Lin MW, Chen TJ, Hwang CY et al. Psychiatric comorbidities in patients with alopecia areata in Taiwan: A case-control study. *Br J Dermatol* 2012; 166(3):525-31. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10714.x>
- Bilgiç Ö, Bilgiç A, Bahalı K, Gürkan A, Yılmaz S. Psychiatric symptomatology and health-related quality of life in children and adolescent with alopecia areata. *JEDAV* 2013;21(11): 1463-68.
- Hunt N, McHale S. The psychological impact of alopecia. *BMJ* 2005;331(7522):951. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7522.951>
- Kovacs M. Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paed Psychiatrica* 1981;46(5-6):305-15.
- Öy B. Çocukluk depresyonu; Tarihçe, sınıflandırma ve tanı ölçütleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1990;1:21-24.(Turkish).
- Ebstein NB, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marriage and Family Counseling* 1978; 4:19-31.
- Bulut I. Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. Öz Güzeliş matbaası, Ankara, 1990. p1-22. (Turkish).
- Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care* 1999;37(2):126-39. <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199902000-00003>
- Üneri OS, Agaoglu B, Coskun A, Memik NC. Validity and reliability of pediatric quality of life inventory for 2-to 4-year-old and 5-to 7-year-old Turkish children. *Quality of Life Research* 2008;17(2):307-15. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-007-9303-4>
- Memik NC, Agaoglu B, Coskun A, Uneri OS, Karakaya I. The validity and reliability of the Turkish pediatric quality of life inventory for children 13-18 years old. *Turkish Journal of Psychiatry* 2007;18(4):353-63.
- Gürkan K, Tüzün Ü, Abalı O. Alopesi areatalı çocuklarda psikiyatrik eş tanılar. *Düşünen Adam Dergisi* 2006;19(2):72-6. (Turkish).
- Manolache L, Benea V. Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21(7):921-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2006.02106.x>
- Andreoli E, Mozzetta A, Proveni A, Cacciaguerra MG, Paradisi M, Foglio Bonda PG. Types of stress within child alopecia. *Dermatol Psychosom* 2002;3(1):26-9. <http://dx.doi.org/10.1159/000051360>
- Özden MG, Bayramoğlu NE, Aydın F, Şentürk N, Cantürk T, Turanlı AY. Çocukluk Çağı Alopesi Areata Hastalarının Klinik Özellikleri ve Seyri. *Türk J Dermatol* 2010;4:60-5.(Turkish).
- Reid EE, Haley AC, Borovicka JH, Rademaker A, West DP, Colavincenzo M, et al. Clinical severity does not reliably predict quality of life in women with alopecia areata, telogen effluvium, or androgenic alopecia. *J Am Acad Dermatol* 2012;66(3):e97-e102. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2010.11.042>
- Dugas M, Le Huzey MF. Stress, distress and alopecia areata: Study of 60 personal observations. *International Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 1983;49(5):221-37.
- 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(11):1118-20. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2008.03743.x>
- Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF. et al. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003;44:374-81. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.44.5.374>