

Alopesi Areatada Stresin Rolü ve Hastaların Yaşam Kalitesinin Androjenetik Alopesi ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması

The Role of Stress in Alopecia Areatata and Comparison of Life Quality of Patients with Androgenetic Alopecia and Healthy Controls

Savaş Yaylı, Ahmet Tiryaki*, Sibel Doğan, Baykal İskender*, Sevgi Bahadır

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, *Psikiyatri Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Özet

Amaç: Emosyonel stresin alopesi areatayı tetiklediği henüz net olarak gösterilmiş değilse de nöroendokrinolojik çalışmalar psikolojik stresin hastalık sürecinde etkili olabileceğini desteklemektedir. Bu çalışmada alopesi areatanın başlangıcı ve alevlenmesinde stresli yaşam olaylarının rolünü ve alopesi areata hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerini androjenetik alopesi ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırarak ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Alopesi areata tanısı alan 31 ardışık hasta (13 kadın, 18 erkek, yaş ortalaması 28,1±8,9) bu çalışmaya dahil edildi. Androjenetik alopesi tanısı alan 46 hasta (24 kadın, 22 erkek, yaş ortalaması 28,2±7,4) ve 45 sağlıklı birey (25 kadın 20 erkek, yaş ortalaması 25,4±4,4) iki kontrol grubu olarak oluşturuldu. Hasta ve kontrol grupları yaşam olayları ölçeği, Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği ve Skindex-29 ölçeklerini tamamladılar.

Bulgular: Alopesi areata hastalarında yaşam olayları ölçeğinin toplam puanları, sağlıklı kontrollere göre anlamlı oranda yüksek bulundu ($p=0,031$). Bu ölçeğin distress ve uyum alt birim puanlarında da anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0,028$; $p=0,036$). Beck depresyon ölçeği puanları, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunurken ($p=0,014$) androjenetik alopesi grubundan farksızdı. Beck anksiyete ölçeği puanları ise her üç grupta anlamlı fark göstermedi ($p=0,207$). Skindex-29 ile değerlendirilen yaşam kalitesi, alopesi areata hastalarında, bu testin semptomatik, fonksiyonel ve emosyonel her üç alt birim puanlarına göre ileri derecede bozulmuştu ($p=0,001$; $p<0,0005$; $p<0,0005$).

Sonuç: Alopesi areata hastalarında stresli yaşam olayları hastalığın başlangıcı veya alevlenmesinde etkili görünmektedir. Alopesi areata hastalarında depresif belirtilerde artış mevcut olup yaşam kalitesi derinden etkilenmektedir. (Turkderm 2012; 46: 134-7)

Anahtar Kelimeler: Alopesi areata, androjenetik alopesi, stres, yaşam kalitesi

Summary

Background and Design: Although alopecia areata is not yet clearly shown to be triggered by emotional stress, neuroendocrinologic studies supports that psychological stress may be effective in the disease process. In this study we aimed to show the role of stressful life events in onset and exacerbation of alopecia areata and the levels of anxiety, depression and quality of life by the comparison with the patients with androgenetic alopecia and healthy controls.

Materials and Methods: Thirty-one consecutive patients with alopecia areata (13 females, 18 males, mean age 28.1±8.9) were included in this study. Forty-six patients with androgenetic alopecia (24 females, 22 males, mean age 28.2±7.4) and 45 healthy individuals (25 females, 20 males, mean age 25.4±4.4) was created as the two control groups. The patients and the control groups completed the tests including life events scale, Beck depression inventory, Beck anxiety inventory and Skindex-29 scales.

Results: Total scores of the scale of life events in patients with alopecia areata were significantly higher than in healthy controls ($p=0.031$). There were also significant differences in the sub-units -distress and adaptation- scores of this scale ($p=0.028$; $p=0.036$). The scores of Beck depression inventory were significantly higher than control group ($p=0.014$), however they were identical to the patients' with androgenetic alopecia. The scores of Beck anxiety inventory of all three groups showed no significant difference ($p=0,207$). The quality of life in patients with alopecia areata which is evaluated with Skindex-29 is severely impaired according to the scores of all three sub-units of this test -symptomatic, functional, and emotional- ($p=0.001$; $p<0.0005$; $p<0.0005$).

Conclusion: Stressful life events seems effective at onset or exacerbation of the disease in patients with alopecia areata. There is an increase in depressive symptoms in patients with alopecia areata. Moreover, the quality of life of the patients are profoundly affected. (Turkderm 2012; 46: 134-7)

Key Words: Alopecia areata, androgenetic alopecia, stress, quality of life

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Savaş Yaylı, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
Tel.: +90 462 377 53 88 E-posta: savas_an@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 01.08.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 03.11.2011

Turkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.

Giriş

Dermatoloji literatüründe kronik psikolojik stresle modüle olan hipotalamik-pituitar-adrenal aks ile beyin-deri aksının kıl folikülü içinde bir eşdeğerinin varlığını gösteren bulgular üzerindeki ilgi giderek artmaktadır. Emosyonel stresin alopesi areatayı (AA) tetiklediği henüz net olarak gösterilmiş olmasa da, nöroendokrinolojik çalışmalar psikolojik stresin AA hastalık sürecinde etkili olabileceğini desteklemektedir¹⁻³.

Stresli yaşam olayları ile AA başlangıcı veya AA atağı arasındaki anlamlı ilişki tanımlayan çalışmalar kadar, ilişki bildirmeyen çalışmalar da mevcuttur^{4,5}. Bazı çalışmalarda ise AA hastalarının depresyon, anksiyete, sosyal fobi, paranoid bozukluk, uyum bozuklukları gibi bazı psikopatolojik morbiditelere sahip olduğu bildirilmektedir^{6,7}.

Androjenetik alopesi (AGA), iyi tanımlanmış etyolojisi ile yaygın bir saç hastalığıdır. Ancak, AGA genellikle vücut imaj memnuniyetini azaltan orta derecede stresli bir durum olarak yaşanabilmektedir⁸.

Bu çalışmada, AA'nın başlangıcı ve alevlenmesinde stresli yaşam olaylarının rolü ve bu hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeylerinin AGA'lı hastalar ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak ortaya konması amaçlanmıştır. Ayrıca, AA'nın hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi de incelenmektedir.

Yöntem ve Gereçler

Olgu-kontrol çalışması olarak tasarlanan çalışma Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniklerimize başvuran hastalar ile gerçekleştirildi. Üniversite Etik Kurulu'ndan onayı alınan çalışmaya, AA'lı hastalar ve kontrol gruplarındaki bireyler yazılı onamları alındıktan sonra dahil edildi. AA'lı 31 ardışık hasta (13 kadın, 18 erkek, yaş ortalaması 28,1±8,9) bu çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya alınma kriterleri şu şekilde belirlendi: 18-60 yaşları arasında olmak, dermatoloji uzmanı tarafından alopesi areata tanısı almış olmak, AA başlangıcı veya atağının değerlendirme tarihinden en çok altı ay önce başlamış olması, en az sekiz yıllık bir eğitime sahip olmak.

Tüm hastalara dermatolojik muayene ile alopesi areata tanısı konuldu. Saç dökülmesinin şiddeti Olsen ve arkadaşları tarafından geliştirilen yöntemle etkilenen saçlı deri alanının yüzdesi ile belirlendi⁹. Buna göre AA hastaları saç dökülmesinin şiddetine göre altı grup halinde sınıflandırıldı. S0 (n=0; saç dökülmesi yok), S1 (n=25; ≤%25), S2 (n=6; %26-50), S3 (n=0; %51-75), S4 (n=0; % 76-99), S5 (n=0; %100). Hastaların tamamının S1 ve S2 gruplarında dağıldığı görüldü.

Dermatolojik muayene ile AGA tanısı alan 46 hasta (24 kadın, 22 erkek, yaş ortalaması 28,2±7,4) ve 45 sağlıklı birey (25 kadın, 20 erkek, yaş ortalaması 25,4±4,4) iki kontrol grubu olarak çalışmaya

alındı. AA öyküsü olan bireyler kontrol gruplarına dahil edilmedi.

Hastalar ve kontrollere ait demografik verilerin toplanmasında standardize bir veri formu kullanıldı. Tüm AA hastaları ve kontrol grupları yaşam olayları ölçeği (YOL), Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) ve Skindex-29'dan oluşan bir grup testi tamamladılar.

YOL: İnsan yaşamında farklı derecelerde stres yaratabilen 116 yaşam olayını içeren bu ölçekte, AA hastalarından atağın başlangıcından önceki son altı ay içerisinde başlarından geçen olayları işaretlemeleri istenmiştir. Ölçekteki her yaşam olayının distres ve uyum olmak üzere iki ayrı puanı mevcut olup, ölçek sonucunda elde edilen toplam puan ne kadar yüksek ise stres derecesi o kadar fazla olarak yorumlanmaktadır.

BAÖ: Kişilerin anksiyete düzeyini belirlemek için kullanılan 21 maddeli bir ölçektir. Ölçeği yanıtlayan kişilerden, son bir hafta içerisindeki durumlarını göz önünde tutarak, her maddedeki belirtinin kendisini ne ölçüde rahatsız ettiğini işaretlemeleri istenmektedir. Her belirti için, sıfır puan (hiç) ile üç puan (ciddi derecede) arasında dört şıklı bir derecelendirme mevcuttur. Toplam puan ne kadar yüksekse kişinin anksiyete düzeyi o kadar yüksek olarak kabul edilmektedir.

BDÖ: Kişilerin depresif belirti ve tutum düzeyini belirlemek için kullanılan 21 maddeli bir ölçektir. Ölçeği yanıtlayan kişilerden, son bir hafta içerisindeki duygu durumlarını göz önünde tutarak, her maddedeki dört şıklı cevap seçeneğinden birisini işaretlemeleri istenmektedir. Her bir maddeden işaretlenen cevap seçeneğine göre, bir ile dört puan arasında puan toplanmakta, toplam puan ne kadar yüksekse kişinin depresif belirti ve tutum düzeyi o kadar yüksek olarak kabul edilmektedir.

Skindex-29: Deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ölçmek için Chren ve arkadaşları¹⁰ tarafından oluşturulmuş, Türk toplumunda geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş¹⁰ 29 maddelik bir testtir. Semptomatik, emosyonel ve fonksiyonel olarak üç bölümden oluşan testin ölçek puanı, her üç bölümün ayrı ayrı puanları ve toplam puan olarak bildirilmektedir.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel veriler, ki-kare testi ve ANOVA (post hoc olarak Bonferroni testi) kullanılarak analiz edildi.

Bulgular

Hasta grubumuzu oluşturan alopesi areata (AA) olgularının yaş ortalaması 28,1±8,9'di. Değerlendirme öncesi ortalama atak süreleri 2,8±1,6 aydı. Hastaların ortalama atak sayısı ise 1,7±0,9 idi. İlk alopesi areata atağını 25,0±10,0 yaşında geçirmişlerdi. Son ataklarının başlangıç yaşı ise 27,8±9,1 idi. AA hastalarının hastalığa ilişkin genel özellikleri Tablo 1'de özetlenmektedir.

Tablo 1. Alopesi areata, androjenetik alopesi ve sağlıklı kontrol gruplarının klinik özellikleri

	AA† (n=31)	AGA‡ (n=46)	Sağlıklı kontrol (n=45)	p
Cinsiyet (kadın/erkek)	13/18	24/22	25/20	0,492
Yaş	28,1±9,0	28,2±7,4	25,4±4,4	0,123
Son atak süresi (ay)	2,8±1,6			
Atak sayısı	1,7±0,9			
İlk atak başlangıç yaşı	25,0±10,0			
Son atak başlangıç yaşı	27,8±9,1			

† = Alopesi areata
‡ = Androjenetik alopesi
p<0,05

Tablo 2. Alopesi areata, androjenetik alopesi ve sağlıklı kontrol gruplarının Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği, Skindex-29 alt ölçekleri, yaşam olayları ölçeklerinin karşılaştırılması

Test	AA* (n=31)	AGA** (n=46)	Kontrol (n=45)	p
BAÖ†	16,65±12,97	13,30±13,05	11,40±11,81	0,207
BDÖ‡	14,58±8,89	11,35±11,86	7,78±8,20	0,014
Skindex-29 Semptom	21,42±21,52	11,72±14,61	7,77±11,30	0,001
Skindex-29 Fonksiyon	25,07±27,04	8,31±13,05	3,48±7,97	<0,0005
Skindex-29 Emosyon	34,11±24,72	15,93±17,41	5,77±10,89	<0,0005
YOL¶ Distres	50,61±11,29	41,58±18,79	40,23±19,21	0,028
YOL Uyum	4,34±9,70	37,07±16,88	35,33±16,66	0,036
YOL Toplam	94,96±20,88	78,65±35,53	75,56±35,80	0,031

* =Alopesi areata
 ** = Androjenetik alopesi
 † = Beck anksiyete ölçeği
 ‡ = Beck depresyon ölçeği
 ¶ = Yaşam olayları ölçeği
 p<0,05

AA hastalarında, son altı ay içerisindeki stresli yaşam olaylarının hastalığa etkisini ölçmek amacıyla uyguladığımız YOL testinin toplam puanları, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulundu ($p=0,031$). Ayrıca, yine sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, bu testin içeriğindeki YOL distres puanları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunurken, YOL uyum puanları da yine istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulundu ($p=0,028$; $p=0,036$). AGA hastaları ile yapılan karşılaştırmada, YOL uyum, YOL distres ve YOL toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

AA hastalarında depresif belirtileri ölçen BDI puanları, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunurken ($p=0,014$), AGA grubundan farksızdı. Anksiyete belirtilerini ölçen BAI puanları ise her üç grupta istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi. ($p=0,207$).

Grupların yaşam kalitesini değerlendirdiğimiz Skindex-29 testinin semptomatik, fonksiyonel ve emosyonel her üç alt birim puanlarına göre AA hastalarında, AGA ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında yaşam kalitesinde ileri derecede bozulma saptadık ($p=0,001$; $p<0,0005$; $p<0,0005$).

AA hastaları ile AGA ve sağlıklı kontrol grubunun BDÖ, BAÖ, YOL, Skindex-29 testlerinin sonuçları Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tartışma

Çalışmamızda AA olgularında hastalığın başlangıcı veya alevlenmesi ile stresli yaşam olayları arasında sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptadık. Ayrıca, AA hastalarında depresif belirtilerin sağlıklı kontrol grubuna göre artmış olduğunu ve AA hastalarının yaşam kalitesinin AGA ve sağlıklı kontrol grubuna göre belirgin olarak azaldığını tespit ettik.

Stresli yaşam olaylarının AA patogeneziindeki rolü üzerinde tartışmalar hala sürmektedir. Manolache ve arkadaşları, 45 AA hastası üzerindeki çalışmalarında hastaların %45,6'sında ailevi problemler, %35,7'sinde kişisel problemler tanımlayarak stresin hastalığın ortaya çıkışındaki rolüne dikkat çekmiştir⁴. Ülkemizden Güleç ve arkadaşları ise 52 AA hastasında, stresli yaşam olaylarının AA atakları ile ilişkisinin bulunmadığını saptamıştır⁵. Ülkemizden başka bir çalışmada Yazıcı ve arkadaşları da 43 AA hastası üzerindeki çalışmalarında, stresli yaşam olayları ile AA arasında ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir¹².

Yakınlarda yayınlanan bir başka çalışmada ise Diaz ve arkadaşları, çocuklar ve adölesanlarda, stresli yaşam olaylarının AA'nın ortaya çıkmasında etkili olduğunu ortaya koymuşlardır¹³. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar, AA hastalarında, son hastalık atağından önceki altı ay içerisinde yaşanan stresli olayların sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde fazla olduğunu ortaya koydu. YOL testinin toplam puanları, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunurken, bu testin içeriğindeki toplam YOL uyum puanları anlamlı ölçüde düşük, toplam YOL distres puanları da anlamlı ölçüde yüksek saptandı ($p=0,031$; $p=0,028$; $p=0,036$). Bu bulgular, AA hastalarında belirlenen anlamlı düzeydeki yüksek stresin, sıklıkla karşılaştıkları zorlayıcı yaşam olaylarına bağlı olarak gerçekleştiği şeklinde yorumlanabileceği gibi, YOL'un alt puanları incelendiğinde hastaların stresle düşük başa çıkma becerilerine sahip bireyler olarak yaşadıkları zorlayıcı olaylar karşısında yüksek strese sahip oldukları biçiminde de değerlendirilebilir.

Hastalığa eşlik edebilen psikiyatrik hastalıklar veya psikolojik bozukluklar konusu da tartışmalıdır. 1984-2006 yılları arasında yayınlanan dokuz ülkeden toplam 1271 hastalık 19 çalışmanın sonuçlarını değerlendiren sistematik bir çalışmada Tucker, AA'nın hastalar üzerindeki psikososyal etkisinin net olduğunu dile getirmiştir. Bu çalışmaların 17'sinde, hastaların %89'unda, AA'nın emosyonel ve sosyal bozukluklara yol açtığı saptanmıştır¹⁴. Picardi ve arkadaşları ise kişilik özellikleri ve sosyal faktörlerin hastalığa yakınlıkta belirleyici olabileceğini savundukları çalışmalarında, AA hastalarında, düşük sosyal destek ve yüksek aleksitimi düzeyleri saptamışlardır¹⁵. Ruiz-Doblado ve arkadaşları, 32 AA hastası üzerindeki çalışmalarında, hastaların %43,2'sinde uyum bozuklukları, %41,1'inde yaygın anksiyete bozukluğu, %32'sinde depresif epizodlar tanımlanmış ve psikiyatrik komorbiditelere dikkat çekmiştir⁷. Kökçam ve arkadaşları, 17 AA hastası üzerindeki çalışmalarında hastaların %36'sında depresif belirti düzeylerinde artış bildirmişlerdir¹⁶. Diğer bir çalışmada ise Hunt ve arkadaşları, AA hastalarında hem anksiyete, hem de depresyon belirtilerinde artış saptamışlardır¹⁷. Ülkemizden Güleç ve arkadaşları ile Yazıcı ve arkadaşları yukarıda değindiğimiz çalışmalarında, AA hastalarında, hem depresyon, hem de anksiyete düzeylerini kontrol grubundan farksız bulunmuştur^{5,12}. Farklı olarak, Yazıcı ve arkadaşları, AA hastalarında aleksitimi düzeylerini yüksek saptamış, bu durumun stresle başa çıkmada yarattığı zorlukların AA

ile ilişkili olabileceğini savunmuşlardır¹². Diaz ve arkadaşlarının, çocuklar ve adölesanlar üzerindeki çalışmasında ise anksiyete ve depresyon düzeyleri artmış bulunmamıştır¹³. Çalışmamızda, AA hastalarındaki depresif belirti düzeylerinin sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek olduğunu saptadık ($p=0,014$). Anksiyete belirtilerinin düzeyi ise AA, AGA ve sağlıklı kontrol gruplarında birbirinden farksız olarak saptandı ($p=0,207$). Ülkemizden Güleç⁵ ve Yazıcı¹² çalışmalarından farklı olarak, depresif bulguların hasta grubumuzdaki belirgin yüksekliği dikkat çekicidir. Depresyon belirti şiddetinin AA hastalarında anlamlı yüksek olmasına rağmen karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında anksiyete belirtileri bakımından bu fark tespit edilmemiştir. Belirti kümelerinin görünümü ile ilişkili bu farkın hastaların bu çalışma kapsamında değerlendirilmeyen bilişsel şemaları ya da daha önce değinilen sorun çözme biçimlerinin bir yansıması olabileceği düşünülmüştür.

AA hastalarında yapılan çalışmalar, her ne kadar farklı ölçekler kullanılsa da, sıklıkla yaşam kalitesinde düşüşü ortaya koymaktadır. Güleç ve arkadaşlarının çalışmasında AA hastalarında yaşam kalitesinde azalma saptanmıştır. Bu çalışmada sağlığın sekiz boyutunu 36 maddede inceleyen Kısa form-36 testi kullanılmıştır⁵. Kuveyt'ten bildirilen yedi yıllık geniş bir hasta serisinde, şiddetli AA'ya sahip 300 erişkin hastanın yaşam kalitesinde belirgin düşüşler saptanmış, Finlay'ın 10 soruluk DYKİ testinin kullanıldığı bu çalışmada yaşam kalitesi ile ilişkili bulunan tek parametre, hastalık şiddeti olarak bildirilmiştir¹⁸. Tan ve arkadaşlarının uzak doğudan bir çalışmasında ise 219 AA hastası üzerinde yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik basit bir anket kullanılmış ve hastaların yaşam kalitesindeki belirgin bozulma saptanmıştır¹⁹. Yakınlarda yayınlanan bir çalışmada Reied ve arkadaşları, AA, AGA ve telogen dökülmesi olan 104 kadın hastada yaşam kalitesini Skindex-16 ile ölçmüşler, hastalığın klinik şiddetinin yaşam kalitesi skorları üzerinde belirleyici olmadığını saptamıştır²⁰.

Çalışmamızda kullandığımız Skindex-29, semptomatik, fonksiyonel ve emosyonel olmak üzere üç alt bölümden oluşan bir yaşam kalitesi ölçeği olup, çeşitli deri hastalıklarının değerlendirilmesinde kullanılmakla birlikte, bilimize göre alopesi areata hastalarının yaşam kalitesini ölçmede henüz kullanılmamıştır. Türk toplumuna uyumluluğu da gerçekleştirilmiş olan ölçeğin çalışmamızda, AA, AGA ve sağlıklı kontrol gruplarındaki sonuçlarına göre, her üç alt bölümde de AA hastalarının yaşam kalitesi hem AGA, hem de sağlıklı kontrol grubuna göre belirgin olarak azalmış görünmektedir. ($p=0,001$; $p<0,0005$; $p<0,0005$). Bu sonuç AA'nın toplumsal yaşantıda hem kişi, hem çevresi bakımından daha yüksek olasılıkla normal dışı kabul edilebilecek bir görünüme yol açması ile açıklanabilir. AA'nın kişinin dış görünümünde yarattığı dikkat çekici değişiklik bir tür damgalanma etkisi ile hastaların yaşama kalitesini incelenen tüm boyutlarda etkilemiş olabilir. Ayrıca, bu sonuçları değerlendirirken AA hastalarımızın klinik şiddete göre daha çok hafif veya orta şiddette olarak değerlendirilebilecek S1 ve S2 grubunda olduğu da göz önünde tutulmalıdır. Elde ettiğimiz sonuçlar, çelişkili sonuçlar bildirilen hastalığın şiddeti ile yaşam kalitesinin ilişkisi konusunda, AA varlığının yaşam kalitesi üzerinde hastalığın şiddetinden daha etkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları hasta grubunun görece azlığı ve hasta grubunu, hastalık şiddeti açısından görece hafif-orta şiddetli olguların oluşturmasıdır. Sonuç olarak, AA hastalarında stresli yaşam olayları hastalığın başlangıcı veya alevlenmesinde etkili görünmektedir. Ayrıca, AA hastalarında depresif belirtilerde artış da mevcuttur. AA yaşam kalitesini derinden etkilemektedir. Kronik hastalık süreci nedeniyle, hastaların değerlendirmesinde ruhsal durum mutlaka göz önünde tutulmalı, gerektiğinde psikiyatri konsültasyonları istenmelidir. Bu görüşmelerin stresli yaşam olaylarının tetikleyici rolü ve hastalık sürecinde eklenen yeni stresler göz önüne alındığında özellikle stresle başa çıkma konusu ekseninde gelişmesi, AA tedavisine önemli katkılar sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Willemsen R, Vanderlinden J, Roseeuw D, et al: Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:388-93.
2. Paus R, Arck P: Neuroendocrine perspectives in alopecia areata: does stress play a role? *J Invest Dermatol* 2009;129:1324-6.
3. Arck PC, Slominski A, Theoharides TC, et al: Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *J Invest Dermatol* 2006;126:1697-704.
4. Manolache L, Benea V: Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:921-8.
5. Güleç AT, Tanrıverdi N, Dürü C, et al: The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol* 2004;43:352-6.
6. Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, et al: Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994;33:849-50.
7. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, García-Hernández MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 2003;42:434-7.
8. Cash TF: The psychosocial consequences of androgenetic alopecia: a review of the research literature. *Br J Dermatol* 1999;141:398-405.
9. Olsen E, Hordinsky M, Olsen E, et al: Alopecia areata investigational assessment guidelines. National Alopecia Areata Foundation. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:242-6.
10. Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, et al: Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 1997;133:1433-40.
11. Aksu AE, Urer MS, Sabuncu I, et al: Turkish version of Skindex-29. *Int J Dermatol* 2007;46:350-5.
12. Yazıcı AC, Başterzi A, Tot Acar Ş ve ark: Alopesi Areatada ve Aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17:101-6.
13. Díaz-Atienza F, Gurpegui M: Environmental stress but not subjective distress in children or adolescents with alopecia areata. *J Psychosom Res* 2011;71:102-7.
14. Tucker P: Bald is beautiful?: the psychosocial impact of alopecia areata. *J Health Psychol* 2009;14:142-51.
15. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, et al: Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003;44:374-81.
16. Kökçam İ, Akyar N, Saral Y, et al: Oğuzhanoglu NK. Psychosomatic Symptoms in Patients with Alopecia Areata and Vitiligo. *Turkish Journal of Medical Sciences* 1999;29:471-3.
17. Hunt N, McHale S: The psychological impact of alopecia. *BMJ* 2005;331:951-3.
18. Al-Mutairi N, Eldin ON: Clinical profile and impact on quality of life: Seven years experience with patients of alopecia areata. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011;77:489-93.
19. Tan E, Tay YK, Goh CL: The pattern and profile of alopecia areata in Singapore—a study of 219 Asians. *Int J Dermatol* 2002;41:748-53.
20. Reid EE, Haley AC, Borovicka JH, 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* 2011. (Epub ahead of print).