








# Alopesi Areatada Tedavi Yöntemi ile Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon İlişkisi

## The Relationship of Treatment Modality in Alopecia Areata with Life Quality, Anxiety, and Depression

-  Cemal BİLAÇ,<sup>a</sup>  
 Zekayi KUTLUBAY,<sup>b</sup>  
 Serap ÖZTÜRKCAN,<sup>a</sup>  
 Mustafa Turhan ŞAHİN,<sup>a</sup>  
 Engin KOCABAŞ,<sup>c</sup>  
 Gönül DİNÇ,<sup>d</sup>  
 Server SERDAROĞLU<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Deri ve Zührevi Hastalıkları AD,  
<sup>b</sup>Biyostatistik ve Tıp Bilişimi AD,  
 Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
 Manisa

<sup>b</sup>Deri ve Zührevi Hastalıkları AD,  
 İstanbul Üniversitesi  
 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,  
 İstanbul

<sup>c</sup>Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,  
 ENTO Kulak Burun Boğaz  
 Cerrahi Tıp Merkezi,  
 İzmir

Received: 08.06.2017

Received in revised form: 30.10.2017

Accepted: 27.11.2017

Available online: 04.04.2018

Correspondence:

Zekayi KUTLUBAY  
 İstanbul Üniversitesi  
 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,  
 Deri ve Zührevi Hastalıkları AD, İstanbul,  
 TÜRKİYE/TURKEY  
 zekayikutlubay@hotmail.com

**ÖZET Amaç:** Alopesi areata (AA), genellikle saçlı deride yerleşen ani başlayan ve sikatris bırakmayan saç kaybı ile karakterize bir hastalıktır. Bu çalışmada, alopesi tanılı hastaların tedavi öncesi ve tedavinin altıncı ayında Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği (DYKÖ) ve Kısa Form-36 (KF-36) ölçekleri ile yaşam kalitesi düzeylerinin ve Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği ile anksiyete ve depresyon risklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvuran, alopesi areata (AA), alopesi totalis (AT) ve alopesi universalis (AU) tanısı alan, başka bir dermatolojik veya psikiyatrik hastalığı bulunmayan, yaşları 18-60 arasında değişen ardışık 72 hasta dahil edilmiştir. **Bulgular:** Hastaların başlangıç ve altıncı ay arasında ortalama DYKÖ skorlarına bakıldığında sistemik tedavi grubunda daha belirgin olmak üzere DYKÖ skorlarında azalma olduğu, fakat tüm hastalara bakıldığında değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü. Altı ay sonunda tüm hasta gruplarında KF-36 ortalama skorlarında, yaşam kalitesindeki iyileşmeye işaret edecek şekilde artış meydana geldiği saptandı. Altı ay sonunda özellikle sistemik tedavi grubunda daha belirgin ( $p=0,055$ ) olmak üzere anksiyete skorlarında azalma meydana geldiği fakat değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. **Sonuç:** AA gibi tedavi etkinliğinin sınırlı olduğu hastalıklarda uygulanan tedavinin etkinliğini, sadece klinik olarak değerlendirmek yerine yaşam kalitesi düzeyinde meydana gelen değişim ve anksiyete/depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar açısından risk grubunda olup olmadığının da incelenmesinin hastalığın genel gidişatı bakımından önem taşıdığını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Alopesi areata; yaşam kalitesi; anksiyete; depresyon

**ABSTRACT Objective:** Alopecia areata is a recurrent nonscarring type of hair loss that can affect any hair-bearing area. This study aims to evaluate the anxiety and depression risks of patients diagnosed with alopecia areata, by using Dermatology Quality of Life Index (DLQI), Short Form-36 (SF-36), and Hospital Anxiety Depression scales. **Material and Methods:** Patients with a diagnosis of alopecia areata, alopecia totalis and alopecia universalis who were admitted to Celal Bayar University Medical Faculty and Cerrahpaşa University Medical Faculty, Dermatology outpatient clinics, were included in the study. Patients with a co-existing dermatological or psychiatric disease were excluded. 72 patients between the ages of 18 and 60 years were included in the study. **Results:** DLQI scores of the patients at the beginning and at the end of six-month therapy were compared and an overall statistically insignificant decrease was observed, particularly in the systemic treatment groups. At the end of six months, average SF-36 scores increased, pointing an improvement in quality of life. At the end of six months anxiety scores also decreased, especially for the patients receiving systemic treatment ( $p=0,055$ ). **Conclusion:** The treatment choices and effectivities for diseases such as alopecia areata is limited. Thus therapy success should not only be based on the clinical outcome, but also on the changes of quality of life indexes and depression/anxiety scores, which are also important on the prognosis of the disease.

**Keywords:** Alopecia areata; quality of life; anxiety; depression

**A**lopesi areata (AA), genellikle saçlı deride yerleşen, bir ya da daha fazla sayıda, ani olarak başlayan, inflamasyon olmayan, sikatriss bırakmayan, iyi sınırlı yuvarlak veya oval alanlarda hızlı saç kaybı ile karakterize sık görülen bir saç hastalığıdır.<sup>1-5</sup> En sık yerleştiği alan saçlı deri olmakla birlikte, kaşlar, kirpikler ve sakal bölgesi gibi diğer alanlarda da tutulum görülebilir.<sup>6-8</sup> Hastalığın terminal saçların tümüyle kaybı ile giden alopesi totalis (AT) ve tüm vücuttaki kılların kaybı ile karakterize alopesi universalis (AU) gibi şiddetli seyirli formları da vardır.<sup>3-5,9</sup>

Yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin ortaya çıkan hastalığın yaşam boyu görülme insidansı yaklaşık %2'dir.<sup>10-12</sup>

İmmünolojik ve endokrin anormallikler, genetik faktörler, infeksiyonlar, çevresel faktörler, otoimmün bozukluklar ve psikolojik/psikiyatrik bozukluklar gibi çeşitli faktörler etyolojide suçlanmakla birlikte, hastalığın etyolojisi halen net değildir.<sup>1,13-23</sup>

Kişiliğin ve benlik bilincinin önemli bir komponenti olan saçların kaybı, hastaların psikososyal durumunda (depresyon, düşük öz saygı, benlik bilincinde değişiklik gibi), sosyal ilişkilerinde ve günlük aktivitelerinde negatif etkilenmeye yol açabilmektedir.<sup>11,24-27</sup>

Medikal olarak benign bir durum olsa da, AA hastaların yaşam kalitesinde olumsuz etkilenmeye yol açabilmektedir.<sup>11,24,28</sup>

Hastalığın başlangıcında ve atakların ortaya çıkışından önce sıklıkla strese yol açan yaşam olaylarının bulunması nedeniyle anksiyete ve depresyon tetikleyici olarak suçlanmaktadır.<sup>29-32</sup> Bazı çalışmalarda AA hastalarının depresyon, anksiyete, sosyal fobi ve paranoid bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklara yatkınlığa neden olduğu da gösterilmiştir.<sup>33-36</sup>

Hastalığın tedavisinde günümüze kadar, kortikosteroidler (topikal, intralezyoner, sistemik), minoksidil, topikal duyarlandırıcılar (skuarik asit dibutil ester, dinitroklorobenzen, difensiklopropenon), kalsinörin inhibitörleri, antralin, prostaglandin analogları, antidepresanlar, biyolojik ajanlar, siklosporin, metotreksat, mikofenolat mofetil, sul-

fasalazin ile birlikte çeşitli topikal ajanlar (aromaterapi, azelaik asit, beksaroten, triiyodotironin, inosipleks) ve lokal tedavi yöntemleri (fototerapi, fotodinamik tedavi, 'excimer' lazer) gibi çok sayıda tedavi seçeneğinin kullanıldığı bildirilmiştir.<sup>37</sup>

Bu çalışmada, AA/AT/AU tanısı alan hastaların başlangıçta (tedavi öncesi) ve altı ay sonra (tedavi sonrası) Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği (Dermatology Quality of Life Index, DLQI) ve Kısa Form-36 (Short Form-36, SF-36) ölçekleri ile yaşam kalitesi düzeylerinin ve Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği (Hospital Anxiety Depression, HAD) ile anksiyete ve depresyon risklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmaya, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniği ve Cerrahpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvurarak klinik olarak alopesi areata (AA), alopesi totalis (AT) ve alopesi universalis (AU) tanısı alan, başka bir dermatolojik veya psikiyatrik hastalığı bulunmayan, yaşları 18-60 yıl arasında değişen ardaşık 72 hasta (31 kadın, 41 erkek, ortalama yaş 31,77±11,61 yıl) dâhil edilmiştir. Otuz yedi hasta AA, 12 hasta AT ve 23 hasta AU olarak değerlendirilmiştir.

Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülen çalışmamız, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nda onaylanmış, AA/AT/AU hastaları ise, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile onamları alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; "dermatoloji uzmanı tarafından klinik olarak AA/AT/AU tanısı almış olmak, 18-60 yaşlar arasında olmak ve okur yazar olmak" olarak belirlendi.

Hastaların sosyodemografik verileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastalık süresi) ve hastalığın klinik özellikleri (yerleşim yeri, morfolojik patern, kaş ve kirpik tutulumunun bulunup bulunmadığı, yaygınlık ve şiddete göre AA, AT veya AU şeklinde sınıflama, verilen tedavi) kayıt edildi. Hastalara uygulanan tedaviler topikal (topikal ve intralezyoner kortikosteroid, topikal

kalsipotriol, topikal minoksidil, topikal antralin), immünoterapi, fototerapi ve sistemik tedavi (sistemik kortikosteroid ve sistemik siklosporin) olmak üzere gruplandırıldı. Hastalara ait sosyodemografik ve klinik karakteristik özellikler Tablo 1'de yer almaktadır.

Başlangıçta ve altı ay sonra, DLQI ve SF-36 ölçekleri ile hastaların yaşam kalitesi düzeylerinde ve HAD ölçeği ile anksiyete&depresyon açısından risk düzeylerinde meydana gelen değişimler, hastalığın klinik tiplerine göre (AA, AT ve AU) ve hastalara uygulanan tedavi yöntemlerine göre olacak şekilde değerlendirildi. Hastalara uygulanan tedavi seçeneklerinin çeşitlilik göstermesi nedeniyle tedavi grupları topikal/lokal (topikal kortikosteroid, intralezyoner kortikosteroid, antralin ve minoksidil), immünoterapi, fototerapi ve sistemik (kortikosteroid ve siklosporin) olacak şekilde belirlendi.

DLQI, Finlay ve Khan tarafından geliştirilen bu ölçek, semptomlar ve duygular, günlük aktiviteler, boş zamanı değerlendirme, iş/okul, kişisel ilişkiler ve tedavi alanlarında hastaların son yedi gününü değerlendiren 10 sorudan meydana gelmektedir.<sup>38</sup> Her soru için muhtemel dört yanıt (hiç,

az, fazla, çok fazla), 0-3 arasında skorlanmakta ve ölçeğin toplam skoru 0-30 arasında değişmekte, toplam skorun yüksekliği hastanın yaşam kalitesinin de ne kadar olumsuz etkilendiğini göstermektedir.<sup>38,39</sup> Toplam DLQI skoru 0-1 arasında ise hastanın yaşam kalitesinde etkilenme olmadığı, skor 2-5 arasında ise yaşam kalitesindeki etkilenmenin az, 6-10 arasında ise orta, 11-20 arasında ise fazla ve 21-30 arasında ise çok fazla olduğu anlamına gelmektedir.<sup>40</sup> DLQI ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Öztürkcan ve ark. tarafından yapılmıştır.<sup>41</sup>

SF-36, 1992 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiş ve 1999 yılında Koçyiğit ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir.<sup>42,43</sup> Son dört haftayı göz önüne alarak doldurulan ölçek 36 maddeden oluşmakta, fiziksel (fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, ağrı ve genel sağlık durumu) ve mental (enerji/vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık) olmak üzere iki ana başlıkta ve sekiz boyutta yaşam kalitesinin ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel so-

**TABLO 1:** Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri.

	Alopesi Areata (n=37)	Alopesi Totalis (n=12)	Alopesi Universalis (n=23)	P
<b>Yaş (ort±sd) (yıl)</b>	31,35 ± 10,77	28,25 ± 5,97	34,30 ± 14,63	0,330*
Erkek (%) (n=41)	%56,8	%50,0	%60,9	0,827**
Kadın (%) (n=31)	%43,2	%50,0	%39,1	
<b>Medeni durum (%)</b>				
Bekar (n=39)	%51,4	%50,0	%60,9	0,734**
Evli (n=33)	%48,6	%50,0	%39,1	
<b>Meslek (%)</b>				
İşsiz (n=23)	%32,4	%50,0	%21,7	0,263**
Öğrenci (n=24)	%37,8	%8,3	%39,1	
Çalışan (n=25)	%29,7	%41,7	%39,1	
Eğitim (Lise ve üzeri)	%51,2	%18,6	%30,2	0,844**
<b>Tedavi</b>				
Topikal (n=31)	%75,7	%25,0	%0,0	
İmmünoterapi (n=20)	%10,8	%8,3	%65,2	
Fototerapi (n=7)	%2,7	%16,7	%17,4	0,001**
Sistemik (n=14)	%10,8	%50,0	%17,4	
Toplam	%100,0	%100,0	%100,0	

\* Tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

\*\*ki kare testi

runlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlık durumu (5 madde). Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü- altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler ise evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır.<sup>42</sup> Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirilmektedir ve düşük skor kötü sağlık durumunu gösterirken, yüksek skor iyi sağlık durumuna işaret etmektedir.<sup>44</sup>

Zigmond ve ark. tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiş olan HAD ölçeğinin Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır.<sup>45,46</sup> Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar için tanı koyma amaçlı değil, anksiyete ve depresyonu kısa sürede tanılayıp risk grubunu belirlemek için kullanılır. Toplam 14 sorudan yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar dördümlü Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7 olarak saptanmıştır.<sup>46</sup>

Çalışmada verilerin istatistiksel analizinde SPSS paketinin 15.0 versiyonu kullanıldı. Kategorik veriler, ki-kare test ile analiz edilerek yüzdeler ile sunuldu. Sayısal veriler ise ortalama±standart sapma olarak sunuldu. Sürekli değişkenler için dağılımların normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren dağılımlar parametrik istatistiksel

önemlilik testleri ile karşılaştırılmıştır. Grup yaş ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile, ikili grup karşılaştırmalarında normal dağılım gösteren dağılımlar eşleştirilmiş gruplarda t testi ile, normal göstermeyen dağılımlar ise Wilcoxon işaretli sıra testi ile karşılaştırılmıştır. Hastalık gruplarına göre izlemde yaşam kalitesi skorlarındaki değişim ise tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm p değerleri çift kuyruklu idi ve p değerinin <0,05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmaya, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniği ve Cerrahpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniği’ne başvurarak alopesi areata (n=37), alopesi totalis (n=12) ve alopesi universalis (n=23) tanısı alan toplam 72 hasta dahil edildi. Yaşları 18-60 arasında değişen hastaların yaş ortalaması 31,77 (SD= 11,61) yıl olarak hesaplandı. Hastaların %56,9’u erkek (n=41) ve %43,1’i kadındı (erkek/kadın oranı= 1,32). Eğitim durumlarına göre gruplandığında, hastaların %28’i ilköğretim mezunu, %12’si ortaokul mezunu, %28’i lise mezunu ve %32’si üniversite mezunuydu. Bekar olan hasta oranı %54 iken, hastaların %46’sı evliydi. Mesleki durumlarına bakıldığında %32’sinin işsiz, %33 öğrenci ve %35’inin ise çalışan olduğu öğrenildi.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında AA, AT ve AU grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır.

Tedavi öncesi hastaların DLQI skorları 0-28 arasında değişirken, ortalama skorun 6,26 (± 6,10) olduğu; %21 hastada yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenme hafif düzeyde olurken, %43 hastada orta, fazla ve çok fazla düzeyde olduğu belirlendi. En fazla etkilenmenin ikinci soru ile değerlendirilen utanma/mahcup olma ve yedinci soru ile değerlendirilen iş/okul alanlarında meydana geldiği, en az etkilenen alanların ise spor ve seksüel aktiviteler olduğu saptandı. Ortalama DLQI skorlarına bakıldığında, altı ay sonunda AA hastalarında azalma

(6,29 ± 6,05 vs. 5,21±5,99), AT hastalarında (6,83 ± 3,71 vs. 7,17±4,57) ve AU hastalarında (5,91 ± 7,29 vs. 6,52±4,62) ise artış olduğu saptandı. DLQI skorlarında meydana gelen bu değişimler, AA/AT/AU hasta gruplarının başlangıç ve altıncı ay arasında, ayrıca tüm hasta grupları için izlem ve tedavi&izlem açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 2).

Altı ay sonunda tedavi başlangıcına göre ortalama DLQI skorlarına bakıldığında, sistemik tedavi grubunda topikal tedavi grubuna göre daha belirgin olmak üzere DLQI skorlarında azalma olduğu; fototerapi ve immünoterapi grubunda ise DLQI skorlarında artış meydana geldiği, fakat tüm hastalar göz önüne alındığında DLQI skorlarındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü. Aynı zamanda ortalama DLQI skorlarında meydana gelen değişimlerin, tedavi grupları arasında da anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı (Tablo 3).

SF-36 ortalama skorları, başlangıç ve altıncı ay değerleri arasında sadece AA grubunda olmak üzere ağrı (p=0,022) ve vitalite/enerji (p=0,040) skorlarında, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğine işaret edecek şekilde skorlarda azalma saptandı. Altı ay sonunda tüm hasta gruplarında emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (p=0,009) ve mental komponent (p=0,042) ortalama skorlarında, yaşam kalitesindeki iyileşmeye işaret edecek şekilde artış meydana geldiği saptandı (Tablo 2).

Altı ay sonunda tüm hastalar göz önüne alınarak SF-36 skorlarına bakıldığında, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (p=0,030), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (p=0,005) ve mental komponent skorlarında (p=0,037) istatistiksel olarak anlamlı bir düzelme meydana geldiği, bu düzelenin sistemik tedavi grubunda daha belirgin (p=0,068-0,077) olmakla birlikte tedavi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka sahip olmadığı görüldü (Tablo 3).

Hastalık tipine göre ve 0-6. aya göre DLQI ve SF-36 ölçekleri ile değerlendirilmiş olan yaşam kalitesi skorları Tablo 2’de, tedavi tipine göre ve 0-6. aya göre DLQI ve SF-36 ölçekleri ile değerlendirilmiş olan yaşam kalitesi skorları Tablo 3’te yer almaktadır.

HAD-A skorlarında da altı ay sonunda özellikle AA grubunda (p=0,080) olmak üzere anksiyete riskinin azaldığını gösterecek şekilde ortalama HAD-A skorlarında azalma meydana geldiği, fakat bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (AT için p=0,842, AU için p=0,608). Depresyon açısından bakıldığında, AA ve AT grubundaki hastalarda altı ay sonunda depresyon riskinde azalmaya işaret eden ortalama HAD-D skorlarında azalma olduğu görülürken, AU grubunda ise ortalama HAD-D skorlarının arttığı görülmüştür. Fakat bu değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 2).

Altı ay sonunda özellikle sistemik tedavi grubunda daha belirgin (p=0,055) olmak üzere, topikal ve immünoterapi tedavi gruplarında anksiyete skorlarında azalma (anksiyete görülme riskinde azalma) ve fototerapi grubunda HAD-A skorlarında artış (anksiyete görülme riskinde artış) meydana geldiği, fakat tüm hastalar göz önüne alındığında tedavi grupları arasında anksiyete skorlarındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. HAD-D skorlarına bakıldığında yine sistemik tedavi grubunda daha fazla olmak üzere topikal tedavi grubunda skorlarda azalma (depresyon görülme riskinde azalma), fototerapi ve immünoterapi grubunda ise depresyon skorlarında artış olduğu saptanmıştır. Tüm hastalar göz önüne alındığında ve tedavi grupları arasında depresyon skorlarındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo 3).

HAD-A ve HAD-D skorları, kesme skorları dikkate alınarak hastalarda başlangıç ile altıncı aydaki skorlarındaki değişimlere bakıldığında, genel olarak tüm hasta gruplarında tedavi öncesi ve sonrası anksiyete riski yüzdelerinin değişmediği, AA ve AU gruplarında tedavi sonrasında hastaların yaklaşık beşte birinde anksiyete riskinin ortadan kalktığı görülmekle birlikte bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Depresyon açısından AA hastalarının yaklaşık 2/10’sinde ve AT hastalarının da yaklaşık 4/10’ünde altıncı ay sonunda depresyon riskinin ortadan kalktığı ve AT hasta grubunda bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

**TABLO 2:** Hastalık tipine göre ve 0-6.aya göre yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon skorları.

	Alopesi areata (n=37) (Ortalama±SD)	Alopesi totalis (n=12) (Ortalama±SD)	Alopesi universalis (n=23) (Ortalama±SD)	P*
DLQI-0	6,29±6,05	6,83±3,71	5,91±7,29	İzlem için p=0,952
DLQI-6	5,21±5,99	7,17±4,57	6,52±4,62	Tedavi&izlem için P=0,519
P**	0,248	0,842**	0,608	
Fiziksel fonksiyon-0	90,3±17,4	98,3±3,3	85,7±16,5	İzlem için p=0,382
Fiziksel fonksiyon-6	90,7±13,9	94,2±8,2	85,0±18,2	Tedavi&izlem için P=0,563
P**	0,539**	0,072*	0,839	
Fiziksel rol-0	77,0±26,7	62,5±40,6	63,0±38,3	İzlem için p=0,054
Fiziksel rol-6	80,4±28,3	77,1±34,5	69,6±37,7	Tedavi&izlem için P=0,572
P**	0,480**	0,067	0,435	
Ağrı-0	86,3±21,0	87,8±16,8	76,8±22,9	İzlem için p=0,124
Ağrı-6	79,0±24,0	82,7±19,8	75,0±22,5	Tedavi&izlem için P=0,667
P**	<b>0,022**</b>	0,220	0,787	
Genel sağlık-0	61,0±23,5	62,1±22,4	54,5±15,5	İzlem için p=0,104
Genel sağlık-6	63,0±20,0	63,6±16,5	63,3±21,9	Tedavi&izlem için P=0,354
P**	0,471	0,685	0,101	
Vitalite/Enerji-0	61,8±22,6	57,9±26,9	60,7±19,3	İzlem için p=0,894
Vitalite/Enerji-6	56,4±20,8	59,2±27,8	64,0±22,4	Tedavi&izlem için P=0,087
P**	<b>0,040</b>	0,751	0,333	
Sosyal fonksiyon-0	71,3±28,0	70,8±26,3	71,8±23,6	İzlem için p=0,093
Sosyal fonksiyon-6	77,4±22,6	80,2±18,9	73,6±24,8	Tedavi&izlem için P=0,680
P**	0,168	0,108	0,767	
Emosyonel rol-0	71,2±35,2	50,0±43,8	58,0±36,5	İzlem için p=0,009
Emosyonel rol-6	82,0±27,9	63,9±43,7	71,0±35,3	Tedavi&izlem için P=0,955
P**	0,060	0,295	0,083	
Mental sağlık-0	64,9±18,3	58,3±21,5	64,5±23,2	İzlem için p=0,916
Mental sağlık-6	60,3±21,3	62,3±16,9	64,3±19,6	Tedavi&izlem için P=0,294
P**	0,145	0,383	0,959	
PCS_0	53,3±8,3	54,9±4,5	49,2±6,6	İzlem için p=0,577
PCS_6	52,1±6,3	53,8±4,7	49,8±7,3	Tedavi&izlem için P=0,652
P**	0,237	0,373	0,786	
MCS_0	43,8±10,5	38,4±12,5	43,1±10,1	İzlem için p=0,042
MCS_6	44,3±9,8	42,7±10,0	45,0±9,9	Tedavi&izlem için P=0,375
P**	0,751	0,108	0,165	
HAD-A-0	8,73±5,70	7,00±4,94	6,87±4,88	İzlem için p=0,103
HAD-A-6	7,62±5,23	6,33±3,31	6,26±4,08	Tedavi&izlem için P=0,857
P**	0,080	0,529	0,428	
HAD-D-0	7,08±5,32	6,75±4,98	6,21±4,23	İzlem için p=0,635
HAD-D-6	6,35±5,12	6,00±4,24	6,87±4,21	Tedavi&izlem için P=0,468
P**	0,331	0,541	0,489	

\*Tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi

\*\*İşaretili olan p değerleri Wilcoxon signed rank test, Diğerleri Paired t test

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete alt ölçeği, HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon alt ölçeği

PCS: Fiziksel komponent skoru, MCS: Mental komponent skoru

Yaşam kalite ölçekleri (DLQI ve SF-36 alt ölçekleri) ve HAD ölçekleri (HAD-A ve HAD-D)'nin yanında yer alan 0 ve 6 rakamları başlangıç (0) ve altıncı ay (6)'a ait olduğunu göstermektedir.

**TABLO 3:** Tedavi tipine göre ve 0-6.aya göre yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon skorları.

	Topikal (n=31) (Ortalama±SD)	İmmünoterapi (n=20) (Ortalama±SD)	Fototerapi** (n=7) (Ortalama±SD)	Sistemik (n=14) (Ortalama±SD)	P
DLQI-0	5,55 ± 5,21	5,90 ± 6,40	7,29 ± 7,48	7,86 ± 7,12	İzlem için p=0,851
DLQI-6	5,36 ± 5,02	6,35 ± 5,98	9,14 ± 6,67	5,14 ± 4,31	Tedavi&izlem için P=0,309
p	0,813	0,847	0,223**	0,244	
Fiziksel fonksiyon-0	91,94 ± 14,87	87,50 ± 17,21	93,57 ± 11,07	88,21 ± 19,57	İzlem için p=0,861
Fiziksel fonksiyon-6	90,81 ± 13,55	83,50 ± 18,43	92,14 ± 11,50	93,57 ± 12,16	Tedavi&izlem için P=0,206
p	0,169*	0,192	0,713**	0,174	
Fiziksel rol-0	79,84 ± 24,51	58,75 ± 41,58	67,86 ± 40,09	66,07 ± 38,74	İzlem için <b>p=0,030*</b>
Fiziksel rol-6	79,84 ± 26,16	62,50 ± 39,32	82,14 ± 37,40	85,71 ± 28,95	Tedavi&izlem için P=0,233
p	0,913*	0,651	0,180**	0,068	
Ağrı-0	83,10 ± 21,69	81,90 ± 19,87	79,14 ± 30,94	88,79 ± 18,06	İzlem için p=0,157
Ağrı-6	80,23 ± 20,24	69,95 ± 24,91	79,00 ± 26,19	85,86 ± 21,86	Tedavi&izlem için P=0,476
p	0,129*	0,117	1,00**	0,594	
Genel sağlık-0	62,10 ± 24,30	56,20 ± 17,46	52,71 ± 24,09	59,86 ± 17,00	İzlem için p=0,068
Genel sağlık-6	64,32 ± 20,40	63,45 ± 24,54	61,14 ± 17,16	61,36 ± 13,15	Tedavi&izlem için P=0,697
p	0,430	0,241	0,207**	0,718	
Vitalite/Enerji-0	61,94 ± 20,92	61,75 ± 23,41	56,43 ± 24,78	58,93 ± 23,63	İzlem için p=0,934
Vitalite/Enerji-6	57,90 ± 21,44	59,35 ± 27,85	61,43 ± 23,04	61,07 ± 7,67	Tedavi&izlem için P=0,427
p	0,125	0,489	0,450**	0,695	
Sosyal fonksiyon-0	76,61 ± 25,36	64,50 ± 25,09	75,00 ± 29,76	67,86 ± 27,17	İzlem için p=0,086
Sosyal fonksiyon-6	77,42 ± 22,46	70,88 ± 23,47	76,79 ± 24,40	83,04 ± 21,15	Tedavi&izlem için P=0,364
p	0,833	0,345	0,705**	0,098	
Emosyonel rol-0	72,05 ± 34,54	51,66 ± 38,21	66,67 ± 38,49	59,52 ± 41,72	İzlem için <b>p=0,005*</b>
Emosyonel rol-6	78,49 ± 30,50	63,34 ± 38,85	80,96 ± 37,79	83,34 ± 28,49	Tedavi&izlem için P=0,564
p	0,298*	0,129	0,257**	0,075	
Mental sağlık-0	65,16 ± 18,68	66,00 ± 23,12	53,71 ± 24,21	62,00 ± 18,35	İzlem için p=0,970
Mental sağlık-6	61,81 ± 21,78	61,00 ± 21,83	58,29 ± 19,98	65,43 ± 13,18	Tedavi&izlem için P=0,374
p	0,302	0,189	0,528**	0,432	
PCS_0	53,62 ± 8,57	50,29 ± 6,69	51,76 ± 7,83	52,24 ± 5,91	İzlem için p=0,886
PCS_6	52,42 ± 6,16	48,96 ± 7,84	52,69 ± 6,66	53,24 ± 4,07	Tedavi&izlem için P=0,731
p	0,254	0,580	0,833**	0,568	
MCS_0	44,50 ± 10,14	41,65 ± 12,23	40,41 ± 11,00	41,27 ± 10,22	İzlem için <b>p=0,037*</b>
MCS_6	44,35 ± 9,29	42,84 ± 11,64	43,84 ± 10,66	46,24 ± 7,67	Tedavi&izlem için P=0,244
p	0,921	0,453	0,173**	0,077	
HAD-A-0	7,90 ± 5,45	7,15 ± 5,68	7,43 ± 5,13	8,93 ± 5,08	İzlem için p=0,203
HAD-A-6	6,90 ± 5,22	6,80 ± 4,74	8,71 ± 4,39	6,50 ± 3,00	Tedavi&izlem için P=0,137
P	0,077	0,682	0,394**	0,055	
HAD-D-0	6,45 ± 5,27	7,15 ± 5,05	6,57 ± 5,19	6,93 ± 4,00	İzlem için p=0,893
HAD-D-6	5,61 ± 5,14	7,95 ± 4,59	7,57 ± 4,76	5,64 ± 3,13	Tedavi&izlem için P=0,397
p	0,201	0,496	0,750**	0,369	

\*Eşleştirilmiş gruplarda t testi

\*\*İşaretili olan p değerleri Wilcoxon işaretili sıra testi

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete alt ölçeği, HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon alt ölçeği

PCS: Fiziksel komponent skoru, MCS: Mental komponent skoru

**TABLO 4:** Alopesi tiplerine göre, başlangıç ve 6. aydaki anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) riski skorlarının karşılaştırılması.

	Başlangıç HAD-A <10	Başlangıç HAD-A <10	Başlangıç HAD-A ≥ 10	Başlangıç HAD-A ≥ 10	Kappa değeri (p)
	6.ay HAD-A <10 (%)	6.ay HAD-A ≥ 10 (%)	6.ay HAD-A <10 (%)	6.ay HAD-A ≥ 10 (%)	
Alopesi areata	45,9	10,8	21,6	21,6	κ=0,319, p=0,046
Alopesi totalis	75,0	8,3	0,0	16,7	κ=0,750 p=0,007
Alopesi universalis	60,9	4,3	17,4	17,4	κ=0,475 p=0,016
TOPLAM	55,6	8,3	16,7	19,4	κ=0,430 P=0,001
	Başlangıç HAD-D <7	Başlangıç HAD-D <7	Başlangıç HAD-D ≥ 7	Başlangıç HAD-D ≥ 7	Kappa değeri (p)
	6.ay HAD-D <7 (%)	6.ay HAD-D ≥ 7 (%)	6.ay HAD-D <7 (%)	6.ay HAD-D ≥ 7 (%)	
Alopesi areata	37,8	10,8	18,9	32,4	κ=0,408 P=0,012
Alopesi totalis	25,0	16,7	41,7	16,7	κ=0,105 P=0,679
Alopesi universalis	30,4	26,1	8,7	34,8	κ=0,324 P=0,099
TOPLAM	33,3	16,7	19,4	30,6	κ=0,278 P=0,018

## TARTIŞMA

Saçların, kişiliğin ve benlik bilincinin önemli bir komponenti olması nedeniyle, kısmi olsa bile saçların kaybı, emosyonel stres, psikolojik zorluklar, sosyal etkiler ve yaşam kalitesinde olumsuz etkilenebilir. <sup>1,24,25,47-49</sup> Ayrıca alopesi olan kişilerde depresyon ve anksiyete olması daha muhtemeldir. <sup>25,35,50</sup>

**Yaşam Kalitesi:** Saç kaybına neden olan hastalıklarda, hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisi değişkendir ve hastalığın klinik şiddeti ile korele olmayabilir. <sup>51</sup> AA hastalarında, hastalık ile ilgili hastanın algıları ile doktorun algısı arasında uyumsuzluk bulunmaktadır. <sup>52</sup> Sonuç olarak, tutulan deri alanı yüzdesi gibi hastalığın şiddetini değerlendiren ölçüm yöntemleri, etkilenen hastanın psikolojik sıkıntısını tanımlayabilmek için yetersiz kalmaktadır. <sup>52</sup>

AA, diğer dermatolojik hastalıklar ve alopesi tipleri ile karşılaştırılabilir düzeyde yaşam kalitesinde olumsuz etkilenmeye yol açmaktadır. <sup>51-56</sup> AA yaş, cinsiyet, medeni durum ve hastalık şiddeti gözetmeksizin tüm hastalarda yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Literatürdeki diğer araştırmalarda AA hastalarında saptanan DLQI skorları, yaşam kalitesinde ortadan şiddetliye olumsuz etkilenmeyi gösterecek şekilde 5,8-13,54 (ort. 6,3) arasında değişmektedir. <sup>10,25,53,55-57</sup> Bizim çalışmamızdaki alopesi hastala-

rının ortalama DLQI skorları da literatürdeki diğer sonuçlar ile uyumluluk göstermektedir.

Qi ve ark. bazı çalışmalarda DLQI skorlarının daha yüksek bulunmasının nedeni olarak bu çalışmalardaki hastaların alopesi şiddetinin daha yüksek olmasını ileri sürmüşlerdir. <sup>10,56,57</sup> Bizim çalışmamızda ise AA, AT ve AU hasta gruplarının ortalama DLQI skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (AA için 6,29 ± 6,05; AT için 6,83 ± 3,71; AU için 5,91 ± 7,29).

AA hastalarının yarısından fazlasında sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinin bozulduğu bildirilmiştir. Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen risk faktörleri olarak genç yaşta olmak (<50 yıl), kadın cinsiyet, bekar olmak ve AA'nın şiddetli formlarının bulunması gösterilmiştir. <sup>7,10,24,25,55-58</sup> Bizim çalışmamızda ise literatürdeki diğer bazı araştırmalarla uyumlu olacak şekilde, DLQI skorları ile hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumu, hastalık şiddeti ve kaş/kirpik tutulumu olup olmaması gibi değişkenlerle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. <sup>10,57,58</sup>

AA hastalarında yaşam kalitesinin en çok etkilenen alanları kendini algılamak, utanma/mahcup olma, sosyal yaşam ve boş zaman aktiviteleri olduğu, bu durumun nedeninin, kişilerin görünümünde saçların özel bir öneme sahip olması olabileceği ifade edilmiştir. <sup>10,34,54,57,59</sup> Bizim çalışmamızda ise hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin DLQI ile değerlendirilmesinde utanma/mahcup olma (soru 2) ve iş & okul (soru 7) en çok etkilenen alanlar olarak öne çıkmıştır.



AA hastalarında, yaşam kalitesinin SF-36 ölçeği ile değerlendirildiği araştırmalarda, en fazla etkilenme meydana gelen yaşam kalitesi alanlarının emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, genel sağlık, ve sosyal fonksiyon olduğu rapor edilmiştir.<sup>30,54,57,60-62</sup> En az etkilenen yaşam kalitesi alanlarının ise fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları ve ağrı olduğu görülmüştür.<sup>60</sup> Farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda, hastaların yaşam kalitesinde meydana gelen olumsuz etkilenmelerin farklı alanlarda olabilmesi, toplumlar arasındaki sosyo-kültürel değişkenliklere bağlı olabilir.<sup>30,54,62</sup>

Çalışmamızda AA/AT/AU grupları arasında, uygulanan tedavi yönteminden bağımsız olarak başlangıç ve altıncı ay emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları ( $p=0,0098$ ) ve MCS ( $p=0,042$ ) alanlarında SF-36 skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır.

de Hollanda ve ark., AA hastalarında mental sağlık skorlarının cinsiyet ( $p=0,139$ ), yaş ( $p=0,603$ ) ve alopesi şiddeti ( $p=0,130$ ) ile etkilenmediğini rapor etmişlerdir.<sup>62</sup> Fakat bizim çalışmamızda kadın hastaların ağrı ( $p=0,006$ ), genel sağlık ( $p=0,013$ ), enerji/vitalite ( $p=0,011$ ), PCS ( $p=0,029$ ) ve MCS ( $p=0,03$ ) alanlarında yaşam kalitesinde meydana gelen olumsuz etkilenmenin erkeklere göre daha fazla olduğunu saptadık.

Saçlı deri harici tutulum olması durumunda, VQ-Dermato ile değerlendirilen hastalarda yaşam kalitesinin boş zaman aktiviteleri ve tedavi kısıtlamaları alanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olumsuz etkilenme meydana geldiği bildirilmiştir.<sup>54</sup> Bizim çalışmamızda ise kaş ve/veya kirpiklerde dökülme olan hastalar ile olmayan hastaların yaşam kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Literatürde, AA hastalarında uygulanan tedavi ile hastaların yaşam kalitesi düzeylerinde meydana gelen değişimin değerlendirildiği çalışma sayısı çok azdır.<sup>63-67</sup> Staumont-Sallé ve ark.nın yapmış oldukları araştırmada, pulse kortikosteroid tedavisine yanıt alınan hastalar ile yanıt alınmayan hastaların ortalama DLQI skorları arasında (3,1 vs. 7,5,

$p<0,005$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunduğu rapor edilmiştir.<sup>63</sup> Price ve ark.nın yapmış oldukları araştırmada ise AA hastalarında, 12 hafta sonunda plasebo ile efalizumab tedavisi uygulanan grup arasında ve 24 hafta sonunda plasebo-efalizumab ile efalizumab-efalizumab tedavisi alan gruplar arasında Dermatology Quality of Life Scales (DQoLs) ölçeği ile değerlendirilen yaşam kalitesi skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmiştir.<sup>64</sup> Willemsen ve ark.nın yapmış oldukları bir araştırmada, iki ayda bir ve toplamda 10 seans olacak şekilde uygulanan hipnoterapi ile hastalarda belirgin klinik düzelme sağlanamasa da, altı ay sonunda, kontrol grubu ile mukayese edildiğinde başlangıca göre SF-36 mental komponent skorunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ( $p<0,001$ ) bir düzelme sağlanırken; Skindex-17 ölçeği ile yapılan değerlendirmede ise psiko-sosyal alt ölçek skorlarında ( $p=0,093$ ) ve semptom alt ölçek skorlarında ( $p=0,223$ ) istatistiksel olarak anlamlı olmasa da düzelme sağlandığı raporlanmıştır.<sup>65</sup> Willemsen ve ark.nın bir başka yayınında ise yine hipnoterapi uygulanan AA hastalarında, hipnoterapi uygulaması sonrasında ve izlemde altıncı ayda başlangıca göre, Skindex-17 toplam skorlarında ve SF-36 ölçeğinin enerji/vitalite, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık ve genel sağlık skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olumlu değişiklikler saptandığı bildirilmiştir.<sup>66</sup>

Inui ve ark.nın yapmış oldukları bir araştırmada AA hastalarında, yaşam kalitesi düzeyleri Yardımcı Cihaz Psikososyal Etki Ölçeği (Psychosocial Impact of Assistive Device Scale, PIADS) ile değerlendirildiğinde postiş ve peruk kullanımı ile hastaların yeterli, uyum yeteneği ve özsaygı alanlarında belirgin olumlu değişiklik meydana geldiği bildirilmiştir.<sup>67</sup>

**Anksiyete & Depresyon:** Literatürde AA ile depresyon, anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluk, sosyal fobi ve paranoid bozukluk gibi bazı psikiyatrik hastalıkların birlikteliğini bildiren araştırmalar bulunmaktadır.<sup>28,29,33-36,68-74</sup> Bununla birlikte bazı araştırmalarda da AA ile psikolojik faktörler arasında belirgin bir ilişki bulunmadığı rapor edilmiştir.<sup>30,75</sup>

AA hastalarında yaşam boyunca psikiyatrik bozuklukların prevalansının %66-74, yaygın anksiyete bozukluğu yaşam boyu prevalansının %39-62 ve depresyon için bu oranın %38-39 olduğu bildirilmiştir.<sup>33,34,68,76</sup>

AA ile komorbid psikiyatrik bozukluklar arasında anksiyete %5,0 oranla ilk sırada yer alırken, majör depresif bozukluğun %2,9 oranla ikinci sırada yer aldığı rapor edilmiştir. AA hastalarında 20-39 yaş aralığında anksiyete prevalansının hafif arttığı saptanırken (OR 1,43; %95 GA 1,15-1,77), 40-59 yaş aralığının en yüksek riske sahip olduğu (OR 2,05; %95 GA 1,56-2,68) bulunmuştur.<sup>68</sup>

*Anksiyete:* AA ile anksiyete bozukluğu arasındaki ilişki uzun yıllardan bu yana bilinmektedir.<sup>77</sup> Farklı araştırmalarda AA hastalarında anksiyete görülme oranının %13,7-63 arasında olduğu saptanmıştır.<sup>34,35,74,76,78</sup> Bununla birlikte literatürde AA hastalarında, kontrol grubuna göre anksiyete skorlarının anlamlı farklılık göstermediğini rapor eden az sayıda araştırma bulunmaktadır.<sup>30,75</sup> Biz de HAD ölçeği ile yaptığımız değerlendirmede hastaların %36,1'inin anksiyete açısından risk grubunda yer aldığını saptadık.

Literatürde, özellikle kadın hastalarda ve genç hastalarda anksiyete görülme ihtimalinin daha yüksek olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır.<sup>77</sup> Sellami ve ark.nın yapmış oldukları bir araştırmada, kadın hastalarda erkeklere göre daha fazla anksiyete ve depresyon saptandığı bildirilmiştir.<sup>76</sup> Chu ve ark. da 20-39 yaş aralığında anksiyete görülme riskinin daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir.<sup>68</sup> Bununla birlikte bazı araştırmalarda hastalık süresi, hastalığın başlangıç yaşı, relaps sayısı ve hastalığın şiddeti gibi hastalık özelliklerinin anksiyete ile ilişkisinin bulunmadığı bildirilmiştir.<sup>73</sup>

Biz de araştırmamızda, hastaların demografik özellikleri ile anksiyete riski arasında herhangi bir ilişki saptamadık.

Aghaei ve ark. yüz tutulumu ile anksiyete arasında belirgin ilişki olduğunu bildirmişlerdir (p=0,019).<sup>73</sup> Bizim çalışmamızda ise kaş ve/veya kirpik tutulumu olan hastalar ile hiç kaş/kirpik tutulumu olmayan hastalar arasında anksiyete riski açısından anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.

Willemsen ve ark.nın yapmış oldukları bir araştırmada, uygulanan hipnoterapi ile hastalarda belirgin klinik düzelme sağlanamasa da altı ay sonunda, kontrol grubu ile mukayese edildiğinde başlangıca göre SCL-90 ile değerlendirilen anksiyete skorlarında istatistiksel olarak anlamlı (p=0,009) düzelme sağlandığı raporlanmıştır.<sup>65</sup> Willemsen ve ark.nın bir başka yayınında yine hipnoterapi uygulanan AA hastalarında, hipnoterapi uygulaması sonrasında ve izlemde altıncı ayda başlangıca göre, SCL-90 anksiyete skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (p=0,01) olumlu değişiklik saptandığı bildirilmiştir.<sup>66</sup>

*Depresyon:* AA hastalarında depresyon görülme oranları literatürde %8,8-50 olarak bildirilmiştir.<sup>34,35,74,76,78</sup> HAD ölçeği ile yaptığımız değerlendirmede hastaların %50,0'sinin depresyon için risk grubunda bulunduğunu saptadık. Bununla birlikte Güleç ve ark. ise AA hastaları ile kontrol grubunun depresyon skorları arasında anlamlı bir farklılık saptamamışlardır.<sup>30</sup>

Bazı çalışmalarda bekar hastalarda kontrol grubuna göre belirgin olarak daha fazla depresyon bulunduğu gösterilmiştir.<sup>76,79</sup> Aghaei ve ark. ise yüz tutulumu ile depresyon arasında belirgin ilişki bulunduğunu bildirmişlerdir (p=0,020).<sup>73</sup> Fakat biz çalışmamızda, yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalık şiddeti ve kaş ve/veya kirpik tutulumu olup olmaması gibi faktörlerin depresyon riskini etkilemediğini saptadık.

Chu ve ark.nın yapmış oldukları retrospektif bir araştırmada, AA hastalarında anksiyete ve depresyon için tanı alma oranlarının diğer kesitsel araştırmalarda bulunan oranlara göre çok daha düşük düzeylerde kaldığı dikkati çekmektedir (anksiyete %5 ve %13,7-63, depresyon %2,9 ve %8,8-50).<sup>68</sup> Bu durum, AA hastalarının anksiyete ve depresyon açısından sadece kendi başvuruları üzerine değerlendirildikleri takdirde, anksiyete ve depresyon açısından tanı konulma ve profesyonel yardım alma şanslarının ne kadar düşük oranlarda kaldığını yansıtmaktadır. AA hastalarının %7,4-8,8'inde depresyonun şiddetli olduğu da göz önüne alınacak olursa, hastaların depresyon açısından değerlendirilmesinin ne kadar önemli ve gerekli olduğu ortaya çıkmaktadır.<sup>35,74</sup>

Willemsen ve ark.nın yapmış oldukları bir araştırmada, uygulanan hipnoterapi ile hastalarda belirgin klinik düzelme sağlanamasa da altı ay sonunda, kontrol grubu ile mukayese edildiğinde başlangıca göre SCL-90 ile değerlendirilen depresyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,001$ ) düzelme sağlandığı raporlanmıştır.<sup>65</sup>

Willemsen ve ark.nın bir başka yayınlarında ise yine hipnoterapi uygulanan AA hastalarında, hipnoterapi uygulaması sonrasında ve izlemde altıncı ayda başlangıca göre, SCL-90 depresyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ( $p=0,001$ ) olumlu değişiklik saptandığı bildirilmiştir.<sup>66</sup>

## SONUÇ

AA tipik olarak benign, yaşamı tehdit etmeyen kozmetik bir hastalık olarak görülse de, estetik yansımaları sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde ciddi bozukluklara yol açabilmekte ve hastaların psikolojik durumlarında, sosyal ilişkilerinde ve günlük aktivitelerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir.

Alopesi areata ve psikolojik bozukluklar arasındaki ilişki çift taraflıdır; bir yandan hastaların yaşamlarını olumsuz olarak etkileyip psikolojik sorunlara neden olurken, diğer yandan da adı geçen psikiyatrik bozuklukların hastalığın başlangıcında ve alevlenmelerinde rol oynadığı düşünülmektedir.

Hastalık ile ilgili hasta ve doktorun algıları belirgin farklılık gösterebildiğinden, hastalığın şiddetinin değerlendirilmesinde yaşam kalitesindeki etkilenme düzeyinin belirlenmesi, yaygınlık gibi klinik değerlendirmeden daha önemli bir kriter olarak görünmektedir. Literatürdeki araştırmalarda klinik ölçütler dışında, aynı zamanda hastanın yaşam kalitesi düzeyini değerlendiren ve anksiyete ve depres-

yon açısından risk artışının olup olmadığını da dikkate alan çalışma sayısı çok azdır.<sup>63-67</sup>

AA gibi tedavi seçeneklerinin etkinliğinin sınırlı olduğu hastalıklarda, hastalığın psikolojik etkilerinin farkına varılması ve medikal tedavi ile birlikte hastaların özsaygılarını artıracak ve hastalığa uyumunu artıracak psikolojik destek sunulması çok önemlidir. Hastalığın doğası hakkında eğitim verilmesi, psikoterapi ve hastalık destek grupları gibi yaklaşımlar AA hastalarına bu konuda yardımcı olabilir.

AA gibi tedavi etkinliğinin sınırlı olduğu hastalıklarda uygulanan tedavinin etkinliğini, sadece klinik olarak değerlendirmek yerine yaşam kalitesi düzeyinde meydana gelen değişim ve anksiyete/depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar açısından risk grubunda olup olmadığını da incelenmesi, uygulanan tedavinin hastalar üzerindeki olumlu veya olumsuz etkilerinin de daha kapsamlı olarak değerlendirilebilmesine imkan sağlayacağını düşünmekteyiz.

### Finansal Kaynak

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

### Çıkar Çatışması

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

### Yazar Katkıları

*Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.*

## KAYNAKLAR

1. García-Hernández MJ, Ruiz-Doblado S, Rodríguez-Pichardo A, Camacho F. Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. *J Dermatol* 1999;26(10):625-32.
2. Safavi K. Prevalence of alopecia areata in the First National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Dermatol* 1992;128(5):702.
3. Hordinsky MK. Overview of alopecia areata. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2013;16(1):S13-5.
4. MacLean KJ, Tidman MJ. Alopecia areata: more than skin deep. *Practitioner* 2013; 257(1764):29-32.
5. Olsen EA, Hordinsky MK, Price VH, Roberts JL, Shapiro J, Canfield D, et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines--part II. National Alopecia Areata Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2004;51(3):440-7.
6. Guzmán-Sánchez DA, Villanueva-Quintero GD, Alfaro Alfaro N, McMichael A. A clinical study of alopecia areata in Mexico. *Int J Dermatol* 2007;46(12):1308-10.
7. Tan E, Tay YK, Goh CL, Chin Giam Y. The pattern and profile of alopecia areata in Singapore--a study of 219 Asians. *Int J Dermatol* 2002;41(11):748-53.
8. Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol* 2000;42(4):549-66.
9. Wasserman D, Guzman-Sanchez DA, Scott K, McMichael A. Alopecia areata. *Int J Dermatol* 2007;46(2):121-31.
10. 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(4):489-93.
11. Muller SA, Winkelmann RK. Alopecia areata. An evaluation of 736 patients. *Arch Dermatol* 1963;88:290-7.
12. Villasante Fricke AC, Miteva M. Epidemiology and burden of alopecia areata: a systematic review. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2015;8:397-403.
13. Price VH, Colombe BW. Heritable factors distinguish two types of alopecia areata. *Dermatol Clin* 1996;14(4):679-89.
14. Shapiro J. Alopecia areata. *Dermatol Clin* 1993;11(1):35-46.
15. Martinez-Mir A, Zlotogorski A, Christiano AM. Search for susceptibility genes in alopecia areata. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2005;10(3):281-2.
16. Martinez-Mir A, Zlotogorski A, Gordon D, Petukhova L, Mo J, Gilliam TC, et al. Genomewide scan for linkage reveals evidence of several susceptibility loci for alopecia areata. *Am J Hum Genet* 2007;80(2): 316-28.
17. Gilhar A, Paus R, Kalish RS. Lymphocytes, neuropeptides, and genes involved in alopecia areata. *J Clin Invest* 2007;117(8):2019-27.
18. Megiorni F, Pizzuti A, Mora B, Rizzuti A, Garelli V, Maxia C, et al. Genetic association of HLA-DQB1 and HLA-DRB1 polymorphisms with alopecia areata in the Italian population. *Br J Dermatol* 2011;165(4):823-7.
19. Petukhova L, Cabral RM, Mackay-Wiggan J, Clynes R, Christiano AM. The genetics of alopecia areata: what's new and how will it help our patients? *Dermatol Ther* 2011;24(3): 326-36.
20. Skinner RB Jr, Light WH, Bale GF, Rosenberg EW, Leonardi C. Alopecia areata and presence of cytomegalovirus DNA. *JAMA* 1995;273(18):1419-20.
21. 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.
22. 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.
23. Ito T. Recent advances in the pathogenesis of autoimmune hair loss disease alopecia areata. *Clin Dev Immunol* 2013;2013:348546.
24. Hunt N, McHale S. The psychological impact of alopecia. *BMJ* 2005;331(7522):951-3.
25. Williamson D, Gonzalez M, Finlay AY. The effect of hair loss on quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15(2):137-9.
26. Beard HO. Social and psychological implications of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 1986;14(4):697-700.
27. Firooz A, Firoozabadi MR, Ghazisaidi B, Dowlati Y. Concepts of patients with alopecia areata about their disease. *BMC Dermatol* 2005;5:1.
28. Poot F. [Psychological consequences of chronic hair diseases]. *Rev Med Brux* 2004;25(4):A286-8.
29. Brajac I, Tkalcic M, Dragojević DM, Gruber F. Roles of stress, stress perception and trait-anxiety in the onset and course of alopecia areata. *J Dermatol* 2003;30(12):871-8.
30. Güleç AT, Tanriverdi N, Dürü C, Saray Y, Akçali C. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol* 2004; 43(5):352-6.
31. Manolache L, Benea V. Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21(7):921-8.
32. Manolache L, Petrescu-Seceleanu D, Benea V. Alopecia areata and relationship with stressful events in children. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23(1):107-9.
33. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, García-Hernández MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 2003;42(6):434-7.
34. Colón EA, Popkin MK, Callies AL, Dessert NJ, Hordinsky MK. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry* 1991;32(3):245-51.
35. Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994;33(12):849-50.
36. Manolache L, Oprea C, Benea V. Stress and anxiety involved in alopecia areata. *Dermatol Psychosom* 2003;4:112-3.
37. Hordinsky M, Donati A. Alopecia areata: an evidence-based treatment update. *Am J Clin Dermatol* 2014;15(3):231-46.
38. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994;19(3):210-6.
39. Aghaei S, Sodaifi M, Jafari P, Mazharinia N, Finlay AY. DLQI scores in vitiligo: reliability and validity of the Persian version. *BMC Dermatol* 2004;4:8.
40. Hongbo Y, Thomas CL, Harrison MA, Salek MS, Finlay AY. Translating the science of quality of life into practice: what do dermatology life quality index scores mean? *J Invest Dermatol* 2005;125(4):659-64.
41. Öztürkcan S, Ermercan AT, Eser E, Sahin MT. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *Int J Dermatol* 2006;45(11):1300-7.
42. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.
43. Koçyiğit H, Aydemir O, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. [Validity and reliability of Turkish version of SF-36]. *J Drug Ther* 1999;12(2):102-6.
44. Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. Quality of life measures. *Br J Rheumatol* 1996;35(3): 275-81.
45. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.
46. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. [The validity and reliability of the Turkish version of hospital anxiety and depression scale]. *Turkish J Psychiatr* 1997;8(7):280-7.

47. Cash TF. The psychosocial consequences of androgenetic alopecia: a review of the research literature. *Br J Dermatol* 1999;141(3):398-405.
48. Bilgiç Ö, Bilgiç A, Bahalı K, Bahalı AG, Gürkan A, Yılmaz S. Psychiatric symptomatology and health-related quality of life in children and adolescents with alopecia areata. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014;28(11):1463-8.
49. Basra MK, Edmunds O, Salek MS, Finlay AY. Measurement of family impact of skin disease: further validation of the Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22(7):813-21.
50. Van der Donk J, Hunfeld JA, Passchier J, Knegt-Junk KJ, Nieboer C. Quality of life and maladjustment associated with hair loss in women with alopecia androgenetica. *Soc Sci Med* 1994;38(1):159-63.
51. 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):e97-102.
52. Fabbrocini G, Panariello L, De Vita V, Vincenzi C, Lauro C, Nappo D, et al. Quality of life in alopecia areata: a disease-specific questionnaire. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;27(3):e276-81.
53. Ghajarzadeh M, Ghiassi M, Kheirkhah S. Associations between skin diseases and quality of life: a comparison of psoriasis, vitiligo, and alopecia areata. *Acta Med Iran* 2012;50(7):511-5.
54. Dubois M, Baumstarck-Barrau K, Gaudy-Marqueste C, Richard MA, Loundou A, Auquier P, et al. Quality of life in alopecia areata: a study of 60 cases. *J Invest Dermatol* 2010;130(12):2830-3.
55. Shi Q, Duvic M, Osei JS, Hordinsky MK, Norris DA, Price VH, et al. Health-Related Quality of Life (HRQoL) in alopecia areata patients-a secondary analysis of the National Alopecia Areata Registry Data. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2013;16(1):S49-50.
56. Cartwright T, Endean N, Porter A. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *Br J Dermatol* 2009;160(5):1034-9.
57. Qi S, Xu F, Sheng Y, Yang Q. Assessing quality of life in alopecia areata patients in China. *Psychol Health Med* 2015;20(1):97-102.
58. Ceylan S, Uykur F, Balaban S, Köşlü A. [The Dermatology Life Quality Index in alopecia areata]. *Med Bull Haseki* 2005;43(2):1.
59. Wolkenstein P, Zeller J, Revuz J, Ecosse E, Leplège A. Quality-of-life impairment in neurofibromatosis type 1: a cross-sectional study of 128 cases. *Arch Dermatol* 2001;137(11):1421-5.
60. Rencz F, Gulácsi L, Péntek M, Wikonkál N, Baji P, Brodszky V. Alopecia areata and health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol* 2016;175(3):561-71.
61. Masmoudi J, Sellami R, Ouali U, Mnif L, Feki I, Amouri M, et al. Quality of life in alopecia areata: a sample of tunisian patients. *Dermatol Res Pract* 2013;2013:983804.
62. de Hollanda TR, Sodr e CT, Brasil MA, Ramos-E-Silva M. Quality of life in alopecia areata: a case-control study. *Int J Trichology* 2014;6(1):8-12.
63. Staumont-Sall e D, Vonarx M, Lengrand F, Segard M, Delaporte E. Pulse corticosteroid therapy for alopecia areata: long-term outcome after 10 years. *Dermatology* 2012;225(1):81-7.
64. Price VH, Hordinsky MK, Olsen EA, Roberts JL, Siegfried EC, Rafal ES, et al. Subcutaneous efalizumab is not effective in the treatment of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2008;58(3):395-402.
65. Willemsen R, Haentjens P, Roseeuw D, Vanderlinden J. Hypnosis and alopecia areata: long-term beneficial effects on psychological well-being. *Acta Derm Venereol* 2011;91(1):35-9.
66. Willemsen R, Haentjens P, Roseeuw D, Vanderlinden J. Hypnosis in refractory alopecia areata significantly improves depression, anxiety, and life quality but not hair regrowth. *J Am Acad Dermatol* 2010;62(3):517-8.
67. Inui S, Inoue T, Itami S. Psychosocial impact of wigs or hairpieces on perceived quality of life level in female patients with alopecia areata. *J Dermatol* 2013;40(3):225-6.
68. 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.
69. 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.
70. Bashir K, Dar NR, Rao SU. Depression in adult dermatology outpatients. *J Coll Physicians Surg Pak* 2010;20(12):811-3.
71. Tucker P. Bald is beautiful?: the psychosocial impact of alopecia areata. *J Health Psychol* 2009;14(1):142-51.
72. Huang KP, Mullangi S, Guo Y, Qureshi AA. Autoimmune, atopic, and mental health comorbid conditions associated with alopecia areata in the United States. *JAMA Dermatol* 2013;149(7):789-94.
73. Aghaei S, Saki N, Daneshmand E, Kardeh B. Prevalence of psychological disorders in patients with alopecia areata in comparison with normal subjects. *ISRN Dermatol* 2014;2014:304370.
74. Ataseven A, Saral Y, Godekmerdan A. Serum cytokine levels and anxiety and depression rates in patients with alopecia areata. *Eurasian J Med* 2011;43(2):99-102.
75. Cordan Yazici A, Bařterzi A, Tot Acar S, Ust nsoy D, Ikizođlu G, Demirseren D, et al. [Alopecia areata and alexithymia]. *Turk Psikiyatri Derg* 2006;17(2):101-6.
76. Sellami R, Masmoudi J, Ouali U, Mnif L, Amouri M, Turki H, et al. The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case-control study. *Indian J Dermatol* 2014;59(4):421.
77. Hawryluk EB, English JC 3rd. Female adolescent hair disorders. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009;22(4):271-81.
78. 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.
79. Saleh HM, Salem SAM, El-Sheshetawy RS, El-Samei AMA. Comparative study of psychiatric morbidity and quality of life in psoriasis, vitiligo and alopecia areata. *Egypt Dermatol Online J* 2008;4(1):2.