

Alopesi Areatalı Çocuklarda Psikiyatrik Eş Tanılar

Kağan GÜRKAN *, Ümran TÜZÜN **, Osman ABALI ***

ÖZET

Amaç: Alopesi Areata (AA) etyolojisinde psikososyal etmenler ve psikiyatrik bozuklukların da etkili olduğu düşünülen, dermatoloji pratiğinde yaygın olarak karşılaşılan bir hastalıktır. Bu çalışmada AA'lı çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, stresli yaşam olayları, olumsuz aile tutumları ve çocukların kişilik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bir üniversite hastanesi çocuk psikiyatrisi konsultasyon liyezon polikliniğine başvuran 16 çocuk ve ergenin kayıtları geriye dönük olarak incelenmiştir. Olguların psikiyatrik tanıları, kişilik özellikleri ve aile tutumlarına ilişkin oranlar değerlendirilmiştir. Psikiyatrik tanımlar DSM-IV ölçütlerine göre konmuştur.

Bulgular: En sık konulan psikiyatrik tanımlar kaygı bozuklukları (% 43,8, n=7) ve major depresyon (% 37,5, n=6) olarak saptanmıştır. Olguların önemli bir kısmında (% 68,8, n=11) içe dönük kişilik özellikleri bulunmaktadır. Çocukların ailelerinin % 37,5'inde (n=6) psikososyal stres etkenleri saptanmıştır. Olguların yalnızca ikisinde saç kaybı öncesi stresli bir yaşam olayı bulunduğu görülmüştür.

Sonuç: Sonuçlar AA'lı çocuklarda psikiyatrik bozuklukların yaygın olduğunu ve aile içi olumsuz tutumlar, psikososyal etmenler ve çocukların kişilik özellikleriyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Bu tür olguların çocuk psikiyatrisi konsultasyon liyezon polikliniklerinde rutin olarak değerlendirilmesi, psikiyatrik tedavinin sağlanması ve sonrasında hastalığın gidişini olumlu yönde değiştirmesi açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Alopesi areata, psikiyatrik tanımlar, aile tutumları, kişilik özellikleri

Düşünen Adam; 2006, 19(2):72-76

ABSTRACT

Psychiatric Comorbidity in Children with Alopecia Areata

Objective: Alopecia Areata (AA) is a common disease in dermatological practice. Its etiology is considered to be connected with psychosocial factors and psychiatric disorders. In this study it is aimed to determine comorbid psychiatric disorders, stressful life events and personality characteristics of children with AA.

Method: A retrospective study was conducted with 16 children and adolescents who were referred to a consultation liaison unit of a child and adolescent psychiatry department of a university hospital. Psychiatric diagnoses, personality traits and family attitudes of children were evaluated. Psychiatric diagnoses were made according to DSM-IV.

Results: The most frequent psychiatric diagnoses were anxiety disorders (43.8 %, n=7) and major depression (37.5 %, n=6). Most of the cases (68.8 %, n=11) had introvert personality traits. Psychosocial stress factors were detected in 37.5 % of the families. Stressful life events were present only in two cases.

Conclusion: Results of the study suggest that psychiatric disorders may be common and related to negative family attitudes toward children, psychosocial factors and personality traits of children with AA. It is important to assess such children in consultation liaison units of child psychiatry clinics in order to provide psychiatric treatment, so it may improve the prognosis of disease.

Key words: Alopecia Areata, psychiatric diagnoses, family attitudes, personality traits

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzm. Dr.

** İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Prof. Dr.

*** İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzm. Dr.

GİRİŞ

Alopesi Areata (AA) etyolojisinde otoimmün değişiklikler, endokrin etmenler ve stresli yaşam olaylarının etkili olduğu düşünülen, dermatoloji pratiğinde yaygın olarak rastlanan bir hastalıktır (1-3,13). Aniden gelişir ve halka şeklinde saç dökülmeleriyle ortaya çıkar. Çocuklarda ortaya çıktığında bir yıl içinde tam düzelleme oranı % 95 olarak bildirilmektedir (4). Yaşam boyu yaygınlığının % 1 civarında olduğu ve hastaların % 60'ının 20 yaşın altında olduğu saptanmıştır (5). Hastaların çoğunluğunu çocuk ve ergenler oluşturmakta ve AA'lı çocuklar sıklıkla psikiyatrik değerlendirme yapılmak üzere çocuk psikiyatrisi polikliniklerine gönderilmektedir.

AA'lı erişkin hastalarda yapılan çalışmalarda eşlik eden psikiyatrik bozuklukların oranının yüksek olduğu bildirilmiştir. Depresyon, kaygı bozuklukları ve uyum bozukluklarının en sık karşılaşılan psikiyatrik tanılardır (2,3,6). Eşlik eden psikiyatrik bozukluğun farmakoterapisinin alopesi ve diğer dermatolojik hastalıkların tedavisinde yararlı olacağı bildirilmiştir (7,8). Bazı çalışmalarda AA'lı hastalarda psikiyatrik bozukluklar nedeniyle uygulanan ilaç tedavisinin alopesiyi düzelttiği ortaya konmuştur (9,10). Bunun tersine psikotrop ilaçların saç kaybına yol açabileceğini gösteren bildirimler de bulunmaktadır (11,12). Bazı çalışmalarda AA hastalarında saç kaybı öncesi stresli yaşam olaylarının kontrol grubuna göre oldukça yüksek olduğu bildirilirken (13), bazılarında stresli yaşam olayının varlığı ile AA'nın doğrudan ilişkisi olmadığı, stresin algılanma şeklinin daha önemli olduğu bildirilmiştir (14).

Çocuk ve ergen yaş grubundaki yüksek AA oranına karşın eşlik eden psikiyatrik bozukluklar açısından çok az araştırılmış bir alan olduğu görülmektedir. Okul çağı çocuklarından oluşan 33

kişilik ve okul öncesi yaş grubu çocuklardan oluşan 16 kişilik iki AA'lı hasta grubunda yapılan kontrollü çalışmada, genel psikiyatrik belirtiler ile depresyon ve kaygı belirtilerinin AA'lı çocuklarda belirgin olarak yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, saç kaybindan önce olumsuz yaşam olaylarının varlığı ya da olumlu yaşam olaylarının yokluğunun AA oluşmasında etkili olabileceğini belirtmişlerdir (15). AA'lı çocuklardan oluşan 12 kişilik bir grup üzerinde yapılan çalışmada, yapılandırılmış görüşmelerle beklenenden yüksek düzeyde kaygı bozuklukları ve depresif bozukluklar saptanmış, ancak olguların kendi bildirimleri ve anne baba raporlarına göre önemli derecede bir psikopatolojinin saptanmadığı bildirilmiştir (16).

Bu noktadan hareketle dermatoloji kliniklerinden çocuk psikiyatrisi konsultasyon liyezon polikliniğimize gönderilen total alopesi ve AA'sı olan olgularda, eşlik eden psikiyatrik bozukluk tanılarının incelenerek, çocukların kişilik özellikleri ve ailelerinin tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya dermatoloji kliniklerinden İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Konsultasyon Liyezon Polikliniği'ne AA tanısı ile gönderilmiş olan 16 çocuk ve ergen alınmıştır. Olgulara ait bilgiler dosya kayıtları geriye dönük olarak incelenerek elde edilmiştir. Olguların başvuru şikâyetleri, belirtiler, psikiyatrik tanılar, sosyodemografik veriler, aile içi tutumlar, stresli yaşam olayları ve çocukların kişilik özelliklerine ilişkin bilgiler dosya kayıtlarında yer almaktaydı. Çocukların kişilik özellikleri ile ilgili sınıflandırma anne baba ve bakımverenlerden alınan bilgilere ek olarak, görüşmecilerin klinik değerlendirmesine dayalı yapılmıştır. Aile içi tutumlar ve stresli yaşam olayları ile ilgili bilgiler tüm

olguların bakımverenlerine sorularak elde edilmiştir. Aşırı koruyucu kollayıcı tutum, aşırı müdahaleci/baskılayıcı tutum, yüksek beklenti düzeyi, şiddet uygulama gibi tutumlar olumsuz aile içi tutumlar olarak ayırt edilmiştir. Olguların psikiyatrik tanıları DSM-IV ölçütlerine göre konulmuştur (17). Zekâ bölümü (ZB) değerlendirmeleri var olan hastalar için değerlendirmeye alınmıştır. Olguların psikiyatrik tanıları, kişilik özellikleri ve aile tutumlarına ilişkin oranlar değerlendirilmiştir. Aile içi tutumlar, stresli yaşam olayı, kişilik özellikleri açısından cinsiyetler arası farklılıklar değerlendirilmiştir. Oransal farklılıkların saptanması için Fisher Kesin Ki Kare testi, devamlı verilerin karşılaştırılması için Mann-Whitney U (MWU) testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Olgular 6-14 yaş aralığında yer almaktaydılar ve yaş ortalaması $8,5 (\pm 2.0)$ yıldır. Kız erkek olgu sayıları birbirine eşitti ($n=8$). Kız ve erkek olguların yaş ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu (MWU, $p=0.9$).

Çocukların ailelerinin % 37,5'inde ($n=6$) ekonomik sorunlar, aile içi geçimsizlik ve gergin ev ortamı, parçalanmış aile, aşırı kalabalık aile gibi psikososyal stres etkenleri bulunmaktaydı. Ailelerin % 50'sinde ($n=8$) ise aşırı koruyucu kollayıcı tutum, aşırı müdahaleci/baskılayıcı tutum, yüksek beklenti düzeyi, şiddet uygulama/dövme gibi anne babaya ait yanlış tutumlar bulunmaktaydı. Olguların % 12,5'inde ($n=2$) saç kaybı öncesi stresli bir yaşam olayı bulunmaktaydı. Kız ve erkek olguları aile içi olumsuz tutumlar, ailede psikososyal stres varlığı ve saç kaybı öncesi stresli yaşam olayı açısından karşılaştırdığımızda istatistiksel anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 1).

Tablo 1. Erkek ve kız AA olgularının aile içi sorunlar, aile içi olumsuz tutumlar, stresli yaşam olayları ve kişilik özellikleri oranları açısından karşılaştırmaları.

	Cinsiyet, n (%)		Fisher Kesin Ki Kare Testi
	Erkek	Kız	
Ailede sorun	3 (37,5)	3 (37,5)	1.0
Olumsuz tutum	6 (75,0)	2 (25,0)	0.5
Stresli yaşam olayı	2 (25,0)	0 (0)	0.1
Kişilik özellikleri			0.3
İçe dönük	4 (50,0)	7 (87,5)	0.2
Dışa dönük	3 (37,5)	0 (0)	1.0
Titiz kaygılı	1 (12,5)	1 (12,5)	

Çocukların bir kısmında mükemmeliyetçi, titiz, ayrıntılara önem veren, başarıya odaklı kişilik özellikleri ve yüksek bir kaygı düzeyi bulunurken (% 12,5, $n=2$), bir kısmında içe dönük kişilik özellikleri, çekingenlik, kendini ifade güçlüğü ve özgüven eksikliği dikkat çekiyordu (% 68,8, $n=11$). Diğer olgularda ise, dışa dönük kişilik özellikleri ve/veya yıkıcı davranışlar, sinirlilik gibi bulgular vardı (% 18,8, $n=3$). Kız ve erkek olguları kişilik özellikleri yönünden karşılaştırdığımızda arada anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1).

En sık konulan psikiyatrik tanı kaygı bozukluğu. Bunu major depresyon takip etmekteydi. Çocukların tamamında kaygı belirtileri bulunmaktaydı, % 43,8'i ($n=7$) ise, bir kaygı bozukluğu tanısını karşılamaktaydı. Olguların % 37,5'inde ($n=6$) major depresyon tanısı konulmuştu. Bu tanıları sıklık sırasıyla enürezis ($n=2$, % 12,5), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ($n=1$, % 6,3), parasomni ($n=1$, % 6,3) ve tik bozukluğu ($n=1$, % 6,3) izlemekteydi. Olguların tamamının psikiyatrik tanıları Tablo 2'de verilmiştir.

Zekâ testi uygulanan yedi olguda ZB ortalaması $103.2 (\pm 17.1)$, en düşük ZB puanı 81 en yüksek 127 olarak bulundu.

Tablo 2. AA'lı tüm olgularda psikiyatrik tanılarının dağılımı.

Olgu No	Yaş	Cins	Psikiyatrik Tanı (DSM-IV)
1	7	E	DEHB
2	9	E	Kaygı bozukluğu (Sosyal fobi)
3	9	E	Kaygı bozukluğu (BTA)
4	10	K	Kaygı bozukluğu (sosyal fobi/ + Parasomni (uyurgezerlik)
5	6	K	Majör depresyon
6	7	E	Primer enürezis
7	14	K	Majör depresyon
8	6	K	Majör depresyon
9	7	E	Primer enürezis
10	8	E	Majör depresyon
11	7	K	Majör depresyon
12	8	K	Kaygı bozukluğu (BTA)
13	11	E	Kaygı bozukluğu (ayrılık kaygısı)
14	9	K	Majör depresyon + tik bozukluğu
15	6	E	Kaygı bozukluğu (özgül fobi)
16	9	K	Kaygı bozukluğu (BTA)

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, BTA: Başka türlü adlandırılmayan

TARTIŞMA

Çalışmada sınırlı sayıdaki AA'lı çocukların tamamında psikiyatrik bir bozukluğun bulunduğu görülmüştür. Olguların çoğununda içe dönük, çekingen kişilik özellikleri saptanmış, yarısında ise aile içi olumsuz tutumların varlığı ortaya konmuştur. Stresli yaşam olaylarının varlığı ise sadece iki olguda belirlenmiştir.

Çocuk ve ergenlerde AA'ya eşlik eden psikopatoloji konusunda az sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardan birinde 12 hastadan yedisinde (% 58.33) kaygı bozuklukları saptanmıştır (16). Ayrıca bir hastada distimi, bir hastada ise daha önce geçirilmiş depresyon saptanmışlardır. Liakopoulou ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise, AA'lı çocuklar kontrol grubuna göre daha fazla genel psikiyatrik belirti göstermiştir. Psikiyatrik görüşmelerde orta dereceli kaygı ve depresyon belirtileri saptanmıştır. Çocuk depresyon ölçeği ile saptanan depresyon belirtileri açısından karşılaştırmada kontrol grubu ile anlamlı fark bulunmamıştır (15). Çalışmamızda en sık saptanan bozukluklar kaygı bozuklukları ve majör dep-

resyondur. Ulaştığımız bu bulgu çocuk ve erişkinlerle yapılan diğer çalışmalardaki bulguları desteklemektedir (6,15,16).

Liakopoulou ve ark. yaptıkları kontrollü çalışmada saç kaybı öncesinde olumsuz yaşam olaylarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek oranda olmadığını saptamışlardır. Ancak, olumsuz yaşam olayları varlığı ve özellikle olumlu yaşam olayları yokluğunun etkili olabileceğini belirtmişlerdir. Perini ve ark.'nın erişkinlerde yaptığı çalışmada ise, olumsuz yaşam olaylarının AA'nın ortaya çıkışında etkili olduğu belirtilmiştir (13). Bu çalışmada stresli yaşam olayları ile akut saç kaybı arasındaki ilişkinin zayıf olduğu; kişilik özelliklerinin, aile tutumlarının, stresli yaşam olaylarının birlikte oluşturduğu bir zeminin saç kaybında etkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya alınan tüm olgularda psikiyatrik bir tanı bulunması dikkat çekmiştir. Bunun nedeninin olguların çocuk psikiyatrisi polikliniğinden seçilmesi olduğu düşünülmüştür. Genel toplumda ya da dermatoloji kliniklerinde yapılandırılmış görüşmeler yapılarak çalışmalar yapıldığında, psikiyatrik bozuklukların oranı konusunda daha net bir bulgu ortaya çıkacaktır. Ancak, çalışma AA'lı çocuklarda psikopatolojinin yaygınlığını göstermesi açısından uyarıcıdır. Psikiyatrik tedavi ile saç kaybında düzelmenin olacağını bildiren raporlar (9,10) göz önüne alındığında bu olguların psikiyatrik tedavi almasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Psikiyatrik tanılarının standardize yapılandırılmış görüşme formları ile konmamış olması çalışmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Çalışmanın geriye dönük deseninden dolayı saptanan majör depresyon ve kaygı bozukluklarının saç kaybına ikincil olarak mı geliştiği, yoksa var olan psikopatolojinin mi alopesiye yol açtığı belirleneme-

mektedir. Psikiyatrik belirtilerin başlangıcı ile saç kaybının eş zamanlı olup olmadığı da ortaya konamamaktadır. Aile içi tutumların ve çocukların kişilik özelliklerinin net etkisi belirlenmemektedir, ancak ön bulgular bu etmenlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle daha fazla olgu sayısı ile kontrollü çalışmalar yapılması uygun olacaktır.

SONUÇ

Çalışmanın sonuçları AA'lı çocuklarda psikiyatrik bozuklukların yaygın olabileceğini düşündürmektedir. Aile içi olumsuz tutumlar, ailedeki psikososyal etmenler ve çocukların kişilik özellikleri de psikopatolojinin ortaya çıkışında rol oynuyor olabilir. AA'lı çocukların hastalıkla ilişkili sorunlu yönelim ve davranış özelliklerinin ele alınması için psikiyatrik destek önemli görülmektedir. Bu nedenle AA'lı çocuk ve ergenlerin çocuk psikiyatrisi konsültasyon liyezon polikliniklerinde rutin olarak değerlendirilmesinin uygun olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Stroud JD: Hair loss in children. *Pediatr Clin North Am* 30:641-657, 1983.
2. Colon EA, Popkin MK, Calliers AL, et al: Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry* 32:245-251, 1999.
3. Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, et al: Alopecia

- areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 33:849-850, 1994.
4. Fenske NA, Johnson SA: Major causes of alopecia with suggestions for history taking, workup, and therapy. *Postgrad Med* 60:79-85, 1976.
5. Darmstad GL, Sidbury R: The skin; disorders of hair, In: *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th ed., p. 2215-18, Eds: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. 2006, Philadelphia.
6. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, García-Hernández MJ: Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 42:434-437, 2003.
7. Garcia-Hernandez MJ, Ruiz-Diablo S, Rodriguez-Pichardo A, et al: Alopecia Areata, Stress And Psychiatric Disorders: A Review, *J Dermatol* 26:625-632, 1999.
8. Hausteil UF, Seikowski K. Psychosomatic dermatology. *Dermatol Monatsschr* 176:725-733, 1990.
9. Perini G, Zara M, Cipriani R, et al: Imipramine in alopecia areata. A double-blind, placebo-controlled study. *Psychother Psychosom* 61:195-198, 1994.
10. Cipriani R, Perini GI, Rampinelli S: Paroxetine in alopecia areata. *Int J Dermatol* 40: 600-601, 2001.
11. Gautam M: Alopecia due to psychotropic medications. *Ann Pharmacother* 33:631-637, 1999.
12. Kubota T, Ishikura T, Jibiki I: Alopecia areata associated with haloperidol. *Jpn J Psychiatry Neurol* 48:579-581, 1994.
13. Perini GI, Veller Fornasa C, Cipriani R, et al: Life events and alopecia areata. *Psychother Psychosom* 41:48-52, 1984.
14. Brajac I, Tkalcić M, Dragojević DM, et al: Roles of stress, stress perception and trait-anxiety in the onset and course of alopecia areata. *J Dermatol* 30:871-878, 2003.
15. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, et al: Children with alopecia areata: Psychiatric symptomatology and life events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:678-84.
16. Reeve EA, Savage TA, Bernstein GA: Psychiatric diagnoses in children with alopecia areata. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1518-1522, 1996.
17. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.