

Alopesi Areata ve Aleksitimi

Dr. Ayça CORDAN YAZICI¹, Dr. Ayşe BAŞTERZİ², Dr. Şenel TOT ACAR³, Dr. Dilek ÜSTÜNŞOY⁴,
Dr. Güliz İKİZOĞLU⁵, Dr. Deniz DEMİRŞEREN⁶, Dr. Arzu KANIK⁷

ÖZET

Amaç: Alopesi areata (AA) patogeneğinde psikolojik faktörlerin rolü olduğu ileri sürülmektedir. Fakat stres verici yaşam olaylarının AA etyopatogeneindeki rolü belirsizdir. Anksiyete ve duygulanım bozukluklarının AA'lı hastalarda arttığını bildiren çalışmalar yanında, bu görüşe ters çalışma sonuçları da vardır. Bu çalışmada, stres verici yaşam olayları ve diğer psikolojik faktörlerin AA'nın etyopatogeneindeki rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Polikliniğimize başvuran 17'si kadın, 26'sı erkek toplam 43 AA'lı hasta ile yaş ve cinsiyet özellikleri hasta grubu ile uyumlu, 25'i kadın, 28'i erkek 53 sağlıklı birey kontrol grubu olarak çalışma kapsamına alındı. Kontrol grubu hastane personeli ve yakınlarından seçildi. Hastalar ve kontrol grubu Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Stres Ölçeği ve Toronto Aleksitimi Skalası (TAS) ile değerlendirildi.

Bulgular: Stres verici yaşam olayları, depresyon ve anksiyete total puanları göz önüne alındığında hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Sadece TAS'nın AA hastalarında anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi ($p=0.013$).

Sonuç: Çalışmamız, stres verici yaşam olayları, depresyon ve anksiyetenin AA etyopatogeneinde rol oynadığını desteklemedi. Fakat AA'nın aleksitimi ile ilişkisini ortaya çıkardı. Aleksitiminin immün fonksiyonlarda bozulmaya neden olduğu ve aleksitimik bireylerin psikolojik, endokrin ve immün sonuçları olan fark etmedikleri bir kronik strese maruz kaldıkları ileri sürülmüştür. Bu nedenle biz, aleksitiminin stresle başa çıkmayı güçleştirip, stresle tetiklenen immünolojik mekanizmalar aracılığıyla AA'yı ortaya çıkarabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Alopesi areata, stres verici yaşam olayları, depresyon, anksiyete, aleksitimi

SUMMARY: Alopecia Areata and Alexithymia

Objective: Whether or not psychological factors play an important role in the pathogenesis of alopecia areata (AA) is a controversial issue. AA has had a tendency to be associated with high avoidance in attachment relationships, high alexithymic characteristics, and poor social support. Some studies have suggested that personality characteristics might modulate individual susceptibility to AA. The role of stressful life events in the appearance of AA is uncertain. In addition to reports associating anxiety and affective disorders with the onset of AA, there have also been studies that have not confirmed such an association. This case-control study was undertaken with the aim of determining the significance of stressful life events and other psychological factors in the etiopathogenesis of AA.

Method: A total of 43 patients (26 male, 17 female) with AA and 53 age- and gender-matched healthy controls selected from hospital staff and their relatives (28 male, 25 female) were enrolled in the study. Both patients and controls were evaluated using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Stress Scale, and Toronto Alexithymia Scale (TAS).

Results: There was no statistically significant difference between the patient and control groups with regard to the total scores of stressful major life events, depression, and anxiety ($p>0.05$). However, TAS scores in patients with AA were higher than in controls ($p=0.013$).

Conclusion: The present study found no evidence that stressful major life events, depression, or anxiety have a role in the etiopathogenesis of AA, but AA tended to be associated with alexithymia. It has been suggested that alexithymics may suffer from unnoticed chronic stress with physiological, endocrine, and immune consequences, and that alexithymia is associated with impaired immune response. We suggest that alexithymia may play a role in the pathogenesis of AA via stress-induced immunological mechanisms.

Key Words: Alopecia areata, stressful major life events, depression, anxiety, alexithymia

¹Yrd. Doç., Mersin Ü Tıp Fak., Dermatoloji AD., ²Yrd. Doç., ³Doç., Mersin Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., ⁴Araş. Gör., ⁵Prof. Mersin Ü Tıp Fak., Dermatoloji AD., Mersin. ⁶Uzm., Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Bl., Ankara. ⁷Doç., Mersin Ü Tıp Fak., Biyoistatistik AD., Mersin.

Dr. Ayça Cordan Yazıcı, e-posta: aycacordan@yahoo.com

GİRİŞ

Alopesi areata (AA), saçlı deri veya vücudun herhangi bir yerindeki kılların, keskin sınırlı, yuvarlak ya da oval görünümüne dökülmesiyle karakterize bir klinik tablodur. Bazen tüm saçların döküldüğü total alopesiye kadar ilerleyebildiği gibi, tüm vücut kıllarının tutulduğu universal formu da gelişebilir. Kadın ve erkekleri eşit oranda tutar. Irk, cins ve yaş ayrımı yapmadan herkeste görülebilir. Etiyopatogenezinde genetik faktörler, enfeksiyonlar, psikolojik etkenler, otoimmün faktörler ve nöropeptidlerin rol oynadığı düşünülmektedir (Arca ve Kurumlu 2003). Son yıllarda, AA'nın, T lenfositlerin kıl folliküllerine yönelmesi sonucunda ortaya çıkan organa özgü otoimmün bir hastalık olduğu düşünülmekle birlikte, neden olan otoantijen ve olayı tetikleyen mekanizmalar halen bilinmemektedir (Randall 2001).

AA'lı olgularda, hastalığın şiddetli bir psikolojik stresten sonra başlaması sık gözlenen bir bulgudur (Garcia-Hernandez ve ark. 1999). Hastalarda sadece % 4.8 oranında emosyonel ya da mental bir travma öyküsü saptayan ve stresin başlatıcı bir faktör olmadığını ileri süren araştırmacılar da vardır (Mac Alpine 1958) ve bu görüş birçok araştırmacı tarafından da desteklenmiştir (Van Der Steen ve ark. 1992, Paga ve ark 1992, Russiello ve ark 1995, Gupta ve ark 1997, Picardi ve ark. 2003). Son yıllarda farklı bir görüş olarak Liakopoulou ve arkadaşları (1997), AA'lı çocuklarda alopesi öncesinde kontrol grubuna göre negatif olaylarda bir artış olmadığını, fakat pozitif hayat olaylarında eksiklik olduğunu bildirmişlerdir. Picardi ve Abeni (2001), çalışma sonuçları arasındaki farklılıkları, çoğunda kontrol grubu kullanılmamasına ve stres ölçümünde standart testlere değil, hasta beyanına göre değerlendirme yapılmasına bağlamışlardır.

Anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların varlığına ve sıklığına ilişkin sonuçlar da tartışmalıdır (Colon ve ark. 1991, Koo ve ark. 1994, Çalikoğlu ve Alpay 2000, Güleç ve ark. 2002).

Aleksitimi ve AA arasındaki ilişki ise son yıllarda gündeme gelmiştir (Panconesi ve Hautman 1996, Picardi ve ark. 2003, Poot 2004). Aleksitimi, kişinin kendi ve diğer insanların duygularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır (Sifneos 1988). Yapılan çalışmalarda bazı psikosomatik hastalık-

larda aleksitimik özelliklerin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Guilbaud ve ark. 2003). Ülkemizde de irritabl kolon sendromu, fibromyalji gibi hastalıkların aleksitimi ile ilişkisi gösterilmiştir. (Sayar ve ark. 2000, Güleç ve ark. 2004). Ayrıca depresyon hastalarının daha aleksitimik yapılanma içinde oldukları ve içe dönük öfkelerinin yüksek, öfke kontrollerinin düşük olduğu saptanmıştır (Güleç ve ark. 2005). Aleksitimik kişilerde, stresin daha fazla içselleştirilmesinden dolayı, makrofaj migrasyonu, fagositoz, lenfositik hücrel immünite, damar endoteline lökosit adezyonunu artıran bazı faktörlerin ekspresyonu gibi nöropeptidlerle ilişkili immün cevapların değişebileceği rapor edilmiştir (Ruiz-Doblado ve ark. 2003).

Biz, çalışmamızda AA'nın stres yaratıcı yaşam olayları ile ilişkisini, psikiyatrik belirti sıklığının sağlıklı kontrollere göre daha fazla olup olmadığını belirlemeyi ve aleksitimiyle ilişkisini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM

Bu çalışmaya dermatoloji polikliniğine saç dökülmesi yakınmasıyla başvuran ve klinik olarak AA tanısı konan 17 (% 39.5) kadın, 26 (% 60.5) erkek toplam 43 hasta alındı. Saç kaybının şiddeti, Olsen ve arkadaşlarının (1999) önerdiği yöntem modifiye edilerek tüm alopesik alanların saçlı deride kapladığı toplam alanın yüzdesinin belirlenmesi metoduna göre hesaplandı. Buna göre hastalar 4 gruba ayrıldı: S1-S2 (n=37, % 86): saç kaybı % 50'nin altında; S3-S4 (n=4, % 9.3): saç kaybı % 50-99; S5-S6 (n=2, % 4.7): tüm saçlı deri (total alopesi) veya vücut kıllarının kaybı (alopesi universalis). Tüm olguların yaşı, cinsiyeti ve AA tipi kaydedildi. Hastalık süresi, başlangıç yaşı ve AA için aile öyküsü varlığı sorgulanarak not edildi.

Kontrol grubu olarak, halen ve geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan, herhangi bir dermatolojik hastalığı bulunmayan hastane personeli ve yakınlarından oluşan 25 (% 47.2) kadın, 28 (% 52.8) erkek 53 sağlıklı birey seçildi. Yaş ve cinsiyet dağılımı açısından çalışma grubuna benzer olan kontrol grubuna, psikiyatri-psikoloji ile ilgili meslek gruplarında çalışanlar alınmadı.

Tüm hastalar ve kontrol grubundaki denekler bir psikiyatrist tarafından değerlendirilerek, Toronto Aleksitimi Skalası, Stres Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği testleri uygulandı.

TABLO 1. Alopesi Areata Hastaları ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikleri.

	Hasta (n=43)	Kontrol (n=53)	p
Cinsiyet (kadın/erkek)	17/26	25/28	p>0.05
Yaş (yıl) (ortalama±SS*)	33.80±10.02	30.80±11.70	p>0.05
Hastalık süresi (ortalama±SS*)	54.83±101.37		

*SS: Standart sapma

Okuma yazma bilmeyen, yeterli iletişim kurulamayan ve mental retardasyonu olan hastalar çalışmaya alınmadı. Tüm katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirildi ve onayları alındı.

Çalışma ve kontrol grubundaki tüm deneklerle psikiyatrik görüşme yapıldı ve aşağıdaki ölçekler uygulandı:

Toronto Aleksitimi Skalası (TAS) 26: Taylor ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen özgün formu likert tipi olmakla birlikte Türkçe formu doğru ya da yanlış olarak yanıtlanan ve 26 maddeden oluşan bir özbebildirim ölçeğidir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dereboy (1990) tarafından yapılmıştır ve bu çalışmada ölçek kesim puanı 11 olarak belirlenmiştir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ): Hastanın anksiyete ve depresyon yönünden riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bedensel hastalığı olan hastalara ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlara uygulanır. Toplam 14 soru içerir; bunların yedisi anksiyeteyi ve diğer yedisi depresyonu ölçer. Anksiyete için kesme puanı 11, depresyon için kesme puanı 8’dir (Aydemir ve ark. 1997).

Stres Ölçeği: Holmes ve Rahe (1967) tarafından geliştirilen bir özbebildirim ölçeğidir. Son 6 ay içinde eşin ölümü, boşanma, menopoza, eş dışında yakın akrabasının ölümü gibi bir dizi yaşam olayının varlığını sorgular. Toplam 42 madde içerir. Psikososyal stres ve hastalıklarda, özellikle dermatoloji hastalarıyla yapılan çalışmalarda kullanılır.

İstatistiksel Analiz: Çalışmanın istatistiksel analizinde SPSS paketinin 11.5 versiyonu kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmeler; student t testi, ki-kare testi, doğrusal regresyon analizi ve binary lojistik regresyon analizi kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Yaş ortalaması 33.80±10.02 olan hastaların 41’ine AA, 2’sine alopesi totalis tanısı kondu. Alopesinin ortalama başlangıç yaşı 29.31±10.95 olarak hesaplandı. Kontrol grubunun yaş ortalaması 30.80±11.70 olarak belirlendi. Hasta ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından fark yoktu (p>0.05) (Tablo 1). Hasta grubunda hastalık süresi 1 hafta ile 30 yıl arasında değişmekte olup ortalama 54.83±101.37 ay idi. Hastaların 3’ü (% 7) AA’ya ilişkin aile öyküsüne sahipti.

AA oluşumunda yaş, cinsiyet, stres, aleksitimi, anksiyete ve depresyon skorlarının anlamlı ve anlamsız olmalarının birlikte etkileri iki değişkenli lojistik regresyon analizi ile test edildiğinde, TAS skoru yüksek olanların olmayanlara göre 3,6 kat (% 95 güven aralığı 1.313-10.102) daha fazla hasta olma riskine sahip olduğu belirlendi. Diğer değişkenlerin AA üzerine etkisi ise anlamlı bulunmadı.

AA’sı olanların 19’unda (% 44.2), kontrol grubunda olanların ise 13’ünde (% 23.2) TAS skoru 11’in üzerinde bulundu. İki grup ki-kare testi ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.013). TAS üzerine yaş, cinsiyet, aile öyküsü, AA tipi, hastalık süresi, stres, anksiyete ve depresyon gibi değişkenlerin etkisi ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p> 0.05).

Hasta ve kontrol grubu anksiyete ve depresyon skorları açısından karşılaştırıldığında; hasta grubundakilerin 10’unda (% 23.8), kontrol grubundakilerin ise 7’sinde (% 13) HADÖ ölçeğinin anksiyete skorlarının 11’in üzerinde olduğu gözlemlendi. Hasta ve kontrol grubunun ki-kare testi ile karşılaştırılmasında iki grup arasında anksiyete açısından fark saptanmadı (p=0.167). HADÖ ölçeğinin depresyon skorları ise hasta grubundakilerin 13’ünde (% 31), kontrol grubundakilerin 11’inde (% 20.4) 8’in üzerinde bulundu. Hasta ve kontrol

TABLO 2. Hasta ve Kontrol Grubunun Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), Stres Ölçeği ve Toronto Aleksitimi Skalası (TAS) Sonuçları.

	Hasta grubu ortalama $\pm$ SS* (n=43)	Kontrol grubu ortalama $\pm$ SS* (n=53)	p
HDÖ*	6.55 $\pm$ 3.85	5.19 $\pm$ 3.79	p>0.05
HAÖ*	7.55 $\pm$ 4.24	6.91 $\pm$ 3.39	p>0.05
Stres ölçeği	111.74 $\pm$ 84.83	80.89 $\pm$ 78.55	p>0.05
TAS	10.02 $\pm$ 3.94	7.52 $\pm$ 3.85	p=0.013

*SS: standart sapma, HDÖ: hastane depresyon ölçeği, HAÖ: hastane anksiyete ölçeği.

grubu ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldığında, iki grup arasında depresyon açısından da fark yoktu ($p=0.235$). Stres Ölçeği açısından da hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0.115$).

TAS, Stres Ölçeği, anksiyete ve depresyon skorlarına ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Stresli yaşam olaylarının AA’nın ortaya çıkmasına neden olduğu ve AA’lı hastaların kontrol grubuna göre son 6 ay içinde daha fazla stres yaratan yaşam olayı yaşadıkları yıllardır birçok araştırmacı tarafından ileri sürülmüştür (Muller ve Winkelmann 1963, Gip ve ark. 1969, Griesemer 1978, De Weert ve ark. 1984, Perini ve ark. 1984, Lyketsos ve ark. 1985, Invernizzi ve ark. 1987). Fakat çalışmaların büyük bir kısmında emosyonel stresin derecesi ile AA’nın süresi ve yaygınlığı arasında bir ilişki gösterilememiştir (Muller ve Winkelmann 1963, Van der Steen ve ark. 1992, Gupta ve ark. 1997).

Stresin başlatıcı bir faktör olmadığını ileri süren araştırmacılar da vardır (Mac Alpine 1958, Van Der Steen ve ark. 1992, Paga ve ark. 1992, Russiello ve ark. 1995, Gupta ve ark. 1997, Picardi ve ark. 2003). Ülkemizde de Güleç ve arkadaşları (2002) yaşam olaylarının toplam sayısı ve neden olduğu stres açısından AA’lı hastalar ve kontrol grubu arasında bir fark saptamadıklarını bildirmişlerdir. Fakat genel sağlığa özgü testlerden ve yaşam kalite-

sini ölçmede en yaygın kullanılan ölçeklerden biri olan SF-36’nın sonuçlarını değerlendirdiklerinde, AA’lı hastaların yaşam kalitesinin kısmen de olsa yaşam enerjisi ve ruhsal sağlık açısından kontrol grubuna göre bozulduğunu saptamışlardır. Ayrıca Köse ve arkadaşları (2000) AA’lı hastalarda tedavi öncesi ve sonrasında yapılan psikiyatrik ölçümler (Beck Depresyon ve Umutsuzluk Ölçekleri, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Kısa Semptom Envanteri ve Toronto Aleksitimi Skalası) arasında fark bulmadıklarını bildirmişlerdir.

Biz de çalışmamızda AA’nın başlangıcında stresin varlığına ilişkin bir bulguya rastlamadık.

Stresin immün sistemi, doğrudan (nöroendokrin değişiklikler yoluyla) veya dolaylı (stresli bir birey daha az yiyebilir, uyuyabilir ya da alkol gibi maddeler alabilir) olarak etkileyebilmesi nedeniyle, stresli yaşam olayları ile immünolojik T hücre rahatsızlıkları ve bunu takip eden immün yetmezlik arasındaki ilişki de araştırılmıştır (Al’Abadie ve ark. 1994, Panconesi ve Hautmann 1996). Katsarou-Katsari ve arkadaşları (2001), akut emosyonel stresin kıl follikülleri çevresindeki 2 β kortikotropin releasing hormon reseptörlerinin aşırı ekspresyonunu aktive ederek AA’yı tetikleyebileceğini bildirmiştir. Alopesik alanda kıl follikülleri çevresinde nörotransmitter substans P’nin ve nöropeptid parçalayıcı enzim nötral endopeptidazın artmış ekspresyonları da gösterilmiştir. Ayrıca özellikle total alopesili hasta serumlarında kalsitonin gen ilişkili proteinde azalma saptanmıştır. Bu nedenle stresin, immün sistem üzerindeki etkilerinin, sistemik veya folliküler sinirlerden nöropeptidlerin

salınımına neden olarak olduğu düşünülmektedir (Randall 2001).

AA'lı hastalarda anksiyete, depresyon, nörotik bozukluklar, fobiler ve şizofreni gibi psikiyatrik hastalıkların yüksek olduğu da ileri sürülmüştür (Greenberg 1955, Colon ve ark. 1991, Koo ve ark. 1994, Garcia Hernandez ve ark. 1999, Ruiz-Doblado ve ark. 2003). Gupta ve arkadaşları (1997) yüksek stres skorları ve depresyon arasında belirgin birliktelik bildirmişler ve depresif klinik durumla olan stresin AA'yı tetikleyebileceğini ileri sürmüşlerdir. Fakat bu sonuçların tersine, AA ve nörotik semptomlar arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmediğini bildiren araştırmacılar da vardır (Cipriani ve ark. 1983). Çalıkoğlu ve Alpay (2000) 12 AA hastasında, Beck Depresyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterlerinin sonuçlarını kontrol grubuyla karşılaştırdıkları çalışmalarında arada anlamlı bir fark bulamamışlardır. Güleç ve arkadaşları (2002) anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında hasta ve kontrol grubu arasında fark gözlemediklerini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da hasta ve kontrol grupları arasında, hastane depresyon ve hastane anksiyete skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Son yıllarda araştırmacılar AA'nın aleksitimi ile ilişkisi üzerine de yoğunlaşmışlardır (Panconesi ve Hautman 1996, Picardi ve ark. 2003, Poot 2004). Aleksitimi, bireyin duygusal işlevlerinde ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük çekmesi şeklinde ortaya çıkan bir sorun olarak tanımlanmaktadır. Aleksitimikler zeki olabilirler fakat zekalarını daha çok duygularından kaçmak için kullanırlar (Sifneos 1988). Poot (2004) aleksitiminin nedenini aile içi tartışmalardan kaçınmak için üstlenilen bilinçsiz bir görev olarak yorumlamıştır ve

aile terapisinin faydalı olacağını bildirmiştir. Son yıllarda Picardi ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan bir çalışmada AA hastalarında aleksitimik özelliklerin fazla olduğu, bu hastaların sosyal desteklerinin yetersiz olduğu ve yakın ilişkilerinin az olduğu bulunmuştur. Tedaviye cevap vermeyen AA'lı hastaların çoğunluğunun aleksitimik olduğu da gösterilmiştir (Panconesi ve Hautmann 1996). Aleksitimik bireylerin psikolojik, endokrin ve immün sonuçları olan fark etmedikleri bir kronik strese maruz kaldıkları da ileri sürülmüş, aleksitiminin immün fonksiyonlarda bozulmaya neden olduğu rapor edilmiştir (Guilbaud ve ark. 2003). Biz de çalışmamızda, AA'lı hastalarda TAS skorlarını kontrol grubundan daha yüksek bulduk. Hastalık süresi, başlangıç yaşı, aile öyküsü, AA tipi, HADÖ ve Stres Ölçeği ile TAS arasında ilişkiye ise rastlamadık. Diğer bir deyişle çalışmamızda alopesili hastalarda kontrol grubuyla eşit düzeyde stresli yaşam olayı olmasına rağmen aleksitimi skorları kontrol grubundan yüksek bulundu.

Çalışmamızın sonuçları, AA patogenezinde stresli yaşam olayları, depresyon ve anksiyete gibi psikopatolojilerin rol oynadığı görüşünü desteklememektedir. Fakat AA hastalarının aleksitimik olduğunu doğrulamaktadır. Bu nedenle biz, aleksitiminin stresle başa çıkmayı güçleştirip, stresle tetiklenen immünolojik mekanizmalar aracılığıyla AA'yı ortaya çıkarabileceğini düşünmekteyiz. Aleksitimi ile immün sistem arasındaki ilişkinin araştırılmaya değer olduğu kanısındayız. Ayrıca AA hastaları, değerlendiren hekimler tarafından sıklıkla psikiyatriklere yönlendirildiğinden, aleksitiminin değerlendirilmesi ve buna yönelik psikoterapötik müdahalelerin (Teshima ve ark. 1991) tedavide yarar sağlayacağı inancındayız.

KAYNAKLAR

Al' Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ (1994) The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol*, 130: 199-203.

Arca E, Kurumlu Z (2003) Alopesi areatada etyopatogenez, klinik ve tanı. *Dermatose*, 2: 83-89.

Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L ve ark. (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 8:280-287.

Cipriani R, Veller Fomasa C, Peserico A (1983) Symptom questionnaire and alopecia areata. *G Ital Dermatol Venereol* 118: 281-282.

Colon EA, Popkin MK, Calliess AL ve ark. (1991) Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry*, 32: 245-251.

Çalıkoğlu E, Alpay FB (2000) Pruri universalis, alopesi areata, psoriasis vulgaris ve kronik ürtikerde Beck Depresyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterlerinin değerlendirilmesi. *T Klin Dermatol*, 10: 229-232.

De Weert J, Temmerman L, Kint A (1984) Alopecia areata: a clinical study. *Dermatologica*, 168: 224-229.

Dereboy İF (1990) Aleksitimi öz bildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir ön çalışma (Uzmanlık tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD. Ankara.

Garcia-Hernandez MJ, Ruiz-Doblado S, Rodriguez-Pichardo A ve ark. (1999) Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. *J Dermatol*, 26: 625-632.

Gip L, Lodin A, Molin L (1969) Alopecia areata. A follow-up investigation of outpatient material. *Acta Derm Venereol (Stockh)*, 49: 180-188.

- Greenberg SI (1955) Alopecia Areata: a psychiatric survey. *Arch Dermatol*, 72: 454-457.
- Griesemer RD (1978) Emotionally triggered disease in a dermatologic practice. *Psychiatr Ann*, 8: 407-412.
- Guilbaud O, Corcos M, Hjalmarsson L ve ark. (2003) Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomed Pharmacother*, 57: 292-295.
- Gupta MA, Gupta AK, Watteel GN (1997) Stress and alopecia areata: a psychodermatologic study. *Acta Derm Venereol (Stockh)*, 77: 296-298.
- Güleç AT, Taşkıntuna N, Duru Ç ve ark. (2002) Alopesi areatada psikolojik faktörlerin rolü ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisi. *TÜRKDERM*, 36: 178-181.
- Güleç H, Sayar K, Topbaş M ve ark. (2004) Fibromiyalji Sendromu Olan Kadınlarda Aleksitimi ve Öfke. *Türk Psikiyatri Derg*, 15: 191-198.
- Güleç H, Sayar K, Ozkorumak H (2005) Depresyonda Bedensel Belirtiler. *Türk Psikiyatri Derg*, 16: 90-96.
- Holmes TH, Rahe RH (1967) The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*, 11: 213-218.
- Invernizzi G, Gala C, Russo R ve ark. (1987) Life events and personality factors in patients with alopecia areata. *Med Sci Res*, 15: 1219-1220.
- Katsarou-Katsari A, Singh LK, Theoharides TC (2001) Alopecia areata and affected skin CRH receptor upregulation induced by acute emotional stress. *Dermatology*, 203: 157-161.
- Koo JY, Shellow WV, Hallman CP ve ark. (1994) Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol*, 33: 849-850.
- Köse O, Sayar K, Ebrinç S (2000) Psychometric assesment of alopecia areata patients before and after dermatological treatment. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10: 21-25.
- Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A ve ark. (1997) Children with alopecia areata: psychiatric symptomatology and life events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 678-684.
- Lyketsos GC, Stratigos GC, Tawil G ve ark. (1985) Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. *Psychother Psychosom*, 44: 122-131.
- MacAlpine I (1958) Is alopecia areata psychosomatic? A psychiatric study. *Br J Dermatol*, 70: 117-131.
- Muller SA, Winkelmann RK (1963) Alopecia areata. An evaluation of 736 patients. *Arch Dermatol*, 88: 106-113.
- Olsen E, Hordinsky M, McDonald-Hull S ve ark. (1999) Alopecia areata: investigational assessment guidelines. *J Am Acad Dermatol*, 40: 242-246.
- Paga G, Faina P, Teodori A ve ark. (1992) Psychological factors in alopecia areata: results from a preliminary, controlled study. *New Trends Exp Clin Psychiatry*, 8: 73-79.
- Panconesi E, Hautmann G (1996) Psychophysiology of stress in dermatology. *Psychodermatology*, 14: 399-421.
- Perini GI, Fornasa CV, Cipriani R ve ark. (1984) Life events and alopecia areata. *Psychother Psychosom*, 41: 48-52.
- Picardi A, Abeni D (2001) Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom*, 70: 118-136.
- Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS ve ark. (2003) Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics*, 44: 374-381.
- Poot F (2004) Psychological consequences of chronic hair diseases. *Rev Med Brux*, 25: A286-288.
- Randall VA (2001) Is alopecia areata an autoimmune disease? *Lancet*, 358: 1922-1924.
- Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, Garcia-Hernandez MJ (2003) Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol*, 42: 434-437.
- Russielloa F, Arcierob G, Decaminadaa F ve ark. (1995) Stress, attachment and skin diseases: a case control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 5: 234-239.
- Sayar K, Solmaz M, Trablus S ve ark. (2000) İritabl kolon sendromunda aleksitimi. *Türk Psikiyatri Derg*, 11: 190-197.
- Sifneos PE (1988) Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization affect and creativity. *Psychiatr Clin North Am*, 11: 287-293.
- Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP (1988) Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med*, 50:500-509.
- Teshima H, Sogawa H, Mizobe K ve ark. (1991) Application of psychoimmunotherapy in patients with alopecia universalis. *Psychother Psychosom*, 56: 235-241.
- Van der Steen P, Boezeman J, Duller P ve ark. (1992) Can alopecia areata be triggered by emotional stress? *Acta Derm Venereol (Stockh)*, 72: 279-280.