

T.C
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

ALOPESİ AREATA VE VİTİLİGODA ALEKSİTİMİ

UZMANLIK TEZİ

DR. ENGİN KOCABAŞ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. IŞIL İNANIR

MANİSA-2011

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Vitiligo	2
2.1.1. Tanım	2
2.1.2. Epidemiyoloji	2
2.1.3. Klinik Bulgular	2
2.1.4. Etiyoloji ve Patogenez	3
2.2. Alopesi Areata	3
2.2.1. Tanım	3
2.2.2. Epidemiyoloji	4
2.2.3. Klinik Bulgular	4
2.2.4. Etiyoloji ve Patogenez	4
2.3. Deri Hastalıkları ve Psikiyatri	5
2.3.1. Anksiyete Duyarlılığı	7
2.3.2. Aleksitimi	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
4. BULGULAR	16
5. TARTIŞMA	27
6. SONUÇ	34
7. ÖZET	35
8. ABSTRACT	37
9. KAYNAKLAR	39
10. EKLER	49

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1:	Hasta ve kontrol gruplarının demografik verileri	16
Tablo 2:	Vitiligo ve alopesi areatalı hastaların klinik özellikleri ve bulguları	17
Tablo 3:	Hasta ve kontrol gruplarında HAD, TAÖ, ADİ-III skorları	18
Tablo 4:	Hasta ve kontrol gruplarında anksiyete ve depresyon oranları	18
Tablo 5:	Hasta ve kontrol gruplarında aleksitimik hastaların oranı	19
Tablo 6:	Vitiligolu hastalarda HAD, ADİ, TAÖ, yaş, başlangıç yaşı, hastalık ve eğitim süresinin ilişkisinin karşılaştırılması	20
Tablo 7:	Alopesi areatalı hastalarda HAD, ADİ, TAÖ, yaş, başlangıç yaşı, hastalık ve eğitim süresinin ilişkisinin karşılaştırılması	22
Tablo 8:	Vitiligo, Alopesi Areatata ve kontrol grubunda cinsiyet ile HAD, ADİ ve TAÖ skorlarının ilişkisi	23
Tablo 9:	Hasta ve kontrol gruplarında en sık gözlenen travmatik olaylar	24
Tablo 10:	AA grubunda TAÖ toplam puanı 50 kesme noktasına göre risk değerlendirmesi	25
Tablo 11:	Vitiligo grubunda TAÖ toplam puanı 50 kesme noktasına göre risk değerlendirmesi	26

KISALTMALAR

AA	:	Alopesi areata
AD	:	Anksiyete duyarlılığı
ADİ-III	:	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-III
HAD	:	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
IL	:	İnterlökin
MHC	:	Majör Histokompatibilite Kompleksi
NP	:	Nöropeptit
SP	:	Substans P
TAÖ-20	:	Toronto Aleksitimi Ölçeği-20

EKLER

Ek 1:	Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)	49
Ek 2:	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-III (ADİ-III)	50
Ek 3:	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	51
Ek 4:	Travmatik Olay Değerlendirme Formu	53

1. GİRİŞ

Beyin ve deri embriyonik dönemde ektodermden köken alan ve duygularımızı yansıtan iletişim organlarıdır (1). Deri tüm yaşam boyunca gelişim ve toplumsallaşma üzerinde önemli bir rol oynamakta, dokunsal uyanların yanısıra, duygusal uyanlara da yanıt vermektedir. En büyük ve gözle görülebilir organımız olan derideki herhangi istenmeyen bir durum kişiyi ve karşısındakini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (1,2).

Psikodermatoloji beyin ve deri arasındaki etkileşimi konu almaktadır. Psikiyatri içte görünmeyen hastalıklara, dermatoloji ise dışta görünür hastalıklara odaklanmaktadır. Bu iki bilim dalı arasındaki ilişki nöro-immün-kutanöz sistem olarak tanımlanan immün ve nöroendokrin sistem arasındaki karmaşık bir etkileşime dayanmaktadır ve bu etkileşim salınan medyatörler aracılığıyla olmaktadır (3). Deri hastalıkları ve psikopatoloji ilişkisinin iki yönü bulunmaktadır. Hem psikopatolojik durumlar deri hastalıklarının gelişimini tetikleyebilmekte, hem de deri hastalıkları psikososyal rahatsızlıklara neden olabilmektedir (2).

Stresin çeşitli dermatolojik hastalıkların ortaya çıkması ya da belirtilerinin şiddetlenmesine katkıda bulunduğu bilinmektedir (4). Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete gibi psikopatolojik durumlar birçok deri hastalığı ile birlikte görülebilir. Özellikle psoriasis vulgaris, vitiligo, alopesi areata (AA), ürtiker, akne, atopik dermatit, liken planus bulunan hastalarda bu psikopatolojik tablonun deri lezyonlarının ortaya çıkışında etkisi bilinmektedir (4-6). Dermatolojik sorunu olan hastaların üçte birinden fazlasında deri, lezyonlarının etkili tedavisi ilişkili psikolojik etkenlerle baş edilmesine bağlıdır (5,7). Bu hastalarda bazı kişilik ve mizaç özellikleri de belirgin olabilmektedir.

Öte yandan genellikle yaşamı tehdit edici olmadıkları için yeterince önem verilmeyen kronik birçok dermatolojik hastalık, önemli psikososyal rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastalarda psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı yüksektir. Bu kişilerin beden algılarında bozukluk ve kendilik saygısında azalma, sosyal açıdan damgalanmayla karşı karşıya kalma, dolayısıyla sosyal ve cinsel yaşamlarında bozulma, ikincil olarak gelişen depresyon,

anksiyete, kaygı bozukluğu ve diğerk psikiyatrik durumlar, yaşam kalitesinde belirgin azalma sıklıkla izlenmektedir (1,2,5).

Dermatolojik yakınması olan kişilerde, “duygularını tanıma ve sözel olarak belirtmedeki zorluk” olarak kısaca ifade edilen “aleksitimi”nin görülme sıklığının da yüksek olması beklenir. Bu çalışmada vitiligo ve AA’da aleksitimi sorgulanmış, klinik bulgularla ve anksiyete, depresyon, anksiyete duyarlığı (AD) ile ilişkisi araştırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. VİTİLİGO

2.1.1. Tanım

Vitiligo deriye özgün rengini veren hücreler olan melanositlerin tam olarak bilinmeyen bir nedenle kaybı sonucu ortaya çıkan bir depigmentasyon hastalığıdır. Herhangi bir yaşta ortaya çıkabilen değişik büyüklük ve sayıda, iyi sınırlı, süt ya da tebeşir beyazı renkte maküllerle karakterizedir. Mortalite ve morbiditeye etkili olmamakla birlikte yol açtığı görünüm bozukluğu psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (8,9).

2.1.2. Epidemiyoloji

Prevalansı %0,1-8,8 arasında değişen vitiligo yaş, cinsiyet ve ırk ayrımı yapmamaktadır. Başlangıç sıklıkla çocukluk ve genç erişkin dönemdedir ve 10 ile 30 yaşlar arasında pik yapmaktadır, olguların %50’sinde lezyonlar 20 yaşından önce başlar (8-10).

2.1.3. Klinik Bulgular

Yuvarlak ya da oval, keskin sınırlı, süt beyazı veya tebeşir beyazı renkte merkezden periferde doğru genişleyen maküller gözlenir (9). Lezyonlar her ne kadar vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilse de, karakteristik olarak yüz, el sırtı,

meme başı, aksilla, umblikus, diz, dirsek, sakrum, inguinal ve anogenital bölge gibi alanları tutar. Kemik çıkıntılar üzeri, giysilerle temas halindeki ve kıvrım bölgelerindeki bu tutulumlar gelişiminde köbnerizasyonun yerini göstermektedir (9,11).

2.1.4. Etiyoloji ve Patogenez

Vitiligo patogenezi kompleks olan multifaktöryel ve poligenik bir hastalıktır (12). Epidermal melanosit kaybını açıklamaya yönelik çeşitli teoriler ileri sürülse de kesin neden belirsizdir. Otoimmün, sitotoksik, viral, genetik, biyokimyasal, apoptotik, nöral ve oksidan-antioksidan mekanizmalarla ilgili teoriler geliştirilmiştir (9,13,14). Etyopatogenez nöral, self destrüksiyon ve otoimmün odaklı 3 hipotez ile açıklanılmaya çalışılmıştır (9,12,15). Birçok otoimmün hastalık da vitiligo ile birlikte gözlenebilmektedir (9).

Vitiligolu hastalarda tetikleyici olabilen psikolojik stresin fiziksel travmalar gibi etkili olabildiği düşünülmektedir. Presinaptik hücrelerden artan katekolamin salınımı vazokonstrüksiyon ve epidermal-dermal hipoksi oluşturmakta, ardından gelen reoksijenizasyon sonucu serbest oksijen radikalleri gibi toksik maddeler artmaktadır (15).

2.2. ALOPESİ AREATA

2.2.1. Tanım

AA saçlı deri, kaşlar, kirpikler ve diğer kıllı vücut alanlarında yuvarlak veya oval skatrissiz dökülme alanları ile karakterize, tırnak değişikliklerinin de eşlik edebildiği bir deri hastalığıdır (16).

2.2.2. Epidemiyoloji

AA normal popülasyonda %0,1, dermatoloji polikliniğine başvuran hastalar arasında ise %1-2 oranında görülür. İki cins eşit oranda etkilenir ve aile öyküsü %10-30'dur. İlk atak %60 oranında 20 yaşın altında ortaya çıkar ve yaşam boyu nüks oranı %50'dir (17).

2.2.3. Klinik Bulgular

Normal görünümlü deride ani ortaya çıkan, keskin sınırlı, yuvarlak veya oval yama tarzı alopesik alanlar şeklinde görülmektedir. Yüzde doksan oranında saçlı deri, bunun dışında kaş, kirpik, sakal bölgesi ve diğer vücut alanları tutulabilir. En sık görülen yama tarzı AA dışında, tüm saçlı derinin tutulması alopesi totalis, tüm vücut kıllarının dökülmesi alopesi universalis, oksipital ve temporal bölge boyunca saç kaybı olması ise ofiyazik tip olarak adlandırılır (18,19). Alopesik alanın içinde veya çevresinde "ünlem işareti" şeklinde kısa, kırılmış kılların bulunması ve periferinde saç çekme testinin pozitif olması (altı veya daha fazla saç gelmesi), AA'nın sık görülen bir özelliğidir (16).

2.2.4. Etiyoloji ve Patogenez

AA'nın patogenezi tam olarak bilinmemesine rağmen, birçok bulgu ve belirti immünolojik faktörlere odaklanmaktadır. Hastanın kıl folikül keratinositlerinin endojen ve eksojen uyarılara anormal duyarlılık gösterdiği düşünülmektedir. Humoral ve hücreli bağışıklık, atopi, nöropeptitler (NP) ve sitokinler AA sürecinde yer alan faktörlerden bazılarıdır (20,21). Tiroid hastalıkları, diyabet, Down sendromu, Vogt-Koyanagi-Harada sendromu, atopik dermatit ve vitiligo ile birlikteliği söz konusudur (17). Özellikle erken başlangıçlı AA hastalarında aile öyküsü belirgin olarak yüksektir (16). AA'da otoimmünite gelişmesine neden olan MHC ekspresyonuna stres yaratan travmalar gibi uyarılar aracılığı ile salınan sitokinlerin neden olduğu düşünülmektedir (12).

2.3. DERİ HASTALIKLARI VE PSİKİYATRİ

Tıbbın tüm dallarında hastalıklar birbirinden farklı derecelerde etkili olan fiziksel, ruhsal, davranışsal ve toplumsal etmenlerin etkileşmesiyle ortaya çıkmaktadır (22). Bireyin ruhsal evreni ile içinde bulunduğu sosyal çevrenin karşılıklı ilişkisinin yarattığı etkiler, kısaca psikososyal etmenler bir fiziksel hastalığın ortaya çıkmasında ve tedaviye olan yanıtı belirlemede veya hastalığın seyrini değiştirmede çok önemli bir role sahiptir (22,23).

Psikodermatoloji beyin ve deri arasındaki etkileşimi konu almaktadır. Derinin rahatlıkla görülebilen ve dokunulabilen bir organ olarak psikiyatride özel bir yeri vardır. Deri öfke, korku, utanç ve kızgınlık gibi duyguları açıkça ifade etme, emosyonel uyarılara yanıt verme, kişinin kendilik imajı ve özgüvenini sağlama ile bebeklikten yetişkinliğe doğru seyreden sosyalleşme sürecinde önemli rol oynamaktadır (24,25).

Psikonöroimmünoloji sinir sistemi, endokrin sistem ve immünoloji arasındaki karşılıklı ilişkileri ve bu ilişkilerin fiziksel sağlık üzerindeki etkilerini araştıran yeni bir bilim dalıdır (26). Deride ve merkezi sinir sisteminde, hormonlar, nörotransmitter ve reseptörler gibi pek çok ortak fonksiyon sistemi bulunmaktadır. Merkezi sinir sistemi tüm vücutta sempatik ve parasempatik sistemleri de içeren geniş bir iletişim ağına sahiptir. Nöropeptit (NP) adı verilen bu kimyasal ileticilerin hem merkezi sinir sistemi hem de immün sistemdeki hücrelerin duvarında bulunması duygular ve sağlığın birbiriyle son derece yakın bir ilişkide olduğunu düşündürmektedir. Endokrin sistem ise hormon salgılayan organlar ile vücudun işlevlerini ve dengesini sağlamaya yardımcıdır. Embriyolojik gelişme bile merkezi sinir sistemiyle deri arasındaki sıkı ilişkiye işaret etmektedir. Hem epidermis, hem de merkezi sinir sistemi nöral plakadan nöral boruya doğru gelişmektedir (27,28).

Emosyonel stres karşısında organizma uygun ve istenilen yanıtları oluşturup uyum sürecine girerse denge sağlanmış olur, ancak stres çok fazla ise ya da stres yanıtına karşı aşırı haberci madde ve salgılar oluşursa bir kimyasal karmaşa doğar. Sonuçta immün sistem zayıflar ve hastalık potansiyeli artar (27,29).

Bugüne kadar 50'den fazla NP tanımlanmıştır ve bunların çoğu davranış ve duygudurum değişiklikleri yaratma etkisine sahiptir. Başlıcaları substans-P (SP),

kalsitonin gen ilişkili peptit, vazoaktif intestinal peptit, nöropeptit Y, nörokinin A ve nörokinin B'dir. SP nörojenik yangının temel elemanlarından biridir. Derinin mast hücrelerini uyararak histamin ve TNF- α salınmasını, monosit ve keratinositleri uyararak proinflamatuvar ve kemotaktik interlökinlerden IL-1, IL-6, IL-8 salınımını, dermal fibroblastların migrasyon ve proliferasyonunu, endotel hücreleri kanalıyla neovaskülarizasyonu artırır. Bununla birlikte tüm NP'ler strese yanıt olarak derideki lokal nöroimmün reaksiyonları düzenlemektedirler (27).

Psikodermatolojik hastalıklar dört kategoride sınıflanmıştır: İlk gruptaki psikofizyolojik bozukluk olarak adlandırılan depresyon ve anksiyete AA, psoriasis, atopik dermatit, ürtiker, akne vulgaris ve jeneralize pruritus gibi hastalıkların şiddetlenmesine neden olmaktadır. İkinci grup obsesif kompulsif bozukluk, trikotillomani, beden dismorfik bozukluk, parazitoz sanrısı gibi primer psikiyatrik bozukluklardan oluşmakta ve temelde psikiyatrik olsalar da dermatolojik bulgular ile ortaya çıkabilmektedirler. Üçüncü grupta yer alan hastalıklar dermatolojik hastalığın neden olduğu psikososyal etkiler sonucu ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklardan oluşmaktadır. Son grupta ise psikiyatrik ve dermatolojik hastalıklar birlikte yer almaktadır (30,31). Deri lezyonu olan hastalarda hastalık halinin psikosomatik mi yoksa somatopsişik mi olduğunu belirlemede psikolojik ve emosyonel faktörlerin değerlendirilmesi oldukça önemlidir (32).

Dermatoloji hastalarındaki psikiyatrik rahatsızlık oranı oldukça fazladır (32). Woodruff ve ark., dermatoloji kliniğinde psikiyatrist tarafından değerlendirilen hastaların %5'inin psikiyatrik tanı aldığını bildirmişlerdir (33). En sık eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar depresyon, anksiyete, obsesif bozukluklar, delüzyonel bozukluklar olarak sıralanmaktadır. Daha az olarak sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, alkol bağımlılığı, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, anoreksiya nervoza ve şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir (33-37).

Son zamanlarda deri ve zihin alanındaki araştırmalar stres ve deri hastalıkları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Çeşitli deri hastalıklarının ortaya çıkışında, seyrinde ve alevlenmesinde emosyonel stresin, özellikle de stres yaratan yaşam olaylarının rolü vardır (38-42). Dermatoloji polikliğine başvuran hastaların en az üçte birinde etkili tedavi için emosyonel faktörlerin de göz önünde bulundurulması

gerekmektedir (43). Deri lezyonlarının alevlenmesinde bazen psikolojik faktörler, biyolojik faktörler kadar önemli rol üstlenebilmektedirler (44).

AA, vitiligo, akne vulgaris, seboreik dermatit, atopik dermatit, psoriasis ve ürtiker etyolojilerinde stresin önemli rol oynadığı hastalıkların başında gelmektedir (37,45). Stresin psoriasisli hastaların %44'ünde, atopik dermatitli hastaların %70'inden fazlasında, ürtikerli hastaların %20'sinden fazlasında hastalığın ortaya çıkışı ve alevlenmesinde tetikleyici bir faktör olduğu bildirilmiştir (29,37). Bu hastalıklardaki tetikleyici strese sıklıkla anksiyete ve depresyon da eşlik etmektedir (36,37).

2.3.1. Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı (AD) anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı düzeyde bir korku olarak nitelendirilmiştir ve zararlı fiziksel fizyolojik ve/veya sosyal sonuçları olduğuna inanılmaktadır. İlk kez Reiss ve McNally tarafından 1985 yılında tanımlanmıştır. Korku beklentisi (expectancy of fear) modelinin temelini oluşturmaktadır. Bu modelde insanlarda korku yaratan bir olaydan ya da durumdan kaçınma güdüsünün temelinde anksiyete beklentisi ve AD olarak adlandırılan süreçler rol oynamaktadır. Anksiyete beklentisi kişinin belirli bir durumda anksiyete ya da korku yaşayacağı beklentisidir (46).

AD kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren temel bir korku biçiminde ve çok çeşitli anksiyete bozukluklarına yatkınlığı değerlendirmek üzere kavramsallaştırılmıştır. Teorik ve klinik önemi açısından panik atak, anksiyete ve anksiyete bozukluklarının bilişsel teorilerinin gelişmesinden sonra tanımlanmaya başlamıştır. Reiss'e göre AD korkmaktan korkmak ya da anksiyeteden korkmak olarak tanımlanan bir bireysel farklılık değişkenidir. Bu korku, kişinin anksiyete ya da korku yaşantılarının utanmaya, hastalığa, ölüme neden olabileceği inancından kaynaklanmaktadır (47).

Sınıflandırma araştırmalarında AD için yüksek ve düşük olarak iki kategorili sınıflandırma esas alınmaktadır. Yüksek AD'na sahip olanlar toplumun %10–20'sini, düşük AD'na sahip olanlar ise toplumun geri kalan kısmını oluşturmaktadırlar. AD yüksek olan kişiler, aniden ortaya çıkan görece daha şiddetli ve açıklanamayan

fiziksel anksiyete belirtilerini yanlış bir şekilde, tehlikeli olarak yorumlamaya yatkın olup sıklıkla kaçınma eğilimindedirler, görece daha düşük AD'na sahip olanlar anksiyete belirtilerini hoş olmayan ancak zararsız belirtiler olarak değerlendirmektedirler (46,48).

AD kavramı beklenti anksiyetesi ile ilişkili gibi görünmekte ve klinik olarak kısmen örtüşmektedir. Fakat beklenti anksiyetesi panik ataklardan sonra edinilmiş olan, yeniden ve kaçınılmaz bir tehlike oluşacağına ilişkin bir anksiyetedir. Sürekli anksiyeteden farklı bir kavram olup olmadığı da tartışma konusudur. Sürekli anksiyete, anksiyete belirtilerinden korkmak değil, stres yaratan uyarıcılara korkuyla tepki verme eğilimi ya da yaygın anksiyete belirtilerini yaşamaya yapısal bir yatkınlık olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla anksiyete belirtilerinin kendisine korkuyla tepki verme eğiliminden farklıdır. Sürekli anksiyete bazı insanların kendi anksiyetelerinden ve anksiyete duyularından korkmasını da açıklamamaktadır (48,49).

2.3.2. Aleksitimi

Aleksitimi kavramı ilk olarak Sifneos tarafından duygusal sorunlara ilişkin bir belirti grubunu tarif etmek amacıyla kullanılmıştır (50). Kelime olarak Yunanca'dan gelmiş olup, a: yok, lexis: söz, thymos: duygu anlamına gelen kelimelerin birleşmesiyle oluşmuş bir kavramdır (51). Buradan da hareketle aleksitimi genel olarak duyguları anlamlandırma, adlandırma ve ifade etme gücü olarak tanımlanmaktadır (52).

Aleksitiminin bir hastalıktan çok kişilik özelliği, yetersizlik olduğu görüşü zamanla kabul görmüştür. Ancak aleksitimik özelliklerin ortaya çıkmasında sosyokültürel faktörler de önemli rol oynamaktadır. Aleksitimi bir hastalık biçiminde var ya da yok şeklinde nitelendirmekten çok, aleksitimik özelliklerin düzeylerinden bahsetmek daha uygun görünmektedir (52).

Aleksitiminin genel toplumdaki sıklığı %10-13 arasında değişmektedir (50,52). Son iki onyılda aleksitiminin gerek psikiyatrik gerekse somatik hastalıklarla olan ilişkisi üzerinde çalışılmıştır. Aleksitimi psikiyatri alanında çoğunlukla depresyon, alkol bağımlılığı ve anoreksiya nevroza birliktelik göstermektedir (53-

55). İnflamatuvar barsak hastalıkları, miyokard infarktüsü, hipertansiyon, şiddetli astım, esansiyel hipertansiyon, fibromyalji gibi somatik hastalıklarda aleksitimi düzeylerinin artmış olduğu saptanmıştır (56,57). Sistemik lupus eritematozus ve romatoid artritli hastalarda immüno-endokrin parametreler ve aleksitimi gelişimi arasında da korelasyon saptanmıştır (56,57). Dermatolojik hastalıklarla aleksitimi arasındaki ilişkiyi gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda AA, psoriasis, vitiligo ve kronik ürtikerli hastalarda aleksitiminin kontrollere göre daha yüksek oranda saptandığı bildirilmiştir (52,58,59).

Aleksitimi konusundaki ölçekleri geliştiren Taylor ve ark., bu değerlendirme araçlarını geliştirme aşamasında öncelikle ölçülecek yapının tanımını yapma gerekliliği üzerinde durmuşlardır (60,61). Bu doğrultuda önceleri aleksitimi, duyguları tanımlamada zorluk, bedensel duyumlar ile duyguları ayırtmada zorluk, içgözlem yoksunluğu, sosyal uyum, hayal kurma konusunda kısıtlılık başlıklarını içeren beş alanda tanımlamışlardır. Ancak teorik bilgiler ve yaptıkları istatistiksel analizler ışığında, aleksitimi alt-boyutlarını duyguları tanıma ve tanımlama ile duygularla bedensel hisleri ayırtamama, duygular konusunda başkalarıyla iletişim kuramama, hayal kurma konusunda kısıtlılık ve içsel deneyimler yerine dışsal olaylara odaklanma tercihi olarak yeniden belirlemişlerdir (52,59-62). Taylor ve ark. daha sonraki çalışmalarında, geliştirdikleri aleksitimi ölçeklerinin psikometrik özelliklerini destekleyici yönde bulgular elde etmişlerdir. Böylece bu alanda yapılacak diğer çalışmalarda kullanılacak ve farklı boyutlar üzerinde aleksitimik özellikler gösteren ve göstermeyen kişileri ayırt edebilme becerisi bakımından oldukça güvenilir ve geçerli bir araç elde etmişlerdir (60,61). Günümüzde aleksitiminin değerlendirilmesi için Taylor ve ark. tarafından geliştirilen Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) kullanılmaktadır. Birçok dilde güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılan ölçek günümüzde sıkça kullanılmaktadır. Bagby ve ark., TAÖ'nin kapsam geçerliği ve faktör yapısı açılarından, aleksitimi ile ilgili teorik bilgileri yeterince yansıttığını belirtmişlerdir (60-62).

2.3.2.1. Deri Hastalıkları ve Aleksitimi

Dermatoloji alanında aleksitimi üzerine az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda TAÖ skorları ve genel psikososyal işlevler arasındaki korelasyonu saptamak amaçlanmıştır (52).

Psoriasis aleksitiminin en çok araştırıldığı deri hastalığıdır (63-69). Psoriaziste yaşanan sosyal stresin hipotalamus-hipofiz-adrenal korteks aksını etkileyerek hastalığın ortaya çıkışında rolü olduğunun gösterilmesi aleksitimiye ilgi uyandırmıştır. Allegranti psoriazisli hastalarda TAÖ düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek saptandığını bildirmiştir (63). Fava ve Rubino ise değerlendirmelerinde psoriazisli hastalarda TAÖ değerlerini kontrol grubuna göre daha düşük saptamışlar ve psoriazisin aleksimi ile ilişkisiz olduğunu öne sürmüşlerdir (64,65). Richards ve ark.nın kontrol grupsuz çalışmasında psoriasis hastalarının %35'inde aleksitimi saptanmakla birlikte toplam TAÖ değerleri ile hastalık şiddetleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (66).

Maniaci ve ark. 40 kronik ürtikerli hastanın yarısında TAÖ-20 skorlarını yüksek aleksitimi sınırı için eşik değer olan 60'ın üzerinde bulmuştur. Eşlik edebilecek bir aleksitimi açısından dermatologların farkındalıklarının olmasının ve anksiyete ve depresyon gibi komorbid psikiyatrik rahatsızlıklara yönelik tedavinin de verilmesinin gereği vurgulanmıştır (70).

Kaşıntılı dermatozlardaki aleksitimi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada atopik dermatit, ekzema, prurigo nodularis ve akne ekskoriye hastaları içerisinde en yüksek aleksitimi düzeyi atopik dermatit hastalarında görülmüştür. Ayrıca hastaların artmış aleksitimi düzeyleri ile paralel olarak hastaların uyku kalitelerinde bozulma saptanmıştır (71).

2.3.2.2. Vitiligo ve Alopesi Areata'da Aleksitimi

Yapılan çalışmalarda AA'lı hastalarda depresyon, anksiyete, sosyal fobi, paranoid bozukluk gibi psikopatolojik morbiditelerin kontrol gruplarına göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (28,72,73). Yine benzer şekilde vitiligo hastalarının anksiyete, depresyon, obsesif semptomlar ve hipokondriyazis açısından

daha yüksek skorlara sahip oldukları gözlenmiştir (39,74,75). Farklı bildiriler olmakla birlikte genel görüş AA ve vitiligo hastalarının aleksitimik kişilik özelliklerine sahip oldukları yönündedir (74,76,77).

Manolache ve ark., stresin AA ve vitiligo üzerindeki etkinliğini araştırmak amacı ile yaptıkları çalışma sonunda AA'da %68, vitiligoda %65 oranında istatistiksel olarak da anlamlı bulunan stres öyküsü saptamıştır. Her iki grupta da yaşanan stresin kaynağının en sık nedeni kişisel problemler olarak bulunurken cinsiyetler arasında fark görülmemiştir. Araştırmacılar aleksitimik kişilik özelliğine sahip kişilerde stresin hastalığın ortaya çıkışında etkili olabileceğini bildirmişlerdir (78).

Stresin AA ve vitiligolularda hastalığın ortaya çıkışı üzerindeki etkisinin değerlendirildiği çalışmalar yanında her iki hastalığa eşlik eden ve hastalıkların etyolojisinde yer aldığı düşünülen ruhsal faktörleri saptamak amacı ile kullanılan Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD ölçeği) vb. ölçeklerle yapılan çalışmalarda hastalıklara büyük oranda depresyon ve anksiyetenin eşlik ettiği görülmüştür (79-82).

Colon ve ark. (83), AA'lı hastaların %74'ünün yaşamları boyunca başta major depresyon ve aksiyete olmak üzere en az bir kez psikiyatrik hastalık tanısı aldığını bildirmişlerdir. Yine benzer şekilde Çelik (82) ve Gupta (84) da yaptıkları çalışmalarda AA'lı hastaların depresyon skorlarının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir. Sampogna ve ark. (81) anksiyete ve depresyonun vitiligo hastalarında da AA hastalarında olduğu gibi sağlıklı kontrollere göre daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Çalışmalar sonunda AA ve vitiligonun hastaların yaşam kalitelerini önemli derecede bozduğu (81,85), anksiyete ve depresyon skorlarının hastalık şiddeti ile korelasyon gösterdiği (84), tedavi sonrasında bu skorların tedavi öncesi değerlerin altına indiği (82) ve hastaların sahip oldukları aleksitimik kişilik özelliklerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (81).

Gerçekleştirilen az sayıdaki çalışmada elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde vitiligo ve alopesi areatanın aleksitimi ile ilişkili olduğu görülmektedir (59,73,77,79,80). Vitiligo ve AA hastaları sahip oldukları aleksitimik kişilik özellikleri nedeni ile duygularını ifade etmekte ve karşılaştıkları stresli yaşam olayları ile baş etmekte sağlıklı kişilere oranla daha fazla zorlanmaktadır. Kişisel

özellikler ve çevresel faktörlerin etkisi ile aleksitimik yapıdaki kişilerde vitiligo ve AA daha fazla görülebilir.

Bu çalışmada dermatoloji polikliniğine ayaktan başvuran vitiligolu ve AA'lı hastaları sosyodemografik özellikler, depresif bozukluklar, yaşanmış travmatik olaylar, AD ve aleksitimi açısından değerlendirmek ve elde edilen verilerin aleksitimi gelişimine etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA GRUBU

Çalışmaya Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvuran vitiligo ve AA hastaları alındı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri 18 ve üstü yaş, kronik sistemik ve dermatolojik hastalığı bulunmamak, çalışmaya katılmaya gönüllülük ve uygulanan psikometrik testleri cevaplayabilecek bilişsel işlevlere sahip olmaktı. Bu kriterleri taşıyan 90 vitiligolu ve 51 AA'lı hasta çalışma grubunu oluşturdu. Kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet uyumlu, kronik sistemik ve dermatolojik hastalık öyküsü olmayan, 18 yaş ve üstünde 90 idari ve hizmet personeli gönüllü olarak çalışmada yer aldı. Hastalar ve sağlıklı gönüllülerden aydınlatılmış onamları alındı. Çalışma Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komitesi tarafından onaylandı.

3.2. DEĞERLENDİRME ARAÇLARI

Bu araştırmada hasta ve gönüllü kontrollerde TAÖ-20, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-III (ADİ-III), HAD ve Travmatik Olay Değerlendirme Formu uygulanmıştır. Ayrıca çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacı ile araştırma ekibi tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Hastalarda dermatolojik muayene bulguları da forma kaydedilmiştir.

3.2.1. Sosyodemografik-Klinik Veri Formu

Hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek ve eğitim düzeylerinin sorgulandığı bir anket formu hazırlandı. Form araştırma ekibinden Dr. Engin Kocabaş tarafından çalışmaya katılanlara karşılıklı soru-cevap tekniği kullanılarak dolduruldu. Aynı hekim tarafından dermatolojik muayene yapıldı. Kliniğe yönelik olarak lezyonların süresi, başlangıç yaşı, aile öyküsü, hastalık tipi, lezyonların yerleşim yerleri, görünür özellikte olup olmadığı ve tutulum oranı kaydedildi.

3.2.2. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)

TAÖ-20 daha önce Taylor ve ark. tarafından geliştirilen TAÖ-26 ölçeğinin yeniden düzenlenmesiyle oluşturulmuştur (86,87) ve ilk versiyonundan farklı olarak 3 boyut içermektedir. Toplamda 20 sorudan oluşan ölçekte her madde 1-5 arasında değişen değerlerde skorlanmakta ve sonuçta tüm puanlar toplanmaktadır. TAÖ-20 skorları 20-100 arasında değişmekte, 61 ve üzeri değerler aleksitimik, 51-61 arası sınırdaki aleksitimik, 51'in altındaki değerler ise normal olarak kabul edilmektedir (62). Ölçeğin dilimize çevirisi, güvenirlik ve geçerlik çalışması Güleç ve ark. tarafından yapılmıştır (88). TAÖ-20 Ek 1'de yer almaktadır.

3.2.3. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-III (ADİ-III)

AD'nın etkin biçimde ve çok boyutlu olarak değerlendirilebilmesi amacıyla yakın zamanda Taylor ve ark. tarafından ADİ-III geliştirilmiştir (60). ADİ-III fiziksel, toplumsal ve bilişsel alt boyutları olan ve her alt boyutta 6'şar madde bulunan toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. '0' çok az, '4' çok fazla anlamına gelmektedir ve toplam ölçek puanı 0-72 arasındadır. Uygulayıcılardan her bir maddede yer alan ifadelerle ilgili şimdiye kadar olan deneyimlerini dikkate alarak ya da bu konuda deneyimi yoksa o durumu yaşaması halinde nasıl hissedebileceğini düşünerek ilgili ifadeyle ne derecede hemfikir olduğunu belirtmesi istenmektedir (60,61). ADİ-III'ün Türkçe geçerlik ve

güvenirlilik çalışması Mantar ve ark. tarafından yapılmıştır (89). ADI-III Ek 2’de yer almaktadır.

3.2.4. Hastane Anksiyet ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Bedensel hastalığı olan ve ayaktan sağlık hizmeti almak için sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte toplam 14 soru bulunmakta, bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi bu ölçeğin kesme puanları anksiyete alt ölçeği için 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri puanlar 0-21 arasındadır (90). Ölçek 1997 yılında Aydemir ve ark. tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (91). HAD Ek 3’te yer almaktadır.

3.2.5. Travmatik Olay Değerlendirme Formu

Çalışma ekibindeki psikiyatri uzmanı tarafından literatürdeki travma ölçekleri gözden geçirilerek oluşturulmuş, yaşanmış travmatik olayları değerlendirmek amacı ile hazırlanmış bir formdur. Yaşanmış fiziksel travmalar, önlenemez olaylar ve kayıplar konusunda 18 maddeden oluşmaktadır. Travmatik Olay Değerlendirme Formu Ek 4’te yer almaktadır.

3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRMELER

Çalışma verileri Windows 17.0 için SPSS İstatistik Paket Programı ile değerlendirildi. Temel tanımlayıcı istatistikler (yüzde, frekans) ardından gruplar sürekli değişkenler için post hoc, Tukey analizi ile birlikte ANOVA varyans analizi ile test edildi. İkili grup karşılaştırmalarında (AA ve kontrol grupları, vitiligo ve kontrol grupları) sürekli değişkenler için Student t testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi uygulandı. Bu aşamada uygulanan tek değişkenli risk analizinde anlamlı ve/veya anlamlılığa yakın olan sürekli ve kategorik değişkenler yeniden kodlanarak

regresyon modeli ile tekrar analiz edildi. TAÖ ölçek puanları kategorik değişken halinde yeniden kodlandı. Buna göre 0-50 puan alanlar risk yok (kod=0) ve 51 ve üzeri puan alanlar risk var (kod=1) olarak yeniden kodlanarak kategorik değişken haline getirildi ve bağımlı değişken olarak regresyon modeli oluşturuldu. Tek değişkenli analizde vitiligo için sürekli değişkenlerden yaş ve toplam ADİ-III değişkeni, kategorik değişkenlerden ise başlangıç yaşı değişkeni anlamlı; sürekli değişkenlerden HAD-anksiyete toplam puanları ve kategorik değişkenlerden en az bir travma yaşamış olma değişkeni anlamlılığa yakın olarak bulunduğu için regresyon modeline alındılar. AA grubunda ise kategorik değişkenlerden cinsiyet ve rahatsızlık verme düzeyi; sürekli değişkenlerden HAD-anksiyete ve HAD-depresyon anlamlı buldukları, yaş ise demografik veri olduğu için regresyon modeline alındılar. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmada 90 vitiligolu ve 51 AA'lı hasta ve 90 sağlıklı kontrol yer almaktadır. Hasta ve kontrol gruplarının demografik verileri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1: Hasta ve kontrol gruplarının demografik verileri

	Vitiligo (n=90)	AA (n=51)	Kontrol (n=90)
Yaş (ortalama, aralık)	38,10±13,29 (18-67)	34,92±11,78 (18-60)	38,35±12,43 (18-64)
Cins			
Kadın	45 (% 50,0)	24 (% 47,1)	46 (%51,1)
Erkek	45 (% 50,0)	27 (% 52,9)	44 (%48,9)
Medeni durum			
Evli	65 (% 72,2)	32 (% 62,7)	66 (%73,39)
Bekar	22 (% 24,4)	18 (% 35,3)	23 (%25,6)
Boşanmış	3 (% 3,3)	1 (% 2,0)	1 (%1,1)
Eğitim			
Okur yazar	4 (% 4,4)	0 (%0,0)	0 (%0,0)
İlk	29 (% 32,2)	11 (% 21,6)	32 (%35,6)
Orta	10 (% 11,1)	7 (% 13,7)	8 (%8,9)
Lise	25 (% 27,8)	15 (% 29,4)	35 (%38,9)
Üniversite	22 (% 24,4)	18 (% 35,3)	15 (%16,7)
Toplam eğitim süresi (ortalama, aralık) (yıl)	9,46±4,68 (0-16)	11,05± 4,26 (1-240)	9,43±3,93 (5-16)
Alkol	11 (%12,1)	9 (%17,6)	11 (%12,2)
Sigara	16 (%17,6)	19 (%37,3)	30 (%33,3)

Vitiligo ve AA gubunun hastalığa ilişkin özellikleri ve klinik bulguları Tablo 2'de yer almaktadır. Her iki grupta başlangıç yaşları benzerdi. Vitiligolu grupta aile öyküsü olan hasta sayısı daha fazlaydı ve hastalık süresi daha uzundu.

Tablo 2: Vitiligo ve AA'lı hastaların klinik özellikleri ve bulguları

	Vitiligo (n=90)		AA (n=51)	
Başlangıç yaşı	31,88±14,01 (8-66)		32,74±74 (5-59)	
Hastalık süresi (ay) ortalama (aralık)	71,95±92,85 (1-360)*		23,04±44,84	
Aile öyküsü	18 (%20)**		2 (% 3,9)	
Hastalık tipi				
	Fokal/Segmental	6 6±6,7	Alopesi areata	47 (%92,16)
	Jeneralize	84 94±93,3	Total alopesi	3 (%5,88)
			Alopesi üniversalis	1 (%1,96)
Tutulum (%)				
			% 0-10	36 (%70,6)
			% 10-25	6 (%11,8)
			% 25-50	5 (%9,8)
			% >50	4 (%7,8)
Yerleşim				
	Yüz	61 (% 68,1)		25 (%49)
	Skalp	10 (% 11,1)		34 (% 66,7)
	Kol	38 (% 42,2)		1 (%2)
	El	65 (% 72,2)		3 (% 5,9)
	Bacak	39 (% 43,3)		2 (% 3,9)
	Ayak	41 (% 45,6)		2 (% 3,9)
	Gövde	33 (% 36,7)		1 (% 2)
	Genital	24 (% 26,7)		1 (% 2)
Görünür alanlar		82 (% 91,9)		50 (% 98)
Tedavi kullanımı		39 (%42,9)		27 (% 52,9)
Lezyonlardan rahatsızlık duyma		57 (%63,3)		40 (%78,4)*

*p<0,001, Mann-Whitney testi, ** p=0,04, ki-kare testi

Vitiligo, AA ve kontrol grupları HAD-anksiyete, HAD-depresyon, TAÖ-20 ve ADİ-III puanları açısından karşılaştırıldığında ADİ-III değerleri dışındaki diğer skorlar açısından bir farklılık bulunmamaktaydı (One-way ANOVA testi p>0,05). Vitiligolu hastalarda ADİ-III skorları kontrollerle benzerdi, ancak AA'lı grubundakilerden daha yüksekti (p=0,04, post-hoc, Tukey testi). AA'lı hastaların ADİ-III değerleri kontrollerden düşüktü, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hasta ve kontrol gruplarında HAD, TAÖ, ADİ-III skorları Tablo 3'de yer almaktadır.

Tablo 3: Hasta ve kontrol gruplarında HAD, TAÖ, ADİ-III skorları

	Vitiligo (n=90)	AA (n=51)	Kontrol (n=90)
HAD- ank.	7,75±4,49 (0-21)	7,86±3,19 (0-16)	7,72±4,53 (0-21)
HAD-dep.	6,81±3,81 (0-17)	5,86±3,86 (1-16)	7,17±4,43 (0-20)
TAÖ-20	53,80±10,64 (25-91)	50,54±11,75 (23-81)	52,86±10,07 (25-71)
ADİ-III	24,48±14,74 (0-60)*	18,47±11,96 (0-47)	22,27±14,06 (1-60)

*p=0,04, ANOVA, post-hoc, Tukey testi (AA ve kontrol grubu)

HAD-anksiyete ve HAD-depresyon skorları sırasıyla kesme noktaları olan 11 ve 8'e göre sınıflandı ve anksiyete ve depresyona sahip olanlar belirlendi. Hasta ve kontrol gruplarında anksiyete ve depresyon oranları Tablo 4'de gösterilmiştir. Gruplar arasında anksiyete ve depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Student t test, $p \geq 0,05$).

Tablo 4: Hasta ve kontrol gruplarında anksiyete ve depresyon oranları

	Vitiligo (n=90)	AA (n=51)	Kontrol (n=90)
Anksiyete (HAD-ank. ≥ 11)	21 (%23,3)	10 (%19,6)	18 (%20)
Depresyon (HAD-dep. ≥ 8)	44 (%45,6)	17 (%33,3)	40 (%44,4)

Hasta ve kontrol gruplarının aleksitimi skorları 0-50, 51-60, 61-100 olarak tekrar gruplandırıldı ve aleksitimi bulunmayan, sınırda ve yüksek aleksitimik olarak sınıflandırıldı. Hasta ve kontrollerin aleksitimi dağılımı Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5: Hasta ve kontrol gruplarında aleksitimi oranı

Aleksitimi (skor)	Vitiligo (n=90)	AA (n=51)	Kontrol (n=90)
Yok (0-50)	29 (%32,2)	23 (%45,1)	36 (%40)
Sınırdan aleksitimik (51-60)	44 (%48,9)	19 (%37,3)	33 (%36,7)
Yüksek aleksitimik (61-100)	17 (%18,9)	9 (%17,6)	21 (%23,3)

Hasta ve kontroller TAÖ-20 skorunun kesme değerinin 50 olarak alınması ile aleksitimi bulunmayanlar ve aleksitimik özellik taşıyanlar olarak tekrar sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamaya göre aleksitimik özellik taşıyan 61 vitiligolu hasta aleksitimik özellik taşıyan 54 kontrol ile karşılaştırıldığında bir farklılık saptanmamıştır (p=0,28 ki-kare testi). Alopesi grubundaki 28 aleksitimik hasta ile kontrol grubundaki 54 aleksitimiklerin karşılaştırılması ile de benzer sonuçlar elde edilmiştir (p=0,59 ki-kare testi).

Vitiligolu hastalarda HAD, ADİ-III, TAÖ-20, yaş, başlangıç yaşı, hastalık ve eğitim süresinin ilişkisinin karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir. Tablodan da izlendiği gibi vitiligolu hastalarda TAÖ-20 değerleri ile ADİ-III, yaş ve hastalığın başlangıç yaşı arasında doğru orantı bulunmaktaydı. ADİ-III ise HAD-depresyon, HAD-anksiyete, TAÖ-20, yaş ve hastalığın başlangıç yaşı ile doğru orantılı idi. HAD-anksiyete ile HAD-depresyon skorları arasında da doğru orantı saptandı. Hastaların eğitim süreleri ile HAD-depresyon ve HAD-anksiyete arasında ters, hastalığın başlangıç yaşı ile TAÖ-20 ve ADİ-III arasında ise doğru orantı bulunmaktaydı. Yapılan değerlendirmeler sonucu hastalık süresi ile diğer parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 6: Vitiligolu hastalarda HAD, ADİ, TAÖ, yaş, başlangıç yaşı, hastalık ve eğitim süresinin ilişkisinin karşılaştırılması

Pearson korelasyon (p)	HAD-ank	HAD-dep	TAÖ-20	ADİ-III	Yaş	Başlangıç yaşı	Hastalık süresi	Eğitim süresi
		0,63**	0,18	0,55**	0,03	-0,02	0,01	-0,22*
HAD-ank	X							
		0,01	0,01	0,01	0,76	0,83	0,36	0,04
HAD-dep		X						
			0,05	0,37**	0,09	0,03	0,11	-0,44**
			0,68	0,01	0,39	0,81	0,30	0,01
TAÖ-20			X					
				0,42**	0,32**	0,33**	0,04	-0,05
				0,01	0,01	0,01	0,70	0,63
ADİ-III				X				
					0,23*	0,25*	0,05	-0,20
					0,03	0,02	0,62	0,06
Yaş					X			
						0,84**	0,19	-0,19
						0,01	0,07	0,07
Başlangıç yaşı						X		
							-0,37**	-0,16
							0,01	0,13
Hastalık süresi							X	
								-0,04
								0,73
Eğitim süresi								X

* p<0,01; ** p<0,05; İlk sayı Pearson korelasyon katsayısı, ikinci sayı p değerlerini göstermektedir.

AA'lı hastalarda HAD-anksiyete puanları ile HAD-depresyon, ADİ-III ve TAÖ-20 puanları birbiriyle doğru orantılı idi. ADİ-III ve TAÖ-20 skorlarının da benzer şekilde doğru orantılı olduğu, aleksitimik özellik ile birlikte duyarlılığın da arttığı gözlemlendi. Eğitim süresi ise HAD-depresyon puanları ile ters orantılı idi, yani

eğitim süresi azaldıkça depresyon puanları yükselmekteydi. AA'lı hastalarda HAD, ADİ, TAÖ, yaş, başlangıç yaşı, hastalık ve eğitim süresinin ilişkisinin karşılaştırılması Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: AA'lı hastalarda HAD, ADİ, TAÖ yaş, başlangıç yaşı, hastalık ve eğitim süresinin ilişkisinin karşılaştırılması

Pearson korelasyon (p)	HAD-ank	HAD-dep	TAÖ-20	ADİ-III	Yaş	Başlangıç yaşı	Hastalık süresi	Eğitim süresi
HAD-ank	X	0,71**	0,38**	0,37**	0,10	0,10	-0,01	-0,22
		0,01	0,01	0,01	0,50	0,50	0,97	0,13
HAD-dep		X	0,06	0,23	0,04	0,05	-0,03	-0,33*
			0,69	0,11	0,78	0,75	0,85	0,02
TAÖ-20			X	0,37**	0,01	-0,06	0,23	-0,05
				0,01	0,97	0,69	0,10	0,73
ADİ-III				X	0,15	0,11	0,12	-0,25
					0,30	0,45	0,42	0,07
Yaş					X	0,96**	-0,14	0,04
						0,01	0,33	0,79
Başlangıç yaşı						X	-0,42**	0,02
							0,01	0,87
Hastalık süresi							X	0,06
								0,68
Eğitim süresi								X

**P<0,01, * P<0,05

Vitiligo, AA ve kontrol grubunda cinsiyet ile HAD, ADİ ve TAÖ skorlarının ilişkisi karşılaştırıldı. Kontrol grubunda kadınların sadece daha yüksek anksiyete puanlarına sahip olduğu izlendi. Oysa anksiyete yanı sıra AA'da depresyon, vitiligoda ise depresyon, aleksitimi ve ADİ puanları da kadınlarda yüksekti. (Tablo 8)

Tablo: 8: Vitiligo, AA ve kontrol grubunda cinsiyet ile HAD, ADİ ve TAÖ skorlarının ilişkisi

	Vitiligo		AA		Kontrol	
	Kadın (n=45)	Erkek (n=45)	Kadın (n=24)	Erkek (n=27)	Kadın (n=46)	Erkek (n=44)
HAD-ank	9,44±4,50*	6,06±3,83	9,72±3,61**	6,84±3,88	9,00±4,59**	6,84±3,88
HAD-dep	8,02±3,42**	5,60±3,80	7,72±4,34**	4,84±3,20	7,30±4,73	4,84±3,20
ADİ-III	28,57±13,62**	20,06±14,74	21,6±13,71	16,75±10,72	23,36±13,05	16,75±10,72
TAÖ-20	54,29±12,77	52,08±11,34	54,00±14,40	48,62±9,76	54,68±8,90	48,62±9,76

*P≤0,001 Student t testi, **P≤0,01 Student t testi

Klinik şiddet, psikiyatrik değerlendirme sonuçları ile karşılaştırıldığında vücuttaki vitiligolu alanların yüzdesi ile HAD-depresyon, HAD-anksiyete, TAÖ-20 ve ADİ-III skorları arasında bir ilişki saptanmadı (Pearson korelasyon testi, p>0,05). Benzer şekilde %10'dan az ve %10'dan fazla tutulumlu AA olguları karşılaştırıldığında bu parametreler benzer değerlere sahipti (Student t testi, p>0,05).

Hasta ve kontrol gruplarında yaşanmış travmatik olayların en sık gözlenenleri Tablo 9'da bulunmaktadır. Tabloda da izlendiği gibi en sık kayıplar ve ölü görme ile karşılaşılıyordu. Birçok olay kontrol grubunda daha sık gözlenmişti. Deneyimlenmiş olay sayısı hem vitiligolularda, hem de AA'lılarda kontrollerden daha azdı (sırasıyla p=0,002 ve p=0,01, Student t testi). Vitiligolularda en az 1 olay yaşanma oranı hem AA'lı gruptan hem de kontrollerden azdı, ancak sadece kontroller ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık saptandı (p=0,007, ki-kare).

Tablo 9: Hasta ve kontrol gruplarında en sık gözlenen travmatik olaylar

Travmatik olay	Vitiligo	AA	Kontrol
Ciddi trafik kazası	9(%10)	-	15(%16,17)
Ölü görme	23(%25,6)	18(%35,3)	26(%28,9)
Sevilen birinin ölümü	6(%6,7)	6(%11,8)	29(%32,2)
Doğal afetler (yangın dahil)	6(%6,7)	1(%2)	11(%12,2)
Gasp olayına tanıklık etme	1(%1,1)	6(%11,8)	3(%3,3)
Sevilen birinin travmasını öğrenme	7(%7,8)	1(%2)	9(%10)
En az bir olay yaşamış olma	36(%40)*	28(%54,8)	54(%60)
Travmatik olay sayısı	0,65 (0-5)**	0,75 (0-5)***	1,2 (0-5)

* p=0,007 (ki-kare, vitiligo-kontrol gruplarının karşılaştırılması)

** p=0,002 (Student t testi, vitiligo-kontrol gruplarının karşılaştırılması)

*** p=0,01 (Student t testi, AA-kontrol gruplarının karşılaştırılması)

Aleksitimi ile ilişkili etmenleri saptamak için yapılan tek değişkenli analizde vitiligo için sürekli değişkenlerden yaş ve toplam ADİ-III değişkeni, kategorik değişkenlerden ise başlangıç yaşı değişkeni anlamlı; sürekli değişkenlerden HAD-anksiyete toplam puanları ve kategorik değişkenlerden en az bir travma değişkeni anlamlılığa yakın bulundu. Bu değişkenlerden sadece ADİ-III çok değişkenli regresyon analizinde anlamlılığını sürdürdü. AA grubunda ise kategorik değişkenlerden cinsiyet ve rahatsızlık verme düzeyi; sürekli değişkenlerden HAD-anksiyete ve HAD-depresyon anlamlı idi. Çok değişkenli analizlerde ise HAD-anksiyete ve HAD-depresyon anlamlılığını sürdürdü. AA ve vitiligo grubunda TAÖ toplam puanı 50 kesme noktasına göre risk değerlendirmesi Tablo 10 ve Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 10: AA grubunda TAÖ toplam puanı 50 kesme noktasına göre risk değerlendirmesi

		Tek değişkenli risk analizi		Çok değişkenli risk analizi		
		OR	95% CI	P	β	P
Kategorik değişkenler						
Anksiyete*						
	Yok	1,00				
	Var	13,2	2,9-58,4	0,001	0,481	0,01
Depresyon*						
	Yok	1,00				
	Var	2,07	1,02-4,18	0,031	0,287	0,01
Cins						
	Erkek	1,00				
	Kadın	1,99	1,01-3,97	0,04	0,339	
Rahatsızlık verme						
	Hayır	1,00				
	Evet	4,44	1,02-19,4	0,041	0,903	
Sürekli Değişkenler						
		TAÖ (0-50)	TAÖ (51 ve üzeri)	P		
	Yaş#	34,9±11,2	34,9±12,4	0,98		
	ADİ-III toplam puan	14,2±9,1	22±12,9	0,02		

*HAD ölçeğine göre; **ADİ-III: 0-50 puan;

#Demografik veri olarak regresyon modeline alındı

Tablo 11: Vitiligo grubunda TAÖ toplam puanı 50 kesme noktasına göre risk değerlendirmesi

		Tek değişkenli risk analizi		Çok değişkenli risk analizi		
Kategorik değişkenler						
		OR	95% CI	P	β	P
En az bir travma öyküsü*						
	Yok	1,00				
	Var	2,23	0,86-5,8	0,076		
Başlangıç yaşı						
	18 ve altı	1,00				
	19 ve üzeri	0,33	0,12-0,9	0,033		
Sürekli Değişkenler						
		TAÖ (0-50)	TAÖ (51 ve üzeri)	P		
	Yaş	32,7±13,9	40,7±12,3	0,007		
	HAD-anksiyete*	6,6±5,1	8,3±4,1	0,089		
	ADİ-III toplam puan	16,6±12,4	28±14,4	0,001	0,056	0,022

*Anlamlılığa yakın olduğu için lojistik regresyon modeline alındı

5. TARTIŞMA

Vitiligo ve AA patogeneğinde birçok mekanizma yer almaktadır. Bu hastalıkların gelişiminde öncelikle genetik, otoimmün, infeksiyöz ve psikolojik faktörlerin etkili olduğu düşünülmüştür (79). Özellikle stres ve kişisel karakter özellikleri vitiligo ve AA'nın ortaya çıkmasında etkili olduğu bildirilen başlıca psikolojik faktörlerdir.

Her iki hastalığın ortaya çıkışında stres ve yaşam olaylarının rolü genel olarak benimsenen bir görüş olsa da bu konuda fazla çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmalarda kullanılan ölçekler ve sorgulanan süre farklıdır; bazıları son 6-12 aylık, bazıları da tüm yaşam boyu bir değerlendirme süresi içermektedir (78,79).

Vitiligolu hastalarda yapılan çalışmalarda hasta grubunda kontrollere göre stresli olay ile karşılaşma oranı daha fazla saptanmıştır (72,74,78,92). Papadopoulos ve ark.nın 66 erişkin vitiligolu hastayı incelediği çalışmasında %12,5 oranında stres verici olay belirlenmiş, parasal sıkıntılar ve bir yakının kaybı en sık ifade edilen olay olarak bildirilmiştir (92). Manolache ve ark. 30 vitiligolu çocukta stresin tetikleyici rolünü değerlendirmişler ve %57'sinde hastalığın başlamasından önce stres yaratan travmatik olay yaşandığını bildirmişlerdir. İfade edilen travmatik olayların çoğu aile, okul, hastalık, kaza ve operasyon kaynaklıdır (78). Erişkin vitiligolularda yaşanan stres açısından benzer sonuç bildiren Sampogna ve ark. lezyonların görünür yerlerde yerleşmesi ile uyumlu olarak yaşam kalitesinin de bozulduğunu belirtmişlerdir (81). Manolache ve Benea 32 vitiligolu erişkinde %65 oranında ve çoğu iş ve kişisel problemlere ilişkin yaşam olayı bildirmiştir (78). Picardi ve ark. 31 vitiligoluda kontrollerle eşit oranda stresli yaşam olayı saptamışlardır, kontrol edilemeyen ve arzulanmayan olay sayısı da benzer bulunmuş ve yaşam olaylarının vitiligo gelişimine etkisiz olduğu öne sürülmüştür. (74). Biz beklenilmeyen ve kontrol edilemeyen yaşam olaylarını sorgulayan bir liste uyguladığımız çalışmamızda hem travmatik olay sayısının, hem de en az 1 olay yaşayan olgu sayısının kontrol grubunda vitiligo grubuna göre daha fazla olduğunu gözledik. Bu araştırmada grupların beklenmeyen ve zorlanma yaratacak düzeyde yaşam travmaları açısından karşılaştırılmaları amaçlanmış ve vitiligo ile ilişkisi açısından travmatik olayın gerçekleşme zamanı ile ilgili bir sorgulama yapılmamıştır. Gruplardaki travmatik

olay öyküsünün yaşam boyu olarak alınması kontrol grubundaki travma sayısının daha fazla saptanmış olmasına yol açabilir. Nitekim literatürde de vitiligo ile kontrol grupları arasında travmatik stres etmenleri açısından anlamlı fark bulan çalışmalar olduğu gibi herhangi bir ilişki saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır, bunlarda kullanılan ölçekler farklı zaman aralıklarını içermektedir.

Vitiligoda olduğu gibi AA etyolojisinde de stres önemli bir yer tutmaktadır. Hayvan çalışmalarında deneysel olarak oluşturulan stres sonrası insanlardakine benzer alopesik lezyonlar gözlenmiştir. İmmunhistokimyasal incelemelerde stres sonrası kıl follikülleri çevresinde immun hücreler ve sitokin seviyelerinde değişiklikler saptanmış ve stresin nöroendokrin mekanizmalar ile AA'nın ortaya çıkışında etkili olduğu sonucuna varılmıştır (93). Bazı AA hastalarının verilen psikofarmakolojik tedavilerden fayda görmeleri de bu teoriyi desteklemektedir (94).

Gupta ve ark. çalışmalarında stres tepki puanlarını yüksek bulmuş ve stresin AA'yı tetikleyebileceğini öne sürmüşlerdir, çalışmalarında yaşam olayı oranı %16 olarak verilmiştir. (84). Demet ve ark.nın 53 AA olgusunda belirlenen en az bir yaşam olayı oranı, kontrollerden yüksek bulunmuş, ancak ortalama olay sayısı iki grupta eşit olarak saptanmıştır (95). Willemsen ve ark. 90 AA'lı hastada hem yaşam boyu, hem de erken çocukluk dönemindeki travmatik olayları kontrollerden iki kat fazla saptamışlardır. Ayrıca hem duygusal ve hem de fiziksel olaylar hasta grubunda daha fazla deneyimlenmiştir (80). Benzer şekilde Manolache ve Benea 45 AA'lı hastanın %65'inde stresli bir yaşam olayı bildirmiştir. Kontrol grubuna göre daha fazla görülen bu olaylar özellikle ailesel ve kişisel problemlerdir (78).

Cordan (77), van der Steen (96), Güleç (97) ve Picardi (74)'nin çalışmalarında ise aksi sonuçlar bildirilmiştir. Bu yazarlar AA'lı hastalarda stresli yaşam olaylarını kontrol grubuna benzer oranlarda saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da daha önce yaşanmış stres yaratan travmatik olaylar ile hastalıkların ortaya çıkışı arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Hatta beklenenin aksine kontrol grubunda AA'lı gruptakilere kıyasla daha fazla sayıda yaşanmış travmatik olay bulunmaktaydı. En az 1 olay yaşayan olgu sayısı da kontrol grubunda daha fazlaydı. Picardi ve ark. da 21 AA olgusunda bizim gibi kontrol grubunda fazla sayıda yaşam olayı belirlemiş ve bu durumu çoğu hastada lezyonların kısa süreli olmasına bağlamıştır. Uzun süre önceki yaşam olaylarını gerçekçi olarak

hatırlamanın zorluğu ve kronik hastaların hastalıklarına bir açıklama getirmek için yaşam olaylarını olması gerektiğinden daha fazla işaretlemiş olabilecekleri üzerinde durmuşlardır (74).

Çalışmamızda gerek hasta gruplarında gerekse kontrollerde en sık görülen yaşam olayı yakın kayıpları idi. Beklenilmeyen ve arzu edilmeyen olayları içeren travmatik olay listemizde ölüm ile karşılaşma, yakınlarının ölüsünü görme gibi maddelerin kontrol grubunda da sık gözlenmesi, ülkemizde yaşlı akrabalarla birlikte yaşama dolayısıyla yaşlı ölümlerinin normalize edilmesiyle ilişkili olabilir. Toplumsal ve kültürel farklılıklar, aile yapısı, insan ilişkileri ve etnik yapı karşılaşılan travmaları ve buna verilen tepkileri etkileyebilir. Çalışma sonuçlarının paralellik göstermemesi etnik ve kültürel farklılıklar sonucu yaşam olaylarının da farklı olmasıyla ilişkili olabilir.

Vitiligo ve AA'da psikiyatrik komorbiditeler konusundaki araştırmalar her ikisine de birçok psikiyatrik hastalığın eşlik edebildiğini göstermiştir. Vitiligoda psikiyatrik hastalık oranı %16-35 arasında saptanmıştır (98-101). Bu çalışmalarda en sık uyum bozuklukları, depresyon ve anksiyete ile karşılaşmıştır (94,98,100,101,102). Uyku bozuklukları, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk izlenen diğer rahatsızlıklardır (98,101). Komorbid psikiyatrik hastalıklar psikososyal fonksiyon bozukluklarına yol açmaktadır, ancak klinik şiddet ile korelasyon izlenmemiştir (100,101). Sampogna ve ark.nın 181 (81), ve Mechri ve ark.nın (75) 60 hastada gerçekleştirdikleri çalışmalarda vitiligolularda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda anksiyete ve depresyon gözlenmiştir. Bizim çalışma protokolümüzde ayrıntılı psikiyatrik görüşme yer almıyordu, ancak vitiligolu olgularımızdaki HAD-anksiyete ve depresyon puanları kontrol grubu ile benzer özellikte bulundu.

Birçok deri hastalığı gibi AA'da da psikiyatrik komorbiditeler gözlenmektedir. Doblado ve ark. %66, Koo ve ark. %74 ve Demet ve ark ise %77 oranında AA'ya eşlik eden psikiyatrik hastalık saptamışlardır (95,103,104). En sık gözlenen durumlar yaygın anksiyete ve depresif bozukluk idi, daha az olarak ise sosyal fobi, paranoid bozukluk ve somatoform bozukluklar izlenmişti. Diğer çalışmalarda da AA'lı hastalarda artmış anksiyete ve depresyon saptanmıştır (76,78,82,83,95,103). Hatta Colon'un çalışmasında hasta yakınlarında da benzer

bulgular elde edilmiştir (83). Ancak yüksek anksiyete depresyon oranları hastalık şiddetiyle orantılı olmayabilir (76,82,95). Bu klinik-psikolojik uyumsuzluğa rağmen psikiyatrik tedaviler ile AA kliniğinde düzelme sağlandığı bildirilmiştir. (82,94). Hastaların kapsamlı psikiyatrik değerlendirmeden geçirilmesi ve eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların tedavi edilmesinin AA tedavisine katkı sağlayacağı vurgulanmıştır (42,83,104).

Bizim çalışmamızda AA'lı hastalarda depresyon ve anksiyete açısından kontrol grubu ile farklılık saptanmamıştır. Cordan ve ark (77), Güleç ve ark (97), ve Çalikoğlu ve ark.nın (105) çalışmalarında da sonuçlar benzerdir. AA ve vitiligo gruplarının HAD-anksiyete, HAD-depresyon skorlarının kontrollerden daha yüksek olmaması çalışma gruplarında klinik olarak çok ağır olmayan hastaların yer almasına bağlı olabilir. Bizim de vitiligo grubumuzda jeneralize vitiligo, AA grubumuzda da alopesi universalis olarak değerlendirilen hasta sayısı çok azdı. Hasta grupları arasında yapılan değerlendirmede ise HAD-anksiyete ve HAD-depresyon skorları vitiligo grubunda AA'ya oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu durum vitiligolu hastalarda lezyonların büyük kısmının yüz ve eller gibi görünür alanlarda yerleşmiş olması, AA'lı grupta ise hastaların alopesik alanı çeşitli yöntemlerle kamufle edebilmelerine bağlı olabilir. Yine vitiligolularda hastalık süresinin AA'lı gruptan daha uzun olması, daha yüksek anksiyete ve depresyon skorlarına sahip olmalarını açıklayan başka bir durumdur.

Çalışmamızdaki hipotezimiz vitiligo ve AA hastalarında yüksek aleksitimik özellikler bulunmasıdır. Duyguları tanımlama ve ifade etmede güçlük, hayal kurma kapasitesinde azalma olarak tanımlanabilen aleksitiminin son yıllarda deri hastalıkları ile de ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ancak psoriasis, ürtiker, vitiligo ve AA gibi az sayıda deri hastalığında aleksitimi araştırılmıştır (52,59,63,65,66,70,71,74,76, 77,79,95).

AA'lı hastalarda aleksitimiye değerlendiren 5 çalışmanın üçünde kontrollere oranla yüksek aleksitimi oranları bildirilmiştir (52,77,79). Picardi ve ark.ninkinde ise tek değişkenli testlerde bir ilişki saptanmazken, çok değişkenli lojistik analizlerde AA'lı hastalarda aleksitimiye eğilim saptanmıştır (76). Sayar ve ark., AA lı 31 askerin % 58'inde, yüksek aleksitimi saptayarak, durumsal ve sürekli aleksitiminin ciddi ve sürekli stresle oluşan bozukluklardan kaynaklanabileceğini ve aleksitimi

olan bireylerin, stresle başa çıkma güçlükleri ve duygularını ifade etmede zorlanmaları olduğu ve AA geliştirmeye daha yatkın oldukları sonucunu çıkarmışlardır (79). Cordan ve ark. ise 43 AA'lı hastanın %44'ünde aleksitimi skorlarını yüksek bulmuş, aleksitiminin demografik ve klinik verilerden bağımsız olduğunu bildirmişlerdir (77). Picardi ve ark., 21 hastada aleksitimi sorgulamışlar %58 oranında (%23 sınırdaki ve %33 yüksek) aleksitimik özellik gözlemişlerdir. Bu hastaların sosyal desteklerinin yetersiz ve yakın ilişkilerinin az olduğunu da belirterek aleksitimik özelliklerin AA açısından bir risk faktörü olarak ele alınabileceğini öne sürmüşlerdir (76). Kontrollerle benzer oranda aleksitimi saptayan tek çalışma ise Demet ve ark.'nın 53 hastalık serisidir (95).

Vitiligolularda aleksitimi sorgulayan tek çalışma ise Picardi ve ark.'na aittir. Bu çalışmada 31 hastada kontrollerin 2 katı oranında sınırdaki ya da yüksek aleksitimik özellikler saptanmıştır. Stres ve aleksitiminin vitiligo hastalığının ortaya çıkışında etkili olabileceği bildirilmiştir. Ayrıca sosyal desteğin de aleksitimi ile ilişkisi olabileceği öne sürülmüştür (74). Bizim çalışmamızda AA ve vitiligo ile kontrol grupları arasında TAÖ-20 skorları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Aleksitiminin pek çok parametreden etkilenebildiğini ve birçok kriterle birlikte ele alınması gerektiğini düşünmekteyiz.

Aleksitimi etkileyen etmenleri araştırdığımız çok değişkenli regresyon analizleri sonucunda vitiligo için AD'ı ve AA için anksiyete ve depresyon anlamlı faktörler olarak saptanmıştır. Cordan ve ark.'nın AA'lı grubunda, aleksitimi üzerinde yaş, cinsiyet, aile öyküsü, AA tipi, hastalık süresi, stres, anksiyete ve depresyon gibi değişkenler etkili bulunmamıştır (77). Picardi ve ark. AA'lı hastalarda saptadıkları yetersiz sosyal destek ve ilişkilerin aleksitimi ile ilişkili olabileceğini düşünmüşlerdir (76). Willemsen ise AA'da aleksitimi etkileyen tek parametrenin eğitim düzeyi olduğunu bildirmiştir, aleksitimik hastalarda eğitim düzeyi daha düşük bulunmuştur. Yazarlar eğitim ile daha güçlü bir sosyal yaşantıya sahip olduğunu ve duyguları daha iyi ifade ederek aleksitimik yapıdan uzaklaşıldığını öne sürmüşlerdir (59). Bizim hastalarımızda aleksitimi ve eğitim düzeyi arasında bir ilişki bulmamakla birlikte, korelasyon analizlerinde daha az eğitim alanların daha yüksek anksiyete ve depresyon skorlarına sahip oldukları saptanmıştır.

Aleksitimik kişilik özelliklerine depresyon ve anksiyetenin sıklıkla eşlik ettiği, bunun sonucu olarak alopesi ve vitiligo gibi hastalıkların bu kişilerde daha fazla görüldüğü düşünülmektedir. Çalışmamızda vitiligolularda tek değişkenli analizlerde HAD-anksiyete ve AA'lılarda çok değişkenli analizlerde HAD-anksiyete ve HAD-depresyon aleksitimi üzerine etkili bir etmen olarak belirlenmiştir. AA'lı hastalarda aleksitimi değerlendirilen çalışmalarında Picardi ve ark. (76) anksiyete, Sayar ve ark. (79) ise depresyon düzeyleri ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki bildirmişlerdir. Cordan ve ark. (77) AA'lı hastalarda lojistik regresyon analizleri ile aleksitimi ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır.

Vitiligolularda tek değişkenli analizlerde travmatik olayların aleksitimi üzerine etkisi araştırılmıştır. Literatürde özellikle AA'da aleksitimi ile yaşanmış travmatik olaylar arasındaki ilişkiye dikkat çeken yayınlar bulunmaktadır. Willemsen AA'lıların kontrollerden daha fazla aleksitimik özellikler taşıdığını, ancak çok değişkenli regresyon analiziyle aleksitiminin travmatik olaylardan bağımsız olarak ortaya çıktığını bildirmiştir (59). Cordan ve ark.nın AA'lı hastalarının TAÖ skorları daha yüksek, ancak stresli yaşam olayları benzer bulunmuştur (77). Picardi ve ark.nın gerek AA, gerekse vitiligolularda gerçekleştirdikleri çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (74,76). Demet ve ark.nın AA'lı hastalarda gerçekleştirdiği çalışmada da en az 1 yaşam olayı saptanan hastalarının sayısı kontrollerden fazla olmakla birlikte bu durum aleksitimiden bağımsızdı (95). Sonuç olarak tümünün yorumu aleksitimi üzerine stresli yaşam olaylarından çok diğer faktörlerin etkisi olduğu şeklindedir.

Anksiyete duyarlılığı, son yıllarda üzerinde durulan bir konudur. Bu konuda geçerli ve güvenilir ölçeklerin geliştirilmesi kısa süre öncelerine dayanmaktadır. Şimdiye dek daha çok obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu ve fobi gibi psikiyatrik bozukluklarda anksiyete duyarlılığı üzerinde durulmuştur. Literatür taramalarında bugüne kadar deri hastalıklarında anksiyete duyarlılığının yeri konusunda bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda hasta ve kontrol grubunda anksiyete duyarlılığını ölçmek amacı ile ADİ-III ölçeği uygulanmıştır. Vitiligo hastalarında anksiyete duyarlılığı hem AA'lı gruptan, hem de kontrol grubundan daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu grubun ADİ-III skorları depresyon, anksiyete, aleksitimi ve başlangıç yaşı ile de korele idi. Çok değişkenli lojistik regresyon

analizlerinde de anksiyete duyarlılığının aleksitimi üzerine etkisi gösterildi. AA'lı grupta da AD ile anksiyete ve aleksitimi arasında pozitif korelasyon saptandı. Sonuç olarak anksiyete duyarlılığı her iki hasta grubumuzda da dikkate alınması gereken bir parametre gibi durmaktadır.

Çalışmamızda hem AA, hem de vitiligo grubundaki olgularımızın psikiyatrik ölçek puanları klinik şiddetle orantılı bulunmamıştır. Birçok deri hastalığında hastanın psikolojik etkilenimi klinik şiddetten bağımsızdır. Bu nedenle son yıllarda tedavi seçiminde sadece klinik bulgular değil, psikiyatrik parametreler ve yaşam kalitesi de göz önünde tutulmaktadır. Deri hastalıkları etyopatogenezinde genellikle psikiyatrik etkenlerin rolü bulunmaktadır, bu nedenle dermatologların hastaları bu açıdan da değerlendirmeleri yararlı olacaktır. Gerekli durumlarda psikiyatrik görüşmeler ve tedaviler deri hastalığının tedavisine katkıda bulunacaktır. Dermatolojik hastalıklarda eşlik eden psikiyatrik hastalıkların belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmalarda, kullanılan ölçeklerin yetersiz kaldığı durumlar gözlenmiştir. AA ve vitiligo hastalarında anksiyete duyarlılığını ölçmek amacı ile kullanmış olduğumuz ADI-III ölçeği dermatoloji hastalarında kullanılabilecek ve bu boşluğu doldurabilecek bir ölçek gibi görünmektedir.

Çalışmamızda anksiyete duyarlılığı, vitiligo ve alopesi areata ile ilişkili bir parametre olarak saptanmış, ancak her iki hastalıkta da aleksitimik özelliklerin fazla olduğu hipotezimiz kanıtlanmamıştır. Şimdiye kadar gerçekleştirilmiş çalışmalarda, daha çok klinik şiddet ve kişinin o andaki durumu ile değişkenlik gösterebilen anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde durulmuştur. Oysa aleksitimi ve anksiyete duyarlılığı durumsaldan çok süreklilik gösteren bir psikopatoloji parametreleridir, bu nedenle gerek dermatolojik gerekse etyopatogenezinde psikopatolojinin önemli görüldüğü diğer fiziksel hastalıklarda dikkate alınmalıdır. Söz konusu bu parametrelerin klinik gidiş ve tedavi sonucu üzerinde de etkili olabileceği düşünülürse tedavi sürecinde psikiyatrik danışmanlık hizmeti alınmasında yarar olabilir. Gerek bu iki hastalıkta, gerekse benzer kronik deri hastalıklarında aleksitimi ve anksiyete duyarlılığı üzerinde daha fazla sayıda çalışmanın gerçekleştirilmesinin faydalı olacağı düşüncesindeyiz.

6. SONUÇ

Çalışmamızda patogenezinde psikolojik faktörlerin yer aldığı düşünülen vitiligo ve AA hastalarında aleksitimi ve aleksitimi ile ilişkili olabilecek faktörlerin saptanması amaçlanmıştır. Bu amaçla hasta ve kontrol gruplarına, çalışmaya katılanların anksiyete duyarlılıklarını, aleksitimik kişilik özelliklerini, anksiyete, depresyon gibi mevcut komorbid hastalık parametrelerini ve daha önce yaşanmış olan stresli yaşam olaylarını belirlemede yardımcı olabilecek psikiyatrik ölçekler uygulanmıştır. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda birçok dermatolojik hastalığa çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların eşlik ettiği, bu hastaların büyük kısmının aleksitimik kişilik özelliklerine sahip olduğu bildirilmiştir. Araştırmacılar hastaların sahip oldukları aleksitimik kişilik özelliklerinin hastalıkların ortaya çıkışında etkili olduğu sonucuna varmışlardır. Bu varsayımdan yola çıkarak yaptığımız çalışma sonunda aleksitiminin vitiligo ve AA ile ilişkili olduğu saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda aleksitimiye ek olarak araştırdığımız anksiyete duyarlılığı ise bu hastalıklarla ilişkili bir parametre olarak saptanmıştır. Daha önce yapılmış çalışmalarda, daha çok klinik şiddet ve kişinin o andaki durumu ile değişkenlik gösterebilen anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde durulmuştur. Oysa aleksitimi ve anksiyete duyarlılığı durumsaldan çok süreklilik gösteren bir psikopatoloji parametreleri olup hastalıkların klinik seyrinde de etkili olabileceği düşünülmektedir. Bugüne kadar hiçbir dermatolojik hastalıkta anksiyete duyarlılığı değerlendirilmemiştir. Aleksitimi ve anksiyete duyarlılığının benzer kronik deri hastalıklarının ortaya çıkışı, klinik seyri ve tedaviye yanıtlarında etkili olabileceği düşünülmüştür. Bu yüzden bu hastaların kapsamlı psikiyatrik değerlendirilmelerinin yapılmasının gerekli olduğu ve bu konuda daha ayrıntılı ve geniş araştırmalara gereksinim bulunduğu sonucuna varılmıştır.

7. ÖZET

Amaç: Vitiligo ve alopesi areata (AA)'nın etyopatogenezi tam olarak bilinmemesine rağmen hastalıkların etyopatogenezinde stres ve psikolojik faktörlerin tetikleyici rol oynadığı düşünülmektedir. Bu iki hastalıkta anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıklar daha sık görülmektedir. “Duygularını tanıma ve sözel olarak belirtmedeki zorluk” olarak tarif edilebilen aleksitiminin vitiligo ve AA'lı hastalarda daha sık görülmesi beklenir. Bu hastalar aleksitimik kişilik özelliklerine bağlı olarak duygularını ifade etmekte ve stresli yaşam olayları ile baş etmekte zorlanabilirler. Bu çalışmada vitiligolu ve AA'lı hastalarda sosyodemografik özellikler, yaşanmış travmatik olaylar, anksiyete, depresyon, anksiyete duyarlılığı ve aleksitimiye saptamak amaçlanmıştır. Aynı zamanda aleksitimiye etkili etmenler de araştırılmıştır.

Yöntem: Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Dermatoloji Polikliniğine başvuran 90 vitiligo, 51 AA'lı ve yaş-cins uyumlu 90 sağlıklı kontrol çalışma grubunu oluşturdu. Bu çalışmada hasta ve gönüllü kontrollerde sosyodemografik ve klinik veri formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-III (ADİ-III), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve travmatik olayları değerlendirme formu uygulanmıştır.

Bulgular: Hasta ve kontrol grupları arasında anksiyete, depresyon ve aleksitimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktaydı. Vitiligolularda ADİ-III değerleri AA'lılardan yüksekti. Vitiligolularda yaş ve başlangıç yaşı arttıkça aleksitimi ve anksiyete duyarlılığı da artmaktaydı. Eğitim süresi vitiligolularda anksiyete ve depresyon, AA'lılarda ise depresyon ile negatif orantılıydı. Anksiyete duyarlılığı, vitiligolularda anksiyete, depresyon ve aleksitimi, AA'lılarda ise anksiyete ve aleksitimi ile doğru orantılıydı. Vitiligo grubundaki kadınlar daha anksiyöz, depresif ve aleksitimik iken, alopesik kadınlar daha yüksek anksiyete ve depresyon skorlarına sahipti. Vitiligoda tek değişkenli risk analizlerinde yaş, ADİ-III skoru ve başlangıç yaşı istatistiksel olarak anlamlıydı. Ancak regresyon modelinde sadece ADİ-III değişkeni anlamlılığını sürdürdü. AA grubunda tek değişkenli risk analizlerinde cinsiyet, lezyonlardan rahatsızlık duyma ve depresyon

skorları istatistiksel anlamlı değişkenlerdi. Ama regresyon modelinde anksiyete ve depresyon anlamlılığını sürdürdü.

Sonuç: Çalışmamızda anksiyete duyarlılığı, vitiligo ve AA ile ilişkili bir parametre olarak saptanmıştır. Aleksitiminin bu hastalıklara etkisi ise gösterilememiştir. Anksiyete duyarlılığı ve aleksitimi, süregen psikopatolojik parametreler olarak her iki hastalığın etiyopatogenezi, klinik gidiş ve tedavi sonuçları için önemli olabilir. Bu konuda daha geniş hasta sayılarına sahip ayrıntılı çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

8. ABSTRACT

Aim: The etiopathogenesis of alopecia areata (AA) and vitiligo is not clear, but stress and psychological factors are thought to play as triggers. Psychiatric disorders like anxiety and depression are more frequent in both diseases. Alexithymia, which can be defined as “difficulty in recognizing and verbal explanation of the feelings” is expected to be more frequent in patients with AA and vitiligo. They may have problems to describe their feelings and to cope with stressful life events due to their alexithymic personality. In this study, to determine the traumatic events, anxiety, depression, alexithymia and anxiety sensitivity was aimed. The effective factors for alexithymia in patients with AA and vitiligo were also investigated.

Material and methods: Ninety patients with vitiligo, 51 patients with AA and 90 age and sex matched healthy controls composed the study group. A form for sociodemographic and clinical data, Toronto Alexithymia Scale-20, Anxiety Sensitivity Index-III (ADI-III), Hospital Anxiety and Depression Scale and a form for traumatic events were administered in patients and controls.

Results: There was not a statistically significant difference for anxiety, depression and alexithymia between patients and control groups. ADI-III levels in patients with vitiligo were higher than patients with alopecia areata. In vitiligo, alexithymia and anxiety sensitivity levels were increasing with older age and later onset. The level of education was negatively correlated with anxiety and depression in patients with vitiligo and with depression in patients with AA. Anxiety sensitivity was found to be positively correlated with anxiety, depression and alexithymia in patients with vitiligo, and anxiety and alexithymia in patients with AA. Women in vitiligo group were more anxious, depressive and alexithymic, while alopecic women had higher anxiety and depression scores. In univariate analyses with risk evaluation, age, ADI-III score and onset age was statistically found to be significant in vitiligo. However in the regression model, ADI-III was the only variable that remained statistically significant. In the AA group, gender, suffering from lesions, anxiety and depression scores were significant variables in univariate analyses with risk

evaluation. But anxiety and depression remained to be significant in the regression model.

Conclusion: Anxiety sensitivity was found to be a related parameter in patients with vitiligo and AA. On the other hand, the impact of alexithymia on both diseases could not be shown. They may be important in the etiopathogenesis, clinical course and treatment outcomes in these two diseases as the chronic psychopathologic parameters. More detailed studies with larger patient numbers are required on this topic.

9. KAYNAKLAR

- 1-Beltraminelli H, Itin P: Skin and psyche-from the surface to the dept of inner world. J Dtsch Dermatol Ges 2008;6:8-14.
- 2-Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R: Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts. Indian J Psychiatry 2010;52:270–275.
- 3-Misery L: Neuro-immuno-cutaneous system (NICS). Pathol Biol 1996;44:867-874.
- 4-Reich A, Wójcik-Maciejewicz A, Slominski AT: Stress and the skin. G Ital Dermatol Venereol 2010;145:213-219.
- 5-Özmen M: Dermatolojik hastalıklarda psikosomatik yaklaşımın önemi Türkderm 2010;1:7-9.
- 6-Fritzsche K, Ott J, Zschocke I, Scheib P, Burger T, Augustin M: Psychosomatic liason service in dermatology. Dermatology 2001;203:27-31.
- 7-Calikusu C, Yucel B, Polat A, Baykal C: The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: a comparative study. Compr Psychiatry 2003;44:256-261.
- 8-Ortonne JP: Vitiligo and other disorders of hypopigmentation. In: Dermatology. Bologna. Eds. JL, Jorizzo JL, Rapini RP et al. Edinburg, Mosby, 2003;947-955.
- 9-Halder RM, Sumayah JT: Vitiligo. In: Fitzpatric’s Dermatology in General Medicine. Eds. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI et al. 7th ed. New York, McGraw-Hill, 2008;616- 622.
- 10-Huggins RH, Schwartz RA, Janniger CK: Vitiligo. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat 2005;14:137-142.
- 11-Acar MA, Maraklı SS, Yücel A: Vitiligo. Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Oğuz O, Aksungur VL. 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2008;1465-1473.

- 12-James WD, Berger TG, Elston DM: Deri eklerinin hastalıkları. Andrews' Deri Hastalıkları. Ed. Yazıcı Z. 10. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2008;749-795.
- 13-Liu JB, Li M, Yang S, Gui JP, Wang HY, Du WH, Zhao XY, Ren YQ, Zhu YG, Zhang XJ: Clinical profiles of vitiligo in China: an analysis of 3742 patients. Clin Exp Dermatol 2005;30:327-331.
- 14-Van den Wijngaard RM, Aten J, Scheepmaker A, Le Poole IC, Tigges AJ, Westerhof W, Das PK: Expression and modulation of apoptosis regulatory molecules in human melanocytes: significance in vitiligo. Br J Dermatol 2000;143:573-581.
- 15-James WD, Berger TG, Elston DM: Andrews' Diseases of the Skin. 10 th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2006;749-795.
- 16-Madani S, Shapiro J: Alopecia areata update. J Am Acad Dermatol 2000;42:549-566.
- 17-Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Dermatology. 4 th ed. Newyork: Sprenger-Verlag Berlin Heidelberg; 2000;1100-1131.
- 18-Tan E, Tay YK, Goh Ch-L, Chin Giam Y: The pattern of alopecia areata in Singapore – a study of 219 Asians. Int J Dermatol 2002;41:748-753.
- 19-Olsen E, Hordinsky M, McDonald-Hull S, Price V, Roberts J, Shapiro J, Stenn K: Alopecia areata investigational assessment guidelines. J Am Acad Dermatol 1999;40:242-246.
- 20-Wasserman D, Guzman-Sanchez DA, Scott K, McMichael A: Alopecia areata. Int J Dermatol 2007;46:121-131.
- 21-Hosoi J, MurphyGF, Egan CL, Lerner EA, Grabbe S, Asahina A, Grastein RD: Regulation of Langerhans cell function by nerves containing calcitonin generelated peptide. Nature 1993;363:159-163.
- 22-Jafferany M, Stoep AV, Dumitrescu A, Hornung RL: Psychocutaneous disorders: a survey study of psychiatrists' awareness and treatment patterns. South Med J 2010;103:199-203.
- 23-Altunay İK: Psikodermatoloji tarihçesi ve genel bakış. Türkderm 2010;44:4-6.

- 24-Mercan S, Altunay İK: Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17:305-313.
- 25-Koblenzer CS: Psychodermatology of women. *Clin Dermatol* 1997;15:127-141.
- 26-Tausk F, Elenkov I, Moynihan J: Psychoneuroimmunology. *Dermatol Ther* 2008;21: 22-31.
- 27-Altunay İK: Psikonöroimmünoloji ve multifaktöryel psikodermatolojik hastalıklar. *Türkderm* 2010;44:10-15.
- 28-Filaković P, Petek A, Koić O, Radanović-Grgurić L, Degmečić D: Comorbidity of depressive and dermatologic disorders - therapeutic aspects. *Psychiatr Danub* 2009;21:401-410.
- 29-Jafferany M: Psychodermatology a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007;9:203-213.
- 30-Poot F, Sampogna F, Onnis L: Basic knowledge in psychodermatology. *J Eur Acad Venereol* 2007;21:227-234.
- 31-Gingsburg I.H: The psychosocial impact of skin disease: in overwiev. *Dermatol Clin* 1996;14:473-484.
- 32-Buljan D, Buljan M, Zivković MV, Situm M: Basic aspects of psychodermatology. *Psychiatr Danub* 2008;20:415-418.
- 33-Woodruff PW, Higgins EM, du Vivier AW, Wessely S: Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:29-35.
- 34-Korabel H, Dudek D, Jaworek A, Wojas-Pelc A: Psychodermatology: psychological and psychiatric aspects of dermatology. *Przegl Lek* 2008;65:244-248.
- 35-Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE: Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983;143:51-54.
- 36-Reiss S, Peterson RA, Gursky DM: Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986;24:1-8.

- 37-Gupta MA, Gupta AK: Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139:846-850.
- 38-Katarou-Katsari A, Singh LK, Theoharides TC: Alopecia areata and affected skin CRH receptor upregulation induced by acute emotional stress. *Dermatology* 2001;203:157-161.
- 39-Ongenae K, Beelaert L, Geel N, Naeyaert J.M: Psychosocial effects of vitiligo. *J Eur Acad Venereol* 2006;20:1–8.
- 40-Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ: The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol* 1994;130:199-203.
- 41-Liu PY, Bondesson L, Lontz W, Johansson O. The occurrence of cutaneous nerve endings and neuropeptides in vitiligo vulgaris: a case-control study. *Arch Dermatol Res.* 1996; 288(11): 670-675.
- 42-Picardi A, Abeni D: Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom.* 2001;70:118-136.
- 43-Buljan D, Buljan M, Zivković MV, Situm M: Basic aspects of psychodermatology. *Psychiatr Danub* 2008;20:415-418.
- 44-Kieæ-Swierczyńska M, Dudek B, Krecisz B, Swierczyńska-Machura D, Dudek W, Garnczarek A, Turczyn K: The role of psychological factors and psychiatric disorders in skin diseases. *Med Pr* 2006;57:551-555.
- 45-Dubreuil A: Dermatological diseases in psychiatry *Soins Psychiatr* 2010;268: 26-29.
- 46-Reiss S, McNally RJ: Expectancy model of fear. In: *Theoretical issues in behavior therapy*. Eds. Reiss S, Bootzin RR, San Diego, CA: Academic Press. 1985; 107–121.
- 47-Vancleef LMG, Peters ML, Roelofs J, Asmundson GJG: Do fundamental fears differentially contribute to pain-related fear and pain catastrophizing? An evaluation of the sensitivity index. *Eur J Pain* 2006;10:527–536.
- 48-Bernstein A, Zvolensky MJ, Kotov R, Arrindell WA, Taylor S, Sandin B, Cox BJ, Stewart SH, Bouvard M, Cardenas SJ, Eifert GH, Schmidt NB:

- Taxonicity of anxiety sensitivity: A multi-national analysis. *J Anxiety Disord* 2006;20:1–22.
- 49-Donnell CD, McNally RJ: Anxiety sensitivity and panic attacks in a nonclinical population. *Behav Res Ther* 1990; 28:83–85.
- 50-Tordeurs D, Janne P: Alexithymia, health and psychopathology. *Encephale* 2000;26:61-68.
- 51-Sifneos PE: Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatry* 1996;153:137-142.
- 52-Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J: Alexithymia and dermatology: the state of the art *Int J Dermatol* 2008;47:903–910.
- 53-Bertagne P, Pardinielli JL, Marliere C: Alexithymia. Evaluation, quantitative and clinical data. *Encephale* 1992;18:121-130.
- 54-Jimerson DC, Wolfe BE, Franko DL, Covino NA, Sifneos PE: Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosom Med* 1994;56:90-93.
- 55-Taieb O, Corcos M, Loas G, Speranza M, Guilbaud O, Perez-Diaz F, Halfon O, Lang F, Bizouard P, Venisse JL, Flament M, Jeammet P: Alexithymia and alcohol dependence *Ann Med Interne* 2002;153:51-60.
- 56-Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, Joukamaa M: Alexithymia and somatization in general population *Psychosom Med* 2008;70:716–722.
- 57-Honkalampia K, Honkanena HK, Lehto SM, Hintikka J, Haatainen K, Rissanen T, Viinamäki H: Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study. *J Psychosom Res* 2010;68: 269–273.
- 58-Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems *J Pers Assess* 2007;89:230–246.
- 59-Willemsen R, Haentjens P, Roseeuw D, Vanderlinden J: Alexithymia in patients with alopecia areata: educational background much more important than traumatic events. *J Eur Acad Venereol* 2009;23:1141–1146.

- 60-Taylor S, Cox BJ: Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. *Behav Res Ther* 1998;36:37–51.
- 61-Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ: Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index–3. *Psychol Assess* 2007;19:176–188.
- 62-Motan İ, Gençöz T: Aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18:333-343.
- 63-Allegranti I, Gon T, Magaton-Rizzi G: Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol Suppl* 1994;186:146–147.
- 64-Fava GA, Perini GI, Santonastaso P: Life events and psychological distress in dermatological disorders: psoriasis, chronic urticaria and alopecia. *Br J Med Psychol* 1980;53:277–282.
- 65-Rubino IA, Sonnino A, Stefanato CM, Pezzarossa B, Ciani N: Separation individuation, aggression and alexithymia in psoriasis. *Acta Derm Venereol Suppl* 1989;146:87–90.
- 66-Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE: Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 2005;58:89–96.
- 67-Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P: Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics* 2005;46:556–564.
- 68-Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, Tiago A, Camaioni D, Abeni D, Biondi M: Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis. Results from a case–control study. *J Psychosom Res* 2003;55:189–196.
- 69-Consoli SM, Rolhion S, Martin C: Low levels of emotional awareness predict a better response to dermatological treatment in patients with psoriasis. *Dermatology* 2006;212:128–136.
- 70-Maniaci G, Epifanio MS, Marino MA: The presence of alexithymia investigated by the TAS-20 in chronic urticaria patients: a preliminary report. *Allerg Immunol* 2006;38:15–19.

- 71-Tantam D, Kalucy R, Brown DG: Sleep, scratching and dreams in eczema. A new approach to alexithymia. *Psychother Psychosom* 1982;37:26–35.
- 72-Manolache L, Seceleanu D, Benea V: Correlation of stressful events with onset of vitiligo in children. *J Eur Acad Venereol* 2009;23:169–243.
- 73-Manolache L, Oprea C, Benea V: Stress and anxiety involved in alopecia areata. *Dermatol Psychosom* 2003;4:112–113.
- 74-Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Melchi CF, Baliva G, Camaioni D, Tiago A, Abeni D, Biondi M: Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo. *Psychother Psychosom* 2003;72:150-158.
- 75-Mechri A, Amri M, Douarika AA, Ali Hichem BH, Zouari B, Zili J: Psychiatric morbidity and quality of life in vitiligo: a case controlled study *Tunis Med* 2006;84:632-635.
- 76-Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza M.S, Gaetano P, Melchi C.F, Baliva G, Camaioni D, Papi M, Tiago A, Gobello T, D, Biondi M: Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosom* 2003;44:374–381.
- 77-Cordan Yazici A, Basterzi A, Tot Acar S: Alopecia areata and alexithymia. *Turk J Psychiatry* 2006;17:101–106.
- 78-Manolache L, Benea V: Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *J Eur Acad Venereol* 2007;21:921–928.
- 79-Sayar K, Köse O, Ebrinç S, Çetin M: Hopelessness, depression and alexithymia in young Turkish soldiers suffering from alopecia areata. *Dermatol Psychosom* 2001;2:12-15.
- 80-Willemsen R, Vanderlinden J: Hypnotic approaches for alopecia areata *international journal of clinical and experimental hypnosis. Int J Clin Hypn* 2008;56:318-333.
- 81-Sampogna F, Raskovic D, Guerra L, Pedicelli C, Tabolli S, Leoni L, Alessandroni L Abeni D: Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *Br J Dermatol* 2008;159:351–353.
- 82-Çelik T, Akman A, Karaman T, Başaran E, Yılmaz E: Alopesi areata ve akne vulgarisin ruhsal durum üzerine etkileri *Türk J Dermatol* 2010;4:4-8.

- 83-Colon EA, Popkin MK, Callies AL, Dessert NJ, Hordinsky MK: Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry* 1991;32:245–251.
- 84-Gupta MA, Gupta AK, Wattell GN: Stress and alopecia areata: psychodermatologic study. *Acta Derm Venereol* 1997;77:296-298.
- 85-Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ: Quality of life in patients with vitiligo. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:58-64.
- 86-Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ: The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994;38:23-32.
- 87-Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA: The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994;38:33-40.
- 88-Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borckardt J, Sayar K: reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2009;19:214-220.
- 89-Mantar A, Yemez B, Alkın T: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21:225-234.
- 90-Zigmond AS, Snaith PR: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
- 91-Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:280-287.
- 92-Papadopoulos L, Bor R, Legg C, Hawk JLM: Impact of life events on the onset of vitiligo in adults: preliminary evidence for a psychological dimension in aetiology. *Clin Exp Dermatol* 1998;23:243–248.
- 93-Paus R, Arck P: Neuroendocrine perspectives in alopecia areata: does stress play a role?. *J Invest Dermatol* 2009;129:1324–1326.

- 94-Perini G, Zara M, Cipriani R, Carraro C, Preti A, Gava F, Coghi P, Peserico A: Imipramine in alopecia areata. A double-blind, placebo-controlled study. *Psychother Psychosom* 1994; 61(3-4): 195-198.
- 95-Demet MM, İnanır I, Yurtsever F. Alopesi areta ve yaşam olayları. 39 ulusal psikiyatri kongresi. kongre bildirileri özet kitabı 307, Antalya 2003.
- 96-Van der Steen P, Boezeman J, Duller P, Happle R: Can alopecia areata be triggered by emotional stress? An uncontrolled evaluation of 178 patients with extensive hair loss. *Acta Derm Venereol* 1992;72:279-280.
- 97-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;43:352-356.
- 98-Sharma N, Koranne RV, Singh RK: Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study. *J Dermatol* 2001;28:419-423.
- 99-Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R: Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Venereol* 2002;16:573-578.
- 100-Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R: Psychiatric morbidity in vitiligo and psoriasis: a comparative study from India. *J Dermatol* 2001;28:424-432.
- 101-Kent G, Al'Abadie M: Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *J Am Acad Dermatol* 1996;35:895-898.
- 102-Ongenaes K, Beelaert L, van Geel N, Naeyaert J-M: Psychosocial effects of vitiligo *J Eur Acad Venereol* 2006;20:1-8.
- 103-Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE: Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994;33:849-850.
- 104-Doblado SR, Carrizosa A, Garcia-Hernandez MJ: Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 2003;42:434-437.
- 105-Çalıköğlü E, Alpay FB: Pruri universalis, alopesi areata, psoriasis vulgaris ve kronik ürtikerde bekk depresyon, durumluk ve sürekli kaygı envanterlerinin değerlendirilmesi. *T Klin Dermatol* 2000;10:229-232.

106-Dereboy İF: Aleksitimi: bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi.
1991;1:157-165.

10.EKLER

EK-1: Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)

Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur	1	2	3	4	5
3. Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyular oluyor.	1	2	3	4	5
4. Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlmeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
6. Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	1	2	3	4	5
7. Bedenimdeki duyular çoğu kez kafamı karıştırır.	1	2	3	4	5
8. Neden öyle sonuçlandığımı anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	1	2	3	4	5
10. İnsanların duygularını tanıması zorludur.	1	2	3	4	5
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	1	2	3	4	5
12. İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	1	2	3	4	5
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
14. Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	1	2	3	4	5
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16. Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
18. Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
20. Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	1	2	3	4	5

EK 2: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-III (ADİ-III)

ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3 (ADİ-3)

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içersine alınız.

Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığımız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamamız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız.

Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız.

Her madde için sadece bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok Az	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.	0	1	2	3	4
7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	0	1	2	3	4
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.	0	1	2	3	4
12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, hakkımda olumsuz düşüncelerden korkarım.	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	0	1	2	3	4
16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.	0	1	2	3	4

EK 3: Hastane Anksiyet ve Depresyon Ölçeği (HAD)

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı

Tarih

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtı işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

a- Çoğu zaman

b- Birçok zaman

c- Zaman zaman, bazen

d- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

a- Aynı eskisi kadar

b- Pek eskisi kadar değil

c- Yalnızca biraz eskisi kadar

d- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

a- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

b- Evet, ama çok da şiddetli değil

c- Biraz, ama beni endişelendiriyor

d- Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

a- Her zaman olduğu kadar

b- Şimdi pek o kadar değil

c- Şimdi kesinlikle o kadar değil

d- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

a- Çoğu zaman

b- Birçok zaman

c- Zaman zaman, ama çok sık değil

d- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

a- Hiçbir zaman

b- Sık değil

c- Bazen

d- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

a- Kesinlikle

b- Genellikle

c- Sık değil

d- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

a- Hemen hemen her zaman

b- Çok sık

c- Bazen

d- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

a- Hiçbir zaman

b- Bazen

c- Oldukça sık

d- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

a- Kesinlikle

b- Gerektiği kadar özen göstermiyorum

c- Pek o kadar özen göstermeyebilirim

d- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

a- Gerçekten de çok fazla

b- Oldukça fazla

c- Çok fazla değil

d- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

a- Her zaman olduğu kadar

b- Her zamankinden biraz daha az

c- Her zamankinden kesinlikle daha az

d- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

a- Gerçekten de çok sık

b- Oldukça sık

c- Çok sık değil

d- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

a- Sıklıkla

b- Bazen

c- Pek sık değil

d- Çok seyrek

EK 4: Travmatik Olay Değerlendirme Formu

TRAVMATİK OLAY DEĞERLENDİRME FORMU	HAYIR	EVET
A1		
Çarpışmalara katılma		
Tecavüze uğrama		
Alıkonma		
İşkenceye maruz kalma		
Gaspa uğrama		
Ateşli silahla yaralanma		
Diğer silahlarla yaralanma		
Silahla tehdit edilme		
A2		
Ciddi motorlu araç kazası geçirme		
Deprem, sel gibi doğal afet yaşama		
Yangın gibi doğal olmayan olaylar yaşama		
Yaşamı tehdit eden hastalık geçirme		
Yaşamı tehdit eden hastalık tanısı konmuş çocuk sahibi olma		
Bir gasp olayına tanıklık etme		
Ceset bulma, cenaze üzerine gelme (ölü bedeni ile karşılaşma)		
A3		
Sevilen birinin yaşadığı travmatik yaşantıyı öğrenme (tecavüz, gasp, ciddi kaza)		
A4		
Sevilen birinin ani, beklenmedik ölümü		
A5		
Diğer olaylar (ölüm korkusu yaşatan, aşırı kaygı ve endişeye yol açan, unutamadığımız ve sürekli aklınıza gelen)		