

ASSESSMENT OF COMORBİD PSYCHİATRİC DİSORDERS İN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ALOPECİA AREATA

ALOPEŞİ AREATA TANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE KOMORBİD PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevcan Karakoç Demirkaya¹, Suzan Demir Pektaş²

1 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

2 Aydın Devlet Hastanesi, Dermatoloji Bölümü

Abstract

It is known that hair loss has a negative impact on body image and mental health in children and adolescents. Major etiological factors for alopecia areata (AA) which is characterized by hair loss are autoimmune mechanisms and stress. Psychiatric problems are frequently observed in individuals with AA. Our aim is to assess the comorbid psychiatric disorders in children and adolescents with AA. Children and adolescents (n=30) referred to dermatology unit with complaints of hair loss, and diagnosed with AA were assessed upon psychiatric consultation. Psychiatric examination of individuals included in the study were conducted by Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children, Lifetime Version. Additional psychiatric disorders were present in 71% (n=10) of all individuals. The most common diagnosis was any anxiety disorder (36%). Major depression is the second most common diagnosis (n=3). Separation anxiety disorder, attention deficit hyperactivity disorder, tic, enuresis nocturna, posttraumatic stress disorder, specific phobia and dysthymic disorder were also noticed. Depressive disorders were seen especially in adolescent age group and in cases with chronic AA course. Psychiatric disorders especially major depression are common comorbid conditions observed in patients with AA. The relationship between psychological problems and stress and AA is bidirectional. Chronic AA and early disease onset leads to poor prognosis. Therefore early assessment by a child psychiatrist, and collaboration between psychiatrist and dermatologists in follow-up have a clinical importance for children with AA.

Key Words: Alopecia areata, child and adolescent, major depression, psychopathology.

Özet

Çocuk ve ergenlerde saç kaybının beden imgesi ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Saç kaybı ile karakterize alopesi areatanın (AA) etiolojisinde başlıca otoimmün nedenler ve stresin rolü olduğu ileri sürülmektedir. Psikiyatrik sorunlara AA olgularında daha sık rastlanmaktadır. Bu çalışmada AA tanılı çocuk ve ergenlerdeki psikiyatrik ek tanıların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Dermatoloji polikliniğine saç dökülmesi ile başvurup AA tanısı alan, ek sistemik hastalığı olmayan ve psikiyatri konsültasyonu istenen çocuk ve ergenler (n=30) değerlendirilmiştir. Araştırmaya dahil edilen olguların (n=14) ruhsal durum muayenesi Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli ile yapıldı. Olguların %71'ine (n=10) ek psikiyatrik bozukluk eşlik etmekteydi. En sık alınan tanı %36 oranı ile anksiyete bozukluğu idi. Majör depresyon ikinci en sık tanı idi (%21). Olgularda ayrılık anksiyetesi bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, tik, enürezis noktürna, travma sonrası stres bozukluğu, karşı olma karşı gelme bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi ve distimik bozukluk tanıları mevcuttu. Ergen yaş grubunda ve AA süresi uzun olanlarda depresif bozukluklara daha sık rastlandı. Majör depresyon başta olmak üzere psikiyatrik tanıları AA olgularında sık görülmektedir. Psikolojik belirtiler ve stres ile AA arasındaki ilişki iki uçludur. Kronik AA ve erken başlangıç ise kötü prognoza sahiptir. Bu nedenle çocukluk çağında AA tanısı alan olguların çocuk psikiyatrisi tarafından değerlendirilmesi ve dermatoloji ile ortak takip edilmesi klinik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Alopesi areata, çocuk ve ergen, majör depresyon, psikopatoloji

Giriş

Alopesi areata (AA), saçlı deri veya bedenin herhangi bir yerindeki kılların (kaş ve kirpik gibi) belirgin sınırlı yama tarzı dökülmesidir. Hastalık alevlenme ve remisyonlarla seyredebilir, yerine gelen saçlar ise önceki renk ve kalınlıkta olmayabilir. Hastaların bir kısmı medikal tedaviye yanıt verir. Toplumda görülme sıklığı yaşam boyu %1 olarak bildirilmiştir. Her yaş grubunda görülebilir ancak olguların çoğu (%60) 20 yaş altında tanı almaktadır (1). (liakopololu) Kadın ve erkeklerde eşit görülür, bazı yayınlarda erkeklerde biraz daha sık olduğu bildirilmiştir. Etiyolojisinde enfeksiyon, genetik, otoimmün etmenler ve psikolojik etmenlerin rol oynadığı ileri sürülmektedir. Ancak kesin nedeni bulunamamıştır (2). (Arca ve Kurumlu 2003). Daha çok otoimmün nedenler üzerinde durulmaktadır, genetik temel açıklanmamış olup AA olgularının %10 –20'sinin ailesel tutulum görülmektedir. (Randall 2001). Stres ile tetiklenen T lenfositlerden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (3). Yapılan çalışmalarda anksiyete bozuklukları ve depresyonun sıklıkla eşlik ettiği ve stresli yaşam olaylarının AA'nın ortaya çıkmasına yol açtığı ileri sürülürken, başka çalışmalar bunu destekleyici sonuçlar gösterememiştir (1,2,3,4).

Olumsuz yaşam olayları ile AA arasındaki ilişki pek çok çalışmada araştırılmıştır. Nadir olmayarak ebeveynler çocukları için AA öncesi belirli bir stres veya olay tariflemektedirler, ancak yaşam olayları ile AA arasındaki ilişki belirsizdir. Bazı yazarlar 7.1-12% gibi düşük oranlar saptarken, bazı yazarlar %75-81,8 gibi yüksek oranlar bildirmişlerdir. Ancak kesin başlatıcı mekanizma veya duyarlılık ile ilgili veriler mevcut olmadığı için bu büyük farklılıklar açıklanamamaktadır (1,5,6). Gürkan ve arkadaşları da AA tanılı 16 olgunun 4'ünde olumsuz yaşam olayı bildirmişlerdir (7).

Saç, dış görünüşün önemli bir parçası olup, özellikle ergenlik döneminde ve kadınlarda görülen alopesinin kimlik ve kendilik algısında bozulmalara yol açabileceği bildirilmiştir (8).

Hunt ve McHale, gözden geçirme yazılarında AA tanılı olguların psikolojik durumlarını inceleyen 1980-2005 yılları arasında yapılmış 34 çalışmayı ele almışlardır. Yazarlar AA ile psikiyatrik belirtileri inceleyen sistematik çalışmaların azlığına ve psikolojik tedavinin AA üzerine etkisini randomize kontrollü olarak inceleyen çalışma yokluğuna vurgu yapmışlardır (6).

Bilgili ve arkadaşları 3 yıl içerisinde dermatoloji polikliniğinde 71 AA tanılı çocuğu takip etmişler.

Örneklemi 3-16 yaş arası olup, çocukların yaş ortalamaları 10,4 imiş. Hastaların 25'inde (%35,2) lezyonların stres sonrası ortaya çıktığı öğrenilmiş ve bu olgulardan psikiyatri konsültasyonu istenmiş. Bu olguların 10 tanesinde de anksiyete bozukluğu tespit edildiğini bildirmişler (9).

Gupta ve arkadaşları ise AA hastalarında yüksek stres skorları ve depresyon arasında belirgin birliktelik bildirmişler ve depresif klinik durumla olan stresin AA'yı tetikleyebileceğini ileri sürmüşlerdir (10). Ancak başka bir çalışmada ise erişkin yaş grubu 12 AA tanılı hastada, Beck Depresyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterlerinin sonuçlarını kontrol grubuyla karşılaştırdıkları çalışmalarında arada anlamlı bir fark bulamamışlardır (11).

Çocuklarda yürütülen ayrıntılı çalışmayı Liakopolou ve ark. gerçekleştirmişlerdir. Çocuklardaki zorlu yaşam olaylarını inceledikleri araştırmalarında; okul öncesi ve okul çağı çocuklarını içeren toplam 49 AA tanılı çocuğu, 47 sağlıklı kontrolle karşılaştırmışlar; Çocuk Depresyon Ölçeği ve Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) ve Çocuk Yaşam Olayları Ölçeği uygulamışlardır. AA tanılı çocuklarda toplam ÇDDÖ puanları daha yüksek bulunmuş daha çok depresif ve anksiyete belirtilerine rastlamışlar, alopesi öncesi

stresli yaşam olayları ise sık bulunmamıştır. 9-11 yaş grubu AA tanılı çocukların tamamında psikiyatrik belirtiler bulunurken, bu oran sağlıklı kontrollerde %30 olarak bulunmuş. Olumsuz yaşam olayları açısından ise kontrollerden fark olmadığını vurgulamışlar. Okulöncesi çocukların ebeveynleri daha çok pozitif yaşam olayı tanımlarlarken negatif yaşam olayı tanımlayanlar kontrollerden farklı olmadığını, okul çağı çocuklarında daha çok agresyon ve sosyalizasyon ile ilgili sorunların olduğunu bildirmişlerdir (1).

Reeve ve arkadaşları 12 AA tanılı çocuğun psikiyatrik değerlendirmesini yapmışlar, 7 çocukta anksiyete bozukluğu (ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve/veya özgül fobi) ve 1 olguda distimi tespit etmişler ayrıca yaşam olayları açısından normatif gruptan fark bulunmazken, benlik algısı ölçeğinden yüksek puanlar gösterdiklerini bildirmişlerdir (12).

Ghanizadeh, AA tanılı 14 olgunun 5 tanesinde OKB eştanısının varlığını işaret etmiş okb ve aa arasında etiyopatogenez anlamında benzerlik olabileceğini ileri sürmüştür (13). Ülkemizde ise AA tanılı çocukların psikiyatrik değerlendirmesini Gürkan ve arkadaşları yapmışlardır. rkan ve arkadaşları konsültasyon istenen 16 AA tanılı çocuğu değerlendirdikleri çalışmalarında en sık konulan psikiyatrik tanılar kaygı bozuklukları (% 43,8, n=7) ve

major depresyon (% 37,5, n=6) olarak saptanmıştır. Olguların önemli bir kısmında (% 68,8, n=11) içe dönük kişilik özellikleri bulunmaktadır. Çocukların ailelerinin %37,5'inde (n=6) psikososyal stres etkenleri saptanmıştır. Olguların yalnızca ikisinde saç kaybı öncesi stresli bir yaşam olayı bulunduğu görülmüştür. Çalışmalarında stresli yaşam olayları ile akut saç kaybı arasındaki ilişkinin zayıf olduğu; kişilik özelliklerinin, aile tutumlarının, stresli yaşam olaylarının birlikte oluşturduğu bir zeminin saç kaybında etkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir (7).

Alopesi areata kötü prognoz belirtileri; erken başlangıç, uzun süreli hastalık, aile öyküsü, tırnak tutulumu, totalis ve universalis olması, diğer otoimmün hastalıkların varlığı sayılmaktadır. Çocukluk çağı AA iyileşme 1/3 olguda ilk 6 ayda olur, bu nedenle erken tedavi kronikleşmesini engeller. Stres hastalığın nedeni olabileceği gibi, tedavisiz kalma ve kronikleşme de stresi arttırır (1,14).

Dermatoloji polikliniklerine sıkça saç kaybı ile başvuran hastalar olmasına rağmen AA tanılı çocukların ruhsal değerlendirmesini inceleyen çalışmalar oldukça kısıtlıdır ve çoğu eski araştırmalardır. Bu nedenle biz de çocuk psikiyatrisi polikliniğimize konsülte edilen AA tanılı çocuk ve ergenlerde eşlik eden

psikiyatrik tanılarının sıklığını belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem

Örneklem:

Bu çalışmada Nisan 2011- Eylül 2012 tarihleri arasında 17 aylık süreçte dermatoloji polikliniğinden AA tanısı alan ve ek sistemik hastalık hastalığı olmayanlar arasından ek psikiyatrik değerlendirme istenen 18 yaş altı 30 olgu incelenmiştir. Psikiyatrik öndeğerlendirme sonucunda; aynı zamanda trikotillomani tanı ölçütlerini karşılayanlar (n=8), psikiyatrik tedavi alanlar (n=3), görüşmelere anadil nedeniyle uyum sağlayamayacak olanlar (n=2), yaygın gelişimsel bozukluk (n=1) ve mental retardasyon tanısı (n=2) olan olgular dışlanmıştır. Görüşmeye gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve ailesinden onam alınan dermatolojik açıdan sadece alopesi areata tanılı çocuklar örneklemini oluşturmuştur (n=14).

Değerlendirme Araçları:

Psikiyatrik değerlendirmede; Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) yarı yapılandırılmış görüşme ile hastalar DSM-IV'e dayanarak 32 psikiyatrik hastalık açısından değerlendirilmiştir (15). Gökler ve arkadaşları tarafından Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği iyi

olarak gösterilmiştir (16). Bu görüşmeler deneyimli çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından hem ebeveyn, hem de çocuk ve ergenler ile ayrı ayrı yapılmıştır. Okulöncesi yaş döneminde olan 2 olgu için yaş düzeyine uygun sorular sorulmuştur.

Etik:

Çalışma Helsinki Deklerasyonuna uygun olarak yürütülmüş, hastane etik komitesinden izin alınmış ve çalışmaya katılan çocuklar ve ebeveynlerinden yazılı onam alınmıştır.

İstatistiksel değerlendirme:

Elde edilen sonuçlar SPSS 16.0 ile tanımlayıcı istatistik yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bulgular ortalama değer, standart sapma ve yüzde (%) ile ifade edilmiştir.

Bulgular

Alopesi olgularımızın 8'i (%57) erkek, 6'sı (%43) kızdı. Yaş ortalaması 9,2 yıldır (4-16,5 yıl). Kızların yaş ortalaması 10,17 iken, erkeklerin yaş ortalaması 8,75 idi. Alopesi süresi ortalama erkeklerde 14,6 (2-38); kızlarda 11,2 (4-37) ve tüm grupta 15,9 (2-38) aydır. Olguların 6 tanesinde hastalık öncesi stresör etmen sayılabilecek önemli yaşam olayı yoktu. Olguların 4 tanesinde ek psikiyatrik tanıya rastlanmazken, % 71'inde psikiyatrik hastalık mevcuttu. Anne yaş ortalaması 34±6,4; baba yaş ortalaması 37±8,1 idi. Anneler en sık (n= 7, %50) ilköğretim, babalar ise en sık (n=6, % 42,9) lise mezunu idi.

Okulöncesi dönemde olan 4 ve 5 yaşlarında iki çocuk vardı. Çalışma grubundaki olguların özellikleri ayrıntılı olarak Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Alopesi Areatata Tanılı Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Olgu	Cinsiyeti	Yaşı (yıl)	Alopesi süresi	Stresör etmen	Psikiyatrik tanı
1	K	4	3	Kardeş doğumu	Ek tanı yok
2	K	15	3 7	Okullara giriş sınavı	Distimik bozukluk
3	K	8	1 3	Okula başlama	Ayrılık anksiyetesi bozukluğu + Entürezis noktürna
4	K	8,5	1 0	Yok	Sosyal fobi
5	E	10	2 6	Tik, ekonomik sorunlar	Tik bozukluğu+ majör depresyon
6	E	5	2	Yok	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
7	E	11	2 8	Yok	Ek tanı yok
8	E	6,5	4	Okula başlama	Ayrılık anksiyetesi bozukluğu+özgül fobi (hayvan tipi)
9	E	10	3 3	Annesinin ölümü	Majör depresyon+travma sonrası stres bozukluğu
10	K	9	4	Yok	Ek tanı yok
11	K	16,5	1 3	Arkadaş sorunları	Majör depresyon
12	E	12	3 8	Aile içi geçimsizlik	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu+ karşı olma karşı gelme bozukluğu
13	E	9,5	7	Yok	Yaygın anksiyete bozukluğu+Entürezis noktürna
14	E	6	5	Yok	Ek tanı yok

Tartışma

Bu çalışmada AA tanısıyla dermatolojiden takip edilen ve psikiyatri konsültasyonu istenen 14 çocuk ve ergen yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile değerlendirildi ve sosyodemografik özellikleri, hastalık süresi, eşlik eden stresli yaşam olayları ve ek psikiyatrik tanımlar belirlendi.

Yapılan çalışmalarda alopesinin hem kız, hem de erkeklerde benzer oranlarda görüldüğü bildirilmiştir (1,2,7). Bizim çalışmamızda da, erkekler ve kız oranları birbirine yakın olup, erkek başvuruları daha fazladır. Bunun nedeni saç kaybı olan yama şeklindeki alanı kızlar diğer bölgelerdeki uzun saçları ile saklayabilecekken, erkeklerde kayıp daha görünür kalmasından olabilir.

Bu çalışmada kız çocuklarının yaş ortalaması erkek çocuklardan daha fazla olduğu, bulunmuştur. Ergenlik dönemi gibi dış görünüşün ve kendilik algısının önemli olduğu bir dönemde saç kaybı estetik kaygılar oluşturmaktadır (1). Bu nedenle kızlarda ergenlik dönemi başvuruları daha çok olabilir.

Daha önceki araştırmalara benzer şekilde AA olgularında altta yatan ya da hastalığı tetikleyebilecek stresör etmen hepsinde mevcut değildi (1,7,9,10). Bu da psikolojik nedenlerle hastalık başlamaktadır

hipotezini desteklememektedir. Araştırmamız sonucunda hastalığın süresi uzadıkça hastalarda daha çok depresif belirtiler görülmektedir. Tanı sonrası tedavi süresi 2 yılı geçmiş olguların çoğunluğunda eşlik eden psikiyatrik tanı depresyondur. Bu da zamanla iyileşmeme sonucunda gelişen çaresizlik ve ümitsizlik gibi depresif temalardan kaynaklanıyor olabilir. Araştırma bulgularımıza göre; hastalık süresi 6 aydan kısa olan olguların çoğunluğunda ise ek psikiyatrik hastalık gelişmemiştir. Bu sonuç, yazında geçen AA tanılı olgularda psikiyatrik problemlerin sık olmasının neden-sonuç ilişkisini açıklıyor olabilir. Araştırmamız sonucuna göre AA'nın psikopatoloji ile tetiklenmekten çok, AA tanısı sonrası ruhsal belirtilerin geliştiği ileri sürülebilir.

Liakopolou ve ark. AA tanılı çocukların hepsinde psikiyatrik belirtilere rastlamışlardır. Bizim çalışmamızda ek psikopatoloji oranı %71 idi. Bu farklılık belirtiden çok DSM-IV ölçütlerine dayalı tanısal değerlendirmeden kaynaklanmaktadır. Benzer şekilde tanısal görüşme yapan Ghanizadeh de AA olgularında en az bir psikiyatrik eştanıyı %78 olarak bildirmiştir (13).

Çalışmalarda depresyon ve anksiyete bozuklukları en sık görülen hastalıklar

olmuştur. Bizim çalışmamızda benzer olarak en sık anksiyete bozuklukları ve ikinci sık depresif bozukluklar gözlenmiştir (1,7,13).

Yıkıcı davranış bozukluğu Dugas ve Le Heuzey'in 13 ay-16 yaş arası 60 AA'lı olgusunda %10, Gürkan ve arkadaşlarının 16 olgusu içinde %6, bizim çalışmamızda ise %14 olarak 2 erkek olgumuzda mevcuttu (7,17). Bu erkeklerde DEHB'nin sık görülmesi ile açıklanabileceği gibi, içsel sıkıntının dışavuran davranışlarla ifadesinden de kaynaklanabilir.

Araştırmadaki katılımcı sayısının az olması sonuçların genelleştirilebilmesini zorlaştırmaktadır. Psikiyatri konsültasyonu istenen olguların değerlendirilmiş olması da eş tanıların yüksek oranda bulunmuş olmasına neden olmuş olabilir. Geniş örneklemlili kapsamlı çalışmalar ve psikiyatrik tedavi ile AA şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi gelecek araştırmaların konusu olabilir.

Sonuçta, saç kaybı yakınması dermatoloji polikliniklerinde sık görülmektedir. Bu hastaların ayrıca psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi de gerekmektedir. Çünkü saç hastalıkları ya primer olarak psikiyatrik bozukluklara bağlı olarak gelişirler yada depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon gibi ciddi ruhsal ve sosyal sorunlara neden olurlar (6). Saç dökülmesi olan çocukların

ileriye dönük psikopatolojilerinin engellenmesi için erken dönemde psikiyatrik değerlendirilmesi ve dermatoloji ve psikiyatri ile ortak takip edilmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, Kakourou T, Tselalidou E, Tsiantisis J. Children with alopecia areata: psychiatric symptomatology and life events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 678-84.
2. Arca E, Kurumlu Z. Etiopathogenesis, clinical features and diagnosis in alopecia areata. *Dermatose* 2003; 2: 83-89.
3. Randall VA. Is alopecia areata an autoimmune disease? *The Lancet* 2001; 358 (9297): 1922-1924.
4. Bilgiç A, Bilgiç Ö. Çocuk ve ergenlerde psikofizyolojik kökenli psikodermatozlar. *Selçuk Tıp Dergisi* 2012; 28(4): 264-266.
5. Perini GI, Veler Fornasa C, Cipriani R, Bettin A, Zecchino F, Peserico A. Life events and alopecia areata. *Psychotherapy and psychosomatics* 1984; 41 (1): 48-52.
6. Hunt N, McHale S. The psychological impact of alopecia. *BMJ* 2005. 331(7522), 951.
7. Gürkan K, Tüzün Ü, Abalı O. Alopesi areatalı çocuklarda psikiyatrik eş tanımlar. *Düşünen Adam dergisi* 2006; 19(2):72-76.
8. Fettahoğlu EÇ. Primer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili saç kayıpları. *Türkderm* 2014; 48: Özel Sayı 1: 52-5.
9. Bilgili SG, Karadağ AS, Özdemir S, Çalka Ö. Çocukluk çağı alopesi areatalı hastaların retrospektif değerlendirilmesi. *Dermatoz* 2012; 3(4):127-131.
10. Gupta M, Gupta AK, Wateel GN. Stress and alopecia areata: a psychodermatologic study. *Acta dermato-venereologica* 1997; 77(4): 296-298.
11. Çalıköğlü E, Alpay FB. Pruri universalis, alopesi areata, psoriasis vulgaris ve kronik ürtikerde Beck Depresyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterlerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology* 2000;10(4): 229-232.
12. Reeve E, Savage T, Bernstein G. Psychiatric diagnoses in children with alopecia areata. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1518-2.
13. Ghanizadeh A. Comorbidity of psychiatric disorders in children and adolescents with alopecia areata in a child and adolescent psychiatry clinical sample. *International journal of dermatology* 2008;47(11): 1118-1120.
14. Gilhar A, Etzioni A, Paus R. Alopecia areata. *New England Journal of Medicine* 2012; 366(16): 1515-1525.
15. Kaufman J, Birmaher B, Brent D ve ark. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children –present and life time version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 980-988.
16. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B ve ark. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- şimdi ve yaşam boyu şekli- Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11: 109-116.
17. Dugas M, Le Heuzey MF. Stress, distress and alopecia areata: Study of 60 personal observations. *International Journal of Child & Adolescent Psychiatry* 1983; 49(5): 221-237.