

**T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**AKNE VULGARİSTE PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİN ROLÜ
VE HASTALIĞIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Erman BAĞCIOĞLU

TEZ YÖNETİCİSİ

Prof. Dr. M. Fatih KARAASLAN

KAHRAMANMARAŞ – 2008

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesini aktararak eğitimime katkıda bulunan değerli hocam Prof.Dr. M. Fatih KARAASLAN'a, hiçbir zaman ilgi ve desteğini esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız Yrd.Doç.Dr. F. Özlem ORHAN'a, rotasyonum boyunca engin birikimlerinden istifade ettiğim Doç.Dr.Mustafa GÖKÇE'ye, Yrd.Doç.Dr. Deniz TUNCEL'e, Doç.Dr. Salih ZOROĞLU'na, Doç.Dr. Mehmet SAYARLIOĞLU'na, Doç.Dr. Ekrem DOĞAN'a, Doç.Dr. Hayriye SAYARLIOĞLU'na, Yrd.Doç.Dr. Mesut ÖZKAYA'ya, Doç.Dr. Bülent KANTERÇEKEN'e ve Doç.Dr. Ali ÇETİNKAYA'ya, tezimi ayrıntılı olarak elden geçiren, her türlü akademik desteği sağlayan Dermatoloji AD Başkanı Doç.Dr. Sezai ŞASMAZ'a ve tezimin örneklem grubunun oluşmasına yardımcı olan Dermatoloji AD asistanları Dr. Füsün AKSU ve Dr. Hüsniye ÖNELMİŞ'e, tez çalışmam sırasında istatistiksel bilgi ve klinik deneyimlerini paylaşan Dr. Salih SELEK'e, asistanlık sürem boyunca birlikte çalıştığım psikiyatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı, nöroloji ve dahiliye kliniğindeki tüm asistan ve hemşire arkadaşlarıma, maddi-manevi desteğini esirgemeyen aileme ve tez aşaması sırasında anlayış ve sabrından ötürü eşim Gülsüm'e teşekkürü bir borç bilmekteyim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	III
TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ	V
ÖZET- ANAHTAR SÖZCÜKLER	VI
ABSTRACT-KEYWORDS	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Psikosomatik Hastalıkların Tarihçesi	4
2.1.1. Tanım (Akne Vulgaris)	5
2.1.2. Epidemiyoloji	6
2.1.3. Etyoloji	6
2.1.4. Klinik Özellikler	10
2.1.5. Ayırıcı Tanı	10
2.1.6. Tedavi	10
2.1.6.1. Topikal Tedavi	11
2.1.6.2. Sistemik Tedavi	11
2.1.6.2.a. Antibiyotikler	11
2.1.6.2.b. Retinoidler	12
2.2. Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırılması	13
2.3. Cilt Hastalıklarının Nörobiyolojik ve Psikobiyolojik Yönü	15
2.3.1. Stres Araştırmaları	15
2.3.2. Psikonöroimmunoloji	16
2.3.3. Psikodinamik Açıdan Cilt	17
2.3.4. Gelişim Psikolojisi ile İlgili Bakış Açıları	18

2.4. Aknenin Ruhsal Etkileri ve Psikiyatrik Yönüyle İlgili Çalışmalar	19
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	23
3.1. Yöntem	22
3.2. Gereçler	22
3.3. İstatistik	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ	44
7. KAYNAKLAR	45
8. EKLER	59

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Şekil I. Akne lezyonlarının gelişimi	7
Tablo I. Akne ve kontrol grubunda yaş ortalamaları	27
Tablo II. Akne ve kontrol gruplarında cinsiyet ve medeni durum	27
Tablo III. Akne ve kontrol gruplarında öğrenim durumu	28
Tablo IV. Akne ve kontrol gruplarında meslekler	28
Tablo V. Akne grubu olgularda klinik özellikler; lokalizasyon, Şiddet ve süre	29
Tablo VI. Akne ve kontrol grubunun anksiyete ve depresyon ölçek puanları	30
Tablo VII. Akne ve kontrol grubunun kısa semptom envanteri alt ölçek skorlarının karşılaştırılması	30
Tablo VIII. Akne ve kontrol grubunun sürekli öfke - öfke tarz ölçeği puanlarının karşılaştırılması	31
Tablo IX. Akne ve kontrol grubunun Rotter kontrol odağı toplam puanlarının karşılaştırılması	31
Tablo X. Akne ve kontrol grubunun problem çözme puanlarının karşılaştırılması	32
Tablo XI. Akne ve kontrol grubunun SF-36 alt ölçek skorlarının karşılaştırılması	33

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada akne hastalarının psikiyatrik semptomatolojik özellikleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri, problem çözme, kontrol odağı, öfke eğilimi, yaşam kalitesi düzeyleri ve bunların aknenin klinik özellikleriyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmamıza akne vulgaris tanısı konmuş 52 olgu ile 46 aknesi olmayan sağlıklı kontrol olgusu dahil edildi. Katılımcılara öncelikle sosyodemografik bilgi formu doldurtuldu. Daha sonra MADRS (Montgomery Asberg Depresyon Oranı Skalası), HAM-A (Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği), KSE (Kısa Semptom Envanteri), PÇE (Problem Çözme Envanteri), SÖÖTÖ (Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği), RİDKOÖ (Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği) ve SF-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form) uygulandı.

Bulgular: Akne hastalarının depresyon ve anksiyete skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Kısa semptom envanterinde; akne hastalarında anksiyete bozukluğu ($p<0.05$), depresyon ($p<0.05$), kişiler arası duyarlılık ($p<0.05$) ve paranoid düşünce ($p<0.05$) skorları, kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulundu. SF-36 ölçeğine göre fiziksel rol güçlüğü ($p<0.05$), genel sağlık ($p<0.05$) ve mental sağlık ($p<0.05$) skorları akne hastalarında kontrol grubundan anlamlı derecede daha düşük idi. Akne şiddetine göre ayrılmış gruplar psikiyatrik ölçekler yönünden karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları akne vulgaris'in bazı psikiyatrik problemlere yol açtığı yönündeki önceki bulguları desteklemektedir.

Anahtar Sözcükler: Akne vulgaris, depresyon, anksiyete

ABSTRACT

Aim: The psychiatric symptomatologic features, anxiety and depression levels, and levels of problem solving, control focus, anger tendency, and life quality of acneic patients as well as the association between those parameters and the clinical features of acne were evaluated in this study.

Method: Fifty-two patients diagnosed as acne vulgaris and 46 healthy controls were enrolled. Participants filled out sociodemographic information form, and after that MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale), HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale), BSI (Brief Symptom Inventory), PSI (Problem Solving Inventory), STAS (The State-Trait Anger Scale), RIELCS (Rotter's Internal-External Locus of Control Scale) and SF-36 (Quality of Life short form) were applied.

Results: We found out in our study that anxiety and depression scores were significantly higher in patients ($p<0.05$). In brief symptom inventory anxiety disorders ($p<0.05$), depression ($p<0.05$), interpersonal sensitivity ($p<0.05$), paranoid thoughts ($p<0.05$) were significantly higher in patients than controls According to the SF-36 physical role difficulty ($p<0.05$) and mental health ($p<0.05$) scores were significantly lower in patients than controls. No significant difference was found between the groups in terms of psychiatric scales when the patients were grouped according to acne severity.

Conclusion: The results of our study support the previous findings suggesting that acne vulgaris leads to various psychiatric problems.

Keywords: Acne vulgaris, depression, anxiety

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Embriyonik ektoderimde köken alan beyin ve deri duygularımızı yansıtan iletişim organlarıdır (1). Normal bir deriye sahip olmak, hem kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığı açısından, hem de cinsel çekicilik açısından gerekli görülmektedir (2). En büyük ve en gözle görülebilir organımız olan derideki herhangi bir istenmeyen durum kişiyi ve karşısındakini derinden etkileyebilmektedir (3).

Pasini, inflamatuvar deri hastalıklarında uzun süre topikal ajanların kullanımına bağlı olarak kişilerarası ilişkilerin etkilendiğini ve emosyonel değişikliklerin oluştuğunu gözlemlemiştir (4). Fiziksel ve sosyal değişikliklerin en üst düzeyde olduğu ve kimlik gelişiminin yaşandığı ergenlik döneminde ortaya çıkabilen akne ise kişilerin kaygılarında odak haline gelebilmekte; günlük performansında ve kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde etkili olabilmektedir (5-7).

Psikodermatoloji beyin ve cilt arasındaki etkileşimi konu almaktadır. Psikiyatri içte, görünmeyen hastalıklara odaklanırken, dermatoloji ise dışta, görünür hastalıklara odaklanmaktadır. Bu iki bilim dalı arasındaki ilişki nöro-immun-kutanöz sistem (NICS) olarak tanımlanan immün ve nöroendokrin sistem arasındaki karmaşık bir etkileşime dayanmaktadır. Sinir sistemi, deri ve immün sistem arasındaki karşılıklı etkileşimde NICS'ten salınan medyatörler etkili olmaktadır (8,9).

Çocukluk dönemindeki olumsuz yetiştirilme şartları yetişkin dönemde beden imajında bozulmaya ve davranış problemlerine neden olabilmektedir (10). Deri hastalıklarında görülen emosyonel problemler utanma, özsaygıda azalma ve olumsuz beden imgesidir. Psikososyal etki; hastalığın gelişim aşamaları, hastanın demografik özellikleri, yaşam şartları, kişilik özellikleri, sosyal destek ve kültür gibi birçok faktöre bağlıdır (11).

Deri lezyonu olan hastalarda hastalık halinin psikosomatik mi yoksa somatopsişik mi olduğunu belirlemede psikolojik ve emosyonel faktörlerin

değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Alopesi areata, akne, seboreik dermatit, ekzema, psikojenik purpura, psöriazis ve ürtiker gibi deri hastalıklarının etyolojisinde stres önemli role sahiptir (12). Deri lezyonlarının alevlenmesinde bazen psikolojik faktörler, bazen de biyolojik faktörler önemli rol üstlenebilmektedirler. Dermatoloji polikliğine başvuran hastaların en az üçte birinde etkili tedavi için emosyonel faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (13-16).

Akne vulgaris pilosebase ünitenin multifaktöriyel, inflamatuvar bir hastalıdır. Tam olarak mekanizması bilinmemekle birlikte patogenezinde esas olarak kıl foliküllerinde aşırı sebum üretimi, hiperkeratinizasyon, oksidatif stres ve inflamatuvar medyatörler rol oynamaktadır (17). Yaşamı tehdit edici olmamakla birlikte, akne, beraberinde anksiyete, depresyon, öfke, suicidal düşünce gibi ciddi psikojenik sorunları getirebildiğinden sadece kozmetik bir problem olarak ele alınmamalıdır (18–21). Son zamanlarda özellikle psöriazis (22), liken planus (23) ve Behçet hastalığı (24) ile ilgili yapılmış çalışmalarda da görüldüğü gibi, depresyon ve kaygı birçok cilt hastalığı için de risk faktörleridir. Araştırmalar, hastaların %51'inin psikoterapötik tedaviye ihtiyacı olduğunu, %28'inin psikoterapiye istekli olduğunu ortaya koymuş ve bunların %38'i psikiyatrik yardım almıştır (25). Cilt bozukluklarına dair psikiyatrik sorunlar için liyezon servisleriyle işbirliği yapılmaktadır. Almanya'da Dermatoloji kliniklerinde yapılan bir ankette, tıbbi yöneticilerin %23.2'si, dermatolojik bakım ve tedaviye ek olarak psikosomatik bir tedavinin sunulmasının gerekli olduğu konusunda birleşmişlerdir (26). Diğer dermatolojik hastalarda olduğu gibi akne vulgarisli hastaların da labil bir duygulanıma sahip, nörotik kişilik özellikleri olduğu ve psikiyatrik hastalıklara yatkın oldukları belirtilmektedir (27,28). Ruhsal etkenlerle akne arasında en az üç tür etkileşim olduğu ileri sürülmektedir: 1- Duygusal streslerin akneyi şiddetlendirmesi. 2- Akneye ikincil olarak hastalarda anksiyete, depresyon, sosyal fobi, düşük benlik saygısı gibi psikiyatrik belirtilerin gelişmesi. 3- Beden dismorfik bozukluğunda olduğu gibi birincil psikiyatrik bozukluğun akneye odaklaşmasıdır (29). Emosyonel ve hormonal değişimin hızlandığı, cinsel çekicilik, beden imajı, cinsellik, eğitim ve mesleki yeterlilik gibi ciddi

konularda kaygıların en üst düzeye çıktığı adölesan dönemde ortaya çıkabilen akne vulgaris, kişiler arası ilişkilerde sorun yaşama ve yeterli sosyal destek bulamamanın da etkisiyle bireyi değersizlik düşüncelerine itebilmektedir. Bu istenilmeyen kötü deneyimler de kişinin uzun dönemde olumsuz emosyonel ve fonksiyonel gelişimi için zemin hazırlayabilmektedir (30). Akne hastalarında olası psikolojik etkiler sıklıkla aknenin arkasına saklandığından psikiyatriste gitmek gecikmektedir (31,32). Oysa akneli bireylerde psikiyatrik komorbidite geniş biçimde tanımlanmıştır (33). Anksiyete, depresif bozukluk, özellikle suicidal düşünce (34), beden dismorfik bozukluğu (35), sosyal geri çekilme ve uyum bozukluğuna ait şüpheler varsa hasta psikosomatik açıdan mutlaka değerlendirilmelidir (36). Akne hastalarında psikiyatrik komorbite sanılanın çok çok üstündedir (32,33). Akne tedavisinin sıradan ve gayet açık olmasından dolayı doktor-hasta görüşmesi kısa sürmektedir. Yine de akne tedavisi sadece sivilce tedavisi olmadığından doktor-hasta ilişkisine önem verilmelidir. Dermatologların psikoterapi ve psikofarmakoloji ile ilgili bazı temel bilgilere de sahip olması gerekmektedir (36).

Bu varsayımlardan yola çıkarak yaptığımız çalışmadaki amacımız, dermatoloji polikliğine ayaktan başvuran akne hastalarının sosyodemografik verilerini incelemek ve aknenin klinik özelliklerinin problem çözme, kontrol odağı, öfke eğilimi, yaşam kalitesiyle olan ilişkisini değerlendirmek, anksiyete ve depresyon skorlarını araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikosomatik Hastalıkların Tarihçesi

Deri hastalıkları ve psikolojik etkenler arasındaki ilişki eskiden beri bilinmektedir. Bu alanda büyük bir ilerleme sağlayan Cullen 1784’lerde ve Wilson 1867’lerde deri fonksiyonları üzerine psikolojinin etkisini tanımlamışlardır. Psikolojik kaynaklı sinir hastalıklarına ön ek olarak ‘psiko’ eklenene kadar organik patolojiye bağlı olmayan sinir hastalıkları için “nöroz” terimi kullanılmıştır. Beard, Wier Mitchell, Charcot ve Freud’un deri hastalıkları ile ilgili psikoseksüel yorumları ise 20. yüzyılda büyük bir ses getirmiştir. Kaposi deri nörozunu deride gösterilebilir değişiklik olmaksızın kutanoz sinir fonksiyonlarındaki değişim ile oluşan hastalık olarak yorumlarken bu fikri o günün psikoanalitik inançlarıyla uyuşmuyordu. Kaposi, histerinin bütün semptomlarını gösteren pruritus vulvalı hastaların ninfomanik olabileceğini de dile getirmişti.

Psikosomatik tıbbın ve dermatolojinin gelişmeye başlaması nörolojik sebep anlamındaki nöro ve kişilik-psikolojik faktörler anlamında kullanılan psikonöro’nun ayrılmasıyla olmuştur. Cilt patolojisi, biyokimyası ve etyolojik araştırmalara yönelik çalışmaların hız kazanmasına kadar dermatozlarda psikoanalitik yaklaşım, kişilik tipleri ve histeriyle ilgili araştırmalar ön planda idi . Hipnoz sonrası allerjik reaksiyonlar ve stres altında kan akımı, cilt ısı ve kaşınma fizyolojisine yönelik çalışmalar tekrar psikosomatik araştırmalara kapı araladı. Solomon ve Moss 1964’de “emosyon, immunité ve hastalık” isimli çalışmalarıyla psikonöroimmunöloji terimini ortaya attılar. Bununla birlikte psikonöroimmunolojideki açılım 1975’te Adler ve Cohen davranışlar üzerine immunsupresyonun etkisini gösterinceye kadar başlamadı. Psikiyatri hastalarında immun fonksiyon üzerine ilk çalışmalarda psikoz hastalarında lenfosit sayısının azaldığı ve diüurnal değişiklikler ve şizofrenilerde boğmaca aşısına daha zayıf antikor yanıtının olduğu gösterildi. Psikiyatri hastalarında üriner stres kortikal seviye ve hücrel immunitédeki değişikliklerde de gösterildi.

Psikosomatik faktörler ve deri hastalıkları arasındaki klinik bağlantı; psikolojik olaylar ve stresin sonucu olarak dermatolojik hastalıklarda remisyon ve relaps dalgalanmalarıyla sıkça görülmektedir (38). Son yıllarda stres ve deri hastalıkları arasındaki ilişkiye dair araştırmalar ön plandadır (39). Chrousos, stres, kronik deri inflamasyonu ve emosyonel reaksiyonlar arasındaki genel bağlantıları ortaya koyarken (40), Buske-Kirschbaum ise özellikle atopik ekzemalı hastaları yakından inceleyerek, stress, endokrin değişiklikler ve immün reaksiyon arasındaki ilginç ilişkiye yönelik beyinde değişim hipotezini ortaya attı (41). Katsarou-Katsari ve ark. alopesi areatalı hastalarda stresin CRH (cortikotropin releasing hormone) reseptörünün up-regülasyonunda rol oynadığını deri lezyonu olan kişilerin CRH reseptörlerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak ortaya koydular. Bu çalışmada sağlıklı kontrol grubunda üç reseptör tipi de az sayıda bulunurken, hasta grubunda ise saç foliküllerindeki 2β reseptörlerinin yoğun olarak bulunduğu bildirilmektedir. Araştırmacılar bu bulguları akut emosyonel stresin alopesi areata için tetikleyici olabileceği şeklinde yorumlamışlardır (42).

Stresin psöriazisi etkilediği çok sayıda çalışma ile ortaya konmuştur (43). Kodama ve ark.'nın Japonyadaki büyük Hanshin depremi sonrasında depremden etkilenen atopik ekzemalı hastalarla, depremden etkilenmeyen atopik ekzemalı hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında da depremden etkilenen hastalardaki klinik tablonun, etkilenmeyenlerinden anlamlı derecede daha kötü bulunduğu bildirilmiştir (44).

2.1.1 Tanım (Akne vulgaris)

Akne vulgaris, pilosebace ünitenin, multifaktöriyel, inflamatuvar bir hastalıdır. Sık rastlanması ve daha çok kozmetik şikâyetlere yol açtığı düşünülmesine rağmen kişilerde psikolojik ve sosyal açıdan ciddi kısıtlamalar da oluşturabilmektedir. Şiddetli akne kalıcı skarlarla neden olmasıyla özellikle erkeklerde intihar sebebi olabilmektedir (45).

2.1.2. Epidemiyoloji

Akne prevalansını tam olarak saptamak olanaklı değildir. Bununla birlikte prevalansın 11-30 yaş arasında %30-80 arasında değişmekte olduğu söylenebilir (46). Prevalans Almanya'da genel popülasyonda %26.8 (47), Fransa'da 25-40 yaşlarında kadınlarda %17 olarak bildirilmiştir (48). Bir çalışma geç başlangıçlı (25 yaşından sonra) post-adölesan aknenin kadınlarda %18.4, erkeklerde ise %8.3 oranında görüldüğünü ortaya koymuştur (49). Akne skar prevalansına yönelik sistematik bir çalışma ise hala yapılmamıştır. Poli ve ark. (48) 25-45 yaş arası kadınlarda görülebilir akne skar oranını %49 olarak bildirmişlerdir.

Akne genellikle pubertenin bir göstergesi olarak ergenlik döneminde başlar ve hastaların çoğunda 25 yaşından önce kendiliğinden sonlanır. Ancak olguların %5'inde ve özellikle kadınlarda 30'lu 40'lı yaşlara kadar uzayabilir. Kadın ve erkekte eşit sıklıkta görülmesine rağmen erkeklerde daha ağır seyreder. Şiddetli akne hastalarının genellikle ailelerinde benzer öykü mevcuttur (50).

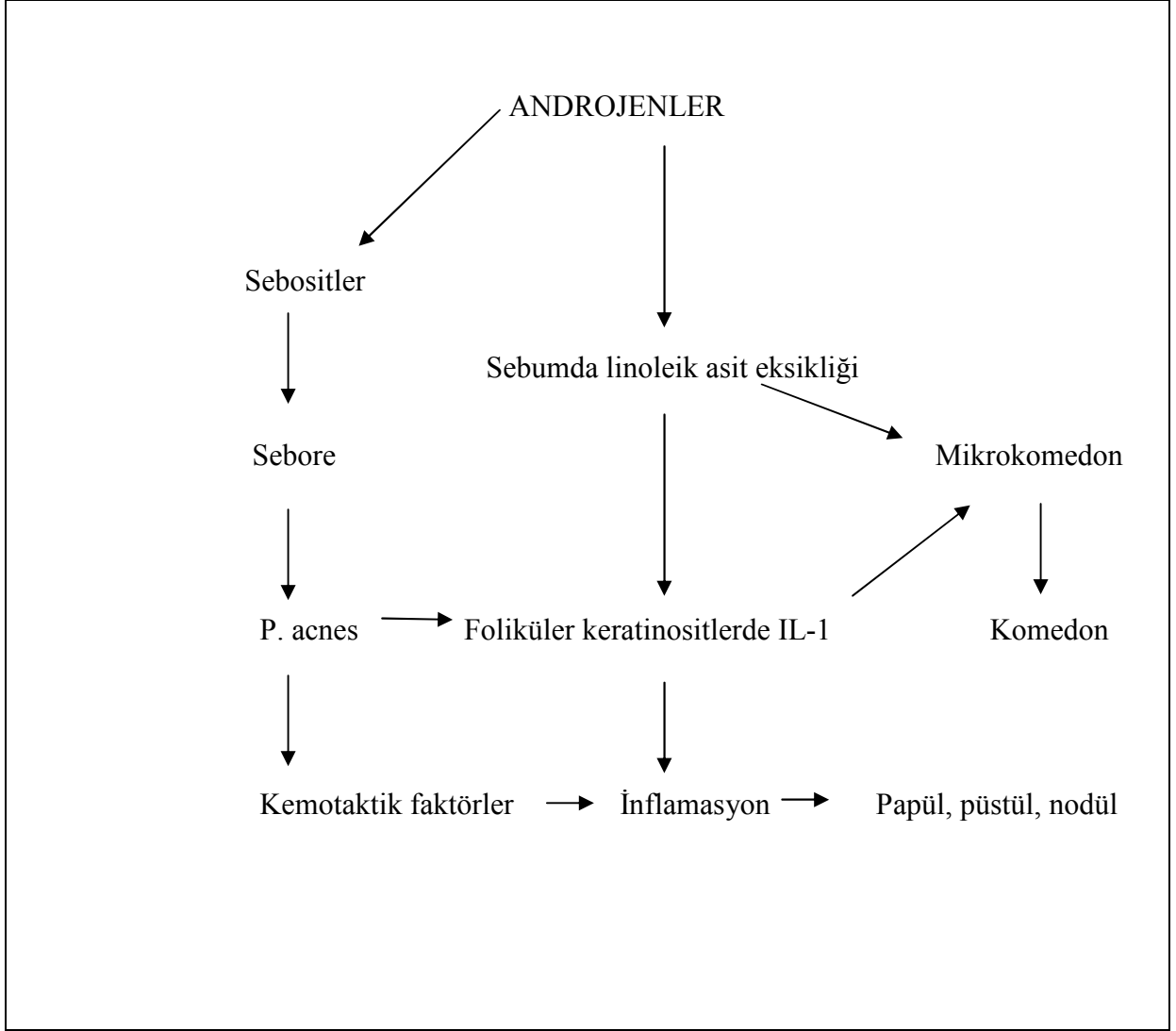
2.1.3. Etyoloji

Akne vulgaris lezyonlarının gelişiminde rol oynadığı düşünülen faktörler dört grupta toplanabilir (50):

1. Sebum salgılamında artış,
2. Duktal hiperkornifikasyon,
3. Foliküldeki *Propionibacterium acnes* kolonizasyonu,
4. İnflamasyon (**Şekil 1**)

Pilosebace ünite akne lezyonlarının olduğu bölgedir. Bir kıl folikülü ve ona açılan sebace bezden oluşur. Bu yapı çok katlı yassı epitel ile döşeli

infundibulum adı verilen bölge ile deri yüzeyine açılır. Epidermiste olduğu gibi folikülü oluşturan hücreler de yenilenip sebum ile birlikte atılır.



Şekil I. Akne lezyonlarının gelişimi (Erkin G,Boztepe G.Hacettepe tıp dergisi 2004)

Akneli hastalarda pilosebace ünitede görülen ilk değişiklik, foliküldeki keratinizasyonun farklı olmasıdır. Akne hastalarında duktusta hiperkornifikasyon (keratinize tabakanın kalınlaşması) ve folikül hücrelerinde hiperproliferasyon ve bu hücrelerin anormal yapışıklığı nedeniyle hipodeskuamasyon mevcuttur (51). Böylece yoğun keratinize materyal ve

çoğalan keratinositler komedonları (tıkaçları) oluşturur. Bunlar önceleri gözle görülmeyen mikrokomedonlar şeklinde iken, sonrasında klinikte fark edilebilen açık ve kapalı komedonlar haline gelirler. Komedon oluşumuna katkıda bulunan diğer faktörler de mevcuttur. Akneli hastaların sebumlarındaki kısmi linoleik asit eksikliği epitel farklılaşmasını engellemekte ve hiperkornifikasyona yol açmaktadır (52). Ayrıca, folliküllerde bulunan IL-1a'nın pilosebase ünitede hiperkornifikasyona ve inflamasyona neden olmasından dolayı hem komedonların hem de inflamatuvar lezyonların gelişiminde rol oynayan en önemli sitokin olduğu düşünülmektedir (53). İkinci farklılık akneli hastalarda sebum üretiminin artmış olmasıdır. Sebum üretiminin miktarı ile akne şiddeti arasında korelasyon mevcut olup, sebumun komedojenik olduğu ve inflamasyona yol açtığı bilinmektedir. Ayrıca, sebum *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*)'in çoğalabilmesi için gerekli ortamı hazırlamaktadır. Sebace bezin aktivitesi androjenlerin kontrolü altındadır. Sebace bezler insan derisindeki en yüksek androjen reseptör yoğunluğuna sahiptir (54). Androjenlerin akne oluşumundaki rolleri birçok araştırmaya konu olmuştur. Serum androjen miktarlarının artışı ancak ileri yaşta çıkan veya tedaviye dirençli aknesi olan kadın hastalarda görülebilmektedir. Puberte sırasında gelişen akne ise serum androjenlerinin arttığına dair objektif bulgular mevcut olmadığından akneli hastalarda rutin endokrinolojik araştırma gerekli değildir. Akneli hastalarda serum androjenin artışından çok, sebace bezlerde serum androjenlerine lokal olarak cevap artmıştır. Birçok hasta stresli dönemlerde şikâyetlerinin arttığından yakınmaktadır. Gerçekten de stres ile artan adrenal steroid salınımı lezyonların alevlenmesine neden olabilmektedir. Hücre kültürü deneyleri insan sebositlerinde kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) reseptör sistemi bulunduğunu ortaya koymuştur. CRH strese yanıtta koordinatör görev üstlenen bir hormondur. Aknenin stresle arttığına dair klinik gözlemler bu hormonal yolakla açıklanabilir (55). Kadın hastaların birçoğu da premenstrüel dönemde akne lezyonlarının arttığını belirtmektedir.

Akne vulgaris oluşumunda rol oynayan bir diğer etken ise foliküle yerleşen *P. acnes*'in varlığıdır. Propionibakteriler gram-pozitif, hareketsiz basillerdir ve şekerleri fermente ederek propionik asit açığa çıkarırlar. Aknesi

olan 11-15 yaşında bireylerde sebace bezlerin yoğun olduğu alanlarda *P. acnes* miktarında belirgin bir artış görülmektedir. Ancak akne, *P. acnes*'in neden olduğu infeksiyöz bir hastalık değildir ve bu nedenle bulaşıcı da değildir. *P. acnes* inflamasyona neden olarak akne oluşumunda rol oynamaktadır. *P. acnes*'in ürettiği lipaz ile ortaya çıkan serbest yağ asitlerinin inflamasyona neden olduğu düşünülmekteydi. Ancak lipaz inhibisyonu ile derideki serbest yağ asit miktarı azaltıldığında aknenin gerilememesi bu teoriyi desteklememiştir. Daha sonra *P. acnes*'in kemotaktik sitokinler ürettiği ve kompleman sistemini aktive ettiği gösterilmiştir. Ayrıca, akneli hastalar bu bakteriye karşı hem hücresel hem de humoral bağışıklık geliştirmekte olup, serum antikor seviyesi ile aknenin şiddeti korelasyon göstermektedir (56,57). Araştırmalar *P. acnes* ile oluşan inflamasyonda hem T-helper 1 (Th1) hem de Th2 hücrelerin rolü olduğunu düşündürmektedir. *P. acnes*'in aynı zamanda bir T-hücre mitojeni olduğu ve akne patogenezindeki rolünde antijenik etkileri kadar mitojenik etkilerinin de önemli olduğu rapor edilmiştir (58). Komedonların varlığı ve artan sebum miktarı ile bir süre sonra folikülde gerilme ve folikül kanalında yırtılma gerçekleşip folikül içeriği dermise dökülmektedir. Bu yırtılmadan önce inflamasyon başlamasına rağmen, sebum ve içeriği dermise geçtiğinde inflamasyon daha da artmakta ve yabancı cisim reaksiyonu gelişmektedir (50).

Yiyeceklerin, özellikle çikolata ve kuruyemişlerin akneyi arttırdığı hastalar tarafından yaygın olarak belirtilse de yapılan çalışmalarda akne şiddeti ile alınan toplam kalori miktarı ve yiyecek çeşitleri arasında herhangi bir ilişki gösterilememiştir. Bu nedenle hastalara diyet değişikliği önermenin akne seyrini etkilemeyeceği söylenebilir. Diyet ile ilgili bu yaklaşım yaklaşık 30 yıldır dünya dermatolojisinde hastaların tedavilerini düzenlerken yaygın olarak benimsenmiş bir görüştür. Ancak son dönemde özellikle de gelişmiş toplumlarda glisemik indeksi yüksek rafine yiyeceklerin yenilmesinin veya omega 3 yağ asitlerinden fakir diyetlerin tüketilmesinin akne lezyonlarının oluşumuna katkıda bulunduğu şeklinde fikirler ile diyet konusu tekrar tartışılmaya başlanmıştır. Ancak şu anda bu konuyu açıklığa kavuşturabilecek yeterli çalışma bulunmamaktadır (50).

Kozmetiklerin içindeki bazı maddeler komedon gelişimine neden olmaktadır. Bunlar isopropil miristat, propilen glikol, D ve C kırmızı boyalardır. Bazı sistemik ilaçların, örneğin; kortikosteroidler, lityum, fenitoin ve B vitamininin akneye neden olabilecekleri bilinmektedir (50).

2.1.4. KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Akne vulgaris özellikle yüz, sırt, göğüs ve kolların üst kısmına yerleşir. Saçlı deri hastalığına katılmaz. Lezyonlar non-inflamatuar ya da inflamatuvar karakterdedir. Non-inflamatuar lezyonlar komedonlardır. Komedon aknenin temel ve primer lezyonudur. Komedonlar açık (siyah renkte) ya da kapalı (beyaz renkte) olmak üzere iki şekilde gözlenir. İnflamatuar lezyonlar papüller, yüzeysel ve derin püstüller, derin nodüller veya kistler şeklinde olabilir. Çok derin inflamatuvar lezyonlar skar oluşumuna yol açabilir. Lezyonların skar bırakma oranı %17 olarak bildirilmiştir. İnflamatuar lezyonların bazıları non inflamatuvar lezyonlardan gelişebilir. Yüzeysel lezyonlar genellikle çapları 5 mm ya da daha küçük papül ve püstüllerdir. Skarlar hipertrofik, keloidal, deprese fibrotik, yumuşak ya da atrofik maküler tarzda olabilir (59).

2.1.5 AYIRICI TANI

Genelde tanıda zorluk olmaz. Ayırıcı tanıda yer alan rozase daha yaşlılarda oluşur, oküler tutulumu neden olabilir ve genellikle deri lezyonları skar bırakmaz. Bazen rozase ve akne vulgaris birlikte olabilir. İlaç akneleri, sekonder sifiliz, perioral dermatit ve akne agminata ayırıcı tanıda yer alan diğer bazı hastalıklardır (59).

2.1.6. TEDAVİ

Hafif şiddette aknesi olan olgularda topikal tedavi yeterli iken, orta ve ağır derecede akneli olgularda ise oral ve topikal tedavi önerilmektedir (59).

2.1.6.1 Topikal Tedavi

En çok kullanılan topikal preparatlardan bazıları; benzoil peroksit (Benzac, Aknefug), azeleik asit (Skinoren, Azelderm), klindamisin (Cleocin-T), eritromisin (Eryacne), tetrasiklin (Imex) ve retinoidlerdir (Retino Jel, Aknelyse, Tretin).

Benzoil peroksit %2.5-5-10 gibi konsantrasyonlarda losyon, krem ve jel şekillerinde primer olarak antibakteriyel olarak kullanılmaktadır. Topikal antibiyotik kullanımındaki başlıca amaç *P. acnes* sayısını azaltmaktır. Topikal antibiyotikler daha çok inflamatuvar lezyonlara etkilidir. Retinoik asitler inflame olmayan lezyonların tedavisinde tercih edilmektedir. Topikal azeleik asit *P. Acnes*'i suprese eder, keratohyalin granüllerini azaltır, aynı zamanda antiinflamatuvar etkisi mevcuttur. Sülfür ve resolcinol yüzeysel püstüllerde stratum korneumu kaldırmak için kullanılır. Salisilik asit komedolitik olmakla birlikte vitamin A asiti gibi komedonlarda epidermal hücre yenilenme zamanını etkilemez. Topikal tedavi sırasında en sık gözlenebilen yan etki kontakt irritan dermatittir. Bu durumda topikal tedaviye ara verip, nemlendirici preparatlar haricen kullanılabilir. Hafif inflamatuvar aknelerde benzoil peroksit veya topikal antibiyotikler yalnız başına kullanılmalıdır. Noninflamatuvar komedonal akne de topikal retinoidler sadece komedolitik ya da sadece antimikrobiyal etkili ajanlarla birlikte dönüşümlü kullanılabilir. Orta ve ağır aknelilerde, oral+topikal tedavi yöntemleri, idamede ise topikal yöntemler yalnız başına kullanılabilir (59).

2.1.6.2 Sistemik Tedavi

2.1.6.2.a Antibiyotikler

Orta ya da ağır aknelilerde, topikal tedavinin yetersiz kaldığı zamanlarda (sırt ve göğüs topikalden ziyade sistemik tedaviye yanıt verir) ve topikal preparatların sensitizasyon ya da irritasyon oluşturması durumlarında sistemik tedavi uygundur. Oral tedavi en az 6 ay sürmelidir. Akne vulgariste günümüzde sistemik olarak kullanılan antibiyotikler tetrasiklin ve deriveleri, eritromisin, trimetoprim+

sülfametaksazol (Septrin, Biotrin) ve klindamisindir. Tetrasiklin dışında deriveleri olarak akne tedavisinde en çok kullanılanlar minosiklin, doksisisiklin, ve demetilklortetrasiklidir. Düşük doz tetrasiklin (250 mg/gün) *P. acnes*'de inhibisyon yapmakta olup, aynı zamanda derinin yüzey sebumundaki serbest yağ asitlerinin konsantrasyonunu azaltmaktadır. Aynı etki eritromisin, klindamisin ve tetrasiklin deriveleri ile de gözlenmektedir. Antibiyotikler, bakteriyi etkilemenin dışında non-bakteriyel foliküler inflamasyonu da düzeltebilmektedir. Tetrasiklin ve eritromisin in-vitro *P. acnes* lipaz üretimini, sistemik ya da topikal verilen tetrasiklinler in vivo nötrofil kemotaksisini inhibe edebilmektedir. Uzun süreli sistemik antibiyotik tedavisinde gram negatif folikülit gelişebilir. Bu da kendisini ani ortaya çıkan püstül ve inflamatuvar nodüller ile gösterir. Gram negatif folikülitin tedavisinde ampisilin ya da inatçı olgularda izotretinoin önerilmektedir. Uzun dönem tetrasiklin kullanımı kızlarda (veya kadınlarda) vaginal kandidiyazise sebep olabilir. Tetrasiklinler mineralize olabilen dokulara birikerek fetusun dişlerinde irreversibl pigmentasyon ve iskelet gelişiminde inhibisyon yapabilmekte olduklarından gebelerde kullanılmamalıdır. Trimetoprim-sülfametoksazol diğer antibiyotiklere yanıt vermeyenlere verilmelidir. Uzun dönem kullanımında hematolojik supresyon yönünden izlenmelidir (59).

2.1.6.2.b Retinoidler

Aknede en etkili retinoid izotretinoindir (13-cis retinoik asit). Ciddi ve inatçı, klasik tedaviye yanıt vermeyen aknelilerde endikasyonu vardır. Günlük optimal doz erkeklerde 1 mg/kg; kadınlarda, yaşlı erkeklerde ve fasial aknede 0.5 mg/gün önerilmektedir. Olguların ortalama %87'si 4 ay, %10'u 6 ay ve %3'ü de 10 ay tedavi gerektirir. İzotretinoin sebum üretimini, *P. acnes* sayısını ve duktal kornifikasyonu azaltmaktadır. Preparatlar teratojenik olduğundan hamilelerde kontrendikedir. İzotretinoinin 0.5-1 mg/kg/gün dozlarında kullanımı sırasında gözlenebilen diğer yan etkiler arasında klinik olarak keilit, fasial dermatit, artralji-miyalji, epistaksis, konjunktivit, baş ağrıları, kutanöz stafilokok infeksiyonları; laboratuvar bulguları olarak transaminazlar, alkalin fosfataz, trigliserid ve kolesterolde yükselme sayılabilir (59).

2.2 PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLARIN SINIFLANDIRILMASI

Psikokutanöz hastalıkların birbirleri arasındaki geçişlerin kesin olmaması ve birbirleri ile çakışmaları nedeniyle çok değişik sınıflamalar yapılmıştır. Genel olarak psikodermatolojik ilişki temelinde değerlendirdiğimizde, dört ana ilişki biçimi tanımlanabilir (14,60-66).

1) Primer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili dermatolojik hastalıklar

Bunlar kesin olarak ruhsal kökenli olarak değerlendirilen, primer psikiyatrik bozukluklar sonucu ortaya çıkan durumlardır. Delüzyonel paraziyo, dismorfofobia (beden dismorfik bozukluğu), dermatitis artefakta, nörotik ekskoriasyon, trikotilomani, glossodinia, glossopirozis, psikojenik pruritus, psikojenik purpura sendromu bu gruptandır. Bu tablolar çoğu zaman majör depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, monosemptomatik hipokondriazis, psikotik durumlar, borderline kişilik bozukluğu ile ilişkilidir.

2) Psikosomatik faktörlerle ilişkili dermatolojik hastalıklar

Atopik dermatit, psöriazis, ürtiker, alopesi areata, liken planus, akne ve siğiller bu gruptandır. Bunlar psikosomatik faktörlerden etkilenen ve primer olarak dermatopatolojik zeminde gelişen hastalıklardır. Bu hastalıkların etyolojilerinde psikonöroimmünolojik süreçler rol oynar. Özellikle bu süreçte önemli rolleri olan nöropeptitler (enkefalin, endorfin, vasoaktif intestinal peptid, substance P) ağrı ve kaşınma duyularının iletiminde görev alırlar. Bunların reseptör alanları limbik sistemdedir ve limbik sistem ruhsal süreçlerin en önemli alanlarından biridir.

3) Sekonder psikiyatrik bozukluklar

Psöriazis ve vitiligo gibi hastalıklar sonrasında gelişen depresyon ve anksiyete bozuklukları bu grup içinde değerlendirilir.

4) Psikotrop ilaçların kullanıldığı psikiyatrik olmayan durumlar

Bu grup içerisindeki postherpetik nevralji ve anjiyoödem gibi durumlarda psikotrop ilaçlardan yararlanılabilir.

Schneider ve Gieler dermatolojideki psikik/psikosomatik etkenler ve rahatsızlıkları daha farklı bir biçimde sınıflandırmışlardır (67,68). Buna göre:

I. Psikik rahatsızlıklar sonucu gelişen dermatozlar

- 1) Kendiliğinden ortaya çıkan cilt lezyonları (dermatitis artefakta, nörotik ekskoriyasyonlar)
- 2) Anormal alışkanlıklar ve dürtü kontrolünde bozukluklar (örneğin trikotilomani)
- 3) Zorlantı bozuklukları sonucu ortaya çıkan dermatozlar (örneğin obsesif yıkanma)
- 4) Ciltle ilgili hastalık hastalığı ve fobiler (dismorfofobi, kanserofobi)
- 5) Ciltle ilgili sanrılar
- 6) Somatoform bozukluklar (nedeni belli olmayan pruritus)

II. Seyirleri daha çok psikik etkenlerden etkilenebilen, çok etkene bağlı dermatozlar (başka yerde sınıflandırılmış hastalıklardaki psikik etkenler)

- 1) Atopik ekzema
- 2) Psöriazis vulgaris
- 3) Kronik ürtiker
- 4) Alopesi areata
- 5) Hiperhidroz
- 6) Prurigo simplex/nodularis
- 7) Akne vulgaris
- 8) Vitiligo ve diğerleri

III. Şekil bozucu ya da tehdit edici özelliğe sahip dermatozlar sonucu ortaya çıkan psikik rahatsızlıklar

- 1) Uyum bozuklukları, posttravmatik bozukluklar
- 2) Depresif bozukluklar
- 3) Fobi kaynaklı bozukluklar (örneğin sosyal fobiler)

IV. I-III'ten bağımsız, kendi açısından cilt hastalığının yönetilmesini zorlaştırabilen ve hastalık seyrini etkileyebilen komorbid her psikişik/psikosomatik rahatsızlıkta ortaya çıkabilen bozukluklar

Kişilik sorunları, organik ya da şizofrenik bozukluklar ve uyum bozuklukları bu gruba örnek olarak verilebilir.

2.3 Cilt Hastalıklarının Nörobiyolojik ve Psikobiyolojik Yönü

Cilt hastalıklarının psikolojik ve sosyal etkileri ile ilişkili araştırmalar, başlıca üç alanda yapılmıştır:

1. Dermatolojik hastalıkların ortaya çıkması ve alevlenmesinde stresin rolü
2. Dermatoloji ve dermatolojik hastalıklarla ilgili dinamik ve analitik çalışmalar
3. Psikosomatik dermatolojik hastalıklarla ilgili klinik ve ilaç araştırmaları (69)

2.3.1. Stres Araştırmaları

Latineden türemiş 'zorlama, baskı' anlamına gelen stres, psikolojik reaksiyonları ortaya çıkaran dış uyarılar anlamında kullanılmaktadır (1). Stres sonucu gelişen patofizyolojik değişiklikler allerjik, otoimmün ve inflamatuvar pek çok hastalığı tetiklediği ve şiddetlendirdiği gibi (70-72) dermatolojik hastalıkların ortaya çıkmasını ya da belirtilerin alevlenmesini tetiklemektedir (73). Stres, endokrin ve immunoloji arasındaki ilişki büyük yankı uyandıracak araştırma konusu olarak görülmekte ve beyinde bazı değişikliklerin olduğuna dair varsayımlar öne sürülmektedir (74). Son 30 yıllık çalışmalar mood ve stresin immun sistemi nasıl değiştirdiğini göstermektedir (75-77). Farelerle yapılan çalışmalarda, kontakt hipersensitivitesi olan deneklerin stres altında olduklarında tepki gösterdikleri gözlenmiştir. Böylece psikosomatik etkenlerin cilt belirtilerini etkilediği sonucuna varılmıştır (78). Epidermal permeabilitenin stres tarafından bozulduğu gösterilmiş ve stresin yara iyileşmesini geciktirdiği saptanmıştır (79). Deri üzerinde 'psyche'nin etkisi, sinir sistemindeki kimyasal mediatör maddelerin bir duyguyu kutanöz bir lezyona çevirdiğine işaret etmektedir. Bu mediatör maddeler deri üzerinden doğrudan üretilebilen hormonlar olabileceği gibi keratinositler, Langerhans hücreleri

ve belki de Merkel hücreleri gibi diğer hücrelerden de mediatör maddeler üretilebilir. Panconesi, duygusal stresörlerle aktive olan ve belirtileri şiddetlenen deri hastalıklarına “dermatolojik stres hastalığı” denmesini önermektedir (16).

Bir çalışmada psikosomatik belirtilerin otonom sinir sistemi ile innerve olan organlarda ortaya çıktığı ve özgül bilinç dışı çatışmaların özgül psikosomatik hastalıklara yol açtığı saptanmıştır (80). Teshima ve ark. gergin ve stresli kişilerde allerjik reaksiyonların ortaya çıktığını ve relaksasyon eğitimi ile bu allerjik hastalarda düzelme olduğunu bulmuştur (81). Bir çalışmada alopesi areatalı hastaların %30’unda hastalığı emosyonel stresin başlattığı sonucuna ulaşılmıştır. Gastrointestinal ülser oluşumunda neden olarak hemofilus, helikobakter pilori ve antiinflamatuvar ilaçlar dışında ilk akla gelen strestir ve depresyon, ekonomik kriz gibi sosyal stres ortaya çıkarıcı durumlarda gastrointestinal ülser ve kanamalarda artma olduğu araştırmalarla gösterilmiştir. Bu durum stres sonrası bölgesel kan akımında azalma ve gastrik asit sekresyonunda artma ile açıklanmaktadır (82). Schmidt-Traub ve Bamler anksiyete bozuklukları olan kişilerde tip I allerjik reaksiyonun, sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla saptandığını bildirmişlerdir (83).

2.3.2. Psikonöroimmunoloji

Bağımsızlığın sisteminin deri yanıtlarıyla olan ilişkisi, nöro-immun-kutanöz–endokrin (NICE) sistemin bir parçası olarak tanımlanmaktadır (16,84). Psikonöroimmunoloji ise, bu ayrılmaz sistemin (beyin, deri ve immün sistem) arasındaki karşılıklı etkileşimi inceleyen bir bilim dalıdır (84). Beyin ve immün sistem, hipotalamus ve hipofiz bezi üzerinden etki gösteren otonomik sinir sistemi ve nöroendokrin sistem aracılığıyla bağlantılıdır. Beyin ve immün sistem arasındaki iletişim direkt olarak ya da nöropeptitler aracılığıyla sağlanır (16). Elliden daha fazla nöropeptit tipi tanımlanmıştır. En küçüğü 2 aminoasit içerirken, en büyüğü 40’tan fazla amino asit içermektedir. Nöropeptitler sadece nörotransmitter olarak değil, nöromodülatör olarak da rol oynar (85). Derideki nöropeptitler sadece kutanöz sinirlerde değil keratinosit, fibroblast, Langerhans hücreleri de içeren pek çok deri hücresinde bulunmaktadır. Kalsitonin gene-related peptide (CGRF), nociocptive nöropeptit SP,

VIP, nöropeptit y gibi vazoaktif peptitler kutanöz inflamatuvar hastalıklarda belirgin şekilde artmaktadır. Makrofaj, mast ve nötrofil hücrelerinde bulunan SP resöptörlerinin inflamasyon hücrelerinin deriden infiltre olmasına ve nörojenik stimülasyon sağlamasına aracılık ettiği öne sürülmüştür. CRGF'nin hastalığın ortaya çıkışında kritik bir immünomodülatör etkisi vardır (86).

2.3.3. Psikodinamik Açıdan Cilt

Bazı dokunma uyarıları temel gereksinimdir. Bazı yenidoğan memeliler yalama, sıvazlama ve okşama gibi uyarılara ihtiyaç duyar. Masaj yapılan bebeklerin, yapılmayanlara göre %50 daha fazla kilo aldığı bildirilmiştir. Emosyonel ihmal gören çocuklarda, büyüme duraklaması görülebilir ki bu sevgi ve dokunmanın olmadığına dışarıya karşı teşhiri demektir. Dokunma, ağrı, sıcaklık organı ve erojen bölge olarak deri her yaşta psikolojik olarak büyük öneme sahiptir. Aromaterapi ve kinesthesiology gibi pek çok alternatif terapi yöntemlerinin etkili olmasında en önemli neden dokunma etkisidir. Derinin yapısı ve rengi, sosyal ve politik bir anlama sahiptir. Deri rahatsızlıkları lezyonun boyutu ile orantısız bir psikolojik sıkıntı oluşturabilir (86-90). Fenichel, Winnicott ve Anzieu gibi bazı analistler, deri ve bilinç dışı arasındaki etkileşime dikkat çekmişler ve bazı deri hastalıkları ile bilinç dışı çatışmalar arasındaki etkileşimi analitik olarak açıklamaya çalışmışlardır. Fenichel'e göre organizma ve dış dünya arasındaki sınırı belirleyen derinin, organizmanın bir dış örtüsü olarak dört özelliği önemlidir;

1. Deri, örtücü bir tabaka olması yanında iç ve dış uyarılara karşı koruyucudur. Bastırılmış dürtülerin kaslarda sertleşme oluşturması gibi vazomotor fonksiyonlarda da değişiklikler olur ve dermatozlara yol açar.
2. Deri önemli bir erojen bölgedir ve dokunma, ısı ve ağrı da erojen haz kaynaklarıdır. Dermatozların bilinç dışı temelinde de çoğunlukla sadomazoşistik eğilimler bulunur. Winnicott bu durumu papüller ürtikerin psikodinamik formülasyonunda şöyle açıklamıştır: "Derinin uyarılabilirliğinin bir göstergesi olan papüller; giysi, sıcak-soğuk gibi fiziksel uyarılar yanında ruhsal nedenlerle de uyarılır ve papül oluşumu ereksiyona eşdeğer bir anlam taşır. Bilinç dışı fantezilerden köken alan

uyarılma ve buna bağlı gelişen çatışmalar deride papül oluşumuna yol açar, kaşıma ve yolma davranışları da elle genital masturbasyona karşılık gelir ve haz yolu ile rahatlama sağlanır”.

3. Deri, organizmanın yüzeı olarak dışarıdan görünür ve teşhircilik çatışmalarında yer alır. Bu, güvenlik duygusunun gelişimi açısından önemli narsistik gereksinimlerle ilgilidir. Bu nedenle güzellik-çirkinlik fobilerinde, teşhircilikte ve sosyal fobide rastlanan bilinç dışı çatışmalar aynen dermatozlarda da bulunur.
4. Anksiyete belirtileri de deri belirtileri şeklinde lokalize olabilir. Anksiyete ile deride semptomimetik uyarılma olur ve bazı belirtiler ortaya çıkar. Anzieu’ya göre bebek ve anne arasında dokunma yoluyla kurulan ilişki diğer tüm duyu organlarının algıladığı ve kaydettiği duyuların ilk formlarını içerir. Bebeğin çevresindeki yetişkinlerin bebeğin istek, gereksinim ve kaygılarını anladığını gösterme yoludur. Bu iki taraflı iletişim ağı enerjileri harekete geçirir, ortak anlamların üretilmesine yol açar ve egonun ilk uyarılması olan “deri ego”sunu oluşturur (69).

2.3.4. Gelişim psikolojisi ile İlgili Bakış Açıları

ocuk ya da bebekte ağrılı veya rahatsız edici bir cilt lezyonu olması anne ve bebek arasındaki fiziksel ilişkiyi zedeleyebilmektedir (91). Bazı vakalarda çocukların nemlendirici veya başka topikal tedavi kullanmasının anne ve ocuk arasındaki fiziksel ilişkiyi güçlendirdiği görülmüştür (38). Solomon ve Gagnon, atopik ekzemalı bebek ve çocukların annelerini sağlıklı çocuklara sahip annelerden oluşan bir kontrol grubuyla karşılaştırdığında, ekzemalı çocukların annelerinin, sağlıklı çocuklara sahip annelere göre çocuklarına daha çok dokunduğu, okşadığı ve teskin ettiğini saptamışlardır (92). Gil ve ark. tırmalama davranışı olan çocuklarla, ebeveynlerin onlara olan tutumunu araştırdıkları bir çalışmada; tırmalama davranışının ebeveyn uyardığı zaman artmakta olduğunu, ocuk kendini bir işe verdiğinde veya ebeveyn çocukla birlikte aktivitelere katıldığında ise azaldığını gözlemlemişlerdir (93). Daud ve ark. ekzemalı çocukların, sağlıklı gruba göre annelerine daha güvensiz

bağlandıklarını bulmuştur (94). Ainsworth ve ark. bunun tersi olarak ekzemalı çocukların annelerine bağlılıkları ile sağlıklı kontrol grubu olan çocukların annelerine olan bağlılıkları arasında bir fark bulamamıştır. Ancak ekzemalı çocukları olan annelerin çocuklarıyla iletişim kurmakta zorlandığını ve çocuklarını zor disipline ettiklerini bildirmiştir. Bu sonuçlar ışığında şu sonuca varılabilir ki; deri rahatsızlıkları anne-çocuk ilişkilerini etkilememekle birlikte bazı anne ve çocuklar için zorluk geliştirebilmektedir (38).

2.4. Aknenin Ruhsal Etkileri ve Psikiyatrik Yönü ile İlgili Çalışmalar

Koo ve Lebwohl akneyi ekzema ve psöriazis gibi hastalıklarla birlikte emosyonel stresle alevlenen deri hastalıkları olarak ele almaktadır (95). Çok sayıda çalışmada kronik stres ve aknenin alevlenmesi arasında patolojik bir ilişki olduğu bulunmuştur (96,97). Bir çalışmada ACTH uygulanmasına aşırı yanıt gösteren 31 akneli ve/veya hirsutismuslu kadın hasta sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında ACTH'ya fazla yanıt oluştuğu ve bu yanıtın enzim eksikliği ya da adrenal bezlerin fonksiyonel aşırı yanıtına bağlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (98). Sadece hastalar değil doktorlar da aknenin başlamasında ve alevlenmesinde stresin önemli bir faktör olduğunu düşünürler (36,48,99-102). Stres aknenin nedenleri arasında %50 etken olarak görülür (48). Tıp öğrencileriyle yapılan bir çalışma, öğrencilerin %67'sinin aknenin alevlenmesinde stresin etkisine inandıklarını göstermiştir (102). Kraus 9 erkek üniversite öğrencisini sınavdan 56 gün önce, sınav sırasında ve sonrasında gözlemlediğinde, sınavdan çok kısa bir süre sonra püstüllerde artmanın olduğunu gördü. Scholds benzer bir çalışmayla aynı sonucu bulmuştur. Post-adölesan akneli 13 bayan hastayla yapılan çalışmada hastalığın başlaması evliliğin sona ermesiyle ilişkili bulunmuştur (36,103-105).

Ekskoriye akneli hastalarda sık görülmekte olan mood ve anksiyete bozukluğunun yanısıra obsesif kompulsif bozukluk, body dismorfik bozukluk, madde kullanım bozukluğu, yeme bozukluğu, trikotilomani, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu da komorbid olarak görülebilen

bozukluklardır (106). Vaka çalışmalarında psikojenik ekskoriyasyonda SSRI (serotonin reuptake inhibitor)'ların etkili olduğu gösterilmiştir (106,107).

Mallon ve ark. 111 akne hastasına SF-36 uygulayarak diğer ciddi organik hastalıklarla karşılaştırdı. Çalışma sonucunda akne hastalarının sosyal, psikolojik ve emosyonel problemlerinin astım, diabet, artrit, epilepsi, sırt ağrısı olan hastalar kadar fazla olduğu, sadece kardiyak hastaların psiko-sosyal kısıtlamalarının daha yüksek değerde olduğu bildirilmiştir (108).

Pikardi ve ark. akneli hastalara 12 maddelik genel sağlık ölçeği (GHQ-12) uyguladıklarında yüksek psikiyatrik komorbidite (>%30) buldular (31). Akne hastalarında psikiyatrik komorbiditeyi tanımlayan Gupta ve ark. depresye akne hastalarının suisit riski açısından değerlendirilmesinin gerekliliğine işaret etmiştir (33,109). Yazıcı ve ark. akne vulgarisli bireylerin depresyon ve anksiyete skorlarını kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. (110).Bu çalışmada kadın erkek arasında anlamlı bir fark bulunmazken Krowchuc ve ark. (111) ile Aktan ve ark. (112) çalışma gruplarında kadınların erkeklere göre aknenin psikojenik etkilerine daha fazla maruz kaldığını saptamışlardır. Aktan ve ark.nın 2657 akneli öğrenciyi kapsayan çalışmasında hastane anksiyete ve depresyon ölçeği skorları açısından kontrol grubuna göre önemli farklar bulunmazken adölesan kızların aknenin olumsuz etkilerine erkeklerden daha duyarlı olduğu ortaya çıkmıştır. Akneli hastalar depresyon ölçeği kullanılarak diğer deri hastalıklarıyla karşılaştırıldığında, akneli hastalarda hospitalize psöriazisli hastalar kadar depresyon skoru bulunmuştur (109). Şiddetli akne hastalarında daha düşük akademik başarı görülmüştür (113). Akne hastalarında işsizlik oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti (114). Bununla birlikte Welp ve Gieler (115) ile Medansky (116) objektif klinik bulgular ve psikometrik değerler arasında anlamlı bir korelasyon bulamamışlar, ancak şiddetli akne utangaçlık ve sosyal geri çekilme ile ilişki saptamışlardır. Garrie ve ark. kistik akneli hastaların en yüksek anksiyete düzeyine sahip olduklarına dikkat çekmiştir (117). Ancak bazı çalışmalarda aknenin klinik şiddetinin, hastalığın neden olduğu psikiyatrik bozuklukların şiddeti ile uyum içinde olmadığı da gösterilmiştir (118,119).

Rapp ve ark. 479 olguluk serisiyle, akne hastalarının kızgınlık-öfke özelliklerini araştıran çalışmalarında öfke eğiliminin yaşam kalitesi ve tedavi memnuniyetiyle ilişkili olduğunu, akne hastalarının kontrol grubuna göre daha nörotik, vücut fonksiyonları için daha kaygılı ve kendilerini savunma tutumlarının daha düşük olduğunu saptamışlardır (20). Welp ve ark. 25 hastalık olgu serilerinde uyguladıkları psikometrik testlerde özellikle nörotik kişilik yapısının akneli hastaların çevre ile ilişkilerinde belirleyici bir rol oynadığına dikkat çekmişlerdir (115). Polenghi ve ark. 33 akne hastasıyla yaptıkları çalışmada hastaların depresif ve konformist kişilik özelliğine sahip olduğunu saptamışlardır. Ancak bu çalışmada akne şiddeti ve hasta seçimi ile ilgili bilgi verilmemiştir (120). Öte yandan obsesif-kompulsif ve mükemmeliyetçi kişilik eğilimleri ve dismorfobik delüzyonların daha çok akne ekskoriye olgularında hakim olduğu bilinmektedir (121).

Normal populasyonda %0.7-5 (122,123) arasında bildirilen body dismorfik bozukluk dermatoloji hastaları arasında ise %11.9-18.4 (35,124) oranında saptanmaktadır. Şiddetli akne hastalarında body dismorfik bozukluk bildirilmiştir (125-127). Body dismorfik hastalar büyük suisit riski içermektedir (124). Bir çalışmada intihar girişimi olan 16 dermatoloji olgusunun 7'sinin primer bir psikiyatrik hastalığı olmayan ciddi akne skarlı hastalar olduğu görülmüştür (45).

Akneli hastalarda psikodinamik yaklaşım ile ilgili bildiriler ekskoriye aknelilerdeki olgu sunumlarıyla sınırlıdır (128,129). Hughes ve ark. 30 akne hastasını kontrol grubuyla karşılaştırdıkları bir çalışmada 'biofeedback relaxasion' terapisinden sonra deri lezyonlarında düzelme olduğunu bildirmişlerdir (130). Hipnoterapiyle gelişme gösteren akneli olgulara literatürde nadiren rastlanmaktadır. Düzelme olduğuna dair sistematik bir çalışma yoktur (131,132). Kognitif-davranışçı terapi ekskoriye akneli hastalarda sıklıkla kullanılmaktadır (106,133). Ekskoriye akneli bir kadın hastada olanzapin ve psikoterapi kombinasyonunun olumlu sonuç verdiği Gupta MA ve Gupta AK tarafından bildirilmiştir (134).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Yöntem

Çalışmamıza Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniğine ayaktan başvuran 16-28 yaşlarında akne vulgarisli 52 olgu ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş ve aknesi olmayan 46 sağlıklı, gönüllü kontrol olgusu alındı. Hastalardan ve kontrol grubu üyelerinden çalışmanın amacı anlatılarak, katılım için bilgilendirilmiş olur alındı. Ayrıca yerel etik kuruldan çalışma için onay alındı. Mental retardasyon, psikotik bozukluk, demans, delirium ve diğer amnestik bozukluklardan birine sahip olanlar ve öngörüme sırasında çalışmaya katılımı reddedenler çalışmaya alınmadı.

3.2. Gereçler

Çalışmaya alınan kişilere sırasıyla,

- 1) Kişilerin sosyodemografik özellikleri, aldıkları tanı-tedavi, hastalığın şiddeti, süresi ve yerleşim yerini belirleyen bir form
- 2) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)
- 3) Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği
- 4) Kısa Semptom Envanteri (KSE)
- 5) Problem Çözme Envanteri (PÇE)
- 6) Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)
- 7) Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİTKOÖ)
- 8) Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36) verilerek doldurmaları istendi.

3.2.1. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

Çalışmaya alınan olguların anksiyete düzeyini ölçmek, belirti dağılımını belirlemek ve şiddet dağılımını ölçmek için kullanılan bir ölçektir. Ruhsal ve bedensel belirtilerin sorgulandığı toplam 14 soru içermektedir. Beşli likert tipi ölçüm yapılmaktadır. Görüşmecinin ölçek üzerine işaretleyerek değerlendirme yaptığı bir ölçektir. Uygulaması kolaydır. Kişinin son 72 saat içerisindeki anksiyetesini ölçmek için kullanılır. Her madde 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı 0-56 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe sürümünün çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Bu nedenle elde edilen puan karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılmalıdır. Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği ile ilgili çalışmaları Yazıcı, Demir, Tanrıverdi, Karaağaoğlu ve Yolaç yapmıştır (135)

3.2.2. Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği

Depresif belirtileri olan hastaların aynı zamanda bedensel hastalıklarının da olduğu koşullarda uygulanır. Toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçeği geliştirenler tarafından belirlenmiş şiddet basamaklarında (0-2-4-6) ya da bu basamakların arasında (1-3-5) derecelendirme yapılır. Değerlendirme, öncelikle belirtilere ilişkin açık uçlu sorulardan başlayıp, daha ayrıntılara doğru ilerleyen, şiddetin kesin biçimde değerlendirilmesini sağlayan soruların sorulduğu klinik görüşmeye dayanır. Her maddeden alınan puan 0-6 arasında belirlenir. Değerlendirilen belirtilerin şiddeti arttıkça puan da artar. Ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 60'dır. Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Özer, Demir, Tuğal, Kabakçı ve Yazıcı tarafından yapılmıştır (136).

3.2.3. Kısa Semptom Envanteri

Derogatis (137) tarafından geliştirilen, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiştir. Aynen SCL-90-R' de olduğu gibi 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten

oluşur. Kendi kendine uygulanabilen Likert tipi bir ölçektir. Bireyler 53 maddenin (semptom) herbirini, sıkıntılarının şiddetine göre “hiç yok = 0” ile “çok fazla var = 4” arasında değişen 5 kategoride işaretler. Verilen cevaplara 0 ile 4 arasında değişen puanlar verilir. Değerlendirme puanı 0 ile 212 arasında değişir. Ölçekte alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını gösterir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır (138)

3.2.4. Problem Çözme Envanteri

Problem Çözme Envanteri Heppner ve Peterson (139) tarafından geliştirilmiş 35 maddeden oluşan bir envanterdir. Ölçeğin ölçtüğü genel nitelik, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini algılayışının nasıl olduğuna yöneliktir. Bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir. Likert tipi olan bu ölçekte her madde için kişilere kendilerinin hangi sıklıkta ölçek maddelerindeki gibi davrandıkları sorulmaktadır. Seçenekler; “Her zaman böyle davranırım”, “Çoğunlukla böyle davranırım”, “Sık sık böyle davranırım”, “Arada sırada böyle davranırım”, “Ender olarak böyle davranırım”, “Hiçbir zaman böyle davranmam” şeklindedir. Verilen yanıtlara 1 ile 6 arasında değişen puanlar verilir. Puanlama esnasında 9, 22 ve 29 numaralı maddeler puanlama dışı tutulurken, 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34 numaralı maddeler ise ters olarak puanlanır. Bu maddelerin yeterli problem çözme becerilerini temsil ettiği varsayılmıştır. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını göstermektedir. Türkçeye uyarlanması Şahin ve ark. (140) tarafından yapılmıştır.

3.2.5. Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)

SÖÖTÖ Spielberger tarafından geliştirilmiştir. Türkçe formunun çevirisi ve geçerlilik çalışması Özer tarafından yapılmıştır (141,142). Ölçek sürekli öfke, öfke-içte, öfke-dışa ve öfke kontrol alt ölçeklerinden oluşur. Bireylerin kendi kendine yanıtlayabileceği bir ölçektir. Verilen tümcelerin kişiyi ne kadar tanımladığı sorusuna ‘1’ hiç tanımlamıyor, ‘2’ biraz tanımlıyor, ‘3’ oldukça tanımlıyor ve ‘4’

tümüyle tanımlıyor şeklinde yanıtlar verilmektedir. Ergen ve yetişkinlere uygulanabilen bu ölçekte zaman kısıtlaması yoktur. Sürekli öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, öfke kontrol alt ölçeğindeki yüksek puanlar yüksek öfke kontrol düzeyini, öfke-dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edilebilir olduğunu ve öfke-içte alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir.

3.2.6. Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)

Ölçeğin orijinal formu, 1966 yılında Rotter (143) tarafından geliştirilmiş ve 1991 yılında Dağ (144) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Yirmi dokuz maddeden oluşan ölçekte her maddede a ve b harfleriyle gösterilen iki seçenek bulunmaktadır. Testi yanıtlayan kişiden kendisine uygun gelen cümleyi seçmesi ve a ya da b seçeneklerinden birini işaretlemesi beklenmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puan 0-23 arasında değişmektedir. Yükselen puanlar bireyin dış kontrol odağı inancında artış gösterdiğini, düşen puanlar ise bireyin iç kontrol odağına sahip olduğunu göstermektedir. İç kontrol odağı inancında olan kişiler kendi yaşadığı ya da başına gelen hadiselerin kendi davranışlarının sonucu olduğuna inanırken, dış kontrol odağı inancı olan kişiler olayları şans ya da kader gibi dış faktörlerin belirlediğine inanırlar. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.71 olarak hesaplanmış olup, test-tekrar test güvenilirliği 0.83 olarak bulunmuştur.

3.2.7. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36)

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation (145) tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. SF-36'nın Türkçe için bedensel hastalığı (romatizmal hastalık) olanlarda geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve ark.(146) tarafından tamamlanmıştır. Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanması başlıklarında 8 boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100

arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterir. Bu ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir.

3.3 İstatistik

Çalışmanın istatistiği “SPSS 13.0” programı kullanılarak yapıldı. Oranların karşılaştırılması için Ki-kare testi, ikili ortalamaların karşılaştırılması için ise T Testi uygulandı. Sonuçlar $p < 0.05$ ise anlamlı kabul edildi. Bağıntı analizi için Spearman’ın Bağıntı Analizi kullanıldı.

4. BULGULAR

Çalışmaya alınan 52 akne hastası ile 46 kontrol olgusunun yaşları 16-28 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması akne grubunda 20.53 ± 3.71 , kontrol grubunda ise 20.7 ± 3.4 olarak hesaplandı. Her iki grup arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$) (**Tablo I**)

Tablo I. Akne ve kontrol grubunda yaş ortalamaları

	Akne Grubu		Kontrol Grubu		p
	Ort.	SS	Ort.	SS	
YAŞ	20.53	3.71	20.76	3.47	0.922

Kısaltmalar: Ort.; ortalama, SS; standart sapma

Akne grubunda 46 kadın, 6 erkek, kontrol grubunda ise 39 kadın, 7 erkek vardı. Akne grubunun 45'i (%86.5) bekar, 7'si (%13.5) evli iken kontrol grubunun ise 37'si (%80.4) bekar, 9'u (%19.69) evli idi. Gruplar arasında cinsiyet ve medeni durum bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$) (**Tablo II**). Öğrenim durumu ve medeni durum gibi bağımsız değişkenlerin akne hastalarında klinik tabloyu etkilemeyeceği düşünülerek sadece tanımlayıcı istatistiği yapılmıştır. Akne grubunun 3'ü (%5.8) ilkokul, 14'ü (%26.9) ortaokul, 29'u (%55.8) lise, 6'sı (%11.5) yükseköğrenim mezunuydu. Kontrol grubunun ise 1'i (%2.2) ilkokul, 1'i (%2.2) ortaokul, 29'u (%63) lise, 15'i (%32.6) yükseköğrenim mezunu idi (**Tablo III**).

Tablo II. Akne ve kontrol gruplarında cinsiyet ve medeni durum

	Akne Grubu	Kontrol Grubu	t=0.287 p=0.592
CİNSİYET			
Erkek	6	7	
Kadın	46	39	
MEDENİ DURUM			x ² =0,666 p=415
Bekar	45 (%86.5)	37 (%80.4)	
Evli	7 (%13.5)	9 (%19.69)	

Tablo III. Akne ve kontrol gruplarında öğrenim durumu

ÖĞRENİM DURUMU	Akne Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
İlkokul	3	5.8	1	2.2
Ortaokul	14	26.9	1	2.2
Lise	29	55.8	29	63
Yüksekokul	6	11.5	15	32.6

n: olgu sayısı

Akne grubunun 2'si (%3.8) işçi-memur, 2'si (%3.8) serbest meslek sahibi, 7'si (%13.5) ev hanımı, 12'si (%23.1) çalışmayan, 29'u (%55.8) öğrenciydi. Kontrol grubunun 15'i (%32.6) işçi-memur, 4'ü (%8.7) serbest meslek, 3'ü (%6.5) ev hanımı, 24'ü (%52.2) öğrenciydi (**Tablo IV**).

Tablo IV. Akne ve kontrol gruplarında meslekler

MESLEK	Akne Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
İşçi-Memur	2	3.8	15	32.6
Serbest	2	3.8	4	8.7
Ev Hanımı	7	13.5	3	6.5
Öğrenci	29	55.8	24	52.2
Çalışmayan	12	23.1	-	-

n: olgu sayısı

Çalışma grubumuzdaki olgulardan 23'ünde (%44.2) aknenin yerleşim yeri yüz, 29'unda (55.8) yüz ve gövde idi. Lezyon şiddetine göre hafif derecede akneli 21 (%40.4), orta derecede akneli 22 (%42.3), şiddetli akneli ise 9 (%17.3) olgu mevcut idi. Akne süresi 8 olguda (%15.4) 0-1 yıl, 12 olguda (%23.1) 1-2 yıl, 8 olguda (%15.4) 2-3 yıl, 5 olguda (%9.6) 3-4 yıl, 11 olguda (%21.2) 4-5 yıl, ve 8 olguda ise (%15.4) 5 yılın üzerinde idi (**Tablo V**).

Tablo V. Akne grubu olgularda klinik özellikler; lokalizasyon, şiddet ve süre

AKNE LOKALİZASYONU	n	%
yüz	23	44.2
yüz+gövde	29	55.8
AKNE ŞİDDETİ		
Hafif	21	40.4
Orta	22	42.3
Şiddetli	9	17.3
AKNE SÜRESİ		
0-1 yıl	8	15.4
1-2 yıl	12	23.1
2-3 yıl	8	15.4
3-4 yıl	5	9.6
4-5 yıl	11	21.2
5> yıl	8	15.4

n: olgu sayısı

Akneli hastalarda Hamilton anksiyete skoru kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (**Tablo VI**). Akne grubunda Montgomery-Asberg depresyon skoru kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$) (**Tablo VI**). Akne lokalizasyonu, şiddeti ve süresi ile depresyon ve diğer psikiyatrik ölçekler (anksiyete, kısa semptom, durumluluk sürekli öfke, iç-dış kontrol odağı, problem çözme, yaşam kalitesi) arasında anlamlı korelasyon bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo VI. Akne ve kontrol grubunda anksiyete ve depresyon ölçek puanları

	Akne Grubu		Kontrol Grubu		t	p
	Ort.	SS	ORT	SS		
HAM	11.86	8.71	8.36	5.04	2.389	*0.019
MADRS	14.25	9.62	9.39	7.16	2.805	*0.006

Ort; ortalama, SS; standart sapma * p<0.05

Genel olarak her iki grubun, kısa semptom envanteri alt ölçekleri değerlendirildiğinde, akneli hastaların skorları 11 ölçekten 4'ünde kontrol grubundan yüksek bulundu. Akne grubunda anksiyete bozukluğu (p<0.05), depresyon (p<0.05), kişilerarası duyarlılık (p<0.05) ve paranoid düşünce (p<0.05) skorları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak yüksek saptandı (**Tablo VII**).

Tablo VII. Akne ve kontrol grubunun kısa semptom envanteri alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Akne Grubu		Kontrol Grubu		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
SOM	6.00	5.82	5.06	5.30	0.827	0.411
OKB	8.03	5.11	7.06	4.96	0.953	0.343
KD	5.67	4.28	4.02	3.76	2.016	* 0.047
D	8.53	6.61	5.41	4.54	2.691	* 0.008
AB	7.19	5.49	5.04	4.24	2.145	* 0.034
H	5.86	5.17	5.58	4.39	0.285	0.776
FA	4.21	4.26	2.82	2.81	1.871	0.64
PD	7.11	4.96	5.28	3.67	2.055	*0.043
P	4.82	3.81	4.08	3.38	1.010	0.315
EM	4.90	4.33	3.89	2.83	1.350	0.180
RCİ	57.45	39.92	44.46	30.25	1.797	0.075

SOM: somatizasyon, OKB: obsesif kompulsif bozukluk, KD: kişilerarası duyarlılık, D:depresyon, AB: anksiyete bozukluğu, H:hostilite FA: fobik anksiyete, PD: paranoid düşünceler, P: psikotizm, EM: ek maddeler, RCİ: rahatsızlık ciddiyet indeksi. Ort: ortalama, SS: standart sapma, *p<0.05

Akneli hastalar, sürekli öfke-öfke tarz ölçeğinin alt ölçekleri değerlendirmesinde sürekli öfke ($p>0.05$), öfke içte ($p>0.05$), öfke dışta ($p>0.05$), öfke kontrol ($p>0.05$) puanları bakımından kontrol grubundan farklı bulunmadı. (Tablo VIII)

Tablo VIII. Akne ve kontrol grubunun sürekli öfke-öfke tarz ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Akne Grubu		Kontrol Grubu		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Sürekli öfke	22.25	7.14	22.00	5.38	0.193	0.947
Öfke içte	16.44	4.32	16.97	4.23	-0.613	0.538
Öfke dışta	15.84	5.33	17.13	4.64	-1.264	0.209
Öfke kontrol	20.96	4.78	20.04	5.10	0.919	0.361

Ort; ortalama, SS; standart sapma

Akne ve kontrol gruplarında, Rotter Kontrol Odağı Ölçeği (RKOÖ) puanları açısından da anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo IX).

Tablo IX. Akne ve kontrol grubunun rotter kontrol odağı toplam puanlarının karşılaştırılması

	Akne Grubu		Kontrol Grubu		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Kontrol odağı toplam puanı	11.00	3.23	10.34	4.01	0.890	0.376

Ort; ortalama, SS; standart sapma

Akne hastaları ve kontrol grubu arasında toplam problem çözme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Yine akne ve kontrol grubu arasında problem çözme envanteri alt ölçekleri olan aceleci yaklaşım ($p>0.05$), düşünen yaklaşım ($p>0.05$), kaçınan yaklaşım ($p>0.05$), değerlendirici

yaklaşım ($p>0.05$), kendine güvenli yaklaşım ($p>0.05$) ve planlı yaklaşım ($p>0.05$) bakımından da istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (**Tablo X**).

Tablo X: Akne ve kontrol grubunun problem çözme puanlarının karşılaştırılması

	Akne Grubu		Kontrol Grubu		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Toplam problem çözme puanı	104,78	14.71	105.06	17.17	0.86	0.932
Aceleci yaklaşım	36	7.93	35.45	9.14	0.315	0.753
Düşünen yaklaşım	12.67	4.43	13.13	4.87	0.649	0.628
Kaçıngan yaklaşım	16.51	5.27	17.08	4.65	-0.562	0.575
Kendine güvenli yaklaşım	18.53	4.89	17.63	4.83	0.922	0.359
Planlı yaklaşım	10.28	3.76	9.63	3.33	0.910	0.365
Değerlendirici yaklaşım	7.07	2.77	7.63	3.33	0.97	0.372

Ort; ortalama,SS; standart sapma

Akneli hasta ve kontrol grubunda bulunan bireylerin SF-36 skorları arasında fiziksel rol güçlüğü ($p<0.05$), genel sağlık ($p<0.05$) ve mental sağlık ($p<0.05$) alt boyutları dışında anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı. Fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık ve mental sağlık skorları kontrol grubunda daha yüksekti (**Tablo XI**). Düşük ve yüksek şiddetteki akneli hastalar arasında SF-36 skorları bakımından farklılık bulunmadı.

Tablo XI: Akne ve kontrol grubunun SF-36 alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Akne Grubu		Kontrol Grubu		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Fiziksel Fonksiyon	82.98	18.53	84.45	15.81	-0.421	0.675
Fiziksel Rol Güçlüğü	57.69	32.28	77.71	33.84	-2.996	*0.003
Ağrı	63.53	20.05	69.50	16.59	-1.598	0.113
Genel Sağlık	53.65	16.32	61.97	17.97	-2.403	*0.018
Vitalite	52.11	20.44	57.60	16.72	-1.444	0.152
Sosyal Fonksiyon	64.90	22.69	69.56	19.12	-1.092	0.278
Emosyonel Rol Güçlüğü	48.71	37.02	60.86	40.55	-1.550	0.124
Mental Sağlık	52.53	19.43	62.60	16.00	-2.778	*0.007

Ort; ortalama,SS; standart sapma

* p<0.05

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada 52 akne hastası sosyodemografik veriler ve psikiyatrik belirtiler açısından 46 kişilik sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Akne vulgarisin psikolojik sorunlara da yol açabilen ciddi bir rahatsızlık olduğuna ilişkin literatür gözden geçirilerek bulgularımız tartışılmıştır. Cilt hastalıklarının psikososyal etkilerine günümüze kadar gereken önem verilmemiştir. Olası psikiyatrik eştanılar belirlenip, psikososyal bir yaklaşımla tedavi edilirse hastaların yaşamına oldukça önemli katkı sağlayabilir (147). Diğer psikosomatik hastalıklarda olduğu gibi akne de psikiyatrik durumu ve kişilik özelliklerini sorgulamamak eksiklik oluşturacaktır (148).

Sosyodemografik Özellikler ile İlgili Yorumlar

Çalışmamıza dahil edilen akneli hastaların %88'i kadın, %12'si erkektir. Birçok çalışmada bu oranın iki cinsiyet arasında eşit olduğu belirtilmiştir. İngilterede geniş tabanlı akne prevalansını tespit etmek için yapılan bir çalışmada 14-16 yaş arası adölesanlarda aknenin erkeklerin %56'sını, kızların %45'ini etkilediği saptanmıştır (149). Türkiyede akne prevalansına yönelik bir çalışmada; 14-20 yaş arasındaki öğrencilerdeki akne prevalansı erkeklerde %29, kızlarda %16 olarak bulunmuştur (112). Akne ile anksiyete-depresyon, yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer pek çok çalışmalara kadın hastalar daha çok katılmıştır. Güney Afrika'da akneli hastaların yaşam kalitesini ölçmek için yapılan çalışmada katılımcıların %77.6'sını kadınların oluşturduğu bildirilmektedir (150). Rapp ve Brenes'in akne şiddeti ve öfke arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Amerika'da yaptığı bir çalışmada katılımcıların %64'ü kadınlardır (20). Bizim çalışmamızda da katılımcıların büyük bir çoğunluğunu kadınlar oluşturdu. Bu durum diğer çalışmalarla da benzerdir (28,151). Bu durum kadınlar için beden imajı ve dış görünüşün daha önemli olmasıyla açıklanabilir.

Akne vulgaris sıklıkla 16-20 yaş arası gençleri etkilemektedir (152). Çalışmamızda da yaş ortalaması 20.53 ± 3.71 olarak hesaplanan akneli olguların çoğu bekar (%84.6), orta-yüksek öğrenim mezunu (%94) ve öğrencidir (%55).

Örneklemimize dahil edilen sağlıklı kontrol grubu olguları yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim durumu açısından çalışma grubuyla anlamlı farklılık oluşturmayacak şekilde seçilmiştir.

Klinik Özelliklere İlişkin Yorumlar

Akne ve psikiyatrik morbidite ilişkisini araştıran çalışmaların çoğu şiddetli aknesi olan veya kanayan-ağrıyan lezyonu olan hastalarla yapılmıştır. Oysa klinik popülasyondaki akne hastalarının çoğunu hafif ya da orta şiddetteki vakalar oluşturmaktadır. Gupta ve arkadaşları hafif ve orta şiddette aknesi olan 10 hastanın tedavi sonrasında ruhsal durumunun düzeldiğini saptamış, hastaların tümü utangaçlıklarının azaldığını, genel görünümlelerinden daha memnun olduklarını, beden algılarının daha olumlu olduğunu bildirmiştir (153). Hafif dereceli acne alenen görülebileceğinden özsaygıda azalmaya, olumsuz beden imajına ve sosyal faaliyetlerde isteksizliğe yol açar (111). Bizim çalışmamıza alınan akne hastalarının %82.7'sini hafif-orta şiddettekiler oluşturmakta, bu bakımdan klinik popülasyonu iyi yansıtmakta ve aknenin psikolojik rahatsızlıklara yol açması için şiddetli olması gerekmediğini göstermektedir.

Fasial akne şüphesiz psikolojik işlevselliği daha fazla etkilemektedir (27). Sırt ya da gövde yerleşimli lezyonlar elbise içinde gizlenebildiğinden daha az sıkıntıya neden olmaktadır. Tedavi sonunda da ağırlıklı olarak yüz yerleşimi olan hastaların depresyon ve anksiyetelerinin daha fazla değiştiği, gövde yerleşimli akne hastalarında ise tedavi sonrası daha az değişikliğin olduğu gözlenmiştir (154). Klinik görünümü açısından değişken olan hastalık %99 yüz, %60 sırt ve %15 oranında göğüs yerleşimi gösterir (152). Bizim çalışmamızda akne lokalizasyonu yüz (%44,2), yüz+gövde (%55.8) olarak dağılmaktaydı. Aknenin sadece yüze yerleştiği olgular ile

hem yüz hem gövdeye yerleştiği olgular arasında psikiyatrik ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Çalışmamızdaki olguların ortalama akne süresi 3.4 yıl olup süre ve psikolojik belirtiler arasında da anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Depresyon ve Anksiyete ile İlgili Yorumlar

Çalışmamızda akne hastalarının Hamilton Anksiyete ve Montgomery-Asberg Depresyon skorları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$). Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Örneğin Niemer ve ark.nın yaptıkları çalışmada akneli hastalarda depresyon ve sosyal anksiyete değerlendirmesi yapılmış, hastalarda bu ölçümlerin yüksek olduğu ve hastalığın bireylerin yaşamlarında kısıtlamalar oluşturduğu öne sürülmüştür (118). Ülkemizde yapılan bir çalışmada akneli bireylerde obsesif kompulsif belirtilerin yanısıra depresyon ve kişiler arası duyarlılık ölçeklerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir (155). İlginç olarak akneli hastaların astım, diyabet, artrit, sırt ağrısı veya koroner arter hastalıklı hastalar ile kıyaslandığında daha fazla ruhsal rahatsızlık gösterdiğini, ayrıca onkoloji ile genel dermatoloji kliniğine başvuran hastalardan, hatta psöriazislilerden bile daha yüksek anksiyete ve depresyon skorlarına sahip olduklarını vurgulayan çalışmalar vardır (109,154,156).

Hastalar psişik yakınmalarının kaynağını açıkça akne lezyonları olarak görmektedir (157,158). Akne hastalarında anksiyete, depresyon, öfke, vücut imajı algısında bozulma tanımlanmıştır (29). Bir çalışmada depresyon ve suisidal düşünce akne hastalarında %7.2 olarak saptanmıştır. Mevcut bazı veriler, bu negatif psikolojik etkinin etkili akne tedavisiyle düzelebileceğini öne sürmektedir (153,159). Ancak akneli hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyinin değişmediğini öne süren çalışmalar da vardır (112,160). Özcan ve ark.'nın çalışmalarında, akne vulgarisli hastalarla, sağlıklı kontroller karşılaştırılmış; kaygı ve depresyon kontrol grubuna göre yüksek olmakla birlikte istatstiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Beklentilere uygun düşmeyen bu sonuç, yazarlar tarafından psikosomatik hastalıkların

gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülen aleksitimi ile açıklanmaya çalışılmıştır (161). Bizim çalışmamız akne hastalarında anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek olduğunu bildiren çalışmaların sonucunu desteklemektedir.

Aknenin klinik şiddetinin, hastalığın neden olduğu psikiyatrik bozuklukların şiddeti ile uyum içerisinde olup olmadığını araştıran çalışmaların sonuçları çelişmektedir. Niemeyer ve arkadaşları çalışmalarında akneli olguların hastalıklarının duygusal stres ve psikososyal sorunlara neden olduğunu, ancak akne şiddeti ile bu faktörler arasında ilişki olmadığını saptamışlardır (118). Lim ve Tan (162) akne şiddeti ve nevrotiklik değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Wu ve ark. (163) ile Cunliffe ve ark. (164) da akne şiddeti ile depresyon ve anksiyete seviyeleri arasında direkt bir ilişki saptamışlardır. Biz ise çalışmamızda akne şiddeti ile depresyon ve anksiyete skorları arasında anlamlı bir korelasyon bulamadık. Bu çelişkili sonuçlar bu alanda daha fazla veriye gereksinim olduğunu, başka değişkenlerin de varolabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Kısa Semptom Envanteri İle İlgili Yorumlar

Çalışmamızda kısa semptom envanterinde; akne hastalarında anksiyete bozukluğu ($p<0.05$), depresyon ($p<0.05$), kişiler arası duyarlılık ($p<0.05$) ve paranoid düşünce ($p<0.05$) skorları, kontrol grubundan anlamlı derecede yüksekti. Cildin görüntüsünün bireyin kendilik imgesi üzerine etkisi vardır. Ciltteki patolojik değişimler psikolojik sorunlarla sonuçlanabilir (165). Organik deri lezyonu olanlara göre psikosomatik nitelikte cilt lezyonları olan olgularda nevrotik özelliklerin daha yaygın olduğu gösterilmiştir (166-168). Pubertenin yaklaşmasıyla beraber, görüntü bozucu bir cilt hastalığı olan akne vulgaris pek çok adolesanda artan kaygıya neden olabilir ve karşı cinsle kolayca ilişki kurmalarını engelleyebilir. Adolesan giderek içe döner ve yalnızlaşabilir ya da uyumu giderek bozulur ve agresifleşebilir. Bu kozmetik bozukluk karşısında gençler sıkıntı, endişe, içe kapanma ve depresyon gibi duygusal ve davranışsal tepkiler geliştirebilirler (169). Akne ile yüksek nörotiklik, düşük dışa dönüklülük skorları arasında ilişki olduğu saptanmıştır (161). Akne ve benzeri cilt

bozukluğu olan bireyler, özellikle görünümün önemli olduğu iş alanlarında, iş edinme konusunda da daha fazla sıkıntı çekmekte ve daha az başarılıdırlar (170). Kellet ve Gawkrödger'e (154) göre akne hastalarının görünümüleriyle ilgili negatif, eleştirel ve utangaç tutumları lezyonların azaldığı dönem de bile sürmektedir.

Akne hastalarıyla ilgili yapılmış bir çalışma akneli ve 9 aydan daha fazla bir süredir oral kontraseptif tedavisi altında olan 50 kadında belirgin psikososyal bozukluk ve akneleriyle ilgili öznel olarak aşırı değerlendirilmiş fikirlerinin olduğu gösterilmiştir (119). Öte yandan obsesif-kompulsif ve mükemmeliyetçi eğilim ve dismorfofobik delüzyonların daha çok akne ekskoriye olgularında hakim olduğu bilinmektedir (121). Phillip, dismorfobi genellikle adölesan dönemde başladığından, akne lezyonlarının body dismorfik bozukluk gelişimi için predisposan olabileceğini yorumlamıştır (171).

Çalışmamızda akneli hastaların depresyon, anksiyete, kişiler arası duyarlılık, paranoid düşünce skorlarını sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede yüksek bulduk. Bu açıdan bakıldığında sonuçlarımız daha önce akneli hastalarla yapılmış çalışmalarla paralellik göstermektedir. Paranoid düşünce ve kişiler arası duyarlılık skorunun akneli hastalarda yüksek olmasını, yüzdeki olumsuz görünümün vücut imajı algısında bozulma, öz saygıda azalma gibi olumsuz duygulara itmesi, bunun da beraberinde sosyal geri çekilme ve kişilerarası ilişkilerde, dikkatlerin aknesine odaklandığı düşüncesiyle zorluk çekmeyi getirebilmesi şeklinde yorumladık.

Durumluluk Sürekli Öfke İle İlgili Yorumlar

Çalışmamızda akneli hastalar, sürekli öfke-öfke tarz ölçeğinin alt ölçekleri değerlendirmesinde sürekli öfke ($p>0.05$), öfke içte ($p>0.05$), öfke dışta ($p>0.05$), öfke kontrol ($p>0.05$) puanları bakımından kontrol grubundan farklı bulunmadı. Dermatolojik olmayan hastalıklarda sıklıkla dikkate alınan bir kişilik özelliği öfke eğilimidir. Kardiovasküler hastalıklar, osteoporoz, artrit, tip 2 diabet ve bazı kanserlerde öfke eğilimi; düşük yaşam kalitesi ve daha şiddetli hastalık ile ilişkili

bulunmuştur (172,173). Öfke gibi bazı negatif duygular, immün ve endokrin regulasyonu bozar ve iyileşmeyi yavaşlatır (174). Bir çalışmada şiddetli aknesi olan hastalarda, hafif şiddetli aknelilere göre daha yüksek öfke skoru bulunmuş ve öfkenin akne şiddetini etkileyebileceği öne sürülmüştür (159).

Daha önce yapılan araştırmalarda bildirilen sonuçlar ile çalışmamızın bulguları arasında benzerliklerin yanı sıra farklılıklar da vardır. Wu ve ark. akne hastalarında bastırılan öfke ve dışa vurulan öfkeyi, kontrol grubundan daha yüksek bulmuşlardır (159). Akneli hastaların kızgınlık-öfke özelliklerini ölçen bir çalışmada, akne şiddeti ve öfke arasında bir ilişki bulunmazken, genel yaşam kalitesi, deriyle ilişkili yaşam kalitesi, tedavi önerilerine sadık kalma ve tedaviden memnuniyet konularında öfkeye eğilim şeklindeki personalite özelliğinin oldukça belirleyici olduğu görülmüştür (20). Sayar ve ark.'nın 31 akne vulgaris hastasını, 25 sağlıklı kontrol grubu ile, Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Spielberger durumsal ve süreklilik kaygı skalası (SSTAI), Rosenberg kendilik saygısı ölçeği (RSES), Spielberger durumsal ve sürekli öfke ifadesi envanteri (SSTAI) ile karşılaştırarak, akne vulgariste öfkenin rolünü araştırdığı çalışmalarında; kontrollere göre, depresyon ve sürekli kaygı skorlarının anlamlı olarak yüksek, kendilik saygısı skorlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu ve akne grubuyla kontrol grubu arasında, öfkeyle ilişkili alt ölçeklerde bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (175). Engin ve Özaksarın'ın dermatoloji hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastaların sürekli öfke puan ortalaması 20.52 ± 6.26 , öfke içte puan ortalaması 16.01 ± 5.23 , öfke dışta puan ortalaması 15.41 ± 4.39 , öfke kontrol puan ortalaması 23.66 ± 4.86 olarak bildirilmiştir (176). Bu çalışmadaki öfke puan ortalamaları, çalışmamızdaki puan ortalamalarıyla hemen hemen aynı düzeydedir.

Elde ettiğimiz sonuçlar akne şiddeti ve öfke arasında bir ilişki olmadığını desteklemektedir ve akne semptomlarının sebep olduğu psikolojik sürece öfke eğiliminin direkt bir etki yapmadığına dair şüpheleri de arttırmaktadır. Ancak bu negatif bulgular akne etyolojisinde rol alan veya klinik tabloyu şiddetlendiren diğer emosyonel faktörleri dışlatmamaktadır.

Çalışmamızın bir eksikliği şiddetli aknesi olan hastaların yeterince temsil edilmemesi ve akne şiddetinin sadece objektif (dermatolog tarafından) değerlendirilmesidir. Klinisyenin objektif derecelendirmesi daha hassas ve değerli olmakla birlikte kişinin kendisiyle ilgili algısı psikolojik durumunu, davranış ve kişilik özelliklerini önemli ölçüde etkilemektedir. Martin ve ark. yaşam kalitesi skorunun klinisyenin derecelendirmesinden çok hastanın algıladığı şiddet ile korele olduğunu ve tedavide hasta algısının dikkate alınmasının önemli olabileceğini bildirmişlerdir (177). Başka bir çalışmada da hastaların özellikle yüzdeki akneyi klinisyenden daha şiddetli olarak derecediği görülmektedir (154)

İç-Dış Kontrol Odağı ile İlgili Yorumlar

Akne hastaları ve kontrol grubu arasında kontrol odağı toplam puanında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Klinik şiddet ve kontrol odağı toplam puanı arasında da anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. Kişilik boyutlarından kontrol odağı, iç ve dış yönelimli olmak üzere, kişinin yaşadığı ya da başına gelen olayların kendi davranışlarının sonucu olarak ya da başka dış güçler tarafından belirlendiği inancıdır (143). İç kontrol odağı inancında olan kişiler kendi yaşadığı ya da başına gelen hadiselerin kendi davranışlarının sonucu olduğuna inanırken, dış kontrol odağı inancı olan kişiler olayları şans ya da kader gibi dış faktörlerin belirlediğine inanırlar (178). İç kontrol odağı algısının çevre koşullarının iyileştirilmesine çaba gösterme, başarı ve becerilerinin pekiştirilmesi, öznel iyilik hali, stresle daha iyi başa çıkma ve akademik başarıyla pozitif ilişkisi olduğu bilinmektedir (144,178). Dış kontrol odağına sahip olmak, çevre koşullarının iyileştirilmesine daha az çaba gösterme, başarısızlıkların pekiştirilmesi, stresle başa çıkamama ve psikolojik sorunların sürmesi sonucunu doğurmaktadır (178). İç kontrol odağına sahip olma hastalığın kontrol altında tutulabileceğine olan inançla birlikte düşünülebilir (179). Dış kontrol odağı ise genel olarak psikopatolojiyle ilişkilidir (180).

Amacımız akneli hastalardaki somatopsişik belirtilere, kişilik özellikleriyle ilişkili olan kontrol odağı algısının, yatkinlaştırıcı bir etmen olup olmadığını araştırmaktır. Şimdiye kadar akneli hastalarda kontrol odağı ile yapılmış bir çalışma

bulunmamaktadır. Kişilik ve akne arasında bir ilişki olup olmadığı konusunda da kesin bir bilgi henüz bulunmadığından bu araştırmanın bu doğrultuda katkı sağlayabileceği düşünülmüştür. Evans, kronik hastalıklarda dış kontrol odağı inançlarının depresif belirtileri etkileyebileceğini ve ümitsizlik duygusu ile stres yaşantısına neden olabileceğini ileri sürmüştür (181). Bilindiği gibi normal örneklemelerde dış kontrol odağı ile depresif belirti düzeyi de dahil psikolojik belirti düzeyi bağlantılı bulunmaktadır (180). Akne vulgarisli hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek, kendilik değeri ve kendine güvenin düşük, sosyal anksiyete ve sosyal kaçınma belirtilerinin yoğun olduğu bilinmektedir. Bu açıdan bakıldığında akneli bireylerin dış kontrol odaklı olması beklenmektedir. Ancak yaptığımız çalışmada akneli hastalarla kontrol grubu arasında fark bulunmadı, bu sonuç akne hastalarında ortaya çıkan psikişik belirtilerde sadece kişilik özelliğinin etkili olmadığı, aknenin çok etkenli hastalık modeli çerçevesinde düşünülmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Problem Çözme İle İlgili Yorumlar

Çalışmamızda akneliler ve kontrol grubu arasında toplam problem çözme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Etkisiz problem çözmenin stresli yaşam olaylarını tetiklediği ve psikolojik uyumsuzluk getirdiği bildirilmiştir (182,183). Birçok çalışma ruh sağlığında problem çözmenin rolü üzerinde odaklanmıştır. Gerçekten de strese karşı adaptasyonda problem çözmenin rolü ile ilgili güçlü kanıtlar vardır. Problem çözmeye başarılı olanlar (problem çözme envanterinden düşük puan alanlar, problemlerin üzerine gidenler, özgüveni olanlar), problem çözmeye başarısız olanlar (problem çözme envanterinde yüksek puan alanlar ve özgüveni olmayanlar)'a göre hem ruhsal sağlığın göstergesi hem de zorluklarla mücadelede önemli olduğu düşünülen kognitif, affektif ve davranışsal model açısından anlamlı olarak farklı bulunmuştur (184,185). Pek çok çalışmada problem çözme defisitinin depresyon ve suisit girişiminde önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Problem çözme terapisinin depresyon ve suisit problemleri olan adölesanlarda etkili bir tedavi olduğu bildirilmiştir (186). Bir çalışmada patolojik kumar oynama bozukluğu olanlarda, problem çözme becerisi yetersiz bulunmuştur

(187). Alkol bağımlılarının 6 aylık izlem çalışmasında, içmemeyi sürdüren hastaların problem çözme envanteri puanları yeniden içmeye başlayanların puanlarıyla karşılaştırılmış ve halen içmeyen hastaların, gelecekte başvurmak için ilk sorun çözme çabalarını yeniden gözden geçirmek ve değişik alternatif çözümler için aktif bir biçimde araştırma yapmayı ifade eden düşünen ve kaçınan yaklaşımları daha çok kullandıkları saptanmıştır (188). Alternatif olarak veya ek olarak, sorun çözme negatif yaşam stresi ve depresif duygudurum arasında bir moderatör olarak görev yapabilir (189). Fluoksetin tedavisi öncesi, kaçınan, narsist, bağımlı ve borderline kişilik bozukluğu olan depresif hastaların, kişilik bozukluğu olmayan depresif hastalara göre daha kötü sorun çözme yetisi gösterdikleri gözlemlenmiştir (190).

Sözü edilen gerekçeler göz önünde bulundurularak tasarlanılan bu çalışmada amacımız aknenin klinik şiddetinde ve hastalığın neden olduğu psikiyatrik bozukluklarda sorun çözme becerisinin etkisini tespit etmektir. Çalışma sonucunda, akne hastalarının kontrol grubuna göre daha kötü problem çözme becerisi göstereceklerine ilişkin hipotezimizin aksine akne ve kontrol grubu arasında toplam problem çözme puanı ve problem çözme alt ölçekleri puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Belki daha kapsamlı araştırmalar bu yönde yardımcı olabilecektir.

Yaşam Kalitesine İlişkin Yorumlar

Akne hastalarında SF-36 ölçeğine göre fiziksel rol güçlüğü ($p<0.05$), genel sağlık ($p<0.05$) ve mental sağlık ($p<0.05$) skorları kontrol grubundan anlamlı derecede daha düşüktü. Yaşam kalitesi skorlarıyla klinik şiddet arasında korelasyon bulunmadı.

Son zamanlarda deri hastalıklarında hastanın durumunu incelemek ve tedavi etkinliğini değerlendirmek için yaşam kalitesiyle ilgili çalışmalar artmaktadır (191). Akne de yaşam kalitesini değerlendirmek için hem genel ölçekler hem de akneye özgü ölçekler kullanılmıştır. Bu değişik ölçeklerle yapılan sonuçları değerlendirmek güç olsa da aknenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (108,162). Yirmi dokuz maddelik, üç alt ölçek (fonksiyon, emosyon ve semptomlar)

ve toplam puan'dan oluşan Skindex yaşam kalitesi ölçeği, 60 akneli hastaya uygulandığında; emosyonel ve fonksiyonel alt ölçeklerde psöriazisli hastalara benzediği ama daha düşük fiziksel semptomlarının olduğu görüldü (192). Motley ve Finlay 100 akneli hastada ADI (Acne Disability Index) ölçeği ile yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında yüz, göğüs ve sırttaki akne şiddetin ADI ile korelasyon gösterdiğini bulmuşlardır (193). Mallon ve ark.nın 111 akne hastasının yaşam kalitesini SF-36 ile diğer organik hastalıklara sahip kişilerle karşılaştırdıkları çalışmalarında; akne hastalarının sosyal, emosyonel ve psikolojik problemlerinin astım, epilepsi, diabet, artrit kadar ciddi olduğunu saptamışlardır (108). Ülkemizde aknenin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini SF-36 ile değerlendiren bir çalışmada 73 akne hastası,48 kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada akne ve kontrol grubu fiziksel fonksiyon dışında diğer parametrelerde benzerlik göstermektedir. Fiziksel fonksiyon skorları kontrol grubunda daha düşüktü. Kadın hastalar ağrı, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel ve sosyal fonksiyon alanlarında daha düşük skora sahipti. Düşük ve şiddetli akne hastaları arasında farklılık bulunmamıştır (194). Aknenin yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmaların bazılarında kadın-erkek hasta arasında fark bulunamazken (192), bazılarında kadın aleyhine anlamlı fark bulunmuştur (154,162). Doktor yargısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek için; İtalya'da 2242, Amerika'da 692 dermatoloji hastasıyla yapılan çalışmada hastalık ciddiyetine ilişkin doktor yargısı ve Skindex-29 (dermatolojiye özel yaşam kalite ölçeği) skorları arasında düşük düzeyde ilişki bulunmuştur (128,195).

Çalışmamızda akneli hastaların yaşam kalitesine yönelik bulguları genel olarak literatürle uyumludur. Bulgularımız akne hastalarının sadece kozmetik açıdan değerlendirilmemesi gerektiğini, anksiyete, depresyon, suisit girişimi sosyal geri çekilme, beden dismorfik bozukluğu gibi çok ciddi psikiyatrik belirti ve hastalıkların görülebileceğini, bireysel ve toplumsal işlevlerinin hayattan alınan doyumunu etkileyebilecek şekilde kısıtlanabileceğini, akne hastalarının sosyal destek gereksinimini ve tedaviye multidisipliner olarak yaklaşmanın önemini ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ

Bu araştırma sonucunda aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

1. Akne grubunun anksiyete ve depresyon skoru kontrol grubuna göre yüksektir.
2. Akne şiddeti ile depresyon ve anksiyete skorları arasında anlamlı bir korelasyon yoktur.
3. Kısa semptom envanterinde; akne hastalarında anksiyete bozukluğu, depresyon, kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşünce skorları, kontrol grubundan anlamlı derecede yüksektir.
4. Yaşam kalitesine bakıldığında akne hastalarının fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık ve mental sağlık skorları kontrol gurubundan anlamlı derecede daha düşüktür.
5. İç-dış kontrol odağı, öfke eğilimi ve problem çözme yetisinde akne grubu ve kontrol grubu arasında fark yoktur.

7. KAYNAKLAR

1. Beltraminelli H, Itin P. Skin and psyche-from the surface to the dept of inner world. **J Dtsch Dermatol Ges** 2008;6(1):8-14.
2. Lewis-Jhones S. The psicological impact of skin disease. **Nurs Times** 2000;96(27 suppl):2-4.
3. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. **Health Qual Life Outcomes** 2003;1:58.
4. Pasini W. Sexologic problems in dermatology. **Clin Dermatol** 1984;2:59-65.
5. Hanna S, Sharma J, Klotz J, et al. Acne vulgaris: more than skin deep. **Dermatol Online J** 2003;9(3):8.
6. Khan MZ, Naeem A, Mufti KA. Prevalence of mental health problems in acne patients. **J Ayub Med Coll Abbottabad** 2001;13(4):7-8.
7. Rubinow DR, Peck GL, Squillace K, Gantt GG. Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. **J Am Acad Dermatol** 1987;17:25-32.
8. Jaffareny M. Prim Care Companion. **J Clin Psychiatry** 2007;9:203-13.
9. Misery L. Neuro-immun-cutaneous system (NICS). **Pathol Biol (Paris)** 1996;44:867-74.
10. Sans GE. Three monosymptomatic hypochondriacal syndroms in dermatology. **Dermatol Nurs** 1996;8;421-5.
11. Gingsburg IH. The psychosocial impact of skin disase: in overwiev. **Dermatol Clin** 1996;14:473-84.
12. Iyer S, Wqshenik K, Shupack J. Can psychological stress affect psoriasis? Possible mechanisms. **J Clin Dermatol** 1988; 1 (5): 21-8.
13. Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM. **Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology**, 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1998.
14. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. **Arch Dermatol** 1983;119:501-12.
15. Koo JYM. Psychodermatology. Current Concepts. **Upjohn** 1989;1-45.
16. Panconesi E, Hautmann G. Psychophysiology of stres in Dermatology: the psychologic pattern of psychosomatics. **Dermatologic Clinics** 1996;3:399-421.

17. Briganti S, Picardo M. Antioxidant activity, lipid peroxidation and skin diseases. What's new. **J Eur Acad Dermatol Venereol** 2003;17:663-9.
18. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. Psychological sequelae of acne vulgaris: results of a qualitative study. **Can Fam Phys** 2006;52:978-9.
19. Purvis D, Robinson E, Merry S, Watson P. Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: a crosssectional survey of New Zealand secondary school students. **J Paediatr Child Health** 2006;42:793-6.
20. Rapp DA, Brenes GA, Feldman SR, Fleischer AB, Graham GF, Daily M. Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care. **Br J Dermatol** 2004;151:183-9.
21. Thomas DR. Psychosocial effects of acne. **J Cutan Med Surg** 2004;8(Suppl 4):3-5.
22. Devrimci-Özgülven H, Kundakcı N, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. **J Eur Acad Dermatol Venereol** 2000;14:267-71.
23. Vallejo MJ, Huerta G, Cerero R, Seoane JM. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. **Dermatology** 2001;203(4):303-7.
24. Calıkoglu E, Onder M, Cosar B, Candansayar S. Depression, anxiety levels and general psychological profile in Behçet's Disease. **Dermatology** 2001;203:238-240.
25. Fritzsche K, Ott J, Zschocke I. Psychosomatic liaison service in dermatology. **Dermatology** 2001;203:27-31.
26. Gieler U, Niemeier V, Kupfer J, Brosig B, Schill W. Psychosomatische dermatologie in Deutschland. a survey of 69 dermatologic clinics. **Hautarzt** 2001;52(2):104-10.
27. Lim LCC, Tan TC. Personality, disability and acne in college students. **Clin Exp Dermatol** 1991;16:371-3.
28. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ. Psychosomatic study of self excoriative behavior among male acne patient. **Int J Dermatol** 1994;33:846-8.
29. Koo JY, Smith LL. Psychologic aspects of acne. **Pediatr Dermatol** 1991;8:185-8.
30. Fried RG, Wechsler A. Psychological problems in the acne patient. **Dermatologic Ther** 2006;19:237-40.

31. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. **Br J Dermatol** 2000;143:983-91.
32. Kramer T, Garralda ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. **Br J Psychiat** 1998;173:508-13.
33. Gupta MA, Gupta AK. The psychological comorbidity in acne. **Clin Dermatol** 2001; 19: 360-3.
34. Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. **J Am Acad Dermatol**. 2006;54(3):420-6.
35. Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. **J Am Acad Dermatol** 2000;42(3):436-41.
36. Niemeir V, Kupfer J, Gieler U. Acne Vulgaris-Psychosomatic aspect. **JDDG** 2006;4:1027-36
38. Walker C, Papadopoulos L. **Psikodermatology**. Cambridge university press 2005
39. Picardi A, Abeni D, Renzi C. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatological outpatients. **J Eur Acad Dermatol Venereol** 2003;17: 155- 9
40. Chrousos GP. Stress, chronic inflammation and emotional and physical well-being: Concurrent effects and chronic sequelae. **J Allergy Clin Immunol** 2000;106: 275 -91.
41. Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Hellhammer D. Psychobiological aspects of atopic dermatitis. **Psychotherapy Psychosomatics** 2001;70:6-16.
42. Katsarou-Katsari A, Singh LK, Theoharides TC. Alopecia areata and affected skin CRH receptor upregulation induced by acute emotional stress. **Dermatology** 2001;203:157-61.
43. Weigl BA. The significance of stress hormones glucocorticoid, catecholamines for eruptions and spontaneous remission phases in psoriasis. **Int J Dermatol** 2000; 39:678-88.
44. Kodama A, Horikawa T, Suzuki T. Effect of stress on atopic eczema. Investigation in patients after the Great Hanshin Earthquake (Kobe/Japan). **J Allergy Clin Immunol** 1999;104:173-6.

45. Cotterrill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. **Br J Dermatol** 1997;137:246-50.
46. Dreno B, Poli F. Epidemiology of acne. **Dermatology** 2003;206(1):7-10.
47. Schäfer T, Nienhaus D, Vieluf D, Berger J, Ring J. Epidemiology of acne in the general population: the risk of smoking. **Br J Dermatol** 2001;145:100-4.
48. Poli F, Dreno B, Verschoore M. An epidemiological study of acne in female adults: results of a survey conducted in France. **J Eur Acad Dermatol Venereol** 2001;15:541-5.
49. Goulden V, Clark SM, Cunliffe WJ. Post-adolescent acne: a review of clinical features. **Br J Dermatol** 1997;136:66-70.
50. Erkin G, Boztepe G. Akne Vulgaris. **Hacettepe Tıp Dergisi** 2004;35:207-11.
51. Jappe U. Pathological mechanisms of acne with special emphasis on Propionibacterium acnes and related therapy. **Acta Derm Venereol** 2003;83:241-8.
52. Downing DT, Stewart ME, Wertz PW, Strauss JS. Essential fatty acids and acne. **J Am Acad Dermatol** 1986;14:221-5.
53. Guy R, Kealey T. The effects of inflammatory cytokines on the isolated human sebaceous infundibulum. **J Invest Dermatol** 1998;110:410-5.
54. Blauer M, Vaalasti A, Pauli SL, Ylikomi T, Joensuu T, Tuohimaa P. Localization of androgen receptor in human skin. **J Invest Dermatol** 1991;97:264-8.
55. Zouboulis CC, Seltmann H, Hiroi N et al. Corticotropin-releasing hormone: an autocrine hormone that promotes lipogenesis in human sebocytes. **Proc Natl Acad Sci USA** 2002;99:7148-53.
56. Holland KT, Holland DB, Cunliff WJ, Cunliff AG. Detection of Propionibacterium acnes polypeptides which have stimulated an immune response in acne patients but not in normal individuals. **Exp Dermatol** 1993;2:12-6.
57. Ashbee HR, Muir SR, Cunliff WJ, Ingham E. IgG subclasses specific to Staphylococcus epidermidis and Propionibacterium acnes in patients with acne vulgaris. **Br J Dermatol** 1997;136:730-3.
58. Jappe U, Ingham E, Henwood J, Holland KT. Propionibacterium acnes and inflammation in acne. Propionibacterium acnes has T-cell mitogenic activity. **Br J Dermatol** 2002;146:202-9.

59. Savaşkan H, Acar M.A, Memişoğlu H.R. **Dermatoloji** Nobel Tıp Kitapevleri İstanbul 1994:484-6
60. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. **J Am Acad Dermatol** 1996;34(6):1030-46.
61. Özpoyraz N, Ünal M, Özpoyraz M. Deri hastalıkları ve ruhsal-toplumsal özellikler. **Psycho Med** 1995;1:60-6.
- 62 Savin JA, Cotterill JA. Psychocutaneous disorders. In: Champion RH; Burton JL, Elbling FJ, eds. **Textbook of dermatology**, Oxford: Blackwell Scientific Publ 1992;4(5):2479-96.
63. Koo JY, Pham CT. Psychodermatology. Practical guidelines on pharmacotherapy. **Arch Dermatol** 1992;128:381-8
64. Farber EM, Nall L. Psoriasis: A stress related disease. **Cutis** 1993;51:322-6.
65. Koblenzer CS. Pharmacology of psychotropic drugs useful in dermatologic practice. **Int J Dermatol**, 1993;32:162-8.
66. Özpoyraz N,Tamam L. Psikokütanöz hastalıklarda tedavi yaklaşımları. **T.Klin J Dermatol 2001**;11:46-55.
67. Schneider VG, Gieler U. Die haut als spiegel der seele: Psychosomatische Dermatologie-aktueller forschungsstand. **Z psychosom Med Psychother** 2001; 47:307.
68. Sukan Yılmaz M. Vitiligo hastalarının psikiyatrik değerlendirmesi ve kronik ürtiker hastaları ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılması. **Uzmanlık Tezi İstanbul** 2005;9-10.
69. Mercan S, Altunay.K.İ. Psikiyatri ve Dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji **Türk Psikiyari Dergisi** 2006:17(4):305-13.
70. Qiu BS, Vallance BA, Blennerhasset PA, Collins SM. The role of CD4+ lymphocytes in the susceptipibility of mice to stres-induced reactivation of experimental colitis. **Nat Med** 1999;5:1178-82.
71. Chandler N, Jacobson S, Esposito P,Connolly R. Acute stres shortens the time of onset of experimental allergic en encephalomyelitis (EAE) IN SJL/J mice **Brain Behav Immun** 2002;16:757-63.
72. Blois S, Tometten M, Kandil J, Hagen E, Klapp BF, Margni RA, Arck PC. ICAM-1/LFA-1 cross talk is a proximate mediator capable of distruping immune

integration and tolerance mechanism at the feto-meternal interface in murine pregnancies. **J Immunol** 2005;174:1820-9.

73. Van Moffaert M. an Overview. *Psychother Psychosom.* **Psychodermatology** 1992;58:125-36.

74. Kent G,al-Abadie M. Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. **Clin Exp Dermatol** 1996 Sep;21(5):330-3.

75. Urpe M, Buggiani G, Lotti T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in Dermatology. **Dermatol Clin** 2005;23:609–17.

76. Glaser R. Stress-associated immune dysregulation and its importance for human health: a personal history of psychoneuroimmunology. **Brain Behav Immun** 2005; 19:3-11.

77. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. **Psychosom Med** 2002;64:15-28.

78. Hosoi J, Tanida M, Tsuchiya T. Mitigation of stress-induced suppression of contact hypersensitivity by odorant inhalation. **Br J Dermatol** 2001; 145 (5):716-9.

79. Garg A, Chren MM, Sands LP, Matsui MS, Marenus KD, Feingold KR, Elias PM. Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis. Implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. **Arch Dermatol** 2001;137:53-9.

80. Alexander F, French TM, Pollack GH et al. Psychosomatic Specificity: Experimental Study and Results. **University of Chicago Pres**, Chicago 1968;97.

81. Teshima H, Kubo C, and Kihara H. Psychosomatic aspects of skin standpoint of immunology. **Psychotherapy Psychosomatics** 1982;37:165-75.

82. Levenstein S, Ackerman S, Kiecolt-Glaser JK et al. Stress and peptic ulcer disease. **JAMA** 1999;281:10-1.

83. Schmidt-Traub S, Bamler KJ. The psychoimmunological association of panic disorder and allergic reaction. **Br J Clin Psychol** 1997;36:51- 62.

84. Alder R,Felten DL . **Psychoneuroimmunology** Sen Diago, Acedemic Pres 2001; 3.

85. O’Sullivan RL,Lipper G, Lernel EA,The neuro-immune-cutaneous-endocrin net work: relationship of min and skin. **Arch Dermatol** 1998;134:1431-5.

86. Millard L.G, Cotteril J.A. Psychocutaneous Disorders: Edited by Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, **Rooks's Textbook of Dermatology**, volume 4, 7th edition, chapter 61
87. Messeri P, Montagna W. Ethologic implication of skin and disturbances. **Clin Dermatol** 1984;2:27-36.
88. Autton N. Touch. **An Expolaration**, London: Dalton, Longman & Todd, 1989; 40-63.
89. Keiko T, Adachi Y, Yokata Y et al. Effects of body touching therapy on the elderly. **J Int Soc Life Science** 2000;18:246-50.
90. Seville RH. Stress and psoriasis: the importance of insight and empathy in prognosis. **J Am Acad Dermatol** 1989;20:97-100.
91. Koblenzer C.S. A neglected but crucial aspect of skin function: a challenge for the 90s. **International Journal of Dermatology** 1990;29:185-6.
92. Solomon, C. Ruth, Gagnon, Claire. Mother and child characteristics and involvement in dyads in which very young children have eczema. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics** 1987;8:213-20.
93. Gil K.M, Keefe F.J and Sampson H.A. Direct observation of scratching behavior in children with atopic dermatitis. **Behavior Therapy** 1988;19:213-27.
94. Daud L.R, Garralda M.E, and David T.J. Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. **Archives of Disease in Childhood** 1993;69:670-6.
95. Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology. The mind and skin connection. **Am Fam Physician**. 2001;64(11):1873-8.
96. Palmblad JE. Stress related modulation of immunity review of human studies. **Cancer Detect Prev suppl** 1987;1:57-64.
97. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patient of metastatic breast cancer. **Lancet** 1989;2:888-9.
98. Lucky AW, Rosenfield RL, McCuire J, Rudy S, Helke J. Adrenal androgen hyperresponsiveness to adrenocorticotropin in women with acne and /or hirsutismus. Adrenal enzyme defects and exaggerated menarche. **J Clin Endocrinol Metab** 1986; 60:840-8.
99. Sulzberger NB, Zaidens SH. Psychogenic factors in dermatologic disorders. **Med Clin Am** 1948;32:669-85.

100. Shalita AR. Treatment of refractory acne. **Dermatology** 1980;3;23-4.
101. Dahan S,Launais B,Lasserre J. Stress et peau. avis du medecin, avis du patient Nouy **Dermatol** 1998;17:90-3.
102. Green J, Sinclair RD. Perceptions of acne vulgaris in final year medical student written examination answers. **Australas J Dermatol** 2001;42:98-101.
103. Kraus S. Stress, acne and skin surface free fatty acids. **Psychosom Med** 1971; 32:503-8.
104. Scholz O. Stress und Akne. **Dtsch Med Wschr** 1987;112:516-20.
105. Harrington CL. Post-adolescent acne and marital break-up. **Br J Dermatol** 1997;137:478-9.
106. Arnold LM, Auchenbach MB, Mc Elroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. **CNS Drugs** 2001;15(5):351-9.
107. Simeon D, Stein DJ, Gross S, Islam N, Schmeidler J, Hollander E. A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. **J Clin Psychiatry** 1997;58:341-7.
108. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using questionnaires. **Br J Dermatol** 1999;140:672-6.
109. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata and psoriasis. **Br J Dermatol** 1998;139:846-50.
110. Yazıcı K,Baz K et al.Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. **JEADV** 2004;18:435-9.
111. Krowchuc DP, StancinT,Keskinin R et al.The psychological effects of acne on adolescents. **Pediatr Dermatol** 1991;8:332-8
112. Aktan S, Özmen E, Sanli B. Anxiety, depression and nature of acne vulgaris in adolescents. **Int J Dermatol** 2000;39:354-7.
113. Jowett S, Ryan T. Skin disease and handicap: an analysis of skin conditions. **Soc Sci Med** 1985;20: 425-9.
114. Cunliffe WJ. Acne and unemployment. **Br J Dermatol** 1986; 115: 386.
115. Welp K, Gieler U. Akne vulgaris: Morphologic, endocrinologic and pschosomatic aspects. **Z Hautkr** 1990;65:1139-45.

116. Medansky RS, Handler RM, Medansky DL. Self-evaluation of acne and emotion: a pilot study. **Psychosomatics** 1981;22:379-83.
117. Garrie SA, Garrie EV. Anxiety and skin diseases. **Cutis** 1978;22:205-8.
118. Niemer V, Kupfer J, Demmelbauer-Ebner M, Stangier U, Effendy I, Gieler U. Coping with acne vulgaris. Evaluation of chronic skin disorder questionnaire in patients with acne. **Dermatology** 1998;196:108-15.
119. Mulder MM, Sigurdsson V, van Zuuren EJ, Klaassen EJ, Faber JA, de Wit JB, van Vloten WA. Psychosocial impact of acne vulgaris, evaluation of the relation between a change in acne severity and psychosocial state. **Dermatology** 2001;203:124-30.
120. Polenghi MM, Zizak S, Molinari E. Emotions and acne. **Dermatology and Psychosomatics** 2002;3:20-5.
121. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ. Psychological factors affecting self-excoriative behavior in women with mild to moderate facial acne vulgaris. **Psychosomatics** 1996;37:127-30.
122. Phillips KA, Dufresne RG Jr. Body dysmorphic disorder: a guide for primary care physicians. **Prim Care** 2002;29(1):99-111.
123. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike MA. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. **Psychiatry Res** 2002;109(1):101-4.
124. Altamura C, Paluello MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci** 2001;251(3):105-8.
125. Hull SM, Cunliffe WJ, Hughes BR. Treatment of the depressed and dysmorphophobic acne patient. **Clin Exp Dermatol** 1991;16:210-1.
126. Patterson WM, Bienvenu OJ, Chodyncki MP, Janniger CK, Schwartz RA. Body dysmorphic disorder. **Int J Dermatol** 2001;40(11):688-90.
127. Woodruff PW, Higgins EM, du Vivier AW, Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. **Gen Hosp Psychiatry** 1997;19(1):29-35.
128. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) a simple practical measure for routine clinical use. **Clin Exp Dermatol** 1994;19(3):210-6.

129. Vogel P. Zur Acne excoriée des jeunes filles-Eine Symptomanalyse. **Hautarzt** 1974;25:333-6.
130. Hughes H, Brown BW, Lawlis GF, Fulton JE. Treatment of acne vulgaris by biofeedback relaxation and cognitive imagery. **J Psychosom Res** 1983;27:185-91.
131. Friedrichs B. Hypnotherapie bei psychosomatischen Hauterscheinungen: Eine Falldarstellung. **Experimentelle und klinische Hypnose** 1985;1:181-5.
132. Shenefelt PD. Hypnosis in dermatology. **Arch Dermatol** 2000; 136: 393-9.
133. Kent A, Drummond LM. Acne excorie a case report of treatment using habit reversal. **Clin Exp Dermatol** 1989;14:163-4.
134. Gupta MA, Gupta AK. Olanzapine may be an effective adjunctive therapy in the management of acne excorie: A case report. **J Cutan Med Surg** 2001;5:25-7.
135. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. **Türk Psikiyatri Dergisi** 1998;9:114-7.
136. Özer S, Demir B, Tuğal Ö, Kabakçı E, Yazıcı MK. Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması. **Türk Psikiyatri Dergisi** 2001;12(3):185-94.
137. Derogatis L.R. The Brief Symptom Inventory(BSI) Administration, Scoring and Procedures Manuel=II, **Clinical Psychometric Research Inc** 1992.
138. Şahin N H ve Durak A. Kısa Semptom Envanteri. Türk Gençleri için Uyarlanması. **Türk Psikoloji Dergisi** 1994;9(31):44-56.
139. Heppner P. P and Peterson C.H. The Development and İmplications of a personal problem solving inventory. **Journal of Counseling Psychology** 1982; 29:66-75.
140. Şahin N, Şahin NH, Heppner P. Psychometric properties of the problem Solving Inventory in a group of Turkish universitys students. **Cognit Ther Res** 1993;17:379-96.
141. Özer AK. Sürekli Öfke (sl-öfke) ve Öfke İfade Tarz (öfke tarz) ölçekleri ön çalışması. **Türk Psikoloji Dergisi** 1994;31:26-35.
142. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel ve Davranışçı Terapilerde Değerlendirme. Sık Kullanılan Ölçekler. **Türk Psikologlar Derneği Yayınları** Ankara 1997.

143. Rotter J.B. Generalized expectancies for internal vs external control of reinforcement **Psychological Monographs** 1966;80:1-28.
144. Dağ. Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeğinin üniversite öğrencilerinde güvenilirlik ve geçerlilik. **Psikoloji Dergisi** 1991;7(26):10-6.
145. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care** 1992;30:473-83.
146. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memi A. SF-36'nin Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. **Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi** 1999.
147. Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. **Can Fam Physician** 2002;48:712-6.
148. John KOO. Psychodermatology: A practical manual for clinicians. **Curr Probl Dermatol** 1995;7:204-32.
149. A.Smithard, C.Glazebrook, H.C.Williams. Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence:a community-based study **Br J Dermatol** 2001;145(2):274-9.
150. A.Mosam et al. Quality of life issues of South africans with acne. **Clinical and experimental dermatology** 2004;30:6-9
151. Lasek RJ, Chren M. Acne Vulgaris and the quality of adult dermatology patients. **Dermatol** 1998;134:454-8.
152. Altunay, Mercan. Akne Vulgariste psikopatolojik Etkiler. **Dermatosa** 2005 4(2):92-5.
153. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN, Voorhees JJ. Psychiatric aspects of the treatment of mild and moderate facial acne: some preliminary observations. **Int J Dermatol** 1990;29(10):719-21.
154. Kellet SC, Gawkrödger DJ. The psychosocial and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. **Br J Dermatol** 1999;140(2):273-82
155. Aktan Ş, Özmen E, Yavuz Ş. Akne vulgarisli hastalarda görülen psikiyatrik belirtiler. **Türkderm** 1994;28:93-8.
156. Tan JK: Psychosocial impact of acne vulgaris: evaluating the evidence. **Skin Therapy Letter** 2004;9(7):1-3.
157. Koo JYM. The psychosocial impact of acne: patients' perceptions. **J Am Acad Dematol** 1995;32:26 - 30.

158. Koo JYM, Smith LL. Report on teenage acne and self esteem. National Family Opinion, Inc, **Reported to American Medical Association**, 1994.
159. Wu SF, Kinder BN, Trunnell TN, Fulton JE. Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with the severity of the disorder. **J Am Acad Dermatol** 1988; 16:325-33.
160. Myhill JE, Leichtman SR, Burnett JW et al. Self-esteem and social assertiveness in patients receiving isotretinoin treatment for cystic acne. **Cutis** 1988;41:171-3.
161. Özcan Y ve ark. Akne vulgarisli bireylerde kişilik özellikleri. **Klinik Psikiyatri** 2000;3:56- 60.
162. Lim LCC, Tan TC. Personality, disability and acne in college students. **Clin Exp Dermatol** 1991;16:371-3.
163. Wu SF, Kinder BN, Trunnell TN, Fulton JE. Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with the severity of the disorder. **J Am Acad Dermatol** 1988;16:325-32.
164. Cunliffe WJ, Hull SM, Hughes BR. The benefit of isotretinoin in the severely depressed/dysmorphic patient. **Second International Congress on Psychiatry and Dermatology University of Leeds** ,UK (Abstract) 1989.
165. Savin JA. The hidden face of dermatology. **Clin Exp Dermatol** 1993;18(5): 393-5.
166. Koo J. Cutaneous sensory disorder. **Dermatol Clin** 1996;14(3):497-502.
167. Bach M, Bach D. Psychiatric and psychometric issues in acne excoriee. **Psychoter Psychosom** 1993;60:207-10.
168. Fried RG. Evaluation and treatment of “psychogenic” pruritus and self excoriation. **J Am Acad Dermatol** 1994;30:993-9.
169. Gürler A, Tuğcu H, Erdem C. Psychiatric symptomatology of Behçet, psoriasis, alopecia patients. **Türk J Dermatology** 1991;1:5-9.
170. Gingsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. **Int J dermatol** 1993;32:587-91.
171. Phillips K.A. The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder. **oxford university pres** New York 1996.

172. Smith TW, Ruiz JM. Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. **J Consult Clin Psychol** 2002;70:548-68.
173. Kiecolt-Glaser JK, Mc Guirel, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology: psychological influence on immune function and health. **J Consult Clin Psychol** 2002;70:537-47.
174. Kiecolt-Glaser JK, Mc Guirel, Robles TF, Glaser R. Emotion, morbidity, and new perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annu Rev Psychol* 2002;53:83-107.
175. Sayar K, Ugurad I, Kural Y, Acar B. The Psychometric Assessment of Acne Vulgaris Patients. **Dermatology and Psychosomatics** 2000;1:62-5.
176. Engin E, Özaksar A. Dermatoloji hastalarının problem çözme becerileri ve öfke duyguları arasındaki ilişki. I. **Ege Dermatoloji Günleri Program ve Özet Kitabı** 2005;140:11-4.
177. Martin AR, Lookingbill DP, Botek A et al. Health-related quality of life among patients with facial acne-assessment of new-specific questionnaire. **Clin Exp Dermatol** 2001;26:380-5
178. Dağ. Kontrol odagi ölçeği (KOÖ). Ölçek geliştirme, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. **Türk Psikoloji Dergisi** 2002;17(49):77-90.
179. Meijer C.J. Dermatology Life Quality Index (DLQI) a simple practical measure for routine clinical use. **Clin Exp Dermatol** 1994.
180. Dağ İ. Kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve psikopatoloji ilişkileri. **Psikoloji Dergisi** 1992;7(27):1-9.
181. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, Hull AR, Lowrie EG. The quality of life of patients with end stage renal disease. **N Engl J Med** 2000;312:553-9.
182. D’Zurilla, T. J. Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention. **Springer** New York 1986.
183. Mechanic D. Discussion of research programs on relations between stressful life events and episodes of physical illness. In B. S. Dohrenwend and B. P. Dohrenwend, **Stressful life events**. Wiley New York 1974:8-97

184. Heppner P. P and Anderson, W. P. The relationship between problem-solving self-appraisal and psychological adjustment. **Cognitive Therapy and Research** 1985;9:415–27.
185. Nezu A. M. Differences in psychological distress between effective and ineffective problem solvers. **Journal of Counseling Psychology** 1985;32:135–8.
186. Eskin M, Ertekin K. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. **Türk Psikiyatri Dergisi** 2008.
187. Borsoi D. Problem solving skills in male and female gambling. **Gambling Research** 2003;8.
188. İlhan. Ö.İ, Demirbaş H. Alkol bağımlılığı olan bir hasta grubunda problem çözme yollarının içmeye başlamasıyla ilişkisi. poster
189. Priester MJ, Clum GA. Perceived problem-solving ability as a predictor of depression, hopelessness and suicide ideation in a college population. **J Counseling psychol** 1993;40:79-85.
190. Harley R, Petersen T, Scalia M, Papacostas G I, Farabaugh A, Fava M. **Depression and Anxiety** 2006;23(8);496-501.
191. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Landek B. SF-36 Health Survey. **Manual and Interpretation Guide**. Boston Nimrod Press 1993.
192. Lasek RJ, Chren MM. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. **Arch Dermatol** 1998;134(4):454–8.
193. Motley RJ, Finlay AY. How much disability is caused by acne? **Clin Exp Dermatol** 1989;14:194–8.
194. Öztürkcan S, Aydemir Ö, İnanır I. Akne vulgarisli hastalarda yaşam kalitesi. **T Klin J Dermatoloji** 2002;12:131-4.
195. Abeni D, Picardi A, Pasquini P, Melchi CF, Chren MM. Further evidence of the validity and reliability of the Skindeks-29: An Italian study on 2242 dermatological outpatients. **Dermatol** 2002;204:43-9.

8. EKLER

EK:1

MONTGOMERY VE ÅSBERG DEPRESYON ÖLÇEĞİ (M.Å.D.R.S.)

Değerlendirme, belirtilere ilişkin daha açık uçlu sorulardan başlayarak, ayrıntılı olarlara doğru ilerleyen şekildein kesin bir şekilde derecelendirilmesini sağlayan soruların sorulduğu bir klinik görüşmeye dayanmalıdır. Ölçümü yapan, ölçümün tanımlanan ölçek basamaklarında mı (0-2-4-6), yoksa bu basamakların arasındadır mı (1-3-5) derecelendirileceğine karar vermelidir.

Ölçekteki maddelere göre derecelendirilemeyen bir depresif hastayla karşılaşmanın çok seyrek olabileceğini hatırlatmak önemlidir. Hastadan kesin yanıtlar alınamıyorsa, değerlendirme alışlagelen klinik uygulamalardaki gibi, tüm ilgili ipuçları ve diğer kaynaklardan edinilen bilgiler temel alınarak yapılmalıdır. Ölçek, ölçümler arasındaki herhangi bir zaman aralığı için kullanılabilir, değerlendirme haftada bir ya da farklı süreler için yapılabilir, ancak bu süre mutlaka kaydedilmelidir.

I. GÖRÜNEN KEDER

Duruş, konuşma ve yüz ifadesine, vels, hüznün ve ümitsizliğin yansımaları (gölge geçici mutsuzluktan fazladır).

Dertliliğine ve neşelenememe derecesine göre derecelendiriniz.

- 0 Kederli değil
- 1
- 2 Keyifsiz görünür, ancak zorluk çekmeden neşelenebilir.
- 3
- 4 Çoğu zaman kederli ve mutsuz görünür
- 5
- 6 Her zaman çok mutsuz görünür. İleri derecede ümitsizdir.

II. İFADE EDİLEN KEDER

Görünüşe yansısın veya yansımaları, ifade edilen çökün duygudurumunu tanımlar. Bunlara neşesizlik, vels ya da yardım edilemeyeceği ve umutsuzluk duyguları da dahildir.

Yoğunluk, süre ve duygudurumun olaylardan ne ölçüde etkilenmekte olduğuna göre değerlendirin.

- 0 Olaylarla ilgili olarak zaman zaman kederlidir.
- 1
- 2 Kederli ve keyifsizdir, ancak kolayca neşelenebilir.
- 3
- 4 Yagun keder ve hüznün. Duygudurumu yine de dış koşullardan etkilenmemektedir.
- 5
- 6 Sürekli ve değişmeyen keder, mutsuzluk ya da ümitsizlik.

III. İÇSEL GERGİNLİK

İyi ifade edilmeyen rahatsızlık, huzursuzluk, telaştan, panik, dehşet ya da istrap duygularına kadar varan zihinsel gerginlik.

Yoğunluk, sıklık, süre ve yansımama ihtiyacı derecesine göre değerlendirilir.

- 0 Sakindir. Yalnızca gelip geçici bir gerginlik hissi vardır.
- 1
- 2 Zaman zaman huzursuzluk ve iyi ifade edilemeyen rahatsızlık duyguları vardır.
- 3
- 4 Sürekli içsel gerginlik duyguları ya da ara ara gelen hastanın çok zorlanmadan başa çıkabildiği panik halleri mevcuttur.
- 5
- 6 Dinmeyen bir dehşet ya da istrap. Başa çıkulamayan bir panik hali.

IV. UYKUDA AZALMA

Bireyin iyi olduğu zamandaki normal uyku düzenine göre uyku süresinde ya da derinliğindeki azalmadır.

- 0 Her zamanki gibi uyunmaktadır.
- 1
- 2 Uykuya dalmakta biraz zorlanma ya da hafifçe azalmış, yüzeysel ya da dinlendirmeyen uyku mevcuttur.
- 3
- 4 Uyku en az iki saat kısalmış ya da toplam olarak en az iki saat süre ile bölünmüştür.
- 5
- 6 İki ya da üç saatten az uyunmaktadır.

V. İŞTAH AZALMASI

İyi olduğu zamana göre iştah azalması.

Yemeğe karşı istek kaybı ya da yemek için kendisini zorlama ihtiyacına göre derecelendirin.

- 0 Normal ya da artmış iştah.
- 1
- 2 İştah biraz azalmıştır.
- 3
- 4 İştah yoktur. Yemekler tatsızdır.
- 5
- 6 Yemek yemesi için zorlanması gerekmektedir.

VI. DİKKATİNİ TOPLAMAKTA GÜÇLÜK

Kişinin düşüncelerini toplamasındaki güçlüklerden. İş güce görebilmesine engel olan tüm bir dikkat kaybına kadar değişir. Şiddet, sıklık ve ortaya çıkan yetersizlik derecesine göre değerlendirilir.

- 0 Dikkat toplama güçlüğü yoktur.
- 1
- 2 Kişi düşüncelerini toplamakta zaman zaman güçlük çeker.
- 3
- 4 Okumayı ya da bir konuşmayı sürdürmekte bozulmaya yol açan, dikkatini toplama ve düşüncenin sürdürülmesinde güçlük.
- 5
- 6 Büyük güçlekle okuyabilir ya da konuşmasını sürdürebilir.

VII. BİTKİNLİK/YORGUNLUK

İşlere başlamada ya da sürdürmede görülen güçlük ya da yavaşlık.

- 0 Başlama güçlüğü hemen hemen hiç yoktur. Hareketlerde ağırlık bulunmamaktadır.
- 1
- 2 Faaliyetlere başlamakta güçlük.
- 3
- 4 Basit gündelik işlere zor başlanır ve bu işler gayret sarfederek yürütülür.
- 5
- 6 Tam bir yorgunluk/bitkinlik. Hiçbir şeyi yorulmaksızın yapamaz.

VIII. HİSSEDEMEME

Çevreye karşı veya normalde haz veren şeylere karşı ilgisizlik azalması. Olumsuz ya da kişilere yeterli duygusal tepki verme yeteneği azalmıştır.

- 0 Çevreye ve diğer kişilere karşı normal ilgi.
- 1
- 2 Her zamanki ilgilerden hoşlanma yeteneğinde azalma.
- 3
- 4 Çevreye karşı ilgi kaybı. Arkadaşlara ve tanıdıklara karşı duygu kaybı.
- 5
- 6 Duygusal olarak felç olma hissi, öfke, elem ya da haz hissedememe ve yakın akrabala ve arkadaşlara karşı tam ve hatta acı veren duygu kaybı.

IX. KÖTÜMSER DÜŞÜNCELER

Suçluluk, aşağılık duyguları, kendini kınama, hor görme, günahkarlık, pişmanlık ve gültü nasihet duyguları

- 0 Kötümser düşünceler yoktur.
- 1
- 2 Başsımsızlık, kendini kınama ya da kendini aşağılama ile ilgili gelip giden düşünceler.
- 3
- 4 Devamlı kendini suçlama ya da kesin olarak varolan ancak gerçeğe uygun suçluluk ya da günahkarlık düşünceleri. Gelecek hakkında kötümserliği git ilkece artlar.
- 5
- 6 Yıkılmışlık, pişmanlık ya da atfedilmez günahkarlık hazeyanları. Sarsılmaz ve anlaşılmaz bir şekilde kendini suçlama.

X. İNTİHAR DÜŞÜNCELERİ

Hayatın yaşanmaya değer olmadığına ilişkin duygular, kendiliğinden ölmeyi arzulamak, intihar düşünceleri ve intihara hazırlanma.

İntihar girişimleri tek başına dersleştirilmeyi etkilememelidir.

- 0 Yaşamdan zevk alır ve olduğu gibi kabül eder.
- 1
- 2 Yaşamaktan yorulma. Gelip geçici intihar düşünceleri.
- 3
- 4 Ölse daha iyi olacağını düşünme. İntihar düşünceleri sıkır ve intiharı olan bir çözümü olduğunu düşünür, ancak özel bir plan ya da niyeti yoktur.
- 5
- 6 Fırsat bulduğunda intihar için açık plânlardır. İntihar hazırlığı içindedir.

Toplam puan: _____

EK:2

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)

3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirci)

BİRİNİ İŞARETLEYİN

1. ANKSİYETELİ MIZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, inkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR: Kararıktan, yabancıardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6. DEPRESİF MIZAÇ: İlgisi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7. SOMATİK (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
8. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4

9.	SOĞUK SEMPTOMLARI: Göğüste baslı veya sılışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispre.	0	1	2	3	4
10.	GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
11.	GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, frigidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, emporans.	0	1	2	3	4
12.	OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların dken dken olması.	0	1	2	3	4
13.	GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, ahıda kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı solunma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, tırnak tendon sıçramaları, dilate pupiller, ezofajismus.	0	1	2	3	4
TOPLAM:	PSİŞİK: (1,2,3,5,6)	SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13)				

Değerlendiren Dr:

KSE
(KISA SEMPTOM ENVANTERİ)

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtileri ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin **SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU** yandaki bölüme uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiç bir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:
Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 0 Hiç Yok | 3 Epey var |
| 1 Biraz var | 4 Çok Fazla var |
| 2 Orta Derecede var | |

	Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?				
	Hiç	Biraz	Orta	Epey	Çok Fazla
1. İçinizdeki sınırlılık ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16. Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19. Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4

Bu belirtiler son bir
haftadır sizde ne kadar var?

	Hiç	Biraz	Orta	Epey	Çok Fazla
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermeye güçlükler	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30. Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın "bomboş" kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda (dikkati birşey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39. Ölüme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Birşeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış birşeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görmek/ değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53. Akılınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

EK:4

PÇE
(PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ)

Bu envanterin amacı, günlük yaşantınızdaki problemlerinize (sorunlarınıza) genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizi belirlemeye çalışmaktır. Sözünü ettiğimiz bu problemler, matematik ya da Fen derslerindeki alışmış olduğumuz problemlerden farklıdır. Bunlar, kendini karamsar hissetme arkadaşlarla geçinememe, bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler ya da boşanıp boşanmama gibi karar vermesi zor konularda ve hepimizin başına gelebilecek sorunlardır. Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı gözönünde bulundurarak cevaplandırın. Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözümlenmesi gerektiğini düşünerek değil, böyle sorunlarla karşılaştığınızda **gerçekten** ne yaptığınızı düşünerek vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun: "Burada sözü edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım?"

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

- 1 Her zaman böyle davranırım
2 Çoğunlukla böyle davranırım
3 Sık sık böyle davranırım

- 4 Arada sırada böyle davranırım
5 Ender böyle davranırım
6 Hiçbir zaman böyle davranmam

		Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?					
		Her zaman			Hiç bir zaman		
1	Bir sorunumu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarsız ise bunların neden başarsız olduğunu araştırmam.	1	2	3	4	5	6
2	Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem.	1	2	3	4	5	6
3	Bir sorunumu çözmek için gösterdiğim ilk çabalar başarsız olursa bu sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim.	1	2	3	4	5	6
4	Bir sorunumu çözdükten sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını ayrıntılı olarak düşünmem.	1	2	3	4	5	6
5	Sorunlarımı çözmek konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim.	1	2	3	4	5	6
6	Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım.	1	2	3	4	5	6
7	Bir sorunum olduğunda onu çözebilme için başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6
8	Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim.	1	2	3	4	5	6
9	Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık-seçik terimlerle ifade etmeye uğraşmam.	1	2	3	4	5	6

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

- 1 Her zaman böyle davranırım
- 2 Çoğunlukla böyle davranırım
- 3 Sık sık böyle davranırım

- 4 Arada sırada böyle davranırım
- 5 Ender böyle davranırım
- 6 Hiçbir zaman böyle davranmam

		Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?					
		Her zaman			Hiç bir zaman		
10	Başlangıçta çözümünü farketmesemde sorunlarımın çoğunu çözme yeteneğim vardır.	①	②	③	④	⑤	⑥
11	Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır.	①	②	③	④	⑤	⑥
12	Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum.	①	②	③	④	⑤	⑥
13	Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim.	①	②	③	④	⑤	⑥
14	Bazen durup sorunlarım üzerine düşünmek yerine gelişi güzel sürüklenip giderim.	①	②	③	④	⑤	⑥
15	Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem.	①	②	③	④	⑤	⑥
16	Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm.	①	②	③	④	⑤	⑥
17	Genellikle aklıma gelen ilk fikir doğrultusunda hareket ederim.	①	②	③	④	⑤	⑥
18	Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer, tartar, birbirleriyle karşılaştırır, sonra karar veririm.	①	②	③	④	⑤	⑥
19	Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.	①	②	③	④	⑤	⑥
20	Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım.	①	②	③	④	⑤	⑥
21	Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem.	①	②	③	④	⑤	⑥
22	Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir.	①	②	③	④	⑤	⑥
23	Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.	①	②	③	④	⑤	⑥
24	Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır.	①	②	③	④	⑤	⑥

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

- 1 Her zaman böyle davranırım
- 2 Çoğunlukla böyle davranırım
- 3 Sık sık böyle davranırım

- 4 Arada sırada böyle davranırım
- 5 Ender böyle davranırım
- 6 Hiçbir zaman böyle davranmam

Ne kadar sıklıkla
böyle davranırsınız?

Her zaman

Hiç bir zaman

		Her zaman					Hiç bir zaman
25	Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde, bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşıyorum.	1	2	3	4	5	6
26	Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.	1	2	3	4	5	6
27	Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime güveniyorum.	1	2	3	4	5	6
28	Elimdeki seçeneklerin karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.	1	2	3	4	5	6
29	Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam.	1	2	3	4	5	6
30	Bir sorunla karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışındaki etmenleri genellikle dikkate almam.	1	2	3	4	5	6
31	Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.	1	2	3	4	5	6
32	Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam.	1	2	3	4	5	6
33	Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklemediğim sonuca uyar.	1	2	3	4	5	6
34	Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir.	1	2	3	4	5	6
35	Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır.	1	2	3	4	5	6

SÖÖTÖ
(DURUMLUK SÜREKLİ ÖFKE ÖLÇEĞİ)

I BÖLÜM

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun sonra da *genel* olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangibir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğiniz gösteren cevabı işaretleyin.

- 1 Hiç
- 2 Biraz
- 3 Oldukça
- 4 Tümüyle

	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
1 Çabuk parlam.	1	2	3	4
2 Kızgın mizaçlıyım.	1	2	3	4
3 Öfkesi burnunda bir insanım.	1	2	3	4
4 Başkalarının hataları,yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	1	2	3	4
5 Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.	1	2	3	4
6 Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4
7 Öfkelendiğimde ağızıma geleni söylerim.	1	2	3	4
8 Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	1	2	3	4
9 Engellendiğimde içimden birine vurmak gelir.	1	2	3	4
10 Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	1	2	3	4

II. BÖLÜM

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangibir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğiniz gösteren cevabı işaretleyin.

- 1 Hiç
- 2 Biraz
- 3 Oldukça
- 4 Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
11 Öfkemi kontrol ederim.	1	2	3	4
12 Kızgınlığımı gösteririm.	1	2	3	4
13 Öfkemi içime atarım.	1	2	3	4
14 Başkalarına karşı sabırlıyım.	1	2	3	4
15 Somurtur ya da surat asarım.	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
16 İnsanlardan uzak dururum.	1	2	3	4
17 Başkalarına iğneli sözler söylerim.	1	2	3	4
18 Soğukkanlılığımı korurum.	1	2	3	4
19 Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	1	2	3	4
20 İçin için köpürürüm ama göstermem.	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
21 Davranışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4
22 Başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
23 İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	1	2	3	4
24 Beni çileden çıkaran hemeys e saldırırım.	1	2	3	4
25 Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
26 Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	1	2	3	4
27 Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	1	2	3	4
28 Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	1	2	3	4
29 Kötü şeyler söylerim.	1	2	3	4
30 Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
31 İçimden insanların farkettiğinden daha fazla sinirtenirim.	1	2	3	4
32 Sinirlerime hakim olamam.	1	2	3	4
33 Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.	1	2	3	4
34 Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	1	2	3	4

RİDKOÖ (ROTTER'İN İÇ-DIŞ KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ)

Bu anket, bazı önemli olayların insanları etkileme biçimini bulmayı amaçlamaktadır. Her maddede 'a' yada 'b' harfleriyle gösterilen iki seçenek bulunmaktadır. Lütfen, her seçenek çiftinde sizin kendi görüşünüze göre bir seçeneği yansıttığına inandığınız cümleyi (yalnız bir cümleyi) seçiniz ve yuvarlak içine alınız.

Seçiminizi yaparken, seçmeniz gerektiğini düşündüğünüzü veya doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, gerçekten daha doğru olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. Bu anket kişisel inançlara ilgilidir; bunun için 'doğru' ya da 'yanlış' diye bir cevap söz konusu değildir.

Bazı maddelerde de her iki cümleye de inandığınızı ya da hiç birine inanmadığınızı düşünebilirsiniz. Böyle durumlarda, size uygun olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. Seçim yaparken her bir cümle için bağımsız karar veriniz; önceki tercihlerinizden etkilenmeyiniz.

1.	a.	Ana-babaları çok fazla cezalandırdıkları için çocuklar problemli oluyor.
	b.	Günümüz çocuklarının çoğunun problemi, ana-babaları tarafından aşırı serbest bırakılmalarıdır.
2.	a.	İnsanların yaşamındaki mutsuzlukların çoğu, biraz da şanssızlıklarına bağlıdır.
	b.	İnsanların talihsizlikleri kendi hatalarının sonucudur.
3.	a.	Savaşların başlıca nedenlerinden biri, halkın siyasetle yeterince ilgilenmemesidir.
	b.	İnsanlar savaşı önlemek için ne kadar çaba harcarsa harcarsın, her zaman savaş olacaktır.
4.	a.	İnsanlar bu dünyada hak ettikleri saygıyı er geç görürler.
	b.	İnsan ne kadar çabalarsa çabalasın ne yazık ki değeri genellikle anlaşılmaz.
5.	a.	Öğretmenlerin öğrencilere haksızlık yaptığı fikri saçmadır.
	b.	Öğrencilerin çoğu, notlarının tesadüfi olaylardan etkilendiğini farketmez.
6.	a.	Koşullar uygun değilse insan başarılı bir lider olamaz.
	b.	Lider olamayan yetenekli insanlar fırsatları değerlendirememiş kişilerdir.
7.	a.	Ne kadar uğraşsanız da bazı insanlar sizden hoşlanmazlar.
	b.	Kendilerini başkalarına sevdiremeyen kişiler, başkalarıyla nasıl geçinileceğini bilmeyenlerdir.
8.	a.	İnsanın kişiliğinin belirlenmesinde en önemli rolü kalıtım oynar.
	b.	İnsanların nasıl biri olacaklarını kendi hayat tecrübeleri belirler.
9.	a.	Bir şey olacaksa eninde sonunda olduğuna sık sık tanık olmuşumdur.
	b.	Ne yapacağıma kesin karar vermek kadere güvenmekten daima daha iyidir.
10.	a.	İyi hazırlanmış bir öğrenci için, adil olmayan bir sınav hemen hemen söz konusu olamaz.
	b.	Sınav sonuçları derste işlenenle çoğu kez o kadar ilişkisiz oluyor ki, çalışmanın anlamı kalmıyor.
11.	a.	Başarılı olmak çok çalışmaya bağlıdır; şansın bunda payı ya hiç yoktur yada çok azdır.
	b.	İyi bir iş bulmak, temelde, doğru zamanda doğru yerde bulunmaya bağlıdır.
12.	a.	Hükümetin kararlarında sade vatandaş da etkili olabilir.
	b.	Bu dünya güç sahibi birkaç kişi tarafından yönetilmektedir ve sade vatandaşın bu konuda yapabileceği fazla birşey yoktur.
13.	a.	Yaptığım planları yürütebileceğimden hemen hemen eminimdir.
	b.	Çok uzun vadeli planlar yapmak her zaman akıllıca olmayabilir, çünkü birçok şey zaten iyi ya da kötü şansa bağlıdır.

Bu belirtiler son bir
haftadır sizde ne kadar var?

	Hiç	Biraz	Orta	Epey	Çok Fazla
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30. Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın "bomboş" kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmamız gerektiği	0	1	2	3	4
35. Gelecekte ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda (dikkati birşey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Birşeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğerlerinin yanındaiken yanlış birşeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görmek/ değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

EK:7

Hasta adı soyadı:

Tarih:

SF 36

- Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü
- Bir yıl öncesine karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesineyle hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
- Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayı, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masaya çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK VE ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer aktiviteler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
İ hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer aktivitelerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer aktiviteleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerekliliği)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızı (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer aktiviteler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
İ hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal aktivitelerinizi ne kadar etkiledi?
- a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi
7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrıınız oldu?
- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli.
8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem evişlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?
- a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi

d) Oldukça etkiledi

e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi tanımlayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinürlü bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kollar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüznüü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

Kesinlikle Çoğunlukla Birmiyorum Çoğunlukla Kesinlikle

Diğer insanlardan biraz daha kolay
hastalanıyor gibiyim.

Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.

Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.

Sağlığım mükemmel.

