

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AKNELİ ERGENLERDE PSİKIYATRİK KOMORBİDİTE,
KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI, İNTİHAR OLASILIĞI
VE İLİŞKİLİ PSİKIYATRİK FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ:
OLGU-KONTROL ÇALIŞMASI**

Dr. Funda ÖZYAY EROĞLU

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMANLAR

Doç. Dr. Evrim AKTEPE

Doç. Dr. İjlal ERTURAN

ISPARTA - 2016

TEŞEKKÜR

Çalışma azmini, tez canlılığını ve özverisini örnek aldığım, asistanlık eğitimim boyunca desteğini ve emeğini esirgemeyen, aşıladığı aile bilinci ile yaptığım işi benimsememi sağlayan, çok şey öğrendiğim ve halen öğrenmeye devam ettiğim, bilgisi ve tecrübesi ile her zaman yanımda olan değerli hocam Doç. Dr. Evrim AKTEPE'ye;

Birlikte çalışma imkanı bulmaktan onur duyduğum, zamanını, bilgi ve deneyimlerini büyük bir sabır ve özveri ile benimle paylaşan, en zor zamanlarda bile moralimi düzeltmeye çalışan, güler yüzü ile desteğini hep hissettiğim, pratik zekasına ve çalışkanlığına hayran olduğum sevgili hocam Doç. Dr. İjlal ERTURAN'a;

Asistanlığa birlikte başladığımız, acı-tatlı birçok anı paylaştığımız, her türlü zorluğumda destek olan, keyifli ve sıcacık bir asistanlık süreci geçirmemde emeği olan, ailemin parçası, canım yoldaşlarım ve arkadaşlarım Uzm. Dr. Adem IŞIK ve sevgili eşi Hatice IŞIK, gönüllerin uzmanı Dr. Orhan KOCAMAN ve sevgili eşi Fatma KOCAMAN'a;

Birlikte çalışmaya başladığımız andan itibaren yakın birer dost ve kardeş olan, renkli ve zarif kişilikleriyle kendilerinden çok şey öğrendiğim, birlikte zorlukları eğlenceye çevirdiğimiz, canım arkadaşlarım Dr. Emel ÖZEN ve Dr. Büşra BAĞCI ve onlar sayesinde tanıma fırsatı bulduğum ve desteklerini her zaman hissettiğim Dr. Çiğdem AYDOĞAN ve Dr. Ali BAĞCI'ya;

Birlikte çalıştığımız kısa zamanda bile yardımlarını esirgemeyen, desteklerini her zaman hissettiğim, güzel dostluklara adım attığımız Dr. Abdülbaki AKYILDIZ, Dr. Yakup ERDOĞAN ve Dr. Pınar AYDOĞAN AVŞAR'a;

Maddi manevi cömertliklerine, bilgi ve sabırlarına hayran olduğum, kendilerinden mesleğe ve hayata dair çok şey öğrendiğim, her daim ufkumu genişleten başta Prof. Dr. Süleyman Serhat GÜRPINAR, Yrd. Doç. Dr. Mustafa DEMİRER ve Yrd. Doç. Dr. Ahmet KÜPELİ olmak üzere, Uzm. Dr. Abdulkadir YILDIZ, Dr. Özgür Rıza KAYĞUSUZ, Dr. Muhammet ÖZBOSTAN, Dr. Sedat

SEVİCİN, Dr. Bilgehan DUMAN, Hatice KAYA, Ayşe ÖZDAMAR KIZILKAYA, Nurdan YÜCEER'e;

Erişkin psikiyatrisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. Ramazan ÖZÇANKAYA ve Prof. Dr. Duru KUZUGÜDENLİOĞLU'na;

Bilgi ve deneyimlerini paylaşmaktaki cömertlikleri ile asistanlığım boyunca desteklerini hep hissettiğim, güler yüzlü ve arkadaşça tavırlarıyla birlikte çalışmayı büyük bir keyfe çeviren Doç. Dr. Abdullah AKPINAR, Doç. Dr. İnci Meltem ATAY, Yrd. Doç. Dr. Arif DEMİRDAŞ, ve Yrd. Doç. Dr. Kadir DEMİRCİ'ye;

Asistanlık eğitimimin en güzel kazanımlarımı, birlikte gülüp birlikte ağladığım, geçirdiğimiz her anın keyifli olduğu, özçekimlerimde olduğu gibi en zor anlarımda da hep arkamda olup beni destekleyen dostlarım; Dr. Bilal-Esma Tanrıtanır, Gizem-Bilge KAYA EKİNCİ, Dr. Gülin-Onur ÖZDAMAR ÜNAL, Dr. Cafer Çağrı KORUCU, Dr. Hasan-Emine BALABAN, Dr. Fatma-Özgür KAPLAN BAŞAL, Dr. Havva SERT UYSAL, Dr. Mehmet-Havva AKGÖNÜL, Dr. İbrahim Halil ASLAN, Dr. Ekrem DİDİN, Dr. Süleyman KELEŞ, Dr. Merve ORHAN, Dr. Ayşe USTA, Dr. Kevser ALTINTAŞ, Sema AKBAŞ, Mürşide DEMİRCAN, Dilek GÜNAL ve Dilek ZEYBEK'e;

Ailemizin gönlünde taht kuran, canım kardeşim Dr. Ayşe Rümeysa Yaman'a;

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca eğitimime katkıda bulunan ve kendimi oraya ait hissettiren değerli hocalarım Prof. Dr. Hüseyin PER, Prof. Dr. Sefer KUMANDAŞ, Doç. Dr. Hakan GÜMÜŞ ve Doç. Dr. Mehmet CANPOLAT'a;

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca birlikte çalıştığım, birçok güzel anıyı paylaştığım, keyifli, neşe dolu bir eğitim süreci geçirmemi sağlayan arkadaşlarım Uzm. Dr. Gül Demet KAYA, Uzm. Dr. Hamit ACER, Dr. Pelin KAÇAR, Ayten AKYÜREK, Yeliz VELİBAŞOĞLU ve Nalan GÜMÜŞ'e;

Öğrencilik yıllarımda imrenerek baktığım ve yıllar sonra fahri asistanı olma şerefine ulaştığım değerli ablam ve hocam Yrd. Doç. Dr. Sevgi ÖZMEN ve beraberinde bilgi ve deneyimlerinden faydalanma imkanı sağlayarak bana farklı bir bakış açısı kazandıran, güler yüzlü sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Esra DEMİRCİ'ye;

Verilerin toplanması ve tezin yazım aşamasında misafirperverliği, güler yüzü ve hoş sohbetleri ile katkı sağlayan Betül KORKMAZ, Raziye ÇANDAR ve Hülya AKPINAR'a;

Bu zorlu yolda bize eşlik etmeye başladıkları andan beri hayatımızı renklendiren ailemizin minik ama kalpleri büyük üyeleri; Bilal Arda, Doruk Efe, Tarık Mert, Said Yağız, Defne, Zeynep, Ahmet Ali, Mehmet, Ahmet Çağan, İsmail, Zehra ve bebek Bağcı'ya;

Bugüne kadar eğitim, öğretim ve meslek hayatım boyunca üzerimde emeği olan değerli öğretmenlerim, hocalarım, mesai arkadaşlarıma;

Sevgi ve desteğini hiç bir zaman esirgemeyen, yaşadığım her zorlukta hep yanımda duran, beni ben yapan canım aileme;

Hayatımdaki anlamlarını kelimelerle tarif etmekte zorlandığım, varlıkları ile içimi ısıtan, hayatıma anlam ve neşe katan, sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim canım ailem, bi'tanelerim; sevgili eşim İbrahim EROĞLU ve oğlum Melih Eren'e teşekkür ederim.

Dr. Funda ÖZYAY EROĞLU

Isparta, Haziran 2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Psikodermatoloji	4
2.1.1. Psikodermatolojinin Yeri	4
2.1.2. Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırılması.....	5
2.2. Akne Vulgaris	6
2.2.1. Tanım	6
2.2.2. Epidemiyoloji.....	6
2.2.3. Etiyoloji.....	7
2.2.4. Klinik Özellikler	9
2.2.5. Tedavi.....	10
2.3. Yaşam Kalitesi	10
2.3.1. Yaşam Kalitesi ve Akne Vulgaris İlişkisi	11
2.4. Yaşam Doyumu.....	12
2.4.1. Yaşam Doyumu ve Akne Vulgaris İlişkisi	12
2.5. Benlik Saygısı	12
2.5.1. Benlik Saygısı ve Akne Vulgaris İlişkisi	13
2.6. Yalnızlık.....	14
2.6.1. Yalnızlık ve Akne Vulgaris İlişkisi.....	14
2.7. İntihar	15
2.7.1. İntiharın Tanımı	15
2.7.2. İntiharın Epidemiyolojisi	16
2.7.3. İntiharı Önleme	16
2.7.4. İntihar ve Akne Vulgaris İlişkisi.....	17
2.8. Akne ve Psikiyatrik Komorbidite.....	17
2.9. Kendine Zarar Verme Davranışı	19
2.9.1. Kendine Zarar Verme Davranışı Tanımı	19
2.9.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Epidemiyolojisi	20

2.9.3. Kendine Zarar Verme Davranışının Sınıflandırılması	21
2.9.4. Kendine Zarar Verme Davranışına Ait Fonksiyonlar	22
2.9.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Psikiyatrik Komorbidite	24
2.9.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar.....	26
3. YÖNTEM ve GEREÇLER	28
3.1. Araştırmanın Yeri ve Şekli.....	28
3.2. Metod	28
3.3. Veri Toplama Araçları	29
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	29
3.3.2. Global Akne Derecelendirme Sistemi.....	29
3.3.3. Görsel Analog Skala	29
3.3.4. Akne Yaşam Kalite Ölçeği	29
3.3.5. Yaşam Doyumu Ölçeği.....	30
3.3.6. UCLA Yalnızlık Ölçeği-Kısa Formu (UCLA-KF).....	30
3.3.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	30
3.3.8. İntihar Olasılığı Ölçeği.....	31
3.3.9. Çocuk ve Gençler için Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli	31
3.3.10. Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri	32
3.4. İstatistiksel Method	32
4. BULGULAR	34
4.1. Sosyodemografik Bulgular.....	34
4.2. Akneli Ergenlerin Akne Şiddeti ve Akne Yaşam Kalite Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara Ait Bulgular	36
4.3. Akneli Ergenlere Ait Yaş, Akne Başlangıç Yaşı, Akne Yaşam Kalitesi ve Akne Şiddeti Arasındaki Korelasyonlar.....	38
4.4. Yaşam Doyumu Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular	38
4.4.1. Yaşam Doyumu Ölçeği ile Akne Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar	39
4.5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular	40
4.5.1. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile Akne Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar	41
4.6. UCLA Yalnızlık Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular	41
4.6.1. UCLA Yalnızlık Ölçeği ile Akne Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar	42
4.7. İntihar Olasılığı Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular	43

4.7.1. İntihar Olasılığı Ölçeği ile Akne Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar	45
4.8. Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği- Şimdi Şeklinden Elde Edilen Bulgular	45
4.8.1. Çocuk ve Gençler için Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği- Şimdi Şeklinden Elde Edilen Bulguların Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması... 49	
4.8.2. Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği- Şimdi Şeklinden Elde Edilen Bulgular ile Akne İlişkisi.....	51
4.9. Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanterinden Elde Edilen Bulgular	53
4.9.1. Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanterinden Elde Edilen Bulgular ile Akne İlişkisi.....	55
4.9.2. Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanterinden Elde Edilen Bulgular ile Uygulanan Diğer Ölçeklerin İlişkisi.....	56
5. TARTIŞMA	59
ÖZET.....	75
ABSTRACT	76
KAYNAKLAR	77

SİMGELER VE KISALTMALAR

- AV** : Akne Vulgaris
- AYKÖ** : Akne Yaşam Kalite Ölçeği
- ÇDŞG-ŞY** : Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli
- DEHB** : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
- DSM-IV** : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- GADS** : Global Akne Derecelendirme Sistemi
- GAS** : Görsel Analog Skala
- ICD-10** : Uluslararası Hastalık Sınıflaması
- İOÖ** : İntihar Olasılığı Ölçeği
- KZVD** : Kendine Zarar Verme Davranışı
- KOKG** : Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu.
- Ort** : Ortalama
- OKB** : Obsesif Kompulsif Bozukluk
- RBSÖ** : Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
- SCID-I** : DSM-IV eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme
- SS** : standart sapma
- TSSB** : Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- UCLA-KF** : UCLA Yalnızlık Ölçeği-Kısa Formu
- VDB** : Vücut Dismorfik Bozukluğu
- YDÖ** : Yaşam Doyum Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Olgu ve kontrol gruplarının yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırılması.	34
Tablo 2. Olgu ve kontrol gruplarının eğitim ve okul başarı düzeyi açısından karşılaştırılması.	35
Tablo 3. Olgu ve kontrol gruplarının ebeveynlerinde psikiyatrik tanı varlığının incelenmesi.....	35
Tablo 4. Akneli ergenlerde cinsiyetlere göre akne şiddeti derecelendirmesi.....	36
Tablo 5. Olguların cinsiyetlere göre GADS, GAS ve AYKÖ puanlarının karşılaştırılması.	37
Tablo 6. Akneli ergenlerde akne şiddeti değişkeni ile AYKÖ puanlarının Kruskal Wallis testi analizi.	37
Tablo 7. Akneli ergenlerde akne başlangıç yaşı ve akne sürelerinin dağılımı.	38
Tablo 8. Yaş, akne başlangıç yaşı, GAS, GADS ve AYKÖ puanları arasındaki korelasyonlar.	38
Tablo 9. Olgu ve kontrol grubunun yaşam doyumu ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.	39
Tablo 10. Akneli ergenlerde akne şiddeti değişkenleri ile yaşam doyumu ölçek puanlarının tek yönlü varyans analizi.	39
Tablo 11. Akneli ergenlerde yaşam doyumu, GAS, GADS, AYKÖ ve akne yaşı arasındaki korelasyonlar.....	40
Tablo 12. Olgu ve kontrol gruplarında Rosenberg benlik saygısı ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 13. Akneli ergenlerde akne şiddeti değişkenleri ile Rosenberg benlik saygısı ölçek puanlarının tek yönlü varyans analizi.	40
Tablo 14. Rosenberg benlik saygısı, GAS, GADS ve akne yaşı arasındaki korelasyonlar.	41
Tablo 15. Olgu ve kontrol gruplarında UCLA yalnızlık ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 16. Akneli ergenlerin cinsiyetlere göre yaşam doyumu, UCLA yalnızlık ve Rosenberg benlik saygısı ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.	42
Tablo 17. Akneli ergenlerde akne şiddeti değişkenleri ile UCLA yalnızlık ölçek puanlarının tek yönlü varyans analizi.	42
Tablo 18. UCLA yalnızlık ölçeği, GAS, GADS, AYKÖ ve akne yaşı arasındaki korelasyonlar.	43
Tablo 19. Olgu ve kontrol gruplarının intihar olasılığı ölçek puanlarının karşılaştırılması.	43
Tablo 20. Akneli ergenlerin cinsiyetlere göre intihar olasılığı ölçek puanları açısından karşılaştırılması.	44

Tablo 21. Akneli ergenlerde GAS, GADS, AYKÖ ve intihar olasılığı ölçek puanları arasındaki korelasyonlar.	45
Tablo 22. Olgu ve kontrol gruplarının psikiyatrik tanı varlığı açısından karşılaştırılması.	46
Tablo 23. Olgu ve kontrol gruplarında görülen psikiyatrik hastalıkların incelenmesi.....	46
Tablo 24. Psikiyatrik tanı saptanan ergenlerde uygulanan ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması.	47
Tablo 25. Akneli ergenlerde majör depresif bozukluk tanısı olan ve olmayanların ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının Mann-Whitney U testi ile analizi.....	48
Tablo 26. Olgu ve kontrol gruplarının cinsel istismar varlığı açısından karşılaştırılması.	49
Tablo 27. Akneli ergenlerde cinsiyetlere göre psikiyatrik tanı alma oranlarının karşılaştırılması.	49
Tablo 28. Akneli ergenlerde cinsiyetlere göre psikiyatrik hastalıkların incelenmesi.....	50
Tablo 29. Psikiyatrik tanı saptanan olgu ve kontrol gruplarındaki kız ergenlerin ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması.	50
Tablo 30. Akneli ergenlerde psikiyatrik varlığına göre akne başlangıç yaşı, GADS, GAS ve AYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 30. Psikiyatrik tanı alan akneli ve aknesiz ergenlerin benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması.	52
Tablo 32. Akneli ergenlerde akne yaşam kalite, yaşam doyumu, yalnızlık ölçekleri ile komorbidite korelasyonları.	52
Tablo 33. Majör depresif bozukluk tanısı olan akneli ergenlerde intihar olasılığı ve akne değişkenlerinin korelasyonu.	53
Tablo 34. Olgu ve kontrol gruplarının KZVD açısından karşılaştırılması.....	53
Tablo 35. Akneli ergenlerin cinsiyetlere göre KZVD varlığı açısından karşılaştırılması	53
Tablo 36. Olgu ve kontrol gruplarında görülen kendine zarar verme davranışlarının karşılaştırılması.	54
Tablo 37. Akneli ergenlerde KZVD ile akne başlangıç yaşı, GADS, GAS ve AYKÖ ilişkisi.	56
Tablo 38. Kendine zarar veren ergenlerde olgu ve kontrol gruplarının benlik saygılarının karşılaştırılması.	57
Tablo 37. Kendine zarar veren ergenlerde uygulanan ölçeklerin olgu ve kontrol grubu ile karşılaştırılması.....	57

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aknenin, sosyal ve fiziksel değişikliklerin en üst düzeyde olduğu ve kimlik gelişiminin yaşandığı ergenlik döneminde ortaya çıkması, bu hastalığı kişilerin kaygılarının odak noktası haline getirmekte; bu nedenle akne, hastaların kişiler arası ilişkilerinde, kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde ve günlük performansında etkili olmaktadır. Aknenin neden olabildiği bütün bu sorunlar akne şiddetinden bağımsız olarak hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (1-5).

Aknenin sıklıkla iletişimde ilk odaklanılan bölge olan yüzde görülmesi, kişinin kendi yüzünü akne nedeniyle olumsuz algılamasına yol açarak psikososyal becerilerinde azalmaya, psikiyatrik bozukluklara ve hatta intihara yol açabilmektedir(6).

Ergenler psikolojik olarak daha dayanıksız olup, vücutları ya da görünümündeki değişikliklere karşı hassas olmaya eğilimlidir (7). Akne, ergenlerde kozmetik bir kaygının ötesinde beden algısında bozulma, utanma, benlik saygısında azalma, öfke, yalnızlık, sıkıntı, endişe, içe kapanma ve depresyon gibi duygusal ve davranışsal tepkiler gelişimine neden olabilir (3, 8-10). Duygusal stres akneyi alevlendirebildiği gibi, hastalar aknenin sonucu olarak da psikiyatrik sorunlar yaşayabilmektedir (11).

Akne ile ruhsal durum arasındaki ilişki uzun zamandır araştırılmakta olup çalışmaların çoğunluğunda psikiyatrik belirtilerin klinik değerlendirmeden çok ölçekler yardımıyla elde edildiği görülmektedir (12). Psikiyatrik değerlendirme içeren az sayıdaki literatürü ise yetişkin hastaların da dahil olduğu geniş yaş aralığına sahip çalışmalar oluşturmaktadır (2, 13-15).

Dünya Sağlık Örgütü (1974) intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül amaçlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır (16). İntihar, 10-14 yaş grubunda ikinci, 15-44 yaşları arasında ise üçüncü önlenebilir ölüm nedenidir (17, 18). İntihar kavramı intihar düşüncesinden, intihar girişimine ve ölümlle sonuçlanan tamamlanmış intihara dek geniş bir yelpazeyi kapsar. İntihar düşüncesi, kişinin kendini öldürmeyi düşünmesi ve planlar yapması anlamındadır. İntihar düşüncesinin intihar girişiminin bir öncülü olduğu

söylenbilir. İntihar düşüncesi ve girişimi, tamamlanmış intiharlar için risk faktörleri olarak tanımlanır. İntihar oranlarının ülkemiz de dahil olmak üzere giderek artması önleme çalışmalarının önemini beraberinde getirmektedir (19). Akne dermatolojik hastalıklar içerisinde intiharla sonlanan ikinci en sık hastalıktır (20). Aknenin psikososyal etkilerinin yanı sıra akne tedavisinde kullanılan isotretinoinin sıklıkla depresyon ve intihar girişimine neden olduğu öne sürülmektedir (21-23).

Kendine zarar verme davranışı (KZVD), yaygınlığı giderek artan ve özellikle ergenlik döneminde sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunudur (24). KZVD, genel bir ifade ile ölüm amacı taşımayan, kişinin isteyerek ve amaçlı olarak, hafif veya orta düzeyde fiziksel zarar beklentisi ile yaptığı her türlü zarar verici davranış olarak tanımlanır. Literatürde ergenlerin önemli bir kısmında KZVD görüldüğü bildirilmektedir. Nock ve Prinstein, KZVD'nin fonksiyonlarını açıklamaya yönelik otomatik ve sosyal destek teorilerini içeren kuramsal bir model öne sürmüşlerdir (25). Bu modele göre otomatik destek teorisinde KZVD'nin kişinin duygularını hissedebilmesine aracılık etmek, kötü hisleri durdurmak, boşluk, endişe, öfke gibi istenmeyen duygulardan kurtulmak ve gerilimi azaltmak ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Sosyal destek teorisinde ise KZVD dikkat çekmek, insanların farklı davranmasını sağlamak, hoş olmayan bir şeyi yapmayı önlemek gibi durumlara aracılık etmektedir (26). Literatürdeki zarar verme davranışları ve dermatoloji ilişkisini araştıran çalışmaların daha çok primer psikokütan hastalıklarla ilişkili olduğu görülmekte olup akneli ergenlerde KZVD'yi değerlendiren herhangi bir klinik çalışmaya rastlanmamıştır.

Cinsel istismar, bir erişkinin cinsel gereksinim ve isteklerini karşılamak için çocukları araç olarak kullanmasıdır. Cinsel istismar çoğunlukla gizli kalan bir travma olması nedeniyle tam olarak insidansı ve prevalansı bilinmemektedir (27). Cinsel istismarla ilişkili çeşitli ruhsal ve davranışsal tepkiler gelişebilmekte olup literatürde akneli ergenlerde cinsel istismar sıklığını değerlendiren herhangi bir klinik çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada akneli ergenlerdeki psikiyatrik komorbidite, kendine zarar verme davranışı, intihar olasılığı ve ilişkili diğer psikiyatrik faktörlerin yaş ve

cinsiyet açısından benzer sağlıklı ve herhangi bir deri hastalığı bulunmayan ergenlerle karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikodermatoloji

2.1.1. Psikodermatolojinin Yeri

Vücudun ve ruhun örtüsü olan deri kişinin iç ve dış dünyası arasındaki en önemli iletişim aracıdır (28). Deri ve beyin embriyolojik olarak ektodermden köken alır ve bu iki organ nöroendokrin ve immün sistemler aracılığıyla etkileşim içerisindedir (nöro-immüno-kutanöz sistem). Çeşitli dermatolojik ve psikiyatrik hastalıklarda bu etkileşimin dengesi değişmekte veya bozulmaktadır (29, 30).

Dermatolojik ve psikiyatrik semptomların sıklıkla bir arada gözlenmesi, iki farklı disiplin olan dermatoloji ve psikiyatrinin özellikle psikokütanöz hastalıklar söz konusu olduğunda çok yakın bir işbirliği içerisinde çalışması gerekliliğini göstermiştir (31). Psikokütan hastalıklar terimi, stres ve psikiyatrik belirtilerden etkilenen çeşitli dermatolojik hastalıkları içermektedir (32).

Deri ile ruh arasındaki ilişki Hipokrat'a kadar uzanmaktadır. Deri hastalıkları incelendiğinde, hastalıkların seyrini ve tedavi sonuçlarını etkileyen bilinmeyen bir faktör her zaman olmuştur. Kimyasal medyatörler, membran reseptörleri, immün ve sinir sistemleri hakkındaki bugünkü artan bilgilerimiz duyguların, anıların veya düşüncelerin fiziksel semptom ya da somatik hastalığa dönüştürülmesindeki gerçek mekanizmaları anlamamızı sağlamıştır. Psikosomatik dermatolojinin tarihsel sürecinin, 1818 yılında Heinroth'un "psikosomatik" terimini kullanmasıyla başladığı kabul edilmektedir. Sistemik çalışmaların başlangıcı 1930-1940'lı yıllara kadar gecikmiştir. "Anekdotik dönem" olarak anılan bu dönemin en kayda değer çalışmaları MacKenna tarafından yapılmış ve dört temel kişilik yapısı ve kişilik özelliklerinin neden olacağı dermatozlar tanımlanmıştır. "Metodolojik dönem" olarak adlandırılan psikodermatolojinin rönesansı denilebilecek süreç Korte ve Musaph tarafından başlatılmış, standart ölçek uygulamalarını, geniş ölçekli hasta gruplarının değerlendirilmesini ve nesnel bilimsel yöntemlerin kullanılabilmesini mümkün kılmıştır. İlk uluslararası psikiyatri ve dermatoloji kongresi 1987'de

Viyana’da yapılmış, 6 yıl sonrada Avrupa Psikiyatri ve Dermatoloji Derneği Viyana’da kurulmuştur (28).

2.1.2. Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırılması

Psikodermatoloji spektrumunda bulunan hastalıkların uluslararası kabul gören iki ana sınıflandırması olup, bunlardan biri Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından oluşturulan “Diagnostic Statistical Manuel and Mental Disorders (DSM)” kriterleri diğeri ise Dünya Sağlık örgütü’nün DSM ile birçok yönden benzerlik gösteren “International Statistical Classification of Disorders (ICD)” sınıflamasıdır. Her ne kadar psikiyatrik ve psikosomatik hastalıkların sınıflandırılmalarında DSM-IV temel alınsa da, bu sınıflama sistemi yeterli görülmemektedir (32). Psikodermatolojik hastalıklar beş farklı gruba ayrılabilir. Farklı kategorilerdeki rahatsızlıkların birbirinden ayırt edilmesi en iyi tedavi yaklaşımının seçiminde uzmanlara yardımcı olmaktadır (33).

I. Primer Psikiyatrik Bozukluklar

Bu grupta gerçekte deri hastalığı yoktur, alta yatan neden psikiyatriktir. Bu hastalar psikodermatolojik hastalıkların prototipi olarak dermatologa başvurmayı tercih ederler ve varolan psikiyatrik durumu reddetme eğilimi gösterirler. Nörotik deri yolma, sanrısız parazitöz, artefakt dermatiti, trikotillomani ve deriyle ilgili hipokondriak uğraşlar bu gruptaki hastalıklardır (33).

II. Sekonder Psikiyatrik Bozukluklar

Deri hastalıklarının sonucu olarak, kişide çeşitli psikolojik etkilenmeler görülebilir. Özellikle ortaya çıkan şekil bozukluğu etkilenmeyi oluşturan en önemli değişken olarak söylenebilir. Hastanın yaşı, kendilik algısı, lezyonların yerleşimi ve doğası diğeri değişkenlerdir. Bu deri hastalıkları, vitiligo ve ya alopesi areata gibi, kişinin yaşamını tehdit etmez ancak yaşam kalitesini bozarak ruhsal ve sosyal etkilenmeler oluşturabilir. Varolan deri hastalığına uyum göstermekte sorun yaşayan hastalarda sıklıkla depresyon, anksiyete, sosyal fobi gibi psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkmaktadır (33).

III. Psikofizyolojik Bozukluklar

Bu bozukluklar, psikolojik stres oluşturan duygusal faktörlerle varolan deri hastalığının şiddetinin arttığı durumları ifade eder. Psikofizyolojik durumlar, atopik dermatit, akne vulgaris, psoriasis, seboreik dermatit ve dizhidrozistir (33).

IV. Deri Duyusal Bozuklukları

Organik bir etyoloji olmaksızın hastada kaşınma, yanma, batma, iğnelenme gibi hoş olmayan deri duyuları bu grupta sınıflandırılır. Bu durumlar psikiyatrik bir hastalıkla ilişkili olabilir veya olmayabilir (33).

V. Psikotrop İlaçların Kullanıldığı Psikiyatrik Olmayan Durumlar

Psikotrop ilaçlar, bazı dermatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Örneğin bir antidepresan ajan olan doksepin antipruritik olarak kullanılmaktadır (33).

2.2. Akne Vulgaris

2.2.1. Tanım

Akne Vulgaris (Latince: sivri tepe, “acme”; sık görülen, sıradan “vulgaris”) pilosebase ünitenin kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Klinik olarak lezyonlar komedonlar, papül, püstül, nodül ve nadiren kistler şeklinde olabilir (34, 35).

2.2.2. Epidemiyoloji

Akne vulgaris toplumda en sık görülen cilt hastalıklarından biridir. Genellikle pubertenin bir göstergesi olarak ergenlik döneminde başlar ve hastaların çoğunda 25 yaşından önce kendiliğinden sonlanır (36). Esas olarak ergenlik döneminin hastalığı olsa da yenidoğan, süt çocukluğu, prepubertal dönem ve orta yaşlarda da görülebilmektedir. Akne, adölesan ve genç erişkinlerin yaklaşık %85’ini etkilemektedir (37). Ortalama akne başlangıç yaşı kadınlarda 11, erkeklerde 12’dir (38). Görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta ve kadınlarda 16-17, erkeklerde 17-19 yaşları arasında pik yapmaktadır (39).

Toplumsal çalışmalarda aknenin her iki cinsiyeti de benzer şekilde etkilediği bildirilmektedir. Akne ile yapılan klinik çalışmalarda ise hastaların büyük oranda kadınlardan oluğu görölmektedir (1, 36, 40-44).

2.2.3. Etiyoloji

Akne vulgaris lezyonlarının gelişiminde rol oynadığı düşünölen patofizyolojik faktörler dört ana başlık altında toplanmaktadır (45). Bunlar:

- Anormal foliköler keratinizasyon
- Aşırı sebum üretimi
- Bakteriyel proliferasyon
- İnflamasyon ve immun reaksiyon oluşumudur.

I. Anormal foliköler keratinizasyon

Pilosebase ünite akne lezyonlarının oluğu bölgedir. Bir kıl follikülü ve ona açılan sebese bezden oluşur. Bu yapı çok katlı yassı epitel ile döşeli infundibulum adı verilen bölge ile deri yüzeyine açılır. Normal bir folikülde keratinositler lümene tek tek hücreler halinde dökölür ve sonra atılır (36).

Akneli hastalarda pilosebase ünite de görölen ilk değişiklik, folliküldeki keratinizasyonun farklı olmasıdır. Akne hastalarında duktusta hiperkornifikasyon ve follikül hücrelerinde hiperproliferasyon ve bu hücrelerin anormal yapışıklığı nedeniyle hipodeskuamasyon mevcuttur (46).

Yoğun keratinize materyal ve çoğalan keratinositler, komedonları oluşturur. Bunlar önceleri gözle görölmeyen mikrokomedonlar şeklinde iken, sonrasında klinikte fark edilebilen açık ve kapalı komedonlar haline gelirler. Komedon oluşumuna katkıda bulunan diğer faktörler arasında akneli hastaların sebumlarındaki rölatif linoleik asit eksikliği sayılmaktadır; bu durum epitel farklılaşmasını engellemekte ve hiperkornifikasyona yol açmaktadır (36).

II. Aşırı sebum üretimi

İkinci farklılık olarak, akneli hastalarda sebum üretimi artmıştır. Sebum üretiminin miktarı ile akne şiddeti arasında korelasyon mevcut olup, sebumun komedojenik olduğu ve inflamasyona neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca, sebum propionibacterium acnes'in (P. Acnes) çoğalabilmesi için gerekli ortamı hazırlamaktadır. Sebase bezin aktivitesi androjenlerin kontrolü altındadır. Sebase bezler insan derisindeki en yüksek androjen reseptör yoğunluğuna sahiptir. Akneli hastalarda serum androjenin artışından çok, sebase bezlerde serum androjenlerine lokal olarak cevap artmıştır. Birçok hasta stresli dönemlerde şikayetlerinin arttığından yakınmaktadır. Stres ile artan adrenal steroid salınımı lezyonların alevlenmesine neden olabilmektedir (47).

Psikolojik stresle birlikte salgılanan glukokortikoidler ve adrenal androjenler hipotalamik–pitüiter–adrenal aks yoluyla akne oluşumuna patogenetik zeminde katkıda bulunmaktadır. Bu yolla sebum, substans P gibi nöroaktif nöropeptitler ve humoral yangısal mediatörler de artarak, aknedeki foliküler keratinizasyon ve inflamasyon şeklindeki anahtar patolojiyi desteklemektedir (11, 48).

Periferik sinirlerden salgılanan substans P'nin sebase bezlerin proliferasyonunu stimüle ettiği ve sebase hücrelerde lipit sentezini artırdığı son zamanlarda gösterilmiştir (49).

III. Bakteriyel Proliferasyon

Akne vulgaris, esas olarak infeksiyöz bir hastalık olmamasına rağmen sebase folikülde bulunan bakterilerin akne patogeneze katkısı olduğu düşünülmektedir. Akne etiyopatogenezinde; deri florasında bulunan P. acnes, Staphylococcus epidermidis ve Pityrosporum ovale gibi mikroorganizmalar suçlansa da, akne infeksiyöz bir hastalık değildir. Akneli hastalardan ayrıca P. granulosum ve P. avidum da izole edilmekle beraber folikülde en çok gram pozitif, anaerobik ve hareketsiz bir mikroorganizma olan P. acnes bulunmaktadır (50). P. Acnes folikül kanalında kolonize olması sonucu inflamatuvar yanıtı oluşur.

IV. İnflamasyon ve İmmun Reaksiyon

Akne vulgaris oluşumunda rol oynadığı düşünülen bir diğer etken ise follikülde yerleşen *P. acnes*'in ürettiği lipaz etkisiyle ortaya çıkan serbest yağ asitlerinin inflamasyona neden olmasıdır. Ancak lipaz inhibisyonu ile derideki serbest yağ asidi 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 selüler hem de humoral bağışıklık geliştirmekte olup, serum antikor seviyesi ile aknenin şiddeti korelasyon göstermektedir. Nötrofillerin başlattığı inflamasyon, serbest radikaller ve folikül kanalındaki keratinositlerden salınan IL-1, IL-6, IL-8, TNF- α ve lökotrien-B4 gibi çeşitli sitokinler ile devam eder. Bu bulgular akne de temel olarak kompleman aracılı hücre sel immunitenin rol oynadığını düşündürmektedir (51-53).

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 saptanmamıştır (36).

Kozmetiklerin içindeki bazı maddeler komedon gelişimine neden olabilmektedir. Bunlar isopropil miristat, propilen glikol, D ve C kırmızı boya larıdır. Ayrıca lityum, fenitoin, B vitamini gibi bazı sistemik ilaçların da akneye neden olabilecekleri belirtilmektedir (36).

2.2.4. Klinik Özellikler

Akne lezyonları özellikle yüz, sırt, göğüs ve omuzlar gibi sebase bölgelerde gözlenmektedir. İnflamatuar olmayan akne, açık ve kapalı komedonlar ile karakterizedir. Açık komedonlar, melanin depolanması ve lipit oksidasyonu nedeniyle siyah renkli dilate foliküler açıklıkları olan düz veya deriden hafif kabarı k papüller şeklindedir. Kapalı komedonlar, foliküler açıklığı görülmeyen, eritemin olmadığı, tipik olarak deri renginde papüllerdir. Bu lezyonlar gözle görülmeyebilir, palpasyon ve germe ile daha iyi fark edilebilirler (54).

Aknenin inflamatuvar lezyonları; papül, püstül, nodül ve kistlerden oluşmaktadır. Papüller, derin dermal inflamatuvar reaksiyon sonucu oluşurlar. İyileşmeleri uzun zaman alabilir ve bazen skar gelişimi gözlenebilmektedir. Püstüller pürülan ve yüzeysel dermal infiltrat içerirler ve genellikle birkaç gün içinde skar bırakmadan iyileşirler. Nodüller ise inflamasyon ve endürasyonun belirgin derecede artması ile oluşurlar ve oldukça hassastırlar. Akne kisti derindir, içinde pü veya seröz sıvı vardır. Şiddetli nodülökistik akne bu lezyonlar sıklıkla sinüs traktları oluşturarak birleşirler (49, 54).

İnflamatuvar ve inflamatuvar olmayan akne lezyonları iyileşirken eritem veya hiperpigmente maküller, atrofik veya hipertrofik skarlar bırakabilmektedir. Skar gelişimi özellikle nodüler ve kistik aknenin komplikasyonu olarak görülmektedir (55).

2.2.5. Tedavi

Akne vulgarisde tedavi, hastanın yaşı, lezyon tipi, lokalizasyonu ve şiddeti, skar oluşumuna meyli, hastanın psikolojik durumu ve önceden kullandığı tedaviler dikkate alınarak düzenlenmelidir (56-59).

Tedavide amaç lezyon sayısı ve şiddetini en aza indirmek ve skar gelişimini önlemektir. Genellikle hafif şiddette aknesi olanlarda topikal tedaviler yeterli iken, orta ve şiddetli lezyonu olan hastalarda topikal ve sistemik tedavilerin bir arada kullanımı tercih edilmektedir (60, 61).

2.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi bireyin yaşadığı yer, kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmaktadır (62, 63). Bu kavram, yaşam şartları ile elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyebilen hastalıkların ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri kapsamakta ve günlük rolleri içeren işlevsel yeterlilik, toplumsal ilişkilerde iyilik hali, somatik yakınmalar ve yaşamdan alınan doyumunu ortaya koymaktadır (64).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bir hastalığın ve tedavisinin yarattığı etkilerin hasta tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır (65,66). Dermatolojik hastalıkların çoğunluğu yaşamı tehdit etmemesine rağmen, bireyin görünümünü, dolayısıyla psikososyal durumunu, ilişkilerini ve günlük aktivitelerini kötü yönde etkileyebilmektedir. Bu sebeple hastalıkların klinik ciddiyetlerinin dışında yaşam kalitesi üzerine etkilerinin bilinmesi ve hastaların hastalığı nasıl algıladıklarının anlaşılması önem taşımaktadır. Deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerine etkilerinin bilinmesi; hastaların karşılanamayan gereksinimlerinin ve sunulacak sağlık hizmetlerindeki önceliklerin belirlenmesinde de önemlidir (64).

2.3.1. Yaşam Kalitesi ve Akne Vulgaris İlişkisi

Akne vulgaris bireyin psikososyal iyilik halini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürebilmektedir (67). Aknenin özellikle dış görünümün çok önemli olduğu, sosyal ve fiziksel değişikliklere en çok maruz kalınan ve beden imgesinin etkilendiği ergenlik döneminde ortaya çıkması, duygusal stresle şiddetlenebilmesi hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (68-72).

Akneli hastalarda yaşam kalitesinin ölçümü için hem genel ölçekli hem de akneye özgü testler kullanılmaktadır (64). Değişik yöntemlere dayanan bu çalışmaların sonuçları arasında bir karşılaştırma yapmak güç olsa da, çalışmaların hepsinde aknenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (64). Genel sağlık ölçekleri aknenin epilepsi veya astım kadar emosyonel etki oluşturduğunu göstermektedir. Akneli hastalarda yaşam kalitesindeki bozulma akne şiddeti ile ilişkili bulunmamıştır (64, 68). Özellikle kadın hastalarda klinik şiddetten bağımsız olarak yaşam kalitesinin etkilendiği bildirilmiştir (64). Ayrıca isotretioin, hormonal tedavi, topikal ve sistemik antibiyotikler, topikal retinoidler ile etkin akne tedavisinin yaşam kalitesini düzelttiği ve işlev kaybını tersine çevirdiği gösterilmiştir. Literatürde akneli hastalarda tedavi planlanırken yaşam kalitesinin belirlenmesinin tedavi etkinliğini artıracığına dikkat çeken yayınların sayısının artmakta olduğu görülmektedir (5, 9, 73).

2.4. Yaşam Doymu

“Yaşam doymu” kişinin hayatından ne kadar çok hoşlandığını ve hayatının kalitesini pozitif olarak değerlendirme derecesini tanımlamaktadır. Kısaca; kişinin kendi yaşamından duyduğu memnuniyettir (74).

Yaşam doymu, kişinin beklentilerinin, gerçek durumla karşılaştırılmasıyla ortaya çıkan sonucu gösterir. Yaşam doymu, genel olarak kişinin tüm yaşamını ve bu yaşamın çok çeşitli boyutlarını içerir. Yaşam doymu denildiğinde, belirli bir duruma ilişkin doym değil, genel olarak tüm yaşantılardaki doym anlaşılır. Mutluluk, moral vb. gibi değişik açılardan iyi olma halini ifade eder. Anlaşıldığı üzere yaşam doymu, yaşam hakkındaki genel duyguları yansıtmakta ve duygusal mutluluğun bir ölçüsü olarak da görülmektedir. Aynı zamanda, kişinin mutluluğunun ve refahının öznel değerlendirmesidir (75).

2.4.1. Yaşam Doymu ve Akne Vulgaris İlişkisi

Yaşam doymu insanın mutluluğu ile ilgili kavramlardan öznel iyi oluşun bilişsel yönünü temsil eder ve bireyin yaşam alanlarındaki doymunu yansıtır. Fiziksel görünümünden memnun olan ergenlerin yaşam doymularının da yüksek olduğu gösterilmiştir (76). Erturan ve ark. akneli ergenlerin yaşam doym düzeylerinin kontrollere göre düşük olduğunu ve yaşam doymunun aknesi şiddetli olgularda hafif olanlara oranla anlamlı şekilde daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (9). Işık ve ark. akneli ergenlerin yaşam doymularının kontrol grubundaki ergenlerden anlamlı oranda düşük olduğunu ve yaşam kalitesi düştükçe yaşam doymunun da azaldığını bildirmişlerdir (44).

2.5. Benlik Saygısı

En geniş anlamıyla benlik saygısı, kişinin kendini gururlu, değerli, gayretli, etkin ve başarılı hissetmesidir. Benlik saygısı, bireyin gerçek benliği ile ideal benliği arasındaki farkı değerlendirmesi sonucunda ortaya çıkan beğenme duygusu olarak da tanımlanabilir. Bireyin olmak istediği hali ile mevcut durumunun farkı, benlik saygısının düzeyini gösterir. Bireyin kendini değerlendirmesinde bu farkla karşılaşması kaçınılmazdır. Burada olması gereken bireyin gerçekliği ile ideal benliği

arasındaki farkın fazla olmamasıdır. Bu farkın fazla olduğu durumda bireyin benlik imgesinden hoşnut olmayacağı ve bu durumun benlik saygısını düşürerek içsel gerginliğe ve çatışmaya neden olacağı söylenebilir (77-79).

Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini, bilgi ve becerilerini ortaya koyabilme, başarıma, başarıları ile öğünme, toplum içinde kabul görme, beğenilme, sevilme ve kendi bedensel özelliklerini kabul etme ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (77-79).

2.5.1. Benlik Saygısı ve Akne Vulgaris İlişkisi

Kişilik gelişiminde önemli bir dönüm noktası olan, beden görünümü ve benlik imajının neredeyse benlik saygısıyla eşdeğer tutulduğu ergenlik döneminde aknenin ortaya çıkması, bireyin kimliğinin yapılanmasında olumsuz bir role sahip olabilir. Aknenin benlik saygısında yarattığı azalma, anksiyete ve depresyon gibi duygularla birlikte kişilerarası ilişkilere olumsuz yansıtılabilmektedir (7, 8, 35). Bu olumsuzluk, kişinin günlük yaşama ilişkin güçlüklerle başa çıkmasında uyuma götürmeyen yöntemlere başvurmasına yol açarak kendilik algısındaki olumsuzluğu pekiştirebilmekte, kişilik örüntüsünde kalıcı izler bırakabilmektedir (35).

Aknenin, sosyal ve fiziksel değişikliklerin en üst düzeyde olduğu ergenlik döneminde sık görülmesi, bu hastalığı kişilerin kaygılarının odak noktası haline getirmekte olup hastaların kişilerarası ilişkileri, benlik saygıları ve günlük performansını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (1-3, 10).

Do ve arkadaşları, 13-16 yaş aralığında öznel algılanan akne şiddeti ile benlik saygısının ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (80). Yarpuz ve ark.'nın 83 akne hastası ile yaptıkları çalışmada benlik saygısının kontrol grubundan anlamlı oranda düşük olduğu saptanmıştır (43).

Aknenin benlik saygısını düşüren bir dermatolojik hastalık olduğunu bildirilmekle birlikte, Kum ve ark.'nın 81 akneli ergen ile yaptıkları çalışmada benlik saygısının kontrol grubu ile farklılık saptanmadığı bildirilmektedir (5) .

2.6. Yalnızlık

Yalnızlıkla ilgili farklı tanımlar ve yorumlar bulunmakla birlikte hepsinin ortak yönü yalnızlık duygusunun insana acı vermesi gerçeğidir. Pepleu ve Perlman'ın genel kabul gören tanımında ise yalnızlık; bireyin var olan sosyal ilişkileri ile arzuladığı sosyal ilişkileri arasındaki farklılık sonucu yaşanan hoş gitmeyen bir duygu durumudur (81).

Kuramsal olarak, yalnızlık duygusu ergenlikte önem kazanmaktadır. Ergenlik dönemini insan hayatının en önemli dönemi olarak gören Erikson'a göre; ergenlerde yalnızlık kimlik arayışı esnasında yaşanan ilişkiler ve duygulardan kaynaklanmaktadır. Bu dönemde arzu edilen yakın ilişkilerin yaşanmaması halinde yalnızlık ve izolasyon duyguları oluşmaktadır (82).

Sullivan'a göre, ergenlik döneminde, birey diğer insanlarla yakın ilişkilere başlamakta, yeni arkadaşlıklar edinmekte ve topluma ait bir birey olmanın görev ve sorumluluklarını üstlenmektedir. Ergen bu dönemlerde yakın ilişkiler kuramazsa, büyük bir umutsuzluğa, yalnızlığa düşmektedir (82).

Yalnızlık tıpkı depresyon ve kaygı gibi yaşanması hoş olmayan bir durumdur. Yapılan çalışmalarda yalnızlığın, sosyal ilişkiler ağındaki niteliksel ve niceliksel eksikliklerle ilişkili olduğu bildirilmektedir (82).

Literatürde depresyon, anksiyete, içe dönüklük, umutsuzluk, olumsuz değerlendirilme korkusu, sosyal iletişim güçlüğü, fiziksel çekiciliğin eksikliği, utangaçlık, saldırganlık, düşük benlik saygısı ve stres gibi çeşitli ruhsal problemlerle yalnızlık arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmektedir (83).

2.6.1. Yalnızlık ve Akne Vulgaris İlişkisi

Aknenin, özellikle yüzde gözlenmesi sebebi ile ergeni dış görünümünden dolayı utangaçlığa, sosyal izolasyona ve dolayısı ile yalnızlığa itmesi kaçınılmazdır. Çünkü ergenler nasıl göründükleri konusunda aşırı duyarlı ve başkaları üzerinde olumlu bir izlenim bırakmak konusunda oldukça hassastırlar (6, 7).

Erturan ve ark.'nın çalışmasında akneli ergenlerde yalnızlık düzeylerinin kontrollere göre anlamlı oranda yüksek olduğu ve akne şiddeti ile yalnızlığın ilişkili

olduğu saptanmıştır (9). Akneli ergenlerde problemlı internet kullanımının araştırıldığı Işık ve ark.'nın çalışmasında ise akneli ergenlerin yalnızlık düzeylerinin kontrol grubu ile benzer olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada akneli ergenlerin sosyal paylaşım sitelerine ye olma ve problemlı internet kullanım düzeylerinin yüksek olmasının akneli ergenlerin yalnızlıklarıyla başa çıkabilmek için interneti kullanmaları ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (44).

2.7. İntihar

2.7.1. İntiharın Tanımı

İngilizcede “suicide” olarak kullanılan intihar kelimesi Latince “ben” anlamına gelen “sui” ve öldürmek anlamına gelen “cedere” kelimelerinden oluşmaktadır.(84) Türk Dil Kurumu tarafından “ze kıyım” kelimesi önerilmekle birlikte çoğunlukla intihar kelimesi tercih edilmektedir (19).

Dünya Sağlık rgt (DSÖ) intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül amaçlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır (16). Beck komitesinin sınıflama sistemine göre intihar üç boyutta ele alınmalıdır. “Tamamlanmış intihar” kategorisi kişinin kendi isteğiyle yaşamını tehdit edici bir davranışta bulunmasını ve bu davranışının ölümle sonuçlanmış olmasını kapsamaktadır. “İntihar girişimi”, ölümle sonuçlanmayan ancak kişinin yaşamını tehlikeye atma amacını taşıyan eylemlerde bulunmasıdır. “İntihar düşüncesi” olarak tanımlanan boyutta ise kişinin kendini öldürme amacıyla sergilediği bir davranışı yoktur ancak intihar riskini çağrıştıracak gözlenebilir davranış ve düşüncelere sahip olmasıdır. İntihar kavramı intihar düşüncesinden, intihar girişimine ve ölümle sonuçlanan tamamlanmış intihara dek geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır (19). İntihar düşüncesi, kişinin kendini öldürmeyi düşünmesi ve planlar yapması anlamındadır. İntihar düşüncesinin intihar girişiminin bir öncülü olduğu söylenebilir. İntihar düşüncesi ve girişimi, tamamlanmış intiharlar için risk faktörleri arasında yer almaktadır (19). İntihar girişimi olmadan intihar düşüncelerinin olması daha sık gözlenen bir durumdur (85).

2.7.2. İntiharın Epidemiyolojisi

Biyolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenen intihar davranışı, dünyada ilk 10 ölüm nedeni arasında yer alan önemli bir halk sağlığı sorunudur (86-88). DSÖ tarafından dünyada her yıl yaklaşık 900.000 kişinin intihar nedeniyle öldüğü, son elli yılda intiharın yaklaşık %60 arttığı ve %84'ünün düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği bildirilmektedir (89, 90). DSÖ 2020 yılında 1.3 milyon kişinin intihar sonucu hayatını kaybedeceğini öngörmektedir (91).

İntihar davranışı, 10-14 yaş grubunda ikinci, 15-44 yaşları arasında ise üçüncü önlenebilir ölüm nedenidir (17, 18). İntihar için global mortalite hızı 100.000'de 16 olarak saptanmıştır. Dünyada ortalama her 40 saniyede bir kişi intihar sebebiyle ölmektedir (91).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada intihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların sıklıkla 15-19 yaş aralığında olduğu, başka bir çalışmada ise acil servise başvuran intihar olgularının %59'unun 16-24 yaş grubunda olduğu belirtilmiştir. Aktepe ve ark. intihar girişiminde bulunana çocuk-ergen vakalarını değerlendirdikleri çalışmalarında 15-16 yaş grubunun intihar açısından en riskli grup olduğunu bildirmişlerdir.

2.7.3. İntiharı Önleme

İntihar oranlarının ülkemiz de dahil olmak üzere giderek artması önleme çalışmalarının önemini beraberinde getirmektedir. İntiharı önleme üç düzeyde düşünülebilir. Birincil önlemede ruhsal sorunlar henüz ortaya çıkmadan engellenmesi amaçlanmaktadır. Burada bireyin kişisel kaynaklarını güçlendirmek esastır ve kişinin problem çözme becerisini arttırmak, öfke ve kriz yönetimini geliştirmek, benlik saygısını arttırmak amacı güdülür. İkincil önlemede ise şiddeti daha az olan ruhsal sorunların kronikleşmesi ve zarar verici hale gelmesinin önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Bunun için öncelikle risk taşıyan grupların saptanması gerekir. Burada bireylerin intihar olasılıklarının değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Üçüncül önlemede ise intihar girişiminde bulunmuş bireylerin psikolojik sağaltımına yönelik planlar yer almaktadır (92, 93).

2.7.4. İntihar ve Akne Vulgaris İlişkisi

Akne, yarattığı sorunlar nedeniyle, dermatolojik hastalıklar içerisinde intiharla sonlanan ikinci en sık hastalıktır (20). Literatürde akneli hastalarda intihar riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (94-96).

Gupta ve Gupta (20), 72 akne hastasının da dahil olduğu toplam 480 dermatoloji hastası ile yaptığı çalışmada akneli hastaların %6'sında intihar eğiliminin olduğunu bildirmişlerdir. Diğer bir çalışmada da akneli hastalarda depresyon ve intihar eğilimi oranı %7.2 olarak bulunmuştur (7, 97).

Niemeyer ve ark. (98), çalışmalarında aknenin duygusal stres ve psikososyal sorunlara neden olduğu, ancak akne şiddeti ile bu faktörler arasında ilişki olmadığını saptamışlardır. Purvis ve ark.'nın 12–18 yaş arası 9567 ergen ile yaptıkları çalışmada akneli ergenlerin yüksek depresyon, anksiyete ve intihar girişimi riskine sahip oldukları, bu nedenle de tıbbi görüşme sırasında akneli ergenlere intihar ile ilgili doğrudan soru sormanın önemli olduğu vurgulanmıştır (99).

Literatürde akne vulgaris tedavisinde kullanılan isotretinoinin, sıklıkla depresyon ve intihar girişimine neden olduğu öne sürülmüştür (21-23). Ancak bu ilişki açısından istatistiksel olarak anlamlı bulgular içeren çift kör randomize bir çalışma bulunmamaktadır (23).

Aknenin ortaya çıkışı ve alevlenmesinde başta depresyon olmak üzere tüm psikiyatrik hastalıkların etkisi olduğu vurgulanmaktadır (100). Akneli hastalarda depresyon tanısının ve tedavisinin gecikmesi, hastalarda var olan aknenin tedavi yanıtını geciktirip, hastaların yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu bozarak, intihar riskini artırmaktadır (7).

2.8. Akne ve Psikiyatrik Komorbidite

Aknenin sıklıkla iletişimde ilk odaklanılan bölge olan yüzde görülmesi, kişinin kendi yüzünü olumsuz algılamasına yol açarak psikososyal becerilerinde azalmaya, psikiyatrik bozukluklara ve hatta intihara yol açabilmektedir (6).

Ruhsal faktörler ve akne arasında en az üç tür etkileşim olduğu ileri sürülmektedir: 1- Duygusal stresin 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 odaklanmasıdır (11).

Akne tedavisi sonrası lezyonlarda gerileme ile birlikte psikiyatrik bulgularda da düzelme gözlenmesi akne ve psikiyatrik bulgular arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (101).

Akne birincil olarak yüzde yerleştiğinde psikolojik işlevselliğe etkisinin daha fazla olduğu, sırt ya da gövde yerleşimli aknenin ise giysi ile büyük ölçüde saklanabildiğinden daha az sıkıntıya yol açtığı bildirilmektedir. Dermatolojik tedavi sonunda da ağırlıklı olarak yüz yerleşimli aknesi olan hastaların depresyon ve anksiyetelerinin daha büyük ölçüde değiştiği, gövde yerleşimli aknesi olan hastalarda ise tedaviye bağlı değişikliğin daha az olduğu gösterilmiştir (3, 102).

Kubota ve ark.'nın yaptığı çalışmada akneli hastalarda daha fazla depresyon gözleendiği ve akneli kız ergenlerin akneli erkek ergenlere göre daha depresif oldukları bildirilmiştir (103). Aktan ve ark.'nın çalışmasında ise akneli kızlarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu ve aknenin olumsuz etkilerinin kızlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (40). Khan ve ark.'nın çalışmasında 13-25 yaş arası 50 akneli hastanın psikiyatrik değerlendirmeleri ICD-10'a göre yapılmış ve depresyon tanısı alma oranı %38, sosyal fobi %34 olarak saptanmıştır (2). Uzun ve ark.'ın yaptığı çalışmada ise SCID-I ile yapılan değerlendirmede akneli hastalarda (n:159) en sık VDB (%8.8) tanısı saptanırken, diğer tanılar sosyal fobi (%6.9), depresyon (%5.6), distimi (%4.4), YAB (%1.8), OKB (%1.8) ve somatizasyon bozukluğu (%1.8) olarak bildirilmiştir (15). Öztürk ve ark.'nın çalışmasında hafif akne grubunda (n:36) sosyal fobi (%11), depresyon (%8), depresyon ve OKB (%2.7), remisyonda bipolar bozukluk I+OKB (%2.7), sosyal fobi+depresyon (%2.7) tanıları bildirilmiştir. Aynı çalışmadaki diğer grup olan ağır aknelilerde (n:34) ise sosyal fobi (%26) en sık saptanan tanı iken bunu depresyon (%8.8), VDB (%5.8), OKB (%2.9) ve sosyal fobinin (%2.9) takip ettiği bildirilmiştir (13). Akne ve psikopatoloji ilişkisini araştıran Koçak ve ark.'nın çalışmasında ise VDB'nin (%15.5) en sık saptanan tanı olduğu, psikopatoloji saptanan olguların

çoğunluğunda (%87.5) anksiyete bozuklukları ya da somatoform bozukluklar grubuna giren hastalıkların olduğu bildirilmiştir (14).

Picardi ve ark.'nın (104), 2000 yılında İtalya'da 2579 dermatoloji hastasında 12 soruluk Genel Sağlık Ölçeği'ni (GHQ-12) kullanarak yaptıkları bir çalışmada, çalışma grubunun %6.6'sını (n: 170) oluşturan akneli hastaların %30'undan fazlasında psikiyatrik komorbidite saptamışlardır.

Kellett ve Gawkrödker'nin (101), 1999 yılında yaptıkları bir çalışmada, akne vulgaris hastaları; normal popülasyon, psöriazis, onkoloji, psikiyatri ve genel dermatoloji poliklinik hastalarıyla karşılaştırdıklarında, akne vulgarisli hastalarda yüksek depresyon (%18) ve anksiyete (%44) oranları bildirilmiştir.

Akne hastaları dikkat çekebileceklerini düşündükleri aktivite durumlarından kaçınmaya çalışabilmektedirler. Akne fiziksel ve psikolojik etkileriyle sosyal fobiye yol açabilmektedir (6, 105). Çeşitli çalışmalarda akneli hastalarda depresyon ve sosyal fobi değerlendirilmesi yapılmış, akneli hastaların depresyon ve sosyal fobi düzeylerinin yüksek olduğu ve hastalığın bireylerin yaşamlarında kısıtlamalar oluşturduğu öne sürülmüştür (35, 98).

Akneli hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin değişmediğini öne süren çalışmalar da vardır (40). Akneli hastalarda psikolojik belirtilerin klinik düzeyin altında olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (43, 106).

Akne hastalarında olası psikolojik etkiler sıklıkla aknenin arkasına saklandığından psikiyatriste gitmek gecikmektedir (104). Anksiyete, depresif bozukluk, özellikle intihar düşüncesi, beden dismorfik bozukluğu, sosyal geri çekilme ve uyum bozukluğuna ait şüpheler varsa hastaların psikosomatik açıdan mutlaka değerlendirilmesi önerilmektedir (107-109).

2.9. Kendine Zarar Verme Davranışı

2.9.1. Kendine Zarar Verme Davranışı Tanımı

Kendine zarar verme davranışı, yaygınlığı giderek artan ve özellikle ergenlik döneminde sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunudur (24). KVZD vücut dokusu hasarıyla sonuçlanan, kasıtlı, doğrudan yıkıcı ya da bozucu davranış olarak

tanımlanmaktadır (110-113). Kendine zarar verme davranışını (KVZD) vurgulayan yazılar antik çağlara kadar uzanır. Eski Ahit'te, "bıçak ve neşterle kendilerini kesen bir gruptan", Yeni Ahit'te ise "cinlerin etkisindeki bir adamın gece gündüz bağırıp çağırdığı ve kendisini taşla kestiğinden" söz edilmiştir (26, 114, 115). Kasıtlı olarak yapılan kendini kesme, çizme, deriyi yolma, kazıma, yakma ve benzeri davranışlar KZVD arasında yer almaktadır. Vücut bütünlüğünün zarar gördüğü ancak kültürel olarak kabul gören dövme yaptırma ve piercing takma gibi durumlar ya da nesiller arası aktarılan kültürel ritüeller ve dinsel ayinler KZVD'nin dışında tutulmaktadır (112, 116). Sonuç olarak KVZD; vücut dokusunu tahrip etmeyi amaçlayan, sosyal olarak kabul edilemez, tekrarlayıcı davranışlardır. Kişi kendine zarar verirken ruhsal olarak örselenmiş durumdadır ancak bu zekâ engeli ve otizmin karakteristik özelliği olan kendini uyarma ya da stereotipik davranışlar biçiminde değildir (117).

2.9.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Epidemiyolojisi

Kendine zarar verme davranışı genellikle ergenlik döneminde başlamaktadır. Ergenlik ve genç yetişkinlikte, erişkin yaş grubuna göre daha fazla görülmektedir (118). KZVD sıklığı ergenlerin katıldığı toplum örneklemlilerde çalışmalarda %14-%40; klinik örneklemlilerde çalışmalarda ise, %40-%61 arasında saptanmıştır (117, 119-121). KVZD olan ergenlerle yapılmış araştırmaların bir gözden geçirme çalışmasında; KZVD'nin hayat boyu yaygınlığı %13.0-23.2; bir yıllık yaygınlığı da %2.5-12.5 olarak bildirilmiştir. Bu derlemedeki çalışmaların okula devam eden ergenlerle yapıldığı ve gerçek sonucun saptanandan çok daha fazla olabileceği de yazarlarca vurgulanmıştır (122). Başka bir çalışmanın sonucuna göre genel popülasyonda görülme sıklığı %1 iken, bu oranın ergen ve genç erişkin yaş grubunda %12'ye kadar çıkabileceği tahmin edilmektedir (123). KZVD, genellikle 10-24 yaş arasında başlamaktadır ve ortalama başlama yaşı 13-14 yaş olarak bildirilmektedir (124, 125). ABD'de başlangıç yaşı ortalama 16 olarak bildirilirken, ülkemizde yapılan bir çalışmada 16-20 yaşları arasında başladığı belirtilmiştir.(126, 127) Çalışmalarda yaşla KZVD arasında ters bir korelasyon olduğu ve son yıllarda KZVD'nin daha sık görüldüğü desteklenmektedir (128). KZVD bazı gençlerde tekrarlayıcı bir davranış olarak devam etmektedir. KZVD olan gençlerin %50 -75'inin birden fazla kez kendilerine zarar verdikleri belirtilmiştir (129, 130).

Kimi çalışmalar KZVD'yi, kızlarda ve erkeklerde eşit oranlarda bildirirken, kızlarda daha sık olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.(120, 123, 131-133) Erkeklerin daha çok vurma ve yakma şeklinde kızların ise keserek kendilerine zarar verdikleri belirtilmiştir (134, 135). Ergenlerde yapılan çalışmalarda ise en sık kullanılan yöntemlerin kendini kesme ve vurma olduğu saptanmıştır (131, 134).

Bazı yazarlar kendini kesme, deriyi kazıma, yakma vb. eylemlerin KZVD'nin daha ağır formları olduğunu; vücudu bir yere çarpma, iğne batırma, saçını çekme, yara yerinden deri yolma gibi davranışların ise daha hafif formlar olduğunu belirtmişlerdir. Daha ağır KVZD formları daha ağır psikopatoloji ile ilişkilendirilmiştir (116).

2.9.3. Kendine Zarar Verme Davranışının Sınıflandırılması

Favazza, kendine zarar verme davranışını major, stereotipik, kompulsif ve impulsif kendine zarar verme şeklinde dört gruba ayırır (136).

Major kendine zarar verme; yaşamı ciddi olarak tehdit edebilen veya geri dönüşümsüz vücut hasarı oluşturan kendine zarar verme davranışlarını tanımlamaktadır. Gözünü çıkartma, kastrasyon, kol ve bacak amputasyonu gibi kendine zarar verme davranışları, özellikle psikotik bozukluklarda görülmektedir. Psikotik bozukluğu olmayan kişilerde 'cinsel günaha' karşı kendini cezalandırma, 'cinsel günahattan' kurtulma gibi niyetlerle göz ve cinsel organlarına zarar verme davranışı görülebilmektedir (136).

Stereotipik kendine zarar verme; herhangi bir kişisel ve sosyal içerikten bağımsız, tekrarlayıcı, monoton, ritmik, çoğu zaman dürtüsel şekilde hafif veya yaşama zarar verici boyutta olabilen kendine zarar verme davranışlarını içerir. Başına vurma, başını duvara vurma gibi ve benzeri davranışlar mental retardasyonu ve ağır yaygın gelişimsel bozukluğu olan olgularda gözlenir. Bilinçli bir eylemden çok biyolojik yönü güçlü dürtüsel davranışlardır (136).

Kompulsif kendine zarar verme; gün içerisinde sıklıkla tekrar eden, genelde bilinçsiz ve ritüalistik şekilde saç yolma, tırnak yeme, deriyi kopartma ve çizme gibi davranışları tanımlar. Kronikleştikten sonra bu davranışları yapmamak, kişide stres

oluşturabilir ve devam eden davranışlar vücutta şekil bozukluklarına yol açabilir (136).

İmpulsif kendine zarar verme; impulsif agresyonun dışa vurması sonucunda, eylemi yapan kişiye stres karşısında hızlı ve kısa süreli rahatlama sağlayan davranışları içerir. Deriyi kesme, yakma, yontma, şekil kazıma, yara iyileşmesine engel olma, kendine vurma, kemiklerini kırma, iğne batırma gibi davranışlar bu grupta sık görülmektedir. İntihar niyeti taşıyan davranışlar ile açlıktan ölme ve madde kullanma gibi dolaylı yollardan kendine zarar verme bu tanımın dışında bırakılmıştır. İmpulsif kendine zarar verme, epizodik ve tekrarlayıcı kendine zarar verme şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Epizodik tip impulsif kendine zarar verme, düzensiz bir şekilde ve sınırlı sayıda kendine zarar vermeyi içermektedir. Bu kişiler kendilerini daha iyi hissetmek veya duygularını kontrol etmek için kendilerine zarar vermektedir. Tekrarlayıcı tipte ise, sık ve çok sayıda kendine zarar verme davranışı görülmektedir (136).

2.9.4. Kendine Zarar Verme Davranışına Ait Fonksiyonlar

Kendine zarar verme davranışını araştıran birçok çalışma bulunmaktadır. Kendine zarar verme davranışı ile intihar girişimi birbirinden farklı eylemler olması nedeniyle araştırmacılar bu davranışın altında yatan niyeti merak etmişlerdir (122). Kendine zarar veren yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda gerilimi azaltma, emosyonel kontrol, kendini cezalandırma ve dissosiyasyonu azaltma kendine zarar verme nedenleri olarak bildirilmiştir (123, 137). Ergenler üzerinde yapılan çalışmalarda da KZVD'nin benzer nedenlerle ortaya çıktığı bildirilmiştir (25, 134, 138-140). Klinik literatürde kendine zarar verme davranışının aracılık ettiği farklı fonksiyonlar tanımlanmıştır. Bu fonksiyonlar anksiyete, suçluluk, yalnızlık, kendine yabancılaşma ya da kendinden nefret etme gibi negatif duyguları hafifletme; istenmeyen duygu ve düşünceleri azaltma, gerilim ve öfke gibi duyguların ifadesi, depersonalizasyon, derealizasyon ve flashback epizodlarını durdurma (137). Toplumsal örneklerde özellikle ergenlerde kendine zarar verme davranışının altında yatan sebeplerle ilgili bilgiler kısıtlıdır. Kendine zarar veren üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada en sık sebebin istenmeyen duyguları hafifletmek olduğu saptanmıştır (141). Ergenler üzerinde yapılan başka bir çalışmada kendini

kesme sebeplerinin depresyon, kendine yönelik öfke ve gerilimi azaltmak olduğu bildirilmiştir (142). Bu çalışmayla uyumlu olarak Laye Gindhu ve Schonert Reichl yaptıkları çalışmada kendine zarar verme davranışının emosyonel regülasyona aracılık ettiğini ve en sık kendine zarar verme nedenlerinin depresyon ve kendini yalnız hissetme, kendine yönelik olumsuz duygular olduğunu saptamışlardır. Ergenler kendilerine zarar verdikten sonra istenmeyen duygulardan kurtulurken suçluluk, utanç duygularında artış olduğu bildirilmiştir. Erkekler çevresindeki bireyleri etkilemek ya da iletişim için, kızlarda kendinden nefret etme, yalnızlık duygularından kurtulmak için kendilerine zarar vermişlerdir (134).

Nock ve Prinstein kendine zarar verme davranışının fonksiyonlarını açıklayan 4 faktörlü kuramsal bir model öne sürmüşlerdir. Otomatik ve sosyal destek teorileri pozitif ve negatif olmak üzere 2 alt gruba ayrılmaktadır. Otomatik destek teorisine göre kendine zarar verme davranışı gerilimi azaltmayı ya da çok istenilen bir durumu yönetmekle ilgiliyken; sosyal destek teorisin de kişinin çevresini değiştirmesine aracılık etmektedir (25).

Otomatik pozitif destek teorisinde kendine zarar verme davranışının kişinin duygularını hissedebilmesine aracılık ettiği ifade edilmektedir (122). Otomatik negatif destek teorisinde kendine zarar verme davranışının kötü hisleri durdurmak ve boş hissetmekten, endişeden, öfkeden kurtulmak gibi bireyin gerilimi veya başka negatif etkili bir durumu azaltmak ile daha fazla ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (26).

Sosyal pozitif destek teorisinde kendine zarar verme davranışının bir durumun kontrolünü ele geçirmek, diğer insanların farklı davranmalarını veya değişmelerini sağlamak, negatif bile olsa birisinden bir tepki almaya çalışmak, ebeveynlerinin kendilerini anlamasını veya fark etmesini sağlamak, başkalarını kızdırmak, ebeveynlerinden veya arkadaşlarından daha fazla dikkat görmek, bir gruba ait olduğunu anlamak, başkalarına kendinin ne kadar umutsuz olduğunu anlatmak, dikkat çekmek ve yardım almakla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Sosyal negatif destek teorisinde kendine zarar verici davranışın yapmak istemediği hoş olmayan bir şeyi yapmayı önlemek, okul, iş ve diğer aktivitelerden kaçınmak, cezadan veya bir şeyin sonuçlarına katlanmaktan kaçınmak gibi kişilerarası görev ve taleplerden kaçmakla ilgili olduğu öne sürülmektedir (26).

Önerilen bir diğer teori sosyal öğrenme teorisidir. Bu teoride kendine zarar verme davranışında bulunan bireyleri tanımının bu davranışı arttırabileceği ifade edilmektedir. Bu konuda ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada çevresinde kendine zarar veren bireyler olan ergenlerin bu davranışta bulunmalarının daha olası olduğu saptanmıştır (143).

2.9.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Psikiyatrik Komorbidite

Ergenler üzerinde yapılan toplumsal çalışmalarda kendine zarar verici davranışın öngörücüleri; intihar düşüncesi, major depresif bozukluk, istenmeyen yaşam olayları ve ruminatif/negatif düşünceler olarak saptanmıştır (144, 145). Norveç'te yapılan bir çalışmada kız ve erkek ergenlerde azalmış benlik saygısı, arkadaşlarda kendine zarar verme öyküsü varlığı, çatışmalı aile ilişkileri, madde kötüye kullanımı ile kendine zarar verme davranışı arasında anlamlı birliktelik olduğu bildirilmiştir. Ek olarak kız ergenlerde de kendine zarar verici davranışla alkol kötüye kullanımı, parçalanmış aileye sahip olma, cinsel istismara maruz kalma, anksiyete ve dürtüsellik arasında anlamlı birliktelik saptandığı bildirilmiştir (146).

Yapılan klinik çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerde en sık saptanan psikiyatrik tanının majör depresif bozukluk olup tanı oranlarının %41.6-%58.0 aralığında değiştiği bildirilmiştir. Bu çalışmalarda anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanıları da anlamlı oranlarda saptanmıştır. Ek olarak kendine zarar veren ergenlerde komorbiditenin yüksek oranda saptandığı da bildirilmiştir (139, 147, 148). Dışa vurum bozuklukları ve /ya da madde kullanım bozuklukları Nock ve arkadaşlarının çalışmasında oldukça yüksek bulunmuştur (148). Jacobson ve arkadaşlarının çalışmasında distimik bozukluk %29.6, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk %7.4 oranlarında saptanmış olup ergenlerin %88.9'unun depresif bozukluk kriterlerini karşıladığı saptanmıştır (147). Ghazuiddin ve ark.'nın çalışmasında kendine zarar veren ergenlerde duygudurum bozuklukları araştırılmış ve KZVD olan ergenlerin önemli bir bölümünde klinik olarak depresyon bulunduğu ve afektif bozukluk prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır (149).

Kendine zarar veren ergenlerde bipolar bozukluk tanısını değerlendiren klinik örneklem üzerinde yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk oranları %37-%51.7

oranları arasında saptanmıştır. Oranlar arasındaki farklılıkların bipolar bozukluk tanı kriterlerindeki farklılıklara bağlı olduğu bildirilmiştir (147, 148).

Yapılan toplumsal çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerde zarar vermeyenlere oranla yüksek anksiyete, depresyon ve hostilite düzeyleri, benlik saygısında azalma, antisosyal davranışlar, intihar düşünceleri ve dissosiasyon saptanmıştır (131, 145, 150). Kisiel ve Lyons cinsel istismara uğramış ergenlerde dissosiasyonun kendine zarar verme davranışlarının gelişiminde önemli rol oynadığını ileri sürmüştür (151). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada 12-17 yaş grubundaki ergenlerde düzenli sigara kullanımının kendine zarar verme davranışı ile 3 kat daha fazla birlikte olduğu saptanmıştır (152). Laye- Gindhu ve Schonert-Reichl'in çalışmasında ise sigara içmenin sadece kızlarda kendine zarar verme davranışıyla birlikte olduğu saptanmıştır (134). Kendini kesen 21 kızla yapılan bir çalışmada olguların üçte birinde alkol ve madde kullanımı olduğu görülmüştür. Kendini kesen 24 kızla yapılan bir başka çalışmada ise %50'sinin alkol ve madde kullandığı görülmüştür (153).

Yeme bozukluğu tanısı alan hastalarda kendine zarar verici davranış prevalansı %13-%68 oranları arasında saptanmıştır (154). Klinik erişkin örneklem gruplarında yeme bozuklukları ile kendine zarar verme davranışı ilişkisini araştıran çalışmalar olmasına rağmen ergenlerde bu konudaki toplumsal çalışmalar kısıtlıdır. Lise öğrencilerinde yapılan bir toplumsal çalışmada kendine zarar verme davranışı prevalansı %13.9 olarak saptanmıştır. Kendine zarar veren ergenlerde zarar vermeyen yaşlılarına göre anlamlı oranda daha fazla yeme bozukluğu saptanmıştır. Ayrıca dürtü kontrol bozukluğu, beden imajı bozukluğu, artmış bulimik eğilimler de bildirilmiştir (155). 10-21 yaş arasındaki ergenlerde yapılan bir çalışmada kendine zarar verme davranışı prevalansı %40.8 olarak saptanmış olup kendine zarar veren ergenlerin çoğunluğunda bulimia nervosa olduğu bildirilmiştir (156). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da kendine zarar verme davranışı ile yeme bozuklukları arasında güçlü bir birliktelik olduğu saptanmıştır (157).

2.9.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar

Ergenlerde intiharla kendine zarar verici davranışlar arasındaki ilişkiler karmaşıktır. Kendine zarar verici davranışın tipik olarak intihar girişimlerinden önce gelip gelmediği ve bu davranışın tamamlanmış intihar riskini arttıran bir faktör olup olmadığı ile ilgili henüz yeterli bilgi bulunmamaktadır . Bu konuyla ilgili bir hipotezde kendine zarar verici davranış ile intihar girişimi birlikteliği açıklanmaya çalışılmıştır. Bu hipotezde; “İntihar korkutucu bir eylem olduğu için başlangıçta birçok insan intihardan çekinmektedir. Tekrarlayıcı kendine zarar verici davranışlar ise kişiyi intihar girişimi konusunda daha cesur ve istekli hale getirmektedir” şeklinde bir açıklama yapılmıştır (148). Çalışmalarda kendine zarar veren bireylerde intihar girişimlerinin 9 kat, intihar planlarının ise 6 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (158). Laye-Gindhu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise kendine zarar veren ergenlerin %25’inde intihar düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada kendine zarar verici davranışın süreklilik kazanması ve davranış sonrasında ergenlerde utanma, nefret ve suçluluk duygularının gelişmesiyle zarar verici davranışlar yerine intiharın bir seçenek haline gelebildiği bildirilmektedir. Kendine zarar verici davranışlar intihar davranışını da içerdiğinde mortalite ve morbiditenin arttığı, bireylerin intihar davranışının ölümcüllüğü ile ilgili hatalı algılamalarda buldukları ve daha kalıcı intihar düşüncelerinin yerleştiği saptanmıştır (134).

Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi olan ergenler ile sadece intihar girişiminde bulunan ergenleri karşılaştıran çalışmalar bulunmaktadır. Kendine zarar verici davranışların yanında intihar girişiminde bulunan ergenlerin sadece intihar girişiminde bulunan ergenlere göre daha depresif, yalnız ve öfkeli oldukları, daha fazla intihar düşüncesine sahip oldukları ve daha fazla risk alma davranışı gösterdikleri saptanmıştır (147, 159). Kendine zarar veren ergenlerle intihar girişiminde bulunan ergenlerin karşılaştırıldığı toplumsal bir çalışmada iki grup arasında depresyon ve intihar düşüncesi açısından farklılık olmadığı saptanmıştır (119).

Yine psikiyatri polikliniğine başvuran ergenlerle yapılan çalışmada kendine zarar veren ergenlerle intihar girişiminde bulunan ergenler arasında benzer depresyon

düzeyleri saptanmış olup intihar girişiminde bulunan grubun daha fazla intihar düşüncesine sahip olduğu bildirilmiştir (147). Kendine zarar verme davranışı ile intihar girişiminde bulunan ergenlerle sadece kendine zarar veren ergenlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada kombine grubun sadece kendine zarar veren gruba göre daha fazla intihar düşüncesine sahip olduğu saptanmıştır (119). Bir başka çalışmada kendine zarar veren grubun kombine gruba göre depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (147). Bu çalışmalara göre intihar girişimleriyle karşılaştırıldığında depresyonun kendine zarar verme davranışı açısından spesifik risk faktörü olmadığı bulunmuştur. İntihar girişimi ile kendine zarar verme davranışının karşılaştırıldığı 3 çalışmadan 2'sinde intihar düşüncesinin intihar girişimi açısından risk faktörü olduğu, fakat bu birlikteliğin kendine zarar verme davranışında bulunmadığı bildirilmektedir (147, 160). Ek olarak kendine zarar verme davranışı ile intihar girişimi birlikte olduğunda daha yoğun tedaviye gereksinim duyulduğu saptanmıştır (134).

3. YÖNTEM ve GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Yeri ve Şekli

Çalışmaya 1 yıllık süre içerisinde Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran ve katılmayı kabul eden 104 akneli ergen alınmıştır.

Kontrol grubu SDÜ Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine başvuran hastaların yakınlarından yaş, eğitim düzeyi açısından olgu grubuna benzer ve cinsiyet açısından olgu grubuyla birebir eşleştirilmiş 102 sağlıklı bireyden oluşmaktadır. Kontrol grubu akne ve kronik hastalık tedavi öyküsü olmayan ergenleri içermektedir.

Çalışmaya alınma ölçütleri; ölçekleri dolduramayacak düzeyde kognitif fonksiyon olmaması, kozmetik ürün kullanımı ve kullanılan ilaçlara bağlı akne gelişiminin olmaması, akneye neden olabilecek ek bir hastalığının olmaması, akne dışında kronik bir hastalık tanısının olmaması, sistemik izotretinoin tedavi öyküsünün olmamasıdır.

3.2. Metod

Çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 21.01.2015 tarih 26 sayılı kararı ile başlatıldı.

Çalışmaya katılan ergenler ve ebeveynleri çalışma konusunda bilgilendirildi. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu gönüllüler ve araştırmacı tarafından imzalandı. Hastalara uygulanacak form ve ölçeklerde kimlik bilgileri ile ilgili herhangi bir bilgi yer almamaktaydı ve bu durum hastalara ve kontrol grubuna açıklandı. Çalışmaya alınan hastaların akneleri, dermatologlar tarafından Global Akne Derecelendirme Sistemi'ne göre derecelendirildi. Yarı yapılandırılmış psikiyatrik değerlendirme formu ve ölçekler, yüz yüze görüşmelerde uygulandı.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu çalışmada kullanılmak üzere çalışmacılar tarafından oluşturulmuş; katılımcıların yaş, cinsiyet ve eğitim durumunun sorgulandığı bir veri formudur. Formda ayrıca katılımcıların akne başlangıç yaşı ve akne süresini, ebeveynlerinde psikiyatrik hastalık tedavi öyküsünün olup olmadığını belirlemeye yönelik sorular da yer almaktadır.

3.3.2. Global Akne Derecelendirme Sistemi

Global akne derecelendirme sistemi (GADS), Doshi ve ark. (161) tarafından akne şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçekte yüz (alın, sol ve sağ yanak, burun, çene), göğüs ve sırtın birlikte değerlendirildiği 6 bölge değerlendirilerek her birinden saptanan en şiddetli lezyona ait skorun (lezyon yok=0, komedon=1, papül=2, püstül=3, nodül=4) her bölge için belirlenen sabit bir faktörle çarpılmasıyla elde edilen skorlar toplanmaktadır. Hastalara 0-44 arasında global akne puanı verilmektedir.

Hastadaki akne şiddeti bu puan kullanılarak: “akne yok (0 puan), hafif şiddette (1-18 puan), orta şiddette (19-30 puan), şiddetli (31-38 puan) ve çok şiddetli (>39 puan)” olarak sınıflandırılabilir.

3.3.3. Görsel Analog Skala

Akne şiddetinin hasta tarafından değerlendirilmesi için oluşturulmuş bir skaladır. Hastadan aknesine 0-10 arası puan vermesi istenmektedir. Bu skalaya göre 0 puan beklenen en iyi klinik durumun karşılığı iken, 10 puan hasta için en kötü klinik durumun karşılığıdır.

3.3.4. Akne Yaşam Kalite Ölçeği

Akne Yaşam Kalite Ölçeği (AYKÖ), aknenin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla Gupta ve ark. (162) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Demirçay ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 14 yaş ve üzeri hastalarda kullanılmaktadır (163). Dokuz maddeden oluşan dördümlü likert tipi bir ölçektir. Yanıtlardan, hiçbir zaman “1”, bazen “2”, çok “3”, “çok fazla “4” puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 9-36 arasındadır. Ölçekten alınan yüksek puan düşük yaşam kalitesini göstermektedir.

3.3.5. Yaşam Doyumu Ölçeği

Yaşam Doyum Ölçeği (YDÖ), Diener ve arkadaşları tarafından (1985) bireylerin yaşam doyumu düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (164). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Köker tarafından yapılmış, 14 yaş ve üzerinde uygulanmaktadır (165). Beş maddeden oluşan likert tarzı 7 dereceli (1: kesinlikle katılmıyorum – 7: Kesinlikle katılıyorum) bir ölçektir. Ölçek toplam puanı 5-36 arasındadır. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşam doyumu artmaktadır.

3.3.6. UCLA Yalnızlık Ölçeği-Kısa Formu (UCLA-KF)

UCLA yalnızlık ölçeği (University of California Los Angeles Loneliness Scale), bireyin algıladığı yalnızlık düzeyini belirlemek amacıyla Russel, Peplau ve Ferguson tarafından geliştirilmiştir (166, 167). Türkçe’ye Demir tarafından (1989) uyarlanmış ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Demir tarafından yapılmıştır (168). Çalışmada, ölçeğin Eskin tarafından (2001) revize edilen ve güvenilir şekilde kullanılabilmesini belirttikleri dört maddelik kısa formu kullanılmıştır (169). 12 yaş ve üzerinde uygulanabilen ölçekte çalışmaya katılanlardan maddelerde yer alan durumları ne sıklıkla yaşadıklarını belirtmeleri istenmektedir. Maddelerin yarısı olumlu yarısı olumsuz ifadeleri içermektedir. Ölçek toplam puanı 4-16 arasındadır. Ölçekten alınan puan arttıkça yalnızlık düzeyi artmaktadır.

3.3.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Morris Rosenberg tarafından özellikle ergen yaş grubunda benlik saygısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (170). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır (171). Ölçekte ‘çok doğru,’ ‘doğru,’ ‘yanlış’ ve

‘çok yanlış’ seçeneklerinin olduğu, olumlu ve olumsuz anlamda 10 madde yer almaktadır. Toplamda 0-1 puan yüksek, 2-4 puan orta, 5-6 puan düşük benlik saygısı olarak değerlendirilmektedir. Buna göre bireylerin aldığı puanların yüksek olması benlik saygılarının düşük olduğunu göstermektedir.

3.3.8. İntihar Olasılığı Ölçeği

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), Cull ve Gill tarafından (1990) ergenlerde ve yetişkinlerde intihar riskinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir (172). Ölçeğin Türk toplumu için adaptasyon, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tuğcu tarafından (173) yapılmıştır. Atlı ve ark’ı (2009) ölçeğin klinik örnekleme geçirlilik güvenilirlik çalışmasını yapmış olup 14 yaş ve üzerinde İÖÖ’nün Türk klinik örnekleme kullanılabilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu sonucunu bulmuşlardır (174). 36 maddeden oluşan, likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin 4 alt boyutu vardır. Bunlar sırasıyla “Umutsuzluk” 12 madde (5, 12, 14,15, 17, 19, 23, 28, 29, 31, 33, 36), “İntihar Düşüncesi” 8 madde (4,7, 20. 21, 24, 25, 30. 32) “Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi” 9 madde; (2, 6, 10. 11, 18, 22, 26, 27, 35) “Düşmanlık” 7 madde (1, 3, 8, 9, 13,16, 34) oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal formunda değerlendirme için alt kriterler oluşturulmuş olup ölçekten alınan puanlar 4 kategoriye ayrılmıştır: 0–24 arası puanlar normal grup, 25–49 arası puanlar hafif risk, 50–74 arası puanlar orta risk, 75–100 arası puanlar ise yüksek risk olarak ele alınmıştır. Bireyin tüm maddelerden aldığı puan toplanarak, her birey için bir “Genel İntihar Olasılığı” puanı ve her alt ölçeği oluşturan maddelerden aldığı puanlar toplanarak bu alt ölçeğe ait bir puan elde edilmektedir. Her maddenin her bir seçeneği için ağırlığı “1” ile “4” arasında değişerek derecelendirilmiş bir puanlama anahtarı kullanılmaktadır. Ölçek toplam puanı 36-144 arasındadır. Ölçekten alınan puan yüksek olması intihar olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3.9. Çocuk ve Gençler için Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli

Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

for School Aged Children- Present and Lifetime Version, KSADS-PL) ÇDŞG-ŞY, 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam-boyu psikopatolojiyi taramak amacıyla geliştirilmiş, yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir. Formun ilk kısmında çocuğun demografik bilgileri, gelişim öyküsü, sağlık durumu, okul durumu ve arkadaş ilişkileri gibi bilgiler yapılandırılmamış bir görüşme ile alınır. İkinci kısmı 200 kadar özgül semptom ve davranışı değerlendirir. Üçüncü kısım genel değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Anne-babalardan ve çocuklardan/gençlerden alınan bilgi ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır. Tanı, hem aileden hem de çocuklardan/gençlerden alınan bilgilerin özet puanlamalarına dayanarak konulur. Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından Türkiye için standardizasyon çalışması yapılmıştır (175). Çalışmada Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Sızofreni Ölçeği- Şimdi Şekli (ÇDŞG-Ş) kullanılmıştır.

3.3.10. Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri

Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVD), “intihar niyeti taşımayan” kendine zarar verme davranışının kapsamlı değerlendirilmesi için Klonsky ve Glenn (2009) tarafından geliştirilmiştir (176). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 14-21 yaş arası ergenlerde Bildik ve arkadaşları tarafından (2013) yapılmıştır (177). Envanterin Davranışlar bölümünde, “kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan” 12 çeşit KZVD’ nin yaşam boyu sıklığı sorgulanır. Kendini kesme, kendini ısırma, cilde harf/şekil kazıma, yakma, çimdikleme, saç koparma, tırnaklama, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma, cildi sert bir yere sürme, kendine iğne batırma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma sorgulanan davranışlardır. Bu bölümde katılımcılara, her davranışı kaç kez gerçekleştirdiği sorulur. Ayrıca beş ek soru ile bu davranışların tanımlayıcı ve yapısal özellikleri araştırılır.

3.4. İstatistiksel Method

Bu çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel olarak incelenmesi SPSS 22.00 istatistik programı ile yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları

Kolmogrov Smirnov testi ile değerlendirildi. Elde edilen veriler için tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, sayı ve yüzde şeklinde verildi. Verilerin analizinde bağımsız gruplarda t-testi, Mann-Whitney U testi, Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı. Grup içinde farklı değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve şiddetinin analizi Pearson korelasyon analizi ile gerçekleştirildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden istatistiksel olarak anlamlı farkın olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) ve Kruskal Wallis testiyle araştırıldı. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edildi.



4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya yaşları 14-18 arasında değişen 104 akne vulgaris tanılı ergen alınmıştır. Kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından olgu grubuna benzer 102 sağlıklı ergenden oluşmaktadır. Olgu grubunun 30'u (%28.8) erkek, 74'ü (%71.2) kız ergenlerden; kontrol grubunun ise 31'i (%30.4) erkek, 71'i (%69.6) kız ergenlerden oluşmaktadır. Her iki grup arasında yaş ortalaması ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla, p:.224 ve p:.808) (Tablo 1).

Tablo 1. Olgu ve kontrol gruplarının yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırılması.

	Olgu			Kontrol			p*	
	n	%	Yaş (ort±SS)	n	%	Yaş (ort±SS)		
Cinsiyet	erkek	30	28.8	16.40±1.24	31	30.4	16.32±1.46	p>.05
	kız	74	71.2	16.36±1.52	71	69.6	16.06±1.29	p>.05

*ki kare, ort:ortalama, SS:standart sapma

Eğitim durumlarına bakıldığında akneli ergenlerin 64'ünü (%64.4) lise düzeyinde eğitim gören ergenler oluşturmaktaydı. Olgu ve kontrol grupları arasında eğitim durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p:.176) (Tablo 2).

Ergenlerin okul başarı durumu sorusuna verdikleri cevaplara göre akneli ergenlerin okul başarısının 35 ergende (%33.7) zayıf-orta, 52 ergende (%50) iyi, 17 ergende (%16.3) çok iyi düzeyde olduğu öğrenildi. Kontrol grubundaki ergenlerin okul başarısı; 25 ergende (%24.5) zayıf-orta, 56 ergende (%54.9) iyi, 21 ergende (%20.6) çok iyi düzeyde idi. Olgu ve kontrol grupları arasında okul başarısı düzeyi açısından farklılık saptanmadı (p:.330) (Tablo 2).

Tablo 2. Olgu ve kontrol gruplarının eğitim ve okul başarı düzeyi açısından karşılaştırılması.

		Olgu		Kontrol		p*
		n	%	n	%	
Eğitim düzeyi	ilköğretim	1	13.	2	21.	.176
	m	4	5	2	6	
	lise	6	64.	6	63.	
		7	4	5	7	
	üniversite	2	22.	1	14.	
		3	1	5	7	
Okul Başarısı	zayıf-orta	3	33.	2	24.	.330
		5	7	5	5	
	iyi	5	50.	5	54.	
		2	0	6	9	
	çok iyi	1	16.	2	20.	
	7	3	1	6		

*ki kare

Ergenlerin kiminle yaşadıkları sorgulandığında; akneli ergenlerin 95'i (%94.1) anne-babası ile, 6'sı (%5.8) hayatta olan diğer ebeveyni ile, 3'ü (%2.9) parçalanmış aileden olup annesi ile birlikte yaşamaktaydı. Kontrol grubundaki ergenlerin 96'sı (%94.1) anne-babası ile, 2'si (%2) hayatta olan diğer ebeveyni ile, 4'ü (%3.9) parçalanmış aileden olup annesi ile birlikte yaşamaktaydı. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin aile özellikleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p:.351).

Çalışmaya katılan ergenlerin anne babalarında psikiyatrik hastalık olup olmadığı sorusu yöneltildiğinde; akneli ergenlerin 8'i (%7.7) ve kontrol grubundaki ergenlerin 11'inde (%10.8) ebeveynlerinde en az bir psikiyatrik tanı olduğu öğrenildi. Olgu ve kontrol grupları arasında ebeveynlerinde psikiyatrik tanı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p:.443) (Tablo 3).

Tablo 3. Olgu ve kontrol gruplarının ebeveynlerinde psikiyatrik tanı varlığının incelenmesi.

		Olgu		Kontrol		p*
		n	%	n	%	
Ebeveynde psikiyatrik hastalık	yok	96	92.3	91	89.2	.443
	var	8	7.7	11	10.8	

*ki kare

4.2. Akneli Ergenlerin Akne Şiddeti ve Akne Yaşam Kalite Ölçeklerinden Aldıkları Puanlara Ait Bulgular

Akne şiddetini objektif olarak değerlendiren GADS ölçeğine göre akneli ergenlerin GADS puan ortalaması 19.38 ± 8.47 (min:7, max:41) idi.

Cinsiyetler açısından GADS puan ortalamaları erkek ergenlerde 22.13 ± 9.38 , kız ergenlerde 18.27 ± 7.87 olarak tespit edildi. Ergenlerin akne şiddeti, GADS puanlarına göre hafif, orta ve şiddetli olarak derecelendirildiğinde 55 (%52.9) ergende hafif, 34 (%32.7) ergende orta ve 15 (%14.4) ergende şiddetli düzeyde akne olduğu saptandı.

Akneli şiddet derecelendirmesine göre cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p:.232) (Tablo 4).

Tablo 4. Akneli ergenlerde cinsiyetlere göre akne şiddeti derecelendirmesi.

	Kız		Erkek		Toplam		p*
	n	%	n	%	n	%	
Hafif	43	58.1	12	40	55	52.9	
Akne şiddeti Orta	22	29.7	12	40	34	32.7	.232
Şiddetli	9	12.2	6	20	15	14.4	

*ki kare,

Akne şiddetinin hastalar tarafından subjektif olarak değerlendirildiği GAS'a göre akneli ergenlerin GAS puan ortalaması 6.33 ± 1.98 (min:2, max:10) olarak saptandı. GAS puan ortalaması erkek ergenlerde 6.03 ± 1.79 , kız ergenlerde 6.45 ± 2.05 olarak tespit edildi. Her iki cinsiyet arasında GAS puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p:.339) (Tablo 5).

Akneli ergenlerin akne yaşam kalite ölçeği puan ortalaması 15.13 ± 5.37 idi. AYKÖ puan ortalaması cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde bu değer erkek ergenlerde 14.30 ± 4.96 ve kız ergenlerde 15.46 ± 5.68 olduğu tespit edildi. AYKÖ puan ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p:.321) (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların cinsiyetlere göre GADS, GAS ve AYKÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Kız		Erkek		p*
	Ort.	SS	Ort.	SS	
GADS	18.27	7.87	22.13	9.38	.035
GAS	6.45	2.05	6.03	1.79	.339
AYKÖ	15.46	5.68	14.3	4.49	.321

*Bağımsız gruplarda t testi, GADS: global akne derecelendirme sistemi, GAS: görsel analog skala, AYKÖ: akne yaşam kalite ölçeği, Ort: ortalama, SS: standart sapma.

Akne yaşam kalite puanlarının akne şiddetine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p:.172) (Tablo 6).

Tablo 6. Akneli ergenlerde akne şiddeti değişkeni ile AYKÖ puanlarının Kruskal Wallis testi analizi.

						p*
		n	Ort.	SS	Rank ort.	
Akne yaşam kalite ölçeği	hafif	55	14.47	4.83	49.3	.172
	orta	34	14.74	4.76	51.87	
	şiddetli	15	18.4	7.43	65.67	

*Kruskall Wallis Testi, Ort:ortalama SS:standart sapma.

Akne başlangıç yaşı 49 ergende (%47.1) 13-14 olarak belirlendi. Akneli ergenlerin akne başlangıç yaşı ve akne sürelerine göre dağılımları Tablo 7’de verilmiştir.

Akneli ergenlerin akne süreleri sorgulandığında 14 ergende (%18.9) bir yıldan az süredir, 14 ergende (%18.9) bir-iki yıldır, 16 ergende (%21.6) iki-üç yıldır, 17 ergende (%23) üç-dört yıldır, 13 ergende (%17.6) süredir akne lezyonlarının olduğu öğrenildi (Tablo 7).

Tablo 7. Akneli ergenlerde akne başlangıç yaşı ve akne sürelerinin dağılımı.

		Kız		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Akne başlangıç yaşı	12 yaş ve öncesi	17	23	6	20	23	22.1
	13-14 yaş arası	37	50.0	12	40	49	47.1
	15-16 yaş arası	27	23.0	10	33.3	27	26.0
	17 yaş ve sonrası	3	4.1	2	6.7	5	4.8
Akne süresi	1 yıldan az	14	18.9	3	10	17	16.3
	1-2 yıl	14	18.9	12	40	26	25.0
	2-3 yıl	16	21.6	9	30	25	24.0
	3-4 yıl	17	23.0	4	13.3	21	20.2
	4 yıldan fazla	13	17.6	2	6.7	15	14.4

4.3. Akneli Ergenlere Ait Yaş, Akne Başlangıç Yaşı, Akne Yaşam Kalitesi ve Akne Şiddeti Arasındaki Korelasyonlar

Akneli ergenlerin yaşı ve akne başlangıç yaşı ile GAS, GADS ve AYKÖ puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (Tablo 8).

Tablo 8. Yaş, akne başlangıç yaşı, GAS, GADS ve AYKÖ puanları arasındaki korelasyonlar.

	GAS (r değeri)	GADS (r değeri)	AYKÖ (r değeri)
Yaş	-.189	.016	.030
Akne başlangıç yaşı	-.062	-.034	.077
GAS	-	.293**	.323**
GADS	.293**	-	.180

GADS: Global akne derecelendirme sistemi, GAS: görsel analog skala, AYKÖ: akne yaşam kalite ölçeği, *p<.05 ** p<.001

AYKÖ ile GAS puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı (r:.323, p:.001). Hastanın öznel algıladığı akne şiddeti arttıkça yaşam kalitesi düşmekteydi.

4.4. Yaşam Doyumunu Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Akneli ergenlerin yaşam doyumunu ölçeğinden elde edilen puan ortalaması 21.71±7.51 olup bu değer kontrol grubunda 24.96±6.05 idi. Olgu ve kontrol gruplarının yaşam doyumunu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamli olup akneli ergenlerin yasam doyumu kontrol grubuna gore anlamli derecede daha dusuكتu (p:.001) (Tablo 9).

Cinsiyetler acısından değerlendirildiğinde erkek ergenlerde yasam doyumu olęęi puan ortalaması 22.73±6.65, kız ergenlerde 21.3±7.84 idi. Her iki cins arasında yasam doyumu puan ortalamaları acısından istatistiksel olarak anlamli farklılık yoktu (p:.380).

Tablo 9. Olgu ve kontrol grubunun yasam doyumu olęek puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Olgu		Kontrol		p*
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Yaşam Doyumu Olęęi	21.71	7.51	24.96	6.05	.001

*Bağımsız gruplarda t testi, Ort:ortalama, SS: standart sapma.

Akneli ergenlerde akne şiddeti değişkenine gore *yaşam doyumu olęęinden* aldıkları puanların farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına gore akneli ergenlerin akne şiddeti değişkeni ile yasam doyumu olęęi puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamli bulunmadı (Tablo 10).

Tablo 10. Akneli ergenlerde akne şiddeti değişkenleri ile yasam doyumu olęek puanlarının tek yönlü varyans analizi.

	F*	p*
Yaşam doyumu olęęi	.584	.560

*Tek yönlü varyans (ANOVA)

4.4.1. Yaşam Doyumu Olęęi ile Akne Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

Akneli ergenlerde yasam doyum olęęi ile GAS, GADS ve akne başlangıç yaşı arasında korelasyon bulunmamaktaydı (sırasıyla; r:-.097, p:.330; r:-.069, p:.489; r:.097, p:.327). Akneli ergenlerin yasam doyum olęęi ile akne yasam kalite olęęi arasında negatif yönde anlamli korelasyon saptandı (r:-.377, p<.001). Akneli ergenlerin akne yasam kalitesi düştükçe yasam doyumları da anlamli derecede azalmaktaydı (Tablo 11).

Tablo 11. Akneli ergenlerde yaşam doyumu, GAS, GADS, AYKÖ ve akne yaşı arasındaki korelasyonlar.

	GAS	GADS	AYKÖ	Akne Yaşı
	(r değeri)	(r değeri)	(r değeri)	(r değeri)
Yaşam Doyumu Ölçeği	-.097	-.069	-,377**	.097

GADS: global akne derecelendirme sistemi, GAS: görsel analog skala, AYKÖ: akne yaşam kalite ölçeği, *p<.05 ** p<.001

4.5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Akneli ergenlerin RBSÖ puan ortalaması 2.13 ± 0.9 , kontrol grubunun puan ortalaması 1.30 ± 1.11 idi. Olgu ve kontrol gruplarının RBSÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup akneli ergenlerin benlik saygıları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşüktü ($p < .001$) (Tablo 12).

Tablo 12. Olgu ve kontrol gruplarında Rosenberg benlik saygısı ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Olgu		Kontrol		p*
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Benlik Saygısı Ölçeği	2.13	0.90	1.30	1.10	<.001

*Bağımsız gruplarda t testi, Ort:ortalama, SS: standart sapma.

Cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde erkek ergenlerde Rosenberg benlik saygısı ölçeği puan ortalaması 2.1 ± 0.6 , kız ergenlerde 2.15 ± 1 idi. Akneli ergenlerde benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p: .805$).

Tablo 13. Akneli ergenlerde akne şiddeti değişkenleri ile Rosenberg benlik saygısı ölçek puanlarının tek yönlü varyans analizi.

	F*	p*
Benlik saygısı ölçeği	.432	.650

*Tek yönlü varyans (ANOVA)

Akneli ergenlerde akne şiddeti değişkenine göre Rosenberg benlik saygısı ölçeğinden aldıkları puanların farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre akneli ergenlerin akne şiddeti

değişkeni ile Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 13).

4.5.1. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile Akne Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

Akneli ergenlerin Rosenberg benlik saygısı ölçek puanları akne yaşı, GAS ve GADS puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (Tablo 14).

Tablo 14. Rosenberg benlik saygısı, GAS, GADS ve akne yaşı arasındaki korelasyonlar.

	GAS	GADS	Akne Yaşı
	(r değeri)	(r değeri)	(r değeri)
Benlik Saygısı Ölçeği	-.079	.013	-.158

GADS: global akne derecelendirme sistemi, GAS: görsel analog skala, *p<.05 ** p<.001.

4.6. UCLA Yalnızlık Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Akneli ergenlerin UCLA yalnızlık ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 8.19±2.7, kontrol grubunun puan ortalaması 7.19±2.16 idi. Olgu ve kontrol gruplarının UCLA yalnızlık ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup akneli ergenlerin yalnızlık düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksekti (p:.004) (Tablo 15).

Tablo 15. Olgu ve kontrol gruplarında UCLA yalnızlık ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Olgu		Kontrol		p*
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Yalnızlık Ölçeği	8.19	2.70	7.19	2.16	.004

*Bağımsız gruplarda t testi, Ort:ortalama, SS: standart sapma.

Cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde erkek ergenlerde UCLA yalnızlık ölçeği puan ortalaması 7.03±2.38, kız ergenlerde 8.66±2.7 idi. Akneli ergenlerde UCLA yalnızlık ölçeği puan ortalamaları cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde

akneli kız ergenlerin yalnızlık düzeyi, akneli erkek ergenlerden anlamlı oranda yüksek bulundu (p:.005) (Tablo 16).

Tablo 16. Akneli ergenlerin cinsiyetlere göre yaşam doyumu, UCLA yalnızlık ve Rosenberg benlik saygısı ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Kız		Erkek		p*
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Yaşam Doyumu Ölçeği	21.3	7.84	22.73	6.65	.380
Yalnızlık Ölçeği	8.66	2.70	7.03	2.38	.005
Benlik Saygısı Ölçeği	2.15	1.00	2.10	0.60	.805

*Bağımsız gruplarda t testi, Ort:ortalama, SS:standart sapma.

Akneli ergenlerde akne şiddeti değişkenine göre *UCLA yalnızlık ölçeğinden* aldıkları puanların farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre akneli ergenlerin akne şiddeti değişkeni ile UCLA yalnızlık ölçeği puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 17).

Tablo 17. Akneli ergenlerde akne şiddeti değişkenleri ile UCLA yalnızlık ölçek puanlarının tek yönlü varyans analizi.

	F*	p*
UCLA yalnızlık ölçeği	.545	.581

*Tek yönlü varyans (ANOVA)

4.6.1. UCLA Yalnızlık Ölçeği ile Akne Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

Akneli ergenlerde UCLA yalnızlık ölçek puanları ile akne yaşam kalite ölçek puanları ve görsel analog skala puan ortalamaları arasında pozitif; akne yaşı ile arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptandı (Tablo 18). Akneli ergenlerin yaşam kalitesi ve akne başlangıç yaşı düştükçe yalnızlık düzeyi anlamlı derecede artmaktaydı. Akneli ergenlerin yalnızlık düzeyi arttıkça öznel algıladıkları akne şiddet puanı da anlamlı derecede artmaktaydı.

Tablo 18. UCLA yalnızlık ölçeği, GAS, GADS, AYKÖ ve akne yaşı arasındaki korelasyonlar.

	GAS	GADS	AYKÖ	Akne Yaşı
	(r değeri)	(r değeri)	(r değeri)	(r değeri)
Yalnızlık Ölçeği	,198*	,030	,425**	-,240*

GADS: global akne derecelendirme sistemi, GAS: görsel analog skala, AYKÖ: akne yaşam kalite ölçeği, *p<.05 ** p<.001

4.7. İntihar Olasılığı Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular

Akneli ergenlerin İÖÖ puan ortalaması 73.3±16.78, kontrol grubunun puan ortalaması 68.8±13.53 idi. Olgu ve kontrol gruplarının İÖÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup akneli ergenlerin intihar olasılığı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek idi (p:.038) (Tablo 19).

İntihar olasılığı alt ölçeklerinden alınan puanlar değerlendirildiğinde; *umutsuzluk* puan ortalaması akneli ergenlerde 25.91±5.77 olup kontrol grubunda 24.89±5.02 idi. *Olumsuz kendilik değerlendirmesi* puan ortalaması olgu grubunda 17.43±4.96, kontrol grubunda 15.77±4.37 olarak saptandı. *Düşmanlık* puan ortalaması olgu grubunda 13.9±4.48, kontrol grubunda 12.75±3.62; *intihar düşüncesi* puan ortalaması olgu grubunda 16±5.42, kontrol grubunda 15.45±4.97 olarak saptandı.

Tablo 19. Olgu ve kontrol gruplarının intihar olasılığı ölçek puanlarının karşılaştırılması.

İntihar Olasılığı Ölçeği	Olgu		Kontrol		p*
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Genel İntihar Olasılığı	73.30	16.78	68.80	13.53	.038
Umutsuzluk	25.91	5.77	24.89	5.02	.155
Olumsuz Kendilik	17.43	4.96	15.77	4.37	.012
Düşmanlık	13.9	4.48	12.75	3.62	.045
İntihar Düşüncesi	16.00	5.42	15.45	4.97	.450

*Bağımsız gruplarda t testi, Ort:ortalama, SS: standart sapma.

Olgu ve kontrol gruplarının *olumsuz kendilik değerlendirmesi* ve *düşmanlık* alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı

iken (sırasıyla; p:.012, p:.045); *umutsuzluk* ve *intihar düşüncesi* alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (sırasıyla; p:.155 ve p:.450). Akneli ergenlerin kontrol grubuna göre daha fazla düşmanlık duygusuna sahip oldukları ve kendilerini olumsuz değerlendirme eğilimlerinin daha fazla olduğu görülmüş olup umutsuzluk duygusu ve intihar düşüncesi açısından farklılık göstermemişlerdir.

Akneli ergenlerin intihar olasılığı ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde; umutsuzluk alt ölçek puan ortalaması erkeklerde 24.3 ± 4.6 , kızlarda 26.64 ± 6.09 idi. *Olumsuz kendilik değerlendirmesi* puan ortalaması erkek ergenlerde 16.27 ± 3.52 , kız ergenlerde 17.91 ± 5.38 olarak saptandı. *Düşmanlık* puan ortalaması erkek ergenlerde 12.76 ± 3.99 , kız ergenlerde 14.36 ± 4.6 ; *intihar düşüncesi* puan ortalaması erkek ergenlerde 15.16 ± 4.86 , kız ergenlerde 16.33 ± 5.63 olarak saptandı. *Genel intihar olasılığı* erkek ergenlerde 68.5 ± 13.91 iken, kız ergenlerde bu oran 75.25 ± 17.52 olarak saptandı. Akneli ergenlerde *umutsuzluk*, *olumsuz kendilik değerlendirmesi*, *düşmanlık* ve *intihar düşüncesi* alt ölçek puanları ile *genel intihar olasılığı* ölçek puan ortalamaları cinsiyetlere göre farklılık göstermemiştir (sırasıyla; p:.060, p:.128, p:.100, p:.321 ve p:.063) (Tablo 20). Akneli ergenlerde intihar olasılığını belirleyen etmenlerin her iki cins için benzer özellikler taşıdığı bulunmuştur.

Tablo 20. Akneli ergenlerin cinsiyetlere göre intihar olasılığı ölçek puanları açısından karşılaştırılması.

İntihar Olasılığı Ölçeği	Kız		Erkek		p*
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Genel İntihar Olasılığı	75.25	17.52	68.50	13.91	.063
Umutsuzluk	26.64	6.09	24.30	4.60	.060
Olumsuz Kendilik	17.91	5.38	16.27	3.52	.128
Düşmanlık	14.36	4.60	12.76	3.99	.100
İntihar Düşüncesi	16.33	5.63	15.16	4.86	.321

*Bağımsız gruplarda t testi, Ort:ortalama, SS:standart sapma.

4.7.1. İntihar Olasılığı Ölçeği ile Akne Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

Akneli ergenlerde intihar olasılığı ölçeği ile akne yaşam kalite ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı ($r:.471$, $p<.001$). Akneli ergenlerde akne yaşam kalitesi düştükçe intihar olasılığı ölçek puanları anlamlı derecede artmaktaydı.

Akneli ergenlerde *umutsuzluk*, *olumsuz kendilik değerlendirmesi*, *düşmanlık* ve *intihar düşüncesi* alt ölçekleri ile akne yaşam kalite ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı (Tablo 21). Akneli ergenlerde akne yaşam kalitesi düştükçe; umutsuzluk, olumsuz kendilik değerlendirmesi, düşmanlık ve intihar düşüncesi anlamlı derecede artmaktaydı.

Tablo 21. Akneli ergenlerde GAS, GADS, AYKÖ ve intihar olasılığı ölçek puanları arasındaki korelasyonlar.

İntihar Olasılığı Ölçeği	GAS	GADS	AYKÖ
	(r değeri)	(r değeri)	(r değeri)
Genel İntihar Olasılığı	.185	.038	,471**
Umutsuzluk	.180	-.001	,502**
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	.196	.090	,391**
Düşmanlık	.105	-.032	,397**
İntihar Düşüncesi	.114	.063	.236*

GADS: global akne derecelendirme sistemi, GAS: görsel analog skala, AYKÖ: akne yaşam kalite ölçeği, * $p<.05$ ** $p<.001$

4.8. Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdi Şeklinden Elde Edilen Bulgular

Akneli ergenlerin 39'unda (%37.5), kontrol grubundaki ergenlerin 16'sında (%15.7) en az bir psikiyatrik tanı tespit edildi. Psikiyatrik tanı varlığı açısından olgu ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup akneli ergenlerde psikiyatrik tanı varlığı kontrollere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<.001$) (Tablo 22).

Tablo 22. Olgu ve kontrol gruplarının psikiyatrik tanı varlığı açısından karşılaştırılması.

		Olgu		Kontrol		p*
		n	%	n	%	
Psikiyatrik tanı	yok	65	62.5	86	84.3	<.001
	var	39	37.5	16	15.7	

*Ki kare,

Akneli ergenlerin 17'sinde (%16.3) yaygın anksiyete bozukluğu, 12'sinde (%11.5) travma sonrası stres bozukluğu, 10'unda majör depresif bozukluk, 9'unda sosyal fobi, 6'sında (%5.8) bulimiya nervoza tanıları saptanmıştır. Olgu ve kontrol gruplarında görülen psikiyatrik hastalıklar tablo 23'de verilmiştir.

Yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, majör depresif bozukluk ve bulimiya nervoza tanıları; akneli ergenlerde kontrollere göre anlamlı oranda daha yüksek bulundu (Tablo 23).

Tablo 23. Olgu ve kontrol gruplarında görülen psikiyatrik hastalıkların incelenmesi.

Psikiyatrik tanı	Olgu		Kontrol		p*
	n	%	n	%	
YAB	17	16.3	6	5.9	.017
TSSB	12	11.5	2	2	.006
Majör depresif bozukluk	10	9.6	2	2	.019
Sosyal Fobi	9	8.7	7	6.9	.631
Bulimiya nervoza	6	5.8	0	0	.029
Özgül fobi	3	2.9	0	0	.246
DEHB	3	3.9	2	2	≅1.0
OKB	1	1	1	1	≅1.0
KOKG	0	0	4	3.9	.058

*Ki kare, YAB:yaygın anksiyete bozukluğu, TSSB: travma sonrası stres bozukluğu, DEHB: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, OKB: obsesif kompulsif bozukluk, KOKG: karşıt olma karşıt gelme bozukluğu

Psikiyatrik tanı saptanan ergenlerden akneli olanların yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 18.69 ± 7.57 , aknesiz olanların puan ortalaması 24.19 ± 6.35 idi. Psikiyatrik tanısı olan akneli ve aknesiz ergenlerin yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p:.013). Psikiyatrik tanısı olan akneli ergenlerin yaşam doyumlarının aknesiz ergenlere göre daha düşük olduğu bulundu.

Psikiyatrik tanısı olan akneli ergenlerin yalnızlık ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 9.38 ± 2.55 , psikiyatrik tanısı olan aknesiz ergenlerin puan ortalaması ise 7.31 ± 2.30 olarak bulunmuştur. Psikiyatrik tanısı olan akneli ve aknesiz ergenlerin yalnızlık ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p: .012$). Psikiyatrik tanısı olan akneli ergenlerin hissedilen yalnızlık düzeylerinin aknesiz ergenlere göre daha yüksek olduğu saptandı.

Psikiyatrik tanısı olan akneli ergenlerin benlik saygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 2.15 ± 1.08 , psikiyatrik tanısı olan aknesiz ergenlerin puan ortalaması ise 1.50 ± 1.41 olarak saptanmıştır. Psikiyatrik tanısı olan akneli benlik saygıları daha düşük olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p: .069$).

Psikiyatrik tanısı olan akneli ergenlerin intihar olasılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 8.23 ± 16.76 , psikiyatrik tanısı olan aknesiz ergenlerin puan ortalaması 75.31 ± 14.76 idi. Psikiyatrik tanısı olan akneli ergenlerin intihar olasılığı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları aknesiz ergenlerden daha yüksek bulunmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p: .335$).

Psikiyatrik tanı alan akneli ve aknesiz ergenler arasında intihar olasılığı ölçeğinin *umutsuzluk*, *olumsuz kendilik değerlendirmesi*, *düşmanlık* ve *intihar düşüncesi* alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla; $p: .227$, $p: .187$, $p: .731$, $p: .642$).

Tablo 24. Psikiyatrik tanı saptanan ergenlerde uygulanan ölçeklerin puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Psikiyatrik Tanı Alan Ergenlerde				p*
	Akne var		Akne yok		
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Yaşam doyumu	18.69	7.75	24.19	6.35	.013
Yalnızlık	9.38	2.55	7.31	2.3	.012
Benlik saygısı	2.15	1.08	1.50	1.41	.069
Genel intihar olasılığı	80.23	16.76	75.31	14.76	.335
Umutsuzluk	28.23	6.08	25.56	5.46	.227
Olumsuz kendilik değerlendirmesi	19.49	4.85	17.5	5.21	.187
Düşmanlık	15.08	5.02	15.13	4.42	.731
İntihar düşüncesi	17.44	5.48	17.13	4.91	.642

*Mann-Whitney U testi, Ort:ortalama, SS:standart sapma.

Majör depresif bozukluk tanısı saptanan akneli ergenlerin yaşam doyumu, yalnızlık, genel intihar olasılığı puan ortalamaları ile, olumsuz kendilik değerlendirmesi ve düşmanlık alt ölçek puan ortalamalarının majör bozukluk tanısı olmayan akneli ergenlerden anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 25).

Majör depresyon tanısı saptanan akneli ergenlerde yaşam doyumu, yalnızlık ve genel intihar olasılığı puanlarının akne şiddetine göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı (sırasıyla; p:.643, p:.279, p:.699).

Tablo 25. Akneli ergenlerde majör depresif bozukluk tanısı olan ve olmayanların ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının Mann-Whitney U testi ile analizi

		Akneli Ergenlerde MDB				p
		Var		Yok		
		Ort.	SS	Ort.	SS	
İntihar Olasılığı Ölçeği	GADS	19.8	1.33	19.34	8.32	.960
	GAS	6.4	2.11	6.32	1.98	.964
	AYKÖ	18.6	8.26	14.76	4.89	.175
	Yaşam doyumu	16.8	6.49	22.23	7.45	.028
	Yalnızlık	9.7	2.0	8.03	2.73	.035
	Benlik saygısı	1.9	0.87	2.16	0.9	.211
	Genel intihar olasılığı	86.6	18.91	71.89	16.01	.017
	Umutsuzluk	29.7	6.0	25.57	5.64	.024
	Olumsuz kendilik	21.1	5.8	17.04	4.73	.037
	Düşmanlık	17.8	6.94	13.49	3.97	.060
	İntihar düşüncesi	18	5.31	15.79	5.42	.198

*Mann-Whitney U testi, MDB: majör depresif bozukluk, GADS: global akne derecelendirme sistemi, GAS: görsel analog skala, AYKÖ:akne yaşam kalite ölçeği, Ort:ortalama, SS:standart sapma.

Akneli ergenlerle yapılan klinik değerlendirmede ergenlerin 7'sinin (%6.7) cinsel istismara maruz kaldığı öğrenildi. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan akneli ergenlerin (n:12) yarısında klinik tanı cinsel istismar ile ilişkiliydi.

Bulimiya nervoza tanısı alan akneli ergenlerin (n:6) üçte ikisinde çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü vardı.

Tablo 26. Olgu ve kontrol gruplarının cinsel istismar varlığı açısından karşılaştırılması.

		Olgu		Kontrol		P*
		n	%	n	%	
Cinsel İstismar	var	7	6.7	0	0	.040
	yok	97	93.3	102	100	

*ki kare.

4.8.1. Çocuk ve Gençler için Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdi Şeklinden Elde Edilen Bulguların Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

Akneli ergenlerde psikiyatrik tanı alma oranları cinsiyetlere göre bakıldığında; akneli kız ergenlerin 34'ünde (%45.9), akneli erkek ergenlerin 5'inde (%12.8) en az bir psikiyatrik tanı saptandı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p:.005). Akneli kız ergenlerde psikiyatrik tanı görülme sıklığı akneli erkek ergenlerden daha yüksek bulundu.

Tablo 27. Akneli ergenlerde cinsiyetlere göre psikiyatrik tanı alma oranlarının karşılaştırılması.

		Kız		Erkek		p*
		n	%	n	%	
Psikiyatrik tanı	var	34	45.9	5	12.8	.005
	yok	40	54.1	25	83.3	

*ki kare.

Akneli kızların 16'sında (%21.6) yaygın anksiyete bozukluğu, 11'inde (%14.9) travma sonrası stres bozukluğu, 8'inde (%1.8) majör depresif bozukluk, 8'inde sosyal fobi, 6'sında bulimiya nervoza (%8.1), 3'ünde (%4.1) özgül fobi ve 2'sinde (%2.7) dikkat eksikliği hiperaktivite tanısı saptanmıştır.

Akneli erkeklerin 2'sinde (%6.7) majör depresif bozukluk tanısı görülürken, birer hastada yaygın anksiyete bozukluğu (%3.3), travma sonrası stres bozukluğu (%3.3), sosyal fobi (%3.3), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (%3.3) ve obsesif kompulsif bozukluk (%3.3) tanıları saptandı (Tablo 28).

Psikiyatrik tanısı olan ergenlerden akneli kız ergenlerin yaşam doyumu ölçek puan ortalamaları 18.35 ± 7.85 , aknesiz kız ergenlerin ise 25.00 ± 6.13 olarak

saptanmıştır. Psikiyatrik tanısı olan akneli ve aknesiz kız ergenlerin yaşam doyumu ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:.006).

Tablo 28. Akneli ergenlerde cinsiyetlere göre psikiyatrik hastalıkların incelenmesi.

Psikiyatrik Tanılar	Kız		Erkek	
	n	%	n	%
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	16	21.6	1	3.3
TSSB	11	14.9	1	3.3
Majör depresif bozukluk	8	1.8	2	6.7
Sosyal Fobi	8	1.8	1	3.3
Bulimiya nervoza	6	8.1	0	0
Özgül fobi	3	4.1	0	0
DEHB	2	2.7	1	3.3
OKB	0	0	1	3.3
KOKG	0	0	0	0

*Bir kişi birden fazla tanı alabilmektedir. TSSB: travma sonrası stres bozukluğu, DEHB: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, OKB: obsesif kompulsif bozukluk, KOKG: karşıt olma karşıt gelme bozukluğu.

Psikiyatrik tanısı olan ergenlerden akneli kız ergenlerin yalnızlık ölçek puan ortalamaları 9.62 ± 2.6 , aknesiz kız ergenlerin ise 7.31 ± 2.35 olarak saptanmıştır. Psikiyatrik tanısı olan akneli ve aknesiz kız ergenlerin yalnızlık ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:.012).

Tablo 29. Psikiyatrik tanı saptanan olgu ve kontrol gruplarındaki kız ergenlerin ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Psikiyatrik Tanı Alan Kızlar				p*
	Akne var		Akne yok		
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Yaşam doyumu	18.35	7.85	25.00	6.13	.006
Yalnızlık	9.62	2.60	7.31	2.35	.012
Benlik saygısı	2.21	1.09	1.54	1.45	.087
Genel intihar olasılığı	81.41	16.57	75.08	15.42	.203
Umutsuzluk	28.74	6.16	24.92	5.60	.078
Olumsuz kendilik	19.79	5.06	17.08	5.36	.105
Düşmanlık	15.15	4.98	15.38	4.57	.756
İntihar düşüncesi	17.74	5.42	17.69	5.29	.849

*Mann-Whitney U testi, Ort:ortalama, SS:Standart sapma.

4.8.2. Çocuk ve Gençler İçin Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdi Şeklinden Elde Edilen Bulgular ile Akne İlişkisi

Akneli ergenlerde, komorbid psikiyatrik tanı alanlarda GADS puan ortalaması 17.9 ± 7.69 , komorbid psikiyatrik tanısı olmayanlarda GADS puan ortalaması 2.28 ± 8.85 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p:.167$). Hastaların öznel algılarını gösteren GAS puan ortalamaları ise komorbid psikiyatrik tanısı olan ergenlerde 6.54 ± 1.95 , komorbid psikiyatrik tanısı olmayan ergenlerde 6.2 ± 2 olarak bulundu. Komorbid psikiyatrik tanısı olan ve olmayan akneli ergenlerde GAS puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p:.402$). Komorbid psikiyatrik tanısı olan akneli ergenlerin hekim tarafından ölçülen akne şiddetinin daha düşük, algıladıkları akne şiddetinin ise daha yüksek olduğu gözlenmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Komorbid psikiyatrik tanısı olan akneli ergenlerin AYKÖ puan ortalamaları 17.21 ± 5.51 , komorbid psikiyatrik tanısı olmayan ergenlerin AYKÖ puan ortalamaları 13.88 ± 4.12 olarak bulundu. Komorbid tanısı olan ve olmayan akneli ergenlerin AYKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p:.002$). Komorbid psikiyatrik tanısı olan akneli ergenlerin yaşam kalitesinin anlamlı oranda daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 30. Akneli ergenlerde psikiyatrik varlığına göre akne başlangıç yaşı, GADS, GAS ve AYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Akneli Ergenlerde Psikiyatrik Tanı				p*
	Var		Yok		
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Akne başlangıç yaşı	13.46	1.41	13.83	1.50	.218
GADS	17.90	7.69	2.28	8.85	.167
GAS	6.54	1.95	6.20	2.00	.402
AYKÖ	17.21	5.51	13.88	4.12	.002

*Bağımsız gruplarda t testi, GADS: global akne derecelendirme sistemi, GAS: görsel analog skala, AYKÖ: akne yaşam kalite ölçeği, SS: standart sapma.

Psikiyatrik tanı alan ergenlerden aknelilerin %74.4'ü (n:29), aknesizlerin %43.8'inin (n:7) benlik saygısının düşük-orta olduğu saptanmıştır. Benlik saygısı

düzeıı açııından psikiyatrik tanısı olan akneli ve aknesiz ergenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:.030) (Tablo 30).

Tablo 30. Psikiyatrik tanı alan akneli ve aknesiz ergenlerin benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması.

		Psikiyatrik Tanı Alan Ergenler				p*
		Akne var		Akne yok		
		n	%	n	%	
Benlik Saygısı	düşük-orta	29	74.4	7	43.8	.030
	yüksek	10	25.6	9	56.3	

*ki kare.

Akne yaşam kalite ölçek puanı ile psikiyatrik komorbidite varlığı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı (r:.304, p:.002). Buna göre akne yaşam kalitesi düşükçe komorbid psikiyatrik tanı varlığı artmaktaydı (Tablo 32).

Tablo 32. Akneli ergenlerde akne yaşam kalite, yaşam doyumu, yalnızlık ölçekleri ile komorbidite korelasyonları.

	AYKÖ	YDÖ	UCLA-YÖ	Komorbidite
	r değeri	r değeri	r değeri	r değeri
AYKÖ	1	-.377**	.425**	.304**
YDÖ	-.377**	1	-.645**	-.338**
UCLA-YÖ	.425**	-.645**	1	.356**
Komorbidite	.304**	-.338**	.356**	1

AYKÖ:akne yaşam kalite ölçeği, YDÖ: yaşam doyumu ölçeği, UCLA-YÖ:UCLA yalnızlık ölçeği

Majör depresif bozukluk tanısı saptanan akneli ergenlerde akne yaşam kalite ölçeği ile genel intihar olasılığı, olumsuz kendilik değeri değerlendirme ölçek puanları arası arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla; r:.673, p:.033; r:.722, p:.018). Majör depresif bozukluğu olan akneli ergenlerde yaşam kalitesi düşükçe intihar olasılığı ve olumsuz kendilik değeri değerlendirmesinin arttığı bulundu (Tablo 33).

Tablo 33. Majör depresif bozukluk tanısı olan akneli ergenlerde intihar olasılığı ve akne değişkenlerinin korelasyonu.

İntihar Olasılığı Ölçeği	GAS	GADS	AYKÖ
	(r değeri)	(r değeri)	(r değeri)
Genel İntihar Olasılığı	,218	,287	,673*
Umutsuzluk	,491	,291	,522
Olumsuz Kendilik	,315	,593	,722*
Düşmanlık	,232	,119	,578
İntihar Düşüncesi	-.200	-.336	,263

GADS: global akne derecelendirme sistemi, GAS: görsel analog skala, AYKÖ: akne yaşam kalite ölçeği, *p<.05 ** p<.001

4.9. Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanterinden Elde Edilen Bulgular

Akneli ergenlerin 43'ünde (%41.3), kontrol grubundaki ergenlerin 21'inde (%2.6) KZVD olduğu tespit edildi. KZVD açısından olgu ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup akneli ergenlerde KZVD kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek idi (p:.001) (Tablo 34).

Tablo 34. Olgu ve kontrol gruplarının KZVD açısından karşılaştırılması.

		Olgu		Kontrol		p
		n	%	n	%	
KZVD	var	43	41.3	21	2.6	.001*
	yok	61	58.7	81	79.4	

*ki kare, KZVD: kendine zarar verme davranışı.

Aknesi olan erkeklerin 10'unda (%33.3), kızların 33'ünde (%44.6) KZVD olduğu saptandı. Akneli ergenlerde KZVD varlığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p:.291) (Tablo 35).

Tablo 35. Akneli ergenlerin cinsiyetlere göre KZVD varlığı açısından karşılaştırılması

		Kız		Erkek		p*
		n	%	n	%	
KZVD	var	33	44.6	10	33.3	.291
	yok	41	55.4	20	66.7	

*ki kare, KZVD: kendine zarar verme davranışı.

Akneli ergenlerde görülen en sık zarar verme davranışları sırasıyla; yara iyileşmesine engel olma (n:28, %26.9), vurma (n:17, %16.3) ve saç koparma (n:16, %15.4) idi. Kontrol grubunda en sık görülen zarar verme davranışları; yara iyileşmesine engel olma (n:12, %11.8), vurma (n:9, %8.8), kesme (n:7, %6.9) ve kazıma (n:7, %6.9) Olgu ve kontrol gruplarında görülen zarar verme davranışları Tablo 36'da verilmiştir.

Tablo 36. Olgu ve kontrol gruplarında görülen kendine zarar verme davranışlarının karşılaştırılması.

KZVD Tipleri	Olgu		Kontrol		p*
	n	%	n	%	
Yara iyileşmesine engel olma	28	26.3	12	11.8	.006
Vurma	17	16.3	9	8.8	.104
Saç koparma	16	15.4	6	5.9	.027
Tırnaklama	12	11.5	4	3.9	.041
Isırma	11	1.6	6	5.9	.221
Çimdikleme	10	9.6	3	2.9	.049
Kesme	10	9.6	7	6.9	.473
Kazıma	7	6.7	7	6.9	.970
İğne batırma	4	3.8	6	5.9	.536
Tehlikeli madde içme	4	3.8	3	2.9	≅1.0
Sürtme	2	1.9	1	1	≅1.0
Yakma	2	1.9	2	2	≅1.0
Diğer	1	1	1	1	≅1.0

*ki kare, KZVD: kendine zarar verme davranışı, bir kişide birden fazla davranış görülebilir.

Kendine zarar verme davranışında bulunanların kaç davranış türünü birlikte uyguladıkları araştırıldığında 21 kişinin (%32.8) bir, 24 kişinin (%37.5) iki veya üç, 19 kişinin (%29.7) dört ve üzerini davranış türünü bir arada uyguladığı görülmüştür. Olgu ve kontrol gruplarına göre analiz edildiğinde KZVD davranış türlerinin bir arada uygulanması açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı (p:.499).

Kendine zarar veren ergenlere KZVD'yi gerçekleştirme sırasında fiziksel acı hissedip hissetmedikleri sorulmuş ve %21.9'u fiziksel acı hissettiklerini belirtmiştir. Olgu ve kontrol gruplarına göre incelendiğinde ise akneli ergenlerle kontrol grubundaki ergenler arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p:.520).

Kendine zarar veren ergenlerde KZVD sırasında yalnız olup olmadıkları sorulmuş ve büyük çoğunluğunun (%82.8) yalnız iken bu davranışı gerçekleştirdikleri saptanmıştır. Gruplar arasında incelendiğinde; akneli ergenlerle kontrol grubundaki ergenler arasında anlamlı fark bulunmadı (p:1.00).

Kendine zarar verme dürtüsü oluştuktan sonra eyleme geçme süresini araştıran soruya verilen cevaplara bakıldığında cevapların büyük çoğunlukla (%85.9) “bir saatten daha az” olduğu görüldü. Olgu ve kontrol grupları arasında incelendiğinde akneli ergenler ile kontrol grubundaki ergenler arasında anlamlı fark bulunmadı (p:.460).

Kendine zarar veren ergenlere KZVD’yi sona erdirmek isteyip istemedikleri sorulmuş ve verilen cevaplar; %68.8 oranında evet, %31.3 oranında hayır cevabı alınmıştır. Gruplara göre analiz edildiğinde; akneli ergenler ile kontrol grubundaki ergenler arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p:.369).

4.9.1. Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanterinden Elde Edilen Bulgular ile Akne İlişkisi

Kendine zarar veren ergenlerde akne başlangıç yaşı ortalama 13.69 ± 1.51 iken, kendine zarar vermeyen ergenlerde 13.7 ± 1.44 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p:.975).

Akneli ergenlerin GADS puan ortalaması KZVD olan ergenlerde 17.6 ± 1.51 , kendine zarar vermeyen ergenlerde 2.64 ± 8.62 idi. KZVD olan ergenlerde akne şiddeti daha düşük olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p:.072) (Tablo 37).

Akneli ergenlerin öznel algıladıkları akne şiddet puan ortalaması kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde 6.51 ± 2.06 , kendine zarar verme davranışı olmayan ergenlerde 6.2 ± 1.93 olarak saptandı. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin öznel algıladıkları akne şiddeti daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p:.072) (Tablo 37).

Tablo 37. Akneli ergenlerde KZVD ile akne başlangıç yaşı, GADS, GAS ve AYKÖ ilişkisi.

	Akneli Ergenlerde KZVD				p*
	Var		Yok		
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Akne başlangıç yaşı	13.69	1.51	13.7	1.44	.975
GADS	17.60	8.02	2.64	8.62	.072
GAS	6.51	2.06	6.2	1.93	.428
AYKÖ	16.19	5.48	14.38	5.20	.091

*Bağımsız gruplarda t testi, KZVD: kendine zarar verme davranışı, GADS: global akne derecelendirme sistemi, GAS: görsel analog skala, AYKÖ: akne yaşam kalite ölçeği.

Akne yaşam kalite ölçek puan ortalaması kendine zarar verme davranışı olan akneli ergenlerde 16.19±5.48, KZVD olmayan akneli ergenlerde 14.38±5.2 idi. Kendine zarar veren akneli ergenlerin yaşam kaliteleri daha düşük olmakla birlikte bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p:.091) (Tablo 37).

4.9.2. Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanterinden Elde Edilen Bulgular ile Uygulanan Diğer Ölçeklerin İlişkisi

Kendine zarar veren akneli ergenlerin yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 19.98±8.19, kendine zarar veren aknesiz ergenlerin puan ortalaması 22.76±6.40 idi. Kendine zarar veren akneli ve aknesiz ergenlerin yaşam doyumu ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p:0,135).

Kendine zarar veren ergenlerden aknelilerin %76.7'si (n:33), aknesizlerin %52.4'ünün (n:21) benlik saygısının düşük-orta grupta olduğu saptanmıştır. Benlik saygısı düzeyi açısından KZVD olan akneli ve aknesiz ergenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:.048) (Tablo 38).

Tablo 38. Kendine zarar veren ergenlerde olgu ve kontrol gruplarının benlik saygılarının karşılaştırılması.

		KZVD olan Ergenler				p*
		Akne var		Akne yok		
		n	%	n	%	
Benlik Saygısı	düşük-orta	33	76.7	11	52.4	.030
	yüksek	10	23.3	10	47.6	

*ki kare, KZVD:kendine zarar verme davranışı.

Tablo 39. Kendine zarar veren ergenlerde uygulanan ölçeklerin olgu ve kontrol grubu ile karşılaştırılması.

	Kendine Zarar Veren Ergenlerde				p*
	Akne Var		Akne Yok		
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Yaşam doyumu	19.98	8.19	22.76	6.4	.135
Yalnızlık	8.93	2.84	7.43	2.52	.043
Benlik Saygısı	2.12	1.07	1.71	1.45	.254
Umutsuzluk	27.7	6.54	26.86	5.38	.841
Olumsuz kendilik	18.47	5.36	17.86	5.19	.667
Düşmanlık	15.65	5.32	14.05	3.44	.285
İntihar düşüncesi	16.77	6.42	18.1	5.45	.341
Genel intihar olasılığı	78.58	20.32	76.86	14.32	.915

*Mann-Whitney U testi, ort: ortalama, SS:standart sapma

Kendine zarar veren akneli ergenlerde *akne yaşam kalitesi* ile İÖÖ'nün *umutsuzluk ve düşmanlık* alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. Kendine zarar veren akneli ergenlerde akne yaşam kalitesi düştükçe; umutsuzluk ve düşmanlık anlamlı derecede artmaktaydı.

KZVD olan ergenlerde en sık saptanan tanılar sırasıyla yaygın anksiyete bozukluğu (%20.3), sosyal fobi (%12.5), MDB (%10.9), TSSB (%10.9) ve bulimiya nervoza 'dır (%7.8).

KZVD olan akneli ergenlerde en sık saptanan tanılar sırasıyla yaygın anksiyete bozukluğu (%20.9), TSSB (%14), sosyal fobi (%14), MDB (%11,6) ve bulimiya nervoza'dır. KZVD olan aknesiz ergenlerde ise yaygın anksiyete bozukluğu (%19), sosyal fobi (%9.5) ve depresyon (%9.5) olarak bulunmuştur. Kendine zarar

veren akneli ve aknesiz ergenlerde saptanan tanuların görülme oranları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Cinsel istismara maruz kaldığı saptanan ergenlerin %85.7'sinde KZVD olduğu saptandı.



5. TARTIŞMA

Toplumsal çalışmalarda aknenin her iki cinsiyeti de benzer şekilde etkilediği bildirilmektedir. Akne ile yapılan klinik çalışmalarda ise hastaların büyük oranda kızlardan oluştuğu görülmektedir (5, 9, 44). Çalışmamızdaki akneli ergenlerin %71.2'sini kız ergenler oluşturmakta olup bu bulgu literatür ile uyumludur. Çalışmamıza benzer şekilde örneklemin klinik popülasyondan oluşturulduğu çalışmalarda kızların daha yüksek oranda saptanması kızların dış görünüşe erkeklerden daha çok önem veriyor olmaları veya daha fazla yardım arayışında olmaları ile ilişkili olabilir.

Akne ile ilgili yapılan toplumsal ve klinik çalışmalar incelendiğinde hasta grubunun büyük çoğunluğunun hafif şiddetli aknelilerden oluştuğu gözlenmektedir (5, 9, 41, 44). Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak, akneli ergenlerin çoğunluğunun hafif şiddette akneye sahip oldukları saptanmıştır.

Yapılan toplumsal ve klinik çalışmalarda akne şiddetinin her iki cinsiyette benzer olduğu bildirilmiştir (43, 44). Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak erkek ve kız ergenler arasında akne şiddeti açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Akne, fiziksel görünümü bozan bir hastalık olması nedeniyle hastalarda psikososyal etkilenmeye neden olmaktadır. Akne hastaların kişiler arası ilişkilerini, kendisi ile ilgili değerlendirmelerini, günlük yaşam kalitesini olumsuz performansını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (1, 4). Demirçay ve ark.'nın (163) çalışma sonuçlarına benzer olarak çalışmamızda da akne yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur.

Literatürde aknenin cinsiyetten bağımsız olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (5). Çalışmamızda da akne yaşam kalitesi açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç, çalışma örnekleminin ergenlerden oluşması ile ilişkili olabilir. Ergenlik döneminde beden imajı ve dış görünümün her iki cinsiyet açısından da büyük önem taşıması sebebiyle aknenin cinsiyetten bağımsız olarak yaşam kalitesini etkileyen ve tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak ele alınması gerektiği düşünülebilir.

Ergenlik döneminde deri görünümüne zarar veren hastalıklar hangi şiddette olursa olsun ruhsal olarak etkilenmeye neden olabilmektedir. Kronik ve sık görülen bir hastalık olan akne genellikle toplum tarafından fizyolojik olarak değerlendirilerek normalize edilmektedir (64). Oysa ki akne, klinik şiddetinden bağımsız olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve yaşam kalitesini etkilediği oranda da ruh sağlığında bozulmaya yol açabilmektedir. Demirçay ve ark.'nın (178) objektif ve sübjektif ölçekler kullanarak akne şiddetini değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların bildirdiği akne şiddeti ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanırken, hekimin klinik olarak değerlendirdiği akne şiddeti ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Demirçay ve ark.'nın çalışma sonuçlarına benzer şekilde çalışmamızda da klinik akne şiddeti ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmazken, ergenin kendi algıladığı akne şiddeti ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Ergenlerin algıladıkları akne şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur. Çalışmamız sonuçlarına göre akne şiddeti değerlendirilirken hekimin klinik görüşü kıymetli olmakla birlikte ergenin öznel algıladığı akne şiddetinin değerlendirilmesinin aknenin yaşam kalitesine etkisini öngörmede daha etkili olabileceği düşünülmüştür.

Yaşam doyumu kişinin kendi yaşamından duyduğu memnuniyeti ifade etmektedir. Fiziksel görünümünden memnun olan ergenlerin yaşam doyumlarının da yüksek olduğu bilinmektedir (76). Yapılan çalışmalarda akneli ergenlerin yaşam doyumlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu ve yaşam doyumunun akne şiddetinden olumsuz olarak etkilendiği bildirilmiştir (9, 44). Işık ve ark.'nın (44) çalışmasında akne yaşam kalitesi düştükçe akneli ergenlerin yaşam doyumlarının azaldığı saptanmıştır. Çalışmamızda akneli ergenlerin yaşam doyumu düzeylerinin kontrol grubundan anlamlı derecede düşük bulunması literatürü destekler niteliktedir. Akne hayatı tehdit eden ya da fiziksel kısıtlılıklara neden olan bir hastalık olmasa da, kişinin fiziksel görünümü ile ilgili memnuniyetini etkileyerek yaşam kalitesini düşürmesi, yaşam doyumunun azalmasında rol oynuyor olabilir.

Benlik saygısı bireyin hem kendisine hem de dış dünyaya olan bakışının ve davranışlarının önemli bir belirleyicisidir. Bu nedenle kişinin benlik saygısı düzeyinin düşük ya da yüksek olması yaşamını doğrudan etkileyebilmektedir (77, 79). Literatürde kimlik gelişiminde benlik saygısının önemli rolü olduğu, aknenin ise

benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (1-3, 10). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak akneli ergenlerin benlik saygılarının kontrollerden anlamlı oranda düşük olduğu bulunmuştur.

Aknenin, özellikle yüzde gözlenmesi sebebi ile ergeni dış görünümünden dolayı utangaçlığa, sosyal izolasyona ve dolayısı ile yalnızlığa itmesi kaçınılmazdır. Çünkü ergenler nasıl göründükleri konusunda aşırı duyarlı ve başkaları üzerinde olumlu bir izlenim bırakmak konusunda oldukça hassastırlar (6, 7). Digital olarak akneli ve aknesiz fotoğrafların oluşturulduğu bir çalışmada, ergenlerin fotoğraflar hakkındaki algıları araştırılmıştır. Çalışma sonucunda akneli ergenler asosyal, utangaç, sıkıcı, yalnız, stresli, içe dönük ve asi olarak algılanırken; aknesi olmayan ergenlerin zeki, mutlu, güvenilir, sağlıklı ve yaratıcı olarak algılandıkları bulunmuştur (179). Özüguz ve ark. aknenin şiddetinden bağımsız olarak damgalanmaya yol açabildiğini ve şiddetine bakılmaksızın her şeklinin tedavi edilmesinin damgalanma duygusunu önleyebileceğini bildirmişlerdir (180). Başka bir çalışmada ise akneli çocuk ve ergenlerde alay edilme ve akran zorbalığına maruz kalmanın sık olduğu bildirilmiştir. Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada da, katılımcıların %5.4'ü aknenin en kötü yanını "alay edilmek" olarak bildirmişlerdir (181). Erturan ve ark.'nın çalışmasında akneli ergenlerde yalnızlık düzeyleri kontrollere göre anlamlı oranda yüksek olup yaşam kalitesinin yalnızlık ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (9). Çalışmamızda akneli ergenlerin yalnızlık düzeyi, kontrollerden anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımız literatürle uyumlu olup akneli ergenlerin kendilerini daha yalnız hissettiklerini göstermiştir. Ergenler akneleri nedeniyle kabul görmeyeceği, damgalanacağı, alay edileceği veya zorbalığa maruz kalacağı endişesiyle sosyal hayatlarına ket vurarak yalnızlığa sürükleniyor olabilirler.

Erturan ve ark.'nın (9) çalışmasına benzer şekilde çalışmamızda da akneli ergenlerde yaşam kalitesi azaldıkça yalnızlık düzeylerinin arttığı saptamıştır. Erturan ve ark. bu durumun akne yaşam kalite ölçeğinin, yalnızlığın en önemli belirleyicilerinden olan sosyal ilişkilerin sorgulanmasına yönelik soruları içermesinden kaynaklandığını öne sürmüşlerdir.

İntihar davranışları yaşamı tehdit eden evrensel bir sorun olup yapılan araştırmalar intihar oranlarında artış olduğunu göstermektedir (19). Akne dermatolojik hastalıklar arasında intiharla sonlanan ikinci en sık hastalıktır (20). Engin ve ark.(182) üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının değerlendirildiği çalışmalarında son bir yılda fiziksel hastalık öyküsü olan ve olmayan öğrenciler arasında intihar olasılığı açısından farklılık olmadığını bildirmiştir. Yine aynı çalışmada son bir yılda psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve olmayan öğrenciler karşılaştırıldığında psikiyatrik hastalık öyküsü olan öğrencilerde intihar olasılığının anlamlı oranda yüksek olduğu bulunmuştur (182). Çalışmamızda ise akneli ergenlerin intihar olasılığının ve psikiyatrik komorbidite varlığının kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır. Akne dış görünümü etkileyen bir hastalık olmakla birlikte akneye psikiyatrik komorbiditenin de sık eşlik etmesi sebebiyle ergenlerde psikiyatrik hastalıklara benzer şekilde intihar olasılığını artırmış olabilir.

Ayrıca çalışmamızda akneli ergenlerde saptanan düşmanlık düzeyi kontrol grubundan anlamlı oranda yüksek olup Engin ve ark.'nın (182) çalışmasında bildirilen düşmanlık düzeyinden daha yüksek bulunmuştur. Engin ve ark.'nın (182) çalışması çoğunluğunu sağlıklı öğrencilerin oluşturduğu bir örnekleme sahipken, çalışmamız örneklemini akneli ergenlerin oluşturması düşmanlık ile ilgili farklı sonuçlar elde edilmesine neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda akneli ergenlerin olumsuz kendilik değerlendirme alt ölçek puanlarının kontrol grubundaki ergenlerden anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bir çalışmada olumsuz kendilik değerlendirme düzeylerinin yüksek bulunmasının, bu çalışmadaki hastaların çoğunluğunu beden algısının olumsuz etkilendiği bilinen meme kanseri olguları ile ilişkili olduğu ve bu durumun intihar olasılığını artırdığı bildirilmiştir (183). Çalışmamızda akneli ergenlerde olumsuz kendilik değerlendirmesinin kontrol grubundan anlamlı oranda yüksek bulunması aknenin beden algısı üzerindeki olumsuz etkileri ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda olgu ve kontrol grubunun umutsuzluk düzeyleri açısından anlamlı farklılık göstermedikleri saptanmıştır. Bir çalışmada umutsuzluk düzeylerinin yüksek bulunması, bu çalışmadaki hastaların çoğunluğunu ileri evre

kanser hastalarından oluşması ve bu hastalarda umutsuzluğun sık görülen bir duygu olması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (183). Çalışmamızda akneli ergenler kontrol grubu ile karşılaştırıldığında umutsuzluk düzeyleri açısından anlamlı farklılık göstermedikleri saptanmıştır. Aknenin tedavi edilebilen bir hastalık olmasının yanı sıra tedavisiz kalan olgularda da mortal seyirli bir hastalık olmaması nedeniyle çalışmamızda umutsuzluk duygusu kontrol grubu ile farklılık göstermemiş olabilir.

Çalışmamızda yer alan bir diğer bulgu ise akne yaşam kalitesi azaldıkça genel intihar olasılığı, olumsuz kendilik değerlendirmesi ve düşmanlık düzeylerinin artmasıdır. Akne olumsuz kendilik ve düşmanlık duygularını artırarak ergenlerde intihar olasılığını artırıyor olabilir.

Çalışmamız akneli çocuk ve ergenlerde intihar olasılığının değerlendirildiği Yusufoglu ve ark.'nın (184) çalışması ile farklılık göstermektedir. Bu farklılık çalışmamız örnekleminin daha büyük olması ve yaş aralığının intiharın daha sık görüldüğü yaşları kapsamaması ile ilişkili olabilir.

Akne ve ruhsal etkilerinin araştırıldığı çalışmalara bakıldığında, bu çalışmalarda verilerin çoğunlukla psikiyatrik ölçekler yardımıyla elde edildiği görülmektedir. Akneli hastalarda klinik psikiyatrik değerlendirmenin yapıldığı az sayıdaki çalışma ise erişkin hastaların da dahil olduğu daha geniş yaş aralığına sahip örneklemelerden oluşturulmuştur (12). Çalışmamız akneli ergenlerde klinik psikiyatrik değerlendirme ile yapılan ilk çalışma olması açısından önem taşımaktadır.

Literatürde akneli hastalarda psikiyatrik komorbiditenin araştırıldığı çalışmalara bakıldığında psikiyatrik komorbidite oranların benzer olduğu görülmektedir. Khan ve ark.'nın (2) çalışmasında akneli hastaların ICD-10'a göre psikiyatrik değerlendirmeleri yapılmış ve depresyon (%38) en sık saptanan tanı olarak bildirilmiştir. Psikiyatrik değerlendirmenin SCID ile yapıldığı bir çalışmada ise akneli hastaların %35.5'inde en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır (14). Öztürk ve ark.'nın (13) çalışmasında da SCID kullanılmış olup akneli hastalarda psikiyatrik komorbidite oranı %38.5 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızdaki akneli ergenlerin %37.5'inde psikiyatrik komorbidite saptanmış olup bu oran akneli hastalarda psikopatoloji sıklığını bildiren literatür bilgileri ile uyumlu bulunmuştur.

Aknenin sıklıkla iletişimde ilk odaklanılan bölge olan yüzde görülmesi kişinin kendi yüzünü olumsuz algılamasına yol açarak psikososyal becerilerinde azalmaya ve psikiyatrik bozukluklara yol açabilmektedir (6). Çalışmamızda psikiyatrik tanı saptanan akneli ergenlerin anlamlı oranda benlik saygısı azalmış ergenlerden oluştuğu saptanmıştır. Ayrıca psikiyatrik tanı saptanan akneli ergenlerin yaşam doyumlarının anlamlı oranda daha düşük, yalnızlık düzeylerinin ise anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Literatürde benlik saygısının çoğu psikiyatrik bozukluğun gelişiminde rol oynadığı ve azalmış benlik saygısının olumsuz beden algısı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (185). Aknenin benlik saygısını azaltması, anksiyete ve depresyon gibi duygularla birlikte kişilerarası ilişkilere olumsuz yansıtılabilmektedir (35). Akne beden algısını olumsuz etkileyerek benlik saygısını azaltabilmesi nedeniyle ergenlerde psikiyatrik komorbidite gelişiminde rol oynuyor olabilir.

Yaşam doyumunun psikolojik dayanıklılık ile ilişkili olduğu ve kişinin yaşamından duyduğu memnuniyetin azalmasının depresyon, anksiyete gibi ruhsal hastalıkların gelişiminde rol oynadığı bildirilmektedir (186, 187). Çalışmamızda akne şiddetinden bağımsız olarak, yaşam kalitesi düştükçe yaşam doyumunun azaldığı bulunmuştur. Aknenin yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu azaltması ergenlerin psikolojik dayanıklılığını olumsuz etkilemesi nedeniyle psikiyatrik komorbidite gelişiminde rol oynuyor olabilir.

Literatürde yalnızlık duygusu ile depresyon, anksiyete, umutsuzluk, olumsuz değerlendirilme korkusu, sosyal iletişim güçlüğü, fiziksel çekiciliğin eksikliği, utangaçlık, saldırganlık, düşük benlik saygısı ve stres gibi çeşitli ruhsal problemler arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (83). Çalışmamızda akne şiddetinden bağımsız olarak yaşam kalitesi düştükçe yalnızlık düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Aknenin yaşam kalitesini etkileyerek hissedilen yalnızlık duygusunu artırması, yalnızlığa eşlik eden olumsuz duygu ve deneyimler nedeniyle ergenlerde psikiyatrik komorbidite gelişiminde rol oynadığı düşünülebilir.

Aknenin stresle başa çıkma becerisinin nispeten daha az olduğu ergenlik döneminde ortaya çıkarak ergenlerin yaşam kalitesi, yaşam doyumunu, yalnızlık ve

benlik saygısını olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle psikiyatrik komorbidite gelişiminde etkisi olduğu düşünülebilir.

Akneli ergenlerde cinsiyetlere göre psikiyatrik tanı sıklığına bakıldığında akneli kız ergenlerin akneli erkek ergenlerden anlamlı oranda daha yüksek psikiyatrik komorbiditeye sahip olduğu ve akneli kız ergenlerin akneli erkeklere göre kendilerini daha yalnız hissettikleri bulunmuştur. Ayrıca psikiyatrik tanı saptanan kız ergenlerde akne varlığında yaşam doyumlarının anlamlı oranda düşük olduğu, hissedilen yalnızlık duygularının ise anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların fiziksel görünümüyle daha ilgili olmaları ve günümüzde medya aracılığı ile oluşturulan ideal cilt algısının özellikle kadınları etkilemesinden dolayı akne kaynaklı dermatolojik başvuruların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu görülmektedir (5, 44). Ergenlik döneminde kızların, görünümü hakkında yapılan değerlendirmeleri erkeklerden daha fazla önemsedikleri ve aknenin olumsuz etkilerine karşı daha duyarlı oldukları bilinmektedir (40, 185, 188). Kızların aknenin yıkıcı etkilerine karşı daha duyarlı olmaları ve aknenin fiziksel görünüm üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle gelişebilen düşük yaşam doyumunu ve yalnızlık duyguları akneli kız ergenlerde yüksek oranda görülen psikiyatrik komorbiditeyi açıklayabilir.

Çalışmamızdaki akneli ergenlerde en sık saptanan psikiyatrik tanı yaygın anksiyete bozukluğu (%16.3) olup bu oran kontrol grubundan anlamlı oranda yüksekti. Aknenin sıklıkla anksiyete ile ilişkili olabilen bir hastalık olduğu göz önüne alındığında en sık saptadığımız tanının YAB olması literatürü (12) destekler niteliktedir. Çalışmamızda saptanan YAB oranı, Uzun ve ark.'nın (15) hafif akneli olgularda bildirdikleri orandan (%1.8) oldukça yüksek bulunmuş olup bu farklılık örneklem seçimi ile ilişkili olabilir. Çalışmamızdaki olgu grubunun %52.9'unu hafif, %47.1'ini ise orta ve şiddetli aknesi olan ergenler oluşturmaktaydı. Uzun ve ark.'nın (15) çalışmasında ise orta/şiddetli akneli vakalar çalışma dışı bırakıldıkları için YAB tanısı daha az saptanmış olabilir. Akne şiddetinin artması ruh sağlığı üzerinde daha olumsuz etki oluşturup psikiyatrik tanı gelişiminde rol oynuyor olabilir.

YAB'ın psikiyatri dışı alanlarda sıklıkla gözden kaçan ve yeterince tanınmayan bir bozukluk olması ve psikiyatrik komorbiditeyi artırması nedeniyle prognozu kötü bir bozukluk olduğu bilinmektedir. YAB'ın erken başlangıç

gösterdiği durumlarda sosyal işlevsellik, kariyer planlaması ve eğitim hayatı gibi alanları olumsuz etkilediği ve özellikle ergenlerde YAB ile ilişkili okul terkleri bildirilmektedir (189). Sonuçlarımıza göre YAB'ın olumsuz etkileri göz önüne alındığında akneli ergenlerde rutin psikiyatrik değerlendirmenin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Literatürde dermatolojik hastalıklar ile TSSB arasındaki ilişkileri inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda travmatik yaşam olaylarının hastaların başa çıkma becerilerini azaltabildiği ve stresle ilişkili dermatozların kliniğini alevlendirebildiği bildirilmektedir (20, 33). Çalışmamızda en sık saptanan ikinci tanı TSSB olup kontrol grubundan anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

Cinsel istismar, TSSB gelişimine en sık neden olan travmalar arasında yer almaktadır (190). Çalışmamızda da TSSB tanısı saptanan ergenlerin yarısında travma cinsel istismar ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca akneli ergenlerin yedisinde (%6.7) cinsel istismar öyküsü mevcutken, altısı klinik olarak TSSB tanısı almıştır. Literatürde çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalma sıklığının %10-40 olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte cinsel istismarın çoğunlukla gizli kalan bir travma olması nedeniyle insidansının ve prevalansının tam olarak bilinmediği ve cinsel istismar vakalarının ancak %15'inin bildirildiği düşünülmektedir (27). Akneli ergenlerin ruhsal açıdan değerlendirilmeleri, dinamikleri nedeniyle gizli kalan cinsel istismarın ortaya çıkmasına katkıda bulunması ve cinsel istismar varlığı saptanan olguların rehabilitasyonuna imkan sağlaması açısından önemlidir.

Zorlu yaşam olaylarının stresle ilişkili olarak akne şiddetinde artışa neden olabileceği bilinmekle birlikte akneli ergenlerde TSSB ve cinsel istismar sıklığı ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda akneli ergenlerde TSSB ve cinsel istismar görülme oranlarının yüksek olduğunun bulunması dermatoloji ve psikiyatri klinikleri arasındaki bilinen ilişkinin buzdağının görünen kısmı olduğunu göstermiştir

Akneli hastalarda klinik değerlendirme sonucunda bildirilen depresyon tanı oranları %5.6 ile %38 arasında değişmektedir (2, 14, 15) Çalışmamızda akneli ergenlerin %9.6'sında MDB tanısı konulmuş olup bu oran kontrol grubundan anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

Depresyonun tanı kriterlerinden birisi de yineleyen ölüm düşüncelerinin varlığı olup klinik seyrinde intihar girişimi ve tamamlanmış intiharlara sık rastlanmaktadır (191-193). İntihar eden ergenler üzerinde yapılan psikolojik otopsi çalışmalarında psikiyatrik bozuklukların intihar davranışının dinamiğinde yer alan en önemli etmen olduğu ve bu psikiyatrik bozukluklar arasında depresif bozuklukların ilk sıralarda yer aldığı saptanmıştır (194). Literatürde akneli hastalarda yüksek oranda depresyon ve intihar birlikteliği olduğu ve bu nedenle tıbbi görüşme sırasında akneli ergenlere intihar ile ilgili doğrudan soru sorulmasının önemli olduğu belirtilmiştir (99). Çalışmamızda akneli ergenlerden MDB olanların MDB'si olmayanlara göre genel intihar olasılık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi düzeylerinin anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca MDB tanısı alan akneli ergenlerde akne şiddetinden bağımsız olarak, yaşam kalitesi düştükçe intihar olasılığı ve olumsuz kendilik değerlendirmesi düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Akne, şiddetten bağımsız olarak ergenlerin yaşam kalitesi ve kendilik algısını olumsuz etkileyerek depresyon ve intihar olasılığını artırıyor olabilir.

Ergenlik, sosyal fobinin en fazla yaşandığı dönemde görülmekte sosyal ve duygusal ilişkilerde, akademik ve mesleki alanlarda önemli sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır (195). Akneli hastalarda yapılan klinik psikiyatrik çalışmalarda (2, 13-15) sosyal fobi tanı oranlarının %2-34 aralığında olduğu bildirilmekte olup çalışmamızda bu oran %8.7 olarak saptanmıştır. Akneli hastaların dikkat çekebileceklerini düşündükleri durumlardan kaçındıkları, aknenin fiziksel ve psikolojik etkileri nedeniyle sosyal fobiye neden olabileceği öne sürülmekle (105) birlikte çalışmamızda akneli ergenlerde saptanan sosyal fobi oranları kontrol grubundan farklılık göstermemektedir. Aknesi olan sosyal fobik ergenlerin hekim ile sosyal ilişki kurmaktan kaçınmaları nedeniyle daha az yardım arayışına girmeleri bu farklılığı açıklayıcı bir neden olabilir. Ya da akne ergenlerde sosyal fobi tanısından ziyade sosyal fobi özelliklerini artırabilen bir hastalıktır. Çalışmamızda yapılan klinik değerlendirmede tanı bazlı görüşme yapılarak ergenlerin sosyal fobik olup olmadığı değerlendirilmiştir. Ancak ergenler sosyal fobi tanısını karşılamasa bile sosyal fobik özellikler gösterebilirler.

Bulimiya nervoza tıknırcasına yeme atakları, kilo alımını önlemek adına yapılan uygunsuz telafi edici davranışlar, beden şekline ve kiloya aşırı önem vererek

kendini bunlar üzerinden değerlendirme ile karakterize bir bozukluktur (193). Literatür araştırmasında akneli ergenlerde bulimiya nervoza sıklığını değerlendiren herhangi bir klinik çalışmaya rastlanmamıştır. Genel popülasyon üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde BN tanısı oranlarının %0.9-%2.6 aralığında olduğu görülmektedir (196). Çalışmamızda akneli ergenlerin %5.8'inde BN tanısı saptanmış olup bu oran kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

Akne gibi fiziksel görünümü etkileyen deri hastalıklarının karşı cinsle kurulan ilişkileri olumsuz yönde etkilediği ve karşı cinsle ilişkiye başlamanın ise yeme bozuklukları risk faktörleri arasında yer aldığı bildirilmektedir (12, 188, 197). Yapılan bir çalışmada akneli ergenlerin romantik ilişki deneyimlerinin aknesiz ergenlerden daha az olduğu ve aknenin karşı cinsle olumlu ilişkiler kurulmasını engellediği bildirilmiştir (198). Aknenin karşı cinsle olumlu ilişkiler kurulmasını engellemesi, idealize edilen kusursuz yüz görünümü bozarak beden imajını zedelemesi nedeniyle ergenlerde BN gelişiminde rol oynuyor olabilir. Nitekim çalışmamızda da kontrol grubunda BN tanısı saptanmazken akneli ergenlerde BN oranı genel popülasyondan daha yüksek bulunmuştur.

Bulimiya nervoza erkeklerde nadir görülen bir bozukluk olup kızlarda erkeklere oranla 10 kat daha sık olduğu bildirilmiştir (199). Kızlarda beden imajının daha olumsuz algılanması ve beden memnuniyetinin daha düşük olması nedeniyle yeme bozukluklarının kızlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (188, 200). Çalışmamızda bulimiya nervoza tanısı alan ergenlerin tamamının kızlardan oluşması bulimiya nervozanın kızlarda daha sık görüldüğü literatür bilgisi ile uyumludur. Aknenin psikososyal etkilerinin kızlarda daha fazla görülmesinin kızların beden imajını daha fazla önemsemesi ile ilişkili olduğu bildirilmekte (40) olup çalışmamızda BN tanısı saptanan kızlarda bulimiya gelişiminde aknenin beden imajı üzerindeki olumsuz etkileri rol oynamış olabilir.

Dermatologlar saç, yüz ve cilt ile ilgili aşırı uğraş geliştirebilen beden imaj bozukluğu olan hastalarla sıkça karşılaşabilmektedirler (32). Beden imajı ile ilgili bozukluklardan biri olan bulimiya nervoza cinsel istismar sekeli olarak gelişebilmektedir (196). Literatürde bulimiklerde akne sıklığında ve şiddetinde artış olabileceği bildirilmektedir (201, 202). Çalışmamızda BN tanısı saptanan olguların

(n:6) dördünde cinsel istismar öyküsü bulunduğu göz önüne alındığında akneli ergenlerde psikiyatrik değerlendirme yapılmasının önemli olduğu, bu değerlendirme sırasında yeme bozukluklarına dikkat edilmesi gerektiği ve saptanan olgularda da cinsel istismar varlığının göz ardı edilmemesi gerekliliği düşünülmüştür.

Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları, içe vurum bozuklukları olarak da adlandırılmaktadır. Bu bozukluklar dışa vurum bozuklukları olarak bilinen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranım bozukluğu (DB) ve karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ile karşılaştırıldığında kişinin çevresinden çok kendisini rahatsız etmektedir. Bu yüzden içe vurum bozukluklarının çevre tarafından fark edilmesi ve kişilerin tedaviye başvurma oranları dışa vurum bozukluklarına göre daha düşük ve yetersiz düzeydedir (203). Akneli hastalarda izlenen psikiyatrik belirtilerin akne tarafından maskelenebildiği ve bu sebeple psikiyatriste başvurunun gecikebildiği bilinmektedir (104). Çalışmamızda akneli ergenlerde saptanan tanıların genel olarak içe vurum bozuklukları (anksiyete bozuklukları, depresyon) ve etyolojisinde travmanın önemli rol oynadığı bozukluklar (TSSB ve bulimiya nervoza) ekseninde toplandığı görülmektedir. Akneli ergenlerde içe vurum bozuklukları oranı yüksek olmakla birlikte bu bozuklukların çevre tarafından geç fark edilmesi, tedaviye başvurma oranlarının düşük olması ve belirtilerin aknenin arkasına saklanabileceği de düşünüldüğünde akne hastalarında psikiyatrik komorbidite sanılanın çok daha üstünde olabilir.

Ruhsal faktörler ve akne arasında en az üç tür etkileşim olduğu ileri sürülmektedir: 1- Duygusal stresin 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 odaklanmasıdır (11). Akneli ergenlerde anksiyete bozuklukları ve majör depresif bozukluk tanılarının sık ve anlamlı oranda fazla görülmesinde duygusal stresin akneyi şiddetlendirmesi ve/veya akneye ikincil olarak bu bozuklukların gelişmesi neden olmuş olabilir. Çalışmamızda akneli ergenlerde sık ve anlamlı oranda daha fazla saptanan diğer bozukluklar olan TSSB ve bulimiya nervoza doğrudan aknenin etkisi sonucu gelişen bozukluklardan değildir. Ancak ergenler bu bozuklukların etkisiyle akne lezyonları ile aşırı uğraş geliştirerek tedavi arayışına girmiş ve dermatoloji kliniğine başvurmuş olabilirler.

Kendine zarar verme davranışı, genel bir ifade ile ölüm amacı taşımayan, kişinin isteyerek ve amaçlı olarak, hafif veya orta düzeyde fiziksel zarar beklentisi ile yaptığı her türlü zarar verici davranış olarak tanımlanmaktadır (112, 114). Literatür araştırmasında KZVD ve dermatolojik hastalıkların ilişkisini araştıran çalışmaların daha çok primer psikokütan hastalıklarla ilişkili olduğu görülmekte olup akneli ergenlerde KZVD'yi değerlendiren herhangi bir klinik çalışmaya rastlanmamıştır (204). Bilgilerimize göre çalışmamız literatürde bu konunun değerlendirildiği ilk çalışmadır.

Ergenlerde KZVD sıklık oranı toplumsal çalışmalarda %14-40; klinik çalışmalarda ise %40-61 olarak saptanmıştır (117, 119-121). Çalışmamızdaki akneli ergenlerin %41.3'ünde KZVD olup bu oran kontrol grubundan (%2.6) anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bu bulgulara göre dermatoloji kliniklerine başvuran akneli ergenlerde KZVD görülme sıklığının psikiyatri kliniklerine başvuran ergenlerle benzer olduğu görülmektedir.

KZVD'nin en sık 13-19 yaşları arasında başladığı bildirilmektedir (160, 205, 206). Çalışmamızda KZVD'nin başlangıç yaşı akneli ergenlerde ortalama 13.65 ± 1.97 olup kontrol grubu ile anlamlı farklılık saptanmamıştır. Akneli ergenlerde KZVD başlangıç yaşı genel populasyon ile uyumlu bulunmuştur.

Nock ve Prinstein, KZVD'nin fonksiyonlarını açıklamaya yönelik otomatik ve sosyal destek teorilerini içeren kuramsal bir model öne sürmüşlerdir. Bu modele göre otomatik destek teorisinde KZVD'nin kişinin duygularını hissedebilmesine aracılık etmek, kötü hisleri durdurmak, boşluk, endişe, öfke gibi istenmeyen duygulardan kurtulmak ve gerilimi azaltmak ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Sosyal destek teorisinde ise KZVD dikkat çekmek, insanların farklı davranmasını sağlamak, hoş olmayan bir şeyi yapmayı önlemek gibi durumlara aracılık etmektedir (25).

Lloyd-Richardson ve ark. (116) kendini kesme, deriyi kazıma, yakma vb. eylemlerin KZVD' nin daha ağır formları olduğunu; vurma, saç koparma, ısırma, çimdikleme ve yara iyileşmesine engel olma gibi davranışların ise KZVD'nin daha hafif formları olduğunu belirtmişlerdir. Daha hafif KZVD formları içsel ve otomatik fonksiyonlar ile ilişkilendirilirken; orta/ağır KZVD formlarının ise sosyal ve

otomatik fonksiyonlarla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (116). Ülkemizde ergenlerle yapılan çalışmalara bakıldığında kesme ve kazıma gibi ağır KZVD formlarının en sık saptanan KZVD olduğu bildirilmektedir (121, 131, 207, 208). Çalışmamızda ise akneli ergenlerde en sık ve anlamlı oranda yüksek bulunan KZVD sırasıyla; yara iyileşmesine engel olma, saç koparma, tırnaklama ve çimdikleme olduğu saptanmıştır. Bu bulgularla çalışmamızda akneli ergenlerde en sık saptanan ve anlamlı oranda yüksek bulunan KZVD tiplerinin çoğunlukla daha hafif KZVD formlarından oluştuğu söylenebilir. Literatürde bildirilen toplumsal ve klinik çalışmalarda en sık saptanan KZVD formları ise kesme-kazıma-yakma gibi daha ağır formların oluşturduğu görülmektedir. Akneli ergenlerde görülen KZVD tiplerinin genel ve klinik popülasyondaki ergenlere göre farklılık göstermesi akne tedavisi nedeniyle başvuran ergenlerin kozmetik kaygılarının fazla olabilmesi nedeniyle kesme-kazıma-yakma gibi kalıcı skar ihtimalinin daha yüksek olduğu yöntemlerden kaçınmaları ile ilişkili olabilir.

Bireylerin kendilerine yönelik olumsuz algı ve duygularının en sık bildirilen KZVD sebepleri arasında yer aldığı görülmektedir (134, 137, 141, 142). Yapılan klinik ve toplumsal çalışmalarda benlik saygısı ile kendine zarar verme davranışı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve düşük benlik saygısının KZVD'yi tetikleyici bir etken olduğu bildirilmiştir (26, 209). Literatürle benzer şekilde çalışmamızda da kendine zarar veren ergenlerin anlamlı oranda (%68.8) benlik saygısı azalmış ergenlerden oluştuğu saptanmıştır. Ayrıca bu ergenlerin büyük çoğunluğunun (%76.7) akneli ergenlerden oluştuğu görülmektedir.

Ergenlerin düşük benlik saygısı ve eşlik ettiği olumsuz duygulardan kaçınmak veya bu duygularla baş etmek gibi sebeplerle kendilerine zarar verebildikleri düşünüldüğünde akne, benlik saygısını azaltıcı bir etken olması nedeniyle KZVD gelişiminde rol oynuyor olabilir.

Aktepe ve ark.'nın (121) yaptığı toplumsal bir çalışmada yalnızlık hissinin ergenlerin en sık KZVD nedenleri arasında yer aldığı bildirilmektedir. Çalışmamızda KZVD olan ergenlerden aknelilerin hissedilen yalnızlık düzeyleri aknesizlere göre anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur. Yalnızlık duygusunun hoş olmayan, insana acı veren bir duygu olduğu göz önüne alındığında aknenin hissedilen yalnızlık

duygusunu olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle KZVD gelişiminde rol oynadığı düşünülebilir.

Toplumsal ve klinik çalışmalarda kendine zarar veren ergenlerde en sık görülen tanıların anksiyete bozuklukları ve depresyon olduğu bildirilmektedir (139, 147, 148, 210). TSSB ve bulimiya nervoza KZVD ile sık birliktelik gösteren diğer tanılar arasında yer almaktadır (139, 147, 148, 155). Çalışmamızda da KZVD olan ergenlerde en sık saptanan tanıların literatüre benzer şekilde anksiyete bozuklukları, majör depresif bozukluk olduğu bu tanıları da TSSB, ve bulimiya nervozanın takip ettiği görülmektedir.

Çalışmamızda KZVD olan ergenlerde psikiyatrik tanı saptananların büyük çoğunluğunu akneli ergen grubunun oluşturduğu görülmektedir. Nitekim KZVD saptananlardan YAB'lı ergenlerin %69.2'sinin, MDB'li ergenlerin %71.4'ünün, TSSB'li ergenlerin %85.7'sinin ve bulimiya nervoza olanların ise tamamının akneli ergenlerden oluştuğu saptanmıştır.

Cinsel istismar mağdurlarında KZVD'nin sık görülebildiği bilinmektedir (211211). Çalışmamızda cinsel istismara maruz kaldığı saptanan ergenlerin %85.7'sinde KZVD olduğu saptanmış olup bu sonuç cinsel istismar mağdurlarında KZVD' riskinin arttığını bildiren literatür bilgisi ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda aknenin olumsuz etkileri nedeniyle psikiyatrik komorbiditeye neden olabildiği ve psikiyatrik tanı saptanan akneli ergenlerin yaşam kalitelerinin anlamlı oranda daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgulara göre ergenlerin aknenin neden olduğu ya da olumsuz etkilediği psikiyatrik bozukluklara eşlik eden negatif duygulardan uzaklaşmak için kendilerine zarar verebilecekleri akılda tutulmalıdır. Çalışmamızda akneli ergenlerde KZVD görülme riskinin aknesiz ergenlere göre yaklaşık 3 kat daha artmış bulunmasında aknenin yaşam kalitesi, yalnızlık ve benlik saygısını olumsuz yönde etkileyerek ergenlerde olumsuz deneyim ve duygulara yol açması rol oynayabilir. Aknenin ruh sağlığını olumsuz etkileyen bir hastalık olarak ele alınması, ergenleri aknenin yalnızlık ve düşük benlik saygısı gibi olumsuz ruhsal ve duygusal etkilerinden koruyarak KZVD riskinin azaltılmasına katkı sağlayabilir. Bunun yanında akneli ergenlerin KZVD varlığı açısından da değerlendirilerek KZVD olduğu saptanan akneli ergenlerde çocuk psikiyatrisi

konsültasyonunun istenmesi önemlidir. Akneli ergenlerde KZVD ve psikiyatrik komorbidite ilişkisini aydınlatmaya yönelik geniş klinik örneklerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmada bir takım kısıtlılıklar bulunmaktadır. En önemli kısıtlılık çalışma deseninin kesitsel olması ve bulguların bir kısmının öz-bildirim yolu ile elde edilmiş olmasıdır. Ayrıca çalışmanın 2015 yılında SDÜ Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine başvuran 14-18 yaş aralığındaki ergenlerde yapılması nedeniyle bulguların genellebilirliğinin kısıtlı olması çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır.

Bu kısıtlılıkların yanı sıra çalışmanın güçlü yanları da mevcuttur. Klinik bir örnekleme yapılmış olması, psikiyatrik eş tanıların K-SADS gibi yarı-yapılandırılmış bir görüşme ölçeği ile saptanması, akneli ergenlerde KZVD'nin incelendiği ilk çalışma olması ve dermatoloji kliniğe başvuran akneli ergenlerde psikiyatrik komorbidite gelişiminde rol oynayabilecek faktörlerin belirlenmesine imkan tanınması çalışmanın güçlü yanlarıdır. Aynı zamanda çalışmada elde edilen veriler akneli ergenlerde psikiyatrik komorbidite, intihar ve KZVD'nin önlenmesi, riskli durumlara yönelik koruyucu önlemler geliştirilmesi amacıyla kullanılabilmesi gibi, akneli ergenlerin izleminde nelere dikkat edileceği konusunda da ipuçları içermektedir.

Sonuçlarımız aknenin ergenlerin yaşam kalitesi, yaşam doyumu, benlik saygısı ve yalnızlık düzeylerini olumsuz etkilediğini, psikiyatrik komorbidite ve KZVD gelişimine neden olduğunu ve intihar olasılığını artırdığını göstermiştir. Aknenin psikososyal etkilerinin önceden tespit edilerek önlemler alınmasının akneli ergenlerde psikiyatrik komorbidite, KZVD ve intihar olasılığını en aza indireceğini düşünmekteyiz. Sonuç olarak akne sadece kozmetik bir sorun olarak değil, ruh sağlığını tehdit eden bir durum olarak ele alınmalı ve tedavi planında rutin psikiyatrik değerlendirmeye yer verilmelidir. Bu değerlendirme ayrıca dinamikleri nedeniyle gizli kalan cinsel istismarın ortaya çıkmasına katkıda bulunarak cinsel istismar varlığı saptanan olguların rehabilitasyonuna da imkan sağlayabilecektir. Bu nedenle akneli ergenlerin tanı ve tedavi sürecinde dermatoloji ve psikiyatri hekimlerinin işbirliği içinde çalışması gerekli olup bu işbirliğinin hasta ve hekim

açısından daha doyurucu ve bütüncül bir yaklaşım imkanı sağlaması açısından da önemli olduğunu düşünmekteyiz. Ergenlerde aknenin ruhsal etkilerinin zaman içerisinde nasıl seyir gösterdiğini araştıran daha geniş kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.



ÖZET

Akneli Ergenlerde Psikiyatrik Komorbidite, Kendine Zarar Verme, İntihar Olasılığı ve İlişkili Diğer Psikiyatrik Faktörlerin Değerlendirilmesi: Olgu-Kontrol Çalışması

Amaç: Bu çalışmada akneli ergenlerin psikiyatrik komorbidite ile kendine zarar verme, intihar olasılığı, yaşam doyumu, benlik saygısı ve yalnızlık düzeyleri açısından kontrol grubuyla karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma Süleyman Demirel Üniversitesi Dermatoloji Polikliniğine 1 yıllık süre içinde başvuran 104 akneli ergen ile yaş ve cinsiyet açısından olgu grubuna benzer 102 sağlıklı kontrol ile yürütülmüştür. Olgu ve kontrol gruplarına Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), Yaşam Doyumu Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu ve Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD) Değerlendirme Envanteri uygulanmıştır. Her iki grup Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe uyarlaması ile değerlendirilmiştir. Ayrıca olgu grubuna Akne Yaşam Kalite Ölçeği, Global Akne Derecelendirme Sistemi, Görsel Analog Skala uygulanmıştır.

Sonuçlar: Akneli ergenlerin kontrollere kıyasla benlik saygıları ve yaşam doyumlarının daha düşük ve yalnızlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İÖÖ ve bu ölçeğin olumsuz kendilik değerlendirmesi ve düşmanlık alt ölçek puan ortalamalarının akneli ergenlerde kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Akneli ergenlerde KZVD ve ruhsal tanı varlığının kontrol grubuna göre daha yüksek oranlarda görüldüğü ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Akneli ergenlerde en sık saptanan tanı yaygın anksiyete bozukluğu olup kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha fazla görülen ruhsal tanılar ise travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon ve bulimiya nervosadır.

Tartışma: Çalışmamızdaki akneli ergenlerde psikiyatrik komorbidite, intihar olasılığı, kendine zarar verme davranışının yüksek oranlarda saptanması akne tedavi planında psikiyatrik değerlendirmeye yer verilmesinin gerekliliğini düşündürmüştür. Bu çalışma ile akne hastalarının tedavisinde multidisipliner yaklaşımın önemi ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, ergen, kendine zarar verme davranışı, intihar, komorbidite.

ABSTRACT

The Evaluation of Psychiatric Comorbidity, Self-Injurious Behavior, Suicide Probability and Other Associated Psychiatric Factors in Adolescents with Acne: a case Control Study

Objectives: The aim of this study was to assess psychiatric comorbidity and levels of self-injurious behavior, suicide probability, life-satisfaction, self-esteem, and loneliness in adolescents with acne as compared with a control group.

Method: The study was conducted with 104 adolescents with acne who were admitted to the Dermatology Outpatient Clinic of the Suleyman Demirel University Medical Faculty during a one-year period and with 102 age- and sex-matched healthy controls. The Rosenberg Self-Esteem Scale, Suicide Probability Scale (SPS), Life Satisfaction Inventory, Short-form of the UCLA Loneliness Scale, and Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS) were administered to the case and control groups. Both groups were assessed according to the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version. Additionally, the Acne Quality of Life Scale, Global Acne Grading System, and Visual Analog Scale were administered to the case group.

Results: Adolescents with acne were found to have lower levels of self-esteem and life satisfaction and higher levels of loneliness compared to controls. The mean scores of SPS and its negative self-evaluation and hostility subscales were found to be significantly higher in adolescents with acne. The presence of self-injurious behavior and psychiatric comorbidity were shown to be significantly higher in the case group than the control group, and this difference was statistically significant. The most common diagnosis in adolescents with acne was generalized anxiety disorder, and psychological diagnoses such as post-traumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, depression, and bulimia nervosa were significantly more common in adolescents with acne compared to the control group.

Discussion: The presence of high levels of psychiatric comorbidity, suicide probability, and self-injurious behavior in adolescents with acne in our study suggests that psychiatric evaluation should be included in acne treatment plans. Our study demonstrates the importance of a multi-disciplinary approach for acne treatment.

Key Words: Acne vulgaris, adolescent, self-injurious behavior, suicide, comorbidity.

KAYNAKLAR

1. Hanna S, Sharma J, Klotz J. Acne vulgaris-more than skin deep. *Dermatology Online Journal*. 2003;9(3).
2. Khan MZ, Naeem A, Mufti KA. Prevalence of mental health problems in acne patients. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad*. 2001;13(4):7-8.
3. Rubinow DR, Peck GL, Squillace KM, Gantt GG. Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1987;17(1):25-32.
4. Bağcioğlu E, Bahęeci B, Öztürk A, Deveci E, Şaşmaz S, Karaaslan MF. Quality of life, problem solving, focus of control and anger tendency in the patients with acne. *Turkderm*. 2014;48(4):177-81.
5. Kum Ö, Erturan İ, Aktepe E. The evaluation of quality of life, self-esteem, peer relationship and anger levels in adolescents with acne at an university hospital: a case control study. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2014;15(2):150-6.
6. Bakım B. Aknenin Psikososyal Etkileri ve Psikolojik Destek Tedavisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Cosmetic Dermatology Special Topics*. 2015;8(3):70-4.
7. Fried RG, Wechsler A. Psychological problems in the acne patient. *Dermatologic therapy*. 2006;19(4):237-40.
8. Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician*. 2002;48(4):712-6.
9. Erturan İ, Aktepe E, Kocaman O, Sönmez Y, Yüksel Başak P, Ceyhan AM, et al. Evaluation of acne quality of life, loneliness and life satisfaction levels in adolescents with acne vulgaris. *Turkderm*. 2014;48(4):172-6.
10. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. Psychological sequelae of acne vulgaris: results of a qualitative study. *Canadian Family Physician*. 2006;52(8):978-9.
11. Koo JY, Smith LL. Psychologic aspects of acne. *Pediatr Dermatol*. 1991;8:185-8.
12. Öztürk A. Akne Vulgaris' in Psikiyatrik Etkileri. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2014;15(3).
13. Öztürk A, Deveci E, Bağcioğlu E, Atalay F, Serdar Z. Anxiety, depression, social phobia, and quality of life in Turkish patients with acne and their relationships with the severity of acne. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2013;43(4):660-6.
14. Koçak OM, Silsüpür G, Görpelioğlu C, Erdal E. Akne Vulgaris ve Psikopatoloji İlişisini Aydınlatmaya Yönelik Bir Çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2007;10(2).

15. Uzun Ö, Başoğlu C, Akar A, Cansever A, Özşahin A, Çetin M, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Comprehensive psychiatry*. 2003;44(5):415-9.
16. Harmancı P. Dünya'daki ve Türkiye'deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*. 2015;1.
17. Mohanty S, Sahu G, Mohanty MK, Patnaik M. Suicide in India—A four year retrospective study. *Journal of forensic and legal medicine*. 2007;14(4):185-9.
18. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996–2003. *American journal of epidemiology*. 2008;167(10):1155-63.
19. Eskin M. Tanım ve Anlama. İntihar-Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme: HBY Yayıncılık; 2003. p. 3-28.
20. Gupta M, Gupta A. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 1998;139:846-50.
21. Kontaxakis VP, Skourides D, Ferentinos P, Havaki-Kontaxaki BJ, Papadimitriou GN. Isotretinoin and psychopathology: a review. *Ann Gen Psychiatry*. 2009;8(2).
22. Marron SE, Tomas-Aragones L, Boira S. Anxiety, depression, quality of life and patient satisfaction in acne patients treated with oral isotretinoin. *Acta dermato-venereologica*. 2013;93(6):701-6.
23. Çetin A, Özmen M. Dermatolojik İlaçların Psikiyatrik Yan Etkileri. *Turkderm*. 2010;44:52.
24. Hawton K, Hall S, Simkin S, Bale L, Bond A, Codd S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990–2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(8):1191-8.
25. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(5):885.
26. Lüleci S. Kendini Yaralama Davranışı Olan Ergenlerin Psikiyatrik ve Sosyokültürel Özellikleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. 2007.
27. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009;1(2):95-119.
28. Kıvanç Altunay İ. History of Psychodermatology and a Global View. *Turkderm*. 2010;44(1):4-6.
29. Koblenzer CS. Psychosomatic concept in dermatology. *Arch Dermatol*. 1983;119(6):501-12.
30. Misery L. Neuro-immuno-cutaneous system (NICS). *Pathol Biol*. 1996;44(10):867-74.

31. Özmen M, Çetin A. Psychiatric Adverse Effects of Dermatological Drugs. *Turkderm*. 2010;44(supp 1):52-4.
32. Uzun SK, Erturan İ. Primer Psikokütan Hastalıklar. *Turkish Journal of Dermatology*. 2014;8(1).
33. Turan S, Özmen M. Psikodermatolojik Hastalıklarda Tedavi Modelleri. *Türkderm*. 2010;44:46.
34. Özyurt S, Kaptanoğlu AS. Dermatolojik Terimlerin ve Hastalık Adlarının Kökenleri.
35. Özcan Y, Özcan H, Ünal S. Akne Vulgarisli Bireylerde Kişilik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri*. 2000;3:56-60.
36. Erkin G, Boztepe G. Akne vulgaris. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2004;35:207-11.
37. Güngör E. Akne. *Turk Journal Dermatology*. 2012;6:138-49.
38. Dreno B, Poli F. Epidemiology of acne. *Dermatology*. 2003;206(1):7-10.
39. Shalita AR. Acne: clinical presentations. *Clinics in dermatology*. 2004;22(5):385-6.
40. Aktan S, Özmen E. Anxiety, depression, and nature of acne vulgaris in adolescents. *International journal of dermatology*. 2000;39(5):354-7.
41. Güldü A, Akyol M, Özçelik S, Marufihah M, Polat M. Sivas il merkezindeki ilköğretim okullarında akne vulgaris prevalansı. *Türkderm* 2002;36(3):202-5.
42. Braun-Falco O, Plewing G, Wolf HH, Burgdorf W. Changes in sebum production. 3. ed. Berlin: Springer; 2009.
43. Yarpuz AY, Saadet ED, Şanlı HE, Özgüven HD. Akne vulgaris hastalarında sosyal kaygı düzeyi ve bunun klinik değişkenler ile ilişkisi. *Turk Psikiyatri Derg*. 2008;19:29-37.
44. Işık A, Erturan İ, Aktepe E. Akneli ergenlerin problemleri internet kullanımı ve ilişkili psikiyatrik faktörler açısından değerlendirilmesi: olgu kontrol çalışması. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Isparta. 2016.
45. Olutunmbi Y, Paley K, English JC. Adolescent female acne: etiology and management. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2008;21(4):171-6.
46. Acne AO. Pathological mechanisms of acne with special emphasis on *Propionibacterium acnes* and related therapy. *Acta Derm Venereol*. 2003;83(4):241-8.
47. Bläuer M, Vaalasti A, Pauli S-L, Ylikomi T, Joensuu T, Tuohimaa P. Location of androgen receptor in human skin. *Journal of investigative dermatology*. 1991;97(2):264-8.
48. Chiu A, Chon SY, Kimball AB. The response of skin disease to stress: changes in the severity of acne vulgaris as affected by examination stress. *Archives of dermatology*. 2003;139(7):897-900.

49. Toyoda M, Morohashi M. Pathogenesis of acne. *Med Electron Microsc.* 2001;34:29-40.
50. Contassot E, French LE. New insights into acne pathogenesis: *Propionibacterium acnes* activates the inflammasome. *Journal of Investigative Dermatology.* 2014;134(2):310-3.
51. 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.
52. 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.
53. Farrar MD, Ingham E. Acne: inflammation. *Clinics in dermatology.* 2004;22(5):380-4.
54. James WD, Barger TG, Elston DM. Acne. *Andrew's Disease of The Skin, Clinical Dermatology.* 13. 10 ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2006. p. 231-50.
55. Jacob CI, Dover JS, Kaminer MS. Acne scarring: a classification system and review of treatment options. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:109-17.
56. Zouboulis C, Mart J. Update and future of systemic acne treatment. *Dermatology* 2003;206:37-53.
57. Gollnick H, Cunliffe WJ. Management of acne. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:1-37.
58. Leyden JJ. A review of the use of combination therapies for the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:200-10.
59. Katsambas A, Stefanaki C, Cunliffe WJ. Guidelines for treating acne. *Clin Dermatol* 2004(22):439-44.
60. James WD. Acne. *N Engl J Med.* 2005;352:1463-72.
61. Sidbury R, Paller AS. The diagnosis and management of acne. *Pediatr Ann.* 2000;29:17-24.
62. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme olşutleri. *Romatizma.* 2005;20(1):55-63.
63. neri , Memik N. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi olşeklerinin gözden geçirilmesi. *ocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2007;14(1).
64. Öztürkcan S, Aydemir , İnanır I. Akne vulgarisli hastalarda yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology.* 2002;12(3):131-4.
65. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C. Yaşam kalitesinin olşlmesi, WHOQOL-100 VE WHOQOL-BREF. *3P Dergisi.* 1999;7:5-13.

66. Clarke SA, C E. The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:66.
67. Tuncayengin Ö, Gürel MS, Şimşek Z. Türkçe akne yaşam kalite ölçeği geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin akne şiddeti ile değişimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology*. 2010;20(3):117-25.
68. Jones-Caballero M, Chren MM, Soler B, Pedrosa E, Penas PF. Quality of life in mild to moderate acne: relationship to clinical severity and factors influencing change with treatment. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2007;21(2):219-26.
69. Demirçay Z, Şenol A, Seçkin D, Demir F. Akne vulgarisli hastalarda akne yaşam kalite ölçeğinin Türkçe güvenilirlik çalışması. *Türkderm*. 2006;40:94-7.
70. 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 generic questionnaires. *British Journal of Dermatology*. 1999;140:672-6.
71. Martin AR, Lookingbill DP, Botek A, Light J, Thiboutot D, Girman CJ. Health-related quality of life among patients with facial acne— assessment of a new acne-specific questionnaire. *Clinical and experimental dermatology*. 2001;26(5):380-5.
72. Krejci-Manwaring J, Kerchner K, Feldman SR, Rapp DA, Rapp SR. Social sensitivity and acne: the role of personality in negative social consequences and quality of life. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2006;36(1):121-30.
73. Kaymak Y, Adışen E, Çelik B, Gürer MA. Hafif ve orta dereceli akne vulgarisin yaşam kalitesine etkilerinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri*. 2007;17:99-104.
74. Aşan Ö, Erenler E. İş tatmini ve yaşam tatmini ilişkisi Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008;13(2):203-16.
75. Kuzulu E. İş Yaşam Dengesi ile Yaşam Doyumu İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Sakarya İktisat Dergisi*. 2013:88-127.
76. Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*. 2000;55(1):34.
77. Kohut H. *The Analysis of the Self* 1971;2:1950-94.
78. Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı: Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunları*. Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları Tisa Matbaası; 1985.
79. Rosenberg M. Self-concept research: A historical overview. *Social forces*. 1989;68(1):34-44.
80. Do JE, Cho SM, In SI, Lim KY, Lee S, Lee ES. Psychosocial aspects of acne vulgaris: a community-based study with Korean adolescents. *Annals of dermatology*. 2009;21(2):125-9.

81. Kılınç H, Sevim SA. Loneliness and cognitive distorsions among adolescents. Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences. 2005;38(2):69-88.
82. Demirtaş AS. İlköğretim 8. sınıf öğrencilerinin algılanan sosyal destek ve yalnızlık düzeyleri ile stresle başa çıkma düzeyleri arasındaki ilişki. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Rehberlik ve Psikoloji Danışmanlık ABD Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2007.
83. Özben Ş. Üniversite öğrencilerinin televizyon izleme süresine göre yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 2013;35:198-206.
84. Arkun N. İntiharın Psikodinamikleri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi; 1978.
85. Stengel E. Suicide and Attempted Suicide. New York: Penguin Books; 1965.
86. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. Psychiatric Services. 2001.
87. Borges G, Nock MK, Abad JMH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. The Journal of clinical psychiatry. 2010;71(12):1,478-1628.
88. World Health Organization- Suicide prevention. 2011.
89. World Health Organization-The Global Burden of Disease. 2004.
90. World Health Organization-Mental Health-Suicide Prevention. 2009.
91. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Ziraat Gurup Matbaacılık; 2013.
92. Eskin M, Preston J, Örs Y, Uzbay T, Sevinçok L, Sır A, et al. İntihar: Açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme: Çizgi Tıp Yayınevi; 2003.
93. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler Kriz Dergisi.11(1):13-24.
94. Ermertcan AT. Akne ve Yaşam Kalitesi.
95. Tan JK. Psychosocial impact of acne vulgaris: evaluating the evidence. Skin Therapy Lett. 2004;9(7):1-3.
96. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. British Journal of Dermatology. 1997;137(2):246-50.
97. Fried RG, Gupta MA, Gupta AK. Depression and skin disease. Dermatologic clinics. 2005;23(4):657-64.
98. Niemeier V, Kupfer J, Demmelbauer-Ebner M, Stangier U, Effendy I, Gieler U. Coping with acne vulgaris. Dermatology. 1998;196(1):108-15.
99. Purvis D, Robinson E, Merry S, Watson P. Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: A cross-sectional survey of New Zealand secondary school students. Journal of paediatrics and child health. 2006;42(12):793-6.

100. Gupta MA. Psychiatric comorbidity in dermatological disorders. In: Walker C, Papadopoulos L, editors. *In Psychodermatology*. New York: Oxford University Press; 2005. p. 30-4.
101. Kellett SC, Gawkrödger DJ. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *British Journal of Dermatology*. 1999;140:273-82.
102. Çalıkoğlu E, Alpay FB. Pruri Universalis, Alopesi Areata, Psoriasis Vulgaris ve Kronik Ürtikerde Beck Depresyon, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterlerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology*. 2000;10(4):229-32.
103. Kubota Y, Shirahige Y, Nakai K, Katsuura J, Moriue T, Yoneda K. Community-based epidemiological study of psychosocial effects of acne in Japanese adolescents. *The Journal of dermatology*. 2010;37(7):617-22.
104. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puğdu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *British Journal of dermatology*. 2000;143(5):983-91.
105. Loney T, Standage M, Lewis S. Not JustSkin Deep'Psychosocial Effects of Dermatological-related Social Anxiety in a Sample of Acne Patients. *Journal of health psychology*. 2008;13(1):47-54.
106. Kaymak Y, Kalay M, İlter N, Taner E. Incidence of depression of depression related to isotretinoin treatment in 100 acne vulgaris patients 1. *Psychological reports*. 2006;99(3):897-906.
107. Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2006;54(3):420-6.
108. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Acne vulgaris–psychosomatic aspects. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2006;4(12):1027-36.
109. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000;42(3):436-41.
110. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2001;23(4):253-63.
111. Feldman MD. The challenge of self-mutilation: a review. *Comprehensive psychiatry*. 1988;29(3):252-69.
112. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998;186(5):259-68.
113. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*. 1991;148(3):306-17.
114. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric Services*. 1993;44(2):134-40.

115. Favazza AR. Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry: JHU Press; 1996.
116. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological medicine*. 2007;37(8):1183-92.
117. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clinical psychology review*. 1998;18(5):531-54.
118. Claassen CA, Trivedi MH, Shimizu I, Stewart S, Larkin GL, Litovitz T. Epidemiology of Nonfatal Deliberate Self-Harm in the United States as Described in Three Medical Databases. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2006;36(2):192-212.
119. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(1):12-23.
120. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2002;31(1):67-77.
121. Aktepe E, Caliskan A, Sonmez Y. Self injurious behaviour in high school students in city center of Isparta and factors psychiatrically related with this behavior. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013;1.
122. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*. 2007;11(2):129-47.
123. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American journal of Orthopsychiatry*. 1998;68(4):609.
124. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American journal of Psychiatry*. 2003;160(8):1501-8.
125. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*. 2007;63(11):1045-56.
126. Skegg K. Self-harm. *The Lancet*. 2005;366(9495):1471-83.
127. Tarlacı N, Yeşilbursa D, Türkcan S, Saatçioğlu Ö, Yaman MB. B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8:29-35.
128. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *The Journal of nervous and mental disease*. 1999;187(5):296-301.
129. Madge N, Hewitt A, Hawton K, Wilde EJD, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(6):667-77.

130. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006;117(6):1939-48.
131. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savaş HA, Ozturk M, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003;57(1):119-26.
132. Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, et al. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders*. 2006;93(1):87-96.
133. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(3):427-32.
134. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*. 2005;34(5):447-57.
135. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eating Behaviors*. 2001;2(3):263-72.
136. Simeon D, Favazza AR. Self-injurious behaviors. Self-injurious behaviors, assessment, and treatment. 2001:1-28.
137. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate Self-Harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(2):192-205.
138. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of abnormal psychology*. 2005;114(1):140.
139. Kumar G, Pepe D, Steer RA. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *The Journal of nervous and mental disease*. 2004;192(12):830-6.
140. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(11):1333-41.
141. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American journal of Orthopsychiatry*. 2002;72(1):128.
142. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(1):80-7.
143. Muehlenkamp JJ, Hoff ER, Licht J-G, Azure JA, Hasenzahl SJ. Rates of non-suicidal self-injury: A cross-sectional analysis of exposure. *Current Psychology*. 2008;27(4):234-41.

144. Bjärehed J, Lundh LG. Deliberate Self-Harm in 14-Year-Old Adolescents: How Frequent Is It, and How Is It Associated with Psychopathology, Relationship Variables, and Styles of Emotional Regulation? *Cognitive behaviour therapy*. 2008;37(1):26-37.
145. Garrison CZ, Addy CL, McKeown RE, Cuffe SP, Jackson KL, Waller JL. Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*. 1993;2(4):339-52.
146. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Deliberate self harm in adolescents. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 2003;123(16):2241-5.
147. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008;37(2):363-75.
148. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*. 2006;144(1):65-72.
149. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M, Ghaziuddin N. Mood disorder in a group of self-cutting adolescents. *Acta paedopsychiatrica*. 1991;55(2):103-5.
150. Ross S, Lee Heath N. Two Models of Adolescent Self-Mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2003;33(3):277-87.
151. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(7):1034-9.
152. Mäkikyrö TH, Hakko HH, Timonen MJ, Lappalainen JA, Ilomäki RS, Marttunen MJ, et al. Smoking and suicidality among adolescent psychiatric patients. *Journal of Adolescent Health*. 2004;34(3):250-3.
153. Ögel K, Aksoy A. Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu. *Yeniden Yayın*. 2006(18).
154. Skårderud F, Sommerfeldt B. Self-harm and eating disorders. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 2009;129(9):877-81.
155. Ross S, Heath NL, Toste JR. Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2009;79(1):83.
156. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. Self-injury in adolescents with eating disorders: Correlates and provider bias. *Journal of Adolescent Health*. 2011;48(3):310-3.
157. Wright F, Bewick BM, Barkham M, House AO, Hill AJ. Co-occurrence of self-reported disordered eating and self-harm in UK university students. *British Journal of Clinical Psychology*. 2009;48(4):397-410.
158. Whitlock J, Knox KL. The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2007;161(7):634-40.

159. Guertin T, Lloyd-Richardson E, Spirito A, Donaldson D, Boergers J. Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(9):1062-9.
160. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*. 2007;11(1):69-82.
161. Doshi A, Zaheer A, Stiller MJ. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *International journal of dermatology*. 1997;36(6):416-8.
162. Gupta MA, Johnson AM, Gupta AK. The development of an Acne Quality of Life scale: reliability, validity, and relation to subjective acne severity in mild to moderate acne vulgaris. *Acta Dermato-Venereologica*. 1998;78:451-6.
163. Demirçay Z, Senol A, Seckin D, Demir F. Reliability of Turkish version of acne quality of life scale in patients with acne vulgaris. *Türkderm*. 2006;40:94-7.
164. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*. 1985;49(1):71-5.
165. Köker S. Normal ve sorunlu ergenlerin yaşam doyumu düzeylerinin karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 1991.
166. Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*. 1980;39(3):472-80.
167. Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. *Journal of personality assessment*. 1978;42(3):290-4.
168. Demir A. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. *Psikoloji dergisi*. 1989;7(23):14-8.
169. Eskin M. Ergenlikte yalnızlık, baş etme yöntemleri ve yalnızlığın intihar davranışı ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2001;4(5):5-11.
170. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. 1965.
171. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak, Psikiyatri ABD, Ankara. 1986.
172. Cull JG, Gill WS. Suicide probability scale (SPS) manual: Western Psychological Services Los Angeles; 1988.
173. Tuğcu H. Normal ve depresif kişilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığı. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 1996.
174. Atlı Z. İntihar olasılığı ölçeği (ioö)'nin klinik örneklemedeki geçerlik ve güvenirlik çalışması: Adnan Menderes Üniversitesi; 2007.

175. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2004.
176. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2009;31(3):215-9.
177. Bildik T, Somer O, Kabukçu Başay B, Başay Ö, Özbaran B. Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2012;23:49-57.
178. Demircay Z, Seckin D, Senol A, Demir F. Patient's perspective: an important issue not to be overlooked in assessing acne severity. European Journal of Dermatology. 2008;18(2):181-4.
179. Ritvo E, Del Rosso JQ, Stillman MA, La Riche C. Psychosocial judgements and perceptions of adolescents with acne vulgaris: A blinded, controlled comparison of adult and peer evaluations. BioPsychoSocial medicine. 2011;5(1):1.
180. Özüğüz P, Kaçar SD, Balta İ, Bağcıoğlu E, Aşık A, Uzel H, et al. Akne vulgaris hastalarında, aknenin şiddeti ve demografik bilgilerine göre stigmatizasyonun değerlendirilmesi. Bozok Tıp Dergisi. 2014;4(1):13-7.
181. Ozolins M, Eady EA, Avery A, Cunliffe WJ, O'Neill C, Simpson NB, et al. Randomised controlled multiple treatment comparison to provide a cost-effectiveness rationale for the selection of antimicrobial therapy in acne: Gray Publishing; 2005.
182. Engin E, Cuhadar D, Ozturk E. Healthy life behaviors and suicide probability in university students. Archives of psychiatric nursing. 2012;26(1):43-53.
183. Tanriverdi D, Cuhadar D, Ciftci S. Does the impairment of functional life increase the probability of suicide in cancer patients? Asian Pacific journal of cancer prevention. 2013;15(21):9549-53.
184. Yusuf oğlu C. Akne vulgarisi olan 12-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde akne şiddeti ile yaşam kalitesi, psikiyatrik komorbidite, benlik algısı ve intihar olasılığı ilişkisinin araştırılması. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fak, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Bursa, 2009.
185. Baldwin HE. The interaction between acne vulgaris and the psyche. Cutis. 2002;70(2):133-9.
186. Tümlü GÜ, Receptoğlu E. Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi. 2013;3(3):205-13.
187. Serin NB, Serin O, Özbaş LF. Predicting university students' life satisfaction by their anxiety and depression level. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010;9:579-82.

188. Uskun E, Şabaplı A. Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(5).
189. Balcıoğlu İ, Ünsalver BÖ. Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 2006;37(3):115-20.
190. Vedat Ş, Öztürk PE, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2012;32(4):1054-63.
191. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. Kriz Dergisi. 1993;1(3):134-8.
192. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008;19(4):382-9.
193. Association AP. Diagnostic and statistical manual-text revision (DSM-IV-TRim, 2000): American Psychiatric Association; 2000.
194. Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention. Suicide and life-threatening behavior. 2001;31(s1):6-31.
195. Hamarta E. Ergenlerin sosyal kaygılarının kişilerarası problem çözme ve mükemmeliyetçilik açısından incelenmesi. İlköğretim Online. 2009;8(3).
196. Vardar E, Erzengin M. Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22:4.
197. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. Health and quality of life outcomes. 2003;1(1):1.
198. Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. Journal of Investigative Dermatology. 2011;131(2):363-70.
199. Arica SG, Arica V, Arı M, Özer C. Adölesanlarda yeme bozuklukları. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2011;2(5).
200. French SA, Story M, Downes B, Resnick MD, Blum RW. Frequent dieting among adolescents: psychosocial and health behavior correlates. American journal of public health. 1995;85(5):695-701.
201. Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Voorhees JJ. Bulimia nervosa and acne may be related: a case report. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 1992;37(1):58-61.
202. Strumia R. Bulimiya ve Anoreksiya Nervosa: Kutanöz belirtiler. Türkiye Klinikleri Journal of Cosmetology. 2002;3(3):189-94.
203. Bilaç Ö, Ercan ES, Uysal T, Aydın C. İlköğretim Öğrencilerinde Anksiyete ve Duygudurum Bozuklukları Yaygınlığı ve Sosyodemografik Özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2014;3(25):171-80.

204. Mercan S. Primer Psikiyatrik Hastalıklar. *Turkderm*. 2012;44(1):16-24.
205. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*. 1983;140(7):867-72.
206. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989;79(3):283-9.
207. Akdemir D, Zeki A, Ünal D, Kara M, Cetin F. Identity status and self-esteem in adolescents with non-suicidal self-injurious behavior. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013:1.
208. Akdemir D, Zeki A, Ünal DY, Kara M, Çetin FÇ. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14(1).
209. Aktepe E, Çalışkan S, Sönmez Y. Kendine zarar veren ergenlerin aile işlevlerinin ve benlik saygılarının saptanması: Olgu-kontrol çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014;15(Suppl 1):69-76.
210. Hintikka J, Tolmunen T, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylvä J, Laukkanen E. Mental disorders in self-cutting adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2009;44(5):464-7.
211. Aksoy A, Ögel K. Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4(4):226-36.