



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARININ VE
YAŞAM OLAYLARININ ALOPESİ AREATA İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

DR. İSMAİL VOLKAN ŞAHİNER

ANKARA 2010



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARININ VE
YAŞAM OLAYLARININ ALOPESİ AREATA İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. İSMAİL VOLKAN ŞAHİNER

Tez danışmanı: Doç.Dr. Nilgün Taşkıntuna

ANKARA 2010

Proje No: KA09/261 Onay tarihi: 30/07/2009

TEŞEKKÜR

Eğitimimde çok önemli payları olan Prof. Dr. Leyla Zileli'ye, Doç. Dr. Nilgün Taşkıntuna'ya, Prof. Dr. Behçet Coşar'a, Prof. Selçuk Candansayar'a, Prof. Dr. Zehra Arıkan'a, Prof. Dr. Nevzat Yüksel'e, Yrd. Doç. Dr. Gamze Özçürümez'e teşekkür ederim.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde tez danışmanım Doç. Dr. Nilgün Taşkıntuna'nın büyük yardımı oldu. Kendisine teşekkür ederim.

Çalışmanın veri toplama aşamasındaki önemli katkılarından dolayı Dermatoloji Uzmanı Dr. Özlem Karadağ Köse'ye teşekkür ederim. Onsuz bu çalışma gerçekleşmezdi.

Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi Dr. Sedat Işıklı'ya verilerin istatistiksel değerlendirmesindeki yardımını cömertçe sunduğu için teşekkür ederim.

Ağabeyim Dr. İbrahim Tayfun Şahiner ve eşim Dr. Şafak Şahiner başta olmak üzere desteklerinden dolayı bütün aileme teşekkür ederim. Minik kızım Melis Defne Şahiner'e doğduğundan dolayı teşekkür ederim.

ÖZET

Literatürde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik eş tanılara yol açtığı iddia edilen alopesi areatanın (AA), stresli yaşam olayları ve özellikle çocukluk çağında geçirilen travmalarla yakından ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Çocukluk çağı travmaları ve yaşam olaylarının AA ile ilişkisine dair çalışmalar sınırlı sayıdadır ve çelişkili sonuçlar içermektedir. Bu çalışmanın amacı AA hastalarını, kontrol grupları olarak psöriyazis hastaları ve sağlıklı bireylerle sosyodemografik veriler, yaşam olayları, çocukluk çağı travmaları, anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından karşılaştırmak ve literatürde AA'yla ilişkilendirilen yaşam olayları ve çocukluk çağı travmalarının gruplar arasında farklı olup olmadığını araştırmaktır.

Başkent Üniversitesi Dermatoloji Polikliniğine başvuran AA tanısı konulan 41 birey; psöriyazis tanısı konulan 31 birey ve bilinen ruhsal ve fiziksel hastalığı olmayan, CIDI ile herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmayan, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu eşleştirilmiş 50 birey sosyodemografik veriler, yaşam olayları, çocukluk çağı travmaları, anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından karşılaştırıldı. Katılımcılar sosyodemografik ve klinik bilgi formu, CIDI (Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon bölümü), Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları Ölçeği ve Yaşam Olayları Listesi Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirildi.

Sonuç olarak çocukluk çağı travmalarının, stresli yaşam olaylarının, anksiyete bozukluğu ve depresyon görülme oranlarının ve şiddetinin AA grubunda sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu, fakat psöriyazis grubuyla AA grubu arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Alopesi areata, psöriyazis, çocukluk çağı travmaları, yaşam olayları, anksiyete, depresyon

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

Alopecia areata (AA) causes psychiatric comorbidity as anxiety disorder and major depression, and some investigators believe that it is associated with stressful life events and childhood traumatic events. The studies about both childhood traumatic events and stressful life events are limited and their results are conflicting. The aim of this study is to compare AA patients with control groups consisted of psoriasis patients and healthy individuals in means of social demographic data, life events, childhood trauma, anxiety and depression scores. We investigated whether the stressful life events and the childhood traumatic events related with AA in the literature differ among AA patients, psoriasis patients, and the healthy individuals.

Forty-one patients with the diagnosis of AA and thirty-one psoriasis patients who were seen at the Department of Dermatology Outpatient Clinic, Baskent University and fifty healthy individuals without any psychiatric diagnosis according to CIDI were matched with respect to their ages, sex, educational status were compared in means of social demographic data, life events, childhood trauma, anxiety and depression scores. Each group completed the Childhood Traumatic Events Checklist, the Life Events Checklist, the Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory, the CIDI (anxiety and depression parts) and the sociodemographic data questionnaire.

Our results indicated that the rate of the childhood traumatic events, the stressful life events, the rate and severity of anxiety and depression were significantly higher in AA patients than healthy controls but there were no significant difference between AA and psoriasis patients.

Keywords: Alopecia Areata, psoriasis childhood trauma, life events, anxiety, depression

İÇİNDEKİLER

TESEKKÜR.....	
ÖZET.....	
İNGİLİZCE ÖZET.....	
İÇİNDEKİLER.....	
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....	
TABLolar DİZİNİ.....	
1.GİRİŞ.....	
2.GENEL BİLGİLER.....	
2.1 Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikiyatrik yönü.....	
2.2 Yaşam olaylarının psikiyatrik yönü.....	
2.3 Deri hastalıkları ve psikiyatri.....	
2.4 Alopesi areataya genel bakış.....	
2.5Psöriyazise genelbakış.....	
2.6 Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve yaşam olaylarının Alopesi areata ile ilişkisi.....	
2.7Amaç.....	
3.GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1 Örneklemenin Oluşturulması.....	
3.2 Gereçler.....	
4.BULGULAR.....	
4.1 İstatiksel analiz.....	
4.2 Sosyodemografik özellikler.....	
4.3 Depresyon, Anksiyete, ÇÖYÖ, YOL ve CIDI açısından karşılaştırma.....	
5.TARTIŞMA.....	
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	

7.KAYNAKLAR.....

8.EK.....



KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ:

AA: Alopesi Areata

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

CIDI: Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi

ÇÖYÖ: Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HPA: Hipotalamopitüiter Aks

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YOL: Yaşam Olayları Listesi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

Tablo 2. Grupların madde kullanım oranları

Tablo 3. AA ve psöriyazis grubunun deri hastalığı süre, görüldüğü yer ve estetik açıdan rahatsız etme şiddetinin karşılaştırılması

Tablo 4. Depresyon puan ortalaması için yapılan Tukey Testi sonucu

Tablo 5. Anksiyete puan ortalaması için yapılan Tukey Testi sonucu

Tablo 6. ÇÖYÖ puan ortalaması için yapılan Tukey Testi sonucu

Tablo 7. YOL uyum puan ortalaması için yapılan Tukey Testi sonucu

Tablo 8. YOL distres puan ortalaması için yapılan Tukey Testi sonucu

Tablo 9. Grupların CIDI ile anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırılması



1.GİRİŞ

Alopesi areata (AA) saçın bir veya birden çok bölümünde saç kaybı ile karakterize, genellikle saçlı deride veya vücudun kıl içeren başka bölgelerinde (kaş, sakal, kirpik vb.) oluşan bir hastalıktır. Yaşam boyu görülme sıklığı %1.7'dir (1). Sıklıkla tam bir iyileşme hali olabilse de kronik seyir gösterebilmektedir. AA özellikle genç yaşlarda sık görülüp hastaların %60'ı yirmi yaş altındadır. Patogenezi tam olarak anlaşılamayan immünolojik ve endokrin anormallikler, genetik faktörler, enfeksiyonlar, psikolojik stres faktörleri gibi çeşitli nedenlerin AA etiyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir(2).

Deri vücudu dış dünyadan koruyan bir bariyer olduğu kadar, dış dünya ile iletişimimizi sağlayan en önemli unsurlardan biridir. Deri hastalıkları, dış görünüm ve dolayısıyla başkalarıyla ilişki kurma konularında güçlükler yaratabileceği için duygusal, sosyal ve mesleki alanlarda sorunları tetikleyebilir. Bazı araştırmalarda AA hastalarında anksiyete, depresyon, sosyal fobi, sanrılı bozukluk, bağlanma bozuklukları gibi ruhsal bozuklukların normal popülasyona göre daha sık görüldüğü saptanmış; bazı araştırmalarda ise bu görüşün tersine AA hastaları ile normal popülasyon arasında ruhsal hastalık yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır(3).

AA'nın psikiyatrik komorbiditeye yol açtığını iddia eden araştırmalar olduğu gibi, stresli yaşam olayları ve geçirilmiş travmatik olaylarla, özellikle çocukluk çağı travmalarıyla yakından ilişkili olduğunu iddia eden araştırmacılar vardır (4). Yapılan araştırmalar yaşam olayları ve çocukluk çağı travmalarının AA'sı olan hastalarda daha fazla olduğunu gösterse de her iki konuya ait çalışmalar sınırlı sayıdadır (1, 3, 4).

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve ruhsal etkileri

Travmalar, bireyin bedensel bütünlüğünü tehdit eden ya da zarar veren yaşantılar olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik ve fiziksel travma yaratan başlıca olaylar savaşlar, çatışmalar, resmi görevliler tarafından uygulanan şiddet, silahlı grupların uyguladıkları şiddet, politik nedenli şiddet, işkence, politik olmayan nedenlerle şiddet, aile içi özellikle çocuklara ve kadınlara yönelik şiddet, aile içi veya dışı cinsel saldırı ve suistimaller, bireylerin/grupların hasımlarına uyguladıkları şiddet, topluluklara uygulanan baskı ve şiddet, trafik kazaları, iş kazaları, yangın ve doğal afetlerdir (5).

Travmanın etkilerinin kalıcı olması, bireyin kişisel özellikleri kadar yaşadığı toplumsal çevrenin travmaya verdiği tepkilerle de bağlantılıdır. Örselenmiş bireyin aile, okul, iş gibi yaşam alanlarındaki değişiklikler olaya toplumsal boyut kazandırmaktadır. İnsanların büyük bir kısmı çocukluk döneminde az ya da çok stres verici etkenlerle ya da kimi isteklerinin karşılanmaması gibi gerçeklerle yüz yüze kalır ve bu yaşantılar normal koşullar altında bir travmaya dönüşmez. Ancak gerek yaşanan stres verici olayın şiddeti, örselenen bireyin yaşı ve benlik gücü gerekse cereyan ettiği aile ve çevre koşullarının uygunsuzluğu, bu gibi yaşantıları travmatik bir sürece dönüştürebilir ve bütün bir yaşamı etkileyecek psikolojik sonuçları olabilir (6).

Çocukluk çağında yukarıda bahsedilen travma yaratabilecek olaylardan başka çocuğun bulunduğu sosyal koşullar, bakım veren kişinin yetiştirme tarzı, temel güven duygusunu zedeleyecek, bağlanmayı ve kişilik gelişimini olumsuz yönde etkileyecek davranışlar gibi dinamik etkenler de ileride psikiyatrik patolojilere yol açabilmektedir. Toplum tarafından travma denilince akla genelde tecavüz, işkence, şiddet gibi olaylar gelse de yukarıda bahsedilen olaylar da travma kapsamındadır. Genelde toplum tarafından travma olarak kabul edilmeyen bu durumlar aşık travmatik olaylardan daha sıktır ve toplum ve kişiler tarafından kolay fark edilemediğinden tespit edilmesi de daha zordur (7).

Çocukluk çağı travma öyküsünün, bir çok psikiyatrik hastalık ile ilişkisi olduğu bilinmekte ve hastalık oluşumu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir (8). Disosiyatif bozukluklar, anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, somatizasyon bozuklukları, antisosyal Kişilik Bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı,

depresyon, konversiyon bozukluğu, kaçınan kişilik bozukluğu, psikotik bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk gibi bir çok psikiyatrik hastalık ile çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı arasındaki pozitif ilişki bulunmuştur (9, 10,11,12).

Görüldüğü üzere çocukluk çağı travmaları, aşıkarsun olmasın çocukluk çağında ve erişkinlikte bir çok patolojiyle pozitif ilişkili olup; klinisyenlerin hastalarını anlamaya çalışırken mutlaka sorgulaması gereken konulardan biridir. Hastaların kesitsel değerlendirilmesi sırasında atlanabilecek bir takım olaylar sorunun ana sebeplerinden birini oluşturuyor olabilir. Nasıl ki çocukluk çağında geçirilen akut romatizmal ateş etkileri erişkinlikte mitral kapak darlığı, böbrek yetmezliği ve başka birçok hastalığa yol açıyorsa, çocuklukta geçirilen travmatik olaylar da erişkinlikte kendisini geniş spektrumda hastalıklarla gösterebilir.

Travmaların ruhsal etkileri, travmanın çeşidine, şiddetine, travmanın olduğu yaş, sosyoekonomik, sosyokültürel durum, travmaya kronik maruziyet veya akut olması gibi oldukça çeşitli dinamik değişkenlere göre farklılık gösterir. Travmaya uğrayan kişide travmaya ilişkin anıların tekrar canlanması sık olan bir durumdur. Öyle ki bazen yaşanan travma gözle görülmese bile, olayın tekrar yaşandığını gösteren yayınlar mevcuttur (13). Psikanalitik kurama göre de travma, üstesinden gelinebilmesi için rüyalarda tekrar tekrar yaşanmaya devam eder (14). Travmanın diğer sık etkilerinden biri de travmaya özel korkulardır. Travmayı anımsatan durumlarda taşikardi, terleme, ateş basması gibi otonomik belirtilerin gözlenmesi, travmadan koruyacak kaçınma davranışları sergilemek ve yaşam stilini onun üzerine yeniden düzenlemek gibi belirtiler gözlenebilir. Travma sonrası tekrarlayıcı davranışlar da travma sonrası görülebilen belirtilerdendir. Özellikle söz öncesi dönemde erken yaşlarda (sıklıkla bir yaş öncesi) travmaya uğrayan bireylerde, farkında olmayarak yapılan sık davranış tekrarları ve erişkinlikte de kişilik özellikleri olarak değerlendirilen davranışlar yanında terleme, taşikardi, solunum sayısında artış gibi belirtiler de görülebilmektedir (15). Travma sonrası sık rastlanan durumlardan biri de umutsuzluk, çaresizlik duygularının oluşması, olaylara daha karamsar bakış açısının gelişmesi ve özetle Erikson'un tanımladığı temel güven duygusunun tam gelişmemesidir. Bu etkiler de ileride bireyde depresyona eğilimi oldukça artırmaktadır (16). Travma sonrası oluşabilecek bu gibi değişikliklerden başka uzun süre travmaya kronik maruziyet sonrası kişide yoğun inkar, bastırma, disosiyasyon, saldırganla özdeşim gibi değişik savunma mekanizmaları ile beraber kişilik patolojileri de gelişebilir.

Travma sonrası kişilerde farklı biyolojik değişiklikler de görülebilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda travma sonrası alfa-2- adrenerjik reseptör aktivitesinde ve norepinefrin seviyelerinde anlamlı artış gözlenmiştir (17). Ayrıca Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan hastalarda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında amigdala ve anterior paralimbik bölgelerde aktivite artışı gözlenirken anterior singulatta ve orbitofrontal kortekste aktivite azalması gösterilmiştir. Bu değişiklikler travma sonrası oluşan bir takım davranış değişikliklerinin biyolojik açıklaması olabilir.

2.2 Yaşam olayları ve ruhsal etkileri

Yaşam olayları ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasından önemli rol oynamaktadır. Travmatik yaşam olayları psikiyatrik bozuklukların görünürdeki en önemli nedenlerindendir. Yaşam olaylarının belli başlı olanları evlilik sorunları, mesleki, aile veya okul ile ilgili sorunlar, ev, okul, iş, kent değişikliği, sevilen insanlardan ayrı kalmak, kayıplar, hastalıklar, başarısızlıklar, ekonomik sorunlar, afetler ve şiddet olaylarıdır.

Travmatik yaşam olayları kişinin ruhsal dengesini bozarak dayanıklılığını azaltmakta ve psikiyatrik bozukluklara daha yatkın hale getirmektedir (18). Yaşam olayları bireyin sorunlarla başa çıkma yetisini geliştirecek düzeyde gerçekleştiğinde benliğin güçlenmesine olanak sağlarken, aşırı şiddette ve başa çıkılamaz olduğunda ruhsal dengeyi bozarak ruhsal hastalıkların gelişmesine neden olabilmektedir (19). Yaşam olayları ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma yapılmıştır (20). Özellikle son altı ay içerisinde gerçekleşen yaşam olaylarının psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi belirgindir. Yaşam olayları tek başlarına psikiyatrik hastalığa neden olmasalar da, psikiyatrik hastalıkların gelişmesinde genetik, çevresel koşullar, kişilik özellikleri, tıbbi hastalıklar gibi diğer etkenlerle birleşerek önemli rol oynarlar. Yaşam olaylarının etkileri birey için öznedir. Bu etki bireyin ona yüklediği anlam, bireyin başa çıkma yetisi ve toplumsal destekleriyle yakından ilişkilidir. Bireyin olayı tanımlamasını ve değerlendirmesini, ona olumlu ya da olumsuz bir değer yüklemesini bilişsel etkenler sağlar. Yaşam olaylarının simgesel anlamları, erken yaşantılarla ilişkili olduğu kadar, toplumsal süreçler tarafından da belirlenir. Bu süreçler kişiliğin gelişiminde, toplumsal destek sağlanmasında, toplumsal becerilerin kazanılmasında bireylere farklılıklar kazandırmaktadır (21 ,22, 23).

Yaşam olaylarının hangi psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğuna dair yapılan birçok çalışma vardır. Yaşam olayları ve psikiyatrik bozukluklar arasında en çok depresyon ve

intihar üzerinde durulmuştur. Yaşam olaylarına depresyon tanısı alanlarda, normal populasyon ya da diğer ruhsal bozukluk hasta gruplarına göre çok daha fazla rastlandığını bildiren çalışmalar vardır (24, 25, 26). İntihar girişimi olan bireylerle yapılan bir çalışmada, intihar öncesi ebeveynlerden birinin ölümünün bu grupta diğer psikiyatrik bozukluklardan daha yüksek olduğunu saptanmıştır (27). Paykel ve arkadaşları (1975), yaşam olayları ölçeğini geliştirmeyi amaçladıkları çalışmalarında intihar girişimi olan 53 deneği yaş ve cinsiyet açısından eşleştirdikleri depresyonu olan ve bilinen ruhsal bozukluğu olmayan normal grupla karşılaştırmış, sosyal ilişkilerdeki güçlüklerin intihar girişimli grupta daha fazla görüldüğünü saptamış. Yine aynı araştırmada intihar girişimi olan grubun normal gruptan dört depresyon grubundan ise bir buçuk kat daha fazla yaşam olayı bildirdikleri saptanmıştır. Paykel'in yaptığı diğer bir çalışmada ise (1978) belirgin tehdit edici yaşam olaylarını takip eden 6 ay içinde depresyon geliştirme riskinin altı kat, şizofreni geliştirme riskinin iki - dört kat, intihar riskinin ise yedi kat daha fazla olduğunu bildirilmiştir (20, 28).

Depresyonun kayıp yaşantısıyla ilgili olduğu artık birçok yazar tarafından kabul görmüştür. Buna koşut olarak, depresyonu olanlarda eşten ayrılma, bir yakının ölümü ya da çocuğundan ayrılma gibi "yaşamdan çıkış" olarak gruplandırılan olayların, nişanlanma, evlenme, doğum gibi "giriş" sayılabilecek olaylardan daha sık görüldüğü belirtilmiştir (18). Bir çalışmada ise tek başına panik bozukluk, tek başına depresyon, panik bozuklukla birlikte depresyonu olanlar ve kontrol grubu birbiriyle karşılaştırılmıştır. Sonucunda çatışma ve kaybın depresyon için tipik olduğu sonucuna varılmıştır (27). Anksiyete bozuklukları ile de yaşam olayları arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır (24, 30, 31). Anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk gibi hastalarda; hastalık çıkmadan önce büyük bir oranda yaşam olayı öyküsü vardır.

Kişilik bozuklukları ile de yaşam olayları ilişkilidir. Gerek yaşam olaylarına kişilik bozukluğu olan bireylerin verdiği tepkiler gerekse yaşam olaylarının kişilik bozukluğu olan bireylere daha fazla tesir etmesi nedeniyle yaşam olaylarının etkileri kişilik bozukluğu olan bireylerde daha sık görülür. Kişilik bozukluğu olan bireylerin nesne ilişkileri sağlıklı bireylere göre daha bozuktur. Sonucunda ayrılma, terk edilme, patronla geçimsizlik, öğretmenlerle geçimsizlik, boşanma, aile bireyleriyle tartışmalar, madde kullanımı, kazalar, kavgalar, kumar gibi dürtüsel davranışlar daha sık görülür. Ayrıca kişilik bozukluğu olan bireylerin stresli yaşam olaylarına direncinin düşük olması ve uyum mekanizmalarının sağlıklı çalışmaması da psikiyatrik hastalık gelişme olasılığını artırmaktadır (32).

2.3 Deri hastalıkları ve psikiyatri

Ruhsal süreçler-merkezi sinir sistemi-deri ilişkilerinin patogenezi son yıllarda daha çok dikkati çekmekle beraber uzun yıllardır bilim adamlarının ilgi konusu olmuştur. Deri, insanın bedenini sarıp sarmalayan, onu dış tehlikelerden koruyan, birden çok fonksiyonu olan bir organdır. Bu organ, beden sağlığımızın olduğu kadar, ruhsal durumumuzun da aynası sayılır. Halk dilinde “deri ruhun aynasıdır” söylemi sıkça kullanılır. Deri bir iletişim organıdır ve tüm yaşam boyunca gelişim ve toplumsallaşma üzerinde önemli bir rol oynar. Deri, dokunsal uyarıların yanı sıra, duygusal uyarılara da yanıt verir. Önemli fonksiyonlarından biri de çevreyle haberleşmeyi ve sosyalleşmeyi sağlamasıdır. Ana fonksiyonu olan koruma görevi yanında, öfke, korku, heyecan, utanç, üzüntü ve kızgınlık gibi duyguları ifade etme, sözsüz haberleşme, emosyonel uyarılara cevap verme, kişinin kendine özel görünümünü oluşturma ve özgüvenini sağlama gibi pek çok ek özelliğe de sahiptir. Çoğu dahili hastalıklardan farklı olarak deri hastalıkları, başkaları tarafından görülür. Bu nedenle, deri sorunları olan hastalar, sosyal ve emosyonel sonuçlardan etkilenebilir. Özellikle yüzde olmak üzere şekil bozuklukları, psikososyal işlevselliği olumsuz yönde etkileyebilecek sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Çoğu deri hastalığına ağrı ve rahatsızlık duygusu eşlik eder. Bu nedenle, deri hastalıklarının kişinin yaşam kalitesi ve özgüveni üzerindeki etkilerini değerlendirmek zordur. Bu etkilerin hangilerinin fizyolojik değişikliklerin, hangilerinin bozuk görüntünün sonucu olduğunun ayırımı yapmak zor olabilir (33).

Çeşitli deri hastalıklarında psikosomatik bakış açıları, bilimsel literatürde eski bir geleneğe sahiptir. Almanya’da Sack’ın, 1933 yılında “deri ve psişe” adlı makalesi ile psikosomatik dermatolojinin gerekçesini bildirmesinden beri, sıklıkla konuyu klinik açıdan tanımlayan ve bireysel olguları kısmen psikodinamik/psikanalitik açıdan yorumlayan çalışmalar yayınlanmaktadır(33, 34, 35). Deri ve hastalıkları psikanalistlerin ilgisini çeken bir alan olmuştur. Psikanalistlerin genel kanısı bilinç dışı çatışmaların deri ile etkileşimi sonucu deri hastalıklarının oluşabileceği yönündedir. Kişinin bütünlüğünü bozabilecek bir çatışma sonrası bedenselleştirme ile deri hastalıklarının oluşabileceğini ileri süren araştırmacılar vardır. Paris Psikosomatik Okulu’nun kurucuları olan Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M’Uzan ve Christian David tarafından geliştirilen psikosomatik kuram bedenselleştirme ve deri üzerine çalışmalar Fenichel ve Winnicott’la ilerlemiş ve Didier Anzieu ile günümüze kadar gelmiştir. Fenichel’e göre derinin dört temel özelliği vardır: I) Deri, örtücü bir tabaka olması yanında iç ve dış uyarılara karşı koruyucudur. Bastırılmış dürtülerin kaslarda sertleşme oluşturmaları gibi

vazomotor fonksiyonlarda da değişiklikler olur ve dermatozlara yol açar. II) Deri önemli bir erojen bölgedir ve dokunma, ısı ve ağrı da erojen haz kaynaklarıdır. Dermatozların bilinç dışı temelinde de çoğunlukla sadomazokistik eğilimler bulunur. Winnicott bu durumu papüller ürtikerin psikodinamik formülasyonunda şöyle açıklamıştır: “Derinin uyarılabilirliğinin bir göstergesi olan papüller; giysi, sıcak-soğuk gibi fiziksel uyarılar yanında ruhsal nedenlerle de uyarılır ve papül oluşumu ereksiyona eşdeğer bir anlam taşır. Bilinç dışı fantezilerden köken alan uyarılma ve buna bağlı gelişen çatışmalar deride papül oluşumuna yol açar, kaşıma ve yolma davranışları da elle genital masturbasyona karşılık gelir ve haz yolu ile rahatlama sağlanır”. III) Deri, organizmanın yüzeyi olarak dışarıdan görünür ve teşhircilik çatışmalarında yer alır. Bu, güven duygusunun gelişimi açısından önemlidir, narsisistik gereksinimlerle ilgilidir. Bu nedenle güzellik-çirkinlik fobilerinde, teşhircilikte ve sosyal fobide rastlanan bilinç dışı çatışmalar aynen dermatozlarda da bulunur. IV) Anksiyete belirtileri de semptomimetik uyarılma sonucu deri belirtileri şeklinde ortaya çıkabilir. (36, 37, 38). Didier Anzieu ise 1985 yılında yayımladığı deri-ben kitabında kendilik psikolojisi ve deri arasındaki ilişki üzerinde durmuş, çocuğun kendiliğinin gelişiminin erken evrelerinde beden teması deneyimlerinin ve derinin işlevlerini vurgulamıştır (39).

Santral sinir sistemi ve epidermisin embriyolojik olarak ektodermden gelişmesi dikkat çekicidir. Dış dünyaya ilk temas eden organın deri olması, deriyi diğer organlardan farklı kılar. Bebeklik ağından beri anneye teması sağlayan deri, annenin temasıyla erotik ödüllendirmenin kaynağı olmasıyla erojen bir bölge olarak kabul edilebilir. Gelişim döneminde anneye sık temas eden ve etmeyen bebekler arasında yapılan gözlemlerde anneye daha az temas eden bebeklerin ileride kişilik bozukluğu gelişme riskinin daha fazla olduğu söylenmiştir. Anneye temas her anlamda bebeğin büyüme ve gelişmesini önemli derece etkilemektedir (40, 41). Yine erken çocukluk döneminde ortaya çıkan egzemanın anne ile bebek arasında ortaya çıkan sorunların bedensel yansıması olduğunu iddia eden araştırmalar vardır(42).

“Deri ruhun aynası” olduğu için içsel sıkıntıların bedene yansıması değişik şekillerde olabilir. Bu konuda en bilinen ve üstünde durulan hastalıklardan birisi de rtikerdir. rtikeri Wilson 1800’li yıllarda kaygının ve zayıf ruhsal durumun bir sonucu olarak açıklamıştır. Panconesi ise stresli bir durum sonrası oluşan emosyonel gerginlikten sıyrılmak için vücudun geliştirdiği bir reaksiyon olarak tanımlamıştır (43). Daha sonra Fenichel ve onun gibi düşünen araştırmacılar deri hastalıklarının bazılarını, kolay aşılamayan bazı durumlar sonrası ortaya

ıkan otonomik değişiklikler olarak tanımlamışlardır(44). Yazarların büyük bir kısmı da sorun dış kaynaklı olmasa da içsel çatışmaların (alt benlik ve süperegö) deri hastalıklarının ortaya çıkmasında yeterli olabileceğini savunmuştur (45).

Deri ile alakalı ilk psikofizyolojik lmler Deutsch ile birlikte başlamıştır. Bunu, daha fazla sayıda rastlantısal örnekle yapılan, uygulamasında kısmen psikometrik incelemelerin kullanıldığı ve kontrol grubu olan kapsamlı araştırmalar izlemiştir. Belli deri hastalıklarının, göze çarpan belli kişilik özellikleri ve intrapsişik çatışmalarla koşut olarak ortaya çıkıp çıkmadığı (atışma veya kişiliğe bağlı hipotez) ve yaşanan kişiye özel olayların (yaşam olayları araştırması) ya da stresin bunların şiddetlenmesini tetikleyip tetiklemediği soruları araştırılmıştır. Sorunlarla başa çıkma ve kişinin kendi kendini değerlendirme kapasitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri ile ilgili araştırmalar yapılmıştır(46). Son yirmi yılın araştırma çalışmaları, ruhsal mekanizmalar, nöroendokrin sistem ve bağışıklık sistemi arasındaki yakın ilişkinin iyice ortaya çıkması nedeniyle, çok sayıda dermatozun psikofizyolojik ve psikonroimmunolojik ilişkileri hakkında önemli sonuçlar ortaya koymuştur (47, 48, 49).

Yapılan çalışmalarda; yatarak tedavi edilen dermatoloji hastalarında yaklaşık olarak %60, ayaktan takip edilen hastalarda ise %30 oranında anksiyete ve depresyon başta olmak üzere psikiyatrik hastalıkların bulunduğu tespit edilmiştir. Dermatolojik hastalıklar, kozmetik bir sıkıntı oluşturmanın yanında, yol açtıkları psikopatolojik sorunlar sebebiyle; kişiye, ailesini ve çevresini olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitesini bozmaktadır (50). Stresli olayların, deri hastalıklarının başlamasında veya alevlenmesindeki rolü pek çok araştırma ile gösterildiği gibi atopik dermatit, psöriyazis, ürtiker, herpes simpleks, alopesi areata ve siğil gibi pek çok dermatozun da, psikoterapi ve stres azaltıcı tedavilerden yarar gördüğü bildirilmiştir (51).

Deri hastalıklarına bağlı olarak utanma, kendini beğenmeme ve güvensizlik duyguları oluşabilir. Psöriyazis, rtiker ve alopesi gibi sık rastlanan dermatozlarda, saldırgan, karamsar bir karakter ve nevrotik belirtiler sık görülmektedir. Dermatolojik hastalıktan etkilenme oranı; hastalığın doğal seyri, hastanın demografik özellikleri, kişilik yapısı, mesleği, çevrenin ve kültürün hastalığa bakışı gibi pek çok faktöre bağlıdır (52, 53). Dermatolojik problemi olan kadın hastaların ve boşanmış kadın ve erkeklerin moral bozukluğu, endişe hali gibi daha fazla ruhsal yakınmaları olduğu bildirilmiştir (54).

Psikolojik stresin, epiderminin geçirgenliğini bozarak, atopik dermatit ve psöriyazis gibi hastalıkların şiddetini artırdığı ileri sürülmüştür (53). Psikodermatolojik hastalıkların çeşitli sınıflandırmaları ve iç içe geçen özellikleri olmakla birlikte, çoğu uzmanın üzerinde uzlaştığı bir sınıflandırma aşağıda sunulmuştur: (55, 56):

1.Psikofizyolojik hastalıklar: Hastalığın temeli fizyolojik olmasına rağmen, psikolojik faktörler ve stres dermatolojik belirtileri alevlendirmekte, hastalığın psikososyal etkisi de stresin artmasına yol açmaktadır. Liken planus, atopik dermatit, psöriyazis, kronik idiyopatik ürtiker, alopesi areata, hiperhidrozis, generalize pruritus gibi hastalıklar bu kategoridedir. Hastalığın ortaya çıkışında; stres yanında, karmaşık fizyolojik ve psikolojik savunma mekanizmaları ortaklaşa rol oynamaktadır. Bu karmaşık mekanizmalarla ilgili çeşitli kuramlar öne sürülmüştür. Bu hastalıkların birçoğunda psikonöroimmunolojik faktörler rol oynamaktadır (58). P maddesi ve vazoaktif intestinal peptit gibi nöropeptidler, psöriyazis ve atopik dermatit gibi bazı dermatozların patofizyolojisinde rol almaktadır (59). Bu mediatörlerin düzenleyici etkisi, major depresyon gibi psikopatolojilerden ve psikolojik stresten etkilenmektedir. Bu hastalarda bir yandan organik sebepler araştırılırken, diğer yandan da psikolojik faktörlere dikkat etmek gerekmektedir. Dermatozların, duygusal durumlarla ilişkisi en az anlaşılan ve tedavisi en zor olan grubu bu gruptur.

2.Dermatolojik semptomaya yol açan psikiyatrik hastalıklar: Bu grupta altta yatan temel patoloji psikiyatriktir. Artefakt dermatiti, sanrısız parazitoz, beden dismorfik bozukluğu, nörotik ekskoryasyon, trikotillomani, deriyle ilgili hipokondriyak uğraşlar bu grupta yer alır. Hastalar bilinç ve kontrol dışı bir şekilde derilerine zarar verirler. Bu hastaların çoğu psikiyatr yerine dermatolog tarafından tedavi olmayı istemektedir. İntihar eğilimi ya da ağır psikotik tablolar oluşabilme ihtimali sebebiyle, bu kişileri zorlayarak ve kısa süre içinde psikiyatrik muayeneye yöneltmek sakıncalıdır. Dermatolog, yapacağı kısa ve sık görüşmelerle hasta ile sıcak bir ilişki geliştirmeli ve psikiyatrik tedaviye geçişi kolaylaştırmalıdır.

3.Psikiyatrik belirtilere yol açan dermatolojik hastalıklar: Bu grupta temel patoloji bir dermatozdur, ancak bu dermatoz, psikolojik faktörlerden ileri derecede ve orantısız bir şekilde etkilenmektedir. Deri hastalıklarında ortaya çıkan şekil bozukluğu ruhsal etkilenmeyi oluşturan en önemli faktördür. Bu etkinin şiddeti; kişinin kendilik algısı ve çevreyle ilişkisi ile yakından ilgilidir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, sosyokültürel durumu, lezyonların yeri ve doğası diğer önemli değişkenlerdir. Lezyon ne kadar küçük olursa olsun ortaya çıkan ruhsal

tepki çok farklı olabilir ve bu da altta yatan psikopatolojinin büyüklüğü ile ilgilidir. Deri hastalıklarının büyük bir çoğunluğu, ölümcül olmamakla beraber, yaşam kalitesini bozmakta ve hastaların çoğunda psikolojik ve sosyal bir yıkıma yol açmaktadır. Sosyal ortamlarda yalnızlığa itildiğini düşünen hastaların bir kısmı bu duruma uyum göstermekte, bazılarında ise ciddi uyum güçlükleri, depresyon, anksiyete, sosyal fobi gibi ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (60). Temel sebep fizyolojik ve esas tedavi yaklaşımı dermatolojik olmasına rağmen, ruhsal desteğin de eklenmesi, hastanın tedaviye uyumunu artırmakta ve hayat kalitesini yükseltmektedir. Özellikle dermatolojik tedaviye yeterli cevap alınamayan hastalarda, psikiyatrik değerlendirme ve stres yaratan durumların araştırılıp mümkünse ortadan kaldırılması oldukça önemlidir.

4. *İlaçların sebep olduğu dermatolojik veya psikiyatrik hastalıklar:* Sistemik steroidlerin yol açabileceği depresyon, mani ya da psikoz bu kategoriye örnektir. Antimalaryal ilaçlar, dapson ve asiklovir de psikoza sebep olabilmektedir. İzotretionin kullanırken depresyon ve intihar eğilimi açısından dikkatli olunmalıdır (61). Diğer yandan; nöropsikiyatrik tedavide kullanılan bazı ilaçların da ciddi dermatolojik yan etkileri olduğu bilinmektedir. Antiepileptiklerin yol açtığı ilaç hipersensivite sendromu, lityumun yol açtığı psöriyazis ve alopesi bu gruba örnek olarak verilebilir.

Bütün bunlar dikkate alındığında hastalara yaklaşımında oldukça çetrefilli olacağı çok açıktır. Hastaların bütün olarak ele alınması için psikiyatr ve dermatologların birlikte çalışması gerekmektedir. Hastaların sosyoekonomik ve sosyokültürel durumu gibi faktörler bunu zorlaştırmaktadır. Ülkemizde psikiyatrik yardım almaya olan önyargı yavaş yavaş kırılmaya başlasa da fiziksel şartlardan kaynaklı problemler, hasta sayılarının fazla olması, klinik psikolog desteğinin sınırlı olması, dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların psikiyatrik tedaviye sıcak bakmamaları ana sorunlardan bazılarıdır. Hastayı bilgilendirme ile sorunların bazılarının aşılması mümkün olsa da yurtdışında başlayan psikodermatoloji polikliniklerinin ülkemize yayılması yakın zamanda pek mümkün görünmemektedir.

2.4 Alopesi areataya genel bakış

Alopesi Areata (Pelad)

Alopesi Areata (AA), saçlı deride ve/veya vücudun herhangi bir bölgesinde saç/kıl dökülmesi izlenen, sikatrisyel olmayan, otoimmün ve inflamatuvar bir hastalıktır (62, 63). AA insidansı ve prevelansı ile ilgili olarak yapılan az sayıda çalışma bulunmakla birlikte, AA insidansı % 0,1-0,2 iken, AA'ya yaşamboyu yakalanma olasılığı ise %1,7'dir (63). Kadın ve erkekler eşit oranda etkilenir.

Klinik Bulgular:

AA, en sık lokalize bir alanda, hızlı gelişen keskin sınırlı yuvarlak-oval yama şeklinde saç dökülmesi ile karakterizedir. Tek veya çok sayıda saptanabilir. En sık etkilenen bölge saçlı deridir. (%90) Saçlı deri ve vücut kıllarının yanı sıra kaşlar, kirpikler, sakal, aksilla ve pubik bölgedeki kıllarda etkilenebilir. Tüm saçlar döküldüğünde alopesi totalis olarak isimlendirilirken, tüm vücuttaki kıllarda dökülürse alopesi universalis olarak adlandırılır.

Etkilenen saçlar hızlı bir biçimde anagen evreden telogen evreye dönerler. AA'nın karakteristik bir bulgusu olana 'ünlem işareti saçlar' alopesik alanların periferinde ve içinde izlenebilir. Saçlar distalde daha kalın saçlı deriye yakın kısımda ise daha ince olarak görülürler. Hafif çekme testi uygulandığında lezyonların periferinde altı veya daha fazla saç telinin saptanması pozitif olarak kabul edilir ve aktif hastalığın bir göstergesidir (64). Saçlar tekrar çıkarken başlangıçta pigmentsizdir ve sarı veya beyazdır (65). AA'sı olan hastalarda tırnak tutulumu da izlenebilir ve en sık pitting şeklinde görülür (62).

Etiyoloji ve Patogenez:

AA'nın emosyonel, fiziksel bir stres veya travma sonrası geliştiğini öne süren yayınlar mevcuttur. Bazı çalışmalarda AA hastalarında duygudurum, anksiyete bozukluklarının yaygınlığının yüksek olduğu saptanırken, bazı çalışmalarda ise bir ilişki saptanmamıştır (66, 67).

AA'nın genetik yatkınlık ve çevresel tetikleyici faktörlerle birlikte gelişen organ-spesifik bir otoimmün hastalık olduğu hipotezi ortaya sürülmüştür (2). Tiroid hastalıkları, vitiligo, pernisiyöz anemi, diyabet, lupus, myastenia gravis, liken planus, otoimmün poliendokrinopati

sendromu tip 1, çölyak hastalığı, atopik dermatit ve Down sendromu AA ile birlikteliği bildirilen otoimmün hastalıklardır (68, 69).

2.5 Psöriyazise genel bakış

Psöriyazis kronik, inflamatuvar bir hastalık olup, keskin sınırlı eritemli skuamlı plakların görülmesi ile karakterizedir. Skuamların parlak sedef renginde olmasından dolayı halk arasında sedef hastalığı olarak bilinmektedir. (70,71) Psöriyazis dünyanın her yerinde görülebilen sıklığı bölgelere göre değişiklik gösteren bir hastalıktır. Normal popülasyonda ortalama % 1-3 oranında görülmektedir. Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların %6-8'ini oluşturur. Her iki cinsiyette eşit oranda izlenir. Her yaşta görülebilmekle birlikte, hastalığın ortaya çıkışı 15-20 ve 55-60 yaşları arasında belirgin artış göstermektedir. (72,73)

Etiyoloji ve Patogenezi:

Etiyopatogenezi hakkında çok sayıda araştırma olmasına rağmen kesin olarak açıklanamamıştır (72). Kalıtsal bir yatkınlık olduğu gösterilmiş olup başta HLA-Cw6 olmak üzere birçok majör doku uygunluk antijeni ile ilişki saptanmıştır (70). Poligenik bir geçiş göstermektedir (70). Psöriyazisin ortaya çıkışında travma, enfeksiyonlar, endokrin değişiklikler, iklim ve mevsimsel değişiklikler, bazı ilaçlar ve metabolik değişiklikler, beslenme ve sigara kullanımı tetikleyici faktör olarak rol oynamaktadır (74). Hastalığın başlangıcında veya alevlenmelerde ruhsal travmaların önemli bir rol oynadığı, psöriyazisli olguların genellikle içine kapanık, duygusal gereksinimlerini yansıtamayan, kendine güvensiz ve sosyal ilişkilerde başarısız kişilik yapılarına sahip olduğu bilinmekte, bu nedenle psöriyazis psikosomatik hastalıklar içinde değerlendirilmektedir (75).

Sonuç olarak psöriyazisin etiyopatogenezi tam olarak açık olmamakla birlikte; T hücrelerinin merkezi rol oynadığı, inflamasyonun primer olay olduğu, poligenik ve multifaktöriyel bir hastalık olduğu kabul edilmektedir.

Klinik Özellikler:

Psöriyazisin klasik lezyonu keskin sınırlı, kabarık, beyaz (sedef rengi) skuamlı yüzeyi olan eritemli plaklardır. Lezyonlar toplu iğne başı büyüklüğündeki papüllerden vücudun geniş alanlarını kaplayan plaklara kadar değişkenlik gösterebilir. Klinik olarak plak tip (psöriyazis

vulgaris), guttat (eruptif), invers (fleksural), eritrodermik ve püstüler şeklinde sınıflanmaktadır (70).

2.6 Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve yaşam olaylarının Alopesi areata ile ilişkisi

Stresin alopesi areata başlangıcında veya alevlenmesinde önemli bir rol oynadığına dair araştırmalar varsa da, alopesi areata ve stres arasındaki ilişki kesin olarak gösterilememiştir (76). Araştırmacılar bu durumun nedenini emosyonel stresör ve alopesi areata şiddeti arasında doğrudan bir ilişki kurulmaması olduğunu öne sürmüşlerdir (77). Stresle tetiklenen alopesi areata, değişik çalışmalarda %6.7 den %96 ya kadar olan değişik oranlarda saptanmıştır (77, 78). Yine başka bir çalışmada alopesi areata ve stres arasında doğrudan ilişki bulunamasa da alopesi areata hastalarında major depresif bozukluk prevalansının oldukça yüksek olduğu ifade edilmiştir (79). Başka bir çalışmada ise alopesi areata başlangıcında kaygılı bağlanma, aleksitimi, düşük sosyal destek gibi kişilik özellikleri ve sosyal faktörlerin etkili olduğu bulunsu da stresli yaşam olaylarının doğrudan rolü konusunda araştırmacılar olumlu veya olumsuz kesin bir şey söyleyememişlerdir (1). Picardi'nin 2002 yılında yayınlanan bir gözden geçirmesinde 1950'den 2000'li yıllara kadar yapılan stresli yaşam olaylarının alopesi areata ile ilişkisini inceleyen araştırmalara bakılmış ve stresli yaşam olaylarının alopesi areata ile ilişkili olduğu saptanmış fakat şiddeti ile doğrudan ilişki bulunamamıştır. Picardi bunun nedenini yetersiz hasta sayısı ve çoğu çalışmada kontrol grubunun olmaması ve yöntem eksikliğine bağlamıştır (80). Bu çelişkili sonuçlara örnek olarak Masters'in çalışmasında 1944 yılında Avrupa'nın müttefikler tarafından istilası sonucunda AA vakalarında dev bir artış söz konusu iken (81); Reeve ve arkadaşlarının (1996) AA'sı olan 12 çocuğu incelediği bir çalışmada olumlu veya olumsuz yaşam olaylarının herhangi bir etkisi saptanmamıştır (82). Liakopoulou ve arkadaşları da (1997) ilginç olarak AA'sı olan çocuklarda hastalık öncesinde kontrol grubuna göre olumsuz olaylarda bir artış olmadığını, fakat olumlu yaşam olaylarında eksiklik olduğunu bildirmişlerdir (83). Başka bir çalışmada ise AA'sı olan hastaların %65'inde stresli yaşam olaylarının hastalığın ortaya çıkışında rol oynadığına değinilmiştir (3). Yine aynı araştırmacıların önceki çalışmasında AA başlangıcında stresli yaşam olaylarından etkilenen bireylerin oranı %55 olarak bildirilmiştir (84).

Alopesi Areata ve psikiyatrik hastalıkların birlikteliğini gözden geçiren çalışmalar 1950'li yıllara kadar dayanmaktadır. Literatürdeki ilk çalışma Greenberg'in 1955 yılında yaptığı

çalışmadır. Bu çalışmada AA hastalarının %72'sinde nevroitik bozukluklar %9'unda psikotik ögeler ve %9'unda şizofreni bulunmuştur (85). Tanı kategorilerinin ve tanısal ölçeklerin gelişmeye başladığı 1980'li yıllardan sonra ise daha güvenilir çalışmalar yapılmıştır. Colon ve arkadaşlarının bir çalışmasında (1991) 31 AA hastası incelenmiş ve AA hastalarında yaşam boyu herhangi bir psikiyatrik tanı oranı %74 olarak saptanmıştır. Bu tanıların %39'u major depresyon, %39'u ise anksiyete bozukluğudur (86). Başka bir çalışmada Koo ve arkadaşları (1994) AA'sı olan hastaların psikiyatrik bozuklukların prevalansının yüksek olduğunu ve bu hastaların major depresyon, anksiyete bozukluğu veya paronoid bozukluk açısından yüksek risk grubunda olduklarını belirtmişlerdir (87). Ferrando ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (1996) ise AA hastalarının sadece %22.7'sinde psikiyatrik belirti olmadığı saptanmıştır (88). Gupta ve arkadaşlarının çalışmasında da (1997) benzer şekilde AA'sı olan hastalardaki yüksek stres tepkiselliğinin major depresyona yol açabileceği ileri sürülmüştür (79). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise AA ve kontrol grubunda depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme oranları benzer iken, AA grubunda stresli yaşam olaylarının daha sık görüldüğü bulunmuştur. Yazarlar bu bulgularını hasta örnekleminin küçüklüğüne bağlamışlardır (2). Sosyal fobi de AA hastalarına eşlik edebilen psikiyatrik bir bozukluktur ve daha sık olarak total ve üniversal tip gibi daha ağır AA hastalarında görülür (89).

Alopesi areata hastalarının kişilik özelliklerini inceleyen bir çalışmada hastaların normal popülasyona göre daha sık olarak obsesif, anksiyeteli ve bağımlı kişilik özellikleri gösterdiği bulunmuştur (67). Başka bir çalışmada ise AA'sı olan hastalarda kontrol grubuyla eşit düzeyde stresli yaşam olayı olmasına rağmen aleksitimi skorları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada stresli yaşam olayları, depresyon ve anksiyete gibi psikopatolojilerin AA patogenezinde rol oynamadığı, aleksitiminin stresle başa çıkmayı güçleştirip, stresle tetiklenen immunolojik mekanizmalar aracılığıyla AA'yı ortaya çıkarabileceğini ileri sürmüşlerdir (90). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada ise psikolojik stresin AA patogenezinde önemli bir rol oynadığı saptanmıştır (91).

Çocukluk çağı travmaları, AA'da stresli yaşam olayları kadar çok araştırılan bir konu olmamıştır. Oysaki travma sonrası duyguların ifade edilmesindeki güçlükler, başka kişilerle ilişki kurmadaki zorluklar, sosyal desteğin azlığı gibi sebepler kişilerin ilerdeki stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmasını azaltır. AA ile yaşam boyu travma arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada AA'sı olan hastaların yaşam boyu travmatik olayları kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve sonucunda AA grubunda

fiziksel ve duygusal travma skorları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (4). Yazarlar olumsuz tecrübelerin sadece stresle ilişkili depresyon, madde kötüye kullanımı gibi hastalıklara neden olmayıp AA, fibromyalji, irritabl kolon sendromu gibi hastalıklarla ilişkili olabileceğini de öne sürmüşlerdir.

2.7 Amaç

Bu çalışmanın amacı çocukluk çağı ruhsal travmaları ve yaşam olaylarının AA ile ilişkisini incelemektir. Hipotezimiz “AA’sı olan hastalarda, fiziksel ve ruhsal bakımdan sağlıklı olan kişilere göre daha fazla çocukluk çağı travması ve stresli yaşam olayı vardır. Ama bu AA’ya özgü değildir” dir. Çalışmanın bir diğer amacı da AA ve psöriyazisi olan hastaları şu an ve yaşam boyu anksiyete bozuklukları ve depresyon açısından; AA, psoriyazis ve sağlıklı kontrol grubunu anksiyete ve depresyon şiddeti açısından karşılaştırmaktır. Araştırma sorularımız:

- 1- AA, sağlıklı kontrol grubu ve diğer bir psikosomatik hastalık olan psöriyaziste çocukluk çağı travmaları ve yaşam olayları sıklığı arasında fark var mıdır?
- 2- AA, psöriyazis ve sağlıklı kontrol grubu s arasında anksiyete ve depresyon şiddeti arasında fark var mıdır?
- 3- AA ve psöriyazis grubu arasında geçmiş veya şimdiki anksiyete veya depresyon tanıları arasında fark var mıdır?

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylandıktan sonra gerçekleştirilmiştir (Proje No:KA09/261 Proje Onay tarihi: 30/07/2009).

3.1 Örneklemin Oluşturulması

Başkent Üniversitesi Dermatoloji Polikliniğine 01/08/2009- 01/07/2010 tarihleri arasında başvuran AA ve psöriyazis tanısı konulan, 18- 70 yaşları arasında, okuma yazma bilen, değerlendirme araçlarını yanıtlayabilecek zihinsel kapasitesi olan bireyler kabul edildi. Psöriyazis hastalarına ek olarak bilinen ruhsal ve fiziksel hastalığı olmayan, CIDI verilerek geçirilmiş ya da görüldüğü anda herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmayan, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu eşleştirilmiş bireyler kontrol grubu olarak alındı. Bütün hastalar bilgilendirilmiş onam alınarak çalışmaya dahil edildi. Değerlendirme araçlarını dolduramayacak derecede ağır ruhsal bozukluğu olan ve okuma yazma bilmeyen bireyler araştırma dışında bırakıldı. Araştırma kapsamına 40 AA'sı olan hasta, 30 psöriyazisi olan hasta ve 50 sağlıklı birey dahil edildi. Belirlenen tarihler arasında AA grubundan 172 hasta, psöriyazis grubundan 64 hasta çalışmaya katılmak istemediğinden, kontrol grubundan 16 hasta verilen CIDI sonrası ruhsal yönden tam olarak sağlıklı saptanmadığından çalışmaya dahil edilmedi.

3.2 Gereçler

Tüm gruplara görüldükleri anda araştırmacı tarafından doldurulacak olan Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, CIDI (Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon bölümü) ve katılımcılar tarafından doldurulacak olan Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları Ölçeği, Yaşam Olayları listesi, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği verildi.

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu: Araştırmanın amacına uygun olarak sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmacılar tarafından geliştirilmiş bilgi toplama aracıdır.

Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ): Bernstein ve arkadaşları tarafından (1994) geliştirilen ölçek 18 yaşından önceki örselenme yaşantılarını taramaya yöneliktir. Kırk maddelik, 5'li likert tiptedir. Üç alt ölçeği vardır: Duygusal Kötüye Kullanım ve Duygusal İhmal (DK-Dİ), Fiziksel Kötüye Kullanım (FK), Cinsel Kötüye Kullanım (CK). DK-Dİ 19,

FK 16, CK ise 5 maddeden oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aslan ve Alparslan (1999) tarafından yapılmıştır. Alınan toplam puan 40–200 arasında değişebilir. Yüksek puanlar çocukluk çağı örselenme yaşantılarının çokluğuna ve şiddetinin fazlalığına işaret eder (92).

Yaşam Olayları Listesi (YOL): Liste Sorias tarafından geliştirilmiş ve Türk toplumuna uyarlama çalışması yapılmıştır. Sorias'ın yaşam olayları 107 maddeden oluşmaktadır. Bu olaylar başlıca ekonomik durum, sağlık durumu, eğitim, iş, aile, yakın akraba ve arkadaş ilişkileri, cinsel yaşam, yitim (ekonomik, sağlık, eş), yer değişikliği gibi olaylardan oluşmaktadır. Araştırmanın niteliğine uygun olarak liste içinden bazı olaylar seçilerek kullanılabilir. Her yaşam olayının distres ve uyum puanları farklı olup toplam puan distres ve uyum puanları olarak ayrı ayrı hesaplanır (93).

Uluslararası Bileşik Tanı görüşmesi (CIDI)-Anksiyete bozuklukları ve Depresyon Bölümü: CIDI, Dünya Sağlık Örgütü için geliştirilmiş ve tam yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Değişik kültürlerde kullanılabilirliği ve geçerliliği gösterilmiştir. DSM-IV ve ICD-10 tanı sistemlerine göre tanı koyabilecek şekilde geliştirilmiştir. (92). Bu çalışmada Dr. Cengiz Kılıç ve Dr. Ahmet Göğüş tarafından Türkçe'ye çevrilen CIDI'nin 2.1 versiyonu kullanılmıştır (94).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen, katılımcının doldurduğu 21 maddelik bir ölçektir. Her soruda 0 dan 3 e artan şiddete puanlandırma sonrası toplam puan 17 ve üzeri, klinik ilgi gerektiren depresyon şeklinde belirtilir. Beck ve arkadaşları tarafından (96) 1961 yılında geliştirilen ölçek yine Beck tarafından 1979 yılında yeniden gözden geçirilmiş, ülkemize uyarlaması Hisli tarafından 1988 yılında , geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise yine Hisli tarafından 1989 yılında yapılmıştır (97).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin kaygı belirtilerinin şiddetini ölçmeyi amaçlayan ve Likert tipi 4 dereceli ("hiç" ile "ciddi derecede" arasında) bir ölçek üzerinde kişi tarafından derecelendirilen 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerinde kaygının tipik belirtilerinin son bir haftadaki varlığı ve şiddeti ölçülmektedir (98). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy tarafından 1988 yılında yapılmıştır (99).

BULGULAR

4.1 İstatistiksel analiz

Analizler Windows için SPSS 9.0 kullanılarak yapıldı. Analizlerde, Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ), Yaşam Olayları Listesi (YOL), Uluslar arası Birleşik Tanı Görüşmesi (CIDI) Anksiyete ve Depresyon bölümü, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile hesaplanan puanlar ayrı ayrı sonuç değişkenleri olarak değerlendirildi. Çalışma grubunda bulunan üç farklı örneklem grubunun çeşitli ölçümler açısından farklılık gösterip göstermedikleri yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) yoluyla sorgulanmıştır. $P<0.05$ olması istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenler normal-sağlıklı, alopesi areata ve psöriyazis olarak belirlenmiştir Bağımlı değişkenler ise Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ), Yaşam Olayları Listesi (YOL), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile elde edilen toplam puanlardır. Post hoc analizde ise Tukey testi uygulanmıştır.

4.2 Sosyodemografik Özellikler

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

	AA (N=41)		Psöriyazis (N=31)		Sağlıklı (N=50)		Toplam(N=122)	
	Sıklık (%)	Ortalama (ss)	Sıklık (%)	Ortalama (ss)	Sıklık (%)	Ortalama (ss)	Sıklık (%)	Ortalama (ss)
Yaş		32.9(10.5)		42.1(14.8)		35.6(13.8)		36.3(13.4)
Cinsiyet								
Kadın	21 (%51)		17(%55)		29(%58)		67(%55)	
Erkek	20 (%49)		14(%45)		21(%42)		55(%45)	
Eğitim Yılı		12.2(3.6)		11.6(4.7)		12.8(3.3)		12.3(3.8)
Medeni Durum								
Evli	21(%51)		24(%77)		27(%54)		72(%59)	
Dul	1(%2)				2 (%4)		3 (%2)	
Ayrı yaşıyor	-				2 (%4)		2 (%2)	
Boşanmış	1(%2)				1 (%2)		2 (%2)	
Hiç Evlenmemiş	18(%44)		7(%23)		18(%36)		43(%35)	
Çalışma Durumu								
Hiç çalışmamış	1		4		4		9	
Öğrenci	4		3		1		8	
Aralıklı çalışmış	3		2		3		8	
İşten ayrılmış	2		1		-		3	
Emekli	1		8		4		13	
Halen çalışıyor	30		13		38		81	

Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalamaları AA grubunda 33, psöriyazis grubunda 42 ve sağlıklı grupta ise 36 idi. Cinsiyet oranları ise AA grubunda kadın %51 erkek %49, psöriyazis grubunda kadın %55 erkek %45, sağlık grupta ise kadın %58 erkek %42 idi. Katılımcıların her üç grupta aldıkları toplam eğitim süreleri benzerdi ve 12.8 yıl ile 11.6 arasında ortalama 12.3 sene (ss:3.8) idi. Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde AA grubunun %51 i evli, psöriyazis grubunun %77 si evli, kontrol grubun ise %54 ü evliydi. Dul, ayrı yaşayan veya boşanmış kişi sayısı ise AA grubunda 2 kişi, sağlıklı grupta 5 kişi iken psöriyazis grubunda hiç boşanan, ayrı yaşayan veya dul birey yoktu. Çalışma durumuna

bakıldığında AA grubunun %73 ü aktif çalışırken, psöriyazis grubunun %42 si, sağlıklı grubun %76 sı aktif çalışıyordu. Öğrenci oranı ise AA ve psöriyazis gruplarında %10 iken, sağlıklı grupta %2 idi.

Tablo 2. Grupların madde kullanım oranları

	AA (N=41)		Psöriyazis (N=31)		Sağlıklı (N=50)		Toplam (N=122)	
	Sayı	Oran %	Sayı	Oran %	Sayı	Oran %	Sayı	Oran %
Sigara	15	36,6%	10	32,3%	17	34,0%	42	34,4%
Alkol	3	7,3%	6	19,4%	5	10,0%	14	11,5%
Hiçbiri	17	41,5%	12	38,7%	22	44,0%	51	41,8%
Hepsi	6	14,6%	3	9,7%	6	12,0%	15	12,3%

Grupların madde kullanım oranları incelendiğinde sigara kullanımı her üç grupta da(%32-37) benzerken, alkol kullanımı psöriyazis grubunda %20 idi. Hem sigara hem alkol kullanan birey oranı her üç grupta da benzerdi.

Tablo 3. AA ve psöriyazis grubunun deri hastalığı süre, görüldüğü yer ve estetik açıdan rahatsız etme şiddetinin karşılaştırılması

	AA (N=41)		Psöriyazis (N=31)	
	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran(%)
Süre				
3 ay altı	16	39,0%	1	3,2%
3-12 ay	12	29,3%	2	6,5%
12-24 ay	1	2,4%	2	6,5%
2-5 yıl	6	14,6%	3	9,7%
5 yıldan fazla	6	14,6%	23	74,2%
Yer				
Saçlı deri	29	70,7%	3	9,7%
Yüz	11	26,8%	1	3,2%
Boyun	1	2,4%	1	3,2%
Kollar	-	-	11	35,5%
Bacaklar	-	-	6	19,4%
Sırt	-	-	3	9,7%
Göğüs	-	-	3	9,7%
Genital	-	-		
Diğer	-	-	1	3,2%
Estetik				
Hiç	1	2,4%	3	9,7%
Hafif	9	22,0%	10	32,3%
Orta	12	29,3%	11	35,5%
Ağır	11	26,8%	5	16,1%
Oldukça	8	19,5%	2	6,5%

Psöriyazis ve AA grubunun hastalık süreleri, hastalığın görüldüğü yer ve estetik açıdan rahatsızlık süreleri karşılaştırıldığında; psöriyazis grubunda beş yıldan uzun süre hasta olanların oranı %75 iken, AA grubunda bu oran %14.6 idi. AA grubundaki hastaların yaklaşık %63 ünün hastalık süresi bir yıldan azdı. AA grubunda hastalığın görülme yeri %97.6 saçlı deri veya yüz iken, psöriyazis grubunda bu oran kollar ve bacaklarda ön planda olmak üzere bütün vücuda dağılmıştı. Estetik açıdan hiç rahatsız olmayanların yüzdesi psöriyazis grubunda %9.7 iken, bu oran AA grubunda %2.4 idi. Ağır veya oldukça rahatsız olan bireylerin yüzdesi AA grubunda %46.3 iken bu oran psoriazis grubunda %22.6 idi.

4.3 Depresyon, Anksiyete, ÇÖYÖ, YOL ve CIDI açısından karşılaştırma

Tablo 4. Depresyon puan ortalaması için yapılan Tukey Testi bulguları

Değişken	Ort.	Ss	AA	Psöriyazis
Normal-sağlıklı	4.9	3.8	*	*
AA	13.2	10.9		AD
Psöriyazis	10.0	7.0	AD	

AD=Anlamli değil; * $p<0.05$

Bağımlı değişken Beck Depresyon Envanteri yoluyla elde edilen toplam depresyon puanıdır. Yapılan analize göre her üç grup arasında depresyon puan ortalaması açısından anlamlı bir fark elde edilmiştir, $F(2,119)=13.6$, $p<0.05$. Öte taraftan AA ve psöriyazis grubundaki kişilerin depresyon puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 5. Anksiyete puan ortalaması için yapılan Tukey Testi bulguları

Değişken	Ort.	Ss	AA	Psöriyazis
Normal-sağlıklı	5.0	4.7	*	*
AA	12.8	12.9		AD
Psöriyazis	11.8	8.6	AD	

AD.=Anlamli değil; * $p<0.05$

Her üç grup arasında anksiyete puan ortalaması açısından anlamlı bir fark elde edilmiştir: $F(2,119)=20.0$, $p<0.05$. AA ve psöriyazis grubundaki kişilerin anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel bakımdan anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 6. ÇÖYÖ puan ortalaması için yapılan Tukey Testi bulguları

Değişken	Ort.	ss	AA	Psöriyazis
Normal-sağlıklı	74.8	15.3	*	*
AA	86.9	20.7		AD
Psöriyazis	83.8	27.2	AD	

AD.=Anlamli değil; *p<0.05

Her üç grup arasında ÇÖYÖ puan ortalaması açısından anlamlı bir fark elde edilmiştir, $F(2,119)=6.8$, $p<0.05$. Ancak AA ve psöriyazis grubundaki kişilerin puan ortalamaları arasındaki farkın AA grubunda daha yüksek fakat anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 7. YOL uyum puan ortalaması için yapılan Tukey Testi bulguları

Değişken	Ort.	ss	AA	Psöriyazis
Normal-sağlıklı	96	19.6	*	*
Alopesi	209	22.0		AD
Psöriyazis	182	25.3	AD	

AD.=Anlamli değil; *p<0.05 AA=Alopesi Areata

Bağımlı değişken YOL yoluyla elde edilen toplam uyum puanıdır. Yapılan analize göre her üç grup arasında uyum puan ortalaması açısından anlamlı bir fark elde edilmiştir, $F(2,119)=6.4$, $p<0.05$. AA ve psöriyazis grubundaki kişilerin puan ortalamaları arasındaki farkın AA grubunda daha yüksek fakat anlamlı olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 8. YOL distres puan ortalaması için yapılan Tukey Testi bulguları

Değişken	Ort.	ss	AA	Psöriyazis
Normal-sağlıklı	108,220	25,194	*	*
Alopesi	204,710	28,974		AD
Psöriyazis	241.039	22,814	AD	

AD.=Anlamli değil; *p<0.05 AA=Alopesi Areata

Her üç grup arasında distres puan ortalaması açısından anlamlı bir fark elde edilmiştir, $F(2,119)=8.2$, $p<0.05$. Ancak ve psöriyazis grubundaki kişilerin puan ortalamaları arasındaki farkın AA grubunda daha yüksek fakat anlamlı olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 9. Grupların CIDI ile anksiyete ve depresyon tanıları açısından karşılaştırılması

CIDI		AA(N=41)	Psöriyazis(N=31)	Sağlıklı(N=50)	Toplam(N=122)
Hiçbiri yok	Sayı	17	15	50	82
	Yüzde (%)	41,5%	48,4%	100,0%	67,2%
Şu an depresyon	Sayı	3	2	-	5
	Yüzde (%)	7,3%	6,5%	-	4,1%
Şu an anksiyete	Sayı	2	2	-	4
	Yüzde (%)	4,9%	6,5%	-	3,3%
Şu an anksiyete ve depresyon	Sayı	12	3	-	15
	Yüzde (%)	29,3%	9,7%	-	12,3%
Geçirilmiş depresyon	Sayı	7	5	-	12
	Yüzde (%)	17,1%	16,1%	-	9,8%
Geçirilmiş anksiyete	Sayı	-	2	-	2
	Yüzde (%)	-	6,5%	-	1,6%
Geçirilmiş anksiyete ve depresyon	Sayı	-	2	-	2
	Yüzde (%)	-	6,5%	-	1,6%
Toplam	Sayı	41	31	50	122
	Yüzde (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Psöriyazis ve AA grubunda anksiyete ve depresyon açısından farklılık yoktu. AA grubunda aktif anksiyete veya depresyon veya anksiyeteli depresyon oranı %41.5 idi. Psöriyazis grubunda ise bu oran %22.7 idi. Her iki grupta da anksiyete veya depresyon olmayanların yüzdesi benzerdi. Psöriyazis grubunda geçirilmiş anksiyete veya depresyon veya anksiyeteli depresyon oranı %33.1 iken bu oran AA grubunda %17.1 idi.

5. TARTIŞMA

Deri hastalıklarının psikososyal etkilerine günümüze kadar gereken önem verilmemiştir. Olası psikiyatrik eştanılar belirlenip, biyopsikososyal bir yaklaşımla tedavi edilirse hastaların yaşamına gerçekten olumlu katkı sağlanabilir (100). Çocukluk çağı travmaları, AA'da sık araştırılmayan bir konu olarak bakır kalmıştır. Oysaki travma sonrası duyguların ifade edilmesindeki güçlükler, başka kişilerle ilişki kurmadaki zorluklar, sosyal desteğin azlığı gibi sebepler kişilerin ilerdeki stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmasını olumsuz yöne etkileyebilir. Çalışmamızda AA grubunda ÇÖYÖ travma puan ortalaması açısından kontrol grubuna göre anlamlı bir fark elde edilmesi stresle tetiklenen immunolojik mekanizmaların AA'yı ortaya çıkarabilme olasılığından (90, 91) ya da travmanın çatışmayı yaratmasından ve ortaya çıkan çatışmanın da kendini bedenselleştirme ile AA şeklinde göstermesinden kaynaklı olabilir.

Alopesi areata ve psöriyazis grubundaki kişilerin ÇÖYÖ puan ortalamaları arasındaki farkın AA grubunda daha yüksek fakat anlamlı olmaması çocukluk çağı travmalarının olumsuz etkilerinin diğer psikodermatozların etiolojisinde de rol oynayabileceğine işaret ediyor olabilir. Daha önce AA ve çocukluk çağı travmaları ile ilgili yapılan sınırlı sayıdaki çalışmaların hiçbirinde kontrol grubu olarak başka bir deri hastalığı kullanılmaması dikkat çekici olup bulguların AA'ye özgü olup olmadığı sorusuna yanıt getirilememiştir. Picardi (2001), psöriyazis, AA hastalarında yapılan stresli yaşam olayları ile ilgili çalışmaları gözden geçirmiş ve stresli yaşam olaylarının AA ile ilişkisi ile ilgili beş olumlu iki olumsuz ve bir çekimser çalışma olduğunu belirtmiştir. Psöriyazis için ise sonuçlar daha çok mevcut psöriyazisin şiddetinin arttığı şeklindeymiş. Fakat bu çalışmalarda geriye dönük olarak en uzun son bir yıl içindeki yaşam olaylarının etkisi incelenmiş ve çocukluk çağı travmaları araştırılmamıştır (80). Willemsen ve arkadaşları (2009), erişkin AA hastalarında yaşam boyu ve çocukluk çağı travma sayısını anlamlı olarak sağlıklı kontrol grubundan yüksek bulmuşlar ancak kontrol grubu olarak başka bir deri hastalığı kullanmamışlardır. Dolayısıyla bulgularının AA'ya özgü olduğu tartışmalıdır (4).

Bizim hipotezimiz çocukluk çağı travmalarının sadece AA ya özgü olmadığı, psöriyazis gibi diğer deri hastalıklarının patogenezinde de rol alabileceği ve ayrıca daha önceki çalışmalarda gösterildiği gibi immun sistem ve psikodinamik faktörler aracılığı ile fibromiyalji, irrtabl barsak sendromu gibi hastalıklarda da ya hastalık başlangıcını tetikleyerek ya da hastalığın şiddetini artırarak rol oynayabileceği şeklinde idi. Bulduğumuz sonuçlar da hipotezimizi

destekler niteliktedir. Bulgularımız çocukluk çağındaki stres yaratıcı etkilerin deri hastalıklarının oluşumunu kolaylaştırıcı yönündeki literatür bilgileriyle uyumludur.

Literatürde çeşitli deri hastalıklarının seyrinde, özellikle stres yaratan yaşam olaylarının, emosyonel faktörlerin rolü olduğu belirtilmiştir. Vitiligo, liken planus, akne, pemfigus ve seboreik dermatitte, stres yaratan olayların etkisini inceleyen çalışmalar çelişkilidir ya da yetersiz araştırılmıştır. Psöriyazis, AA, atopik dermatit ve ürtikerdeki stres yaratan olayların etkisi daha kesin olarak ortaya konulmuştur. Bununla birlikte stres ölçümleri için, kabul edilebilir metodolojik standartları karşılayan az sayıda çalışma vardır. Yaş, hastalığın süresi ve ailesel etmenler gibi ortak özellikleri içeren çalışmalar az sayıdadır. Bizim çalışmamız ise sağlam çalışma deseni ile ve diğer çalışmalara benzer sonuçlarıyla, stres yaratıcı yaşam olaylarının deri hastalıklarına etkisi olduğu varsayımını daha da kuvvetlendirmektedir. Bizim çalışmamızda da her üç grup arasında yaşam olayları uyum ve distres puan ortalaması açısından anlamlı bir fark elde edilmiştir. Öte taraftan AA ve psöriyazis grubundaki kişilerin puan ortalamaları arasındaki farkın AA grubunda daha yüksek fakat anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Bu da, yaşam olaylarının, AA patogenezinde rol oynadığını göstermektedir.

Yaşam olaylarının etkisi bakımından çocuklarla olan çalışmalardaki sonuçlar çelişkilidir ve bu çalışmalarda da kontrol grubu olarak sadece sağlıklı bireyler alınmıştır. Reeve ve arkadaşlarının (1996) AA'sı olan 12 çocuğu incelediği bir çalışmada yaşam olaylarının olumlu veya olumsuz etkisi olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki belirgin farkın nedeni erişkinlerle çalışmamız ve örnekleme çok daha geniş tutmamız olabilir (82). Liakopoulou ve arkadaşları da (1997) ilginç olarak AA'sı olan çocuklarda hastalık öncesinde kontrol grubuna göre olumsuz olaylarda bir artış olmadığını, fakat olumlu yaşam olaylarında eksiklik olduğunu bildirmişlerdir (83). Bu fark çalışmada kullanılan olumsuz yaşam olaylarının daha çok travma niteliğinde olmasından ve bizim çalışmamızda kullandığımız ÇÖYÖ'nün olumlu yaşam olaylarındaki eksiklikleri de içeren sorular bulundurmasından kaynaklanıyor olabilir. Başka bir çalışmada ise AA'sı olan hastaların %65'inde stresli yaşam olaylarının hastalığın ortaya çıkışında rol oynadığına değinilmiştir (3,84). Yine aynı araştırmacıların önceki çalışmasında AA başlangıcında stresli yaşam olaylarından etkilenen bireylerin oranı %55 olarak bildirilmiştir (84). Bu çalışmalardaki bulguların çoğu tamamen bazıları ise kısmen çalışmamızdaki bulgularla paralellik göstermektedir. Çocukluk çağı travmaları ile ilgili yaptığımız varsayım benzer şekilde stresli yaşam olayları içinde yapılabilir. Stresli yaşam olayları deri hastalıklarından AA'nın etiyolojisinde etkili olsa da AA

ya özgü bir etki söz konusu değildir. Diğer deri hastalıklarında da spatanması olasıdır. Literatürdeki çalışmalarda (111, 112, 113, 114) da benzer şekilde AA hastalarında son bir sene veya 6 ay içindeki stresli yaşam olayları incelenmiş ve sonuçlar kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Fakat bu çalışmalarda kontrol grubu olarak ya sağlıklı bireyler ya da diğer deri hastalıklarına sahip bireyler alınmıştır. Öte yandan Russiello ve arkadaşları (1995) Paga ve arkadaşları (1992) AA hastalarında stresli yaşam olaylarını kontrol grubundan farklı bulmasalar da Rusiello kontrol grubu olarak sadece pigmentli nevüs ya da keratoz veya mikoz olan hastaları seçmiş; Paga ise AA grubu olarak sadece 18 kadın hastayla çalışmayı tamamlamıştır (115, 116). Bizim çalışmamızdaki farkın nedeni kadın erkek sayısını AA'nın toplumda görülme oranına yakın şekilde eşit almamız ve kontrol grubu olarak psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği sık olan kronik ve alevlenmelerle giden bir deri hastalığı olan psöriyazisin seçilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Capoore ve arkadaşlarının (1998) bir çalışmasında, kronik ya da tedaviye dirençli deri hastalığı olan 64 hastanın % 69'unda deri sorunu ortaya çıktığı sırada önemli bir yaşam olayı tanımlanmıştır (117). Al-Abadie ve arkadaşları (1994), psikolojik stresin nöroendokrin hormon düzeylerini yükselttiğini, bunun da immün sistemi etkilediğini ve nöropeptid düzeylerini değiştirdiğini bildirmiştir. Nöropeptid düzeylerindeki artış, AA patogenezinde başlatıcı etken olabilir (118). Gaston ve arkadaşları (1987), yaşanan olumsuz olayları gözleyerek, deri kızarıklığına neden olduğunu ve psikişik stres ve zorluklar arasındaki bir ilişkiyi kanıtlayabilmişlerdir (119). Psöriyazis, AA, atopik dermatit ve ürtikerde yaşam olaylarının belirgin etkisinin bulunamaması, bazı çalışmalarda örneklemin yetersizliği, yetersiz istatistik incelemelere bağlı olabilir. Ayrıca bu çalışmaların çoğu geriye dönük çalışmalardır. Bizim çalışmamızı yukarıdaki araştırmalardan farklı kılan özellikler ileriye dönük olması, hem stresli yaşam olaylarına hem çocukluk çağı travmalarına hem de anksiyete ve depresyona beraber bakılması, kontrol grubu olarak psöriyazis ve sağlıklı grubun seçilmesi ve yeterli derecede örneklem sayısına ulaşılmasıdır.

Alopesi areata ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki uzun süredir çeşitli çalışmalarda incelenmektedir. Deri hastalığının neden olduğu dış görünüm bozukluğu, bireyde beden imajı bozukluğu, benlik saygısı düşüklüğü, narsistik yaralanma gibi psikolojik etkilere neden olarak depresyona yol açabilmektedir (122, 123). Nitekim bizim çalışmamızda da AA ve psöriyazisten estetik açıdan rahatsız olma derecesi oldukça yüksek çıkmıştır. Bazı çalışmalarda ürtiker, psöriyazis ve alopesia areata gibi dermatozların "bastırılmış düşmanca duyguların psikosomatik dışavurumu" olduğu ileri sürülmektedir (113). Biz çalışmamızda AA

hastalarını psöriyazis hastaları ve ruhsal bedensel yönden sağlıklı bireylerle karşılaştırdığımız için geçirilmiş veya mevcut anksiyete veya depresyon tanılarını sadece psöriyazis grubuyla, anksiyete ve depresyon şiddetini ise hem psöriyazis grubuyla hem sağlıklı grupla karşılaştırdık. AA grubunda aktif hastalığın psöriyaziste ise geçirilmiş anksiyete veya depresyonun daha yüksek oranda görülmesi psöriyazisin AA ya göre daha kronik seyirli bir hastalık olmasından kaynaklı olabilir. Nitekim çalışmamıza katılan psöriyazis hastalarının büyük bir kısmının hastalık süreleri beş seneden fazla iken AA hastalarının büyük bir kısmında hastalık süreleri bir seneden azdı. Sonuçlar daha önce yapılan çalışmalara benzer niteliktedir.

Literatürdeki ilk çalışma olan Greenberg'in çalışmasında (1955) AA hastalarının %72'sinde nevrotik bozukluklar %9'unda psikotik öğeler ve %9'unda şizofreni bulunmuştur (85). Daha sonra Colon ve arkadaşlarının (1991) bir çalışmasında 31 AA hastası incelenmiş ve AA hastalarında yaşam boyu herhangi bir psikiyatrik tanı oranı %74 olarak saptanmıştır. Bu tanıların %39'u major depresyon, %39'u ise anksiyete bozukluğudur (86). Koo ve arkadaşları (1994) AA hastalarında psikiyatrik bozuklukların prevalansının yüksek olduğunu ve bu hastaların major depresyon, anksiyete bozukluğu veya paronoid bozukluk açısından yüksek risk grubunda olduklarını belirtmişlerdir (87). Ferrando ve arkadaşlarının (1996) yaptığı bir çalışmada ise AA hastalarının sadece %22.7' sinde psikiyatrik belirti olmadığı saptanmıştır (88). Gupta ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında da benzer şekilde AA hastalarındaki yüksek stres tepkiselliğinin major depresyona yol açabileceği ileri sürülmüştür (79). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise AA ve kontrol grubunda depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme oranları benzer iken, AA grubunda stresli yaşam olaylarının daha sık görüldüğü bulunmuştur (2). Bu stresli yaşam olayları ve travma başlı başına depresyon, anksiyete veya başka psikiyatrik hastalıklara yol açabilirken bu hastaların AA yüzünden mi yoksa çocukluk çağı travmalarından veya stresli yaşam olaylarından mı depresyon veya anksiyete puanlarının yüksek olduğu soru işareti olarak kalmıştır.

Anksiyete ve depresyon şiddeti açısından literatürü gözden geçirdiğimizde sonuçların anksiyete ve depresyon tanıları kadar net olmadığını görüyoruz. Greenberg ve arkadaşları (1955), Colon ve arkadaşları (1991), Koo ve arkadaşları (1994), Garcia Hernandez ve arkadaşları (1999), Ruiz-Doblado ve arkadaşları (2003), Gupta ve arkadaşları (1997) anksiyete ve depresyon şiddetini çalışmamızdaki gibi sağlıklı kontrol grubundan yüksek

bulmuşlardır. Tersine Cipriani ve arkadaşları (1983), Çalıkoğlu ve Alpay (2000), Güleç ve arkadaşları (2002), Yazıcı ve arkadaşları (2006) anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında hasta ve kontrol grubu arasında fark gözlemediklerini bildirmişlerdir (2, 67,79, 85, 86, 87, 90, 124, 125). Bu fark kullanılan ölçeklerden ve örneklem gruplarının yetersizliğinden kaynaklı olabilir. Literatürde psöriyazis ve AA'yı anksiyete ve depresyon şiddeti açısından karşılaştırılmış çalışmanın sınırlı olması anksiyete ve depresyon şiddeti açısından AA ve psöriyazis grupları arasındaki benzer sonuçları kıyas yapmamızı engelledi (125).

Çalışmamızdaki farklı kılan özelliklerden birisi depresyon veya anksiyete bozukluğunu tanı olarak sadece psöriyazis grubuyla karşılaştırmamızdır. Bu çalışmamızı aynı zamanda güçlü kılan etkenlerden birisidir. Ruh sağlığı bakımından sağlıklı bireyleri çalışmamızın metodolojisini kuvvetli kıldığı gibi psöriyazis ve AA grubunu tüm değişkenlerde, kendi aralarında ve ruhsal bakımdan sağlıklı bireylerle kıyaslama imkanı sağlamıştır.

Çalışmamızdaki sınırlılıklara gelince örneklem sayısı yeterli olmakla birlikte daha yüksek sayıda olması araştırmanın gücünü artırabilirdi. Diğer bir sınırlılık ülkemizin kültürel ve dini değişkenleri yüzünden hastalığın görünür yerde olup olmaması, nerede olduğu, rahatsızlık verme şiddeti özellikle kadın hastalarda karşılaştırma yapmamızı güçleştirmiştir. Baş kapalı kadın hastalarda saçtaki AA veya koldaki psöriyazis görünmez yerdeyken, diğer hastalarda görünür yerdeydi. Doğal olarak görünür yerde olmayan lezyon hastayı estetik açıdan daha az rahatsız ediyordu. Araştırma konusuna yönelik psikodinamik etkenleri ele alan ölçekler olsaydı, AA ve diğer deri hastalıklarının patogeneğinde psikodinamik faktörlerin ne derecede rol oynadığı konusunda daha kuvvetli görüş bildirebilmemizi engelleyen bir faktördür.

İleride yapılacak çalışmalar çocukluk çağı travmalarının ve stresli yaşam olaylarının peptik ülser, nörodermatit, migren, fibromyalji, ürtiker, vitiligo, astım bronşiale gibi diğer psikosomatik hastalıklar için de geçerli olup olmadığını araştırmaya yönelik olmalıdır. Bu aynı zamanda tıbbi patolojilerin etiyolojisinde geçmiş ve şimdiki dönemdeki ruhsal olayların rolünü daha fazla anlamamıza da yardımcı olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1.Çalışmamızda AA hastaları, psöriyazis hastaları ve sağlıklı kontrol grubu sosyodemografik özellikler, anksiyete ve depresyon tanı ve şiddeti, çocukluk çağı travmaları ve yaşam olayları açısından karşılaştırılmıştır. Bu değişkenlerin hepsinin AA grubunda sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu öte yandan psöriyazis grubuyla anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır.
- 2.Çocukluk çağı travmaları ve yaşam olayları AA ile yakından ilişkilidir ve ele alınması hastaların koruma ve tedavi sürecini olumlu yönde etkileyebilir.
3. Çocukluk çağı travmaları ve yaşam olayları AA'ya özgü değildir. Diğer deri hastalıklarıyla da yakından ilişkili olabilir.
- 4.Deri hastalıklarında çocukluk çağı travmaları ve yaşam olayları gibi psikodinamik etkenlerin sık görülmesi, bu tip hastalarda psikiyatrik değerlendirmeyi gerekli kılar.
- 5.AA, psöriyazis ve muhtemelen diğer deri hastalıklarında anksiyete ve depresyon belirtilerine oldukça sık rastlanır ve tedavinin disiplinlerarası (psikiyatri-dermatoloji) yürütülmesi, hastaların tedaviden daha fazla yarar görmesi ve hastalık yinelenmesinin azalmasına neden olabilir.
- 6.Deri hastalıkları patogenezinde çocukluk çağı travmaları ve yaşam olayları gibi psikodinamik etkenlerin patogeneze olan bağlantısını incelemek için psikodinamik değişkenleri ve bireylerin bunlara cevabını değerlendirecek ölçeklere ihtiyaç vardır.
- 7.Psikodermatoloji klinikleri ülkemizde de yaygınlaşmalı ve ayrı bir yan dal olarak gelişmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, et al. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003;44:374-81.
2. Gülec AT, Tanrıverdi N, Durü C, Saray Y, Akçalı C. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *International Journal of Dermatology* 2004;43:352-6
3. Manolache L, Benea V. Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *Journal of European Academic of Dermatology Venereology* 2007;21:921-8.
4. Willemsen R, Vanderlinden J, Roseeuw D, Haentjens P. Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata *Journal of American Academic Dermatology* March 2009.
5. Young MA, Ford JD, Friedman MJ, Gusman FD. Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators. White River Junction, Vermont 055009 660/2-1998/ 750, www.dorthmount.edu.
6. Friedeman MJ. Post Traumatic Stress Disorder: The Latest Assessment and Treatment Strategies. Kansas City: Compact Clinicals; 2000.
7. Terr L: Life attitudes, dreams, and psychic trauma in a group of "Normal" children. *American Academic Child Psychiatry* 1983; 22:221-230
8. Brown GW (2002) Measurement and the epidemiology of childhood trauma. *Seminology of Clinical Neuropsychiatry*, 7:66-79
9. Güz H, Doğanay Z, Çolak E, Tomaç A Konversiyon Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travma Öyküsünün Psikiyatrik Belirtilere Etkisi Var mı? *Klinik Psikiyatri* 2003 6:80-85
10. Ellason JW, Ross CA (1997) Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychol Rep*, 80:447-450
11. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD ve ark. (1998) Major depressionin individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, 155:1746-1752
12. Schafer M, Schnack B, Soyka M (2000) Sexual and physical abuse during early childhood or adolescence and later drug addiction. *Psychotherapy Psychosomatics Medical Psycholgy*, 50:38-50
13. Terr L: Remembered images in psychic trauma. *Psychoanalytic Study of Children* 1985; 40-0.493-533

14. Freud A: Comments on trauma, in The Writings of Anna Freud, vol V, 1956–1965: Research at the Hampstead Child Therapy Clinic and Other Papers. New York, International Universities Press, 1969
15. Lifton R, Olson E: The human meaning of total disaster. Psychiatry 1976; 39:1–18
16. Erikson E: Childhood and Society. New York, Norton, 1950
17. Soutwick SM, Krystal JH, Morgan CA :Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry 1993 50, 266-274
18. Eskin M, Akoğlu A, Uygur B: Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4):266-275
19. Ünal S, Özcan E: Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(1):41-48
20. Paykel ES: Contribution of life events to causation of psychiatric illness. Psychol Med 1978; 8:245-253.
21. Lloyd C: Life events and depressive disorder review I.Events as predisposing factors Arch Gen Psychiatry 1980; 37:529-540.
22. Lloyd C: Life events and depressive disorder review II.Events as precipitating factors Arch Gen Psychiatry 1980; 37:541-548.
23. Berksun OE, Ünal S, Göğüş AK: Psikiyatrik rahatsızlıklar ve presipitan faktör olarak yaşam olayları. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 2(2):141-145.
24. Nevmman SC, Bland RC) Life Events and the 1-year Prevalence of Majör Depressive Episode, Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in a Community Sample. Compr Psychiatry, 1994 35 (1): 76-82.
25. Chaziuddin M, Ghaziuddin N, Stein GS Life Events and the Recurrence of Depression. Can J Psychiatry, 1990 35: 239-242.
26. İlhan İ Ö, Sayıl I :Zorlayıcı yaşam olayları ve ruhsal bozukluklar ilişkisi Kriz Dergisi 7 (1) 1-6
27. Birtchnell, J. The relationship between attempted suicide, depression and pareni death. British Journal of Psychiatry, 1970 116, 303-313.
28. Paykel, ES. et al. Scaling of life events. Archieves of General Psychiatry . 1975, 25, 340-363.

29. Vollrath M, Koch R, Angst J : The Zürich Study IX. Panic Disorder and Sporadic Panic: Symptoms, Diagnosis, Prevalence, and Overlap vvith Depression. Eur Arch Psychiatr and NeurolSci, 1990 239:221-230.
30. VVittchen H-U, Essau CA : Epidemiology of Panic Disorder: Progress and Unresolved Issues. J Psychiat Res, 1993 27(1): 47-68.
31. Scheibe G, Albus M :Age at Onset, Precipitating Events, Sex Distribution and Cooccurence of Anxiety Disorders. Psychopathology,1992 25:11-18.
32. M. E. Pagano, A. E. Skodol, R. L. Stout, M. T. Shea : Stressful life events as predictors of functioning: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study Acta Psychiatr Scand. 2004 December ; 110(6): 421–429
33. Yılmaz Sukan M : Vitiligo hastalarının psikiyatrik değerlendirmesi ve kronik ürtiker hastalığı ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılması.Uzmanlık Tezi İstanbul-2005
34. Rechenberger I. Zugang zu psychosomatischen aspekten in der dermatologie. Praxis der psychotherapie und psychosomatik 1977, 22:265-270.
35. Engels WD. Dermatologic disorders. Psychosomatic illness reviews. Psychosomatics 1982, 23:1209-1219.
36. Fenichel O (1974) Nevrozların psikoanalitik teorisi (çev) Tuncer S, Ege Ün matbaası, Bornova, İzmir, s.234-236.
37. 43:340.Winnicott DW (1934) Papular urticaria and the dynamics of skin sensation. Br J Children's disease, 31:5-16.
38. Mercan S, Kıvanç Altunay İ Psikiyatri ve Dermatolojinin ortak çalışma alanı :Psikodermatoloji Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(4) 305-313
39. Anzieu Didier The skin ego (Chris Turner, Trans.). New Haven-London: Yale University Press. (Original work published 1985) -. (1987
40. Brosig B, Niemeier V, Kupfer J et al. Urticaria and the recall of sexual trauma. Dermatol Psychosom 2000; 1:72-75.
41. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Observations during an itch-inducing lecture. Dermatol Psychosom 2000, 1(1):15–18.
42. Pines D) Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. Int J Psychoanal,1980 61:315-323.
43. Panconesi E. Stress and skin disease psychosomatic. Philadelphia: JB Lippincott, 1984: 104-107.
44. Musaph H. Agression and symptom formation in dermatology. Journal of Psychosomatic Research 1969, 13:257-264.

45. Shannon J. The subconscious motivation for the appearance of psychosomatic skin disorders in concentration camp survivors and their rehabilitation. *Psychosomatics* 1970, 11:178.
46. Koblenzer PJ. A brief history of psychosomatic dermatology. *Dermatologic Clinics* 1996, 14:395-397.
47. Undem BJ, Kajekar R, Hunter DD, Myers AC. Neural integration and allergic disease. *J Allergy Clin Immunol* 2000, 106:213-220.
48. Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Hellhammer D. Psychobiological aspects of atopic dermatitis: An overview. *Psychother Psychosom* 2001, 70: 6-16.
49. Tausk FA. Stress and the skin. *Arch Dermatol* 2001, 137:78-82.
50. Kumbasar H, Yılmaz A. Psöriyasis patogeneğinde psikonöroimmünolojik mekanizmalar ve psöriyazisin yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkiye Klin Dahili Tıp Bilimleri Dermatoloji* 2005;1(13):50-6.
51. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2005;17:205-7.
52. Laihinien A. Psychosomatic aspects in dermatoses. *Ann Clin Res* 1987;19:147-9.
53. Ginsburg IH. The psychosocial impact of skin disease: an overview. *Dermatol Clin* 1996;14:473-84.
54. Picardi AI, Aberi D, Melchi CF, et al. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000;143:983-91.
55. Amit GM, Chren M, Sands L, et al. Psychological stress perturbs epidermal barrier homeostasis. *Arch Dermatol* 2001;137:53-9.
56. Koo JYM, Lee CS. General approach to evaluating psychodermatological disorders. In: Koo JYM, Lee CS, eds. *Psychocutaneous Medicine*. New York, Marcel Dekker, Inc. 2003. p.1-29.
57. Gupta MA, Voorhees JJ. Psychosomatic dermatology: is it relevant? *Arch Dermatol* 1990;126:90-3.
58. Anand P, Springal DR, Blank MA, et al. Neuropeptides in skin disease: increased VIP in eczema and psöriyasis but not axillary hyperhidrosis. *Br J Dermatol* 1991;124:547-9.
59. Medansky RS, Handler RM. Dermatopsychosomatics: classification, physiology, and therapeutic approaches. *J Am Acad Dermatol* 1981;5(2):125-36.

60. Higgins EM, Du Vivier AW. Cutaneous disease and alcohol misuse. Br Med Bull 1994;50:85-98.
61. Lamberg L. Acne drug depression warnings highlight need for expert care. JAMA 1998;279:1057
62. Olsen EA. Hair. In: Freedberg IM, editor. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 641-3.
63. Safavi KH, Muller SA, Suman VJ, Moshell AN, Melton LJ, III. Incidence of alopecia areata in Olmsted County, Minnesota, 1975 through 1989. Mayo Clin Proc 1995 Jul;70(7):628-33.
64. Blume-Peytavi U, Hillmann K, Guarrera M. Hair growth assesment techniques. In: Blume-Peytavi U, Tosti A, Whiting DA, Trueb R, editors. Hair growth and disorders. First edition ed. Berlin : Springer; 2008. p. 125-57.
65. Whiting DA. Histopathologic features of alopecia areata: a new look. Arch Dermatol 2003 Dec;139(12):1555-9.
66. Whiting DA. Histopathology of alopecia areata in horizontal sections of scalp biopsies. J Invest Dermatol 1995 May;104(5 Suppl):26S-7S.
67. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, Garcia-Hernandez MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. Int J Dermatol 2003 Jun;42(6):434-7.
68. McDonagh AJ, Messenger AG. The aetiology and pathogenesis of alopecia areata. J Dermatol Sci 1994 Jul;7 Suppl:S125-S135.
69. Wasserman D, Guzman-Sanchez DA, Scott K, McMichael A. Alopecia areata. Int J Dermatol 2007 Feb;46(2):121-31.
70. Christophers E, Mrowietz U. Psöriyazis. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine'de. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff KK ve ark. New York, McGraw-Hill, 2003; 407-427.
71. Habif TP. Psöriyazis and other papulosquamous diseases. Clinical Dermatology. Ed. Habif TP. Edinburg, Mosby, 2004; 209-239.
72. Gülekon A. Psoriasis ve benzeri dermatozlar. Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2008; 745-756.
73. Innate and adaptive immunity and the pathophysiology of psöriyazis. J Am Acad Dermatol 2006; 54: 67-80.
74. Ertuğrul E, Turgay M. Psoriasis immünopatogenezi. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriasis Özel Sayısı 2005; 1: 13-15.

75. Pişkin G. Psoriasis patogenezi. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriasis Özel Sayısı 2005; 1: 13-15.
76. Perini GI, Veller Fornasa C, Cipriani R, Bettin A. Life events and alopecia areata. *Psychother Psychosom* 1984; 41:48-52
77. Van Der Steen P, Boezeman J, Duller P, Happle R. Can alopecia areata be triggered by emotional stress? An uncontrolled evaluation of 178 patients with extensive hair loss. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1992; 72:279-280
78. Griesemer RD. Emotionally triggered disease in a dermatologic practice. *Psychiatr Ann* 1978; 8:407-412
79. Gupta M, Gupta AK, Wateel GN. Stress and Alopecia Areata: A Psychodermatologic Study. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1997; 77: 296-298
80. Picardi A, Damiano A. Stressful Life Events and Skin Diseases: Disentangling Evidence from Myth. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 118-136
81. Masters R: Psyche and Skin, in Soter N, Baden HP (eds): Pathophysiology of Dermatologic Diseases, McGraw-Hill, New York, 1984: 441-453
82. Reeve EA, Savage TA, Berstein GA. Psychiatric diagnoses in children with alopecia areata. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35: 1518-1522
83. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A. Children with alopecia areata: psychiatric symptomatology and life events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36:678-684
84. Manolache L, Oprea C, Benea V. Stress and anxiety involved in alopecia areata. *Dermatol Psychosomatics* 2003; 4:112-113
85. Greenberg SI. Alopecia Areata: A psychiatric survey. *Arch Dermatology*, 1955; 72: 454-457
86. Colon EA, Popkin MK, Callieas AL. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compreh Psychiatry*. 1991; 32 :245-251
87. Koo JY, Shellow Wv, Hallman CP. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol*. 1994; 33:849-850
88. Ferrando Roqueta RJ, Coral Blanco C, Lobo Satue A, Grasa Jordan MP. Estudio de los fenomenos de stress y su relacion con variables psicopatologicas, clinicas e inmunologicas en pacientes with alopecia areata. *Actas Dermosifilogr*. 1996; 87: 597-609
89. Woodruff PW, Higgins EM, du-Vivier J. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997; 19: 29-35

90. Cordan Yazıcı A, Başterzi A, Tot Acar Ş, Üstünsoy D. Alopesi Areata ve aleksitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17: 101-106
91. Paus R, Arck P. Neuroendocrine perspectives in alopecia areata: Does stress play a role? Journal of Investigative Dermatology 2009; 129: 1324-1326
92. SH Aslan, ZN Alparslan Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği'nin Bir Üniversite Öğrencisi Örnekleminde Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı Türk Psikiyatri Dergisi, 1999; 10(4):275-285
93. Soria S. Hasta ve normallerde yaşam olaylarının stres verici etkilerinin araştırılması. Ege Üniversitesi, Ege Tıp Fakültesi Psikiyatri Bilim Dalı, Doçentlik Tezi, İzmir. 1982
94. Witschen HU, Robins LN, Cottler LB, Janca A. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Br J Psychiatry 1991; 159:653-658.
95. Kılıç C, Göğüş A. Uluslararası Bileşik tanı Görüşmesi, 2.1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü Dünya Sağlık Örgütü İşbirliği Merkezi, Yayın No: 2, Ankara, 1997.
96. Beck A, Ward C, Mendelson M. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 1961; 4: 561-571.
97. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği üzerine bir çalışma. Psikoloji dergisi 6(22):118-122, 1988
98. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988;56:893-7.
99. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother. 1998; 12:163-172.
100. Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. Can Fam Physician 2002, 48:712-716.
101. Picardi A; Mazzotti E; Gaetano P; Cattaruzza M S; Baliva G; Melchi C F; Biondi M; Pasquini P Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. Psychosomatics 2005;46(6):556-64.
102. Gupta M A; Gupta A K Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. The British journal of dermatology 1998;139(5):846-50.
103. Brajac Ines; Tkalcic Mladenka; Dragojevic Danijela Malnar; Gruber Franjo. Roles of stress, stress perception and trait-anxiety in the onset and course of alopecia areata. The Journal of dermatology 2003;30(12):871-8

104. Tuncer C, Ersül Ç, Beyazyürek M, Kalyoncu A XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Bilimsel Çalışmaları, s:195-197, İstanbul, 1987
105. Camacho F. Alopecia areata: Clinical features. *Dermatopathology*. Camacho F, Montagna W. *Trichology: Diseases of the pilosebaceous follicle*. Madrid: Aula Medical Group; 1997. s.417-40.
106. Schubert C, Geser W, Noisternig B, König P, Rumpold G, Lampe A. Stressful life events and skin diseases: an additional perspective from research on psychosomatic dynamics in systemic lupus erythematosus. *Psychother Psychosom* 2002, 71(2):123-126.
107. Schubert C, Lampe A, Rumpold G, Geser W, Noisternig B, Chamson E, Schatz D, König P, Fuchs D, Schusler G. Der einfluss von alltagsbelastungen und assoziierten emotionen auf den dynamischen verlauf von cortisol und neopterin bei patientinnen mit systemischem lupus erythematosus: Ergebnisse aus zwei integrativen einzelfallstudien. *Z Psychosom Med Psychother* 2001, 47:58-79.
108. Chrousos GP. Stress, chronic inflammation and emotional and physical well-being: Concurrent effects and chronic sequelae. *J Allergy Clin Immunol* 2000, 106: 275-291.
109. Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Hellhammer D. Psychobiological aspects of atopic dermatitis: An overview. *Psychother Psychosom* 2001, 70: 6-16.
110. Seikowsky K, Gollek S. Belastende lebensereignisse bei hautkranken personen. *Z Dermatol* 1999, 185:56-61.
111. Baldaro B, Brocani G, Bossi G, Offidani AM, Novelli N, Ferri. AM: Incidenza di eventi stressanti nei sei mesi precedenti la comparsa di alopecia areata. *Med Psicosom* 1989;34:271-275
112. Perini G I; Veller Fornasa C; Cipriani R; Bettin A; Zecchino F; Peserico A Life events and alopecia areata. *Psychotherapy and psychosomatics* 1984;41(1):48-52.
113. Lyketsos GC, Stratigos G, Tawil G, Psaras M, Lyketsos CG. Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psöriyazis and alopecia. *Psychother Psychosom* 1985;44:122-31.
114. Invernizzi G, Gala C, Russo R, Polenghi M ve ark. Life events and personality factors in patients with alopecia areata. *Med Sci Res*, 1987;15: 1219-1220
115. Rusiell F, Arciero G, Decaminada F, Corona R ve ark: Stress, attachment and skin disease: A case control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1995;5:234-239
116. Paga G, Faina P, Teodori A, Angelini E ve ark: Psychological factors in alopecia areata: Results from a preliminary, controlled study, *New Trends Exp Clin Psychiatry* 1992;8:73-79

117. Capoor HS, Rowland Payne CM, Goldin D. Does psychological intervention help chronic skin conditions? *Postgrad Med J* 1998, 74(877):662-664.
118. Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psöriyazis and other skin conditions. *Br J Dermatol* 1994, 130(2):199-203. 662-664.
119. Gaston L, Lassonde M, Bernier-Buzzanga J, Hodgins S, Crombez JC. Psöriyazis and stress: a prospective study. *J Am Acad Dermatol* 1987, 17(1): 82-86.
120. Payne RA, Payne CM, Marks R. Stress does not worsen psöriyazis? A controlled study of 32 patients. *Clin Exp Dermatol* 1985, 10:236-245.
121. Arnetz BB, Fjellner B, Eneroth P, Kallner A. Stress and psöriyazis: psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standardized stressor exposure. *Psychosom Med* 1985, 47(6):528-541.
122. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol* 1983; 119:501-12.
123. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Brit J Psychiat* 1983; 143:51-40.
124. Cipriani R, Veller Fomasa C, Peserico A (1983) Symptom questionnaire and alopecia areata. *G Ital Dermatol Venereol* 118: 281-282.
125. Calıkoğlu E, Alpay FB (2000) Pruri universalis, alopesi areata, psoriasis vulgaris ve kronik urtikerde Beck Depresyon, Durumluk ve Surekli Kaygı Envanterlerinin değerdendirilmesi. *T Klin Dermatol*, 10: 229-232.

8. EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

Tarih:

Tanı: Alopesi	1
Psoriasis	2
Sağlıklı	3

Ad - Soyad :

Protokol No:

Adres ve telefon:

Yaş:

Doğum Yeri:

Cinsiyet: Kadın	1
Erkek	2

Eğitim durumu:

Okuryazar değil	1
İlkokul	2
Ortaokul	3
Lise	4
Y.okul-Üniv.	5

Çalışma durumu:

Hiç çalışmamış	1
Öğrenci	2
Aralıklı çalışmış	3
İşten ayrılmış	4
Emekli	5
Malulen emekli	6
Halen çalışıyor	7

Halen çalışıyorsa ne iş yaptığı:

- | | |
|-----------------------|---|
| İşçi | 1 |
| Memur | 2 |
| Serbest meslek | 3 |
| Diğer (yazınız):..... | |

Gelir durumunuz nedir?

- | | |
|------------------|---|
| 0-500 TL | 1 |
| 500-1000 TL | 2 |
| 1000-1500 TL | 3 |
| 1500-2000 TL | 4 |
| 2000 TL ve üzeri | 5 |

Medeni Durumu:

- | | |
|----------------|---|
| Evli | 1 |
| Dul | 2 |
| Ayrı yaşıyor | 3 |
| Boşanmış | 4 |
| Hiç evlenmemiş | 5 |

Cilt hastalığının süresi:

- | | |
|----------|---|
| < 3 ay | 1 |
| 3-12 ay | 2 |
| 12-24 ay | 3 |
| 2-5 yıl | 4 |
| > 5 yıl | 5 |

Cilt hastalığının yeri:

Sağlı deri	1
Yüz	2
Boyun	3
Kollar	4
Bacaklar	5
Sırt	6
Göğüs	7
Genital bölge	8

Diğer (yerini belirtiniz)

Cilt hastalığının görünür yerde olup olmaması:

Görünür (saklanamaz) yerde	1
Saçla ya da giysi ile örtülebilir yerde	2

Estetik açıdan rahatsız olma derecesi (saklama ihtiyacı, utanç):

Hiç	1
Hafif	2
Orta	3
Ağır	4
Oldukça	5

Sigara veya alkol kullanımı:

Sigara	1
Alkol	2
Hiçbiri	3
Hepsi	4

Şu an psikiyatrik bir tedavi görüp görmediği:

Evet 1

Hayır 2

Evetse tanıyı yazınız.....

Şu an psikotrop ilaç kullanımı:

Evet 1

Hayır 2

Evetse isimlerini yazınız.....

Geçmişte tedavi gördüğü bir ruhsal bozukluk varlığı:

Evet 1

Hayır 2

Evetse tanıyı yazınız.....

Cilt hastalığı dışında fiziksel hastalık varlığı:

Var 1

Yok 2

Varsa yazınız.....

Kullandığınız herhangi bir ilaç varlığı:

Evet 1

Hayır 2

Evetse isimlerini yazınız.....

Alopesi areata paterni:

Yama 1 Ofiyazis 2

Totalis 3 Üniversalis 4

Incognito 5

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler vermiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonar her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki cevabı yuvarlak içine alarak belirleyiniz.

- 0. Hiç
- 1. Hafif derecede
- 2. Orta derecede
- 3. Ciddi derecede

Sizi ne kadar rahatsız etti?

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3
2. Sıcak/ateş basmaları	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, tireme	0	1	2	3
4. Gevşeyememe	0	1	2	3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	0	1	2	3
6. Baş dönmesi veya sersemlik	0	1	2	3
7. Kalp çarpıntısı	0	1	2	3
8. Dengeyi kaybetme duygusu	0	1	2	3
9. Dehşete kapılma	0	1	2	3
10. Sinirlilik	0	1	2	3
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	0	1	2	3
12. Ellerde titreme	0	1	2	3
13. Titreklik	0	1	2	3
14. Kontrolü kaybetme korkusu	0	1	2	3
15. Nefes almada güçlük	0	1	2	3
16. Ölüm korkusu	0	1	2	3
17. Korkuya kapılma	0	1	2	3
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	0	1	2	3
19. Baygınlık	0	1	2	3
20. Yüzün kızarması	0	1	2	3
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	0	1	2	3

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılmıştır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. **BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bir grupta durumunuzu tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce herbir gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.**

1. 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum

2. 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim
1 Gelecek hakkında karamsarım
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
3 Geleceğim hakkında karamsarım ve artık hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor

3. 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum
1 Çevremdeki pek çok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum
2 Geçmişte baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum
3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum

4. 0 Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum
1 Herşeyden eskisi kadar hoşlanmıyorum
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor
3 Herşeyden sıkılıyorum

5. 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum

6. 0 Kendimden memnunum
1 Kendi halimden pek memnun değilim
2 Kendime çok kızıyorum
3 Kendimden nefret ediyorum

7. 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum
1 Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendimi eleştiririm
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum
3 Her aksaklık karşısında kendimi kabahatli bulurum

8. 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum
2 Kendimi öldürmek isterdim
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm

9. 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor
2 Çoğu zaman ağlıyorum
3 Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum

10. 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim
1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum
2 Şimdi hep sinirliyim
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor

11. 0 Başkalarıyla görüşmek, konuşmak isteğimi hiç kaybetmedim
1 Başkalarıyla eskisine göre daha az konuşmak, görüşmek istiyorum
2 Başkalarıyla konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim
3 Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum

12. 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum
3 Artık hiç karar veremiyorum

13. 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum
1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor
2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum
3 Kendimi çok çirkin buluyorum

14. 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
1 Birşeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor
2 Herhangi birşeyi yapabilmek için çok zorlamam gerekiyor
3 Hiçbir şey yapamıyorum

15. 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum
1 Eskiden olduğu kadar iyi uyuyamıyorum
2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve bir daha uyuyamıyorum

16. 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum
1 Eskisinden daha çabuk yoruluyorum
2 Yaptığım herşey beni yoruyor
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum

17. 0 İştahım her zamanki gibi
1 İştahım eskisi kadar iyi değil
2 İştahım çok azaldı
3 Artık hiç iştahım yok

18. 0 Son zamanlarda kilo vermedim
1 İki kilodan fazla kilo verdim
2 Dört kilodan fazla kilo verdim
3 Altı kilodan fazla kilo verdim

19. 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor
2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum

20. 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim
1 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim
2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim
3 Cinsel konulara olan ilgimi şimdi tamamen kaybettim

21. 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor
1 Cezalandırılabilirliğimi seziyorum
2 Cezalandırılmayı bekliyorum
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI SORU LİSTESİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular çocukluğunuz ve bundan önceki ergenlik döneminiz boyunca başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylarla ilgilidir. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldigince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarınız kesinlikle gizli tutulacaktır.

Dikkat... Her cümlemin başında “Çocukluğumda ve bundan önceki ergenlik dönemim boyunca...” ifadesi vardır.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık
	1	2	3	4	5
1. Ailemde sorunlarımı konuşabildiğim biri vardı.					
2. Ailemdenkiler beni eleştirirlerdi.					
3. Yeterli yemek bulamazdım.					
4. Ailemdenkiler bana güven duyar ve başarılı olmam için destek verirlerdi.					
5. Ailemde bana vuran ya da beni döven biri vardı.					
6. Yetiştirme yurdunda kaldığım dönemler oldu.					
7. Bana bakan ve beni koruyan birinin olduğunu biliyordum.					
8. Ailemde biri bana şiddetle bağırır ya da azarlardı.					
9. Anneme ya da kardeşlerimden birine vurulduğuna ya da onlardan birinin dövüldüğüne şahit oldum.					
10. Ailemdenkiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi (ya da buna benzer kötü) sıfatlarla seslenirlerdi.					
11. Sokaklarda barındığım oldu.					
12. Ailemde değer verdiğim ve onun gibi olmak istediğim biri vardı.					
13. Anne ya da babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
14. Ailemdenkilerin polisle başları dede girerdi.					
15. Ailemde önemli ve özel biri olduğumu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
16. Ailemden birine karşı kendimi dövüşerek, saklanarak ya da kaçarak korumam gerekiyordu.					
17. Ailemde başarılı olmamı isteyen biri vardı.					
18. Kirli giysiler içinde dolaşmak zorunda kaldım.					
19. Dönem dönem değişik kişilerin yanında kaldım (akrabalar ya da başka bir aile).					
20. Kardeşlerimden birinin cinsel tacize uğrayabileceğine inanıyorum.					
21. Sevdiğimi hissediyorum.					
22. Anne ve babam çocukları olarak hepimize eşit davranıyorlardı.					
23. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık
	1	2	3	4	5
24. Ailemden biri bana öyle kötü vurdu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekti.					
25. Ailemde beni daima kargaşadan uzak tutacağıma emin olduğum biri vardı.					
26. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
27. Benden yaşça çok büyük biri ile cinsel temasta bulunuyordum. (benden en az beş yaş büyük biri)					
28. Bana iyi örnek olan yaşça büyük birisi (bir öğretmen ya da ana baba) vardı.					
29. Kayış, sopa, kordon ya da başka bir set vurularak cezalandırılıyordum.					
30. Ailemde değişmesini istediğim bir şey yoktu.					
31. Ailemdelikler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.					
32. Ailemdelikler bana kırıcı ve saldırganca sözler söylerlerdi.					
33. Bedensel olarak (vücutça) kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
34. Ailemdelikler beni kötü etkilerden korumaya çalışırlardı.					
35. Bana o kadar kötü vuruluyordu ya da dövülüyordum ki öğretmen, ya da doktor bunu fark ediyordu.					
36. Ailemdelikler kendilerine hakim değil gibiydiler.					
37. Ailemdelikler okula gitmemi ve eğitimi destekliyorlardı.					
38. Evden uzaklaştırdım, öyle ki nerede olduğumu kimse bilmezdi.					
39. Bana verilen cezalar eziyet derecesindeydi.					
40. Ailemde biri benden nefret ederdi.					
41. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.					
42. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
43. Ailemdelikler beni dışarılar ya da ittiler.					
44. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkında yalanlar söylemekle ya da iftira atmakla tehdit eden biri oldu.					
45. Çocukluğum mükemmeldi.					
46. Ailemden biri tarafından yaralanmaktan korkuyordum.					
47. Biri beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
48. Ailemde bana inanan en az bir kişi vardı.					
49. Biri bana cinsel tacizde bulundu.					
50. Duygusal bakımdan kötüye olduğuma inanıyorum.					
51. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
52. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
53. Ailem benim için güç ve destek kaynağıydı.					

YAŞAM OLAYLARI LİSTESİ

Adı Soyadı:

Tarih:

Denek No :

AÇIKLAMA

Aşağıda insanların yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri olayların bir listesi var. Son altı ay içinde bu olaylardan hangilerinin başınızdan geçtiğini öğrenmek istiyoruz. Bunun için olayları dikkatle okuyarak herbiri için ayrı ayrı belleğinizi yoklamanız gerekmekte. Sıralanan olaylar arasında **son altı ay** içinde başınızdan geçenlerin yanındaki parantezin içine çarpı (X) işareti koyun. Söz konusu olay başınıza hiç gelmemiş ya da son altı aydan önce geldiyse boş bırakın. Listede başınızdan geçme olasılığı hiç bulunmayan olaylar da vardır. Örneğin bir erkek için doğum yapma ya da bir ev kadını için işten çıkarılma hiçbir zaman söz konusu olamaz. Doğal olarak bunları boş bırakın. Teşekkürler.

(...) Evlenme

(...) Amir ya da iş arkadaşları ile geçimsizlik

(...) Öğrenim kredisi alamamak ya da kredinin kesilmesi

(...) Hapse mahkum edilme

(...) Eşin ölümü

(...) Uyku düzeninde büyük değişim (daha az ya da çok uyuma veya uyku zamanında değişiklik)

(...) Anne ya da babanın ölümü

(...) Doğum yapma

(...) Büyük oranda borca girme

(...) Yakın bir dostun ölümü

(...) Çocuk düşürme ya da ölü doğum yapma

- (...) Evlilik dışı hamile kalmak
- (...) Eş ile yeniden barışma
- (...) Eşinin ailesi ile önemli geçimsizlik durumu
- (...) Evde yaşlı ya da hasta akrabaya bakmak
- (...) Eşinin hamile kalması
- (...) Anne baba ile ciddi anlaşmazlık, anne babanın baskı yapması
- (...) Ağır biçimde hastalanma, kaza geçirme ya da yaralanma
- (...) İlimli para sıkıntısı
- (...) Menapoz (yaş dönümüyle birlikte ay halinin kesilmesi)
- (...) İstenmeyen gebe lik
- (...) Yakın bir akraba ya da dostun ciddi ailevi sorunu
- (...) Hakkındaki kötü söylentiler yüzünden çevre tarafından itilmek
- (...) Akrabalarla birlikte oturmak zorunda kalmak
- (...) Emekliye ayrılma
- (...) Olağan dışı kişisel başarılar
- (...) Arkadaşlarla olan ilişkinin bozulması
- (...) Yeni bir işe girmek, yeni bir iş kurmak
- (...) Yurt dışına gitmek (çalışma, okuma gibi nedenlerle)
- (...) Terör ya da anarşi nedeniyle güvensiz ortamda yaşamak
- (...) Eşi tarafından aldatılmak
- (...) Büyük parasal kayıp, ekonomik sıkıntı
- (...) Yemek alışkanlıklarında büyük değişim
- (...) Gözaltına alınmak ya da sorguya çekilmek
- (...) Görev gereği başka bir şehre tayin edilme
- (...) Ev yaptırma ya da ev alma
- (...) İşten çıkarılma
- (...) Değerli bir kişisel eşyanın kaybı

- (...) Çocuğun ölümü
- (...) Çocuğun ağır biçimde hastalanması ya da sakatlanması
- (...) İstenmeyen bir evlilik yapmak
- (...) Sevgiliden ayrılmak
- (...) Anne baba geçimsizliği ya da ayrılmaları
- (...) Eğlence ve dinlenme miktar ve biçiminde büyük değişim
- (...) Yaşam koşullarında büyük değişim
- (...) Sosyal faaliyetlerde önemli değişim
- (...) Anne ya da babanın ağır biçimde hastalanması, kaza geçirmesi ya da yaralanması
- (...) Ailenin onayı dışında evlenmek
- (...) Köyden kente gelmek
- (...) Bir aylık işsizlik
- (...) Üniversiteye girememe
- (...) Hukuki anlaşmazlık sonucu birisi ile mahkemelik olmak
- (...) Eş ile ciddi anlaşmazlık
- (...) Nişanlanmak
- (...) İstenen gebelik
- (...) Çocuğa anne ya da kayınvalidenin bakması
- (...) Çocuğun hafif hastalığı
- (...) Ailenin onayı dışında nişanlanmak
- (...) Eşin ağır biçimde hastalanması, kaza geçirmesi ya da yaralanması
- (...) Anne ya da babanın çalışmak üzere yurt dışına gitmesi
- (...) Oğulun askere gitmesi
- (...) Çocuk aldırma (kürtaj)
- (...) Yakın akrabanın ölümü
- (...) Kendi ailesi ile eş arasında önemli geçimsizlik
- (...) İşte bir derece ya da rütbenin indirilmesi

- (...) Okul değiştirmek
- (...) Ek iş tutma ya da hem okumak hem çalışmak
- (...) Kiracı olarak oturulan evden çıkarılmak
- (...) ocuğun sünnet olması
- (...) İşteki alışma koşullarının bozulması (Bozuk maddi ve manevi koşullar, ağır sorumluluk)
- (...) Boşanma
- (...) Eş ile ılımlı tartişmalar
- (...) ocuğun nişanlanması
- (...) Eşin doğum yapması
- (...) İş, okul gibi zorunlu nedenlerle anne babadan ayrı düşmek
- (...) Başka kente göç etmek
- (...) Dinsel alışkanlıklarda büyük değişim
- (...) İş başarısızlığı
- (...) Okul bitirmek
- (...) Zor bir sına va hazırlanmak, ağır dersler
- (...) Bir aydan uzun süre işsiz kalma, iş bulamamak
- (...) Ev değiştirmek, taşınmak
- (...) İş saatlerinin değişmesi
- (...) Anlaşmazlık sonucu eşle ayrı yaşamak
- (...) Cinsel sorunlar
- (...) ocuğun onaylanan evliliği
- (...) Kendi onayı dışında çocuğun evlenmesi
- (...) İstenmeyen doğum
- (...) İlimli oranda borca girme
- (...) Yakın bir akraba ya da arkadaşın önemli hastalığı
- (...) Aile yelerinin birlikte oluş sayılarındaki değişme

- (...) Önemli bir kişiden ayrılma
- (...) Yakın bir akraba ile önemli geçimsizlik
- (...) Eve yeni birisinin gelmesi
- (...) Okul başarısızlığı
- (...) İş koşullarının değişmesi
- (...) Okulu bırakmak zorunda kalmak
- (...) Okula girmek
- (...) Terfi etme
- (...) İstemediği bir işte çalışma, istemediği bir göreve getirilme
- (...) İstemediği bir okula girmek
- (...) Önemli bir sınava girmek
- (...) Tatile çıkmak
- (...) Nişanlı ile ciddi anlaşmazlık
- (...) Anlaşmazlık dışında bir nedenle eşten ayrı düşmek (askerlik, çalışma, okuma gibi)
- (...) Borç ya da ipoteğin haczedilmesi
- (...) Hafif bir biçimde hastalanma, kaza geçirme ya da yaralanma
- (...) Nişanlıdan ayrılma
- (...) Küçük suçlar nedeniyle ceza görmek (trafik, belediye ya da vergi cezası gibi)
- (...) Çocuğun evden ayrılması
- (...) Çocuğun okul başarısızlığı
- (...) Hanımın işe girmesi ya da işten ayrılması
- (...) Evlilik dışı ilişkiye girmek

İZLEME İÇİN GÖRÜŞME ÖLÇEĞİ (1991)
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

SIRA NUMARASI: _____

TARİH: _____

GÖRÜŞMENİN BAŞLANGIÇ ZAMANI: _____

A1. CİNSİYET

ERKEK:.....1 KADIN.....2

A2. Kaç yaşındasınız?

(BİLİNMIYORSA TAHMİN YÜRÜTÜNUZ VE A3'Ü 010101 KODLAYINIZ)

A3. Doğum tarihiniz nedir?

____/____/____

A4. (Halen) Evli misiniz, ya da dul, ayrı, boşanmış, hiç evlenmemiş?

EVLI.....1
DUL.....2
AYRI.....3
BOŞANMIŞ.....4
HIÇ EVLENMEMİŞ.....5

A5. (Evlat edinilmiş olanlar ve ölü doğanlar dışında) Kaç çocuğunuz var ?
SORULMADIYSA 88 KODLAYINIZ.

A6. Şimdi size işinizle ilgili sorular soracağım. Son bir yıl içinde kaç ay çalıştınız?
KENDİ İŞİ YA DA ÜCRETİİ İŞ SAYILACAK, YOKSA 00 KODLANACAK.
ÇALIŞMA BİR AYDAN AZ İSE 01 KODLAYINIZ. _____ AY

A7. Halen çalışıyor musunuz?

(EV KADINIYSA 6 KODLAYIP A8'E GEÇİN)

EVET.....1
HAYIR.....A8'E GEÇ.....5
EV KADINI...A8'E GEÇ.....6

A. Tam gün mü yarım gün mü çalışıyorsunuz ?

TAM GÜN.....1
YARIM GÜN.....2

B. Ne iş yapıyorsunuz?

YAZINIZ: _____

C. Ne tür bir işyerinde çalışıyorsunuz?

YAZINIZ: _____

A8. Kaç yıl okula gittiniz?

HALEN OKULA GİDİYORSA 96 KODLAYIP B1'E GEÇİN
HIÇ OKULA GİTMEDİYSE 97 KODLAYIP B1'E GEÇİN

_____ YIL

B1 GEÇEN YILKİ SORUN TİBBİ BİR YAKINMA DEĞİLSE B30'A GEÇİNİZ.

Şimdi geçen yıl sağlık ocağına başvurmaınıza neden olan sorunlar hakkında sorular

soracağım. O zaman varmış.

Bu hala devam ediyor mu ?

HAYIR.....1
EVET....B3'E GEÇ.....5

CA7. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca sayacağım sorunlardan çoğu zaman var olanları söyleyiniz.
VAR OLANLAR İÇİN ÇOĞU ZAMAN VAR OLUP OLMADIĞINI SORUNUZ.

1. Başınızda sıkışma hissi	1	6
2. Sersemlik, başdönmesi	1	6
3. Ağız kuruluğu (ilaca bağlı olmayan)	1	6
4. Boğazınızda tıkanma	1	6
5. Yutma güçlüğü, boğulma hissi	1	6
6. Nefes alma güçlüğü	1	6
7. Soğuk veya sıcak terleme, ateş basması	1	6
8. Kalp çarpıntısı	1	6
9. Göğüs veya karın ağrısı (ya da rahatsızlığı)	1	6
10. Kaslarda gerginlik veya acı	1	6
11. Rahatlayamama	1	6
12. Huzursuz hissetme	1	6
13. Kolay irkilme, ürkme	1	6
14. Titreme, sarsılma	1	6
15. Sürekli sinirli hissetme	1	6
16. Kaygılarınız yüzünden dikkatini toplayamama	1	6
17. Kaygılarınız yüzünden uykuya dalma güçlüğü	1	6
18. Ruhsal gerginlik	1	6
19. Kontrolünü kaybedeceğinden korkma	1	6
20. Gerçek olmadığınız hissi (rüyada gibi)	1	6
21. Kötü birşey olacağından korkma (ölüm gibi)	1	6

CA8.A. (CA7'DEKİ 6 KODLARINI SAYIN) gibi yakınmalarınız ne zamandır var ? ____ hafta

26 HAFTADAN ÇOKSA SORUN.

B. Bu sorunlarınız ilk kez ne zaman başladı ?

BŞ YAŞI: ____

CA8.A 4 YA DA DAHA FAZLA KODLANDIYSA.

C. CA7 1-21 ARASI KAÇ 6 KODU VAR ?

EŞİK: 04

EŞİĞE ULAŞTIYSA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ.

BUNALTI/PANİK

Şimdi yine yalnız geçen aya ilişkin değil tüm yaşamınıza ilişkin sorular soracağım.

D1 Başkalarının korku ya da bunaltı duymayacakları durumlarda birdenbire kendinizi çok korkmuş, bunaltili ve çok tedirgin hissettiğiniz nöbetleriniz oldu mu ?

HAYIR.. (D2'YE GEÇİNİZ)...1
EVET.....5

D2 Bu, toplulukta dikkatin üzerinize toplandığı veya tehlikede olduğunuz durumlar dışında oldu mu ?
EVET İSE SORUŞTURMADAN ÖNCE SORUN.

Bana böyle bir nöbetinizi anlatabilir misiniz ?

ÖRNEK :.....

DR: BAŞKA:

D2 1 OLARAK KODLANDIYSA D20'YE GEÇİNİZ.

1 2 5 6
TA 4

D4 Ani ve şiddetli korku ve tedirginlik hissettiğiniz en kötü nöbetlerinizden birinde şimdi sayacağım şikayetlerden var olanları söyleyiniz. HER BELİRTİYİ OKUYUNUZ VE HER BELİRTİYİ "EVET" YA DA "HAYIR" OLARAK KODLAYINIZ. GEREKTİKÇE "Bu nöbet sırasında"YI YİNELEYİNİZ.

	H	E
1. <u>nefes darlığı</u> , nefes alma güçlüğü,	1	5
2. <u>çarpıntı</u> ,	1	5
3. <u>başdönmesi</u> , sersemlik hissi,	1	5
4. <u>göğsünüzde/midenizde</u> , baskı, sıkışma, ağrı, rahatsızlık	1	5
5. <u>ellerinizde ya da ayaklarınızda</u> karıncalanma, uyuşma	1	5
6. <u>boğazınızda tıkanma</u> , yutma güçlüğü,	1	5
7. <u>baygınlık hissi</u>	1	5
8. <u>terleme</u> ,	1	5
9. <u>titreme</u> ,	1	5
10. <u>ateş basması</u> , üşüme,	1	5
11. kendinizin ya da çevrenizdeki <u>şeylerin gerçek olmadığı duygusu</u> ,	1	5
12. <u>ölüm korkusu</u> ,	1	5
13. <u>çılgın gibi</u> , <u>deli gibi davranma</u> korkusu	1	5
14. <u>bulantı</u> ,	1	5
15. <u>karın ağrısı</u> ,	1	5
16. <u>boğulma hissi</u> ,	1	5
17. <u>ağız kuruluğu</u>	1	5

D5 D4'DE 5 KODLANMIŞ BİRDEN FAZLA SORU VAR MI ?

HAYIR..D20'YE GEÇ.1
EVET.....5

D6 (D4'DE 1-17 ARASINDA 5 KODLANMIŞ BELİRTİLERDEN SÖZ EDEREK)gibi sorunlarınızın olduğu korku ya da bunalı nöbetleriniz (ilk/son) kez ne zaman oldu ?
SN 1 VEYA 2 KODLANDIYSA SORUN.

BŞ:1 2 3 4 5 6
BŞ YAŞI: _/_
SN:1 2 3 4 5 6
SN YAŞI: _/_

A. Geçen ay böyle kaç nöbet geçirdiniz ? _/_ EŞİK: 03

D7 Bir ay ya da daha uzun süre her hafta böyle en az 4 nöbet geçirdiğiniz oldu mu ?

H.....1
E.....5

D8 4 Haftalık bir süre içinde bunun gibi 4 nöbet geçirdiniz mi ?

H.....1
E.....5

D9 Bir nöbet geçirdikten sonra bir ay ya da daha uzun süre yeni bir nöbet gelecek diye sürekli korkunuz oldu mu ?

H.D10'A GEÇİN.1
E.....5

A. Geçen ay içinde böyle bir nöbet geçireceğinizden sürekli korkunuz mu ?
D6A 3 YA DA DAHA FAZLA KODLANDIYSA VEYA D9A 5 KODLANDIYSA HASTA İZLEME ÇALIŞMASINA ALINACAKTIR. İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ.

HAYIR.....1
EVET.....5

D10 Nöbetler sırasında (D4'DE 5 KODLANMIŞ EN FAZLA 4 BELİRTİYİ SAYARAK) birden başlayıp ilk birkaç dakika içinde kötüleşiyor mu ?

H.....1
E.....5

D20

Bazı insanlar kalabalıkta, yalnız dışarı çıktıklarında, otobüs, otomobil ya da tren gibi taşıtlarda, köprüden geçerken, mantıksızca, büyük bir korkuya kapılırlar ve bu yüzden bu gibi durumlardan kaçınırlar. Siz de böyle bir durumda olmaktan her zaman çok korktuğunuz bir dönem hiç yaşadınız mı ?

H..E1'E GEÇ...1
E.....5

A.Şu durumlarda böyle bir korku hissettiniz mi ?

- 1) kalabalıkta ya da kuyrukta beklerken
- 2) evden ayrılırken veya evden uzakta yalnızken
- 3) çarşıda, pazarda
- 4) araba, otobüs, tren ya da uçakta
- 5) köprüden geçerken

HAYIR	EVET
1	5
1	5
1	5
1	5
1	5

HERHANGİ BİRİ 5 KODLANDIYSA ÖRNEK İSTEYİNİZ:

HEPSİ 1 KODLANDIYSA 21'E , DEĞİLSE 22'YE GEÇİNİZ.

D21 Sizi her zaman çok korkutan bir durumdan söz ederken nasıl bir durum düşünmüştünüz ?

Ör:.....

YUKARDAKİLERİN
HİÇBİRİ..E1'E
GEÇİNİZ.....1
BAŞKA.....5

D22 Bu durumda iken,

1. baş dönmesi
2. terleme
3. titreme
4. ağız kuruluğu
5. kalp çarpıntısı oldu mu ?

HAYIR	EVET
1	5
1	5
1	5
1	5
1	5

A. Bu sırada mide ya da göğsünüzde bir rahatsızlık, soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, kontrolünüzü kaybedecek ya da delirecekmışsiniz gibi bir duygu oldu mu ?

HAYIR.....1
EVET.....5

D23 Bu açıklanamayan güçlü korku sırasında, kimse yardım etmese ve kaçamasanız, bayılmaktan, ya da güçsüz kalacağınız, utanacağınız bir duruma düşmekten korktunuz mu ?

HAYIR.....1
EVET.....5

D24 Korkunuz nedeniyle bu durumlardan kaçındığınız oldu mu?

HAYIR.....1
EVET.....5

D25 BŞ/SN: (ilk/son) kez ne zaman (D20 A'DA 5 KODLANAN YA DA D21'DE SÖZ EDİLEN DURUMLAR)'dan mantıksızca büyük bir korkunuz oldu ?

BŞ: 1 2 3 4 5 6
BŞ YAŞI: _/_
SN: 1 2 3 4 5 6
SN YAŞI: _/_

D26 D22(1-5, D22A'DAN BİRİ) VE D24 "5" kodlandı mı ?

HAYIR..E1'E GEÇ...1
EVET.....5

D27 Bu korkularınızı bir doktora anlattınız mı ?

HAYIR.....1
EVET..2'YE GEÇİN..5

1. Bu korkularınız nedeniyle başka (profesyonel) kişilere başvurdunuz mu ?

HA....1 EV.....5

2. Bu korkular nedeniyle birden çok kez ilaç aldınız mı?

HA....1 EV.....5

3. Bu korkular günlük yaşamınızı ve faaliyetlerinizi çok aksattı mı ?

HA....1 EV.....5

D28 Bu korkular nedeniyle yolculuğa çıkamadığınız oldu mu?

HA....1 EV.....5

D29	Bu korkular nedeniyle bütün bir gün evden çıkamadığınız oldu mu ?	HA....1	EV.....
D30	D2 deki PANİK NÖBETİ 2-5 KODLANDI MI ?	HAYIR...E1'E GEÇİN...1	EVET.....5
D31	Kendinizi birdenbire bunaltılı ya da rahatsız hissedip (D4 de 5 KODLANANLARDAN EN ÇOK 3 TANESİNİ SAYARAK) gibi belirtiler ortaya çıktığından söz ettiniz. Bu korkular yalnızca (D20 de 5 KODLANAN YA DA D21'DE SÖZ EDİLEN DURUMLARI SAYARAK) mı ortaya çıkıyordu ? Yoksa başka zamanlarda da oldu mu ?	NÖBETLER YALNIZ FOBİK DURUMLARDA..1 FOBİK DURUMLAR DIŞINDA NÖBETLER..5	

E BÖLÜMÜ:DEPRESYON E1-E49

E1-E31 ARASINDA BELİRTİNİN SON 4 HAFTA İÇİNDE OLUP OLMADIĞINI DA (6) KODLAYINIZ. 2 HAFTA SÜRELİ SORULARDA 6 KODU İÇİN BELİRTİNİN VARLIĞI YETERLİDİR.

E1	Yaşamınızda iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün kendinizi üzüntülü, kederli, çökkün hissettiğiniz oldu mu?	1	5 6
E2	Yaşamınızda 2 yıl ya da daha uzun süreyle arada kendinizi iyi hissetseniz de çoğu gün kederli, çökkün oldunuz mu?	HA..E7'YE GEÇİN...1 EV..A'YI SORUN....5	
A.	Böyle bir dönem (arada 2 ay iyilik hali olmadan) kesintisiz iki yıl sürdü mü ? 5 KODLANMADIYSA E7'YE GEÇİN.	1 2	5
BŞ/SN:	Kendinizi en az iki yıl, zamanın çoğunda üzüntülü, kederli hissettiğiniz dönemlerin (ilki/sonuncusu) ne zaman başladı/bitti ?	BŞ : 1 2 3 4 5 6 BŞ YAŞI : _/_/ SN : 1 2 3 4 5 6 SN YAŞI : _/_/	
E3	Bu dönem boyunca sık sık ağlar mıydınız ?	HA.....1 EV.....5 6	
E4	Bu dönemde kendinizi sıklıkla umutsuz hisseder miydiniz?	HA.....1 EV.....5 6	
E5	Bu iki yıl ya da daha uzun süreli dönemde günlük yaşamla ve sorumluluklarınızla baş edemediğinizi hissettiniz mi?	HA.....1 EV.....5 6	
E6	Bu dönemde yaşamınızın her zaman kötü olduğunu ve daha iyiye de gitmediğini hisseder miydiniz ?	HA.....1 EV.....5 6	

D29	Bu korkular nedeniyle bütün bir gün evden çıkamadığınız oldu mu ?	HA....1	EV....
D30	D2 deki PANİK NÖBETİ 2-5 KODLANDI MI ?	HAYIR...E1'E GEÇİN...1	EVET.....5
D31	Kendinizi birdenbire bunaltılı ya da rahatsız hissedip (D4 de 5 KODLANANLARDAN EN ÇOK 3 TANESİNİ SAYARAK) gibi belirtiler ortaya çıktığından söz ettiniz. Bu korkular yalnızca (D20 de 5 KODLANAN YA DA D21'DE SÖZ EDİLEN DURUMLARI SAYARAK) mı ortaya çıkıyordu ? Yoksa başka zamanlarda da oldu mu ?	NÖBETLER YALNIZ FOBİK DURUMLARDA..1 FOBİK DURUMLAR DIŞINDA NÖBETLER..5	

E BÖLÜMÜ:DEPRESYON E1-E49

E1-E31 ARASINDA BELİRTİNİN SON 4 HAFTA İÇİNDE OLUP OLMADIĞINI DA (6) KODLAYINIZ. 2 HAFTA SÜRELİ SORULARDA 6 KODU İÇİN BELİRTİNİN VARLIĞI YETERLİDİR.

E1	Yaşamınızda iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün kendinizi üzüntülü, kederli, çökkün hissettiğiniz oldu mu?	1	5 6
E2	Yaşamınızda 2 yıl ya da daha uzun süreyle arada kendinizi iyi hissetseniz de çoğu gün kederli, çökkün oldunuz mu?	HA..E7'YE GEÇİN...1 EV..A'YI SORUN....5	
A.	Böyle bir dönem (arada 2 ay iyilik hali olmadan) kesintisiz iki yıl sürdü mü ? 5 KODLANMADIYSA E7'YE GEÇİN.	1 2	5
BŞ/SN:	Kendinizi en az iki yıl, zamanın çoğunda üzüntülü, kederli hissettiğiniz dönemlerin (ilki/sonuncusu) ne zaman başladı/bitti ?	BŞ : 1 2 3 4 5 6 BŞ YAŞI : _/_ SN : 1 2 3 4 5 6 SN YAŞI : _/_	
E3	Bu dönem boyunca sık sık ağlar mıydınız ?	HA.....1 EV.....5 6	
E4	Bu dönemde kendinizi sıklıkla umutsuz hisseder miydiniz?	HA.....1 EV.....5 6	
E5	Bu iki yıl ya da daha uzun süreli dönemde günlük yaşamla ve sorumluluklarınızla baş edemediğinizi hissettiniz mi?	HA.....1 EV.....5 6	
E6	Bu dönemde yaşamınızın her zaman kötü olduğunu ve daha iyiye de gitmediğini hisseder miydiniz ?	HA.....1 EV.....5 6	

E7- E31 ARASINDA KÖŞELİ PARANTEZ İÇİNDEKİLERİ ATLAYINIZ. KODLAMANIZI BİRİNCİ KOLONDA YAPINIZ

		I YAŞAM BOYU	II EN KÖTÜ DÖNEM H E
E7	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>iştahınızı</u> [kaybettiniz mi ?] <u>kaybettiğiniz</u> hiç oldu mu ? BESLENME NORMAL OLSA BİLE POZİTİF OLABİLİR. DR:..... BAŞKA:..... 5 KODLANMADIYSA E8'E GEÇİN.	1 4 5* 6*	1 5
A.	(Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) iştahınızı tümüyle kaybettiniz mi ?	HAYIR.....1 EVET.....5 6	1 5
E8	<u>Zayıflamaya çalışmadığınız</u> halde birkaç hafta süreyle haftada 1 kilo ya da toplam 4.5 [kilo verdiniz mi ?] <u>kilo verdiğiniz</u> hiç oldu mu ? DR:..... BAŞKA:..... 5 KODLANMADIYSA E9'A GEÇİN.	1 4 5* 6*	1 5
A.	(Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) kaç kilo kaybettiniz ?	KG: _____	KG: _____
E9	Büyüme dönemi (ya da hamilelik) dışında en az 2 hafta süreyle [iştahınız arttı mı ?] <u>iştahınızda artma</u> oldu mu ? DR:..... BAŞKA:.....	1 4 5* 6*	1 5
E10	Çok fazla yiyerek birkaç hafta süreyle haftada 1 kilo (ya da toplam 4.5 kilo) [aldınız mı ?] <u>aldığınız</u> bir dönem oldu mu ? MALNÜTRİSYON SONRASI İSE 1 KODLAYIN. DR:..... BAŞKA:..... 5 KODLANMADIYSA E11'E GEÇİN.	1 4 5* 6*	1 5
A.	(Bu dönemde/ bu dönemlerden birinde) en fazla kaç kilo aldınız ?	KG: _____	KG: _____
E11	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece <u>uykuya dalmakta güçlük</u> [çektiniz mi ?] <u>çektığınız</u> oldu mu ? DR:..... BAŞKA:..... 5 KODLANMADIYSA E12'YE GEÇİN.	1 4 5* 6*	1 5
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece en az iki saat uykuya dalamadığınız [dalamadınız mı ?] bir dönem oldu mu ?	HAYIR.....1 EVET.....5 6	1 5
E12	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece [uykunuz bölündü mü ?] <u>uykunuzda bölünmeler</u> oldu mu? DR:..... BAŞKA:..... 5 KODLANMADIYSA E13'E GEÇİN.	1 4 5* 6*	1 5
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece bir saatten fazla yatakta uyanık [durdunuz mu ?] <u>durduğunuz</u> oldu mu ?	HAYIR.....1 EVET.....5 6	1 5

E10	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her sabah <u>çok erken</u> [uyandınız mı ?] <u>uyanma</u> sorumunuz oldu mu ? DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E14'E GEÇİN.	1	4	5*	6*	1	5	
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her sabah <u>istediğinizden en az 2 saat erken</u> [uyandınız mı ?] <u>uyandığınız</u> bir dönem oldu mu ?	HAYIR.....1						
		EVET.....5	6			1	5	
E14	iki hafta ya da daha uzun süre hemen her gün <u>çok fazla</u> [uyuyor muydunuz ?] <u>uyuduğunuz</u> oldu mu ? DR: BAŞKA :.....	1	4	5*	6*	1	5	
E15	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>çok çalışmadığınız</u> halde kendinizi <u>yorgun, halsiz</u> [hissettiniz mi ?] <u>hissettiğiniz</u> bir dönem oldu mu ? DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E16'YA GEÇİN.	1	4	5*	6*	1	5	
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>gücünüzün</u> tümüyle tükenmiş olduğunu hissettiniz mi ?	HAYIR....1						
		EVET.....5	6			1	5	
E16	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>sabahları</u> kendinizi <u>çok kötü</u> hissedip gün içinde daha [iyileştiniz mi ?] <u>iyileştirdiğiniz</u> oldu mu ? DR: BAŞKA:	1	4	5*	6*	1	5	
E17	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün normalden <u>yavaş konuştüğünüz</u> , ya da yavaş hareket [ettiniz mi ?] <u>ettiğiniz</u> oldu mu ? DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E18'E GEÇİN.	1	4	5*	6*	1	5	
A.	(Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) bir başkası sizin yavaş konuştüğünüzü ya da yavaş hareket ettiğinizi fark etti mi ?	HAYIR....1						
		EVET.....5	6			1	5	
E18	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün bir aşağı bir yukarı gidip geldiğiniz, yerinizde duramadığınız [duramayıp], <u>sürekli hareket</u> [ettiniz mi ?] <u>ettiğiniz</u> oldu mu ? DR: BAŞKA:	1	4	5*	6*	1	5	
E19	<u>Cinsel isteğinizin</u> [Cinsel isteğiniz] <u>her zamankinden çok az</u> [maydı ?] <u>aldığı</u> birkaç haftalık bir dönem oldu mu ? DR: BAŞKA: Hiç isteği olmamışsa 2 KODLAYIP E20'YE GEÇİN. 5 KODLANMADIYSA E20'YE GEÇİN.	1	2	4	5*	6*	1	5
A.	Cinsel isteğinizin hiç tümüyle kaybolduğu oldu mu ? [Cinsel isteğiniz tümüyle kayboldu mu ?]	HAYIR.....1						
		EVET.....5	6			1	5	
E20	iki hafta ya da daha uzun süreyle işinize ya da hoşunuza giden şeylere <u>ilginizi</u> [kaybettiniz mi ?] <u>kaybettiğiniz</u> oldu mu ? DR:..... BAŞKA :..... 5 KODLANMADIYSA E21'E GEÇİN.	1	3	5*	6*	1	5	

A.	İşinize ya da hoşlandığınız şeylere ilginizi tümüyle [kaybettiniz mi ?] kaybettiğiniz hiç oldu mu ?	HAYIR.....1 EVET.....5 6	1	5
E21	İki hafta ya da daha uzun süreyle yaşadığınız güzel şeyler karşısında (birşey kazanmak, övülmek gibi)[sevinemediniz mi ?] sevinemediğiniz oldu mu?	HAYIR.....1 EVET.....5 6	1	5
E22	İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün kendinizi ;1. <u>değersiz</u> 2. <u>günahkar</u> 3. <u>suçlu</u> [hissettiniz mi ?] hissettiğiniz oldu mu ?	HAYIR EVET 1 5* 6* 1 5* 6* 1 5* 6*	1	5
	5 VARSA SORUNUZ: Kendinizi (değersiz/ günahkar/ suçlu) hissetmeniz için bir neden var mıydı ? ÖRNEK: <u>DEĞERSİZLİK 1 KODLANDIYSA E23'E GEÇİN.</u>			
A.	Bir hafta ya da daha uzun süreyle kendinizi tümüyle değersiz [hissettiniz mi ?] hissettiğiniz oldu mu ?	HAYIR....1 EVET.....5 6	1	5
E23	İki hafta ya da daha uzun süreyle <u>başka insanlardan aşağı olduğunuzu</u> [hissettiniz mi ?] hissettiğiniz oldu mu ?	1 5* 6*	1	5
E24	İki hafta ya da daha uzun süreyle hiç bir konuda fikrinizi söyleyemeyecek kadar <u>kendinize</u> [güveniniz azaldı mı ?] <u>güveninizin azaldığı</u> oldu mu ?	1 5* 6*	1	5
A.	5 KODLANMADIYSA E25'E GEÇİNİZ. İki hafta ya da daha uzun süreyle <u>kendinize</u> <u>güveninizi</u> tümüyle [kaybettiniz mi ?] <u>kaybettiğiniz</u> oldu mu ?	HAYIR....1 EVET.....5 6	1	5
E25	İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün <u>dikkatinizi toplamakta güçlük</u> [çektiniz mi ?] <u>çektığınız</u> oldu mu ?	1 4 5* 6*	1	5
A.	DR: BAŞKA: İki hafta ya da daha uzun süreyle dikkatinizi veremediğiniz için televizyon, film izleyemediğiniz, <u>ilginizi çeken konularda okuyamadığınız</u> oldu mu ?	HAYIR....1 EVET.....5 6	1	5
E26	İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün <u>düşüncelerinizin yavaşlamış</u> ya da karışıkmiş gibi [geldi mi ?] <u>geldiği</u> oldu mu ? DR: BAŞKA:	1 4 5* 6*	1	5
E27	İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün sıradan kararları vermekte <u>güçlük</u> [çektiniz mi ?] <u>çektığınız</u> oldu mu ? DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E28'E GEÇİN.	1 4 5* 6*	1	5
A.	(İki hafta ya da daha uzun süreyle) sıradan konularda <u>karar verebilme gücünüzü</u> tümüyle [kaybettiniz mi ?] <u>kaybettiğiniz</u> oldu mu ?	HAYIR....1 EVET.....5 6	1	5

E28	İki hafta ya da daha uzun süreyle <u>ölümü</u> çok[düşündünüz mü ?] <u>düşündüğünüz</u> oldu mu ? (kendinizinkini, başkalarınınkini ya da genel olarak ölümü)	1	5*	6*	1	5
E29	İki hafta ya da daha uzun süreyle <u>ölmeyi</u> [istediniz mi ?] <u>istediğiniz</u> oldu mu ?	1	5*	6*	1	5
E30	Hiç <u>intihar etmeyi düşündüğünüz</u> oldu mu ? [intihar etmeyi düşündünüz mü ?]	1	5*	6*	1	5
E31	Hiç <u>intihar girişiminde bulundunuz</u> mu ? [intihar girişiminde bulundunuz mu ?]	1	5*	6*	1	5
E32	E7'DEN BU YANA 3 YA DA DAHA FAZLA KUTUDA 5* YA DA 6* KODU VAR MI?	HAYIR.....1 EVET.....5				
A.	E7-E31 ARASINDA 6* KODLARINI SAYINIZ	/ EŞİK: 04				
EŞİĞE ULAŞILDIYSA HASTA İZLEME ÇALIŞMASINA ALINACAKTIR. İZLEME FORMUNU DOLDURUN. E32 1 KODLANDIYSA E38A'YA GEÇİN.						
E33	E1(ÜZGÜN YA DA ELEMLİ) YA DA E20(İLGİ KAYBI) 5 YA DA 6 KODLANDI MI ?	HAYIR...E36'YA GEÇİN...1 EVET.....5				
E34	E7-E31'DE 5* / 6* KODLARI VE E1 YA DA E20 BİRLİKTE Mİ ORTAYA ÇIKMIŞ ?	HAYIR...E38A'YA GEÇ...1 BELİRSİZ.....2 EVET....E37'YE GEÇİN...5				
E36	(E7-E31 ARASINDA 5* KODLANANLARI SAYARAK) gibi sorunlarınızın olduğu dönemlerden söz ettiniz. Bu sorunlar hiç birlikte (aynı ay içinde) oldu mu ?	HAYIR...E38A'YA GEÇİN...1 EVET.....5				
A.	Bu sorunlarınız varken kendinizi iyi mi yoksa çökkün, herşeye karşı ilgisiz mi hissediyordunuz?	İYİ..E38A'YA GEÇİN....1 ÜZGÜN.....5				
E37	(İlk/son) kez ne zaman, 2 hafta ya da daha uzun süreyle bu sorunlarınızın yanı sıra kendinizi çökkün (YA DA EŞDEĞERİ) hissettiniz ?	BŞ: 1 2 3 4 5 6 BŞ YAŞI : / SN: 1 2 3 4 5 6 SN YAŞI : /				
E38	Kendinizi çökkün (YA DA EŞDEĞERİ) hissettiğiniz ve aynı zamanda saydığımız sorunların da bulunduğu en uzun dönem ne kadar sürdü ?	_____ HAFTA				
TÜM YAŞAM YA DA 19 YILDAN FAZLA İSE 996-KODLAYIN. 52xYİL= HAFTA, 4xAY= HAFTA.						
1-13 GÜN ARASINDA İSE 001 KODLAYIP A-D'Yİ SORUN VE MO'YA GEÇİN. 2 HAFTADAN ÇOK İSE E41'E GEÇİN.						
A.	Bir günden uzun 2 haftadan kısa çökkünlük dönemleriniz oldu mu ?	HAYIR...MO'A GEÇ...1 EVET.....5				
B.	Geçen yıl, hemen her ay ayda bir iki kez böyle dönemleriniz oldu mu ?	HAYIR.....1 HER AY DEĞİL.....2 EVET.....5				

C.	Doktorunuza bu daha kısa süren çökkünlük dönemlerinden söz ettiniz mi ?	HAYIR.....1 EVET.....5
D.	Bu kısa çökkünlük dönemleri yaşamınızı çok aksattı mı ?	HAYIR.....1 EVET.....5
E41	Şimdi size (çökkün/EŞDEĞERİ) olduğunuz ve (E7-E31 ARASINDA 5*/6* KODLANAN BİRKAÇ MADDEYİ SAYARAK) gibi sorunlarınızın olduğu dönemleri sormak istiyorum. Yaşamınız boyunca, 2 hafta ya da daha uzun süren böyle kaç dönem oldu ? 96 YA DA DAHA FAZLA İSE 96 KODLAYIN. YALNIZ BİR TANEYSE E42'YE GEÇİN.	NÖBET
A.	Bu dönemler arasında en az birkaç ay süreyle kendinizi iyi hissediyor muydunuz ?	HAYIR...(E42'YE GEÇİN)...1 EVET.....5
B.	Bu dönemler arasında tüm kapasitenizle çalışabiliyor muydunuz, başka insanlarla birlikte olmaktan hoşlanabiliyor muydunuz ?	HAYIR...(E42'YE GEÇİN)...1 EVET.....5
C.	Aradaki bu "normal" dönem en az 6 ay sürdü mü ?	HAYIR.....1 EVET...(E42'YE GEÇİN)...5
D.	Bu dönem en az iki ay sürdü mü ?	HAYIR.....1 EVET.....5
E42	Kendinizi (çökkün/EŞDEĞERİ) hissettiğiniz dönem(ler) yüzünden hiç hastaneye (gündüz ya da tam gün hastası olarak) yatınız mı ?	HAYIR.....1 EVET...(E44'E GEÇİN)...5
E43	Bu dönem(ler)den bir doktora söz ettiniz mi ?	HAYIR.....1 EVET...(2'YE GEÇİN)...5
	1. Bu dönem(ler)den bir başka (profesyonel) kişiye söz ettiniz mi ?	HAYIR.....1 EVET.....5
	2. Bu dönem(ler)de birden çok kez ilaç kullandınız mı ?	HAYIR.....1 EVET.....5
	3. Bu dönem(ler) yaşamınızı, işinizi ve uğraşlarınızı önemli ölçüde aksattı mı ?	HAYIR.....1 EVET.....5
	4. Böyle bir dönem çalışmanızı, dost ve akrabalarınızı görmeyi engelleyecek ölçüde ağır oldu mu ?	HAYIR.....1 EVET.....5
E44	GEÇEN YIL NÖBET VARSA (E37:1-5) SORUN: Geçen yılki (bu dönem/dönemlerden biri) bir yakınınızın ölümünden hemen sonra mı oldu ? ÖLÜMDEN 2 AY GEÇTİKTEN SONRA BAŞLAMIŞSA 1 KODLAYIP E45'E GEÇİN.	HAYIR...(E45'E GEÇİN)...1 EVET.....5
A.	Bu nöbetiniz yakınınızın ölümüne mi bağlıydı ?	EVET, ÖLÜME BAĞLI.....2 HAYIR, YALNIZ ÖLÜME BAĞLI DEĞİL.....5
E45	E41'DE KODLANAN NÖBET SAYISI 1'DEN FAZLA MI ?	HAYIR.....1 EVET...(E47'YE GEÇİN)...5
A.	BAŞLANGICI SON AY İÇİNDE Mİ ? (E37 BŞ 1 YA DA 2 KODLANDI MI ?)	EVET...MO'A GEÇİN.....5 HAYIR.....1
E46	EN UZUN NÖBET 52 HAFTADAN UZUN MU ? (E38)	HAYIR...(E48'E GEÇİN)...1 EVET.....5

E47 Şimdi, en az iki hafta süreyle kendinizi (çökkün /EŞDEĞERİ) hissettiğiniz ve daha önce saydığımız sorunlarınızın en çok olduğu zamanı öğrenmek istiyorum. O zaman kaç yaşındaydınız ? (SEÇEMİYORSA KÖTÜ NÖBETLERDEN BİRİNİ ALIN.)

YAŞ : ____/____

A. ŞİMDİKİ EN KÖTÜ NÖBET Mİ ?

EVET..E49'A GEÇ...5
HAYIR.....1

E48 ____ yaşınızda ortaya çıkan ve kendinizi (çökkün/EŞDEĞERİ) hissettiğiniz bu nöbetinizde sayacağım şikayetlerden hangileri vardı ? (E7'YE DÖNÜN. [] İÇİNDEKİ SÖZLERİ KULLANARAK E7-E31 ARASINDA 5 KODLANAN HER SORUYU OKUYUN.) BELİRTİ BU DEPRESYON NÖBETİNDE VARSA İKİNCİ KOLONDA 5 KODLAYIN. YOKSA İKİNCİ KOLONDA 1 KODLAYIN.

E49 TEK NÖBET VARSA MO'A GEÇİNİZ.
Kendinizi (çökkün/EŞDEĞERİ) hissettiğiniz birden fazla nöbetiniz olduğunu söylediniz. Başka nöbetlerinizde şimdi söz ettiğimiz nöbetteki kadar çok şikayetiniz oldu mu ?

HAYIR.....1
EVET, EN AZ BİR TANESİNDE..5

M BÖLÜMÜ: BELLEK

MO Unutkanlığınız var mı ? HAYIR...10'A GEÇ...1
EVET5

A. BU BÖLÜMÜN KULLANILMA NEDENİ:
HASTANIN BİLİŞSEL DURUMU GÖRÜŞMEYİ SÜRDÜRMEYİ OLANAKSIZ KILIYOR...1
HASTA BELLEK SORUNLARINDAN SÖZ EDİYOR.....2

M1 Unutkanlığınızdan bir doktora söz etme fırsatı buldunuz mu ? HAYIR....1
EVET.....5

Şimdi size dikkatinizi ve hafızanızı ölçecek sorular sormak istiyorum.

YANITI YAZIP KODLAYINIZ.

DOĞRU YANLIŞ

- | | | | |
|--|-------|---|---|
| M2 Hangi yıldayız ? | _____ | 1 | 5 |
| M3 Yılın hangi mevsimindeyiz ? | _____ | 1 | 5 |
| M4 Bugün günlerden ne ? | _____ | 1 | 5 |
| M5 Hangi aydayız ? | _____ | 1 | 5 |
| M6 (Şimdi nerede olduğumuzu söyleyebilir misiniz ?) | _____ | 1 | 5 |
| Örneğin; hangi ildeyiz ? | _____ | 1 | 5 |
| M7 Hangi şehir/kasabadayız ? | _____ | 1 | 5 |
| M8 Burası neresi ? | _____ | 1 | 5 |
| M9 Size 3 isim söyleyeceğim ve bunları tekrarlamanızı isteyeceğim. Bunları aklınızda tutmaya çalışın; birkaç dakika sonra neler olduklarını soracağım. | | | |
| elma masa para | | | |
| Tekrarlayabilir misiniz ? | _____ | 1 | 5 |
| | _____ | 1 | 5 |
| | _____ | 1 | 5 |
- UÇU DE ÖĞRENİLENE DEK TEKRARLAYINIZ .