

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLARDA TİP D KİŞİLİK, STRES VE
PSİKIYATRİK SEMPTOMATOLOJİ: RUHUM MU HASTA DERİM Mİ?

UZMANLIK TEZİ

Dr. Esra ETYEMEZ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Behçet COŞAR

ANKARA

TEMMUZ 2011

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLARDA TİP D KİŞİLİK, STRES VE
PSİKIYATRİK SEMPTOMATOLOJİ: RUHUM MU HASTA DERİM Mİ?

UZMANLIK TEZİ

Dr. Esra ETYEMEZ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Behçet COŞAR

ANKARA

TEMMUZ 2011

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar LİSTESİ	iii
KISALTMALAR	v
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 PSİKOSOMATİK TIP.....	4
2.2 PSİKODERMATOLOJİ	5
2.2.1 Psikosomatik Açıdan Deri.....	5
2.2.2 Psikonöroimmunodermatoloji.....	7
2.2.3 Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırması.....	9
2.3 PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLARDA GÖRÜLEN STRES VE DİĞER RUHSAL BELİRTİLER	11
2.3.1 Psikodermatolojik hastalıklar ile stres, stresle baş etme tarzı ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki	11
2.3.2 Psikodermatolojik hastalıklar ile diğer ruhsal belirtiler arasındaki ilişki	18
2.4 TİP D KİŞİLİK.....	21
3.1 Örneklem Grubunun Seçimi	25
3.2 Yöntem	26
3.3 Veri toplama araçları.....	26
3.3.1 Hasta değerlendirme formu	26
3.3.3 Stresli Yaşam Olaylarını Tarama Formu (SYOTF).....	27
3.3.4 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).....	28

3.3.5 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support –MSPSS	29
3.3.6 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)	30
3.3.7 Kısa Semptom Envanteri (KSE).....	30
3.4 İstatistiksel Değerlendirme	31
4.1 Stres Verilerine İlişkin Bulgular	35
4.2 Ruhsal Belirtilere Ait Verilerine İlişkin Bulgular	43
4.3 Tip D Kişilik Özelliklerine Ait Verilere İlişkin Bulgular	51
5.1 Stres değişkenleri ile ilgili yorumlar	63
5.2 Ruhsal belirtilerle ilgili yorumlar	67
5.3 Tip D Kişilik ile ilgili yorumlar	69
6. KAYNAKLAR	72
7. ÖZET	85
8. SUMMARY	87
9. EKLER	89
10. ÖZGEÇMİŞ	99

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo A: Koblenzer Sınıflaması.....	10
Tablo B : Koo ve Lee sınıflaması.....	11
1- Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri	34
2- Psikodermatoloji Hastalarında Hastalığın Başladığı Dönemdeki Stres	
Faktörüne Ait Dağılım.....	36
3- Stresli Yaşam Olayı Sayısının Gruplara Göre Dağılımı	38
4- Stresli Yaşam Olayları Sayısı ve Subjektif Etkilenme Şiddetine İlişkin	
Ölçümlere Ait Kruskal Wallis Sonuçları.....	39
5- Gruplara Göre SBTÖ Alt Ölçek Puanlarına Ait Kruskal Wallis Sonuçları.....	41
6- Gruplara Göre MSPSS Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarına Ait Kruskal Wallis	
Sonuçları.....	43
7- Gruplara Göre KSE Alt Ölçek Puanlarına Ait Kruskal Wallis Sonuçları	48
8- Gruplara Göre HAD Anksiyete ve HAD Depresyon Ölçek Puanlarına Ait	
Kruskal Wallis Sonuçları.....	50
9- Grupların Tip D Kişilik Özelliklerine İlişkin Ki-Kare Sonuçları	51
10- Psikodermatolojik Hastalarda Tip D Kişilik Özelliklerinin Sosyodemografik	
Veriler Açısından Dağılımı	53
11- Psikodermatoloji Hastalardaki Tip D Kişilik Özelliklerinin Stres Faktörü	
Açısından Dağılımı.....	54

12- Psikodermatoloji Hastalarında Tip D Kişilik Özelliklerine Göre Stresli Yaşam Olayları Sayısı ve Stresli Yaşam Olaylarından Subjektif Etkilenme Puanlarına İlişkin Ölçümlere Ait Mann Whitney U Sonuçları	55
13- Tip D Kişilik Özelliklerine Göre Stresle Baş etme Tarzı ve Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçek Puanlarına Ait Mann Whitney U Sonuçları.....	57
14- Tip D Kişilik Özelliklerine Göre HAD ve KSE Alt Ölçek Puanlarına Ait Mann Whitney U Sonuçları.....	61

KISALTMALAR

NA : Negatif affektivite

SI : Sosyal inhibisyon

NICE : Nöro-İmmun-Kutanoz-Endokrin Sistem

NP : Nöropeptit

ACTH : Adreno-Kortikotropik Hormon

CRH : Kortikotropin Serbestleştirici Hormon

HADÖ : Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

DS-14 : Tip D Ölçeği-14

KSE : Kısa Semptom Envanteri

SYOTF : Stresli Yaşam Olaylarını Tarama Formu

SBTÖ : Stres İle Başetme Tarzı Ölçeği

MSPSS : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

1.GİRİŞ

Psikosomatik bozukluklar dendiğinde oluğu ya da gidiğu üzerinde ruhsal etkenlerin önemli yer aldığı bedensel hastalıklar anlaşılır. Deri hastalıklarının ruhsal durumla ilişkisinde psikosomatik kuramın önemli bir yeri vardır. Psikodermatolojik hastalıklar, stres ve psikiyatrik belirtilerden etkilenen çeşitli dermatolojik hastalıklar ile düşünce, davranış ve algı bozukluklarının deriyi hedef aldığı psikiyatrik hastalıkları içermektedir. Psikodermatolojik hastalıklar grubunda birçok farklı hastalık olması dolayısıyla değişik sınıflama çabaları olmuştur. Bugün yaygın olarak kabul gören sınıflamalardan biri Koo ve Lee tarafından önerilen ve etyolojiyi temel alan sınıflamadır. Koo ve Lee psikodermatolojik hastalıkları; primer psikiyatrik olup deri belirtileriyle seyreden hastalıklar (Delüzyonel parazitoz, yapay dermatit, trikotillomani...), psikofizyolojik/stresle oluşan ya da artan hastalıklar (Psöriazis, akne, atopik dermatit, ürtiker, hiperhidroz...) ve primer dermatolojik olup psikiyatrik bozukluklara yol açan hastalıklar (Alopesi areata, vitiligo, kronik ekzema...) olmak üzere 3 gruba ayırmıştır.

Stres ve diğer psikolojik etmenler birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkmasını ya da belirtilerin alevlenmesini tetikler. Deri hastalıklarında stresin rolü ile ilgili çok sayıda araştırma göze çarpmaktadır, bu araştırmalarda stres yaratan çevresel etkenler, özgül durumlarda kişilerin stres karşısında yaşadıkları subjektif deneyimler ve stresle başetme şekilleri üzerinde durulmuştur.

Psikiyatrik hastalıklar birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkışı ya da alevlenmesinde rol oynayabilirken dermatolojik hastalıklar da kronik gidişleri, beden imajına etkileri ve damgalanmaya yol açma olasılıkları yüzünden psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkışına yol açabilirler. Yapılan araştırmalarda tüm dermatolojik hastalıklar içinde psikiyatrik hastalık görülme oranı % 5 rapor edilmişken, bu hastaların % 44'ünde depresyon % 35'inde ise anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Daha az oranda görülen ruhsal rahatsızlıklar ise sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, alkol bağımlılığı, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, şizofreni ve yeme bozukluklarıdır.

Tip D kişilik; negatif duyguları deneyimlemeye meyil (NA) ve bu duyguları sosyal ilişkilerden kaçarak (SI) inhibe etmeyle karakterizedir. Tip D tanımı koroner kalp hastalarında kişiliğin rolünü araştıran çalışmalar sırasında ortaya atılmış ve literatürdeki araştırmaların büyük bir kısmı kardiovasküler hastalar üzerinde yapılmıştır. Bir çok çalışmada tip D kişiliğin stres ve çeşitli emosyonel, sosyal zorluklarla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Dermatolojik hastalıklarda psikiyatrinin öneminden yola çıkarak bu çalışmada Koo ve Lee sınıflamasına göre psikiyatrik semptomaya yol açan dermatolojik hastalıklar ve psikofizyolojik/stresle oluşan ya da artan hastalıklar ele alınmıştır. Bu hastalarda Tip D kişilik prevalansının belirlenmesi ve tip D olan ile olmayanların demografik özellikler, stresli yaşam olayları, stres karşısında yaşadıkları subjektif deneyimler, stresle baş etme yöntemleri, algılanan sosyal destek ve psikiyatrik komorbidite açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Dünyada psikodermatolojik hastalıklarla tip D arasındaki ilişkiyi inceleyen bir

başka çalışma olmaması nedeniyle bu çalışmanın özgünlüğü bakımından literatürde önem taşımasını ummaktayız.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 PSİKOSOMATİK TIP

Psikosomatik tıp, ruh - beden bütünlüğü ve bunlar arasındaki etkileşim üzerinde durmaktadır. (1) 1977’de Lipowski psikosomatik tıbbı, sağlık ve hastalık durumunda psikolojik, biyolojik ve sosyal etmenlerin birbiri ile ilişkisini inceleyen bir bilim dalı, tıp uygulamalarına kapsamlı ve bütünsel yaklaşım getiren bir disiplin olarak tanımlamıştır. (2) İnsanın psikofizyolojik yapısı; genetik, prenatal (doğum öncesi) ve erken çocukluk yaşantısına ait etkenlerin birbiriyle karşılıklı etkileşim halinde bulunduğu bir sistemdir. Bu sistem, sürekli değişim gösteren dış çevre ortamı (psikososyal çevre) ile de karşılıklı etkileşim içindedir. Bu sistemin kendine göre bir denge durumu (homeostazis) vardır. Organizmanın homeostatik dengesi biyolojik, psikolojik ve sosyal durumlarla sıkı bir etkileşim ilişkisi içindedir. Dıştan veya içten gelen herhangi bir uyaran (veya durum değişikliği) sistemin dengesini bozduğunda ya da bozma tehdidinde bulunduğu, sistem, kendi olanaklarını kullanarak dengesini korumak veya değişen duruma uyum sağlamak üzere dengeyi yeniden kurmak için harekete geçer. Bunda başarılı olamadığında, önce sistemde işlev bozukluğu (hastalığa yatkınlık) belirir. Bu bozukluğun derecesi ve sürekliliğine göre de hastalık oluşur. Psikosomatik hastalıkların temelinde söz konusu olan, homeostatik dengenin bozulması ve bu bozulmaya karşı organizmanın kendi olanaklarıyla yeterli ya da yetersiz biçimde bir çözüm bulmaya, en azından uyum sağlamaya (adaptasyon)

çalışmasıdır. (3) Bedendeki hemen hemen her organ sistemi, psikosomatik hastalıklardan etkilenebilmektedir. (4)

2.2 PSİKODERMATOLOJİ

2.2.1 Psikosomatik Açıdan Deri

Deri ile insanın kişiliğini yaratan ruhsal olgular arasındaki ilişkinin aydınlatılmasında psikosomatik kuramın önemli bir yeri vardır. (5) Deri ile ruh ilişkisi birkaç bağlantı ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Öncelikle epidermis, sinir sistemiyle aynı embriyolojik kökene sahiptir. İnsanı dış dünyadan ayırır; dış dünyaya karşı kişinin vitrinidir. Bu özellikleriyle deri, bireysel varoluşumuzda çok özel bir yere sahiptir. Deri önemli bir erojen bölgedir ve dokunma, ısı ve ağrı da erojen haz kaynaklarıdır. Bebeklik çağından itibaren annenin dokunması, okşaması gibi erotik ödüllendirmenin de kaynağıdır. Eğer deriyi olağan biçimde kullanma güdüsü bastırılmış ise, deriyi uyarıcı ve ona karşıt olan yineleyici eğilimler derideki değişimler aracılığıyla beden üzerinden bir anlatım bulabilir. Ayrıca utanma, kızgınlık gibi bazı emosyonel durumlarımızı istemsiz olarak dışarıya ilettiği için bir kaygı kaynağı da olabilir. (6) Ayrıca deri, duyguların dışavurum organı ve kaygının dışarı boşalım yeridir. (7)

Psikosomatik kurama göre; kişinin bütünlüğü temelinde endişe ve yaralanma oluşturan herhangi bir çatışma durumu, buna dayalı olarak zihinsel

veya bedensel bir hastalığa dönüşebilmektedir. Deri hastalıkları konusunda Cazzullo'nun işaret etmekte olduğu gibi, “bir çatışma durumundan bir yüzeyselleştirme düzeneği”nin fitili ateşlenmektedir. (5) Cormia'da benzer biçimde, psikodermatolojik hastalığı olan kişilerin yaşamlarındaki zor durumların üstesinden gelemediklerini ve bu zorlanmanın yarattığı gerginlik, stres sonucunda otonom mekanizmaların kullanılmasının deri hastalıklarına yol açabileceğini ifade etmiştir. (8)

Psikanalistler, psikosomatik hastalıkların açıklamasını yaparken, sadece çatışmalara değinmekle yetinmemişler, kişilik, yaşam olayları gibi başka faktörlere de açıklamalarında yer vermişlerdir. Dunbar ve Alexander'a göre, her bir psikosomatik rahatsızlık için özgül kişilik özellikleri bulunmaktadır. Onlar, bu düşünce doğrultusunda ‘kişilik profilleri’ oluşturmuşlar ve bu kişilik profilleri ile bedensel rahatsızlıklar arasında bağlantı kurmaya çalışmışlardır. Alexander (1950) çatışmalar ve yaşam olaylarının hastalık gelişimindeki birlikte etkisinin önemini vurgulamaktadır. Ona göre, çözümlenmemiş psikolojik çatışmanın varlığı ile savunmaları zayıflayan kişiler, belirli yaşam olayları karşısında en zayıf beden bölgelerinde rahatsızlık yaşamaktadırlar. (9) Deri gerek kolay ulaşılabilir olmasıyla, gerekse erken dönemde bağlanmadaki primer rolü nedeniyle gerilimi azaltıcı davranışların odaklandığı yerdir. Deri en göz önünde olan organ olmasından dolayı, psikolojik içgörüsü az olan somatizasyona eğilimli kişilerde görülen deri lezyonları emosyonel rahatsızlıkların ifadesi için tek yol olabilir. (10)

2.2.2 Psikonöroimmunodermatoloji

Deri, emosyonel stresten başka organlara göre çok daha fazla etkilenmektedir. Bu nedenle psikosomatik deri hastalıklarında otoimmüniter zemin, değişik etiyolojik faktörlerin varlığı ve karmaşık etkileşimler gözardı edilmemelidir. **(11-12)**

Bağıışıklık sisteminin deri yanıtlarıyla olan ilişkisi, nöro-immun-kutanoz–endokrin (NICE) sistemin bir parçası olarak tanımlanmaktadır. **(13-14)** Psikonöroimmunoloji ise, bu ayrılmaz sistemin (beyin, deri ve immun sistem) arasındaki karşılıklı etkileşimi inceleyen bir bilim dalıdır. **(14)** Beyin ve immun sistem, hipotalamus ve hipofiz bezi üzerinden etki gösteren nöroendokrin sistem ve otonomik sinir sistemi aracılığıyla bağlantılıdır. Beyin ve immun sistem arasındaki iletişim direkt olarak ya da nöropeptidler aracılığıyla sağlanır. **(13)**

Merkezi sinir sistemi tüm vücutta sempatik ve parasempatik sistemleri de içine alan geniş bir iletişim ağına sahiptir. Bu iletişim ağı beynin tüm vücuda “haberci maddeler” adı verilen kimyasallar yoluyla bilgilerin iletilmesini sağlamakta ve vücudun çeşitli çevresel uyarılara gerekli yanıtları oluşturmasını sağlamaktadır. Açıkçası beyin vücudun savunma mekanizmalarını kontrol etmektedir. Başka bir deyişle her düşünce, her duygu veya inanç nörokimyasal bir işlemin oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Nöropeptit (NP) adı verilen bu kimyasal ileticilerin hem MSS hem de immün sistemdeki hücrelerin duvarlarında

var olması duygular ve sağlığın birbiriyle son derece yakın bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir. Endokrin sistem ise hormon salgılayan organları ile vücudun işlevlerini ve dengesini sağlamaya yardımcıdır. Diğer organların işlevlerini düzenleyen başlıca hormonlar hipofiz, tiroid ve adrenal glandlardan salgılanmaktadır. Haberci maddeler ve alıcılar arasında kurulan bu iletişim ağı organizmayı sürekli olarak dengede tutmaya yönelik bir uyum içinde çalışırken immün sistemin hatasız çalışması gerekmektedir. Araştırmalar duygular, endokrin ve immün sistem düzenleyicileri arasındaki MSS aracılığıyla oluşmuş karmaşık ilişkiler olduğunu göstermiştir. Emosyonel stres karşısında organizma uygun ve istenilen yanıtları oluşturup uyum sürecine girerse denge sağlanmış olur; ancak stres aşırı ise ya da stres yanıtına karşı aşırı haberci madde ve salgılar oluşursa bir kimyasal karmaşa doğar ve bunun pratik sonucu immün sistemde zayıflama ve artmış hastalık potansiyelidir. **(15,16,17)**

Bugüne dek 50’den fazla NP tanımlanmıştır ve bunların çoğu davranış ve duygudurum değişiklikleri yaratma etkisine sahiptir. Deri NP’lerin önemli kaynaklarından biridir. Derideki NP’ler miyelinli A delta fibrilleri ile sensitif ve otonomik lifleri de kapsayan myelinsiz C fibrillerinde depo edilir. Meissner ve Paccini cisimcikleri ile algılanan stres (ağrı, basınç, ısı vb duyuasal algılar) bu sinirler kanalıyla serebral korteksteki hipotalamusa iletilir. Bu sistem derinin afferent sinir yolu olarak bilinir. Deride hem afferent sinir yolları hem de kolinerjik ve sempatik sinirler bulunmaktadır. Strese yanıt tüm bu sinir yollarının işleme girmesiyle oluşur. Stresin türü ne olursa olsun nöroendokrin sistem

hipotalamik- pitüiter-adrenal (HPA axis) yolla aktifleşir. Önce kortikotropin serbestleştirici hormon (CRH) ve ek olarak vazopresin, daha sonra da adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılanarak dolaşıma geçer. Bu yol klasik geribildirim mekanizmasıdır ve ACTH, CRH ve vazopressini baskılayıcıdır. Aynı zamanda otonom sinir sistemi de aktifleşir; spinal gangliyon ve adrenal medulla aracılığıyla noradrenalin ve NP salınımı tetiklenir.(11,15,16,17,18)

2.2.3 Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırması

Deri hastalıklarının psikososyal içeriğinin anlaşılmasında psikodermatolojik hastalıkların uygun bir şekilde ele alınması büyük önem taşımaktadır. Psikodermatolojik hastalıkların birbirleri arasındaki geçişlerin kesin olmaması ve birbirleri ile çakışmaları nedeniyle çok değişik sınıflamalar yapılmıştır. (19) İlk sınıflama girişimleri dermatolog ve aynı zamanda psikoanalist olan Caroline Koblenzer tarafından 1982’ de yapılmıştır. Koblenzer hastalıkları ortaya çıkış nedenlerine göre incelemiş, sonraki yıllarda bu sınıflamayı biraz daha sadeleştirmiştir.(TABLO A) Bugün yaygın olarak kabul gören diğer bir sınıflama ise Koo ve Lee tarafından önerilen ve gene etyolojiyi temel alan sınıflamadır.(TABLO B) (20)

Tablo A: Koblenzer Sınıflaması

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLAR
I-PSİKOLOJİK ETYOLOJİNİN BASKIN OLDUĞU DURUMLAR
A-Yapay dermatoz
B-Delüzyon ve deriyle ilişkili halüsinasyonlar
1-Delüzyonel parazitoz
2-Vücut dismorfik hastalığı
C-Psikojenik ağrı sendromları
1-Glossodini
2-Ayaklarda yanma
3-Bazı postherpetik nevralji vakaları
D-Kompulsif alışkanlıklar ve deri ile ilişkili obsesyonel durumlar
1-Nörotik ekskoriyasyonlar
2-Trikotillomani
3-Onikotillomani,,primer liken simpleks kronikus, faksisyöz keilit
4-Enfeksiyon, bulaşma ile ilgili obsesyonlar, bromidroz
E-Psikojenik purpura sendromları
1-Psikojen purpura (Gardner Diamond Send.)
2-Stigmatizasyon
II-PSİKOJENİK FAKTÖRLERİN KUVVETLE ETKİLEDİĞİ DERMATOZLAR
A-Ürtikerler
B-Pruritus
C- Kızarıklık reaksiyonları ve rozasea
D-Ter bezlerinin psikojenik bozuklukları
1-Hiperhidroz
2-Bromidroz
III-OLASILIKLA GENETİK VE ÇEVRESEL OLUP STRESTEN ETKİLENEN DERMATOZLAR
A- Alopesi areata
B-Psoriazis
C-Atopik dermatit
D-Akne Vulgaris
E-Diğer deri hastalıkları

Tablo B : Koo ve Lee sınıflaması

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLAR
1- Primer psikiyatrik olup deri belirtileriyle seyreden hastalıklar
<i>-Delüzyonel parazitoz, yapay dermatit, trikotillomani, onikotillomani, fobik bozukluklar, vücut dismorfik bozukluğu, yeme bozuklukları, nörotik ekskoriasyonlar, psikojenik pruritus</i>
2- Primer dermatolojik olup psikiyatrik bozukluklara yol açan hastalıklar
<i>-Alopesi areata, vitiligo, kronik ekzema ,ikiyoziform dermatozlar, rinofima,</i>
3- Psikofizyolojik/stresle oluşan ya da artan hastalıklar
<i>-Psoriasis, akne, hiperhidroz, atopik dermatit, ürtiker, herpes simpleks virüs enfeksiyonu, seboreik dermatit, aft, rozasea vb)</i>

2.3 PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLARDA GÖRÜLEN STRES VE DİĞER RUHSAL BELİRTİLER

2.3.1 Psikodermatolojik hastalıklar ile stres, stresle baş etme tarzı ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki

Stres; organizmanın dinamik olan dengesine (homeostasis) yönelik içsel veya dışsal bir tehdit sonrasında, organizmanın bu yeni duruma uyum (adaptasyon) çabası olarak tanımlanmaktadır. (21) Genel tıp ve psikiyatride “stres” terimi davranışta fiziksel veya zihinsel hastalığı da içeren bozukluklar

oluşturabilen psikososyal durumlar için kullanılır. (22) Stresin tam olarak anlaşılabilmesi için, iki bilim adamının düşüncelerine yer vermek gerekmektedir. Bu bilim adamları Walter Cannon ve Hans Selye'dir. Cannon'un tanımına göre, stres, günümüzdeki kullanılan olumsuz anlamının aksine, aslında işlevsel bir yaşantıdır. Tehlike veya tehdit durumlarında organizmanın durumla baş edebilmesine yardımcı olan, savaşması veya kaçması için gerekli enerji ihtiyacını karşılamaya yönelik fizyolojik ve biyokimyasal tepkiler örüntüsüdür.(23, 24) Selye ise stresi şöyle tanımlamıştır: 'Stres, herhangi bir talep karşısında bedenin gösterdiği, talebe özgü olmayan (spesifik olmayan) tepki örüntüsüdür'. Bu tanım ile Selye, bedenin tepkisinin stresöre göre çeşitlenmediğini, bedenin her stresör karşısında kalıplaşmış bir şekilde aynı biyolojik değişimlerle tepki verdiğini anlatmak istemektedir. Selye'nin 1946'da yayınladığı 'Genel Adaptasyon Sendromu' hakkındaki çalışması, konu için bir dönüm noktası niteliğinde olmuştur. Biyolojik bir sisteme etkide bulunan herhangi bir iç veya dış uyaran otonom bir tepkiyle adrenalın ve ACTH salgılanmasına yol açar. Böylece sempatik sistem tonusu yükselir. Buna 'alarm reaksiyonu' denir. Organizma parasempatik sistemin de aktivasyonu ile homeostatik dengesini orijinal düzeyden farklı bir düzeyde tekrar kurmaya çalışır ki bu 'Genel Adaptasyon Sendromu' dur. Alarm reaksiyonunu direnç izler. Bu dönemde uyarılara karşı uyarılma eşiği yükselmiştir. Uyarılar devam ederse 'bitkinlik dönemi' ortaya çıkar. Eğer iki sistemden birinde yoğun uyaran nedeniyle gerilim diğeri tarafından karşılanamayacak kadar yüksekse bitkinlikten daha ileri bir durum olan 'şok

durumu' oluşur, sistem çöker. Organizma hayatını yitirmemişse yeniden dengeyi kurar. (25)

Birçok somatik hastalıkta olduğu gibi, stres ve diğer psikolojik etmenler birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkmasını ya da belirtilerin alevlenmesini tetikler.(26,27) Son yıllarda yapılan çalışmalar bu görüşü desteklemiş, çalışmalarda stresli yaşam olayları ile deri hastalıklarının ortaya çıkışı arasında bir ilişki olduğu üzerinde görüş birliğine varılmıştır. (28-30) Emosyonel stresin bağışıklık sistemini etkilediği anlaşılmış ve psikodermatolojik fenomenlerin stresin nöroendokrinoimmunolojik dizgelerin karmaşık etkileşimleriyle tetiklenebileceği düşünülmüştür. Son 30 yıllık çalışmalar duygudurum ve stresin immun sistemi nasıl değiştirdiğini göstermektedir.(31-33). Farelerle yapılan çalışmalarda, kontakt hipersensitivitesi olan deneklerin stres altında olduklarında tepki gösterdikleri gözlenmiştir. Böylece psikosomatik etkenlerin cilt belirtilerini etkilediği sonucuna varılmıştır. (34) Epidermal permeabilitenin stres tarafından bozulduğu gösterilmiş ve stresin yara iyileşmesini geciktirdiği saptanmıştır. (35) 1970'li yıllarda stres yaşayan her kişinin hastalanmadığı ileri sürülerek bir ara değişken aranmış başa çıkma kavramı ortaya atılmıştır. 1980'li yıllarda stresle başa çıkma süreciyle ilgili çalışmalar yapılmaya başlamıştır.(36) Lazarus (1986), başetmeyi şöyle tanımlamıştır. 'Kaynakları aştığı düşünülen içsel veya dışsal talepleri ve tehlikeyi kontrol altına alabilmek için gösterilen değişken (dinamik) bilişsel ve davranışsal çabadır'. (37,38) Psikodermatolojik hastalıklarda stres ile başa çıkma tarzlarını inceleyen ve belli tarzları kullanan kişilerin daha fazla

psikolojik distres (örn; depresyon, anksiyete) yaşadıklarını gösteren araştırmalar bulunmaktadır. (36)

Psikosomatik hastalıkların stres yaratan belirli durumlarda ortaya çıktığı görüşü yerine; kişilerin stres karşısında yaşadıkları öznel deneyimin ve stres ile başa çıkma tarzının daha belirleyici olduğu görüşü benimsenmiştir. (39)

Akne Vulgaris:

Emosyonel stresin, kızgınlık, anksiyete gibi duyguların olumsuz etkisi akneli hastalarda gözlenebilir ataklara ya da alevlenmelere yol açabilir. Emosyonel stres ile aknenin alevlenmesinin altında yatan mekanizma tam olarak bilinmese de bununla ilgili birçok hipotez ileri sürülmüştür. Kuramsal olarak, psikolojik stresle birlikte salgılanan glukokortikoidler ve adrenal androjenler patogenetik zeminde hipotalamik-pitüiter-adrenal aks yoluyla aknenin patogenetik sürecine katkıda bulunmaktadır. Bu yolla sebum, substans P gibi nöroaktif nöropeptitler ve humoral yangısal mediyatörler de artarak aknedeki foliküler keratinizasyon ve enflamasyon şeklindeki anahtar patolojiyi desteklemektedir. Periferik sinirlerden salgılanan substans P'nin sebace glandların proliferasyonunu stimüle ettiği ve sebace hücrelerde lipit sentezini arttırdığı son zamanlarda gösterilmiştir. (40-42)

Stres aknenin nedenleri arasında %50 etken olarak görülmektedir. (43) Chiu ve ark, Leeds Akne Skalası ve Algılanan Stres Skalasını kullanarak akneli üniversite gençlerinde akne ve stresin sınav zamanlarında belirgin olarak arttırdığını görmüşlerdir. (44) Benzer bir çalışma 33 akne hastasını kapsamış, hastaların % 67'si stresli olayın ortaya çıkması ile aknenin şiddetlenmesi arasında pozitif bir ilişki sunmuştur. (45)

Psoriasis Vulgaris:

Stres etkisinin hastalığın ilk ortaya çıkışında % 44, alevlenme dönemlerinde ise % 80' e kadar etkili olabildiği gösterilmiş, 40 yaş öncesinde ortaya çıkan erken dönem psoriazislielerde strese duyarlılığın daha fazla olduğu, daha ciddi deri ve eklem tutulumları bildirilmiştir. (46-47) Stres etkisiyle salgılanan NGF (Sinir büyüme faktörü) ve beraberindeki diğer nöropeptitler (SP, VIP ve CGRP) psoriyatik plaklardaki epidermal hiperplazi, dilate damarlar, ödem oluşmasından sorumludur. (48) 179 hastayla yapılan bir çalışmada hastaların büyük bir kısmının psöriazisin başlangıcından 1 ay önce stresli yaşam olayı tanımladıkları bildirilmektedir. (49) Stresin hastalığı tetiklediğini bildiren hastaların %40-80 oranında olup bu stresli yaşam olaylarından çok hastalığın oluşturduğu kozmetik ve psikososyal problemlere bağlıdır. (50)

Psöriyazis hastalarının, sağlıklı bireylere göre stres karşısında daha edilgen başa çıkma yollarını kullanma eğiliminde oldukları, alkol-ilaç kullanımı, dine

yönelme ve yadsımayı daha fazla kullandıkları belirtilmektedir. (51) Bir başka çalışmada aleksitimi, bağlanma ile ilgili kaçınma davranışı ve zayıf sosyal desteğin psöriazis alevlenmesine yatkınlığı artırdığı bildirilmektedir. (52)

Kronik Ürtiker:

Kronik idiyopatik hatta fiziksel ürtikerlerde psikolojik ya da emosyonel stres hipotalamik-vasküler eksen aracılığıyla reaksiyonu başlatıcı etkene kısmen katılabilir ya da reaksiyon başladıktan sonra arttırıcı rol oynayabilir. Emosyonel stres SP, VIP ve CGRP gibi hipotalamik nöropeptitler yoluyla sitokin/histamin dengesini bozar ve deri mast hücrelerini uyararak degranülasyona ve vazoaaktif-yangısal maddelerin serbestleşmesine neden olur. Böylece psikolojik faktörler ve stres psikosomatik ürtikerde hem tetikleyici hem de var olan ürtikeri arttırıcı bir rol üstlenir. (53,54)

Kronik idiyopatik ürtikerlilerin tinea pedis hastalarıyla karşılaştırıldığı bir çalışmada ürtiker hastalarının daha çok stresli olay yaşadıkları, subjektif etkilenme şiddetlerinin daha yüksek olduğu, daha çok somatik semptom belirttikleri, daha az aile destekleri olduğu, daha olumsuz başa çıkma stratejilerine sahip oldukları gösterilmiştir. Araştırmacılar stresin kronik idiyopatik ürtiker için önemli bir risk faktörü olduğunu ve olumlu başa çıkma stratejilerinin koruyucu olabileceğini ileri sürmüşlerdir. (55)

Alopesi Areata:

Hastalığın ortaya çıkışı, gelişimi ve tedavisinde psikolojik faktörlerin önemi bir yeri vardır. Akut emosyonel stres, olasılıkla kıl folikülleri etrafında yerleşmiş olan Tip 2 β kortikotropin serbestleştirici hormon reseptörlerini aktive ederek yoğun lokal enflamasyona ve saç dökülmesine yol açmaktadır. (56) Ayrıca alopesi areata alanındaki kıl folikülleri etrafında Substans P'nin belirgin olarak arttığı ve bunun strese yanıt olarak periferik sinir uçlarından salgılandığı bildirilmiştir. (57) Öte yandan bazı araştırmacılar stresin o denli etkin olmadığını ileri sürmektedir. Tan ve ark 132 alopesi areata hastasının sadece % 9.6' sında stres tanımlarken (58) Van der Steen ve ark. alopesi areata patogenezinin stresle ilişkili olmadığını düşünmektedir. (59)

Picardi ve arkadaşlarının alopesi areata hastalarını diğer dermatoloji hastalarıyla kıyasladıkları çalışmalarında alopesi areata hastalarının son bir yılda yaşadıkları istenmeyen büyük hayat olayları açısından kontrol grubundan fark göstermediklerini bulmuşlardır, ancak alopesi areata hastalarının bağlanma gerektiren ilişkilerden kaçındıkları, aleksitimik özellikler gösterdikleri ve sosyal desteklerinin zayıf olduğu gözlenmiştir. (60)

Vitiligo:

Stres başlatıcı olmaktan çok hastalığın yarattığı görüntü nedeniyle sonuç şeklinde ortaya çıkmaktadır. Tıpkı alopesi areatada olduğu gibi vitiligoda da stresin hastalığı belirleyici bir rolü olmadığını gösteren çalışmalar bulunurken az

sayıdaki çalışmada vitiligolu hastaların kontrollere göre çok daha fazla sayıda stresli yaşam olayını deneyimledikleri gösterilmiş ve psikolojik stresin başlatıcı etkisi vurgulanmıştır. Hastalığın oluşması katekolamin kaynaklı stres, genetik yatkınlık ve karakteristik kişilik yapısı üzerine oturtulmaktadır. **(61,62)**

2.3.2 Psikodermatolojik hastalıklar ile diğer ruhsal belirtiler arasındaki ilişki

Tüm dermatolojik hastalıklar içinde psikiyatrik hastalık görme oranı % 5 rapor edilmişken, bu hastaların % 44'ünde depresyon % 35'inde ise anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Daha az oranda görülen ruhsal rahatsızlıklar ise sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, alkol bağımlılığı, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, şizofreni ve yeme bozukluklarıdır. **(63)**

Cohen ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada dermatolojik hastaların % 9.6' sında major depresyon, %1 minör depresyon ve %19'unda depresif belirtiler olduğu tespit edilmiştir. **(64)** Bazı araştırmalarda özellikle psoriasis, atopik dermatit, kronik idiopatik ürtiker, alopesi areata ve akne gibi hastalıkların ortaya çıkışı ve alevlenmesinde başta depresyon olmak üzere tüm psikiyatrik hastalıkların önemli etkisi olduğu vurgulanmaktadır. **(65)** Yine bu grup hastalarda psikolojik sorunlar, daha sıklıkla hastaların yaşadığı sosyal zorluklar çerçevesindedir ve kaygı ortak bulgudur. **(63)**

Kliniğimizde Önder ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada da hiperhidroz, liken planus, psöriazis, seboreik dermatit ve ürtikeri olan müzisyen hastaların cilt bulgularının stres ve diğer emosyonel faktörlere bağlı olarak alevlendiği saptanmıştır. **(108)**

Yazıcı ve ark. akne vulgarisli bireylerin depresyon ve anksiyete skorlarını kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. **(66)** Akneli hastalar depresyon ölçeği kullanılarak diğer deri hastalıklarıyla karşılaştırıldığında, akneli hastalarda hospitalize psoriazisli hastalar kadar depresyon skoru bulunmuştur. **(50)** Akneli hastalarda sık görülmekte olan duygudurum ve anksiyete bozukluğunun yanısıra obsesif kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluk, madde kullanım bozukluğu, yeme bozukluğu, trikotilomani, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu da komorbid olarak görülebilen bozukluklardır. **(67)**

Kontrollü çalışmalarda psöriasis hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmektedir. **(68)** Psöriazisde depresyon hastalıktan bağımsız eştanı olarak görülebildiği gibi hastalığa bağlı ikincil olarak da gelişebilmektedir. Psoriazis hastaları stigmatizasyona sık maruz kaldıklarından hastalığa ikincil depresyon gelişme olasılıkları oldukça fazladır. Özellikle sosyal deprivasyona giren psöriazis hastalarında depresyon görülme oranı daha fazladır. **(69)** Psoriasis hastalarında anksiyete bozukluğu oranı (%48) diğer dermatolojik hastalıklara göre daha yüksektir. **(70)** Depresyon ve anksiyetenin yanı sıra obsesif

kompulsif bozukluk, obsesif kompulsif kişilik, şizoid, kaçınan, pasif agresif kişilik bozukluklarıyla komorbidite saptanmıştır. **(68)**

Kronik ürtikeri olan hastaların yaklaşık % 70'inin kaygı, depresyon ve psikosomatik belirtilere eğilimli olduğu bildirilmiştir. **(71)** Lyketsos ve ark, idiyoPATİK ürtikeri olan 28 hastanın, % 29' unda depresyon, % 68' inde kaygı belirtileri saptamış; yatarak tedavi gören psoriasisli hastalarda ise, kaygı düzeylerinin düşük, depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu, ayaktan takip edilen, rasgele seçilen hasta grubunda da kaygı ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğunu ve istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kontrol grubuna göre ürtikeri olan hastalarda depresyonun daha sık görüldüğünü bildirmiştir. **(72)**

Alopesia areata hastalarında depresyon ve anksiyete en sık bildirilen psikiyatrik bulgulardır. **(73)** Colon ve ark. alopesia areatalı hastaların %74 ünün yaşamları boyunca, başta major depresyon ve yaygın anksiyete olmak üzere en az bir kez psikiyatrik hastalık tanısı aldığını bildirmişlerdir. **(74)** Gupta ve ark. çalışmalarında alopesia areatalı hastalarda depresyon skorlarının yüksek olduğu ve bu bulgunun hastalık şiddeti ile korelasyon gösterdiğini gözlemlemişlerdir. **(75)**

Vitiligonun psikiyatrik yönüne ilişkin yazın gözden geçirildiğinde, vitiligo hastalarında %25 oranında psikiyatrik tanı saptanmış ve çoğu vitiligo hastasının

düşük benlik saygısı ve sosyal izolasyona yol açan utanç duyguları içinde olduğu gözlenmiştir. Psikiyatrik tanı, hastalığın ortaya çıkardığı işlev bozukluğu ile anlamlı olarak bağlantılı bulunmuştur. **(76)** Vitiligolu hastalar, cilt hastalığı olmayan kontrol grubu hastaları ile karşılaştırıldığında, % 40' ında kronik depresif durum görülmüş ve özgüvenleri anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. **(77)** Heason ve ark. **(109)** 610 vitiligo hastasını inceledikleri çalışmalarında, HADÖ kullanılmış ve hastaların %4'ünde depresif belirtilerin, %22'sinde ise anksiyete belirtilerinin kesme puanı üzerinde olduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada, 33 vitiligo hastası sağlıklı kontrol grubu ile anksiyete ve depresyon skorları açısından karşılaştırılmış, hasta grubunda depresyon skorları açısından kontrol grubuna göre anlamlı yükseklik saptanmamıştır. Anksiyete skorları ise hasta grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur. **(110)**

2.4 TİP D KİŞİLİK

Tip D kişiliği Denollet ve ark. "Distressed personality" olarak tanımlamışlar ve bunun hem negatif affektivite hem sosyal inhibisyon düzeylerinin yüksek olması ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. **(78)** Negatif affektivite (NA); negatif emosyonları (depresif duygulanım, anksiyete, kızgınlık, düşmanlık) deneyimlemeye meyil olarak tanımlanır. NA skoru yüksek olan bireylerin kendilerine bakışı da negatiftir, daha fazla disfori, anksiyete ve irritabilite duygularını yaşarlar. Çevreyi olması muhtemel sıkıntıların işaretlerini görmek için tararlar. **(79)** NA nevrosisizm ile pozitif ilişkilidir. Sosyal inhibisyon

(SI); Sosyal ilişkilerde beğenilmeme, karşılık alamama gibi potansiyel tehlikelerden kaçınmak amacıyla duygu ve davranışların dışa vurulmasındaki inhibisyon eğilimi olarak tanımlanır. **(80)** SI skoru yüksek olan bireyler sıklıkla inhibisyon, gerginlik, rahatsızlık ve diğer insanlarla karşılaştığında güvensizlik hissederler. Başkaları ile birlikte iken endişeli olma duygusundadırlar. **(81,82)** Yani tip D kişilik; negatif duyguları deneyimlemeye eğilim ve bu duyguları sosyal ilişkilerden kaçarak inhibe etmeyle karakterizedir. **(83)** Tip D kişiler kırgınlık, yaşamın kasvetli tarafına bakma, gerginlik ve mutsuzluk duygularına eğilimlidir. Daha kolay irrite olurlar, olasılıkla pozitif duyguları daha az deneyimlerler. Aynı zamanda negatif duyguları diğer insanlarla daha az paylaşırlar. Tip D bireyler diğer insanlarla daha az bağ kurarlar ve yabancıların olduğu ortamlarda rahatsız olma eğilimindedirler. Tip D bireyler düşük benlik algısı, yaşama karşı genel bir hoşnutsuzluk sergilerler. **(84)**

Tip D tanımı koroner kalp hastalarında kişiliğin rolünü araştıran çalışmalar sırasında ortaya atılmıştır. Bu nedenle ilgili çalışmaların büyük bir kısmı kardivasküler popülasyonda tip D prevalansı ve hastalığa etkileri üzerine olmuştur. **(85)** Çalışmaların sonuçları kardivasküler hastalar arasında tip D prevalansı %27-31 **(78,86,87,88)**, normal popülasyonda 13% - 24% **(89-91)** bulunmuştur. Kliniğimizde yapılan bir çalışmada koroner kalp hastalığı olanlarda tip D kişilik prevelansı %49 bulunurken, sağlıklı oldukları kabul edilen kontrol grubunda %24,7 olarak bulunmuştur. **(111)** Kardiovasküler hastalarda yapılan çalışmalarda tip D kişilik kötü sağlık durumu, tekrarlayan miyokard enfarktüsü ve

mortalite riskindeki artış gibi negatif sonuçlar için bağımsız prediktör olduğu şeklinde bulunmuştur. **(78,87,91,92)** Bazı çalışmalarda cinsiyetin tip D kişilik üzerinde etkili olduğu ve kadınların daha yüksek olasılıkla tip D sınıfında olduğu **(87,94,95)** bulunmuştur. Almanya’da yapılan bir çalışmada ise; cinsiyet ve yaşın tip D üzerinde anlamlı etkisi saptanmamıştır. **(96)**

Kardiovasküler hastalarda Tip D kişilik literatürü artarken, klinik sonuçlar üzerindeki negatif etkisinin altında yatan mekanizma konusunda sınırlı bilgi bulunmaktadır. Olası biyolojik mekanizma immun sistem veya HPA aks fonksiyon bozukluğu ile ilişkili, davranışsal mekanizma ise; sağlıksız yaşam tarzı ve sağlık personeline danışmada isteksizlik ile ilişkili bulunmuştur. Altta yatan olası mekanizmalar Tip D kişiliğin sadece kardiovasküler hastaları değil, diğer birçok tıbbi durumuda olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Tip D kişilik ile kardiovasküler hastalar dışında kronik ağrı, astım, tinnitus, uyku apne sendromu, vulvovajinal candidiazis, travmatik beyin hasarı, melanom, diabetik ayak sendromu, vertigo ve birinci basamak yaşlı hastalar üzerinde çalışılmış ve Tip D kişilik prevalansı % 22-42,5 bulunmuştur.**(97)**

Günümüze kadar dermatolojik hastalıklarla Tip D kişilik ilişkini gösteren bir tane çalışma mevcuttur. Mols ve ark., 562 melanoma hastası ile yaptığı çalışmada tip D kişilik prevalansı %22 olarak bulunmuştur. Tip D kişiliği olanların olmayanlara göre istatistiksel ve klinik açıdan sağlık durumlarının anlamlı

şekilde daha kötü olduğu, kanserin yaşamlarını sosyal ve emosyonel açıdan daha olumsuz etkilediği ,sağlık kaygılarının daha yoğun olduğu saptanmıştır.(98)

Dermatolojik hastalıklarda psikiyatrinin öneminden yola çıkarak bu çalışmada Koo ve Lee sınıflamasına göre psikiyatrik semptomla yol açan dermatolojik hastalıklar ve psikofizyolojik/stresle oluşan ya da artan hastalıklar ele alınmıştır. Bu hastalarda Tip D kişilik prevalansının belirlenmesi ve tip D olan ile olmayanların sosyodemografik özellikler, stresli yaşam olayları, stres karşısında yaşadıkları subjektif deneyimler, stresle baş etme tarzları, algılanan sosyal destek ve psikiyatrik komorbidite açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Dünyada psikodermatolojik hastalıklarla tip D arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışma olmaması nedeniyle bu çalışmanın özgünlüğü bakımından literatürde önem taşımasını ummaktayız.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Örneklem Grubunun Seçimi

Ocak 2011 - Haziran 2011 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği'ne ayaktan başvuran ya da yatarak tedavi gören, klinik olarak psikodermatolojik hastalık tanısı almış, okur yazar olup yaşları 18-65 arası, 50 'si Akne Vulgaris (%28), 54 'ü Psöriazis (%30), 30 'u Kronik Ürtiker (%17), 29 'u Vitiligo (%16), 18 'i Alopesia Areata (%9) olan 181 hasta çalışmaya alınmıştır. Örneklem Koo ve Lee sınıflamasına göre 2 gruba ayrılmıştır. Vitiligo ve Alopesia areata primer dermatolojik olup psikiyatrik bozukluklara yol açan hastalıklar sınıfında olup Grup 1 olarak adlandırılmıştır. Akne vulgaris ,psöriazis ve kronik ürtiker ise psikofizyolojik hastalıklar/stresle oluşan ya da artan hastalıklar sınıfında olup Grup 2 olarak adlandırılmıştır. Hastalara yapılacak çalışmanın amacı ve yöntemi sözel olarak anlatılmıştır ve çalışmayla ilgili aydınlatıldıklarına dair bilgilendirilmiş olur formu imzalatılmıştır. Gönüllü olmadıklarını belirten hastalar çalışmaya alınmamıştır. Ek olarak 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olanlar, mental retardasyon, demans ve şizofreni gibi bilgi almayı zorlaştıran ağır ruhsal hastalığı olanlar çalışmaya alınmamıştır. Kontrol grubu; yaşları 18-65 arası olup, okur-yazar olan, tanı konmuş tıbbi hastalığı olmayan, hastane personeli (doktor, hemşire, hasta bakıcı, sekreter, temizlik personeli) ve yakınlarından oluşan 57 sağlıklı kişiden oluşturulmuştur.

3.2 Yöntem

Hastalara tarafımızca oluşturulan, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, dermatolojik ve psikiyatrik geçmişlerini anlatan bir sosyodemografik veri formu verilmiştir. Ek olarak Tip D Kişiliği değerlendirmek için DS 14 ölçeği, ruhsal belirtileri taramak için Kısa Semptom Envanteri (KSE), anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), ruhsal belirtilerle stres arasındaki ilişki açısından Stresli Yaşam Olaylarını Tarama Formu (SYOTF), SBTÖ(Stres İle Başetme Tarzı Ölçeği), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) uygulanmıştır. Sağlıklı gönüllülerle yapılan görüşmede sosyodemografik bilgiler alınıp, onlara da aynı ölçekler uygulanmıştır.

3.3 Veri toplama araçları

3.3.1 Hasta değerlendirme formu

Bu çalışma için hazırlanmış olup; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu dermatolojik tanı, hastalığın başladığı dönemlerdeki stresör faktörler, halen mevcut olan stresör faktörler, dermatolojik hastalığı nedeniyle psikiyatri bölümüne başvurusu, geçmiş ve halen mevcut olan psikiyatrik tanısı sorulmuş, değerlendirme yapılarak kaydedilmiştir.

3.3.2 Tip D Kişilik Ölçeği (Type D Personality Scale DS-14)

Tip D ölçeği-14 (DS14) ; NA, SI ve Tip D' yi değerlendirmek için spesifik olarak geliştirilmiştir. DS 14' ün maddeleri DS 16' dan türetilmiştir **(99)** fakat NA ve SI' nın değerlendirilmesini artırmaya yönelik yeni maddeler de içermektedir.**(84)** DS 14 ölçeği toplam 14 madde içermekle beraber; NA ve SI' yı ölçen iki alt ölçekten oluşur. Her iki alt ölçekte 7 madde içerir. Her bir madde 0-4 arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir. Toplam puan iki alt ölçek için de 0-28 arasındadır. Her iki alt ölçeğin de kesim noktası ≥ 10 dur. Her iki alt ölçeğinde test-retest geçerliliği iyi ve internal geçerliliği yüksektir. Cronbach α değerleri NA için 0.88, SI için 0.86 olarak bulunmuştur. **(89)** Ölçeğin psikometrik kalitesi ve prognostik gücü Belçikalı kardiyak hastalarda istatistiksel olarak kanıtlanmıştır. Güvenilirliği gösterilmiştir.**(88,99)** Her iki alt ölçeğin de geçerliliği gösterilmiştir. NA ve SI alt ölçeklerinin yapısal ve internal tutarlılığı Danimarkalı ve Alman kardiyak hastalarda yapılan çalışmalarda doğrulanmıştır. **(90,96)** Bizim yaptığımız geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iki alt ölçeğinde kesim noktası ≥ 10 bulunmuştur.

3.3.3 Stresli Yaşam Olaylarını Tarama Formu (SYOTF)

20 maddelik, kişilerin kendi kendini değerlendirdiği, yaşam öyküsündeki önemli olayların derecesini belirleyen bir ölçektir. Geç adolesan ve erişkinler için tasarlanmıştır. Stamm ve ark tarafından geliştirilmiştir.**(100)** Kişiler 20 maddenin

her birine tanıklık etme (subjektif etkilenme) şiddetine göre 0-10 arasında puan verirler. Böylece belirli stresli olayın kişinin yaşadığı olayla benzerliği değerlendirilir (1=benim deneyimime çok az benziyor; 10=benim deneyimime tümüyle benziyor). Toplam puanlar (0-200) karşılaştırılır. Ölçeğin diğer bir şekilde değerlendirilmesinde ise 0 puan hayır, 1-10 puanlar evet olarak değerlendirilerek stresli yaşam olay sayısı hesaplanır.

3.3.4 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen Ways of Coping Inventory 66 maddelik bir ölçektir. Şahin ve Durak tarafından sadeleştirilerek Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) adıyla Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışması yapılmıştır. “Sizi ne kadar tanımlıyor, size ne kadar uygun?” sorusunun cevaplandığı 30 maddelik Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği likert tipinde 0-3 arası derecelendirmeyi gerektirir (0=%0, 1=%30, 2=%70, 3=%100). 1. ve 9. maddeler ters şekilde puanlanır (3=%0, 2=%30, 1=%70, 0=%100). SBTÖ’de bulunan alt ölçekler “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım”, “Çaresiz Yaklaşım”, “Boyun Eğici Yaklaşım” ve “Sosyal Desteğe Başvurma” olarak isimlendirilmiştir. SBTÖ’nün alt ölçekleri birbirinden bağımsız olarak ayrı ayrı puanlanmaktadır. Her alt ölçeğe ait maddeler toplanarak alt ölçeklerin toplam puanları elde edilmektedir. Bir alt ölçeğe ait puanın alt ölçeğin soru sayısına bölünmesiyle ağırlıklı puanlar elde edilmektedir “Kendine güvenli” ve “iyimser” yaklaşımlar probleme yönelik (aktif) yaklaşımlar olarak; “çaresiz” ve “boyun

eğici” yaklaşımlar ise duygulara yönelik (pasif) yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir. Stresle etkili başa ıkabilenlerin aktif yaklaşım tarzlarını daha çok tercih ettikleri izlenmiştir. **(101)**

3.3.5 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support –MSPSS)

Çok boyutlu algılanan sosyal destek leği üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Zimet ve arkadaşları tarafından 1988’ de geliştirilmiştir. MSPSS 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 1-7 arasında puan almaktadır. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik alışması Eker ve Arkar tarafından 1995’ de, bu ölçeğin tekrar gözden geçirilmesi ise 2001’ de yine aynı yazarlar tarafından yapılmıştır.**(102,103)** leğin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve yapı geçerliliği ülkemizde kullanımı açısından tatmin edici bulunmuştur. Ancak zel bir insan alt leğinin yapı geçerliliği açısından zayıf olduğu ortaya çıkmıştır. Özel bir insan ile bazen eş bazen de erkek/kız arkadaş anlaşılmıştır. Bu ölçeğin gözden geçirilmiş formunda özel bir insan alt ölçeğini bir parça sınırlar içine almak ve böylece kültürel olarak daha uygun bir ölçek elde edilmesi amacı ile özel bir insan terimi çıkarılmış, ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi olarak tanımlanmıştır.**(103)**

3.3.6 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Orjinali Zigmond ve Snaith **(104)** tarafından geliştirilen ve Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S tarafından Türkçe Formun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan **(105)** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ); hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi bir ölçektir.

3.3.7 Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Derogatis **(106)** tarafından geliştirilen, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek puanı almış toplam 53 madde seçilmiştir. Aynen SCL-90-R' de olduğu gibi 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten oluşur. Kendi kendine uygulanabilen Likert tipi bir ölçektir. Bireyler 53 maddenin (semptom) herbirini, sıkıntılarının şiddetine göre “hiç yok = 0” ile “çok fazla var = 4” arasında değişen 5 kategoride işaretler. Verilen cevaplara 0 ile 4 arasında değişen puanlar verilir. Değerlendirme puanı 0 ile 212 arasında değişir. Ölçekte alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını gösterir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır. **(107)**

3.4 İstatistiksel Değerlendirme

Bu araştırmada katılımcılarda elde edilen verilerin analizleri SPSS 17.00 programı kullanılarak yapılmıştır. Örneklem grubunun bağımsız değişkenler açısından normal dağılımını değerlendirmek için normallik testi yapılmıştır. Sonuçta, örneklem grubunun incelenen bağımsız değişkenler açısından normal dağılmadığı görülmüş ve bundan dolayı da parametrik olmayan analiz yöntemleri kullanılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan ikili gruplar arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için Mann Whitney U analizi kullanırken, üçlü grupların karşılaştırılmasından Kruskal Wallis analiz yöntemi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışmada yer alan 47 1. grup psikodermatoloji hastalığı olan (vitiligo ve alopesia areata), 134 2. grup psikodermatoloji hastalığı olan (akne vulgaris, psöriazis ve kronik ürtiker) ve 57 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 238 katılımcıya uygulanan stresli yaşam olaylarına, stresle baş etme yöntemlerine, algılanan sosyal desteğe, var olan ruhsal belirtilere ve Tip D kişilik özelliklerine ait verilere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışmada yer alan gruplara ilişkin sosyodemografik özelliklere ait bilgiler Tablo 1’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, araştırmada toplam 140 kadın yer almakla birlikte, bunların %18.9’u 1.Grup Psikodermatoloji hastalığı olan, %61.4’ü 2. Grup Psikodermatoloji hastalığı olan ve %25.7’si ise kontrol grubundadır. 98 erkek katılımcıdan ise, 29’u (%29.6) 1. Grup Psikodermatoloji hastaları, 48’i 2. Grup Psikodermatoloji hastaları ve 21’i kontrol grubundadır. 1. Grup Psikodermatoloji hastaların yaş ortalaması 33.36, 2. Grup Psikodermatoloji hastalarının 32.42 ve kontrol grubunun yaş ortalaması ise 31.7’dir. Medeni durum açısından bakıldığında, 1. Grup Psikodermatoloji hastalarının 28’i (%24.3), 2. Grup Psikodermatoloji hastalarının 59’u (%51.3) ve kontrol grubunun 28’i (%24.3) evlidir. Bununla birlikte bekarların %14.7’si 1. Grup Psikodermatoloji hastalarda, %60.6’sı 2. Grup Psikodermatoloji hastalarda ve %24.8’i kontrol grubundadır. 1. Grup Psikodermatoloji hastalardan 1’i dul, 2’si boşanmış, 2. Grup Psikodermatoloji hastalardan 4’ü dul, 5’i boşanmış ve kontrol grubundan 2’si boşanmış kişilerdir. İlköğretim mezunu kişilerin %34.5’i 1. Grup

Psikodermatoloji hastalarında, % 49.1'i 2. Grup Psikodermatoloji hastalarında ve %16.4'ü kontrol grubuna yer almaktadır. 1. Grup Psikodermatoloji hastalarından 16 kişi (%17.6), 2. Grup Psikodermatoloji hastalarından 56 kişi (%61.5) ve kontrol grubundan 19 kişi (%20.9) lise mezunu, 1. Grup Psikodermatoloji hastalarından 12 kişi (%13.1), 2. Grup Psikodermatoloji hastalarından 51 kişi (%55.4) ve kontrol grubundan 29 kişi (%31.5) üniversite mezunudur. 1. Grup Psikodermatoloji hastalarının 7'si ev hanımı, 9'u memur, 6'sı öğrenci, 3'ü emekli, 4'ü serbest meslek sahibi, 17'si işçi iken 1 kişi herhangi bir işte çalışmamaktadır. 2. Grup Psikodermatoloji hastalarından 15'i ev hanımı, 29'u memur, 32'si öğrenci, 14'ü emekli, 11'i serbest meslek sahibi, 18'i işçi ve 15'i çalışmamaktadır. Kontrol grubunda ise bu dağılım, 4'ü ev hanımı, 28'i memur, 14'ü öğrenci, 2'si serbest meslek sahibi, 7'si işçi ve 2'si çalışmayan şeklindedir. Psikodermatoloji hastalarının hastalık başlangıç yaş ortalamalarına bakıldığında, 1.Grup Psikodermatoloji hastalık başlangıç yaşı ortalaması 27.06 iken 2. Grup Psikodermatoloji hastalarının 22.36'dır.

Tablo 1. Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellik	1.Grup Psikodermatoloji (N=47)		2. Grup Psikodermatoloji (N=134)		Kontrol (N=57)		Toplam (N=238)	
Cinsiyet	N	%	N	%	N	%	N	%
Kadın	18	18.9	86	61.4	36	25.7	140	100
Erkek	29	29.6	48	49	21	21.4	98	100
Medeni Durum								
Evli	28	24.3	59	51.3	28	24.3	115	100
Bekar	16	14.7	66	60.6	27	24.8	109	100
Dul	1	20	4	80	0	0	5	100
Boşanmış	2	22.2	5	55.6	2	22.2	9	100
Eğitim								
İlköğretim	19	34.5	27	49.1	9	16.4	55	100
Lise	16	17.6	56	61.5	19	20.9	91	100
Üniversite	12	13.1	51	55.4	29	31.5	92	100
Meslek								
Ev hanımı	7	26.9	15	57.7	4	15.4	26	100
Memur	9	13.6	29	43.9	28	42.4	66	100
Öğrenci	6	11.5	32	61.5	14	26.9	52	100
Emekli	3	17.6	14	82.4	0	0	17	100
Serbest Meslek	4	23.5	11	64.7	2	11.8	17	100
İşçi	17	40.5	18	42.9	7	16.7	42	100

Çalışmayan	1	5.6	15	83.3	2	11.1	18	100
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	ss		
Yaş	33.36	11.76	32.42	12.15	31.7	9.45		
Dermatolojik Hastalık Başlangıç Yaşı	27.06	12.94	22.36	10.58	-	-		

4.1 Stres Verilerine İlişkin Bulgular

Katılımcılardan, yaşadıkları stresli yaşam olayları, stresle baş etme yöntemlerine ve sahip oldukları desteğe ilişkin veriler değerlendirilmiştir. Psikodermatoloji hastalarında, hastalık başlangıcındaki stres faktörünün varlığına ilişkin dağılımlar Tablo 2’de gösterilmiştir. Buna göre, 1. Grup Psikodermatoloji hastalarından 38’inde (%80.9) psikodermatoloji hastalıklarının başlangıcı sırasında stres faktörünün olduğu 9’unda ise (%19.1) herhangi bir stres faktörünün olmadığı, 2. Grup Psikodermatoloji hastalarından 91’inde (%67.9) hastalıklarının başlangıcı sırasında stres faktörünün olduğu 43’ünde (%32.1) stres faktörünün olmadığı görülmektedir.

Tablo 2 Psikodermatoloji Hastalarında Hastalığın Başladığı Dönemdeki Stres Faktörüne Ait Dağılım

Hastalığın Başladığı Dönemdeki Stres Faktörü	1.Grup (N=47)		2. Grup (N=134)	
	N	%	N	%
Var	38	80.9	91	67.9
Yok	9	19.1	43	32.1

Katılımcılara uygulanan stresli yaşam olayları tarama formunda bulunan her soru için gruplar Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, “Ben, yakın bir arkadaşım veya aile üyelerinden biri kaçırıldı ya da rehin alındı” sorusuna ilişkin gruplar arasında fark olduğu görülmüştür ($X^2=11.883<.01$). Farkın kaynağını anlamak için yapılan Mann Whitney U testi sonucunda ise, bu olayı 1. Grupta yer alan psikodermatolojik hastalarının (Ort.=54.93) kontrol grubuna göre (Ort.=50.5) anlamlı olarak daha fazla yaşadığı görülmüştür ($U=1225,5<.05$). “Bir çatışmaya veya savaşa katıldım ya da savaştan etkilenmiş bir bölgede bulundum” soruna ilişkin de gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($X^2=12.658<.01$). Farkın kaynağını anlamak için gruplar Mann Whitney testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre, 1.Grup Psikodermatoloji hastalarının (Ort.=102.62) bu yaşam olayını 2.Grup Psikodermatoloji hastalarına (Ort.=86.93) göre anlamlı olarak daha fazla yaşamıştır. “Cenaze dışında cesetler gördüm veya onlara dokundum” yaşam olayına ilişkin olarak da gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($X^2=12.859<.01$). İkili karşılaştırma sonucunda, kontrol grubunun (Ort.=112.96) hem 1.Grup Psikodermatolojisi hastalarından (Ort.=47.88; $U=1057<.05$)) hem de 2. Grup Psikodermatoloji

hastalarından (Ort.=88.79; $U=2852.5<.05$) anlamlı olarak daha fazla cenaze dışında ceset görmüş veya onlara dokunmuştur. Son olarak gruplar arasında “Erişkin iken, dövüldüm, tokatlandım veya yaralanmama sebep olabilecek şekilde saldırıya uğradım” soruna verilen yanıtlar açısından da anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($X^2=9.015<.05$). Mann Whitney U testi sonucunda ise, 1. Grup Psikodermatoloji hastalarının (Ort.=57.98) kontrol grubuna göre (Ort.=47.98) anlamlı derece daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir ($U=1082<.05$). Tablo 3’de ise grupların stresli yaşam olaylarına ait her bir soruya verdikleri yanıtların dağılımı özetlenmiştir.

Tablo 3 Stresli Yaşam Olayı Sayısının Gruplara Göre Dağılımı

SYO Maddeleri	1. Grup		2. Grup		Kontrol		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Stres 1	19	18.3	53	51	32	30.8	104	100
Stres 2	2	22.2	3	33.3	4	44.4	9	100
Stres 3	24	28.6	37	44	23	27.4	84	100
Stres 4	7	25	16	57.1	5	17.9	28	100
Stres 5	29	22.1	67	51.1	35	26.7	131	100
Stres 6	7	41.2	7	41.2	3	17.6	17	100
Stres 7	31	21.8	78	54.9	33	22.2	142	100
Stres 8	4	80	1	20	0	0	5	100
Stres 9	5	31.3	7	43.8	4	25	16	100
Stres 10	10	47.6	6	28.6	5	23.8	21	100
Stres 11	12	18.5	27	41.5	26	40	65	100
Stres 12	7	30.4	11	47.8	5	21.7	23	100
Stres 13	7	28	10	40	8	32	25	100
Stres 14	16	22.2	39	54.2	17	23.6	72	100
Stres 15	12	38.7	15	48.4	4	12.9	31	100
Stres 16	15	23.8	29	46	19	30.2	63	100
Stres 17	3	17.6	8	47.1	6	35.3	17	100
Stres 18	2	22.2	6	66.7	1	11.1	9	100
Stres 19	3	30	7	70	0	0	10	100
Stres 20	12	23.5	30	58.8	9	17.6	51	100

Katılımcılar yaşadıkları stresli yaşam olaylarının sayısı ve şiddeti açısından da karşılaştırılmıştır. Yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda gruplar arasında yaşanan stresli yaşam olayların sayısı açısından ($X^2=6.772<.05$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Sonuçlar Tablo 4’de gösterilmiştir. Farkın kaynağını anlamak için ise Mann Whitney U testi yapılmıştır. Buna göre, 2. Grup Psikodermatoloji hastalarının (Ort.=89.99) kontrol grubuna göre (Ort.=110.13) daha fazla sayıda stresli yaşama olayı yaşadıkları bulunmuştur ($U=3013.5<.05$). Bununla birlikte 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile hem kontrol grubu arasında hem de 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında stresli yaşam olaylarının sayısı açısından bir fark olmadığı görülmüştür. Stresli yaşam olaylarının subjektif algısı açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 4 Stresli Yaşam Olayları Sayısı ve Subjektif Etkilenme Şiddetine İlişkin Ölçümlere Ait Kruskal Wallis Sonuçları

Stresli Yaşam Olayları	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd	χ^2	p
Stresli Yaşam Olayları Sayısı (SYO)	1.Grup	47	131.07	2	6.772*	.034
	2. Grup	134	109.37			
	Kontrol	57	133.76			
Stresli Yaşam Olaylarını Yaşama Şiddeti (SYOTF)	1.Grup	47	129.23	2	3.43	.18
	2. Grup	134	112.23			
	Kontrol	57	128.57			

*p<.05

Stresli baş etme tarzları açısından gruplar karşılaştırıldığında sadece çaresiz yaklaşım açısından anlamlı bir fark olduğu ($X^2=12.418<.05$), diğer yaklaşımlar açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Çaresiz yaklaşım açısından bakıldığında, 2. Grup psikodermatoloji hastalarında (Ort.=104.45), kontrol grubundan (Ort.=76.14) anlamlı derecede fark olduğu, 2. Grup dermatoloji hastalarının stresle daha çaresiz baş edebildiği görülmüştür ($U=2687<.01$). Benzer şekilde 1. Grup dermatoloji hastalarının da (Ort.=61.95) kontrol grubuna (Ort.=44.71) göre anlamlı derecede daha fazla çaresiz yaklaşmaktadır ($U=895.5<.05$). Ancak 1. Grup ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında bu açıdan anlamlı bir fark yoktur. Sonuçlar Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5 Gruplara Göre SBTÖ Alt Ölçek Puanlarına Ait Kruskal Wallis Sonuçları

SBTÖ Ölçekleri	Alt	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd	x²	P
Kendine Güvenli Yaklaşım		1.Grup	47	111.41	2	1.785	0.41
		2. Grup	134	124.68			
		Kontrol	57	113.98			
İyimser Yaklaşım		1.Grup	47	104.84	2	5.036	0.081
		2. Grup	134	128.07			
		Kontrol	57	111.45			
Sosyal Destek Arama Yaklaşım		1.Grup	47	107.98	2	2.586	0.274
		2. Grup	134	119.25			
		Kontrol	57	129.60			
Boyun Eğici Yaklaşım		1.Grup	47	125.95	2	2.845	0.241
		2. Grup	134	122.84			
		Kontrol	57	106.32			
Çaresiz Yaklaşım		1.Grup	47	132.65	2	12.418*	0.02
		2. Grup	134	126.65			
		Kontrol	57	91.85			

*p<.05

Tablo 6’da grupların algılanan sosyal destek açısından karşılaştırma sonuçları gösterilmiştir. Algılanan aile desteği açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($X^2=12.854<.01$). Farkın kaynağını anlamak için

yapılan Mann Whitney U analizleri sonucuna göre, 1. Grup Psikodermatoloji hastalarının (Ort.=41.85) kontrol grubuna göre (Ort.=61.28) daha az aile desteği algılamaktadır ($U=839<.01$). Benzer şekilde 2. Grup Psikodermatoloji hastalarının da (Ort.=88.08) kontrol grubuna göre (Ort.=114.62) daha az aile desteği algıladığı görülmüştür ($U=2757.5<.01$). Arkadaş desteği algılanması açısından gruplar arasında anlamlı bir fark vardır ($X^2=6.395<.05$). Buna göre, 1. Grup Psikodermatoloji hastalarının (Ort.=44.37) kontrol grubuna göre (Ort.=59.20) daha az arkadaş desteği algılamaktadır ($U=957.5<.05$). Gruplar arasında özel kişinin desteğini algılama konusunda anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($X^2=12.678<.01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre, 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=42.93) kontrol grubuna göre (60.39) ($U=889.5<.01$), 2. Grup Psikodermatoloji hastalarının da (Ort.=87.53) kontrol grubuna göre (Ort.=115.92) daha az özel kişi desteği algıladığı görülmüştür ($U= 2683.5<.01$). Son olarak algılanan desteğin toplamı açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark vardır ($X^2=15.266<.001$). Mann Whitney U testi ile gruplar algılanan desteğim tümü açısından karşılaştırılmıştır. 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=41.24), kontrol grubuna göre (Ort.=61.78) ($U=810.5<.01$), 2. Grup Psikodermatoloji hastalarının da (Ort.=87.11), kontrol grubuna göre (Ort.=116.89) daha az destek algılamaktadır ($U=2628<.01$). Ancak 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında algılanan destek türleri ve toplam destek açısından anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 6 Gruplara Göre MSPSS Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarına Ait Kruskal Wallis Sonuçları

MSPSS Ölçek ve Alt Ölçekleri	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd	x²	P
Aile Desteği	1.Grup	47	103.90	2	12.854**	.002
	2. Grup	134	113.31			
	Kontrol	57	146.90			
Arkadaş Desteği	1.Grup	47	103.34	2	6.395*	.041
	2. Grup	134	117.75			
	Kontrol	57	136.95			
Özel Kişi Desteği	1.Grup	47	105.98	2	12.678**	.002
	2. Grup	134	112.41			
	Kontrol	57	147.32			
MSPSS Toplam	1.Grup	47	102.09	2	15.266***	.000
	2. Grup	134	112.77			
	Kontrol	57	149.68			

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

4.2 Ruhsal Belirtilere Ait Verilerine İlişkin Bulgular

Katılımcılara uygulanan Kısa Semptom Envanteri ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçekleri puanlarına ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir. İlk olarak, Tablo 7’de KSE alt ölçek puanlarına ilişkin Kruskal Wallis test sonuçları

gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, gruplar arasında Somatizasyon alt test puanları ($X^2=14.028<.01$), OKB alt test puanları ($X^2=18.575<.001$), Kişilerarası Duyarlılık alt test puanları ($X^2=13.598<.001$), Depresyon alt test puanları ($X^2=22.179<.001$), Anksiyete alt test puanları ($X^2=21.972<.001$), Hostilite alt test puanları ($X^2=13.730<.01$), Fobik Anksiyete alt test puanları ($X^2=22.933<.001$), Paranoid alt test puanları ($X^2=15.341<.001$), Psikotizm alt test puanları ($X^2=14.383<.001$) ve diğer (uyku ,yeme bozuklukları) alt test puanları ($X^2=8.711<.05$) açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Ortaya çıkan bu farkın kaynağını anlamak için gruplar Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Somatizasyon alt test puanları açısından 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=857.5<.01$) ve 2 .Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=2561.5<.001$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=61.76) kontrol grubuna (Ort.=43.81) göre, 2. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=104.38) yine kontrol grubuna (Ort.=74.24) göre daha fazla somatik belirtilere sahip olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, 1. Grup ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında ise bu alt ölçek puanlarına ilişkin anlamlı bir fark yoktur.

OKB alt test puanları açısından 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=947<.05$) ve 2 .Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=2299.5<.001$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=60.85) kontrol grubuna (Ort.=45.61) göre, 2. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=107.34) da kontrol

grubuna (Ort.=68.34) göre daha fazla obsesif kompulsif bozukluğa ilişkin belirtilere sahiptir. Bununla birlikte, 1. Grup ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında ise bu alt ölçek puanlarına ilişkin anlamlı bir fark yoktur.

Kişilerarası Duyarlılık alt test puanları açısından 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=859.5<.01$) ve 2 .Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=2698.5<.01$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=62.71) kontrol grubuna (Ort.=44.08) göre, 2. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=104.36) yine kontrol grubuna (Ort.=76.34) göre daha fazla kişilerarası duyarlılık belirtilerine sahip olduğu söylenebilir. Ancak, 1. Grup ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında ise bu alt ölçek puanlarına ilişkin anlamlı bir fark yoktur.

Depresyon alt test puanları açısından 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=793<.001$) ve 2 .Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=2260.5<.001$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=64.13) kontrol grubuna (Ort.=42.91) göre, 2. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=107.63) da kontrol grubuna (Ort.=68.66) göre daha fazla depresif belirtilere sahiptir. Fakat, 1. Grup ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında ise bu alt ölçek puanlarına ilişkin anlamlı bir fark yoktur.

Anksiyete alt test puanları açısından 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=848.5<.01$) ve 2. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=2206<.001$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=62.95) kontrol grubuna (Ort.=43.89) göre, benzer şekilde 2. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=108.04) kontrol grubuna (Ort.=67.70) göre daha fazla anksiyete belirtilerinin görüldüğü bulunmuştur. 1. Grup ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında ise bu alt ölçek puanlarına ilişkin anlamlı bir fark yoktur.

Hostilite alt test puanları açısından 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=961.5<.05$) ve 2. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=2535<.001$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=60.54) kontrol grubuna (Ort.=45.87) göre, 2. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=105.58) da kontrol grubuna (Ort.=73.47) göre daha fazla hostalite belirtilerine sahip olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, 1. Grup ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında ise bu alt ölçek puanlarına ilişkin anlamlı bir fark yoktur.

Fobik anksiyete alt test puanları açısından 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=775<.001$) ve 2 .Grup psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=2321.5<.001$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=64.51) kontrol

grubuna (Ort.=42.60) göre ve 2. Grup psikodermatoloji hastaları (Ort.=107.18) kontrol grubuna (Ort.=69.73) göre daha fazla fobik anksiyete belirtileri gösterdiği söylenebilir. Ancak, 1. Grup ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında ise bu alt ölçek puanlarına ilişkin anlamlı bir fark yoktur.

Paranoid alt test puanları açısından 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=886.5<.01$) ve 2. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=2511<.001$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=62.14) kontrol grubuna (Ort.=44.55) göre ve benzer şekilde 2. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=105.26) kontrol grubuna (Ort.=81.28) göre daha fazla paranoid belirtilere sahiptir. 1. Grup ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında ise bu alt ölçek puanlarına ilişkin anlamlı bir fark yoktur.

Psikotizm alt test puanları açısından 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=955<.01$) ve 2. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=2533<.001$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=60.68) kontrol grubuna (Ort.=45.75) göre ve yine 2. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=105.60) kontrol grubuna (Ort.=73.44) göre daha fazla psikotik belirtileri olduğu söylenebilir. Fakat, 1. Grup ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında ise bu alt ölçek puanlarına ilişkin anlamlı bir fark yoktur.

Son olarak Diğer (uyku ,yeme bozuklukları) alt test puanları açısından 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=941<.01$) ve 2. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=2980<.05$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=60.98) kontrol grubuna (Ort.=45.51) göre ve 2. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=102.26) kontrol grubuna (Ort.=81.28) göre daha fazla bu tarz belirtiler görülmektedir. 1. Grup ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında ise bu alt ölçek puanlarına ilişkin anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 7 Gruplara Göre KSE Alt Ölçek Puanlarına Ait Kruskal Wallis Sonuçları

KSE Alt Ölçekleri	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd	χ^2	P
Somatizasyon	1.Grup	47	131.67	2	14.028**	.001
	2. Grup	134	126.87			
	Kontrol	57	89.55			
OKB	1.Grup	47	123.05	2	18.575***	.000
	2. Grup	134	132.52			
	Kontrol	57	85.96			
Kişilerarası Duyarlılık	1.Grup	47	135.85	2	13.598**	.001
	2. Grup	134	125.71			
	Kontrol	57	91.42			
Depresyon	1.Grup	47	135.52	2	22.179***	.000
	2. Grup	134	129.59			
	Kontrol	57	82.57			

Anksiyete	1.Grup	47	129.65	2	21.972***	.000
	2. Grup	134	131.64			
	Kontrol	57	82.59			
Hostilite	1.Grup	47	126.66	2	13.730**	.001
	2. Grup	134	129.39			
	Kontrol	57	90.34			
Fobik Anksiyete	1.Grup	47	133.01	2	22.933***	.000
	2. Grup	134	130.15			
	Kontrol	57	83.32			
Paranoid	1.Grup	47	130.94	2	15.341***	.000
	2. Grup	134	128.63			
	Kontrol	57	88.61			
Psikotizm	1.Grup	47	127.76	2	14.383**	.001
	2. Grup	134	129.07			
	Kontrol	57	90.19			
Diğer	1.Grup	47	134.63	2	8.711*	.013
	2. Grup	134	123.43			
	Kontrol	57	97.79			

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Gruplar HAD ölçek puanları açısından karşılaştırılmış ve hem anksiyete ölçek puanları ($X^2=28.799<.001$) hem de depresyon alt ölçek puanları açısından ($X^2=28.122<.001$) anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Mann Whithney U testi

yapılarak ortaya çıkan farkın kaynağı belirlenmiştir. Anksiyete alt test puanları açısından 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=704<.001$) ve 2. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=2029<.001$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=66.02) kontrol grubuna (Ort.=41.35) göre ve yine 2. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=109.36) kontrol grubuna (Ort.=64.60) göre daha fazla anksiyetelidir. Benzer şekilde Depresyon alt test puanları açısından da 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=722.5<.001$) ve 2. Grup Psikodermatoloji hastaları ile kontrol grubu arasında ($U=2043.5<.001$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=65.63) kontrol grubuna (Ort.=41.68) göre ve yine 2. Grup Psikodermatoloji hastaları (Ort.=109.25) kontrol grubuna (Ort.=64.85) göre daha depresiftir. Ancak hem HAD Anksiyete hem de HAD Depresyon alt ölçek puanları açısından 1.Grup ve 2. Grup Psikodermatoloji arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulgular Tablo 8’de özetlenmiştir.

Tablo 8 Gruplara Göre HAD Anksiyete ve HAD Depresyon Ölçek Puanlarına Ait Kruskal Wallis Sonuçları

HADÖ	Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd	χ^2	P
Anksiyete	1.Grup	47	133	2	28.799*	.000
	2. Grup	134	132.87			
	Kontrol	57	76.95			
Depresyon	1.Grup	47	135.03	2	28.122*	.000
	2. Grup	134	131.91			
	Kontrol	57	77.53			

* $p<.001$

4.3 Tip D Kişilik Özelliklerine Ait Verilere İlişkin Bulgular

Bu bölümde de Tip D kişilik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tablo 9’da gruplara göre Tip D kişilik özelliklerinin Ki-Kare sonuçları gösterilmiştir. Tabloda da gösterildiği gibi, Tip D kişilik özelliklerinin dağılımı açısından üç grup arasında fark vardır. Bu dağılım hangi gruplar arasında anlamlı olup olmadığını anlamak için de, gruplar ikiye ayrılarak Ki-Kare testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre 1. Grup Psikodermatoloji hastalarda (%69.2) kontrol grubuna göre (%30.8), 2. Grup Psikodermatoloji hastalarda da (%84.9) kontrol grubuna göre (%15.1) daha fazla Tip D kişilik özellikleri görülmektedir. 1. Grup Psikodermatoloji hastaları ile 2. Grup Psikodermatoloji hastaları arasında Tip D kişilik özelliklerin dağılımı açısından bir fark saptanmamıştır.

Tablo 9 Grupların Tip D Kişilik Özelliklerine İlişkin Ki-Kare Sonuçları

Grup	Tip D				X ²	p
	Var		Yok			
	N	%	N	%		
1. Grup	18	25.4	29	17.4	9.305*	.01
2. Grup	45	63.4	89	53.3		
Kontrol	8	11.3	49	29.3		

*p<.05

Tablo 10’da ise, tüm psikodermatoloji hastalarının sosyodemografik verilerine göre Tip D kişilik özelliklerinin dağılımı belirtilmiştir. Tip D kişilik özellikleri olanların %65.1’i kadın, %34.9’u erkektir. Tip D kişilik özellikleri olmayanlarda bu oran %53.4’ü kadın, %46.6’sı erkek şeklindedir. Medeni durum açısından bakıldığında Tip D kişilik özellikleri olanların %39.1’i evli, %50.8’i bekar, %4.8’i dul ve %4.8’i boşanmıştır. Tip D kişilik özellikleri olmayanların ise %52.5’i evli, %42.4’ü bekar, %1.7’si dul ve %3.4’ü boşanmıştır. Tip D kişilik özellikleri olanlardan 24’ü (%38.1) ilköğretim, 19’u (%30.2) lise ve 20’si (%31.7) üniversite mezunu iken, Tip D kişilik özelliği olmayanların 22’si (%18.6) ilköğretim, 53’ü (544.9) lise ve 43’ü (36.4) üniversite mezunudur. Tip D kişilik özellikleri olanların %44.4’ü halen bir işte çalışan, %3.2’si şimdiki hastalıkları nedeniyle çalışmayan, %15.9’u başka nedenlerle çalışamayan ve %36.5’i ise şu anda herhangi bir işte çalışmayan kişilerdir. Tip D kişilik özellikleri olmayanların ise %50.8’i şu anda bir işte çalışan, %0.8’i şimdiki hastalık nedeniyle çalışmayan, %19.5’i başka nedenle çalışmayan ve %28.8’i de şu anda hiç çalışmayan kişiler olduğu görülmüştür.

Tablo 10 Psikodermatolojik Hastalarda Tip D Kişilik Özelliklerinin Sosyodemografik Veriler Açısından Dağılımı

Demografik Özellik	Tip D Kişilik Özellikleri Olanlar (N=63)		Tip D Kişilik Özellikleri Olmayanlar (N=118)	
Cinsiyet	N	%	N	%
Kadın	41	65.1	63	53.4
Erkek	22	34.9	55	46.6
Medeni Durum				
Evli	25	39.7	62	52.5
Bekar	32	50.8	50	42.4
Dul	3	4.8	2	1.7
Boşanmış	3	4.8	4	3.4
Eğitim				
İlköğretim	24	38.1	22	18.6
Lise	19	30.2	53	44.9
Üniversite	20	31.7	43	36.4
Çalışma Durumu				
Halen Çalışanlar	28	44.4	60	50.8
Şimdiki Hastalık Nedeniyle Çalışmayanlar	2	3.2	1	0.8
Başka Nedenle Çalışmayanlar	10	15.9	23	19.5
Hiç Çalışmayanlar	23	36.5	34	28.8

Tip D kişilik özellikleri olan ve olmayan Psikodermatoloji hastalarının hastalıklarının başlangıcı sırasındaki stres faktörlerine ilişkin dağılım Tablo 11’de özetlenmiştir. Tip D kişilik özellikleri olanların %73’ünde psikodermatoloji hastalıklarının başladığı dönemde stres faktörüne sahip olduğu, % 27’sinin ise herhangi bir stres faktörünün olmadığı belirlenmiştir. Tip D kişilik özellikleri olmayanların %70.3’ünde psikodermatoloji hastalıklarının başladığı sırada stres faktörü görülürken, %’9.7’sinde herhangi bir stres faktörü olmadığı görülmüştür.

Tablo 11 Psikodermatoloji Hastalardaki Tip D Kişilik Özelliklerinin Stres Faktörü Açısından Dağılımı

Hastalığın Başladığı Dönemdeki Stres Faktörü	Tip D Kişilik Özellikleri Olanlar (N=63)		Tip D Kişilik Özellikleri Olmayanlar (N=118)	
	N	%	N	%
Var	46	73	83	70.3
Yok	17	27	35	29.7

Psikodermatoloji hastalarında Tip D kişilik özelliklerine göre stresli yaşam olayları sayısı ve stresli yaşam olaylarından subjektif etkilenmeye ilişkin fark olup olmadığına Mann Whitney U testi yapılarak bakılmıştır. Tablo 12’de de görüldüğü gibi, Tip D kişilik olan ve olmayan gruplar arasında stresli yaşam olayları sayısı ve stresli yaşam olaylarından subjektif etkilenme açısından anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 12 Psikodermatoloji Hastalarında Tip D Kişilik Özelliklerine Göre Stresli Yaşam Olayları Sayısı ve Stresli Yaşam Olaylarından Subjektif Etkilenme Puanlarına İlişkin Ölçümlere Ait Mann Whitney U Sonuçları

Stresli Yaşam Olayları	Tip D Kişilik Özellikleri	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Stresli Yaşam Olayları Sayısı (SYO)	Olan	63	93.79	5909	3541	.597
	Olmayan	118	89.51	10562		
Stresli Yaşam Olaylarını Yaşama Şiddeti (SYOTF)	Olan	63	91.71	5777.5	3672.5	.894
	Olmayan	118	90.62	10693.5		

Psikodermatoloji hastalarında Tip D kişilik özellikleri olan ve olmayan kişiler, stresle baş etme tarzları ve algılanan sosyal destek açısından da karşılaştırılmıştır. Yapılan Mann Whitney U testi sonucunda, Tip D kişilik özellikleri olan ve olmayan kişiler arasında, stresli baş etme tarzlarından kendine güvenli yaklaşım ($U=1858<.001$), iyimser yaklaşım ($U=2165.5<.001$), sosyal destek arama yaklaşımı ($U=2696.5<.01$), boyun eğici yaklaşım ($U=2763.5<.01$) ve çaresiz yaklaşım ($U=1667.5<.001$) açısından anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Buna göre, Tip D kişilik özellikleri olan kişiler Tip D kişilik özellikleri olmayanlara göre, daha az kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek

arama yaklaşımı sergilerken, daha fazla boyun eğici ve çaresiz yaklaşım sergilediği bulunmuştur. Bu sonuçlara ilişkin ortalamalar Tablo 13’de gösterilmiştir.

Algılanan sosyal destek açısından ise Tip D kişilik özellikleri olan ve olmayan kişiler arasında sadece özel kişinin desteği açısından anlamlı bir fark olduğu ($U=2680.5$), aile ve arkadaş desteği açısından ise anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Tip D kişilik özelliği olanlar ($Ort.=74.55$), Tip D kişilik özellikleri olmayanlara göre ($Ort.=99.78$) daha az özel kişinin desteğini algılamaktadır.

Tablo 13 Tip D Kişilik Özelliklerine Göre Stresle Baş etme Tarzı ve Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçek Puanlarına Ait Mann Whitney U Sonuçları

Değişkenler	Tip D Özellikleri	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Kendine Güvenli Yaklaşım	Olan	63	6149	3874	1858**	.000
	Olmayan	118	106.75	12597		
İyimser Yaklaşım	Olan	63	66.37	4181.5	2165.5**	.000
	Olmayan	118	104.15	12289.5		
Sosyal Destek Arama Yaklaşım	Olan	63	74.80	4712.5	2696.5*	.002
	Olmayan	118	99.65	11758.5		
Boyun Eğici Yaklaşım	Olan	63	106.13	6686.5	2763.5*	.004
	Olmayan	118	82.92	9784.5		
Çaresiz Yaklaşım	Olan	63	123.53	7782.5	1667.5**	.000
	Olmayan	118	73.63	8688.5		
Aile Desteği	Olan	63	82.66	5207.5	3191.5	.114
	Olmayan	118	95.45	11263.5		
Arkadaş Desteği	Olan	63	81.65	5144	3128	.078
	Olmayan	118	95.99	11327		
Özel Kişi Desteği	Olan	63	74.55	4696.5	2680.5*	.002
	Olmayan	118	99.78	11774.5		

*p<.01, **p<.001

Son olarak psikodermatoloji hastalarında Tip D kişilik özellikleri olan ve olmayan kişiler KSE alt ölçek ve HAD ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır. Sonuçta tüm KSE alt ölçek ve HAD ölçek puanları arasında Tip D kişilik özellikleri olan ve olmayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur

(Tablo 14). Bulgular tek tek incelendiğinde, Somatizasyon alt ölçeği açısından, Tip D kişilik özellikleri olanların (Ort.=110.83), olmayanlara göre (Ort.=80.42) anlamlı olarak daha fazla puan aldığı görülmüştür ($U= 2468<.001$).

OKB alt ölçeği açısından, Tip D kişilik özellikleri olanlar (Ort.=122.46), olmayanlara göre (Ort.=74.20) anlamlı olarak daha fazla puan almıştır ($U= 1735<.001$).

Kişilerarası Duyarlılık alt ölçek puanları açısından bakıldığında, Tip D kişilik özellikleri olanlar (Ort.=126.29), olmayanlara göre (Ort.=72.08) anlamlı olarak daha fazla puan almıştır ($U= 1485<.001$).

Depresyon alt ölçeği açısından, Tip D kişilik özellikleri olanların (Ort.=127.29), olmayanlara göre (Ort.=71.62) anlamlı olarak daha fazla puan aldığı saptanmıştır ($U= 1430.5<.001$).

Anksiyete alt ölçeği açısından, Tip D kişilik özellikleri olanların (Ort.=127.18), olmayanlara göre (Ort.=71.68) anlamlı olarak daha fazla puan aldığı belirlenmiştir ($U= 1437.5<.001$).

Hostilite alt ölçeği açısından, Tip D kişilik özellikleri olanların (Ort.=120.25), olmayanlara göre (Ort.=75.39) anlamlı olarak daha fazla puan aldığı bulunmuştur ($U=1874.5<.001$).

Fobik Anksiyete alt ölçeği açısından da, Tip D kişilik özellikleri olanların (Ort.=127.41), olmayanlara göre (Ort.=71.56) anlamlı olarak daha fazla puan almıştır ($U=1423<.001$).

Benzer şekilde, Paranoid alt ölçeği açısından, Tip D kişilik özellikleri olanların (Ort.=115.98), olmayanlara göre (Ort.=77.66) anlamlı olarak daha fazla puan aldığı gözlenmiştir ($U=2143<.001$).

Psikotizm alt ölçeği açısından, Tip D kişilik özellikleri olanların (Ort.=119.17), olmayanlara göre (Ort.=77.96) anlamlı olarak daha fazla puan aldığı belirlenmiştir ($U=1942.5<.001$).

Son olarak, Diğer (uyku ,yeme bozuklukları) alt ölçeği açısından da, Tip D kişilik özellikleri olanların (Ort.=120.48), olmayanlara göre (Ort.=75.26) anlamlı olarak daha fazla puan aldığı bulunmuştur ($U=1860<.001$).

Tip D kişilik özelliği olanlar ile olmayanlar arasında HAD Anksiyete ($U=1384.5<.001$) ve HAD Depresyon ($U=2104<.001$) puanları açısından da anlamlı bir fark vardır. Buna göre Tip D kişilik özellikleri olanlar (Ort.=128.02) olmayanlara göre (Ort.= 71.23) daha anksiyeteli olduğu ve yine Tip D kişilik özellikleri olanların (Ort.=116.6) olmayanlara göre (Ort.=77.33) daha depresif belirtileri olduğu görülmüştür.

Tablo 14 Tip D Kişilik Özelliklerine Göre HAD ve KSE Alt Ölçek Puanlarına Ait

Mann Whitney U Sonuçları

Değişkenler	Tip D Özellikleri	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Somatizasyon	Olan	63	110.83	6982	2468*	.000
	Olmayan	118	80.42	9489		
OKB	Olan	63	122.46	7715	1735*	.000
	Olmayan	118	74.20	8756		
Kişilerarası Duyarlılık	Olan	63	126.43	7965	1485*	.000
	Olmayan	118	72.08	8506		
Depresyon	Olan	63	127.29	8019.5	1430.5*	.000
	Olmayan	118	71.62	8451.5		
Anksiyete	Olan	63	127.18	8012.5	1437.5*	.000
	Olmayan	118	71.68	8458.5		
Hostilite	Olan	63	120.25	7575.5	1874.5*	.000
	Olmayan	118	75.39	8895.5		
Fobik Anksiyete	Olan	63	127.41	8027	1423*	.000
	Olmayan	118	71.56	8444		
Paranoid	Olan	63	115.98	7307	2143*	.000
	Olmayan	118	77.66	9164		
Psikotizm	Olan	63	119.17	7707.5	1942.5*	.000
	Olmayan	118	77.96	8963.5		
Diğer	Olan	63	120.48	7590	1860*	.000
	Olmayan	118	75.26	8881		
HAD Anksiyete	Olan	63	128.02	8065.5	1384.5*	.000
	Olmayan	118	71.23	8405.5		
HAD Depresyon	Olan	63	116.60	7346	2104*	.000
	Olmayan	118	77.33	9125		

*p<.001

5.TARTIŞMA

Cilt hastalıklarının psikososyal etkilerine günümüze kadar gereken önem yeterince verilmemiştir. Bu hastalardaki olası psikiyatrik eştanılar belirlenip, biyopsikososyal bir yaklaşımla tedavi edilirlerse hastaların yaşamına gerçekten olumlu katkı sağlanabilir. **(112)**

Ruhsal etkenler birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkışı ya da alevlenmesinde rol oynayabilirken, dermatolojik hastalıklar da kronik gidişleri, beden imajına etkileri ve damgalanmaya yol açma olasılıkları yüzünden psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkışına yol açmaktadır. **(113)**

Psikosomatik hastalıkların etiyolojisinde kişiliğin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda psikodermatolojik hastalıkların büyük bir kısmını oluşturduğu psikosomatik hastalıklar için ortak bir mizaç ve karakter profilinin henüz ortaya konamadığı görülmüştür. **(114)**

Dermatolojik hastalıklarda psikiyatrinin öneminden yola çıkarak çalışmamızda psikodermatolojik hastalıklarla tip D kişilik arasındaki ilişki ve bu ilişkide stres ve ruhsal değişkenlerin rolüne ilişkin literatür gözden geçirilerek bulgularımız tartışılmıştır.

5.1 Stres değişkenleri ile ilgili yorumlar

Stres, psikosomatik hastalıkların oluşumunda hazırlayıcı, açığa çıkarıcı ve artırıcı bir etki yaratmaktadır. Özgöl bir stresin özgöl bir hastalığa neden olduğunu söylemek güçtür. Psikolojide stres kişiye güç gelen, baskı ve engellenme yaratan, çıkmaza sokan, çaresizliğe sürükleyen, acı veren, bunaltı ve üzüntü verici yaşam olaylarıdır. Stresin kişiler üzerine etkisi görecelidir. Kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, ailesel ve kültürel geçmişi, yaşam deneyimleri, kişilik yapısı, ruhsal olgunlaşma düzeyi, kalıtsal yapısı, benlik gücü ya da güçsüzlüğü ile stresin göreceli ağırlığı ve süresi etkili olmaktadır. **(115)**

Bu çalışmada dermatolojik hastalık başlangıcından önceki süreçte psikososyal stresör varlığı Grup 1 ve 2 de yüksek oranlarda bulunmuştur. Her iki gruptaki hastalıklara tek tek baktığımızda da psikososyal stresör varlığı oranları kontrollere göre yüksek saptanmıştır. Stres ile ilgili diğer değişkenler olan stresli yaşam olayı (SYO) sayısı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenirken, bu olayları yaşamaktan subjektif etkilenme şiddetleri (SYOTF toplam puanı) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Stresli yaşam olayı sayısının psikodermatoloji hastalarında fazla olması literatürdeki birçok çalışma ile desteklenmektedir. Çeşitli dermatolojik hastalığı olan 4576 hastayla yapılan bir çalışmada hastaların %12 si akne vulgaris tanısı almış ve akne hastalarının %55 'i hastalığın alevlenmesi ile emosyonel stres arasında yakın ilişki olduğunu bildirmişlerdir. **(116)** Chiu ve ark, Leeds Akne Skalası ve Algılanan Stres Skalasını kullanarak akneli üniversite gençlerinde akne

ve stresin sınav zamanlarında belirgin olarak arttırdığını görmüşlerdir. **(44)** Benzer bir çalışma 33 akne hastasını kapsamış, hastaların % 67'si stresli olayın ortaya çıkması ile aknenin şiddetlenmesi arasında pozitif bir ilişki sunmuştur.**(45)** Birçok klinisyen ve araştırmacı psöriazis de stresin hastalığın başlangıcında ve gidişinde önemli rolü olduğunu belirtmektedir. Kantor'a göre çevresel,fiziksel ve psikolojik stres (anksiyete,depresyon ,aile, iş ve arkadaş ilişkilerinde bozukluk) önemlidir. **(117)** 179 hastayla yapılan bir çalışmada hastaların önemli bir kısmının psöriazis başlangıcından 1 ay önce stresli yaşam olayları tanımladıkları **(49)** ,bir başka çalışmada da hastalığın başlamasından önceki yıl içerisinde yaklaşık %72 oranında stresli yaşam olayı tanımladıkları bildirilmiştir. **(118)** Payne ve arkadaşları, psoriasis hastalarında kontrol grubuna oranla daha çok yaşam olayı kanıtlayamazken **(119)**; bazı araştırmalar, psoriasis hastalarının öznel olarak daha fazla zorlandıklarına ve psikofizyolojik olarak strese, sempatoadrenerjik sistemin güçlü bir aktivasyonu ile tepki gösterdiğine işaret etmektedir. **(120)** Birçok çalışmada ürtikerin başlangıcı ya da alevlenmesinde stresin önemi vurgulanmaktadır. Bir çalışmada hastaların %68 inde emosyonel stresin epizodu tetiklediği bulunmuştur.**(121)** Teshima ve ark.'ın (1982) çalışmalarında ürtiker hastaları hastalık öncesinde %30 oranında ev-iş değişikliği, evlilik, doğum gibi olumlu veya olumsuz stresler yaşadıklarını bildirmişlerdir.**(122)** Papadopoulos ve arkadaşları, 3 yıldan daha kısa hastalık süresi olan, vitiligo tanısı almış 100 hastayı, kontrol grubu olarak psikolojik etmenlerle ilişkili olmayan şekil bozukluğu saptanmış hastalarla karşılaştırmış; vitiligo hastalarının kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, hastalıkları başlamadan

önceki bir yıl içerisinde istatistiksel olarak anlamlı sayıda stresli yaşam olayları yaşadıklarını; özellikle vitiligo hastalarının daha yüksek oranda kayıp ya da yas, yaralanma, hastalık yaşadıklarını; yeme ve uyuma alışkanlıklarında daha büyük değişiklikler olduğunu bildirmişlerdir. Vitiligo hastalarının % 40'ından fazlasının, hastalığın ilk ortaya çıkışından bir yıl önce yakın bir arkadaşı ya da akrabasının ölümünü, % 25'inden fazlasının, aile, arkadaş, çevresindekilerin kaybıyla birlikte seyreden, yaşam koşullarında bir değişiklik, yer değiştirme bildirdikleri saptanmıştır. **(61)** Diğer psikodermatolojik hastalıklarda olduğu gibi alopesia areatada da psikososyal stresin hastalığın alevlenmesinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Çeşitli çalışmalarda stresle alevlenme oranları %6,7 -%96 arasında belirtilmektedir. **(59,74,123)** Bir başka çalışmada alopesia areatada yaşam olaylarının %80'e varan oranlarda önemli rol oynadığından bahsedilmektedir. **(124)**

Psikosomatik hastalıkların stres yaratan belirli durumlarda ortaya çıktığı görüşü yerine; kişilerin stres karşısında yaşadıkları öznel deneyimin ve stres ile başa çıkma tarzının daha belirleyici olduğu görüşü benimsenmiştir. **(39)** Etkisiz problem çözmenin stresli yaşam olaylarını tetiklediği ve psikolojik uyumsuzluk getirdiği bildirilmiştir. **(125)** Bu çalışmada stresle baş etme tarzı ölçeği açısından gruplar arasında fark bulunmazken, hem grup 1 hem de grup 2 deki hastaların kontrollere göre olumsuz bir baş etme olan çaresiz yaklaşım puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç psikodermatolojik hastalıkların kronik gidişleri, beden imajına etkileri ve damgalanmaya yol açma

olasılıkları ile ilişkilendirilebilir. Literatüre baktığımızda Yang ve ark. larının 2005' te **(55)** yaptığı çalışmada kronik ürtiker hastalarının kontrollere göre daha çok negatif başa çıkma stratejilerini kullanmaları bu bulguyu destekler niteliktedir. Sin ve ark 2002'de **(126)** yaptıkları çalışmada, kronik ürtikerli hastaların stresle başa çıkmada pasif oldukları, geri çekilme, duyguları ifade edememeyi daha fazla kullandıkları, kabul etme ve kaderciliğe daha çok başvurdukları gösterilmiştir. Psöriyazis hastalarının, sağlıklı bireylere göre stres karşısında daha edilgen başa çıkma yollarını kullanma eğiliminde oldukları, alkol- ilaç kullanımı, dine yönelme ve yadsımayı daha fazla kullandıkları belirtilmiştir. **(51)** Bu sonuçların aksine Finzi ve ark. psöriazis hastalarının başa çıkmada planlama, aktif başa çıkma ve kabul etme stratejilerini daha çok kullandıklarını; inkar ve madde kullanımına daha az başvurduklarını belirtmişlerdir. **(17)** Bu çalışmada da olumlu stresle baş etme tarzları açısından kontrol grubu ile hasta grupları arasında fark olmaması, psikodermatolojik hastalıkların kronik seyretmesi nedeniyle hastaların bu süreçte olumlu baş etme stratejileri geliştirmiş olabileceği ile ilişkilendirilebilir. Hastaların bir yandan olumlu baş etme stratejileri geliştirirken öte yandan çaresizliklerinin olması ambivalan duyguları akla getirebilir. Bu ambivalans kronik hastalıktaki alevlenmelerle bağlantılı olabilir.

Algılanan sosyal destek ölçeği ve alt ölçekleri açısından baktığımızda Grup 1 ve 2 arasında fark bulunmamıştır. 1. gruptaki hastalarda algılanan aile desteği ve özel kişi desteği kontrollere göre daha düşük bulunmuştur. Literatüre

baktığımızda Picardi ve ark 2003’de yaptıkları çalışmada Alopesia areata hastalarının sosyal desteklerinin daha zayıf olduğu stresli yaşam olayı olmasa da bunun hastalığa zemin hazırladığı belirtilmiştir. **(60)** 31 vitiligo hastasının katıldığı bir çalışmada ise aleksitimi, güvensiz bağlanma ve yetersiz sosyal desteğin vitiligoya duyarlılığı artırdığı bunun ise muhtemelen emosyonel regülasyondaki eksiklik ya da stres ile başa çıkma becerisinde azalma ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. **(128)** 2. grup hastalarda algılanan aile desteği, arkadaş ve özel kişi desteği kontrollere göre daha düşük bulunmuştur. Yang ve ark. 2005’te yaptığı çalışmada kr. ürtiker hastalarının daha az aile desteği aldığı gösterilmiştir. **(55)** Bir başka çalışmada ise zayıf sosyal desteğin psöriazis alevlenmesine yatkınlığı artırdığı bildirilmektedir. **(52)** Bu çalışmada da algılanan sosyal destek ile stresli yaşam olayları ve stresle olumlu baş etme arasındaki negatif korelasyon literatürü destekler niteliktedir.

5.2 Ruhsal belirtilerle ilgili yorumlar

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği açısından bakıldığında her iki grup da kontrol grubuna göre daha yüksek depresyon ve anksiyete puanı almışlardır. Literatür bilgilerini gözden geçirdiğimizde tüm dermatolojik hastalıklar içinde psikiyatrik hastalık görme oranı % 5 bildirilmişken bu hastaların % 44’ünde depresyon % 35’inde ise anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. **(63)** Bir çalışmada 86 dermatoloji hastası çeşitli kendini değerlendirme ölçekleri ile incelenmiş, hastaların %46’sında, çoğunluğunu duygudurum ve anksiyete bozukluklarının

oluşturduğu psikiyatrik morbidite saptanmıştır. **(130)** Cohen ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada dermatolojik hastaların % 9.6' sında major depresyon, %1 minör depresyon ve %19'unda depresif belirtiler olduğu tespit edilmiştir.**(64)** Bazı araştırmalarda özellikle psoriasis, atopik dermatit, kronik idiyopatik ürtiker, alopesi areata ve akne gibi hastalıkların ortaya çıkışı ve alevlenmesinde başta depresyon olmak üzere tüm psikiyatrik hastalıkların önemli etkisi olduğu vurgulanmaktadır. **(65)**

Grup 1 ve 2 deki hastalıklar tek tek kontrol grubu ile karşılaştığında da anksiyete ve depresyon puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur, bu bulgu birçok literatür bilgisi ile uyumludur.**(50,66, 68,69,70,71,72,73,74,75,77,110,130)** Sonuç olarak hem gruplar arası, hem de tek tek hastalıklar arası karşılaştırma sonuçları literatürü destekler niteliktedir.

KSE ölçeği açısından gruplar arasında fark vardır. Bu fark kontrol grubuyla Grup 1 ve kontrol grubuyla grup 2 arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Her iki hasta grubunda da KSE alt ölçek puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada olduğu gibi birçok çalışmada dermatolojik hastalığı olan kişilerde psikiyatrik hastalıkların daha fazla görüldüğü saptanmıştır.**(76,129,131,132,133,134,135)** Ancak hastalarda tanı almış psikiyatrik hastalık açısından bakıldığında her iki grupta da oldukça düşük oranlara rastlanmıştır. Burada amaç dermatolojik hastalık tanısı koymak değil,

hastalığın alevlenmesine neden olabilecek psikiyatrik semptomatolojinin saptanıp düzeltilmesi olmalıdır. Literatürde bir çok araştırmada cilt hastalıklarının psikiyatrik hastalık komorbiditeleri vurgulanmıştır.(129,133,135) Cilt hastalıkları nedeniyle psikiyatriye başvurularının önerilip önerilmediğine ve psikiyatri başvurularına bakıldığında da oranlar oldukça düşük bulunmuştur. Hasta gruplarında HADÖ, KSE ölçek puanlarının yüksek olmasına rağmen tanı konmuş psikiyatrik hastalık oranlarının beklenenden oldukça düşük olması; dermatoloji kliniği ile liyezon çalışmalarının derinleştirilmesi, hastaların psikiyatrik açıdan daha ayrıntılı değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

5.3 Tip D Kişilik ile ilgili yorumlar

Psikodermatoloji hastalarında Tip D kişilik tanısı alanlar 63, almayanlar 118 kişidir yani tip D kişiliğin prevalansı hasta grubunda %34.8 bulunmuştur. Bu oran sağlıklı kontrollere göre anlamlı şekilde yüksektir. Literatürdeki çalışmaların büyük bir kısmı kardivasküler popülasyonda tip D prevalansı ve hastalığa etkileri üzerine olmuştur.(83,84,87,90,93) Tip D kişilik ile psikodermatolojik hastalık arasındaki ilişkiyi gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma bu yönüyle özgün bir çalışmadır. Tip D kişilik prevalansının yüksek bulunması Tip D kişiliğin psikodermatolojik hastalıklar için ortak olası bir mizaç ve karakter olabileceğini düşündürülebilir. Tip D kişiliği olan dermatolojik hastalarla geniş popülasyon üzerinde yapılacak çalışmaların literatüre önemli katkıları olacaktır.

Tip D kişilik ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında; bazı çalışmalar kadınlarda tip D kişiliğin daha sık görüldüğünü belirtirken **(87,94,95)** bazıları da tip D kişiliğin cinsiyet ile anlamlı ilişkisi olmadığını söylemektedir. **(96)** Bu çalışmada hasta grubunda tip D kişiliği olanların %65.1 i kadındır. Diğer sosyodemografik özellikler açısından bakıldığında ise tip D kişiliği olanların %60,3 evli olmadığı, %61,9 unun lise ve/veya yüksek okul mezunu olduğu ve %55,6 sının çalışmadığı bulunmuştur. Bu verilere bakıldığında dermatolojik hastalık tanısı olan genelde evli, lise veya yüksekokul mezunu ancak çalışmayan Tip D kişiliği bulunan kadın hastaların psikodermatolojik değerlendirmeye gereksinin duyan hasta profili olabileceği söylenebilir.

Literatüre baktığımızda Tip D kişilik stres, çeşitli emosyonel ve sosyal zorluklarla ilişkili bulunmuştur. Tip D kişiliği olan bireylerin daha çok strese, emosyonel ve sosyal zorluklara maruz kaldıkları gösterilmiştir. **(89,99)**. Sağlık çalışanları ile yapılan bir başka çalışmada Tip D olanların daha yüksek stres seviyelerine sahip olduğu gösterilmiştir. **(136)** Bu çalışmada da hasta grubunda tip D si olanların olmayanlara göre hastalığın başladığı ve alevlendiği dönemlerde daha fazla stres yaşadıkları gösterilmiştir, ancak genel olarak bakıldığında yaşam boyu stresli yaşam olayları sayıları ve bundan subjektif etkilenme oranları açısından tip D'si olanlarla olmayanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tip D kişiliği olan dermatolojik hastalıklarda akut stresin hastalığın ortaya çıkışını tetiklediği ancak yaşam boyu stresle dermatoloji hastaları arasındaki ilişkinin bu denli güçlü olmadığı söylenebilir.

Stresle baş etme açısından baktığımızda ise bir çalışmada Tip D olan kardiyak hastaların stresli yaşam olayları ile baş etmede sınırlı yeteneğe sahip oldukları gösterilmiştir. **(137)** Bir başka çalışmada ise Tip D si olan öğrencilerin stres karşısında boyun eğme ve geri çekilme gibi pasif ve uyumsuz baş etme stratejilerini daha çok kullandıkları gösterilmiştir. **(138)** NA ve SI ölçek puanları yüksek olan bireylerin stresten ve hislerinden kurtulmak için kaçınma ve geri çekilme stratejilerini daha çok kullandıkları gösterilmiştir. **(139)** Bu çalışmada da hasta grubunda tip D olanların olmayanlara göre stresle baş etmede olumsuz stratejileri (boyun eğici, çaresiz) daha çok, olumlu stratejileri (kendine güvenli, iyimser, sosyal destek) daha az kullandıkları bulunmuştur. Psikodermatolojik hastalıklarda stresle baş etme de güçlükler olmasına rağmen tip D olan psikodermatoloji hastalarında bu güçlük daha fazla gösterilmiştir, bu bize tip D kişiliğin stresle baş etme konusunda önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.

Önceki çalışmalara baktığımızda Tip D olan bireylerin sosyal destek bulmak için daha az çaba gösterdikleri saptanmıştır. **(84)** Bu kişilerin sosyal ilişkilerinin daha kısıtlı ve algıladıkları sosyal destek seviyelerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. **(140)** İngiltere de 588 sağlıklı katılımcı ile yapılan çalışmada tip D bireylerde tip D olmayanlara göre algılanan sosyal destek seviyelerinin anlamlı oranda düşük olduğu raporlanmıştır. **(94)** İngiliz ve İrlandalı 1012 sağlıklı genç yetişkinde yapılan çalışmada da tip D bireylerde tip D olmayanlara göre sosyal destek seviyelerinin anlamlı oranda düşük olduğu

bildirilmiştir. **(141)** Bu çalışmada da hasta grubunda tip D kişilik ile algılanan sosyal destek arasında ters yönde anlamlı ilişki bulunmuş, tip D olanlarda olmayanlara göre algılanan sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bulgu da psikodermatolojik hastalıklarda Tip D kişiliğin önemini vurgulayan bir bulgudur.

Tüm hasta grubunda hastane anksiyete ve depresyon ölçeği açısından tip D olanlar ile tip D olmayanlar karşılaştırıldığında, tip D olanların anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatüre baktığımızda Tip D'si olan kardiovasküler hastaların depresyon ve anksiyete semptomları açısından risk altında olduğu çalışma sonuçlarında doğrulanmıştır. **(76,87,90,142,143)** Genel popülasyonda tip D ile ilişkili bir gözden geçirmede tip D olan kişilerin daha çok depresyon, anksiyete semptomunun olduğu gösterilmiştir. Bu çalışma literatürü destekler nitelikte olup psikodermatolojik hastalıklarda Tip D kişiliği olanlarda depresyon ve anksiyete açısından dikkatli olunması gerektiğini düşündürmektedir.

Tüm hasta grubunda KSE ölçeği açısından tip D olanlar ile tip D olmayanlar karşılaştırıldığında, Tip D olanlarda tüm KSE alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Tip D kişilik ile anksiyete ve depresyon dışında diğer ruhsal belirtilerle ilişkisini gösteren çalışma sınırlı sayıdadır. Bir çalışmada Tip D kişiliğin sosyal fobi ve panik bozuklukla da ilişkili olduğu **(83)** Tip D ile ilişkili

bir gözden geçirmede de tip D olan kişilerin daha çok posttravmatik stres bozukluğu semptomu olduğu, daha fazla somatik yakınma tarifledikleri gösterilmiştir. (144) Bu bulgu da Tip D kişiliği olan psikodermatoloji hastalarında anksiyete ve depresyon dışında diğer psikiyatrik semptomatolojinin de taranması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Tip D olan psikodermatoloji hastalarının Tip D olamayanlara göre HADÖ, KSE ölçek puanlarının yüksek olmasına rağmen psikiyatrik hastalık komorbidite oranları oldukça düşük bulunmuştur. Bu sonuç tartışmanın başında belirtildiği gibi hastaların psikiyatriye yeterince yönlendirilmemeleri ve liyezon çalışmalarına gereğince önem verilmemesi ile ilişkilendirilebilir.

Bu çalışma literatürdeki birçok çalışma gibi psikodermatolojik hastalıklarla stres ve diğer ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkinin önemini bir kez daha vurgularken, bu ilişkide Tip D kişiliğin etkilerine bakması açısından özgün bir çalışma olmuştur.

Sonuç olarak konsültasyon ve liyezon uygulamalarında psikodermatoloji hastaları değerlendirilirken Tip D kişilik özelliklerine rastlanması, bu hastaların stres ve diğer ruhsal hastalıklar açısından belki daha fazla risk altında olduğunu düşündürerek, psikiyatriye yönlendirilmeleri ve daha ayrıntılı psikiyatrik

değerlendirilmeleri için yol gösterici olabilir. Öte yandan herhangi bir nedenle psikiyatriye yönlendirilmiş olan psikodermatolojik hastalık tanılı hastaların psikiyatrik değerlendirmesinde Tip D kişilik özelliklerinin öncelikli olarak saptanmasının bu hastalardaki psikiyatrik değerlendirmeyi daha da kolaylaştırabileceğini ve bu grup hastaların psikiyatrik değerlendirilmesinin daha detaylı yapılması gerekliliğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

- 1.Picardi A, Abeni D: Stresful life events and skin diseases: Disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom* 2001 May-Jun;70(3):118-36.
- 2.Koptagel-İlal G. Günümüz Tıbbında Psikosomatiğin yeri. *Psikiyatrik-Psikososyal Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu II*; 1993. p.1917.
- 3.İlal GK. Psikosomatik Bozukluklara Genel Bakış: Güleç C, Köroğlu E, *Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 2 : Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1998: 760.*
- 4.Balon R. Reflections on relevance: Psychotherapy and Psychosomatics in 2005. *Psychother Psychosom.* 2006;75(1):5-11.
- 5.Di Prima TM, De Pasquale R, Gilotta SMG, Cravotta A. Approccio preliminare sulla componente psichica in dermopazienti *G Ital Dermatol Venereol* 1989, 124:147-150.
- 6.Eller JJ. Skin disorder and the psyche. *Cutis* 1974, 13:395-416.
- 7.Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Observations during an itch-inducing lecture. *Dermatol Psychosom* 2000, 1(1):15-18.
- 8.Fruensgaard K, Hjortshj A, Nielsen H. Neurotic excoriations. *Int J Dermatol* 1978, 17:761-767.
- 9.Rice, P. L., (1999). *Stress and health. 3. edition, Brooks/Cole Publishing Company, New York.*
- 10.Gupta MA. Somatization Disorders in Dermatology *International Review of Psychiatry*, Feb 2006; 18(1): 41-7.
- 11.Panconesi E, Hautmann C: Pathophysiology of stress in dermatology. *Dermatol Clin* 1996;14:319-41.
- 12.Hart W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA: *Clinical management in psychodermatology Berlin, Springer-Verlag, 2009;196-208.*

13. Panconesi E, Hautmann G. Psychophysiology of stress in Dermatology: the psychologic pattern of psychosomatics *Dermatologic Clinics* 1996;3:399-421.
14. Alder R, Felten DL. Psychoneuroimmunology. San Diego, Academic Press 2001;3
15. Miller AH, Norin AJ: Neural-immune interactions. Depressive disorders and immunity. Ed. Miller AH. Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc, 1989;25-49.
16. Millard L: Psychoneuroimmunology. Psychodermatology: psychologic impact of skin diseases. Ed. Walker C, Papadopoulos L. Cambridge, Cambridge University Press, 2005;15-28.
17. Zane LT: Psychoneuroendocrinimmunodermatology. Psychocutaneous medicine. Ed. Koo J, Lee CS. New York-Basel, Marcel Dekker Inc, 2003;65-95.
18. O'Connor MF, Irwin MR: Links between behavioral factors and inflammation *Clin Pharmacol Ther* 2010;87:479-82.
19. Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. *Am Family Phys* 2001;11:1873-8.
20. Altunay İ, Mercan S. Psikodermatoloji Kitabı: Psikodermatolojinin tarihçesi
21. Hinkle, L. E. Jr., (1987). Stress and disease : The concept after 50 years. *Social Science of Medicine*, 25 (6), 561 – 566.
22. Linford R. The Role of Stress in the Etiology of Psychosomatic Disorders. 1958. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Dec 9, London
23. Cannon, W. B., (1939). The wisdom of the body. Revised ed., Norton & Company Inc, NY.
24. Cannon, W. B., (1970). Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. 2nd ed., McGrath Pub. Company, Maryland .
25. Selye H., (1975). Stress without distress. Penguin Books, USA.

26. Van Moffaert M: Psychodermatology: an overview. *Psychoder Psychosom* 1992;58:125-36.
27. Koo JYM, Pham CT. Psychodermatology: Practical guidelines on pharmacotherapy. *Arch Dermatol* 1992;126:381-8.)
28. Ortonne JP: Vitiligo and other hypomelanoses of hair and skin. New York Plenum Publishing, 1983, 34-9.
29. Liu PY, Bondesson L, Johansson WLO: The occurrence of cutaneous nerve endings and neuropeptides in vitiligo vulgaris: a case control study. *Archives of Dermatology* 1996;288:670-75.
30. Papadopoulos L, Bor R, Leg C: Coping with disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive behavioral therapy. *British Journal of Medical Psychology* 1999;72:385-96.
31. Urpe M, Buggiani G, Lotti T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in Dermatology. *Dermatol Clin* 2005;23:609–17.
32. Glaser R. Stress-associated immune dysregulation and its importance for human health: a personal history of psychoneuroimmunology. *Brain Behav Immun* 2005;19:3-11.
33. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosom Med* 2002;64:15-28.
34. Hosoi J, Tanida M, Tsuchiya T. Mitigation of stress-induced suppression of contact hypersensitivity by odorant inhalation. *Br J Dermatol* 2001; 145 (5):716-9.
35. Garg A, Chren MM, Sands LP, Matsui MS, Marenus KD, Feingold KR, Elias PM. Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis. Implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Arch Dermatol* 2001;137:53-9.
36. Şahin NH, Stresle Başa Çıkma. 1994. Türk Psikologlar Derneği Yayını No:2. Özyurt Matbaası, Ankara.

- 37.Lazarus, R. S., Folkman, S., Gruen, R. J., DeLongis, A., (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- 38.Lazarus, R. S., Folkman, S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R. J., (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes.*Journal of Personality and Social Psychology*,50(5),992-1003.
- 39.Mercan S, Altunay İK. Psikiyatri ve Dermatolojinin Ortak Çalışma Alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006; 17(4): 305-13.
- 40.Lee WJ, Jung HD, Lee HJ, Kim BS, Lee SJ, Kim do W: Influence of substance-P on cultured sebocytes. *Arch Dermatol Res*. 2008 ;300:311-6.
- 41.Cunliffe WJ, Holland DB, Clark SM, Stables GI: Comedogenesis: some aetiological, clinical and therapeutic strategies. *Dermatology* 2003;206:11
- 42.Yosipovitch G, Tang M, Dawn AG, Chen M, Goh CL, Huak Y, Seng LF: Study of psychological stress, sebum production and acne vulgaris in adolescents. *Acta Derm Venereol* 2007;87:135-9.
- 43.Poli F, Dreno B, Verschoore M. An epidemiological study of acne in female adults: results of a survey conducted in France. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15:541-5.
- 44.Chiu A, Chon SY, Kimball AB. The response of skin disease to stress: changes in the severity of acne vulgaris as affected by examination stress. *Arch Dermatol* 2003; 139:897-900
- 45.Polenghi MM, Zizak S, Molinari E: Emotions and acne. *Dermatology and Psychosomatics* 2002; 3: 20-25
- 46.Griffiths CE, Richards HL. Psychological influences in psoriasis.*Clin Exp Dermatol*. 2001;26:338-42.
47. Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ: The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions.*Br J Dermatol* 1994 ;130:199-203

48. Raychaudhuri SP, Jiang WY, Smoller BR, Farber EM: Nerve growth factor and its receptor system in psoriasis. *Br J Dermatol* 2000;143: 198-200
49. Polenghi M.M, Molinari E. et al: Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. *Acta Derm Venereol* 1994;186:65-66
50. Gupta A.M and Gupta K.A: Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br.J. Dermatol* 1999;139:846-850
51. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2002; 27:177-184.
52. Picardi A, M.D., Mazzotti E: Stress, Social Support, Emotional Regulation, and Exacerbation of Diffuse Plaque Psoriasis. *Psychosomatics* 2005; 46:556–564
53. Newman JC: The neurotransmitter hypothesis of urticaria. *Medical Hypothesis* 1982; 9:617-34
54. Singh LK, Pang X, Alexacos N, Letourneau R, Theoharides TC: Acute immobilization stress triggers skin mast cell degranulation via corticotropin releasing hormone, neurotensin and substance P: a link to neurogenic skin disease. *Brain, Behaviour and Immunity* 1999;13: 225-39
55. Yang HY, Sun CC, Wu YC, Wang JD. Stress, Insomnia, and Chronic Idiopathic Urticaria. *J Formos Med Assoc.* 2005; 104,4: 254-63.
56. Katsarou-Katsari A, Singh LK, Theoharides TC: Alopecia areata and affected skin CRH receptor upregulation induced by acute emotional stress. *Dermatology* 2001;203:157-61
57. Toyoda M, Makino T, Kagoura M, Morohashi M: Expression of neuropeptide-degrading enzymes in alopecia areata: an immunohistochemical study. *J Dermatol.* 2001;144 :46-54
58. Tan E, Tay YK, Goh CL, Chin Giam Y: The pattern and profile of alopecia areata in Singapore – a study of 219 Asians. *Int J Dermatol* 2002; 41: 748–753.

59. Van der Steen P, Boezeman J, Duller P, Happle R. Can alopecia areata be triggered by emotional stress? An uncontrolled evaluation of 178 patients with extensive hair loss. *Acta Derm Venereol* 1992; 72: 279–280.
60. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF ve ark. Psychosomatic Factors in First-Onset Alopecia Areata. *Psychosomatics* 2003; 44: 374-81.
61. Papadopoulos L, Bor R, Legg C, Hawk JL: Impact of life events on the onset of vitiligo in adults: preliminary evidence for a psychological dimension in aetiology. *Clin Exp Dermatol* 1998 ;23 :243-8
62. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, et al: Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003 ;44 :374-81
63. Woodruff WR, Higgins EM, du Vivier QWP, Wessely S: Psychiatric illness in patients referred to a dermatology psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19 :29–35.
64. Cohen AD, Ofek–Shlomai A., Vardy DA, Weiner Z, Schwartzman P: Depression in dermatological patients identified by the Mini International Neuropsychiatric Interview questionnaire. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54 : 94-99
65. Gupta MA: Psychiatric comorbidity in dermatological disorders (eds). Walker C, Papadopoulos L. In *Psychodermatology*, Oxford University Press, New York, 2005;30-4.
66. Yazıcı K, Baz K et al. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *JEADV* 2004;18:435-9.
67. Arnold LM, Auchenbach MB, Mc Elroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001;15(5):351-9.
68. Gupta A.M and Gupta K.A, Haberman H.F : Psoriasis and psychiatry, An update . *Gen Psychiatry* 1987;9:157-166

- 69.**Gupta MA, Gupta AK, Wateel GN, Watteel GN: Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychological morbidity: an index of the stigma experience in dermatological disorders. *Cutis* 1998; 61: 339-44.
- 70.**Vargas Laguna E, Peña Payero ML, Vargas Márquez A: Influence of anxiety in diverse cutaneous diseases. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97:637-43.
- 71.**Hashiro M, Okumura M. Anxiety, depression, psychosomatic symptoms and autonomic nervous function in patients with chronic urticaria. *J Dermatol Sci* 1994, 8(2):129-135.
- 72.**Lyketsos GC, Stratigos J, Tawil G, Psaras M, Lyketsos CG. Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. *Psychother Psychosom* 1985, 44(3):122- 131.
- 73.**Çelik T , Akman A, Karaman T. Alopesi Areata ve Akne Vulgarisin Ruhsal Durum Üzerine Etkileri. *Turk J Dermatol* 2010; 4: 4-8
- 74.**Colon EA, Popkin MK, Callies AL, et al. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Comprehensive Psychiatry* 1991;32:245-51.
- 75.**Gupta MA, Gupta AK, Wattell GN. Stress and alopecia areata: psychodermatologic study. *Acta Derm Venereol* 1997;77:296-8.
- 76.**Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002, 16(6):573-578.
- 77.**Porter J, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB. Psychological reaction to chronic skin disorders: a study of patients with vitiligo. *Gen Hosp Psychiatry* 1979, 1(1):73-77
- 78.**Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1995; 57: 582-591
- 79.**Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stres,and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev* 1989; 96: 234-54

- 80.**Asendorpf JB. Social inhibition: a general –developmental perspective. In: Traue HC, Pennebaker JW, eds. *Emotion, inhibition and health*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers; 1993: 80-99
- 81.**Friedman HS, Booth-Kewley S. Personality, type A behavior, and coronary heart disease: the role emotional expression. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53: 783-92
- 82.**Gest SD. Behavioral inhibition: stability and associations with adaptation from childhood to early adulthood. *J Pers Soc Psychol* 1997; 72: 467-75
- 83.**Sher L. Type D personality: the heart, stress and cortisol. *QJ med* 2005; 98: 323-329
- 84.**Denollet J. Type D personality : a potential risk factor refined. *J. Psychosom Res* 2000; 49: 255-266
- 85.**Denollet J. Personality, emotional distress and coronary heart disease. *Eur J Pers* 1997;11:343–57.
- 86.**Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 1996;347(8999):417–21.
- 87.**Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10(4):241–8.
- 88.**Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of Type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation* 2000;102(6):630–5.
- 89.**Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005;67 (1):89–97.
- 90.**Pedersen SS, Denollet J. Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *J Psychosom Res* 2004;57(3):265–72.
- 91.**Aquarius AE, Denollet J, Hamming JF, De Vries J. Role of disease status and Type D personality in outcomes in patients with peripheral arterial disease. *Am J Cardiol* 2005;96(7):996–1001.

- 92.** Pedersen SS, Lemos PA, van Vooren PR, Liu TK, Daemen J, Erdman RA, et al. Type D personality predicts death or myocardial infarction after bare metal stent or sirolimus-eluting stent implantation: a Rapamycin-Eluting Stent Evaluated at Rotterdam Cardiology Hospital (RESEARCH) registry substudy. *J Am Coll Cardiol* 2004;44 (5):997–1001.
- 93.** Martens EJ, Mols F, Burg MM, Denollet J. Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression. *J Clin Psych* 2009
- 94.** Williams L. Type D Personality in a Healthy UK Population: The Role of Health Behaviour and Social Support. 1 st Year PhD Progress Report. University of Stirling, Stirling, United Kingdom
- 95.** Bergvik S, Sorlie T, Wynn R, Sexton H. Psychometric properties of the type D scale (DS14) in Norwegian cardiac patients. *Scand J Psychol*. 2010 Jan 25 .
- 96.** Grande G, Jordan J, Kummel M, Struwe C, Schubmann r, Sculze F, Unterberg C, von Kanel R, Kudielka, BM, Ficher j, Herrmann-Lingen C. Evaluation of the German Type D Scale (DS14) and prevalence of the Type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects. *Psychother Psych Med* 2004; 54: 413-422
- 97.** Mols F, Ph.D., Denollet J. Type D personality among noncardiovascular patient populations: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 32 (2010) 66–72
- 98.** Mols F, Holterhues C, Nijsten T, Van de Poll-Franse LV. Personality is associated with health status and impact of cancer among melanoma survivors. *Eur J Cancer* 2009
- 99.** Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type D scale 16 (DS16). *Ann Behav Med* 1998;20:209-15
- 100.** Stamm BH, Rudolph JM. Preliminary Report On The Design Theory and Psychometrics Of The Stressful Life Experiences Screening. Oct 1996. Twelfth Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Francisco, CA.
- 101.** Şahin NH, Durak-Batıgün A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlaması, *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995; 10(34): 56-73.

- 102.**Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik, güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 34:45-55
- 103.**Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik,güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1):17 25
- 104.**Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983, 67: 361-370.
- 105.**Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1997, 8: 280-287.
- 106.**Derogatis L.R. The Brief Symptom Inventory(BSI) Administration, Scoring and Procedures Manuel=II, Clinical Psychometric Research Inc 1992.
- 107.**Şahin NH ve Durak A. Kısa Semptom Envanteri. Turk Gençleri için Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 1994;9(31):44-56.
- 108.**Önder M, Aksakal B, MD, Öztaş M, Gürer A. Skin problems of musicians. International Journal of Dermatology. 1999;3:192-195
- 109.**Vitiligo: More than a skin disease Sophie Heason and Gerry Kent University of Sheffield.
- 110.**Gieler U, Brosig B, Schneider U, Kupfer J, Niemeier V, Stangier W. Vitiligo Coping Behavior. Kuster Dermatology and Psychosomatics 2000;1:6-10.
- 111.**Armağan Sürgit.Tip D kişilik ve koroner kalp hastalığı ile ilişkisi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi.Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D 2010.
- 112.**Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. Can Fam Physician 2002, 48:712-716.
- 113.**Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients withdermatologic disorders: epidemiology and management. Am J Clin Dermatol 2003; 4:833-42.

- 114.**Medine Yazıcı Güleç. Psikosomatik Hastalıklarda Mizaç ve Karakter. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009; 1:201–214
- 115.**Ünal M. Stres ve Psikosomatik Tıp. Psikiyatri Dergisi. 1990;1(3):190-198
- 116.**Lesley M.A ,M.D Dermatology.Psychiatric care of the medical patients edited by Alan F,Dorry F,Donna B.G
- 117.**Kantor S.D: Stress and psoriasis.Cutis 1990;46:321-322
- 118.**Polenghi MM, Gala C, Citeri A, Manca G, Guzzi R, Barcella M, Finzi A. Psychoneurophysiological implications in the pathogenesis and treatment of psoriasis. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh). 1989; 146: 84-6.
- 119.**Payne RA, Payne CM, Marks R. Stress does not worsen psoriasis? A controlled study of 32 patients. Clin Exp Dermatol 1985, 10:236-245.
- 120.**Arnetz BB, Fjellner B, Eneroth P, Kallner A. Stress and psoriasis: psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standardized stressor exposure. Psychosom Med 1985, 47(6):528-541.
- 121.**Koblenzer C.S :Psychosomatics concepts in dermatology. Arch Dermatol 1983;119:501-512
- 122.**Teshima H, Kubo C, Kihara H, Imada Y, Nagata S, Ago Y, Ikemi Y. Psychosomatic aspects of skin diseases from the standpoint of immunology. Psychother Psychosom. 1982; 37(3): 165-75.
- 123.**Perini G.I, Veller Fornasa C et al: Life events and alopecia areata. Psychother psychosom 1984,41 .48-52
- 124.**Garcia H. J. M, Ruiz D.S. Alopecia areata,stres and psychiatric disorders. The Journal of Dermatol 1999; Vol 26:625-632
- 125.**D’Zurilla, T. J. Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention. Springer New York 1986.
- 126.**Sin BJ. Seo SJ. Hong CK. Stress and Coping Strategies in Patients with Chronic Urticaria. Korean Medical Database. 2002; 113-7.

- 127.**Finzi A, Colombo D, Caputo A, Andreassi L, Chimenti S, Vena G et al. Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. Oct 2007;21(9): 1161-9.
- 128.**Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, et al. Stressful life events, social support, Attachment Security and alexithymia in vitiligo. *Psychother Psychosom* 2003;72:150-158
- 129.**Fritzsche K, Ott J, Zschocke I et al. Psychosomatic liaison service in dermatology. *Dermatology* 2001, 203:27-31.
- 130.**Niemer V, Kupfer J, Demmelbauer-Ebner M, Stangier U, Effendy I, Gieler U. Coping with acne vulgaris. Evaluation of chronic skin disorder questionnaire in patients with acne. *Dermatology* 1998;196:108-15.
- 131.**Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983, 143:51-54.
- 132.**Weiss MG, Doongaji DR, Siddhartha S, Wypij D, Pathare S, Bhatawdekar M, Bhawe A, Sheth A, Fernandes R. The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC). Contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health. *Br J Psychiatry* 1992, 160:819-830.
- 133.**Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *British Journal of dermatology* 2000, 143: 983-991.
- 134.**Sharma N, Koranne RV, Singh RK. Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study. *J Dermatol* 2001, 28(8):419-423.
- 135.**Attah Johnson FY, Mostaghimi H. Co-morbidity between dermatologic diseases and psychiatric disorders in Papua New Guinea. *Int J Dermatol* 1995, 34(4):244-248.
- 136.**Oginska-Bulik N. Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *Int J Occup Med Environ Health* 2006; 19(2):113-122.

- 137.**Doering LV, Dracup K, Caldwell MA, Moser DK, Erickson VS, Fonarow G, et al. Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *J Card Fail* 2004;10(4):344–9
- 138.**Polman R, Borkoles E, Nicholls A.R. Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. *British Journal of Health Psychology*. 2010; 15, 681–696
- 139.**Connor-Smith, J. K., & Flchsbart, C.Relations between personality and coping: A metaanalysis. *Journal of Personality and Social Psychology*.2007; 93(6), 1080–1107.
- 140.**Van den Broek, K. C., Martens, E. J., Nyklicek, I., van der Voort, P. H., & Pedersen, S.S.Increased emotional distress in Type-D cardiac patients without a partner. *Journal of Psychosomatic Research* 2007; 63, 41–49.
- 141.**Williams L, O'Connor RC, Howard S, Hughes BM, Jonston DW, Hay JL et al. Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. *Psychosom Res*. 2008; 64(1): 63-9
- 142.**Pedersen SS, van Domburg RT, Theuns DA,Jordaens L,Erdman RA. Type D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Psychosom Med*. 2004; 66: 714-19.
- 143.**Spindler H, Kruse C, Zwisler AD, Pedersen SS. Increased anxiety and depression in danish cardiac patients with a type D personality: cross-validation of the Type D Scale(DS14). *Int. Behav. Med*. 2009; 16(2): 98-107
- 144.**Mols F, Denollet J. Type D personality in the general population: asystematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010; 8:9

ÖZET

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLARDA TIP D KİŞİLİK, STRES VE PSİKİYATRİK SEMPTOMATOLOJİ: RUHUM MU HASTA DERİM Mİ?

AMAÇ: Koo ve Lee sınıflamasına göre psikiyatrik semptoma yol açan dermatolojik hastalıklar ve psikofizyolojik/stresle oluşan ya da artan hastalıklarda Tip D kişilik prevalansının belirlenmesi ve tip D olan ile olmayanların demografik özellikler, stresli yaşam olayları, stres karşısında yaşadıkları subjektif deneyimler, stresle baş etme tarzları, algılanan sosyal destek ve psikiyatrik komorbidite açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

METOD: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği'ne ayaktan başvuran ya da yatarak tedavi gören, Koo ve Lee sınıflamasına göre psikodermatolojik hastalık tanısı almış, okur yazar olup yaşları 18-65 arası 181 hasta ve 57 sağlıklı kontrol çalışmaya alınmıştır. Olgulara sosyodemografik veri formu, DS 14 Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Stresli Yaşam Olaylarını Tarama Formu (SYOTF), Stres İle Başetme Tarzı Ölçeği (SBTÖ), Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) uygulanmıştır. Verilerin analizi SPSS 17 programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR: Psikodermatoloji hastaları ile sağlıklı kontroller arasında yapılan karşılaştırmalarda, stresli yaşam olayları sayısı ve bundan subjektif etkilenme oranları, stresle baş etme tarzları, algılanan sosyal destek, HADÖ ve KSE alt ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Psikodermatoloji hastalarında

Tip D kişilik prevalansı %34.8 bulunmuştur. Psikodermatolojik hastalık tanısı alan Tip D kişiliği olan ve olmayanlar arasında hastalığın başladığı dönemde psikososyal stresör varlığı, stresli yaşam olayları sayısı ve bundan subjektif etkilenme oranları, stresle baş etme tarzları, algılanan sosyal destek, HADÖ ve KSE alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

SONUÇ: Psikiyatriye yönlendirilmiş olan psikodermatolojik hastalık tanılı hastaların psikiyatrik değerlendirmesinde Tip D kişilik özelliklerinin öncelikli olarak saptanmasının bu hastalardaki psikiyatrik değerlendirmeyi daha da kolaylaştırabileceğini ve bu grup hastaların psikiyatrik değerlendirilmesinin daha detaylı yapılması gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Psikodermatolojik hastalıklar, Tip D Kişilik, Stres, Ruhsal belirtiler

ABSTRACT

TYPE D PERSONALITY DISORDER IN PSYCHODERMATOLOGIC DISORDERS, STRESS AND PSYCHIATRIC SYMPTOMATOLOGY: IS IT MY SOUL THAT IS ILL OR IS IT MY SKIN?

AİM: To detect type D personality prevalence in dermatological disorders that, according to Koo and Lee classification, may cause a psychiatric symptom, and in disorders that are caused or aggravated by a psychophysiologic stress and to compare demographic variables, stressful life events, subjective experiences in response to stress, coping ways with stress, perceived social support and psychiatric comorbidity between patients that have a type D personality and that do not have a type D personality.

METHOD: 181 inpatients and outpatients who have applied to Gazi University Faculty of Medicine Department of Dermatology and got a psychodermatologic disorder diagnosis according to Koo and Lee classification and 57 healthy controls both of whom knew how to read and write and were between 18-65 years old were included in the study. Sociodemographic data form, DS 14 scale, brief symptom inventory, hospital anxiety and depression scale, stressful life events scanning survey, coping ways with stress scale, perceived social support scale were applied to the subjects. Analysis of the data was done by using SPSS 17 programme.

RESULTS: When psychodermatology patients were compared with healthy controls, stressfull life events and being effected by this event subjectively, coping ways with stress, perceived social support, HAD and BSE subscale points were significantly different. In psychodermatology type D personality prevelance was found to be 34.8 %. When psychodermatology patients, that have a type D personality and that don't have a type D personality, were compared for psychosocial stressor existence, number of stressfull life events and and being effected by this event subjectively, coping ways with stress, perceived social support, HAD and BSE subscale points at the time when the disorder began, a significant difference was found.

DISCUSSION: This study points out that considering type D personality features preferentially in patients that were diagnosed with a psychodermatologic disorder and were directed to psychiatry, would ease psychiatric assessment in these patients and that this group of patients' psychiatric evaluation should be done in more detail.

Key Words: Psychodermatologic disorders, type D personality, stress, psychological symptoms

EKLER

EK 1

HASTA DEĞERLENDİRME FORMU:

AD/SOYAD:

YAŞ:

CİNSİYET:

1. KADIN 2. ERKEK

MEDENİ DURUM:

1. EVLİ 2. BEKAR 3. DUL 4. BOŞANMIŞ 5. AYRI YAŞIYOR

EĞİTİM DÜZEYİ:

1.OKUR-YAZAR 2.İLKÖĞRETİM 3. LİSE MEZUNU

4.YÜKSEKOKUL-ÜNİVERSİTE

MESLEK:

1. EV HANIMI

2. MEMUR

3. ÖĞRENCİ

4.EMEKLİ

5. SERBEST

6. İŞÇİ

7. ÇALIŞMIYOR

ÇALIŞMA DURUMU:

1.HALEN ÇALIŞIYOR

2.ŞİMDİKİ HASTALIK NEDENİYLE ÇALIŞAMIYOR

3.BAŞKA NEDENLERLE ÇALIŞMIYOR

4.HİÇ ÇALIŞMAMIŞ

DERMATOLOJİK TANI:

Dermatolojik hastalık başlama yaşı:

Hastalığın başladığı dönemlerdeki stresör faktörler:

Halen mevcut olan stresör faktörler:

Halen uygulanan dermatolojik tedavi: 1.var 2.yok

Halen uygulanan dermatolojik tedavi şekli-süresi:

PSİKİYATRİK TANI:

Dermatolojik hastalığı nedeniyle psikiyatri bölümüne başvurmanız önerildi mi?

1.evet 2.hayır

Önceden psikiyatri başvuru? 1.var 2.yok varsa tanı?

Halen uygulanan psikiyatrik tedavi: 1. var 2.yok

Halen uygulanan psikiyatrik tedavi şekli-süresi:

EK 2**DS- 14 ÖLÇEĞİ**

Aşağıda insanların sık sık kendisini tanımlamak için kullandığı durumlar belirtilmiştir. Lütfen tüm durumları okuyun ve sağdaki numaralardan size en uygun olanını işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır. Önemli olan tek şey sizin kendi izleniminizdir.

		Yanlış	Kısmen Yanlış	Kararsız	Kısmen Doğru	Doğru
1	İnsanlarla görüştüğümde çok kolay iletişime geçebilirim	0	1	2	3	4
2	Sıklıkla önemsiz şeyler için telaşlanırım	0	1	2	3	4
3	Yabancılarla sıklıkla konuşurum	0	1	2	3	4
4	Sıklıkla kendimi mutsuz hissederim	0	1	2	3	4
5	Sıklıkla çabuk kızarım	0	1	2	3	4
6	Sosyal ilişkilerimde genelde çekingenimdir	0	1	2	3	4
7	Olaylara karamsar bakarım	0	1	2	3	4
8	Konuşmayı başlatmakta zorlanırım	0	1	2	3	4
9	Genelde ruh halim kötüdür	0	1	2	3	4
10	İçine kapanık bir insanım	0	1	2	3	4
11	İnsanları kendimden uzak tutmayı tercih ederim	0	1	2	3	4
12	Genellikle kendimi bir şeyler için endişelenir/üzülür bulurum	0	1	2	3	4
13	Genelde çökkün bir ruh halim vardır	0	1	2	3	4
14	Sosyal ortamlarda üzerinde konuşulacak doğru konuları bulamam	0	1	2	3	4

EK 3 STRESLİ YAŞAM OLAYLARINI TARAMA FORMU

Başınızdan geçen hayat tecrübelerini öğrenmek istiyoruz. Aşağıda, bazı kişilerin stresli bulduğu tecrübeler listesi mevcuttur. Lütfen aşağıdaki durumlarda sizin tecrübelerinizi en iyi ifade eden numarayı işaretleyiniz. Eğer yanıtta emin değilseniz, en yakın tahmininizi söyleyiniz.

Tecrübenizi aşağıdaki kolonu kullanarak tarif ediniz.

0_____1_____2_____3_____4_____5_____6_____7_____8_____9_____10

0=Hiç deneyimim olmadı

5=Deneyimlerime biraz benziyor.

10=tümüyle benim deneyimlerime benziyor.

1. Deprem ya da kasırga (fırtına) gibi doğal bir afet yaşadım ya da tanık oldum.
2. Uçak kazası veya endüstriyel afet gibi, insanların neden olduğu bir afeti yaşadım ya da tanık oldum.
3. Ciddi bir kaza veya yaralanma yaşadım veya tanık oldum.
4. Yakın bir arkadaşın ya da bir aile üyesinin radyasyona veya kimyasal bir maddeye maruz kaldığına tanık oldum veya yaşadım.
5. Yakın bir arkadaşın ya da bir aile üyesinin yaşamını tehdit eden bir hastalığa tanık oldum ya da yaşadım.
6. Eşimin ya da çocuğumun ölümüne tanık oldum veya yaşadım.
7. Yakın bir arkadaşımın veya aile üyelerinden birinin (eş ve çocuk dışında) ölümüne tanık oldum veya yaşadım.
8. Ben, yakın bir arkadaşım veya aile üyelerinden biri kaçırıldı ya da rehin alındı.
9. Ben, yakın bir arkadaşım veya aile üyelerinden biri terör saldırısına veya işkenceye maruz kaldı.
10. Bir çatışmaya veya savaşa katıldım ya da savaştan etkilenmiş bir bölgede bulundum.
11. Cenaze dışında cesetler gördüm veya onlara dokundum.
12. Birinin ağır yaralanması veya ölümünde sorumluluğum olduğunu hissettim.
13. Aile ortamı veya bir çatışmanın dışında, bir silahla bana saldırıldı ya da buna tanık oldum.
14. Çocukken ya da ergenlik döneminde dövüldüm, tokatlandım, boğazım sıkıldı veya yaralanmama sebep olacak şekilde saldırıya uğradım.
15. Erişkin iken, dövüldüm, tokatlandım veya yaralanmama sebep olacak şekilde saldırıya uğradım.
16. Erişkin veya çocukken, başka birinin boğazının sıkılmasına, dövülmesine, tokatlanmasına ya da yaralanmasına sebep olacak şekilde saldırıya uğramasına tanık oldum.
17. Çocukken ya da ergenlik döneminde, istenmeyen cinsel temasta bulunmaya zorlandım.
18. Erişkin iken, istenmeyen cinsel temasta bulunmaya zorlandım.
19. Çocukken veya erişkin iken, başka birinin istenmeyen cinsel temasta bulunmaya zorlanmasına tanık oldum.
20. Henüz kimseye bahsetmediğim, aşırı derecede stresli bir olay yaşadım ya da tanık oldum.

EK 4

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (MSPSS)

Aşağıdaki cümleler hakkında ne düşündüğünüzü öğrenmek istiyoruz. Her bir basamağı dikkatlice okuyunuz ve nasıl hissettiğinizi işaretleyiniz.

1-Kesinlikle katılmıyorum

2-Çoğunlukla katılmıyorum

3-Biraz katılmıyorum

4-Nötr

5-Biraz katılıyorum

6-Çoğunlukla katılıyorum

7-Kesinlikle katılıyorum

Ne zaman yardıma ihtiyacım olsa özel bir insan vardır	1	2	3	4	5	6	7
Sevinçlerimi ve üzüntülerimi paylaşabileceğim özel bir insan vardır	1	2	3	4	5	6	7
Ailem gerçekten bana yardım etmeye çalışıyor	1	2	3	4	5	6	7
İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden alabiliyorum	1	2	3	4	5	6	7
Benim için gerçek bir rahatlık kaynağı olan özel bir insan vardır	1	2	3	4	5	6	7
Arkadaşlarım gerçekten bana yardım etmeye çalışıyor	1	2	3	4	5	6	7
İşler kötüye gittiğinde arkadaşlarımı dikkate alırım	1	2	3	4	5	6	7
Ailemle problemlerimi konuşabilirim	1	2	3	4	5	6	7
Üzüntümü ve neşemi paylaşabileceğim arkadaşlarım vardır	1	2	3	4	5	6	7
Duygularıma değer veren özel biri vardır	1	2	3	4	5	6	7
Ailem karar almamda bana seve seve yardım eder	1	2	3	4	5	6	7
Arkadaşlarımla problemlerimi konuşabilirim	1	2	3	4	5	6	7

EK 5

SBÖ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutu içine ☒ işareti koyun. Çok uygun ise %100'ün altını işaretleyin.

Sizi ne kadar tanımlıyor?/Size ne kadar uygun?

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA	%0	%30	%70	%100
1.Kimsenin bilmesini istemem	☐	☐	☐	☐
2.İyimser olmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐
3.Bir mucize olmasını beklerim.	☐	☐	☐	☐
4.Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐
5.Başa gelen çekilir diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐
6.Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐
7.Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.	☐	☐	☐	☐
8.Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	☐	☐	☐	☐
9.İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.	☐	☐	☐	☐
10.Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	☐	☐	☐	☐
11.Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.	☐	☐	☐	☐
12.Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐
13.İş olacağına varır diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐
14.Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.	☐	☐	☐	☐
15.Problemin çözümü için adak adarım.	☐	☐	☐	☐
16.Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.	☐	☐	☐	☐
17.Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.	☐	☐	☐	☐
18.Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐
19.Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	☐	☐	☐	☐
20.Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐

Sizi ne kadar tanınıyor?/Size ne kadar uygun?

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA	%0	%30	%70	%100
21. Mücadeleden vazgeçerim	☐	☐	☐	☐
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	☐	☐	☐	☐
23.Hakkımı savunabileceğime inanırım.	☐	☐	☐	☐
24.Olanlar karşısında 'kaderim buymuş' derim.	☐	☐	☐	☐
25.'Keşke daha güçlü bir insan olsaydım' diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐
26.Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	☐	☐	☐	☐
27.'Benim suçum ne' diye düşünürüm	☐	☐	☐	☐
28.'Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm.	☐	☐	☐	☐
29.Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.	☐	☐	☐	☐
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	☐	☐	☐	☐

EK 6

KSE (KISA SEMPTOM ENVANTERİ)

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

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

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

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

Bu belirtiler son bir
haftadır sizde ne kadar var?

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

EK 7

HAD ÖLÇEĞİ

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

1) Kendimi gergin, ‘patlayacak gibi’ hissediyorum.

- |S01|Çoğu zaman
- |S01|Birçok zaman
- |S01|Zaman zaman, bazen
- |S01|Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.

- |S02|Aynı eskisi kadar
- |S02|Pek eskisi kadar değil
- |S02|Yalnızca biraz eskisi kadar
- |S02|Neredeyse hiç eskisi kadar değil

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

- |S03|Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- |S03|Evet, ama çok da şiddetli değil
- |S03|Biraz, ama beni endişelendiriyor
- |S03|Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- |S04|Her zaman olduğu kadar
- |S04|Şimdi pek o kadar değil
- |S04|Şimdi kesinlikle o kadar değil
- |S04|Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- |S05|Çoğu zaman
- |S05|Birçok zaman
- |S05|Zaman zaman, ama çok sık değil
- |S05|Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- |S06|Hiçbir zaman
- |S06|Sık değil
- |S06|Bazen
- |S06|Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- |S07|Kesinlikle
- |S07|Genellikle
- |S07|Sık değil
- |S07|Hiçbir zaman

8) Kendimi sanik durgunlaşmış gibi hissediyorum.

|S08|Hemen hemen her zaman

|S08|Çok sık

|S08|Bazen

|S08|Hiçbir zaman

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

|S09|Hiçbir zaman

|S09|Bazen

|S09|Oldukça sık

|S09|Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim

|S10|Kesinlikle

|S10|Gerektiği kadar özen göstermiyorum

|S10|Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum

|S10|Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

|S11|Gerçekten de çok fazla

|S11|Oldukça fazla

|S11|Çok fazla değil

|S11|Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

|S12|Her zaman olduğu kadar

|S12|Her zamankinden biraz daha az

|S12|Her zamankinden kesinlikle daha az

|S12|Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

|S13|Gerçekten de çok sık

|S13|Oldukça sık

|S13|Çok sık değil

|S13|Hiçbir zaman

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

|S14|Sıklıkla

|S14|Bazen

|S14|Pek sık değil

|S14|Çok seyrek

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Esra ETYEMEZ

Doğum Tarihi: 29.01.1983

Doğum Yeri: Kayseri

Eğitim: GÜTF Psikiyatri A.D Araştırma Görevlisi 2007-2011

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi 2000-2006

Nuh Mehmet Küçükçalık Anadolu Lisesi 2000

TED Kayseri Koleji İlköğretim Okulu 1994

Yabancı Dil: İngilizce

Yayın:

- **Etyemez E**, Alp D, Gürışık M, Coşar B, Sayın A: 2006-2009 yılları arasında bir üniversite hastanesinde yapılan elektrokonvülsif tedavinin gözden geçirilmesi. 45. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı,2009:syf 188
- Gülbahar Ö, Sayın A, **Etyemez E**, Çabuk D, Candansayar S: Major Depresyon Hastalarında Plazma Oreksin-A Düzeyleri.22.Ulusal Biyokimya Kongresi
- Gürışık M, **Etyemez E**, Alp D, Coşar B, Sayın A: Tanı karmaşası olan bir olguda semptomatik elektrokonvülsif tedavi uygulaması. 45. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı,2009:syf 176
- Alp D, Gürışık M, **Etyemez E**, Coşar B, Sayın A: Psikiyatrik hastalarda hastalık tanısı, ajitasyon ve intihar düşüncesi ile hipokalemi arasındaki ilişki. 45. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı,2009:syf 222