

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**DERMATOLOJİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUK VE
ERGENLERDE GÖRÜLEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR**

UZMANLIK TEZİ

**DR. DİLŞAD YILDIZ MİNİKSAR
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. ÖZLEM ÖZEL ÖZCAN**

MALATYA–2015

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan başta anabilim dalı başkanımız Doç. Dr. Özlem ÖZEL ÖZCAN olmak üzere;

Eğitimimde ve tezimin oluşturulmasında bana bilgi ve deneyimlerini aktaran, her konuda desteğini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Nusret SOYLU'ya;

Yardımlarından dolayı Dermatoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Yelda KAPICIOĞLU'na;

Psikiyatri ve Çocuk Nöroloji Anabilim Dalı eğitimlerim sırasında tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum bütün hocalarıma;

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum tüm çalışma arkadaşlarıma, kliniğimiz sekreteryası ekibine, hemşirelerine ve personeline;

Hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her türlü fedakârlığı yapan, bu süreçte de bana çok yardımcı olan aileme ve elbette sürekli yanımda olan emeği ve manevi desteğiyle katkıda bulunan sevgili eşim Hakan'a ve varlığıyla destek bulduğum oğlum Yiğit'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Dilşad YILDIZ MİNİKSAR
EKİM-2015, MALATYA

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar LİSTESİ.....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	iv
KISALTMALAR.....	v
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Psikokutan Tıpın Tanımı ve Tarihçesi.....	3
2.2. Psikokutan Hastalıkların Tanı Ölçütleri ve Sınıflaması.....	5
2.3.Koo ve Lee'nin Sınıflandırmasına Göre Psikokutan Hastalıkların Gözden Geçirilmesi.....	10
2.3.1. Psikofizyolojik Hastalıklar.....	10
2.3.2. Primer Psikiyatrik Olup Deri Belirtileriyle Seyreden Hastalıklar.....	10
2.3.3. Primer Dermatolojik Olup Psikiyatrik Bozukluklara Yol Açan Hastalıklar.....	11
2.3.4. Karışık Klinik Tablolar (Deri Duyum Bozuklukları).....	11
2.4. Psikokutan Hastalıkların Etiyopatogenezi.....	11
2.5. Psikokutan Hastalıkları Etkileyen Faktörler.....	15
2.5.1. Dermatolojik Hastalığın Özellikleri.....	15
2.5.2. Hastaya Ait Özellikler.....	18
2.5.3. Toplumun Hastalıkla İlgili İnançları, Önyargıları, Kültürel Özellikler...	20
2.6. Psikokutan Hastalıklarda Tedavi Yaklaşımları.....	21
2.6.1. Non-Farmakolojik Tedaviler (Psikoterapiler).....	22
2.6.2. Farmakolojik Tedaviler.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	24
3.1. Araştırmanın Örneklemi.....	24
3.2. Araştırmanın Deseni.....	24
3.3. Deneklerin Seçimi (Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri).....	24
3.3.1. Araştırma Grubu.....	24
3.3.2. Kontrol Grubu.....	25
3.4. Araştırmanın Uygulanması.....	25

3.5. Çocuk ve Ergenlerin Değerlendirme Gereçleri.....	26
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	26
3.5.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi –Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu (ÇGDSŞ-ŞY-T).....	26
3.5.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ).....	27
3.5.4. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-1 ve STAI-2).....	28
3.5.5. Türkçe Güçler Güçlükler Anketi (GGA).....	29
3.6. İstatistiksel Değerlendirme.....	29
4. BULGULAR.....	30
4.1. Çocuk ve Ergenlerin Demografik Özellikleri ve Tanıları.....	30
4.2. Çocuk ve Ergenlerin Ailesel Özelliklerine İlişkin Dağılımlar.....	31
4.3. Anne Babaların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar ve Tanıları... 33	
4.4. Araştırma Grubundaki Çocuk ve Ergenlerin Dermatolojik Hastalık Tanıları ve Dağılımlarına İlişkin Bulgular.....	36
4.5. Çocuk ve Ergenlerin Psikiyatrik Tanı Dağılımlarına İlişkin Bulgular.....	37
4.6. Çocuk ve Ergenlerin Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	43
4.7. Dermatolojik Hastalıklara İlişkin Bulgular.....	48
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
7. ÖZET.....	70
8. SUMMARY.....	72
9. KAYNAKLAR.....	74
10. EKLER.....	93

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Tanı Ölçütleri Dsm-IV-Tr Psikokutan Hastalıklar Sınıflaması.....	6
Tablo 2: Psikokutan Deri Hastalıklarının Sınıflaması (Caroline Koblenzer,1987) 8	
Tablo 3: Psikokutan Deri Hastalıklarının Sınıflaması (Koo ve Lee).....	9
Tablo 4.1.1. Gruplardaki Çocuk ve Ergenlerin Yaş Dağılımları.....	31
Tablo 4.1.2. Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.3.1. Anne-Babaların Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.4.1. Dermatolojik Hastalık Tanı Dağılımları.....	37
Tablo 4.5.1. Çocuk ve Ergenlerin Psikiyatrik Tanı Dağılımlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.5.2. Çocuk ve Ergenlerin Yaş Gruplarına Göre Psikiyatrik Tanı Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.5.3. Çocuk ve Ergenlerin Cinsiyetlere Göre Psikiyatrik Tanı Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.6.1. Çocuk ve Ergenlerin Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.6.2. Çocuk ve Ergenlerin Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.6.3. Çocuk ve Ergenlerin Yaş Dağılımlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.6.4. GGA-AB Ölçeğinin Yaş Dağılımlarına Göre Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.7.1. Dermatolojik Hastalık Alt Gruplarının Psikiyatrik Eş Hastalanım Sıklığı.....	50
Tablo 4.7.2. Dermatolojik Hastalıkların Bazı Klinik Özelliklerine Göre Psikiyatrik Eş Hastalanım Görülme Sıklığı.....	52

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. (Selye'nin Genel Uyum Sendromu Tepkimeler Dizisi).....	13
--	----

KISALTMALAR

SSRI	: Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
DSM IV	: Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
HPA	: Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal Aks
AVP	: Kortikotropin Serbestleştirici Hormon (KSH) Ve Arjinin Vazopressinin
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
OSS	: Otonom Sinir Sistemi
SP	: Substans P
KGİP	: Kalsitonin Gen İlişkili Peptit
VIP	: Vazoaktif İntestinal Peptit
HSV	: Herpes Simplex Virüs
HPV	: Human Papilloma Virüsü
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
AGA	: Androjenetik Alopesidir
AA	: Alopesia Areata
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
MSH	: Melanosit Stimüle Edici Hormon
ACTH	: Adreno-Kortikotropik Hormon
STAI-1 ve STAI-2:	Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri
ÇDÖ	: Çocuklar için Depresyon Ölçeği
GGA	: Türkçe Güçler Güçlükler Anketi
GGA-E	: Güçler Güçlükler Anketi Ergen Formu
GGA-AB	: Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu
ÇGDS-ŞY-T	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi –Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu
SED	: Sosyoekonomik Düzey
NF	: Nörofibromatozis
CIU	: Kronik İdiopatik Ürtiker

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Deri, evrenin en değerli varlığı olan insanın bedenini ve iç boşluklarını sarıp sarmalayan, onu dış tehlikelerden koruyan, olağanüstü fonksiyonları olan, mükemmel güzellikteki örtüdür (1,2). Bebeklik döneminde tensel iletişim ve duyuşal uyarılar için ana rolü üstlenen deri, hayatın daha sonraki dönemlerinde fiziksel ve emosyonel gelişim için gereklidir. Bu nedenle deri, dokunsal uyarıların yanı sıra, duyuşal uyarılara da yanıt veren bir iletişim organı kabul edilir (3). Ana fonksiyonu olan koruma görevi yanında, öfke, korku, heyecan, utanç, üzüntü ve kızgınlık gibi duyuşları ifade etme gibi ilave özelliklere de sahiptir (4).

Santral sinir sistemi ve epidermisin embriyolojik olarak ektodermden gelişmesi dikkat çekicidir (5,6). Bu iki sistemin aynı embriyolojik dokudan köken almaları, yaşamın ileri evrelerinde birbirleriyle olan etkileşimlerinin birçok araştırmaya konu olmasına ve bu konuda çok sayıda araştırma yapılmasına sebep olmuştur (7). Diğer yandan deri, sinir sistemi, immünolojik sistem arasında nöro-immüno-kutanöz sistem olarak adlandırılan güçlü bir ilişki ağı mevcuttur. Prolaktin, melanosit stimüle edici hormon (MSH), adreno-kortikotropik hormon (ACTH) gibi nörohormonlar ve substance P, vazoaaktif intestinal peptide (VIP) somatostatin gibi nöromediatörler bu üç sistem arasında önemli bir etkileşim alanı yaratır (8).

Deri ve sinir sisteminin yukarıda özetlenen yakın teması psikokutan tıp kavramının doğması ve bu alanın her geçen gün gelişerek bilimsel ve klinik alanda önemli yer edinmesi sonucunu doğurmuştur. Psikodermatoloji diğer adı ile psikokutan tıp, ruh ve deri arasındaki ilişkiyi inceler.

Psikiyatri görünmeyen bir patoloji üzerinde yoğunlaşırken, dermatoloji görünen bir hastalıkla uğraşmak durumundadır. Emosyonel veya psikiyatrik problemi olan

hastalar, çoğunlukla psikopatolojilerini kabulde zorlanırlar ve sıkıntılarını deriye yansıtarak, farklı bir kanaldan yardım arayışına girerler (9). Deri hastalıklarına birçok durumda psikolojik faktörlerin neden olduğu ya da belirli kişilik özellikleriyle deri hastalıklarının bağlantılı olduğu ya da deri hastalıklarının psikiyatrik hastalıklarının bir komplikasyonu olarak ortaya çıktığı yaygın bir görüştür (10). Araştırmalar deri hastalıklarının çoğu zaman yaşamı tehdit etmemesine karşın kişinin görünüşünü, dolayısıyla psikososyal durumunu, kişisel ilişkilerini ve günlük aktivitelerini doğrudan etkileyerek bireyin özgüven gelişimi üzerinde olumsuz etkilerini ortaya koymuştur (11-13).

Dermatolojik hastalığı bulunan çocuklarda hastalığın semptomları, tetikleyicileri ve tedavisi hakkında bilgilendirmenin önemli olduğu bilinmekle birlikte, özellikle kronik deri hastalıklarının çocukların yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkileyebildiği gösterilmiştir. Hastaların bu açıdan değerlendirilmesi ve bu konuda destek almaları amacıyla multidisipliner bir yaklaşımın öneminin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (14). Çünkü çocukluk ve özellikle de ergenlik dönemi insan gelişimi dönemleri içinde toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı bir evredir. Dış görünümü ile yoğun olarak ilgilenen, sorular soran ve bu sorulara cevap arayan birey bedensel açıdan kendilerinde meydana gelen değişikliklere karşı fazlaca duyarlıdır (15). Yapılan çalışmalar, çocukluk döneminde ve özellikle sekonder sex karakterlerinin gelişmeye başladığı, görünümün değiştiği ergenlik döneminde deri hastalıklarının depresyon başta olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkla birliktelik gösterdiğini, çocuk ve ergenlerin yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu göstermiştir (16,17).

Ancak tüm bu bilgilerimize rağmen çocuk ve ergenlik döneminde dermatolojik hastalıkların psikiyatrik bozukluklarla birlikteliği, bu durumun klinik seyir ve tedavi süreci üzerine olan etkileri gibi psikokutan tıp alanındaki bilgilerimiz erişkinlik dönemine göre daha sınırlıdır.

Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışmada dermatoloji polikliniğine başvuran çocuk ve ergen hastalarda psikiyatrik bozukların belirlenmesi ve bu eş hastalanımı etkileyen sosyodemografik ve klinik özelliklerin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Burada elde edilmesi beklenen bilgiler hastalık etyopatogenezi, klinik özellikleri ve tedavi sürecinin seyrini kavramada yol gösterici olabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikokutan Tıpın (Psikodermatoloji) Tanımı Ve Tarihçesi

Derinin, rahatlıkla görülebilen ve dokunulabilen bir organ olarak psikiyatride özel bir yeri vardır. Deri; öfke, korku, utanç ve kızgınlık gibi duyguları açıkça ifade etme, emosyonel uyaranlara yanıt verme, kişinin kendilik imajı ve özgüvenini sağlama ile bebeklikten yetişkinliğe doğru seyreden sosyalleşme sürecinde önemli rol oynar (18,19). Bu nedenlerle beyin ve cilt hastalıkları arasındaki etkileşim dünya çapında birçok çalışmacının ilgi odağı olmuştur. Psikodermatoloji ya da psikokutan tıp; psikiyatri ve dermatoloji gibi iki büyük uzmanlık dalının birleşmesi sonucu meydana gelmiştir (20).

Gerçekte psikokutan tıp tıbbın bir uzantısıdır. Psikosomatik tıp, zihin ve beden arasındaki ilişkinin bütünlüğünü vurgulayan, psikolojik faktörlerle ortaya çıkan ya da artan fiziksel hastalıkları kapsayan bir çalışma disiplini olarak uzun bir geçmişe sahiptir. Duygular, ruh ve beden arasındaki etkileşimlerle ilgili ilk gözlemler Antik Yunan dönemine dek uzanmakta ve ilk mesajlar Hipokrat, Aristo ve Galen'den gelmektedir. Hipokrat bu etkileşimdeki ana sorunun vücut sıvılarıdaki dengesizliğe dayandığını ileri sürmüş, Galen ise hastalıkların patogeneğinde duyguların rolüne dikkat çekmiştir (21-26).

En büyük adım, Helen Flanders Dunbar isimli psikiyatrist ve psikoanalist tarafından atılmış, 1940'lı yıllarda modern psikosomatik tıbbın ve konsültasyonliyezon psikiyatrisinin kurulması sağlanmıştır. Dunbar, psikolojik faktörlerin hastalıkların hem etyolojisini hem de seyrini etkilediğini bildirmiş, fiziksel-emosyonel ve ruhsal tedavileri tek bir çerçeveye sokmaya çalışmıştır. Yakın tarihlerde

psikosomatik tıp davranışçı tıbbın bir kolu haline gelmiş ve 1978’de “psikosomatik” terimi “Ulusal Amerikan Bilim Akademisi” tarafından “hastalık ve sağlıkla ilgili biyomedikal ve davranış bilimi, bilgi ve tekniklerinin birleştirilmesi ve geliştirilmesi ve bu bilgi ve tekniklerin önleme, tanı ve rehabilitasyon açısından uygulanması ile ilgili disiplinler arası bir alan” olarak tanımlanmıştır. 1980’de bu tanımlama terkedilmişken 2005’te yeniden kabul görmeye başlamıştır (21-27).

Psikosomatik tıp böylece gelişirken “psikosomatik dermatoloji’nin ya da psikokutan tıpın (psikodermatoloji) geçmişine baktığımızda ilk verilerin yine antik dönemlerden çıktığını görmekteyiz. İlk belgelendirilen kayıtlar MÖ 1200 yılında Pers prensinin hekimi tarafından yapılmış, hekimin prensin psoriyazisi ile iktidar anksiyetesi arasında ilişki kurduğu öğrenilmiştir. Bununla birlikte ruh ve deri arasındaki ilişkiye işaret eden “nörodermatit” teriminin kullanımı (Brocq and Jacquet, 1891) 19 yy. sonlarına dek gecikmiş ve yayınlanan ilk çalışmaların ortaya çıkması daha da sonra olmuştur (Wittkower & Russell -Emotional factors in Skin Diseases-1953).(28)

Psikokutan tıpın gelişimi her ne kadar son birkaç yıla sıkışmış olsa da genel olarak psikosomatik tıbbına benzer bir rota izlemiştir. Deri ile ilgili psikosomatik kavramların bir dereceye kadar sistematik olarak incelenmesi 1930 ve 1940’larda başlamıştır. Bu çalışmaların en erken fazında McKenna’nın kişilik tipler ve deri döküntüleri ile kurduğu ilişki göze çarpmaktadır. McKenna dört farklı kişilik tipi olduğunu ve bu kişiliklerin belli dermatozları oluşturabildiğini iddia etmiştir. Bu dönem “anektodal periyod” olarak adlandırılır. Bu dönemin literatürleri psikoloji terimleriyle oldukça yüklü ve dermatologlar ise bilgi kaynakları konusunda oldukça kuşkucuydu. 1950’lerde Mac Alpine daha iyi metodolojiye ve daha eleştirel yorumlara ihtiyaç duyulduğunu vurgulamıştır (22,23). Sonraki dönem “Korte ve Musaph” tarafından “metodolojik periyod” olarak adlandırılmış ve standart ölçeklerle ve büyük hasta gruplarıyla çalışmanın sonucu olarak akademik çevrelerin daha çok benimseyebileceği yararlı bilgiler üretilmeye başlanmıştır (22,23).

İçinde bulunduğumuz dönem ise iyi dermatolojik uygulamaların empatik sorgulama ve iyi anlama ile birleştiği yeni bir çağdır. Bu çağda psikonöroimmünoloji ve nörokimya psikosomatik patolojileri ve dinamikleri açıklayan şaşırtıcı veriler sunmaktadır. Bu verilerin ışığında psikokutan hastalıklarda, hastayı biyopsikososyal bir model çerçevesinde değerlendirerek, duyguları harekete geçiren nedenleri kontrol edebilmek gereklidir. Biyopsikososyal model, hastalık ve sağlığın sadece biyolojik

değil, psikolojik ve sosyal birçok faktör tarafından etkilendiğini ve bu etkinin çoklu sonuçlar yarattığını öngören bir modeldir ve hem liyezon psikiyatrisi hem de psikokutan tıbbın belkemiğini oluşturmaktadır.

Beden imajı ve görünümle ilgili şemalar ve bilişsel yapılanmalar çocukluk döneminde gelişir. Ancak psikokutan tıp alanındaki çalışmalar, atopik dermatit dışında genellikle erişkin hastalar üzerine odaklanmaktadır. Çocukluk ve ergenlik dönemindeki deri hastalıkları, hem çocuk ve ergenin hem de ailenin yaşam kalitesini bozmasına rağmen, bu konu erişkinlerdeki kadar detaylı incelenmemiştir.

2.2. Psikokutan Hastalıkların Tanı Ölçütleri Ve Sınıflaması

Psikiyatri alanındaki tanı sınıflandırmaları içinde psikokutan hastalıkların yeri gözden geçirildiğinde, Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı (DSM IV)'e göre psikosomatik hastalık terimi ana nedensel faktörü stres olan hastalıkları kapsamaktadır. Dermatoloji pratiğinde en fazla karşılaşılan bu grup hastalıklar olmakla birlikte, DSM IV 'e göre somatoform bozukluklar (vücut /deri ile aşırı meşguliyet) ve deride ortaya çıkan hastalıkların psikiyatrik belirtileri de bu çalışma alanının içine girmektedir (28,29).(Tablo 1). DSM-5'e göre ise 'deri yolma bozukluğu', 'beden dismorfik bozukluğu' ve trikotillomani 'Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar' başlığı altında yer almıştır (30). Bu nedenle "psikodermatoloji" veya "psikokutan hastalıklar" isimlendirmeleri daha uygun gibi görünmektedir.

Tablo 1: Tanı Ölçütleri Dsm-IV-TR Psikokutan Hastalıklar Sınıflaması

1.Tıbbi durumu etkileyen psikolojik etmenler

- Atopik dermatit
- Psoriasis
- Alopesia areata
- Ürtiker ve anjioödem
- Akne vulgaris
- Rozase
- Telogen efluvium
- Primer hiperhidroz
- Seboreik dermatit
- Prurigo nodularis

2.Farklılaşmamış somatoform bozukluklar

- Kronik idiyopatik pruritus
- İdiyopatik pruritus ani, vulva ve skroti

3.Ağrı bozukluğu

- İdiyopatik glossodinya
- Dizestetik(esansiyel) vulvodinya

4.Diğer somatoform bozukluklar

- Beden dismorfik bozukluğu

5.Sanrılı bozukluk, somatik tip

- Parazitoz sanrıları
- Görünümdeki kusur ile ilgili sanrılar
- Kötü vücut kokusu sanrıları

6.Dürtü kontrol bozukluğu (obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları)

- Trikotillomani
- Psikojenik ekskoriyasyon
- Onikofaji

7.Yapay bozukluk

- Yapay dermatiti
- Psikojenik purpura

Psikokutan hastalıklar grubunda birçok farklı hastalık olması dolayısıyla değişik sınıflama çabaları olmuş, ilk sınıflama girişimleri dermatolog ve aynı zamanda psikoanalist olan Caroline Koblenzer tarafından 1982’ de yapılmıştır. Ancak yazar bu sınıflamayı işlevsel görmemiş, 1987’ de yayımlamış olduğu kitabında daha kullanışlı olduğunu düşündüğü şekliyle sunmuştur. Koblenzer hastalıkları ortaya çıkış nedenlerine göre incelemiş, sonraki yıllarda bu sınıflamayı biraz daha sadeleştirmiştir. Bugün yaygın olarak kabul gören sınıflamalardan diğeri Koo ve Lee tarafından önerilen ve yine etyolojiyi temel alan sınıflamadır ki esas olarak hastaya tanı ve tedavi yaklaşımı açısından Koblenzer’in sınıflaması daha kapsamlı görünmektedir (31-33).(Tablo 2)



Tablo 2: Psikokutan Deri Hastalıklarının Sınıflaması (Caroline Koblenzer,1987)

I-PSİKOLOJİK ETYOLOJİNİN BASKIN OLDUĞU DURUMLAR	• A-Yapay dermatoz • B-Delüzyon ve deriyle ilişkili halüsünasyonlar • 1-Delüzyonel parazitoz • 2-Vücut dismorfik hastalığı • C-Psikojenik ağrı sendromları • 1-Glossodini • 2-Ayaklarda yanma • 3-Bazı postherpetik nevralji vakaları • D-Kompulzif 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-Psoriasis • C-Atopik dermatit • D-Akne Vulgaris • E-Diğer deri hastalıkları

Psikokutan hastalıklarının çeşitli sınıflandırmaları olmakla birlikte, çoğunluğun üzerinde uzlaştığı sınıflandırma (Koo ve Lee) aşağıdadır (31-33).(Tablo 3).

Tablo 3: Psikokutan Deri Hastalıklarının Sınıflaması (Koo ve Lee).

1- Primer psikiyatrik olup deri belirtileriyle seyreden hastalıklar

- Delüzyonel parazitoz, yapay dermatit, trikotillomani, onikotillomani, fobik bozukluklar, vücut dismorfik bozukluğu, yeme bozuklukları, nörotik ekskoriyasyonlar, psikojenik pruritus

2- Primer dermatolojik olup psikiyatrik bozukluklara yol açan hastalıklar

- Alopesi areata, vitiligo, kronik ekzema ,iktiyoziform dermatozlar, rinofima,

3- Psikofizyolojik/stresle oluşan ya da artan hastalıklar

- Psoriasis, akne, hiperhidroz, atopik dermatit, ürtiker, herpes simpleks virüs enfeksiyonu, seboreik dermatit,aft, rozasea vb)

4- Karışık

- **Deri duyum Bozuklukları**
- Glossodini ,vulvodini, trikodini, fallodini vb
- Psikojenik purpura sendromu
- Pseudopsikodermatolojik hastalıklar
- Dermatoloji hastalarında İntihar

2.3. Koo Ve Lee'nin Sınıflandırmasına Göre Psikokutan Hastalıkların Gözden Geçirilmesi

2.3.1. Psikofizyolojik Hastalıklar

Temeli fizyolojik olmasına rağmen, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörlerle şiddetlenen dermatolojik hastalıklardır (34). Hastalığın ortaya çıkışında; stres yanında karmaşık psikolojik ve fizyolojik savunma mekanizmaları ortaklaşa rol oynamaktadır. Bu hastalıkların birçoğunda psikonöroimmünolojik faktörler rol oynamaktadır (35). P maddesi (substans P) ve vazoaktif intestinal peptid gibi nöropeptitler, bazı dermatolojik hastalıkların patofizyolojisinde rol oynamaktadırlar (36).

Liken planus, atopik dermatit, psoriyazis, kronik idiyopatik ürtiker, hiperhidroz, jeneralize pruritus ve bunların yol açtığı depresyon gibi hastalıklar psikofizyolojik hastalıklar kategorisinde yer alır (37).

Stresli olayların, deri hastalıklarının başlaması veya alevlenmesindeki rolü gösterilmişken; ayrıca tersi de mümkündür. Örneğin; atopik dermatit, psoriyazis, ürtiker, herpes simpleks, alopesia areata ve siğil gibi pek çok dermatozun stres azaltıcı tedavilerden yarar gördüğü bilinmektedir (38).

Emosyonel stresin, akneyi %50; rosacea, alopesia areata, nörotik ekskoriyasyon ve liken simpleksi %90 ve hiperhidrozisi %100 oranında tetikleyebileceği rapor edilmiştir (39).

2.3.2. Primer Psikiyatrik Olup Deri Belirtileriyle Seyreden Hastalıklar

Patoloji öncelikle ruhsal kökenlidir. Kişinin kendisi tarafından oluşumu kolaylaştırılan cilt belirtileri ile sonuçlanan psikiyatrik bozuklukları kapsar. Normal cilt, hastanın psikiyatrik bozukluğunun hedefi ve odağı haline gelir ve genellikle gerçek bir cilt hastalığı bulunmaz ya da olsa bile çok hafiftir. Bu bozukluklar bazı yazarlar tarafından “kendine zarar verici dermatozlar” adı altında sınıflandırılmaktadır (40,41). Bromosiderofobia, parazitoz sanrıları (delüzyonel parazitoz), dismorfofobi, yapay dermatit (dermatitis artefakta), nörotik ekskoriyasyon ve trikotillomani bu gruba örnektir. Bu hastaların çoğu, psikiyatrist yerine dermatolog tarafından tedavi edilmek istemektedir. İntihar eğilimi ya da ağır psikotik tablolar oluşabilme ihtimali sebebiyle,

bu kişileri zorlayarak ve kısa süre içinde psikiyatrik muayeneye yöneltmek sakıncalıdır (42).

2.3.3. Primer Dermatolojik Olup Psikiyatrik Bozukluklara Yol Açan Hastalıklar

Şekil bozukluğu ya da estetik sorunlar ile seyreden cilt bozukluklarına ruhsal tepki olarak ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukları içerir. Depresyon, sosyal fobi, panik bozukluğu, agorafobiyi de kapsayan kaygı bozuklukları, bazı somatik tip sanrılı bozukluklar bu grup içinde yer almaktadır (43). Alopesia areata, kistik akne, hemanjiyom, iktiyosis, kaposi sarkomu, psoriyazis, vitiligo bu gruptaki cilt bozukluklarına örnektir. Deri hastalıklarının büyük bir çoğunluğu, ölümcül olmamakla birlikte, yaşam kalitesini bozmakta ve hastaların çoğunda psikolojik ve sosyal bir yıkıma yol açmaktadır. Sosyal ortamlarda yalnızlığa itildiğini düşünen hastaların bir kısmı bu duruma uyum göstermekte, bazılarında ise ciddi uyum güçlükleri, depresyon, anksiyete, sosyal fobi gibi ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (44). Dermatoloji hastalarını kapsayan 1073 kişinin katıldığı bir tarama çalışmasında hastaların 98'inde (%9) eşlik eden bir psikiyatrik hastalık tespit edilmiş, en yaygın psikiyatrik tanıların ise depresif hastalık ve uyum bozuklukları olduğu belirtilmiştir. Bir başka büyük ölçekli çalışmada ise en yaygın psikiyatrik tanıların depresyon (%44) ve anksiyete (%35) dışında sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu olduğu gösterilmiştir (45,46).

2.3.4. Karışık Klinik Tablolar (Deri Duyum Bozuklukları)

Özellikle Koo'nun sınıflamasında bu başlık altında incelenen hastalıklar organik ve psikojenik iki uç arasında yerleşip tanı ve tedavide oldukça zorluk yaratan, etyoloji açısından çok netleşmemiş klinik tablolarıdır. Glossodini, vulvodini, trikodini, fallodini, psikojenik purpura sendromu gibi hastalıklardır (47-49).

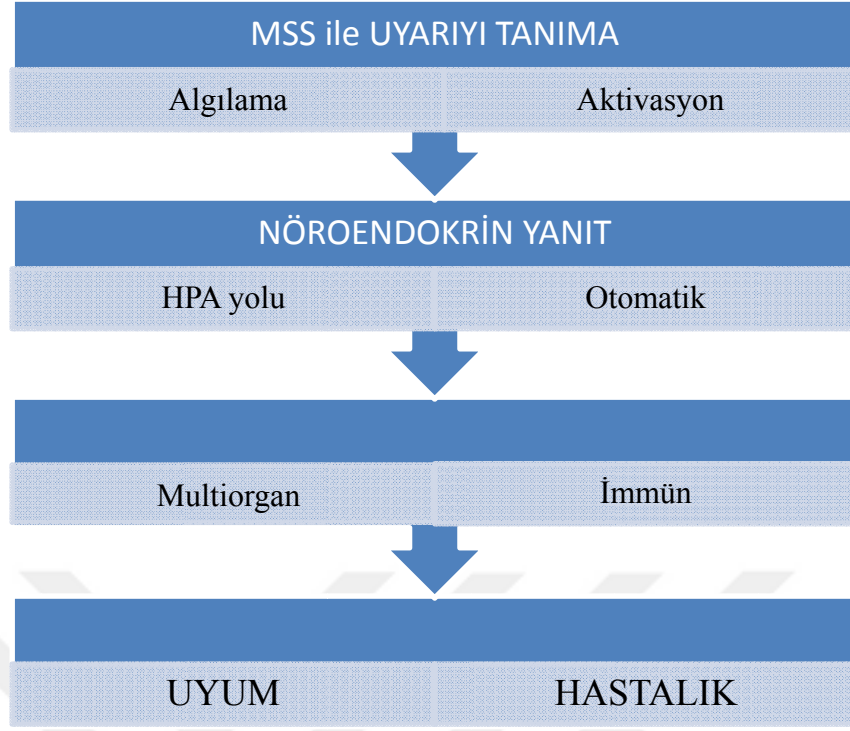
2.4. Psikokutan Hastalıkların Etyopatogenezi

Uzun yıllardan beri stresle deri hastalıkları arasında bir bağlantı olduğu düşünülmektedir. Stres yoluyla deri hastalığı oluşturmaya aday bir birey stresörle

karşılaştığında Hans Selye'nin 'genel uyum sendromu' (Genel Uyum Sendromu-General Adaptation Syndrome) adı verilen tepkimeler dizisi oluşur. Genel uyum sendromu, organizmanın strese doğal olarak geliştirmiş olduğu bir yanıttır. Strese sistemik yanıt karmaşık ve birbiriyle bağlantılı bir çoklu sistem reaksiyonudur. Dört evreden geçerek oluşur:

1-Merkezi Sinir Sistemi (MSS) tarafından tanınma, 2- Nöroendokrin yanıt, 3-Sistemik reaktivite, 4-Uyum

İlk evre duyuşsal algılamadır. Çevresel uyarı periferdeki alıcı organlar (serbest sinir uçları, meissner ve pasini cisimcikleri, vb) tarafından algılanır. Algı, spinal gangliyondaki lifler ya da kranial sinirler tarafından MSS'de duyuşsal korteksin ilgili alanlarına iletilir. Strese sistemik yanıtın ikinci evresi, nöroendokrin salgılar evresidir. Bu evrenin ana eksenini hipotalamik-pitüiter-adrenal aks (HPA) oluşturur. MSS'de algılanan uyarı nöronlar aracılığıyla önce kortikotropin serbestleştirici hormon (KSH) ve arjinin vazopressinin (AVP) daha sonra hipofizden adrenokortikotropik hormonun (ACTH) salgılanmasını sağlar. Hipofizden salgılanan ACTH ise adrenal korteksten kortizolün serbestleşmesine neden olur. HPA aksı aynı zamanda otonom sinir sistemi (OSS) tarafından da kontrol edilir. OSS strese sistemik yanıtın oluşması esnasında HPA aksı ile eş zamanlı olarak uyarılır. Bu uyarı ile bir yandan parasempatik spinal gangliyonlardan norepinefrin ve nöropeptitler, adrenal medulladan da katekolaminler dolaşıma geçer. Başlıca nöropeptitler Substans P (SP), kalsitonin gen ilişkili peptit (KGİP), vazoaktif intestinal peptit (VIP), nöropeptit Y, somatostatin, nörokin A ve B, opiomelanokortindir. Her biri deri hücreleri üzerinde farklı etkilere sahiptir. Üçüncü evre tüm bu endokrin ve otonomik yanıtların bir birleşimidir ve "Multisistem Reaktivitesi" olarak bilinir. Bir taraftan çok sayıda organda işlevsellik artarak organizma "savaş ya da kaç" haline hazırlanır. Son evre "Uyum" dur. Bu uyum hali organizmanın daha sonra doğadaki benzer başka streslerle de başa çıkabilmesini sağlar; ancak uygunsuz fizyolojik yanıtlar ya da patolojik aktivasyon tükenme etkisi yaratır ve bunun net sonucu hastalığın ortaya çıkışı ya da alevlenmesidir (50-53).(Şekil 1)



Şekil 1: Selye'nin Genel Uyum Sendromu Tepkimeler Dizisi

Bireyin stres karşısında sistemik hastalıklar yerine, neden deri hastalığı geliştirdiğini ise diyatez-stres modeliyle açıklayabiliriz. Diyatez, anormal veya bozukluk kategorisine giren durumlara yapısal yatkınlık anlamına gelmektedir. Biyopsikososyal bakış açısını tamamlayan bu model; hastalığa predispozisyon, diyatez (yapısal yatkınlık), çevresel faktörler ve stres arasındaki etkileşime odaklanır. Kalıtsal veya edinsel olarak bir organ otonomik aktivite aracılığıyla psikolojik-biyolojik bozukluklara daha da duyarlı olabilir. Psikokutan deri hastalıkları açısından baktığımızda deri stresin etkilerine karşı en zayıf olan sistemik organdır (54). Stres, deride algılanabilir veya görünür sorun veya hastalıklara yol açabilirken, mevcut deri hastalığının bizzat kendisi de bir stresör olarak rol oynayabilir. Stresle tetiklenen hastalıklardan en önemli yere sahip olan psoriyaziste, psoriyazis-stres ilişkisi ile ilgili anekdotlar tarihin çok eski çağlarına dek uzanmaktadır. Dolayısıyla psoriyazis, psikosomatik bir hastalık olarak üzerinde en çok çalışılan deri hastalığı olmuştur. Psoriyazis vulgariste, stres etkisinin hastalığın ilk ortaya çıkışında % 44, alevlenme dönemlerinde ise %80'e kadar etkili olabildiği gösterilmiş, 40 yaş öncesinde ortaya çıkan erken dönem psoriyazislilerde strese duyarlılığın daha fazla olduğu, daha ciddi deri ve eklem tutulumlarının olduğu bildirilmiştir (55,56). Yine benzer şekilde

emosyonel stresin, kızgınlık, anksiyete gibi duyguların olumsuz etkisi akneli hastalarda gözlenebilir ataklara ya da alevlenmelere yol açabilir (57,58). 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 (59). Stresli yaşam olaylarını takiben ortaya çıkan atopik dermatit hastaların %70'inden fazlasında bildirilmiştir (60). Yineleyen herpes simplex virüs (HSV) enfeksiyonları, herpes zoster ve human papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonlarında emosyonel stresin başlatıcı ve tetikleyici rolü üzerindeki veriler giderek artmaktadır (61,62). Bir çalışmada deneysel oluşturulmuş stresin, herpes simpleks reaktivasyonuna yol açtığı başka bir çalışmada da CD4 helper hücrelerinin stres artışıyla azaldığı ve nükslerin ortaya çıktığı gösterilmiştir. Trikotillomaninin de gelişiminde stresli yaşam olaylarının ve çocukluk çağı travmalarının etkili olduğu gösterilmiştir (63,64). Bir çalışmada nükslerde hasta kişiliğinin ve stresle başa çıkma mekanizmalarının stresin kendisinden daha önemli olduğu bildirilmiştir (65,66).

Gelişimsel açıdan baktığımızda deri, insan kişiliğinin gelişiminde, insanlar arası ilişkide bebeklikten itibaren en önemli iletişim ve etkileşim aracıdır. Gestasyonun 28-32. haftasından itibaren kendilik farkındalığı için gerekli sinaptik bağlantılar oluşmaya ve böylece doğum öncesinde benliğin anatomik sınırları çizilmeye başlar. Doğumdan sonraki dönemde anne ve bebek arasında tensel temasın sağlanması gergin ve ağlayan bebeği sakinleştirebilir. Anne bu yolla bebeğin tüm duygularını yansıtırken, deri anne ve bebek arasında sözel olmayan bir iletişime aracılık eder (67-69). Doğumsal ya da bebeklikte ortaya çıkan deri lezyonları ruhsal gelişimde temel ilişki olan anne-bebek ilişkisini etkileyerek bağlanmanın sağlıklı şekilde kurulmasını önleyebilir. Bazı anneler aşırı kollayıp şımartarak tepki verir, bazıları ise bebeklerine bağlanamadıklarını sıkıntı ile hissedebilir (70). 1940'larda bazı yazarlar, atopik bünyeye sahip çocukların, anne reddinden dolayı gelişen, kızgınlık ve düşmanlığını ifade edememesinden kaynaklanan duygusal bir iç çatışma yaşadığı düşüncesini benimsemişlerdir (71). Bütün bu verilerden yola çıkarak, yaşam döngüsünün her evresinde derinin iletişimde rol oynayan önemli bir organ olduğu ve derinin işlevselliğini bozan her hastalığın her dönemde kişide ciddi psikiyatrik sorunlara yol açabileceği sonucuna ulaşılabilir (72).

Sosyal açıdan da deri oldukça önemli bir yere sahiptir. Çünkü deri hastalıkları, diğer birçok hastalığın aksine kolayca fark edilen, görülebilen hastalıklardır. Bu özellik nedeniyle deri hastalıkları olanlar sıklıkla stigmatizasyon ya da stigmatizasyon kaygısı yaşarlar. Reddedilme ön yargıları, başkalarının düşüncelerini aşırı önemseme, hastalığı sır olarak saklama, kendini özürlü olarak hissetme bu grup hastalarda rastlanan inançlardandır (73,74).

Sonuç olarak, deri ve beynin embriyolojik ilişkisi, aynı hormonlar ve nörotransmitterlerden etkilenmeleri, birçok deri hastalığının stresle ilişkili olması, dermatolojik hastalığı olanların stigmatizasyonla karşı karşıya kalmaları, psikiyatri ve dermatolojik hastalık birlikteliğinin temel nedenleri olarak kabul edilebilir.

2.5. Psikokutan Hastalıkları Etkileyen Faktörler

3000 çeşit deri hastalığından pek azı yaşamı tehdit etmektedir. Buna karşılık deri hastalıklarının, ister akut isterse kronik olsun, büyük bir çoğunluğu bireyin yaşam kalitesini belirgin derecede etkilemektedir. Deri hastalığının kendisi, bireyin kişisel özellikleri ve yaşam tarzı, içinde yaşanılan toplumun hastalık ile ilgili genel tutum ve algısı bu etkilerin oldukça değişken bir spektrumda ele alınmasına neden olur. Böylece hafif düzeydeki anksiyeteden, ölüm düşünceleri ve buna bağlı gelişen intihar riskine kadar farklı psikososyal sonuçları görmek olasıdır.

Psikososyal etkileri ortaya çıkaran faktörler üç ana başlıkta toplanır:

- Deri hastalığının özellikleri
- Hastanın kişilik yapısı ve psikolojik durumu
- Toplumun hastalıkla ilgili inançları, önyargıları, kültürel özellikler

2.5.1. Dermatolojik Hastalığın Özellikleri

Genel olarak psikososyal etkileri ortaya çıkaran faktörlerden deri hastalığına ait özellikleri ele aldığımızda; hastalığın ortaya çıkış zamanı, lokalizasyonu, yaygınlığı, ağrılı mı kaşıntılı mı olduğu, bulaşıcılığı ile ilgili özellikleri ve bu özelliklerin oluşturacağı biyolojik ya da psikiyatrik bozuklukları görebiliriz.

Hastalığın ortaya çıkış zamanı ruhsal gelişim periyodlarını etkilemektedir. Örneğin; akne vulgaris çoğunlukla sosyal ve fiziksel değişikliklerin en üst düzeyde

olduğu ve kimlik gelişiminin yaşandığı ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Kusursuz görünümün idealize edildiği ergenlik döneminde ve fiziksel çekiciliğin önemli olduğu toplumlarda akne tahrip edici bir hastalık olabilmektedir. Adolesanlarda akne, kendine saygı ve güveni etkiler ve bu yaş grubu aknenin psikolojik etkilerinden daha fazla etkilenir. Çalışmalar adolesanların %30-50'sinin akne ile ilişkili psikiyatrik problemlere sahip olduklarını göstermiştir (75). Psoriyazis olgularının %35'i 18 yaşından önce başlar ve hastalık, çocukların %0.7'sini etkiler. Yaş, klinik şiddetin genel sağlık üzerindeki etkisini belirleyen çok önemli unsurlardan biri olmakla birlikte, ruh sağlığı üzerine olan etkisi açısından da önemlidir (76).

Deri lezyonlarının yerleşim yeri hastanın başkaları tarafından nasıl görüldüğüne ve algılandığına dair olumsuz bir etki yaratabilir. Örneğin eller ve yüz gibi devamlı göz önünde olan anatomik alanlarda deri hastalığının olması anksiyete, toplumdan uzaklaşma, utanma ve kendine güven azalması, geri çekilme, depresyon gibi sonuçlara yol açabilir. Gövde yerleşimleri de spor salonları, plajlar, cinsel aktivitelerden kaçınma nedeni olabilir (77-81). Örneğin yüzde yerleşim gösteren akne vulgarisin, depresyon ve anksiyete ile belirgin bir neden-sonuç ilişkisi mevcuttur. Akne lezyonu olan bireylerde kişilik, duygudurum ve kendine saygı etkilenmekte ve bu durum sosyal izolasyona neden olmaktadır. Klinik araştırmalar, şiddetli akne skarları olan bireylerde depresyon ve intihar riski görülebileceğini saptamıştır (82). Anksiyete bozukluklarının depresyondan belirgin derecede yüksek olduğu (%48) psoriyazis hastalarında da lezyon yerleşimi çok önemlidir. Yapılan bir çalışmada lezyon yerleşiminin anksiyete ile ilişkisine bakıldığında yüz ve el yerleşimi ile tırnak tutulumu anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (83,84).

Deri hastalığının görsel algısının bir başka olumsuz sonucu başkaları tarafından bulaşıcı gibi düşünülmesi ve hastadan uzaklaşılmasıdır (85). Psoriyazis hastalarında damgalanmaya özgü strese ek olarak, hastalıkla ilgili çevrelerindeki sağlıklı kişilerin asılsız bulaşma korkusu ve bu korkunun psoriyazisli bu hastalarda bozulmuş arkadaşlık ilişkilerinde, aşırı alkol kullanımında, obezitede, depresyon ve intihar sıklığında artışa neden olabileceği gösterilmiştir (86,87).

Kaşıntı birçok dermatolojik hastalıkta sıklıkla görülen bir semptomdur. Kaşıntıyla seyreden psikokutan hastalıklardan atopik dermatitin fiziksel görünümde oluşturduğu değişikliklerle birlikte en sık gözlenen semptomlar; kaşıntının neden olduğu uykusuzluk, uykusuz kalmaya bağlı olarak gelişen yorgunluk, duygudurumda oynaklık,

işlevsellikte düşme ve birkaç suisid vakası da bildirilmiştir (88). Aynı zamanda kaşınının yol açtığı uyku bozukluklarına sekonder olarak; dikkatte azalma, iritabilite, bu durumun uzun süre devam etmesi ise tolerans eşiğinin düşmesine, anksiyete depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve otizm gibi psikiyatrik tablolara neden olabilir (89). Atopik dermatit, çocuklarda yaklaşık %5-20 oranında görülmektedir. Çocuklardaki atopik dermatitle ilgili iki hipotez öne sürülmektedir. Birinci hipotez; gece kaşınmalarına sekonder gelişen kronik uyku bozukluğunun beyin gelişimi üzerinde etkili olan proinflamatuvar sitokinleri harekete geçirerek, ileride meydana gelecek psikiyatrik bozukluklara zemin hazırlamasıdır. Bozulmuş uyku paterninin; dikkat, okul başarısı, davranış ve duygudurum üzerindeki olumsuz etkisi, benzer şekilde anksiyete ve depresyona da yatkınlık oluşturduğu bilinmektedir (90,91). Yapılan son çalışmalarda atopik dermatitin çocuklarda davranış bozuklukları ve özellikle DEHB ile birliktelik gösterdiği tespit edilmiştir (92). İkinci hipotez ise; inflamatuvar mediatörlerin nörogelişimsel ve psikiyatrik hastalıklarda rol oynadığıdır. Klinik araştırmalar, pro-inflamatuvar sitokinlerin depresyon, anksiyete ve otizm etyolojisinde rol oynadığını göstermiştir (93-95).

Dermatolojik hastalıklar neden oldukları semptomlardan dolayı ciddi psikososyal sorunlara, yaşam kalitesinde düşmeye yol açabilir. Aşırı terleme ile karakterize olup, toplumun %1'ini etkileyen hiperhidrozis hastalığı yaşam kalitesini düşüren dermatolojik hastalıklara iyi bir örnektir. Öyle ki; iş ve sosyal aktivitelerde yıkıcı zorluklara yol açabilir (96). Elleri ve koltuk altları aşırı terleyen bu bireyler, kağıdı ıslatmadan tutamazlar ve giysileri lekелendiği için çok sık kıyafet değiştirmek zorunda kalırlar. El sıkıştıklarında kendilerini damgalanmış ve diğer insanlardan farklı hissederler (97). Hamm ve ark., aksiller ve palmar fokal hiperhidrozu olan bireylerde azalmış yaşam kalitesi ve günlük aktivite düzeylerinde bozulma saptamışlardır. Aynı çalışmada aksiller ve palmar hiperhidrozlu hastalar karşılaştırılmış, aksiller hiperhidrozlu hastaların, palmar hiperhidrozlulara göre terlemeye bağlı semptomları gidermek için daha çok efor ve zaman harcadıkları, daha mutsuz ve depresif oldukları tespit edilmiştir. Palmar hiperhidrozlu bireylerin ise aksiller hiperhidrozlulara göre sosyal ortamlarda bulunma ve boş zamanlarını değerlendirme konusunda anlamlı düzeyde kısıtlılık yaşadıkları saptanmıştır. Bu durumun el sıkışma konusunda zorluk yaşamalarıyla ilgili olduğu düşünülmektedir (98).

2.5.2. Hastaya Ait Özellikler

Yaş ve cinsiyet iki önemli faktördür. Genç yaşlardaki olumsuz etkilenme ileri yaşlara göre daha fazladır. Aknenin, sosyal ve fiziksel değişikliklerin en üst düzeyde olduğu ve kimlik gelişiminin yaşandığı ergenlik döneminde ortaya çıkması, bu hastalığı kişilerin kaygılarının odak noktası haline getirmekte; bu nedenle hastanın kişiler arası ilişkilerinde, kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde ve günlük performansında olumsuz etkilere neden olmaktadır (99). Ülkemizde yapılan bir çalışmada atopik dermatitli ergenlerde erken ergenlik döneminden bireyin özerkliğini kazandığı ve romantik ilişkilere başladığı geç ergenlik dönemine doğru geçildikçe fiziksel görünüm ile ilgili benlik saygısının düştüğü gözlenmiştir (100,101). Görülebilir deri hastalıklarında stigmatizasyonun daha belirgin olduğu bilinmekle birlikte, fiziksel görünümü bozabilen vitiligo ve psoriyazisin çocukların ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bildirilmiştir (102,103). Vitiligo olgularının genel sağlık anketi ve açık uçlu sorularla değerlendirildiği bir çalışmada, yaş küçüldükçe hayat kalitesi ve benlik saygısının düştüğü, psikiyatrik morbidite ve algılanan damgalanma duygusunun arttığı saptanmıştır (104). Bazen yaş hastalığın etyolojisi açısından da önem arz edebilir. Örneğin, çocuklarda herpes zoster enfeksiyonunun süregelen çocuk istismarı ve şiddetli psikolojik stresle bağlantılı olabileceği gösterilmiştir (105).

Cinsiyet ile ilgili etkilere göz atıldığında kadınların erkeklere göre daha olumsuz etkilendiği de gösterilmiştir (106,107). Gerçekte bu durum çok şaşırtıcı değildir. Çünkü depresyon ve anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Bu konudaki en belirgin örneklerden biri androgenetik alopesidir (AGA). AGA'lı kadınlar erkeklerle kıyaslandıklarında neredeyse iki kat daha fazla olumsuz psikososyal belirtiler, depresyon ve özgüven yitimi göstermektedirler (108). Benzer şekilde aknenin yol açtığı psikiyatrik bozukluklar kadınlarda daha siktir. Bu konuyla ilgili Aktan ve ark.nın 2657 akneli öğrenciyi kapsayan çalışmasında aknenin yol açtığı psikolojik etkilerin kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü fakat bunun akne şiddeti ile ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır (109). Buna rağmen ergenlik döneminde dış görünüm yalnız kızlarda değil erkeklerde de büyük önem taşımakta ve her iki cinsiyet için zorlu bir dönemi oluşturmaktadır. Nitekim akne vulgarisli ergenlerde yapılan çalışmalarda da benlik saygısı açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (110,111).

Kişilik özelliği deri hastalığının şiddetini ve seyrini etkileyebilir. Örneğin sınırda kişilik bozukluğu varsa (borderline kişilik bozukluğu) değişken bir duygudurum, yoğun anksiyete, terk edilme ve yalnız kalma korkusu ve kimlik algısında bozukluk nedeniyle mevcut deri hastalığı kendilik imajı üzerinde ciddi bir tehdit unsuru olur. Özellikle kendini yaralama davranışları, yapay dermatozlar, akne ekskoriye bu tür bozukluklarda sıklıkla görülür. Benzer tablolar aşırı duygusal ve dikkat çekme gereksinimi içinde olan histriyonik kişilik bozukluklarında da görülebilir. Stresle başa çıkmada son derece yetersiz savunma mekanizmalarına sahip olan bu tür kişilik bozukluğunda deride oluşturulan lezyonlar bir yardım çağrısı niteliği taşır (112-114). Deriye zarar verme davranışı içinde yer alan dermatolojik hastalıklar deri yolma, deriyi ovalamak, çizmek (nörotik ekskoriyasyon), akne ekskoriye, trikotillomani ve tırnak koparma/ yeme (onikotillomani) olarak bilinir. Phillips'in yaptığı araştırmada beden dismorfik bozukluğu olan 123 hastanın %27'sinde deri yolma davranışı görülmüştür (115). Obsesif kişiler derilerini sürekli kontrol edebilirler, mükemmeliyetçidirler ve kendilerini hastalıkla aşırı derecede meşgul edebilirler. Beden dismorfik bozukluğunda olduğu gibi derideki küçük bir sorunu yaşam döngülerinin tümüne mal edebilirler. Koo ve Smith; deri hastalığı olan çocuk ve ergen hastalarda OKB'nin en sık trikotillomani, akne ekskoriye ve onikotillomani ile birlikte bulunduğunu göstermiştir (116). Narsistik kişilik bozukluğu olan hastalar, çok belirgin bir kusurları olmasa da mükemmel olma istek ve beklentileri ile kozmetik dermatoloji bölümüne sıklıkla başvururlar (117). Genellikle hayati tehlike yaratmayan, ancak kronik seyirli olan ve hastanın yaşam kalitesini ciddi olarak bozabilen kronik ürtiker hastalarında da kişilik özellikleri ilgi çekici bir alan olmuştur. Konuyla ilgili Paşaoğlu ve ark.(2006) tarafından ülkemizde yapılmış kesitsel bir çalışmada hasta grubunda hipokondriazis, depresyon, histeri, psikopat eğilimler, paronoya, psikasteni, şizofreni ve sosyal içe dönüklük skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu tespit edilmiştir (118). Kronik ürtiker gibi kaşıntılı bir dermatoz olan atopik dermatitin kişilik özelliği ile ilişkisinin incelendiği Tae-Suk ve ark. tarafından yapılan çalışmada, atopik hastaların zarardan kaçınma skorlarının kontrol grubuna göre daha yüksek, ödül bağımlılığı, kendini yönetme ve işbirliği yapma ile ilgili skorlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur (119). Kılıç ve arkadaşlarının, 105 psoriyazis hastasını sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıkları çalışmalarında, anksiyete ve depresyon puanları istatistiksel işlemlerle kontrol edilmiş, Mizaç ve Karakter Envanteri boyutları ile hastalık süresi ve şiddeti, depresyon ve anksiyete arasındaki

ilişki değerlendirilmiştir. Psoriyazis hastalarının depresyon ve zarardan kaçınma puanları yüksek, kendini yönetme puanları ise düşük bulunmuştur (120).

2.5.3. Toplumun Hastalıkla İlgili İnançları, Önyargıları, Kültürel Özellikler

Derideki problemlerin sosyal ilişkileri büyük ölçüde etkilemesi kaçınılmazdır. Hastalıkla ilgili sosyokültürel tavır ve tutum hastanın etiketlenme (stigmatizasyon) duygusunu yaşamasına yol açabilir. Stigma bir bireyi diğerlerinden ayıran ve değerini düşüren bir belirti bir işaret olarak tanımlanmıştır. Deri hastalığına sahip olan kişiler sıklıkla hastalığın kendisinden çok başka insanların görünür özellikteki hastalığa gösterdikleri tepkilerden kaynaklanan sıkıntıları ifade etmektedirler. Bu duygunun en güçlü olduğu hastalıklardan biri psoriyazistir (121,122). Gupta ve ark. nın yaptığı çalışmada psoriyazis hastalarının %26'sı diğer insanların kendilerine dokunmamak için çaba gösterdiklerine dair deneyimler yaşadıklarını bildirmiştir (123). Vitiligo saptanan okul çağındaki 13 çocukla yapılan bir çalışmada (Hill-Beuf ve Porter 1984, Rauch ve ark. 1991), yeni bir ortama girdiği veya yeni okula başladığı durumlarda, bozuk görüntüleri ile bağlantılı olarak daha çok psikososyal huzursuzluk yaşadığı spor, akademik başarı veya sanatsal yetenekleri yoluyla yeteneklerini ispatlayan çocukların kendilerini çabuk toparladıkları bildirilmiştir (124,125). Stigmatizasyonun belirgin olduğu hastalıklardan bir diğeri olan alopesia areata (AA) hastalarında psikopatoloji oranı %33-93 gibi oldukça değişen oranlarda rapor edilmektedir. Bir araştırmada bu hastalarda depresyon görülme oranı %39 olarak rapor edilmiştir (126). Çocuk ve ergenlerle yapılmış bir çalışmada ise AA'sı olan çocukların %50'sinde majör depresyon saptanmıştır (127). Bazen de görünüşü normal sınırlar içinde olduğu halde kişi kendisini çirkin ya da başkaları tarafından farkedilen fiziksel bir eksikliğe sahip hisseder (128,129). Beden dismorfik bozukluğu denilen bu tablonun dermatolojide görülen formlarında hasta ter kokma, saçlarında incelme, burnun büyük olması, yüzde leke ya da skar gibi yakınmalarla gelir (130). Depresyon, sosyal fobi, mesleki işlevsellikte azalma, OKB, deri yolma ve madde kullanımı ile birlikteliği sıktır (131,132).

Öte yandan toplum tarafından bulaşıcı hastalık, kirlilik, hijyen eksikliği gibi yanlış inançlarla hasta ile ilgili ön yargı oluşurken hastada bu nedenle utanç, kendini suçlama ve cezalandırma, hatta agresif düşünce ve davranışlar gelişebilir (133,134). İdiopatik anal pruritusu olan bireyler, çevredeki kişilere bit, uyuz gibi hastalıkları düşündürdüğünü hissederek, utanç duyarlar ve zamanla sosyal ortamlardan uzaklaşırlar (135). Delüzyonel parazitoz hastalarında ise herhangi bir mikrobik enfeksiyon olmamasına rağmen hastalarda enfekte olduklarına ilişkin bir inanış vardır (136).

2.6. Psikokutan Hastalıklarda Tedavi Yaklaşımları

Psikokutan hastalıklar, tanınması kolay, ancak tedavi edilmesi oldukça güç, sabır, zaman ve tecrübe gerektiren durumlar olup, hem tanı, hem de tedavi aşamalarında, teorik bilgilerin çok ötesinde bir çaba gerektirmektedirler. Hekim muayene sırasında hastaya rahat konuşma ortamı sağlamalı, sabır ve sevecenlikle yaklaşmalıdır. Hekimin muayene sırasında deri hastalığı olan kişiye dokunması, hastada dışlanmışlık duygusunu azaltarak, güven duygusu oluşturur. Psikokutan hastalığı olan bir hastaya yaklaşımda üç aşama takip edilebilir (137).

- 1) Değerlendirme: Deri hastalığı olan kişinin kendisi ve yakınlarından ayrıntılı hikaye alınması, hastanın kişisel ve sosyal durumu hakkında bilgi verir. Amaç, hastada psikiyatrik bir problem olup olmadığını, varsa altta yatan patolojinin ne olduğunu belirlemektir.
- 2) Psikiyatrik desteğe ihtiyacı olup olmadığını belirleyip, psikiyatriste yönlendirme: Psikokutan hasta grubunun içindeki bazı hastalar, sonuçtan bir türlü memnun olmayan, tedaviye sık sık ara verme eğiliminde olan depresif özellikleri öne çıkan hastalardır. Dermatoloğun, bu hastaları psikiyatriste yönlendirmesi ancak dermatolojik tedavi süreçlerinin de devam edeceği konusunda bilgilendirmede bulunması gerekmektedir.
- 3) Gereken durumlarda farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviden yararlanma: Psikokutan hastalığı olanların, psikiyatriste başvurmaya pek sıcak bakmamaları sebebiyle ilk kademe; dermatolog ve psikiyatrist işbirliğini gerekli kılmaktadır. Aynı zamanda dermatologların bu hastalıkların tanısı, dermatolojik ve psikiyatrik belirtileri, temel tedavi prensipleri konusunda bilgi ve tecrübe sahibi olmalarının

gerekliliği aşıkardır. Tedavide ön planda non-farmakolojik yaklaşımların daha faydalı olacağı hususu dikkate alınmalıdır (138).

2.6.1. Non-Farmakolojik Tedaviler (Psikoterapiler)

Deri hastalıklarına eşlik eden psikiyatrik hastalıklara yönelik kullanılan psikofarmakolojik tedaviler dışında psikoterapiler, gevşeme teknikleri, hipnoz nefes egzersizleri, hoşı giden imajlar ve müzik gibi yöntemleri içeren tedavi yaklaşımlarıdır (138). Davranışın bozuk örüntülerini değıştirmek, kişiliğın olumlu yönde büyümesi ve gelişmesini sağlamak ve bu sayede var olan semptomların ortadan kalkmasına yardımcı olmak amacıyla psikoterapilerden yararlanılır (139). Başlıca yaklaşımlardan olan gevşeme teknikleri; sempatik tonusu arttırmaya yönelik girişimler olup dermatolojik hastalıklardan akne, egzema, ürtiker, psoriyazis, hiperhidrosis ve nörotik ekskoriyasyonlarda ilaç tedavilerinin yanında etkili bulunmuştur (140-142). Diğer bir non-farmakolojik tedavi yöntemi olan hipnoz, telkine aşırı yatkınlığın yardımı ile akne ekskoriye, alopesi areata, atopik dermatit, eritrodermi, ekzema, glossidini, liken planus, nörodermit, pruritus, psoriyazis, trikotillomani, ürtiker, verrü, vitiligo gibi oldukça çok sayıda alanda kullanılmaktadır (143-145). Sinir geri bildirim tedavisi (biofeedback) yöntemi de akne, ürtiker, ağrı sendromları ve psoriyazisde başarılı bir şekilde kullanılabilmektedir (146,147). En önemli non-farmakolojik yaklaşım olan psikoterapiler, sözel iletişime dayanarak davranış örüntülerini değıştirmeyi hedefler. Bunlardan da en önemlisi ve en yaygın bilişsel davranışçı terapi (BDT) dir. BDT’de , düşünce distorsiyonları üzerine odaklanılarak, yanlış düşünce paternlerinin değıştirilip yerine doğru paternlerin yerleştirilmesine çalışılır. BDT özellikle deri hastalığına eşlik eden psikiyatrik tablolarda (OKB) çok etkilidir.

2.6.2. Farmakolojik Tedaviler

Dermatoloji ve psikiyatrinin ortak kesişim alanına giren birçok hastalığı sınıflayarak ele almak altta yatan psikopatoloji hakkında fikir vericidir ve doğru ilaç seçimi açısından da önemlidir. Primer dermatolojik olup, majör depresif bozukluk gibi psikiyatrik bir tabloyla seyreden ya da primer psikiyatrik olup, doğurduğu sonuçlar açısından dermatolojik belirtilerle kendini gösteren delüzyonel parazitozda tedavi

yönetimi farklılık gösterebilirken, deri hastalıklarında bazen de arzu edildiğinde psikiyatrik ilaçların (trisiklik antidepresanların antihistaminerjik etkileri gibi) yan etkilerinden faydalanılarak tedavi süreçlerine katkı sağlanabilir. Pek çok psikokutan hastalığın gelişiminde rol oynayan serotoninin farmakolojik tedavide de yeri vardır. Özellikle kozmetik kayba yol açarak, stres, utanma hayal kırıklığı anksiyete ve depresyonla sonuçlanan deri hastalıklarında seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ilk tercih ilaçlardır. Trisiklik antidepresan ilaçlar ise antidepresan etkilerinden bağımsız olarak Histamin 1(H1) reseptörlerini bloke edici etkilerinden dolayı kaşıntılı dermatozlarda (ürtiker, pruritus) öncelikli olarak tercih edilebilirler (148). Psikokutan hastalıkların bazıları ataklarla seyrettiği için, alevlenme dönemlerinde oluşan akut anksiyete tablosunu uygun şekilde azaltmak gerekir. Bu amaçla hızlı etkili benzodiazepinler kullanılabilir. Kronik anksiyete ile seyreden durumlarda ise bağımlılık ve sedasyon yapıcı ilaçlardan kaçınmak gerekebilir (149). Özellikle delüzyonel parazitoz gibi psikotik belirtilere sahip hastalara içgörü kazandırmak için, öncelikle ilgi ve güven temeline dayalı bir hekim hasta ilişkisi kurulmalı ve daha sonra antipsikotik tedaviye başlamak esas olmalıdır. (150,151). OKB ya da obsesif kompulsif spektrumda sayılan bozukluklar olan patolojik deri yolma, trikotillomani, onikotillomani, beden dismorfik bozukluğu ve artefakt dermatitinde trisiklik antidepresanlar ve SSRI'lar kullanılabilir (148).

Sonuç olarak psikokutan hastalığa sahip bireylerde ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme sonucu, hastanın durumuna, hasta ve hekimin koşullarına göre değişik tedavi seçenekleri sunulabilir ve uygun tedavi seçeneği ile dermatolojik tedaviden yanıt alınamayan hastalarda olumlu sonuçlar almak mümkün olabilir. Bu nedenle dermatoloji ve psikiyatrinin işbirliği içinde çalışması gerekir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Örneklemi

Ocak 2014-Ekim 2015 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı polikliniğine başvuran 3-18 yaş aralığındaki 251 çocuk ve ergen çalışmaya alınmıştır. Bu çocuk ve ergenlere Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi –Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu (ÇGDS-ŞY-T) uygulanarak tanı konulmuştur. Araştırma grubu ile yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiş 251 sağlıklı ve gönüllü çocuk ve ergenden kontrol grubu oluşturulmuştur. Bu araştırma için İnönü Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır. Çalışmanın amacı çocuklar ve ailelerine ayrıntılı bir biçimde açıklanmış, çalışmaya katılmayı kabul ederek aydınlatılmış onam formunu imzalayan hasta ve sağlıklı gönüllüler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Deseni

Araştırma deseni kesitsel ve karşılaştırmalı bir çalışma olarak belirlenmiştir.

3.3. Deneklerin Seçimi (Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri)

3.3.1. Araştırma Grubu

- a) Herhangi bir dermatolojik hastalık tanısı almış olması
- b) Yaşın 3-18 yaş aralığında olması
- c) Mental retardasyon tanısı almamış olması

- d) Eşlik eden kronik tıbbi hastalık öyküsü olmaması
- e) Dermatolojik ilaç dışında uzun süreli ilaç kullanım öyküsü olmaması

3.3.2. Kontrol Grubu

- a) Herhangi bir dermatolojik hastalık tanısı almamış olması
- b) Yaşın 3-18 yaş aralığında olması
- c) Mental retardasyon tanısı almamış olması
- d) Eşlik eden kronik tıbbi hastalık öyküsü olmaması
- e) Uzun süreli ilaç kullanım öyküsü olmaması

3.4. Araştırmanın Uygulanması

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı polikliniğine başvuran 3-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlere Okul Çağı (6-18 yaş) Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi –Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu (ÇGDŞ-ŞY-T), Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-1 ve STAI-2) , Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve Türkçe Güçler Güçlükler Anketi (GGA) ergen formu (GGA-E) ve ebeveynlere çocukları hakkında bilgi almak amacıyla GGA ebeveyn formu (GGA-AB) uygulanmıştır. Çocukların anne ve babaları çalışmanın amacı, yapılacak işlemler hakkında sözel olarak bilgilendirilmiş, ek olarak tüm olgulara yazılı aydınlatılmış onam formu (EK-1) verilmiş ve yalnızca gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Çocuk ve anne-baba ile ayrıntılı bir klinik görüşme yapılmıştır. Psikiyatrik muayenenin ardından ÇGDŞ-ŞY-T uygulanmıştır. Çocuk ve ergenler, STAI-1 ve STAI-2, ÇDÖ, GGA-E ve GGA-AB ile değerlendirilmiştir. Anne ve babaya sosyodemografik bilgi formu verilmiştir.

Gönüllülük esasına dayanarak örneklem grubu ile yaş ve cinsiyet değişkenleri eşleştirilmeye çalışılarak kontrol grubu oluşturulmuştur. Araştırma grubuna uygulanan değerlendirme basamakları kontrol grubuna da uygulanmıştır.

3.5. Çocuk ve Ergenlerin Değerlendirme Gereçleri

3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bir form olup cinsiyet, yaş, eğitim, yetiştiği ve yaşadığı yer, aile tipi, ailenin eğitim durumu, sosyal güvence, sürekli tedavi gerektiren bedensel hastalığın bulunup bulunmadığı, ilaç kullanım öyküsü, özgeçmiş ve soygeçmişte psikiyatrik öykü, varsa dermatolojik hastalık tanısı ve hastalığın süresi, stres etkeni ve eşlik eden psikiyatrik tanılarının kaydedildiği bir formdur. Bu form araştırmacı tarafından okunarak, araştırmaya katılan kişinin ailesiyle beraber doldurulmuştur.

3.5.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi –Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu (ÇGDŞ-ŞY-T)

ÇGDŞ-ŞY-T, 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin DSM-III-R (APB 1987) (152) ve DSM-IV (APB 1994) (153) tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (154) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. ÇGDŞ-ŞY-T'nin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları (155) tarafından yapılmıştır.

ÇGDŞ-ŞY-T ile çocuk ve ergendeki geçmiş ve şu andaki psikiyatrik bozukluklar anne babadan ve çocuktan alınan bilgiler doğrultusunda sorgulanmakta ve klinik tanı klinisyenin gözlemleriyle de birleştirilerek konulmaktadır. Form üç bölümden oluşmaktadır. “Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi” olarak adlandırılan ilk bölümde çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle birlikte çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan “tanı amaçlı tarama görüşmesi” 200 kadar özgül belirti ve davranış değerlendirir. Her bir belirtiyi değerlendirmek için belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Her bir belirti kendisine özgü dereceleme yöntemiyle 0–3 puan arasında değerlendirilmektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler tespit edilirse tanıyı doğrulamak amacıyla sorun

olan tanı alanında ek sorulara geçilir. Her bir ek belirti listesi, tarama soruları ve bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek üzere ölçütler içermekte ve ek puanlama yapılmaktadır. Görüşmede her bir tanı için DSM-IV tanı ölçütleri kullanılmıştır. Çocuğun şu andaki işlev düzeyini belirlemek için düzenlenen üçüncü bölüm ise “çocuklar için genel değerlendirme ölçeği” olarak adlandırılır. Görüşmede belirti şiddeti "yok", "eşik altı" ve "eşik" şeklinde derecelendirilir. Belirtilerin eşik altı düzeyde var olması bir bozukluk tanısı koymak için yeterli olmasa da, belirli durumlar için daha ileri araştırma yapmak için uyarıcı olabilir. Psikotik belirtiler ya da belli bir tanı ile ilişkili belirti kümelerinde eşik altı değerler dikkate alınır. ÇGDŞ-ŞY-T anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul v.b.) alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Ergenlik öncesi döneme uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Ergenlerle çalışılıyorsa, önce ergenin kendisi ile görüşülür. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır (155).

3.5.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Çocuk-ergen depresyonunu araştırmada kullanılan, 6-17 yaş arası çocuklar için 27 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Kovacs (156) tarafından Beck Depresyon Envanteri esas alınarak geliştirilmiş olan bu ölçek Türkçeye Öy (157) tarafından uyarlanmıştır (EK-2). Ölçeğin test geçerliliği ($r=0.70$) ve iç tutarlığı ($\alpha=0.80$) yüksek bulunmuştur. Ölçeğin her maddesinde depresyonla ilgili bir belirtinin son iki hafta içinde şiddetinin sorgulandığı üç ayrı seçenek (0, 1, 2 puan) bulunmaktadır (157).

Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Örneğin; 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim, 2. Kendimi sık sık üzgün hissederim, 3. Kendimi her zaman üzgün hissederim, Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar ağır demektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy tarafından yapılmış ve patoloji kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır (156-158).

3.5.4. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (STAI -1 ve STAI-2)

Spielberger ve ark. tarafından geliştirilmiştir (159). Anlık ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmektedir. On dört yaş üzeri normal ve okuduğunu anlayacak durumda olan hasta gruplarına uygulanabilir. Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere herbiri 20 maddelik, 2 ayrı ölçeği vardır. Durumluk Kaygı Ölçeği: Bireyin belirli bir anda ve koşullarda kaygı düzeyini belirler, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu koşullardan bağımsız olarak kaygı düzeyini belirler. Kişinin kendi kendine doldurabileceği, uygulaması kolay bir ölçektir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir, bu durumda önce Durumluk Kaygı Ölçeği, sonra Sürekli Kaygı Ölçeği doldurulmalıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği; maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce, davranışların şiddetine göre 1=hiç, 2=biraz, 3=çok, 4=tamamıyla şıklarından uygun olanın seçilmesiyle yanıtlanır. Sürekli Kaygı Ölçeği; 1=Hemen hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Çok Zaman, 4=Hemen her zaman şıklarından uygun olanın seçilip işaretlenmesiyle doldurulur. Puanlama yapılırken düz ve tersine çevrilmiş ifadeler göz önünde bulundurulmalıdır. Ters ifadeler puanlanırken 1 olanlar 4'e, 4 olanlar 1'e dönüştürülür ve toplanır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan düşük kaygı düzeyini gösterir. Öner ve Le Compe tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (160).

Durumluk-sürekli kaygı envanterinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11,15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 1, 6, 7, 10,13, 16, 19. maddelerdir. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam puanları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puandan ters ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'tir. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. (EK 3a-3b) Yani düşük yüzdelik sıra kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir. 0- 30 puan arası düşük anksiyete, 31- 49 puan arası orta anksiyete, 50 ve üstü puanlar ise yüksek anksiyeteyi göstermektedir (159-162).

3.5.5. Türkçe Güçler Güçlükler Anketi (GGA-AB ve GGA-E)

1997 yılında Robert Goodman tarafından geliştirilen Güçler Güçlükler Anketi (GGA) çocuk ve gençlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılan bir ölçektir (163-165). GGA bazıları olumlu, bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular kendi içinde 5 alt başlıkta toplanmıştır; (1) davranış sorunları, (2) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, (3) duygusal sorunlar, (4) akran sorunları, (5) sosyal davranışlar. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi, ilk dört başlığın toplamı ‘‘toplam güçlük puanı’’nı’’ vermektedir. Bu anketin 4-16 yaşlar için ebeveyn formu ve okul formu, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. GGA’nın uzatılmış formu psikiyatrik belirtileri sorgulayan maddelerin yanı sıra belirtilerden etkilenme düzeyini, yani yaşanan güçlüğü çocuğun yaşamını sıkıntıya sokup sokmadığını, günlük yaşamını etkileyip etkilemediğini, birlikte yaşadığı kişilere sıkıntı yaşatıp yaşatmadığını sorgulayan maddeleri de içermektedir. Türkiye’de GGA’nın geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin ilk çalışma Güvenir ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır (EK-4a-4b). GGA verileri, GGA için hazırlanmış, her bir çocuk ve genç için farklı kaynakların işaretlendiği GGA formlarındaki belirti puanlarını ve etkilenme puanlarını birlikte değerlendirebilen özel bir bilgisayar programına kaydedilebilmektedir. Bu programa www.sdqinfo.com adresinden ücretsiz olarak ulaşılabilir. Programa girilen veriler sonucunda alt birim puanları, toplam güçlük puanı, etkilenme puanı hesaplanabilmekte ve tanı tahminleri yapılabilmektedir (166).

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırma verilerinin istatistiksel analizde SPSS for Windows version 17,0 (Statistical Program İn Social Sciences) yazılımı kullanıldı. Nicel değişkenlere ilişkin verilerin tanımlanması ortalama ($\bar{x}$) $\pm$ standart sapma (ss) ve Medyan (Min- Max) ile, nitel değişkenlere ilişkin verilerin ise sayı, yüzde olarak ifade edildi. Kolmogorov Smirnov normallik testi kullanılarak normal dağılım gösteren değişkenlerin karşılaştırılmasında; unpaired ve paired-t testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi , Connover ikili karşılaştırma testi ve Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Nitel değişkenlerin değerlendirilmesi Pearson ve Fisherin ki-kare testi ile test edildi. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

4.1. Çocuk ve Ergenlerin Demografik Özellikleri ve Tanıları

Bu bölümde araştırmaya katılan çocuk ve ergenlerin demografik özelliklerine ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Çalışmada yer alan her iki grup cinsiyetlerine göre incelendiğinde; araştırma grubunda yer alan 251 çocuk ve ergenden 93'ü (%37.1) erkek; 158'i (%62.9) kız, kontrol grubunda ise 111'i (%44.2) erkek; 140'ı (%55.8) kızdır. Her iki gruptaki çocukların cinsiyetleri açısından anlamlı fark yoktur ($\chi^2=2,67$, $p=0.102$). (Tablo 4.1.2.).

Araştırma grubunda bulunan çocuk ve ergenlerin yaş ortalaması 12.63 ± 4.16 (ss), kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin ise 12.73 ± 4.06 (ss) olarak bulundu. Yapılan t testinde her iki grubun yaş ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($t=0.28$, $p=0.778$). (Tablo 4.1.2.) Araştırma grubundaki 251 çocuk ve ergenden 24'ü okul öncesi (%9.6), 84'ü (%33.5) okul çağı ve 143'ü (%57) ergenlik dönemindeki çocuklardan oluşmaktaydı. Kontrol grubundaki 251 çocuk ve ergenden 22'si (%8.8) okul öncesi, 88'i (%35.1) okul çağı ve 141'i (%56.2) ergenlik dönemindeki çocuklardan oluşmaktaydı. Çocukların yaş dağılımları Tablo 4.1.1. de görülmektedir.

Tablo 4.1.1. Gruplardaki Çocuk ve Ergenlerin Yaş Dağılımları

Yaş	Araştırma		Kontrol	
	n	%	n	%
Okul öncesi (3-6)	24	9.6	22	8.8
Okul çağı (6-12)	84	33.4	88	35.0
Ergenlik (12-18)	143	57.0	141	56.2
Toplam	251	100	251	100

Çocuklar yaşadıkları yerlere göre incelendiğinde; araştırma grubunun 182'sinin (%72.5) şehir merkezi, 69'unun (%27.5) kırsalda (köy ve ilçe) ; kontrol grubunun 226'sının (%90) şehir merkezi, 25'inin (%10) kırsalda (köy ve ilçe) yaşadığı tespit edilmiştir. Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların yaşadıkları yer açısından anlamlı fark vardı. Kontrol grubunun daha yüksek oranda şehir merkezinde yaşadığı tespit edildi ($\chi^2=25,34$, $p=0.0001$). (Tablo 4.1.2.)

Çalışmaya alınan 502 çocuktan 15'i herhangi bir sebeple okulunu bırakmıştı. Anaokulu dahil okula devam eden 487 olgu ile yapılan değerlendirmede araştırma grubunun 175'i (%72.9) başarılı, 65'i (%27.1) başarısız iken; kontrol grubunun 200'ü (%81) başarılı, 47'si (%19) başarısız olarak tespit edildi. Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin başarı oranı anlamlı olarak kontrol grubundakilerden daha düşük saptandı ($\chi^2=4.46$, $p=0.035$). (Tablo 4.1.2.)

4.2. Çocuk ve Ergenlerin Ailesel Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Araştırma ve kontrol grubunda aile tiplerine bakıldığında; araştırma grubundaki çocukların 184'ünün (%73.3), kontrol grubunun ise 214'ünün (%85.3) çekirdek aile tipine sahip olduğu görüldü . Aile tipleri açısından araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı fark tespit edildi. Kontrol grubunda daha yüksek oranda çekirdek aile tipi saptandı ($\chi^2=10.91$, $p=0.0001$). (Tablo 4.1.2.)

Araştırma grubunda bulunan çocukların kardeş sayısı ortalaması 2.46 ± 1.77 (ss), kontrol grubundaki çocukların ise 2.08 ± 1.53 (ss) olarak bulundu. Araştırma grubundaki çocukların kardeş sayısının, anlamlı olarak kontrol grubundaki çocukların kardeş sayısından daha fazla olduğu saptandı ($t=2.55$, $p=0.011$). (Tablo 4.1.2.)

Her iki ebeveynle birlikteliğe bakıldığında araştırma grubundaki çocukların 229'u (%91.2), kontrol grubundaki çocukların 232'si (%92,4) anne ve babalarıyla birlikte yaşamaktaydı. Her iki gruptaki çocukların her iki ebeveynle birlikteliği açısından anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0.23$, $p=0.625$). (Tablo 4.1.2.)

Tablo 4.1.2. Çocuk ve Ergenlerde Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.

Sosyodemografik özellikler		Araştırma n(%)	Kontrol n(%)	χ^2 *	p
Cinsiyet	Erkek	93 (37.1)	111 (44.2)	2.67	0.102
	Kız	158 (62.9)	140 (55.8)		
Yaşadığı yer	Şehir Merkezi	182 (72.5)	226 (90)	25.34	0.0001
	Kırsal (Köy+İlçe)	69 (27.5)	25 (10)		
Okul Başarısı	Başarılı	175 (72.9)	200 (81)	4.46	0.035
	Başarısız	65 (27.1)	47 (19)		
Aile tipi	Çekirdek	184 (73.3)	214 (85.3)	10.91	0.0001
	Geniş	67 (26.7)	37 (14.7)		
Her iki ebeveyn ile birliktelik	Var	229 (91.2)	232 (92.4)	0.23	0.625
	Yok	22 (8.8)	19 (7.6)		
		X±SS	X±SS	t**	p
Yaş		12.63±4.16	12.73±4.06	0.28	0.778
Kardeş Sayısı		2.46±1.77	2.08±1.53	2.55	0.011

* Kikare testi kikare değeri, ** Unpaired t testi değeri

4.3. Anne Babaların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar ve Tanıları

Araştırma grubundaki çocukların annelerinin yaş ortalaması 38.89 ± 6.93 (ss); babaların yaş ortalaması; 43.31 ± 7.31 (ss); kontrol grubundaki çocukların annelerinin yaş ortalaması 39.55 ± 5.62 (ss), babaların yaş ortalaması 42.98 ± 6.30 (ss) olarak saptandı. Her iki grubun anne ve babalarının yaşlarına ilişkin karşılaştırma yapıldığında anlamlı fark saptanmamıştır (Anne yaşı için $t=1.16$, $p=0.244$; Baba yaşı için $t=0.55$, $p=0.579$).

Anne ve babaların eğitim durumları ele alındığında, araştırma grubundaki çocukların annelerinin 157'si (%62.5) ilkokul ve ortaokul mezunu; 94'ü (%37.5) lise ve üniversite mezunuyken, kontrol grubundaki çocukların annelerinin 135'i (%53.8) ilkokul ve ortaokul mezunu; 116'sı (%46.2) lise ve üniversite mezunuydu. Araştırma grubundaki çocukların babalarının 117'si (%46.6) ilkokul ve ortaokul mezunu; 134'ü (%53.4) lise ve üniversite mezunuyken, kontrol grubundaki çocukların babalarının 88'i (%35.1) ilkokul ve ortaokul mezunu; 163'ü (%64.9) lise ve üniversite mezunuydu. Araştırma grubunun anne ve babalarının eğitim durumları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Anne eğitim durumu için $\chi^2=3.96$, $p=0.047$; Baba eğitim durumu için $\chi^2=6.93$, $p=0.008$)

Araştırma grubuna alınan çocukların annelerinin 30'u (%12); kontrol grubundaki çocukların annelerinin 84'ü (%33.5) bir işte çalışıyordu. Araştırma grubunun annelerinin çalışma oranı, kontrol grubunun annelerinin çalışma oranına göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($\chi^2=33.09$, $p=0.0001$).

Araştırma grubuna alınan çocukların babalarının 239'u (%95.2); kontrol grubundaki çocukların babalarının 244'ü (%97.2) bir işte çalışıyordu. Her iki grubun babalarının çalışmalarına ilişkin anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.36$, $p=0.242$).

Çalışmada yer alan her iki grup anne ve babaları arasında akrabalık durumu açısından incelendiğinde; araştırma grubunda yer alan çocukların anne ve babalarının 56'sında (%22.3); kontrol grubunda yer alan çocukların anne ve babalarının 52'sinde (%20.7) akrabalık olduğu tespit edilmiştir. Her iki grubun anne ve babaları arasında akrabalık durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.18$, $p=0.664$).

Çocukların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığına bakıldığında; araştırma grubundaki çocukların ailelerinin 30'unda (%12); kontrol grubundaki çocukların ailelerinin 23'ünde (%9.2) herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olduğu

tespit edilmiştir. Her iki grubun ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.03$, $p=0.309$).

Aylık gelir açısından gruplar incelendiğinde; araştırma grubundaki çocukların ailelerinin aylık gelir ortalaması 1.934 ± 1.334 (ss); kontrol grubundaki çocukların ailelerinin aylık gelir ortalaması ise 2.413 ± 1.910 (ss) olarak bulundu. Yapılan t testinde çocukların ailelerinin aylık gelir ortalaması araştırma grubunda anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($t=3.25$, $p= 0.001$).

Anne Babaların Demografik Özellikleri Tablo 4.3.1. de gösterilmiştir.



Tablo 4.3.1. Anne-Babaların Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler		Araştırma n(%)	Kontrol n(%)	X ^{2*}	p
Anne Eğitim durumu	İlköğretim	157(62.5)	135 (53.8)	3.96	0.047
	Lise ve Üniversite	94 (37.5)	116 (46.2)		
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim	117(46.6)	88 (35.1)	6.93	0.008
	Lise ve Üniversite	134 (53.4)	163 (64.9)		
Anne Çalışma durumu	Çalışıyor	30 (12)	84 (33.5)	33.09	0.0001
	Çalışmıyor	221 (88)	167 (66.5)		
Baba Çalışma Durumu	Çalışıyor	239 (95.2)	244 (97.2)	1.36	0.242
	Çalışmıyor	12 (4.8)	7 (2.8)		
Akrabalık durumu	Var	56 (22.3)	52 (20.7)	0.18	0.664
	Yok	195 (77.7)	199 (79.3)		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	30 (12)	23 (9.2)	1.03	0.309
	Yok	221 (88)	228 (90.8)		
		X±SS	X±SS	t**	p
Yaş	Anne	38.89±6.93	39.55±5.62	1.16	0.244
	Baba	43.31±7.31	42.98±6.30	0.55	0.579
Aylık gelir		1.934±1.334	2.413±1.910	3.25	0.001

* Kikare testi kikare değeri, ** Unpaired t testi değeri

4.4. Araştırma Grubundaki Çocuk ve Ergenlerin Dermatolojik Hastalık Tanıları ve Dağılımlarına İlişkin Bulgular

Araştırma grubunda yer alan 251 çocuk ve ergenden 55'inde (%21.9) inflamatuvar dermatozlar (psoriyazis, pitriazis rosea, seboreik dermatit, tekrarlayan oral aftlar ve aktinik liken planus) tanısı, 43'ünde (%17.1) egzematöz ve allerjik dermatozlar (atopik dermatit, allerjik kontakt dermatit, kronik ürtiker) tanısı, 42'sinde (%16.7) akneiform dermatozlar (akne vulgaris, rosasea) tanısı, 36'sında (%14.3) deri eki hastalıkları (alopecia areata, telogen effluvium, tırnak bozuklukları, hiperhidrozis ve hirsutizm) tanısı, 32'sinde (%12.7) enfeksiyöz dermatozlar (bakteriyel, viral, paraziter hastalıklar ve mantar hastalıkları) tanısı, 24'ünde (%9.6) pigmentasyon bozuklukları (vitiligo, nevüsler, melanin hiperpigmentasyonu ve pitriazis alba) tanısı, 3'ünde (%1.2) genetik dermatozlar (inkontinentia pigmenti, ürtikeria pigmentosa, epidermolizis bülloza) tanısı ve 16'sında (%6.4) diğer dermatolojik hastalık tanıları tespit edilmiştir. Diğerleri adı altında sınıflandırılan spesifik bir dermatolojik hastalık tanı grubuna girmeyen akut/geçici durumlar (eritema multiforme minör, pruritus, böcek ısırması) 6 (%2.4) çocuk ve ergende; kronik durumlar (dermatitis herpetiformis, pernio, nasır, livedo retikularis, reynould fenomeni, hemanjiomlar, keloid skar) ise 10 (%4) çocuk ve ergende saptanmıştır. Dermatolojik hastalık tanı dağılımları Tablo 4.4.1 de gösterilmiştir.

Tablo 4.4.1 Dermatolojik Hastalık Tanı Dağılımları

	Dermatolojik Hastalık	
	n	%
İnflamatuvar dermatozlar	55	21.9
Egzematöz ve allerjik dermatozlar	43	17.1
Akneiform dermatozlar	42	16.7
Deri eki hastalıkları	36	14.3
Enfeksiyöz dermatozlar	32	12.7
Pigmentasyon bozuklukları	24	9.6
Diğerleri (kronik durumlar)	10	4.0
Diğerleri (akut /geçici durumlar)	6	2.4
Genetik dermatozlar	3	1.2
Toplam	251	100

4.5. Çocuk ve Ergenlerin Psikiyatrik Tanı Dağılımlarına İlişkin Bulgular

Araştırma grubundaki 251 çocuk ve ergenin 145'inde (%57.8) herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı saptanmışken; kontrol grubundaki 251 çocuk ve ergenin 84'ünde (%33.5) herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı saptanmıştır. Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı alma oranı kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($\chi^2=29.8$, $p=0.0001$). (Tablo 4.5.1.)

Duygudurum bozuklukları açısından çocuk ve ergenler incelendiğinde araştırma grubundaki 251 çocuğun 35'inde (%13.9); kontrol grubundaki 251 çocuğun 13'ünde (%5.2) duygudurum bozukluğu tanısı tespit edilmiştir. Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerde duygudurum bozukluğu, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($\chi^2=11.14$, $p=0.001$). (Tablo 4.5.1.)

Her iki grupta anksiyete bozukluklarına baktığımızda araştırma grubundaki 251 çocuktan 37'sinde (%14.7); kontrol grubundaki 251 çocuktan 14'ünde (%5.6) anksiyete

bozukluğu tespit edilmiş olup, araştırma grubunda bu tanı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($\chi^2=11.54$, $p=0.001$). (Tablo 4.5.1.)

Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin 29'unda (%11.6) uyum bozukluğu tanısı tespit edilmişken; kontrol grubundaki hiçbir çocuk bu tanıya sahip değildi. Dolayısıyla uyum bozukluğu tanısı anlamlı oranda araştırma grubunda yüksek saptanmıştır ($\chi^2=30.77$, $p=0.0001$). (Tablo 4.5.1.)

Araştırma ve kontrol grubu dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yıkıcı davranış bozuklukları, psikotik bozukluklar, konuşma bozuklukları, tik bozuklukları, dışa atım bozuklukları, somatoform bozukluklar, trikotillomani ve sigara kullanım bozukluğu ve uyku bozuklukları açısından incelendiğinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (DEHB için $\chi^2=0.76$, $p=0.382$, yıkıcı davranış bozuklukları için $\chi^2=0.61$, $p=0.432$, psikotik bozukluklar için $\chi^2=1.00$, $p=0.317$, konuşma bozuklukları için $\chi^2=0.20$, $p=0.653$, tik bozuklukları için $\chi^2=0.67$, $p=0.411$, dışa atım bozuklukları için $\chi^2=0.17$, $p=0.676$, somatoform bozukluklar için $\chi^2=0.00$, $p=1.00$, trikotillomani için $\chi^2=1.00$, $p=0.317$, sigara kullanım bozukluğu için $\chi^2=0.40$, $p=0.523$, uyku bozuklukları için $\chi^2=4.03$, $p=0.124$). (Tablo 4.5.1.)

Tablo 4.5.1. Çocuk ve Ergenlerin Psikiyatrik Tanı Dağılımlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

ÇGDS-ŞY-T Tanıları		Araştırma n(%)	Kontrol n(%)	X²	p
Psikiyatrik Bozukluk	Var	145 (57.8)	84 (33.5)	29.8	0.0001
	Yok	106 (42.2)	167 (66.5)		
DEHB	Var	57 (22.7)	49 (19.5)	0.76	0.382
	Yok	194 (77.3)	202 (80.5)		
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	Var	9 (3.6)	6 (2.4)	0.61	0.432
	Yok	242 (96.4)	245 (97.6)		
Duygudurum Bozuklukları	Var	35 (13.9)	13 (5.2)	11.14	0.001
	Yok	216 (86.1)	238 (94.8)		
Anksiyete Bozuklukları	Var	37 (14.7)	14 (5.6)	11.54	0.001
	Yok	214 (85.3)	237 (94.4)		
Psikotik Bozukluk	Var	1 (0.4)	-	1.00	0.317
	Yok	250 (96.6)	251 (100)		
Konuşma Bozukluğu	Var	2 (0.8)	3 (1.2)	0.20	0.653
	Yok	249 (99.2)	248 (98.8)		
Tik Bozuklukları	Var	4 (1.6)	2 (0.8)	0.67	0.411
	Yok	247 (98.4)	249 (99.2)		
Uyum Bozukluğu	Var	29 (11.6)	-	30.77	0.0001
	Yok	222 (88.4)	251 (100)		
Dışa Atım Bozuklukları	Var	13 (5.2)	11 (4.4)	0.17	0.676
	Yok	238 (94.8)	240 (95.6)		
Somatoform Bozukluklar	Var	1 (0.4)	1 (0.4)	0.00	1.00
	Yok	250 (99.6)	250 (99.6)		
Trikotillomani	Var	1 (0.4)	-	1.00	0.317
	Yok	250 (99.6)	251 (100)		
Sigara Kullanım Bozukluğu	Var	4 (1.6)	6 (2.4)	0.40	0.523
	Yok	247 (98.4)	245 (97.6)		
Uyku Bozuklukları	Var	4 (1.6)	-	4.03	0.124
	Yok	247 (98.4)	251 (100)		

Çocuk ve ergenlerin yaş gruplarına göre psikiyatrik tanı dağılımları ise Tablo 4.5.2. de gösterilmiştir.

Tablo 4.5.2. Çocuk ve Ergenlerin Yaş Gruplarına Göre Psikiyatrik Tanı Dağılımlarının Karşılaştırılması

ÇGDŞ-ŞY-T Tanıları		Araştırma n (%)			Kontrol n (%)		
		Okul Öncesi	Okul Çağı	Ergenlik	Okul Öncesi	Okul Çağı	Ergenlik
Psikiyatrik Bozukluk	var	10 (4.0)	44(17.5)	91(36.3)	9(3.6)	32(12.7)	43(17.1)
	yok	14(5.6)	40(15.9)	52(20.7)	13(5.2)	56(22.3)	98(39.0)
DEHB	var	2(0.8)	26(10.4)	29(11.6)	6(2.4)	22(8.8)	21(8.4)
	yok	22(8.8)	58(23.1)	114(45.4)	16(6.4)	66(26.3)	120(47.8)
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	var	3(1.2)	4(1.6)	2(0.8)	-	2(0.8)	4(1.6)
	yok	21(8.4)	80(31.9)	141(56.2)	22(8.8)	86(34.3)	245(97.6)
Duygudurum Bozuklukları	var	-	5(2.0)	30(12.0)	-	-	13(5.2)
	yok	24(9.6)	79(31.5)	113(45.0)	22(8.8)	88(35.1)	128(90.8)
Anksiyete Bozuklukları	var	2(0.8)	12(4.8)	23(9.2)	1(0.4)	4(1.6)	9(3.6)
	yok	22(8.8)	72(28.7)	120(47.8)	21(8.4)	84(33.5)	132(52.6)
Psikotik Bozukluk	var	-	-	1(0.4)	-	-	-
	yok	24(9.6)	84(33.5)	142(56.6)	22(8.8)	88(35.1)	141(56.2)
Konuşma Bozukluğu	var	-	1(0.4)	1(0.4)	-	3(1.2)	-
	yok	24(9.6)	83(33.1)	142(56.6)	22(8.8)	85(33.9)	141(56.2)
Tik Bozuklukları	var	-	1(0.4)	3(1.2)	1(0.4)	1(0.4)	-
	yok	24(9.6)	83(33.1)	140(55.8)	21(8.4)	87(34.7)	141(56.2)
Uyum Bozukluğu	var	2(0.8)	4(1.6)	23(9.2)	-	-	-
	yok	22(8.8)	80(31.9)	120(47.8)	22(8.8)	88(35.1)	141(56.2)
Dışa Atım Bozuklukları	var	1(0.4)	11(4.4)	1(0.4)	3(1.2)	6(2.4)	2(0.8)
	yok	23(9.2)	73(29.1)	142(56.6)	19(7.6)	82(32.7)	139(55.4)
Somatoform Bozukluklar	var	-	-	1(0.4)	-	1(0.4)	-
	yok	24(9.6)	84(33.5)	142(56.6)	22(8.8)	87(34.7)	141(56.2)
Trikotillomani	var	-	-	1(0.4)	-	-	-
	yok	24(9.6)	84(33.5)	142(56.6)	22(8.8)	88(35.1)	141(56.2)
Sigara Kullanım Bozukluğu	var	-	-	4(1.6)	-	-	6(2.4)
	yok	24(9.6)	84(33.5)	139(55.4)	22(8.8)	88(35.1)	135(53.8)
Uyku Bozuklukları	var	1(0.4)	-	3(1.2)	-	-	-
	yok	23(9.2)	84(33.5)	140(55.8)	22(8.8)	88(35.1)	141(56.2)

Cinsiyetlere göre psikiyatrik tanı dağılımı açısından çocuk ve ergenler incelendiğinde araştırma grubundaki psikiyatrik bozukluğu olan 145 çocuk ve ergenin 83'ünün (%57.2) kız; 62'sinin (%42.8) erkek olduğu, araştırma grubundaki kızlarda psikiyatrik bozukluk görülme oranının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluk görülme oranı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Araştırma grubunda psikiyatrik bozukluk açısından cinsiyet faktörü için $p=0.029$, kontrol grubu için $p=0.065$). DEHB tanısına sahip araştırma grubundaki 57 çocuk ve ergenin 34'ü (%59.6) erkek, 23'ü (40.4) kızken; kontrol grubunda DEHB'si olan 49 çocuk ve ergenin 29'u (%59.2) erkek, 20'si (%40.8) kızdır. DEHB açısından her iki grubu incelediğimizde, hem araştırma hem de kontrol grubunda erkek çocuk ve ergenlerde DEHB oranı anlamlı olarak kızlardan yüksek saptanmıştır. Bununla birlikte araştırma grubundaki erkeklerdeki DEHB oranı, kontrol grubundaki erkeklerdeki DEHB oranından daha yüksek saptanmıştır (Araştırma grubunda DEHB açısından cinsiyet faktörü için $p=0.0001$, kontrol grubu için $p=0.019$). Diğer psikiyatrik bozuklukları incelediğimizde gerek araştırma grubunda, gerekse kontrol grubunda cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (Cinsiyetlere göre araştırma grubunda duygudurum bozuklukları için $p=0.061$; kontrol grubunda $p=0.397$, araştırma grubunda anksiyete bozuklukları için $p=0.225$; kontrol grubunda $p=0.654$, araştırma grubunda uyum bozuklukları için $p=0.262$; kontrol grubunda $p=\text{değerlendirilemez}$, araştırma grubunda yıkıcı davranış bozuklukları için $p=1.00$; kontrol grubunda $p=0.410$, araştırma grubunda psikotik bozukluklar için $p=1.00$; kontrol grubunda $p=\text{değerlendirilemez}$, araştırma grubunda konuşma bozuklukları için $p=0.136$; kontrol grubunda $p=1.00$, araştırma grubunda dışa atım bozuklukları için $p=0.078$; kontrol grubunda $p=1.00$, araştırma grubunda somatoform bozukluklar için $p=1.00$, kontrol grubunda $p=1.00$, araştırma grubunda trikotillomani için $p=0.371$; kontrol grubunda $p=\text{değerlendirilemez}$, araştırma grubunda sigara kullanım bozukluğu için $p=0.145$; kontrol grubunda $p=1.00$, araştırma grubunda uyku bozuklukları için $p=1.00$; kontrol grubunda $p=\text{değerlendirilemez}$). (Tablo 4.5.3.)

Tablo 4.5.3. Çocuk ve Ergenlerin Cinsiyetlere Göre Psikiyatrik Tanı Dağılımlarının Karşılaştırılması

ÇGDŞ-ŞY-T Tanıları		Araştırma n (%)			Kontrol n (%)		
		Erkek	Kız	p	Erkek	Kız	p
Psikiyatrik Bozukluk	var	62 (42.8)	83 (57.2)	0.029	44 (52.4)	40 (47.6)	0.065
	yok	31 (29.2)	75 (70.8)		67 (40.1)	100 (59.9)	
DEHB	var	34 (59.6)	23 (40.4)	0.0001	29 (59.2)	20 (40.8)	0.019
	yok	59 (30.4)	135 (69.6)		82 (40.6)	120 (59.4)	
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	var	3 (33.3)	6 (66.7)	1.00	4 (66.7)	2 (33.3)	0.410
	yok	90 (37.2)	152 (62.8)		107 (43.7)	138 (56.3)	
Duygudurum Bozuklukları	var	8 (22.9)	27 (77.1)	0.061	4 (30.8)	9 (69.2)	0.397
	yok	85 (39.4)	131 (60.6)		107 (45)	131 (55)	
Anksiyete Bozuklukları	var	17 (45.9)	20 (54.1)	0.225	7 (50)	7 (50)	0.654
	yok	76 (35.5)	138 (64.5)		104 (43.9)	133 (56.1)	
Psikotik Bozukluk	var	-	1 (100)	1.00	-	-	-
	yok	93 (37.2)	157 (62.8)		111 (44.2)	140 (55.8)	
Konuşma Bozukluğu	var	2 (100)	-	0.136	1 (33.3)	2 (66.7)	1.00
	yok	91 (36.5)	158 (63.5)		110 (44.4)	138 (55.6)	
Tik Bozuklukları	var	3 (75)	1 (25)	0.145	2 (100)	-	0.195
	yok	90 (36.4)	157 (63.6)		109 (43.8)	140 (56.2)	
Uyum Bozukluğu	var	8 (27.6)	21 (72.4)	0.262	-	-	-
	yok	85 (38.3)	137 (61.7)		111 (44.2)	140 (55.8)	
Dışa Atım Bozuklukları	var	8 (61.5)	5 (38.5)	0.078	5 (45.5)	6 (54.5)	1.00
	yok	85 (35.7)	153 (64.3)		106 (44.2)	134 (55.8)	
Somatoform Bozukluklar	var	-	1 (100)	1.00	-	1 (100)	1.00
	yok	93 (37.2)	157 (62.8)		111 (44.4)	139 (55.6)	
Trikotillomani	var	1 (100)	-	0.371	-	-	-
	yok	92 (36.8)	158 (63.2)		111 (44.2)	140 (55.8)	
Sigara Kullanım Bozukluğu	var	3 (75)	1 (25)	0.145	3 (50)	3 (50)	1.00
	yok	90 (36.4)	157 (63.6)		108 (44.1)	137 (55.9)	
Uyku Bozuklukları	var	1 (25)	3 (75)	1.00	-	-	-
	yok	92 (37.2)	155 (62.8)		111 (44.2)	140 (55.8)	

4.6. Çocuk ve Ergenlerin Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların ‘Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği’ puanları karşılaştırıldığında araştırma grubunun depresyon ölçeği puanları anlamlı olarak kontrol grubundan yüksek saptanmıştır ($p=0.0001$). (Tablo 4.6.1.)

Her iki grup ‘Durumluk -Sürekli Kaygı Envanteri’ puanları açısından karşılaştırıldığında hem durumluk kaygı envanterinde, hem de sürekli kaygı envanterinde araştırma grubunun kaygı puanları daha yüksek tespit edilmiştir (STAI-1 ve STAI-2 için $p=0.0001$). (Tablo 4.6.1.)

Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların ebeveynleri tarafından doldurulan GGA-AB ve bu ölçeğin alt ölçekleri incelendiğinde araştırma grubundaki çocukların ebeveyn puanlarından ‘toplam güçlük puanı’nın ve toplam güçlük puanını oluşturan 4 alt ölçek puanının (Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, Dikkat ve Aktivite Sorunları ve Akran Sorunları) belirgin şekilde kontrol grubundan yüksek olduğu bulunmuşken; sosyal davranışlar alt ölçek puanı ise araştırma grubunda daha düşük saptanmıştır (Toplam Güçlük Puanı için $p=0.0001$, Duygusal Sorunlar için $p=0.0001$, Davranış Sorunları için $p=0.001$, Dikkat ve Aktivite Sorunları için $p=0.002$, Akran Sorunları için $p=0.0001$, Sosyal Davranışlar için $p=0.009$). (Tablo 4.6.1.)

Araştırma ve kontrol grubundaki çocuklar tarafından doldurulan GGA-E Formu ve bu ölçeğin alt ölçekleri karşılaştırıldığında, araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin ‘toplam güçlük puanı’nın ve toplam güçlük puanını oluşturan 4 alt ölçek puanının (Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, Dikkat ve Aktivite Sorunları ve Akran Sorunları) belirgin şekilde kontrol grubundan yüksek olduğu bulunmuşken, sosyal davranışlar alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Toplam Güçlük Puanı için $p=0.0001$, Duygusal Sorunlar için $p=0.001$, Davranış Sorunları için $p=0.039$, Dikkat ve Aktivite Sorunları için $p=0.007$, Akran Sorunları için $p=0.001$, Sosyal Davranışlar için $p=0.064$). (Tablo 4.6.1.)

Tablo 4.6.1. Çocuk ve Ergenlerin Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

ÖLÇEK		Araştırma	Kontrol	P
		Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
Depresyon		9 (0-39)	6 (0-35)	0.0001
STAI-1		35 (20-71)	31(20-73)	0.0001
STAI-2		45 (17-78)	41 (25-80)	0.0001
GGA-AB	Toplam Güçlük Puanı	11 (0-28)	9 (1-31)	0.0001
	Duygusal Sorunlar	3 (0-10)	2 (0-9)	0.0001
	Davranış Sorunları	2 (0-7)	1 (0-8)	0.001
	Dikkat ve Aktivite Sorunları	4 (0-10)	3 (0-10)	0.002
	Akran Sorunları	3 (0-10)	2 (0-8)	0.0001
	Sosyal Davranışlar	8 (1-10)	9 (2-10)	0.009
GGA-E	Toplam Güçlük Puanı	11(1-29)	9 (0-30)	0.0001
	Duygusal Sorunlar	3(0-10)	2 (0-10)	0.001
	Davranış Sorunları	1(0-7)	1 (0-8)	0.039
	Dikkat ve Aktivite Sorunları	4 (0-9)	3.5 (0-10)	0.007
	Akran Sorunları	3 (0-10)	2 (0-8)	0.001
	Sosyal Davranışlar	9 (2-10)	9 (1-10)	0.064

Araştırmada kullanılan ölçekler cinsiyetlere göre incelendiğinde ‘Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği’ puanları kızlarda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0.047$). (Tablo 4.6.2.)

Her iki cinsiyet ‘Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’ puanları açısından karşılaştırıldığında hem durumluk kaygı envanterinde, hem de sürekli kaygı

envanterinde kızların erkeklere göre belirgin oranda kaygı düzeylerinde yükseklik saptanmıştır (STAI-1 için $p=0.017$, STAI-2 için $p=0.0001$). (Tablo 4.6.2.)

Çalışmaya katılan çocukların ebeveynleri tarafından doldurulan GGA-AB ve bu ölçeğin alt ölçekleri her iki cinsiyet açısından karşılaştırıldığında “Toplam Güçlük Puanı” açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.469$). Yine benzer şekilde alt ölçeklerden “Davranış Sorunları”, “ Akran Sorunları” ve “Sosyal Davranışlar” puanlarında kız ve erkek çocuklar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (Davranış Sorunları için $p=0.152$, Akran Sorunları için $p=0.533$, Sosyal Davranışlar için $p=0.098$). Ancak “Duygusal Sorunlar” alt ölçek puanının kız çocuklarında; “Dikkat ve Aktivite Sorunları” alt ölçek puanlarının ise erkek çocuklarında anlamlı olarak yüksek bulunduğu tespit edilmiştir (Duygusal Sorunlar için $p=0.007$, DEHB için $p=0.018$). (Tablo 4.6.2.)

Araştırma ve kontrol grubundaki çocuklar tarafından doldurulan GGA-E Formu ve bu ölçeğin alt ölçekleri kız ve erkek cinsiyetlere göre incelendiğinde “Toplam Güçlük Puanı” ve alt ölçeklerden “Duygusal Sorunlar” puanlarının anlamlı olarak kızlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Toplam Güçlük Puanı için $p=0.039$, Duygusal Sorunlar için $p=0.0001$). “Davranış Sorunları”, “ Akran Sorunları” , “Sosyal Davranışlar” ve “Dikkat ve Aktivite Sorunları” alt ölçek puanları arasında ise her iki cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Davranış Sorunları için $p=0.435$, Akran Sorunları için $p=0.647$, Sosyal Davranışlar için $p=0.059$, Dikkat ve Aktivite Sorunları” için $p=0.332$). (Tablo 4.6.2.)

Tablo 4.6.2. Çocuk ve Ergenlerin Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

ÖLÇEK		Erkek	Kız	P
		Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
Depresyon		6 (0-32)	8 (0-39)	0.047
STAI-1		31 (20-63)	34 (20-73)	0.017
STAI-2		40 (27-70)	45 (17-80)	0.0001
GGA-AB	Toplam Güçlük Puanı	11 (1-27)	10 (0-31)	0.469
	Duygusal Sorunlar	2 (0-9)	3 (0-10)	0.007
	Davranış Sorunları	2 (0-7)	1 (0-8)	0.152
	Dikkat ve Aktivite Sorunları	4 (0-10)	3 (0-10)	0.018
	Akran Sorunları	2 (0-10)	2(0-9)	0.533
	Sosyal Davranışlar	8 (2-10)	9 (1-10)	0.098
GGA-E	Toplam Güçlük Puanı	9 (0-29)	10 (0-30)	0.039
	Duygusal Sorunlar	2 (0-8)	3 (0-10)	0.0001
	Davranış Sorunları	1 (0-7)	1 (0-8)	0.435
	Dikkat ve Aktivite Sorunları	4 (0-9)	4 (0-10)	0.332
	Akran Sorunları	2 (0-10)	2 (0-9)	0.647
	Sosyal Davranışlar	9 (2-10)	9 (1-10)	0.059

Çalışmaya katılan çocukların ölçek puanları yaş dağılımları açısından incelendiğinde, “Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği” puanlarının ergenlik dönemindeki çocuklarda, okul çağı dönemindeki çocuklara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0.0001$).

“Durumluk -Sürekli Kaygı Envanteri” puanları açısından yaş dağılımlarına bakıldığında hem durumluk kaygı envanterinde, hem de sürekli kaygı envanterinde

ergenlik dönemindeki puanların, okul çağı dönemden anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (STAI-1 için $p=0.0001$, STAI-2 için $p=0.005$). (Tablo 4.6.3.)

Araştırma ve kontrol grubundaki çocuklar tarafından doldurulan GGA-E Formu ve bu ölçeğin alt ölçekleri yaş dağılımları açısından incelendiğinde ‘‘Toplam Güçlük Puanı’’nın ve alt ölçeklerden ‘Duygusal Sorunlar’’, ‘‘Davranış Sorunları’’ ve ‘Dikkat ve Aktivite Sorunları’’ puanlarının ergenlik dönemindeki çocuklarda, okul çağı dönemindeki çocuklara göre anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir (Toplam Güçlük Puanı için $p=0.006$, Duygusal Sorunlar için $p=0.035$, Davranış Sorunları için $p=0.014$, ‘Dikkat ve Aktivite Sorunları’ için $p=0.009$). Alt ölçek puanlarından ‘‘Akran Sorunları’’ ve ‘‘Sosyal Davranışlar’’ alt ölçek puanları arasında ise iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (Akran Sorunları için $p=0.819$, Sosyal Davranışlar için $p=0.788$). (Tablo 4.6.3.)

Tablo 4.6.3. Çocuk ve Ergenlerin Yaş Dağılımlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

ÖLÇEK		Okul Çağı	Ergenlik	p
		Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
Depresyon		6 (0-24)	9 (0-39)	0.0001
STAI-1		30 (20-54)	34 (20-73)	0.0001
STAI-2		42 (25-66)	43.5 (17-80)	0.005
GGA-E	Toplam Güçlük Puanı	9 (0-30)	10 (0-29)	0.006
	Duygusal Sorunlar	2 (0-8)	3 (0-10)	0.035
	Davranış Sorunları	1(0-8)	1 (0-7)	0.014
	Dikkat ve Aktivite Sorunları	3 (0-10)	4 (0-9)	0.009
	Akran Sorunları	2 (0-8)	2 (0-10)	0.819
	Sosyal Davranışlar	9 (2-10)	9 (1-10)	0.788

Çalışmaya katılan çocukların ebeveynleri tarafından doldurulan GGA-AB ve bu ölçeğin alt ölçekleri yaş dağılımlarına göre incelendiğinde ‘Toplam Güçlük Puanı’ ve alt ölçeklerden ‘Davranış Sorunları’ ve ‘Dikkat ve Aktivite Sorunları’ alt ölçek puanlarının okul öncesi dönemde, okul çağı ve ergenlik dönemine göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Toplam Güçlük Puanı için $p=0.0049$, Davranış Sorunları için $p=0.0206$, ‘Dikkat ve Aktivite Sorunları’ için $p=0.0226$). ‘Duygusal Sorunlar’, ‘Akran Sorunları’, ‘Sosyal Davranışlar’ alt ölçek puanları arasında ise yaş dağılımları açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Duygusal Sorunlar için $p=0.1042$, Akran Sorunları için $p=0.2250$, Sosyal Davranışlar için $p=0.0893$). (Tablo 4.6.4.)

Tablo 4.6.4. GGA-AB Ölçeğinin Yaş Dağılımlarına Göre Karşılaştırılması

ÖLÇEK		Okul Öncesi	Okul Çağı	Ergenlik	p
		Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
GGA-AB	Toplam Güçlük Puanı	13 (2-25)	10 (1-31)	10 (0-28)	0.0049
	Duygusal Sorunlar	3 (0-9)	2 (0-9)	2 (0-10)	0.1042
	Davranış Sorunları	2 (0-7)	1 (0-8)	1 (0-7)	0.0206
	Dikkat ve Aktivite Sorunları	4.5 (0-10)	3 (0-10)	3 (0-10)	0.0226
	Akran Sorunları	3 (0-7)	2 (0-7)	2 (0-10)	0.2250
	Sosyal Davranışlar	8 (1-10)	8 (4-10)	9 (1-10)	0.0893

4.7. Dermatolojik Hastalıklara İlişkin Bulgular

Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin dermatolojik hastalık alt grupları ile psikiyatrik eş hastalanım sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde, inflamatuvar dermatozlar ile egzematöz ve allerjik dermatozlar gruplarındaki çocuk ve ergenlerde, psikiyatrik bozukluk görülme sıklığı yüksek bulunmuş ancak diğer alt gruplar ile

psikiyatrik bozukluk sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (İnflamatuvar Dermatozlarda psikiyatrik bozukluk sıklığı için $p=0.016$, Egzematöz ve Allerjik dermatozlar için $p=0.037$, Akneiform Dermatozlar için $p=0.801$, Deri Eki Hastalıkları için $p=0.243$, Enfeksiyöz Dermatozlar için $p=0.844$, Pigmentasyon Bozuklukları için $p=0.707$, Diğerleri (Kronik Durumlar) için $p=0.525$, Diğerleri (Akut/Geçici Durumlar) için $p=0.086$, Genetik Dermatozlar için $p=0.525$). (Tablo 4.7.1.)



Tablo 4.7.1. Dermatolojik Hastalık Alt Gruplarının Psikiyatrik Eş Hastalanım Sıklığı

Dermatolojik Hastalık Alt Grupları	Psikiyatrik Eş Hastalanım		n(%)	X²	p
İnflamatuvar Dermatozlar	Psikiyatrik Bozukluk	Var	24 (16.6)	5.76	0.016
		Yok	31(29.2)		
Egzematöz ve allerjik dermatozlar	Psikiyatrik Bozukluk	Var	31 (21.4)	4.36	0.037
		Yok	12 (11.3)		
Akneiform Dermatozlar	Psikiyatrik Bozukluk	Var	25 (17.2)	0.06	0.801
		Yok	17 (16.0)		
Deri Eki Hastalıkları	Psikiyatrik Bozukluk	Var	24 (16.6)	1.36	0.243
		Yok	12 (11.3)		
Enfeksiyöz Dermatozlar	Psikiyatrik Bozukluk	Var	19 (13.1)	0.03	0.844
		Yok	13 (12.3)		
Pigmentasyon Bozuklukları	Psikiyatrik Bozukluk	Var	13 (9.0)	0.14	0.707
		Yok	11(10.4)		
Diğerleri (Kronik Durumlar)	Psikiyatrik Bozukluk	Var	7 (4.8)	0.63	0.525
		Yok	3 (2.8)		
Diğerleri (Akut/Geçici Durumlar)	Psikiyatrik Bozukluk	Var	1 (0.7)	4.25	0.086
		Yok	5 (4.7)		
Genetik Dermatozlar	Psikiyatrik Bozukluk	Var	1 (0.7)	0.74	0.575
		Yok	2 (1.9)		

Diğer psikiyatrik bozukluklar açısından dermatolojik hastalık alt gruplarını incelediğimizde, inflamatuvar dermatozlar grubundaki hastalarda uyum bozukluğu görülme sıklığı, egzematöz ve allerjik dermatozlar grubundaki çocuk ve ergenlerde DEHB ve yıkıcı davranış bozuklukları görülme sıklığı, pigmentasyon bozuklukları grubundakilerde DEHB sıklığı, kronik durumları olanlarda duygudurum bozuklukları sıklığı yüksek bulunmuştur (İnflamatuvar Dermatozlarda Uyum Bozukluğu Sıklığı için $p=0.027$, Egzematöz ve Allerjik Dermatozlar Grubunda DEHB için $p=0.001$ ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için $p=0.049$, Pigmentasyon Bozukluklarında DEHB için $p=0.023$, Kronik Durumlarda Duygudurum Bozuklukları için $p=0.036$).

Dermatolojik hastalıkların hangi özelliklerinin psikiyatrik eş hastalanımla birlikte diğer psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığını etkileyip etkilemediği değerlendirilmiştir. Dermatolojik hastalıklar açısından değerlendirdiğimiz özellikler; hastalığın ağrılı olup olmadığı, kronik mi olduğu yoksa ataklarla mı seyrettiği, otoimmün özellik taşıyıp taşımadığı, kaşıntılı olup olmadığı, fiziksel aktivitede kısıtlılık yapıp yapmadığı, sistemik olup olmadığı, görünen yerde mi yoksa görünmeyen yerde mi lokalize olduğu ve bulaşıcılık potansiyeli gibi özelliklerdir.

Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerde yukarıdaki özelliklerin psikiyatrik bozukluk sıklığını arttırıp arttırmadığına bakıldığında, hastalığın sadece fiziksel aktiviteyi kısıtlıyor olmasının, psikiyatrik bozukluk sıklığı açısından risk etmeni olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Fiziksel Aktivitede Kısıtlılık özelliği için $p=0.009$, Kronisite için $p=0.423$, Ataklarla Seyretme için $p=0.872$, Otoimmünite için $p=0.465$, Ağrılı Olma Özelliği için $p=0.325$, Kaşıntılı Olma Özelliği için $p=0.189$, Görünen Yerde Lokalizasyon için $p=0.676$, Sistemik Olma için $p=0.734$, Bulaşıcılık için $p=0.723$). (Tablo 4.7.2.)

Tablo 4.7.2. Dermatolojik Hastalıkların Bazı Klinik Özelliklerine Göre Psikiyatrik Eş Hastalanım Görülme Sıklığı

Klinik Özellikler	Psikiyatrik Eş Hastalanım		n(%)	X ²	p
Fiziksel Aktivitede Kısıtlılık	Psikiyatrik Bozukluk	Var	26 (17.9)	6.88	0.009
		Yok	7 (6.6)		
Kronisite	Psikiyatrik Bozukluk	Var	116 (80)	0.64	0.423
		Yok	89 (84)		
Ataklarla Seyretme	Psikiyatrik Bozukluk	Var	89 (61.4)	0.026	0.872
		Yok	64 (60.4)		
Otoimmünite	Psikiyatrik Bozukluk	Var	24 (16.6)	0.53	0.465
		Yok	14 (13.2)		
Ağrılı Olma	Psikiyatrik Bozukluk	Var	10 (6.9)	0.96	0.325
		Yok	11 (10.4)		
Kaşıntılı Olma	Psikiyatrik Bozukluk	Var	51 (35.2)	1.72	0.189
		Yok	29(27.4)		
Görünen Yerde Lokalizasyon	Psikiyatrik Bozukluk	Var	94(64.8)	0.17	0.676
		Yok	66 (62.3)		
Sistemik Olma	Psikiyatrik Bozukluk	Var	21 (14.5)	0.11	0.734
		Yok	17(16)		
Bulaşıcılık	Psikiyatrik Bozukluk	Var	20 (13.8)	0.12	0.723
		Yok	13 (12.3)		

Diğer psikiyatrik bozuklukları incelediğimizde DEHB görülme sıklığının, dermatolojik hastalık özelliklerinden yalnızca ‘kaşıntıyla seyretme’ özelliğiyle anlamlı ilişkisinden söz edebiliriz (Kaşıntıyla Seyretme özelliği için p=0.011). Anksiyete bozuklukları sıklığı ile de hastalığın görünen yerde olması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Görünen Yerde Olma özelliği için p=0.045). Uyum bozukluğu görülme

sıklığı ile dermatolojik hastalık özelliği ilişkisine bakıldığında, uyum bozukluğu tanısının, dermatolojik hastalığın ‘fiziksel aktiviteyi kısıtlıyor olma’ açısından anlamlılık oluşturduğu tespit edilmiştir (Fiziksel Aktiviteyi Kısıtlıyor olma özelliği için $p=0.014$).



5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, dermatoloji polikliniğine başvuran çocuk ve ergen hastalarda psikiyatrik bozukların saptanması ve bu eş hastalanımı etkileyen sosyodemografik ve klinik özelliklerin bu eş hastalanım üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu nedenle 3-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlere Okul Çağı (6-18 yaş) Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi –Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu (ÇGDŞ-ŞY-T) uygulanarak aldıkları tanılara, ÇDÖ, STAI-1 ve STAI-2 ile kaygı ve depresyon düzeylerine bakılmış, Türkçe Güçler Güçlükler Anketi (GGA) ebeveyn formu GGA- AB ve ergen formu GGA-E yardımı ile de, çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunlar taranmıştır. Sonuçlar herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan, yaş ve cinsiyet açısından benzer çocuk ve ergenler ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmamıza katılan çocuk ve ergenlerin demografik verileri incelendiğinde araştırma grubundaki 251 çocuktan 93'ünün (%37.1) erkek; 158'inin (%62.9) kız olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu ise 111 (%44.2) erkek ve 140 (%55.8) kız çocuk ve ergenden oluşmaktadır. Çocukların cinsiyeti açısından her iki grup arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 4.1.2). Çocukların yaş dağılımları benzer olmakla birlikte, yaşadıkları yer açısından anlamlı fark vardı. Kontrol grubunun daha yüksek oranda şehir merkezinde yaşadığı tespit edildi (Tablo 4.1.2). Çocuk ve ergenlerin yaşadığı yerleşim yerinin ruh sağlığı üzerine etkilerini inceleyen çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bu konuyla ilgili Kaplan ve ark. (1995) tarafından yapılan bir çalışmada kırsal kesimde yaşamının depresyon açısından bir risk etkeni olabileceği belirtilmişken, tam tersine Erol ve ark. (1998) nın ülkemizde yaptığı bir çalışmada şehir merkezinde yaşayan kişilerde depresyon oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (167, 168). Bu nedenle

çalışmamızda yaşanan yerin psikopatoloji üzerindeki etkileri kısıtlıdır diye yorumlanabilir.

Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin başarı oranı anlamlı olarak kontrol grubundakilerden daha düşük saptandı (Tablo 4.1.2). Bu durum çalışmamızdaki çocuk ve ergenlerin sahip oldukları hastalık nedeni ile eğitim hayatlarının etkilenmesi ile açıklanabilir. Uzun süreli devam eden sağlık sorunları eğitim yaşantısını ve okul başarısını olumsuz etkileyebilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kronik hastalıkların ya da uzun süren sağlık sorunlarının yeti yitimine yol açtığı, öğrencilerde ders başarısında düşmeye neden olduğu gösterilmiştir (169). Diğer bir çalışmada kronik hastalığı, bedensel yetersizliği ve ruhsal problemi olan çocuklarda okula devamsızlık (%36.6) ve sınıf tekrarı (% 23.3) önemli bir sorun oluşturmaktadır. Okula devamsızlık kronik hastalığı olan (%98.6), sınıf tekrarı ise ruhsal problemler yaşayan (%29.0) öğrencilerde anlamlı düzeyde daha fazla görülmüştür. Akademik başarı düzeyi en fazla bedensel yetersizliği olan öğrencilerde olumsuz etkilenmiş, bunu ruhsal problemleri ve kronik hastalığı olan öğrenciler izlemiştir (170). Dermatoloji alanındaki çalışmalara baktığımızda ise özellikle atopi ile ilişkili hastalıkların kronik olması ve kaşıntıyla seyretmesinin öğrenmeyi bozduğu, okul devamsızlıklarına yol açtığı gösterilmiştir (171). Bütün bu sonuçlar bulgularımızı destekler niteliktedir. Ancak bizim verilerimizin, ebeveyn gözlem ve yorumlarına dayanmış olması, okullardan bilgi almamış olmamız bu sonuçları etkilemiş olabilir.

Aile tipleri açısından araştırma ve kontrol grubu incelendiğinde kontrol grubunun daha yüksek oranda çekirdek aile tipine sahip olduğu, çocukların kardeş sayısı ortalamasının kontrol grubunda daha düşük olduğu bulundu. Her iki gruptaki çocukların her iki ebeveynle birlikteliği açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 4.1.2).

Her iki grubun anne ve babalarının yaşlarına ilişkin karşılaştırma yapıldığında anlamlı fark saptanmamışken, araştırma grubunun anne ve babalarının eğitim durumları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Araştırma grubunun annelerinin çalışma oranı, kontrol grubunun annelerinin çalışma oranına göre anlamlı olarak düşük bulunmuşken, her iki grubun babalarının çalışma oranı arasında anlamlı fark yoktu. Çalışmada yer alan her iki grup anne ve babaları arasında akrabalık durumu ve ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çocukların ailelerinin aylık gelir ortalaması araştırma grubunda anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Tablo 4.3.1). Alan yazına baktığımızda psikiyatrik

bozukluklar ve özellikle de depresyon yaygınlığının düşük sosyoekonomik düzeydekilerde (SED) daha yüksek olduğunu belirten yayınlar (172,173) olduğu gibi, depresyon yaygınlığının SED' le ilişkisi olmadığını belirten yayınlar da vardır (174-176). Bu konuyla ilgili olarak çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalara bakıldığında sosyoekonomik düzeyi düşük olan öğrencilerde daha yüksek oranda depresif belirti gözlemlendiği bildirilmektedir (177). Ancak Pamukkale Üniversitesi'nden seçilmiş öğrenci örneklemeyle ülkemizde yapılan bir çalışmada, ailenin gelir düzeyi ile depresif belirti yaygınlığı arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (178). Bu bilgiler çalışmamızda düşük SED'in psikopatoloji üzerine olan etkisini tartışmalı kılmaktadır.

Çalışmamızdaki dermatolojik hastalıkları gruplandırarak incelediğimizde en fazla inflamatuvar dermatozlar (psoriyazis, pitriazis rosea, seboreik dermatit, tekrarlayan oral aftlar ve aktinik liken planus) grubunu, 2.sırada egzematöz ve allerjik dermatozları (atopik dermatit, allerjik kontakt dermatit, kronik ürtiker) görmekteyiz (Tablo 4.4.1.). Diğer gruplar ise sıklık sırasına göre akneiform dermatozlar (akne vulgaris, rosasea), deri eki hastalıkları (alopecia areata, telogen effluvium, tırnak bozuklukları, hiperhidrozis ve hirsutizm), enfeksiyöz dermatozlar (bakteriyel,viral,paraziter hastalıklar ve mantar hastalıkları), pigmentasyon bozuklukları (vitiligo, nevüsler , melanin hiperpigmentasyonu ve pitriazis alba), spesifik bir gruba dahil olmayan diğerleri grubundan kronik durumlar (dermatitis herpetiformis, pernio, nasır, livedo retikularis, reynould fenomeni, hemanjiomlar, keloid skar), diğerleri grubundan 2. grup olan akut/geçici durumlar (eritema multiforme minör, pruritus, böcek ısırması) ve genetik dermatozlar (inkontinentia pigmenti, ürtikeria pigmentosa, epidermolizis bulloza) dır. Ülkemizde yapılan çalışmalardan Tekin ve ark., Zonguldak ve çevresindeki çocuklarda deri hastalıklarının prevalansını araştırmışlar ve en yaygın görülen hastalık olarak egzemayı saptamışlardır (179). Başka bir çalışmada ise İnandır ve ark. sosyoekonomik faktörler ile çocuklardaki deri hastalıklarının sıklığını analiz etmişler ve enfeksiyöz deri hastalıklarını en sık olarak gözlemlemişler, düşük SED ile de ilişkili bulmuşlardır (180). Bizim bulgularımız ile bu çalışmalardaki bulguların tutarlı olmasını, dağılımın hastalık olarak tek tek değil de gruplara göre yapılmasına bağlayabiliriz. Şöyle ki, çalışmamızda sayıca en yüksek görülen hastalık akne vulgaris olmasına rağmen, dahil olduğu akneiform dermatozlar grubu dağılımda 3. sırada yer almaktadır (Tablo 4.4.1.). Aynı zamanda çalışmamızın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunulan bir hastanede yapılıyor olması sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

Araştırma grubundaki 251 çocuk ve ergenin 145'inde (%57.8) herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı saptanmışken; kontrol grubundaki 251 çocuk ve ergenin 84'ünde (%33.5) herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı saptanmıştır (Tablo 4.5.1.). Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı alma oranı kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre tüm insanların %25'inden fazlası yaşamlarının herhangi bir döneminde psikiyatrik hastalık geçirmektedirler (181). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre ruhsal bozukluk görülme sıklığı 2-3 yaş grubu çocuklarda % 10.9 iken, 4- 18 yaş grubunda % 10.7, erişkinlerde ise % 15.4'tür (182). Çalışmamızda kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluk tanı oranlarının yüksek oluşu, öğretmenleri tarafından yönlendirilen çocukların ve onların ebeveynlerinin kontrol grubundaki oranının yüksek olmasıyla açıklanabilir. Aynı zamanda çalışmamızda ergenlik dönemindeki çocuk ve ergenlerin sayıca fazla olması da bu durumu etkilemiş olabilir. Dermatolojik hastalığı olan kişilerde psikiyatrik eş hastalanıma baktığımızda ise dermatolojik hastalığa sahip 2579 kişiyi kapsayan bir çalışmada hastaların yaklaşık dörtte birinde (%25.2) bir psikiyatrik tanının dermatolojik hastalığa eşlik ettiği saptanmıştır (183). Başka bir çalışmada yatarak tedavi edilen dermatoloji hastalarında yaklaşık olarak %60, ayaktan takip edilen hastalarda ise %30 oranında psikiyatrik bozukluk olduğu tespit edilmiştir (184). Dermatolojik hastalık-psikiyatrik eş hastalanım verilerinin, çalışmamızın araştırma grubu verileriyle uyumlu olduğu görülmektedir. Dermatoloji alanında çocuk ve ergenlerde az sayıda çalışma yapılmış olması bakımından bizim çalışmamız önemli olmakla birlikte, ileride yapılacak olan çalışmalara katkı sağlayabilir.

Duygudurum bozuklukları açısından çocuk ve ergenler incelendiğinde araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerde duygudurum bozukluğu, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Araştırma grubundaki 251 çocuğun 35'inde (%13.9); kontrol grubundaki 251 çocuğun 13'ünde (%5.2) duygudurum bozukluğu tanısı tespit edilmiştir (Tablo 4.5.1.). Duygudurum bozukluklarının psikiyatride yaygın olarak görülmesinin yanında konsültasyon liyezon psikiyatrisinde de en fazla çalışılan ve araştırılan konulardan olması önemlidir. Depresyonun genel popülasyonda görülme oranı %3-5 tir (185). Son yıllarda yapılan çalışmalar, depresyon sıklığının çocuklarda %10-13, ergenlerde %21-27 arasında olduğunu göstermektedir (186,187). Cohen ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada dermatolojik hastaların % 9.6'sında major depresyon,

%1’inde minör depresyon ve %19’unda depresif belirtiler olduğu tespit edilmiştir (188). Yapılan çalışmalarda psoriyazis hastalarında depresif belirtiler ve intihar düşüncesi kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur (189). Psoriyazis hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada ise 100 psoriyazis hastasında depresyon sıklığı % 51 olarak bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerdeki dermatolojik hastalıklar ve duygudurum bozuklukları ilişkisine dair verilerimiz erişkin hastalara göre kısıtlıdır. Paula Dornelles da Silva Manzoni ve ark. (2012) nın, Brezilya’da dermatoloji polikliniklerine başvuran yaşları 5-16 aralığında olan 118 çocuk hastanın yaşam kalitelerini değerlendirdikleri çalışmada utangaçlık, düşük özgüven, anksiyete ve depresif duygudurum oranını kontrollere göre daha yüksek saptamışlardır (190).

Her iki grupta anksiyete bozukluklarına baktığımızda araştırma grubundaki 251 çocuk ve ergenden 37’sinde (%14.7); kontrol grubundaki 251 çocuk ve ergenden 14’ünde (%5.6) anksiyete bozukluğu tespit edilmiş olup, araştırma grubunda bu tanı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (Tablo 4.5.1.). Ülkemizde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde anksiyete bozukluklarının, en fazla görülen bozukluk (%14.45) olduğu gösterilmiştir (191). Dermatolojik hastalıklarla ilgili Vargas ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada dermatoloji hastaları alt gruplara ayrılarak (psoriyazis, akut ürtiker, kronik ürtiker, atopik dermatit ve diğerleri) anksiyete bozukluğu taranmış ve bu hastalardan psoriyazis grubunda %48, atopik dermatit grubunda ise %39 oranında anksiyete bozukluğu saptanmıştır (192). Nitekim, psoriyaziste en sık görülen tanı % 55 ile anksiyete bozukluğudur (193).

Çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalara baktığımızda ergenlerde akne varlığı anksiyeteye yatkınlık ile bağlantılı bulunmuştur (194). Akne vulgaris yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen, özellikle dış görünüm ve beden imajının önem kazandığı ergenlik dönemi için çok önemli bir hastalık haline gelmektedir. Çünkü ergenler nasıl göründükleri konusunda aşırı duyarlı ve başkaları üzerinde olumlu bir izlenim bırakmak konusunda oldukça hassastırlar (195). Akneli çocuk ve ergenlerin dış görünümlerinden dolayı sosyal izolasyona ve yalnızlığa itilmesi kaçınılmazdır. Yalnızlık duygusunun ergenlik döneminde önemi büyük olup, bu duygunun aynı zamanda düşük benlik saygısı, sosyal becerilerde yetersizlik, anksiyete, depresyon ve intihara kadar gidebilen bir takım olumsuz değişkenlerle de ilişkili olduğu bilinmektedir (196-198). Bir çok çalışma akne vulgarisli hastaların anksiyete ve depresyon skorlarını genel popülasyondan daha yüksek bulmuştur (199,200). Bunun yanında, akneli

hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyinin değişmediğini öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (201,202). Özcan ve ark. akne vulgarisli hastaları sağlıklı kontrollerle karşılaştırmış, kaygı ve depresyon düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptayamamışlardır (203). Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada pediatri allerji polikliniğinde kronik idiopatik ürtiker (CIU) tanısı alan 27 çocuk ve sağlıklı çocuklar psikiyatrik komorbidite açısından karşılaştırılmıştır. Değerlendirme gereçleri olarak, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children–Present and Lifetime Version–Turkish Version (K-SADS-PL), Çocuklar için depresyon ölçeği (Child Depression Inventory-CDI), Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri (The State-Trait Anxiety Inventories for Children-STAIc) ve Child Behavior Checklist (CBCL) kullanılmıştır. CIU’su olan çocuklarda psikiyatrik komorbiditenin, sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğu, CDI, STAIc ve CBCL skorlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. CIU’su olan çocuklarda anksiyete bozukluklarının daha sık görülmesi özellikle sosyal fobi ve özgül fobi tanılarının baskın olması dikkati çekmiştir (204).

Genel olarak dermatoloji hastalarında birçok psikiyatrik bozukluk görülebileceği bilinmekle birlikte yapılan çalışmalarda en yaygın psikiyatrik tanıların depresyon ve anksiyete olduğu gösterilmiştir (205). Bizim çalışmamız da bu sonucu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda uyum bozukluğu tanısı anlamlı olarak araştırma grubunda yüksek saptanmıştır. Uyum bozukluğu, gösterilebilir bir psikososyal stres etkeni ya da etkenlerine tepki olarak gelişen bir klinik durumdur. Belirtiler stres etkeninin başlangıcından sonraki üç ay içerisinde gelişir. Yapılan çalışmalar, çocuk ve ergenlerin hastalık tanısı koyulduktan sonra yeni durumlarına uyum sağlamakta güçlük çektiklerini ancak zamanla hastalıklarına uyum sağladıklarını ve başlangıçta bozulmuş olan yaşam kalitesi algılarının yükseldiğini göstermiştir (206). Dermatoloji hastalarını kapsayan bir tarama çalışmasında hastalarda en yaygın psikiyatrik tanıların depresif bozukluk ve uyum bozuklukları olduğu belirtilmiştir (207). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin 29’unda (%11.6) uyum bozukluğu tanısı tespit edilmişken; kontrol grubundaki hiçbir çocuğun bu tanıya sahip olmadığı görülmüştür (Tablo 4.5.1.).

Araştırma ve kontrol grubu dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) açısından incelendiğinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.5.1.).

Dünya genelinde çocukluk döneminde DEHB prevalansı yaklaşık olarak %6.48 düzeyindeyken, Ercan ES ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada bu oran %13.38 olarak bulunmuştur (208). Çalışmamızda DEHB oranının fazla olması özellikle kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin ailelerinin çocuklarında fark ettiği aşırı hareketlilik ve dikkat dağınıklığından dolayı çalışmaya katılımlarında gönüllülük oranının yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Yıkıcı davranış bozuklukları, psikotik bozukluklar, konuşma bozuklukları, tik bozuklukları, dışa atım bozuklukları, somatoform bozukluklar, trikotillomani, sigara kullanım bozukluğu ve uyku bozuklukları açısından her iki grup arasında anlamlı farkın olmayışı, bu tanılara sahip çocuk ve ergen örneklem gruplarının küçük olmasıyla açıklanabilir.

Cinsiyetlere göre psikiyatrik tanı dağılımı açısından her iki gruptaki çocuk ve ergenler incelendiğinde, araştırma grubundaki kızlarda psikiyatrik bozukluk görülme oranı erkeklerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.5.3.). Genel olarak kadınların erkeklerden daha fazla psikiyatrik bozukluklara yatkın olmalarının yanısıra, dermatolojik hastalığı olan kadınlarda söz konusu olan riske, ek bir riskin eklenmiş olması sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Çünkü dermatolojik hastalığı olan bireylerin cinsiyete göre karşılaştırıldıkları çalışmalarda kadınların erkeklere oranla psikiyatrik açıdan daha fazla etkilendikleri saptanmıştır (209). Bu durum özellikle, kadınların dış görünümlerine erkeklerden daha fazla önem vermelerine ve bundan dolayı hastaneye başvurma oranlarının da daha yüksek olmalarına bağlanabilir.

Ölçekler açısından çalışmayı incelediğimizde, araştırma ve kontrol grubundaki okul çağı ve ergenlik dönemindeki tüm çocuklara ÇDÖ, STAI-1, STAI-2 ve GGA-E Formu ve bu çocukların ailelerine GGA-AB uygulanmıştır. Araştırma grubundaki çocukların ÇDÖ puanları ve durumluk-sürekli kaygı puanları, kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6.1.). Bu sonuçlar, dermatolojik hastalığı olan çocuk ve ergen olguların hem kaygı hem de depresif duygudurum şiddetinin normal çocuklara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu konuyla ilgili olarak Ayhan Bilgiç ve ark. (2010) yaşları 8-18 yaş aralığında, en az 3 aylık psoriyazis öyküsü olan ve sistemik tedavi almayan çocuklar ile sağlıklı çocuklardan oluşan kontrol

grubuyla yaptığı çalışmada çocuklar için depresyon ölçeği (Child Depression Inventory- CDI), çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri (The State-Trait Anxiety Inventories for Children-STAIc) ve çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin çocuk ve ebeveyn formlarını (Pediatric Quality of Life Inventory Parent and Child Versions- PedQL-P and C) uygulamıştır. Çocuk ve ergenlerin ayrı ayrı değerlendirildiği çalışmada; psoriyazisli çocuk grubunun depresyon skorlarının kontrollere göre anlamlı oranda yüksek olduğunu, ancak durumluk-sürekli kaygı düzeylerinde anlamlı fark bulunmadığını saptamıştır. Psoriyazisli ergen grubuyla, sağlıklı kontrol grubu arasında ise hem depresyon skorları, hem de durumluk-sürekli kaygı düzeylerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin çocuk ve ebeveyn skorlarında da hasta ve sağlıklı gruplar arasında anlamlı ölçüde fark gözlenmemiştir (210). Alan yazındaki bu çalışmalarla bizim çalışmamızın sonuçlarının tutarlı olduğu görülmektedir.

Araştırma ve kontrol grubundaki çocukların ebeveynleri tarafından doldurulan GGA-AB ve bu ölçeğin alt ölçekleri incelendiğinde araştırma grubundaki çocukların ebeveyn puanlarından ‘toplam günlük puanı’nın ve toplam günlük puanını oluşturan 4 alt ölçek puanının (Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, Dikkat ve Aktivite Sorunları ve Akran Sorunları) belirgin şekilde kontrol grubundan yüksek olduğu bulunmuşken, sosyal davranışlar alt ölçek puanı ise araştırma grubunda daha düşük saptanmıştır (Tablo 4.6.1.) Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin hem psikiyatrik eş hastalanım oranlarının kontrol grubundan yüksek olması, hem de depresif duygudurum şiddeti ve anksiyete düzeylerinin yüksek olması GGA-AB ve bu ölçeğin alt ölçeklerinden aldıkları puanları güçlü şekilde yordamaktadır. Çünkü bu anket, beş alt başlıkta ruhsal sorunların taranmasına yardımcı olan, hem olumlu hem de olumsuz davranışları birlikte sorgulayabilen bir değerlendirme aracıdır. Alt ölçekleri olan ‘duygusal sorunlar’, ‘davranış sorunları’, ‘dikkat ve aktivite sorunları’ ve ‘akran sorunları’ puanlarının yüksek olması, yaşanan güçlüklerin fazla olması anlamına gelir ki bu durum psikiyatrik bozukluklar açısından risk oluşturmaktadır. Dermatolojik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin, normal çocuk ve ergenlerden daha fazla güçlük yaşaması ve bu güçlüklerle başa çıkma mekanizmalarının daha yetersiz olması beklenen bir durumdur. Araştırma ve kontrol grubundaki ölçek puanlarının farklılığı bu nedenle şaşırtıcı değildir. ‘Sosyal davranışlar’ alt ölçeği ise olumlu alanları sorgulayarak, çocuk ve ergenin mevcut güçlerinin değerlendirildiği, yüksek puanların üstünlük olarak kabul edildiği bir

ölçektir. Bu açıdan sosyal davranışlar alt ölçek puanının araştırma grubunda daha düşük saptanması psikiyatrik bozukluklar için risk artışı anlamına gelmektedir.

Araştırma ve kontrol grubundaki çocuk ve ergenler tarafından doldurulan GGA-E Formu ve bu ölçeğin alt ölçekleri karşılaştırıldığında, araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin ‘‘toplam güçlük puanı’’nın ve toplam güçlük puanını oluşturan 4 alt ölçek puanının (Duygusal Sorunlar, Davranış Sorunları, Dikkat ve Aktivite Sorunları ve Akran Sorunları) belirgin şekilde kontrol grubundan yüksek olduğu bulunmuşken, sosyal davranışlar alt ölçek puanları arasında ise anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.6.1.) GGA-AB ile sonuçlar birbirini destekler nitelikte olmakla birlikte, sadece ‘sosyal davranışlar’ alt ölçek puanında araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmamış olması, çocuk ve ergenlerin mevcut güçlerinin ve sorunlarla baş etme mekanizmalarının farkında olmayışlarından kaynaklanabilir. Bu durum, çocuk ve ergenlerin kendileri hakkında verdikleri bilgilerin güvenilirliğini düşürse de yapılan bir çalışmada kaygı, korku, depresyon gibi içe yönelim semptomlarının ergenlerin kendi bildirimlerinde ailelerinin bildirimlerinden çok daha yüksek oranda gözlemlendiği saptanmıştır. Bu veriler çocuk ve ergenlerden gelen verilerin çok önemli olduğunu ve özellikle bazı bozukluklarda tanı için en önemli kaynak olabileceğini göstermektedir (211).

Araştırmada kullanılan ölçekler cinsiyetlere göre incelendiğinde ÇDÖ ve STAI-1 ve STAI-2 toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının kızlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6.2.). Çeşitli çalışmalarda kızların erkeklerden daha fazla sayıda ve daha ağır depresif belirtiler gösterdiği bildirilmiştir (212). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ÇDÖ Puanı 19 veya üzerinde olanların kızların oranı %19.5 erkeklere göre %10.0 daha fazla saptanmıştır (213). Genel olarak kızlarda anksiyete düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu bilinmekte ve bu durum kızların daha duygusal bir yapıya sahip olmalarına bağlanmaktadır (214). Diğer yandan psikokutan tıp alanında erişkin yaş grubunda yapılan çalışmalar kadınlarda depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bizim bulgularımızda dermatolojik hastalığa sahip kadın olmanın, anksiyete ve depresyon semptomları açısından risk oluşturduğunu desteklemektedir.

Çalışmaya katılan çocukların ebeveynleri tarafından doldurulan GGA-AB ve bu ölçeğin alt ölçekleri her iki cinsiyet açısından karşılaştırıldığında ‘Duygusal Sorunlar’ alt ölçek puanının kız çocuklarında; ‘Dikkat ve Aktivite Sorunları’ alt ölçek

puanlarının ise erkek çocuklarında anlamlı olarak yüksek bulunduğu, diğerk alt ölçekler açısından fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.6.2.) Ergenler tarafından doldurulan öz bildirim GGA-E formu ve bu ölçeğin alt ölçekleri kız ve erkek cinsiyetlere göre incelendiğinde “Toplam Güçlük Puanı” ve alt ölçeklerden “Duygusal Sorunlar” puanlarının anlamlı olarak kızlarda daha yüksek olduğu, diğerk alt ölçekler açısından anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6.2.). Bu iki verinin çelişkili olması ruhsal belirtiler açısından aile ve ergenin kendi gözleminin farklı olmasından kaynaklanabilir. Nitekim Hollanda’da yapılan bir sıklık çalışmasında tanılanan olguların ancak %4 ünde çocuklar ve ebeveynlerin bildirimlerinde görüş birliği olduğu saptanmıştır (215). Diğerk yandan bu sonuçlarımızda, erkek çocuklarının biyolojik ve genetik donanımları nedeniyle, dışa yönelim bozukluklarına daha eğilimli olduklarını, kız çocuklarındaki problemlerin ise daha çok kaygı bozuklukları gibi içe yönelim problemleri olduğu ve kadın cinsiyetinin dermatolojik hastalıklarda anksiyete ve depresif semptom sıklığını arttırdığı bilgisini destekler niteliktedir.

Çalışmaya katılan çocukların ölçek puanları yaş dağılımları açısından incelendiğinde, ÇDÖ ve STAI-1 VE STAI-2 puanları ortalamalarının ergenlik döneminde okul çağı dönemindeki çocuklara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Her iki grupta yer alan ergenlere uygulanan GGA-E formu ve bu ölçeğin alt ölçekleri yaş dağılımları açısından incelendiğinde “Toplam Güçlük Puanı”nın ve alt ölçeklerden “Duygusal Sorunlar”, “Davranış Sorunları” ve “Dikkat ve Aktivite Sorunları” puanlarının ergenlik dönemindeki çocuklarda, okul çağı dönemindeki çocuklara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ancak “Akran Sorunları” ve “Sosyal Davranışlar” alt ölçek puanları arasında ise iki grup arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.6.3.). Ergenliğe geçişle birlikte depresif ve anksiyete belirtileri dahil ruhsal sorunların artıyor olması, bu gelişimsel dönemin doğası ile ilişkili olabilir. Çünkü, ruhsal ve bedensel değişim ile sosyal değişimin yaşandığı bu geçici dönemin doğal seyrinde yaşanan uyum zorlukları ve değişimler depresyon ve anksiyete başta olmak üzere psikiyatrik bozuklukların oluşmasına da zemin hazırlayabilmektedir (216). Konuyla ilgili olarak, Demirarslan ve arkadaşlarının (1999), SCL-90-R ile yaptıkları çalışmada, ergenlerin başvuru semptomları değerlendirildiğinde, anksiyete, obsesyon, kişilerarası güçlük, paranoid ve hostile skorlarında yükseklik olduğu; sinirlilik, yaşlıları ile anlaşmada zorlukların, yakınma olarak sıkça dile getirildiği görülmüştür (217). Ergenlik döneminde ruhsal belirtilerin ve sorunların artması bu

dönemim gelişimsel özelliklerine bağlı olmakla birlikte, çalışmamızın bulguları dermatolojik hastalığı olan ergenlerin diğer yaş gruplarına göre daha sık ruhsal sorun yaşadığını göstermektedir. Bu dönem dermatolojik hastalık ve psikokutan tıp ilişkisinde , ruhsal patolojiler açısından bir risk dönemi olabilir.

Yukarıda araştırma ve kontrol grubunda sosyodemografik özellikler, tanı dağılımları ve ölçek puanlarına dair veriler genel olarak tartışılmış olup, tartışmanın bu bölümünde sadece araştırma grubunda dermatolojik hastalık alt gruplarına ve bazı klinik özelliklere göre psikiyatrik eş hastalanım konusu ele alınacaktır.

Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerde psikiyatrik eş hastalanım sıklığı incelendiğinde, inflamatuvar dermatoz ve egzematöz ve allerjik dermatozlar grubundaki çocuk ve ergenlerde, genel olarak psikiyatrik bozukluk görülme sıklığı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7.1.). Psikiyatrik tanılar açısından dermatolojik hastalık alt gruplarını incelediğimizde, inflamatuvar dermatozlar grubundaki hastalarda uyum bozukluğu görülme sıklığı, egzematöz ve allerjik dermatozlar grubundaki çocuk ve ergenlerde DEHB ve yıkıcı davranış bozuklukları görülme sıklığı, pigmentasyon bozuklukları grubundakilerde DEHB sıklığı, kronik durumları olanlarda duygudurum bozuklukları sıklığı daha yüksek saptanmıştır. Genellenebilirliği yüksek olmamakla birlikte, bu sonuçlar inflamatuvar dermatoz ve egzematöz ve allerjik dermatozlar ile takip edilen çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluk oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Erişkinlerde de inflamatuvar dermatozlardan olan psoriyazisle ilgili yapılan çalışmalarda bizim sonuçlarımızla paralel olarak yaklaşık her 4 psoriyazis hastasından 1'inde belirgin psikiyatrik bozukluk saptanmıştır (218). Bu iki alt grupta psikiyatrik bozukluk oranının yüksek oluşu, bu hastalıkların etiyopatogenezi ile psikiyatrik hastalıkların etiyopatogenezinin örtüşüyor olması ihtimalini akıllara getirmektedir. Yapılan çalışmalarda proinflamatuvar sitokinlerin ve bir takım inflamatuvar süreçlerin inflamatuvar hastalıklarda olduğu gibi depresyonun fizyopatolojisinde yer aldığına dair veriler elde edilmiştir (219). Hatta bu ortak etyolojiden yola çıkarak antiinflamatuvar ajanların depresif yakınmaları azalttığına dair bilgiler her geçen gün artmaktadır (220). Yine allerji ve psikiyatri alanında yapılan çalışmalara baktığımızda, allerji tanısı almış hastalarda başta depresyon olmak üzere psikiyatrik morbiditenin yüksek oranda gözlendiği gösterilmiştir (221). Bununla birlikte psikososyal stresörlerin immün sistemi etkileyerek allerjiye yatkınlık oluşturmada da allerji ve psikiyatrik

bozukluk ilişkisinin neden-sonuç ilişkisinden öte iki yönlü bir ilişki olduğunu düşündürmektedir (222).

Egzematöz ve allerjik deri hastalığı olan çocuk ve ergenlerde DEHB ve yıkıcı davranış bozuklukları tanılarının sahip olma sıklığının anlamlı olarak yüksek olması da dikkat çekiciydi. Verilerimiz alan yazınla uyumlu olarak DEHB tanılı çocuklarda allerjik bozukluklara sık olarak rastlanılabileceğini, diğer yandan allerjik hastalıkları olan çocuklarda da daha fazla DEHB semptomu gözlenebileceğini göstermiştir (223,224). Ancak yapılan bazı çalışmalarda allerjik bozuklukların özellikle davranım bozukluğunun eşlik etmediği DEHB olgularında daha sık görülebildiği bildirilmekteyken, bu veri çalışmamızdaki sonuçla tutarlı bulunmamıştı (225). Çalışmamızda pigmentasyon bozukluklarında DEHB görülme sıklığı yüksek bulunmuştur. Alan yazında nörofibromatozis (NF) gibi deride hiperpigmentasyonla giden olgularda hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat problemleri, öğrenme güçlükleri ve okuma problemleri sıkça rapor edilen klinik bulgulardır (226,227). Yapılan bir çalışmada NF’i ve aynı zamanda boyun bölgesinde vitiligosu olan bir çocukta DEHB tanısının varlığından bahsedilmiştir. Bu durum DEHB patogenezi için suçlanan faktörlerin, vitiligo patogeneziyle de ilişkili olabileceğini düşündürmekle birlikte, yapılan çalışmalarda vitiligo patogenezinde otoimmün, genetik ve nörohumoral faktörlerin etkili olduğu gösterilmiştir (228). Kronik dermatolojik hastalıklara sahip çocuk ve ergenlerde duygudurum bozuklukları görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Kronik hastalığı olan kişilerde sağlığını yitirme duygusu ve hastalığın sınırlılıklarına katlanmak zorunluluğu hiç şüphesiz depresyona zemin hazırlamaktadır. Aynı zamanda kronik hastalık depresyona yol açabildiği gibi, depresyon kronik hastalığın prognozunu da kötüleştirebilir. Araştırmalarda, kronik hastalıkları olanlarda %20-80 gibi değişen oranlarda depresif belirtilere rastlanmıştır (229). Çalışmamızın verileri yukarıdaki sonuçları ortaya koymakla birlikte, her dermatolojik hastalık grubunu oluşturan örneklem sayısının azlığı bulguların genellenebilirliğini azaltmaktadır.

Çalışmamızda dermatolojik hastalıklara sahip çocuk ve ergenlerde klinik değişkenlerde psikiyatrik bozukluk sıklığını araştırdık. Dermatolojik hastalığın fiziksel aktiviteyi kısıtlıyor olma özelliğinin, psikiyatrik bozukluk görülme sıklığı açısından risk etmeni olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7.2.). Fiziksel kısıtlılıkların kişinin yaşam kalitesini bozmuş olabileceği ve bu durumun psikiyatrik bozukluklara zemin

oluşturabileceği düşüncesiyle bu sonucun bulunması aslında beklenen bir durum şeklinde yorumlanabilir. Yapılan bir çalışmada psoriyazisin klinik tutulum farklılıklarının fiziki yetersizlik üzerine doğrudan etkisinin olduğu gösterilmiştir (230). Tırnak tutulumu hastaların yaklaşık 2/3'ünde günlük aktiviteyi kısıtladığı gösterilmişken, eklem tutulumu olan hastaların ise yaşam kalitesi, olmayanlardan daha düşük saptanmıştır (231,232).

DEHB sıklığı ile kaşıntıyla seyretme özelliğinin anlamlı çıkmasını, egzematöz ve allerjik dermatozlar-DEHB ve özellikle atopi- DEHB ilişkisinin bilinmesiyle, bu grupta sayıca yüksek oranda bulunan atopik dermatitin kaşıntılı doğasından kaynaklanan özelliğiyle ilişkilendirebiliriz.

Çalışmamızda hastalığın görünen yerde lokalizasyonunun olmasıyla, anksiyete bozuklukları görülme sıklığı ilişkili bulunmuştur. Porter ve ark. yaptıkları bir çalışmada depigmente deri ve mukoza ile karakterize kronik bir deri hastalığı olan vitiligoya sahip kişilerde psikososyal etkileri araştırmak için 62 vitiligo hastasına anket çalışması yapmışlar; hastaların üçte ikisinin hastalığından dolayı utandığını, yarısından fazlasının kendilerini normal hissetmediğini ve hastaların çoğunun, görünür lezyonlarını saklamak için kozmetik kullanmakta olduğunu, kıyafetlerini durumlarına uygun değiştirdiklerini tespit etmişlerdir (233,234). Çalışmamızda özellikle anksiyete bozukluklarından sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk tanılılarıyla görünür lezyon ilişkisinin anlamlı çıkması da ülkemizde yapılan önceki çalışmaları doğrular niteliktedir. Örneğin, Arıcan ve ark.'nın Türkiye'de yaptıkları bir çalışmada 113 vitiligo hastası değerlendirilmiş, bunların 37'sinde (%32.7) major depresyon, 18'inde (%15.9) anksiyete bozukluğu ve 22 hastada da nörotik semptomlar, obsesyon ve kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar saptanmıştır (235). Gupta ve ark. (1993), 15 yaşında iki yıllık ağır nörotik ekskoriyasyon ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı alan genç kızda aynı zamanda vitiligo hastalığının da eşlik ettiğini göstermişlerdir (236). Bu bulgular, çalışmamızda vitiligo OKB arasındaki bağlantıyı desteklemektedir. Çocuklarda yapılan çalışmalara baktığımızda ise özellikle çocuklukta başlayan vitiligonun, özgüvende uzun süre olumsuz etkilenmeye yol açtığı, vitiligosu olan çocukların, spordan ya da benzeri etkinliklerden kaçındıkları ve bu çocukların tedavileri için, okula devamlarını da aksattıkları gösterilmiştir (237). Saç kayıplarıyla giden alopesia areatanın da kötü gidişatıyla ilişkili en önemli faktörün fiziksel görünüm olduğu saptanmıştır (238). Çünkü beden imajı için çok önemli bir organ olan saç, birçok kişi için kişiliğin ve

sosyal rolün de bir ifadesidir. Sonuç olarak görünür olma özelliği ile derideki hastalık başka hastalıklara göre daha fazla etiketlenme / stigmatizasyon etkisi yaratmaktadır ve bu durum anksiyete, depresyon hatta intihara yol açacak kadar ciddi bir boyut kazanabilmektedir (239,240).

Çalışmamız çocuk ve ergenlik dönemi dermatolojik hastalıklarında psikiyatrik eş hastalanımının araştırılması, psikiyatrik tanılama sürecinde yapılandırılmış görüşme tekniklerinin büyük bir örneklem grubu üzerinde kullanılması ve sonuçlarının benzer yaş ve cinsiyetteki kontrol grubu ile karşılaştırılıp yorumlanması çalışmamızı güçlü kılmaktadır. Aynı zamanda ebeveynlerle de çocukları hakkında bilgi almak amacıyla görüşme yapılmış olması aynı amaçla ölçekler verilmiş olması sonuç olarak farklı bilgi kaynaklarından yararlanmamız çalışmamızın diğer bir güçlü yanındır.

Bununla birlikte kontrol grubunun yaş, cinsiyet gibi temel özellikler açısından araştırma grubu ile benzer ancak ailelerin yapısal özellikleri, eğitim durumları, sosyoekonomik özellikleri gibi sosyodemografik özellikler açısından farklı olması saptanan sonuçların aydınlatıcı özelliklerini kısıtlayabilir. Yine çocuklara uygulanan STAI-1 ve STAI-2 ile GGA-E' nin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının daha büyük yaş grubunda yapılmış olması çalışmanın diğer bir kısıtlılık oluşturan tarafıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dermatoloji polikliniğine başvuran çocuk ve ergen hastalarda psikiyatrik bozukların belirlenmesi ve bu eş hastalanımı etkileyen sosyodemografik ve klinik özelliklerin tespit edilmesi amaçlanan ve kontrol grubu ile karşılaştırılan bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

1.Dermatoloji polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerden %62.9'u kız, %37.1'i erkek çocuktur.

2. Araştırma grubunda bulunan çocukların yaş ortalaması 12.63 ± 4.16 (ss) dir.

3. Araştırma grubundaki 251 çocuk ve ergenin 145'inde (%57.8) herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı saptanmışken, kontrol grubundaki 251 çocuk ve ergenin 84'ünde (%33.5) herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısının saptanmış olması, araştırma grubunda psikiyatrik bozukluk görülme oranının kontrol grubuna göre belirgin şekilde yüksek olduğunu göstermektedir.

4. Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin %13,9'unda duygudurum bozuklukları, %14.7'sinde anksiyete bozuklukları, %11.6'sında uyum bozuklukları tanısı olduğu saptanmıştır. Bu tanıların sıklığının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

5. Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin hem depresyon ve kaygı düzeylerinin hem de yaşadığı güçlüklerin kontrol grubundaki çocuk ve ergenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir.

6. Dermatolojik hastalıkların psikiyatrik eş hastalanım sıklığını arttırdığı saptanmıştır.

7. Dermatolojik hastalıkların sahip olduğu bazı klinik özelliklerin psikiyatrik bozukluklar açısından risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel aktiviteyi kısıtlama özelliğinin, psikiyatrik bozukluk görülme sıklığını arttırdığı gösterilmiştir.

Çalışmamızın sonuçları dermatolojik hastalığa sahip çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının arttığını ortaya koymaktadır. Psikokutanöz hastalıklar ile ilgili çalışmalar ve klinik uygulamalar genellikle erişkin yaş grubuna odaklanmakta olup, çocuk ve ve ergenlerde de bu konu bilimsel olarak ele alınmalı ve klinik uygulamalarda yer almalıdır. Dermatolojik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik patolojinin erkenden tanınması ve tedavi edilmesi ilerideki dönemlerde bu çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerini ciddi ölçüde arttırabilir. Bu nedenle dermatoloji ve çocuk ve ergen psikiyatrisi alanlarının iş birliği içinde çalışması önemli bir gerekliliktir.

7. ÖZET

DERMATOLOJİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE GÖRÜLEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Amaç: Bu çalışmanın amacı dermatoloji polikliniğine başvuran çocuk ve ergen hastalarda psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi ve bu eşhastalanımı etkileyen sosyodemografik ve klinik özelliklerin tespit edilmesidir.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2014-Ekim 2015 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı polikliniğine başvuran 3-18 yaş aralığındaki 251 çocuk ve ergen alınmıştır. Bu çocuk ve ergenlere Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu (ÇGDS-ŞY-T) uygulanarak tanı konulmuştur. Araştırma grubu ile yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiş 251 sağlıklı ve gönüllü çocuk ve ergenden kontrol grubu oluşturulmuştur. Tüm çocuk ve ergenlere Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-1 ve STAI-2) , Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve Türkçe Güçler Güçlükler Anketi (GGA) ergen formu GGA-E ve ebeveynlere çocukları hakkında bilgi almak amacıyla GGA-AB uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunda yer alan 251 çocuk ve ergenden 93'ü (%37.1) erkek; 158'i (%62.9) kız, kontrol grubunda ise 111'i (%44.2) erkek; 140'ı (%55.8) kızdı ($p=0.102$). Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin yaş ortalamaları 12.63 ± 4.16 , kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin ise 12.73 ± 4.06 olarak bulundu ($p=0.778$). Dermatoloji polikliniğine başvuran çocuk ve ergen hastalarda psikiyatrik eş hastalanım, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0.0001$). Benzer şekilde

araştırma grubunda duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları uyum bozukluğu tanıları kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur (Duygudurum bozuklukları için $p=0.001$, anksiyete bozuklukları için $p=0.001$, uyum bozukluğu için $p=0.0001$). Ölçeklere göre değerlendirildiklerinde araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile yaşadıkları güçlükler kontrol grubundan yüksek saptanmıştır (ÇDÖ için $p=0.0001$, STAI-1 ve STAI-2 için $p=0.0001$). Dermatolojik hastalık alt grupları ile psikiyatrik eş hastalanım sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde, inflamatuvar dermatozlar ile egzematöz ve allerjik dermatozlar gruplarının psikiyatrik eş hastalanım sıklığını arttırdıkları saptanmıştır (İnflamatuvar dermatozlar için $p=0.016$, egzematöz ve allerjik dermatozlar için $p=0.037$). Dermatolojik hastalığın sadece fiziksel aktiviteyi kısıtlıyor olmasının, psikiyatrik bozukluk sıklığı açısından risk etmeni olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Fiziksel Aktivitede Kısıtlılık özelliği için $p=0.009$).

Tartışma: Dermatolojik hastalığa sahip çocuk ve ergen hastaların psikiyatrik eş hastalanım oranlarının yüksek çıkması, ölçeklerin bu bulguyu desteklemesi dermatoloji ve psikiyatrinin işbirliği içinde çalışması gerekliliği sonucunu çıkarmaktadır. Bu alanda bilimsel çalışmaların artırılması, psikokutanöz hastalıklar birimleri oluşturularak işlevsellik kazandırılması hem dermatoloji hem psikiyatri alanına ciddi katkılar sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Dermatolojik hastalıklar, psikiyatrik bozukluklar, çocuk ve ergenler.

8. SUMMARY

PSYCHIATRIC DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DERMATOLOGICAL DISEASES

Aim: The aim of this study is to examine psychopathology of children and adolescents with dermatological diseases.

Patients and Methods: Two hundred and fifty one children and adolescents with the diagnosis of dermatological diseases (study population), aged 3 to 18 years, who were seen at the Department of Dermatology Outpatient Clinic between January -2014 and October -2015, İnönü University Faculty of Medicine and two hundred and fifty one healthy individuals (control population) were matched with respect to their ages and sex. Diagnoses were made according to Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). Each group completed the Childhood Depression Inventory (CDI), State Trait Anxiety Inventory (STAI-1 and STAI-2) and The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Results: Study population consists of 93 (%37.1) boys and 158 (%62.9) girls. Control population consists of 111 (%44.2) boys and 140 (%55.8) girls ($p=0.102$). The mean age of study population is 12.63 ± 4.16 , control population is 12.73 ± 4.06 ($p=0.778$). Our results indicated that the rate of general psychiatric comorbidity, mood disorders, anxiety disorders and adjustment disorder were significantly higher in study population than the control population (For psychiatric comorbidity $p=0.0001$, for mood disorders $p=0.001$, for anxiety disorders $p=0.001$, for adjustment disorder $p=0.0001$). CDI, STAI-

1 and STAI-2, SDQ and subscales scores were significantly higher than control group. (For CDI $p=0.0001$, for STAI-1 ve STAI-2 $p=0.0001$). Also psychiatric comorbidity higher in inflammation dermatoses and allergic dermatoses than the other dermatological sub groups (For inflammation dermatoses $p=0.016$, for allergic dermatoses $p=0.037$). A dermatological disease means that restricts physical activity increased risk for psychiatric comorbidity ($p=0.009$).

Conclusion: A need for collaboration between primary care, psychiatry, and dermatology disciplines in handling patients with psychocutaneous conditions is widely accepted. Investigating the knowledge, attitudes, and awareness of dermatologists about psychocutaneous disorders might contribute to the development of new educational strategies and elicit qualified biopsychosocial approaches.

Key Words: Dermatological diseases, psychiatric disorders, children and adolescents.

9. KAYNAKLAR

1. Ehsani AH, Toosi S, Mirshams Shahshahani M, Arbabi M, Noormohammadpour P. Psycho-cutaneous disorders: an epidemiologic study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009 Aug;23(8):945-7.
2. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007; 9(3): 203–213.
3. Silvan M. The psychological aspects of vitiligo. *Cutis* 2004, 73(3):163-167.
4. Mercan S, Altunay İK. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4):305-13.
5. Brosig B, Niemeier V, Kupfer J et al. Urticaria and the recall of sexual trauma. *Dermatol Psychosom* 2000; 1:72-75.
6. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Observations during an itch-inducing lecture. *Dermatol Psychosom* 2000, 1(1):15–18.v
7. Mercan S, Altunay İ.K. Psikiyatri ve Dermatolojinin Ortak Çalışma Alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(2).
8. Misery L. [Neuro-immuno-cutaneous system (NICS)]. *Pathol Biol (Paris)*. 1996 Dec;44(10):867-74.)
9. Ehsani AH, Toosi S, Mirshams SM, Arbabi M, Noormohammadpour P. Psycho-cutaneous disorders: an epidemiologic study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23(8):945-7.
10. Millard L. Dermatological practice and psychiatry. *Br J Dermatol*. 2000;143:920–1.
11. Koo J, Lebwohl A: Psycho dermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician* 2001;64:1873-8.
12. Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A: Dermatolojide yaşam kalitesi. *Turkderm* 2003;37:16-23.
13. Hahn-Smith AM, Smith JE: The positive influence of maternal identification on body image, eating attitudes, and self-esteem of Hispanic and Anglo girls. *Int J Ead Disord* 2001;29:429-40.
14. Weber MB, Lorenzini D, Reinehr CP, Lovato B: Assessment of the quality of life of pediatric patients at a center of excellence in dermatology in southern Brazil. *An Bras Dermatol* 2012;87:697-702.

15. Oktan V, Şahin M: Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uluslararası insan bilimleri dergisi 2010;7:1-12.
16. Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Suicidal ideation, mental health problems and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. J Invest Dermatol. 2011; 131: 363–370.
17. Khatami A, San Sebastian ML. Skin disease: a neglected public health problem. Dermatol Clin.2009;27:99–101.
18. Domonkos AN (1971) Pruritus, Cutaneous Neuroses and Neurocutaneous Dermatoses. Andrew's Disease of the Skin, 6th ed. Philadelphia, WB Saunders C., s.61-76.
19. Koblenzer CS (1983) Psychosomatic concepts in dermatology. Arch Dermatol, 119:501-512.
20. Koo JY. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. Cur Prob Dermatol. 1995;6:204–232.
21. Sivik T, Schoenfeld R: Psychosomatology as a theoretical paradigm of modern psychosomatic medicine. International Congress Series 2006; 1287: 23-8
22. Koblenzer PJ: A brief history of psychosomatic dermatology. Dermatologic Clinics 1996; 14: 395-6
23. Kaplan HI, Sadock BJ: Handbook of Psychiatry Baltimore: Williams & Wilkins, 1996:110-128
28. Silvan M: Psyche and soma. Psychocutaneous Medicine. 2006; 71: 267
29. Köroğlu E: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı DSM IV. 4.Baskı. Amerikan Psikiyatri Birliği 1994, Hekimler Yayın Birliği. 1998
30. Toro-Martinez E. DSM-5: OCD and related disorders. Vertex. 2014 Jan-Feb;25(113):63-7. Spanish.
31. Koo J, Lebwohl A: Psychodermatology: The mind and skin connection. Am Fam Physician 2001; 64: 1873-9
32. Gupta MA, Gupta AK: Psychodermatology: An update: J Am Acad Dermatol 1996; 34: 1030-46
33. Koo JYM, Lee CS: Psychocutaneous Medicine. NewYork, Marcel Dekker Inc 2003:1-12.

34. Koo JYM, Lee CS. General approach to evaluating psychodermatological disorders. In: Koo JYM, Lee CS, eds. Psychocutaneous Medicine. New York, NY: Marcel Dekker, Inc. 2003 1–29.
35. Gupta MA, Voorhess JJ. Psychosomatic dermatology: Is it relevant? Arch Dermatol 1990; 126(1):90-3.
36. Anand P, Springal DR, Blank MA, et al. Neuropeptides in skin disease: Increased VIP in eczema and psoriasis but not axillary hyperhidrosis. Br J Dermatol 1991; 124: 547-9.
37. Grant JE, Philips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. Ann Clin Psychiatry 2005; 17(4):205-10.
38. Grant JE, Philips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. Ann Clin Psychiatry 2005;17(4):205-10.
39. Cotterill JA. Psychophysiological aspects of eczema. Semin Dermatol. 1990; 9:216–219.
40. Lyell A. Dermatitis artefacta and another self-inflicted dermatoses. Scotland J of Medicine 1972, 17:187-196.
41. Gupta AM, Gupta KA, Haberman FH. The self-inflicted dermatoses: A critical review. General Hospital Psychiatry 1987, 9:45-52.
42. Mercan S, Altunay İK. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(4):305-13.
43. Koo JYM. Psychodermatology: Current Concepts. Kalamazoo, Mich: The Upjohn Company, 1989, 1-14.
44. Higgins EM, Du Vivier AW. Cutaneous disease and alcohol misuse. Br Med Bull 1994;50(1):85-98.
45. Pulimood S, Rajagopalan B, Rajagopalan M, Jacob M, et al: Psychiatric morbidity among dermatology inpatients. Natl Med J India 1996;9: 208-10
46. Woodruff PW, Higgins FM, du Vivier AW, Wessley S: Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. Gen Hosp Psychiatry 1997;19: 29-35
47. Koo J, Lebwohl A: Psychodermatology: The mind and skin connection. Am Fam Physician 2001; 64: 1873-9
48. Gupta MA, Gupta AK: Psychodermatology: An update: J Am Acad Dermatol 1996;34: 1030-46

49. Koo JYM, Lee CS: Psychocutaneous Medicine. NewYork, Marcel Dekker Inc 2003:1-12
50. Chrousos GP: The hypothalamic–pituitary–adrenal axis and immuno-mediated inflammation. N Engl J Med 1995; 332:1351-62
51. Selye H: The general adaptation syndrome and the disease of adaptation. J Clin Endocrinol 1946;6:117-230
52. Dantzer R: Somatization: a psychoneuroimmune perspective. Psycho-neuroendocrinology 2005; 30: 947-51
53. Capuron L, Dantzer R: Cytokines and depression: the need of a new paradigm. Brain Behav. Immun. 2003; 17: 119-124
54. Paus R, Theoharides TC, Arck PC: Neuroimmunoendocrine circuitry of the 'brain-skin connection. Trends Immunol 2006;27:32-9
55. Griffiths CE, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. Clin Exp Dermatol. 2001; 26:338-42.
56. 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
57. 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.
58. Cunliffe WJ, Holland DB, Clark SM, Stables GI: Comedogenesis: some aetiological, clinical and therapeutic strategies. Dermatology 2003;206:11.
59. 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.
60. Jafferany M: Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. J Clin Psychiatry 2001;9:203-213
61. Sainz B, Loutsch JM, Marquart ME, Hill JM: Stress-associated immunomodulation and herpes simplex virus infections. Med Hypotheses 2001;56:348-56
62. Clarke P, Ebel C, Catotti DN, Stewart S: The psychosocial impact of human papillomavirus infection: implications for health care providers. Int J STD AIDS. 1996;7:197-200

63. Lochner C, DuToit PL, and Zungu-Durwayi N. et al. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorders, trichotillomania and controls. *Depress Anxiety*. 2002;15:66–68.
64. McElroy SL, Phillips KA, Keck P: Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55:33-53
65. Rand KH, Hoon EF, Massey JK, Johnson JH: Daily stress and recurrence of genital herpes simplex. *Arch Intern Med* 1990;150:189-93
66. Psychological stress and other potential triggers for recurrences of herpes simplex virus eye infections. Herpetic Eye Disease Study Group. *Arch Ophthalmol* 2000;118:1617-25
67. Özmen M. Psikodermatoloji. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2008;1:85-90.
68. Weiss SJ. Parental touching. Barnard KE, Brazelton B, eds *Touch, the foundation of experience*. Madison: International University Press; 1990.p.425-59.
69. Pines D. A woman's unconscious use of her body. New Haven: Yale University Press; 1994.p.8-25.
70. Anthis L. Skin Disease and relationship. In: Walker C, Papadopoulos L, eds. *Psychodermatology*. 1st ed. New York: Cambridge University Press; 2005.p.72-83.
71. Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Hellhammer D. Psychobiological aspects of atopic dermatitis: An overview. *Psychother Psychosom* 2001;70:6-16.
72. Gupta MA. Psychiatric comorbidity in dermatological disorders. In: Walker C, Papadopoulos L, eds. *Psychodermatology*. 1st ed. New York: Cambridge University Press; 2005.p.29-39.
73. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003;56(2):299-312.
74. Kent GG. Correlates of perceived stigma in vitiligo. *Psychol Health* 1999;14:241-52.
75. Baldwin HE. The interaction between acne vulgaris and the psyche. *Cutis* 2002;70(2):133-9.
76. Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Long JA, Cook RJ. Validating the SF-36 health survey questionnaire in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1997;24(3):511-7.

77. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, et al: Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized Br J Dermatol 2000; 14: 983-91
78. Fried RG, Gupta MA, Gupta AK: Depression and skin disease. Dermatol Clin 2005 ; 23: 657-64.
79. Gupta MA, Gupta AK. The psychological comorbidity in acne. Clin Dermatol 2001;19 :360-3
80. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis Br J Dermatol 1998;139:846-50
81. Ongenaes K, Beelaert L, van Geel N, Naeyaert JM Psychosocial effects of vitiligo. Eur Acad Dermatol Venereol 2006; 20 :1-8
82. Benjamin Barankin and Joel DeKoven. Psychosocial effect of common skin diseases. Can Fam Physician 2002;48:712-6.
83. Williamson L, Dalbeth N, Dockerty JL, Gee BC, Wetherall R, Wordsworth BP. Extended report: nail disease in psoriatic arthritis clinically important, potentially treatable and often overlooked. Rheumatology (Oxford) 2004;43(6):790-4.
84. Hill L, Kennedy P. The role of coping strategies in mediating subjective disability in people who have psoriasis. Psychol Health Med 2002;7(3):261-9.
85. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN: Suicidal ideation in psoriasis. Int J Dermatol 1993; 32:188-90
86. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol 1998;139(5):846-50.
87. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. Psychosom Med 1994;56(1):36-40.
88. Gilchrist BA. Pruritus: Pathogenesis, therapy and significance in systemic disease states. Arch Intern Med. 1982;142:101-5.
89. Ivanenko A, Johnson K. Sleep disturbances in children with psychiatric disorders. Semin Pediatr Neurol.2008;15:70-8.

90. Gregory AM, Van der EJ, Willis TA, et al. Parent-reported sleep problems during development and self-reported anxiety/depression, attention problems and aggressive behavior later in life. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008 Apr;162(4):330–335.
91. Owens JA, Maxim R, Nobile C, et al. Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000 Jun;154(6):549–555.
92. Schmitt J, Romanos M, Schmitt NM, Meurer M, Kirch W. Atopic eczema and attention-deficit/hyperactivity disorder in a population-based sample of children and adolescents. *JAMA*. 2009;301:724–726.
93. Kiecolt-Glaser JK, Belury MA, Andridge R. Omega-3 supplementation lowers inflammation and anxiety in medical students: A randomized controlled trial. *Brain Behav Immun*. 2011 Nov;25(8):1725–1734.
94. Pollak Y, Yirmiya R. Cytokine-induced changes in mood and behaviour: implications for “depression due to a general medical condition” immunotherapy and antidepressive treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2002 Dec;5(4):389–399.
95. Zimmerman AW, Jyonouchi H, Comi AM, et al. Cerebrospinal fluid and serum markers of inflammation in autism. *Pediatr Neurol*. 2005 Sep;33(3):195–201.]
96. Kreydon OP, Heckmann M, Peschen M.. Delusional hyperhidrosis as a risk for medical overtreatment: a case of botuliniphilia. *Arch Dermatol*. 2002;138:538–539.
97. Strutton DR, Kowalski JW, Glaser DA, Stang PE. US prevalence of hyperhidrosis and impact on individuals with axillary hyperhidrosis: Results from a national survey. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51(2):241-8.
98. Hamm H, Naumann MK, Kowalski JW, Kütt S, Kozma C, Teale C. Primary focal hyperhidrosis: disease characteristics and functional impairment. *Dermatology* 2006; 212(4):343-53.
99. Khan MZ, Naeem A, Mufti KA (2001) Prevalance of mental health problems in acne patients. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 13(4): 7-8.
100. Krowchuk DP, Stancin T, Keskinen R, et al: The psychosocial effects of acne on adolescents. *Pediatr Dermatol* 1991;8:332-8.

101. Hanifin JM, Rajka G: Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1980; 92:44-7.
102. Bilgiç Ö, Bilgiç A, Kaya Akış H, Eskioğlu F, Kılıç EZ. Depression, anxiety and health-related quality of life in children and adolescents with vitiligo. *Clin Exp Dermatol* 2010.
103. Bilgiç A, Bilgiç Ö, Kaya Akış H, Eskioğlu F, Kılıç EZ. Psychiatric symptoms and health related quality of life in children and adolescents with psoriasis. *Ped Dermatol* 2010;27:614-7.
104. Kent G, Al-Abadie M. Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35:895-898.
105. Gupta MA, Gupta AK. Herpes zoster in the medically healthy child and covert severe child abuse. *Cutis*. 2000;66:221-223.
106. Woodruff PW, Higgins FM, du Vivier AW, Wessley S: Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19: 29-35
107. Barutçuoğlu B, Altunay IK, Mercan S, Köşlü A: Androjenetik Alopeside Depresyon Ve Anksiyete. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2005; 15: 59-64
108. Ginsburg IH, Link BG: Feelings of stigmatization in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1989 ;20: 53-63
109. Cash TF, Price RF, Savin RC. Psychosocial effects of androgenetic alopecia on women: comparisons with balding men and with female control subjects. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29 : 568-75
110. Krowchuk DP, Stancin T, Keskinen R, et al: The psychosocial effects of acne on adolescents. *Pediatr Dermatol* 1991;8:332-8.
111. Yarpuz AY, Saadet ED, Şanlı HE, Özgüven HD: Akne vulgaris hastalarında sosyal kaygı düzeyi ve bunun klinik değişkenler ile ilişkisi. *Türk psikiyatri dergisi* 2008;19:29-37
112. Harth W, Mayer K, Linse R. The borderline syndrome in psychosomatic dermatology. Overview and case report. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004 ;18: 503-7
113. Topal İO, Kıvanç Altunay İ, Mercan S, Köşlü O: Artefakt dermatiti: 3 olgu sunumu ve tanısal sorunların tartışılması

114. Mercan S, Kıvanç Altunay İ: Kendini yaralama davranışları Dermatose 2004; 5: 226-34
115. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC: Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. J Am Acad Dermatol, 2000; 42:436-441.
116. Koo J, Lebwohl A.. Psychodermatology: the mind and skin connection. Am Fam Physician.2001;64:1873–1878.
117. Napoleon A: The presentation of personalities in plastic surgery. Ann Plast Surg 1993;31:193-208.
118. Paşaoğlu G, Bavbek S, Tuğcu H, Abadoğlu O, Misirligil Z. Psychological status of patients with chronic urticaria. J Dermatol 2006;33(11):765-71
119. Tae-Suk Kim, Chi-Un Pae, Jeung-Tae Jeong, Sang-Dong Kim, Kyoo-In Chung and Chul Lee. Temperament and character dimensions in patients with atopic dermatitis. J Dermatol 2006;33:10-15.
120. Kılıç A, Güleç YM, Gül Ü, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venerol 2008; 22:537–542
121. Schmid-Ott G, Kuensebeck HW, Jaeger B, Werfel T, Frahm K, Ruitman J, Kapp A, Lamprecht F: Validity study for the stigmatization experience in atopic dermatitis and psoriatic patients. Acta Derm Venereol 1999; 79: 443-7.
122. Chaturvedi SK, Singh G, Gupta N: Stigma experience in skin disorders: an Indian perspective. Dermatol Clin 2005; 23: 635-42
123. Gupta M, Gupta A, Watteel G. Perceived deprivation of social touch in psoriasis associated with greater psychological morbidity: an index of the stigma experience in dermatologic disorders. Cutis 1998;61(6):339-42.
124. Hill-Beuf A, Porter JD (1984) Children coping with impaired appearance: social and psychological influences. Gen Hosp Psychiatry; 6: 294-301.
125. Rauch PK, Jellinek MS, Murphy JM, Schachner L, Hansen R, Esterly NB, Prendiville J, Bishop SJ, Goshko M (1991) Screening for psychosocial dysfunction in pediatric dermatology practice. Clin Pediatr (Phila); 30: 493-497.
126. Colon EA, Popkin MK, Callies AL, Dessert NJ: Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. Compr Psychiatry 1991; 32:245-251.

127. Ghanizadeh A. Comorbidity of psychiatric disorders in children and adolescents with alopecia areata in a child and adolescent psychiatry clinical sample. *Int J Dermatol*. 2008;47:1118–20.
128. Köşlü A, Altunay İ.K: Deri ile ilgili Vücut İmaj Bozuklukları ve Dismorfofobi. *Dermatolojide gelişmeler-3*. (Ed) Oğuz O, Serdaroğlu S. Doyuran matbaası İstanbul, 1998:151-8.
129. Vargel S: Kozmetik hasta grubunda psikopatoloji ve beden imgesi üzerine bir çalışma. Uzmanlık tezi, Ankara. 1996
130. Cotterill JA: Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin* 1996; 14:457-63
131. Phillips KA, Dufresne RG Jr. Body dysmorphic disorder: a guide for primary care physicians. *Prim Care*. 2002;29:99–111.
132. Hardy GE, Cotterill JA.. A study of depression and obsessionality in dysmorphophobic and psoriatic patients. *Br J Psychiatry*. 1982;140:19–2.
133. Chaturvedi SK, Singh G, Gupta N: Stigma experience in skin disorders: an Indian perspective. *Dermatol Clin* 2005; 23: 635-42
134. Ginsburg IH, Link BG: Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol* 1993; 32: 587-91
135. Arıcan Ö. Kaşıntının patofizyolojisi, kliniği ve tedavisi. *Türk Derm* 2005;39(2):88-97.
136. Thibierge G: Les acorophobies. *Rev Gen Clin Ther* 1894;8:373-376.
137. Özpoyraz N, Tamam L. Psikokutanöz hastalıklarda tedavi yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2001; 11:46-55.
138. Sandoz A, Koenig T, Kusnir D, Tausk DA. Psychocutaneous diseases. İn: Klaus W, Lowell AG, Stephen IK, et al (eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. McGraw-Hill, New York;2008.p.103.
139. Wolberg LR. The technique of Psychotherapy (4th ed). New York. Grune & Stratton Inc. 1988~103–30.
140. Cotterill JA. Psychophysiological aspects of eczema. *Semin Dermatol* 1990; 9:216–219.
141. Bilkis MR, Mark KA. Mind-body medicine: practical applications in dermatology. *Arch Dermatol* 1998; 134:1437–1441.
142. Winchell SA, Watts RA. Relaxation therapy in the treatment of psoriasis and possible pathopsychological mechanisms. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:101–104.

143. Shenefeld PD, Hypnosis and Dermatology. Arch Dermatol 2000;136:393–399.
144. Stewart AC, Thomas SE. Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. Br J Dermatol 1995;132:778–783.
145. Schertzer CL, Lookingbill DP. Effects of relaxation therapy and hypnotizability in chronic urticaria. Arch Dermatol 1987; 123:913–916.
146. Haynes SN, Wilson CC, Jaffe PG, Britton BT. Biofeedback treatment of atopic dermatitis. Biofeedback Self Reg 1979;4:195–209.
147. Shenefeld PD. Therapeutic management of psychodermatological disorders. Expert Opin Pharmacother. 2008 Apr;9(6):973-85
148. Gupta MA, Gupta AK. The use of antidepressant drugs in dermatology. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2001;15: 512-518.
149. Faludi G: Buspirone: a new possibility in the treatment of anxiety. Orv Hetil. 1994 14;135:1807-13
150. Lepping P, Russell I, Freudenmann RW: Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic review. Br J Psychiatry 2007;191:198-205
151. Wenning MT, Davy LE, Catalano G, Catalano MC: Atypical antipsychotics in the treatment of delusional parasitosis. Ann Clin Psychiatry. 2003;15: 233-9
152. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. – Revised). Washington, DC: APB Press, 1987.
153. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4thed). Washington, DC: APBPress,1994.
154. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children - present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1997; 36: 980-988.
155. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli- Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2004; 11: 109-116.
156. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-age children. Acta Paedopsychiatr 1980; 46:305-315.
157. Oy B. Çocuklar için depresyon ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Turk Psikiyatri Derg 1991; 2:132-137.

158. Kovacs M: The Children's Depression Inventory (CDI). *Sychopharmacol Bulletin* 1985; 21: 995-998.
159. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manuel for State-Trait Anxiety Inventory ("Self-Evaluation Questionnaire")*. 1st ed. California: Consulting Psychologist Press;1970. p.1-23.
160. Öner N, Le Compe A. *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. 2. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayını; 1985.p.1-26.
161. Caci H, Bayle FJ, et al. The Spielberger Trait Anxiety Inventory Measures More Than Anxiety. *European Psychiatry* 2003; 18: P. 394- 400
162. Alacacıoğlu A, Yavuzşen T, ve ark. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Anksiyete Düzeylerindeki Değişiklikler. *Uluslar Arası Hematoloji- Onkoloji Dergisi* 2007; 17(2): p. 87-93
163. Goodman R, The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997 Jul;38(5):581-6.
164. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child and Adolesc Psychiatry*, 1998 Sep;7(3):125-30
165. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Nov;40(11):1337-45.
166. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S (2008). Psychometric Properties of The Turkish Version of The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 15(1):32-40.
167. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1995) *Synopsis of Psychiatry*. 7. baskı, Mass Publishing Co, Giza.
168. Erol N, Kılıc C, Ulusoy M ve ark. (1998) *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Eksen Tanıtım, Ankara.
169. Serpil Türkleş, Rabia Hacıhasanoğlu, Serap Çapar. Lise Öğrencilerinde Depresyon Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 11: 2
170. Mine Sığmalı. Kayseri İl Merkezindeki İlköğretim Öğrencilerinde Bilinen Sağlık Sorunlarının Saptanması. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 15(1)51-70, 2006.

171. Daramola OO, Ayoola OO, Ogunbiyi AO. The comparison of intelligence quotients of atopic and nonatopic children in ibadan, Nigeria. *Indian J Dermatol*. 2010 Jul-Sep;55(3):221-4. doi: 10.4103/0019-5154.70665.
172. Holzer CE, Shea BM, Swanson JW ve ark. (1986) The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status. *J Comm Psychiatry*, 6:259- 271.
173. Potter LB, Rogler LH, Moscicki EK (1995) Depression among Puerto Ricans in New York City: the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 30(4):185-193.
174. Duncan-Jones P, Henderson S (1978) The use of a two-phase design in a prevalence survey. *Soc Psychiatry*, 13:231-237.
175. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1995) *Synopsis of Psychiatry*. 7. baskı, Mass Publishing Co, Giza.
176. Rothschild AJ (1999) Mood disorders. *Harvard Guide to Psychiatry*, Nicholi Jr AM (Ed), 3. baskı, Cambridge, Harvard University Press, s.281-307.
177. Goodman E, Huang B (2002) Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156:448-453.
178. Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoğlu NK ve ark. (2005) Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: Prevalence and sociodemographic correlates. *Croat Med J*, 46(1):96-100.
179. Tekin N, Sezer T, Altınyazar C, Koca R, Çınar S: Prevalance of skin diseases in childhood. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2007;17:92-8.
180. İnanır I, Şahin M, Gündüz K, Dinç G, Türel A, Öztürkcan S: Prevalence of Skin Conditions in Primary School Children in Turkey: Differences Based on Socioeconomic Factors. *Pediatr Dermatol* 2002;19:307-11.
181. The World Health Report 2001. *Mental Health:New Understanding, New Hope*. Geneva, World Health Organization, 2001a.
182. Kılıç C, ve ark. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor*. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ekim 1997
183. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, et al: Psychiatric morbidity in dermatological outpatients : an issue to be recognized *Br J Dermatol* 2000; 14: 983-91

184. Grant JE, Philips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2005;17(4):205-10.
185. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSMIII-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
186. Carver D, Coffey B. Psychopharmacology for childhood affective disorders. The 9th Annual U.S Psychiatric and Mental Health Congress Nov. 1996; 14-17.
187. Öy B: Çocuk ve ergenlerde depresyon epidemiolojisi ve risk etkenleri. *Çocukluk ve Gençlik Ruh Sağlığı dergisi* 1995; 2: 40-45.
188. Arnon D. Cohen, Andr'e Ofek-Shlomai, Daniel A: Vardy, Zeev Weiner, Pesach Shvartzman Depression in dermatological patients identified by the Mini International Neuropsychiatric Interview questionnaire. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2006;54:94-9.
189. Gupta MA, Gupta AK, and Ellis CN. et al. Some psychosomatic aspects of psoriasis. *Adv Dermatol.* 1990 5:21–30.
190. Ana Paula Dornelles da Silva Manzoni; Rita Langie Pereira; Roberta Zaffari Townsend; Magda Blessmann Weber; Aline Rodrigues da Silva Nagatomi; Tania Ferreira Cestari. Assessment of the quality of life of pediatric patients with the major chronic childhood skin diseases: *An. Bras. Dermatol.* vol.87 no.3 Rio de Janeiro May/June 2012
191. Işık Görker, Ümran Korkmazlar, Melek Durukan, Arzu Aydoğdu. Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
192. Vargas Laguna E, Peña Payero ML, Vargas Márquez A: Influence of anxiety in diverse cutaneous diseases. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97:637-43
193. Russo PAJ, Ilchef R, Cooper AJ, Psychiatric morbidity of psoriasis: a review. *Australasian Journal Of Dermatology* 2004 45 155-161
194. Tan JK, Vasey K, Fung KY. Beliefs and perceptions of patients with acne. *J Am Acad Dermatol* 2001 Mar;44(3):439-45.
195. Erözkan A: The predictors of loneliness in adolescents. *Elementary Education Online* 2009;8:809-19.

196. Olmstead RE, Guy SM, O'Malley PM, Bentler PM: Longitudinal assessment of the relationship between self-esteem, fatalism, loneliness and substance abuse. *Journal of Social Behavior and Personality* 1991;6:749-70.
197. Çeçen R. Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyet ve Yaşam Doyumu Düzeylerine Göre Sosyal ve Duygusal Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2007;3:180-90.
198. Çivitci N, Çivitci A: Self-esteem as mediator and moderator of the relationship between loneliness and life satisfaction in adolescents *Personality and Individual Differences* 2009;47:954-8.
199. Niemeier V, Kupfer J, Demmelbauer-Ebner M, Stangier U, Effendly I, Gieler U: Coping with acne vulgaris. Evaluation of chronic skin disorder questionnaire in patients with acne. *Dermatology* 1998;196:108-15.
200. Aktan S, Ozmen E, Yavuz Ş, Özkaya N: The psychiatric symptoms in patients with acne vulgaris. *Turkderm* 1994;28:93-8
201. Aktan S, Ozmen E, Sanli B: Anxiety, depression and nature of acne vulgaris in adolescents. *Int J Dermatol* 2000;39:354-7.
202. Myhill JE, Leichtman SR, Burnett JW: Self-esteem and social assertiveness in patients receiving isotretinoin treatment for cystic acne. *Cutis* 1988;41:171- 3.
203. Ozcan Y, Ozcan H, Unal S: Akne vulgarisli bireylerde kişilik özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 2000;3:56-60.
204. Hergüner S, Kiliç G, Karakoç S, Tamay Z, Tüzün U, Güler N. Levels of depression, anxiety and behavioural problems and frequency of psychiatric disorders in children with chronic idiopathic urticaria. *Br J Dermatol*. 2011 Jun;164(6):1342-7.
205. Cotterill JA: Dermatologic nondisease. *Dermatol Clin* 14 (3):439-445, 1996.
206. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Arch Dis Child* 2001; 84: 205-211.
207. Pulimood S, Rajagopalan B, Rajagopalan M, Jacob M, et al: Psychiatric morbidity among dermatology inpatients. *Natl Med J India* 1996;9: 208-10
208. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, Aydın C, Rohde LA. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013 Aug 7;7(1):30. doi: 10.1186/1753-2000-7-30.

209. Wessley SC, Lewis GH. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *Br J Psychiatry* 1989; 155:686-691.
210. Ayhan Bilgic MD, Özlem Bilgic MD, Havva Kaya Akış MD, Fatma Eskioğlu MD and Emine Zinnur Kılıç MD. Psychiatric Symptoms and Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents with Psoriasis. *Pediatric Dermatology* .Volume 27, Issue 6, pages 614–617, November/December 2010
211. Herjanic B, Reich W. Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 1982; 10:307-324
212. Kandel DB, Davies MC. Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Arch Gen Psychiatr* 1982; 39: 1205- 1212 .
213. Ayla Aysev, Betül Ulukol, Gülsen Ceyhun. Çalışan ve okuyan çocukların "çocuklar için depresyon ölçeği" ile değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 53, Sayı 1, 2000.*
214. Uyanık Balat G, Akman B, Lise öğrencilerinin psikolojik durumlarının sosyodemografik özelliklerine göre incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2006;13 (1): 3–12.
215. Verluse FC. Dekker MC. Parent, teacher and self-reports as predictors of signs of disturbance in adolescents: whose information carries the most weight? *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96:75-81.
216. Freeman JB, Garcia AM, Leonard HL (2002). Anxiety Disorders. Invited chapter in: *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 3rd Edition, (pp. 821-834). Lewis, M., Ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
217. Demirarslan P, Sarılgan C, Sayın I (1999) Gençlik Polikliniğine Başvuran Ergenlerde Başvuru Semptomlarının Değerlendirilmesi, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 36: 176-179.
218. Dónal G. Fortune, Helen L. Richards, Christopher E.M. Griffiths. Psychologic Factors in Psoriasis: Consequences, Mechanisms, and Interventions. *Dermatologic Clinics*, Volume 23, Issue 4, Pages 681-694
219. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)* 2013; 52:2136-2148.

220. Karson A, Demirtaş T, Bayramgürler D, Balci F, Utkan T. Chronic administration of infliximab (TNF- α inhibitor) decreases depression and anxiety-like behaviour in rat model of chronic mild stress. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2013; 112:335-340.
221. Dr. Mine Özmen, Dr. Derya Yalçın, Dr. Salih Çanakcıoğlu. Allerjik Hastalarda Psikiyatrik Morbidite. *Yeni Symposium* 38 (3):88-91,2000.
222. Stein M, Schleifer SJ, Keller SE. Immun Disorders, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (fourth ed.) Ed: Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore Williams and Wilkins, 1989.
223. Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorders: Findings from the Ontario Child Health Study. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 30:205–217.
224. Roth N, Beyreiss J, Schlenzka K, Beyer H. Coincidence of attention deficit disorder and atopic disorders in children: Empirical findings and hypothetical background. *J Abnorm Child Psychol* 1991; 19:1–13.
225. McGee R, Stanton WR, Sears MR. Allergic disorders and attention deficit disorder in children. *J Abnorm Child Psychol* 1993; 21:79–88.
226. North KN, Riccardi V, Samango-Sprouse C, Ferner R, Moore B, Legius E et al. Cognitive function and academic performance in neurofibromatosis. 1: consensus statement from the NF1 Cognitive Disorders Task Force. *Neurology*, 48:1121-7, 1997.
227. Ferner RE, Hughes RA, Weinman J. Intellectual impairment in neurofibromatosis I. *J Neurol Sci* 138:125-33, 1996.
228. Amerio P, Tracanna M, De Remigis P, et al: Vitiligo associated with other autoimmune diseases: polyglandular autoimmune syndrome types 3B+C and 4. *Clin Exp Dermatol* 2006;31:746-9.
229. Edmondson JC (2001) Chronic Pain and the Placebo Effect. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sadock B, Sadock (Ed), 7. baskı, Lippincott Williams and Wilkins, s.1981-2001.

230. Do'nal G. Fortune, ClinPsyD, PhDa, Helen L. Richards, ClinPsyD, PhDb,c , Christopher E.M. Griffiths, MDb: Psychologic Factors in Psoriasis: Consequences, Mechanisms, and Interventions. *Dermatol Clin* 23 (2005) 681 – 694.
231. De Jong EM, Seegers BA, Gulinck MK, Boezeman JB, Van de Kerkhof PC. Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: results of a recent interview with 1.728 patients. *Dermatology* 1996;193(4):300-3.
232. Hugh Zachariae, Robert Zachariae, Kirsti Blomqvist, Steingrímur Davidsson, Lars Molin, Cato Mørk And Bardur Sigurgeirsson: Quality of Life and Prevalence of Arthritis Reported by 5,795 Members of the Nordic Psoriasis Associations: data from the Nordic Quality of Life Study. *Acta Derm Venereol* 2002; 82: 108–113.
233. Porter JR, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB. Personal responses to vitiligo. *Arch Dermatol* 1978;114(9):1384-5.
234. Porter JR, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB. Psychological reaction to skin disorders .A study of patients with vitiligo. *Gen Hosp Psychiatry* 1979;1(1):73-7.
235. Arıcan Ö, Koç K, Ersoy L. Clinical characteristics in 113 Turkish vitiligo patients. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriatic* 2008; 17: 129- 132. 21. Görpelioğlu C. Vitiligoda psikolojik faktörler. *Türkiye Klinikleri*
236. Gupta MA, Gupta AK (1993) Fluoxetine is an effective treatment for neurotic excoriations: Case report. *Cutis*; 51: 386-387.
237. Hill-Beuf A, Porter JD. Children coping with impaired appearance: social and psychological influences. *Gen Hosp Psychiatry* 1984;6(4):294-301.
238. Hawryluk EB, English JC., 3rd Female adolescent hair disorders. *J Pediatr Adolesc Gynecol*.2009;22:271–81.
239. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis *Br J Dermatol* 1998 ; 139 : 846-50.
240. Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:420-6.

10. EKLER



BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (İlaç-dışı Araştırmalar için)

HASTA (Veli/Vasi) BİLGİLENDİRME FORMU

Bu klinik çalışmanın amacı dermatolojik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde görülen ruhsal bozuklukları saptamak ve bu hastalıklara tedavi aşamasında destek olmaktır.

Bu tıbbi uygulama sonucunda çalışmaya katılan gönüllülerin psikiyatrik hastalıkları belirlenmiş, ruhsal belirtileri taranmış olacaktır.

Bu araştırmada sizin için oluşabilecek herhangi bir yan etki yoktur.

Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, bu çalışmanın Helsinki Deklarasyonu'nda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

Çalışma öncesinde bu tıbbi uygulama ile ilgili tedaviyi istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmakta karar tamamen size aittir (özgürsünüz). Başlangıçta kabul edip, daha sonra fikir değiştirip, hiç gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda sizinle ilgili tıbbi özende bir değişiklik olmayacaktır.

HASTA (Veli/vasi) RIZA FORMU

Aşağıda imzası bulunan ben, dermatolojik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde görülen ruhsal bozuklukları saptamak adlı tıbbi uygulamayla yapılması planlanan klinik çalışma hakkında, Doç.Dr.Özlem ÖZEL ÖZCAN ve Dr. Dilşad MİNİKSAR 'dan tam olarak bilgi aldığımı beyan ederim.

Bu tıbbi uygulamanın etik açısından Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun kurallarına uygun olarak incelendiğini ve insanlara uygulanmasının sakıncalı olmayacağı bana anlatıldı.

Ayrıca bana, bu çalışmanın tıbbi olarak geçerli olduğu ve en son bilimsel yöntemlere uygun olarak yapılacağı bildirildi. Bunun açık bir çalışma olduğu bana anlatıldı.

Beni muayene eden doktora, daha önceki ve şu andaki tüm hastalıklarımı ve şu anda uygulanan tedaviyi bildiğimi teyit ederim.

Son dört haftadır herhangi bir çalışmada yer almadım.

Aşağıda imzası bulunan doktordan bu bilgileri aldıktan sonra ben, yapılması planlanan çalışmanın özelliklerini ve sonuçlarını (muhtemelen geçici yan etkiler de dahil) anlıyorum.

Bana verilen bu bilgiler temelinde, istediğim herhangi bir zaman, hiç bir sakınca olmadan, çalışmadan çekilebileceğimi teyit ediyorum.

Hasta No:

Hastanın Adı, Soyadı / İmzası:

Hastanın Doğum tarihi:

(Gerekli veya zorunlu durumlarda) Hastanın veli/vasisinin Adı, Soyadı / İmzası:

Doktorun İmzası:

Tanığın Adı, Soyadı / İmzası:

Tarih:

EK-2:

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Adı soyadı:

Okul:

Cinsiyeti:

Sınıf:

Doğum tarihi:

Tarih:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dâhil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız.

A)

- 1- Kendimi arada sırada üzgün hissedirim.
- 2- Kendimi sık sık üzgün hissedirim.
- 3- Kendimi her zaman üzgün hissedirim.

B)

- 1 - İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek
- 2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
- 3- İşlerim yolunda gidecek.

C)

- 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
- 2- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
- 3- Her şeyi yanlış yaparım.

D)

- 1 - Birçok şeyden hoşlanırım.
- 2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
- 3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E)

- 1 - Her zaman kötü bir çocuğum.
- 2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum
- 3- Arada sırada kötü bir çocuğum.

F)

- 1 - Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
- 2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
- 3- Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim.

- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- İ) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1 - Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1 - Her şey her gün beni sıkır.
2- Her şey sık sık beni sıkır.
3- Her şey arada sırada beni sıkır.
- K) 1 - İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1 - Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
2- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel/yakışıklı sayılırım.
2- Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

- O) 1 - Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1 - Arada sırada kendimi yorgun hissedirim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissedirim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissedirim.
- P) 1 - Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1 - Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1-Kendimi yalnız hissetmem
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissedirim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissedirim.
- Ş) 1 - Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan boşlanırım.
- T) 1 - Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarıım iyi.
2- Okul başarıım eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1 -Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer ocuklar kadar iyiyim.

V) 1- Kimse beni sevmez.

2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.

3- Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.

2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.

3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.

2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.

3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.



EK-3a:

STAI -1 (DURUMLULUK KAYGI ENVANTERİ)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamı
1-	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2-	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3-	Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4-	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5-	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6-	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7-	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8-	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9-	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10-	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11-	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12-	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13-	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14-	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15-	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16-	Şu anda halimden memnun um	(1)	(2)	(3)	(4)
17-	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18-	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19-	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20-	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-3b:

STAI-2 (SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her zaman
21-	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22-	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23-	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24-	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25-	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26-	Kendimi yalnız hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27-	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28-	Güçlükleri yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29-	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30-	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31-	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32-	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33-	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34-	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35-	Genellikle kendimi hüznümlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36-	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37-	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38-	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39-	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40-	Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4a:**GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-TUR) (ERGEN FORMU)**

Her cümle için Doğru değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız Soyadınız :

Kız / Erkek

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
1. İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	☐	☐	☐
2. Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	☐	☐	☐
3. Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	☐	☐	☐
4. Genellikle başkalarıyla (Orn. Yiyecek, oyun, kalem v.s.) paylaşıyorum.	☐	☐	☐
5. Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	☐	☐	☐
6. Genellikle kendi başınayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım	☐	☐	☐
7. Genellikle bana söyleneni yaparım.	☐	☐	☐
8. Çok endişelenirim.	☐	☐	☐
9. Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	☐	☐	☐
10. Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	☐	☐	☐
11. En az bir yakın arkadaşım var.	☐	☐	☐
12. Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	☐	☐	☐
13. Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıyım.	☐	☐	☐
14. Yaşıtlarım genelde beni sever.	☐	☐	☐
15. Dikkatim kolayca dağılır, yoğunlaşmakta güçlük çekerim.	☐	☐	☐
16. Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	☐	☐	☐
17. Kendimden küçüklere iyi davranırım.	☐	☐	☐
18. Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	☐	☐	☐
19. Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	☐	☐	☐
20. Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	☐	☐	☐
21. Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	☐	☐	☐
22. Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	☐	☐	☐
23. Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	☐	☐	☐
24. Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	☐	☐	☐
25. Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	☐	☐	☐

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranış ya da başkaları ile geçinebilme?

Hayır Evet-Biraz Evet-Oldukça Ciddi Evet-Çok Ciddi

☐☐☐☐

Eğer Yanıtınız “evet” ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az

1-5 ay

6-12 ay

Bir yıldan fazla

☐☐☐☐

- Bu güçlükler sizi sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır

Biraz

Oldukça Fazla

Çok Fazla

☐☐☐☐

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamınızı etkiliyor mu?

Kesinlikle Hayır

Biraz

Oldukça Fazla

Çok Fazla

Ev Yaşamı

☐☐☐☐

Arkadaş İlişkileri

☐☐☐☐

Sınıf içi öğrenme

☐☐☐☐

Boş zaman etkinlikleri

☐☐☐☐

- Bu güçlükler çevrenizdekiler için (aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) zorluk yaratıyor mu?

Kesinlikle Hayır

Biraz

Oldukça Fazla

Çok Fazla

☐☐☐☐

İmza:.....

Tarih:.....

Anne / Baba / Diğer (Lütfen belirtiniz)

EK-4b:**GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-TUR) (ANNE-BABA FORMU)**

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
1. Diğer insanların duygularını önemser.	☐	☐	☐
2. Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	☐	☐	☐
3. Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır.	☐	☐	☐
4. Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem vs.)	☐	☐	☐
5. Sıkça-öfke nöbetleri olur ya da aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐
6. Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐
7. Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐
8. Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐
9. Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	☐	☐	☐
10. Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐
11. En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐
12. Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	☐	☐	☐
13. Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıdır.	☐	☐	☐
14. Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐
15. Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	☐	☐	☐
16. Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	☐	☐	☐
17. Kendinden küçükler iyi davranır.	☐	☐	☐
18. Sıkça yalan söyler ya da hile yapar.	☐	☐	☐
19. Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	☐	☐	☐
20. Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐
21. Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	☐	☐	☐
22. Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐
23. Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐
24. Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐
25. Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	☐	☐	☐

Genel olarak çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranış yada başkaları ile geçinebilme?

Hayır Evet-Biraz Evet-Oldukça Ciddi Evet-Çok Ciddi

☐ ☐ ☐ ☐

Eğer Yanıtınız “evet” ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az 1-5 ay 6-12 ay Bir yıldan fazla

☐ ☐ ☐ ☐

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

☐ ☐ ☐ ☐

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

Ev Yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş İlişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler size yada ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

☐ ☐ ☐ ☐

İmza:.....

Tarih:.....

Anne / Baba / Diğer (Lütfen belirtiniz)