

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**VİTİLİGOLU HASTALARIN PSİKİYATRİK AÇIDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ VE KONTROL GRUBU İLE  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Özlem Devrim AYKANAT**

**PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Hüseyin H. ÖZSAN**

**ANKARA**

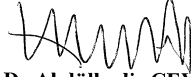
**2007**

**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı**

Tıpta Uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan

" VİTİLİGOLU HASTALARIN PSİKİYATRİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KONTROL GRUBU İLE KARŞILAŞTIRILMASI" başlıklı Dr. Özlem Devrim Aykanat'a ait bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından **Tıpta Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Tez Savunma Tarihi: 23/11/2007**



**Prof. Dr. Abdülkadir ÇEVİK**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı  
Jüri Başkanı



**Prof. Dr. Cem ATBAŞOĞLU**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
Üye

**Prof. Dr. Hüseyin Hamdi ÖZSAN**  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
Tez Danışmanı

## TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın gerçekleşmesindeki yardımlarından ve uzmanlık eğitimim boyunca değerli katkılarından dolayı, tez danışmanım Prof. Dr. H. Hüseyin Özsan'a

Uzmanlık eğitimimin her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Abdülkadir Çevik'e ve Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Mesleki oluşumum ve kişisel gelişimime olan katkılarını asla unutamayacağım sevgili hocam Prof. Dr. E. Oğuz Berksun'a

Varlığını her an yanımda hissettiğim ve kendisinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Halise DEVRİMCİ ÖZGÜVEN'e,

Tezimin yazım aşamasında yardımlarını esirgemeyen ve varlıklarıyla güç veren Dr. Sabri Herdem, Dr. Bülent Çakmak, Dr. M. Onur Yücel, Dr. Ceren Göker ve sevgili arkadaşım Filiz Yücel'e

Eğitimime katkıda bulunan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ve Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve asistanlarına,

Katkılarından dolayı Uzm.Psk. Hatice Demirbaş'a

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara ve Psikiyatri Anabilim Dalı çalışanlarına,

Yaşamım boyunca varlıklarından güç aldığım, her alanda desteklerini hissettiğim biricik annem, kardeşim ve babama en içten teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Özlem Devrim AYKANAT**

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY .....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ .....	vi
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Vitiligo.....	3
2.1.1. Tarihçe.....	3
2.1.2. Tanım.....	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Etiyoloji.....	5
2.1.5. Histopatoloji.....	6
2.1.6. Klinik Görünüm ve Hastalığın Seyri.....	6
2.2. Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırması .....	7
2.3. Vitiligonun Sınıflandırılması.....	9
2.4. Vitiligonun Tedavisi.....	10
2.5. Bir Çalışma Alanı Olarak Psikodermatoloji .....	12
2.6. Vitiligonun Psikiyatrik Yönü.....	13
3. YÖNTEM.....	16
3.1. Örneklem.....	16
3.2. Kullanılan Araçlar.....	16
3.2.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I).....	16

3.2.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) .....	16
3.2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) .....	17
3.2.4. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) .....	17
3.2.5. Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ).....	17
3.3. İstatiksel Değerlendirme .....	18
4.BULGULAR .....	19
4.1. Demografik Özellikler. ....	19
4.2. SCİD-I tanılarına göre vitiligo ve kontrol grubunun karşılaştırılması ve tanıların dağılımı.....	20
4.3. Vitiligo grubu ve kontrol grubunun ölçek puanları açısından karşılaştırılması. ....	21
4.4. Vitiligo Grubunun Yeti Yitimi Açısından Değerlendirilmesi.....	22
4.5. Vitiligo Grubunun Kendi İçinde Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum ve Çalışıp Çalışmama Hali Açısından Değerlendirilmesi.....	23
4.6. Vitiligo Grubunun Hastalığın Yaygınlığına Göre Değerlendirilmesi.....	27
5.TARTIŞMA .....	28
6.SONUÇLAR. ....	34
ÖZET.....	35
SUMMARY.....	36
KAYNAKLAR. ....	37
EKLER.....	45

## KISALTMALAR DİZİNİ

- DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fouth Edition
- HADÖ : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
- LSKÖ : Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği
- RBSÖ : Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
- SCID-I : DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
- SPSS : Statistical Package for Social Science
- SYYÖ : Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa

Tablo 4.1. Vitiligo grubu ile kontrol grubunun demografik özellikleri .....	19
Tablo 4.2. SCİD-I tanılarına göre vitiligo ve kontrol grubunun karşılaştırılması ve tanıların dağılımı.....	20
Tablo 4.3.1. Vitiligo ve kontrol grubunun Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden (RBSÖ) aldığı puanlara göre karşılaştırılması.....	21
Tablo 4.3.2. Vitiligo ve kontrol grubunun Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) puanlarına göre karşılaştırılması .....	21
Tablo 4.3.3. Vitiligo ve kontrol grubunun Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) puanlarına göre karşılaştırılması .....	22
Tablo 4.4. Vitiligo grubu içinde Sheehan Yeti Yitimi Ölçeğine (SYYÖ) göre olguların dağılımı.....	22
Tablo 4.5.1. Vitiligo grubu içerisinde yaş ile alt ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri.....	23
Tablo 4.5.2. Vitiligo grubu içinde cinsiyetler arasında ölçekler yönünden yapılan karşılaştırma .....	24
Tablo 4.5.3. Vitiligo grubu içinde medeni duruma göre ölçekler yönünden yapılan karşılaştırma .....	25
Tablo 4.5.4. Vitiligo grubu içinde çalışanlarla çalışmayanlar arasında ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırma .....	26
Tablo 4.6. Vitiligo grubu içinde hastalığın yaygınlığı açısından yapılan karşılaştırma.....	27

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Cilt bir iletişim organıdır ve tüm yaşam boyunca, gelişim ve toplumsallaşma üzerinde önemli bir rol oynar. Cilt, dokunsal uyarıların yanı sıra, duygusal uyarılara da yanıt verir (1).

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 uyarılara yanıt verme, kişinin benlik imajı ve özgüveninin gelişmesindeki rolü ile bebeklikten yetişkinliğe doğru seyreden sosyalleşme sürecinde önemli rol oynar (2,3). Ingram, derinin zihnin bir uzantısı olduğunu, bu nedenle huy ve kişiliğin değerlendirmesinde gerekli kısımlarından biri olduğunu belirtir (4). Derinin beyinle olan ilişkisi embriyonik döneme kadar uzanır; deri ile beyin ektodermden köken alır (3).

Çoğu dahili hastalıklardan farklı olarak cilt hastalıkları, başkaları tarafından görülür. Bu nedenle, cilt sorunları olan hastalar, sosyal açıdan ve emosyonel olarak etkilenebilir. Özellikle yüzde olmak üzere, şekil bozuklukları, psikososyal işlevsellik üzerine etkili olabilmektedir (5). Çoğu cilt hastalığına ağrı ve rahatsızlık duygusu eşlik eder. Bu nedenle, cilt hastalığının kişinin yaşam kalitesi ve benlik saygısı üzerindeki etkilerini değerlendirmek zordur. Bu etkilerin hangilerinin fizyolojik değişikliklerin, hangilerinin ise bozuk görüntünün sonucu olduğunu ayırtmak zor olabilir. Vitiligo bu açıdan bakıldığında, hastanın yaşamında sadece bozuk görüntünün etkisinin olduğu tek cilt hastalığıdır (6).

Eski çağlardan beri vitiligo hastaları, lepralılara benzer şekilde toplum tarafından kötü muameleye maruz kalmıştır. Hindistan'da vitiligo, "beyaz lepra" ya da "lökoderma" olarak adlandırılmıştır (7).

Yüzdeki vitiligo lezyonları, özellikle utanmaya neden olur. El ve ayaktaki dirençli lezyonlar öfke, engellenme ve hayal kırıklığına yol açabilir. Hastalar, diğerlerinin kendilerini nasıl algıladıklarına çok duyarlıdır ve dışlanacakları beklentisiyle sıklıkla



geri çekilirler. Bazen tanımadıkları kişiler, hatta yakın arkadaşları, oldukça yaralayıcı ve aşağılayıcı yorumlarda bulunabilir. Bunların etkisiyle, derin emosyonel rahatsızlık ve iş hayatlarında sorunlar yaşayabilirler (8). Görünür yerlerdeki vitiligo lezyonları, yeni iş başvurularındaki görüşmelerde, hastanın şansını azaltabilir. Çocuklukta başlayan vitiligo, özgüvende uzun süre olumsuz etkilenmeye yol açan psikolojik travma ile de ilişkilidir (9).

Son zamanlarda özellikle psoriasis vulgaris, lichen planus ve Behçet Hastalığı ile ilgili yapılmış çalışmalarda da görüldüğü gibi, depresyon ve anksiyete bozuklukları açısından cilt hastalığı olan bireyler risk altındadır (10,11,12). Bir araştırma, hastaların % 51'inin psikoterapötik tedaviye ihtiyacı olduğunu, % 28'inin psikoterapiye istekli olduğunu ortaya koymuştur (13). Cilt bozukluklarındaki psikiyatrik sorunlar için liyezon servisleriyle işbirliği yapılmaktadır. Deri hastalıklarının bir kısmı psikosomatik hastalıklar çerçevesinde incelenebilir. Psikosomatik hastalıkların gelişinde sıklıkla üzerinde durulan mental durum ve emosyonlardır. Bu nedenle psikosomatik hastalıkların anlaşılması, emosyonlara eşlik eden beyin mekanizmalarının analizini gerektirir (14). Çoğu cilt hastalıklarında olduğu gibi, vitiligolu hastalarda, hastalığın ortaya çıkışı ve seyrinde psikolojik etmenlerin rol oynamasına karşın, öncelikle dermatoloji kliniklerine başvurmakta; kendilerine genellikle dermatolojik tedaviler önerilmekte ve psikiyatrye yönlendirme ya hiç olmamakta ya da gecikmektedir (15).

Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastalarda, psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı yüksektir. Vitiligo hastalarında dış görünümün oldukça fazla bozulabileceğini düşündüğümüzde bu kişilerin beden algılarında bozukluk, benlik saygısında azalma, sosyal açıdan damgalanmayla karşı karşıya kalma, dolayısıyla sosyal yaşam kalitesinde belirgin azalma beklenebilir.

Yaptığımız çalışmadaki amacımız dermatoloji polikliniğine başvuran vitiligolu hastalarının benlik saygılarını, yeti yitimlerini, sosyal uyumlarını araştırmak, hastaları psikiyatrik morbidite açısından değerlendirmektir.

## **2.GENEL BİLGİLER:**

### **2.1. Vitiligo**

#### **2.1.1 Tarihçe**

Bildirilen ilk psikokutanöz hastalık, 1155 tarihinde, İran prensinin, babasının tahtını geri almasıyla ilgili yaşadığı sıkıntı sonucu psoriasis geliştirmesi olgusudur. Bu olgunun tedavisinde çeşitli psikoterapi tekniklerinden faydalanılmıştır (16). Antik çağlardan beri vitiligo hastaları, lepralılara benzer şekilde toplum tarafından kötü muameleye maruz kalmıştır. Sweta Kustha'nın dediği gibi vitiligo, "beyaz lepra" olarak tanımlanmıştır. Vitiligo bütün ırklarda şekil bozukluğu yaratmakla birlikte, güçlü kontrast oluşturduğundan, koyu renkli kişilerde daha çok göze çarpmaktadır (17). Roma doktorlarından Celsus vitiligo kelimesinin kullanıldığı ilk belgeyi Milattan Sonra birinci yüzyılda yazmıştır. Milattan Önce 1500 ile 1000 yıllarında, Hint literatürlerinde, "kilas" ("kil" beyaz, "as" atmak, yayılmak) ve "palita" ("pal" gri, eski ve yaşlı ), derinin beyaz makülleri için kullanılan kelimelerdir (18).

Son 20 yılda ampirik çalışmalar ve olgu bildirimleri ile ilgili yayınlar giderek artmıştır. Gupta ve Gupta ile Koo ve ark.'nın yayınlarında, bireyin emosyonel durumunun cilt hastalıkları üzerinde doğrudan etkisi olduğundan, cilt hastalığının kişinin emosyonel dünyasının bir belirtisi olarak ortaya çıkabileceğinden ve cilt hastalığının ortaya çıkmasının damgalayıcı etkisine bağlı olarak gelişen depresyon, utanç ve suçluluk duyguları gibi yoğun emosyonel tepkileri hastaların nasıl yaşadıklarından söz edilmiştir (19,20).

1950'lerin ortasına kadar, dermatoloji ile psikiyatrinin ortaklaşa çalışmasından söz bile edilemezken, çalışmalar, dermatoloji pratiğinde hastaların % 80 kadarının psikiyatrik belirtileri olduğunu göstermiştir (21).

### **2.1.2. Tanım**

Vitiligo, nispeten sık rastlanan, melanosit kaybı ile giden lokal veya yaygın depigmente maküllerle karakterize, akkiz bir deri hastalığıdır. Vitiligo kelimesi muhtemelen Latince olan "vitium" (kusur veya leke) veya "vitellus" (derinin beyaz lekesi) kelimelerinden köken almaktadır (22).

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

Vitiligo tüm dünyada lökodermanın göreceli olarak en yaygın nedenidir. Muhtemel sıklığı %1-2 arasındadır (22). Daha yakın zamana ait çalışmalarda bu oranın yüksek olarak tahmin edildiği belirtilmektedir (23). Danimarka'da 47033 kişinin tarandığı bir epidemiyolojik çalışmada vitiligo sıklığı %0.38 olarak saptanmıştır (24). Hindistan'da yapılan büyük ölçekli bir çalışmada çocuklarda vitiligo sıklığı araştırılmış ve %2.5 olarak bulunmuştur (25). Yapılan başka bir epidemiyolojik çalışmada 2077 kişi taranmış ve vitiligo sıklığı %0.34 olarak saptanmıştır (26). Çin'de yapılan ve 42833 kişinin, 180 birimde incelendiği bir çalışmada vitiligonun yaygınlığı araştırılmıştır. Bu çalışmaya göre vitiligonun Çin'deki yaygınlığı %0.093 bulunmuş, cinsiyet ya da yerleşim bölgesine göre yaygınlıkta bir farklılık saptanmamıştır (27). Siyah ırkta az sayıda çalışma yapılmış olup, bunlardan biri Nijerya'da yapılan bir çalışmadır. Bu çalışma hastane popülasyonu ile yapılmış ve vitiligo sıklığı % 6 oranında saptanmıştır. Bu yüksek değerlerin örneklemin hastane popülasyonundan alınışına bağlı olduğu varsayılmıştır ve vitiligonun, siyah ırkta daha belirgin ve daha rahatsız edici bir görüntüye yol açması nedeniyle hastaneye daha fazla başvuru olabileceği yorumu yapılmıştır (28).

Vitiligo tüm ırklarda görülebilen bir cilt hastalığıdır. Sıklıkla 10-30 yaş arası görülür. Kadın ve erkek arasında sıklık açısından fark yoktur. Hastaların yarısında 20 yaşından önce ortaya çıkmaktadır. Olguların % 30'unda ise hastalık yaklaşık 20 yaşında başlar. Vitiligoya yakalanma yatkınlığı kalıtımsaldır. Vakaların % 25 ila 30'unda ailede vitiligo öyküsü mevcuttur (29).

#### 2.1.4. Etiyoloji

Vitiligonun etiyojisi bilinmemekle beraber, multifaktöryel olduğu ileri sürülmektedir. Genetik predispozisyonun varlığı ve bir çok tetikleyici faktör hastalığın nedeni olarak görünmektedir (18,22). Herediter faktörlerin vitiligo gelişiminde kısmen etkili olduğu gösterilmiştir. Epidemiyolojik çalışmalar, vitiligolu hastaların akrabalarının dörtte biri ile üçte birinde hastalığın olduğunu bildirmektedir. Vitiligo hastalarında ve ailelerinde genetik geçişin otozomal dominant veya otozomal resesif olmadığı gösterilmiştir. Ancak bu hastalarda eritrositler üzerinde kromozom 1 üzerindeki RH, kromozom 2 üzerindeki ACP1 ve kromozom 4 üzerindeki MN bölgeleri gibi çok sayıda otozomal alan tespit edilmiştir. Bu da multifaktöryel genetik geçişi desteklemektedir (18,31).

Vitiligonun genetik aktarımının tek lokuslu basit Mendelyen geçişe uymayan, en az dört veya daha çok sayıda resesif bağımsız allelik yapıda olabileceği bildirilmiştir. Ailesinde vitiligo hastalığı olan bireylerin hastalığa yakalanma olasılığı kontrol gruplarına göre dört kez daha fazladır (18,30,31).

Vitiligo patogenezi tam olarak bilinmemekle beraber, üç kuram öne sürülmektedir:

- Otoimmün kuram: Otoimmün bozukluğu olan hastaların önemli bir kısmında vitiligo saptanmasına ve immünopresipitasyon yöntemleriyle bu hastaların laboratuvar bulgularında melanositlere karşı antikorlara rastlanmasına dair klinik gözleme dayanmaktadır. Bir çalışmada, vitiligo antikorlarının düzeyleri, depigmentasyon yaygınlığıyla ilişkili bulunmuştur.
- Nöral kuram: Bu kurama göre, vitiligoya sinir uçlarındaki melanositleri seçici olarak yok eden bir nörokimyasal mediyatör yol açmaktadır. Vitiligonun segmental dermatomal şekilleri, bu kuramı destekleyen bir bulgudur.

- Özyıkım kuramı: Vitiligonun, sitotoksik melanin prekürsörlerine karşı, melanositlerdeki koruyucu düzeneklerin kendi kendini yıkımı sürecinden kaynaklandığı öne sürülmektedir. Bu kuramlar etiyolojiyi tek başına açıklamada yetersiz olduğundan, başka yazarlar tarafından bileşik bir varsayım öne sürülmüştür. Ancak günümüzde en geçerli olanı, melanosit özyıkım varsayımdır (32).

### **2.1.5. Histopatoloji**

Tamamıyla yerleşmiş depigmente vitiligo maküllerinde, elektron mikroskobu yada ileri lekeleme teknikleriyle bile melanositlere rastlanmamıştır. Aktif gelişmekte olan lezyonlarda, klinik olarak hiperpigmentasyonun gözlendiği bölgelerde, lezyonun çevresinde anormal büyüklükte melanositler görülürken, merkezde melanositlerin yoğunluğu azalmaktadır. Melanositlere ilaveten, vitiligo lezyonlarının sınırlarındaki keratinositler, ultrastrüktürel dejenerasyona kanıt olarak gösterilmiştir (29).

### **2.1.6. Klinik Görünüm ve Hastalığın Seyri**

Vitiligo; süt-beyazı renge, oval veya yuvarlak, kenarları girintili çıkıntılı, epidermal değişikliğin izlenmediği maküllerle karakterizedir. Her boyutta rastlanılan lezyonlar genellikle çevreye doğru genişleyerek birleşirler (18,30).

Vitiligo lezyonları; güneşe maruz kalan yerler, kıvrım büküm yerleri ve kabaca simetrik olarak yerleşimli kemik çıkıntılarının üstündeki alanları yeğlerler. Burun ve ağız gibi beden açıklıkları da sıklıkla tutulur. Etkilenen bölgede saç beyazlayabilir. Melanin pigment kaybı, hastalık seyrinin erken dönemlerinde kısmi iken, zaman içinde bütünüyle pigment kaybına eğilim gözlenir. Depigmente bölgeler genellikle iyi sınırlanmıştır ve hiperpigmente bir halka ile çevrelenebilirler (trikrom vitiligo). Sınırlar hafif olarak yangı sonucu kabarmış ise, ‘marjinal inflamatuvar vitiligo’ olarak adlandırılır. Seyrek olmayarak vitiligolu alanların dağılımı, segmental yada lineer biçimde uçuk benzeri (zosteriform) olabilir. Nadiren süreç, melanin pigmentinin sadece gözlerde bulunduğu, tüm cildi tutan yaygın bir biçime dönüşebilir. Ayrıca vitiligo fiziksel travma yada güneş yanığını takiben ortaya çıkabilir. Sıklıkla vitiligo, pigmente nevüslerin yuvarlak (halo) forma dönüşmesiyle başlar. Merkezi nevüs

sıklıkla zaman içinde bütünüyle ortadan kaybolur. Diğer birçok cilt bozukluğunda olduğu gibi hastalar, vitiligo başlangıcının öncesinde ciddi fiziksel yada emosyonel stres bildirmektedir. Vitiligolu bölgelerin kendiliğinden repigmente oluşu, daha çok genç hastaların erken lezyonlarında görülmektedir. Çünkü bu süreç, melanositlerin öncelikle kıl folliküllerinden göçüne dayanmaktadır. Repigmentasyon daha az sıklıkla görülür ve kılsız yada beyaz kıllı bölgelerde daha yavaş olarak gelişir. Repigmentasyon genellikle noktalı olarak ve follikül çevresinde gözlenir. Uzun yıllar içinde iyice yerleşmiş depigmente alanlar, genellikle kendiliğinden repigmente olmaz. Vitiligo lezyonları genellikle asemptomatiktir. Marjinal inflamatuvar tipte kaşıntı olabilir. Koruyucu melanin pigmenti olmadığından, depigmente bölgeler güneş yanığı geliştirmeye yatkındır (32)..

Vitiligo hastalarının çoğunluğu sağlıklı olmakla birlikte, melanin yokluğuna bağlı olarak diğer enfeksiyonlara yatkınlık gösterirler (32). Otoimmün özelliklerin birlikte olduğu olgular nadir değildir. Göz tutulumu sıklıkla görülür. Bir çalışmada, vitiligolu hastaların % 40'ında retinanın koroid tabakası ya da pigment epitelinde melanositlerin yıkımı saptanmıştır. Bununla birlikte genellikle görme keskinliği, bu sürecin daha çok foveanın distal kısımlarında meydana gelmesinden dolayı etkilenmemiştir. Vitiligo ilerleyici bir hastalık olmasına karşın, bazen sessiz (latent) dönemlerle seyredebilir, hastaların küçük bir kısmında kendi kendine düzelme görülebilir (32,33). Genç hastalarda lezyonların ilk dönemlerinde ve saçlı bölgelerde prognoz daha iyidir. Tedavi ile repigmentasyon kendiliğinden ortaya çıkabilir ve repigmentasyon, kıl foliküllerinden ya da çevresindeki normal ciltten, melanositlerin depigmente deriye yeniden toplanması ile sağlanır (34).

## **2.2.Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırması**

Psikodermatoloji ya da psikokutanöz tıp, psikiyatri ve dermatoloji arasındaki sınıra odaklanır. Deri hastalıklarının psikososyal içeriğinin anlaşılmasında psikodermatolojik bozuklukların uygun bir şekilde ele alınması büyük önem taşımaktadır. Psikiyatrik ve dermatolojik bozukluklar arasındaki ilişki psikolojik işlevlerin merkezi olan beyin ile derinin aynı ektodermal kökenli olmasından daha

öte bir anlam taşımaktadır. Etiyoloji, tanı süreci ve tedavi düşünüldüğünde, oldukça karmaşık bir ilişkiden söz edilebilir (35). Psikodermatolojik bozukluklar kabaca üç kategoride sınıflandırılabilir:

1. Psikosomatik (psikofizyolojik) bozukluklar : Gösterilebilir cilt lezyonları olan, gerçek cilt hastalığına sahip hastaların önemli bir bölümünde bu lezyonlar, sıklıkla emosyonel stresle ortaya çıkabilir ya da alevlenebilir. Akne vulgaris, alopecia areata, atopik dermatit, ürtiker, psoriasis, psikojenik purpura, rosacea, seboreik dermatit bu grubun örneklerindedir.

2. Birincil psikiyatrik bozukluklar : 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. Parazitoz sanrıları, dismorfofobi, yapay dermatit, nörotik ekskoriyasyon, trikotilomani bu gruba örnektir.

3. İkincil psikiyatrik bozukluklar : 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. Alopecia areata, kistik akne, hemanjiyom, iktiyosis, kaposi sarkomu, psoriasis ve vitiligo bu gruptaki cilt bozukluklarına örnektir (36).

### 2.3. Vitiligonun Sınıflandırması:

Savill'in 1909 yılında tanımladığı, bilinen en eski lökoderma sınıflandırması:

#### 1. Konjenital :

Albinizm: Konjenital bir durumdur. İki şekli vardır. Kısmi şekli, tek yada birçok alanda pigment yokluğu ile karakterize iken; total şekil, deri, kıl ve ekleri veya iriste melaninin tam yokluğu ile karakterizedir.

#### 2. Kazanılmış :

a. Vitiligo (klasik lökoderma).

b. İkincil yada semptomatik lökoderma: Bazı inflamatuvar hastalıklar (örneğin psoriasis ve liken simpleks gibi), geçici depigmentasyona neden olabilir. Nadiren ikincil sifilizde ve lepranın duyu kaybı bulunan bölgelerinde gelişebilir. Lupus eritematosusta da seyrek olarak lezyonlar depigmente olabilir.

c. Meslek hastalığı olarak ortaya çıkan lökoderma: Sıklıkla katekol fenolik bileşenleri, kimyasal hipomelanosiz ortaya çıkarabilir. Antioksidan olarak ya da melasma tedavisinde kullanılan monobenzil eter hidrokinon içeren kauçuktan yapılmış eldiven giyen zencilerin ellerinde ve önkollarında lökoderma ortaya çıkabilir.

d. Psödo-lökoderma: Derideki nedbe dokusu, güneş ışığına maruz kalınca, çevredeki normal deriye göre, daha beyaz görünür. Pitiriyasis alba ve pitiriyasis versikolor sık rastlanan örneklerdir.

e. Kontakt lökoderma: Depigmente edici kimyasalları içeren maddelerle temas durumunda, depigmentasyon ortaya çıkar. Kauçuk ayakkabı, Hintli kadınların alnına yapıştırıcı madde ile taktığı bir süs eşyası olan "Bindi", kauçuk eldivenler ve bazı prezervatifler de depigmentasyona neden olabilir. Savill'in sınıflandırmasında yer almamasına karşın, kontakt lökodermanın bu sınıflandırmaya dahil olması uygun gibi gözükmektedir (34).



Görüntü ve lezyonun dağılımına göre sınıflandırma (34) :

1.Akrofasiyal vitiligo: Lezyonların dağılımı simetriktir. Bedenin uç (akral) kısımları ve mukokütanöz bileşke yerleri, yani yüz, eller, ayak ve dudakları tutar.

2.Vitiligo vulgaris: Bedenin çeşitli kısımlarında rasgele dağılabilir.

3.Dermatomal vitiligo: Lezyonlar sıklıkla unilateraldir.

4.Yaygın vitiligo: Lezyonlar bedenin tümünde simetrik yada asimetric olarak mevcut olup, özellikle kemik çıkıntıları üzerinde belirgindir.

5.Halo nevüs / Sutton nevüsü: Oval yada dairesel biçimde, pigmente leke etrafında, keskin bir şekilde sınırlandırılmış, hipo veya depigmente halo ile karakterizedir.

Güncel Sınıflandırma:

1.Lokelize

a) Fokal: Tek ya da birçok vitiligo makülü vardır.

b)Segmental: Tek ya da birçok vitiligo makülü vardır. Dermatomal ya da hemen hemen dermatomaldir.

2.Yaygın

a)Akrofasiyal: Yüzde ve ekstremitelerin distal kısımlarında pek çok lezyon vardır.

b)Vulgaris: Lezyonlar klasik olarak simetrik yada asimetric şekilde dağılmıştır.

3.Üniversal (Total): Tam yada tama yakın olarak tüm beden tutulmuştur.

## **2.4. Vitiligonun Tedavisi**

Vitiligo tedavisinde birçok seçenek olması nedeniyle hastalar, hastalıkları ve tedavi seçenekleri hakkında çok iyi bilgilendirilmelidir. Tüm hastalara vitiligonun sadece dış görüntü ile ilgili bir problem olduğu ve ciddi bir hastalık olmadığı iyice

anlatılmalıdır. Ayrıca, düzenli olarak gün örtüleri kullanmanın, etkilenen alanların yanmasını engellemede önemli olduğu açıklanmalıdır. Hastaların öncelikle tedaviye gönüllü olmaları ve başarılı bir sonuç için tedavi süresinin 12-18 ay süreceğini bilmeleri gerekmektedir. Tedavi seçeneklerinin, hastaların lezyonlarının dağılımına, hastalığın süresine, daha önce uygulanan tedavilere, ultraviyoleye daha önce verdiği cevaba, hastanın yaşına ve mevcut hastalıklara, hastanın sosyoekonomik düzeyine ve psikolojik durumuna göre değerlendirilmesi en uygun tedavinin seçimi için iyi bir yaklaşım sağlayacaktır. Lezyon alanı vücut alanının %20'sinden az ise lokal tedavi, daha geniş ise sistemik tedavi endikedir (37). Vitiligo tedavisinde kullanılan yöntemler aşağıda özetlenmiştir:

1. Destekleyici Tedaviler:
  - a. Gün örtüleri
  - b. Kozmetik kamuflej
2. Cerrahi Olmayan Yöntemler:
  - a. Psoralen Fotokemoterapi
    - \*Topikal Fotokemoterapi
    - \*Oral Fotokemoterapi
  - b. Topikal kortikosteroidler
3. Cerrahi Yöntemler:
  - a. Otolog minigraft
  - b. Otolog epidermal greftleme
  - c. Kültüre otolog melanosit transplantasyonu
4. Diğer Deneysel Yöntemler:
  - a. Topikal Fluorourasil Tedavisi
  - b. Khellin ve UVA
  - c. Phenylalanine ve UVA
5. Diğer Tedaviler: Melagenina
6. Soldurucu Ajanlar Hidrokinon Monobenzil Eter (MBEHQ)

## 2.5 Bir Çalışma Alanı Olarak Psikodermatoloji

Psikodermatoloji, psikiyatri ile dermatoloji arasındaki ilişki ve etkileşime dayanan ortak bir çalışma alanıdır ve pratikte bu birliktelik farklı nedenlerle olabilir (38):

- Psikiyatrik hastalıktan köken alan deri hastalıkları (artefakt dermatit)
- Dermatolojik hastalıkla ortaya çıkan ve gerçekte deri hastalığı ile maskelenen psikiyatrik hastalıklar (sanrısız parazitöz, beden dismorfik bozukluğu)
- Psikosomatik etmenlerle oluşan ya da alevlenen deri hastalıkları (psöriasis, nörodermatit, hiperhidrosis v.b.)
- Sosyal yalıtma ve damgalamaya ikincil olarak ortaya çıkan psikiyatrik hastalıklar (psöriasis, vitiligo gibi hastalıklarda depresyon görülmesi)
- Genetik ve çevresel etkilerle bir araya gelen deri ve psikiyatrik hastalıklar (mani ve psöriasis gibi)
- Süregen psikiyatrik hastalığı olan kişilerde ortaya çıkan deri hastalıkları (şizofrenlerde hijyene dikkat etmeme sonucu oluşan deri enfeksiyonları)
- Deri hastalıklarının tedavisinde kullanılan steroid, izotretionin gibi ilaçlarla ortaya çıkan psikiyatrik hastalıklar
- Psikiyatride kullanılan bazı ilaçlarla ortaya çıkan deri hastalıkları (klorpromazin, lityum vb.)

Birçok çalışma deri ve ruhsal durum arasındaki karşılıklı, kompleks ilişkiye işaret etmektedir. Duygusal stres ve deri hastalıkları arasındaki ilişkiye dair geniş bir literatür bulunmaktadır. Bunun da ötesinde dermatologlar genellikle hastalarında psikiyatrik bozuklukların sık görüldüğünü düşünmektedirler. Almanya’da dermatoloji klinikleri ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin %85’i tedavide hastalıkların psikosomatik yönlerini de dikkate aldıklarını belirtmişlerdir (39,40).

Alopesia areatası olan 31 askerle, 40 sağlıklı asker grubunun, Beck Depresyon Ölçeği , Beck Umutsuzluk Ölçeği , Spielberger Durumsal ve Süreklilik Kaygı Skalası , Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri ile değerlendirildiği kontrollü bir çalışmada, hastaların % 58’inin aleksitimik olduğu, % 55’inin çeşitli

derecelerde klinik depresyon, % 32'sinin umutsuzluk duyguları yaşadığı saptanmış; durumsal ve sürekli aleksitiminin ciddi ve sürekli stresle oluşan yitimlerden kaynaklanabileceği ve aleksitimi olan bireylerin, stresle başa çıkma güçlükleri ve duygularını ifade etmede zorlanmaları olduğu ve alopesi areata geliştirmeye daha yatkın oldukları sonucuna varılmıştır (41).

Bir çalışmada, dermatoloji kliniğinde liyezon psikiyatristi tarafından değerlendirilen 149 hastanın % 5'inin psikiyatrik tanı aldığı, bunların % 44'ünün depresif bozukluk, % 35'inin kaygı bozuklukları olduğu saptanmıştır. Kalan yüzdeyi daha seyrek görülen sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, alkol bağımlılığı, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, anoreksiya nervoza ve şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklar oluşturmuştur. Psikolojik sorunlar, daha sıklıkla hastaların yaşadığı sosyal zorluklar çerçevesindedir ve tüm cilt hastalarında kaygı ortak bulgudur (42).

Papua Yeni Gine'de yaşları 16-75 arası değişen 132 cilt hastasında Harding Özdeğerlendirme Anketi (Harding self-rating questionnaire) ile psikiyatrik tanılarının araştırıldığı bir çalışmada, kadın erkek oranının hemen hemen eşit olduğu hasta grubunda, 65 kadın hastanın 11'i kaygı nörozu, 37'si nörotik depresyon olarak değerlendirilmiştir. 67 erkek hastanın ise 15'i kaygı bozukluğu, 30'u nörotik depresyon olarak değerlendirilmiştir. Kadın hastaların % 71.6'sı ve erkek hastaların % 69'unda, cilt hastalığı ile birlikte psikiyatrik bozukluk eş tanısı saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları, bazı psikiyatrik hastalıklar ve cilt hastalıkları arasında eş tanının varlığını desteklemektedir (43).

## **2.6. Vitiligonun Psikiyatrik Yönü**

Yüzdeki vitiligo lezyonları, özellikle utanmaya neden olur. El ve ayaktaki dirençli lezyonlar öfke, engellenme ve hayal kırıklığına yol açabilir. Hastalar, diğerlerinin kendilerini nasıl algıladıklarına çok duyarlıdır ve dışlanacakları beklentisiyle sıklıkla geri çekilirler. Bazen tanımadıkları kişiler, hatta yakın arkadaşları, oldukça yaralayıcı ve aşağılayıcı yorumlarda bulunabilir. Bunların etkisiyle, derin emosyonel

rahatsızlık, iş hayatlarında sorunlar yaşayabilirler (8). Görünür yerlerdeki vitiligo lezyonları, yeni iş başvurularındaki görüşmelerde, hastanın şansını azaltabilir. Çocuklukta başlayan vitiligo, özgüvende uzun süre olumsuz etkilenmeye yol açan psikolojik travma ile de ilişkilidir (9).

Çalışmalar, vitiligolu hastaların üçte ikisinin utanma duygusu içinde olduğunu, yarıdan fazlasının sosyal kaygı yaşadığını, kendilerini çirkin hissettikleri için lezyon olan bölgeleri saklamak amacıyla uygunsuz giyindiklerini ve karşı cinsle rahat ilişki kuramadıklarını göstermektedir. Hastaların 2/3'ü yabancıların onlara sürekli baktığından bahsetmişlerdir; % 75'i yabancıların bu konuda soru sorduğunu, % 16'sı insanların onlara bakıp, yüzlerini buruşturduğunu ve kaba sözlere maruz kaldıklarını ve % 13'ü iş başvurularında bir ayrımla karşılaştıklarını belirtmiştir (44,45,46).

Vitiligo hastaları, diğer dermatoloji hastalarına kıyasla, utanç ve düşük benlik saygısı gibi sorunlarla daha fazla mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Birçoğu yaşamlarında sosyal olarak izole hale gelmekte ve hayatlarını sınırlandırmaktadır (1). Dermatoloji pratiğinde, psikolojik etmenlerin cilt belirtileri üzerindeki rollerinin önemi vurgulanmaktadır. Bazen psikolojik etmenler psöriazis, vitiligo gibi kronik cilt hastalıklarının ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir ya da alevlendirebilir (47).

Vitiligo, depresyon ve engellenme sonucunda, kişiler arası ilişkilerde sorunlara yol açabilir. Hastalar genellikle aile üyelerinin destekleyici olmadığını ya da kendilerini anlayamadıklarını hisseder. Fototerapi için uzun süreli düzenli hastaneye gidip gelmeler, immüsupresif tedavilerin yan etkileri, fototerapinin uzun süreli tedavideki riskleri ve kanser oluşturma riski, vitiligo hastaları için diğer kısıtlayıcı zorluklardır (48).

Vitiligonun psikiyatrik yönüne ilişkin yazın gözden geçirildiğinde, çoğu vitiligo hastasının, düşük benlik saygısı ve sosyal izolasyona yol açan utanç duyguları içinde olduğu gözlenmiştir (7). Vitiligolu hastalar, cilt hastalığı olmayan kontrol grubu hastaları ile karşılaştırıldığında, % 40'ında kronik depresif durum görülmüş ve özgüvenleri anlamlı olarak daha düşük saptanmış; 'kendimden nefret ediyorum,

kendimi ucube gibi hissediyorum' gibi yorumlar yaptıkları görülmüştür (45). Bu örnekler cilt hastalığına sahip bireylerin, sosyal yaşamda damgalanma duygusunu yoğun biçimde yaşadıklarını göstermektedir. Vitiligonun kendisi acı verici ya da fiziksel kısıtlamalara yol açan bir hastalık olmamasına karşın, çoğu hasta kendilerine sorulduğu zaman bu hastalığın yaşamlarında ne kadar derin etkiler bıraktığından söz etmektedir. Çalışmalar, bu hastaların üçte ikisinin utanma duygusu içinde olduğunu, yarıdan fazlasının sosyal kaygı yaşadığını ve karşı cinsle rahatlıkla ilişki kuramadıklarını göstermektedir (45).

16 vitiligo hastası psikoterapinin etkileri, benlik saygısı, yaşam kalitesi, beden imgesine ilişkin otomatik düşünceler ve durumsal beden imgesi yönünden, 5 ay süre ile incelemiştir. Çalışmada bilişsel davranışçı terapi modelinden faydalanılmıştır. Bu hastalar, psikoterapi yapılmayan kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve 8 hafta süre ile psikoterapi yapılmış; 8. haftada ve 5. ayın sonunda değerlendirmeye tabi tutulmuşlar; psikoterapi uygulanan grupta, bu süreler sonunda kontrol grubuna göre, benlik saygısı, beden imgesi ve yaşam kalitesi skorlarında anlamlı bir yükselme saptanmıştır. Bu çalışmada psikoterapi yapılan hastaların üçünde, lezyonların boyutunda % 25'inden daha fazla oranda gerileme ve tedavi almayan grupta lezyonlarda kötüleşme; kontrol grubunda 3 üyede lezyon boyutlarında % 50'den daha fazla oranda genişleme saptanmıştır (49).

Pulimood ve ark., dermatoloji kliniklerinde, dermatolog ve psikiyatrist arasında düzenli bir etkileşim olmasının, uygun tedavi için gerekli olduğunu ileri sürmektedir. Somatizasyon ve kişiler arası çatışmaların önemini vurgulayan daha ileri çalışmalar yapılarak, bu konularda belli bir fikir birliğine varmak mümkün olacaktır (50).

### **3. YÖNTEM**

#### **3.1. Örneklem**

Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Lepra Birimi'ne ayaktan başvuran, Uluslararası Dermatolojik Sınıflandırma'ya göre vitiligo tanısı almış, 18-65 yaş arası 42 hasta alındı. Hastalara çalışmanın amacı anlatılarak, katılım için onay alındı. Hastalar 33 kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Mental retardasyon, psikotik bozukluk, demans, delirium ve diğer amnestik bozukluklardan birine sahip olanlar ve ön görüşme sonrası çalışmaya katılımı reddedenler çalışmaya alınmadı.

#### **3.2. Kullanılan Araçlar**

##### **3.2.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):**

Özgün adı "Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version" olan; First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilen bu ölçek DSM-IV'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısı araştırılmasında, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşmedir. Yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan, ajitasyon ve ağır psikotik belirtileri olmayan 18 yaşından büyük kişilere, bu görüşmenin eğitimini almış görüşmeci tarafından uygulanabilir. Bu ölçek, altı modülden oluşmakta, toplam 38 DSM-IV I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan "şu anda" ve "hayat boyu" olarak araştırmaktadır. Türkçe formun uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve ark. tarafından yapılmıştır (51).

##### **3.2.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ):**

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş, hastada kaygı ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi kaygıyı, diğer yedisi depresyonu ölçmektedir. Aydemir

ve ark.'nın yaptıkları geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda kaygı alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir (52).

### **3.2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ):**

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, 10 sorudan oluşan likert tipinde bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Rosenberg tarafından geliştirilmiştir (53). İlk on maddesi benlik saygısını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Türkçe formunun geçerlik güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır (54). İlk 10 sorudan alınan toplam puan 0-1 ise benlik saygısının yüksek, 2-4 ise orta düzeyde, 5-6 ise düşük olduğunu göstermektedir.

### **3.2.4. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ):**

Heimberg, Horner, Juster, Safren, Brown, Schneier ve Liebowitz tarafından geliştirilmiştir (55). Sosyal İletişim veya performans durumlarında sosyal kaygı bozukluğu olan hastaların korku ve/veya kaçınma düzeylerini belirlemek üzere hazırlanmıştır. Temel uygulama grubu olan sosyal kaygı bozukluğu olan hastaların yanı sıra tarama amaçlı sağlıklı toplumda da kullanılabilir. Toplam 24 madde dörtlü likert tipinde ayrı ayrı kaygı ve kaçınma alt başlıkları için değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Soykan Ç, Özgüven HD, Gençöz T tarafından yapılmıştır (56).

### **3.2.5. Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ):**

"İş", "sosyal yaşam/boş zaman uğraşları" ve "aile yaşamı/evdeki sorumluluklar" alt ölçeklerini içeren, bu alanlarda görülen yeti yitimini belirlemek üzere kullanılan bir ölçektir. Puanlama, 0 ile 10 arasında değişen bir derecelendirmeye göre, kişinin kendisi tarafından yapılmaktadır. Bu ölçekte hiç (0), hafif (1,2,3), orta (4,5,6), belirgin (7,8,9) ve çok (10) olmak üzere değişik düzeydeki bozulmalar derecelendirilmektedir (57).



### 3.3. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Science) 11.5 paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama  $\pm$  std. sapma ve % şeklinde gösterildi. Bağımsız gruplar arasında alt ölçekler ve ölçek toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı, bağımsız grup sayısı iki olduğunda Mann Whitney U testiyle bağımsız grup sayısının ikiden fazla olduğu durumlarda ise Kruskal Wallis testleriyle incelendi. Kategorik karşılaştırmalar Ki Kare testi kullanılarak yapıldı. Gruplar içinde yaş ile alt ölçekler ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişkinin olup olmadığı Spearman Korelasyon testi kullanılarak araştırıldı.  $p < 0,05$  için tüm sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Demografik Özellikler

Tablo 4.1.'de ayrıntıları verildiği üzere kontrol grubu ile vitiligo grubu arasında yaş, cinsiyet açısından istatistiksel olarak her hangi bir fark saptanmamış olup kontrol grubunda yaş ortalaması  $35,1\pm 9,0$  ve vitiligo grubunda  $39,7\pm 12,8$  idi ( $p>0,05$ ). Benzer şekilde her iki grup arasında medeni durum, eğitim düzeyi ve iş sahibi olup olmama açısından istatistiksel fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.1.** Vitiligo grubu ile kontrol grubunun demografik özellikleri

		<b>Kontrol Grubu (n=33)</b>	<b>Vitiligo Grubu (n=42)</b>	<b>p</b>
<b>Yaş</b>		35,1±9,0	39,7±12,8	0,074
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	19 (%57,6)	23 (%54,8)	0,807
	Erkek	14 (%42,4)	19 (%45,2)	
<b>Medeni Durum</b>	Evli	20 (%60,6)	29 (%69)	0,446
	Bekar	13 (%39,4)	13 (%31)	
<b>Eğitim Düzeyi</b>	İlkokul ve altı	4 (%12,1)	7 (%16,7)	0,095
	Ortaokul	10 (%30,3)	9 (%21,4)	
	Lise ve eşdeğer	13 (%39,4)	11 (%26,2)	
	İki yıllık okul	-	5 (%11,9)	
	Fakülte	6 (%18,2)	10 (%23,8)	
<b>İş</b>	Çalışıyor	21 (%63,6)	25 (%59,5)	0,717
	Çalışmıyor	12 (%36,4)	17 (%40,5)	

#### 4.2. SCİD-I tanılarına göre vitiligo ve kontrol grubunun karşılaştırılması ve tanıların dağılımı

Vitiligo ve kontrol grubu arasında SCİD-I ile yapılan görüşmeler sonucu psikiyatrik tanı alıp almama açısından karşılaştırma yapıldığında, vitiligo grubunda (13; %31,0), kontrol grubuna (3; %9,1) göre psikiyatrik hastalık daha fazla saptanmış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Tablo 4.2.'de SCİD-I kullanılarak saptanan tanıların dağılımı her iki grupta ayrıntılı olarak verilmiştir. Her iki grupta da majör depresyon tanısının daha fazla saptandığı dikkati çekmektedir.

**Tablo 4.2.** SCİD-I tanılarına göre vitiligo ve kontrol grubunun karşılaştırılması ve tanıların dağılımı.

SCİD-I	Kontrol Grubu	Vitiligo Grubu	p
Tanı yok	30 (%90,9)	29 (%69,0)	0,022
Tanı var	3 (%9,1)	13 (%31,0)	
Majör Depresyon	2 (%66,7)	6 (%46,2)	
Distimik bozukluk	-	2 (%15,4)	
Sosyal fobi	-	1 (%7,7)	
Özgül Fobi	-	1 (%7,7)	
Alkol Bağımlılığı	-	1 (%7,7)	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1 (%33,3)	2 (%15,4)	

#### 4.3.Vityiligo grubu ve kontrol grubunun ölçek puanları açısından karşılaştırılması

**Tablo 4.3.1.** Vitiligo ve kontrol grubunun Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden (RBSÖ) aldığı puanlara göre karşılaştırılması

	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Vitiligo Grubu</b>	<b>p</b>
<b>RBSÖ Puanları</b>	0,8±0,99	1,6±1,54	0,008

Kontrol grubu ve vitiligo grubunun RBSÖ puanları Tablo 4.3.1.'de verilmiş olup vitiligo grubunun benlik saygısı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.3.2.** Vitiligo ve kontrol grubunun Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) puanlarına göre karşılaştırılması

	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Vitiligo Grubu</b>	<b>p</b>
<b>HADÖ-Anksiyete</b>	4,5±2,48	6,0±4,25	0,241
<b>HADÖ-Depresyon</b>	4,4±2,72	6,8±5,10	0,064

Tablo 4.3.2.'de kontrol grubu ve vitiligo grubunun HADÖ alt ölçeklerinden aldığı puanlar karşılaştırılmış olup her iki alt ölçekten de vitiligo grubunun aldığı puanlar kontrol grubundan daha yüksek olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.3.3.** Vitiligo ve kontrol grubunun Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) puanlarına göre karşılaştırılması

	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Vitiligo Grubu</b>	<b>p</b>
<b>LSKÖ-Anksiyete</b>	14,4±8,89	14,5±12,33	0,535
<b>LSKÖ-Kaçınma</b>	11,8±9,26	16,2±14,75	0,320

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği puanlarına göre vitiligo ve kontrol grubu Tablo 4.3.3.'de karşılaştırılmış olup her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### **4.4. Vitiligo Grubunun Yeti Yitimi Açısından Değerlendirilmesi**

**Tablo 4.4.** Vitiligo grubu içinde Sheehan Yeti Yitimi Ölçeğine (SYYÖ) göre olguların dağılımı

	<b>İş Yaşamı</b>	<b>Aile Yaşamı</b>	<b>Sosyal Yaşam</b>
<b>Hafif Düzey</b>	34 (%81,0)	39 (%92,9)	30 (%71,4)
<b>Orta Düzey</b>	4 (%9,5)	2 (%4,8)	6 (%14,3)
<b>Ciddi Düzey</b>	4 (%9,5)	1 (%2,8)	6 (%14,3)

Vitiligo grubundaki olgular yeti yitimi derecelerine göre Tablo4.4.'de sınıflandırılmış olup olguların büyük çoğunluğu her üç yaşam alanında da hafif derecede yeti yitimi yaşadıklarını belirtmişlerdir.

#### 4.5. Vitiligo Grubunun Kendi İçinde Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum ve Çalışıp Çalışmama Hali Açısından Değerlendirilmesi

**Tablo 4.5.1.** Vitiligo grubu içerisinde yaş ile alt ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri

	<b>Korelasyon Katsayısı</b>	<b>P</b>
<b>RBSÖ</b>	-0,016	0,920
<b>HADÖ-anksiyete</b>	-0,371	<b>0,016</b>
<b>HADÖ-depresyon</b>	-0,067	0,673
<b>LSKÖ-anksiyete</b>	-0,179	0,256
<b>LSKÖ-kaçınma</b>	-0,321	<b>0,038</b>
<b>SYÖ-iş</b>	-0,209	0,184
<b>SYÖ-sosyal</b>	-0,254	0,105
<b>SYÖ-aile</b>	-0,194	0,218

Tablo 4.5.1.'de görüldüğü gibi yaş arttıkça tüm ölçek puanları azalmakta olup HADÖ-anksiyete alt ölçeği ve LSKÖ-kaçınma alt ölçeği toplam puanlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Ölçek puanları her iki cinsiyet arasında karşılaştırıldığında Tablo 4.5.2.'de de görüldüğü gibi kadınların erkeklere göre tüm ölçeklerde daha yüksek puanlar aldığı ancak HADÖ puanları ve SYÖ-aile yaşamı ölçeklerindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.5.2.** Vitiligo grubu içinde cinsiyetler arasında ölçekler yönünden yapılan karşılaştırma

	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	<b>P</b>
<b>RBSÖ</b>	2,0±1,69	1,2±1,21	0,089
<b>HADÖ-anksiyete</b>	7,5±4,19	4,2±3,66	<b>0,005</b>
<b>HADÖ-depresyon</b>	8,7±5,42	4,6±3,70	<b>0,010</b>
<b>LSKÖ-anksiyete</b>	15,6±12,50	13,2±12,34	0,403
<b>LSKÖ-kaçınma</b>	17,7±13,40	14,4±16,43	0,100
<b>SYÖ-iş</b>	1,9±2,99	1,0±1,86	0,547
<b>SYÖ-sosyal</b>	3,0±2,75	1,5±2,39	0,054
<b>SYÖ-aile</b>	1,6±2,17	0,3±0,73	<b>0,018</b>

**Tablo 4.5.3.** Vitiligo grubu içinde medeni duruma göre ölçekler yönünden yapılan karşılaştırma

	<b>Evli</b>	<b>Bekar</b>	<b>P</b>
<b>RBSÖ</b>	1,8±1,59	1,3±1,44	0,346
<b>HADÖ-anksiyete</b>	5,7±4,63	6,8±3,30	0,176
<b>HADÖ-depresyon</b>	6,9±5,55	6,5±4,10	0,851
<b>LSKÖ-anksiyete</b>	14,3±11,69	14,8±14,15	0,914
<b>LSKÖ-kaçınma</b>	14,6±13,66	19,7±16,99	0,280
<b>SYÖ-ış</b>	1,1±2,26	2,3±3,04	0,143
<b>SYÖ-sosyal</b>	2,0±2,77	3,1±2,36	0,082
<b>SYÖ-aile</b>	0,9±1,86	1,2±1,68	0,629



**Tablo 4.5.4.** Vitiligo grubu içinde çalışanlarla çalışmayanlar arasında ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırma

	<b>Çalışmayan</b>	<b>Çalışan</b>	<b>P</b>
<b>RBSÖ</b>	1,5±1,23	1,8±1,74	0,895
<b>HADÖ-ankiyete</b>	6,6±4,80	5,6±3,89	0,757
<b>HADÖ-depresyon</b>	6,5±4,47	7,0±5,56	0,847
<b>LSKÖ-anksiyete</b>	13,9±9,17	14,9±14,26	0,709
<b>LSKÖ-kaçınma</b>	17,5±14,60	15,2±15,08	0,653
<b>SYÖ-ış</b>	0,5±1,37	2,1±2,96	0,052
<b>SYÖ-sosyal</b>	1,9±1,92	2,6±3,10	0,894
<b>SYÖ-aile</b>	0,9±1,50	1,0±1,99	0,927

Tablo 4.5.3. ve Tablo 4.5.4.'de görüldüğü gibi vitiligo grubunda medeni durum ve çalışıp çalışmama hali açısından tüm ölçek puanları arasında yapılan karşılaştırmada herhangi bir istatistiksel fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### 4.6. Vitiligo Grubunun Hastalığın Yaygınlığına Göre Değerlendirilmesi

**Tablo 4.6.** Vitiligo grubu içinde hastalığın yaygınlığı açısından yapılan karşılaştırma

	<b>Lokalize</b> <b>n=33</b>	<b>Yaygın</b> <b>n=9</b>	<b>P</b>
<b>SCİD-I (tamı var)</b>	7 (%21,2)	6 (%66,7)	<b>0,016</b>
<b>RBSÖ</b>	1,3±1,29	2,8±1,92	<b>0,049</b>
<b>HADÖ-anksiyete</b>	5,1±3,48	9,3±5,34	<b>0,033</b>
<b>HADÖ-depresyon</b>	5,8±4,58	10,6±5,41	<b>0,016</b>
<b>LSKÖ-anksiyete</b>	12,9±11,99	20,4±12,39	<b>0,016</b>
<b>LSKÖ-kaçınma</b>	15,1±14,47	20,2±15,96	0,236
<b>SYÖ-ış</b>	1,2±2,49	2,3±2,74	0,236
<b>SYÖ-sosyal</b>	1,8±2,47	4,1±2,76	<b>0,023</b>
<b>SYÖ-aile</b>	0,8±1,49	1,7±2,60	0,249

Vitiligo grubunun hastalığın yaygınlığına göre lokalize ve yaygın hastalık olarak ikiye ayrıldığında yapılan karşılaştırmaya göre; Tablo 4.6.'da görüldüğü gibi 33 lokalize olgunun 7'si (%21,2) ve yaygın hastalığı olan 9 olgunun 6'sı (%66,7) psikiyatrik tanı almış olup yaygın hastalığı olan olgularda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla psikiyatrik ek tanı bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Bununla birlikte diğer ölçeklere göre lokalize ve yaygın hastalık karşılaştırıldığında tüm ölçeklerde yaygın hastalığı olanlarda puanlar daha yüksek bulunmuştur. RBSÖ, HADÖ, LSKÖ-anksiyete ve SYÖ-sosyal yaşam ölçek puanlarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

## 5.TARTIŞMA

Çalışmamıza vitiligo hastası 42 olgu ve kontrol grubu 33 olgu dahil edilmiştir. Kontrol grubunu demografik özellikleri vitiligo grubuna benzer olgular oluşturmaktadır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışıp çalışmama hali açısından her iki grup arasında fark yoktur. Bununla birlikte, çalışmamızda vitiligo grubunun 23'ü (%57,6) kadın, 19'u (%42,4) erkek olarak saptanmıştır. Bazı çalışmalarda bu oranın iki cinsiyette birbirine yaklaşık olarak eşit olduğu belirtilirken, bazılarında ise kadınlarda daha fazla görüldüğü vurgulanmıştır (29,32). Kent ve Al- Abadie, dermatoloji yaşam kalitesi indeksinin geçerlik güvenilirliğini yapmak üzere, İngiltere'deki Vitiligo Derneği'ndeki 614 hastayı incelediği çalışmalarında, hastaların 150'sini (% 24) erkek, 464'ünü (% 76) kadın olarak bildirmişlerdir (58). Hughes ve arkadaşları ise, genel sağlık anketi ile inceledikleri dermatolojik ayaktan tedavi edilen hastalardan 30 vitiligo hastasının 17'sini (% 56.7) erkek, 13'ünü (% 43.3) kadın olarak saptamışlardır (59). Bizim çalışmamızda olduğu gibi bazı çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla oranda olması kadın vitiligo hastalarının tedaviye daha çok başvuruyor olmalarından kaynaklanabilir.

Birçok çalışmada dermatolojik hastalığı olan kişilerde psikiyatrik hastalıkların daha fazla görüldüğü saptanmıştır (13,17,43,59,60,61,62).

Konsültasyon liyezon servisinin dermatoloji hastalarında psikiyatrik değerlendirme yaptığı bir çalışmada, 86 dermatoloji hastası çeşitli kendini değerlendirme ölçekleri ile incelenmiştir. Bu çalışmada hastaların %46'sında, çoğunluğunu duygudurum ve anksiyete bozukluklarının oluşturduğu psikiyatrik morbidite saptanmıştır. Bu hastaların %51'inin psikoterapiye ihtiyaç duyduğu, hastaların ise %28'inin psikoterapi talep ettikleri bildirilmiştir (13). Yapılan başka bir çalışmada, dermatoloji kliniğine ayaktan başvuran 132 hastanın genel sağlık anketi ile değerlendirme sonrası riskli olarak kabul edilenleri psikiyatrik değerlendirilmeye alınmış olup hastaların çoğunluğunda psikiyatrik morbidite saptanmıştır (43). Dermatolojiye ayaktan başvuran hastalarla yatarak tedavi gören hastaların incelendiği bir çalışmada ayaktan tedavisi süren hastalarda %30, yatarak tedavi gören hastalarda %60 oranında

psikiyatrik morbidite saptanmıştır (59). Weiss ve ark.'nın (60) çeşitli dermatolojik hastalıkları psikiyatrik eksen I tanıları açısından karşılaştırdıkları çalışmalarında vitiligo hastalarında % 37 oranında psikiyatrik bozukluk oranı bildirmişlerdir. 2579 dermatoloji hastasının katıldığı kapsamlı bir araştırmada yine genel sağlık anketi kullanılmış, belli bir kesme puanının üstündeki hastaların psikiyatrik morbiditesi olduğu varsayılmıştır. Bu çalışmaya göre ayaktan takip edilen dermatoloji hastalarında psikiyatrik morbidite %25,2 olarak saptanmıştır (61). Mattoo ve ark. (17), 113 vitiligo olgusu ile 55 sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırdığı çalışmalarında, vitiligo olgularında psikiyatrik morbidite oranını % 25 olarak saptamışlardır ve vitiligonun yüksek psikiyatrik morbidite ile ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Sharma ve ark.'nın, 30 yeni ve tedavi edilmemiş, 18-60 yaşları arasında psoriasis ya da vitiligo hastasını Genel Sağlık Anketi ile inceleyerek, psikiyatrik morbiditeyi değerlendirmiş; psoriasisde % 53.3, vitiligo hastalarında % 16.2 psikiyatrik morbidite saptamışlardır. Depresyon oranı psoriasisde % 23.3, vitiligoda % 10; anksiyete bozukluğu her iki grupta % 3.3; uyku bozukluğu sık rastlanan bir yakınma olup, psoriasisde % 56.6, vitiligoda % 20 oranında bulunmuştur (62).

Bizim çalışmamızda ise 42 vitiligo hastasının SCİD-I ile değerlendirilmesi sonucu 13'ünde (%31) psikiyatrik morbidite saptanmış olup tanıların çoğunluğunu duygudurum ve anksiyete bozuklukları oluşturmaktadır. Kontrol grubu olan 33 olgunun değerlendirilmesi sonucunda ise 3'ünde (%9,1) psikiyatrik morbidite saptanmıştır. Vitiligo grubunda kontrol grubuna oranla psikiyatrik eksen I tanısı anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. Yukarıda ayrıntıları verilmiş olan çalışmalarla bizim çalışmamızın sonuçları benzer saptanmıştır. Sonuç olarak, dermatolojik hastalığı olan kişilerin psikiyatrik açıdan risk altında oldukları düşünülebilir.

Cildin görüntüsünün, bireyin benlik imgesi üzerinde etkisi vardır. Ciltteki patolojik değişimler, psikolojik sorunlarla sonuçlanabilir (63). Cilt hastalığına sahip kişiler genel toplumun yersiz ve aşırı biçimde dikkatini çeker; bazen fısıltı halinde yorumlar duyabilir, tepki görebilir ve dışlanabilirler. Vitiligo hastalarının benlik imgeleri giderek zayıflayarak, depresyona yol açabilir. Benlik imgeleriyle ilgili olumsuz fikirler geliştirebilir ve yıllar geçtikçe yaşadıkları olumsuz deneyimler nedeniyle bu

duyguları güçlenebilir. Çoğu vitiligo hastası, düşük benlik saygısı ve sosyal izolasyona yol açan utanç duyguları içindedir (17). Benlik kavramı ve vücut görünümü birbirleri ile yakın ilişkilidir (64). Şekil bozukluğu yaşayan çoğu insan diğer insanların kendilerine karşı olan tepkilerinin farkındadır ve fiziksel çekiciliklerine güvenleri olmadan benlik saygılarını geliştirmek ve devam ettirmek zorunda kalmaktadırlar (65). Yapılan bir çalışmada, 16 vitiligo olgusu RBSÖ ile değerlendirilmiştir. Benlik saygıları düşük bulunan hastalar iki gruba ayrılarak bir gruba 5 ay boyunca kognitif davranışçı terapi uygulanmıştır. 5 ay sonunda hastalar tekrar değerlendirildiğinde psikoterapi alan grubun istatistiksel olarak anlamlı derecede benlik saygılarında yükselme ve lezyon alanlarında küçülme tespit edilmiştir (49). Sukan ve ark.'nın (66) vitiligo ve ürtiker hastalarını kontrol grubu ile karşılaştırdığı çalışmalarında vitiligo ve ürtiker grubunun benlik saygılarını kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük bulmuşlardır.

Çalışmamızda, vitiligo grubu ile kontrol grubunun benlik saygısı RBSÖ ile değerlendirildi. Vitiligo grubunun RBSÖ puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu, dolayısıyla benlik saygılarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamıza birebir benzer çalışma olmamakla birlikte yukarıda değinilen çalışmalar sonuçlarımızı desteklemektedir. Sonuç olarak, vitiligo gibi beden görüntüsünü etkileyen dermatolojik hastalıklar kişilerin benlik saygılarında belirgin azalmaya neden olabilmektedir.

Heason ve ark. (67) 610 vitiligo hastasını inceledikleri çalışmalarında, HADÖ kullanılmış ve hastaların %4'ünde depresif belirtilerin, %22'sinde ise anksiyete belirtilerinin kesme puanı üzerinde olduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada, 33 vitiligo hastası sağlıklı kontrol grubu ile anksiyete ve depresyon skorları açısından karşılaştırılmış, hasta grubunda depresyon skorları açısından kontrol grubuna göre anlamlı yükseklik saptanmamıştır. Anksiyete skorları ise hasta grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur (68). Prcic ve ark. (69)'nın 33 ergen vitiligo hastası ve 60 sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmalarında, hasta grubu ve kontrol grubu arasında depresyon ve anksiyete skorları açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda vitiligo grubunun HADÖ anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden aldığı puanlar kontrol grubundan daha yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde de bu konuyla ilgili çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar bildirmektedir. Hasta sayısının daha fazla olduğu kapsamlı çalışmalar bu konuda daha geniş bilgi edinmemizi sağlayabilir.

Literatürde vitiligo ve sosyal anksiyete bozukluğu birlikteliğini araştıran çalışma daha önceden yapılmamış olmakla birlikte bu konuda Özgüven ve ark., (70) psöriyazis hastalarında ikincil sosyal anksiyeteyi inceledikleri çalışmalarında, 32 psöriyazis hastası ile 32 sağlıklı kontrol grubunu LSKÖ ile karşılaştırmış ve psöriyazis hastalarında ölçek puanlarını anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Ayrıca Porter ve ark.'nın (6) 158 vitiligo hastaları ile soru cevap şeklinde yaptığı anket çalışmasında, vitiligo hastalarının çoğunluğu hastalıklarının seksüel ilişkilerini olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda, vitiligo olguları ile sağlıklı kontrol grubu arasında LSKÖ puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Genel anlamda cilt hastalıkları olanlar, lezyonlarının başkaları tarafından görülebilir oluşu ve batıl inançlar nedeniyle bulaşabileceği kaygısı nedeniyle, sosyal anlamda toplum tarafından kabullenilmede sorun yaşayabilirler. Bu durum kişide suçluluk duygularına yol açabilir ve kişinin sosyal olarak izole olmasına neden olabilir. Çalışmamızda, vitiligo hastalarında böyle bir sorunun yaşanmayacağı anlamına gelebileceği gibi, vaka sayısındaki kısıtlılıktan da kaynaklanabilir. Benzer şekilde SYYÖ'ne göre vitiligo olgularının değerlendirilmesi sonucunda aile, iş ve sosyal yaşam alanlarında büyük çoğunluğun hafif şekilde etkilendiği, az bir kesimde sosyal yaşamın ciddi düzeyde etkilendiği saptanmıştır. Yukarıda bahsedildiği gibi vitiligo grubu ve kontrol grubu arasında LSKÖ puanları arasında fark olmamasının diğer nedeni de vitiligo grubunda olguların subjektif olarak hafif derecede yeti yitimi yaşadıklarını belirtmeleri olabilir.

Dermatolojik hastalığı olan olguların psikiyatrik açıdan değerlendirildiği bir çalışmada erkek ve kadın hastalar karşılaştırılmış olup kadın hastaların erkek

hastalara oranla psikiyatrik açıdan daha çok etkilendikleri saptanmıştır (71). 2579 dermatoloji hastasının psikiyatrik açıdan değerlendirildiği bir başka çalışmada yaş ve eğitim seviyesinin psikiyatrik morbiditeye etkisinin olmadığı, kadınlarda ve bekarlarda, erkeklere ve evlilere oranla psikiyatrik morbiditenin daha yüksek olduğu saptanmıştır (61). Harlow ve ark.'nın (72) çalışmasında benzer şekilde kadınların erkeklere oranla deri hastalığından psikiyatrik açıdan daha fazla etkilendikleri, yaşın ise psikiyatrik morbidite ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Vitiligo olgularının genel sağlık anketi ve açık uçlu sorularla değerlendirildiği bir çalışmada yaş azaldıkça hayat kalitesinin ve benlik saygısının düştüğü, psikiyatrik morbiditenin ve algılanan damgalanma duygusunun arttığı saptanmıştır (58). Porter ve ark.'nın (73) vitiligoda damgalanma kavramını inceledikleri çalışmalarında, genç hastaların daha fazla damgalanma algıladıkları, kadın hastaların ise erkeklere oranla görünümüleriyle daha fazla ilgilendikleri ve psikiyatrik açıdan gençlerin ve kadınların daha çok etkilendikleri saptanmıştır.

Çalışmamızda vitiligo olgularının ölçek puanları yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışıp çalışmama açısından değerlendirildiğinde, yaş küçüldükçe ölçek puanlarının arttığı, dolayısıyla genç hastaların psikiyatrik açıdan daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Gençlik dönemi, fiziksel çekiciliğin kişinin hayatında önemli yer kapladığı bir dönem olduğundan, çalışmamızdaki vitiligo olgularında ölçek puanlarının genç yaştaki olgularda daha yüksek olması şaşırtıcı bir sonuç değildir. Benzer şekilde fiziksel görünüme verilen önem kadınlar arasında daha fazla olduğu için çalışmamızdaki kadın vitiligo olgularının erkek olgulara oranla ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur.

Wessely ve ark. (71) dermatolojik hastalıkların yaygınlığı ile psikiyatrik morbidite ilişkisini araştırmış oldukları çalışmalarında, dermatolojik hastalığın yaygınlığı arttıkça psikiyatrik morbiditenin de arttığı sonucuna varmışlardır. Benzer şekilde genel dermatoloji hastaları ile yapılan bir çalışmada, dermatolojik hastalığın şiddeti arttıkça psikiyatrik belirtilerde anlamlı olarak artış saptanmıştır (61). Psöriyazis hastaları ile yapılan bir çalışmada, psöriyazis alanı şiddeti indeksi ile psikopatoloji ilişkisi araştırılmış olup indeks puanları ile ölçek puanları ilişkili olarak

saptanmıştır (70). Vitiligo hastaları ile yapılan bir çalışmada lezyonların görünürlüğü arttıkça algılanan damgalanma duygusunun arttığı ve benlik saygısının azaldığı saptanmıştır (73).

Çalışmamızda da yukarıda bahsi geçen çalışmalarda olduğu gibi vitiligo yaygınlığı arttıkça psikiyatrik morbiditede belirgin olarak artmaktadır. Hastalığın yaygınlığının artması lezyonları daha görülür hale getirdiğinden ve görülebilir lezyonların artması kişi üzerinde psikiyatrik morbiditeyi arttırdığından, çalışmamızda da yaygın hastalığı olanlarda ölçek puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.



## 6. SONUÇLAR

1. Vitiligo olgularının kontrol grubu ile da psikiyatrik tanılar açısından karşılaştırılması sonucunda, vitiligo olgularında psikiyatrik morbiditenin anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır.
2. Vitiligo olgularındaki psikiyatrik tanı dağılımı incelendiğinde, psikiyatrik morbiditeyi en sık duygudurum ve anksiyete bozukluklarının oluşturduğu görülmektedir.
3. Vitiligo olgularında benlik saygısı belirgin olarak daha düşük saptanmaktadır.
4. Vitiligo olgularında anksiyete ve depresif semptomlara daha sık rastlanmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir.
5. Vitiligo olgularında sosyal kaygı hasta olmayan olgulara göre farklı olmayıp yeti yitimi olgular tarafından çoğunlukla her üç yaşam alanında hafif düzeyde değerlendirilmiştir.
6. Vitiligo olgularında, yaş azaldıkça anksiyete ve depresyon semptomlarına daha sık rastlanır, benlik saygısı daha düşük olur.
7. Vitiligo olgularında, kadınlarda erkeklere oranla benlik saygısı daha düşüktür, anksiyete ve depresyon semptomları daha fazla görülmektedir.
8. Vitiligo olgularında, medeni durum ve bir işte çalışıp çalışmama halinin benlik saygısı ve psikiyatrik semptomlar üzerine etkisi yoktur.
9. Vitiligo olgularında yaygın hastalığı olanlarda lokalize hastalığı olanlara göre psikiyatrik morbidite, anksiyete ve depresyon semptomları daha fazla görülmekte, benlik saygısı azalmaktadır.

## ÖZET

### VİTİLİGOLU HASTALARIN PSİKİYATRİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE KONTROL GRUBU İLE KARŞILAŞTIRILMASI

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı dermatoloji polikliniğinde tedavi gören vitiligo hastalarının psikiyatrik morbidite oranlarını, benlik saygılarını, anksiyete ve depresyon semptomlarını ve sosyal uyumlarını araştırmaktır.

**YÖNTEM:** Çalışmaya alınan 42 vitiligo olgusuna dermatolojik muayenenin ardından DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ), Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ) ile değerlendirilmiştir. Kontrol grubu, hasta grubu ile yaş, cinsiyet ve eğitim bakımından eşleştirilmiş 33 kişiden oluşturulmuştur.

**BULGULAR:** Vitiligo grubunda psikiyatrik morbidite daha fazla, benlik saygısı belirgin olarak daha düşük saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Sosyal kaygı kontrol grubuna göre farklı olmayıp yeti yitimi vitiligo olgularının çoğunda hafif derecede bildirilmiştir ( $p>0,05$ ). Vitiligo olguları içerisinde gençlerde ve kadınlarda psikiyatrik morbiditeye daha fazla rastlanmıştır ( $p<0,05$ ). Medeni durum ve bir işte çalışıp çalışmama hali psikiyatrik morbidite ile ilişkili bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Yaygın vitiligo lezyonları olan olgularda psikiyatrik morbidite daha fazla görülmektedir ( $p<0,05$ ).

**SONUÇ:** Bulgular vitiligo olgularında psikiyatrik morbidite oranının sağlıklı kontrol grubuna oranla daha fazla olduğunu göstermektedir. Dermatoloji polikliniklerine başvuran vitiligo olgularının psikiyatrik açıdan değerlendirilmeli, gerektiği durumlarda psikiyatrik destek alınmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** benlik saygısı, psikiyatrik morbidite, sosyal kaygı, vitiligo, yeti yitimi

## SUMMARY

### PSYCHIATRIC ASSESSMENT OF VITILIGO PATIENTS AND COMPARATION WITH THE CONTROL SUBJECTS

**OBJECTIVE:** The aim of this study is investigating the psychiatric morbidity, self esteem, anxiety and depression symptoms and social adjustments of the patients with vitiligo who are being treated at the dermatology polyclinic.

**METHOD:** After dermatological examination, 42 vitiligo patients were assessed by Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Sheehan Disability Scale (SDS). Control group was constituted from subjects who are matched to patient group in terms of age, sex and education.

**RESULTS:** Psychiatric morbidity was established more and self esteem was established low in the vitiligo group ( $p < 0.05$ ). There was no significant difference between patient and control group in terms of social anxiety and disability was declared as mild by most of patients ( $p > 0.05$ ). Among the vitiligo cases, psychiatric morbidity was found more who are female and young ( $p < 0.05$ ). There was no significant relation between psychiatric morbidity and marital and occupational status ( $p > 0.05$ ). Psychiatric morbidity was found more in cases who have widespread lesions ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSION:** These findings suggest that the rate of psychiatric morbidity is more in patients with vitiligo than healthy control subjects. Patients with vitiligo treated at dermatology clinics should be assessed in terms of psychiatric disorders and psychiatric support should be received when required.

**Key Words:** self esteem, psychiatric morbidity, social anxiety, vitiligo, disability

## KAYNAKLAR

- 1) Silvan M. The psychological aspects of vitiligo. *Cutis* 2004, 73(3):163-167.
- 2) Domonkos AN. Pruritus, Cutaneous Neuroses and Neurocutaneous Dermatoses. *Andrew's Disease of the Skin*, 6th ed. Philadelphia 1971, WB Saunders C., s.61-76.
- 3) Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol* 1983, 119:501-512.
- 4) Ingram JT. The personality of the skin. *Lancet* 1933, 1:889.
- 5) Bull R, Rumsey N. *The social psychology of facial appearance*. New York, 1988: Springer Verlag.
- 5) Porter JR, Beuf AH, Lerner AB, Nordlund JJ. The effect of vitiligo on sexual relationships. *J Am Acad Dermatol* 1990, 22:221-222.
- 7) Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002, 16(6):573-578.
- 8) Ginsburg IH. The psychosocial impact of skin disease. An overview. *Dermatol Clin* 1996, 14(3):473-484.
- 9) Hill-Beuf A, Porter JD (1984). Children coping with impaired appearance: social and psychologic influences. *Gen Hosp Psychiatry*, 6(4):294-301.
- 10) Devrimci-Özgüven H, Kundakçı N, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000, 14:267-271.

- 11) Garcia-Pola Vallejo MJ, Huerta G, Cerero R, Seoane JM. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. *Dermatology* 2001, 203:303- 307.
- 12) Çalıkoğlu E, Önder M, Coşar B, Candansayar S. Depression, anxiety levels and general psychological profile in Behçet's Disease. *Dermatology* 2001, 203:238-240.
- 13) Fritzsche K, Ott J, Zschocke I et al. Psychosomatic liaison service in dermatology. *Dermatology* 2001, 203:27-31.
- 14) Ünal S, Çevik A. Psikosomatik Deri Hastalıklarında İmmün Sistem Değişiklikleri. *Düşünen Adam* 1990, 2: 20-23.
- 15) Çalıkuşu C. Nörotik ekskoriyasyonun psikiyatrik tanımlar, aleksitimi ve öfke ifade biçimleriyle ilişkisi, uzmanlık tezi, İÜ, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul, 1998.
- 16) Shafii M, Shafii SL. Exploratory psychotherapy in the treatment of psoriasis. Twelve hundred years ago. *Arch Gen Psychiatry* 1979, 36(11):1242-1245.
- 17) Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002, 16(6):573-578.
- 18) Kovacs OS. Vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38:647-66.
- 19) Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol* 1996, 34(6):1030-1046.
- 20) Koo JY, Do JH, Lee CS. Psychodermatology. *J Am Acad Dermatol* 2000, 43:848-853.

- 21) Medansky RS, Handler RM. Dermatopsychosomatics: classification, physiology, and therapeutic approaches. *J Am Acad Dermatol* 1981, 5(2):125-136.
- 22) Mosher DB, Fitzpatrick TB, Ortonne JP, Hori Y. Hypomelanoses and hypermelanoses. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedber IM, Austen AF, eds. *Dermatology in General Medicine*. 5th ed. New York: McGraw-Hill 1999: 945-1017.
- 23) Nordlund JJ, Majumder PP. Recent investigations on vitiligo vulgaris. *Dermatol. Clin.* 1997;15: 69–78.
- 24) Howitz J, Brodthagen H, Schwartz M, Thomsen K. Prevalence of vitiligo. Epidemiological survey on the Isle of Bornholm, Denmark. *Arch Dermatol* 1977, 113(1):47-52.
- 25) Handa S, Dogra S. Epidemiology of childhood vitiligo: A study of 625 patients from North India. *Pediatric Dermatology* 2003; 3: 207-210.
- 26) Boisseau-Garsaud AM, Garsaud P, Cales-Quist D, Helenon R, Queneherve C, Claire RC. Epidemiology of vitiligo in the French West Indies (Isle of Martinique). *Int J Dermatol* 2000,39(1):18-20.
- 27) Tao Lu, MD, PhD, Tianwen Gao, MD, PhD, Anhui Wang, PhD, Yan Jin, PhD, Qiang Li, MD, PhD, and Chunying Li, MD, PhD. Vitiligo prevalence study in Shaanxi Province, China. *International Journal of Dermatology* 2007,46, 47–51
- 28) George AO. Vitiligo in Ibadan, Nigeria. Incidence, presentation, and problems in management. *Int J Dermatol* 1989, 28(6):385-387.
- 29) Moschella SL, Hurley HJ. *Dermatology*. W.B. Saunders Company, third edition volume two, Philadelphia, 1992, 1442-1474.

- 30) Lerner AB. Vitiligo. *J Invest Dermatol* 1959; 32:285-310.
- 31) Majumder PP, Nordlund JJ, Nath SK. Pattern of familial aggregation of vitiligo. *Arch Dermatol* 1993; 129:994-8.
- 32)Gupta G, Gupta N, Singh V. Efficacy of homoeopathic drugs in cases of leucoderma: A clinical study. *The Homoeopathic Heritage*, 2002.
- 33) Ortonne JP, Mosher DB& Fitzpatrick TB. Vitiligo and other hypomelanoses of hair and skin. London: WB. Saunders, 1983, 260-286.
- 34) Bhutani LK. Disorders of skin pigmentation, *Color atlas of Dermatology*, 1993, 4th Edition: 147 - 152.
- 35) Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. *Am Family Phys* 2001;11:1873-8.
- 36) Koo JY. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. *Cur prob Dermatol* 1995, 6:204-232.
- 37) Karıncaoğlu Y, Dogan G. Vitiligo: Etiyopatogenez, Klinik ve Tedavi T Klin Tıp Bilimleri 2001, 21:200-209.
- 38) Bhatia MS, Gautam RK, Bedi GK ve ark. (1996) Psychiatric profile of patients with neurodermatitis. *J Indian Med Assoc*, 94:445- 446.
- 39)Picardi A, Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom* 2001;70:118–36.

- 40) Gieler U, Niemeier V, Kupfer J, Brosig B, Schill WB. Psychosomatic dermatology in Germany: a survey of 69 dermatologic clinics [in German, abstract in English]. *Hautarzt* 2001;52:104–10.
- 41) Sayar K, Köse O, Ebrinç S, Çetin M. Hopelessness, depression and alexithymia in young Turkish soldiers suffering from alopecia areata. *Dermatol Psychosom* 2001, 2:12-15.
- 42) Woodruff PW, Higgins EM, du Vivier AW, Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997, 19(1):29-35.
- 43) Attah Johnson FY, Mostaghimi H. Co-morbidity between dermatologic diseases and psychiatric disorders in Papua New Guinea. *Int J Dermatol* 1995, 34(4):244-248.
- 44) Hill-Beuf A, Porter JD. Children coping with impaired appearance: social and psychologic influences. *Gen Hosp Psychiatry* 1984, 6(4):294-301.
- 45) Porter J, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB. Psychological reaction to chronic skin disorders: a study of patients with vitiligo. *Gen Hosp Psychiatry* 1979, 1(1):73-77.
- 46) Porter JR, Beuf AH, Lerner A, Nordlund J. Psychosocial effect of vitiligo: a comparison of vitiligo patients with "normal" control subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. *J Am Acad Dermatol* 1986, 15:220-224.
- 47) Koo JY. Psychotropic agents in dermatology (1993) *Dermatol Clin*; 11: 215-224.
- 48) Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. *Health Qual Life Outcomes* 2003, 23;1(1):58



- 49) Papadopoulos L, Bor R, Legg C. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *Br J Med Psychol* 1999, 72:385-396.
- 50) Pulimood S, Rajagopalan B, Rajagopalan M, Jacob M, John JK. Psychiatric morbidity among dermatology inpatients. *Natl Med J India* 1996, 9(5):208-210.
- 51) Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999, 12:233-236.
- 52) Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997, 8: 280-287.
- 53) Rosenberg M. *Society and adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press. 1965
- 54) Çuhadaroğlu F. *Adolesanlarda Benlik Saygısı*. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1986, Ankara.
- 55) Heinberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, Liebowitz MR. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychol Med*. 1999; 29: 199-212.
- 56) Soykan C, Ozguven HD, Gencoz T. Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish version. *Psychol Rep* 2003 Dec; 93(3 Pt 2): 1059-69.
- 57) Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 1996, 11:89-95.

- 58) Kent G, Al-Abadie M. Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *J Am Acad Dermatol* 1996, 35(6):895-898.
- 59) Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983, 143:51-54.
- 60) Weiss MG, Doongaji DR, Siddhartha S, Wypij D, Pathare S, Bhatawdekar M, Bhave A, Sheth A, Fernandes R. The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC). Contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health. *Br J Psychiatry* 1992, 160:819-830.
- 61) Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *British Journal of dermatology* 2000, 143: 983-991.
- 62) Sharma N, Koranne RV, Singh RK. Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study. *J Dermatol* 2001, 28(8):419-423.
- 63) Savin JA. The hidden face of dermatology. *Clin Exp Dermatol* 1993, 18(5): 393-395.
- 64) Bernstein N. Psychological problems associated with facial disfigurement. In B. Heller, L. Flohr, L. Zegans (Eds), *Psychosocial interventions with physically disabled persons*. 1989, New Brunswick, NJ: Rutgers University Pres.
- 65) Cash, T. F. *The body image automatic thoughts questionnaire (BIATQ)*. Department of Psychology, Old Dominion University, 1990, Norfolk.
- 66) Sukan M, Maner F. Vitiligo ve Kronik Ürtiker Hastalarında Benlik Saygısı. *Psychiatry in Türkiye*. 2006;8(2):93-97.

67) Vitiligo: More than a skin disease Sophie Heason and Gerry Kent University of Sheffield.

68) Gieler U, Brosig B, Schneider U, Kupfer J, Niemeier V, Stangier W. Vitiligo - Coping Behavior. *Küster Dermatology and Psychosomatics* 2000;1:6-10.

69) Prcic S, Durovic D, Duran V, Vukovic D, Gajinovic Z.. Some psychological characteristics of children and adolescents with vitiligo--our results. *Med Pregl.* 2006 May-Jun;59(5-6):265-9.

70) Özgüven DH, Kudakçı N, Boyvat A. Psöriyazis hastalarında ikincil sosyal anksiyete. *Türk psikiyatri dergisi.* 2000;11(2):121-126.

71) Wessely SC, Lewis GH. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *Br J Psychiatry* 1989, 155:686-691.

72) Harlow D, Poyner T, Finlay AY, Dykes PJ. Impaired quality of life of adults with skin disease in primary care. *Br J Dermatol* 2000, 143(5):979-982.

73) Porter JR, Beuf AH. Racial variation in reaction to physical stigma: a study of degree of disturbance by vitiligo among black and white patients. *J Health Soc Behav* 1991, 32(2):192-204.

## EKLER

### EK I

#### HADS ÖLÇEĞİ

Doktorlar pek çok hastalıkta duyguların önemli olduğunu bilirler. Eğer sizin doktorunuz duygularınızı bilirse, size daha çok yardım edebilir.

Bu soru formu, doktorunuzun sizin kendinizi nasıl hissettiğinizi bilmesine yardımcı olmak için düzenlenmiştir. Soruların altındaki herbir maddeyi okuyun ve son bir hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan yanıtın yanındaki parantezin içine çarpı (X) işareti koyun.

Tarih:

Adı-Soyadı:

Bölüm ve Yatak No:

1. Kendimi gergin ve telaşlı hissediyorum:

- Her zaman
- Çoğu zaman
- Bazen
- Hiçbir zaman

2. Eskiden hoşlandığım şeylerden hala hoşlanıyorum:

- Eskisi kadar hoşlanıyorum
- Eskisinden biraz az hoşlanıyorum
- Sadece biraz hoşlanıyorum
- Hoşlanmıyorum

3. İçimde sanki kötü birşey olacakmış gibi, korkuya benzer bir his var:

- Kesinlikle ve oldukça fazla var
- Evet var, ama o kadar kötü değil
- Biraz var, ama beni rahatsız etmiyor
- Böyle bir şey yok

4. Gülebiliyor ve olayların eğlenceli yanını görebiliyorum:

- Bunu her zaman yapabildiğim kadar yapıyorum
- Bunu şu anda eskisi kadar çok yapamıyorum
- Bunu şu anda pek yapamıyorum
- Bunu hiç yapamıyorum

5. Kafamın içinde endişe verici düşünceler gidip geliyor:

- Her zaman
- Oldukça sık
- Zaman zaman ama sık değil
- Nadiren

6. Kendimi coşku dolu hissediyorum:

- Hiç bir zaman
- Bazen
- Çoğu zaman

- Her zaman
7. Sakin bir şekilde oturup, kendimi rahatlamış hissedebiliyorum:
- Her zaman
- Çoğu zaman
- Bazen
- Hiç bir zaman
8. Kendimi yavaşlamış gibi hissediyorum ve bunun bedensel hastalığımla ilgisi yok:
- Her zaman
- Çoğu zaman
- Bazen
- Hiç bir zaman
9. İçimi bir ürperti kaplıyor, midemde yanma oluyor:
- Hiç bir zaman
- Zaman zaman ama sık değil
- Oldukça sık
- Sürekli olarak
10. Nasıl görüldüğümle artık ilgilenmiyorum:
- Hiç ilgilenmiyorum
- Gerektiği kadar ilgilenmiyorum
- Bazen ilgilenemediğim oluyor
- Her zaman olduğu kadar ilgileniyorum
11. Sanki her an hareket etmek zorundaymışım gibi huzursuzum, yerimde duramıyorum:
- Her zaman
- Çoğu zaman
- Bazen
- Hiç bir zaman
12. Geleceğe sevinçle bakıyorum:
- Her zamanki gibi
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden çok daha az
- Hemen hiç sevinçle bakamıyorum
13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum:
- Her zaman
- Çoğu zaman
- Bazen
- Hiç bir zaman
14. İyi bir kitap, radyo ya da televizyon programından hoşlanabiliyorum:
- Her zaman
- Çoğu zaman
- Bazen
- Hiçbir zaman

(Şimdi bütün soruları yanıtlayıp yanıtlanmadığınızı kontrol ediniz.)

## EK II

### ROSENBERG ÖLÇEĞİ

Aşağıda sizin kendinizle ilgili duygularınız hakkında 10 tane ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve ŞU ANDA kendinizle ilgili hissettiklerinizi en iyi anlatan seçeneği işaretleyin. Eğer okuduğunuz ifade size tümüyle uyuyorsa, ÇOK DOĞRU seçeneğini yuvarlak içine alın. Eğer size uyuyor, ancak tümüyle katılmıyorsanız, DOĞRU seçeneğini yuvarlak içine alın. Eğer size uymuyorsa YANLIŞ seçeneğini yuvarlak içine alın. Eğer bu ifadenin sizin hissettiklerinizin kesinlikle tam tersini anlattığını düşünüyorsanız, ÇOK YANLIŞ seçeneğini yuvarlak içine alın. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen ifadeleri atlamayın. Herhangi bir ifade üzerinde çok zaman harcamayın.

Şimdi lütfen aşağıdaki her cümleyi dikkatlice okuyun ve şu an için sizin kendinizle ilgili duygularınızı en iyi yansıttığını düşündüğünüz seçeneği işaretleyin.

1. Genel olarak kendimden memnunum.  
Çok doğru / Doğru / Yanlış / Çok yanlış
2. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.  
Çok doğru / Doğru / Yanlış / Çok yanlış
3. Bazı olumlu özelliklerimin olduğunu düşünüyorum.  
Çok doğru / Doğru / Yanlış / Çok yanlış
4. Kendimde gurur duyacak fazla şey bulmuyorum.  
Çok doğru / Doğru / Yanlış / Çok yanlış
5. Ben de bir şeyleri diğer insanların çoğunun yapabildiği kadar iyi yapabilirim.  
Çok doğru / Doğru / Yanlış / Çok yanlış
6. Bazen kendimin kesinlikle işe yaramadığını düşünürüm.  
Çok doğru / Doğru / Yanlış / Çok yanlış
7. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli bulurum.  
Çok doğru / Doğru / Yanlış / Çok yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.  
Çok doğru / Doğru / Yanlış / Çok yanlış
9. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.  
Çok doğru / Doğru / Yanlış / Çok yanlış
10. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.  
Çok doğru / Doğru / Yanlış / Çok yanlış

**BİTİRDİĞİNİZDE, LÜTFEN FORMU GÖRÜŞMECİYE GERİ VERİN**

### EK III

<b>LIEBOWITZ SKALASI</b>		
Uyarılar: Tüm seçeneklere geçen haftayı düşünerek-bugün de dahil olacak şekilde- puan veriniz. Eğer durumlardan biri geçen hafta içerisinde oluşmadıysa, hastanın durumla karşılaştığında göstereceğini söylediği tepkiyi puanlayınız. Her bir durum için (yaşanmış olan ya da yaşanmış olduğu varsayılan) hem korku ya da anksiyetenin derecesini hem de kaçınma sıklığını puanlayınız.		
	<b>Korku ya da anksiyete</b> 0=yok 1=hafif 2=orta 3=şiddetli	<b>Kaçınma</b> 0=asla (% 0) 1=ara sıra (% 1-33) 2=sıkça (% 34-67) 3=genellikle (% 68-100)
1. Topluluk içerisinde telefon etmek		
2. Küçük bir grupta beraber bir aktiviteye katılmak		
3. Toplulukta yemek yemek		
4. Toplulukta içecek içmek		
5. Yönetici konumundaki biri ile konuşmak		
6. Seyirci önünde rol yapmak, oynamak ya da konuşmak		
7. Bir partiye / davete gitmek		
8. Biri ya da birileri tarafından izlenirken çalışmak		
9. Biri ya da birileri tarafından izlenirken yazı yazmak		
10. Çok iyi tanımadığımız birine telefon etmek		
11. Çok iyi tanımadığımız biri ile yüz yüze konuşmak		
12. Yabancılarla tanışmak		
13. Genel bir tuvalette idrar yapmak		
14. Başkalarının oturuyor olduğu bir odaya girmek		
15. İlgi merkezi olmak		
16. Ön hazırlık olmadan bir toplumda konuşmak		
17. Beceri, bilgi ya da yetenek ile ilgili bir sınava girmek		
18. Çok iyi tanımadığımız birine karşı görüş bildirmek ya da onunla aynı fikirde olmadığınızı söylemek		
19. Çok iyi tanımadığımız birinin doğrudan gözlerinin içine bakmak		

20. Bir gruba sözlü rapor vermek		
21. Cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmak		
22- Bir malı parası iade edilmek üzere geri götürmek		
23. Bir parti / davet vermek		
24. Israrcı bir satıcıyı reddetmek		



## EK IV

SHEEHAN YETİ YİTİMİ ÖLÇEĞİ											
Yönerge: Aşağıdaki şekilde 0 ile 10 arasındaki numaralarla, <u>hastalığınızın hayatınızın</u> çeşitli alanlarını ne kadar etkilediği belirtilmiştir. Her bir yaşam alanınızın ne kadar etkilendiğini bu numaralara göre belirleyerek, yandaki boşluklara o numarayı yazınız.											
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bozukluk	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Çok
Yok	Hafif		Orta düzeyde			Ciddi düzeyde			ağır		
	bozukluk			bozukluk			bozukluk			bozukluk	
İş Yaşamı: Şu anda, iş yaşamınız, hastalığınız nedeniyle ne kadar bozuldu)										(0-10)	
Sosyal yaşam ve boş zaman faaliyetleri: Şu anda, sosyal yaşamınız ve boş zaman faaliyetleriniz, hastalığınız nedeniyle ne kadar bozuldu?										(0-10)	
Aile yaşamı ve evdeki sorumluluklar: Şu anda, aile yaşamınız ve evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmeniz, hastalığınız nedeniyle ne kadar bozuldu?										(0-10)	