

Akne Vulgaris Hastalarında Karakter ve Mizaç Özellikleri

İpek Sönmez¹, Didem Mullaaziz², Aslı Kaptanoğlu³, Özgür Tosun⁴

¹Doç. Dr., Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Lefkoşa

²Yrd. Doç. Dr., ³Doç. Dr., Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Lefkoşa

⁴Yrd. Doç. Dr., Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Lefkoşa

Yazışma adresi: Didem Mullaaziz, Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Lefkoşa/KKTC.

Tel: +090 392 6751000 / 1277

E-mail: didem_mullaaziz@yahoo.com

Geliş tarihi: 02 Ağustos 2017

Kabul tarihi: 16 Kasım 2017

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı akne vulgaris (AV) hastalarında ortak spesifik kişilik özellikleri ve Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI) puanları ile depresyon ve anksiyete puanları arasında ilişki olup olmadığını araştırmaktır.

Yöntem: Dermatoloji polikliniğine başvuran ve dermatolojik muayene sonrası AV tanısı konulan hastalar ile kontrol grubuna, sosyodemografik ve klinik bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve TCI uygulanmıştır.

Bulgular: Hasta grubunda kontrol grubuna oranla, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak önemli düzeyde yükseklik olduğu gözlenmiştir. TCI alt ölçekleri açısından da hasta grubu işbirliği yapma 3 (C3=yardımseverlik), işbirliği yapma toplam (C) ve kendini aşma 2 (ST2=kişiler ötesi özdeşim) puanları açısından kontrol grubundan önemli düzeyde yüksek iken kendini yönetme 3 (SD3=beceriklilik) alt ölçeğinde kontrol grubunun önemli düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir.

Sonuçlar: Çalışmamızda saptanan kendini yönetme puanlarının düşük olması, hastanın tedavi ile ilgili süreçlerde zorluklar yaşamasına neden olabilir. Bu zorluklar tedavi uyumsuzluğu ile tetiklenen AV'de tedavi başarısızlığı, anksiyetede ve depresyonda artış, AV kliniğinde kötüleşme ve bu süreci yönetememe gibi bir kısır döngüye yol açabilir.

Anahtar Sözcükler: akne vulgaris; kişilik; karakter

ABSTRACT

Character and temperament features of patients with acne vulgaris

Objective: The purpose of the study is to investigate whether there are associations between common specific personality characteristics, Temperament and Character Inventory (TCI) scores, Beck Depression and Anxiety scores in patients with acne vulgaris (AV).

Method: The patients who were diagnosed with AV following the dermatologic examination and the selected healthy control individuals filled the socio-demographic and clinic information form, Beck Depression and Beck Anxiety scales, as well as the TCI.

Results: Patients were significantly higher for their Beck depression and anxiety scores. For TCI subscales; patient group was significantly higher for cooperativeness 3 (C3=helpfulness), cooperativeness total and self-transcendence 2 (ST2=transpersonal identification) subscale scores while they were significantly lower for self directiveness 3 (SD3=resourcefulness) subscale score compared to the control group.

Conclusions: The findings about lower self-transcendence scores of patients group might be related with the difficulties they can experience during the treatment process. Such difficulties might increase the anxiety and depression incidence of the AV patients, worsen the disease severity, decrease the success rate of the treatment. All such negative effects, triggered with treatment non-concurrence, might lead to a vicious cycle that would cause the mismanagement of the whole treatment procedure.

Keywords: acne vulgaris; personality; character

GİRİŞ

Deri ve sinir dokusunun aynı embriyonik yapıdan köken alması nedeni ile bu iki sistem arasında yakın ilişki olduğu ve bu sistemlerin birbirini etkiledikleri kabul edilmektedir. Gelişiminde genetik etkenlerin belirgin rol oynadığı kişilik özellikleri, bu yakın ilişki ve etkileşim için de önem kazanmaktadır.¹

Akne vulgaris (AV), komedon, papül, püstül ve nodül gibi lezyonlarla karakterize, pilosebase birimin kronik inflamatuvar bir hastalığı olup, sıklıkla adolesan yaşlarda başlayıp 20'li yaşların ortalarında gerilemekte, erkeklerde daha sık ve şiddetli seyretmektedir.^{1,2} AV'nin psikolojik, 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 hastaların kişilerarası ilişkilerinde, kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde ve günlük performansında etkili olmaktadır.² Son yapılan çalışmalar emosyonel stresin, derideki serbest yağ asitlerini ve sebace bezlerdeki birçok nöroendokrin mediyatör reseptörlerinin ekspresyonunu artırarak, AV lezyonlarının alevlenmesine katkıda bulunduğunu göstermiştir.³ Ayrıca, hastalar AV ile ilişkili depresyon ya da anksiyete durumlarında danışma/rehberlik hizmetleri ile ya da psikotropik ilaç tedavileri ile fayda görebilmektedir.⁴

Dış görünüm sosyalleşme sürecinde önemli bir rol oynadığı için, benliğin vitrinini oluşturan deride ortaya çıkan bozukluklar beden imgesi ve kendilik kavramı üzerinde bir stres etkeni olarak yaşam kalitesini ve kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Duygusal durum ve psikososyal travmalar ile deri hastalıklarının ortaya çıkışı, alevlenmesi ve seyri arasında ilişki olduğu çeşitli çalışmalarda ileri sürülmüştür.⁵ AV hastalarında yüz sıklıkla tutulduğundan ve yüz görünümü kişinin vücut imajı algısı açısından önemli olduğundan düşük şiddette bile olsa emosyonel, sosyal ve psikolojik fonksiyonları etkileyebilmektedir.⁶ AV hastalarının % 18-44'ünde klinik olarak önemli ölçüde depresyon ve anksiyete gözlenmektedir.⁷ Emosyonel stres akneyi alevlendirebildiği gibi, hastalar aknenin sonucu olarak da psikolojik ve psikiyatrik sorunlar yaşayabilmektedir.⁸ Ruhsal etkenlerle akne arasında en az üç tür etkileşim olduğu ileri sürülmektedir; 1- Duygusal streslerin akneyi şiddetlendirmesi 2- Akneye ikincil olarak hastalarda anksiyete, depresyon, sosyal fobi, düşük benlik saygısı gibi psikiyatrik belirtilerin gelişmesi 3- Beden dismorfik bozuklukta olduğu gibi birincil psikiyatrik bozukluğun akneye odaklanmasıdır.⁹

Kişiliği değerlendirmek için Cloninger tarafından psikobiyolojik model geliştirilmiş ve kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakter incelenmiştir. Bu model, ikiz ve aile çalışmaları ile uzunlamasına gelişim çalışmaları, öğrenmede nörodavranışsal, nörofarmakolojik çalışmalar ve psikometrik çalışmalara dayanmaktadır. Cloninger'in psikobiyolojik kişilik modelinde, dört temel kişilik boyutu ile bir kişinin yenilik, tehlike ve çeşitli ödül tiplerine verdiği yanıtlar incelenmiştir. Bu yolla temel duyguların algısal bilgi süreçlerini değiştirdiği, özellikle şartlı uyarılara verilen bilinçdışı yanıtlar gibi erken öğrenme süreçlerini biçimlendirdiği tespit edilmiş ve bellek sistemleri tarafından işlenen bilginin kalıtsal eğilimleri yansıtılmıştır.¹⁰ Mizaç boyutları olan yenilik arayışı (NS), ödül bağımlılığı (RD), zarardan kaçınma (HA) ve sebat etme (P)'den oluşan dört boyutlu bir mizaç bileşenini; kendini yönetme (SD), işbirliği yapma (C) ve kendini aşmadan (ST) oluşan üç boyutlu bir karakter bileşenini içermektedir.¹⁰⁻¹²

Dermatolojik hastalıklarla yapılan çeşitli çalışmalarda mizaç ve karakter özellikleri araştırılmıştır; fakat bu çalışmalar daha çok psoriasis, atopik dermatit, vitiligo ve nörodermatit hastaları ile yapılan çalışmalardır.¹³ Bu çalışmanın amacı, AV hastalarında ortak spesifik kişilik özellikleri ve Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI) puanları ile depresyon ve anksiyete puanları arasında ilişki olup olmadığına araştırmaktır.

YÖNTEM

Ocak-Haziran 2015 tarihleri arasında Dermatoloji polikliniğine başvuru AV tanısı alan ve çalışmaya katılmak için gönüllü olan 48 hasta ve 49 sağlıklı gönüllü kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların yaşları 16-26 (21,04±2,13) arasında ve AV tanısı dışında dermatolojik tanısı olmayan hastalardı. Kontrol grubu ise yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikler açısından hasta grubuna benzer özellikler taşıyan, AV tanısı olmayan sağlıklı gönüllülerden oluşuyordu. Hem hasta hem de kontrol grubunda tedavi altında olmayan sistemik hastalık, mental retardasyon, nörolojik hastalık, psikotik bozukluk, alkol ve madde bağımlılığı, psikiyatrik ilaç kullanımı dışlama kriterlerini oluşturuyordu. Hasta ve kontrol grubuna sosyodemografik ve klinik bilgi formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve TCI uygulandı. Hasta grupta ayrıca Global Akne Derecelendirme Sistemi (GADS) kullanılarak hastalık şiddeti skorlandı.

Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI): Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyolojik bir model geliştirmeye çalışmış ve bu modele uygun olacak şekilde 1987'de Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'nin (Tridimensional Personality Questionnaire-TPQ) ilk şeklini geliştirmiştir.¹¹ 1993'te ise bu ölçeğe arkadaşlarıyla birlikte bir mizaç boyutu ile üç karakter boyutu ekleyerek ölçeğin adını Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory-TCI) olarak değiştirmişlerdir.¹² Ölçek 'doğru' ya da 'yanlış' şeklinde yanıtlanan 240 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. TCI yedi üst sıra ölçekten oluşmaktadır. Sebat etme dışında tüm boyutlar, üç ve beş arasında alt ölçeklere ayrılmıştır:

Mizaç boyutunda, yenilik arayışı (NS) 4 alt ölçeğe (NS1: keşfetmekten heyecan duyma, NS2: dürtüsellik, NS3: savurganlık, NS4: düzensizlik), zarardan kaçınma (HA) 4 alt ölçeğe (HA1: endişe ve karamsarlık, HA2: belirsizlik korkusu, HA3: yabancılardan çekinme, HA4: çabuk yorulma ve dermansızlık), ödül bağımlılığı (RD) 3 alt ölçeğe (RD1: duygusallık, RD3: bağlanma, RD4: bağımlılık) ayrılmıştır.

Karakter boyutunda, kendi kendini yönetme (SD) 5 alt ölçeğe (SD1: sorumluluk alma, SD2: amaçlılık, SD3: beceriklilik, SD4: kendini kabullenme, SD5: uyumlu ikincil huylar), işbirliği yapma (C) 5 alt ölçeğe (C1: sosyal onaylama, C2: empati duyma, C3: yardımseverlik, C4: merhamet, C5: erdemlilik-vicdanlılık), kendini aşma (ST) 3 alt ölçeğe (ST1: kendilik kaybı, ST2: kişiler ötesi özdeşim, ST3: manevi kabullenme) ayrılmıştır.¹⁴

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Dört adet kendini değerlendirme maddesinin yer aldığı likert tipinde 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puan ile değerlendirilen ölçektir. Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçek, anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır.¹⁵ Ölçeğin ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹⁶ Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. BAÖ'den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri; 0-17 puan düşük, 18-24 puan orta, 25 ve üzeri puan yüksek derecede anksiyete şeklinde sınıflandırılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşları tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir.¹⁷ BDÖ'den alınan puanlara göre depresyon düzeyleri; 0-13 puan depresyon yok, 14-19 puan düşük, 20-28 puan orta, 29-63 puan yüksek derecede depresyon şeklinde sınıflandırılmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmıştır.¹⁸

Global Akne Derecelendirme Sistemi (Global Acne Grading System, GADS): 1997'de Doshi ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.¹⁹ Bu yöntemde göre yüz (alın, çene, sağ ve sol yanak),

gövde ve sırtın üst kısmı olmak üzere altı anatomik bölge ve her anatomik bölge için kabaca yüzey alanı, dağılım ve pilosebase ünitenin yoğunluğunu kapsayan bir faktör belirlenmiştir. Derecelendirmede komedon, papül, püstül ve nodül esas alınır. Bir ve birden fazla lezyon için aynı şiddet kullanılır. Eğer bir anatomik bölgede hem papül hem de nodül varsa nodül şiddet skoru esas alınır. Her anatomik bölge için lokal skorlar hesaplandıktan sonra bu lokal skorlar toplanıp global skor elde edilir (Tablo 1).

Tablo 1: Global Akne Derecelendirme Sistemi

Anatomik bölge	Faktör	Akne tipi şiddeti	Global akne skoru (lokal skorların toplamı)
Alın	2	Yok(0)	Hafif (1-18)
Sağ yanak	2	Komedon(1)	Orta (19-30)
Sol yanak	2	Papül (2)	Şiddetli (31-38)
Burun	1	Püstül (3)	Çok şiddetli(>39)
Çene	1	Nodül (4)	
Göğüs ve sırt üst kısmı	3		

Lokal skor: Faktör x Akne tipi şiddeti

Tablo 2: Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve TCI Skorları

Ölçekler	Hasta	Kontrol	p
	Ortanca (Min-Max) (n=48)	Ortanca (Min-Max) (n=49)	
Yenilik Arayışı 1 (NS1)	6,00 (2,00-10,00)	5,00 (1,00-8,00)	0,087
Yenilik Arayışı 2 (NS2)	5,00 (1,00-8,00)	5,00 (2,00-8,00)	0,061
Yenilik Arayışı 3 (NS3)	5,00 (1,00-9,00)	5,00 (2,00-8,00)	0,649
Yenilik Arayışı 4 (NS4)	5,00 (2,00-8,00)	5,00 (1,00-8,00)	0,965
Yenilik Arayışı Toplam (NS)	21,00 (12,00-31,00)	21,00 (14,00-27,00)	0,957
Zarardan Kaçınma 1 (HA1)	6,00 (3,00-10,00)	6,00 (0,00-10,00)	0,592
Zarardan Kaçınma 2 (HA2)	4,00 (1,00-7,00)	4,00 (1,00-7,00)	0,263
Zarardan Kaçınma 3 (HA3)	4,00 (1,00-6,00)	4,00 (0,00-6,00)	0,367
Zarardan Kaçınma 4 (HA4)	4,00 (1,00-8,00)	4,00 (2,00-7,00)	0,532
Zarardan Kaçınma Toplam (HA)	17,00 (12,00-29,00)	18,00 (6,00-23,00)	0,671
Ödül Bağlılığı 1 (RD1)	8,00 (3,00-10,00)	7,00 (3,00-10,00)	0,627
Ödül Bağlılığı 3 (RD3)	5,00 (1,00-7,00)	5,00 (2,00-7,00)	0,685
Ödül Bağlılığı 4 (RD4)	3,00 (1,00-5,00)	4,00 (1,00-6,00)	0,320
Ödül Bağlılığı Toplam (RD)	15,00 (10,00-21,00)	15,00 (10,00-19,00)	0,511
Sebat Etme (P)	5,00 (2,00-7,00)	4,00 (1,00-7,00)	0,198
Kendini Yönetme 1 (SD1)	4,00 (1,00-8,00)	4,00 (0,00-8,00)	0,710
Kendini Yönetme 2 (SD2)	5,00 (2,00-7,00)	5,00 (2,00-8,00)	0,912
Kendini Yönetme 3 (SD3)	3,00 (0,00-4,00)	3,00 (1,00-5,00)	0,032
Kendini Yönetme 4 (SD4)	4,00 (1,00-9,00)	5,00 (2,00-9,00)	0,190
Kendini Yönetme 5 (SD5)	8,00 (4,00-10,00)	7,00 (5,00-11,00)	0,180
Kendini Yönetme Toplam (SD)	25,00 (16,00-32,00)	25,00 (16,00-3,00)	0,528
İş Birliği Yapma 1 (C1)	5,00 (2,00-7,00)	5,00 (1,00-7,00)	0,284
İş Birliği Yapma 2 (C2)	4,00 (1,00-7,00)	4,00 (1,00-6,00)	0,123
İş Birliği Yapma 3 (C3)	5,00 (1,00-7,00)	4,00 (2,00-8,00)	0,026
İş Birliği Yapma 4 (C4)	6,00 (2,00-9,00)	5,00 (1,00-9,00)	0,141
İş Birliği Yapma 5 (C5)	6,00 (2,00-8,00)	5,00 (3,00-7,00)	0,058
İş Birliği Yapma Toplam (C)	26,00 (14,00-32,00)	24,00 (15,00-29,00)	0,001
Kendini Aşma 1 (ST1)	7,00 (4,00-10,00)	7,00 (2,00-10,00)	0,885
Kendini Aşma 2 (ST2)	5,00 (1,00-8,00)	4,00 (0,00-8,00)	0,010
Kendini Aşma 3 (ST3)	7,00 (4,00-12,00)	7,00 (3,00-11,00)	0,315
Kendini Aşma Toplam (ST)	19,00 (13,00-27,00)	18,00 (9,00-27,00)	0,154
Beck Depresyon Ölçeği	8,00 (0,00-34,00)	6,00 (0,00-28,00)	0,024
Beck Anksiyete Ölçeği	14,00 (0,00-41,00)	5,00 (0,00-37,00)	<0,001

İstatistiksel değerlendirmede; sürekli değişkenler için ortanca, minimum, maksimum değerleri, kategorik değişkenler için ise frekans ve yüzde tanımlayıcı istatistikleri hesaplanmıştır. Shapiro-Wilk normalite testi uygulanmış ve hipotezlerin parametrik olmayan testlerle analiz edilmesi gerektiği belirlenmiştir. İki grup arasındaki farklılıklar Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Değişkenler arası olası ilişkilerin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Tüm analizler SPSS (Demo Version 18.0) yazılımı ile gerçekleştirilmiştir. Önemlilik düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

BAÖ skorları kıyaslandığında hasta grubunun (14,00 (0,00-41,00)) kontrol grubuna (5,00 (0,00-37,00)) kıyasla istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). BDÖ skorları da hasta grupta (8,00 (0,00-34,00)) kontrol gruba göre (6,00 (0,00-28,00)) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,024$). TCI alt ölçekler değerlendirildiğinde SD3 (beceriklilik) ($p=0,032$) kontrol grubta; C3 (yardımseverlik) ($p=0,026$), C (iş birliği yapma toplam) ($p=0,001$), ST2 (kişiler ötesi özdeşim) ($p=0,010$) ise hasta grupta kontrol gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir. Diğer alt ölçek skorlarının hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli fark göstermediği bulunmuştur (Tablo 2).

Çalışmaya dahil edilen akne hastalarının BAÖ ile NS3 (savurganlık), HA1 (endişe ve karamsarlık), RD (ödül bağımlılığı), C4 (merhamet), ST2 (kişiler ötesi özdeşim), ST (kendini aşma) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif korelasyon saptanırken, BAÖ ile C2 (empati duyma) arasında ise negatif korelasyon saptanmıştır. BDÖ ile RD4 (bağımlılık) arasında pozitif, RD3 (bağlanma) arasında ise negatif bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Akne hastalarının TCI alt ölçekleri ile BDÖ/BAÖ korelasyon analizi sonuçları

	Pearson korelasyon katsayısı (r)	(p)
NS3-BAÖ	,380**	0,007
HA1-BAÖ	,299*	0,037
RD-BAÖ	,299*	0,037
P-BAÖ	-,356*	0,012
C2-BAÖ	-,290*	0,044
C4-BAÖ	,472**	0,001
ST2-BAÖ	,354*	0,013
ST-BAÖ	,300*	0,036
RD3-BDÖ	-,293*	0,041
RD4-BDÖ	,293*	0,041

**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır

Çalışmamızda akne hastalarının GADS skorları ile BDÖ ve BAÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA

Çalışmamızın sonucunda BAÖ ve BDÖ skorları AV hastalarında kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. TCI alt ölçekler

değerlendirildiğinde SD3 (beceriklilik) kontrol grupta; C3 (yardımseverlik), C (iş birliği yapma toplam), ST2 (kişiler ötesi özdeşim) ise hasta grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen akne hastalarının BAÖ ile NS3 (savurganlık), HA1 (endişe ve karamsarlık), RD (ödül bağımlılığı), C4 (merhamet), ST2 (kişiler ötesi özdeşim), ST (kendini aşma) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif korelasyon saptanırken, BAÖ ile C2 (empati duyma) arasında ise negatif korelasyon saptanmıştır. BDÖ ile RD4 (bağımlılık) arasında pozitif, RD3 (bağlanma) arasında ise negatif bir korelasyon saptanmıştır.

Çalışmamıza kabul edilen AV hastaları GADS skoru kullanılarak akne şiddetine göre gruplandırılırken, Öztürk ve arkadaşlarının çalışmalarında ise akne lezyonlarının tipi ve lokalizasyonuna göre sınıflandırma yapılmıştır.^{20,21} Bizim çalışmamızda da Öztürk ve arkadaşlarının çalışmalarına benzer şekilde anksiyete ve depresyon ölçekleri ile TCI kullanılmıştır. Bizim çalışmamızda da Öztürk ve arkadaşlarının çalışmalarını^{20,21} destekleyen şekilde akne hastalarında kontrol grubuna oranla depresyon ve anksiyete skorları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Çeşitli çalışmalarda AV hastalarında depresyon ve sosyal anksiyete değerlendirmesi yapılmış, hastalarda bu ölçümlerin yüksek olduğu ve hastalığın bireylerin yaşamlarında kısıtlamalar oluşturduğu öne sürülmüştür.^{20,23} Halvorsen ve arkadaşları, 3,775 hastada akne şiddeti ile; intihar fikri, ruhsal sağlık problemleri ve sosyal işlevsellik ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında, her dört hastadan birinde intihar düşüncesi olduğunu saptamışlardır.²⁴ Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise akneli bireylerde obsesif kompulsif belirtilerin yanı sıra depresyon ve kişilerarası duyarlılık ölçeklerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir.²⁵

AV yaygın görülen bir bozukluk olmasına rağmen hastaların kişilik özelliklerini araştıran çok az sayıda çalışma vardır. Dunbar ve Alexander'a göre her psikosomatik hastalık için özgül kişilik özellikleri bulunmaktadır.^{25,26} Diğer psikosomatik hastalıklarda yapılan çalışmalara baktığımızda, mizaç karakter özellikleri açısından benzer bulgulara rastlanmıştır. İrritabl barsak sendromu hastalarında zarardan kaçınma yüksek, kendini yönetme normal değerlendirilirken, kronik gerilim tipi baş ağrısı, psoriasis, non-kardiyak göğüs ağrısı ve kronik yorgunluk sendromu olan hastalarda yapılan çalışmalarda zarardan kaçınma yüksek, kendini yönetme puanı düşük bulunmuştur.²⁶⁻²⁹

Kişilik ve akne gelişimi arasındaki ilişki için kesin kanıt yoktur. Bazı yazarlar akne hastalarının kaçınan kişilik özellikleri gibi stabil olmayan nörotik traitte olduğunu savunurken, diğer yazarlar ise aknenin gelişiminde kişilik özelliklerinin etkisi olmadığını ve organik bir hastalık gibi tedavi edilmesi gerektiğini ileri sürmektedir.³⁰ Eysenck tarafından kişilik envanteri kullanılarak yapılan bir çalışmada AV hastalarında, nörotizmde belirgin artış saptanmış ve bu nörotik kişilik traitinin AV hastalarının yüksek oranda psikosomatik bir hastalık yaşadıklarına işaret ettiği vurgulanmıştır.³¹ Türkiye'de Öztürk ve arkadaşlarının 30 AV hastası ile TCI kullanarak yaptığı çalışmada AV tanıları hastalar sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında mizaç karakter özelliklerinin değişiklik göstermediği bildirilmiştir.²⁰ Öztürk ve arkadaşlarının 47 AV hastası ile yapmış oldukları bir başka çalışmada ise HA1 (endişe ve karamsarlık), RD4 (bağımlılık), C1 (sosyal onaylama) ve C5 (erdemlilik-vicdanlilik) skorları, akne hastalarında kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.²¹ Bizim çalışmamızda ise TCI alt ölçeklerinden kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup SD3 (beceriklilik) kontrol grupta; C3 (yardımseverlik), C (iş birliği yapma toplam), ST2 (kişiler ötesi özdeşim) ise hasta grupta kontrol gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Çalışmamızda AV hastalarının BAÖ ile NS3 (savurganlık), HA1

(endişe ve karamsarlık), RD (ödül bağımlılığı), C4 (merhamet), ST2 (kişiler ötesi özdeşim), ST (kendini aşma) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif korelasyon saptanırken, BAÖ ile C2 (empati duyma) arasında ise negatif korelasyon saptanmıştır. BDÖ ile RD4 (bağımlılık) arasında pozitif, RD3 (bağlanma) arasında ise negatif bir korelasyon saptanmıştır. Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında anksiyete ve depresyon skorları ile HA (zarardan kaçınma), HA1 (endişe ve karamsarlık), HA3 (yabancılardan çekinme) arasında pozitif korelasyon bildirilirken, NS1 (keşfetmekten heyecan duyma), RD3 (bağlanma), P (sebat etme), RD (ödül bağımlılığı), SD1 (sorumluluk alma), SD2 (amaçlılık), SD3 (beceriklilik), SD5 (uyumlu ikincil huylar), ST (kendini aşma) arasında negatif korelasyon bildirilmiştir.²¹

Çalışmamızda AV hastalarının GADS skorları ile BDÖ ve BAÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında ise akne şiddeti ile anksiyete arasında pozitif korelasyon bildirilmiştir.²¹

Kendini yöneten bireyler, amaçlarını ve değerlerini seçer, bulunduğu durumu korumak için davranışlarını uygun hale getirir, düzenleme yeterliliği ve iradeli olma gibi özellikleri vardır. Düşük kendini yönetme puanı olan bireyler ise olgun olmayan, zayıf kırılğan ve sıklıkla bağımlı olarak tanımlanırlar. Gerçekçi olmayan davranışlar ve içsel rehberin olmadığını gösteren kötü yürütücü işlevlere sahiptirler.^{10,12}

AV'in kronik ve uzun süren bir hastalık olduğu göz önüne alındığında, çalışmamızda saptanan kendini yönetme puanlarının düşük olması hastanın tedavi ile ilgili süreçlerde zorluklar yaşamasına neden olabilir. Bu zorluklar tedavi uyumsuzluğu ile tetiklenen AV'de tedavi başarısızlığı, anksiyetede ve depresyonda artış, AV'de kötüleşme ve bu süreci yönetememe gibi bir kısır döngüye yol açabilir. Bu durum AV hastalarının, dermatologlar tarafından takibinin yanı sıra psikiyatrik desteğinin de ne kadar önemli olduğunu göstergesidir.

İlginç bir şekilde işbirliği yapma ve kendini aşma puanları ise hastalarda yüksek bulunmuştur. Bu sonuç seçilen hastaların polikliniğe uzun süredir düzenli gelen hasta grubundan olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızın az sayıda hasta ile yapılmış olması sonuçların genellenmesi için yeterli olamamakta ve akne hastalarının kullanmakta oldukları tedaviler, tedavi yan etkileri ve tedavi memnuniyetleri ile BDÖ / BAÖ karşılaştırılmamış olması kısıtlılıklar arasında sayılabilir.

Sonuçlar kişilik ve akne gelişimi arasında net bir ilişki varlığını göstermek için yeterli olmasa da, özellikle tedavi süreçleri açısından önemli ipuçları vermiştir. Kişilik ve akne gelişimi arasında bir ilişki olup olmadığı konusunda kesin bilgi henüz bulunmamaktadır. Bu ilişkinin anlaşılabilmesi için Mizaç Karakter Envanteri ile yapılan daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Doruk A, Tunca M, Koç E, Erdem M, Uzun Ö. Alexytmia, Anger-Anger Management Style and Temperament-Character Profiles in Males with Alopecia Areata and Psoriasis. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2009; 29: 1503-1509.
2. Khan MZ, Naeem A, Mufti KA. Prevalance of mental health problems in acne patients. J Ayub Med Coll Abbottabad, 2001; 13: 7-8.
3. Engin B, Kaplan M. Psychological Factors in Acne Vulgaris. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics, 2009; 2: 44-46.
4. Bakım B. Psychosocial Effects of Acne and Psychological Support Treatment. Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics, 2015; 8: 70-74.
5. Özcan Y, Özcan H, Ünal S. Personality Characteristics in Patients with Acne Vulgaris. J Clin Psy, 2000; 3: 56-60.

6. Ermertcan AT. Acne and quality of life. *Dermatose*, 2007; 6: 91-97.
7. Tan JK. Psychosocial impact of acne vulgaris: evaluating the evidence. *Skin Therapy Lett*, 2004; 9: 1-3.
8. Öztürk A. The Psychiatric Impact of Acne Vulgaris. *Kocatepe Medical Journal*, 2014; 15: 360-364.
9. Koo JY, Smith LL. Psychologic aspect of acne. *Pediatr Dermatol*, 1991; 8: 185-188.
10. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 1993; 50: 975-990.
11. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry*, 1987; 44: 573-588.
12. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*, first ed., St. Louis, Mo.: Center for Psychobiology of Personality, Washington University 1994.
13. Güleç MY. [Temperament and Character in Psychosomatic Disorders]. *Current Approaches in Psychiatry*, 2009; 1: 203-214.
14. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*, 1986; 4: 167-226.
15. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 1988; 56: 893-897.
16. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother*, 1998; 12: 163-172.
17. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961; 4: 561-571.
18. Hisli N. A study of the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychol J*, 1988; 6: 118-122.
19. Doshi A, Zaheer A, Stiller MJ. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *Int J Dermatol*, 1997; 36: 416-418.
20. Öztürk P, Orhan FÖ, Dokur N, Özer A. Assesment of temperament and character profile of patients with acne vulgaris. *Arch Neuropsychiatry*, 2012; 49: 255-259.
21. Öztürk P, Orhan FÖ, Özer A, Karakaş T, Oksüz AN, Yetişir NY. Assessment of temperament and character profile with anxiety and depression in patients with acne. *J Invest Dermatol*, 2013; 30(2):161-166.
22. Niemeier V, Kupfer J, Demmelbauer-Ebner M, Stangier U, Effendy I, Gieler U. Coping with acne vulgaris. Evaluation of the chronic skin disorder questionnaire in patients with acne. *Dermatology*, 1998; 196: 108-115.
23. Kilkenny M, Stathakis V, Hibbert ME, Patton G, Caust J, Bowes G. Acne in Victorian adolescents: associations with age, gender, puberty and psychiatric symptoms. *J Paediatr Child Health*, 1997; 33: 430-433.
24. 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.
25. Aktan S, Ozmen E, Yavuz Ş, Özkaya N. The psychiatric symptoms in patients with acne vulgaris. *Turkderm* 1994; 28: 93-8.
26. Taymur I, Özen NE, Boratav C, Güliter S. Assessment of psychiatric diagnosis, alexithymia, temperament and character of patients with irritable bowel syndrome. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2007; 17: 186-94.
27. Boz C, Gazioglu S, Altunayoglu V, Hocaoglu C. Effect of serotonergic antidepressant therapy on temperament and character scales in patients with chronic tension-type headache. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61: 534-42.
28. Guler O, Emul M, Ozbulut O, Gecici O, Kulac M, Karaca S. A temperament and character profile in patients with psoriasis, vitiligo and neurodermatitis. *Archives of Neuropsychiatry* 2007; 44: 139-44.
29. Borkowska A, Pulkowska J, Pulkowski G, Rybakowski F. Association of temperament, character and depressive symptoms with clinical features of the ischaemic heart disease. *Wiad Lek* 2007; 60: 209-14.
30. Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol* 1997; 136: 305-14.
31. Gül Aİ, Çölgeçen E. Personality Traits and Common Psychiatric Conditions in Adult Patients with Acne Vulgaris. *Ann Dermatol*. 2015; 27: 48-52.