

Seboreik Dermatit Klinik Şiddeti ile Psikososyal Sorunların İlişkinin Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı Araştırma

Evaluation of the Relationship Between Severity of Seborheic Dermatitis and Psychosocial Problems: Descriptive Research

¹Nursel ALTIN KAYA^a, ²Ceylan AVCI^b, ³Sevgi AKARSU^b, ⁴Turna İLKNUR^b

^aÇiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

^bDokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD, İzmir, Türkiye

ÖZET Amaç: Seboreik dermatit (SD), vücudun seboreik bölgelerinde skuam, eritem ve kaşıntı ile karakterize bir ekzematürdür. Yüz ve saçlı deriyi tutması, kronik ve tekrarlayıcı seyri nedeniyle psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Bu çalışmada; SD şiddeti ile yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon, algılanan stres düzeyi, benlik saygısı, dismorfofobi ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya SD tanılı 18 yaş ve üzeri 122 olgu dâhil edilmiştir. Olguların Seboreik Dermatit Alan ve Şiddet İndeksi (SEDAŞİ), Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Dismorfofobi Anketi ve Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği (LSFÖ) skorlamaları yapılmıştır. **Bulgular:** Hastalık şiddeti ile ortalama DYKİ, RBSÖ, BAÖ, DSKÖ, ASÖ, dismorfofobi ve performans kaygısı dışındaki sosyal fobi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan korelasyon analizlerinde SEDAŞİ ile sadece BDÖ skoru arasında ($p=0,034$; $r=-0,192$) ve LSFÖ alt kategorilerinden performans kaygısı skoru arasında ($p=0,028$; $r=-0,199$) istatistiksel olarak negatif yönde çok zayıf bir ilişki saptanmıştır. **Sonuç:** Hafif-orta şiddetli hastaların çoğunluğu oluşturduğu bu çalışmada sadece SD klinik şiddeti ile depresyon ve performans kaygısı yönünden çok zayıf negatif bir ilişki saptanmış olması, en azından bizim bölgemizde, SD'nin psikososyal yönden hastaları çok zorlayıcı bir hastalık olmadığını düşündürmektedir. Bu konuda daha kesin yargılara varabilmek için hastalık şiddetinin dengeli dağıldığı, yüksek olgu serili ve sağlıklı kontrol grubu içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Seboreik dermatit; psikososyal sorunlar; yaşam kalitesi; anksiyete; depresyon; stres; benlik saygısı; dismorfofobi; sosyal fobi

ABSTRACT Objective: Seborrheic dermatitis (SD) is a common inflammation of the skin that manifests as scale, erythema and pruritus in seborrheic areas of the body. The face and scalp involvement, chronic and recurrent course of the disease may cause psychosocial problems. In this study, we aimed to determine the relationship between SD severity and quality of life, anxiety, depression, perceived stress level, self-esteem, dysmorphophobia and social phobia. **Material and Methods:** A total of 122 patients age 18 years and above with SD were included in the study. Seborrheic Dermatitis Area and Severity Index (SDASI), Dermatologic Quality of Life Index (DLQI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Perceived Stress Scale (PSS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), Dysmorphophobia Questionnaire and Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) were scored. **Results:** There was no statistically significant correlation between the severity of the disease and the mean scores of DLQI, RSES, BAI, STAI, PSS, dysmorphophobia and social phobia scores except for performance anxiety. A statistically negative and very weak correlation was found between SDASI, BDI score ($p=0.034$; $r=-0.192$) and performance anxiety score ($p=0.028$; $r=-0.199$). **Conclusion:** Only a very weak negative correlation was found between the severity of SD and depression and performance anxiety in our patients, the majority of whom had mild to moderate disease. Therefore, at least in our region, SD does not seem to be a very challenging disease in terms of psychosocial aspects. To make more definitive judgments, studies with a balanced distribution of disease severity, a high case series and a healthy control group are needed.

Keywords: Seborrheic dermatitis; psychosocial problems; quality of life; anxiety; depression; stress; self-esteem; dysmorphophobia; social phobia

Correspondence: Ceylan AVCI

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD, İzmir, Türkiye

E-mail: ceylan.canbaz@deu.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology.

Received: 27 Mar 2024

Received in revised form: 24 Sep 2024

Accepted: 01 Oct 2024

Available online: 08 Oct 2024

2146-9016 / Copyright © 2024 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Seboreik dermatit (SD) saçlı deri, yüz (nazolabial kıvrım, kulak ve kaşlar) ve gövde üst kısmı (göğüs/presternal bölge) da dâhil olmak üzere vücudun seboreik bölgelerinde skuam, hafif eritem ve kaşıntı ile karakterize, kronik ve tekrarlayıcı seyirli bir ekzematıdır.¹ Genel olarak immünokompetan yetişkinlerin %1-3'ünü etkileyen bu dermatoz erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür.²

Dermatoloji kliniklerine başvuran olguların %40-80'inde önemli psikiyatrik sorunlar saptandığı bildirilmiştir. Bu psikiyatrik tabloların bir kısmı deri hastalıklarına sekonder gelişebileceği gibi bir kısmı da mevcut dermatolojik hastalığı tetikleyip yakınmaları artırabilir. Yine SD gibi hayatı tehdit edici olmadıkları için fazla önemsenmeyen kronik deri hastalıkları, aslında çok önemli psikososyal rahatsızlıklara sebep olabilmektedirler.³

Etiyopatogenezi tam olarak bilinmemekle beraber sebore, mikrobiyal ajanlar, ilaçlar, hormonal, nutrisyonel, fiziksel, çevresel ve immünolojik faktörlerin rol oynadığı multifaktöriyel bir hastalık olan SD'de stres gibi duygudurum değişikliklerinin de tetikleyici etkenlerden biri olduğu düşünülmektedir.⁴ Gerçekten de SD ataklarının büyük bir kısmının bireylerin stres durumları ile ilişkili olarak geliştiği gözlenmiştir. Stres ve SD arasındaki ilişki çift yönlü olup, hastalık stresin bir sonucu olarak meydana gelebileceği gibi SD'ye bağlı olarak dış görünüşte ortaya çıkan değişiklikler ve bu değişikliklerin kronik seyri nedeniyle de stres durumu ortaya çıkabilir.⁵ Yapılan çalışmalarda, SD olgularında anksiyete ve depresyon düzeylerinin artmış olduğu ve hastalığın yaşam kalitelerinde bozulmaya yol açtığı gösterilmiştir.^{3,5}

Son dönemlerde, kronik seyir gösteren dermatolojik hastalıklarda yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalara olan ilgi artmıştır.³ Psikolojik stresle meydana gelen ve tetiklenen dermatolojik hastalıklardan üzerinde en çok çalışma yapılanlar ürtiker, psöriyazis, atopik dermatit ve alopesi areata gibi hastalıklardır. Bununla birlikte SD toplumda sık görülmesine ve emosyonel faktörler ile tetiklendiği yıllardır bilinmesine rağmen bu ilişkiyi inceleyen oldukça sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ayrıca SD olgularının, takip ve tedavi aşamalarında psikososyal açıdan değerlendirilmesi ve gereken nokta-

larda multidisipliner olarak desteklenmesi olguların yaşam kalitesinin ve hastalığın kliniğinin olumlu yönde etkilenmesi açısından önemli olacağı düşünülmektedir.⁵

Bu çalışmada, SD'li bireylerde psikososyal yakınmaları değerlendirerek, SD klinik şiddeti ile yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon, algılanan stres düzeyi, benlik saygısı, dismorfofobi ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (tarih: 24 Nisan 2019, no: 2019/11-29). Çalışma Helsinki Deklarasyonu prensipleri 2008 kurallarına uygun olarak yapılmıştır. Tüm hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Tanımlayıcı ve gözlemsel nitelikte olan bu çalışmaya Şubat 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında polikliniğe yüz ve/veya saçlı deride kızarıklık ve pulanma şikâyeti ile başvuran ve dermatolojik muayene sonucunda SD tanısı alan 18 yaş üstü 122 olgu dâhil edilmiştir. SD dışında diğer fasiyal ve saçlı deri dermatozu olanlar ile çalışmanın yönergesini anlayabilecek bilişsel yetisi bulunmayan bireyler çalışmaya alınmamıştır.

Sözlü ve yazılı onamların alınması sonrası olguların sosyodemografik, tıbbi öykü ve klinik verileri kaydedilmiştir. Ardından olgulara Seboreik Dermatit Alan ve Şiddet İndeksi (SEDAŞİ), Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Dismorfofobi Anketi ve Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği (LSFÖ) uygulanmıştır.^{6,9-18} Bu çalışmada, SD şiddeti ile yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon, algılanan stres düzeyi, benlik saygısı, dismorfofobi ve sosyal fobi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

SEDAŞİ: Bu klinik şiddet skorum sisteminde, burun (nazolabial kıvrımlar dâhil), alın (kaşlar ve üst göz kapakları dâhil), sol yanak ve sağ yanak (alt göz kapakları, kulak ve çene dâhil) yüzün 4 bölgesinin SD tutulum yüzdesi, görünüm paterni, eritem ve

skuum derecesi değerlendirilerek toplam skor (0-60; 1-14 hafif; 15-29 orta; 30-44 şiddetli; 45-60 çok şiddetli) elde edilir.¹⁰

DYKİ: Genel olarak olguların son haftadaki yaşam kalitesi ile ilgili değişiklikleri gösterir semptomlar, hissettikleri, günlük aktiviteler, boş zamanı değerlendirme yöntemleri, okul/iş hayatı, bireysel ilişkiler ve tedavi temeline dayandırılarak biçimlendirilmiş toplam 10 sorudan oluşur. 0-30 arasında değişen toplam puan arttıkça yaşam kalitesi daha fazla (0-1: etkilenmemiş, 2-5: hafif etkilenmiş, 6-12: orta derecede etkilenmiş, 13-20: fazla etkilenmiş, ≥ 21 : çok fazla etkilenmiş) bozulmaktadır.^{6,11}

BAÖ: Bu ölçekte kullanılan çoktan seçmeli 21 soru, hastanın geçen hafta sahip olduğu yaygın anksiyete belirtilerini (uyuşma ve karıncalanma, ısıya bağlı olmayan terleme ve en kötü durumdan korkma gibi) test etmektedir. Puanın yüksek olması yaşanan anksiyete düzeyinin (0-7: düşük, 8-15: hafif, 16-25: orta, 26-63: yüksek) yüksek olduğunu göstermektedir.¹²

BDÖ: Bireylerdeki son bir haftadaki depresyon şiddetini belirlemeyi amaçlayan ölçek 4'lü Likert tipi 21 sorudan oluşmaktadır. 0-63 puan arasında değişen toplam ölçek puanı arttıkça depresyon düzeyi (11-17: hafif, 18-29: orta, 30-63: ciddi) artmaktadır.¹³

ASÖ: Kişinin, hayatındaki son bir ayda algıladığı stresin derecesini ölçmeyi amaçlayan ölçek 5'li Likert tipi 10 sorudan oluşmuştur.⁹ Stres düzeyiyle artan toplam puan 0-40 arasında (0-13: düşük, 14-26: orta, ≥ 26 : yüksek stres düzeyi) değişmektedir.¹⁴

DSKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin belirli bir alanda ve belirli bir koşulda, Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin bulunduğu durum ve koşuldan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirleyen bir öz-değerlendirme anketidir.¹⁵ Toplam 40 maddeden oluşan bu ölçekte yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir.⁶

RBSÖ: Bu ölçek benlik hakkındaki hem olumlu hem de olumsuz duyguları ölçerek küresel benlik değerini belirler. Elde edilen toplam puanın düşük olması yüksek benlik saygısını, puanın yüksek çıkması durumu ise düşük benlik saygısını (0-1: yüksek, 2-4: orta, 5-6: düşük benlik saygısı) göstermektedir.¹⁶

Dismorfofobi anketi: Hastaların hastalıklarıyla ilgili algılarının zihinlerini ne kadar meşgul ettiğini ve davranışlarını ne boyutta değiştirdiğini ölçmek amacıyla kullanılan 8 adet 4'lü Likert tip sorudan oluşmuş bir ölçektir.¹⁷

LSFÖ: Bu ölçek bireylerin korku ve/veya kaçınma davranışı gösterdikleri sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirmek üzere, 13 adet performans ve 11 adet sosyal etkileşim durumunu içeren toplam şiddetin yanı sıra performans korkusu, performans kaçınması, sosyal korku ve sosyal kaçınmayı ölçen 24 adet maddeden oluşur.¹⁸

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmanın istatistiksel analizinde SPSS 25 (IBM, ABD) paket programı kullanılmıştır. Verilerin sosyodemografik tanımlayıcı istatistikleri yapıldıktan sonra sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Ölçeklerin birbiri ile ilişkisinin ölçülmesinde ise Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel analizde belirlenen $p < 0,05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 122 hastanın yaş ortalaması $35,5 \pm 15,0$ (18-79) idi. Hastaların sosyodemografik, tıbbi öykü ve klinik özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir. Olguların %80,3'ünde kaşıntı, yanma, ağrı gibi subjektif yakınmalar tarif edilmiş olup, mevcut SD klinik şiddeti SEDAŞI skorlamasına göre %57'sinde ($n=69$) hafif, %35'inde ($n=43$) orta ve %8'inde ($n=10$) şiddetli ya da çok şiddetli olarak saptanmıştır. SD'li olgulardaki en sık saptanan lokalizasyon %69,7 oranında ($n=85$) malar bölge iken bunu sırasıyla alın (%59,0, $n=72$) ve burun (%54,1, $n=66$) tutulumu takip etmiştir.-

Katılımcılara uygulanan psikososyal ölçeklerin ortalama skorları Tablo 3'te gösterilmiştir. Olguların %73,8'i ($n=90$) yüksek, %23,8'i ($n=29$) orta ve sadece %2,4'ü ($n=3$) düşük benlik saygısına sahiptir. DYKİ skorları değerlendirildiğinde %0,8'i ($n=1$) çok fazla, %9,8'i ($n=12$) fazla, %19,7'si ($n=24$) orta, %45,9'u ($n=56$) hafif etkilenime sahipken %23,9'u ($n=29$) hiç etkilenmemiştir. Anksiyete ve depresyon

TABLO 1: Olguların (n=122) sosyodemografik ve tıbbi öykü verileri.

Değişkenler	Özellikler	n	%
Cinsiyet	Kadın	50	41,0
	Erkek	72	59,0
Eğitim düzeyi	İlkokul	6	4,9
	Ortaokul	8	6,6
	Lise	16	13,1
	Üniversite	92	75,4
Medeni durum	Bekâr	61	50,0
	Evli	55	45,1
Meslek	Ev hanımı	8	6,6
	Öğrenci	42	34,4
	Kamu görevlisi	28	23,0
	Emekli	15	12,3
	Serbest meslek/işçi	18	14,8
Gelir durumu	Düşük	55	45,1
	Orta	52	42,6
	İyi	15	12,3
Bölge	Kentsel	120	98,4
	Kırsal	2	1,6
Sigara kullanımı	Hiç sigara içmemiş	70	57,4
	Sigara içiyor	31	25,4
	Bırakmış	21	17,2
Alkol kullanımı	Var	53	43,4
Eşlik eden kronik hastalık	Var	41	33,6
İlaç kullanımı	Var	37	30,3

TABLO 2: Seboreik dermatit klinik bulguları.

Klinik bulgular	Özellikler	n	%
Saçlı deri tutulumu	Var	74	60,7
Yanak tutulumu	Var	85	69,7
Alın tutulumu	Var	72	59,0
Burun tutulumu	Var	66	54,1
Eritem	Var	89	73,0
Skvam	Var	117	95,9
Subjektif yakınma	Var	98	80,3
Tedavi almış olma durumu	Var	64	52,5
Tedaviye yanıt (n=64)	Yok	14	21,9
	Kısmi yanıt	45	75,3
	Tam yanıt	5	7,8
SEDAŞİ skorları	En küçük-En büyük	$\bar{X} \pm SS$	
Alın	0-15	3,3 \pm 3,7	
Sağ yanak	0-14	3,9 \pm 3,5	
Sol yanak	0-14	3,7 \pm 3,5	
Burun	0-15	3,3 \pm 3,7	
SEDAŞİ toplam skor	0-47	4,1 \pm 10,3	

SEDAŞİ: Seboreik Dermatit Alan ve Şiddet İndeksi; SS: Standart sapma.

TABLO 3: Psikolojik ölçek skorları.

Ölçek skorları	Minimum	Maksimum	$\bar{X} \pm SS$
Rosenberg skoru	0	6	1,1 \pm 1,3
Durumluk skoru	20	60	33,0 \pm 8,3
Süreklilik skoru	11	38	17,8 \pm 6,3
Dismorfofobi skoru	7	32	14,1 \pm 5,0
Algılanan Stres Ölçeği skoru	4	30	16,8 \pm 5,7
Beck anksiyete skoru	0	51	10,1 \pm 8,7
Dermatolojik Yaşam Kalitesi Ölçeği skoru	0	23	4,8 \pm 4,3
Beck depresyon skoru	0	44	8,5 \pm 8,5
Sosyal kaygı skoru	11	39	19,1 \pm 6,7
Performans kaygısı skoru	13	47	24,7 \pm 7,4
Toplam kaygı skoru	24	82	43,7 \pm 13,4
Sosyal kaçınma skoru	11	38	17,8 \pm 6,9
Performans kaçınma skoru	13	47	23,5 \pm 7,6
Toplam kaçınma skoru	24	83	41,3 \pm 13,2

SS: Standart sapma.

skorlarına bakıldığında olguların %45'i (n=55) düşük, %36'sı (n=44) hafif, %14'ü (n=17) orta ve %5'i (n=6) yüksek anksiyete düzeylerine sahipken; %86,9'unda (n=106) hafif, %8,2'sinde (n=10) orta ve %4,9'unda (n=6) ciddi depresyon skorları belirlenmiştir.

Katılımcıların SD klinik şiddeti ile psikolojik ölçeklerin skorları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Spearman korelasyon testi sonuçları Tablo 4'te belirtilmiştir. SD şiddeti ile ortalama RBSÖ, BAÖ, durumluk-süreklilik

TABLO 4: Hastalık klinik şiddeti ve ölçek skorları arasındaki ilişki.

Spearman korelasyon	Korelasyon katsayısı (r)	p değeri
SEDAŞİ-Rosenberg benlik saygısı skoru	-0,162	0,074
SEDAŞİ-Durumluk kaygı skoru	-0,128	0,161
SEDAŞİ-Süreklilik kaygı skoru	-0,133	0,145
SEDAŞİ-Dismorfofobi skoru	0,099	0,276
SEDAŞİ-Algılanan Stres Ölçeği skoru	-0,058	0,523
SEDAŞİ-Beck anksiyete skoru	-0,076	0,408
SEDAŞİ-Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi skoru	0,177	0,051
SEDAŞİ-Beck Depresyon Ölçeği	-0,192	0,034
SEDAŞİ-Liebowitz sosyal kaygı skoru	-0,132	0,146
SEDAŞİ-Liebowitz sosyal kaçınma skoru	-0,152	0,095
SEDAŞİ-Liebowitz performans kaygı skoru	-0,199	0,028
SEDAŞİ-Liebowitz performans kaçınma skoru	-0,147	0,107
SEDAŞİ-Liebowitz toplam kaygı skoru	-0,175	0,054
SEDAŞİ-Liebowitz toplam kaçınma skoru	-0,167	0,067

SEDAŞİ: Seboreik Dermatit Alan ve Şiddet İndeksi.

kaygı, algılanan stres, dismorfofobi skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan korelasyon analizlerinde Klinik Şiddet Ölçeği SEDAŞİ ile sadece BDÖ skoru arasında ($p=0,034$; $r=-0,192$) ve LSFÖ alt kategorilerinden performans kaygısı skoru arasında ($p=0,028$; $r=-0,199$) istatistiksel olarak negatif yönde çok zayıf bir ilişki saptanmıştır.

TARTIŞMA

Ataklarla kronik seyirli olan SD özellikle saçlı deri ve yüzdeki lezyonların oluşturduğu estetik görünüm bozuklukları nedeniyle bireylerin yaşam kalitesini, sosyal hayattaki ilişkilerini ve iletişimlerini etkilemektedir.^{5,19} Hastalığın şiddeti ve lokalizasyonu bireysel olarak değişmektedir.^{20,21} Çalışmamızda SD klinik şiddeti tutulan bölgeler arasında farklılık gösterse de diğer çalışmalara benzer şekilde olguların yarısında hafif, 1/3'ünde ise orta şiddetli bulunmuştur. SD lokalizasyonunun değerlendirildiği çeşitli çalışmaların bazılarında saçlı deri tutulumu bazılarında ise yüz tutulumu daha sık görülmüştür.^{20,22} Bu çalışmada ise en sık yanak bölgesi (alt göz kapakları, kulak ve çene dâhil) tutulumu (%69,7) gözlenmiş ve bunu takiben saçlı deri, alın ve burun bölgesinin etkilendiği belirlenmiştir. Bu farklılıklara çalışmalara alınan hastaların klinik şiddeti yanında etnik köken, yaş, cinsiyet ve diğer bireysel farklılıkları yol açabilir.

Kronik deri hastalıklarında bireylerdeki vücut imajı değişimleri, bireyin beden algısını ve dolayısıyla da benlik saygısını etkileyebilmektedir. Literatürde kronik deri hastalıkları içerisinde yer alan psöriyazis ve atopik dermatit gibi belirli hastalıklarda benlik saygısının araştırıldığı çalışmalar bulunmakta iken SD'de benlik saygısının değerlendirilmemiş olduğu dikkati çekmektedir. SD ile ilgili yapılan çalışmalarda psikolojik olarak incelenen kategorilerde genellikle depresyon, kaygı ve stres kavramları bulunmaktadır. Önceki çalışmalarda kronik deri hastalıklarında düşük benlik saygısı olduğu ve bu hastalarda depresyon ve kaygı ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edildiği bildirilmiştir.^{22,23} Bu çalışmada ise hastaların sadece %2,4'ünün düşük benlik saygısına sahip olduğu, ayrıca SD şiddeti ile benlik saygısı skorları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Kronik deri hastalığı olan olguların tedavi veya hastalık süresince kaygı bozuklukları yaşama ihtimalleri de yüksek bulunmaktadır. Bu konuda literatürde SD'li bireyler üzerine DSKÖ yapan çalışma bulunmamakta olup, çalışmalar daha çok psöriyazis ve atopik dermatit gibi hastalıklar üzerine yoğunlaşmıştır.^{24,25} Remröd ve ark. 101 psöriyazisli hastada yaptıkları bir çalışmada durumluk kaygı skor ortalamasını $38,00\pm 12,1$ ve sürekli kaygı skor ortalamasını $36,50\pm 11,9$ olarak bildirmişlerdir.²⁴ Çalışmamız, SD'li hastalarda durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile ilgili yapılan ilk çalışmadır. Durumluk kaygı skor ortalaması önceki çalışmalardaki psöriyazis hastaları ile benzer iken, sürekli kaygı skoru ($17,8\pm 6,3$) daha düşük bulunmuştur. Literatürde aynı ölçeğin kullanıldığı çalışmalardaki hastalıklar, SD'ye oranla tutulumu daha değişken ve şiddeti yılın belirli mevsimlerine göre değişiklik gösteren hastalıklar olmakla birlikte eşlik eden kaşıntı, yanma hissi ve özellikle psöriyazise eşlik edebilen eklem ağrısı gibi yakınmalarla ilişkilidir. Bu hastalıklardan daha hafif bir kliniğe sahip olan SD'li bireylerin çoğunluğu da hafif şiddette seyretmektedir. Ayrıca çalışmamızda SD şiddeti ile DSKÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızdaki DSKÖ skoru diğer kronik deri hastalıklarıyla yapılan çalışmalara oranla daha düşük bulunmuş olabilir, ancak SD'li bireylerde kaygı envanterinin belirli aralıklarda ve daha fazla sayıda hasta üzerinde değerlendirileceği daha ileri çalışmalar yapılmalıdır.

Kronik deri hastalıklarında özellikle vücudun dışarıdan görülen kısımlarındaki lezyonlar, bireyin beden algısı üzerinden geliştirdiği öz saygıyı etkilemektedir. Bu durumda bireyin bedenini olumsuz yönde değerlendirdiği psikolojik durum dismorfofobi olarak tanımlanmaktadır. Birçok çalışma dismorfofobik hastalarda vücut defekti düşüncelerinin esas olarak baş ve yüze odaklandığını bildirmiştir.²⁶ Dismorfofobi oranlarının dermatoloji hastalarında %6,3-11,9 iken kozmetik tedavi amacıyla başvuran hastalarda %8,6-29,4 arasında değiştiği gözlenmiştir.²⁷ Uzun ve ark. tarafından hafif aknesi olan hastaların %8,8'inin dismorfofobi tanısı aldığı bildirilmiştir.²⁸ Literatür tarandığında SD hastalarında dismorfofobi ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda, SD klinik şiddeti ile dismorfofobi

skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olmasını bireylerdeki SD şiddetinin genel olarak hafif şiddetli olmasına bağlamaktayız. Ayrıca SD Türk toplumu tarafından beden algısını etkilememiş de olabilir. Genel literatürde daha çok eklem tutulumu olan hastalıklarda ve yüz bölgesindeki dermatolojik şikâyetlere yoğunlaşan çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızın SD'li bireylerde dismorfofobiyi araştıran ilk çalışma olması sebebiyle önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Kronik deri hastalıklarının seyrine göre bireyde çeşitli derecelerde stres gözlenmekte veya öncesinde bireyin yaşadığı stresli dönem de hastalığa sebep olabilmektedir. Misery ve ark. 82 SD'li bireyde yaptıkları bir çalışmada stresin genel olarak SD atakları ile ilişkili ve hastaların çoğunda devam eden SD atağı için tetikleyici bir faktör olduğunu, çalışmadaki hastaların %56'sının SD atakları arasında stresi suçladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hastalar tarafından bir bağlantı kurulmasa bile, ayın büyük bir bölümünde ve özellikle de son ataktan önceki haftada SD'li hastalarda sık sık stresli bir yaşam olayı tariflediklerini ancak hastaların ilk ataklarındaki streslerini daha az hatırlamaları sebebiyle bildirmediğini belirtmişlerdir.⁴ Literatürde SD'nin stres ile olan ilişkisi üzerinde yapılmış çalışmalar olsa da SD şiddeti ile algılanan stres düzeyini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda, SD şiddeti ile algılanan stres arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiş olması, bireylerdeki hastalığın genel olarak hafif şiddette olmasına ve çalışma sırasında tek bir ölçüm ile değerlendirme yapılmasına bağlı olabilir.

SD uzun vadede bireyin duygudurumunu ve yaşam kalitesini etkileyen bir dermatolojik hastalıktır. Bu bakımdan bireyin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi tedavinin gidişatı için oldukça önemlidir. Bu nedenle SD'nin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Szepietowski ve ark. tarafından 3.000 SD'li hasta ile yaptıkları bir çalışmada ortalama DYKİ skoru $6,92 \pm 5,34$ olarak tespit edilmiş ve daha az örnekleme sahip diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.^{6,8,29} Ozcan ve ark.nın kronik yüz dermatozlu hastalarda yaptıkları bir çalışmada, 120 SD hastasının ortalama DYKİ skoru $(4,3 \pm 4)$ kontrol grubundan an-

lamlı olarak düşük bulunmuştur.³⁰ Çalışmamızda, DYKİ skoru ortalaması Ozcan ve ark.nın çalışması ile benzer olup literatürdeki diğer çalışmalardan daha düşüktür $(4,8 \pm 4,3)$ ve bu durumun sosyodemografik açıdan değerlendirilmesi gerekebilir. Agustin ve ark. SD'nin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini, ancak farklı hastalık şiddetleri arasında hastaların yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermişlerdir.^{29,30} Literatürdeki çalışmalar tarandığında farklı deri hastalıklarında yaşam kalitesi ile ilgili yapılmış çalışmalar karşımıza çıkmaktadır. Psöriyazisli hastalarda DYKİ'nin hastalık şiddeti açısından düşük düzeyde etkilenime sahip gruptaki yaşam kalitesinin, yüksek düzeydeki olgulara göre anlamlı olarak daha iyi olduğu bildirilmiştir.²³ Çalışmamızda, SD şiddeti ile hastaların yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu sonuca göre SD hastalarında hastalığın şiddeti bireyin yaşam kalitesini değiştirmemektedir. Deri hastalıkları göz önünde bulundurulduğunda etkilenim bölgesi ve tutulum şiddeti gibi durumlardan dolayı ortaya çıkabilecek problemler sosyokültürel farklılıklara bağlı olarak değişim gösterebileceğinden, yaşam kalitesinin hastalığın türüne, hastanın etkilenme durumuna ve toplumun görsellik algısına göre değişim göstermesi beklenen bir durumdur.

Kronik hastalıklar sonrası uzun süren anksiyete seviyeleri depresyona dönüşebilir. Bu nedenle günümüze kadar aralarında SD'nin de bulunduğu kronik deri hastalıkları ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyen çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Mento ve ark. deri hastalıklarında negatif duygusal tepkileri inceledikleri sistematik bir derlemede bugüne kadar, sadece anksiyetenin dermatolojik patolojinin seyrini kötüleştirdiğini veya genellikle kronik olan deri hastalıklarının sonucunu ve yönetimini olumsuz etkileyebileceğini bildirmişlerdir. Depresyon ve anksiyetenin, farklı kültür ve etnik gruplarda benzer olduğu saptanmıştır. Genellikle çalışmaların psöriyatik hastaların daha yüksek depresyon ve anksiyeteye sahip olduğunu bildirdiği söylenebilir.³¹ Aksoy ve ark. tarafından 50 SD'li hastada BAÖ ortalama skoru $15,66 \pm 10,48$ ve BDÖ ortalama skoru $13,28 \pm 7,80$ olarak tespit edilmiştir.⁸ Çalışmamızda BAÖ $(10,1 \pm 8,7)$ ve BDÖ $(8,5 \pm 8,5)$ ortalama skorları daha düşük olup, SD şiddetinin depresyon ve anksiyete düzeyi ile ara-

sındaki ilişki çift yönlü olarak araştırılmıştır. Çalışmamızın sonucunda anksiyete seviyesi ile SD şiddeti arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış, ancak depresyon skoru ile hastalık şiddeti arasında negatif yönde çok zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur. Literatüre bakıldığında bu konu ile ilgili çelişkili sonuçlar bulunmakta ve fikir birliğine varılamadığı dikkati çekmektedir.³¹ Çalışmamızda elde ettiğimiz zayıf sonuç ve literatürdeki çelişkili veriler, sağlıklı fikir elde edebilmek için, bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Kronik deri hastalığına sahip bireylerdeki deri görünüm değişimleri bireylerin sosyal hayatlarını da etkileyebilmektedir. Literatürde vitiligo ve akne gibi hastalıklarda sosyal fobi ile ilgili çalışmalar olmakla birlikte, SD'nin sosyal fobi ile ilişkisi üzerine yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Salman ve ark.; vitiligo ve akne hastalarında LSKÖ kullanarak yaptıkları çalışmada sosyal kaygı, performans kaygısı, toplam kaygı, sosyal kaçınma, performans kaçınma ve toplam kaçınma skorlarının benzer olduğunu ve tüm alt ölçeklerde sağlıklı bireylere oranla daha yüksek puan elde edildiğini göstermişlerdir. Bu durumda dermatolojik problemleri olan bireylerde sosyal fobi bulunduğu söylenebilir.³² Yolaç Yarpuz ve ark. akne hastalarının sağlıklı kontrol grubuna oranla daha yüksek düzeyde sosyal kaygı ve kaçınma davranışı gösterdiğini bildirmişlerdir.³³ Başka bir çalışmada, Bez ve ark. akne hastalarında daha yüksek performansla ilişkili kaçınma davranışı bulmuştur, ancak hasta ve kontrol grupları arasında performans kaygısı, sosyal kaygı ve sosyal kaçınma alt ölçekleri bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bildirmemişlerdir.³⁴ Öztürk ve ark. da akne hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek kaygı ve kaçınma puanları göstermiştir.³⁵ Çalışmamızda, sağlıklı kontrol grubu olmamakla birlikte LSFÖ alt parametre skorları önceki çalışmalardaki vitiligo ve akne hastalarına oranla biraz daha yüksek bulunmuştur. SD'li bireylerde sosyal fobi alt parametrelerinden sadece performans kaygısı skoru ile hastalık şiddeti arasında negatif yönde çok zayıf anlamlı ilişki bulunmuştur. SD olgularında sosyal fobi ile ilgili daha önce çalışma yapılmamış olması ve bizim çalışmamızda da ilişkinin zayıf saptanmış olması bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, değerlendirmeye alınan hastaların büyük bir kısmında hafif ve orta şiddette SD bulunması, yalnızca %8 hastada şiddetli ya da çok şiddetli SD olmasıdır. Şiddetli hastaların az olması hastaların belirlenen DYKİ ve diğer ölçeklerin skor ortalamalarının az olmasına ve korelasyon analizlerinin anlamlı olmamasına neden olmuş olabilir. Ek olarak çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu olmadığı için karşılaştırma analizi yapılamamıştır.

SONUÇ

SD'li bireylerdeki genel yakınma hastalığın şiddetine bağlı olarak farklılık gösterse de bu gibi kronik deri hastalıklarında psikososyal yakınmalar da oldukça yaygındır. Bu psikososyal yakınmaların tespit edilmesi SD'de tedavinin başarısını ve hasta uyumunu önemli ölçüde değiştirecektir. Çalışmamızda SD'li bireylerde psikososyal yakınmaları değerlendirerek hastalığın klinik şiddeti ile farklılık gösterip göstermediğinin saptanması amaçlanmıştır. Bu çalışma aynı zamanda SD'li olgularda benlik saygısı, durumluk-sürekli kaygı durumu, dismorfofobi ve sosyal fobi değerlendirilen ilk çalışmadır. Sonuç olarak; SD şiddeti ile olguların yaşam kalitesi, benlik saygısı, algılanan stres düzeyi, anksiyete ve sosyal fobi alt kategorilerinden toplam kaygı, toplam kaçınma, sosyal kaygı, sosyal kaçınma ve performans kaçınması arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak hafif-orta şiddetli hastaların çoğunluğu oluşturduğu bu çalışmada SD şiddeti ile depresyon ve performans kaygısı yönünden çok zayıf negatif bir ilişki saptanmış olması farklı coğrafyalarda, hastalık şiddeti açısından daha dengeli dağılımın olduğu daha büyük olgu sayılarıyla yapılacak kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada yapılan tüm değerlendirmeler göz önünde bulundurulduğunda ise, en azından bizim bölgemizde, SD psikososyal açıdan bu konuda daha çok araştırma yapılan psöriyazis, atopik dermatit ve akne vulgaris kadar zorlayıcı bir hastalık gibi görünmemektedir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi

bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Turna İlknur, Sevgi Akarsu, Nursel Altın Kaya; **Tasarım:** Turna İlknur, Sevgi Akarsu, Nursel Altın Kaya; **Denetleme/Danışmanlık:** Turna İlknur, Ceylan Avcı, Sevgi Akarsu, Nursel Altın Kaya; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Nursel Altın Kaya, Ceylan Avcı; **Analiz ve/veya Yorum:** Turna İlknur, Ceylan Avcı, Sevgi Akarsu, Nursel Altın Kaya; **Kaynak Taraması:** Turna İlknur, Nursel Altın Kaya; **Makalenin Yazımı:** Sevgi Akarsu, Nursel Altın Kaya, Turna İlknur, Ceylan Avcı; **Eleştirel İnceleme:** Sevgi Akarsu, Ceylan Avcı, Turna İlknur, Nursel Altın Kaya.

KAYNAKLAR

1. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. Clin Dermatol. 2013;31(4):343-51. PMID: 23806151.
2. Emre S, Metin A, Demirseren DD, Akoglu G, Oztekin A, Neselioglu S, et al. The association of oxidative stress and disease activity in seborrheic dermatitis. Arch Dermatol Res. 2012;304(9):683-7. PMID: 22699428.
3. Gül Ü. Seboreik dermatitte psikolojik faktörler [Psychological factors in seborrheic dermatitis]. Türkiye Klinikleri J Dermatol Special Topics. 2009;2(4):55-7. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-seboreik-dermatitte-psikolojik-faktörler-57127.html>
4. Misery L, Touboul S, Vinçot C, Dutray S, Rolland-Jacob G, Consoli SG, et al; Pour le Groupe Psychodermatologie. Stress et dermatite séborrhéique [Stress and seborrheic dermatitis]. Ann Dermatol Venereol. 2007;134(11):833-7. French. PMID: 18033062.
5. Doğramacı AÇ, Havlucu DY, Savaş N. Seboreik dermatitli hastalarda yaşam kalite değerlendirmesi [The evaluation of quality of life of patients with seborrheic dermatitis]. Turk J Dermatol. 2008;(2):99-102. <https://www.proquest.com/docview/745961069?source-type=Scholarly%20Journals>
6. Szepletowski JC, Reich A, Wesolowska-Szepletowska E, Baran E; National Quality of Life in Dermatology Group. Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level. Mycoses. 2009;52(4):357-63. PMID: 18793259.
7. Baş Y, Kalkan G, Yıldız M, Özüğüz P, Yıldız Seçkin H, Takcı Z, et al. Seboreik dermatit hastalarının depresyon, anksiyete düzeyleri ve yaşam kalitesi [Depression, anxiety levels and quality of life in patients with seborrheic dermatitis]. Turk J Dermatol. 2015;9:181-5. https://www.academia.edu/19912173/Seboreik_Dermatit_Hastalar%C4%B1n%C4%B1n_Depresyon_Ansiyete_D%C3%BCzeyleri_ve_Ya%C5%9Fam_Kalitesi
8. Aksoy M, Özkorumak E, Bahadır S, Yaylı S, Aksu Arıca D. Seboreik dermatit hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri [Quality of life, anxiety and depression levels in patients with seborrheic dermatitis]. Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol. 2012;46(1):39-43. https://jag.journalagent.com/turkderm/pdfs/TURKDERM_46_1_39_43.pdf
9. Gül Aİ, Karaaslan Ö, Çölgeçen E. Personality traits and common psychiatric conditions in patients with seborrheic dermatitis. Arch Clin Psychiatry. 2017;44(1):6-9. <https://www.scielo.br/j/rpc/alr/XdCBzrL8Ghzn7k5c6pdC/?format=pdf&lang=en>
10. Micali G, Lacarrubba F, Tedeschi A. A new proposed severity score for seborrheic dermatitis of the face: SEborrheic Dermatitis Area and Severity Index (SEDASI). J Am Acad Dermatol. 2017;76(6). doi: 10.1016/j.jaad.2017.04.088
11. Acioz E, Gökdemir G, Köşlü A. Dermatolojide yaşam kalitesi [Quality of life in dermatology]. Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol. 2003;37(1):16-23. https://jag.journalagent.com/turkderm/pdfs/TURKDERM_37_1_16_23.pdf
12. Özcan H, Subaşı B, Budak B, Çelik M, Can Gürel Ş, Yıldız M. Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi [Relationship between self-esteem, social appearance anxiety, depression and anxiety in adolescent and young adult women]. Journal of Mood Disorders. 2013;3(3):107-13. <https://dergi-park.org.tr/tr/download/article-file/109759>
13. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği [Validity and reliability of Beck Depression Inventory for university students]. Psikoloji Dergisi. 1989;6:8-13. https://www.academia.edu/1472692/Beck_Depresyon_Envanterinin_%C3%B8C3%B6%C4%9Frenclerinin_%C3%A7in_ge%C3%A7erlili%C4%9Fi_ve_g%C3%BCvenilirli%C4%9Fi
14. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983;24(4):385-96. <https://www.jstor.org/stable/2136404>
15. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. 1. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayını; 1983. p.1-26.
16. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı [Uzmanlık tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1986. (Kaynak yazım kurallarımız gereği yayımlanmamış tezler kaynak olarak kabul edilmemektedir. Kaynak listesinden çıkarılmalı ve ilgili cümle sonunda bilgi olarak veya ilgili sayfa sonunda dipnot olarak eklenmelidir. Eğer yayımlanmış kaynak ise kaynağa direkt ulaşılabilir erişim linki ve erişim tarihi eklenmelidir.)
17. Gürpınar A. Vitiligo'lu hastalarda dehidroepiandrosteron sülfat (dheas), kortizol ve psikojenik stres düzeylerinin incelenmesi [Uzmanlık tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012. (Erişim linki ve erişim tarihi eklenmelidir.)
18. Soykan C, Ozgüven HD, Gençöz T. Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish version. Psychol Rep. 2003;93(3 Pt 2):1059-69. PMID: 14765570.
19. Schwartz RA, Janusz CA, Janniger CK. Seborrheic dermatitis: an overview. Am Fam Physician. 2006;74(1):125-30. PMID: 16848386.
20. Borda LJ, Wikramanayake TC. seborrheic dermatitis and dandruff: a comprehensive review. J Clin Invest Dermatol. 2015;3(2):10.13188/2373-1044.1000019. PMID: 27148560; PMCID: PMC4852869.
21. Park SY, Kwon HH, Min S, Yoon JY, Suh DH. Clinical manifestation and associated factors of seborrheic dermatitis in Korea. Eur J Dermatol. 2016;26(2):173-6. English. PMID: 26771150.
22. Maan MA, Naureen S, Saddiqua A. Anxiety, depression and self-esteem among chronic skin patients. Annals of Punjab Medical College (APMC). 2010;4(2):159-65. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/emr-175211>
23. Nazik H, Nazik S, Gul FC. Body image, self-esteem, and quality of life in patients with psoriasis. Indian Dermatol Online J. 2017;8(5):343-6. PMID: 28979867; PMCID: PMC5621194.

-
24. Remröd C, Sjöström K, Svensson Å. Subjective stress reactivity in psoriasis - a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC Dermatol.* 2015;15:6. PMID: 25934133; PMCID: PMC4423403.
 25. Seiffert K, Hilbert E, Schaechinger H, Zouboulis CC, Deter HC. Psychophysiological reactivity under mental stress in atopic dermatitis. *Dermatology.* 2005;210(4):286-93. PMID: 15942214.
 26. Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics.* 1992;33(2):156-65. PMID: 1557480.
 27. Thanveer F, Khunger N. Screening for body dysmorphic disorder in a dermatology outpatient setting at a tertiary care centre. *J Cutan Aesthet Surg.* 2016;9(3):188-91. PMID: 27761090; PMCID: PMC5064684.
 28. Uzun O, Başoğlu C, Akar A, Cansever A, Ozşahin A, Cetin M, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compr Psychiatry.* 2003;44(5):415-9. PMID: 14505303.
 29. Agustin T, Rahmayunita G, Astriningrum R, Miranda E, Puspongoro EH, Widaty S. Quality of life assessment in patients with dandruff and scalp seborrheic dermatitis at a tertiary hospital in Indonesia. *Iran J Dermatol.* 2019;22(1):13-7. https://www.iranjd.ir/article_99198_9b79e769bbfd15b2adbf141f8b4bf71.pdf
 30. Ozcan Y, Sungur MA, Ozcan BY, Eyup Y, Ozlu E. The psychosocial impact of chronic facial dermatoses in adults. *Dermatol Pract Concept.* 2023;13(1):e2023029. PMID: 36892338; PMCID: PMC9946076.
 31. Mento C, Rizzo A, Muscatello MRA, Zoccali RA, Bruno A. Negative emotions in skin disorders: a systematic review. *Int J Psychol Res (Medellin).* 2020;13(1):71-86. PMID: 32952965; PMCID: PMC7498125.
 32. Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, Demircay Z. Social anxiety and quality of life in vitiligo and acne patients with facial involvement: a cross-sectional controlled Study. *Am J Clin Dermatol.* 2016;17(3):305-11. PMID: 26818062.
 33. Yolaç Yarpuz A, Demirci Saadet E, Erdi Sanli H, Devrimci Ozgüven H. Akne vulgaris hastalarında sosyal kaygı düzeyi ve bunun klinik değişkenler ile ilişkisi [Social anxiety level in acne vulgaris patients and its relationship to clinical variables]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2008;19(1):29-37. Turkish. PMID: 18330741.
 34. Bez Y, Yesilova Y, Kaya MC, Sir A. High social phobia frequency and related disability in patients with acne vulgaris. *Eur J Dermatol.* 2011;21(5):756-60. PMID: 21700535.
 35. Öztürk A, Deveci E, Bağcıoğlu E, Atalay F, Serdar Z. Anxiety, depression, social phobia, and quality of life in Turkish patients with acne and their relationships with the severity of acne. *Turk J Med Sci.* 2013;43(4):660-6. <https://journals.tubitak.gov.tr/cgi/viewcontent.cgi?article=3192&context=medical>

ARTICLE IN PRESS