

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

PSORİAZİSLİ HASTALARDA HASTALIK ALGISI, ALEKSİTİMİ
VE ANKSİYETE DUYARLIĞI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Barış İNAN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Işıl İNANIR

Manisa, 2015

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

PSORİAZİSLİ HASTALARDA HASTALIK ALGISI, ALEKSİTİMİ
VE ANKSİYETE DUYARLIĞI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Barış İNAN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Işıl İNANIR

Manisa, 2015

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iv
KISALTMALAR	v
EKLER	vi
I. GİRİŞ ve AMAÇ	1
II. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Psoriasis.....	2
2.1.1. Tanım	2
2.1.2. Epidemiyoloji	2
2.1.3. Etyopatogenez.....	2
2.1.3.1. Genetik Faktörler	3
2.1.3.2. Tetikleyici Faktörler.....	3
2.1.4. Klinik.....	3
2.1.4.1. Guttat Psoriasis:.....	4
2.1.4.2. Eritrodermik Psoriasis:	4
2.1.4.3. Jeneralize Püstüler Psoriasis:.....	4
2.1.4.4. Lokalize Püstüler Psoriasis:	4
2.1.4.5. Özel Lokalizasyonlar:	5
2.1.4.6. Psoriatik Artrit:	5
2.1.5 Komorbiditeler	5
2.1.6. Tanı	6
2.1.6.1 Fenomenler	6
2.1.6.2 Histopatoloji	6
2.1.7. Ayırıcı Tanı	7
2.1.8. Tedavi	8
2.1.8.1. Yerel Tedaviler	8
2.1.8.2. Fototerapi	8
2.1.8.3. Sistemik Tedavi.....	9
2.2. Psikiyatrik Bulgular	10
2.2.1. Psikodermatoloji	10
2.2.2. Stres.....	

2.2.3 Anksiyete ve depresyon	
2.2.4. Aleksitimi:	13
2.2.5. Anksiyete Duyarlılığı	16
2.2.6. Hastalık Algısı	18
2.2.7. Yaşam Kalitesi	23
2.2.8. Psoriasis Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar	21
III. GEREÇ ve YÖNTEM	24
IV. BULGULAR	29
V. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	58
VI. ÖZET	68
VII. ABSTRACT	71
VIII. KAYNAKLAR	74
IX. EKLER	97
EK 1(Sos yodemografik –Klinik Veri Formu).....	97
EK 2: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-III (ADİ-III).....	98
EK 3: : Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20).....	100
EK 4: Hastane Anksiyet ve Depresyon Ölçeği (HAD)	101
EK 5: DYKİ(DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE İNDEKSİ)	104
EK 6: HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ	106
EK 7: PSORİAZİS YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ	109

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Hasta ve Kontrol Grubunda Demografik Özellikler.....	29
Tablo 2: Hasta Grubunda Öykü ve Klinik Bulgular	30
Tablo 3: Hasta Grubunda Yakınmalar.....	30
Tablo 4: Hasta ve Kontrol Grubunda Psikometrik Ölçeklerin Değerlendirilmesi	31
Tablo 5: Hasta Grubunda Hastalık Algısı Ölçeği	32
Tablo 6: Hasta Grubunda Klinik ve Psikiyatrik Ölçeklerin İlişkisi	53
Tablo 7: Hasta ve Kontrol Grubunda Yaşa Göre Psikiyatrik Parametrelerin Değerlendirilmesi	54
Tablo 8: Hasta Grubunda Cinsiyete Göre Psikiyatrik Parametrelerin Değerlendirilmesi	55
Tablo 9: Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Psikiyatrik Parametrelerin Değerlendirilmesi	55
Tablo 10: Hasta Grubunda Aile Öyküsüne Göre Psikiyatrik Parametrelerin Değerlendirilmesi	56
Tablo 11: Hasta Grubunda Görünür Lezyonlarla İlişkili Olarak Psikiyatrik Parametrelerin Değerlendirilmesi.....	56
Tablo 12: Hastalık Algısı Ölçeğine Göre Hasta Grubunda Hastalığa Yol Açtığı Düşünülen Nedenler	57

KISALTMALAR

AD :	Anksiyete duyarlılığı
ADİ-3 :	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3
HAD :	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
IL :	İnterlökin
MHC :	Majör Histokompatibilite Kompleksi
NP :	Nöropeptit
SP :	Substans P
TAÖ-20 :	Toronto Aleksitimi Ölçeği-20
HAÖ:	Hastalık Algısı Ölçeği
DYKİ:	Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi
PYKÖ:	Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği
TNF:	Tümör Nekrozis Faktör
Th 1:	T Helper 1
HLA:	Human Lökosit Antijen
PG:	Prostoglandin
Ig:	İmmunoglobulin
PAŞİ:	Psoriasis Alan Şiddet İndeksi
YK:	Yaşam Kalitesi

EKLER

- EK 1: Sosyodemografik –Klinik Veri Formu
- EK 2: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-III (ADİ-III)
- EK 3: Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)
- EK 4: Hastane Anksiyet ve Depresyon Ölçeği (HAD)
- EK 5: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ)
- EK 6: Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)
- EK 7: Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ)

I. GİRİŞ ve AMAÇ

Beyin ve deri, embriyolojik olarak ektodermden köken alan ve duygularımızı ifade eden iletişim organlarıdır. Deri gelişim ve toplumsallaşma üzerinde önemli bir rol oynamakta, dokunsal uyarıların yanısıra, duygusal uyarılara da yanıt vermektedir. En büyük ve organımız olan derideki herhangi istenmeyen bir durum kişiyi ve çevresindekileri olumsuz şekilde etkileyebilmektedir.

Psikodermatoloji beyin ve deri arasındaki bağlantıyı incelemektedir. Bu iki bilim dalı arasındaki ilişki nöro-immün-kutanöz sistem olarak tanımlanan immün ve nöroendokrin sistem arasındaki karmaşık bir etkileşime ve bazı medyatörlere dayanmaktadır. Hem psikopatolojik durumlar deri hastalıklarının gelişimini tetikleyebilmekte, hem de deri hastalıkları psikososyal rahatsızlıklara neden olabilmektedir.

Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete gibi psikopatolojik durumlar birçok deri hastalığı ile birlikte görülebilir. Özellikle psoriasis vulgaris, vitiligo, alopesi areata (AA), ürtiker, akne, atopik dermatit, liken planus bulunan hastalarda bu psikopatolojik tablonun deri lezyonlarının ortaya çıkışında etkisi bilinmektedir.

Bu hastaların beden algılarında bozukluk ve kendilik saygısında azalma, sosyal açıdan damgalanmayla karşı karşıya kalma, dolayısıyla sosyal ve cinsel yaşamlarında bozulma, ikincil olarak gelişen depresyon, anksiyete, kaygı bozukluğu ve diğer psikiyatrik durumlar, yaşam kalitesinde belirgin azalma sıklıkla izlenmektedir. Dolayısıyla genellikle yaşamı tehdit edici olmadıkları için yeterince önem verilmeyen kronik birçok dermatolojik hastalık, önemli psikososyal rahatsızlıklara neden olabilmektedir.

Bu çalışmada hastalarda psikiyatrik yakınmalara neden olduğu iyi bilinen psoriasis, aleksitimi, anksiyete duyarlılığı ve hastaların hastalıklarına bakış açılarını yansıtan hastalık algısı kavramları yönünden incelenmiştir. Bu parametrelerin hastalık şiddeti, yaşam kalitesi ve birbirleriyle olan ilişkilerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. Psoriasis

2.1.1. Tanım

Psoriasis, keskin sınırlı, eritemli plak veya papüller üzerinde yerleşmiş parlak, sedefi-beyaz skuamlarla karakterize, kronik seyirli, inflamatuvar bir hastalıktır. Skuamların renginden dolayı halk arasında “Sedef Hastalığı” olarak bilinmektedir (1-4).

2.1.2. Epidemiyoloji

Psoriasis her coğrafyada görülen ve her iki cinsi eşit olarak etkileyen bir hastalıktır. Prevalans Avrupa’da ve Kuzey Amerika’da %2 ve %2,6 arasında değişmektedir. Zencilerde ve Asyalılarda ise %0,4-% 0,6 oranları ile daha az görülmektedir Her yaşta görülebilmektedir. Başlangıç yaşı için 20-30 ve 50-60 olmak üzere 2 zirve bulunmaktadır. (3-6).

2.1.3. Etyopatogenezi

Psoriasisın nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte genetik yatkınlık çevresel faktörler, ilaçlar, enfeksiyonlar, travma ve psikojenik faktörlerin hastalığın ortaya çıkışını tetiklediği düşünülmektedir (3,4,7,8). Psoriasis patogenezi başlangıçta ekzojen bir antijenle uyarılan plazmositoid dentritik hücreler salgıladıkları sitokinlerle myeloid dentritik hücreleri uyarır. Bu hücreler psoriazisteki anahtar sitokinlerden olan TNF-alfa, IL-12, IL-23 üretimini tetikleyerek IL-12 kazanılmış immunitiyi uyararak Th-1 yanıtını oluşturur. IL-23 ise doğal immunitiyi yoluyla Th-17 yanıtını oluşturur. Bunlara ek olarak salgılanan çok sayıda sitokin de psoriatik deride hiperproliferasyona neden olmaktadır. Özet olarak yatkınlığı olan bireylerde tetikleyici faktörlerin araya girmesiyle immun sistemin uyarılması ve inflamasyonu sınırlayan regülatuar T hücrelerinde bozukluk sonucu psoriasis meydana gelmektedir (7,9-11).

2.1.3.1. Genetik Faktörler

Psoriasis ile ilişkili genetik çalışmalar sonucunda “psoriasis yatkınlık” (PSORS1) olarak adlandırılan bir gen lokusu bir şekilde gösterilmiştir. PSORS1, majör histokompatibilite kompleksi-5 içinde yer almaktadır. (MHC, kromozom 6p12.3). Psoriasis ile ilişkili bulunan HLA tiplerinden başlıcaları HLA-B13, HLA-B37, HLA-B46, HLA-B57, HLA-CW1, HLA-CW6, HLA-DR7 VE HLA-DQ9’dur. HLA-CW6 alleli hastalığın genetik temeli ile direkt bağlantılı, immunopatogenetik modele öncülük eden majör bölgedir. (8,12-15).

2.1.3.2. Tetikleyici Faktörler

Bakteriyal enfeksiyonlar başta olmak üzere bir çok enfeksiyon psoriasis tetikleyip şiddetlendirebilir. *Beta-hemolitik streptokoklar* özellikle guttat psoriasis alevlenmesinde önemli rol oynamaktadır, bazen püstüler veya plak tip psoriasis de alevlendirebilmektedir (3,16,). Psoriasis tetikleyen başlıca ilaçlar lityum, β blokörler, antimalaryal ajanlar, steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, antibiyotikler (doksisisiklin, penisilin, amoksisilin ve ampisilin), digoksin, karbamezapin, fluoksetin, imiquimod, simetidin, gemfibrozildir (4,16). Akut gelişen stresin psoriasis semptomlarının alevlenmesi ve ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir (17). Psoriasis hastalarında lezyonsuz deride psoriasis gelişimi kesi, yaralanma, hatta güneş yanığı gibi travmalar sonrasında tetiklenebilir. (4,8). Ultraviyole (UV) radyasyon psoriasis tedavisinde kullanılan etkili bir tedavi seçeneğidir. Güneş ışığı yararlı olsa ve olguları çoğu lezyonlarının yazları azaldığını belirtse de bazı hastalarda aşırı güneş ışığı ile alevlenme görülebilmektedir. Sıcak hava psoriasis genellikle olumlu yönde etkilerken, soğuk hava ise olumsuz yönde etki göstermektedir (8).

2.1.4 Klinik

Eritemli, üzeri skuamli, keskin sınırlı plak tipik bir psoriasis lezyonunu tanımlar. Küçük skuamli makül şeklinde başlayan erken dönem lezyonları sentrifugal genişleme gösterir (4,18).

2.1.4.1 Kronik Plak Psoriazis:

En sık görülen formdur. Keskin sınırlı, eritemli, skuamlı plaklar simetrik olarak bulunur. Saçlı deri, diz, dirsek, presakral bölge ve daha az olarak genital bölge tutulmaktadır. Kronik seyreden bu formda bir plak aylarca hatta yıllarca sebat edebilir. Alevlenme ve remisyon dönemleri ile seyreder (4,12).

2.1.4.2. Guttat Psoriazis:

Aniden ortaya çıkan, az sayıda skuamlı papüllerle karakterizedir. Daha çok çocuklarda streptokokal infeksiyon sonrası görülür. Birkaç ay içerisinde spontan olarak gerileyebilir ya da psoriazis vulgarise dönüşebilir (3,4).

2.1.4.3. Eritrodermik Psoriazis:

Erişkinde eritroderminin en önemli nedenlerinden biri olan bu tipte vücudun %90'dan fazlasını tutan eritem ve skuam görülür. Spontan olarak gelişebileceği gibi sistemik kortikosteroid başta olmak üzere uygun olmayan bir tedavinin aniden kesilmesi sonucu da ortaya çıkmaktadır. (3,12).

2.1.4.4. Jeneralize Püstüler Psoriazis:

Klinik olarak yaygın eritem ve steril püstüller görülür. Tetikleyici nedenler arasında gebelik, sistemik kortikosteroid dozunun hızlıca düşülmesi, hipokalsemi, infeksiyonlar ve lokalize formda ise iritan maddeler sayılabilir. (3,4).

2.1.4.5. Lokalize Püstüler Psoriazis:

Palmoplantar püstülozis ve akrodermatitis continua (Hallopeau hastalığı) olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Palmoplantar püstüloziste, akut gelişen, tedaviye dirençli ve ataklar halinde bir seyir izleyen steril püstüller görülür. Lokal infeksiyonlar, stres ve sigara ile tetiklenebilir. Akrodermatitis continua (Hallopeau Hastalığı) ise falanksların distaline lokalize nadir bir formdur. Eritemli, ağrılı, keskin sınırlı bir plak şeklinde başlar, steril püstüller proksimale doğru ilerler. Ağrı, fonksiyon kaybı, tırnaklar hasarı, osteoporoz ve kemik kaybı görülebilir (4,19).

2.1.4.6. Özel Lokalizasyonlar:

Saçlı deri: Psoriazisin en sık yerleşim yeri saçlı deridir. Keskin sınırlı, saçlı deri sınırının 1-2 cm dışına taşabilen plaklar şeklinde görülür. Vücut lezyonu olmayan olgularda seboreik dermatitten ayırım güçtür (3,20).

İntertrijinöz bölge: İntergluteal, inguinal, aksiller, umblikus, submammer, retroauriküler bölge gibi sıcak ve masere olabilen alanlarda lokal travma sonucu psoriazis gelişebilir. Net sınırlı, kaşıntılı, eritemli, parlak ve genellikle skuamsız plaklar görülür. İnvers psoriazis, sadece intertrijinöz bölgelerin tutulduğu psoriazis formudur (1,12,21).

Penil psoriazis: Bazen hastalığın başlangıç yeri bazen de tek yerleşim yeri olabilir. Çoğunlukla glans peniste soliter eritemli plak şeklindedir.

Palmoplantar psoriazis: Simetrik, kırmızı, net sınırlı, üzeri yapışık sarı skuamlı plaklar ile karakterizedir. Ağrılı fissürler gelişebilir (12,20).

Oral mukoza: Jeneralize püstüler psoriazis ve akrodermatitis continua suppurativa da coğrafik dile benzer şekilde migratuar anüler eritemli beyaz lezyonlar görülebilir (1,12).

Tırnak psoriazisi: Hastalarının %10-78'inde tırnak tutulumuna rastlanır. Kimi zaman psoriazisin tek bulgusudur. Matriks tutulumuna bağlı olarak çukurcuk, sırtlanma ve oluklanmalar; tırnak yatağı ya da hiponişyum tutulumuna bağlı olarak onikoliz, splinter hemoraji, yağ damlası ve hiperkeratoz gelişir (3,21-23).

2.1.4.7. Psoriatik Artrit:

Sıklığı %6-39 arasında değişmektedir. Deri tutulumundan önce, sonra ya da birlikte ortaya çıkabilir. Tırnak tutulumu ile birlikteliği dikkat çekicidir. Asimetrik oligoartrit, simetrik poliartrit, spondiloartrit, distal interfalangeal tip, artrit mutilans farklı klinik formlarıdır. (3,4,24).

2.1.5 Komorbiditeler

Son yıllarda psoriazisin bir çok sistemik hastalıkta birlikteliği yayınlanmış ve sistemik bir hastalık olduğu üzerinde durulmuştur. Kardiyovasküler

hastalıklar, depresyon, inflamatuvar deri hastalıkları, çoliak hastalığı, metabolik sendrom, obezite en sık görülen hastalıklardır. Yaşam tarzı, alkol ve sigara kullanımı ile de ilişkili bulunmuştur. Kilo kaybı, egzersiz, sigara ve alkolün bırakılmasının klinik şiddeti azalttığı gösterilmiştir. (6,25-27).

2.1.6. Tanı

Tipik özellikler gösteren bir psoriasis olgusunda klinik görünüm tanı için yeterlidir. Ancak atipik olgular ve bazı özel lokalizasyonlar tanıda karışıklık yaratabilir. Dermatolojik muayenede uygulanan bazı fenomenler tanıya yardımcıdır, ancak hastalığa özgün değildirler. Tipik histopatolojik bulgulara sahip olduğundan psoriasisin kesin tanısı deri biyopsisinin incelenmesiyle konmaktadır (20,28).

2.1.6.1 Fenomenler

Birkaç klinik bulgu spesifik olmamakla beraber psoriasis tanısı koymada yardımcıdır. Bunlardan ilki plağın üzeri künt bir cisimle çizildiğinde ince mum parçaları gibi dökülen skuamlardır, buna “*mum belirtisi*” adı verilir. Plağın kaldırılması ile altta nemli, ince bir tabaka görülür ve bu durum “*son zar fenomeni*” olarak adlandırılır. Kazımaya devam edildiğinde görülen, histopatolojik olarak papillomatozisin yansıması olan minik kanama odakları ortaya çıkması ise “*Auspitz belirtisi*” dir. Psoriasis plaklarının plakların çevresinde oluşan beyaz halkaya *Woronoff halkası* denilir, vazokonstriksiyon sonucu ortaya çıkmaktadır. Bir diğer tipik bulgu ise travma sonrası o bölgede yeni lezyonları gelişimidir (*Koebner fenomeni*). Psoriasisli hastanın sağlam derisine stratum korneumun hasarına yol açacak bir travma uygulandığında yaklaşık 10 gün içerisinde bu bölgede yeni bir psoriasis lezyonu da ortaya çıkabilir (3,20).

2.1.6.2 Histopatoloji

Psoriasisde histopatoloji lokalizasyona, geçen süreye ve uygulanan tedaviye göre değişiklik gösterir. Erken dönemde ödem ve lenfositik infiltrasyona neden olan papiller dermisdeki damarların elongasyonu ve dilatasyonu gözlenir. Lenfosit ve nötrofiller dermal papillara ulaşır ve nadiren eritrosit ekstrevasasyonu oluşabilir. Epidermis bu fazda normal izlenebilir.

Kısa bir süre sonra epidermis granuler hücre katmanını kaybeder fakat parakeratoz gelişimi ile kalınlaşır. Bu durum hızlanmış epidermal dönüşüm nedeniyledir. Keratinositler hızla proliferer olup maturasyona uğrarlar, sonuçta terminal diferansiasyon gerçekleşmez. Skuamoz keratinositler nukleuslarını kaybetmez ve korneositleri birarada tutan ekstrasellüler lipitleri daha az oranda salgırlar. Birbirine zayıf bağlı stratum korneum tabakası tipik sedefi renkli skuamaların oluşmasına yol açar. Epidermis içinde “Kogoj’un spongiform mikropüstülleri” adı verilen spongiotik vakuollerle çevrili tek tek nötrofiller ve daha sık olarak da korneum tabakasında parakeratoz kubbeleri ile birlikte, piknotik nötrofillerin debris şeklinde izlenen “Munro mikroabseleri” olarak adlandırılan yapılar bulunur (9,29-31).

İleri evre akantozis ve epidermal psoriziform hiperplazi ile karakterizedir. Geç dönemde ortokeratoz mevcuttur; granuler tabaka intakt ve orta derecede inflamatuvar hücre ekzositozu ortaya çıkar. Erken döneme göre dermal inflamatuvar infiltrat daha ağırdır. İmmünohistokimyasal analizlerde epidermal lenfositlerin CD8+ T lenfosit, dermal lenfositlerin periferik kan tablosuna benzer şekilde CD4+ ağırlıklı olmak üzere CD4+ ve CD8+ T lenfositlerin karışımı olduğu gösterilmiştir (9,28,29,31).

2.1.7. Ayırıcı Tanı

Kronik plak tip psoriasis liken simpleks kronikus, pitiriazis rubra pilaris (PRP), hipertrofik liken planus, numuler ekzema, tinea korporis ile, guttat psoriasis; pitiriazis likenoides et varioliformis akuta (PLEVA), pitiriazis rozea, sekonder sifiliz, lupus eritematozus, mikozis fungoides, Bowen hastalığı, Paget hastalığı ile karışabilir (20,28).

İntertrijinoz bölgelerde psoriasis kandidiyazis, intertrigo ve Hailey-Hailey hastalığından ayırt edilmelidir. Saclı deri, yuz ve göğüs tutulumu seboreik dermatitle benzerlik gösterebilir (19,20).

Tırnak tutulumu en sık onikomikoz ile karışmaktadır. Ayrıca kronik ekzema, pitiriazis rubra pilaris, Darier hastalığı, pakionişi konjenita, alopesi areata, periferik dolaşım bozuklukları, hipo-ve hipertiroidizm, sarı tırnak

sendromu, travmatik distrofiler, kronik perioniksis, liken planus gibi tablolar da düşünölmelidir (22-24).

Palmoplanter lezyonlar kronik ekzema, dermatofit infeksiyonları, liken simpleks kronikus, ikinci devir sifiliz lezyonları ile karışabilir (28, 30).

Genital bolgede lokalize olduğuunda Reiter hastalığı, liken planus, seboreik dermatit, intertrigo ve tinea inguinalisden ayırt edilmelidir (20,28).

Eritrodermik psoriazisi, diğör nedenlere bağılı gelişen eritrodermiler, PRP ve Sezary sendromundan ayırt etmek zor olabilmektedir (19).

2.1.8 Tedavi

Tedavi seçiminde hastanın yaşı, cinsiyeti, genel durumu, psoriazis yaygınlığı, süresi ve tipi, daha önce uygulanan tedaviler, sosyoekonomik ve psişik durum, eşlik eden hastalıklar dikkate alınmalıdır (20,32).

2.1.8.1. Yerel Tedaviler

Kortikosteroidler, D vitamini analogu kalsipotriol, kalsinörin inhibitörleri takrolimus ve pimekrolimus günümüzde en çok tercih edilen topikal ilaçlardır. Bu ilaçların tümünün antiinflamatuvar ve antiproliferatif etkileri bulunmaktadır. Antralin ve katran eski önemlerini yitirmiştir. Kalın skuamli plaklarda uygulama öncesi %5-10 salisilk asit içeren preparatlar ile skuam uzaklaştırılmalıdır. Kortikosteroidler her ne kadar yan etkileri nedeniyle kurallar dahilinde kullanılsa da psoriazis tedavisinde halen en önemli yere sahiptir. Nemlendirici kullanımı da tedaviye yardımcıdır. Ülkemizde bulunmayan tazoreten de tedavi protokollerinde ön sıralarda yerini almıştır. Kombinasyon tedavileri monoterapiye göre daha başarılı bulunmuştur (20,33-35) .

2.1.8.2. Fototerapi

Günümüzde daha çok dar band UVB kullanılmaktadır. PUVA karsinogenetik etkisi nedeniyle tercih edilmemektedir. Fototerapi stabil psoriazis formlarında, yerel tedavinin yetersiz olduğu durumlarda sistemik tedaviye geçmeden önce kullanılır. Dar band UVB'nin bir avantajı gebeler ve

çocuklarda da uygulanabilmesidir (20,36). Son yıllarda 308nm Excimer Lazer ile de başarılı sonuçlar alınmıştır (37)

2.1.8.3. Sistemik Tedavi

Sistemik tedavide en çok tercih edilen ilaç metotreksattır. Hasta seçimi ve yan etkilerin takibi dikkatle yapıldığında ve aralıklı uygulandığında oldukça güvenlidir ve iyi tolere edilir. Hemen tüm klinik formlarda etkilidir (34,38)

Siklosporin nefrotoksisite, hipertansiyon ve immünsupresyon etkileri nedeniyle sınırlı kullanıma sahiptir ve genellikle kısa süreli alevlenmelerin tedavisinde tercih edilmektedir (38,39).

Bir oral retinoid olan asitretin özellikle lokalize, püstüler ve eritrodermik psoriaziste etkilidir, klasik plak tipi psoriaziste yalnız başına kullanımda diğer sistemik ajanlara göre daha az etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. PUVA ile kombine edildiğinde (Re-PUVA) daha etkili olmaktadır. (40)

Liarazol, sistemik takrolimus ve pimekrolimus, beksaroten ile de başarılı sonuçlar bildirilmiştir (37). Hidroksiüre ve tioguanin yan etkilerine rağmen dirençli olgularda yararlı olmuştur (38,41). Fumarik asit esterleri sadece birkaç Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır. Başka deri hastalıklarında kullanımı olan leflunomid, sulfasalazin, azatiyopirin, mikofenolat mofetil ve denileukin diftitox da psoriasisli hastalarda denenmiştir (37,42-44).

Son yıllarda hızlı etkileri, uzun süreli remisyonlar ve spesifik toksik yan etkilerinin bulunmaması nedeniyle biyolojik ajanlar standart tedavilere önemli bir alternatif oluşturmaktadır (45-48) Biyolojik ajanlar monoklonal antikorlar, füzyon proteinleri ve sitokinler olarak üç yapısal gruba ayrılır (44). Ülkemizde bulunan anti-TNF grubundan etanersept, infliksimab ve adalimumab ile antikor gelişebilmektedir. Etkinlik kaybı durumunda başka bir biyolojik ajana geçilebilir, bu durumda etkinliğini farklı bir yolaktan ve farklı sitokinler üzerinden gösteren ustekinamab tercih edilebilir. Tedavi sırasında tüberküloz ve fungal enfeksiyonlar başta olmak üzere fırsatçı enfeksiyonlara dikkat edilmelidir. (43,46,48)

T hücreler üzerinden etkili olan alafecept ise daha uzun etkinlik sürelerine sahip olmasına rağmen malinite ilişkili olgu bildirimleri nedeniyle tartışılır bir ilaç konumundadır ve sadece birkaç ülkede satılmaktadır (49).

Diğer biyolojik ajanlar golimumab, briakinumab, guselkumab, secukinumab, brodalumab ixekizumab ve küçük molekülerler grubundan A3 adenozin reseptör agonistleri, Janus kinaz inhibitörleri ve fosfodiesteraz inhibitörlerine ilişkin çalışmalar sürmektedir (50).

2.2. Psikiyatrik Bulgular

2.2.1. Psikodermatoloji

Ruh ve deri arasındaki ilişkinin keşfi, kaygı ve terleme arasındaki bağlantıyı tanımlamış olan Hipokrat'a (MÖ 460-370) kadar götürülebilir. Ruh(psyche)-beden(soma) ilişkisi ve ikilemi tarih boyunca insanoğlu tarafından araştırılmıştır. Deri hastalıklarının ortaya çıkışında ruhsal etkenlerin rolünün tartışıldığı ilk olguyu Shafii ve Shafii 1155 yılında yayınlanmış bir kitaptan alıntılanarak 1979 yılında sunmuştur (51). Fransız psikanalist Anzieu deri ve eklerinin ruh ile ilişki ve etkileşimini ön plana çıkaran deri-ben kavramını ortaya atmıştır (52). 1961 de yayınlanan Georg Groddeck' in eseri ise psikosomatik dermatolojinin doğumu olarak kabul edilmiştir (53).

Beyin ve deri hem aynı embriyonal yapraktan, ektodermden köken almakta, hem de ortak nörotransmitter, nöromediyatör ve reseptörler aracılığıyla birbirleriyle bağlantı içindedirler. Bunlardan dışta olan deri tüm yüzeyi aracılığıyla dış ortamdan bilgi toplar, içte olan sisteme yani sinir sistemine gönderir. Tersine merkezi sinir sisteminden kaynaklanan içsel uyarılarla deri ve eklerinde kızarıklık, terleme gibi değişiklikler oluşur. Deri hem saç ve ten rengi gibi özellikler nedeniyle bir tür kimlik kartı işlevi görmekte, hem de bireyin anlık sağlık ve ruhsal durumunu yansıtan bir ekran gibi rol almaktadır..

Psikodermatoloji, oluşumunda ve gidişinde ruhsal etkenlerin rol oynadığı ya da ardından ruhsal bir bozukluğun ortaya çıktığı deri hastalıklarıyla uğraşmaktadır. Psikokutan hastalıklar dört kategoride sınıflanmıştır (54-57) .

1-Ruhsal etkenlerin deri bulgularını tetiklediği ya da klinik şiddeti arttırdığı multifaktöriyel deri hastalıkları (psoriasis, ürtiker, alopesi areata, vitiligo, akne, atopik dermatit)

2-Temelde psikiyatrik bir hastalık olmakla birlikte deri bulguları ile ortaya çıkan ya da tanı konulan psikiyatrik tablolar (sanrısız dermatozlar, yapay dermatozlar, dismorfik bozukluk, trikotillomani, obsesif kompulsif bozukluk).

3-Özellikle görünümü bozan bir deri hastalığı sonucu gelişen psikiyatrik bozukluklar (reaktif depresyon, uyum bozuklukları)

4-Psikiyatrik bozukluk ile deri hastalığının eşzamanlı olarak ortaya çıkması

Deri lezyonu olan hastalarda hastalık halinin psikosomatik mi yoksa somatopsişik mi olduğunu belirlemede psikolojik ve emosyonel faktörlerin değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Böylece hastalığın yönetimi ve tedavinin belirlenmesi daha sağlıklı olacaktır (54,58).

Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların ortalama üçte birinde ek bir psikiyatrik hastalık saptanmıştır, bu oran genel topluma göre oldukça yüksektir (59,60). Yatarak tedavi gören dermatoloji hastalarında psikiyatrik bozukluklar daha da fazladır. En sık eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar depresyon, anksiyete, obsesif bozukluklar, delüzyonel bozukluklar olarak sıralanmaktadır. Daha az olarak sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, alkol bağımlılığı, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, anoreksiya nervoza ve şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir (60-64). Özellikle anksiyete, depresyon gibi durumların yüksek oranda görülmesi hastalığın ortaya çıkması, gidişi, iyileşmesi ya da süregenleşmesi gibi süreçlerin hepsinin hastanın ve çevresinin gözü önünde gerçekleşmesine bağlanabilir.

Dermatolojik hastalığın değerlendirilmesinde hastanın o sıradaki ruh halinin ve psikolojik durumunun da değerlendirilmesi gereklidir. Gerekli

psikiyatrik yaklaşım ve tedavi sağlanmadıkça deri hastalığının etkin tedavisi de mümkün olmayabilir. Deri bulguları primer psikiyatrik hastalığa bağlı olmasa bile lezyonlar hastada reaktif bir duygudurum bozukluğuna neden olabilir. Özellikle görünür alanlardaki lezyonlar bireyin sosyal yaşamını büyük ölçüde etkileyebilmekte ve özgüven yitimi sonucu birey yalnız kalmaktadır. Toplumsal normlar da etiketlenme ve zamanla sosyal ortamdaki izole edilmeye yolaçar (54,55,58).

2.2.2. Stres

Çeşitli deri hastalıklarının ortaya çıkışında, seyrinde ve alevlenmesinde emosyonel stresin, özellikle de stres yaratan yaşam olaylarının rolü vardır (65-68). Etiyolojilerinde psikiyatrik etkenlerin değişik şekillerde yer aldığı hastalıklara psikokutan dermatozlar adı verilmektedir (69,70).

Alopesi areata, vitiligo, akne vulgaris, seboreik dermatit, atopik dermatit, ürtiker ve psoriasis stresin önemli rol oynadığı hastalıklar arasında yer almaktadır (61,71,). Bu hastalıklarda stres deri hastalığının başlangıcı, nüksetmesi ve şiddetlenmesinde etkili olmaktadır. Hastalar tarafından stresli yaşam olayı genellikle açık olarak ifade edilmektedir.

2.2.3. Anksiyete ve depresyon

Depresyon günlük yaşamda hüznün ve mutsuzluğun egemen olduğu normal dışı bir duygudurumu (mood) anlatmak için kullanılır. Çevresel değişikliklere ve yaşam olaylarına verilen doğal bir duygusal tepkiyi belirttiği gibi, bazen döngüsel bir nitelik taşıyan özgül bir ruhsal rahatsızlığı da tanımlamaktadır (72).

Anksiyete tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Huzursuzluk, dolanıp durma, göğüste sıkışma, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu, kas gerginliği ve sürekli tuvalete gitme isteği gibi klinik yansımaları bulunur. Anksiyetenin ortada somut bir tehlike olmaksızın yaşanması, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması ve kişinin olağan yaşamını etkilemeye başlaması bireyde bir anksiyete bozukluğu olduğunu düşündürür (73).

Bir çok deri hastalığında anksiyete ve depresyon ile ilişki gösterilmiştir. Özellikle hospitalize edilen hastalarda %50'ye varan oranlarda yüksek anksiyete ve depresyon skorları saptanmıştır (74). Akne, alopesi areata, vitiligo, ürtiker, el ekzeması, pitriazis rose ve hatta tinea versikolorlu hastalarda yüksek anksiyete ve depresyon düzeyleri bildirilmiştir (75-81).

2.2.4. Aleksitimi:

Aleksitimi kelime anlamı olarak Yunanca'da a:yok, lexis:söz, thymos:duygu anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden meydana gelmiş bir kavramdır. Literatürde değişik kavramlarla açıklanmaya çalışılan aleksitimi en basit tanımıyla duyguları fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğüdür (82). Şahin aleksitiminin sadece "*duygular için söz yitimi*" anlamına gelen, duygulara karşı "dilsiz" olmakla sınırlandırılmayacağını, çünkü aleksitimik bireylerin aynı zamanda kendi duygularına karşı "*sağır*" olduklarını vurgulamakta ve aleksitimi için, "*duygusal ahrazlık*" tanımını yapmaktadır (83). Dökmen ise, aleksitimi karşılığı olarak, "*düşünce köleliği*" kavramını önermektedir (84). Aleksitimi, bir hastalık değil daha çok bir kişilik yapısıdır ve bu yapı dört ana başlık altında toplanabilir (82,85,86):

1. Duygularını tanıma, tanımlama güçlüğü: Bu insanlar özgül bir biçimde duygularını tanıyamazlar. Duygularını çok kabaca "rahatlama" ve "rahatsız olma" gibi basit kelimelerle ifade edebilmektedirler. Kendilerine duyguları sorulduğunda sanki bu kelimenin anlamını bilmez görünürler. Sık sık bedensel yakınmalardan söz ederler.

2. Hayal kurma, düşlemsel yaşamda kısıtlılık: Aleksitimik özellik gösteren bireylerin hayal gücü de oldukça zayıftır. Kurdukları hayaller gerçeklik sınırları içerisinde tutku ve özlemin silik biçimde yansıdığı kuru ve renksiz fantezilerdir.

3. İşlemsel-içevuruk düşünme eğilimi: Aleksitimik bireyler karşılaştıkları sorunlara somut ve kestirme çözümler bulmaya yönelirler. Sorunların kökenine inmekten ziyade görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenmeyi tercih ederler.

4. Dış merkezli uyuma yönelik bilişsel yapı: Çevreyle olan ilişkilerine tutum ve davranışlarına iç etkenler ve onlara bağlı duygular değil daha çok dış

etken ağırlıklı olarak yön verirler. Aleksitimikler günlük yaşamda herhangi bir olayla karşılaştıklarında çevresel beklentilere ve ayrıntılara çok fazla önem verirler (85).

Aleksitiminin gelişimiyle ilgili kuramsal yaklaşımlardan psikoanalitik yaklaşımda, bebeklik çağlarında anneyle kurulan sembiyotik ilişkinin yetersizliğinin aleksitimiye yatkınlık ve ailenin çocukla kurduğu zengin ilişkilerle çocuğun duygusal yaşantısının gelişmesine katkı sağlayacağı vurgulanmaktadır. Yine bu kurama göre, aleksitiminin gelişimsel başarısızlık ya da psikolojik travmayla ortaya çıkan duygusal sıkışma ve gerileme sonucu olduğu belirtilmektedir. Bilişsel yaklaşımda ise, çocuğun ailesinde yaşadığı yıkıcı, sarsıcı olaylar bilişsel-duygusal gelişimini engeller. Bu öğrenmeler duygusal dünyasıyla ilgili yaşadığı olumsuzluklar aldığı tepkilerle pekişerek devam eder. Bu yaşantılar içinde işlevsel olmayan, uyum bozucu düşünce ve inançların sayıltıların, bilişsel çarpıtmaların yer aldığı bilişsel şemalar şekillenir. Bu şemalarla duygularla ilgili bilişsel çarpıtmalar, mantık dışı gerçekçi olmayan düşünceler, işlevsel olmayan sayıltılar oluşur. İleriki yaşlarda duygularla ilgili kişiler arası ilişkilerde yaşanan olumsuzluklar ve alınan tepkiler bu olumsuz düşünceleri pekiştirir. Bu pekiştirmelere bağlı otomatik düşünceler oluşur. Bunun sonucu birey duygularını fark edip ayırt edemez ve aleksitimik belirtiler görülür (87).

Aleksitiminin klinik tanımlamasında somatizasyonun çok önemli bir yer tutmasına rağmen yapılan araştırmalarda aleksitimi ile psikosomatikler arasında doğrudan bir ilişki olduğu kanıtlanamamıştır. Yani aleksitimik özellikler ile psikosomatikler arasında etiyolojik (neden-sonuç) ilişkisi olduğunu söylemenin mümkün olmadığı, sadece bir benzerlikten bahsedilebileceği vurgulanmaktadır (88). Ancak Mattila ve ark. 5129 kişilik genç ve yaşlı popülasyondan oluşan geniş bir seride aleksitimi ve somatizasyon arasında bağımsız bir ilişki olduğunu göstermişlerdir (89).

Aleksitimik özelliklerin ortaya çıkmasında sosyokültürel faktörler de önemli rol oynamaktadır. Aleksitimi bir hastalık biçiminde var ya da yok şeklinde

nitelendirmekten çok, aleksitimik özelliklerin düzeylerinden bahsetmek daha uygun görünmektedir (90).

Aleksitiminin psikopatolojinin gelişimi ve devamında yer alan mekanizmalar üzerindeki rolü, giderek ilgi çeken bir araştırma konusu haline gelmiştir. Özellikle, psikosomatik hastalıklar ve duygulanım bozuklukları gibi duygu düzenleme bakımından temel sorunların görüldüğü olgularda, aleksitimik özellikler önemli risk faktörlerinden biri olarak dikkati çekmektedir (91,92). Honkalampi ve ark. aleksitiminin majör depresyon, kişilik bozukluğu ve alkol kullanımı için risk faktörü olup olmadığını araştırmış, sonuç olarak aleksitiminin tekrarlayan depresif semptomlar ile yakından ilişkili olduğunu bu bağlamda depresif semptomların aleksitimi ile psikiyatrik hastalıklar arasında bağlantı kuran bir medyatör olabileceğini vurgulamışlardır (93). Bunun dışında, yeme bozuklukları, panik bozukluk, sosyal fobi, konversiyon bozukluğu, madde bağımlılıkları gibi pek çok spesifik alandaki çalışmalarda da aleksitimiye yer verilmektedir (94-96).

Aleksitiminin genel toplumdaki sıklığı %10-13 arasında değişmektedir (90,97). Aleksitimi psikiyatri alanında çoğunlukla depresyon, alkol bağımlılığı ve anoreksiya nervroza birliktelik göstermektedir (98-100). İnflamatuar barsak hastalıkları, miyokard infarktüsü, hipertansiyon, şiddetli astım, esansiyel hipertansiyon, fibromyalji gibi somatik hastalıklarda aleksitimi düzeylerinin artmış olduğu saptanmıştır (89, 93).

Dermatolojik hastalıklarla aleksitimi arasındaki ilişkiyi gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda psoriasis, alopesi areata, seboreik dermatit, vitiligo ve kronik ürtikerli hastalarda aleksitiminin kontrollere göre daha yüksek oranda saptandığı bildirilmiştir (90, 101--103). Bazılarında aleksitimi ile ilişki saptanmamıştır (78,104) Picardi ve ark. deri hastalığı olan hastalarda yüksek aleksitimi düzeylerinin psikososyal fonksiyonlarda bozulma ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (101). Aleksitiminin eğitimle ilişkili olduğu (102) ve hastalıkla başedecek immünolojik mekanizmaları zorlaştırdığı (105) üzerinde durulmuştur

2.2.5. Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı zararlı fiziksel fizyolojik ve / veya sosyal sonuçları olduğuna inanılan anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı ölçüde bir korku olarak nitelendirilmiştir. İlk kez 1985 yılında Reiss ve Mc Nally tarafından tanımlanmıştır (106). Anksiyete duyarlılığı "korku beklentisi modeli"nin temelini oluşturmaktadır. Bu modele göre, insanlardaki korku yaratan bir olaydan ya da durumdan kaçınma güdüsünün temelinde "anksiyete beklentisi ve AD" olarak adlandırılan süreçler rol oynamaktadır. Bu iki kavram klinik olarak kısmen örtüşmektedir. "Anksiyete beklentisi" kişinin belirli bir durumda yeniden ve kaçınılmaz olarak anksiyete ya da korku yaşayacağı beklentisidir, özellikle panik ataklarından sonra edinilmiştir (107). "AD" ise kişinin yapısında bulunan, süreklilik gösteren temel bir korku olup, çeşitli anksiyete bozukluklarına yatkınlık yarattığı öne sürülmüştür (108).

AD, teorik ve klinik önemi açısından panik atak, anksiyete ve anksiyete bozukluklarının bilişsel teorilerinin gelişmesinden sonra tanımlanmaya başlamıştır. Reiss'e göre AD korkmaktan korkmak ya da anksiyeteden korkmak olarak tanımlanan bir bireysel farklılık değişkenidir. Bu korku, kişinin anksiyete ya da korku yaşantılarının utanmaya, hastalığa, ölüme neden olabileceği inancından kaynaklanmaktadır (109).

Sınıflandırma çalışmalarında AD için yüksek ve düşük olarak iki kategorili sınıflandırma esas alınmaktadır. Yüksek AD'na sahip olanlar toplumun %10-20'sini, düşük AD'na sahip olanlar ise toplumun geri kalan kısmını meydana getirmektedir. AD yüksek olan kişiler, birdenbire ortaya çıkan görece daha şiddetli olan ve açıklanamayan fiziksel anksiyete belirtilerini hatalı bir şekilde, tehlikeli olarak yorumlamaya eğilimli olup sıklıkla kaçınma eğilimindedirler, görece daha düşük AD'na sahip olanlar anksiyete belirtilerini hoş olmayan, fakat zararsız belirtiler olarak değerlendirmektedirler.

Beklenti kuramından önce AD'nin panik ataklarının bir sonucu olduğu görüşü baskındı. Bu kuramla birlikte AD'nin bir sonuç olmaktan öte, psikopatoloji gelişiminde önemli ve özgül bir risk etkeni olabileceği görüşü egemen oldu (110). Anksiyete bozukluğu, alkol kullanımı, depresyon, obsesif

kompulsif bozukluk (OKB), hipokondriyazis ve panik atak AD'nin gelişimlerinde bir risk etkeni olabileceği düşünülen durumlardır (111-117). Yüksek AD'nin panik bozukluk ve diğer anksiyete bozukluklarının gelişimine neden olduğu gösterilmiştir (111-114). Depresyon ile AD arasında, AD'nin sadece tek bileşenini içeren (*bilişsel kontrolü kaybetme korkusu*) bir ilişki bulunduğu ve bunun da AD'nin özel bir biçimini temsil ettiği öne sürülmüştür (116). Cox ve ark. hipokondriyaziste AD'nin, yalnızca anksiyete ve anksiyete belirtilerinden korkmaktan çok, daha genel olarak “beden duyumlarından ve hastalıklardan korkma” ve “sağlık ilgileri” ile yakın ilişkili olduğunu bulmuşlardır (117). AD'nin hipokondriyazis gelişiminin yordayıcısı olduğu da ifade edilmiştir (118).

AD kavramının alkol tüketimi ile ilişkisi araştırılmıştır. Cooper ve ark., alkol kullanma nedenlerini sosyalleşme, başa çıkma, eğlenme ve uyum sağlama olarak gruplanmaktadır (118). AD'si yüksek olanların daha çok başa çıkma amacıyla alkol kullandıkları belirtilmektedir (119). Demartini ve ark. tarafından da iki kavram arasında doğru orantı saptanmıştır (120). Türkiye’de yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre yüksek AD’li kişiler, korku ve kaygılarından ya da korkularının grup içinde ortaya çıkmasından kaynaklanabilecek olumsuz yaşantılardan kaçınmak için alkol almaktadırlar (121).

AD ve cinsiyeti araştıran çalışmalarda tutarsız sonuçlar göze çarpmaktadır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmaların bazılarında kadın öğrencilerin erkeklere nazaran daha yüksek anksiyete duyarlılığı skorlarına sahip olduğu bulunmuştur (122, 123). Fakat anksiyete duyarlılık indeksi (ADI) skorları açısından cinsiyet ile anlamlı bir ilişkinin saptanmadığı yayınlar da vardır (106,124). Toplam 38 yayının değerlendirildiği bir meta-analizde, her türden anksiyete bozukluğu olan kadınlar ile sağlıklılar arasında AD düzeyleri açısından büyük farklılık saptanmıştır (125). Sonuç olarak kadınların anksiyete duyarlılığı skorlarının erkeklere göre biraz daha yüksek olduğu söylenebilir. Ancak kesin bir yargıya varmak için daha fazla cinsiyet ve AD ilişkisini araştıran çalışmalara ihtiyaç vardır (107).

AD'nin, *"sürekli anksiyetenin alt boyutu olduğu"* ve çeşitli hastalıklarda saptanan yüksek AD'nin, sürekli anksiyete etkisinden kaynaklanmış olabileceği iddia edilmektedir (126). Ancak AD'nin anksiyeteden farklı bir kavram olup olmadığı da tartışma konusudur. Sürekli anksiyete, anksiyete belirtilerinden korkmak değil, stres yaratan uyarıcılara korkuyla tepki verme eğilimi ya da yaygın anksiyete belirtilerini yaşamaya yapısal bir yatkınlık olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla anksiyete belirtilerinin kendisine korkuyla tepki verme eğiliminden farklıdır. Sürekli anksiyete bazı insanların kendi anksiyetelerinden ve anksiyete duyumlarından korkmasını da açıklamamaktadır (127,128). Bununla birlikte insanların kuramsal olarak yüksek düzeyde sürekli anksiyete yaşarken düşük AD'ye sahip olabileceği ya da bunun tam tersinin de geçerli olabileceği belirtilmiştir (129).

AD, bireylerin kalıtsal olarak anksiyeteyi ne kadar rahatsız edici olarak algıladıklarına ve anksiyete yaşantısının sonuçlarına ilişkin inançlarına göre farklılık gösterir (130). AD'nin bir kişilik özelliği olabileceği yönünde de yorumlar yapılmaktadır. Araştırma sonuçları AD'nin nörotisizmin ya da olumsuz duygulanımın bir alt bileşeni olabileceğini düşündürmüştür (110).

AD, uçuş korkusu, kulak çınlaması, sigara bağımlılığı, fobi, panik atak gibi duurlarda araştırılmıştır. Deri hastalıkları konusunda yayınlanmış bir çalışma bulunmamaktadır.

2.2.6. Hastalık Algısı

Algı, psikoloji ve bilişsel bilimlerde duysal bilginin alınması, seçilmesi, yorumlanması ve düzenlenmesi anlamına gelir (131). Algı, aynı zamanda hastalık ve / veya yeti yitiminin birey tarafından nasıl anlaşıldığına da işaret eder. Bu açıdan bakıldığında hastalık algıları, hastalığın kavramsallaştırılması anlamına gelir (132). Hastalık algısı, kişinin hastalığı nasıl anlamlandırdığı ve hastalık durumunun bilişsel yapılanması ile ilişkili bir kavramdır. Her kişiye göre farklı yaşanır. Yaş, cinsiyet, yaşanmış deneyimler, baş etme mekanizmaları, kültürel değerler ve hastalığa olan genetik yatkınlık gibi birçok faktör kişinin hastalığına yönelik algısını etkilemektedir.

Kişinin hastalığına yönelik değerlendirmeleri hastalık süresi boyunca devam eder. Fakat bu değerlendirmeler içinde hastalığının durumu ve gidişatı ile ilgili baskın olan bir algısı bulunur (133). Hastalık algısı modeline göre kişiler, hastalıkla ilgili bilgiyi beş alanda değerlendirir: Hastalığın kimliği, hastalığın süresi, hastalığın nedenleri, hastalığın sonuçları ve hastalığın tedavi edilebilirliği, kontrol edilebilirliği (134).

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu inanışlar, hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan dinamik bir süreçtir. Bu algı veya bilişsel süreçler, bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler (135). Kronik hastalığı olan hastaların, hastalıkları ile ilgili sahip oldukları algılarının pozitif yönde değiştirilmesiyle, kendi kendini yönetebilmeleri, hastalığın oluşturduğu duygusal durumla baş edebilmeleri ve hastalığa eşlik eden günlük stresin üstesinden gelebilmeleri için beceri kazandırılabilir gibi görünmektedir (136). Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör vardır. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalığı açıklamaya çalışırlar (137,138). Leventhal ve arkadaşları her hastanın kendi "hastalık temsili modeli" oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir (139,140). Bu modele göre kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgilerin ışığında zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili şemalar oluştururlar. Bunlar her hastanın hastalığının belirtileri, süresi ve sonuçları ile ilgili kendi düşünceleridir. Hastaların oluşturdukları bilişsel modellerin tedavi ve durumun kontrolü ile ilgili inançları da içerdiği gösterilmiştir (141). Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyici bir unsurdur. Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara göre, iç kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişi daha iyidir (139).

Lipowski, bireylerin hastalığa verdiği anlamları: Meydan okuma, mücadele edilmesi gereken durum veya tehdit, kayıp, kazanç, rahatlama ve ceza olarak dört grupta tanımlamıştır. Bu tanımlamaya göre hastalık, meydan okunması mücadele edilmesi gereken durum veya tehdit olarak algılandığında, hastanın göstereceği tepkinin normal ve uyarıcı olduğuna inanılır. Bu tarz bir algı geliştiren hastalar hastalıklarıyla ilgili işbirliği arayarak hastalığa uyumlu davranışlar gösterirler. Hastalık, tehdit olarak görüldüğünde ise sıklıkla korku, anksiyete ve zaman zaman öfke duyguları açığa çıkar (142).

Hastalığın kazanç ya da fırsat olarak algılanmasında hastalık, bilinçli veya bilinçsiz olarak ekonomik zorluklardan, kişiler arası zor durumlardan, sosyal rollerin sorumluluklarından ve isteklerden muaf olma, dinlenme anlamına gelebilmektedir. Bu kavram hastalıktan birincil veya ikincil kazanç içerir. Bu durumda tedaviye uyumsuzluk yaygındır ve kişinin hasta rolüne sınıksız sarıldığı gözlenir. Hastalık, ceza olarak algılandığında sıklıkla depresyon, öfke veya utanç biçiminde duygusal tepkiler ortaya çıkar. Burada en önemli sorun suçluluk duygusunun varlığı ve derecesidir. Kayıp olarak algılayan birey ise hastalığı sağlığın, düzenin, bağımsızlığın, yaşamın kaybı ve yeti yitimi olarak algılar. Bu bireylerde içe çekilme, sosyal izolasyon, yas, depresyon gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir (133). Hastalık algısını kavramsallaştıran iki farklı model vardır:

1.Sağduyu Modeli (SDM): SDM, hastanın hastalığını veya hastalığını kavramasındaki bilgi işleme süreçlerine katılan etkenleri, bu bilginin hastalığa bakış açısını oluşturmak üzere nasıl bütünleştirildiğini ve bu bakış açısının başa çıkma davranışlarına ve sonuçlarına nasıl kılavuzluk ettiğini açıklar. Bu model, hastalığın bilişsel temsillerini kademelendirmek amacı ile kullanılan gereçlerin geliştirilmesinde benimsenmiş ve bu bilişlerin benimsenmiş başa çıkma stratejileri ve sonuçları üzerine nasıl etkilerde bulunduğunu test etmek amacı ile kullanılmıştır (143,144).

2.Açıklayıcı Model: Açıklayıcı modeller, kültürlerarası psikiyatrist ve antropolog Arthur Kleinman'ın çabaları sonucunda ruhsal bozukluklar ile ilişkilendirilmiştir, Kleinman, hastalığın anlaşılmasında profesyonel olan ve

olmayanların nadiren uyuştuğunu fark etmiştir (145). Ona göre klinisyenler, hastalarının açıklayıcı modellerini ortaya koyabildiklerinde, patofizyoloji, belirtilerin başlama şekli ve zamanı, hastalığın gidişi, hastalığın etiyolojisi ve tedavisi ile ilgili profesyonel olmayan yaklaşımlara daha geniş çerçeveli bir iç görü kazanacaklardır (146).

Sonuç olarak, hastalık algısı kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavramdır. Kişinin olayları nasıl algıladığının sadece psikolojik, fizyolojik ya da psikososyal iyilik haline değil, yaşam kalitesine hatta fiziksel hastalığın gidişine de etkisi vardır. Hastalıkla ilgili bireysel algıların yanısıra, bu aşamada kültürel yatkınlıklar da önemlidir (142).

2.2.7. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı, kişinin ruhsal, sosyal ve fiziksel iyilik hali ve günlük yaşamındaki fonksiyonlarını sürdürebilmesine dayanan bir tanımlamadır. Bireyin tüm temel gereksinimlerini karşılanması, yaşamdan doyum bulması, sosyal davranışlarında yeterli olması, kişiler arası ilişkilerin iyi olması ve benlik saygısını içerir. Genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir (147-150).

Yaşam kalitesi değerlendirilirken ruhsal, fiziksel ve toplumsal iyilik haline nesnel ve öznel açıdan yaklaşılr. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, geliri, arkadaşlık ilişkileri, fiziksel aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır (150,151).

Özellikle son yıllarda batılı toplumların sağlık sistemlerinde hastaların da sağaltım seçiminde söz sahibi olması gerekliliği yönünde artan eğilim ve hasta gruplarının bu yöndeki yoğun baskısı hasta odaklı sağlık hizmetlerini gündeme getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde hastanın bakış açısını merkeze alma eğilimindeki bu yaklaşımda, yaşam kalitesi ölçümleri kullanılarak fonksiyonel kapasite, iyilik ve hoşnutsuluk birarada değerlendirilmeye çalışılmaktadır (153). Toplumda kronik hastalıkların

giderek artmasına karşın, bu hastalara sunulan tedavi seçeneklerinin çoğunun tam iyileşmeden çok, bulguları hafifletici etkilerinin olması, ayrıca bazı hastalıklar için önerilen ve sınırlı yarar sağlayan tedavi yöntemlerinin (örneğin kemoterapi) olası toksik etkileri ile birlikte değerlendirilmesi zorunluluğu da son zamanlarda yaşam kalitesi çalışmalarına verilen önemin artmasına neden olmuştur (148,149,153). Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu, sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır (154).

Deri hastalıkları diğer organ hastalıklarından farklı olarak çoğu zaman yaşamı tehdit etmemesine rağmen kişinin görünüşünü, dolayısıyla psikososyal durumunu, kişisel ilişkilerini ve günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hasta için sosyal sorunlara yol açmaktadır. Özellikle hastanın dış görünümünü bozan lezyonlar ve çevresinin verdiği olumsuz tepkiler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve toplumdan kaçmasına neden olmaktadır. (155,156). Bu nedenle hastalıkların klinik şiddet yanısıra günlük yaşantıya etkilerinin saptanması, hastaların hastalığı nasıl algıladıklarının anlaşılması, tedavi sonuçlarının psikososyal durumu üzerinde yaptığı değişikliklerinin belirlenmesi önem taşımaktadır (157-159). Deri hastalıklarında genellikle hastalık şiddetiyle orantılı olmayan bir yaşam kalitesi bulunduğu gösterilmiştir.

Yaşam kalitesinin standart olarak değerlendirilebilmesi için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Tedaviye yanıtın değerlendirilmesi, değişik hasta gruplarının ve hastalıkların karşılaştırılması açısından bu ölçekler skorlaandırılmış sistematığe sahip olmalıdır. Bu ölçeklerin geçerlilik ve güvenirliliklerinin gösterilmesi yanısıra kültürel adaptasyonları da gereklidir (157). Yaşam kalitesinin genel olarak değerlendirildiği ölçekler deri hastalıklarında tümüyle yararlı olamazlar, çünkü bu ölçeklerde fiziksel parametrelere ilişkin pek çok madde yer almaktadır. Oysa dermatolojik hastalıklara sahip bireyler genellikle fiziksel olarak sağlıklıdır ve bu durum ölçeklerin kullanımını güvensiz kılmaktadır. Bu nedenle genel olarak deri hastalıklarına ya da sadece o hastalığa özgün testler geliştirilmiştir. Genel ölçekler arasında Dermatoloji

Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) (160) ve Skindex-16 (161) en sık kullanılanlardır. Psoriazis için ise Psoriazis Yeti Yitimi İndeksi (162), Psoriazis Life Stres Inventory (163) ve ülkemize özgü olarak geliştirilmiş Psoriazis Yaşam Kalite Ölçeği (164) geliştirilmiştir. Son yıllarda deri hastalıklarında özellikle psoriaziste yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmaların sayıları giderek artmaktadır.

2.2.8 Psoriazis ve Psikiyatrik Bozukluklar

Psoriazis psikiyatrik bulgu ve bozuklukların en sık görüldüğü deri hastalıklarından biridir. Stres, stigmatizasyon (damgalanma), anksiyete, depresyon, sosyal ve fiziksel aktivitede kısıtlanma gibi pek çok psikososyal sorun hastalığa eşlik etmektedir (164). Nükslerle seyreden kronik bir hastalık olması, kaşıntının bulunması ve görünür bölgeleri etkileyebilmesi bu sorunları arttırmaktadır. Toplumsal damgalanma hastaların eşit eğitim ve hizmet alamamasına, iş ve eş bulamamasına neden olabilmektedir (164,165) Özellikle artrit bulunan psoriatik hastalarda mesleki, fiziksel ve sosyal sorunlar daha da fazladır. Psikosomatik bir hastalık olarak ifade edilmiş ve psikiyatrik yönü en çok incelenmiş deri hastalığıdır (167).

Psoriazisli hastalarda stresin rolü, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi, alkol, sigara ve uyuşturucu kullanımı, stigmatizasyon (damgalanma), intihar düşüncesi gibi pek çok psikopatoloji araştırılmıştır (167-169). Anksiyete ve depresyon gibi durumlar primer olarak ortaya çıkıp hastalığın başlangıcı ve alevlenmelere neden olabilirler, ya da deri lezyonları ve toplumsal etkilenmelere sekonder olarak gelişebilirler. Son dönemde mizaç özellikleri ve aleksitimi gibi sabit kişisel özelliklerin de psoriazis patogenezindeki rolü sorgulanmıştır (104,170,171).

Psoriazisin yaşam kalitesi üzerine olan etkileri yaşamı tehdit eden kronik sistemik hastalıklar kadar olabilir. Üstelik bu etkilenme hastalık şiddetinden bağımsızdır. Bu nedenlerle hastalık şiddetinin belirlenmesinde dermatolojik bulgular ile birlikte psikososyal durumun ve yaşam kalitesinin birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir (158,172).

III. GEREÇ ve YÖNTEM

“Psoriasisli hastalarda hastalık algısı, aleksitimi ve anksiyete duyarlılığı” adlı tez çalışmamız için Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulu tarafından çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına dair onay alındı.

Çalışma Grubu:

Çalışma grubu, Mart 2015-Haziran 2015 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvuran 100 psoriasisli hasta ve kontrol grubunda yaş-cins uyumlu 90 sağlıklı gönüllüden oluşmuştur.

Çalışmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri

Onsekiz yaş ve üzerinde olmak, ölçekleri yanıtlayabilecek kognitif kaPAŞİteye sahip bulunmak, psoriasis dışında herhangi bir hastalığın olmaması çalışmaya dahil edilmek için gerekli kriterleri oluşturmaktaydı.

Hastalar ve kontrol grubu çalışma hakkında bilgilendirildi, yazılı ve sözlü onamları alındı.

Kullanılan ölçekler

Çalışmaya katılan hasta Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3), Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği (Türkçe TAÖ-20), Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD Ölçeği), Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ), Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), kontrol grubuna Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3), Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği (Türkçe TAÖ-20), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD Ölçeği), uygulandı. Tüm anketler katılımcıların kendileri tarafından dolduruldu. Ayrıca çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacı ile araştırma ekibi tarafından hazırlanan anket formu kullanıldı. Hastalarda dermatolojik muayene bulguları da forma kaydedilmiştir. Uygulanan ölçekler ve sosyodemografik ve klinik veri formu şu şekildedir:

Sosyodemografik, Klinik Veri Formu: Hastanın yaş, cinsiyet, , meslek, hastalık süresi, ve aile öyküsünün sorgulandığı bir anket formu hazırlandı. Form araştırma ekibinden Dr. Barış İnan tarafından çalışmaya katılanlara karşılıklı soru-cevap tekniği kullanılarak dolduruldu. Aynı hekim tarafından dermatolojik muayene yapıldı. Kliniğe yönelik olarak hastalığın klinik tipi, yerleşim yeri, komorbiditeler ve yakınmalar ayrıntılı biçimde sorgulandı, forma kaydedildi. Form Ek 1’de yer almaktadır.

Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3): AD’nın etkin biçimde ve çok boyutlu olarak değerlendirilebilmesi amacıyla yakın zamanda Taylor ve ark. tarafından ADİ-3 geliştirilmiştir (173). ADİ-3 fiziksel, toplumsal ve bilişsel alt boyutları olan ve her alt boyutta 6’şar madde bulunan toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. ‘0’ çok az, ‘4’ çok fazla anlamına gelmektedir ve toplam ölçek puanı 0-72 arasındadır. Uygulayıcılardan her bir maddede yer alan ifadelerle ilgili şimdiye kadar olan deneyimlerini dikkate alarak ya da bu konuda deneyimi yoksa o durumu yaşaması halinde nasıl hissedebileceğini düşünerek ilgili ifadeyle ne derecede hemfikir olduğunu belirtmesi istenmektedir (173-174). ADİ-3’ün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Mantar ve ark. tarafından yapılmıştır (175). ADİ-3 Ek 2’de yer almaktadır.

Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği (Türkçe TAÖ-20): TAÖ-20 daha önce Taylor ve ark. tarafından geliştirilen TAÖ-26 ölçeğinin yeniden düzenlenmesiyle oluşturulmuştur (176, 177). İlk versiyonundan farklı olarak 3 boyut içermektedir. Toplamda 20 sorudan oluşan ölçekte her madde 1-5 arasında değişen değerlerde skorlanmakta ve sonuçta tüm puanlar toplanmaktadır. TAÖ-20 skorları 20-100 arasında değişmekte, 61 ve üzeri değerler aleksitimik, 51-61 arası sınırdaki aleksitimik, 51’in altındaki değerler ise normal olarak kabul edilmektedir (178). Ölçeğin dilimize çevirisi, güvenilirlik ve geçerlik çalışması Güleç ve ark. tarafından yapılmıştır (179). TAÖ-20 Ek 3’de yer almaktadır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD Ölçeği): Bedensel hastalığı olan ve ayaktan sağlık hizmeti almak için sağlık hizmetine

başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir (180). Ölçekte toplam 14 soru bulunmakta, bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi bu ölçeğin kesme puanları anksiyete alt ölçeği için 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri puanlar 0-21 arasındadır. Ölçek 1997 yılında Aydemir ve ark. tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (181). HAD Ek 4'te yer almaktadır

Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ): Finlay ev ark. tarafından deri hastalığının etkisi nedeniyle oluşan sınırlamaları değerlendirmek amacıyla tasarlanmış, basit, pratik ve kişinin kendisi tarafından uygulanan bir testtir (160). Hastanın önceki 1 hafta boyunca semptomları ve duyguları, günlük aktiviteler, boş zaman, iş ya da okul hayatı, kişisel ilişkiler ve tedavisi ile ilgili 10 soru içerir. Her öğenin dört olası cevabı 0 ile 3 arasında puan arasında skorlanır. Toplam puan 0 puan (yaşam kalitesinde bozulma yok) ile yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bozulmayı ifade eden 30 puana (yaşam kalitesinde maksimum bozulma) kadar değişmektedir. Ortalama dermatolojik yaşam kalite skoru:

0–1 = Hastaların yaşam kalitesi etkilenmemiştir.

2–5 = Hastaların yaşam kalitesi hafif etkilenmiştir.

6–10 = Hastaları yaşam kalitesi orta derecede etkilenmiştir.

11–20 = Hastaların yaşam kalitesi fazla etkilenmiştir.

21–30 = Hastaların yaşam kalitesi çok fazla etkilenmiştir.

DYKİ'nin Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği Öztürkcan ve ark tarafından gösterilmiştir (182). DYKİ Ek 5' te yer almaktadır.

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ): 1996 yılında Weinman tarafından geliştirilmiş (183), olan bu ölçek Moss-Morris ve ark. tarafından gözden geçirilmiş (184), Armay ve ark. tarafından da Türkçe'ye uyarlanmıştır (142). Ölçek, hastalık belirtileri, hastalık algısı ve hastalık nedenleri olmak üzere üç

bölümden oluşmaktadır. Hastalık belirtileri bölümü, sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, uyku güçlükleri, sersemlik hissi, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, "bu belirtiyi hastalığın başlangıcından bu yana yaşıyor yaşımadığı", daha sonra "bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği" sorulur. Bu bölüm, her belirti için iki soruya da kişinin evet/hayır biçiminde cevap vereceği şekilde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet cevaplarının toplamı hastalık belirtisi bölümünün değerlendirme sonucunu oluşturur. Algı bölümü, hastanın hastalığı hakkında görüşlerini içeren 38 maddeden oluşur. 5'li Likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu bölüm yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel, episodik olarak gruplanır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Hastalık nedenleri bölümü, hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. 5'li Likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu bölüm, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçeği içermektedir. Bu alt ölçekler şunlardır, psikolojik atıflar (örneğin, stres ya da endişe, duygusal durumum, aile problemleri, kişilik özelliklerim gibi), risk faktörleri (örneğin, kalıtsal, sigara, alkol kullanma, yaşlanma vb...), bağışıklık (örneğin, mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması gibi), kaza veya şans (örneğin, kaza, yaralanma, kötü talih gibi). Ölçeğin en sonunda kalitatif

değerlendirmeye imkân vermek üzere kişinin hastalığının en önemli nedeni olarak gördüğü üç faktörü yazması da istenmektedir. HAÖ Ek 6' te yer almaktadır.

Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ): Psoriasisin günlük yaşam, duygular, kişisel ilişkiler üzerine olan etkilerini sorgulamak amacıyla 2003 yılında İnanır ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Psoriasisli hastaların yaşadığı psikososyal olumsuzluklar, günlük yaşamdaki zorluklar, tedaviye yönelik sıkıntıları incelenmiştir. Ölçekteki 17 sorudan 4 ü giysi seçimi, saç kesimi, iş bulma, toplu yerlere gitmekten çekinme gibi günlük yaşama ilişkin zorlukları inceler, ölçeğin son 3 maddesi tedavi ile ilgili olup kalan 10 madde psoriasis ile ilişkili psikososyal sorunları irdeler. Hastaların ne kadar etkilendiği hiç , biraz, oldukça, çok olacak şekilde sırasıyla 0, 1, 2, 3 Likert tipi skala ile derecelendirilmiştir. 0 puan en iyi, 51 puan en kötü olarak ifade edilir. Yüksek ölçek puanları hastalığın yaşam kalitesini daha olumsuz etkilediğini gösterir (164). PYKÖ Ek 7 ' te yer almaktadır.

İstatistiksel analizler

Çalışmamızda istatistiksel değerlendirme için *SPSS 15.0* programı kullanıldı. Sayısal değerler ortalama $\pm$ standard deviasyon (SD) şeklinde verildi. Gruplararası karşılaştırmalar için Student T test ve ki-kare testleri, gruplar homojen değilse de nonparametrik versiyonu olan Mann-Whitney U test uygulandı. $<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

IV. BULGULAR

Çalışmamızda 63 erkek 37 bayan olmak üzere 100 psoriasis hastası, 55 erkek 35 bayan olmak üzere 90 sağlıklı gönüllüden oluşan kontrol grubu yer almaktadır. Hasta ve kontrol grubuna ait demografik veriler Tablo 1’ de yer almaktadır.

Tablo 1: Hasta ve Kontrol Grubunda Demografik Özellikler

	Hasta (n=100)	Kontrol (n=90)	P
Yaş			0,84*
Aralık	18-76	19-70	
Ortalama	41,14 ± 13,491	41,51±13,105	
Cins			0,79**
Kadın (n,%)	37 (%37)	35 (%38,9)	
Erkek (n,%)	63 (%63)	55 (%61,1)	

*Student T test

**Ki-kare testi

Hasta grubunda ortalama hastalık süresi 12,82 yıl olarak saptanmıştır, hastaların %19’unda aile öyküsü pozitifdir, çalışmaya katılan hastalarda en sık plak tip psoriasis gözlenirken en sık lokalizasyon ekstremitelerdir, çalışmaya katılan hastaların ortalama PAŞİ skoru 8,13 olarak belirlenmiştir. Hasta grubuna ait öykü ve klinik bulgular Tablo 2’ de yer almaktadır.

Tablo 2: Hasta Grubunda Öykü ve Klinik Bulgular

Hastalık süresi (yıl)	1-40 (ort: 12,82±10,014)
Aile öyküsü	19 (%19)
Klinik tip	
Plak	96 (%96)
Püstüler	3 (%3)
Eritrodermik	1 (%1)
Artropatik	1 (%1)
Lokalizasyon	
Yüz	13 (%13)
Skalp	71 (%71)
Gövde	82 (%82)
Genital	30 (%30)
Ekstremit	92 (%92)
Tırnak	45 (%45)
Görünür bölge	35 (%35)
PAŞİ	1,2-20,3 (8,13±4,54)

Kaşıntı hastalardaki en sık yakınma iken ağrı en nadir yakınma olarak göze çarpmaktadır. Hasta grubundaki yakınmalara ilişkin bulgular Tablo 3 de yer almaktadır.

Tablo 3: Hasta Grubunda Yakınmalar

Kaşıntı	82(%82)
Yanma-batma	44(%44)
Ağrı	25(%25)
Uykusuzluk	36(%36)
Huzursuzluk	53(%53)

Çalışmamızda kullanılan psikometrik ölçekler değerlendirildiğinde HAD, ADİ-3, TAS-20 skorları açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık saptandı. Hasta grubunda üç parametreye ait skorun da daha

yüksek değerlere sahip olduğu görüldü. Çalışmamızda kullanılan yaşam kalite ölçekleri incelendiğinde, psoriasisli hastalarda hem DYKİ, hem PYKÖ'nün çok yüksek olmayan skorlara sahip olduğu gözlemlendi. Her iki ölçeğe göre hastaların yaşam kalitesinde bozulma olmakla beraber, saptanan değerler çok yüksek olarak değerlendirilmedi. Hasta ve kontrol grubunda psikometrik ölçeklere ilişkin değerler Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4: Hasta ve Kontrol Grubunda Psikometrik Ölçeklerin Değerlendirilmesi

	Hasta (n=100)	Kontrol (n=90)	p
HAD-Anksiyete	8,14±4,32521*	3,5333±2,41345	0,00
HAD-Depresyon	6,35±3,79626*	1,7444±1,99190	0,000
DYKİ	7,33±6,68491		
PYKÖ	16,43±10,69056		
ADI-III	24,69±15,68161*	11,5556±7,67326	0,000
TAS-20	51,66±12,98112*	46,8333±6,09890	0,001

Student's T test , $p < 0,05$ anlamlı

Çalışmamızda psoriasisli hastalara uygulanan hastalık algısı ölçeği üç bölümden oluşmaktaydı ve değerlendirilmesi hastalık tipi-kimlik, süre (akut-kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller ve hastalık nedenleri olmak üzere dokuz bölümde ele alındı. Hastalık tipi-kimlik dışında diğer parametrelere ait skorlar yüksek saptandı. Hasta grubunda uygulanan hastalık algısı ölçeği ortalamaları ve skorları Tablo 5 de yer almaktadır.

Tablo 5: Hasta Grubunda Hastalık Algısı Ölçeği

1	Hastalık tipi-kimlik	0-10(2,090±2,54294)
2	Süre(akut/kronik)	6-30(20,68±5,59921)
3	Sonuçlar	6-30(17,82±6,02751)
4	Kişisel kontrol	11-30(20,57±4,45461)
5	Tedavi kontrolü	5-25(18,16±4,16750)
6	Hastalığı anlayabilme	5-25(15,73±5,34630)
7	Süre(döngüsel)	4-20(13,70±3,91707)
8	Duygusal temsiller	6-30(19,02±6,76739)

Hastalık süresinin yüksek PYKÖ skorları ve yaş ile ilişkili olduğu belirlendi. Hastalığın başlangıç yaşı ile TAS-20 ve PYKÖ skorlarının ise ters orantılı olduğu belirlendi. Yaşın hastalık süresi ve başlangıç yaşı ile pozitif korelasyon, HAD anksiyete ve TAS-20 skorları ile ise negatif korelasyon gösterdiği izlendi. Psoriasis hastalarında PAŞİ ile DYKİ ve PYKÖ skorları arasında pozitif korelasyon saptandı. Ancak PAŞİ skorları ile TAS-20, ADI-3 arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. HAD anksiyete ve HAD depresyon skorları hem birbirleriyle hem de DYKİ, PYKÖ, TAS-20 ve ADI-3 ile pozitif korelasyon göstermekteydi. HAD anksiyete skorları ise yaş ile negatif korelasyon göstermekteydi. DYKİ ve PYKÖ skorları hem birbirleri ile, hem de PAŞİ ve ADI-3 skorları ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon göstermekteydi. PYKÖ çalışmamızda başlangıç yaşı ile negatif korelasyon göstermekteydi. TAS-20 skorları ile ADI-3, HAD anksiyete, HAD-depresyon ve PYKÖ skorları pozitif korelasyon göstermekteydi. Aynı zamanda TAS 20 skorları yaş ve hastalığın başlangıç yaşı ile negatif korelasyon göstermekteydi, ADI-3 sonuçları HAD-anksiyete, HAD-depresyon, DYKİ, PYKÖ ve TAS-20 skorları ile pozitif korele saptandı. Hasta grubunda klinik ve psikiyatrik ölçeklerin ilişkisine ait bulgular Tablo 6'da yer almaktadır

Tablo 6: Hasta Grubunda Klinik ve Psikiyatrik Ölçeklerin İlişkisi

	SÜRE	PAŞİ	HAD-anksiyete	HAD-depresyon	DYKİ	PYKÖ	TAS-20	ADI-3	BAŞLANGIÇ YAŞI	YAŞ
SÜRE		180 0,073	-070 0,49	-043 0,67	116 0,24	212* 0,034	-059 0,56	-020 0,84	-074 0,46	,281* 0,005
PAŞİ			0,068 0,5	0,067 0,5	0,383* 0,00	0,194* 0,05	0,053 0,59	0,042 0,67	-047 0,65	083 0,41
HAD-anksiyete				0,578* 0,00	0,413* 0,00	0,477* 0,00	0,488* 0,00	0,545* 0,00	-165 0,10	-227* 0,02
HAD-depresyon					0,376* 0,00	0,445* 0,00	0,225* 0,02	0,316* 0,00	-034 0,75	-068 0,54
DYKİ						0,465* 0,00	0,170 0,09	0,349* 0,00	-085 0,39	-005 0,96
PYKÖ							0,52* 0,00	0,547* 0,00	-246* 0,014	-105 0,30
TAS-20								0,563* 0,00	-221* 0,027	-279* 0,005
ADI-3									-067 0,50	-086 0,39
BAŞLANGIÇ YAŞI										,743* 0,000
YAŞ										

Pearson korelasyon testi , üstteki sonuç r değerini alttaki sonuç p değerini göstermektedir.

Çalışmamızda yaş ön planda tutularak psikometrik ölçekler değerlendirildiğinde TAS-20 ve HAD anksiyete düzeyleri hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ters orantılı iken, kontrol grubunda böyle bir fark saptanmamıştır. Hasta ve kontrol grubunda yaşa göre psikiyatrik parametrelerin değerlendirilmesine ilişkin veriler Tablo 7 de yer almaktadır.

Tablo 7: Hasta ve Kontrol Grubunda Yaşa Göre Psikiyatrik Parametrelerin Değerlendirilmesi

	Hasta		Kontrol	
	R	P	R	P
HAD-depresyon	-068	0,54	019	0,86
HAD-anksiyete	-227	0,02*	-149	0,16
DYKİ	-005	0,96		
PYKÖ	-105	0,30		
ADI-3	-086	0,39	-031	0,73
TAS-20	-279	0,005*	023	0,83
PAŞİ	083	0,41		

Pearson korelasyon testi, $p < 0,05$ anlamlı

Cinsiyet ön planda tutularak psikometrik ölçekler değerlendirildiğinde psoriazisli bayan hastaların erkek hastalara göre daha yüksek aleksitimik özelliklere sahip oldukları görülmüştür. Hasta grubunda cinsiyete göre psikiyatrik parametrelerin değerlendirilmesine ilişkin bulgular Tablo 8 de yer almaktadır.

Tablo 8: Hasta Grubunda Cinsiyete Göre Psikiyatrik Parametrelerin Değerlendirilmesi

	Kadın (n= 37)	Erkek (n=63)	P
HAD-depresyon	6,0811±3,09460	6,5079±4,16929	0,56
HAD-anksiyete	8,7838±3,20707	7,7619±4,84839	0,21
DYKİ	6,6757±5,80734	7,7143±7,16719	0,43
PYKÖ	15,1351±7,72860	17,1905±12,09220	0,30
ADI-3	25,1892±15,20752	24,3968±16,06694	0,81
TAS-20	54,9730±11,78862*	49,7143±13,34097	0,04
PAŞİ	8,141±4,3530	8,125±4,6852	0,98

Mann-Whitney U test, , p<0,05 anlamlı

Çalışmamızda sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubunda da bayanlarda HAD-anksiyete skorları belirgin derecede yüksek saptanmıştır. Kontrol grubunda cinsiyete göre psikiyatrik parametrelerin değerlendirilmesine ilişkin veriler Tablo 9'da yer almaktadır.

Tablo 9: Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Psikiyatrik Parametrelerin Değerlendirilmesi

	Kadın (n= 35)	Erkek (n=55)	P
HAD-depresyon	2,0286±1,65362	1,5636±2,17531	0,25
HAD-anksiyete	4,6286±2,59055*	2,8364±2,02543	0,001
ADI-3	12,2286±8,02234	11,1273±7,48592	0,51
TAS-20	47,3714±7,18285	46,4909±5,33983	0,53

Mann-Whitney U test, p<0,05 anlamlı

Çalışmamızda , aile öyküsünün pozitif yada negatif olmasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı sonucuna varılmıştır. Hasta grubunda aile öyküsü ön plana alındığında psikiyatrik parametrelerin değerlendirilmesine ilişkin veriler Tablo 10'da yer almaktadır..

Tablo 10: Hasta Grubunda Aile Öyküsüne Göre Psikiyatrik Parametrelerin Değerlendirilmesi

	Aile öyküsü (+)(n=19)	Aile öyküsü (-) (n=81)	P
HAD-depresyon	5,4737±3,23811	6,5556±3,90512	0,22
HAD-anksiyete	7,7368±2,62133	8,2346±4,64293	0,54
DYKİ	8,9474±6,46764	6,9506±6,71733	0,24
PYKÖ	15,1579±8,01570	16,7284±11,24724	0,49
ADI-3	27,3684±13,81710	24,0617±16,10151	0,38
TAS-20	53,0000±8,17856	51,3457±13,89079	0,62
PAŞİ	8,416±3,9063	8,064±4,6991	0,77

Mann-Whitney U test, , p<0,05 anlamlı

Çalışmamızda görünür bölgede lezyonu olan psoriazisli hastaların DYKİ skorlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Hasta grubu görünür lezyonlar esas alınarak psikiyatrik parametreler aracılığıyla değerlendirildiğinde elde edilen veriler tablo 11 de yer almaktadır.

Tablo 11: Hasta Grubunda Görünür Lezyonlarla İlişkili Olarak Psikiyatrik Parametrelerin Değerlendirilmesi

	Görünür (+)(n=70)	Görünür (-)(n=30)	P
HAD-depresyon	6,3286±3,96258	6,4000±3,44013	0,93
HAD-anksiyete	8,1000±4,54016	8,2333±3,84782	0,89
DYKİ	8,2000±6,88750*	5,3000±5,79625	0,03
PYKÖ	17,3714±10,64196	14,2333±10,65666	0,19
ADI-3	23,9714±14,93170	26,3667±17,46027	0,52
TAS-20	51,8286±12,42598	51,2667±14,41009	0,86

Mann-Whitney U test, , p<0,05 anlamlı

Çalışmamızda hastalara uygulanan hastalık algısı ölçeği kapsamında sorgulanan hastalık nedenleri araştırıldığında hastaların, hastalıklarına neden olarak en sık stres veya endişe (%83), duygusal durumu (%61) gördüklerini saptadık. Bu nedenleri vücut direncinin azalması (%37), kalıtsal (%35) nedenler izlemekteydi. Kaza ya da yaralanma, yaşlanma, alkol, diyet–yemek hastalara tarafından daha az oranda hastalıklarına neden olduklarını düşündükleri durumlar arasında yer almaktaydı. Hastalık algısı ölçeğine göre hasta grubunda araştırılan hastalığa yol açtığı düşünülen nedenlere ait veriler Tablo 12’de yer almaktadır.

Tablo 12: Hastalık Algısı Ölçeğine Göre Hasta Grubunda Hastalığa Yol Açtığı Düşünülen Nedenler

		Hasta sayısı	Oran
1	Stres ya da endişe	83	%83
2	Kalıtsal(ırsi)	35	%35
3	Bir mikrop ya da virüs	20	%20
4	Diyet-yemek alışkanlıkları	12	%12
5	Şans ya da kötü talih	31	%31
6	Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	15	%15
7	Çevre kirliliği	21	%21
8	Kendi davranışım	30	%30
9	Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem	33	%33
10	Aile problemleri	31	%31
11	Aşırı çalışma	23	%23
12	Duygusal durumum, örneğin ; kendimi kötü,yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem	61	%61
13	Yaşlanma	10	%10
14	Alkol	14	%14
15	Sigara içme	25	%25
16	Kaza ya da yaralanma	7	%7
17	Kişilik özelliklerim	22	%22
18	Vücut direncimin azalması	37	%37

V. TARTIŞMA ve SONUÇ

Psikodermatoloji, beyin ve deri arasındaki etkileşimi konu almaktadır. Deri, kişinin iç ve dış ortamları arasında bir sınır oluşturur. Görülebilen ve dokunulabilen bir organ olarak duygu ve davranışlarımızın yansımasında önemli rolü yeri vardır.

Deri öfke, korku, utanç ve kızgınlık gibi duyguları açıkça ifade etme, emosyonel uyarılara yanıt verme, kişinin kendilik imajı ve özgüvenini sağlama ile bebeklikten yetişkinliğe doğru seyreden sosyalleşme sürecinde önemli rol oynamaktadır (185,186). Embriyolojik gelişme bile merkezi sinir sistemiyle deri arasındaki sıkı ilişkiye işaret etmektedir. Hem epidermis, hem de merkezi sinir sistemi nöral plakadan nöral boruya doğru gelişmektedir (187,188).

Psoriasis, bir psikosomatik hastalık olarak ifade edilmiştir (166,189). Görünür lezyonlar bulunması ve kronik bir hastalık olmasından dolayı pek çok olumsuz psikososyal etkiye sahiptir. Yaşam kalitesi bozulmuştur ve bir çok ruhsal bozuklukla birlikte (190,191). Damgalanma, sıkıntı, utanma, çekinme, anksiyete, depresyon, sosyal ve fiziksel aktivitede kısıtlanma, yaşam kalitesinde bozulma, madde kullanımı ve aleksitimi psoriasisle ilişkili bulunmuştur (164). Root ve ark., psoriasisli olan hastaların hissettikleri rahatsızlığın kaynağının, hastalıklarının ciddiyetini algılamalarından ziyade, cilt bozukluğunun yarattığı yeti yitimine bağlı olduğunu öne sürmüşlerdir (192). Sadece psoriasis tanısı konması bile hastalarda belirgin psikolojik bozukluklara neden olabilir (193). Psoriasis ve ekzema gibi hastalıkların toplum tarafından bulaşıcı olarak yanlış değerlendirilmeleri de hastaların kaygı ve depresyonlarını artırabilmektedir (194).

Her şeyden önce bir çok hasta hastalığın başlangıcı, alevlenmesi ve nüksetmesinde stresli yaşam olaylarının rolü olduğunu belirtmişlerdir (195-197). Olguların %40-80'i bir etken olarak hastalık tetikleyicisi olarak stresten yakınmaktadır (163,167,198, 99). Stres reaktivitesi bulunan bu hastalarda kişilik özelliklerinin de bu durumla ilişkili olduğu bildirilmiştir (197). Campalmi

ve ark. stresli aile olaylarının özellikle kadın psoriazislielerde tetikleyici olduğunu ve bu durumun yaşam kalitesini de olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir (200). Bir etken olarak stresi vurgulayan hastalarda anksiyete, depresyon gibi diğer patolojiler daha fazla görülmüş ve tedavide psikolojik yaklaşım önerilmiştir (163,197). Psikolojik stres psoriasis hastalarının tedaviye yanıt vermelerini de önemli ölçüde etkilemektedir. Çalışmamızda lezyonların stresle artıp artmadığı sorgulanmamış, ancak %83 oranında hasta hastalığın nedenleri arasında psoriazisi belirtmiştir.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları psoriasis tanılı hastalarda en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardır. Psoriaziste hastalığın şiddetiyle depresyon ve anksiyetenin şiddeti arasındaki bağlantı ile ilgili yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar ortaya çıkmıştır Genelde yüksek oranda depresyon ve anksiyete oranları saptanmasına rağmen, bazı çalışmalarda kontrol gruplarıyla benzer oranlar bildirilmiştir (201,202). Psoriasis hastalarında depresyon ve anksiyeteyi yüksek bulan çalışmalarda olguların en azından üçte birinde anksiyete ve depresyon saptanmıştır (158,203-205).

Psoriaziste depresyon primer veya sekonder olabilir. Stigmatizasyon (damgalanma) hisseden hastalarda depresyon skorları daha yüksektir. Psoriazisli hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu organik hastalıkların hemen hepsinden fazla bulunmuştur ve bu durumun özellikle suçluluk ve damgalanma hisleriyle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Psoriazisli hastalarda intihar düşüncesi ile de karşılaşmıştır. 127 hastanın %5'inin intiharı denedikleri, %9,7'sinin ise ölmeyi istediği bildirilmiştir (168). Deveci ve ark. da HAD-depresyon puanı ve intihar olasılığı ölçeği puanlarının diğer deri hastalıklarından yüksek olduğunu saptamıştır (206).

Remröd ve ark. 20 yaşın altında erken başlangıçlı psoriazisli hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeylerinin geç başlangıçlı vakalara göre belirgin düzeyde yüksek olduğunu belirlemişlerdir (207). Çalışmamızda da hastalık başlangıç yaşı ile vakalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ters orantılı bulunmuştur.

Kılıç ve ark. 105 psoriyazis hastasında mizaç ve karakter envanteri boyutları ile hastalık süresi ve şiddeti, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi değerlendirilmiştir. Sonuçlarının psoriaziste görülen depresyonun serotonerjik sistemle ilgili olduğu görüşünü desteklediğini ve depresyonun bu hastalardaki ödöl bağımlılığını gizlediğini öne sürmüşlerdir (201).

Kirby ve arkadaşları HAD ve HAÖ kullandıkları çalışmalarında stres ve üzüntünün psoriazis ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (158). Üzüntüyü neden olarak algılayan hastalarda depresyon puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen veriler de bunu destekler niteliktedir. Psoriazisli hastaların hastalıklarının çevreleri üzerinde de psikiyatrik semptomlara neden olduğunun ileri sürüldüğü çalışmalar da mevcuttur. Pereira ve ark. psoriazisli hastalar ve partnerlerini içeren çalışmalarında yaşam kalitesi düşük saptanan psoriazisli hastaların partnerlerinde anksiyete ve depresyon semptomlarının yüksek oranda görüldüğünü bildirmişlerdir (208). Bu durum özellikle psoriazisin psikososyal yönüne dikkat çekmektedir.

Hawro ve ark. psoriazisli hastalarda anksiyete-depresyon ve sosyal destek ile ilgili yaptıkları çalışmalarında ileri yaştaki psoriazis hastalarının daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeylerine sahip olduğunu, aile öyküsü pozitif psoriazis hastalarının ise depresyon düzeylerinin daha düşük olduğunu gözlemlemiştir. Anksiyete düzeylerinin lezyonların şiddeti, kaşıntı şiddeti ve uzun hastalık süresi ile ilişkili olduğunu belirtmiş, sonuç olarak ileri yaş ve aile öyküsü negatif psoriazisli hastalara sosyal destek verilmesi gerekliliğini vurgulamışlardır (205).

Çalışmamızda ise aksine ileri yaştaki psoriazis hastalarının daha düşük anksiyete ve depresyon düzeylerine sahip olduğu, aile öyküsünün ise pozitif yada negatif olmasının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı sonucuna varılmıştır. İleri yaşta uzun hastalık süresine sahip olan hastaların artık lezyonların verdiği sıkıntıya artık alıştıkları ve genç hastalar kadar sorun etmedikleri düşünülmüştür. Anksiyete ve depresyon düzeyleri aynı zamanda diğer psikometrik ölçek puanları ile de doğru orantılıdır. Aleksitimik ve

anksiyete duyarlılığı bulunan ve yaşam kalitesi bozulmuş psoriazislielerde depresyon ve anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur.

Psikosomatik hastalıklar içerisinde yer alan psoriazis ile aleksitimi kavramı arasında literatür verileri doğrultusunda önemli bir ilişki bulunmaktadır (209-214,69). Genetik biyolojik kaynaklı (primer) ve psikolojik-travmatik olaylar sonucunda gelişen (sekonder) iki tip aleksitiminin olduğunu savunan yazarlar, psikosomatik hastalıklarda yaşam boyu süren primer aleksitiminin tabloya hakim olduğunu bildirmişlerdir. Psoriazisli hastalarda duyguların dışı vurumu duygusal streslerin tetiklediği fiziksel lezyonlarla belirlemektedir (69).

Allegranti 100 psoriazisli hastada sağlıklı kontrollere göre aleksitimi düzeylerini daha yüksek olarak saptamışlar, bu düzeyin HAD-anksiyete ve HAD-depresyon skorlarıyla doğru orantılı, ancak yaş ve klinik şiddet ile ilişkisiz olduğunu bildirmiştir (170). Richards ve ark. hastaların %35'inde aleksitimi saptamakla birlikte hastalık şiddetleri ile bir ilişki saptamamışlardır (210). Torres-Hernandez ve ark. aleksitiminin psoriazisli hastalarda genel popülasyona göre daha sık olduğunu ve bu durumun anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (215). Masmoudi ve ark. 53 psoriazisli hastada aleksitimiyi kontrollerden fazla gözlemiş, aleksitimik kadınlarda hastalık şiddetinin ve tüm aleksitimik grupta alkol kullanımının daha fazla olduğunu bildirmiştir. Aleksitiminin alkol tüketimini arttırarak psoriazis prognozunu kötüleştirdiğini savunmuşlardır (199). Fava ve Rubino ise değerlendirmelerinde psoriazislielerde TAÖ değerlerini kontrol grubuna göre daha düşük saptamışlar ve psoriazisin aleksimi ile ilişkisiz olduğunu öne sürmüşlerdir (209,210).

Çalışmamızda bir çok önceki araştırmaya benzer şekilde psoriazisli hastalarda aleksitimi düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer psikiyatrik parametreler olan anksiyete, depresyon, anksiyete duyarlılığı ve yaşam kalitesinde bozulma da bu düzeylerle orantılı idi. Yine gençlerde, kadınlarda ve erken başlangıçlı hastalarda daha yüksek TAÖ puanları saptandı. Tüm bu sonuçlar bize aleksitiminin psoriaziste diğer

bir çok deri hastalığında olduğu gibi ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Yüksek aleksitimik özelliğe sahip hastalar psikolojik açıdan ayrıca değerlendirilmeli ve hastalık bu yönüyle de yönetilmelidir.

Çalışmamızda hastalara uygulanan hastalık algısı ölçeği kapsamında sorgulanan hastalık nedenleri araştırıldığında hastaların, hastalıklarına neden olarak en sık stres veya endişe (%83), duygusal durumu (%61) gördüklerini saptadık. Bu nedenleri vücut direncinin azalması (%37), kalıtsal (%35) nedenler izlemekteydi. Kaza ya da yaralanma, yaşlanma, alkol, diyet–yemek hastalara tarafından daha az oranda hastalıklarına neden olduklarını düşündükleri durumlar arasında yer almaktaydı. Fortune ve arkadaşları 84 erkek, 78 kadın psoriasis hastasında hastalık algısı ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmalarında hastaların hastalıklarına neden olarak %60,1 stres, %55,5 genetik faktörler, %46 davranış biçimini gördüğünü saptamışlardır (216).

Hastalık algı ölçeğindeki alt birimler hastalık tipi-kimlik, süre(akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre(döngüsel) ve duygusal temsiller alanlarından oluşmaktaydı. Hastalık tipi-kimlik dışında hepsinde yüksek değerler saptanmıştır. Hastaların, hastalığa iştirak eden semptom sayısının yüksek olduğuna dair güçlü bir inançları olmadığı, hastalıklarının kronik olduğu, hastalıklarının negatif sonuçlarının olduğuna inandıkları, hastalıklarının ve tedavilerinin kontrol edilebildiği hakkında pozitif inançlara sahip oldukları, hastalıklarının kişisel anlaşılabilirliğinin yüksek olduğu, durumun siklik-döngüsel bir doğası-seyri olduğuna inandıkları ve hastalıkla provoke olan emosyonel etkide, negatif duyguların yüksek olduğuna kanaat getirdikleri gözlemlendi. Bu verilere dayanarak, çalışmamızda kullanılan hastalık algısı ölçeğinin hastalara verilecek psikiyatrik desteğin değerini göstermede önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Noormohommodpour ve ark. 101 bayan, 99 erkek psoriasisli hastada en yüksek hastalık algısı skorlarını genital, en düşük hastalık algısı skorlarını ise tırnak tutulumunda saptamışlardır (191). Araştırmacılar, hastalık algısı

skorlarının uyguladıkları başetme mekanizmaları ile ilgili test skorlarından PAŞİ değerinden bağımsız olduğunu, ancak başka psikiyatrik hastalığı bulunnalarda daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda görünür bölgede lezyonu olan psoriazisli hastaların DYKİ ve hastalık algısı skorlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Wahl ve ark. psoriazisli hastalarında bilgi düzeylerini ölçen bir test de uygulamışlar, daha bilgili olanların, kadınların ve uzun hastalık öyküsüne sahip olanların daha az endişelendiğini bildirmişlerdir (190). Scharloo ve ark. 69 psoriazis hastasında bir yıl arayla yaptıkları ölçümlerde hastalık hakkındaki güçlü tanımlamaların kötü klinik gidiş, depresyon, hastalıkla başetmede güçlükler ve sık hastane vizitleriyle ilişkisini göstermişlerdir (217). Kossakowska ve ark. ise psoriazisli hastaların negatif duygularını daha yoğun kontrol ettiklerini ve bu durumun da hastalık algısını etkilediğini belirterek psikolojik desteğin önemini gündeme vurgulamışlardır (218).

Psoriazislielerde hastalık algısı konusunda literatürde çok az inceleme bulunurken, başka deri hastalıklarında bu konunun irdelendiği gözlenmiştir. konusunda Cartwright ve ark. alopesili hastalarda hastalık algısı ve yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında, hastalıkla ilgili inanışların hastalığın seyrini etkilediğini ve alopesi tedavisinde psikolojik faktörlerin de göz önüne alınması gerektiğini belirtmişlerdir (219). Vitiligo, alopesi areata, DLE’de negatif hastalık algısı saptanmıştır (220-223). Negatif hastalık algısının hastalığın şiddetinden bağımsız olarak düşük psikososyal fonksiyonlara yol açtığı (220), yaşam kalitesindeki bozulmayla ilişkili olduğu ve tedaviye yanıtı etkilediği (221), daha fazla anksiyete ve depresyona yol açtığı (222) ve uzun süreli hastalığa sahip ve yüksek eğitim süresine sahip kişilerin hastalığı kronik ve ciddi olarak algıladıkları (223) bildirilmiştir.

AD, anksiyeteden korkma biçiminde tanımlanabilir. Uçuş korkusu, kulak çınlaması, sigara bağımlılığı, fobi, panik atak gibi durumlarda araştırılmıştır. Deri hastalıkları konusunda yayınlanmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda hasta grubunda ADI-3 ölçek puanları kontrollerden yüksek bulunmuştur. Bu yükseklik, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesinde bozulma ve aleksitimik özellik ile korele idi. Yaş ve cinse göre ise bir ilişki saptanmadı.

Devine ve arkadaşları genç erişkin kişilerde anksiyete duyarlılığı ve aleksitimi boyutları arasındaki ilişkiyi araştırmış, anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişilerin aleksitimi düzeylerini de yüksek saptamış, anksiyetesi yüksek olan grubun duygu ve düşüncelerini tanımlamakta zorluk çektiğini göstermişlerdir (223).

Genel olarak psoriazisin herhangi bir yakınmaya neden olmadığı söylene de ve klasik olarak böyle ifade edilse de bizim çalışmamızda da benzer şekilde hastaların %82'sinde kaşıntı, %53'ünde huzursuzluk gözlenirken ağrı, yanma–batma ve uykusuzluk daha az oranda saptanan yakınmalar olarak göze çarpmıştır. Hastaların yakınmalarının şiddetinde hastalığın yerleşim yerinin etkili olduğunu da söyleyebiliriz. Fortune ve ark. psoriazisli hastalarda sırasıyla %80 ve %76 olmak üzere deskuamasyon ve kaşıntının en sık görülen semptomlar olduklarını belirlemişlerdir. Hastalıklarıyla ilgili inanışlarının ve hastaların tariflediği semptomların hastalığın klinik şiddeti ile ilişkili olmadığını gözlemlemişlerdir (216). Bilaç ve ark.'nın çalışmasında ise kaşıntı (%93) en sıktır, bunu yanma, sulantı ve kanama izlemektedir (224).

Yaşam kalitesinin en çok araştırıldığı deri hastalığı psoriazistir. Hastalığın görünür yerleşimi, kronikliği, artrit ağrısı, kaşıntı ve kepeklenme gibi özellikleri kişide sosyal izolasyon, çekingenlik, istediği hobileri gerçekleştirebilme, iş ve parasal konularda zorluklara neden olmaktadır. Hastalar deri bulgularının görüldüğü yüzme, güneşlenme gibi sosyal aktivitelerinin kısıtlandığını ve diğer insanlarla eşit hizmet alamadıklarını hatta bazen kendilerinin ortamdaki uzaklaşmalarının istendiğini ifade etmişlerdir (225). Psoriazisli hastaların kişilerarası ilişkilerden ve halka açık yerlerden kaçınma eğiliminde olmaları da sosyal ve mesleki fırsatlarda azalmaya ve dolayısıyla YK'de azalmaya neden olur (193,225). Eklem tutulumunun neden olduğu fiziksel kısıtlılık, alkol, sigara ve antidepresan kullanımı YK'deki bozulma ile ilişkili olabilir (193, 225-228). Psoriazisin yaşam kalitesi üzerine olan etkileri yaşamı tehdit eden kronik sistemik hastalıklar kadar olabilir. Hatta hafif deri bulguları bile ağır psikososyal bozukluklara yol açabilmektedir (182). Bu nedenlerle hastalık şiddetinin belirlenmesinde dermatolojik bulgular

ile birlikte psikososyal durumun ve yaşam kalitesinin birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir (158,172).

Çalışmamızda dermatolojik hastalıklara yönelik DYKİ ve psoriaze özgü DYKÖ kullanılmıştır. Her iki ölçek puanları hem birbirleriyle, hem de klinik şiddet (PAŞİ) ile doğru orantılıydı. PYKÖ'nin tüm parametrelerle ilişkisi gösterildi. PYKÖ ile yaşam kalitesinde bozulma saptanan hastalarda hastalık daha erken yaşta başlamıştı, hastalık süresi daha uzundu, daha yüksek aleksitimi, anksiyete duyarlılığı, anksiyete ve depresyon düzeylerine sahiptiler. DYKİ açısından ise HAD-anksiyete, HAD-depresyon ve ADI-3 ile pozitif korelasyon izlendi.

Başlangıç yaşı gözönüne alındığında erken başlayanlarda YK'nin daha çok bozulduğu ve daha aleksitimik özellik taşıdıkları gözlemlendi. Yaş açısından bakıldığında ise genç hastalarda anksiyete ve aleksitimi düzeyleri yüksek bulundu. Anksiyete genç hastaların dış görünüşlerini yaşlı hastalara göre daha çok önemsemelerinden ve psoriazisin kozmetik anlamda neaktif etkilerini daha yoğun yaşamalarından kaynaklanmış olabilir.

Klinik şiddet (PAŞİ) skorları sadece yaşam kalite ölçekleri ile körele idi. Bu durum aleksitimi ve anksiyete duyarlılığı kavramlarının hastaların kişisel bir özelliği olup, hastalığın klinik şiddetinden bağımsız olduğuna işaret etmektedir. Fortune ve arkadaşları da benzer şekilde psoriazisli hastaların hastalıklarıyla ilgili inanışlarının ve hastaların tariflediği semptomların hastalığın klinik şiddeti ile ilişkili olmadığını gözlemlemişlerdir (216).

Cinsiyet ön planda tutularak psikometrik ölçekler değerlendirildiğinde psoriazisli bayan hastaların erkek hastalara göre daha yüksek aleksitimik özelliklere sahip oldukları görülmüştür ($p=0,04$). Çalışmamızda sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubunda da bayanlarda HAD anksiyete skorları belirgin derecede yüksek saptanmıştır.

Özetle, psoriazis psikolojik olaylarla ilgisi en çok olan ve bu yönü de en çok çalışılıp, en çok tartışılan, psikosomatik yönü ağır basan deri hastalıklarından biridir. Ancak, ilişki çift yönlü olup, çıkışında ve alevlenmelerinde ruhsal faktörlerin etkisi genel kabul gören bir özellik olmakla

birlikte aynı zamanda ciltlerinde var olan belirtilerin kendilerinde yarattığı anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozukluklar da bu hastalarda önemli bir sorun yaratmaktadır. Bu etkileşimse sürekli bir kısır döngünün varlığına yol açmaktadır (1696). Literatürdeki yayınlarda ve bizim çalışmamızdaki verilere dayanarak psoriazisli hastalar değerlendirilirken dermatolojik muayeneye ek olarak psikiyatrik muayenenin ölçekler aracılığıyla yapılmasının, ve bu hastalara verilecek psikiyatrik desteğin önemli ve gerekli olduğu sonucuna varabiliriz.

SONUÇ

Literatürde yer alan çalışmalar gözden geçirildiğinde genel olarak psoriazisli hastalar psikometrik ölçekler penceresinden ayrı ayrı kendi içlerinde (anksiyete, depresyon, aleksitimi.) incelenmiştir. Çalışmamız hastalık algısı, aleksitimi ve anksiyete duyarlılığının birlikte değerlendirilmesi ve elde edilen sonuçların birbirleriyle karşılaştırılması bakımından ön plana çıkıp, önem arz etmektedir.

Çalışmamızda psoriazisli hastalarda anksiyete-depresyon, anksiyete duyarlılığı ve aleksitimi düzeyleri belirgin olarak yüksek bulundu. Yaşam kalite ölçeklerinin her ikisi de bozulmayı gösterse de, saptanan değerler çok yüksek olarak değerlendirilmedi. Hastalık algısı ölçeğinde hastalık tipi-kimlik dışında diğer parametrelere ait puanlar yüksek saptandı.

Psoriazis hastalığının hem başlamasında hemde alevlenmesinde stres ve psikososyal nedenlerin belirgin etkisi vardır. Deri lezyonlarının alevlenmesinde bazen psikolojik faktörler, biyolojik faktörler kadar önemli rol üstlenebilmektedirler. Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların en az üçte birinde etkili tedavi için emosyonel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz veriler ışığında psoriazisli hastaların da tedavisi düzenlenirken dermatolojik yaklaşımlar kadar psikiyatrik desteğin de önemli ve gerekli olduğu kanaatindeyiz Psikiyatrik tedavilerin önemini belirlemek açısından da bu hastalara psikometrik ölçeklerin tedavi başlangıcı öncesi ve tedavi süresince uygulanması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu

hastaların tedavi öncesi psikometrik parametreler aracılığıyla değerlendirilmesinin hastaların tedaviye verecekleri yanıtı tahmin etmede de değerli olduğunu, tedavi süresince uygulanmasının da psikoterapinin hastalığın prognozunu etkilediğinin gözlemlenmesinde dikkat çekici bir unsur olarak göze çarptığını görmekteyiz. Bu nedenle psoriazisli hastaların tedavisi düzenlenirken kapsamlı multidisipliner bir yaklaşım gerektiği kanısındayız, ayrıca bu hastaların değerlendirilirken dermatolojik muayene yanında mutlaka psikiyatrik muayenelerinin de yapılması gerektiğini düşünmekteyiz ve bu aşamada da psikiyatrik ölçeklerin gerekliliği ve değeri ön plana çıkmaktadır. Çalışmamızda psoriazisli hastalar anksiyete duyarlılığı, aleksitimi, ve hastalık algısı açısından değerlendirilmiştir. Ancak psoriazise eşlik edebilen psikiyatrik komorbiditeler bunlarla sınırlı değildir, depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluklar ve alkol bağımlılığı gibi çeşitli ruhsal hastalıklar da psoriazis hastalarında sıktır, dolayısıyla bu hastaların tedavilerine destek olmak, tedavilerinde yeni yaklaşımlar geliştirmek, yaşam kalitelerini yükseltmek, ve ruhsal durumlarında psoriazisin yarattığı etkiyi daha net gözlemlemek amacıyla diğer psikiyatrik parametreler açısından da değerlendirilmeleri gerektiğini savunup, bu alanda ileri yenilikçi çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

I. ÖZET

Amaç:Psikolojik etmenlerin gerek psoriazisin tetiklenmesinde , gerekse kliniğinin şiddetlenmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Psoriazisli hastalarda aleksitimi, anksiyete, depresyon, alkol bağımlılığı gibi psikopatolojiler daha sık görülmektedir. “Duygularını tanıma ve sözel olarak belirtmedeki zorluk” olarak tarif edilebilen aleksitiminin, anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı ölçüde bir korku olarak nitelendirilen anksiyete duyarlılığının bu hastalarda yüksek düzeyde görülmesi beklenir. Dolayısıyla bu hastaların kendilerini ifade ederken ve stresli olayların üstesinden gelmeye çalışırken zorlandıkları söylenebilir. Hastalık ve/veya yeti yitiminin birey tarafından nasıl anlaşıldığına işaret eden hastalık algısı kavramıda psoriazisli hastalarda araştırılmalıdır. Çünkü bu hastaların hastalıkları ile ilgili düşünceleri tedaviye uyum ve tedavi planlanmasını etkilemektedir. Bu çalışmada psoriazisli hastalarda aleksitimi, anksiyete duyarlılığı ve hastalık algısının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Mart 2015-haziran 2015 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvuran ,yaşları 18 ve üzerinde olan 63 erkek 37 kadın toplam 100 psoriazis hastası, 55 erkek 35 kadın sağlıklı gönüllüden oluşan toplam 190 kişi hasta ve kontrol grubunu oluşturdu. Çalışmaya katılan hasta grubuna Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3), Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği (Türkçe TAÖ-20), Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD Ölçeği), Psoriazis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ), Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), kontrol grubuna Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3), Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği (Türkçe TAÖ-20), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD Ölçeği), uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda kullanılan psikometrik ölçekler değerlendirildiğinde anksiyete duyarlılığı, anksiyete, depresyon ve aleksitimi açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık belirlendi. Psoriazisli hastalarda anksiyete-depresyon, anksiyete duyarlılığı ve aleksitimi

düzeyleri belirgin olarak yüksekti. Hastalık algısı ölçeği verilerine göre hastaların, hastalığa iştirak eden semptom sayısının yüksek olduğuna dair güçlü bir inançları olmadığı, hastalıklarının kronik olduğu, hastalıklarının negatif sonuçlarının olduğuna inandıkları, hastalıklarının ve tedavilerinin kontrol edilebildiği hakkında pozitif inançlara sahip oldukları, hastalıklarının kişisel anlaşılabilirliğinin yüksek olduğu, durumun sıklık-döngüsel bir doğası-seyri olduğuna inandıkları ve hastalıkla provoke olan emosyonel etkide, negatif duyguların yüksek olduğuna, arttığına inandıkları belirlendi. Hastalık süresinin yüksek PYKÖ skorları ve yaş ile ilişkili olduğu belirlendi. Hastalık süresi uzun olan hastaların yaşam kalitelerindeki bozulmanın daha yüksek olduğu gözlemlendi. Hastalığın başlangıç yaşı ile TAS 20 ve PYKÖ skorlarının ise ters orantılı olduğu belirlendi. Buna göre erken başlangıç öyküsü bulunan hastaların aleksitimi düzeyleri yüksek, yaşam kaliteleri bozulmuş olarak saptandı. Yaşın hastalık süresi ve başlangıç yaşı ile pozitif korelasyon, HAD anksiyete ve TAS 20 skorları ile ise negatif korelasyon gösterdiği izlendi, psoriazisli genç hastalarda anksiyete ve aleksitimi düzeyleri yüksek iken, yaşlı hastalarda düşük olduğu gözlemlendi. Hastalarda PAŞİ ile DYKİ ve PYKÖ skorları arasında pozitif korelasyon saptandı. Hastalıkları klinik olarak şiddetli seyreden hastaların yaşam kalitelerindeki bozulma yüksek derecedeydi. HAD anksiyete ve HAD depresyon skorları hem birbirleriyle hem de DYKİ, PYKÖ, TAS 20 ve ADI-3 ile pozitif korelasyon göstermekteydi. Anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek olan hastaların aleksitimi ve anksiyete duyarlılığı düzeyleri de yüksek ve yaşam kalitelerindeki bozulma belirgindi. DYKİ ve PYKÖ skorları hem birbirleri ile, hem de PAŞİ ve ADI 3 skorları ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon göstermekteydi, klinik olarak şiddetli seyreden hastaların, yaşam kalitelerindeki bozulma belirgindi, aynı zamanda anksiyete duyarlılığı yüksek olan hastaların yaşam kalitesi de kötü etkilenmekteydi. TAS 20 skorları ile ADI-3, HAD anksiyete, HAD depresyon ve PYKÖ skorları pozitif korelasyon göstermekteydi. Aleksitimi düzeyleri yüksek olan hastaların yaşam kalitesi bozulmuş ve anksiyete, depresyon, anksiyete duyarlılığı düzeyleri de yüksekti. Cinsiyet ön planda tutularak psikometrik ölçekler değerlendirildiğinde psoriazisli bayan hastaların erkek

hastalara göre daha yüksek aleksitimik özelliklere sahip oldukları görülmüştür. Çalışmamızda sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubunda da bayanlarda HAD anksiyete skorları belirgin derecede yüksek saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda aleksitimi, anksiyete duyarlılığı ve hastalık algısı kavramları psoriasis ile ilişkili parametreler olarak saptanmıştır. Bu psikiyatrik parametreler psoriasis'in etyopatogenezi, kliniği, prognozu ve tedavi yanıtı üzerinde etkili olmakla beraber, daha geniş sayıdaki hasta gruplarında ve daha çeşitli psikiyatrik parametreleri de içerecek şekilde ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

VII. ABSTRACT

Aim: It is known that psychological factors play an important role both in the triggering of psoriasis and in the exacerbation of its clinical features. Psychopathologies such as alexithymia, anxiety, depression, and alcohol addiction are more frequently observed in patients with psoriasis. These patients are expected to have high degrees of alexithymia, which is defined as the inability to identify and describe emotions in a verbal manner, and anxiety sensitivity, which refers to the excessive fear of behaviors or sensations associated with the experience of anxiety. Therefore it can be said that such patients experience difficulty to express themselves and overcome stressful events. The concept of illness perception, which refers to how illness and/or loss of ability is perceived by an individual, should be examined in patients with psoriasis, since what these patients think about their illness affects treatment compliance and treatment plan. This study examines alexithymia, anxiety sensitivity, and illness perception in patients with psoriasis.

Material and Methods: In this study one hundred patients with psoriasis form the patient population. Of these patients, sixty three are males and the remaining thirty seven are females. All patients were admitted to the dermatology outpatient clinic at Hafsa Sultan Hospital at Celal Bayar University between March and June 2015. The control group consists of ninety healthy volunteers, of whom fifty five are males and the remaining thirty five are females. The Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3), the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Illness Perception Scale (IPS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Psoriasis Quality of Life Questionnaire (PQOL), and Dermatology Quality of Life Index (DYQI) were applied to the patient population. The Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3), the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were applied to the control group.

Results: After evaluating the psychometric scales used in our study, we have identified that there is a considerable difference between the patient population and the control group in terms of anxiety sensitivity, anxiety, depression, and alexithymia. The levels of anxiety, anxiety sensitivity, depression, and alexithymia were higher in patients with psoriasis. According to the data derived from the illness perception scale, we have found out the following: first, patients do not have a strong conviction that the number of symptoms that contribute to the illness is high. Second, they believe that their illness is chronic and has negative effects. Third, they have positive beliefs about illness controllability and treatment controllability. We have also found that the level of patients' understanding of their illness is high. Also, the patients believe that their illness is cyclic and that negative emotions have a greater influence on the overall emotional effect caused by the illness. We have also identified that the duration of illness correlates with age and high scores on the Psoriasis Quality of Life Questionnaire. We have also observed that deterioration in quality of life is higher in those patients with longer illness duration. On the other hand, the age of onset of the illness is inversely correlated with TAS-20 and PQOL scores. Accordingly, it has been identified that the alexithymia levels of the patients with earlier onset are high and that their quality of life is deteriorated. We have also observed that while a patient's age is positively correlated with the duration of illness and the age of onset, it is negatively correlated with TAS-20 and HADS scores. In addition, it has been observed that the level of anxiety and alexithymia in younger patients with psoriasis is high while it is low in older patients. We have also identified that there is a positive correlation between patients' PAŞİ scores and their DYKİ and PQOL scores. Our findings show that the deterioration of the quality of life of patients with clinically severe psoriasis is significant. HADS anxiety and HADS depression scores are positively correlated both with one another and with DYKİ, PQOL, TAS-20, and ASI-3 scores. The patients with high levels of anxiety and depression also have high levels of alexithymia and anxiety sensitivity, and the deterioration of the quality of life of these patients is significant. Statistically, DYKİ and PQOL scores are

positively correlated both with each other and with ASI-3 and PAŞİ scores. The deterioration of the quality of life of patients with clinically severe psoriasis is significant. In the same manner, the quality of life of patients with high levels of anxiety sensitivity is also deteriorated. TAS-20 scores are positively correlated with ASI-3, HADS anxiety, HADS depression, and PQOL scores. We have also found that patients with high levels of alexithymia report deterioration of the quality of life and that they have high levels of anxiety, depression, and anxiety sensitivity. In terms of gender, our analysis of the psychometric scales shows that female patients with psoriasis have higher levels of alexithymic characteristics than males. We have also found that the females in the control group of our study have significantly high scores of HADS anxiety.

Conclusion: Our study shows that the concepts of alexithymia, anxiety sensitivity, and illness perception are parameters related to psoriasis. While these psychiatric parameters have an effect on the etiopathogenesis, clinical characteristics, prognosis, and treatment process of psoriasis, we still need further research that would include larger patient groups and a wider range of psychiatric parameters.

VIII. KAYNAKLAR

1. Gürer MA, Adışen E. Psoriasis, genel bilgiler, epidemiyoloji. Türkderm 2008; 42 (2): 15-7,
2. Özdemir M, Koç E. Psoriasis Güncel Yaklaşımlar. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri; 2012
3. Braun-Falco O, Plewing G, Wolff HH, Landthaler M. Braun Falco's Dermatology. 3rd ed. Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2009: 506-25
4. Van de Kerkhof PCM, Schalkwijk J. Psoriasis. In Dermatology. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP et al. 2nd ed. Spain: Mosby, 2008; 115-35
5. Raychaudhuri SP, Farber EM. The prevalence of psoriasis in the world. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001;15:16-18
6. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. Clin Dermatol. 2007; 25: 535-546
7. 7-11: Ergun T. Etiopathogenesis of Psoriasis (Psoriazisin Etyopatogenezi) Turkderm 2008;42(Suppl):18-22.
8. Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis. In: Dermatology in General Medicine. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI. 6th ed.Newyork: Mc Graw Hill, 2003;1:407-427.
9. Krueger JG, Bowcock A. Psoriasis pathophysiology: current concepts of pathogenesis. Ann Rheum Dis 2005; 64 (suppl) 30-36.
- 10.Christophers E, Mrowietz U. Epidermis: Disorders of persistent inflammation, cell kinetics and differentiation. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI et al.(Eds.). Dermatology in General Medicine. 5th ed. NewYork: Mc Graw Hill 1999.p.495-521.

11. Kim J, Krueger JG. The immunopathogenesis of psoriasis. *Dermatol Clin.* 2015 Jan;33:13-23.
12. Koo J, Lee E, Lee CS, Lebwohl M. Psoriasis. *J Am Acad Dermatol*, 2004;50:613-22.,
13. Oskay T, Kundakçı N. Psoriazisde genetik bulgular. *T Klin Dermatoloji* 2000;10:139-45.
14. Sagoo GS, Cork MJ, Patel R, Tazi-Ahnini R. Genome-wide studies of psoriasis susceptibility loci: A review. *J Dermatol Sci.* 2004; 35: 171-179
15. Tuzun Y, Engin B. Psoriaziste genetik. *Dermatose*, 2: 16-9, 2002;16: Van De Kerkhof PC. Psoriasis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 1st ed. Edinburgh: Mosby Company, 2003; 125-149.
16. Fry L, Baker BS. Triggering psoriasis: the role of infections and medications. *Clin Dermatol.* 2007; 25: 606-615.
17. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatol Clin.* 2005; 23: 681-694.
18. Fleming P, Kraft J, Gulliver WP, Lynde C. The Relationship of Obesity With the Severity of Psoriasis: A systematic Review. *J Cutan Med Surg.* 2015;19:450-6
19. Lebwohl M. Psoriasis. *Lancet* 2003;361:1197-204
20. Gülekon A. Psoriasis ve benzeri dermatozlar, Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. ed. *Dermatoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2008:745-55.
21. Griffiths CEM, Camp RDR, Barker JNWN. Psoriasis. Ed: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology*. 7th ed. Oxford, Blackwell Publishing Company 2004; 35: 1-69,

22. Tuzun Y, Kotoğyan A. Tırnak psoriazisi. *Deri Hast ve Frengi Arş* 1981;15:31-9.
23. Tuzun Y. Tırnak hastalıkları. Tuzun Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransu O (Editorler). *Dermatoloji'de*. 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1994.s.528-36
24. Gottlieb A, Korman NJ, Gordon KB, Feldman SR, Lebwohl M, Koo JY, Van Voorhees AS, Elmets CA, Leonardi CL, Beutner KR, Bhushan R, Menter A. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 2. Psoriatic arthritis: overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 851-64.
25. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015 5;386(9997):983-94.
26. Ryan C, Kirby B. Psoriasis is a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities. *Dermatol Clin*. 2015 Jan;33(1):41-55.
27. Garshick MK, Kimball AB. Psoriasis and the life cycle of persistent life effects. *Dermatol Clin*. 2015 Jan;33(1):25-39
28. Akkaya VB, Ceyhan AM. Psoriyazisde tanı ve ayırıcı tanı. *T Klin J Int Med Sci* 2005;1:62-7.
29. Camp RDR. Psoriasis. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (Eds.). *Textbook of Dermatology*. 6th ed. Oxford: Blackwell Science Publ, 1998.p.1589-649.
30. James WD, Berger TG, Elston DM. *Andrews' Diseases of the Skin Clinical Dermatology*. 10th ed. Canada: Elsevier Inc.; 2006.p.193-201
31. Johnson MA, Armstrong AW. Clinical and histologic diagnostic guidelines for psoriasis: a critical review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2013 Apr;44(2):166-72.

32. Kutlubay Z, Karakuş Ö, Engin B, Serdaroğlu S. Psoriasis: klinik tiplere göre tedavi yaklaşımı. *Dermatoz* 2012;3(1):33-8.
33. van de Kerkhof PC. An update on topical therapies for mild-moderate psoriasis. *Dermatol Clin*. 2015 Jan;33(1):73-7
34. Hamilton MP, Ntais D, Griffiths CE, Davies LM; Identification and Management of Psoriasis-Associated Comorbidity (IMPACT) Team. *Br J Dermatol*. 2015 Mar;172(3):574-83
35. Bayramgürler D, Odyakmaz Demirsoy E. Psoriyaziste topikal tedavi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2012;5(3):32-42
36. İlknur T. Psoriyazis tedavisinde fototerapi ve fotokemoterapi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2012;5(3):43-50.
37. Schleyer V, Landthaler M, Szeimies RM. Novel pharmacological approaches in the treatment of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19: 1-20.
38. Naldi L, Griffiths CEM. Traditional therapies in the management of moderate to severe chronic plaque psoriasis: an assessment of the benefits and risks. *Br J Dermatol* 2005; 152: 597-615.
39. Lebwohl M, Menter A, Koo J, Feldman SR. Combination therapy to treat moderate to severe psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 416-430.
40. Muchenberger S, Schopf E, Simon JC. The combination of oral acitretin and bath PUVA for the treatment of severe psoriasis. *Br J Dermatol* 1997; 137: 587-589.
41. Mason C, Krueger GG. Thioguanine for refractory psoriasis: a 4-year experience. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 67-72
42. Eklund JW, Kuzel TM. Denileukin diftitox: a concise clinical review. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2005 Feb;5(1):33-8.
43. Yamauchi PS, Rizk D, Kormeili T ve ak. Current systemic therapies for psoriasis: where are we now? *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 66-77.

44. De Rie MA, Goedkoop AY, Bos JD. Overview of psoriasis. *Dermatologic Therapy* 2004; 17: 341-349.
45. Smith CH, Anstey AV, Barker JNWN ve ark. British Association of Dermatologists guidelines for use of biological interventions in psoriasis 2005. *Br J Dermatol* 2005; 153: 486-497.
46. Erkek E. Biyolojik tedavi ve psoriasisde kullanımı. *Dermatose* 2003; 2: 49-59
47. Singri P, West DP, Gordon KB. Biologic therapy for psoriasis. The New Therapeutic Frontier. *Arch Dermatol* 2002; 138: 657-663
48. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB et al. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2009;61(3):451-85
49. Jenneck C, Novak N. The safety and efficacy of alefacept in the treatment of chronic plaque psoriasis her *Clin Risk Manag*. 2007 Jun; 3(3): 411–420.
50. Kofoed K, Skov L, Zachariae C. New drugs and treatment targets in psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2015;95(2):133-9..
51. Shafii M, Shafii SL: Exploratory psychotherapy in the treatment of psoriasis. *Arch Gen. Psychiatry* 1979; 36:1242- 1245.
52. Anzieu D. (1974b). *Le Moi-Peau*. *Nouv. Rev. Psychanal*. 9, 195–208
53. Groddeck, George--"The Book of the It" (1923) (N. Y.: Mentor Books; 1961.
54. Poot F, Sampogna F, Onnis L: Basic knowledge in psychodermatology. *J Eur Acad Venereol* 2007;21:227–234.
55. Gingsburg I.H: The psychosocial impact of skin disease: in overviev. *Dermatol Clin* 1996;14:473-484.

56. Brown GE, Malakouti M, Sorenson E, Gupta R, Koo JY. Psychodermatology. *Adv Psychosom Med*. 2015;34:123-34.
57. Leon A¹, Levin EC, Koo JY. Psychodermatology: an overview. *Semin Cutan Med Surg*. 2013 Jun;32(2):64-7.
58. Buljan D, Buljan M, Zivković MV, Situm M: Basic aspects of psychodermatology. *Psychiatr Danub* 2008;20:415-418.
59. Aydemir EH. Psikokutan Dermatozlar. Tüzün Y, Kotogyan A, Aydemir EH, Baransu O (ed.ler). *Dermatoloji'de, ikinci baskı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1994: 717-20
60. Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology*. 1998;197(3):230-4
61. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatologic patient with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology* 1998;139:846-850
62. Woodruff PW, Higgins EM, du Vivier AW, Wessely S: Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:29-35.
63. Korabel H, Dudek D, Jaworek A, Wojas-Pelc A: Psychodermatology: psychological and psychiatric aspects of dermatology. *Przegl Lek* 2008;65:244-248.
64. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE: Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983;143:51-54
65. Katsarou-Katsari A, Singh LK, Theoharides TC: Alopecia areata and affected skin CRH receptor upregulation induced by acute emotional stress. *Dermatology* 2001;203:157-161
66. Ongenaes K, Beelaert L, Geel N, Naeyaert J.M: Psychosocial effects of vitiligo. *J Eur Acad Venereol* 2006;20:1–8

- 67.Liu PY, Bondesson L, Lontz W, Johansson O. The occurrence of cutaneous nerve endings and neuropeptides in vitiligo vulgaris: a case-control study. *Arch Dermatol Res.* 1996; 288(11): 670-675
- 68.Picardi A, Abeni D: Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom.* 2001;70:118-136.
- 69.Savin JA, Cotterill JA. Psychocutaneous Disorders. Ed: Champion RH, Burton JL, Ebling FJ, Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology. 5th Edition, pp.2482-3, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1992
- 70.Caroline KS. Psychocutaneous diseases. In: Moschella SL, Hurley HJ (eds). *Dermatology*, 3th ed. Philadelphia:WBSaunders Company, 1992: 2023-42.
- 71.Dubreuil A: Dermatological diseases in psychiatry *Soins Psychiatr* 2010;268: 26-29.
- 72.Klerman GL (1989) Introduction. Treatments of psychiatric disorders. Chairperson Karasu TB. Washington. American Psychiatric Association, s.1726-1745.
- 73.Hirschfeld RM (2001) The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primarycare. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 3:244-254
- 74.Gascon P.R.M.,Bueno A.M.L.,Lucia S.C.M., Neto F.C.,Ribeiro M.C., Benute G.R.G.,Rivitti A.E., Prevalence of depression and anxiety disorders in hospitalized patients at the dermatology clinical ward of a university hospital, *An Bras Dermatol.* 2012;87(3):403-7
- 75.Sellami R., Masmoudi J.,Ouali U., Mnif L.,Amouri M., Turki H., Jaoua A.,The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression:A case control study,*Indian J Dermatol* 2014 Jul-Aug;59(4):421

- 76.Öztürk P.,Orhan Ö.F.,Özer A.,Karakaş T.,Öksüz N.A.,Yetişir Y.N.,
Assessment of Temperament and Character Profile withAnxiety and
Depression in Patients with Acne,Balkan Med J. 2013;30:161-6
- 77.Weller K.,Koti I., Makris M., Maurer M., Anxiety and depression seem
less common in patients with autoreactive chronic spontaneous
urticaria, Clinical and Experimental Dermatology (2013) ;38: 870–873
- 78.Bilgiç Ö.,Bilgiç A.,Akiş H.K., Eskioğlu F., Kılıç E.Z.,. Depression,
anxiety and health-related quality of life in children and adolescents
with vitiligo, Clin Exp Dermatol 2010; 36: 360–365
- 79.(Kouris A.,Armyra K.,Christodoulou C.,Katoulls A.,Potourldou
I.,Tsatovidou R., Rigopoulos D.,Konthochristopoulos G., Quality of life,
anxiety, depression and obsessive-compulsive tendencies in patients
with chronic hand eczema, John Wiley & Sons A/S. Published by
John Wiley & Sons Ltd Contact Dermatitis,2015; 72: 367–370
- 80.Kaymak Y., Taner E., anxiety and depression in patients with pityriasis
rosea compared to patients with tinea versikolor, Dermatol Nurs.
2008;20(5):367-70,377
- 81.Shahwan MA., the prevalance of anxiety and depression in arab
dermatology patients,J Cutan Med Surg. 2015 May;19(3):297-303
- 82.Dereboy IF (1990) Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikometri
Özellikleri Üzerine Bir Çalışma. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bil.Enstitüsü.
- 83.Şahin, R. A. (1991). Peptik ülser ve aleksitimi. Türk Psikiyatri Dergisi,
2(3), 25-30
- 84.Dökmen, Ü. (2000). Yarına kim kalacak? Evrenle uyumlaşma
sürecinde varolmak, gelişmek, uzlaşmak. İstanbul: SistemYayıncılık
- 85.Taylor GJ (1984) Alexithymia concept, measurement and Implication
for treatment . Am J Psychiatry, 141 (6):725-732.)

86. Honkalampi K., Honkanen H.K., Lehto S.M., Hintikka J., Haatainen K., Rissanen T., Viinamaki H., Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population based study, *Journal of Psychosomatic Research* 2010 ;68:269–273)
87. Kocak R (2002) Aleksitimi: kurumsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara Üni. Eğt. Bil.Fak. Dergisi*,35(1):2.
88. Beach, M. (1994). Alexithymia and Somatization: Relationship to DSM III-R. Diagnoses”, *Journal of Psychosomatic Research*, 38(6),529-535
89. Mattila A.K., Kronholm E., Jula A., Salminen J.K., Koivisto A.M., Mielonen R.L., Joukamaa M., Alexithymia and Somatization in General Population, *Psychosomatic Medicine* 2008; 70:716–722
90. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J: Alexithymia and dermatology: the state of the art *Int J Dermatol* 2008;47:903–910.
91. Feldman JM, Lehrer PM, Hochron SM (2002) The Predictive Value of the Toronto Alexithymia Scale among Patients with asthma. *J PsychosomRes*, 53:1049-1052
92. Yücel B, Turgay M, Gürel Y ve ark. (1998) İrritabl Barsak Sendromu ve Diabetes Mellitusta Aleksitiminin Değerlendirilmesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 61:1.
93. Bertagne P, Pedinielli JL, Marliere C: Alexithymia. Evaluation, quantitative and clinical data. *Encephale* 1992;18:121-130
94. Çelikel FÇ, Saatçioğlu Ö (2002) Marmara depreminden sonra gelişen posttravmatik stres bozukluğunda aleksitimik özellikler. *Anadolu Tıp Dergisi*, 4:2023
95. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM ve ark. (1993) Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study. *Am Psychiatry*, 150:1105–1107

96. Zeitlin SB, McNally RJ (1993) Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 150:658–660.)
97. Tordeurs D, Janne P: Alexithymia, health and psychopathology. *Encephale* 2000;26:61-68.,
98. Bertagne P, Pedinielli JL, Marliere C: Alexithymia. Evaluation, quantitative and clinical data. *Encephale* 1992;18:121-130.
99. Jimerson DC, Wolfe BE, Franko DL, Covino NA, Sifneos PE: Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosom Med* 1994;56:90-93
100. Taieb O, Corcos M, Loas G, Speranza M, Guilbaud O, Perez-Diaz F, Halfon O, Lang F, Bizouard P, Venisse JL, Flament M, Jeammet P: Alexithymia and alcohol dependence *Ann Med Interne* 2002;153:51-60.
101. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems *J Pers Assess* 2007;89:230–246
102. Willemsen R, Haentjens P, Roseeuw D, Vanderlinden J: Alexithymia in patients with alopecia areata: educational background much more important than traumatic events. *J Eur Acad Venereol* 2009;23:1141–1146.
103. Picardi A., Porcelli P., Mazzotti E., Fassone G., Lega I., Ramieri L., Sagoni E., Pasquini P., Alexithymia and global psychosocial functioning: A study on patients with skin disease, *Journal of Psychosomatic Research* 2007;62:223– 229
104. Cömert A., Akbaş B., Kılıç E. Z., Akın Ö., Gökçe E., Göktuna Z., Taşkapan O., Psychiatric Comorbidities and Alexithymia in Patients with Seborrheic Dermatitis: A Questionnaire Study in Turkey, *Am J Clin Dermatol* (2013); 14:335–342

105. Yazıcı C. A.,Başterzi A.,Totacar Ş., Üstünsoy D.,İkizoğlu G.,Demirseren D.,Kanık A.,alopesi areata ve aleksitimi, Turk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(2):101-106
106. Ayvaşık HB. Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 2000;15(46):43-57.
107. Savaş N. Panik bozukluğunda anksiyete duyarlılığı ve mizaç/karakter özelliklerinin tedavi sonucu üzerine etkisi. TezJ. Manisa; Celal Bayar Üniversitesi, 2012:20-32.
108. Reiss S, McNally RJ. Expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR, eds. Theoretical issues in behavior therapy. San Diego: Academic Pres, 1985:107-121.
109. Vancleef LMG, Peters ML, Roelofs J, Asmundson GJG: Do fundamental fears differentially contribute to pain-related fear and pain catastrophizing? An evaluation of the sensitivity index. Eur J Pain 2006;10:527–536.
110. Zinbarg RE, Barlow DH. Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hieararchical model. Journal of Abnormal Psychology 1996;105:181-193
111. Cox BJ, Endler NS, Norton GR ve ark. (1991b) Anxiety sensitivity and nonclinical panic attacks. Behav Res Ther, 29: 367-369
112. Taylor S, Koch WJ, McNally RJ (1992) How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? J Anxiety Disord, 7: 249-259
113. Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ (1997a) The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. J Abnorm Psychol, 106: 355-364
114. Schmidt NB, Mitchell MA, Richey JA (2008) Anxiety sensitivity as an incremental predictor of later anxiety symptoms and syndromes. Comp Psychiatry, 49: 407-412.

115. Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R (1996) Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther*, 34: 433-446.
116. Cox BJ, Enns J, Murray W ve ark. (2001a) Anxiety sensitivity and major depression: Examination of affective state dependence. *Behav Res Ther*, 39:1349-1356
117. Cox BJ, Fuentes K, Borger SC ve ark. (2001b) Psychopathological correlates of anxiety sensitivity: Evidence from clinical interviews and self-report measures. *J AnxietyDisord*, 15: 317-332.
118. Watt MC, Stewart SH (2000) Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *J Psychosom Res*, 49: 107-118
119. Cooper ML, Russell M, Frone MR ve ark. (1995) Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *J Pers SocPsychol*, 69: 990-1005.
120. Samoluk SB, Stewart SH, Sweet S ve ark. (1999) Anxiety sensitivity and social affiliation as determinants of alcohol consumption. *Behav Res Ther*, 30:285-303.
121. DeMartini K.S., Carey K.B., The role of anxiety sensitivity and drinking motives in predicting alcohol use: A critical review, *Clinical Psychology Review* 2011;31:169–177
122. Çakmak Ş (2006) Psychometric properties of Anxiety Sensitivity Index-Revised and the relationship with drinking motives and alcohol use in Turkish university students and patients. Master tezi, ODTÜ, Ankara, Türkiye.
123. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research Therapy* 1986;24(1):1-8

124. Stewart SH, Karp J, Pihl RO, Peterson R. Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. *Journal of Substance Abuse* 1997;9:223-240.
125. Cox BJ, Endler NS, Swinson RP. Clinical and nonclinical panic attacks.. An empirical test of a panic anxiety continuum. *Journal of Anxiety Disorders* 1991;5:21-34.
126. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB (2009) Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychol Bull*, 135: 974-999
127. Lilienfeld SO, Turner SM, Jakob RG (1993) Anxiety Sensitivity: An examination of theoretical and methodological issues. *Adv Behav Res Ther*, 15: 147-183).
128. Bernstein A, Zvolensky MJ, Kotov R, Arrindell WA, Taylor S, Sandin B, Cox BJ, Stewart SH, Bouvard M, Cardenas SJ, Eifert GH, Schmidt NB: Taxonicity of anxiety sensitivity: A multi-national analysis. *J Anxiety Disord* 2006;20:1–22.
129. Donnell CD, McNally RJ: Anxiety sensitivity and panic attacks in a nonclinical population. *Behav Res Ther* 1990; 28:83–85.
130. Starcevic V, Berle D (2006) Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key construct. *Depress Anxiety*, 23: 51–61.
131. Spencer, M.S. Carver, S.C and Price, A.A. (1998). Psychological and Social Factors in Adaptation. J. C. Holland (Ed.). *Psycho-Oncology* (s.211-222). New York:Oxford University Press.
132. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM ve ark. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol* 55(1): 99-109.
133. Küçükbakar, A. (2011). *Kanser Tanısını Yeni Alan ve Hastalığı Tekrarlayan Bireylerin Hastalığı Algılamalarının Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

134. Kayış, A. (2009). Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
135. N. Kocaman - M. Özkan - Z. Armay - S.Özkan "Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması", Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8, 2007, s. 271-280
136. J. Chilcot, "The Importance of Illness Perception in End-Stage Renal Disease: Associations with Psychosocial and Clinical Outcomes", Seminars in Dialysis, 25(1), 2012, s. 59-64.
137. Brown GB, Byrne C ve ark. (1988) The meaning of illness questionnaire: Reliability and validity, Nursing Research, 37(6):368-373
138. Lipowski ZJ (1981) Liaison psychiatry, liaison nursing, and behavioral medicine. Compr Psychiatry, 22(6):554-561.
139. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ (1984) Illness representations and coping with health threats. Handbook of Psychology and Health: Social Psychological Aspects of Health, A Baum, SE Taylor, JE Singer (Ed), 4; 219-252
140. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA (1997) Illness cognitions: Using common sense to understand treatment adherence. Cog Ther Res, 16;143-163.)
141. Heijmans M, DeRidder D (1998) Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. J Behav Med, 21:485-503.
142. Armay Z., Özkan M., Kocaman N., Özkan S., Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri 2007 ;10:192-200
143. Leventhal H, Leventhal EA ve Cameron L (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation; A

- perceptual-cognitive model. Handbook of Health Psychology. A Baum, AT Revenson ve JE Singer. New York, Erlbaum: 19-47.
144. Hagger MS ve Orbell S (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. Psychology and Health 18 (2): 141-184
145. Kleinman A, Eisenberg L ve Good B (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Annals of Internal Medicine 88(2): 251-258.
146. Kleinman A (1980). Patients and healers in the context of culture. Berkeley & Los Angeles, CA: University of California Press
147. Finlay A. Research methodology in quality of life assessment. In: Walker C, Papadopoulos L, editors. Psychodermatology: The psychological impact of skin disorders. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2005, p:116-30)
148. Calvert MJ, Freemantle N. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 2: Metodological considerations for the assessment of health-related quality of life in clinical trials. J Clin Pharm Ther 2004;29:85-94.
149. Calvert M.J, Freemantle N. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 1: Why evaluate health-related quality of life? J Clin Pharm Ther 2003;28:512-21
150. Şenol Y, Türkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: Cevap kayması. TSK Koruyucu Sağlık Bült 2006;5:382-9.
151. Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi.)
152. Eser E. Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004, İzmir

153. Carr AJ, Huggison IJ, Robinson PG. Quality of life. Eur J Public Health 2005;15(6):668-79
154. Yüksel, S. (2007). Tip 1 ve Tip 2 Diyabetik Hastaların Uyku Kalitesi, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık BilimleriEnstitüsü.
155. Adkins , E.R.(1993) Quality of Life after Stroke:Expering a Gap in Nursing Literature. Rehabilitation Nursing, 18(3) ;144-147
156. Akkaya S., Köleman F., Akan T., ve ark. (1990) Dermatoloji El Kitabı Hacettepe Üniversitesi Yayını A/63 ,Ankara,Öztek Matbaacılık
157. Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A. Dermatolojide yaşam kalitesi. Türkderm 2003; 37(1):16-23
158. Kirby B, Richards HL, Hindle E, Main CJ, Griffiths CEM: Physical and psychological measures are necessary to assess overall psoriasis severity. J Am AcadDermatol 45:72-65, 2001
159. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CEM. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. Br J Dermatol 137(5):755-60, 1997
160. Finlay AY¹, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol. 1994 May;19(3):210-6.
161. Chren MM¹, Lasek RJ, Sahay AP, Sands LP. Measurement properties of Skindex-16: a brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. J Cutan Med Surg. 2001 Mar-Apr;5(2):105-10.
162. Finlay AY, Kelly SE. Psoriasis-an index of disability. Clin Exp Dermatol 12(1):8-11, 1987.
163. Fortune DG¹, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Assessing illness-related stress in psoriasis: the psychometric properties of the

Psoriasis Life Stress Inventory. J Psychosom Res. 1997
May;42(5):467-75.

164. İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Danacı AE, Ermertcan AT. Psoriazisli Hastalarda Yaşam Kalite Ölçeği Geliştirilmesi. Turkderm. 2003;37:189-95.
165. Kaçar N, Ergin Ş, Erdoğan BŞ. Psoriazisli hastalarda yaşam kalitesi. Türkderm2007;4:117-20
166. Griffiths C.E.M., Richards H.L. Psychological influences inpsoriasis.Clinical end experimental dermatology.26,338-342
167. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Psoriazis and psychiatry: an update. Gen Hosp Psychiatry. 1987; 9:157-66.
168. Devrimci-Ozguven H, Kundakcı N, Kumbasar H, Boyvat A (2000) The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriazis patients. J Eur Acad Dermatol Venereol, 14:267-271.
169. Aydemir EH, Yılmaz Sukan M. Psoriaziste Psikosomatik Faktörler, Psikolojik Durum ve Psoriazisli Hastaya Yaklaşım. Türkderm, 42, özel sayı 2, 2008, 26–29
170. Allegranti I, Gon T, Magaton-Rizzi G: Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. Acta Derm Venereol Suppl 1994;186:146–147.
171. Molina-Leyva A, Caparros-delMoral I, Ruiz-Carrascosa JC, Naranjo-Sintes R, Jimenez-Moleon JJ.Elevated prevalence of Type D (distressed) personality in moderate to severe psoriasis is associated with mood status and quality of life impairment: a comparative pilot study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015 Sep;29(9):1710-7
172. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CEM. Quality of life in patients with psoriazis: the contribution of clinical variables and psoriazis-specific stress. Br J Dermatol 137(5):755-60, 1997

173. Taylor S, Cox BJ: Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. *Behav Res Ther* 1998;36:37–51.
174. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ: Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index–3. *Psychol Assess* 2007;19:176–188.
175. Mantar A, Yemez B, Alkın T: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21:225-234
176. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ: The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross- validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994;38:23-32
177. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA: The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994;38:33-40.
178. Motan İ, Gençöz T: Aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18:333-343.
179. Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borckardt J, Sayar K: reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2009;19:214-220.
180. Zigmond AS, Snaith PR: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
181. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8:280-287.
182. Öztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E ve ark. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *Int J Dermatol* 2006;45:1300-1307

183. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R ve ark. (1996) The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health*, 11:431-445.
184. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ ve ark. (2002) The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health*, 17:1-16.
185. Mercan S, Altunay İK: Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17:305-313
186. Koblenzer CS: Psychodermatology of women. *Clin Dermatol* 1997;15:127-141.
187. Altunay İK: Psikonöroimmünoloji ve multifaktöryel psikodermatolojik hastalıklar. *Türkderm* 2010;44:10-15
188. Filaković P, Petek A, Koić O, Radanović-Grgurić L, Degmečić D: Comorbidity of depressive and dermatologic disorders - therapeutic aspects. *Psychiatr Danub* 2009;21:401-410
189. Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol*. 2012; 51(1):12-26
190. Scharloo M¹, Kaptein AA, Weinman J, Hazes JM, Willems LN, Bergman W, Rooijmans HG. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J Psychosom Res*. 1998 May;44(5):573-85.
191. Noormohommodpour P.,Fakour Y.,Nazemei M.J.,Ehsani A.,Gholamali F.,Morteza A.,Mokhtari L.,Khosrovanmehr., N Evaluation of Some Psychological Factors in Psoriatic Patients, *Iran J Psychiatry* 2015; 10:1: 37-42
192. Root S, Kent G, Al–Abadie MS. The relationship between disease severity, disability and psychological distress in patients

- undergoing PUVA treatment for psoriasis. *Dermatology* 1994, 189(3):234–237
193. Öztürkcan S, Bilaç C. Psoriaziste yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriyazis Özel Sayısı* 2008; 1: 82–90
194. Aksu Koku AE, Saraçoğlu Z.N., Sabuncu İ. Akne, ekzama ve psoriazisli hastalarda yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2007 29 (3) 119-130
195. Fouere S, Adjadj L, Pawin H. How patients experience psoriasis: results from a European survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005; 19:2-6.
196. Sarilar M, Koic E, Dervinja F. Personal experiences of the psoriasis and its relation to the stressful life events. *Coll Antropol* 2011; 35Suppl 2: 241–243.
197. Remröd C, Sjöström K, Svensson Å. Subjective stress reactivity in psoriasis - a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC Dermatol.* 2015; 2;15:6.
198. Firooz A., Firoozabadi M.R., Ghazisaidi B., Dowlati Y., Concepts of patients with alopecia areata about their disease, *BMC Dermatology* 2005;5:1
199. Masmoudi J., Maalej I., Masmoudi A., Rached H., Rebai A., Turki H., Jaoua A., Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients, *Encephale.* 2009 Feb;35(1):10-7. Epub 2008 Apr 2
200. Campolmi E., Zanieri F., Santosuosso U., D’erme A.M., Betti S., Lotti T., Cossidente A., The importance of stressful family events in psoriatic patients: a retrospective study, *JEADV* 2012; 26:1236–1239
201. Kılıç A, Güleç MY, Gül Ü, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis *JEADV* 2008 22, 537-42)
202. Harvima RJ, Viinamaki H, Harvima IT, Naukkarinen A, Savolainen L, Aalto ML, Horsmanheimo M. Association of

- psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol.* 1996; 76:467- 71.
203. Russo PAJ, Ilchef R, Cooper AJ, Psychiatric morbidity of psoriasis: a review. *Australasian Journal Of Dermatology* 2004 45 155-161
 204. Kimball A.B., Wu Q.E., Guerin A., Yu A.P., Tsaneva M., Gupta S.R., Bao Y., Mulani M.P., Risks of developing psychiatric disorders in pediatric patients with psoriasis, *J AM ACAD DERMATOL* OCTOBER 2012
 205. Hawro T., Miniszewska J., Chodkiewicz J., Sysa-Jedrzejowska A., Zalewska A., Anxiety, depression and social support in patients with psoriasis, *Przegl Lek* 2007;64(9):568-71
 206. Deveci A, Ermertcan AT, Deniz F, Madak BG, Öztürkcan S. Psoriasisli hastalarda alkol kullanımı ve intihar olasılığı. *Türkiye’de Psikiyatri*, 2007, 9: 103–7.
 207. Remröd C., Sjöström K., Svensson A., Psychological differences between early- and late-onset psoriasis: a study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis, *British Journal of Dermatology* (2013) ;169:344–350.
 208. Pereira M.G., Brito L., Smith T., Dyadic Adjustment, Family Coping, Body Image, Quality of Life and Psychological Morbidity in Patients with Psoriasis and Their Partners, *Int.J. Behav.Med.* (2012) ;19:260–269
 209. Fava GA, Perini GI, Santonastaso P: Life events and psychological distress in dermatological disorders: psoriasis, chronic urticaria and alopecia. *Br J Med Psychol* 1980;53:277–282
 210. Rubino IA, Sonnino A, Stefanato CM, Pezzarossa B, Ciani N: Separation individuation, aggression and alexithymia in psoriasis. *Acta Derm Venereol Suppl* 1989;146:87–90

211. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE: Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 2005;58:89–96.
212. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P: Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics* 2005;46:556–564.
213. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, Tiago A, Camaioni D, Abeni D, Biondi M: Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis. Results from a case–control study. *J Psychosom Res* 2003;55:189–196
214. Consoli SM, Rolhion S, Martin C: Low levels of emotional awareness predict a better response to dermatological treatment in patients with psoriasis. *Dermatology* 2006;212:128–136)
215. Torres-Hernandez M., Lopez-Garcia S., Pedroza-Escobar D.,Escamilla-Tilch M.,The role of alexithymia as a psychosomatic factor in psoriasis ,*Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015 May-Jun;53(3):268-72
216. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE.What patients with psoriasis believe about their condition. *J Am Acad Dermatol.* 1998 Aug;39(2 Pt 1):196-201
217. Scharloo M., Kaptein A.A., Weinmann J., Bergman W., Vermeer B.J.,Rooijmans H.G.M.,Patients illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis:a 1 year follow-up,*British Journal of Dermatology* 2000;142:899-907
218. Kossakowska MM., Ciescinska C.,Jaszewska J.,Placek WJ., Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo patients, *JEADV* 2010;24:429-433
219. Cartwright T.,Endean N.,Porter A., Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia, *British Journal of Dermatology* 2009 ;160:1034–1039

220. Chen P., Broadbent E., Coomarasmy C., Jarrett P., Illness perception in association with psychological functioning in patients with discoid lupus erythematosus, *British Journal of Dermatology* (2015)
221. .Chiang Y.Z., Bundy C., Griffiths C.E.M., Paus R., Harries M.J., The role of beliefs: lessons from a pilot study on illness perception, psychological distress and quality of life in patients with primary cicatricial alopecia, *British Journal of Dermatology* (2015); 172: 130–137
222. Alghamdi K.M., Beliefs and perceptions of Arab vitiligo patients regarding their condition, *International Journal of Dermatology* 2010; 49: 1141–1145
223. Firooz A., Bouzari N., Fallah N., Ghazisaidi B., Firoozabadi M.R., Dowlati Y., What patients with vitiligo believe about their condition, *International Journal of Dermatology* 2004; 43: 811 – 814
224. Devine H., Stewart S.H., Watt M.C., Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample, *Journal of Psychosomatic Research*, 1999; Vol. 47, No. 2: 145–158,
225. Choi J, Koo JY. Quality of life issues in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 57-61.
226. Mukhtar R, Choi J, Koo JY. Quality-of-life issues in psoriasis. *Dermatol Clin* 2004; 22: 389-95
227. Eghlileb AM, Basra MK, Finlay AY. The psoriasis family index: Preliminary results of validation of a quality of life instrument for family members of patients with psoriasis. *Dermatology* 2009; 219(1): 63-70
228. Kirby B, Fortune DG, Bhushan M, Chalmers RJ, Griffiths CE. The Salford Psoriasis Index: An holistic measure of psoriasis severity. *Br J Dermatol* 2000; 142(4): 728-32

. EKLER

EK 1(Sosyodemografik –Klinik Veri Formu)

PSORİAZİSLİ HASTA KAYIT FORMU

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

ADI: SOYADI:

YAŞ: CİNSİYET:

ADRES: TELEFON:

MESLEK:

PROTOKOL:

HASTALIK SÜRESİ:

AİLE ÖYKÜSÜ:

KLİNİK TİP

PLAK	PÜSTÜLER	ERİTRODERMİK	ARTROPATİK

OKALİZASYON

YÜZ	TIRNAK	SAÇLI DERİ	GENİTAL BÖLGE	GÖVDE	KOL- BACAK	GÖRÜNÜR BÖLGE

EK HASTALIK

DERMATOLOJİK	KARDİYAK	DM	HT	ARTRİT	HİPERLİPİDEM İ	TİROİD	DİĞER

YAKINMALAR

KAŞINTI	YANMA- BATMA	AĞRI	UYKUSUZLUK	HUZURSUZLUK

EK 2: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-III (ADİ-III)

(ADİ-3) **ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3**

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içersine alınız.

Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız.

Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız.

Her madde için sadece bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok Az	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.	0	1	2	3	4
7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	0	1	2	3	4
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.	0	1	2	3	4
12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.	0	1	2	3	4

14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	0	1	2	3	4
16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.	0	1	2	3	4

EK 3: : Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.	1	2	3	4	5
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur	1	2	3	4	5
3. Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyular oluyor.	1	2	3	4	5
4. Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
6. Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.	1	2	3	4	5
7. Bedenimdeki duyular çoğu kez kafamı karıştırır.	1	2	3	4	5
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.	1	2	3	4	5
10. İnsanların duygularını tanıması zorunludur.	1	2	3	4	5
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	1	2	3	4	5
12. İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.	1	2	3	4	5
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
14. Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.	1	2	3	4	5
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.	1	2	3	4	5
16. Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1	2	3	4	5
18. Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
20. Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.	1	2	3	4	5

EK 4: Hastane Anksiyet ve Depresyon Ölçeği (HAD)

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı

Tarih

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

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

a- Çoğu zaman

b- Birçok zaman

c- Zaman zaman, bazen

d- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

a- Aynı eskisi kadar

b- Pek eskisi kadar değil

c- Yalnızca biraz eskisi kadar

d- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

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

a- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

b- Evet, ama çok da şiddetli değil

c- Biraz, ama beni endişelendiriyor

d- Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

a- Her zaman olduğu kadar

b- Şimdi pek o kadar değil

c- Şimdi kesinlikle o kadar değil

d- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

a- Çoğu zaman

b- Birçok zaman

c- Zaman zaman, ama çok sık değil

d- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli

hissediyorum.

- a- Hiçbir zaman
- b- Sık değil
- c- Bazen
- d- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- a- Kesinlikle
- b- Genellikle
- c- Sık değil
- d- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- a- Hemen hemen her zaman
- b- Çok sık
- c- Bazen
- d- Hiçbir zaman

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

- a- Hiçbir zaman
- b- Bazen
- c- Oldukça sık
- d- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- a- Kesinlikle
- b- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- c- Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- d- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

- a- Gerçekten de çok fazla
- b- Oldukça fazla
- c- Çok fazla değil
- d- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- a- Her zaman olduğu kadar
 - b- Her zamankinden biraz daha az
 - c- Her zamankinden kesinlikle daha az
-

d- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

a- Gerçekten de çok sık

b- Oldukça sık

c- Çok sık değil

d- Hiçbir zaman

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

a- Sıklıkla

b- Bazen

c- Pek sık değil

d- Çok seyrek

EK 5: DYKİ(DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE İNDEKSİ)

- 1) Geçen hafta boyunca deri hastalığınız ne kadar kaşıntılı, acı ve ağrı verici ya da batmalıydı?
a) Hiç b) Biraz c) Çok d) Çok fazla
- 2) Geçen hafta boyunca derinizin durumu yüzünden ne kadar utandınız ya da derinizin görünümünden rahatsız olduğunuzu fark ettiniz?
a) Hiç b) Biraz c) Çok d) Çok fazla
- 3) Geçen hafta boyunca derinizin durumu alışverişe gitmenizi ya da bahçenizle ilgilenmenizi ne kadar engelledi?
a) Hiç b) Biraz c) Çok d) Çok fazla
- 4) Geçen hafta boyunca derinizin durumu giydiğiniz kıyafetleri ne kadar etkiledi?
a) Hiç b) Biraz c) Çok d) Çok fazla
- 5) Geçen hafta boyunca derinizin durumu sosyal faaliyetleriniz ya da boş zaman faaliyetlerinizi ne kadar etkiledi?
a) Hiç b) Biraz c) Çok d) Çok fazla
- 6) Geçen hafta boyunca derinizin durumu herhangi bir sporu yapmanızı ne kadar zorlaştırdı?
a) Hiç b) Biraz c) Çok d) Çok fazla
- 7) Geçen hafta boyunca derinizin durumu sizi işinizden ya da çalışmanızdan alıkoydu mu?
a) Evet b) Hayır
- Cevabınız "HAYIR" ise, geçen hafta boyunca derinizin durumu iş yaparken ya da çalışırken ne kadar sorun yarattı?
a) Hiç b) Biraz c) Çok d) Çok fazla
- 8) Geçen hafta boyunca derinizin durumu eşinizle, arkadaşınızla ya da akrabalarınızla ne kadar sorun yarattı?
a) Hiç b) Biraz c) Çok d) Çok fazla

9) Geçen hafta boyunca derinizin durumu ne ölçüde cinsel sıkıntıya yol açtı?
a) Hiç b) Biraz c) Çok d) Çok fazla

10) Geçen hafta boyunca deriniz için uygulanan tedavi ne kadar sorun yarattı? Örneğin, evinizde düzensizlik ve dağınıklığa yol açarak veya zamanınızı alarak.
a) Hiç b) Biraz c) Çok d) Çok fazla

EK 6: HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

Hastalığımın başlangıcından

Bu belirti

hastalığımla ilgili

bu yana bu belirtiyi yaşadım

Ağrı	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Boğazda yanma	Evet Hayır -----	- Evet Hayır
Bulantı	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Soluk almada güçlük	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Kilo kaybı	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Yorgunluk	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Eklem sertliği	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Gözlerde yanma	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Hırıltılı soluma	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Baş ağrıları	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Mide yakınmaları	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Uyku güçlükleri	Evet Hayır -----	- Evet Hayır
Sersemlik hissi	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Güç kaybı	Evet Hayır -----	Evet Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 4. Böyle düşünüyorum
2. Böyle düşünmüyorum 3. Kararsızım 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemeln geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13.Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyec					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

- 1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 4. Böyle düşünüyorum
2. Böyle düşünmüyorum 3. Kararsızım 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız,gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.
Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

EK 7: PSORİAZİS YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki maddelerle ilgili size uygun olanları işaretleyiniz.

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
Hastalığım nedeniyle insanların bakışlarını üzerimde hissediyorum				
Hastalığımla ilgili pek çok insan soru soruyor				
İnsanlar pişirdiğim yemekleri yemek istemiyorlar				
Görünümüm nedeniyle tanımadığım kişilerin yanına gidemiyorum				
Başkalarının yanında kaşınmak zorunda kalıyorum				
İstediğim giysiyi giyemiyorum				
Kuaför ya da berbere gitmekten çekiniyorum				
İnsanlar bana dokunmamaya (el sıkışma...) özen gösteriyorlar.				
Hastalığım nedeniyle iş bulmakta zorlanıyorum				
İnsanlar hastalığımın bulaşıcı olduğunu düşünerek benden uzak duruyor ve aynı ortamda bulunmak istemiyorlar				
İstediğim halde insanların toplu halde bulunduğu yerlere (deniz, lokanta, kahvehane, kabul günleri) gitmekten çekiniyorum				
Karşı cinsle yakınlaşmakta zorluk çekiyor, eş bulamayacağımı düşünüyorum.				
Kepeklerimden dolayı evim ve giysilerim çok kirleniyor				
Cinsel yaşamım etkileniyor				
Merhemleri sürmek bıkıcı ve zaman alıcı geliyor				
İlaçların yan etkileri olabileceğini düşünüyorum				
Tedavileri oldukça pahalı buluyorum.				