



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
KAYSERİ ŞEHİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ**

**ALOPESİ AREATA, KRONİK ÜRTİKER, PSORİAZİS
VULGARİS VE PEMFİGUS VULGARİS
HASTALARINDA ALEKSİTİMİ**

Dr. Sevgi Betül KARAMEHMET

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KAYSERİ/2024

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
KAYSERİ ŞEHİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

ALOPEŞİ AREATA, KRONİK ÜRTİKER, PSORİAZİS
VULGARİS VE PEMFİGUS VULGARİS
HASTALARINDA ALEKSİTİMİ

Dr. Sevgi Betül KARAMEHMET

Tez Danışmanı
Uzm. Dr Yılmaz ULAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KAYSERİ/2024

TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecimde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım ve tezimde büyük katkısı olan tez danışmanım Uzm. Dr. Yılmaz Ulaş'a, birlikte çalıştığım dönemde tecrübelerinden sıkça yararlandığım Uzm. Dr. Atıl Avcı'ya ve asistanlık yıllarımın sonuna kadar eğitimimize büyük katkı sağlayan Doç. Dr. Ragıp Ertaş'a, doktorluk mesleğine adım atmamı kolaylaştıran, mesleki ve etik açıdan önemli deneyimler edindiğim Prof. Dr. Mustafa Atasoy hocama; birlikte uzun süredir çalıştığımız tüm hemşire ve sekreterlere; geldikleri günden beri hep keyifli zamanlar geçirdiğimiz sevgili arkadaşlarım Dr. Aslınur Özer Öztürk ve Dr. Fulya Bülbül'e; asistanlık hayatımda hem iyi hem kötü günümde hep yanımda olan canım arkadaşım Dr. Fulya Gürçimen'e, bana kardeşim kadar yakın olan canım dostlarım Elif Cingöz, Elif Çalışkan ve Bestegül Ünal'a hayatımın her aşamasında desteğini hissettiğim hayat arkadaşım Uzm. Dr. Uğur Akkaş'a teşekkür ederim. Eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, başarılarımı destekleyen sevgili annem Aynur Karamehmet, babam İlhan Karamehmet ve canım kardeşlerim İrem Tamin ve Cankut Karamehmet'e özel olarak teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR ve SİMGELER	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. ALOPESİ AREATA	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. EtyopatogeneZ	4
2.1.4. Dermoskopik bulgular	4
2.1.5. Ayırıcı tanı.....	5
2.1.6. Eşlik edebilen hastalıklar.....	5
2.1.7. Tedavi	5
2.2. KRONİK ÜRTİKER	8
2.2.1. Tanım.....	8
2.2.2. Epidemiyoloji	8
2.2.3. Sınıflama.....	8
2.2.4. Etyoloji	8
2.2.5. Patofizyoloji	9
2.2.6. Hastalığın şiddetinin belirlenmesi	9

2.2.7. Ayırıcı tanı	10
2.2.8. Tedavi	10
2.3. PSORİAZİS VULGARİS	11
2.3.1. Tanım.....	11
2.3.2. Epidemiyoloji	13
2.3.3. Aile öyküsü ve genetik	13
2.3.4. Eşlik eden hastalıklar.....	14
2.3.5. Prognoz.....	14
2.3.6. Etyopatogenez	14
2.3.7. Epigenetik.....	14
2.3.8. İmmunopatogenez	15
2.3.9. Dermoskopi	16
2.3.10. Ayırıcı tanı.....	16
2.3.11. Hastalık şiddetinin belirlenmesi	17
2.3.12. Tedavi	17
2.4. PEMFİGUS VULGARİS	19
2.4.1. Tanım.....	19
2.4.2. Epidemiyoloji	19
2.4.3. Etyopatogenez	20
2.4.4. Histopatoloji	20
2.4.5. Tanı.....	20
2.4.6. Ayırıcı tanı.....	21
2.4.7. Hastalığın şiddetinin belirlenmesi	21
2.4.8. Tedavi	21
2.5. PSİKODERMATOLOJİ	22
2.6. ALEKSİTİMİ	24

3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Çalışma Tasarımı.....	26
3.2. Kullanılan Ölçekler:	27
3.2.1 Hasta Bilgi Formu	27
3.2.2. Toronto Aleksitimi Ölçeği.....	27
3.2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçekleri	28
3.2.4. İstatiksel Analiz	28
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ	72
7. KAYNAKLAR	74

KISALTMALAR ve SİMGELER

AA	: Alopesi areata
ACEi	: Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri
AGEP	: Akut generalize ekzentamatöz püstüloz
DCPC	: Difensipron
DIF	: Doğrudan immunofloresan
DYKİ	: Dermatolojik yaşam kalite indeksi
FAD	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
HGD	: Hekimin global değerlendirmesi
IV	: Intravenöz
IVIG	: Intravenöz Immunoglobulin
KiÜ	: Kronik İndüklenebilir Ürtiker
KOH	: Potasyum Hidroksit
KSÜ	: Kronik Spontan Ürtiker
KÜ	: Kronik Ürtiker
MF	: Mikozis fungoides
MFM	: Mikofenolat mofetil
MHC	: Majör Histokompatibilite Kompleksi
MİRNA	: MikroRNA
PAŞİ	: Psöriazis alan şiddet indeksi
PDAI	: Pemfigus Disease Area Index
PF	: Pemfigus Foliaceus
PRP	: Pitriyazis rubra pilaris
PV	: Pemfigus Vulgaris
SADBE	: Squarik Asit Di Butil Ester
SALT	: Severity of Alopecia Tool

TAÖ : Toronto Aleksitimi ölçeği

UAS : Ürtiker aktivite skoru

UCT : Ürtiker Kontrol Testi



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Ürtiker sınıflaması.....	9
Tablo 2.	UCT skorlama sistemi.....	10
Tablo 3.	Psoriasis Vulgaris hastalarının demografik bilgiler dağılımı.....	30
Tablo 4.	KÜ hastalarının demografik bilgiler dağılımı	31
Tablo 5.	AA hastalarının demografik bilgiler dağılımı	32
Tablo 6.	PV hastalarının demografik bilgiler dağılımı.....	33
Tablo 7.	Hastalık ve kontrol gruplarıyla ölçeklerin karşılaştırılması	34
Tablo 8.	Hastalıklar ve aleksitimi karşılaştırması	35
Tablo 9.	Hastalıklar ve hastane anksiyete-depresyon.....	36
Tablo 10.	Psoriasis vulgaris hastalığında aleksitimi ve anksiyete-depresyon ilişkisi	37
Tablo 11.	KÜ hastalığında aleksitimi ve anksiyete-depresyon ilişkisi.....	38
Tablo 12.	AA hastalığında aleksitimi ve anksiyete-depresyon ilişkisi.....	38
Tablo 13.	PV hastalığında aleksitimi ve anksiyete-depresyon ilişkisi	39
Tablo 14.	Psoriasis vulgaris hastalarının cinsiyetleri ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri.....	40
Tablo 15.	Psoriasis vulgaris hastalarının medeni durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	40
Tablo 16.	Psoriasis vulgaris hastalarının eğitim durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	41
Tablo 17.	Psoriasis vulgaris hastalarının hastalık başlangıç yaşları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	41
Tablo 18.	Psoriasis vulgaris hastalarının eşlik eden hastalıkları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	42
Tablo 19.	Psoriasis vulgaris hastalarının gelir durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri.....	42
Tablo 20.	Psoriasis vulgaris hastalarının sigara kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	43

Tablo 21. Psoriasis vulgaris hastalarının alkol kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	43
Tablo 23. KÜ hastalarının medeni durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	44
Tablo 24. KÜ hastalarının eğitim durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	44
Tablo 25. KÜ hastalarının hastalık başlangıç yaşları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri.....	45
Tablo 26. KÜ hastalarının eşlik eden hastalıkları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri.....	45
Tablo 27. KÜ hastalarının gelir durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	46
Tablo 29. KÜ hastalarının alkol kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	47
Tablo 30. AA hastalarının cinsiyetleri ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	47
Tablo 31. AA hastalarının medeni durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	47
Tablo 32. AA hastalarının eğitim durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	48
Tablo 33. AA hastalarının hastalık başlangıç yaşları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri.....	49
Tablo 34. AA hastalarının eşlik eden hastalıkları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri.....	49
Tablo 35. AA hastalarının gelir durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	50
Tablo 36. AA hastalarının sigara kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri.....	50
Tablo 37. AA hastalarının alkol kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	51
Tablo 38. PV hastalarının cinsiyetleri ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	51

Tablo 39. PV hastalarının medeni durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	51
Tablo 40. PV hastalarının eğitim durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	52
Tablo 41. PV hastalarının hastalık başlangıç yaşları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri.....	53
Tablo 42. PV hastalarının eşlik eden hastalıkları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri.....	53
Tablo 44. PV hastalarının sigara kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	54
Tablo 45. Psoriasis Vulgaris hastalarının aleksitimi, anksiyete, depresyon puanlarının, yaş, hastalık süresi ve şiddeti ile ilişkisi	55
Tablo 46. KÜ hastalarının aleksitimi, anksiyete, depresyon puanlarının, yaş, hastalık süresi ve şiddeti ile ilişkisi	55
Tablo 47. AA hastalarının aleksitimi, anksiyete, depresyon puanlarının, yaş, hastalık süresi ve şiddeti ile ilişkisi	56
Tablo 48. PV hastalarının aleksitimi, anksiyete, depresyon puanlarının, yaş, hastalık süresi ve şiddeti ile ilişkisi	57
Tablo 49. Kontrol grubunun cinsiyetleri ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri	57

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Kronik Ürtiker Tedavi Algoritması.....	11
--	----



ÖZET

Amaç: Aleksitimi duyguları tanımada ve ifade etmede güçlükle karakterize olan, toplumun %10-13'ünü etkilediği bilinen bir kişilik özelliğidir. Aleksitimik kişilik özelliğine sahip bireyler stresle başa çıkmada zorluk yaşarlar. Bu kronik stres immun sistem mekanizmalarını bozarak kronik dermatolojik hastalıklara neden olabilir. Ayrıca kronik dermatolojik hastalıklara seyri sırasında başta anksiyete ve depresyon olmak üzere psikopatolojiler eşlik edebilir. Duygu durumunda bozulmalar meydana gelerek aleksitimik kişilik özelliğinde artış meydana gelebilir. Çalışmamıza daha önce aleksitimi ile ilişkisi araştırılmış olan psoriasis vulgaris, alopesi areata (AA) ve kronik ürtiker (KÜ) hastalık grupları ve aleksitimi ile ilişkisi araştırılmamış olan pemfigus vulgaris (PV) hastalarını dahil ettik. Aleksitimi ile birlikte hastalıklara eşlik edebilecek anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirdik. Sosyodemografik özelliklerin aleksitimi, anksiyete ve depresyon skorlarıyla anlamlı bir ilişkisi olup olmadığını inceledik. Bu araştırma ile kronik dermatolojik hastalıklarda aleksitimi varlığını, hastalık grupları arasında aleksitimi puanlarında farklılık olup olmadığını ve eşlik edebilecek anksiyete ve depresyonu tanımayı amaçladık. Ayrıca, istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olabilecek demografik özellikleri inceledik. Çalışmamız, bu dermatolojik hastalıklara sahip bireylerin eşlik edebilecek aleksitimi açısından değerlendirilmesine ve tedavi edilmesine katkıda bulunmayı hedeflemektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 51 psoriasis vulgaris, 51 KÜ, 41 AA, 28 PV hastası dahil edilmiştir. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20), Hastane Anksiyete Ölçeği ve Hastane Depresyon Ölçeği anketleri hastalara uygulandı. Hastaların sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi edinmek amacıyla 'Hasta Bilgi Formu' dolduruldu.

Bulgular: Psoriasis vulgaris haricindeki hastalık gruplarında sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı yüksek aleksitimi puanları saptandı. Hastalık grupları arasında yapılan karşılaştırmada diğer hastalık gruplarından anlamlı yüksek aleksitimi puanı AA hastalarında mevcuttu. Tüm hastalık gruplarında anksiyete puanları, PV hariç diğer hastalık gruplarında depresyon puanları sağlıklı kontrol grubundan anlamlı yüksekti. Hastalık grupları arasında hem anksiyete hem de depresyonda anlamlı

yüksek sonuçlar AA hastalığına aitti. Aleksitimi düzeyleri ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin, AA ve psoriasisli hastalarda anlamlı pozitif korelasyon gösterdiği bulundu. Ayrıca, tüm hastalık gruplarında anksiyete ile depresyon arasında anlamlı pozitif korelasyonlar tespit edildi. Çalışmamızda hastalık şiddeti ile aleksitimi arasında anlamlı pozitif ilişki hastalık gruplarından sadece psoriasis vulgarisli hastalarda saptandı. Psoriasis vulgaris ve AA hastalarında hastalık şiddeti ile anksiyete ve depresyon arasında, KÜ'li hastalarda hastalık şiddeti ile depresyon arasında anlamlı pozitif ilişki bulundu.

Psoriasis vulgarisli hastalarda kadın katılımcılarda ve AA'lı hastalarda evli katılımcılarda anlamlı yüksek anksiyete düzeyleri olduğu gösterildi.

Hasta gruplarında yaş ile aleksitimi arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Sadece PV'li hastalarda yaş ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı negatif korelasyon bulundu.

Hasta gruplarında hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, eşlik eden hastalık, sigara-alkol kullanımı, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum ile aleksitimi, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Sonuç: PV hastalığı olan bireylerde, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, anlamlı ölçüde yüksek aleksitimi puanları olduğu bulundu. PV hastalığı ile aleksitimi arasındaki ilişki daha önce literatürde araştırılmamıştı. Hastalık grupları arasında karşılaştırma yapıldığında hem aleksitimi hem de anksiyete ve depresyon ortalama puanlarında anlamlı olarak en yüksek sonuçlar AA hastalarında bulundu. Psikosomatik bir hastalık olan AA'da aleksitiminin sıklıkla eşlik edebilen bir kişilik bozukluğu olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: aleksitimi, anksiyete, depresyon, alopesi areata, kronik ürtiker, psoriasis vulgaris, pemfigus vulgaris

ABSTRACT

Purpose: Alexithymia is a personality trait known to affect 10-13% of the population, characterized by difficulty in recognizing and expressing emotions. Individuals with alexithymic personality traits have difficulty coping with stress. This chronic stress can disrupt immune system mechanisms and cause chronic dermatological diseases. Chronic dermatological diseases may be accompanied by psychopathologies, especially anxiety and depression, during their course. Additionally, emotional state disturbances may occur and an increase in alexithymic personality traits may occur. In our study, we included psoriasis vulgaris, alopecia areata (AA) and chronic urticaria (CU) disease groups, whose relationship with alexithymia has been previously investigated, and pemphigus vulgaris patients, whose relationship with alexithymia has not been investigated. We evaluated the levels of anxiety and depression that may accompany diseases along with alexithymia. We examined whether sociodemographic characteristics had a significant relationship with alexithymia, anxiety and depression scores. With this study, we aimed to identify the presence of alexithymia in chronic dermatological diseases, whether there is a difference in alexithymia between disease groups, and the anxiety and depression that may accompany it. We also examined demographic characteristics that could cause statistically significant differences. Our study aims to contribute to the evaluation and treatment of individuals with these dermatological diseases in terms of their alexithymic characteristics.

Materials and Methods: 51 psoriasis vulgaris, 51 KU, 41 AA, 28 PV patients were included in the study. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Hospital Anxiety Scale and Hospital Depression Scale questionnaires were administered to the patients. The 'Patient Information Form' was filled out to obtain information about the sociodemographic characteristics of the patients.

Results: Significantly higher alexithymia scores were detected in disease groups other than psoriasis vulgaris compared to the healthy control group. In the comparison between disease groups, AA patients had significantly higher alexithymia scores than other disease groups. ($p:0.001$) Anxiety scores in all disease groups and depression scores in all disease groups except PV were significantly

higher than the healthy control group. Significantly higher results among the disease groups in both anxiety and depression belonged to AA disease. ($p: 0.0001$) It was found that the relationship between alexithymia levels and anxiety and depression showed a significant positive correlation in patients with AA and psoriasis. Additionally, significant positive correlations were detected between anxiety and depression in all disease groups. In our study, a significant positive relationship between disease severity and alexithymia was detected only in psoriasis patients among the disease groups. A significant positive relationship was found between disease severity and anxiety and depression in patients with psoriasis vulgaris and AA, and between disease severity and depression in patients with CU.

Significantly higher anxiety levels were demonstrated in patients with psoriasis, female participants, and married participants in patients with AA.

No significant relationship was found between age and alexithymia in the patient groups. Age and anxiety and depression scores showed a significant negative correlation only in patients with PV.

In the patient groups, no significant relationship was found between disease duration, age at disease onset, comorbidities, smoking-alcohol use, education level and socioeconomic status, and alexithymia, anxiety and depression.

Conclusion: In our study, it was found that PV patients, who had not been investigated with alexithymia before, had significantly higher alexithymia scores than the healthy control. When comparison was made between disease groups, the highest results in both alexithymia and anxiety and depression mean scores were found in AA patients. It should be kept in mind during the follow-up and treatment process of the disease that alexithymia is a personality disorder that can often accompany AA, which is a psychosomatic disease.

Key words: alexithymia, anxiety, depression, alopecia areata, chronic urticaria, psoriasis vulgaris, pemphigus vulgaris

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Deri hem çevresel hem de duyuşal uyarılara yanıt veren vücudumuzdaki en büyük organdır. Derinin gözle görünür olması, deride istenmeyen bir durum geliştiğinde, kişinin sosyal ve ruhsal açıdan etkilenmesine neden olur. Deri ve psikiyatri arasındaki ilişki çift taraflıdır yani hem derideki olaylar psikiyatriyi hem de psikososyal olaylar deriyi etkileyebilir (1,2). Psikodermatoloji, psikiyatri ve dermatoloji arasındaki bu karşılıklı ilişkiyi inceler (3).

Aleksitimi kişinin duygularını tanımada ve ifade etmede güçlük yaşaması olarak tanımlanır. İnsanı diğer canlılardan ayıran en önemli özelliklerden birisi duygu ve düşüncelerin anlamlandırılması ve duyguların sözel olarak ifade edilebilmesidir. Bilinç, duygular ve dil bir bütündür ve insanın varolma sürecinde önemli işleve sahiptir. Duygularını tanımakta ve ifade etmekte zorluk yaşayan aleksitimik kişiler sağlıklı sosyal ilişkiler kuramaz. Bunun yanında aleksitimik kişilerin strese olan duyarlılığı da artmıştır ve stresle başa çıkma becerileri zayıftır. Bu kronik stres zamanla psikolojik, endokrin ve immün sistemde sorunlara yol açabilir (4). Aleksitimik kişilerde meydana gelen nöroendokrin değişiklikler dermatolojik hastalıklara zemin hazırlar. Ayrıca dermatolojik hastalıkları olan kişilerde de beden algısında bozulma, sosyal damgalanmayla karşı karşıya kalma, cinsel yaşamda sorunlar gelişebilir. Bu problemlere ikincil olarak başta depresyon ve anksiyete olmak üzere obsesif kompulsif bozukluk, fobiler gibi psikopatolojiler, bazı kişilik ve mizaç özellikleri gelişebilir (1). Dermatolojik hastalıklara eşlik edebilen kişilik özelliklerinden biri aleksitimidir. Literatürdeki çalışmalarda dermatolojik hastalıklarda artmış aleksitimi oranları olduğu gösterilmiştir. Kısacası aleksitimik kişilik bozukluğu ile dermatolojik hastalıkların ilişkisi çift yönlüdür (5).

Çalışmamızda aleksitimi ile dermatolojik hastalıklar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla AA, KÜ, Psoriasis Vulgaris ve PV olmak üzere dört kronik dermatolojik hastalık seçildi. Bu hastalıklara sahip bireylerde ve sağlıklı kontrol grubunda aleksitimi, anksiyete ve depresyon seviyeleri anketler aracılığıyla değerlendirildi ve sosyodemografik özellikler bilgi formuna kaydedildi.

Aleksitimi sonuçlarını değerlendirirken, sosyodemografik verilerle ilişkisinin bilinmesi, aleksitiminin doğasının anlaşılmasında ve tutarsız görünen sonuçların

yorumlanmasında önemlidir. Çalışmamızda, hastalıkların aleksitimi üzerinde dolaylı veya doğrudan bir etkisinin olup olmadığına ve hastalıklar arasında aleksitimik özellikler açısından farklılıklar olup olmadığına bakıldı. Ayrıca, her hastalık için hastalığa özgü özelliklerin ve demografik verilerin aleksitimi, depresyon ve anksiyete üzerinde anlamlı farklılıklar oluşturup oluşturmadığı değerlendirildi. PV hastalığıyla ilgili daha önce aleksitimi açısından yapılmış bir literatür çalışması bulunmamaktaydı. Önceki araştırmalarda aleksitimi ile ilişkisi incelenmiş olan AA, KÜ ve Psoriasis Vulgaris gibi hastalıklar için sosyodemografik özellikler daha detaylı bir şekilde yeniden değerlendirildi ve eski çalışmalarla karşılaştırıldı. Psoriasis hastalarında öfke ve aleksitiminin incelendiği vaka çalışmasında kontrol grubu olarak başka bir kronik dermatolojik hastalığın alınmamış olması kısıtlılık olarak belirtilmişti (6). Biz de bu durumu dikkate alarak tez çalışmamızda dört farklı kronik dermatolojik hastalığı karşılaştırdık. Çalışmamız bu yönüyle literatür açısından da değerlidir. Hastalıklara eşlik eden faktörlerin araştırılması ve hastalıkları tetikleme riski olabilecek unsurların belirlenmesi, tedavi yaklaşımında kritik bir öneme sahiptir. Çalışmamızın, bu hastalıklara sahip bireylerde aleksitimik özelliklerin tanınmasına yardımcı olacağını ve hastaların psikiyatrik destek almasında katkı sağlayabileceğini düşünüyoruz. Böylece, hastaların bütünsel ve etkili bir şekilde tedavi edilmesi mümkün olacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. ALOPESİ AREATA

2.1.1. Tanım

AA anagen kıl foliküllerini hedef alarak skar bırakmayan kıl dökülmesi yapan sık görülen otoimmün bir hastalıktır. Kıllı deride ani ve hızlı bir şekilde ortaya çıkan keskin sınır gösteren yuvarlak ya da oval alopesik alanlar şeklinde görülür. En sık görülen tipi yama tarzında olan tutulumdur, paryetal, temporal ve oksipital bölgenin tutulduğu bant tarzındaki formuna ofiyazis, tüm saçlı derinin tutulmasına alopesi totalis, tüm vücut kıllarının dökülmesine alopesi universalis denilmektedir. Saç folikülü kalıcı hasara uğramadığı için sonrasında yeniden saç çıkışları olabilir. Bazen hastalar kıllı derinin döküldüğü alopesik alanda kaşıntı, yanma, batma gibi semptomlar tarif edebilse de deri genellikle normal görünümündedir, enflamasyon yoktur yalnızca hafif eritem eşlik edebilir (7,8). Zaman zaman tırnaklar da etkilenebilir. Tırnak tutulumu saç dökülmesinden önce, sonra ya da eş zamanlı olarak gelişebilir (9,10).

Hastalığın esas tanısı klinik olarak konur, dermoskopi tanıya yardımcı olarak kullanılır. Klinik şüphe durumunda kesin tanı için biyopsi alınmalıdır. Hastalık şiddetinin değerlendirilmesi için SALT skoru kullanılır. Her bir bölge için belirlenen saç kaybı yüzdesi o bölgenin saçlı deride temsil ettiği alan katsayısı ile çarpıldıktan sonra her bölge için elde edilen rakamlar toplanarak SALT skoru hesaplanır (11,12,13).

SALT (Severity of Alopecia Tool) skoru = [(saç kaybı yüzdesi) sağ yan x 18] + [(saç kaybı yüzdesi) sol yan x18] + [(saç kaybı yüzdesi) üst x 40] + [(saç kaybı yüzdesi) arka x 24] şeklinde hesaplanmaktadır.

S1 =<%25

S2 = %25-49 kıl kaybı

S3 = %50-74 kıl kaybı

S4 = %75-99 kıl kaybı

S5 = %100 kıl kaybı yüzdelere göre gruplandırılır (14).

2.1.2. Epidemiyoloji

AA görölme sıklığı cinsiyetler arasında benzerdir, normal popölasyonda %0,1 oranında görölür. Genellikle 20 yaş altında başlangıç gösterir. Aile öyküsü %10-30'dur. Hastalığın seyri tahmin edilemez ancak genellikle hastaların %80'inde ilk 1 yıl içerisinde saçlar tekrar çıkar fakat nüks sıktır (15).

2.1.3. Etyopatogenez

AA kesin etyolojisi tam olarak bilinemeyen multifaktöriyel ve poligenik bir hastalıktır (16). En fazla üzerinde durulan mekanizma otoimmünitedir. Kıl oluşumunda kıl folikölündeki bulbar bölgede yer alan keratinositler ve melanositler rol oynar. Aktive T lenfosit hücrelerinin kıl bulbar çıkıntısına saldırması sonucu hastalık geliştiği düşünölür (17). Ayrıca özellikle daha erken yaşlarda başlayan alopesilerde aile öyküsü de belirleyicidir (16). Yapılan bir çalışmada oksidatif hasar belirteçlerinin AA'lı hasta grubunda kontrol grubundan yüksek olduğu gösterilmiştir (18). AA'lı hastalarda stres sıklıkla başlatıcı faktör olarak belirtilir. Akut stres sırasında salgılanan stres hormonlarının kıl köklerinde lokal inflamasyon yoluyla yıkıma neden olması da AA sebeplerden biri olabilir (19). Bir diğör sebep çevresel faktörlerdir, hangi çevresel faktörlerin etkilediği net olarak bilinmese de hormonlar, enfeksiyonlar, ilaç kullanımı, travmalar, aşılar sebep olarak sayılabilir (16).

2.1.4. Dermoskopik bulgular

AA'da karakteristik dermoskopik bulguların başında ünlem işareti saçlar ve siyah noktalar gelir. Ünlem saçlar hastalığın daha çok aktif döneminde görölür, distali proksimaline göre daha geniş künt uçlu kılları ifade eder. Foliköl içindeki kırılmış saçlar siyah nokta olarak görölür (15). Diğör dermoskopide görebileceğimiz bulgular kırık saçlar, sarı noktalar ve kısa kümeler şeklindeki vellüs tipi kıllardır (7). Dermoskopide sarı nokta bulgusu ve vellüs tipi kılların bulunması uzun süreli hastalıkla alakalı iken siyah nokta, kırık saç ve ünlem saçların olması ise hastalığın aktivitesi ile alakalıdır. Foliköl açıklıkları kaybolmaz, minyatürize kıllar görölür. Muayenede alopesik alan kenarından yapılan hafif çekme testi pozitifliği hastalığın aktif olduğunu gösterir. Kendiliğinden ya da tedaviyle yeni çıkan kıllar daha ince ve pigmentsiz olabilir, bu saçlar zamanla normal rengine ve kalınlığına kavuşur (12).

2.1.5. Ayırıcı tanı

AA olguları bazen diffüz formda gelişebilir. Diffüz AA olguları telogen effluvium, androjenetik tipte saç dökülme hastalıkları ile karışabilir. Sekonder sifiliz olgularında görülen güve yeniği tarzındaki saç dökülmesi de ayırıcı tanıda düşünölmeli ve gerekli ise serolojik testlere başvurulmalıdır (20). Özellikle çocukluk döneminde görölen alopesilerde saçlı derinin yüzeysel mantar enfeksiyonu olan tinea kapitis ya da saç koparma hastalığı olan trikotillomani de akla gelmelidir. Tinea kapitis için potasyum hidroksitli(KOH) direkt bakı ile inceleme yapılmalı, trikotillomani şüphesinde ayrıntılı anamnez alınmalı ve dermoskopik inceleme yapılmalıdır. Dermoskopik inceleme de doğru tanıyı koymada önemlidir (21). Ayrıca çocukluk dönemindeki AA vakaları zaman zaman gelişimsel kıl anomalisine bağılı olarak frontotemporal bölgede alopesik yamaların göröldüğü angular alopesi ve aplazia kutis ile de karışabilmektedir (12).

AA skatris bırakmayan bir kıl dökölme hastalığı olmasına rağmen saçlı deride skatrisle sonuçlanan pseudopelad, liken planopilaris, diskoid lupus, sentrifugal skatrisyel alopesi, frontal fibrozan alopesi gibi saç hastalıklarıyla da ayırıcı tanıya girebilir. Kalıcı tipte saç dökölmesiyle sonuçlanan bu tarzdaki alopesilerde dökölen alanda enflamasyon sıktır, dermoskopide foliköl açıklıkları kaybolmuştur ve atrofi mevcuttur. Skatrisyel alopesilerde ayırım için klinik muayene, dermoskopik inceleme önemlidir ama kesin ayırım için biyopsiye başvurulabilir (22).

2.1.6. Eşlik edebilen hastalıklar

AA başta otoimmün hastalıklar olmak üzere çeşitli hastalıklarla beraber seyredebilir. Otoimmün hastalıklardan en sık otoimmün tiroid hastalıkları eşlik etmektedir (23). AA'lı hastalarda vitiligo sıklığında da normal popölasyona göre artış tespit edilmiştir (11). AA'nın atopik dermatit, astım, alerjik rinit gibi hastalıklarla sıklıkla birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (24). AA'lı hastalarda D vitamini düzeyinin düşük olduğı ve D vitamini seviyesi düştükçe hastalık şiddetinin arttığı bildirilmiştir (25).

2.1.7. Tedavi

AA'nın hastalığı kesin olarak iyileştiren net bir tedavisi henüz yoktur. Tedavi yöntemleri daha çok hastalığı kontrol altına almayı ve ilerlemesini yavaşlatmayı

hedeflemektedir (11). Hastaların tedavisine karar verirken hastanın yaşı ve saçlı derideki tutulum alanı en önemli faktörlerdir. Bunun yanında eşlik eden hastalıkların varlığı, cinsiyet, gebelik ve emzirme durumu, hastalığın ne kadar süredir var olduğu, hastanın diğer kullanıldığı tedavilere uyumu da göz önünde bulundurulacak diğer faktörlerdir (26).

Tedavi olarak topikal kortikosteroidler özellikle 10 yaş altı çocuklarda ve saçlı deri tutulumu %50'nin altında olan uygun yetişkin hastalarda kullanılabilir (27). Orta ya da yüksek potensli topikal kortikosteroidler en az 3 ay süreyle kullanılır. Topikal minoksidil %5'lik solüsyonlar da adjuvan tedavi olarak kullanılabilir (28). Bazı iritan kontakt maddeler kısa süreli uygulanabilir, örneğin antralin bunlardan biridir (29).

Saçlı deri tutulumu %50'nin altında olan sınırlı yama şeklindeki hafif şiddetli AA hastalarında ilk tedavi seçeneği intralezyoner kortikosteroid uygulamalarıdır (30). Uygulama intradermal olarak dört haftada bir uygulanır. Steroid olarak triamsinolon asetonid kullanılır yüz bölgesi için 1/8, saç bölgesi için 1/4 konsantrasyonda uygulanır. Tedaviye en az sekiz hafta boyunca devam edilmelidir. Yanıt sekizinci haftada alınmaya başlanır ve altı ay boyunca tedavi yanıtı alınmazsa tedaviye yanıtı kabul edilir. 12 yaş altı çocuklarda intralezyoner kortikosteroid uygulaması önerilmemektedir (31).

Topikal immunoterapi tedavileri AA için bildirilmiş olan en etkili tedavi seçeneklerindendir. Güçlü alerjen olan maddelerin uygulanması ile gecikmiş tipte aşırı duyarlılık gelişerek kontakt egzema oluşturulması hedeflenir. Squarik Asit Di Butil Ester (SADBE), difensipron (DPCP) kullanılan kontakt alerjenlerdir. DCPC tedavisinde önce seçilen alopesik alana daha düşük oranlarda uygulamalarla sensitizasyon yapılır, uygun dozlara aşamalı olarak çıkılır (7). Saç çıkışı tamamen olduğunda iki haftada bir kez ya da ayda bir kez idame dozlarla devam edilir. Yanıtı kabul etmek için en az altı ay tedaviye devam edilmelidir (31).

Salt skoru 20'nin üzerinde olan veya AAS(Alopecia Areata Scale)'a göre orta ve şiddetli AA hastalarında sistemik tedavi başlanmalıdır. Güncel kılavuzda ilk basamak tedavide akut durumda glukokortikoidler, akut olmayan durumlarda Jak inhibitörleri yer almaktadır. İkinci basamak tedavide siklosporin, üçüncü basamak

tedavide metotreksat ve dördüncü basamakta azatiopurin tedavisi yer alır. Oral minoksidil adjuvan tedavi olarak eklenebilir. Sistemik tedavide hedefimiz Salt skoru<10 ve Salt skorunda %90 iyileşme sağlamak yani Salt90'a ulaşmaktır. 24-36.haftada hala tedavi hedefine ulaşılmadıysa doz değişikliği ya da başka bir tedaviye geçiş yapmak düşünülmelidir. Tedaviye yanıt alınıp tam saç çıkışı gerçekleşse bile 6-12 ay tedavi dozunda sonrasında da uzun süre idame dozunda tedaviye devam edilmelidir. Sistemik kortikosteroid tedavileri bazı durumlarda tedaviye eklenebilir. Bu durumlar saç dökülmesinin multifokal ve %50'den fazla olması, dökülmenin aktif ve hızlı ilerleyici olması olarak sayılabilir. Sistemik kortikosteroidlere yanıt yüksektir ancak doz azaltımı ya da tedavinin kesilmesi ile nüks ihtimali yüksektir. Steroid koruyucu ajanlar ile kombine kullanımı önerilir (28). Orta veya şiddetli AA hastalarında topikal tedaviye yanıt alınmadığında, immünmodülatör tedavi seçenekleri denenmektedir. Yapılan araştırmalar, AA'nın gelişim sürecinde Jak yolağının önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Otoreaktif CD8 T hücre yolağındaki sitokinler; Jak1, Jak2 ve Jak3 yolağını kullanmaktadır. Dolayısıyla Jak inhibisyonu özellikle topikal tedaviye dirençli orta ya da şiddetli AA hastalarında tercih edilir. Yapılan çalışmalarla şiddetli /dirençli AA'larda tofacitinib etkili olduğu bulunmuştur. Baricitinib orta-şiddetli AA'lı yetişkin hastalar için Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi (FDA) onayı almıştır. Ayrıca ritlectinib ve brepocitinib gibi yeni JAK inhibitörleri de bulunmuştur (32). Ritlesitinib 12 yaş üzeri AA'da FDA onayı alan ilk ilaçtır (28).

AA hem stres başta olmak üzere psikiyatrik faktörlerden etkilenir hem de hastalığın kendisi psikolojik bir bozukluğun kaynağı olabilir. AA'lı hastalarda normal popülasyona göre artmış anksiyete ve depresyon oranları olduğu bildirilmiştir (33). Ülkemizde Çelik ve arkadaşları(2010) tarafından yapılan bir çalışmada AA'lı hastalarda anksiyete ve depresyon sağlıklı kontrollere göre anlamlı yüksek bulunmuştur. AA tedavisinde eşlik eden psikopatolojilerin belirlenmesi ve psikiyatrik danışmanlık alınması tedavi süreçlerinde önemlidir (34).

2.2. KRONİK ÜRTİKER

2.2.1. Tanım

Ürtiker deride eritemli, ödemli kabarıklıklarla karakterize ürtiker plaklarıyla seyreden kaşıntıyla karakterize oldukça sık görülen bir hastalıktır. Lezyonların boyutları değişkendir, papül ya da plak formunda olabilir. Lezyonlar 24 saat içerisinde kaybolma eğilimindedir. Hastalığa sebep olan faktörler ve mekanizmalar çeşitlilik göstermektedir. Hastalık altı haftadan daha kısa sürerse akut, altı haftadan uzun sürerse kronik ürtiker olarak adlandırılır (35). Dermis tabakasının ya da subkutan tabakanın tutulmasıyla seyreden tabloya anjioödem denilmektedir. Ürtikerli hastaların yaklaşık yarısında anjiödem eşlik eder (36).

2.2.2. Epidemiyoloji

Ürtiker hastalığının prevalansı ile alakalı net veriler yoktur. KÜ yaygınlığına ilişkin yapılsistemantik çalışmanın sonuçlarına göre KÜ Asya ülkelerinde Kuzey Amerika ve Avrupa'ya göre daha sık görülür. On beş yaş altında kadın-erkek cinsiyet arasında fark yokken 15 yaş üzerinde kadınlarda erkeklerden daha sık görülür (37).

2.2.3. Sınıflama

Ürtikerin endojen yolla oluştuğunu ifade etmek için kronik idiopatik ya da kronik otoimmün ürtiker terimleri yerine artık Kronik Spontan Ürtiker(KSÜ) terimi kullanılır. Etken belirlenebilir fiziksel uyarıcılar olduğunda ise Kronik İndüklenebilir Ürtiker(KİÜ) adını alır.

2.2.4. Etyoloji

Ürtikerin oluşmasında rol oynayan nedenler ve mevcut ürtikerin tetiklenmesinde rol oynayan nedenler ayrıdır. KÜ'li hastaların yarısında başlatıcı neden bilinmemektedir. Bu tip ürtikerler KSÜ'lerdir. KİÜ'lerde sebep genellikle bellidir(35). KSÜ etyolojisinde gıdalar, ilaçlar, enfeksiyonlar, allerjenler, maligniteler, şeker hastalığı gibi iç hastalıklar, stres faktörleri sayılabilir (38).

ACEi(anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri) ürtikerden bağımsız olarak anjioödeme neden olabilir özellikle anjiödem tablosunun tek başına olduğu ya da ürtikere eşlik ettiği durumlarda ACEi ilaç kullanımını sorgulanmalı ve mümkünse değiştirilmelidir (39).

Tablo 1. Ürtiker sınıflaması

Akut Ürtiker		
Kronik Ürtiker	Kronik Spontan Ürtiker	Kronik İndüklenebilir Ürtiker
		Semptomatik dermografizm ürtikeri
		Soğuk ürtikeri
		Sıcak ürtikeri
		Solar ürtiker
		Geç basınç
		Titreşim anjiyoödem
		Kolinerjik ürtiker
		Akuajenik ürtiker

Gıdalar özellikle akut ürtikerde tetikleyici rol oynayabilir, ancak kronik ürtikerde de bir tetikleyici olup olmadığı net değildir. Gıda ile ilişkili KSÜ'nin pseudoalerjik reaksiyon olduğu kabul edilir. Yani tam bir alerjik reaksiyon olarak değerlendirilmemektedir. Pseudoalerjik reaksiyon gelişmesi için önceden maruz kalmak gerekmez, genetik zemin olması reaksiyon gelişmesini kolaylaştıran bir faktördür (40). Akut ürtikerde çocuklarda en sık viral enfeksiyonlar rol oynar (41). Kronik ürtikerde enfeksiyonlar tetikleyici faktör rolündedir. Enfeksiyonlar viral ya da bakteriyel olabilir. Paraziter enfestasyonlar, Helicobacter Pylori enfeksiyonu tetikleyici olabilir (42).

2.2.5. Patofizyoloji

Ürtiker mast hücrelerin uyarımına yol açan sinyallerden sonra mast hücrelerinden salınan histamin ve diğer mediatörlere bağlı olarak meydana gelir (36).

2.2.6. Hastalığın şiddetinin belirlenmesi

Ürtiker şiddetinin belirlenmesi için kullanılan iki temel skorum sistemi mevcuttur. Ürtiker aktivite skoru (UAS)7 hastalığın şiddetinin belirlenmesini sağlar, son 1 hafta içindeki kaşıntı şiddeti ve kabarıklığın sayısına göre belirlenir. Hastalığın kontrol altında olup olmadığını belirlemek için de Ürtiker Kontrol Testi (UCT) denilen dört sorudan oluşan UCT skoru yapılmaktadır. Toplam puan 16'dır, puanın artması hastalığın kontrol altında olduğunu ifade eder (Tablo 2) (35).

Tablo 2. UCT skortlama sistemi

Son 4 hafta içerisinde ürtiker semptomları ne sıklıkla oluştu?
0)ok sık 1)sık 2)bazen 3)nadiren 4)hiç yok
Son 4 haftada ürtiker yaşam kalitesini ne oranda etkiledi?
0)ok sık 1)sık 2)bazen 3)nadiren 4)hiç yok
Son 4 haftada tedavi ürtiker semptomlarını kontrol almaya yeterli miydi?
0)ok sık 1)sık 2)bazen 3)nadiren 4)hiç yok
Son 4 haftada genel olarak rtikerinizi ne kadar kontrol altında tutunuz?
0)ok sık 1)sık 2)bazen 3)nadiren 4)hiç yok

2.2.7. Ayırıcı tanı

Ürtikeryal lezyonların ayırıcı tanısında en çok karışan ve ayrıntılı anamnez gerektiren ürtikeryal vaskülit ve otoinflamatuvar hastalıklardır. Ürtiker benzeri plakların kalıcı olması ayırıcı tanıda önemlidir (43). Bunların yanında ayırıcı tanıda böcek ısırıkları, Sweet Sendromu, büllöz pemfigoid başlangıç dönemi, ürtikeryal ilaç erüpsiyonları, kutanöz mastositoz, eozinofilik selülit, gebeliğin ürtikeryal papül ve plakları yer alır ve lezyonların süresinin ürtikere göre daha uzun süreli olması ve eşlik eden diğer bulgularla ürtikerden ayrılırlar (44).

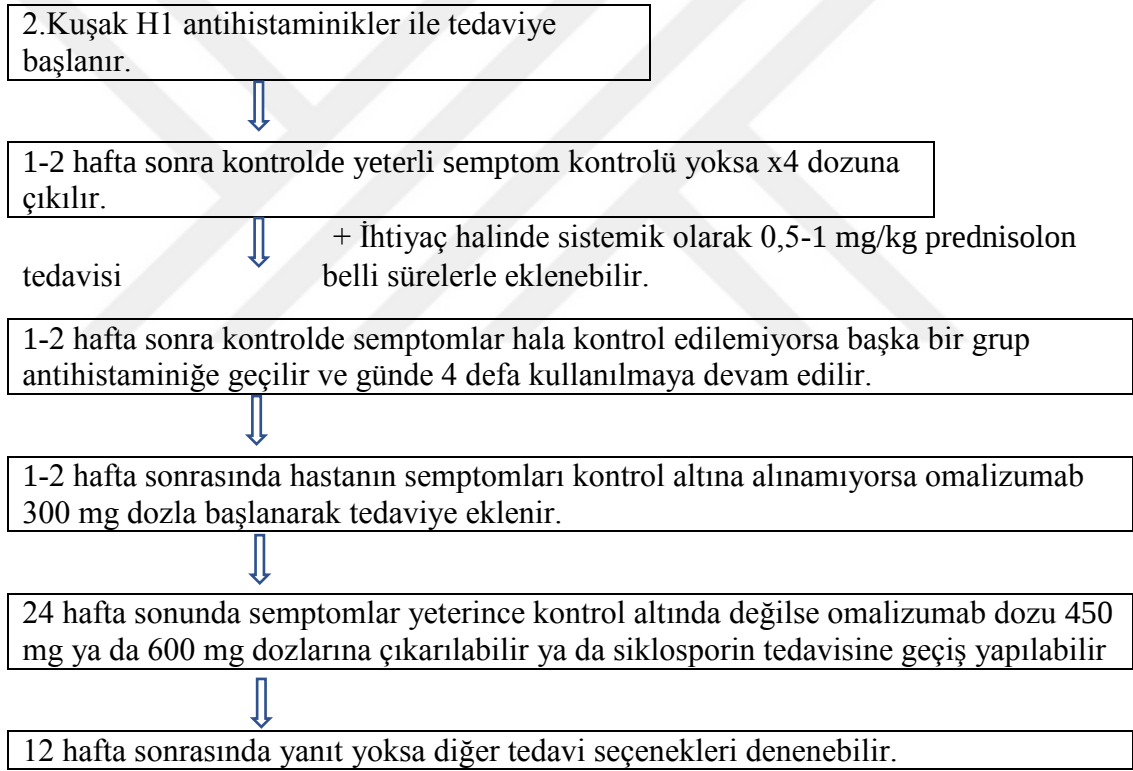
2.2.8. Tedavi

Hastalık patogenezinin net olarak anlaşılmaya başlamasıyla beraber tedavi algoritmaları da genişlemeye başlamıştır (45).

Akut rtiker olgularında altta yatan neden sorgulandıktan sonra tedavide ilk basamak H1 grubu antihistaminiklerdir. Genellikle 2. kuşak H1 grubu antihistaminikler tercih edilmektedir. Hastalığın şiddetine göre doz günde 4 katına kadar çıkarılabilir eğer hastalık semptomları baskılanamazsa sistemik kortizon tedavileri antihistaminik tedavilere eklenebilir. Larinks tutulumu gibi hayati riski olan olgularda anafilaksi gelişim riski de göz önüne alınarak tedaviye intramuskuler adrenaline de eklenmelidir. Akut olguların %90'ında antihistaminiklerle tedaviye yeterli yanıt alınabilir (46).

K için genel tedavi algoritmasına baktığımızda ilk basamak tedavi akut ürtiker olgularında da olduğu gibi 2. Kusak H1 antihistaminiklerdir. 2 hafta içerisinde semptomlarda yeterli iyileşme görülmediğinde antihistaminik dozu 4 katına kadar çıkarılır. 1-2 hafta içerisinde semptomlar kontrol edilemiyorsa başka bir grup antihistaminike geçilir ve günde 4 defa kullanılmaya devam edilir. Bu tedavilere

yetersizlik durumunda sistemik olarak 0,5-1 mg/kg prednisolon tedavisi belli sürelerle eklenebilir. 1-2 hafta sonrasında hastanın semptomları kontrol altına alınamıyorsa IgE antikoru olan omalizumab tedavisine geçilir ve 300 mg dozunda tedaviye başlanır. Omalizumab yüksek doz antihistamik tedavisine cevap vermeyen KÜ hastalarında onaylı olan etkili ve güvenli tek tedavi seçeneğidir. 24 hafta sonunda hasta yeniden değerlendirildiğinde semptomlar yeterince kontrol altında değil ise omalizumab dozunun 450 mg ya da 600 mg dozlarına çıkarılması önerilir ya da hastanın uygunluk durumuna göre siklosporin tedavisine geçiş yapılabilir. 12 hafta sonrasında yanıt yoksa kronik ürtiker tedavisinde kullanılabilen diğer tedavi seçenekleri denenebilir (35).



Şekil 1: Kronik Ürtiker Tedavi Algoritması

2.3. PSORİAZİS VULGARİS

2.3.1. Tanım

Psoriasis vulgaris eritemli, skuamlı, keskin sınır gösteren papül ve plaklardan oluşan kronik bir deri hastalığıdır. Psoriasis lezyonların özelliğine ve tutulum alanlarına göre sınıflandırılır.

Kronik plak tip psoriasis en sık görülen formdur. Psoriasis hastalığının yaklaşık %70-80'ini oluşturur. Diz, dirsekler, intergluteal ve lumbosakral bölgeleri tutabilen eritemli zeminde üzerinde gümüşü renkte skuamlanmanın olduğu plak formundaki lezyonlardan oluşan formdur. İlk başlangıçta lezyonlar papül formunda oluşup sonrasında birleşerek plakları oluşturma eğilimindedir. Bazen seboreik alanları tutarak seboreik dermatit ile karışabilir bu duruma sebopsoriasis adı verilir. İyileşme sürecine girdiğinde ilk olarak merkezi alan iyileşmeye başlar ve halka şeklinde bir forma dönüşür (47).

Guttat psoriasis: Akut başlangıç gösteren oval ya da yuvarlak formda eritemli zeminde skuamlı egzantamatöz tipteki psoriasis formudur. Hastalık genellikle kendi kendini sınırlayacak şekilde seyir gösterir ancak bazen kronik plak tip psoriasis formuna da ilerleyebilir. Stres ya da betahemolitik streptokok enfeksiyonları sonrasında guttat psoriasis gelişebilir (48).

Generalize püstüler psoriasis: Psoriasis lezyonlarının üzerinde zamanla izole püstüller oluşabilir ancak generalize püstüler psoriasisde lezyonlarda hakim olan püstüllerdir ve tüm psoriasis olgularının %2 ile %5'ini oluşturur (49).

Akut generalize püstüler psoriasis tipine Von Zumbusch adı verilir. Ateş, halsizlik, mide bulantısı gibi sistemik semptomlar eşlik edebilir. Vücutta yaygın eritemli zeminde püstüller mevcuttur. Oral mukoza tutulabilir (50).

Lokalle püstüler psoriasis: Hallopeau'nun akrodermatitis continua ve palmoplantar püstüloz olarak iki formu vardır. Akrodermatitis continua formu el ve ayak parmaklarında püstüler tarzda döküntü ile seyrederek ve nadir görülen bir formdur. Travma sonrasında tetiklenebilir (51). Palmoplantar püstüloz tipi el ve ayakların palmar yüzünde gelişen hiperkeratoz ve püstüllerle karakterize özellikle kadınlarda ve sigara içenlerde sıklığı artan bir psoriasis tipidir (52).

Eritrodermik psoriasis vücutta yaygın eritem ile seyreder, psoriasisin klasik lezyonlarından ziyade vücudun %90'ından fazlasında eritem mevcuttur. Hayatı tehdit edebilen genel durum bozukluğu gelişebilir. Dermatolojik acil olarak değerlendirilmelidir (53).

2.3.2. Epidemiyoloji

Yapılan çalışmalarda batı ülkelerinde psoriasis sıklığı %2-4 arasındadır (54). Ülkemizde yapılan prevalans çalışmasında erişkin nüfusta psoriasis sıklığı %1,1 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre ayrıca değerlendirildiğinde kadınlarda %1,2, erkeklerde %1 olarak sonuçlanmıştır. Ailede psoriasis varlığında kişide psoriasis gelişme riski, normal popülasyona göre 8 kat artmıştır (55). Psoriasis hastalığı hemen hemen tüm yaş gruplarında görülebilir ancak 20-30 ve 50-60 yaşları hastalığın en sık başlangıç yaptığı dönemlerdir. 20 yaş altında görülme sıklığı %35-50'dir. Genel olarak bakıldığında hastalık tutulumunun olduğu yaş grubu 40 yaş altı kişilerdir (56). En sık beyaz ırkı etkiler ve en sık görüldüğü coğrafya İskandinavya bölgesi, en sık görüldüğü ülke Norveç'tir (57).

2.3.3. Aile öyküsü ve genetik

Psoriasisle ilişkili çok sayıda gen tespit edilmiştir ancak bunlardan psoriasisle en ilişkili olan PSORS1 genidir (58). PSORS1 geni lokusunda HLA-CW6 bulunur ve HLA-CW6 aile öyküsünün eşlik ettiği, erken başlangıçlı hastalıkla ilişkilidir (59). Psoriasisli kişilerde akrabalarında da psoriasis olması psoriasis başlama yaşının daha erken olmasına ve seyrinin daha şiddetli olmasına neden olur. Psoriasisli olan kişilerin %30-40'ının birinci derece akrabalarında da psoriasis mevcuttur. Her iki bireyde de psoriasis görülme olasılığı tek yumurta ikizlerinde %65-70, çift yumurta ikizlerinde %15-30 gibi yüksek oranlardadır (60). Genetik faktörlerin hastalığın patogeneziindeki güçlü etkileri psoriasisde sorumlu olabilecek genlerin araştırılmasını sağlamış ve çok sayıda etken olabilecek gen belirlenmiştir. PSORS olarak adlandırılan psoriasis duyarlılık genleri keratinositlerin farklılaşmasını ve çoğalmasını sağlar ve genetik riskin yaklaşık %35-40'ını oluşturur (58). Psoriasisli bireylerde %30 oranında bulunan HLA-Cw*0602 geni 6p21.3'teki Majör Histokompatibilite Kompleksi (MHC) bölgesinde yer alır. Bu psoriasis için en spesifik gen bölgesi kabul edilir (61). HLA-Cw6 pozitif bireylerde görülen ve psoriasis yatkınlığını arttıran ERAP1 aleli görülebilen diğer genetik faktördür (62). Generalize püstüler psoriasisli hastalarda IL36RN mutasyonu görülebilir (63).

2.3.4. Eşlik eden hastalıklar

Psoriasis hastalarının yaklaşık %25’inde psoriatik artrit eşlik eder (64). En sık asimetrik oligoartrit tipinde gelişebilmekle beraber poliartrikuler, spondilitik ve distal interfalangeal tipte tutulum gösterebilir (65). Psoriasis aynı zamanda metabolik sendromun bileşenleriyle yakın ilişkilidir. Metabolik sendromun bileşenleri hipertansiyon, lipid bozuklukları, bozulmuş glukoz toleransı ve obezite olarak sayılabilir. Aynı zamanda diyabet ve kalp yetmezliği de normal popülasyona göre psoriasis hastalarında daha sık görülür (66).

Psoriasis hastalığının özellikle görünür bölgelerde olması toplumda sosyal damgalanmaya neden olur. Lezyonların kaşınması, yanma, batma hissi oluşması, kanaması gibi durumlar yaşam kalitesini düşürür. Bu semptomların yaşanması psoriasisli kişilerde psikiyatrik problemlerin oluşmasına zemin hazırlar (67).

2.3.5. Prognoz

Psoriasisli hastalarda prognozun nasıl seyredeceği belirsizdir ancak genel olarak hafif, orta şiddetli psoriasis olguları çoğunluktadır. Hastalığın kişinin yaşam kalitesini etkileme düzeyinin yaş arttıkça azaldığı gösterilmiştir (47).

2.3.6. Etyopatogenezi

Psoriasisin etyopatogenezi henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Psoriasis oluşumuna neden olan inflamatuvar yolaklar ve bu yolaklarda temel rol oynayan inflamatuvar sitokinlerin belirlenmesi, bu sitokinleri antagonize eden tedavilerin geliştirilmesini sağlamıştır. Patogenezi temel başlıklar genetik, epigenetik, immün sistem olarak ayrılır (68).

2.3.7. Epigenetik

Genin işlevini değiştiren, kalıtılabilen özelliklere denilir. Dna dizisinde değişiklik olmaz. Psoriasisli hastalarda sağlıklı kişilerden farklı olarak tespit edilen ve psoriasis gelişiminde rolü olabileceği düşünülen 250 kadar mikroRNA saptanmıştır. Bu epigenetik değişikliklerin hastalık patogeneziindeki etkisi tam olarak belirlenememiştir ancak immün yanıt ve epidermal farklılaşmada rolleri olabileceği düşünülür (69).

2.3.8. İmmunopatogenez

Psoriaziste Th17/23 aksında meydana gelen disregulasyon psoriazisin primer bir keratinizasyon bozukluğu olmadığını ve immün sistemin patogeneze önemli rolü olduğunu düşündürür (68). Th17 hücreleri tarafından üretilen IL17'nin nötrofiller, mast hücreleri, T lenfositler ve doğal öldürücü “natural killer” hücreler tarafından da üretildiği belirlenmiştir (29). Doğal immün sistem hücrelerinden dendritik hücrelerin sayısının belirgin biçimde arttığı, dendritik hücrelerin IFN- γ ve IL-17 salınımını uyardığı gösterilmiştir (56). Birçok otoimmün hastalıkta rol oynayan IL-23/Th17 aksının psoriazis ve psoriatik artritte de temel yolak olduğu ortaya konmuştur. Edinsel immün sistemin temel hücrelerinden olan T lenfositler ve alt grubu olan Th17'ler patogeneze kritik hücrelerdir. Psoriazis patogenezinin aydınlatılmasıyla tedavide IL-17 ve IL-23'ü antagonize eden biyolojik ajanlar oldukça sık şekilde kullanılmaktadır ve yüksek tedavi yanıtları patogeneze rollerini destekler niteliktedir (70).

Stresin psoriazisi tetiklemesi klinikte çok sık karşımıza çıkan bir durumdur. Sinir uçlarından salgılanan proinflatuar peptitler nörojenik inflamasyonu başlatır ve psoriazis oluşumunu tetikler (71).

Psoriasiste normalde 13 gün olan epidermal hücre döngüsü 3-4 güne düşer, bazal tabaka ve bazal keratinositlerde hiperproliferasyon vardır. Psoriazisin eritemli zemin üzerinde beyaz skuamlı plaklar şeklinde seyreden klasik formunun tanısı klinik olarak konulabilir. Öte yandan bazen fleksural, püstüler, eritrodermik gibi farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilir ve kesin tanı için patolojik inceleme gerekir. Patolojik inceleme için biyopsi lezyon kenarından alınmalıdır. Deri yüzeyine paralel seyreden düzenli akantoz ve retelerde uzama vardır. Retelerin taban kısmı tepe kısmından daha kalın ‘clubbing’ ve birleşme eğilimindedir, bu görünüm deve ayağına benzetilir. Papillalarda uzama mevcuttur, üzerindeki epidermis incelendiği için suprapapiller incelme oluşmuştur (56). Uzamış epidermal döngü nedeniyle hücreler yüzeye çıkarken çekirdeklerini kaybetmek için zaman bulamaz ve stratum korneum tabakasında çekirdekli şekilde bulunurlar bu duruma parakeratoz adı verilir. Psoriaziste stratum granulosum tabakası incelmıştır ya da kaybolmuştur (72).

Nötrofillerin stratum korneumda birikmesine munro mikroabsesi, stratum spinosumda birikmesi kogo mikrosesi olarak adlandırılır.

2.3.9. Dermoskopi

Psoriazisin dermoskopik olarak değeriendirilmesi son derece önemlidir, tanı koymada oldukça yardımcı bir yöntemdir. En önemli dermoskopik bulgu eritemli zeminde düzenli şekilde görülen damarlanma ve beraberinde görülen diffüz beyaz skuamlanmadır (73).

2.3.10. Ayırıcı tanı

Kronik plak psoriazisin mikozis fungoides (MF) ile ayrımı önemlidir. MF alt tiplerinden ayrılması için MF’te poikilodermi dediğimiz atrofi, hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon ve telenjektazi bulgularının olduğu bilinmelidir. Guttat psoriazis lezyonları pitriyazis rosea, küçük plak parapsöriazis, sekonder sifiliz ve pitriyazis likenoides kronika lezyonları ile karışabilir. Pitriyazis roseada klinik başlangıçta tek bir haberci yama ile başlar ve sonrasında yayılım gösterir. Yakalık tarzında skuamlanma gösterir. Genellikle kendiliğinden iyileşme eğilimi gösterir. Küçük plak parapsoriazis lezyonları parmak benzeri görüntüde, hafif skuamlanmanın olduğu lezyonlara sahiptir. Sekonder sifiliz için kan parametreleri ile ayırım yapılabilir. Pitriyazis likenoides kronika daha çok ekstremitelerde yerleşen, remisyon ve ataklarla seyreden bir hastalıktır. Liken planus lezyonlarından ayırımında kullanılan klinik farklılıklar; dermoskopik bulgular, tipik tutulum yerlerindeki farklılık ve liken planusta oral mukoza tutulumunun da olması olarak sayılabilir. Numuler dermatitte hastalara sıklıkla atopik dermatit eşlik eder ve psoriazis hastalığından daha kaşıntılıdır. Pitriyazis rubra pilaris (PRP) hastalarında kırmızı-turuncu palmoplantar keratoderma ve deride korunmuş deri adaları bulunur. Bowen hastalığı da ayırıcı tanıda düşünölmelidir. Püstöler psoriazis lezyonları AGEF (akut generalize ekzentamatöz püstölözis), IgA pemfigusu ve Sneddon-Wilkinson hastalığı ile karışabilir. Palmoplantar psöriazis lezyonları dishidrotik egzema ve tinea lezyonları ile karışabilir. KOH arama yapılmalıdır. Ve son olarak eritrodermik psöriazis eritrodermaya sebep olabilen Sezary sendromu, PRP, atopik dermatit, ilaç reaksiyonları ve graft-versus-host hastalıkları ile de ayırıcı tanıya girer. Tüm bu ayırıcı tanılarda kesin ayırım biyopsi ile histopatolojik olarak konulmalıdır (74).

2.3.11. Hastalık şiddetinin belirlenmesi

Psoriazisin şiddetini belirlemek için tek bir ölçek kullanılmamaktadır. Bu anlamda kullanılan ölçeklerden günlük pratikte en sık kullanılan PAŞİ (Psoriazis alan şiddet indeksi), HGD (Hekimin global değerlendirmesi) ve DYKİ (Dermatolojik yaşam kalite indeksi)dir. En sık kullanılan, pratik ve en çok kabul görmüş olan şiddet indeksi PAŞİ' dir. Hesaplanmasında vücudun alt ve üst ekstremiteleri, baş-boyun ve gövde eritem, skuamlanma ve deskuamasyon açısından 0'dan 4'e kadar numaralarla puanlanır. Tutulan alan puanı ve bölge katsayısı ile çarpılarak toplam PAŞİ puanı elde edilir. Tedavinin takibinde istenen PAŞİ75 VE PASİ90 skorlarının elde edilmesidir. Püstüler psoriazis, tırnak psoriazisi için daha farklı şiddet indeksleri kullanılır (56).

2.3.12. Tedavi

Psoriazis hastalığı kronik seyirli, atak ve remisyonlarla seyreden bir hastalık olduğu için tedavide esas amaç hastalığı kontrol altına almak ve oluşabilecek komorbiditeleri yönetebilmektir. Hastalar da bu konuda bilgilendirilmeli, psoriazis hastalığının bulaşıcı bir hastalık olmadığı ve kronik seyirli, sık nüksedebilen bir seyri olduğu anlatılmalıdır. Tetikleyici olabilecek ilaç kullanımlarından ve travmatize etmekten kaçınılmalıdır (75).

Psoriaziste ilk basamak tedavi seçenekleri topikal tedavilerdir. Topikal tedaviler arasında topikal kortikosteroidler, topikal kalsinörin inhibitörleri, D vitamin analogları, tazoraten, antralin, keratolitikler ve nemlendiriciler yer alır. Topikal tedavilerin yeterli gelmediği durumlarda foto (kemo)terapi seçenekleri denebilir. Bunlar dar-band UVB, PUVA, excimer lazer ve fotodinamik tedavi olarak sayılabilir (76).

Topikal ve fototerapi tedavi seçeneklerinden fayda göremeyen hastalarda sistemik konvansiyonel tedavi seçenekleri denenir. Bunlardan ilki metotreksat dediğimiz folik asit antagonistidir. Kronik plak psoriazis, lokalize ve generalize püstüler psoriazis olgularında tercih edilebilir. 2,5 ila 25 mg dozlarında subkutan ya da intramuskuler olarak doz arttırımı yapılarak uygulanır. Tedaviye başlamadan önce özellikle hepatotoksisite ve hematolojik risk faktörleri açısından hasta değerlendirilmeli,

enfeksiyon durumlarından kaçınılmalıdır. FDA gebelik kategorisi X olarak bildirilmiştir (56).

Siklosporin tedavisi hızlı etki gösteren ve özellikle orta ve şiddetli plak psoriazis hastalarında tercih edilen bir sistemik kalsinörin inhibitörüdür. Hızlı başlangıçlı etki göstermesi nedeniyle püstüler psoriazis formlarında, eritrodermik psoriaziste tercih edilebilir. Psoriazisin bütün tiplerinde kullanılabilir olmasına rağmen nefrotoksisite yapması ve malignite gibi ciddi yan etkileri olması nedeniyle kullanımı diğer konvansiyonel tedavilere göre daha kısıtlıdır. Tercih edilen durumlarda 3-6 ay gibi tedavi süreleri genellikle yeterlidir. Dermatolojide kullanılabilir doz aralığı 2,5-5 mg/kg/gün dozundadır. İdame dozlarında haftada birkaç gün kullanım ile devam edilebilir. Fototerapi tedavisi ile kombine kullanımı kontraendikedir (77).

Asitretin tedavisi immunsupresyon yapmaması ve etkinliğinin yüksek olması sebebiyle psoriazis tedavisinde uzun süredir kullanılan retinoid türevi bir ajandır (56). Asitretin tedavisi teratojenik bir tedavidir ve kullanımı sonrası 3 sene boyunca kontrasepsiyon gerektirir ayrıca kullanımı sırasında alkol tüketilmemeli ve tedavi tamamlandıktan sonra 2 ay süre daha alkol alımından kaçınılmalıdır (78). Generalize püstüler psoriazis, eritrodermik psoriaziste ilk seçenek tedavidir ve psoriazis vulgarisin tedavisinde topikallerle ya da fototerapi tedavisi ile kombine olarak kullanımı etkindir. Tırnak psoriazisinde hafif-orta düzeyde etkili olarak bulunmuştur. Tedavi başlangıç dozu 20-30 mg'dır, hastaya göre değişmekle birlikte doz 75mg/gün'e kadar çıkarılabilir ancak hastalar tolere edemediği için genellikle 0,5mg/kg/gün dozun üzerine çıkılmamaktadır (79).

Asitretin tedavisi sırasında yan etkiler doz bağımlıdır, mukokutanöz yan etkiler en sık gördüğümüz yan etkilerdir. Hepatotoksisite ve hiperlipidemi açısından kan kontrolleri belirli aralıklarla yapılmalıdır. Kas iskelet sistemi kas ağrıları, kramplar, kemik ağrıları, hiperostoz gibi gelişebilir hastalar vizitleri sırasında bu yan etkiler açısından sorgulanmalı gereklilik halinde fizik tedavi bölümüne incelenmesi için konsulte edilmelidir. Özellikle tedaviye başlamadan hastanın depresyon, bipolar bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar açısından sorgulanması önemlidir, gereklilik varsa tedaviye başlamadan psikiyatri onayı alınmalıdır (56).

Biyolojik tedavi yöntemleri: Biyolojik tedaviler genellikle diğer tedavilerden yanıt alınamayan ya da diğer tedavilere yan etki gelişen şiddetli psoriasis ve psoriatik artritli hastalarda tercih edilir. Biyolojik tedaviye başlamadan önce ayrıntılı anamnez alınmalıdır, ayrıntılı laboratuvar tetkikleri ve fizik muayene yapılmalıdır. Tüberkuloz açısından değerlendirilmeli ve gerekli hallerde dahiliyenin takibi altında koruyucu tedaviler verilmelidir. Karaciğer, böbrek testleri, hepatit, HIV, diğer enfeksiyon durumları, maligniteler ve eşlik edebilecek kalp yetmezliği, nörolojik hastalıklar, inflamatuvar bağırsak hastalıkları açısından ayrıntılı değerlendirilmelidir. Eşlik eden hastalıklar tedavi seçiminde belirleyici olabilir. Hamilelik ve emzirme sorgulanmalıdır. Gebelikte en güvenilir ajan sertolizumabtır. Günümüzde kullanılan biyolojik tedavi seçenekleri TNF-alfa inhibitörlerinden etanercept, infliksimab, adalimumab, sertolizumab; IL17 inhibitörlerinden sekukinumab, iksekizumab, brodalumab; IL23 inhibitörlerinden guselkumab, risankizumab, tildrakizumab ve IL12-23 inhibitörü ustekinumabtır. (56).

2.4. PEMFIGUS VULGARIS

2.4.1. Tanım

PV mukozada ve deride içi sıvı dolu kabarcık şeklindeki büllerle seyreden ve erozyonların gelişebildiği otoimmün bullöz bir hastalıktır. Pemfigusun çeşitli alt tipleri mevcuttur. Bu alt tipler PV, Pemfigus Foliaceus (PF), IgA pemfigus ve paraneoplastik pemfigus şeklinde sayılabilir. PV'li hastaların çoğunluğunda oral mukoza tutulumu vardır ve oral mukoza sıklıkla hastalığın ilk başlangıç bölgesidir. Oral mukozada deride görülen büller gelişebilir, bunlar ağrılıdır ve erozyonlara neden olur. Sadece oral mukoza değil diğer mukozal bölgeler de tutulabilir. Özefagus tutulumu durumunda disfaji denilen yutmada zorluk ve yutkunurken ağrı semptomları gelişebilir. Vajina, anüs gibi genital bölgelerde de tutulum olabilir. Bu da dispareni denilen cinsel ilişki sırasında ağrıya neden olabilir. Bu semptomlar hastaların yaşam kalitesini ciddi anlamda bozabilir (80).

2.4.2. Epidemiyoloji

PV'in en sık görüldüğü yaş grubu 45-65 yaş arasındır ancak her yaş grubunda görülebilen bir hastalıktır. 18 yaş altında görülmesi nadirdir. Aşkenazi yahudileri ve Akdeniz ülkelerinde PV'e karşı yatkınlık mevcuttur ancak yapılan çalışmaların

çoğunluğu heterojen bir coğrafik ve etnik dağılımı olduğunu göstermiştir. Prevalans için yapılan çalışmalar kısıtlıdır son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda PV ve PF için prevalans sonuçları milyonda 95 ve milyonda 10 olarak belirlenmiştir (81).

2.4.3. Etyopatogenezi

PV'e sebep olan faktörler için stres, ilaçlar, gebelik, hormonlar, aşı, virüsler, uv maruziyeti, iyonize radyasyon, beslenme ile ilgili faktörler sayılabilir. PV'te intraepidermal alandaki bazal hücrelere saldıran IgG tipi antikorlar nedeniyle ayrışma yani akantolizis meydana gelir. Bu otoantikorlar desmoglein 1 ve 3 otoantikorlarıdır.

2.4.4. Histopatoloji

Patolojide gördüğümüz ana bulgu akantolizis gelişmesine bağlı olarak bazal tabakanın hemen üzerindeki suprabazal bölgede görülen intraepidermal ayrışmadır. Keratinositler üst ve yanlardaki keratinositlerden ayrılırken bazal membrana bağlı olarak kalırlar bu görüntü 'mezar taşı sırası' görüntüsüne benzetilir (82). DIF (direk immunfloresan) incelemede intraepidermal bölgede IgG ve C3 birikimi karakteristiktir. Desmoglein antikorları IgG4 alt sınıfına aittir ve ağırlıklı olarak mukozal tutulum olduğunda Dsg3 antikoruna daha baskındır. Pemfigus alt tiplerinin değerlendirilmesinde yüksek duyarlılık ve özgüllük sağlayan Enzime bağlı immünosorbent tahlili (ELISA) testi de yapılabilir. Daha çok PV hastalığı aktivitesini belirlemek için kullanılan bir testtir.

2.4.5. Tanı

PV tanısı için kullanılan dört temel belirteç vardır. Klinik bulgular, ışık mikroskopi bulguları, DIF ve dolaylı immunofloresan bulguları ile PV tanısı konulur. Klinik bulgular deriyi ve mukozaları tutan skar bırakmayan gevşek yapıda vezikül, bül ve bunların bıraktığı erode alanlardan oluşur. Kesin tanı için biyopsinin en yeni çıkan ve tedavi edilmemiş olan lezyondan alınması gerekir. Aktif bülün iki cm kadar yakınındaki perilezyoner deriden alınır ve DIF analiz yapılır, en kısa sürede salin içinde incelemeye gönderilir. Lezyoner deriden alınan kısım formalin içinde saklanır. Bazı hastalarda sadece mukozal lezyon tutulumu ile seyredebilir. Bu tip durumlarda lezyonel ve perilezyonel mukozal biyopsiler de alınabilir.

2.4.6. Ayırıcı tanı

PV’te sıklıkla hem kutanöz hem de mukozal tutulum söz konusudur. Kutanöz tutulumda ayırıcı tanıya pemfigusun diğer klinik varyasyonları, büllöz pemfigoid, lineer IgA büllöz hastalığı, eritema multiforme, grover hastalığı, Hailey-Hailey hastalığı girmektedir. Mukozal tutulumun izole olduğu durumlarda ayırıcı tanıda herpes simpleks virüs enfeksiyonuna sekonder stomatit, aftöz ülserler, liken planusun oral lezyonları, paraneoplastik pemfigus olarak sayılabilir.

2.4.7. Hastalığın şiddetinin belirlenmesi

PV kronik seyir gösteren bir hastalık olması nedeniyle hastalık aktivitesinin kontrolü yeni lezyon çıkışının olmadığı ve önceden var olan lezyonların iyileşme gösterdiği süre olarak tanımlanır. Birçok hastada bu kontrolün sağlanması için haftalar geçmesi gerekir (83). Pemfigus için deri ve mukozalardaki tutuluma bakılarak yapılan çeşitli skorlama sistemleri mevcuttur. Bu skorlama sistemleri içinde güvenilirlik ve antidesmoglein antikörlerine korelasyon açısından en uygunu Pemfigus Hastalık Alan İndeksi ve Pemfigus Alan ve Aktivite skorudur (84).

2.4.8. Tedavi

Tedavide asıl amaç hastalığın kontrol altına alınmasıdır. Bunun için de deri ve mukozal yüzeylerdeki büllöz lezyonların iyileşmesi ve yeni lezyon çıkışının olmaması temel amaçtır. Sekonder amaç olarak hastalığın tekrarlamasının önlenmesi, yaşam kalitesinin düzeltilmesi ve kullanılan tedavilerin yan etkisini en aza indirmek sayılabilir.

İlk basamak tedavi seçeneği sistemik kortikosteroid tedavileridir. Prednisolon 0,5-1,5 mg/kg/gün dozlarında verilir. İki hafta içinde hastalık semptomlarında rahatlama olmadığında 2 mg/kg/gün dozuna çıkılabilir. Sistemik kortikosteroidin uzun süreli kullanıldığı durumlarda yan etkilerini azaltmak için ek bir immunsupresif ajan mevcut tedaviye eklenebilir. Özellikle sistemik kortizon tedavisinin dört aydan uzun süre kullanımı ve günde 10 mg dozlarına ulaşması yan etki riskini artırır. İmmunsupresif tedavi seçeneklerinden ilki azotiopurin tedavisidir, 50 mg/gün dozunda başlanır gerekirse doz arttırımı yapılabilir. Diğer alternatif immunsupresan ajan mikofenolat mofetil (MMF) tedavisidir. MMF gastrointestinal yan etkilerin daha

az olması için haftalık 500 mg dozlarında başlanıp doz zamanla arttırılarak 2 gr dozuna kadar çıkılabilir.

Özellikle orta ve şiddetli PV hastalarında rituksimab tedavisi kullanılır. 2x1 gram intravenöz (i.v) iki hafta arayla veya 4x375 mg/m² bir hafta arayla dozunda kullanılabilir. intravenöz Immunoglobulin (Ivıg), siklofosamid, metotreksat, dapson kullanılabilecek diğer tedavi seçenekleridir.

Destek tedavisinde özellikle lezyonlara sürülen topikal kortikosteroid ya da topikal kalsinörin inhibitörü tedavileri, oral mukoza lezyonlarında ya da vücuttaki izole lezyonlarda intralezyoner kortikosteroid tedavileri, klorheksidin gibi antiseptiklerin kullanımı destek tedavide önemlidir. Erode alanların varlığında yara örtüleri önerilebilir.

Hasta sistemik kortikosteroid tedavisi başlamadan önce osteoporoz riski açısından muayene edilmelidir. D vitamini ve kalsiyum desteği verilmelidir. Osteoporoz riski olan hastalarda ayrıca daha ileri tedavi yöntemleri için fizik tedavi bölümüne konsültasyonu yapılmalıdır. Katarakt açısından göz muayenesi ve tüberküloz riski açısından gerekli testlerin yapılması da önemlidir. Immunsupresan tedavi altındaki hastalarda canlı aşılar tedavi sırasında yapılmamalıdır (85).

2.5. PSİKODERMATOLOJİ

Deri kişinin sosyal çevresiyle olan ilişkisine dolayısıyla ruhsal hayatına yön verir. Dolayısıyla cilt sağlığımız fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini ve yaşamdan aldığımız doyumunu belirleyen önemli bir faktördür. Kronik deri hastalıkları yaşamı tehdit etmese bile ciltte görünür bölgeleri tutabilmesi nedeniyle hastaların dış görünüşünü etkiler ve hastalarda kronik strese neden olur. Utanma, çekingenlik, sosyal ve fiziksel aktivitelerden kendini kısıtlama görülebilir. Bu durum da sosyal ilişkileri ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek yaşam kalitesini ciddi oranda bozabilir ve duygu durum üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir (86). Fiziksel bir hastalığın ortaya çıkmasında psikososyal etmenler yani kişinin ruhsal dünyası ve sosyal çevresi önemli bir role sahiptir. Strese karşı organizma uyum sağlayamazsa vücutta hormon salgısında aşırı artış olur ve denge bozulur. Buna bağlı olarak immün sistem zayıflar ve hastalık oluşma ihtimali artar (87). Yapılan çalışmalar dermatolojik hastalığı olanların %30'unda en az bir psikiyatrik hastalığın eşlik

ettiğini göstermiştir. Ruh hali ve stres öncelikle bağışıklık sistemine etki eder. Bununla ilgilenen bilim dalına da psikonöroimmunoloji denilmektedir. İnsan sinir sistemi ve bağışıklık sistemlerinin bir arada bulunduğu polipeptitler ve onların reseptörlerinden oluşan geniş bir psikoimmunolojik bir ağ sistemine sahiptir. Psikodermatolojik hastalıkların gelişiminde sadece stres değil çok faktörlü etkenler rol oynar, erken çocukluk döneminde oluşan travmalar, kişinin içsel psikolojik çatışmaları bu faktörlerden bazılarıdır.

Anksiyete olması beklenen bir olaya karşı kişide oluşan belirsizlik ve belirsizlikten doğan algı ve davranış bozukluğu olarak tanımlanabilir. Anksiyete kişide fizyolojik olarak da bazı belirtilere sebep olabilir örneğin nefes alamama, çarpıntı, el ve ayaklarda titreme, aşırı terleme, kaslarda gerginlik, mide bulantısı bunlardan bazılarıdır. Anksiyete bozuklukları tedavi edilmediğinde yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara neden olur ve çoklu kaygı bozukluklarından birine dönüşebilir.

Depresyon oldukça geniş semptom çeşitliliği ve alt tipleri olan bir psikiyatrik sorundur. Hemen hemen her yaş grubunda ve yaygın olarak görülür. Ayrıca günlük aktiviteleri etkileyebilir ve iş gücü kaybına neden olur. Bu nedenle toplumsal ve ekonomik sorunlara da neden olmaktadır. Depresif bozukluk hüznün, umutsuzluk, suçluluk gibi duygularla seyreden ve atak dönemlerinden oluşan bir spektrumu ifade eder. Her zaman bu duygular depresyonu ifade etmez, bu duyguların kişilerde yaygın ve sürekli olması ayrıca günlük yaşam aktivitelerini etkilemesi depresyon demek için gereklidir. Depresyon tedavi edilmediğinde kronikleşebilir ve intihar riski nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (3).

Depresyonlu kişilerde herhangi bir etkinliğe başlamada zorluk, ilgi kaybı, iştahsızlık, uyku sorunları, düşüncelerde yavaşlama, karar vermede güçlük, umutsuzluk duygusu gibi semptomlar olur. Depresyon tanısı için depresif duygu durumu ya da ilgide azalma semptomlarından birinin bulunması zorunludur. Ayrıca bu semptomlara ek olarak tanı ölçütlerinde geçen belirtilerden dört veya daha fazlasının en az iki hafta süreyle bulunması gereklidir (88).

Kronik dermatolojik hastalıklar dış görünüşü etkileyerek kişilerde önemli psikolojik sıkıntılara sebebiyet verir. Depresyon, anksiyete gibi psikopatolojiler ve duygusal körlük dediğimiz aleksitimik kişilik özelliği eşlik edebilen sorunlardır. Dermatoloji

polikliniklerinde tedavi gören hastalarda depresyon sıklığında artış görülmüş hatta ciddi kozmetik sorunların eşlik ettiği ve şiddetli kaşıntının olduğu cilt hastalıklarında intihar düşüncelerinin de olduğu belirlenmiştir (3). Bu psikopatolojilerin ve kişilik özelliklerinin doğru yönetilmesinin dermatolojik hastalıkların tedavisinde önemli rolü vardır. Bu nedenle hastalarda kronik cilt hastalıklarının tedavisinin yanında anksiyete, depresyon ve aleksitimik özellikler de değerlendirilmeli ve gerektiğinde hastalar psikiyatriye yönlendirilmelidir. Psikodermatoloji alanında psikiyatri ve dermatoloji hekimleri iş birliği içinde çalışırsa bütüncül bir tedavi yaklaşımı ortaya konabilir. Bu yolla yaşam kalitesinin artırılması mümkün olacaktır.

2.6. ALEKSİTİMİ

Aleksitimi kelime anlamı olarak duyguları tanımada güçlük yaşanması ve duyguların söze dökülememesi şeklinde tanımlanabilir (89). Aleksitimi bir hastalık olmaktan ziyade kişilik özelliği olarak kabul edilir ve aleksitimi var ya da yok demektense aleksitimik kişilik özelliğinin düzeylerinden bahsetmenin daha uygun olduğu düşünülür. Toplumda görülme oranı %10-13 olarak tahmin edilir (5).

Aleksitimi gelişiminde temelde dört farklı faktör rol oynar. Bu faktörlerden ilki nörofizyolojik nedenlerdir. Aleksitimik bireylerde yapılan beyin hemisferleri arası kesitlerde, sağ ve sol beyin hemisferleri arasındaki bağlantının zayıf olduğu ve bu durumun, sağ yarımküredeki birincil süreçlerle sol yarımküredeki ikincil süreçler arasındaki bağlantının kopukluğuna neden olarak aleksitimiye yol açabileceği teorisi öne sürülmüştür. Bazı araştırmacılar tarafından bu kişilerde sağ yarımküredeki aktivite eksikliğinden kaynaklı olarak bu kişilerin psikosomatik hastalık geliştirmeye yatkın olduğu düşünülmektedir. Sosyal öğrenme ve davranışçı yaklaşımda, bireylerin özellikle yetiştirildikleri aile ve sosyal çevresindeki davranışlar, yetişkinlik dönemlerinde kendi davranışlarını şekillendirmede temel oluşturur. Her ailenin kendine özgü sosyokültürel bir yapısı ve iletişim tarzı vardır. Bireylerin duygu ve düşüncelerini ifade etme şekilleri de bu yetiştirildikleri ortamdan etkilenir. Özellikle duyguların serbestçe ifade edilemediği doğu toplumlarında, bazı duyguları ifade etmek için bile karşılığı olabilecek kelimelerin olmadığı gözlemlenmiştir. Sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu gelişmemiş toplumlarda, aleksitiminin daha yüksek oranlarda olduğu görülmüştür.

Psikanalitik kurama göre, kişinin özellikle ilk çocukluk dönemlerinde yaşadığı travmaların neden olduğu duygusal sıkışma aleksitimiye yol açabilir. Birey bu travmatik dönemde takılı kalmış ve duygusal olarak gerilemiş olabilir. Çocukluk döneminde, duygular genellikle ilk önce bedensel olarak ifade edilir ve sonra söze dökülür. Ancak duygusal gelişimini tamamlayamamış bireylerde, duyguların bedensel olarak ifade edilme süreci, aleksitimik kişilik özelliği olarak ortaya çıkabilir. Son olarak, bilişsel kurama göre, bozulmuş bilişsel süreçler nedeniyle birey, dış ve iç dünyadan gelen uyarıları yanlış şekilde algılayabilir ve yorumlayabilir. Bu da aleksitimik kişilik özelliği oluşuma neden olabilir (90).

Aleksitimik kişilik özelliğinde, bireyin düşünceleri baskındır ve duygularını tanıma ve anlama konusunda yetersiz olduğu için başkalarının isteklerine uygun hareket edebilirler. Düşünceleri ile duyguları arasında bağlantı kurmakta zorlanırlar ve yaratıcılıkları da sınırlıdır çünkü duygusal zekaları gelişmemiştir. Aleksitimik kişiler, sosyal ortamlarda kaba ve duygusuz olarak tanımlanabilirler, ancak genellikle çevreleriyle uyumlu bir ilişki içindedirler. Mekanik ve duygudan uzak bir yaşam tarzına sahiptirler. Herhangi bir sorunla karşılaştıklarında duygusal nedenleri sorgulamazlar ve olayları yüzeysel değerlendirirler. Yüksek düzeyde aleksitimik özellik gösteren kişiler, ani dış uyaranlara maruz kaldıklarında sigara içme, aşırı yeme, alkol ve ilaç bağımlılığı gibi zorlayıcı davranışlar geliştirebilirler ve somatizasyona eğilimli olabilirler (91).

Aleksitimik kişilerde somatoform bozuklukların eşlik etmesinin yanında anksiyete, depresyon, panik bozukluk, kronik ağrı, madde bağımlılığı gibi psikiyatrik sorunların da yüksek prevalanslarla seyrettiği görülmüştür (92).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Tasarımı

Araştırmamız prospektif tipte bir anket çalışmasıdır. Çalışmamız 20.09.2023-20.02.2024 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Kayseri Şehir Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvuran AA, KÜ, Psoriasis Vulgaris ve PV’li hastalarından oluşmaktadır. Hastalıkların tanısı dermatoloji doktoru tarafından konulmuş olmalıdır. Takipli hastaların aleksitimi, anksiyete, depresyon anketleri ve sosyodemografik bilgi formlarını doktor gözetiminde doldurmaları sağlanmıştır. Kayseri Şehir Hastanesi etik kurulundan 19.09.2023 tarihli 913 karar numarası ile etik onay alınmıştır.

Aşağıdaki kriterleri sağlayan her bir hastalıktan 50 hasta olmak üzere toplam 200 hasta seçilmesi planlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş üzerinde olmak
- AA, Psoriasis Vulgaris, KÜ ve PV tanılarının dermatoloji doktoru tarafından konulmuş olması
- Mevcut tanıları ilk aldıkları tarih üzerinden az 1 yıl geçmiş olmalı

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Altta yatan psikiyatrik hastalık varlığı
- AA, KÜ, psoriasis ve PV hastalıkları tanısı dışında ek dermatolojik kronik hastalığı olan

Kliniğimizde bu hastalıklarda aralıklı vizitlerde kontrollere gelen, takip altına aldığımız kronik hastalık odalarımız mevcuttur. Hastanemiz 3.basamak sağlık merkezi olmasından dolayı ilk tanıyı bizim kliniğimizde alan hasta sayısı oldukça azdır bundan dolayı ilk tanı üzerinden en az 1 yıl geçmiş olan hastalardan alınmıştır. Bu hasta gruplarıyla karşılaştırmak için dermatolojik yönden sağlıklı ve herhangi bir komorbid hastalığı da olmayan 50 kişilik kontrol grubu onam formu alınarak çalışmaya katılacaktır. Araştırma şartlarına uygun hastalarda Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Hastane Anksiyete (HAD-A) ve Hastane Depresyon (HAD-D)

ölçekleri hastalara uygulandı. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, medeni durum, eşlik eden hastalık, sigara-alkol kullanımı demografik özellikleri de kayıt edildi. Hastalık şiddeti, hastalık süresi ve hastalığın başlangıç yaşı gibi hastalığa ait özellikler kayıt sistemleri üzerinden ve hastalara sorularak kayıt edildi. Dört dermatolojik hastalık arasında aleksitimi, depresyon ve anksiyete açısından fark olup olmadığına bakıldı. Her hastalık ile kontrol grubu ayrı ayrı aleksitimi, aleksitimi alt ölçekleri, anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırıldı. Ayrıca sosyodemografik veriler ve hastalığa ait özelliklerin aleksitimi, anksiyete ve depresyon puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturup oluşturmadığı analiz edildi.

3.2. Kullanılan Ölçekler:

3.2.1 Hasta Bilgi Formu

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sigara-alkol kullanımı, eşlik eden hastalık sorgulanmıştır. Ayrıca hastalık gruplarındaki katılımcılara hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi de sorulmuştur. Her hastalık için ayrı olarak o hastalığa ait kullanılan şiddet skoruna göre hastalık şiddeti hesaplaması yapılmıştır. Yaş, hastalık süresi ve hastalık şiddeti sürekli veri olarak değerlendirilmiştir.

3.2.2. Toronto Aleksitimi Ölçeği

Toronto Aleksitimi ölçeği (TAÖ) ilk olarak Bagby ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Ölçek aleksitimi kavramıyla teorik olarak uyumlu üç faktör yapısı gösteren bir ölçektir. Testin güvenilirliği ve iç tutarlılığı ortaya konmuştur. Türkçe uyarlaması Güleç ve arkadaşları tarafından 2009 yılında gerçekleştirilmiştir. TAÖ'nin: duyguları tanımada güçlük (TAÖ-1), duyguları söze dökmede güçlük (TAÖ-2) ve dışa-dönük düşünme (TAÖ-3) alt ölçekleri vardır. Toplam ölçek croanbach alfa değeri 0.78, alt ölçeklerin ise .57- 0,8 arasında bulunmuştur. TAÖ-20, aleksitimi ölçmek için kullanılan 20 maddelik Likert tipi puanlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 20 madde her biri 5 seçenekten oluşan cevaplar üzerinde puanlanır. Bu ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek aleksitimik özellikler gösterdiğini ifade eder. Yanıtlar şu şekildedir:

1-Hiç katılmıyorum

2-Katılmıyorum

3-Kararsızım

4-Katılıyorum

5-Kesinlikle katılıyorum

Ölçeğin 3 tane alt ölçeği vardır:

TAS-A (Duygularını tanıma zorluğu): 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14

TAS-B (Duygularını ifade etme/söze dökme zorluğu): 2, 4 (ters), 11, 12, 17

TAS-C (Dışavuruk düşünme): 5 (ters), 8, 10 (ters), 15, 16, 18 (ters), 20 ,19 (ters)

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 (93).

3.2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçekleri

Hastane anksiyete (HAD-A) ve Hastane Depresyon (HAD-D) ölçeklerinde toplam 14 soru bulunmakta, bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipindeki bu ölçeğin kesme puanları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10/11, depresyon alt ölçeği (HAD-D) 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 (94).

3.2.4. İstatiksel Analiz

Tezdeki verilerin istatiksel analizi Statistical Package Social Sciences-SPSS 26.0 ile analiz edilmiştir. Kullanılan ölçeklere ait ortalama, standart sapma, minimum-maksimum ve çarpıklık-basıklık değerleri belirlenmiş ve çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ve +2 arasında olması durumunda normallik varsayımı kabul edilmiştir. Bu durumda normallik varsayımı sağlanan ölçekler ve alt boyutları için parametrik testler, sağlanmayan ölçek ve alt boyutlar içinse non-parametrik testler kullanılmıştır.

İki grup karşılaştırılması için t test, ikiden fazla grubun karşılaştırılması için ANOVA test kullanılmıştır. Anlamlı farkı ortaya koyan grup Post-hoc testlerinden Tukey HSD ile belirlenmiştir. Ölçek alt boyutları için Pearson korelasyon testi yapılmıştır.

Tüm analizlerde anlamlılık eşiği $p<0,05$ olarak belirlenmiştir.



4. BULGULAR

Tablo 3. Psoriasis Vulgaris hastalarının demografik bilgiler dağılımı

		Psoriasis Vulgaris	
		N	%
Cinsiyet	Kadın	29	56,9
	Erkek	22	43,1
Medeni Durum	Evli	36	70,6
	Bekar	15	29,4
Eğitim Durumu	Okuryazar	4	7,9
	İlkokul	18	35,3
	Ortaokul	4	7,8
	Lise	8	15,7
	Önlisans	5	9,8
	Lisans	12	23,5
Eşlik Hastalık	Yok	38	74,5
	Var	13	25,5
Gelir Durumu	Düşük	24	47,1
	Orta	23	45,1
	Yüksek	4	7,9
Sigara	Yok	38	74,5
	Var	13	25,5
Alkol	Yok	47	95,5
	Var	4	7,8

Psoriasis vulgaris hastalarında demografik veriler Tablo 3’te incelendi. %56,9 katılımcı kadın, %43,1 katılımcı erkekti. Katılımcıların %70,6’sı evli, %29,4’ü bekar. Eğitim durumu olarak %35,3 ile en fazla ilkokul mezunu vardı, ikinci sırada %23,5 ile lisans mezunu ve sırasıyla %15,7 lise, %9,8 ön lisans, %7,9 okuryazar, %7,8 ortaokul mezunu katılımcı vardı. Katılımcıların %74,5 ile büyük çoğunluğunda eşlik eden başka bir hastalık yoktu. Gelir durumu %47,1 düşük, %45,1 orta ve %7,9

yüksek gelir düzeyine sahipti. Katılımcıların %25,5'i sigara, %7,8'i alkol kullandığını belirtti.

Tablo 4. KÜ hastalarının demografik bilgiler dağılımı

		Kronik Ürtiker	
		N	%
Cinsiyet	Kadın	30	58,8
	Erkek	21	41,2
Medeni Durum	Evli	36	70,6
	Bekar	15	29,4
Eğitim Durumu	Okuryazar	1	2,0
	İlkokul	19	37,3
	Ortaokul	4	7,8
	Lise	15	29,4
	Önlisans	3	5,9
	Lisans	9	17,6
Eşlik Hastalık	Yok	30	58,8
	Var	21	41,2
Gelir Durumu	Düşük	34	66,7
	Orta	16	31,4
	Yüksek	1	2,0
Sigara	Yok	32	62,7
	Var	19	37,3
Alkol	Yok	47	92,2
	Var	4	7,8

KÜ hastalarında demografik veriler Tablo 4'te incelendi. %58,8 katılımcı kadın, %41,2 katılımcı erkekti. Katılımcıların %70,6'sı evli, %29,4'u bekar. Eğitim durumu olarak %37,3 ile en fazla ilkokul mezunu vardı, ikinci sırada %29,4 ile lise mezunu ve sırasıyla %17,6'sı lisans, %7,8 ortaokul %5,9 önlisans, %2 de okuryazar katılımcı vardı. Katılımcıların %58,8'inde eşlik eden başka bir hastalık yoktu. Gelir

durumu %66,7'si düşük %31,4 orta ve %2 yüksek gelir düzeyine sahipti. Katılımcıların %37,3'ü sigara, %7,8'i alkol kullandığını belirtti.

Tablo 5. AA hastalarının demografik bilgiler dağılımı

		Alopesi Areata	
		N	%
Cinsiyet	Kadın	17	42,5
	Erkek	23	57,5
Medeni Durum	Evli	27	67,5
	Bekar	13	32,5
Eğitim Durumu	Okuryazar	4	10,0
	İlkokul	2	5,0
	Ortaokul	7	17,5
	Lise	18	45,0
	Önlisans	5	12,5
Eşlik Hastalık	Lisans	4	10,0
	Yok	32	80,0
	Var	8	20,0
Gelir Durumu	Düşük	25	62,5
	Orta	14	35,0
	Yüksek	1	2,5
Sigara	Yok	24	60,0
	Var	16	40,0
Alkol	Yok	36	90,0
	Var	4	10,0

AA hastalarında demografik veriler Tablo 5'te incelendi %42,5 katılımcı kadın, %57,5 katılımcı erkekti. Katılımcıların %67,5'u evli, %32,5'u bekar. Eğitim durumu olarak %45'i ile en fazla lise mezunu vardı, ikinci sırada %17,5 ile ortaokul mezunu ve sırasıyla %12,5'u önlisans, %10 lisans ve okuryazar ve %5 ilkokul mezunu katılımcı vardı. Katılımcıların %80'inde eşlik eden hastalık yoktu. Gelir

durumu %62,5’u düşük, %35’i orta ve %2,5’u yüksek gelir düzeyine sahipti. Katılımcıların %40’ı sigara kullanıyordu, %10’u alkol kullanıyordu.

Tablo 6. PV hastalarının demografik bilgiler dağılımı

		Alopesi Areata	
		N	%
Cinsiyet	Kadın	22	78,6
	Erkek	6	21,4
Medeni Durum	Evli	24	85,7
	Bekar	4	14,3
Eğitim Durumu	Okuryazar	5	17,9
	İlkokul	8	28,6
	Ortaokul	6	21,4
	Lise	5	17,9
	Önlisans	0	0,0
	Lisans	4	14,3
Eşlik Hastalık	Yok	11	39,3
	Var	17	60,7
Gelir Durumu	Düşük	15	53,6
	Orta	10	35,7
	Yüksek	3	10,7
Sigara	Yok	23	82,1
	Var	5	17,9
Alkol	Yok	28	100,0
	Var	0	0,0

PV hastalarında demografik veriler Tablo 6’da incelendi. %78,6 katılımcı kadın, %21,4 katılımcı erkekti. Katılımcıların %85,7’si evli, %14,3’ü bekarıdır. Eğitim durumu olarak %28,6’sı ile en fazla ilkokul mezunu vardı, ikinci sırada %21,4 ile ortaokul mezunu ve sırasıyla %17,9’u lise ve okuryazar, %14,3’ü lisans mezunu katılımcı vardı. Önlisans mezunu katılımcı yoktu. Katılımcıların %60,7’sinde eşlik

eden hastalıkları vardı. Gelir durumu %53,6'sı düşük %35,7'si orta ve %10,7'si yüksek gelir düzeyine sahipti. Katılımcıların %17,9'u sigara kullanıyordu, alkol kullanan katılımcı yoktu.

Tablo 7. Hastalık ve kontrol gruplarıyla ölçeklerin karşılaştırılması

	Psorazis Vulgaris	Kronik Ürtiker	Alopesi Areata	Pemfigus Vulgaris	Kontrol
	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama
Aleksitimi	52,22	46,41	56,20	48,50	46,06
Duyguları tanıma zorluğu	17,29	14,20	18,95	14,86	15,34
Duyguları ifade etme zorluğu	17,57	14,59	18,00	16,39	15,00
Dışavuruk düşünme	17,35	17,63	19,25	17,25	15,72
Anksiyete	7,45	7,55	8,15	8,14	4,72
Depresyon	5,65	6,51	6,18	5,11	2,78

Tablo 8. Hastalıklar ve aleksitimi karşılaştırması

	Hastalık	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Duyguları Tanıma Zorluğu	Psoriazis Vulgaris ^a	51	17,2941	6,14262			
	Kronik Ürtiker ^b	51	14,1961	5,80351			
	Alopesi Areata ^c	40	18,9500	6,24685	5,237	,000	c>a>b>d>e
	Pemfigus Vulgaris ^d	28	14,8571	5,20480			
	Kontrol ^e	50	15,3400	4,26954			
Duyguları İfade Etme Zorluğu	Psoriazis Vulgaris ^a	51	17,5686	5,56149			
	Kronik Ürtiker ^b	51	14,5882	5,61846			
	Alopesi Areata ^c	40	18,0000	5,07887	4,077	,003	b>a>c>d>e
	Pemfigus Vulgaris ^d	28	16,3929	4,88641			
	Kontrol ^e	50	15,0000	4,28571			
Dışavuruk Düşünme	Psoriazis Vulgaris ^a	51	17,3529	7,92168			
	Kronik Ürtiker ^b	51	17,6275	8,47811			
	Alopesi Areata ^c	40	19,2500	7,85363	1,364	,247	-
	Pemfigus Vulgaris ^d	28	17,2500	4,99351			
	Kontrol	50	15,7200	5,09918			
Aleksitimi Toplam Puan	Psoriazis Vulgaris ^a	51	52,2157	13,88137			
	Kronik Ürtiker ^b	51	46,4118	14,75287			
	Alopesi Areata ^c	40	56,2000	10,17841	5,163	,001	c>d>b>e
	Pemfigus Vulgaris ^d	28	48,5000	10,05356			
	Kontrol ^e	50	46,0600	11,71674			

Hastalıklarda aleksitimi toplam puanı ve aleksitimi alt ölçeklerinin puanları Tablo 7’de incelendi. Katılımcıların aleksitimi ölçeğine verdikleri cevapların hastalıklara göre değişip değişmediğini anlamak üzere yapılan ANOVA analizi Tablo 8’de gösterilmiştir. Aleksitimi toplam puan, duyguları tanıma zorluğu ve duyguları ifade

etme zorluğunda istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar bulunmaktadır ($p<,05$). Anlamlı farklılaşmaların hangi seçeneklerden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Post-Hoc analizlerinden Tukey'e göre aleksitimi toplam puanında AA, KÜ, PV seçenekleri kontrol grubuna göre anlamlıdır. Aleksitimi toplam puanı diğer hastalık gruplarıyla karşılaştırıldığında anlamlı sonuçlar AA hastalığında belirlenmiştir. AA hastalarında anlamlı daha yüksek aleksitimi puanları mevcuttur. Aleksitimi alt ölçekleri için karşılaştırma yapıldığında duyguları tanıma zorluğunda AA hastalığında anlamlı yüksek; duyguları ifade etme zorluğunda ise KÜ hastalığında anlamlı düşük sonuçlar mevcuttur.

Tablo 9. Hastalıklar ve hastane anksiyete-depresyon

	Hastalık	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Anksiyete	Psörazis	51	7,4510	4,67039			
	Vulgaris ^a						
	Ürtiker ^b	51	7,5490	4,38321			
	Kronik Ürtiker ^b						
	Alopesi	40	8,1500	3,95196	5,697	,0001	c>d>b>a>e
	Areata ^c						
	Pemfigus Vulgaris ^d	28	8,1429	4,05256			
Depresyon	Kontrol ^e	50	4,7200	2,94882			
	Psörazis	51	5,6471	4,07344			
	Vulgaris ^a						
	Kronik Ürtiker ^b	51	6,5098	3,77027			
	Alopesi	40	6,1750	3,97355	8,302	,0001	c>b>a>e
	Areata ^c						
	Pemfigus Vulgaris	28	5,1071	3,66504			
	Kontrol ^e	50	2,7800	2,28830			

Katılımcıların hastane anksiyete-depresyon ölçeğine verdikleri cevapların hastalıklara göre değişip değişmediğini anlamak üzere yapılan ANOVA analizi Tablo 9'da incelenmiştir. Anksiyete ve depresyonda da istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar bulunmaktadır ($p<,05$). Anlamlı farklılaşmaların hangi seçeneklerden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Post-Hoc analizlerinden Tukey'e göre anksiyete boyutunda tüm hastalıklar kontrol grubuna göre anlamlı yüksek çıkarken,

depresyon boyutunda PV hariç tüm seçenekler anlamlıdır. Bu seçenekler arasında yapılan karşılaştırmaya göre anlamlı yüksek farklar hem depresyon hem anksiyetede AA hastalığından kaynaklanmıştır.

Tablo 10. Psoriasis vulgaris hastalığında aleksitimi ve anksiyete-depresyon ilişkisi

		1	2	3	4	5	6
1.Aleksitimi	Korelasyon	1					
2.duyguları tanıma zorluğu	Korelasyon	,604**	1				
3.duyguları ifade etme zorluğu	Korelasyon	,604**	,289	1			
4.dışavuruk düşünme	Korelasyon	,659**	,154	,301*	1		
5.Anksiyete	Korelasyon	,773**	,495**	,529**	,421**	1	
6.Depresyon	Korelasyon	,634**	,341*	,376**	,424**	,736**	1

** . Korelasyon .01 düzeyinde anlamlıdır. / * . Korelasyon .05 düzeyinde anlamlıdır

Psoriasis vulgaris hastalarının aleksitimi düzeyleri ve depresyon-anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yapılan korelasyon analizi Tablo 10'da incelenmiştir. Anksiyete düzeyleri ile aleksitimi düzeyleri arasında pozitif yönlü (.773) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<.05$) ilişkiler vardır. Hastaların anksiyete düzeyleri arttıkça aleksitimi düzeyleri de artacaktır. Hastaların depresyon düzeyleri ile aleksitimi düzeyleri arasında pozitif yönlü (.634) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<.05$) ilişkiler vardır. Hastaların depresyon düzeyleri arttıkça aleksitimi düzeyleri de artacaktır. Hastaların depresyon düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında da pozitif yönlü (.736) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<.05$) ilişkiler vardır. Hastaların depresyon düzeyleri arttıkça anksiyete düzeyleri de artacaktır.

Tablo 11. KÜ hastalığında aleksitimi ve anksiyete-depresyon ilişkisi

		1	2	3	4	5	6
1.Aleksitimi	Korelasyon	1					
2.duyguları tanıma zorluğu	Korelasyon	,554	1				
3.duyguları ifade etme zorluğu	Korelasyon	,719	,314	1			
4.dışavuruk düşünme	Korelasyon	,735	,133	,493	1		
5.Anksiyete	Korelasyon	,267	-,031	,109	,115	1	
6.Depresyon	Korelasyon	,055	-,011	,031	-,006	,463**	1

**. Korelasyon .01 düzeyinde anlamlıdır. /*. Korelasyon .05 düzeyinde anlamlıdır

KÜ hastalarının aleksitimi düzeyleri ve depresyon-anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yapılan korelasyon analizi Tablo 11’de incelenmiştir. Hastaların depresyon düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönlü (,463) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ilişkiler vardır. Hastaların depresyon düzeyleri arttıkça anksiyete düzeyleri de artacaktır. KÜ hastalarının aleksitimi düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 12. AA hastalığında aleksitimi ve anksiyete-depresyon ilişkisi

		1	2	3	4	5	6
1.Aleksitimi	Korelasyon	1					
2.duyguları tanıma zorluğu	Korelasyon	,253**	1				
3.duyguları ifade etme zorluğu	Korelasyon	,434**	-,167	1			
4.dışavuruk düşünme	Korelasyon	,645**	-,085	-,049	1		
5.Anksiyete	Korelasyon	,329*	,251	-,078	,121	1	
6.Depresyon	Korelasyon	,377*	,282	-,079	,138	,494**	1

**. Korelasyon .01 düzeyinde anlamlıdır. /*. Korelasyon .05 düzeyinde anlamlıdır

AA hastalarının aleksitimi düzeyleri ve depresyon-anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yapılan korelasyon analizi Tablo 12’de incelenmiştir. Anksiyete düzeyleri ile aleksitimi düzeyleri arasında pozitif yönlü (,329) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ilişkiler vardır. Hastaların anksiyete düzeyleri arttıkça aleksitimi düzeyleri de artacaktır. Hastaların depresyon düzeyleri ile aleksitimi düzeyleri arasında pozitif yönlü (,377) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ilişkiler vardır. Hastaların depresyon düzeyleri arttıkça aleksitimi düzeyleri de artacaktır. Hastaların depresyon düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında da pozitif yönlü (,494) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ilişkiler vardır. Hastaların depresyon düzeyleri arttıkça anksiyete düzeyleri de artacaktır.

Tablo 13. PV hastalığında aleksitimi ve anksiyete-depresyon ilişkisi

		1	2	3	4	5	6
1.Aleksitimi	Korelasyon	1					
2.duyguları tanıma zorluğu	Korelasyon	,618	1				
3.duyguları ifade etme zorluğu	Korelasyon	,614	,141	1			
4.dışavuruk düşünme	Korelasyon	,602	,257	,096	1		
5.Anksiyete	Korelasyon	,267	,076	,209	,155	1	
6.Depresyon	Korelasyon	,313	-,041	,111	,436*	,595**	1

** . Korelasyon .01 düzeyinde anlamlıdır. /* . Korelasyon .05 düzeyinde anlamlıdır

PV hastalarının aleksitimi ile depresyon-anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yapılan korelasyon analizi Tablo 13’te incelenmiştir. Hastaların depresyon düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında da pozitif yönlü (,595) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ilişkiler vardır. Hastaların depresyon düzeyleri arttıkça anksiyete düzeyleri de artacaktır. PV hastalarında aleksitimi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 14. Psorazis vulgaris hastalarının cinsiyetleri ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Kadın	29	54,1379	14,27716	1,139	49	,260
	Erkek	22	49,6818	13,23555			
Anksiyete	Kadın	29	8,7241	4,82476	2,332	49	,024
	Erkek	22	5,7727	3,96331			
Depresyon	Kadın	29	6,2759	4,27532	1,274	49	,209
	Erkek	22	4,8182	3,72426			

Psoriazis vulgaris hastalığına sahip katılımcıların cinsiyetlerine göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 14’te incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar kadın katılımcıların yüksek ortalama puanlarından kaynaklanmaktadır. ($p<,05$). Psoriazisli hastalarda anksiyete kadın katılımcılarda daha yüksek seyretmiştir.

Tablo 15. Psorazis vulgaris hastalarının medeni durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Medeni Durum	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Evli	36	51,6667	13,18657	-	49	,666
	Bekar	15	53,5333	15,83787			
Anksiyete	Evli	36	7,6667	4,51664	,507	49	,614
	Bekar	15	6,9333	5,14735			
Depresyon	Evli	36	5,3611	4,16895	-	49	,443
	Bekar	15	6,3333	3,88526			

Psoriazis vulgaris hastalığına sahip katılımcıların medeni durumlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 15’te incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 16. Psoriasis vulgaris hastalarının eğitim durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Aleksitimi	Okuryazar	4	38,7500	10,71992	1,213	,318	
	İlkokul	18	55,2222	14,45299			
	Ortaokul	4	57,0000	12,27464			
	Lise	8	52,1250	9,14076			
	Önlisans	5	46,6000	7,60263			
	Lisans	12	53,0000	17,38861			
Anksiyete	Okuryazar	4	4,0000	3,36650	1,427	,233	
	İlkokul	18	9,5556	5,54365			
	Ortaokul	4	7,2500	3,50000			
	Lise	8	6,5000	2,92770			
	Önlisans	5	6,6000	3,36155			
	Lisans	12	6,5000	4,70010			
Depresyon	Okuryazar	4	3,7500	1,25831	,674	,645	
	İlkokul	18	6,9444	4,75855			
	Ortaokul	4	5,7500	3,30404			
	Lise	8	4,7500	3,32738			
	Önlisans	5	4,6000	3,43511			
	Lisans	12	5,3333	4,51932			

Psoriasis vulgaris hastalığına sahip katılımcıların eğitim durumlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 16’da incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan ANOVA analizlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 17. Psoriasis vulgaris hastalarının hastalık başlangıç yaşları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Başlangıç Yaşı	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Aleksitimi	18 ve aşağısı	17	53,7059	13,83277	1,761	,168	
	19-45	25	53,4000	14,60593			
	46-59	5	53,2000	3,34664			
	60-74	4	37,2500	12,03813			
Anksiyete	18 ve aşağısı	17	7,4118	4,51468	,535	,661	
	19-45	25	7,9600	5,27952			
	46-59	5	7,2000	2,94958			
	60-74	4	4,7500	2,87228			
Depresyon	18 ve aşağısı	17	5,6471	2,99877	,805	,498	
	19-45	25	6,2800	5,05404			
	46-59	5	3,4000	1,14018			
	60-74	4	4,5000	3,00000			

Psoriasis vulgaris hastalığına sahip katılımcıların hastalık başlangıç yaşlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 17’de bildirilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan ANOVA analizlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 18. Psoriasis vulgaris hastalarının eşlik eden hastalıkları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Hastalık	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Yok	38	52,9474	13,54462	,640	49	,525
	Var	13	50,0769	15,18476			
Anksiyete	Yok	38	7,3947	4,77346	-	49	,885
	Var	13	7,6154	4,53759			
Depresyon	Yok	38	5,6579	4,23803	,032	49	,974
	Var	13	5,6154	3,70896			

Psoriasis vulgaris hastalığına sahip katılımcıların eşlik eden hastalıkları olup olmaması ile TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 18’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 19. Psoriasis vulgaris hastalarının gelir durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Gelir	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Aleksitimi	Düşük	24	51,4583	14,51530	,595	,556	
	Orta	23	54,0435	13,66974			
	Yüksek	4	46,2500	12,17580			
Anksiyete	Düşük	24	8,0000	5,65685	,533	,590	
	Orta	23	7,2174	3,52854			
	Yüksek	4	5,5000	4,35890			
Depresyon	Düşük	24	6,0000	4,46240	,211	,810	
	Orta	23	5,4348	4,00938			
	Yüksek	4	4,7500	1,89297			

Psoriasis vulgaris hastalığına sahip katılımcıların gelir durumlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 19’da incelenmiştir. İstatistiksel

olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan ANOVA analizlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 20. Psoriazis vulgaris hastalarının sigara kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Sigara	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Yok	38	53,0263	14,01445	,709	49	,481
	Var	13	49,8462	13,75286			
Anksiyete	Yok	38	7,4211	4,34108	-,077	49	,939
	Var	13	7,5385	5,72444			
Depresyon	Yok	38	5,3684	3,32412	-,833	49	,409
	Var	13	6,4615	5,83974			

Tablo 21. Psoriazis vulgaris hastalarının alkol kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Alkol	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Yok	47	52,6809	13,77633	,818	49	418
	Var	4	46,7500	16,07016			
Anksiyete	Yok	47	7,5532	4,66163	,532	49	,597
	Var	4	6,2500	5,31507			
Depresyon	Yok	47	5,6170	3,88729	-,179	49	,859
	Var	4	6,0000	6,68331			

Psoriazis vulgaris hastalığına sahip katılımcıların sigara ve alkol kullanımlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 20 ve Tablo 21’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 22. KÜ hastalarının cinsiyetleri ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Kadın	30	46,3333	15,20057	-,045	49	964
	Erkek	21	46,5238	14,45897			
Anksiyete	Kadın	30	8,0667	4,47162	1,008	49	,318
	Erkek	21	6,8095	4,24993			
Depresyon	Kadın	30	6,5667	3,72025	,127	49	,899
	Erkek	21	6,4286	3,93156			

KÜ hastalığına sahip katılımcıların cinsiyetlerine göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 22’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 23. KÜ hastalarının medeni durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Medeni Durum	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Evli	36	47,2778	14,77181	,646	49	,522
	Bekar	15	44,3333	15,00793			
Anksiyete	Evli	36	7,3889	3,95169	-,401	49	,690
	Bekar	15	7,9333	5,41778			
Depresyon	Evli	36	6,6389	4,03664	,376	49	,709
	Bekar	15	6,2000	3,14416			

KÜ hastalığına sahip katılımcıların medeni durumlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 23’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 24. KÜ hastalarının eğitim durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Aleksitimi	Okuryazar	1	26,0000	.	,711	,648	
	İlkokul	19	44,4737	16,21854			
	Ortaokul	4	49,0000	11,91638			
	Lise	15	48,0667	15,48486			
	Önlisans	3	55,3333	11,71893			
	Lisans	9	45,8889	12,71264			
Anksiyete	Okuryazar	1	9,0000	.	,619	,686	
	İlkokul	19	7,0526	4,28789			
	Ortaokul	4	7,7500	2,62996			
	Lise	15	9,0667	4,97805			
	Önlisans	3	6,3333	3,78594			
	Lisans	9	6,2222	4,63081			
Depresyon	Okuryazar	1	2,0000	.	,702	,625	
	İlkokul	19	7,0000	3,44803			
	Ortaokul	4	4,0000	2,70801			
	Lise	15	6,8000	4,67822			
	Önlisans	3	6,6667	4,16333			
	Lisans	9	6,5556	3,20590			

KÜ hastalığına sahip katılımcıların eğitim durumlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 24’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan ANOVA analizlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 25. KÜ hastalarının hastalık başlangıç yaşları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Başlangıç Yaşı	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Aleksitimi	18 ve aşağısı	5	42,0000	19,27434	2,242	,079	
	19-45	35	46,1714	13,83194			
	46-59	6	59,6667	7,50111			
	60-74	4	39,2500	16,68083			
	75 ve ilerisi	1	26,0000	.			
Anksiyete	18 ve aşağısı	5	7,8000	4,76445	,197	,839	
	19-45	35	7,2000	4,37775			
	46-59	6	8,6667	4,76095			
	60-74	4	8,2500	5,43906			
	75 ve ilerisi	1	9,0000	.			
Depresyon	18 ve aşağısı	5	6,8000	3,34664	1,233	,310	
	19-45	35	6,1143	3,61997			
	46-59	6	9,1667	4,66548			
	60-74	4	6,7500	3,77492			
	75 ve ilerisi	1	2,0000	.			

KÜ hastalığına sahip katılımcıların hastalık başlangıç yaşlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 25’te incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan ANOVA analizlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 26. KÜ hastalarının eşlik eden hastalıkları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Hastalık	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Yok	30	48,6000	13,62958	1,274	49	,209
	Var	21	43,2857	16,04102			
Anksiyete	Yok	30	6,7000	4,27624	-	49	,099
	Var	21	8,7619	4,34632			
Depresyon	Yok	30	6,1333	3,63634	-,850	49	,399
	Var	21	7,0476	3,98091			

KÜ hastalığına sahip katılımcıların eşlik eden hastalıkları olup olmama durumuna göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 26’da incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 27. KÜ hastalarının gelir durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Gelir	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Aleksitimi	Düşük	34	45,1176	15,36380			
	Orta	16	48,6250	13,86542	,470	,628	
	Yüksek	1	55,0000	.			
Anksiyete	Düşük	34	7,3824	3,99253			
	Orta	16	8,2500	5,13160	1,032	,364	
	Yüksek	1	2,0000	.			
Depresyon	Düşük	34	6,6765	3,72315			
	Orta	16	6,4375	3,93224	,744	,481	
	Yüksek	1	2,0000	.			

KÜ hastalığına sahip katılımcıların gelir durumlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 27’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan ANOVA analizlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 28. KÜ hastalarının sigara kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Sigara	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Yok	32	45,5313	14,45345	-		
	Var	19	47,8947	15,52738	,549	49	,585
Anksiyete	Yok	32	7,6563	4,14736			
	Var	19	7,3684	4,86724	,225	49	,823
Depresyon	Yok	32	6,5938	3,77478			
	Var	19	6,3684	3,86164	,204	49	,839

Tablo 29. KÜ hastalarının alkol kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Alkol	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Yok	47	46,3830	14,68444	-	49	962
	Var	4	46,7500	17,91415	,047		
Anksiyete	Yok	47	7,5319	4,51977	-	49	,925
	Var	4	7,7500	2,62996	,095		
Depresyon	Yok	47	6,5319	3,91680	,142	49	,888
	Var	4	6,2500	1,25831			

KÜ hastalığına sahip katılımcıların sigara ve alkol kullanımlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 28 ve Tablo 29’da incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 30. AA hastalarının cinsiyetleri ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Kadın	17	55,8824	6,90907	-,168	38	,868
	Erkek	23	56,4348	12,19846			
Anksiyete	Kadın	17	7,8824	4,09088	-,364	38	,718
	Erkek	23	8,3478	3,92670			
Depresyon	Kadın	17	5,1176	2,80362	-	38	,150
	Erkek	23	6,9565	4,55749			

AA hastalığına sahip katılımcıların cinsiyetlerine göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 30’da incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 31. AA hastalarının medeni durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Medeni Durum	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Evli	27	57,6296	8,50858	1,291	38	,204
	Bekar	13	53,2308	12,87215			
Anksiyete	Evli	27	9,0741	4,17802	2,238	38	,031
	Bekar	13	6,2308	2,65059			
Depresyon	Evli	27	6,5556	4,26374	,870	38	390
	Bekar	13	5,3846	3,30501			

AA'ya sahip katılımcıların medeni durumlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 31'de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar bulunmaktadır ($p<,05$). Anlamlı farklılaşmalar evli katılımcıların yüksek ortalama puanlarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 32. AA hastalarının eğitim durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Aleksitimi	Okuryazar	4	59,0000	12,90994	1,227	,318	
	İlkokul	2	70,0000	5,65685			
	Ortaokul	7	51,7143	6,26403			
	Lise	18	57,0000	11,84706			
	Önlisans	5	53,6000	6,10737			
	Lisans	4	54,0000	6,32456			
Anksiyete	Okuryazar	4	11,2500	.	1,372	259	
	İlkokul	2	11,5000	,70711			
	Ortaokul	7	6,5714	,53452			
	Lise	18	7,2222	,59409			
	Önlisans	5	9,0000	,00000			
	Lisans	4	9,2500	1,15470			
Depresyon	Okuryazar	4	7,7500	1,89297	,810	,551	
	İlkokul	2	8,5000	,70711			
	Ortaokul	7	4,2857	2,21467			
	Lise	18	6,3333	4,24264			
	Önlisans	5	4,8000	2,77489			
	Lisans	4	7,7500	7,58837			

AA hastalığına sahip katılımcıların eğitim durumlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 32'de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan ANOVA analizlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 33. AA hastalarının hastalık başlangıç yaşları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Başlangıç Yaşı	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	18 ve aşağısı	7	58,0000	11,13553	,510	38	,613
	19-45	33	55,8182	10,10710			
Anksiyete	18 ve aşağısı	7	10,5714	5,47288	1,838	38	,074
	19-45	33	7,6364	3,44436			
Depresyon	18 ve aşağısı	7	7,0000	2,00000	,600	38	,552
	19-45	33	6,0000	4,27931			

AA hastalığına sahip katılımcıların hastalık başlangıç yaşlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 33’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 34. AA hastalarının eşlik eden hastalıkları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Hastalık	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Yok	32	57,2500	10,38609	1,317	38	,196
	Var	8	52,0000	8,61892			
Anksiyete	Yok	32	8,1250	3,82479	-,079	38	,937
	Var	8	8,2500	4,71320			
Depresyon	Yok	32	6,2188	4,23301	,138	38	,891
	Var	8	6,0000	2,92770			

AA hastalığına sahip katılımcıların eşlik eden hastalıkları olup olmama durumuna göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 34’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 35. AA hastalarının gelir durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Gelir	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Aleksitimi	Düşük	25	55,4400	10,61084			
	Orta	14	57,5714	9,99010	,189	,829	
	Yüksek	1	56,0000	.			
Anksiyete	Düşük	25	8,0400	4,32512			
	Orta	14	8,3571	3,49961	,026	,972	
	Yüksek	1	8,0000	.			
Depresyon	Düşük	25	5,8000	3,04138			
	Orta	14	7,0000	5,37802	,550	,582	
	Yüksek	1	4,0000	.			

AA hastalığına sahip katılımcıların gelir durumlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 35'te incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan ANOVA analizlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 36. AA hastalarının sigara kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Sigara	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Yok	24	56,0833	8,97783	-	38	,931
	Var	16	56,3750	12,07132	,088	38	,931
Anksiyete	Yok	24	7,9167	3,75229	-	38	,663
	Var	16	8,5000	4,33590	,453	38	,663
Depresyon	Yok	24	6,1250	3,95972	-	38	,924
	Var	16	6,2500	4,12311	,096	38	,924

AA hastalığına sahip katılımcıların sigara kullanımlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 36'da incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 37. AA hastalarının alkol kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Alkol	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Yok	36	56,2222	9,79828	,041	38	,968
	Var	4	56,0000	15,05545			
Anksiyete	Yok	36	8,2778	4,02571	,608	38	,546
	Var	4	7,0000	3,46410			
Depresyon	Yok	36	6,3333	4,07781	,752	38	,457
	Var	4	4,7500	2,87228			

AA hastalığına sahip katılımcıların alkol kullanımlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 37’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 38. PV hastalarının cinsiyetleri ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Kadın	22	49,4091	10,52281	,913	26	,369
	Erkek	6	45,1667	7,98540			
Anksiyete	Kadın	22	8,2727	4,00216	,319	26	,752
	Erkek	6	7,6667	4,58984			
Depresyon	Kadın	22	5,3636	3,91025	,702	26	,489
	Erkek	6	4,1667	2,63944			

PV hastalığına sahip katılımcıların cinsiyetlerine göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 38’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 39. PV hastalarının medeni durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Medeni Durum	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Evli	24	47,6250	9,63604	- 1,134	26	267
	Bekar	4	53,7500	12,44655			
Anksiyete	Evli	24	8,2917	4,17528	,469	26	,643
	Bekar	4	7,2500	3,59398			
Depresyon	Evli	24	5,3333	3,66733	,764	26	,434
	Bekar	4	3,7500	3,86221			

PV hastalığına sahip katılımcıların medeni durumlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 39’da incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 40. PV hastalarının eğitim durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Aleksitimi	Okuryazar	5	44,4000	8,14248	,933	,462	
	İlkokul	8	47,5000	10,09950			
	Ortaokul	6	46,6667	9,47980			
	Lise	5	55,8000	10,87198			
	Lisans	4	49,2500	12,20314			
Anksiyete	Okuryazar	5	7,6000	5,02991	,621	,652	
	İlkokul	8	6,6250	4,77905			
	Ortaokul	6	8,6667	1,96638			
	Lise	5	10,2000	2,77489			
	Lisans	4	8,5000	5,44671			
Depresyon	Okuryazar	5	6,6000	4,09878	1,543	,223	
	İlkokul	8	5,3750	4,95516			
	Ortaokul	6	2,6667	1,96638			
	Lise	5	7,2000	2,16795			
	Lisans	4	3,7500	1,70783			

PV hastalığına sahip katılımcıların eğitim durumlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 40’da incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan ANOVA analizlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 41. PV hastalarının hastalık başlangıç yaşları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Başlangıç Yaşı	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Aleksitimi	18 ve aşağısı	1	68,0000	.			
	19-45	11	49,3636	10,10220			
	46-59	9	47,8889	9,68819	1,210	,333	
	60-74	3	46,0000	12,12436			
	75 ve ilerisi	4	44,5000	7,93725			
Anksiyete	18 ve aşağısı	1	9,0000	.			
	19-45	11	9,8182	4,64367			
	46-59	9	5,3333	2,34521	2,354	,084	
	60-74	3	7,0000	2,64575			
	75 ve ilerisi	4	10,5000	3,69685			
Depresyon	18 ve aşağısı	1	9,0000	.			
	19-45	11	6,7273	4,51865			
	46-59	9	4,2222	2,81859	1,580	,213	
	60-74	3	3,0000	2,64575			
	75 ve ilerisi	4	3,2500	,95743			

PV hastalığına sahip katılımcıların hastalık başlangıç yaşlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 41’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan ANOVA analizlerine; istatistiksel olarak anlamlı farklılaşmalar bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 42. PV hastalarının eşlik eden hastalıkları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Hastalık	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Yok	11	50,6364	11,15592			
	Var	17	47,1176	9,36004	,901	26	,376
Anksiyete	Yok	11	8,4545	4,92674			
	Var	17	7,9412	3,52616	,322	26	,750
Depresyon	Yok	11	5,0000	3,68782	-		
	Var	17	5,1765	3,76223	,122	26	,904

PV hastalığına sahip katılımcıların eşlik eden hastalıkları olup olmama durumuna göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 42’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 43. PV hastalarının gelir durumları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Gelir	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
Aleksitimi	Düşük	15	49,6667	11,11413	,193	,825	
	Orta	10	46,5000	8,78446			
	Yüksek	3	49,3333	11,01514			
Anksiyete	Düşük	15	6,8667	3,37780	,862	,435	
	Orta	10	10,2000	4,66190			
	Yüksek	3	7,6667	3,21455			
Depresyon	Düşük	15	4,8667	3,56304	,757	,480	
	Orta	10	6,4000	3,80643			
	Yüksek	3	2,0000	2,00000			

PV hastalığına sahip katılımcıların gelir durumlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 43’de incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan ANOVA analizlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 44. PV hastalarının sigara kullanımları ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Sigara	N	Ortalama	S	T	sd	p
Aleksitimi	Yok	23	47,9130	10,07658	,656	26	,518
	Var	5	51,2000	10,61603			
Anksiyete	Yok	23	7,9565	3,79567	-,515	26	,611
	Var	5	9,0000	5,52268			
Depresyon	Yok	23	4,7826	3,21865	-	26	,324
	Var	5	6,6000	5,50454			

PV hastalığına sahip katılımcıların sigara kullanımlarına göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 44’te incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma yoktur ($p>,05$).

Tablo 45. Psoriazis Vulgaris hastalarının aleksitimi, anksiyete, depresyon puanlarının, yaş, hastalık süresi ve şiddeti ile ilişkisi

		1	2	3	4	5	6
1.Aleksitimi	Korelasyon	1					
2.Anksiyete	Korelasyon	,773**	1				
3.Depresyon	Korelasyon	,634**	,736**	1			
4.Hastalık Şiddeti	Korelasyon	,459**	,300*	,453**	1		
5.Yaş	Korelasyon	-,073	-,040	-,016	,118	1	
6.Hastalık Süresi	Korelasyon	-,227	-,189	-,123	-,256	,294	1

Psorazis Vulgaris hastalarının anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeylerinin yaş, hastalık şiddeti ve süresi olan ilişkisi Tablo 45’te incelenmiştir. Korelasyon analizine göre; hastalık şiddeti ile aleksitimi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ve pozitif yönlü (,459) ilişkiler vardır. Hastalık şiddeti arttıkça aleksitimi düzeyi de artacaktır. Hastalık şiddeti ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ve pozitif yönlü (,300) ilişkiler vardır. Hastalık şiddeti arttıkça anksiyete düzeyi de artacaktır. Hastalık şiddeti ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ve pozitif yönlü (,453) ilişkiler vardır. Hastalık şiddeti arttıkça depresyon düzeyi de artacaktır.

Tablo 46. KÜ hastalarının aleksitimi, anksiyete, depresyon puanlarının, yaş, hastalık süresi ve şiddeti ile ilişkisi

		1	2	3	4	5	6
1.Aleksitimi	Korelasyon	1					
2.Anksiyete	Korelasyon	,267	1				
3.Depresyon	Korelasyon	,055	,463**	1			
4.Hastalık Şiddeti	Korelasyon	-,244	-,169	,276*	1		
5.Yaş	Korelasyon	-,096	,039	,130	,270	1	
6.Hastalık Süresi	Korelasyon	-,077	-,195	-,116	,201	,383	1

KÜ hastalarının anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeylerinin yaş, hastalık şiddeti ve süresi olan ilişkisi Tablo 46’da incelenmiştir. Korelasyon analizine göre; hastalık şiddeti ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ve pozitif yönlü ($,276$) ilişkiler vardır. Hastalık şiddeti arttıkça depresyon düzeyi de artacaktır.

Tablo 47. AA hastalarının aleksitimi, anksiyete, depresyon puanlarının, yaş, hastalık süresi ve şiddeti ile ilişkisi

		1	2	3	4	5	6
1.Aleksitimi	Korelasyon	1					
2.Anksiyete	Korelasyon	,329*	1				
3.Depresyon	Korelasyon	,377*	,494**	1			
4.Hastalık Şiddeti	Korelasyon	,283	,322*	,371*	1		
5.Yaş	Korelasyon	,165	,289	,262	,078	1	
6.Hastalık Süresi	Korelasyon	,158	,208	,124	,446	,427	1

AA hastalarının anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeylerinin yaş, hastalık şiddeti ve hastalık süresi olan ilişkisi Tablo 47’de incelenmiştir. Korelasyon analizine göre; hastalık şiddeti ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ve pozitif yönlü ($,322$) ilişkiler vardır. Hastalık şiddeti arttıkça anksiyete düzeyi de artacaktır. Hastalık şiddeti ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ve pozitif yönlü ($,371$) ilişkiler vardır. Hastalık şiddeti arttıkça depresyon düzeyi de artacaktır.

Tablo 48. PV hastalarının aleksitimi, anksiyete, depresyon puanlarının, yaş, hastalık süresi ve şiddeti ile ilişkisi

		1	2	3	4	5	6
1.Aleksitimi	Korelasyon	1					
2.Ansiyete	Korelasyon	,206	1				
3.Depresyon	Korelasyon	,313	,511**	1			
4.Hastalık	Korelasyon	,262	-,014	,209	1		
Şiddeti							
5.Yaş	Korelasyon	-,273	-,409*	-,460*	-,018	1	
6.Hastalık	Korelasyon	-,145	-,306	-,017	-,016	,147	1
Süresi							

PV hastalarının anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeylerinin yaş, hastalık şiddeti ve hastalık süresi olan ilişkisi Tablo 48’de incelenmiştir. Korelasyon analizine göre; yaş ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ve negatif yönlü ($-,409$) ilişkiler vardır. Yaş arttıkça anksiyete düzeyi de azalacaktır. Yaş ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<,05$) ve negatif yönlü ($-,460$) ilişkiler vardır. Yaş arttıkça depresyon düzeyi de azalacaktır.

Tablo 49. Kontrol grubunun cinsiyetleri ve aleksitimi, anksiyete, depresyon düzeyleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	S	t	sd	p
Aleksitimi	Kadın	34	48,0882	12,33956	1,826	48	,074
	Erkek	16	41,7500	9,18332			
Duyguları Tanıma Zorluğu	Kadın	34	15,8529	4,35634	1,245	48	,219
	Erkek	16	14,2500	3,99166			
Duyguları İfade Zorluğu	Kadın	34	15,8529	4,55360	2,124	48	,039
	Erkek	16	13,1875	3,03795			
Dışavuruk Düşünme	Kadın	34	16,3824	5,61392	1,350	48	,183
	Erkek	16	14,3125	3,53494			
Anksiyete	Kadın	34	5,2941	2,95962	1,608	48	,114
	Erkek	16	3,8750	2,80179			
Depresyon	Kadın	34	3,0588	2,49777	1,264	48	,212
	Erkek	16	2,1875	1,68201			

Kontrol grubu katılımcıların cinsiyetlerine göre TAS-20, HAD-A ve HAD-D düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 49’da incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını anlamak üzere yapılan T-Testlerine göre; duyguları ifade zorluğunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunmaktadır ($p<,05$). Anlamlı farklılaşma erkek katılımcıların ölçekten aldığı yüksek ortalama puanlardan kaynaklanmaktadır.



5. TARTIŞMA

Aleksitimi, duyguları tanımlamada ve ifade etmede zorlukla seyreden bir kişilik bozukluğudur (5). Aleksitimik bireyler, stresi daha fazla içselleştirme eğilimindedirler ve bu durum nöropeptitlerle ilişkili cevaplarda değişikliklere yol açabilir. Aleksitimide makrofaj göçü, fagositoz, lenfositik hücrel immünite ve damar endoteline lökosit adezyonunda artış meydana gelebilir (95). Ayrıca, aleksitiminin neden olduğu kronik stres, bağışıklık sisteminin işleyişini bozabilir ve sonuç olarak kronik hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Bu hastalıklar arasında kronik dermatolojik hastalıklar da vardır (96). Kronik dermatolojik hastalıkları olan kişilerin bazı kişilik ve mizaç özelliklerine de yatkın olabileceği düşünülür. Bu nedenle aleksitimik kişilik özelliğinin dermatolojik yakınmaları olan kişilerde artmış olması beklenir. Ayrıca dermatolojik hastalıkları olan kişilerde beden algısında bozulma, sosyal damgalanmayla karşı karşıya kalma, sosyal ve cinsel yaşamda bozulma gibi sorunlar gelişir. Bu problemlere ikincil olarak başta depresyon ve anksiyete olmak üzere obsesif kompulsif bozukluk, fobiler gibi psikopatolojiler gelişebilir. Beraberinde yaşam kalitesinde belirgin azalma görülür. Özellikle psoriasis, ürtiker, AA, vitiligo, akne gibi dermatolojik hastalıklarda eşlik eden psikopatolojiler olduğu görülmüştür (87). Yapılan çalışmalarda dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların %40-70'inde eşlik eden psikiyatrik tanımlar olduğu belirlenmiştir (97). Çalışmamızda, kronik dermatolojik hastalıklardan AA, psoriasis vulgaris, KÜ ve PV'te aleksitiminin hastalardaki emosyonel düzensizliği tetikleyen bir kişilik bozukluğu olarak rolünü açığa çıkarmayı, bu hastalıklar arasında aleksitimi açısından anlamlı fark olup olmadığını ve eşlik eden anksiyete, depresyonu tanımayı amaçladık. Bu şekilde, deri-sinir sistemi ve sosyal çevre arasındaki etkileşimi daha net anlamayı hedefledik. Çalışmamız aleksitimik bireylerin tanınması ve psikiyatriye yönlendirilmesi için klinisyenlere rehberlik edici olabilir. Ayrıca aleksitimik hastalarda psikiyatri dışı tıp alanından yardım isteme davranışının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu da hastaları psikiyatriye yönlendirmenin önemini desteklemektedir (98).

Kronik dermatolojik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalarda, özellikle stres gibi psikolojik faktörlerin önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir. Psoriasis hastalığı,

psikosomatik bir hastalık olarak kabul edilir ve hem hastalığın başlangıcında hem de hastalık sürecinde stresin rolü büyüktür. Psoriasisli hastalar, başkalarının davranışlarına daha duyarlı olabilirler, ilişkilerinde reddedilme korkusu yaşayabilirler ve hatalı olma duygusuyla mücadele edebilirler (97). Çalışmalar psoriasisli hastaların %30-40'ında psikososyal faktörlerin etyolojide belirleyici olduğunu göstermiştir (6). AA hastalığı da psikosomatik bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda hastalığın başlangıcında stres yaratan bir olayın tetikleyici rolü olduğu belirlenmiştir (99). Stresli olaylar sonrasında kıl folikülleri çevresinde kortikotropin salgılatıcı hormon reseptörlerinin artmış ekspresyonuyla birlikte alopesiyi tetikleyebileceği bulunmuştur. Alopesi hastalarında etyolojinin büyük oranda belirsizliğini koruması nedeniyle de hastalığın ruhsal özellikleri üzerine araştırmaların yapılması ve desteklenmesi önemlidir (95). KÜ yaşam kalitesinde ciddi bozulmaya sebep olur ve başta stres olmak üzere psikopatolojilerin gelişimine neden olur. KÜ'li hastalarda depresyon ve anksiyete oranları topluma göre artmıştır (100). Pemfigus hastaları ile yapılan vaka çalışmalarında stresli yaşam deneyiminin pemfigus hastalığının gelişmesinde potansiyel risk olduğu belirlenmiştir. Pemfigus hastalığı yaşam kalitesini ve duygu durumunu ciddi oranda etkileyebilen kronik bir hastalıktır (101). Aleksitiminin stresle başa çıkmada zorluk yaratan bir kişilik özelliği olması nedeniyle stresle tetiklenen psikopatolojilerde aleksitimi sıklığının artmış olması olasıdır.

Bizim çalışmamızda dört farklı kronik dermatolojik hastalık grubu (psoriasis vulgaris, kronik ürtiker, alopesi areata, pemfigus vulgaris) ve sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. Aleksitimi toplam puanları ve aleksitimi alt ölçekleri yani duyguları tanıma zorluğu, duyguları ifade etme zorluğu ve dışavuruk düşünme puanları Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 kullanılarak puanlanmış ve ortalamaları belirlenerek hem hastalıklarla sağlıklı kontroller hem de hastalıklar kendi arasında karşılaştırılmıştır. Depresyon ve anksiyete düzeyleri Hastane Anksiyete ve Hastane Depresyon Ölçekleri ile değerlendirilmiştir.

Dermatolojik hastalıkların aleksitimi ile ilişkisinin araştırıldığı literatür çalışmaları mevcuttur. AA'lı hastalarla kontrol grupları arasında yapılan çalışmalarda genellikle AA'lı hastalarda yüksek aleksitimi puanları olduğu görülmüştür. Stresi yönetme problemi yaşayan aleksitimik hastalarda AA gelişimi olası bir durumdur. AA

hastalarında verilen tedavilere direnç gösteren hastalarda aleksitimik özellikler yüksek seyretmiştir (102). Cordan ve arkadaşlarının çalışmasında, 43 AA hastasının %44'ünde yüksek aleksitimi skorları belirlenmiş ve aleksitiminin demografik ve klinik verilerden bağımsız olduğu sonucuna varılmıştır (103). Sayar ve ark.'nın çalışmasında, AA hastası olan 31 askerin %58'inde yüksek aleksitimi saptanmıştır. Bu bulgu, aleksitiminin ciddi ve sürekli stresle ilişkili olabileceğini göstermektedir (104). Picardi ve ark., 21 AA hastasında aleksitimi sorgulamışlar %58 oranında (%23 sınırdaki ve %33 yüksek) aleksitimik özellik gözlemişlerdir. Bu hastaların yakın ilişkilerinin az olduğunu ve bu nedenle sosyal desteklerinin az olduğunu belirtmişlerdir (105). Bizim çalışmamızda tüm hastalık grupları aleksitimi açısından incelendiğinde psoriasis vulgaris haricindeki AA, KÜ ve PV hastalıklarında kontrol grubuna göre anlamlı yüksek aleksitimi puanları vardı. Aleksitimi toplam puanı hastalık grupları arasında karşılaştırıldığında anlamlı farkların AA hastalığından kaynaklı olduğu belirlendi. AA diğer hastalıklara göre anlamlı yüksek aleksitimi puanına sahipti. Aleksitimi alt ölçekleri için karşılaştırma yapıldığında duyguları tanıma zorluğunda AA hastalığı anlamlı yüksek, duyguları ifade etme zorluğunda ise KÜ anlamlı düşük bulundu. Çalışmamızda AA'lı hastalarda aleksitiminin diğer hastalık gruplarına göre anlamlı daha yüksek çıkmış olması AA'lı hastaların diğer hastalıklardan anlamlı daha yüksek anksiyete ve depresyon puanları olmasıyla ilişkili olabilir. AA'lı hastalarda anksiyete ve depresyon ile aleksitimi arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı.

Literatürde dermatolojik hastalıklar içinde aleksitimi için en çok araştırılan hastalık psoriasisdir. Çalışmalarda aleksitimi ile psoriasis arasında farklı sonuçlar mevcuttur (97). Consoli ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışma ile Picardi ve ekibinin yürüttüğü iki ayrı araştırmada, aleksitimi ile psoriasis hastalığı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (106,107). Bizim çalışmamızla benzer şekilde Türkiye'de yapılan 12'si psoriasisli 33 dermatoloji hastası 37 kontrol hastasıyla karşılaştırılmış ve psoriasisli hastalarda aleksitimi için anlamlı fark gözlemlenmemiştir (97). Ülkemizde yapılan 71 psoriasis, 86 sağlıklı kontrolden oluşan bir vaka kontrol çalışmasında psoriasisli hastalarda depresyon ve anksiyete anlamlı yüksek olarak görülürken aleksitimi puanlarında anlamlı farklılık yoktu (86). Bizim çalışmamızda aleksitimi, psoriasis vulgarisli hastalarda kontrol grubuyla anlamlı bir farklılık

göstermiyordu. Bizim çalışmamızla benzer sonuçları olan Türkiye temelli çalışmalarda psoriazisli grupla kontrol grubu arasında aleksitimi açısından anlamlı fark olmaması yurt dışı çalışmalarındaki sonuçlarla çelişiyordu. Yapılan çalışmada bu uyumsuzluğun kültürel farklılıklardan kaynaklı olabileceği düşünülmüştür (97). Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi gibi sosyokültürel farklılıkların etkileri çalışmamızda hasta sayısının az olmasından dolayı net olarak değerlendirilememiş olabilir. Literatürde Matila ve arkadaşlarının (2006) yaptığı 5454 kişiden oluşan çalışma ile Kokkonen ve arkadaşlarının (2001) 5993 kişiden oluşan çalışmada aleksitimi yüksek katılımcı sayısı ile değerlendirildiğinde düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik düzey ile yüksek aleksitimi puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (108,109). Daha yüksek katılımcılı çalışmalarda sosyokültürel özelliklerin daha net değerlendirilebileceğini düşünüyoruz. Ayrıca bizim çalışmamızda psoriazisli hastalar genellikle hafif ve orta şiddetli hastalardan oluşuyordu. Çalışmamızda hastalık şiddeti ile aleksitimi arasında ilişki hastalık gruplarından sadece psoriazis hastalarına aitti. Yani psoriazisli hastalarda hastalık şiddeti arttıkça aleksitimi puanları artıyordu. Psoriazisli hastalarda şiddetli hastalığa sahip katılımcıların az olması aleksitimi ile psoriazis arasında anlamlı ilişki görülmemiş olmasına neden olmuş olabilir.

Conrad ve arkadaşlarının KSÜ hastalarında yaptığı bir çalışmada sağlıklı kontrollere göre aleksitimi düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (110). Koca ve arkadaşlarının KSÜ hastalarında aleksitimi ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştırdıkları 75 KSÜ hastası ve 51 sağlıklı kontrol grubuyla yapılan çalışmada KSÜ grubunda anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (111). Maniaci ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, 40 KSÜ hastasında aleksitimi düzeyinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunduğu tespit edilmiştir (112). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde KÜ hastalarında toplam aleksitimi puanları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek seyretti.

PV hastalarında daha önce aleksitimi ilişkisini araştıran literatür çalışması yoktu. Çalışmamızda PV hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı yüksek aleksitimi puanları belirlendi. PV, kronik seyirli ve rahatsız edici deri lezyonlarına ve fonksiyonel sorunlara neden olabilen bir hastalıktır. Zaman zaman yaşamı tehdit

edebilecek kadar şiddetli yan etkiler gösterebilir ve uzun süreli immün baskılayıcı ilaç kullanımına yol açabilir. Bu durum hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Bu nedenlerden dolayı duygusal durumun etkilenmesi ve aleksitiminin PV hastalığına eşlik edebileceği düşünülebilir. Gelecekte yapılacak olan çalışmaların daha büyük hasta grupları üzerinde yapılması, daha doğru sonuçların elde edilmesine yardımcı olacaktır.

Dermatolojik hastalıklarda genellikle topluma göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (97). Picardi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, dermatolojik hastalıkları olan 466 hasta incelenmiş, depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek olduğu ve bu kişilerde intihar riskinin arttığı belirlenmiştir. Bu bulgu, dermatolojik rahatsızlıkları olan hastalarda depresyon ve diğer psikososyal sorunların daha erken tespit edilmesinin önemini vurgulamaktadır (113). Literatürde AAlı hastalarda yüksek depresyon ve anksiyete oranları mevcuttu (114). Doblado ve arkadaşları ile Koo ve arkadaşları, sırasıyla AA hastalarının %66'sında ve %74'ünde psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiğini saptamışlardır. En sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlar yaygın anksiyete ve depresif bozukluk iken, daha nadir olarak sosyal fobi, paranoid bozukluk ve somatoform bozukluklar gözlenmiştir (115,116). AA hastalarında yüksek depresyon oranları, yüksek stres seviyeleriyle ilişkilendirilmiştir. Araştırmalar hem depresyonun hem de stresin AA'yı tetikleyebileceğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda da literatür çalışmalarına benzer şekilde AA hastalığı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı yüksek anksiyete ve depresyon düzeylerine sahipti. Dermatolojik hastalıklar kendi arasında karşılaştırıldığında da AA hastalığının diğer dermatolojik hastalıklardan anlamlı yüksek anksiyete ve depresyon düzeylerine sahip olduğu bulundu. AA hastalığının hem gelişiminde hem de hastalık sürecinde stresin önemi bilinmektedir. Baykal 2003 yılında yaptığı çalışmasında 25 AA hastasının 22'sinde (%88) son 6 ay içerisinde stresli bir olay yaşadıklarını tespit etmiştir (95). Bu nedenle AA hastalarında stres kaynaklı depresyon ve anksiyete gibi psikopatolojilerin yüksek sıklıkta eşlik etmesi de olası bir durum olarak değerlendirilebilir. Literatürdeki psoriasisli hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda genellikle artmış depresyon ve anksiyete oranları bildirilmiştir. Psoriasis ve KÜ gibi kronik deri hastalıklarında sıklıkla stresle birlikte anksiyete ve depresyonun da ortaya çıktığı düşünülmektedir (117). Bir çalışmada

psoriazisli hastalarda depresyon ve anksiyete oranları sırasıyla %44 ve %55 olarak rapor edilmiştir (118). Psoriazisli hastalarla yapılan bir metaanalizde psoriazis hastalarında normal popülasyona göre depresyon sıklığının 1,5 kat fazla olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada dermatolojik hastalıklar anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırılmış ve en yüksek anksiyete oranı psoriazis hastalarında saptanmıştır (119,120). Ülkemizde yapılan 71 psoriazis hastası ve 86 sağlıklı kontrolün yer aldığı bir vaka kontrol çalışmasında, psoriazisli hastalarda depresyon ve anksiyete anlamlı derecede yüksek bulunurken aleksitimi açısından kontrol grubuna göre anlamlı bir yükseklik saptanmamıştır (86).

KÜ'li hastalarda depresyon ve anksiyete oranları ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Ürtikerli hastalarda duygu durum bozuklukları ve anksiyete sık eşlik eder (97). Staubach ve ark. 2011 yılında gerçekleştirdiği, 100 kronik ürtiker hastasından oluşan çalışmada, katılımcıların %48'inde psikosomatik hastalık saptanmıştır. Bu psikosomatik hastalıklar arasında en yaygın olanları sırasıyla anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar ve somatoform bozukluklar gelmiştir (121). Mendelson ve ark. tarafından 747 kronik ürtiker ve 5107 psoriazis hastasıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, KÜ'li hastalarda daha yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete bozuklukları tespit edilmiştir (122). Conrad ve ekibinin yaptığı çalışmada, 41 kronik ürtiker hastası, 44 psoriazis vulgaris hastası ve sağlıklı kontroller karşılaştırılmış ve KÜ'li hastalarda daha yüksek anksiyete ve depresyon puanları belirlenmiştir (110). Consoli, KSÜ hastalarında hastalığın başlangıcında ve/veya şiddetlenmesinde psikolojik faktörlerin rol oynadığını vurgulamıştır. Bu nedenle, daha agresif ürtiker tedavilerine başvurmadan önce ihtiyacı olan hastalarda özellikle antidepresanlarla psikiyatrik tedavi kombinasyonunun uygun olabileceğini öne sürmüştür (123). Bizim çalışmamızda hem psoriazis vulgaris hem de KÜ hastalıklarında sağlıklı kontrol gruplarına göre artmış anksiyete ve depresyon düzeyleri mevcuttur.

Pemfiguslu hastalarla yapılan çalışmalarda, depresyon ve anksiyete puanlarının arttığı gözlemlenmiştir. Pourali ve ark. 2021 yılında yayınlanan meta-analizinde, büllöz deri hastalıklarında %40-80 arasında depresif belirtilerin gözlemlendiği, %11,4 -28 'inin ise depresyon tanısı aldığı belirtilmiştir (124). Matthews ve ekibinin yaptığı derlemede, pemfiguslu hastalarda depresyon veya anksiyete görülme oranının yapılan çalışmalarda %28-74 arasında değiştiği belirtilmiştir (125). PV'li hastalar

üzerinde yapılan bir çalışmada 50 pemfiguslu hasta ile 100 sağlıklı kontrol karşılaştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda, pemfigus hastalarında depresyon ve anksiyetenin sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (126). Bizim çalışmamızda pemfigus hastaları kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anksiyetede anlamlı yükseklik mevcutken depresyonda anlamlı artış olmaması kişi sayısının eksikliğinden kaynaklı olabilir. Ayrıca çalışmamızda pemfigus hastalarında yaş arttıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin anlamlı olarak düşüş gösterdiği bulunmuştur. Literatürde pemfigus hastalarında 50 yaş üzerinde depresyonun daha az görüldüğüne dair çalışma mevcuttur (126). Bizim çalışmamızda da pemfigus hastalarının %65'i 50 yaş üstü hastalardan oluşuyordu. Bu sebeple pemfigus hastalarında depresyonda anlamlı yükseklik bulunmamış olabileceğini düşünüyoruz.

Depresyon ve anksiyete sıklıkla bir arada görülen ve başka tıbbi durumların seyrini ve tedaviye verilen yanıtı olumsuz yönde etkileyebilen psikopatolojilerdir (127). Çalışmamızda tüm dermatolojik hastalıklarda depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı olarak belirlenmiştir.

Picardi ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada psikiyatri polikliniklerine başvuran hastaların psikiyatrik tanılarına ek olarak aleksitimin eşlik ettiğini görmüşlerdir. Özellikle anksiyete, depresyon ve somatizasyon bozuklukları olan hastalarda aleksitimi daha sık eşlik ediyordu. Aleksitimi ve psikososyal işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada kronik dermatolojik hastalıklardan psoriasis, ürtiker ve dermatit hastalarından oluşan hasta grubunda psikososyal işlevsellik düştükçe aleksitimi alt ölçeklerinden olan duyguları tanımlamada zorluk puanı artmıştır (128). Gürkan (1996) tarafından gerçekleştirilen 234 katılımcılı popülasyon çalışmasında aleksitimi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (4). Fukunishi ve arkadaşları (1997) tarafından yürütülen bir çalışmada, ürtikerli hastalarda tedavi sonrası anksiyete puanlarının düşüşüyle birlikte aleksitimi puanlarının da düştüğü gözlemlenmiştir (129). Berthoz ve arkadaşları (1999) yaptıkları popülasyon çalışmasında, aleksitimi ile sürekli anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu çalışmada, sürekli anksiyete ile aleksitimi arasında "duyguları tanıma ve tanımlama güçlükleri" ve "duygu iletişimde zorluk" boyutları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (130). Honkalampi ve arkadaşları, genel popülasyon üzerinde yaptıkları çalışmalarında aleksitimi ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğunu

vurgulayarak, depresyon durumunda aleksitiminin göz önünde bulundurulmasının önemli olduğunu belirtmişlerdir (131). Luminet ve arkadaşları, 46 depresif hastada gerçekleştirilen 14 haftalık antidepresan tedavisi sonrasında aleksitimi skorlarında belirgin bir azalma tespit etmiştir (132). Ayrıca, Sayar ve arkadaşları tarafından yürütülen AA'lı hastalar üzerindeki çalışmada aleksitimi ile depresyon düzeyleri arasında pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir (104). Picardi ve arkadaşları AA'lı hastalarda yapılan çalışmasında aleksitimi düzeyleri ile anksiyete arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır (113). Bizim çalışmamızda aleksitiminin anksiyete ve depresyon düzeyleri ile olan ilişkisini incelediğimizde psoriasis vulgarisli ve AA'lı hastalarda aleksitimi ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. KÜ ve PV'li hastalarda aleksitimi ile anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Aleksitiminin cinsiyetle ilişkisine dair çalışmalarda farklı sonuçlar mevcuttur. Cooper ve Halmstrom'un "Aleksitimi ve Somatik Şikayetler Arasındaki İlişki" konulu araştırmasında, kadınlarda aleksitimik özelliklerin erkeklere kıyasla daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (133). Adolesanlar üzerinde yapılan bir çalışmada, aleksitiminin erkek cinsiyette daha fazla gözlemlendiği, ancak yetişkin grubunda olduğu kadar belirgin bir cinsiyet farkı oluşmadığı ifade edilmiştir (134). Bizim çalışmamızda da tüm hasta gruplarında cinsiyetle aleksitimi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Honkalampi ve arkadaşları (2000) yetişkin popülasyonda erkeklerin kadınlardan daha aleksitimik olduğunu öne sürmektedirler (131). Erkeklerde aleksitimi puanlarının daha yüksek olması, erkeksi cinsiyet rolü gereği duygularını ifade etmenin zayıflık olarak algılanması ve duygularını bastırma eğiliminin daha yaygın olması olarak yorumlanmıştır (4). Kendi çalışmamızda da bu düşüncüyü destekleyecek şekilde, sağlıklı kontrol grubunda erkeklerde aleksitimi alt ölçeklerinden "duyguları ifade etme zorluğu" kadınlardan anlamlı yüksek olarak gözlemlenmiştir.

Cinsiyet ile anksiyete ve depresyon üzerine yapılan çok sayıda çalışma mevcuttur. Bir kamu hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuran 20-45 yaş arasındaki depresyon tanısı almış hastaların %70'i kadınlardan, %30'u ise erkeklerden, anksiyete tanısı alan hastaların ise %69'u kadınlardan, %31'i erkeklerden oluşmaktaydı. Kadınların, erkeklere kıyasla strese bağlı depresyon ve anksiyete tanıları alma

yüzdelерinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu durum kadının fiziksel, ruhsal ve sosyodemografik etkenlerden daha fazla etkilendiği şeklinde yorumlanmıştır (135). Tabolli ve ark. Pemfiguslu 58 hastayla gerçekleştirdikleri bir çalışmada anksiyete düzeyi ölçülmüştür. Çalışmada anksiyete ve depresyon skorlarının korele olduğu ve cinsiyetler arasında farklılık göstermediği belirtilmiştir (136). Richards ve arkadaşlarının 115 psoriasis hastaları üzerinde anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri bir çalışmada psoriasisli kadın hastalarda erkeklere kıyasla anlamlı yüksek anksiyete puanları olduğu bulunmuştur (137). Bizim çalışmamızda da hastalık grupları arasında sadece psoriasisli hastalarda kadınlarda erkeklere göre anlamlı yüksek anksiyete puanları bulunmuştur. Diğer hastalıklarda cinsiyetle anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Renata ve arkadaşlarının (2016) 385 psoriasisli hastada yaptıkları çalışmada depresyon düzeyleri ile medeni durum arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (138). Bizim çalışmamızda AA'lı hastalarda evli katılımcılarda anlamlı yüksek anksiyete olduğu belirlenmiştir. Diğer hastalık gruplarında medeni durum ile aleksitimi, anksiyete ve depresyon ve arasında ilişki bulunmamıştır. AA'lı hastalarda saçlı derideki alopesik alanın peruk gibi ürünler kullanılarak kapatılması, kaşlara dövme yapılması ya da makyaj ile kaş çizimi yapılması, kadınlarda takma kirpik kullanımı, poliklinik ziyaretleri sırasında sıkça görülen davranışlardır. Ev içinde kamuflaj ürün kullanımının ortadan kalkmasıyla, partnerinin yanında kendilerini daha özgüvensiz hissetmelerinin, anksiyete puanlarının yüksek bulunmasına yol açabileceğini düşünüyoruz. Literatürde anksiyete ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulan başka bir çalışmada, bir kamu hastanesine başvuran 20-45 yaş aralığındaki hastaların üç aylık süreçteki kayıt bilgileri retrospektif olarak taranmıştır. Çalışmanın sonucunda, evli olmanın kadınlar için stres ve iş yükü getirisiyle birlikte depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkışını kolaylaştırdığı belirlenmiştir (135).

Camila ve arkadaşlarının (2021) 281 psoriasis hastası ile yaptığı çalışmada depresyon, anksiyete ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmadı (139). Literatürdeki çalışmalara göre, 184 erkek ve 196 kadından oluşan bir grupla yapılan aleksitimi puanlarının ölçüldüğü bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça aleksitimi puanlarının düştüğü tespit edilmiştir. Çalışmada duygusal farkındalığın bilişsel

gelişimin bir parçası olduğu ve artmış eğitim düzeyi ile birlikte aleksitimi puanlarının azalmasının duygusal farkındalıktan kaynaklı olduğu düşünülmüş (140). Finlandiya'da Matila ve arkadaşlarının (2006) yetişkin nüfusu üzerinde gerçekleştirdikleri geniş çaplı bir aleksitimi çalışmasında, 5454 kişilik bir örnekleme dayanarak düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik durumun yüksek aleksitimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (108). Kokkonen ve arkadaşlarının (2001) geniş bir örneklem grubu (n=5993) üzerinde yaptığı aleksitimi çalışmasında düşük eğitim düzeyi ile düşük sosyoekonomik durumun yüksek aleksitimi ile arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur (109). 51 AA'lı ve 91 vitiligolu hasta ile 90 sağlıklı kontrol grubu arasında aleksitiminin araştırıldığı bir çalışmada da AA'lı hastalarda aleksitimi ile düşük eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak düşük eğitim düzeyi anksiyete ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir (87). Aslan ve arkadaşları (1996) 17-65 yaş arasında psikiyatri konsültasyonu istenen 146 hastada aleksitimi ve alt boyutlarıyla; sosyodemografik değişkenler, depresyon ve DSM-IV'e göre psikiyatrik tanımlar arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır ve sosyoekonomik durum ile aleksitimi arasında ilişki bulunmamıştır (4).

Bizim çalışmamızda, tüm hasta gruplarında eğitim durumu ve gelir düzeyi ile aleksitimi, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Aleksitimi ile eğitim düzeyi ve gelir durumunun ilişkisinin literatürdeki geniş katılımcılı çalışmalardan farklı olmasını çalışmamızda kişi sayısının az olmasına bağlıyoruz. Daha fazla sayıda hasta ile yapılacak olan çalışmalarda aleksitiminin sosyokültürel faktörlerden nasıl etkilendiği daha net değerlendirilebilecektir.

Aleksitimi ve eşlik eden hastalıkla alakalı Lamb ve arkadaşlarının 607 psoriasis hastasında yaptığı çalışmada eşlik eden psoriatik artritin artan depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (141). Bizim çalışmamızda hastalık gruplarında eşlik eden hastalıkla aleksitimi, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürde aleksitimi ile genellikle psikiyatrik hastalıkların ilişkisi incelenmiştir, aleksitiminin eşlik eden hastalıkla olan ilişkisi için daha fazla çalışma yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

Renata ve arkadaşlarının 385 hasta ile yaptıkları çalışmada sigara kullanımı ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmadı (138). Bizim çalışmamızda da tüm

hasta gruplarında sigara ve alkol kullanımı ile anksiyete, depresyon ve aleksitimi arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Literatürdeki çalışmalarda hastalık süresi ile hastalık başlangıç yaşının aleksitimiyle ilişkisine dair farklı sonuçlar mevcuttur. Cordan ve arkadaşlarının 43 AA hastasında yaptıkları bir çalışmada hastalık süresi ile hastalık başlangıç yaşının aleksitimi ile ilişkili olmadığı belirlendi (95). Psoriasis hastalığının süresi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, hastalık süresi ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki bulunmamıştır (142). 71 psoriasis hastasının 86 sağlıklı kontrolle karşılaştırılmasıyla yapılan vaka çalışmasında da hastalık süresi ile aleksitimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (86). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hastalık gruplarında hastalık süresi ve hastalık başlangıç yaşı ile aleksitimi, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bunların aksine Sung ve arkadaşlarının 66 pemfigus hastasıyla yaptığı kesitsel çalışmada, hastalık süresi uzun olan bireylerde, hastalık süresi kısa olanlara göre daha yüksek oranda depresif belirtilerin gözlemlendiği belirlenmiştir (143). Camila ve arkadaşlarının 281 psoriasisli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada hastalık süresinin artmasıyla depresyon ve anksiyete puanlarında anlamlı artış olduğu görülmüştür (139).

Literatürde, psoriasisli hastalarla yapılan bir vaka kontrol çalışmasında, 71 psoriasis hastası ve 86 sağlıklı kontrolden oluşan bir grup incelenmiştir. Bu çalışmada, psoriasis hastalarında aleksitimi, anksiyete ve depresyon puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (86). Lamb ve arkadaşları ile Renata ve arkadaşlarının psoriasisli hastalarla yaptıkları iki ayrı çalışmada hastalık şiddeti ile depresyon skorları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (138,141). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde psoriasisli hastalarda hastalık şiddeti ile aleksitimi, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı pozitif yönde ilişki bulunmuştur. AA'lı hastalarla yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hastalık şiddeti arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir (144). Bizim çalışmamızda da AA'lı hastalarda hastalık şiddeti ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı pozitif yönde ilişki bulundu. Ancak aleksitimi ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Hunkin ve Cheung Chung'un (2012) yaptığı kontrollü çalışmada, 89 KSÜ hastalarında aleksitimi ilişkisini göstermeyi amaçladılar. Bu çalışmada, aleksitimik özelliklerin KSÜ hastalık şiddetinden etkilenebileceği

belirlenmiştir ancak aleksitimi ile anlamlı yüksek ilişki bulunmamıştır (145). Ülkemizde 60 KÜ'li hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastalık şiddeti ile depresyon düzeyleri arasında zayıf fakat pozitif olarak korele bir ilişki olduğu bulunmuştur (146). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde KÜ'li hastalarda hastalık şiddeti ile aleksitimi ve anksiyete arasında anlamlı ilişki belirlenmedi. Sadece KÜ'li hastalarda hastalık şiddeti ile depresyon arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı ilişki tespit edildi. PV'li 50 hasta ve 100 sağlıklı kontrolle yapılan çalışmada hastalık şiddeti fazla olan kişilerde anlamlı derecede daha fazla depresif belirtiler sergilediği belirlenmiştir (126). Bizim çalışmamızda PV'li hastalarda hastalık şiddeti ile aleksitimi, anksiyete ve depresyon arasında ilişki saptanmadı.

Dizen ve arkadaşlarının psoriasisli hastalarla yapılan bir vaka kontrol çalışmasında, sağlıklı kontrol grubuyla aleksitimi puanları karşılaştırılmış ve yaş ile aleksitiminin ilişkisinin olmadığı bulunmuştur (86). Cordan ve ark.'nın AAlı hastalarda yaptığı çalışmasında aleksitiminin yaş ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir (147). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hasta gruplarında yaş ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Finlandiya'da Matila ve arkadaşlarının (2006) yetişkin nüfusu üzerinde gerçekleştirdikleri 5454 kişilik örnekleme artan yaşın aleksitimi ile güçlü bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir (108).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 75 pemfigus hastası ile 76 sağlıklı kontrol arasında depresyon ve anksiyete skorları incelenmiştir. Bu çalışmada, pemfigus hastalarının depresyon ve anksiyete skorlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Özellikle pemfigus hastalarının yaşının 50'nin altında olduğu durumlarda, daha yüksek oranda anksiyete ve depresyon eşlik ettiği gözlenmiştir (126). Genç popülasyonda anksiyete ve depresyonun daha fazla olması gençlerin dış görünümüne daha ilgili olması ve sosyal hayatta daha aktif olmalarından kaynaklanmış olabilir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde yaş ile anksiyete ve depresyon ilişkisinde sadece pemfigus hastalarında yaş ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Yaşın artmasıyla anksiyete ve depresyon düzeyinin azaldığı gözlemlenmiştir. Diğer hastalıklarda yaşla depresyon ve anksiyete skorları arasında anlamlı fark görülmedi. Literatürde yapılan başka bir çalışmada psoriasis hastalığının şiddetli seyrettiği hasta grubunda, genç hastalarda psikiyatrik hastalık riskinin daha

fazla olduğu saptanmıştır (148). Çalışmamızda 51 psoriazisli hastadan sadece üçünde Paşı>10'ydi. Psoriazisli katılımcıların hafif ve orta şiddetli hastalardan oluşmuş olması yaşla psikiyatrik hastalık arasında anlamlı ilişki çıkmamış olmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri, kesitsel bir çalışma olması dolayısıyla sebep-sonuç ilişkisini belirlemede zayıflığdır.

Ölçeklerdeki soru sayısının fazlalığının katılımcıların dikkatini dağıtıcı ve motivasyonlarını azaltıcı bir faktör olabileceğini dűřünüyoruz. Çalışmamızda hasta sayısının az olması bir diğer kısıtlılık olarak sayılabilir.



6. SONUÇ

Dermatolojik hastalıklar, stresle tetiklenebilen ve genellikle anksiyete, depresyon gibi psikopatolojilerle ilişkilendirilen hastalıklardır. Bu hastalıkların kronik stresle ilişkili olduğu durumlarda, aleksitimi adı verilen kişilik bozukluğunun ortaya çıkabileceği bilinmektedir. Aleksitimi, duyguların tanınmasında ve ifade edilmesinde güçlük çekme olarak tanımlanır.

Çalışmamızda psoriasis vulgaris haricindeki hastalık grupları sağlıklı kontrol gruplarına göre anlamlı yüksek aleksitimi puanlarına sahiptir ve hastalıklar arasında anlamlı olarak en yüksek aleksitimi AA'lı hastalara aittir.

Çalışmamızda her hastalık grubunda anksiyete ve depresyon düzeylerine göre yapılan analizde PV'li hastalarda sadece anksiyete, diğer hastalık gruplarında hem anksiyete hem de depresyon sağlıklı kontrollere göre anlamlı yüksek saptanmıştır. Anksiyete ve depresyonda hastalık grupları arasında anlamlı yüksek sonuçlar AA'lı hastalara aittir.

AA ve psoriasisli hastalarda, aleksitimi ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Aleksitimi puanları yükseldikçe, anksiyete ve depresyon puanlarında da artış olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda hastalık gruplarından sadece psoriasis vulgarisli hastalarda aleksitimi ve hastalık şiddeti arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Hastalık şiddeti arttıkça aleksitimi puanlarının arttığı bulunmuştur.

Psoriasis vulgaris ve AA hastalarında hastalık şiddeti ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Hastalık şiddetindeki artış, anksiyete ve depresyon puanlarında artışla ilişkilidir.

Sosyodemografik özellikler ile aleksitimi, anksiyete ve depresyon ilişkisine bakıldığında, cinsiyet ve medeni durum açısından iki yerde anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Psoriasis vulgarisli hastalarda kadın katılımcılar arasında ve AA'lı hastalarda evli katılımcılarda anlamlı şekilde yüksek anksiyete düzeyleri gösterilmiştir.

Hasta gruplarında yaş ile aleksitimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sadece PV'li hastalarda yaş ile anksiyete ve depresyon puanları anlamlı negatif korelasyon

göstermiştir. PV'li hastaların yaşı arttıkça anksiyete ve depresyon puanlarının düştüğü gösterilmiştir.

Hasta gruplarında hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, eşlik eden hastalık, sigara-alkol kullanımı, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum ile aleksitimi, anksiyete ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.



7. KAYNAKLAR

1. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts. *Indian J Psychiatry*. 2010 Jul;52 (3):270-5.
2. Beltraminelli H, Itin P. Skin and psyche--from the surface to the depth of the inner world. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008 Jan;6 (1):8-14.
3. Vidal Yucha SE, Tamamoto KA, Kaplan DL. The importance of the neuro-immuno-cutaneous system on human skin equivalent design. Vol. 52, *Cell Proliferation*. Blackwell Publishing Ltd; 2019.
4. Koçak, R. Aleksitimi: Kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES), 35 (1), 183-212. 2002
5. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol*. 2008 Sep;47 (9):903–10.
6. Yazıcı M, Kılıç A, Gül Ü, Güleç H. Alexithymia and Anger in Patients with Psoriasis [Internet]. 2009 Jan; 169-74 Available from: <https://www.researchgate.net/publication/40765395>
7. Wasserman D, Guzman-Sanchez D, Scott K, McMichael A. Alopecia areata. *Int J Dermatol*. 2007 Feb;46 (2):121–31.
8. Olsen E, Hordinsky M, McDonald-Hull S, Price V, Roberts J, Shapiro J, et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines*. *J Am Acad Dermatol*. 1999 Feb;40 (2):242–6.
9. Hordinsky MK. Overview of Alopecia Areata. Vol. 16, *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*. Elsevier B.V.; 2013. p. S13–5.
10. Islam N, Leung PSC, Huntley AC, Eric Gershwin M. The autoimmune basis of alopecia areata: A comprehensive review. Vol. 14, *Autoimmunity Reviews*. Elsevier; 2015. p. 81–9.
11. Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, McElwee KJ, Shapiro J. Alopecia areata update. Part I. Clinical picture, histopathology, and pathogenesis. Vol. 62, *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2010. p. 177–88.
12. Türkay A, Uzunçakmak TK, Engin B, Serdaroğlu S. Alopecia Areata: Current Review. *Dermatoz*. 2021 Mar 17;11 (4):39–51.

13. AK Gupta, J Carviel, W Abramovits. Alopesi Areata'nın Tedavisi: Güncel Uygulamalar ve Yeni Yönelimler. *Am J Clin Dermatol*. 2017;67–75.
14. Olsen EA, Hordinsky MK, Price VH, Roberts JL, Shapiro J, Canfield D, et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines–Part II. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Sep;51 (3):440–7.
15. MacLean KJ, Tidman MJ. Alopecia areata: more than skin deep. *Practitioner*. 2013 Sep;257 (1764):29–32.
16. Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Apr;42 (4):549–66; quiz 567–70.
17. Messenger AG, McKillop J, Farrant P, McDonagh AJ, Sladden M, Hughes J, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of alopecia areata 2012. *British Journal of Dermatology*. 2012 May 23;166 (5):916–26.
18. Koca R, Armutcu F, Altinyazar C, Gürel A. Evaluation of lipid peroxidation, oxidant/antioxidant status, and serum nitric oxide levels in alopecia areata. *Med Sci Monit*. 2005 Jun;11 (6):CR296-299.
19. Huang KP, Mullangi S, Guo Y, Qureshi AA. Autoimmune, Atopic, and Mental Health Comorbid Conditions Associated With Alopecia Areata in the United States. *JAMA Dermatol*. 2013 Jul 1;149 (7):789.
20. Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, McElwee KJ, Shapiro J. Alopecia areata update. Part II. Treatment. Vol. 62, *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2010. p. 191–202.
21. Abraham LS, Torres FN, Azulay-Abulafia L. Pistas dermatoscópicas para diferenciar a tricotilomania da alopecia areata em placa. *An Bras Dermatol*. 2010 Oct;85 (5):723–6.
22. Rakowska A, Slowinska M, Olszewska M, Rudnicka L. New Trichoscopy Findings in Trichotillomania: Flame Hairs, V-sign, Hook Hairs, Hair Powder, Tulip Hairs. *Acta Dermato Venereologica*. 2014;94 (3):303–6.
23. Goh C, Finkel M, Christos P, Sinha A. Profile of 513 patients with alopecia areata: associations of disease subtypes with atopy, autoimmune disease and positive family history. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2006 Oct 31;20 (9):1055–60.

24. Strazzulla LC, Wang EHC, Avila L, Lo Sicco K, Brinster N, Christiano AM, et al. Alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 2018 Jan;78 (1):1–12.
25. Trüeb RM, Dias MFRG. Alopecia Areata: a Comprehensive Review of Pathogenesis and Management. Vol. 54, *Clinical Reviews in Allergy and Immunology*. Humana Press Inc.; 2018. p. 68–87.
26. Aktaş E, Aykol D. Alopesi Areatada Tedavi Yaklaşımları. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı *Türkderm* 2004. 2004;20–7.
27. Spano F, Donovan JC. Alopecia areata: Part 2: treatment. *Can Fam Physician*. 2015 Sep;61 (9):757-61.
28. L Rudnicka, M Arenbergerova, R Grimalt, D Ioannides, AC Katoulis. European expert consensus statement on the systemic treatment of alopecia areata. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2024; Apr; 38 (4):687-694.
29. Tang L, Cao L, Sundberg JP, Lui H, Shapiro J. Restoration of hair growth in mice with an alopecia areata-like disease using topical anthralin. *Exp Dermatol*. 2004 Jan 5;13 (1):5–10.
30. Lu W, Shapiro J, Yu M, Barekataan A, Lo B, Finner A, et al. Alopecia areata: pathogenesis and potential for therapy. *Expert Rev Mol Med*. 2006 Jun 20;8 (14):1–19.
31. Meah N, Wall D, York K, Bhoyrul B, Bokhari L, Sigall D, et al. The Alopecia Areata Consensus of Experts (ACE) study: Results of an international expert opinion on treatments for alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Jul;83 (1):123–30.
32. Savitha Sharath, Kabir Sardana, Ananta Khurana. A Real-World Study of Steroid-Free Monotherapy with Tofacitinib in Severe and Therapy-Recalcitrant Alopecia Areata, Alopecia Totalis, and Alopecia Universalis Cases: A Retrospective Analysis. Department of Dermatology, Venereology and Leprosy, Atal Bihari Vajpayee Institute of Medical Sciences and Research Institute and Dr Ram Manohar Lohia Hospital, New Delhi, India. 2024;49–54.

33. Filaković P, Petek A, Koić O, Radanović-Grgurić L, Degmecić D. Comorbidity of depressive and dermatologic disorders - therapeutic aspects. *Psychiatr Danub*. 2009 Sep;21 (3):401–10.
34. Çelik T, Akman A, Karaman T, Başaran E, Yılmaz E. Alopesi Areata ve Akne Vulgarisin. Ruhsal Durum Üzerine Etkileri. *Turk J. Dermatol* 2010; 4: 4-8.
35. Göncü EK, Aktan Ş, Atakan N, Başkan EB, Erdem T, Koca R, et al. Türkiye ürtiker tani ve tedavi kılavuzu-2016. *Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arsivi*. 2016;50 (3):82–98.
36. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: The 2013 revision and update. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2014;69 (7):868–87.
37. Fricke J, Ávila G, Keller T, Weller K, Lau S, Maurer M, et al. Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: Systematic review with meta-analysis. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2020 Feb 1;75 (2):423–32.
38. Mathelier-Fusade P. Drug-induced urticarias. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2006 Feb;30 (1):19-23.
39. Rasmussen ER, Mey K, Bygum A. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced angioedema - A dangerous new epidemic. Vol. 94, *Acta Dermato-Venereologica. Medical Journals/Acta D-V*; 2014. p. 260–4.
40. Zuberbier T, Pfrommer C, Specht K, Vieths S, Bastl-Borrmann R, Worm M, et al. Aromatic components of food as novel eliciting factors of pseudoallergic reactions in chronic urticaria. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2002;109 (2):343–8.
41. Huang SW. Acute urticaria in children. *Pediatr Neonatol* .2009;50:85–7.
42. Wedi B, Raap U, Kapp A. Chronic urticaria and infections. *Curr Opin Allergy Clin Immuno*. 2004;387–96.
43. Maurer M, Magerl M, Metz M, Siebenhaar F, Weller K, Krause K. Practical algorithm for diagnosing patients with recurrent wheals or angioedema.

- Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2013 Jun;68 (6):816–9.
44. Peroni A, Colato C, Zanoni G, Girolomoni G. Urticarial lesions: If not urticaria, what else? The differential diagnosis of urticaria. Part II. Systemic diseases. Vol. 62, Journal of the American Academy of Dermatology. 2010. p. 557–70.
 45. Kolkhir P, Giménez-Arnau AM, Kulthanan K, Peter J, Metz M, Maurer M. Urticaria. Nat Rev Dis Primers. 2022 Dec 1;8 (1).
 46. Humphreys, Hunter. The characteristics of urticaria in 390 patients. British Journal of Dermatology. 1998 Apr;138 (4):635–8.
 47. Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. Clin Dermatol. 2007 Nov;25 (6):510–8.
 48. Naldi L, Peli L, Parazzini F, Carrel CF. Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: Results of a case-control study. J Am Acad Dermatol. 2001;44 (3):433–8.
 49. Kawada A, Tezuka T, Nakamizo Y, Kimura H, Nakagawa H, Ohkido M, et al. A survey of psoriasis patients in Japan from 1982 to 2001 [Internet]. Vol. 31, Journal of Dermatological Science. 2003. Available from: www.elsevier.com/locate/jdermsci
 50. Viguier M, Allez M, Zagdanski AM, Bertheau P, De Kerviler E, Rybojad M, et al. High frequency of cholestasis in generalized pustular psoriasis: Evidence for neutrophilic involvement of the biliary tract. Hepatology. 2004 Aug;40 (2):452–8.
 51. Rosenberg BE, Strober BE. Acrodermatitis continua. Dermatol Online J. 2004 Nov 30;10 (3):9.
 52. O'Doherty CJ, MacIntyre C. Palmoplantar pustulosis and smoking. Br Med J (Clin Res Ed). 1985 Sep 28;291 (6499):861–4.
 53. Balasubramaniam P, Berth-Jones J. Erythroderma: 90% skin failure. Hosp Med. 2004 Feb;65 (2):100–2.
 54. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM, Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project

- team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013 Feb;133 (2):377–85.
55. Yayli S, Topbaş M, Arica D, Tuğcugil S, Çapkin E, Bahadır S. Trabzon ilinde psoriasis prevalansı. *Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arsivi*. 2016;50 (4):141–4.
56. Alpsoy E, Ergun T, Şendur N, Adışen E, Balcı D, Özden M Tüm Yönleriyle Psoriasis. İstanbul, Mayıs 2020
57. Danielsen K, Olsen AO, Wilsgaard T, Furberg AS. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. *Br J Dermatol*. 2013 Jun;168 (6):1303–10.
58. Mahil SK, Capon F, Barker JN. Genetics of psoriasis. *Dermatol Clin*. 2015 Jan;33 (1):1–11.
59. Mallon E, Bunce M, Wojnarowska F, Welsh K. HLA-CW*0602 is a susceptibility factor in type I psoriasis, and evidence Ala-73 is increased in male type I psoriatics. *J Invest Dermatol*. 1997 Aug;109 (2):183–6.
60. Bowcock AM. The genetics of psoriasis and autoimmunity. *Annu Rev Genomics Hum Genet*. 2005;6: 93–122.
61. Mallon E, Newson R, Bunker CB. HLA-Cw6 and the genetic predisposition to psoriasis: a meta-analysis of published serologic studies. *J Invest Dermatol*. 1999 Oct;113 (4):693–5.
62. Strange A, Capon F, Spencer CCA, Knight J, Weale ME, et al. A genome-wide association study identifies new psoriasis susceptibility loci and an interaction between HLA-C and ERAP1. *Nat Genet*. 2010 Nov;42 (11):985–90.
63. Marrakchi S, Guigue P, Renshaw BR, Puel A, Pei XY, Fraitag S, et al. Interleukin-36-receptor antagonist deficiency and generalized pustular psoriasis. *N Engl J Med*. 2011 Aug 18;365 (7):620–8.
64. Helliwell PS, Taylor WJ. Classification and diagnostic criteria for psoriatic arthritis. In: *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2005.
65. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis: Development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006 Aug;54 (8):2665–73.

66. Henseler T, Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1995 Jun;32 (6):982–6.
67. Jobling R, Naldi L. Assessing the impact of psoriasis and the relevance of qualitative research. *J Invest Dermatol*. 2006 Jul;126 (7):1438–40.
68. Benhadou F, Mintoff D, Del Marmol V. Psoriasis: Keratinocytes or Immune Cells - Which Is the Trigger? *Dermatology*. 2019;235 (2):91–100.
69. Shen C, Gao J, Yin X, Sheng Y, Sun L, Cui Y, et al. Association of the late cornified envelope-3 genes with psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. *J Genet Genomics*. 2015 Feb 20;42 (2):49–56.
70. Chan JR, Blumenschein W, Murphy E, Diveu C, Wiekowski M, Abbondanzo S, et al. IL-23 stimulates epidermal hyperplasia via TNF and IL-20R2-dependent mechanisms with implications for psoriasis pathogenesis. *J Exp Med*. 2006 Nov 27;203 (12):2577–87.
71. Saraceno R, Kleyen CE, Terenghi G, Griffiths CEM. The role of neuropeptides in psoriasis. *Br J Dermatol*. 2006 Nov;155 (5):876–82.
72. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet*. 2007 Jul 21;370 (9583):263–71.
73. Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG, Apalla Z, Karakyrriou E, Karatolias A, et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. *Br J Dermatol*. 2012 Jun;166 (6):1198–205.
74. Petronic-Rosic V, Basko-Plluska J. Psoriasis: epidemiology, natural history, and differential diagnosis. *Psoriasis: Targets and Therapy*. 2012 Sep;67.
75. Onsun N. Psoriazis Tedavi Yöntemleri ve Algoritmik Yaklaşım Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye 2008; 42 (2): 31-41
76. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. *Int J Mol Sci*. 2019 Mar 23;20 (6).
77. Colombo MD, Cassano N, Bellia G, Vena GA. Cyclosporine regimens in plaque psoriasis: An overview with special emphasis on dose, duration, and old and new treatment approaches. Vol. 2013, *The Scientific World Journal*. 2013.

78. Saurat JH, Sorg O. Retinoids. 4th ed. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. 2018. 2200–2213 p.
79. Nast A, Amelunxen L, Augustin M, Boehncke WH, Dressler C, Gaskins M, et al. S3 Guideline for the treatment of psoriasis vulgaris, update - Short version part 1 - Systemic treatment. J Dtsch Dermatol Ges. 2018 May;16 (5):645–69.
80. Malik AM, Tupchong S, Huang S, Are A, Hsu S, Motaparthi K. An Updated Review of Pemphigus Diseases. Medicina (Kaunas). 2021 Oct 9;57 (10).
81. Kridin K, Schmidt E. Epidemiology of Pemphigus. JID Innov. 2021 Mar;1 (1):100004.
82. Uçmak D. Pemphigus. Journal of Clinical and Experimental Investigations [Internet]. 2011 Dec 12;2 (4). Available from: <http://www.jceionline.org/article/pemphigus-3268>
83. Venugopal SS, Murrell DF. Diagnosis and clinical features of pemphigus vulgaris. Vol. 29, Dermatologic Clinics. 2011. p. 373–80.
84. Bilaç C, Şahin MT, Öztürkcan S. Dermatolojide hastalık şiddeti skollama sistemleri. Vol. 50, Turkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arsivi. Istanbul Assoc. of Dermatology and Venerology; 2016. p. 42–53.
85. Uzun Savaş Yaylı Aslı Bilgiç Temel S, kaynaktan birebir Türkçe A, çevrilmiştir Hertl ye M. Pemphigus. S2 guideline for diagnosis and treatment [Internet]. Vol. 29, J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015. Available from: www.galenos.com.tr
86. Dizen Namdar N, Arıkan İ. The relationship between alexithymia, anxiety, depression, and severity of the disease in psoriasis patients. J Surg Med. 2020;4 (3):226-9.
87. Inanır I, Kocabaş E. Alopesi Areata ve Vitiligoda Aleksitimi. [Mersin]; 2011.
88. Namli Z, Karaytuğ MO. Depresyon Kliniği [Clinical Features of Depression] [Internet]. 2012. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/266969548>
89. Sifneos PE. Alexithymia: past and present. Am J Psychiatry. 1996 Jul;153 (7 Suppl):137–42.

90. Levent E, Tot Acar Ş. Kronik İdiopatik/ Spontan Ürtiker Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Belirti Şiddeti ile Aleksitimi ve Öfkenin Sağlıklı Kontroller ile Karşılaştırılması. [Mersin]; 2017: 67-78
91. Taylor GJ, Bagby RM. Psychoanalysis and Empirical Research: The Example of Alexithymia. J Am Psychoanal Assoc. 2013;61 (1):99–133.
92. Walter NT, Montag C, Markett SA, Reuter M. Interaction effect of functional variants of the BDNF and DRD2/ANKK1 gene is associated with alexithymia in healthy human subjects. Psychosom Med. 2011 Jan;73 (1):23–8.
93. Güleç H, Yenel A. 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri. İstanbul (Klinik Psikiyatri 2010;13:108-112)
94. Aydemir O, Küey L. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. [Internet]. 949. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/301778685>
95. Salman U. Alopesi Areata Hastalarında İşlemsel Düşünce /Aleksitimi ve Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi. [İstanbul]; 2019: 7-101
96. Baiardini I, Braidò F. Alexithymia and chronic diseases: The state of the art [Internet]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/51047085>
97. Güz H, Ay M, Dilbaz N. Bir Grup Dermatolojik Hastalarda Aleksitimi, Depresyon ve Anksiyete. Düşünen Adam; 2000, 13 (3): 161-165
98. Özkorumak E, Güleç H, Kose S, Borckardt J, et al. Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitimi Bir Etken Olabilir Mi? J Clin Psy. 2006; 9 (4): 161-169
99. García-Hernández MJ, Ruiz-Doblado S, Rodriguez-Pichardo A, Camacho F. Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. J Dermatol. 1999 Oct;26 (10):625–32.
100. Bangera A, Singh M, Godse K, Patil S. The incidence of depression and anxiety disorders in spontaneous chronic urticaria patients. Qatar Med J. 2023;2023 (2):16.

101. Matias AB, Ferreira Roselino AM. Pemphigus and psychological stress: a review of the literature. *Our Dermatology Online*. 2013 Nov 12;4 (Suppl.3):616–8.
102. Panconesi E, Hautmann G. Psychophysiology of stress in dermatology. The psychobiologic pattern of psychosomatics. *Dermatol Clin*. 1996 Jul;14 (3):399–421.
103. Cordan Yazici A, Başterzi A, Tot Acar S, Ustünsoy D, Ikizoğlu G, Demirseren D, et al. [Alopecia areata and alexithymia]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2006;17 (2):101–6.
104. Sayar K, Köse O, Ebrinç S, Şetin M. Hopelessness, Depression and Alexithymia in Young Turkish Soldiers Suffering from Alopecia areata. 2001;2 (1):12–5.
105. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, et al. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics*. 2003;44 (5):374–81.
106. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P, Cattaruzza MS, Baliva G, Melchi CF, et al. Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics*. 2005;46 (6):556–64.
107. Consoli SM, Rolhion S, Martin C, Ruel K, Cambazard F, Pellet J, et al. Low levels of emotional awareness predict a better response to dermatological treatment in patients with psoriasis. *Dermatology*. 2006;212 (2):128–36.
108. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*. 2006 Nov;61 (5):629–35.
109. Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, Läksy K, Jokelainen J, Järvelin MR, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry*. 2001;42 (6):471–6.
110. Conrad R, Geiser F, Haidl G, Hutmacher M, Liedtke R, Wermter F. Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008 Sep;22 (9):1062–9.

111. Koca T, Nazik H, Mülayim M, Öztürk P. The relation of chronic idiopathic urticaria with Fibromyalgia, sleep disturbance and anxiety. *Journal of Contemporary Medicine*. 2019 Jun 30;9 (2):151–5.
112. Maniaci G, Epifanio MS, Marino MA, Amoroso S. The presence of alexithymia investigated by the TAS-20 in chronic urticaria patients: a preliminary report. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. 2006 Jan;38 (1):15–9.
113. Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol*. 2006 Mar;54 (3):420–6.
114. Manolache L, Benea V. Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007 Aug;21 (7):921–8.
115. Koo JY, Shellow W V, Hallman CP, Edwards JE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol*. 1994 Dec;33 (12):849–50.
116. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, García-Hernández MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol*. 2003 Jun;42 (6):434–7.
117. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*. 1986;24 (1):1–8.
118. Russo PAJ, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol*. 2004 Aug;45 (3):155–9; quiz 160–1.
119. Dowlatshahi EA, Wakke M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol*. 2014 Jun;134 (6):1542–51.
120. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol*. 2015 Apr;135 (4):984–91.

121. Staubach P, Dechene M, Metz M, Magerl M, Siebenhaar F, Weller K, et al. High prevalence of mental disorders and emotional distress in patients with chronic spontaneous urticaria. *Acta Derm Venereol*. 2011 Sep;91 (5):557–61.
122. Mendelson MH, Bernstein JA, Gabriel S, Balp MM, Tian H, Vietri J, et al. Patient-reported impact of chronic urticaria compared with psoriasis in the United States. *J Dermatolog Treat*. 2017 May;28 (3):229–36.
123. Consoli SG. [Psychological factors in chronic urticaria]. *Ann Dermatol Venereol*. 2003 May;130 Spec No 1:1S73-7.
124. Pourali SP, Gutierrez Y, Kohn AH, Rajkumar JR, Jones ME, Ortiz I, et al. Bullous Dermatoses and Depression: A Systematic Review. *JAMA Dermatol*. 2021 Dec 1;157 (12):1487–95.
125. Matthews R, Ali Z. Comorbid mental health issues in patients with pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus. *Clin Exp Dermatol*. 2022 Jan;47 (1):24–9.
126. Kaya A, Fetil E Pemfigus Hastalarının Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Sosyal Fobi Görülme Sıklığı, Uyku Kalitesi Yönünden Kendi Aralarında ve Normal Popülasyon ile Karşılaştırılması. [İstanbul]: 2022: 64-75
127. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Vol. 2, *The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital*. 2011.
128. Picardi A, Porcelli P, Mazzotti E, Fassone G, Lega I, Ramieri L, et al. Alexithymia and global psychosocial functioning: a study on patients with skin disease. *J Psychosom Res*. 2007 Feb;62 (2):223–9.
129. Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J, Takubo M. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry*. 1997;38 (3):166–70
130. Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F, Jouvent R. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *Eur Psychiatry*. 1999 Nov;14 (7):372-8. doi: 10.1016/s0924-9338 (99)00233-3. PMID: 10683621.
131. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*. 2000 Jan;48 (1):99–104.

132. Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. An Evaluation of the Absolute and Relative Stability of Alexithymia in Patients with Major Depression. *Psychother Psychosom.* 2001;70 (5):254–60.
133. Öztabak M. Problemlı İnternet Kullanımı Olan Ergenlerin İnternet Kullanımına İlişkin Duygu ve Görüşlerinin İncelenmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi.* 2018 Aug 31;
134. Joukamaa M, Taanila A, Miettunen J, Karvonen JT, Koskinen M, Veijola J. Epidemiology of alexithymia among adolescents. *J Psychosom Res.* 2007 Oct;63 (4):373–6.
135. Sarıca E, Karapınar A. Cinsiyet ve Medeni Durum ile Stres Zemininde Oluşan Hastalıkların İlişkisi. *Sakarya Medical Journal.* 2022 May 30; 12 (2):263-272
136. Tabolli S, Mozzetta A, Antinone V, Alfani S, Cianchini G, Abeni D. The health impact of pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus assessed using the Medical Outcomes Study 36-item short form health survey questionnaire. *British Journal of Dermatology.* 2008 May;158 (5):1029–34.
137. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CEM, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res.* 2001 Jan;50 (1):11–5.
138. Petraškienė R, Valiukevičienė S, Macijauskienė J. Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis. *Medicina (Kaunas).* 2016;52 (4):238–43.
139. Pollo CF, Miot HA, Matos TD de S, de Souza JM, Jorge MFS, Miot LDB, et al. Prevalence and factors associated with depression and anxiety in patients with psoriasis. *J Clin Nurs.* 2021 Feb 27;30 (3–4):572–80.
140. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic Correlates of Alexithymia. 1998.
141. Lamb RC, Matcham F, Turner MA, Rayner L, Simpson A, Hotopf M, et al. Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting. *Br J Dermatol.* 2017 Apr;176 (4):1028–34.

142. Kiliç A, Güleç MY, Gül U, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008 May;22 (5):537–42.
143. Sung JY, Roh MR, Kim SC. Quality of Life Assessment in Korean Patients with Pemphigus. *Ann Dermatol*. 2015;27 (5):492.
144. Gupta MA, Gupta AK, Watteel GN. Stress and alopecia areata: a psychodermatologic study. *Acta Derm Venereol*. 1997 Jul;77 (4):296–8.
145. Hunkin V, Chung MC. Chronic idiopathic urticaria, psychological co-morbidity and posttraumatic stress: the impact of alexithymia and repression. *Psychiatr Q*. 2012 Dec;83 (4):431–47.
146. Memet B, Vurgun E, Barlas F, Metz M, Maurer M, Kocatürk E. In Chronic Spontaneous Urticaria, Comorbid Depression Linked to Higher Disease Activity, and Substance P Levels. *Front Psychiatry*. 2021 May 26;12.
147. Cordan Yazici A, Başterzi A, Tot Acar S, Ustünsoy D, Ikizoğlu G, Demirseren D, et al. [Alopecia areata and alexithymia]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2006;17 (2):101–6.
148. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol*. 2010 Aug;146 (8):891–5.

8. EKLER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Gönüllü Grubu)

‘Alopesi areata , Kronik ürtiker, Psöriazis vulgaris, Pemfigus Vulgaris hastalarında aleksitimi’ çalışmamızda alopesi areata(saçkıran) , kronik ürtiker , psoriazis vulgaris(sedef) , pemfigus vulgaris li hastalara eşlik edebilecek bazı psikiyatrik problemler olan depresyon, anksiyete ve aleksitimiye yönelik anketler vererek bu yolla temelde aleksitimi denilen duygularını ifade edememe şeklinde özetleyebileceğimiz kişilik özelliğinin bu cilt hastalıklarının gelişimindeki rolünü belirlemeye çalışmaktayız. Depresyon, anksiyete ile aleksitiminin ilişkisi ve hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süresi ,ek hastalıklar gibi özelliklerini de inceleyeceğiz. Bu araştırmayı yaklaşık 200 hasta ve 50 sağlıklı kontrol hastası toplam 250 katılımcı üzerinden yapmayı planlıyoruz. Bununla ilgili olarak sizi araştırmamıza dahil etmek için izninizi rica ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestiniz. Kararınızdan önce araştırmamız hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Çalışmada bakılacak Hastane anksiyete ölçeği, Hastane depresyon ölçeği ve Toronto Aleksitimi ölçeği tarafımızca ve psikiyatri doktoru Uzm. Dr. Hüda Murat Soyak tarafından değerlendirilecektir. İzin verdiğiniz taktirde size ait kayıtlar ismi gizli tutularak değerlendirilecek ve bir rapor hazırlanacaktır. Test sonuçları ile ilgili bilgiler yalnızca proje yürütücüsü Dr Sevgi Betül Karamehmet kayıtlarında saklanacak ve bu şekilde size ait bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmada alınan örneklerden herhangi bir genetik analiz yapılmayacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, tıbbi dergilerde yayınlansa dahi hasta isimlerine yer verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için size ödeme de yapılmayacaktır.

(a) Yapılacak araştırmanın getirebileceği olası riskler:

(b) Çalışmamız anket çalışması olup herhangi bir girişim, müdahale ve aldığınız tedaviyi değiştirecek bir yaklaşım olmayacaktır. Araştırmanın getireceği olası bir risk öngörülmemektedir.

(c) Yapılacak araştırmanın getirebileceği olası yararlar:

(d) Çalışmamızda hastalığınız için mevcut tedavinizi almakta iken beraberinde hastalığınızı tetikleme riski olabilecek olan aleksitimi denilen duygularını ifade edememe durumu olarak ifade ettiğimiz kişilik bozukluğunun mevcut olup olmadığını ve araştırmamızda incelediğimiz alopesi areata(saçkıran) , kronik ürtiker , psöriazis vulgaris(sedef) ve pemfigus vulgaris hastalarında aleksitiminin anlamlı rolü olup olmadığını inceleyeceğiz. Hastaları depresyon ve anksiyete açısından da değerlendirerek psikiyatrik açıdan da tedaviye ihtiyacın olup olmadığını belirleyerek daha etkin bir tedavi sürecinizin olmasını sağlamaya çalışacağız.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiz.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

(Gönüllü Beyanı)

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki yukarıda belirtilen tüm açıklamaları okudum. Bu bilgilerden sonra Dr. Sevgi Betül Karamahmet tarafından böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama Dr. Sevgi Betül Karamahmet tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum”.

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum”.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim.) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde (7 gün / 24 saat), hangi araştırmacıyı, hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Doktorun Adı - Soyadı: Sevgi Betül KARAMEHMET

İş Tel: Cep Tel:

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan

daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Adı/Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Ad/Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tarihi ve

Saati:

Katılımcı / Gönüllü

ile Görüşen Hekim:

Adı/Soyadı:

Unvanı:

Klinik:

Tel:

İmza:

EK 2: Hasta Bilgi Formu

Adı-soyadı:

Yaş : Cinsiyet :

Medeni durum :

Eğitim durumu :

Gelir Durumu:

Hastalık başlangıç yaşı:

Hastalık süresi:

Eşlik eden hastalık:



EK 3: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HAD ÖLÇEĞİ

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 yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

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

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

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

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

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

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

EK 4: TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ-20

TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

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 duyumlar 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 duyumlar 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 5: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Alopesi Areata, Kronik Ürtiker, Psöriazis ve Pemfigus Vulgaris Hastalarında Aleksitimi			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURULUNUN ADI		Kayseri Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
AÇIK ADRESİ		Şeker Mah. Muhsin Yazıcıoğlu Blv. No:77 Kocasinan / Kayseri			
TELEFON		0 352 315 77 00 - 01 - 02			
FAKS		0 352 315 79 86			
E-POSTA		kayserisehir@saglik.gov.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Uzm. Dr. Yılmaz ULAŞ		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI		Deri ve Zührevi Hastalıklar		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ		Kayseri Şehir Hastanesi		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel İlaç Çalışması		☐			
Tıbbi Cihaz Klinik Araştırması		☐			
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile performans değerlendirme çalışmaları	☐			
	İlaç Dışı Klinik Araştırma	☒			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Alopesi Areata, Kronik Ürtiker, Psöriazis ve Pemfigus Vulgaris Hastalarında Aleksitimi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLU	12.09.2023	2	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	12.09.2023	2	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	31.08.2023	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒ 29.08.2023 Araştırmacının kendisi tarafından karşılanıyor.		
	BIYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 913 Karar Tarihi: 19.09.2023 Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmam/çalışmamın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmam/çalışmamın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Seyhan KARAÇAVUŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	
Prof. Dr. Seyhan KARAÇAVUŞ	Nükleer Tıp	Kayseri Şehir Hast.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐
Doç. Dr. İbrahim Ethem ÖZSOY	Göğüs Cerrahisi	Kayseri Şehir Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐
Doç. Dr. Saliha KARAGÖZ EREN	Genel Cerrahi	Kayseri Şehir Hast.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐
Prof. Dr. Ali İhsan GÜNAL	İç Hastalıkları/ Nefroloji	Kayseri Şehir Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐
Doç. Dr. Cem ARTAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Erciyes Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐
Doç. Dr. Mustafa ARGUN	Çocuk Sağlığı Kardiyoloji	Kayseri Şehir Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐
Prof. Dr. Mehmet YAŞAR	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Kayseri Şehir Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐
Uzm. Dr. Mehmet KARA	Farmakoloji	Kayseri İl Sağ. Müd.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐
Uzm. Dr. Mustafa Soner YILMAZ	Halk Sağlığı	Kayseri İl Sağ. Müd.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐
Uzm. Dr. Osman BAŞPINAR	İç Hastalıkları	Kayseri Şehir Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐
Uzm. Dr. Sami BAHÇEBAŞI	İç Hastalıkları	Kayseri Şehir Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐
Av. Özlem UĞUR	Avukat	Kayseri İl Sağ. Müd.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐
Müh. Emre SAVA	Biyomedikal Müh.	Kayseri Şehir Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐
Mehmet KESTİROĞLU	Sivil Üye	Kayseri Şehir Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐

*:Toplantıda Bulunma

Ek: 6. ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Sevgi Betül KARAMEHMET

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Kayseri Tıp Fakültesi- 2020

Hacettepe Üniversitesi-2019

III- Ünvanları

2013- Doktor

2020-Araştırma Görevlisi

IV- Mesleki Deneyimi

4 yıldır Dermatoloji bölümünde araştırma görevlisi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Dermatoloji Derneği