



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI**

**PSÖRİAZİS HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI,
EMOSYON REGÜLASYONU VE DAYANIKLILIK**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Bedriye İlkay AYGÜL

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Esra PORGALI ZAYMAN**

MALATYA-2022



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI**

**PSÖRİAZİS HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI,
EMOSYON REGÜLASYONU VE DAYANIKLILIK**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Bedriye İlkay AYGÜL

ORCIDID:0000-0002-9317-9577

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Esra PORGALI ZAYMAN**

MALATYA-2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Psoriasis.....	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Epidemiyoloji	4
2.1.4. Genetik Faktörler	5
2.1.5. Tetikleyici Faktörler	6
2.1.6. Patogenez	10
2.1.7. Histogenez.....	11
2.1.8. Psoriasis Sınıflandırması.....	12
2.1.9. Psoriasis Hastalık Şiddeti.....	16
2.1.10. Psoriasis Tedavisi	17
2.2. Psikodermatoloji	18
2.2.1. Tanım	18
2.2.2. Çocukluk Çağı Travması	21
2.2.3. Emosyon Regülasyonu (Duygu Düzenleme)	24
2.2.4. Psikolojik Dayanıklılık (Psikolojik Sağlamlık).....	28
2.2.5. Anksiyete Duyarlılığı.....	30
2.2.6. Depresyon	32
2.2.7. Anksiyete	34
2.2.8. Diğer Psikiyatrik Patolojiler.....	36
3. MATERYAL VE METOT	37
3.1. Örneklem	37
3.1.1. Hasta Grubunda Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	37

3.1.2. Kontrol Grubunda Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	38
3.1.3. Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri	38
3.2. Araştırmanın Şekli	38
3.3. Araştırmanın Uygulanması.....	38
3.4. Veri Toplama Aracı.....	39
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	39
3.4.2. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASİ)	39
3.4.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	40
3.4.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DERS).....	40
3.4.5. Connor ve Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (CD-RISC).....	41
3.4.6. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3).....	42
3.4.7. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)	42
3.4.7. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-A)	43
3.5. İstatistiksel Analizler	43
4. BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA	60
5.1. Demografik Özelliklerin İncelenmesi	60
5.2. Depresyon ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi.....	62
5.3. Anksiyete ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi.....	63
5.4. Anksiyete Duyarlılığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi	64
5.5. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi.....	65
5.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi	66
5.7. Psikolojik Dayanıklılık ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi.....	67
5.8. Psoriasis Hastalarında PASİ ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi	68
5.9. Psoriasis Hastalarında Lezyonların Tutulum Yerleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi.....	69
5.10. HAM-D Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle İlişkisinin incelenmesi	70
5.11. ÇÇTÖ Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle İlişkisinin İncelenmesi	71
5.12. ADİ-3 Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle İlişkisinin İncelenmesi	73
5.13. CD-RISK Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle İlişkisinin İncelenmesi.....	75
5.14. Psoriasis Hasta Grubunda Depresyon Gelişmesine Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi.....	75
5.15. Psoriasis Hastalığının Gelişimini Etkileyen Parametrelerin Analizinin İncelenmesi.....	76

5.16. Sınırlılıklar.....	76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
KAYNAKLAR	81
EKLER	109
EK-1. Etik Kurul İzni.....	109
EK-2. Akademik Kurul Kararı	110
EK-3. Kurum İzni	111
EK-4. Sosyodemografik Bilgi Formu	112
EK-5. Aydınlatılmış Onam Formu	114
EK-6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	116
EK-7. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği.....	119
EK-8. Connor ve Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	123
EK-9. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3	124
EK-10. Hamilton Anksiyete Ölçeği.....	126
EK-11. Hamilton Depresyon Ölçeği.....	128

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin ve uzmanlık eğitimimin her aşamasında yardımını, bilgisini, tecrübesini, desteğini ve içtenliğini esirgemeyen tez danışmanım ve değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Esra PORGALI ZAYMAN'a;

Asistanlık eğitimim süresince önemli katkılarıyla beni meslek hayatıma hazırlayan ve kendilerinden eşsiz tecrübeler edindiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Ünal, Prof. Dr. Rıfat Karlıdağ, Prof. Dr. Birgül Cumurcu, Prof. Dr. Şükrü Kartalcı, Doç. Dr. Lale Gönenir Erbay, Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Cansel ve Prof. Dr. Süheyla ÜNAL'a;

Asistanlık sürecini varlıklarıyla anlamlandıran, birlikte güzel anılar biriktirdiğimiz, her koşulda destek olan, yol gösteren canım arkadaşlarım Dr. Fatma Kılıç, Dr. Ömer Furkan Yılmaz, Dr. Furkan Nuri Çelik, Dr. Yusuf Sarı, Dr. Ahmet Kurnaz, Dr. Fatih Çandır, Dr. Sümeyye Demirbay'a ve minik, kardeş asistanlarımız Büşra, Kübra ve Ayşenur'a;

Hayatımın her dakikasında varlıklarına şükrettiğim, emeklerinin ve koşulsuz sevgilerinin karşılığının olmadığı, her durumda ve koşulda beni destekleyen canım annem İlknur YATAR ve canım babam İbrahim YATAR, hep kalbimi ısıtan kardeşlerim Mehmet YATAR, Burçin YATAR, Işıl ARSLAN ve Nevin ŞEN'e;

Hayatıma girdiği andan itibaren tarifsiz duygular hissetmemi sağlayan, hayatta ayaklarım üzerinde ve tüm zorluklarla baş edebileceğimi bana gösteren, güçlü bir kadın olmama destek olan eşim Gökhan AYGÜL'e;

Sevginin en masumunu bana yaşatan, varlığı ile hayatıma renk ve çizikler katan, minik kızım Şans'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Bedriye İlkay AYGÜL

MART 2022

ÖZET

Psoriasis Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Emosyon Regülasyonu ve Dayanıklılık

Amaç: Kronik inflamatuvar hastalık olan psoriasis aynı zamanda psikosomatik bir bozukluktur. Psoriasis etyopatogenezi multifaktöriyeldir ve stresle ilişkili faktörler hastalığın gelişimi, prognozu ve geçirilen atak sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada çocukluk çağı travmaları, anksiyete duyarlılığı, duygu regülasyonu, ruhsal dayanıklılık, depresyon ve anksiyete şiddeti ile psoriasis arasındaki ilişkinin incelenmesi, tüm bu faktörlerin hastalık gelişimine olan etkisinin bütüncül bir bakış açısıyla araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 18-65 yaş aralığında, psoriasis tanısı almış 100 hasta ve 100 sağlıklı kontrol alınmıştır. Çalışmaya alınan tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Connor ve Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan hasta grubunun HAM-D, HAM-A, HAM-P, HAM-S, ADİ-3 fiziksel, bilişsel, sosyal alt ölçek ve toplam puanları, ÇÇTÖ fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar alt ölçek ve toplam puanları, DERS açıklık, dürtü alt ölçek ve CD-RISC ruhsallığa eğilim alt ölçek puanları sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Psoriasis gelişimini HAMD değerindeki bir birimlik artış 1,154 kat; ADİ-3 fiziksel alt ölçeği değerindeki bir birimlik artış 1,080 kat; ÇÇTÖ duygusal ihmal değerindeki bir birimlik artış 1,185 kat; DERS açıklık alt ölçeği değerindeki bir birimlik artış 1,382 kat arttırdığı; CD-RISC iyimser düşünme alt ölçeği değerindeki bir birimlik artış ise 1,296 kat azaldığı tespit edilmiştir.

Sonuçlar: Psoriasis hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları, Anksiyete Duyarlılığı, Depresyon, Anksiyete ve Duygu Regülasyonu Güçlüğü Ölçek puanlarının kontrol grubuna kıyasla yüksek saptanmasının yanı sıra; bu hastalığın risk faktörlerine karşı koruyucu etken olarak tanımlanan Psikolojik Dayanıklılık Skorları daha düşük bulunmuştur. Psoriasis gelişiminde Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Ölçeğinin Duygusal ihmal alt ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı Ölçeğinin Fiziksel Alt Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin Açıklık Alt Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ruhsallığa Eğilim Alt Ölçeği puanlarındaki artışların psoriasis gelişim riskini arttırdığı ancak Anksiyete Ölçeği puanlarının psoriasis gelişim riskini arttırmadığı tespit edilmiştir. Tüm bu ruhsal parametreler ve bedenselleştirmenin psoriasis gelişimine zemin hazırladığı sonucuna varılabilir.

Anahtar kelimeler: Psoriasis, Anksiyete Duyarlılığı, Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Dayanıklılık, Anksiyete

ABSTRACT

Childhood Traumas, Emotion Regulation and Resilience in Psoriasis Patients

Aim: Psoriasis, a chronic inflammatory disease, is also a psychosomatic disorder. The etiopathogenesis of psoriasis is multifactorial and stress-related factors have been associated with the development of the disease, its prognosis, and the frequency of exacerbations. In this study, it was aimed to examine the relationship between childhood traumas, anxiety sensitivity, emotion regulation, mental resilience, depression and anxiety severity and psoriasis, and to investigate the effects of all these factors on the development of the disease from a holistic perspective.

Method: 100 patients aged 18-65 years diagnosed with psoriasis and 100 healthy controls were included in the study. Sociodemographic Data Form, Childhood Trauma Scale, Emotion Regulation Difficulty Scale, Connor and Davidson Resilience Scale, Anxiety Sensitivity Index-3, Hamilton Anxiety Scale, and Hamilton Depression Scale were applied to all participants included in the study.

Findings: HAM-D, HAM-A, HAM-P, HAM-S, ASI-3 physical, cognitive, social subscale and total scores of the patient group included in the study, CTQ physical abuse, physical neglect, emotional neglect, sexual abuse subscale and total scores scores, DERS openness, impulse subscale, and CD-RISC propensity to spirituality subscale scores were found to be higher than the healthy control group. A one-unit increase in HAMD value increased the development of psoriasis 1.154 times; A one- unit increase in the ASI-3 physical subscale is 1,080 times; A one-unit increase in the CTQ emotional neglect value is 1.185 times; A one-unit increase in the COURSE openness subscale increased 1,382 times; It was determined that a one-unit increase in the CD-RISC optimistic thinking subscale value decreased 1.296 times.

Results: In addition to the fact that the Childhood Traumatic Experiences, Anxiety Sensitivity, Depression, Anxiety and Difficulty in Emotion Regulation scores were found to be higher in psoriasis patients compared to the control group; Resilience Scores, which are defined as protective factors against the risk factors of this disease, were found to be lower. In the development of psoriasis, increasing scores on the Depression Scale, Childhood Traumatic Experiences Scale, Emotional Neglect Scale, Anxiety Sensitivity Scale Physical Subscale, Emotion Regulation Difficulty Scale Openness Subscale, Psychological Resilience Spirituality Tendency Subscale scores increase the risk of psoriasis. However, Anxiety Scale scores increased the risk of developing psoriasis. detected. In addition to all these psychological parameters and somatization pave the way for the development of psoriasis.

Keywords: Psoriasis, Anxiety Sensitivity, Childhood Trauma, Depression, Resilience, Anxiety

SİMGELER VE KISALTMALAR

AD	:Anksiyete Duyarlılığı
ADİ-3	: Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3
AIDS	: Edinsel Bağışıklık Eksikliği Sendromu
BCG	: Bacillus Calmette-Guerin
CGRP	: Kalsitonin Geni Ile İlgili Peptit
CD-RISC	: Connor Ve Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DERS	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DDG	: Duygu Düzenleme Güçlüğü
DGD	: Doktorun Global Değerlendirmesi
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DYKİ	: Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi
GR	: Glukokortikoid Reseptör
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Ölçeği
HAM-P	: Hamilton Anksiyete Psişik Belitiler Alt Ölçeği
HAM-S	: Hamilton Anksiyete Somatik Belitiler Alt Ölçeği
HIV	: İnsan İmmünyetmezlik Virüsü
HLA	: İnsan Lökosit Antijeni (Human Leukocyte Antigen)
HPA	: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Aksı
ICD-10	: International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems 10. Baskı
MÖ	: Milattan Önce
NGF	: Sinir Büyüme Faktörü
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PASİ	: Psoriasis Alan Şiddet İndeksi
PsA	: Psoriatik Artrit
PSORS	: Psoriasis Duyarlılık Geni
PUVA	: Psoralen Ve Ultraviyole
SAM	: Sempatik Sinir Sistemi
SERT	: Serotonin Taşıyıcı Proteinin
TGF	: Transforming Growth Factor
TNF	: Tümör Nekrozis Factor
VYA	: Vücut Yüzey Alanı
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Psoriatik deri	11



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. PASİ Skorlama Yöntemine Göre Hastalığın Derecelendirilmesi	39
Tablo 4.1. Hasta grubu ile kontrol grubunun sosyodemografik verilerinin incelenmesi	46
Tablo 4.2. Yaş ile grup, cinsiyet, kronik hastalık, psoriasis alt tip ve eklem tutulumu karşılaştırılmaları	47
Tablo 4.3. Hasta ve kontrol grubunda HAM-A, HAM-D, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC ölçeklerinin karşılaştırılması	48
Tablo 4.4. PASİ, psoriasis hastalık süresi (yıl), tedavi süresi(yıl), yaş ile HAM, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC ölçekleri arasındaki ilişki	49
Tablo 4.5. Eklem tutulumu ile PASİ, HAM, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC ölçeklerinin karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.6. Psoriasis tutulum alanlarına göre anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırması	52
Tablo 4.7. Hafif ve şiddetli psoriasis grupları ile HAM, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC ölçeklerinin karşılaştırılması	53
Tablo 4.8. Psoriasis hastalarının ÇÇTÖ puanları ile HAM, ADİ-3, DERS, CD-RISC puanlarının karşılaştırılması	54
Tablo 4.9. Psoriasis hastalarının ADİ-3 puanları ile HAM, DERS, CD-RISC puanlarının karşılaştırılması	55
Tablo 4.10. Psoriasis hastalarının DERS puanları ile HAM, CD-RISC puanlarının karşılaştırılması	56
Tablo 4.11. Psoriasis hastalarının HAM-A, HAM-D puanları ile CD-RISC puanlarının karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.12. Psoriasis hastalarında HAM-D puanı üzerine ölçeklerin etkisi	58
Tablo 4.13. Psoriasis hastalarında HAM-A puanı üzerine ölçeklerin etkisi	59
Tablo 4.14. Ölçeklerin psoriasis gelişim riskine etkisi	59

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Deri, bireyin sağlık durumunu, duygu ve davranışlarını, kişinin kendilik imajını ve özgüveninin dış dünyaya yansıtarak sosyalleşme sürecinde belirgin rol oynayan bir organdır. Bu nedenle dermatolojik hastalıklar da deri, hem fiziksel sağlığı etkilerken hem de sosyal ve duygusal sorunları da beraberinde gözler önüne taşımaktadır. Özellikle psikosomatik dermatoloji hastalıklar hem hastalığın etyopatogenizinde stresin önemli yer tutması hem de remisyon ve relaps dönemleri göstermesi nedeniyle hastaların fiziksel sağlıklarının yanı sıra, yaşam kalitesinde bozulma, depresyon ve anksiyete düzeylerinde artışa neden olmaktadır (1).

Psoriasis hastalığı, simetrik yerleşimli, lokalize, eritemli, skuamlı, sedefi renkte plaklarla karakterize kronik inflamatuvar hiperproliferatif bir cilt hastalığıdır (2). Hastalık ile ilgili yapılan araştırmalar, hastalığın epidermal keratinositlerden köken aldığı temeline dayanırken, yeni bilgiler immün sisteminde hastalık gelişiminde çok önemli olduğunu ortaya koymuştur (3). Hastalık tüm dünyada % 0,2 ile % 4,8 arasında değişmektedir. Türkiye’de yapılmış olan bir araştırmada psoriasis görülme sıklığı %1.3 tespit edilmiştir (4).

Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların yaklaşık üçte birinde ek bir psikiyatrik komorbidite saptanmıştır. Psoriasis hastalığına en sık eşlik eden psikiyatrik komorbiditeler; depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), delüzyonel bozukluklar, sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, alkol bağımlılığı, post travmatik stres bozukluğu, yeme bozuklukları ve şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklar bildirilmiştir (5).

Psikosomatik bir hastalık olan psoriasis hastalığının etyopatogenezi multifaktoriyeldir. Stres, hastalığın hem etyolojisinde yer alırken hem de relapsa neden olabilen ve hastalık şiddetinin artmasına neden olan bir faktördür. Aynı zamanda hastalıkta lezyonların açık ve görünür yerde olması, toplumun hastalık hakkında bulaşıcı olduğuna dair yanlış fikirleri olması gibi nedenler dolayı, sosyal izolasyona, damgalanmaya, beden algısının bozulmasına, işlevsellikte azalmaya, yaşam kalitesinin azalmasına ve kaygıya, depresyona katkıda bulunur ve böylece kronik bir süreç olan psoriasis hastalığı kısır bir döngü şeklinde ilerler (6).

Psoriasis tanılı hastalarda, hastalık seyrinde, remisyon dönemlerinde, aynı zamanda artrit gelişiminde orta düzeyden şiddetliye kadar değişen, depresyon ve anksiyete vardır (7). Çocuklukta yaşanan ihmal ve istismarlar, negatif ve pozitif yaşam olayları da etkili olmaktadır (8).

Psoriasisli hastalarda çocukluk çağı olumsuz yaşantılarından ihmal ve istismar gibi travmatik yaşam öyküsü varlığı, normal popülasyondan daha fazla saptanmıştır. Simonić ve arkadaşları da yaptıkları çalışmalarında, çocuklukta olumsuz deneyimlerin tüm gelişim dönemlerinde sedef hastalığı olan hastalarda daha sık görüldüğünü göstermişlerdir. Hastalarda en sık cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal saptanmış olup depresyonunda bu hastalara sıklıkla eşlik ettiği gösterilmiştir (9). Norman ve arkadaşlarının sistematik bir gözden geçirme ve meta-analiz çalışması, duygusal çocukluk çağı travması ve depresyon arasındaki önemli ilişkiyi araştırmıştır. Diğer çalışmalar da duygusal çocuk istismarının yetişkinlikte majör depresyon gelişimi üzerinde diğer çocukluk kötü muamelesi türlerine göre daha büyük etkisi olduğunu göstermektedir (10).

Literatür incelendiğinde, psoriasis tanılı hastaların duyguları tanımlamada ve ayırt etmede zorluklar yaşadıkları, hastalıkla baş etmekte zorlandıkları için duygularından kaçtıkları, yaşantılarını ve duygularını sınırladıkları görülmüştür (11). Duygu düzenleme güçlüğü olan hastalar duygu düzenleme stratejisi olarak duygusal tepkinin ifadesini engelleyen ve depresyon hastaları tarafından da daha fazla kullanılan duygusal baskılama mekanizmasını kullanmaktadırlar (12). Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kişilerin anksiyete duyarlılıklarının yüksek olduğu bu durumda depresyona neden olabileceği gösterilmiştir (13).

Reiss'e göre anksiyete belirtilerinden korkmak olarak tanımlanan anksiyete duyarlılığı, psoriasis hastalarında genel topluma kıyasla yüksek bulunmuştur (14). Hastalığa uzun süre maruz kalma ve yüksek hastalık şiddetine sahip olan hastalarda anksiyete duyarlılığı daha da artmaktadır.

Kronik hastalıklar için bir savunma, koruyucu faktör olarak görülen, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirmede önemli bir yer tutan psikolojik dayanıklılık psoriasis hastaların da düşük bulunmuştur. Hastalık şiddeti arttıkça psikolojik dayanıklılığın daha da düştüğü tespit edilmiştir (15).

Literatürde, psoriasis hastalarında depresyon ve anksiyete varlığını araştıran çalışmalar mevcuttur. Ayrıca çocukluk çağı travması, travmaya ruhsal dayanıklılık, duygu düzenleme stratejileri ve anksiyete duyarlılığı ile alakalı az sayıda ve genellikle tek parametreyi inceleyen çalışmalara rastlanmıştır. Literatür taramalarında tüm parametreleri birlikte değerlendiren çalışma bulunamamıştır. Bu çalışmada psoriasis hastalarında, çocukluk çağı travmaları, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme, ruhsal dayanıklılık, depresyon ve anksiyetenin hastalık şiddeti ile ve birbirleri ile ilişkisini incelemek, tüm faktörlerin hastalık gelişimine etkisini araştırmak amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psoriasis

2.1.1. Tanım

Psoriasis, keskin kenarlı, sedefi skuamlarla kaplı, eritemlipapül ya da plaklarla tanımlanan, kronik, inflamatuvar, hiperproliferatif bir deri hastalığıdır. Alevlenme ve remisyon dönemleri vardır. Plaklar vücutta herhangi bir anatomik lokalizasyonda görülebilmekle birlikte fazla saçlı deri, eklem bölgeleri, lumbosakral ve ekstremitelerine ekstansör bölgelerinde simetrik bir şekilde yerleşmektedirler (1).

2.1.2. Tarihçe

Çok uzun yıllardan beri süre gelen psoriasis hastalığı MÖ 416-377'de Hipokrat tarafından "Lopoi" tanımı altında incelenmiştir. Galen ilk kez "Psora" kavramını Yunancada kepekli ve kaşıntılı cilt hastalıklarını tariflemek amacıyla kullanmıştır (MÖ 129-99). Hastalığı, 'psoriasis' olarak ilk kez tanımlayan kişi Viyanalı Dermatolog Ferdinand Von Hebra'dır (16, 17). Zamanla birlikte psoriasis hastalığının daha iyi anlaşılabilmesi için değişik hipotezler kurulmuş, hastalığın relaps dönemlerinden sorumlu olan etkenler üzerinde durulmuştur.

Çeşitli travmalar yoluyla özellikle kaşıma ile hastalığın daha da alevlendiği hatta sağlam deri alanlarında da psoriatik lezyonların çıktığını Heinrich Koebner göstermiştir (18, 19, 20). Psoriasisın anlaşılma sürecinde hastalığın karaciğerden geldiği, metabolik bir hastalık olduğu ya da iç organlardan, sinir sistemi hastalıklarından kaynaklandığı, şeklinde birçok hipotez öne sürülmüştür.

2.1.3. Epidemiyoloji

Psoriasis hastalığının görülme sıklığı bölgelere ve etnik kökenlere göre farklılıklar göstermektedir. Hastalığın tüm dünyada % 0.2 ile % 4.8 arasında değişmektedir (21, 22). Dermatozlar arasında nispeten sık görülen bir hastalık olan psoriasis ile ilgili ülkemizde yapılan bir çalışmada prevalansı %1.3 olarak bildirilirken, İskandinav ülkelerinden Norveç % 4.8 prevalans ile psoriasisın dünyada en sık görüldüğü ülkelerden biridir (23, 24). Çin'de yapılan çalışmalarda prevalans % 0.42 iken, Asya'da psoriasis hastalığı görece olarak daha seyrek bulunmuştur (25). Yapılan

epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında hastalığın en sık beyaz ırkta görüldüğünü; zencilerde, kızıl derililerde ve sarı ırkta hastalığın daha az tespit edildiği gösterilmiştir. Norveç'te yapılan bir çalışmada hastalığın ülkenin kuzeyinde, daha soğuk olan bölgelerinde daha fazla ve daha şiddetli görüldüğü belirtilmiştir (26). Yapılan bir çalışmada yıllık insidans erkeklerde 100000'de 54.5, kadınlarda 60.2 olarak saptanırken; erkeklerde hastalığın ailesel geçişinin daha belirgin olması ve daha şiddetli seyrettiği, kadınlardaysa hastalık başlama yaşının görece olarak daha erken olduğu belirtilmektedir (27, 28).

Bimodal bir dağılım izleyen psoriasis hastalığı ilk olarak 15-20'li yaşlarda bir pik yaparken ikinci piki 50-60'lı yaşlarda olmaktadır. Henseler ve Christopher bimodal dağılımdan yola çıkarak psoriasis hastalığını klinik görünüşleri benzer, ortaya çıkma yaşı, genetik özellikleri ve hastalık seyri farklı olan iki gruba ayırmışlardır (29, 30). Daha şiddetli seyretme eğilimi olan Tip 1 grubu hastaların %70'ini kapsamaktadır. Bu grupta hastalık 40 yaşından önce başlarken, aile öyküsü ve HLA ilişkisi daha belirgindir. Klinik olarak daha hafif seyreden Tip 2 grubu hastalarda psoriasis, 40 yaşından sonra başlar, ailesel yatkınlık genellikle yoktur. Ailesel yatkınlık beklenmeyen Tip 2 grubu hastaların ailelerinde psoriasis görülme ihtimali bir, iki kat artmışken, aile öyküsü daha belirgin olan Tip 1 grubunda hastalık riski 10 kat artmıştır (31, 32).

2.1.4. Genetik Faktörler

Psoriasis olan hastaların ailelerinde psoriasis insidansının artmış olması, monozygotik ikizlerde hastalığın birliktelik oranının yüksek oluşu hastalığın genetik temelli olduğunu gösteren verilerdir. Psoriasis tanısı olan hastaların 1. derece akrabalarında hastalık sıklığı %7.8 iken normal popülasyonda %3.14 olarak bulunmuştur (33). Yapılan araştırmalar hastaların yaklaşık 3'te 1'inin ailesinde psoriasis tanılı bir kişi bulunduğunu göstermektedir (34, 35). Ailede her iki ebeveynde psoriasis tanısı varsa, yaşam boyu hasta olma riski % 41, tek ebeveynde hastalık varsa %16, sadece bir kardeşte hastalık öyküsü varsa bu oran %6'ya kadar düşmektedir. İkizlerde yapılan genetik çalışmalarda; monozygotik ikizlerde konkordans oranı yaklaşık %64-70, dizigotik ikizlerde %15-20 olarak bulunmuştur (36).

Psoriasis ile ilgili kesin bir gen tanımlanmamakla beraber T hücrelerine peptit antijen sunumunda önemli görevleri olan bazı HLA antijenlerinin psoriasisli olgularda daha sık olduğu bulunmuştur (37, 38). Psoriasis ile ilişkili genetik çalışmalar

sonucunda 15 farklı kromozoma yerleşmiş, 9 tanesi psoriasis duyarlılık geni (PSORS 1-9) olarak adlandırılmış olan ve majör histokompatibilite kompleksi-5 içinde yer alan 19 farklı lokus saptanmıştır. Tanımlanan lokusların birkaçı psoriasis özü iken, bazılarının imünite ve inflamasyon ile alakalı olduğu tespit edilmiştir (39). Psoriasis yatkınlık genleri ile ilgili yapılan çalışmalarda psoriasis hastalığının temel genetik belirtecinin 6p21 kromozomunda bulunan PSORS1 geni olduğu bulunmuştur. PSORS 1-12 genlerinin bir bölümü imün yanıtı, keratinositlerin çoğalmasını ve değişimini etkilemektedir. Aynı zamanda bu genler, psoriasisin genetik riskinin %35-40'ını meydana getirmektedirler.

Psoriatik artropati ve generalize püstüler psoriasisin HLA-B27 ile ilişkili olduğu gösterilmiş olup; guttat psoriasisinse HLACW6 ve HLAB17; palmoplantar püstüler psoriasisin HLAB8, HLAB35, HLACw7 ve HLADR3; eritrodermik psoriasis ise HLAB17 allelleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Tüm bu alleller içerisinde HLA-Cw6, 9.1'lik rölatif risk oranıyla psoriasis gelişimindeki en önemli risk faktörüken; HLA-Cw6 ile bağlantı dengesizliği gösteren HLA-B13'te rölatif risk 3.9, HLA-B17'de ise 6.8'dir. Hastalığın genetik temeli ile bağlantısı gösterilen HLA-Cw6 alleli Tip I psoriasis olguların %85'inde, tüm psoriasisli bireylerin ise %30'unda mevcut bulunmuştur (40, 41, 42, 43).

2.1.5. Tetikleyici Faktörler

Nedeni tam olarak bilinmeyen psoriasis hastalığının genetik olarak predispoze kişilerde çevresel olarak direk cildi etkileyerek ve sistemik risketmenleri vasıtasıyla ortaya çıktığı ve bu faktörlerin hastalığın alevlenmesine neden olduğu düşünülmektedir (44, 45, 46).

Enfeksiyonlar

Psoriasis hastalığının patogenezinde yer alan mikroorganizmaların otoimmün yanıtı uyarıp imün toleransta bozulmaya neden olarak, psoriasis hastalığının ortaya çıkmasında veya alevlenmesinde etkin rol oynadıkları gösterilmiştir (47, 48). Bu enfeksiyonlar streptokokus pygenes, stafilococcus aureus gibi bakterilerden; malasezia, kandida gibi mantarlardan ve papilomavirus, retrovirus gibi viruslerden kaynaklanmaktadır (49). Ayrıca bakterilerin neden olduğu süperantijenler sitokin salınımı ile T hücrelerinin aktivasyonuna yol açarak enflamatuvar cilt hastalıklarının indüksiyonuna ve şiddetlenmesine neden olmaktadır.

Yapılan alışmalar S.Pyogenes'in psoriasis hastalığının hem akut hem de kronik formlarında rol oynadığı ve hastalıkla arasında çok gl bir ilişki olduğunu göstermektedir (50). Sıklıkla bir streptokokal boğaz enfeksiyonunu takip eden Guttat psoriasis tanılı kişilerin cildinde streptokok bakterisine bağlı süperantijenler ve bakteriye özgü T hücrelerinin varlığı gösterilmiştir (44). Yapılan araştırmalar, hastalığın alevlenmesinin daha az oranlarda gastrointestinal sistem, solunum sistemi ya da genitoüriner sistem kaynaklı enfeksiyonlardan kaynaklanabileceğini göstermiştir. HIV pozitif kişilerde yapılan bir çalışmada, normal populyasyona göre psoriasis prevalansında artış saptanmış olup hastalığın terminal evresinde AIDS gelişmesi durumunda ise psoriatik lezyonlarda azalma tespit edilmiştir (51). HIV pozitif hastalarda psoriasis hastalık şiddeti daha fazla iken, HIV ilişkili psoriasisin standart tedavilere daha dirençli olduğu gösterilmiştir (46).

Endokrin Faktörler

Psoriasis tanılı hastalarda D vitamini eksikliğinin çok sık görüldüğü saptanmış olup, hipokalseminin generalize püstüler psoriasisini tetiklediği bulunmuştur (52, 53). Hamilelik sürecinde hastalık seyri değişkenlik göstermektedir. Bir araştırmada psoriasis tanısı olan 91 hamile kadın incelenmiş ve gebelik süresince hastaların %56'sının durumunda düzelme, %17.6'sının hastalık seyrinde farklılık olmadığı ve %26.4'ünün durumunun kötüye gittiği gösterilmiştir. Ayrıca gebelik boyunca yükselen kortikosteroid, östrojen ve progesteron düzeyi sebebiyle psoriatik lezyonlarda göreceli olarak iyileşme olduğu, doğum sonrasında azalan progesterona bağlı olarakta semptomlarda kötüleşme olduğu tespit edilmiştir (54, 55, 56).

İlaçlar

Psoriasis hastalığının alevlenmesine neden olduğu dşnlen ilaçlar başlıca, beta blokerler lityum, nonsteroidantiinflatuar ilaçlar, interferon, antimalaryal ilaçlar (zellikle klorokin), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleridir. Kortikosteroidler psoriasisini hızla dzelttirken, hızlı kesilmesi plak psoriasisinin alevlenme riskini arttırmakta ve püstüler psoriasisine neden olabilmektedir (44). Ayrıca %2-5 oranında da anti-Tümör nekrozis faktör-alfa ajanlarının kullanımına bağlı paradoksal psoriasis denilen psoriasis benzeri lezyonlar ortaya çıkabilmektedir (57). İlaçların, sinyal yolakları ve sitokin salınımı üzerinden immün sistemi etkileyerek psoriasis patogenezinde rol oynayabileceği düşünülmektedir (48, 49).

Sigara-Alkol Kullanımı

Sigara kullanımı veya sigara dumanına maruz kalmak, psoriasis için olası bir risk faktörü iken sigara içen hastalarda hastalık daha şiddetli seyretmektedir (58). Yapılan çalışmalar nikotin ve nikotinikasetilkolin reseptörleri arasındaki bağlanmanın, normal sinir sistemi sinyallerinde bozulmalara ve immün sistemde değişikliklere neden olduğu ve sigaranın TNF- α ve TGF- β üretimini arttırarak hastalığın daha agresif seyretmesine neden olduğu gösterilmiştir (44, 59).

Alkol kullanımının sistemik inflamasyonu ve lenfosit proliferasyonunu kalıcı hale getirerek psoriasis riskini arttırdığı ve kliniğin kötüleşmesine neden olduğu düşünülmektedir (48, 49, 60). Yapılan bir çalışmada alkol bağımlılık tedavisi gören hastalarda psoriasis hastalığının alkol kullanmayanlardan 3 kat fazla görüldüğü saptanmıştır (61).

Diyet-Obezite

Sağlıklı beslenme programlarının (vitamin D, selenyum, vitamin B12 ve omega-3 yağ asitleri) psoriasis hastalarında hastalığın seyrini değiştirip olumlu sonuçlar verdiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (62). Aynı tedaviyi alan psoriasisvulgaris tanılı 82 hasta ile gerçekleştirilen araştırmada, düşük enerji diyeti alan bir grup hastanın cilt lezyonlarında bu tip beslenmeyen hastalara kıyasla önemli oranda düzelme olduğu gösterilmiştir (63).

Obezite sistemik inflamasyon riskini arttırarak psoriasis hastalığı için bir risk faktörü haline gelmektedir (64, 65, 66). Work ve arkadaşlarının 373 psoriasis hastasını sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak düzenledikleri bir çalışmada, obez bireylerde psoriasis gelişme riskini 2 kat fazla bulmuşlardır. Ayrıca vücut kitle indeksindeki her bir birimlik artışın, hastalığın başlama riskini %7, hastalık şiddetini ise %9 arttırdığı gösterilmiştir (67).

Fiziksel Travma (Koebner Fenomeni):

Psoriasis hastalığındaki önemli risk faktörlerden biri olan travma 19.yüzyılda yaşamış Heinrich Koebner tarafından tanımlanmıştır. Heinrich Koebner psoriasis tanılı bir hastasının ata binerken sürtünen lezyonsuz bölgelerinde yeni psoriatik lezyonların çıktığını, kısa bir süre sonra da bunun tüm vücuda yayıldığını gözlemleyerek Koebner fenomenini tanımlamıştır (68, 69). Travma sonrası, sitokinler, stres proteinleri ve

otoantijenler gibi birçok molekülün üretimine neden olan nonspesifik inflamatuvar reaksiyonlar ve hastalıklara özgü immünolojik özellikler Koebner fenomeni gelişimini tetikleyebilmektedir (70).

Psoriatik plaklar kaşınan cilt bölgelerinde, opere olan alanlarda, enjeksiyon yerlerinde çizik, ısırık, yanık veya viral ekzantemlerden sonra meydana gelebilir. İzomorfik cevap olarak da bilinen Koebner fenomeni, travmadan 2-3 hafta sonra ortaya çıkar ve cilt lezyonlarının alevlenmesine neden olabilir (71). Yeni lezyonların meydana gelmesi günler ya da yıllara uzanan bir aralıkta da görülebilmektedir (72, 73).

Ultraviyole

Ultraviyolenin orta ve ciddi psoriasis tanılı hastaların tedavisinde iyi sonuçlar vermesine rağmen bazı hastalarda lezyonların daha da agresif seyretmesine neden olabilmektedir. İsveç'te 2000 hastanın dahil edildiği bir anket çalışmasında psoriasisin fotosensitivite prevalansının yaklaşık %5.5 olduğu bulunmuştur (74, 75).

Şiddetli fotosensitivitenin eşlik ettiği psoriasisin, ağırlıklı olarak kadınları etkilediği, HLA-Cw6 ile ilişkili olduğu ve aile öyküsüne sahip hastaların tedavisinde ultraviyole daha etkili bulunmuştur (76).

Psikojenik Stres

Psoriasis hastalığı için endojen bir risk faktörü olan stres hastalığın daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına, tetiklenmesine ve alevlenmesine neden olabilmektedir (77, 78). Psoriasis hastalarında akut stresin hastalığın başlamasında ve alevlenmesinde önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.

Stresin, immün sistem regülasyonunda bozulma, hormonal tepkiler ve anormal T hücre aktivasyonu üzerinden etkili olduğu; stresle birlikte yükselen substans P, vazoaktifintestinal peptid gibi nöropeptidlerin keratinositleri uyardığı bunun da hastalığı alevlendirdiği bildirilmiştir (48, 79, 80). Stres, psoriasis ortaya çıkaran ve alevlenmesine neden olan bir etmendir. Hem hastalık strese, anksiyeteye ve depresyona neden olur hem de stres hastalığın agresif seyretmesine ve bu durum içinden çıkılmaz bir kısır döngüyü başlatır. Çocuklarda stresle beraber hastalığın alevlenme ihtimalinin erişkinlerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (6).

Yapılan bir çalışmada, şiddetli veya patolojik kaygı durumu olan hastaların psoralen ve ultraviyole A (PUVA) tedavisinden, kaygı durumu daha düşük olan

hastalara kıyasla daha az fayda gördüğü tespit edilmiştir (81). Depresyon ve anksiyete ile birlikte hastalığın gidişatı kötüleşebilmekte, tedaviye cevap bozulabilmekte ya da hasta içerisinde bulunduğu umutsuz durumdan dolayı tedaviye direnç gösterebilmektedir. Tüm bu durumlarda hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına ve hastalığın daha agresif seyretmesine neden olabilmektedir (82).

Yapılan bir çalışmada hastalar stres oranlarına göre düşük ve yüksek stresli olarak iki gruba ayrılmıştır, gruplar arasında Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI) karşılaştırılmıştır. Yüksek stresli olan grupta daha yüksek PASI skoru saptanmış, özellikle çocukluk çağındaki hastalarda stresle birlikte PASI değerlerinde %90 ilişkili olduğu tespit edilmiştir (83, 84).

2.1.6. Patogenez

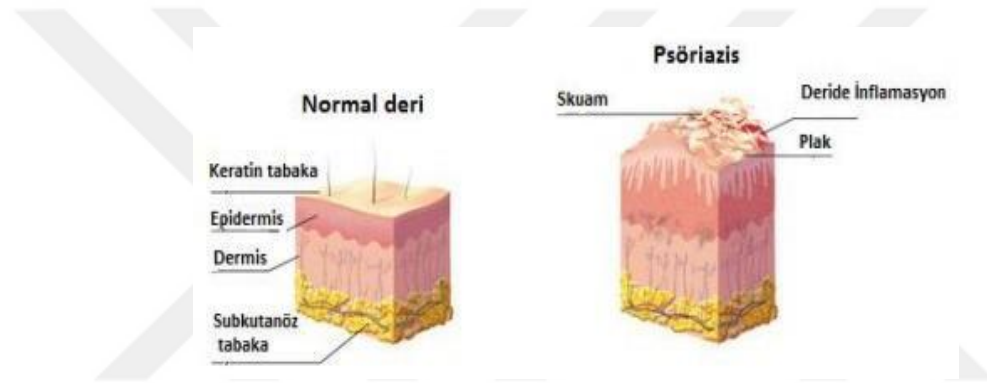
Psoriasis hastalığının patogenezini tam olarak ispatlanamamış olmasına rağmen kabul edilen iki evresi vardır. Birinci evre hastalığın başlatılması veya tetiklenmesi, ikinci evre ise patolojik durumun korunması olarak kabul edilmektedir (85). Genetik bir yatkınlık zemininde tetikleyici faktörlerle hastalığın oluştuğu düşünülmektedir.

Psoriatik enflamasyon doğal ve adaptif kutanöz immün yanıtlardaki bozukluklar sonucu meydana gelmektedir. Psoriasisin, histopatolojisinde ise keratinosit hiperproliferasyonu, epidermis ve inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve süperfisyal dermal vasküler pleksusta uzama, dilatasyon ve sızdırma (permeabilite artışı) gibi vasküler değişiklikler izlenmektedir (86, 87, 88). Ayrıca epidermiste mitoz hızı artışı, hücre yenilenme zamanında artış ve hücrelerin yaşam süresinde azalma vardır. Epidermin yenilenmesi sağlıklı deride 28 gün civarında iken psoriasiste bu süre 3-4 gün kadardır. Bu süre sedefi renkte plakların meydana gelmesine neden olmaktadır. Hücrelerde üretilen enerjinin büyük bölümü mitotik aktivitede kullanıldığından, epidermin olgunlaşması amacıyla yeterince tonoflaman, keratohyalin sentezi gerçekleşmemektedir (89, 90). Artmış turnover ve azalmış diferansiyasyondan başlangıçtaki siklikadenozin monofosfattaki azalma ve siklikguanozin monofosfattaki artış sorumlu tutulmuştur (91).

Psoriasis, inflamatuvar bir arka plan üzerinde otoimmün bir hastalığın özelliklerini göstermektedir. Bu inflamasyon ve otoimmünite birbirlerinin etkilerini daha da kuvvetlendirir (92). Yapılan incelemeler sonucunda psoriasis T hücre aracılı inflamatuvar bir hastalık olarak değerlendirilmektedir (93, 94). Henüz olgunlaşmamış

langerhans hücreleri ve myeloiddentririk hücreler antijen ile karşılaştıktan sonra lenf nodlarına göç ederek işlenmiş antijeni olgunlaşmamış T hücrelerine sunarlar. Aktive olan bu hücrelerden salınan kemokin, sitokin ve büyüme faktörleri ciltte inflamatuvar bir çevre oluşturarak psoriyatik cilt lezyonlarının meydana gelmesine neden olurlar (95).

Psoriasis tanılı hastalarda, hücre siklusundaki G1 fazının süresi kısalmıştır. Psoriasis hastalığında, hücresel proliferasyonda önemli role sahip olan poliaminlerin (spermin, putsern ve spermidin gibi) miktarı artmıştır. Proteaz-antiproteaz mekanizmasında rok oynayan α lantitripsin, plazminojen aktivatorü ve katepsinde epidermisin proliferere olmasında ve değişmesinde görev almaktadır. Proteaz aktivitesinin de psoriasis hastalarında arttığı gösterilmiştir (96).



Şekil 2.1. Psoriyatik deri

Birkaç çalışmada, anjiogenezi direkt olarak; endotelial hücrelerin proliferasyonunu ve endotel hücrelerinin permeabilitesini indirekt olarak artıran vasküler endotelial büyüme faktörünün (VEGF) artışının psoriasis patogeneziinde erken ve önemli bir basamak olduğu gösterilmiştir (96).

Sonuç olarak psoriasis hastalığının ortaya çıkabilmesi genetik yatkınlığı olan kişilerde, tetikleyici ajanlar ile karşılaştıktan sonra immün sistemin aktive olması ile birlikte, inflamasyonu sınırlayan sistemlerin devre dışı kalması ve keratinositlerin çok fazla proliferere olması ile mümkün olabilmektedir (97).

2.1.7. Histogenez

Psoriasis lezyonlarında erken dönemde meydana gelen ilk patolojik farklılık, dermisin üst bölümünde perivasküler alanda lökosit infiltrasyonu ve dermal papillalarda kapiller genişleme, konjesyon ve ödem olmasıdır. Dermal papillaların uç kısmındaki

nötrofiller epidermise ilerlemekte ve parakeratotik bölgede birikerek "Munro mikroabseleri" meydana getirmektedir.

Parakeratotik tabakanın altında yerleşen epidermal hücreler stratum spinosumun üst bölümünde toplanan nötrofillerle birlikte sponjiyoform bir püstül oluşturmaktadırlar. Bu püstül içerisinde nötrofillerin birikmesi ile "Kogojun sponjiyoform püstülü" oluşmaktadır. Munro mikroabseleri ve Kogojun sponjiyoform püstülü psoriasis için tanımlayıcıdır (98, 99, 100, 101).

2.1.8. Psoriasis Sınıflandırması

Morfolojisine Göre Psoriasis

Plak Tipi Psoriasis

Psoriasis tanılı hastaların %90'ında psoriasis vulgaris olarak tanımlanan; kronik ve stabil seyreden, eritemli zemin üzerinde beyaz veya gümüşü renkte skuamla kaplı olan ciltten kabarık, keskin kenarlı plaklar görülmektedir. Hastalık kronik seyretse de tamamen semptomsuz dönemlerde olabilir. Kronik plak psoriasis lezyonları özellikle saçlı deri, ekstremitelerin ekstensör bölgeleri, kıvrım yerleri, genital bölge ve göbek olmak üzere derinin hemen her alanına yerleşim gösterebilmektedir. Hastalığın seyrine bakıldığında, plaklar aynı bölgede yıllarca kalabilir ya da akut ataklar şeklinde ekzantematoz olabilir. Hastaların %5'inde en az 5 yıllık düzelme olduğu bildirilmiştir (44, 98)

Guttat Psoriasis (Erüptif Psoriasis)

Guttatpsoriasis, streptokok enfeksiyonunun neden olduğu faranjit ya da perianalenfeksiyon sonrası ortaya çıkan özellikle erken çocukluk veya genç erişkinlerde görülen psoriasis türüdür. Kliniğinde çapı 1-10 mm arasında değişen damla gibi, eritemli zemin üzerinde somon rengi veya pembe renkli hafif bir skuam ile kaplı çok sayıda monomorfik papüller ile karakterizedir. Skuam genellikle başlangıç evresindeki lezyonlarda belirgin değildir, kronik süreçle beraber skuam daha fazla görülmektedir.

Lezyonlar önce gövdede başlar ve sonrasında ekstremitelere yayılırlar; bazen de yüz, kulak ve saçlı deriye yayılabilir. Guttat psoriasisde, lezyonlar nadiren palmar ve plantar bölgelere yerleşmektedir. Hastalar, ekstremit ve gövdede hafif skuamların bulunduğu, topikal tedaviye ve fototerapi ile hızla düzelen, "damla benzeri" lezyonlarla

başvururlar (103, 104). Çocuklarda lezyonlar kendiliğinden gerileyebilmekte, yetişkinlerde ise lezyonlar kronik seyretmektedir (7, 99).

Eritrodermik Psoriasis

Eritrodermik psoriasis vücudun %80'inden fazlasını tutar ve tüm vakaların %25'ini oluşturur. Psoriasis ile ilişkili eritrodermanın en baskın özelliği yaygın eritemdir ve değişik derecelerde deskuamasyonla karakterizedir (105). Ciltte zaman içerisinde yaygın eritem gelişir, deri parlak kırmızı bir görünüm alır sonra lezyonlarda sarı ve beyaz renkli skuamalar meydana gelir, derinin rengi matlaşarak kuru bir görünüm oluşur.

Psoriasis vulgaris sonrası bir komplikasyon olarak ya da de nova olarak aniden meydana gelebilmektedir. Genel durum bozukluğu, hipertermi, üşüme, titreme, lenfadenopati, halsizlik ya da vazodilatasyona bağlı aşırı sıvı ve elektrolit kaybı, deskuamasyon nedeniyle protein kaybı, ödem ve cilt bariyerinin bozulması ile sepsis gibi hayatı tehdit eden sistemik komplikasyonlar ortaya çıkabilir (7).

Püstüler Psoriasis

Püstüler psoriasis etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. Son yıllarda artan sıklıkta TNF inhibitörleri ile püstüler psoriasis ataklarında artış gösterilmektedir. Bununla birlikte farklı ilaçlarda (rituksimab, lityum, amoksisilin, hidroksi klorokin, kortikosteroid kombinasyonu, aspirin, katran, sulfonamidler, vb) psoriasis ortaya çıkması ile ilişkilendirilmektedir.

Eritem zemininde 2-3 mm çapında, steril içerikli püstüller görülmektedir. Bir araya gelen püstüller gölcüklere neden olurlar, iyileşme sürecinde de halka şeklinde skuam bırakarak lezyonlar geriler. Püstüler yama ya da plakların üzerinde, kenarında ortaya çıkabilir. Bazı lezyonlar ağrılı olabilirken, batma, kaşıntı gibi şikayetlerde eşlik edebilir (106).

Baker ve Ryan klinik durumlarını dikkate alarak, dört farklı püstüler psoriasis tipi tanımlamışlardır;

1- Generalize püstüler psoriasis (vonZumbusch): Yaygın eritemli zeminde püstüller ile karakterize olup yüksek ateş, ağrılı lezyon ve periyodik ataklarla seyreden ağır bir durumdur. Psoriasis az görülen bir tipi olup enfeksiyon, hipokalsemi,

steroidlerin ani kesilmesi, fototerapi, hamilelik, BCG aşısı, lityum, interferon alfa gibi ilaçlar tarafından tetiklenebilen bir tablodur (105).

2- Gebeliğin Generalize Püstüler Psoriasis (İmpetigo Herpetiformis): Sıklıkla üçüncü trimesterde görülmekle birlikte hamileliğin herhangi bir sürecinde ortaya çıkabilen, eritemli yama zemininde yer alan çok sayıda steril püstüllerle karakterizedir. Hastalar ateş, terleme, halsizlik, kusma gibi sistemik semptomlarla da hastaneye başvurabilirler, doğum sonrası hızlı düzelse de sonraki hamileliklerde tekrarlama riski yüksektir (107).

3- Palmoplantar Püstüler Psoriasis (Barberin Püstüler Psoriasis): Sigaranın tetiklediği avuç içi ve/veya ayak tabanında lokalize steril püstüller şeklinde görülen psoriasis türüdür. Travma, metal, enfeksiyon, kaygı, ilaçlar gibi bir çok etmen lezyonların gelişmesini tetikleyebilmektedir (105).

4- Hallopeau'nun Akrodermatitis Kontinuası (Dermatitis Repens): Tüm yaş gruplarında özellikle orta yaşlı kadınlarda görülen ekstremitelerin distal bölümlerini tutan, kronik sık tekrarlayan, püstülasyon atakları ile seyreden steril püstüllerle karakterizedir (108).

Yerleşim Yerine Göre Psoriasis

Palmoplantar Psoriasis

Tüm psoriasis olgularının %5'ini palmoplantar psoriasis oluşturmaktadır. Psoriasis lezyonları avuç içi ve ayak tabanlarında sıklıkla simetrik olarak yerleşmiş olup eritem, bazı hastalarda pembe-sarı renkte görülebilmekteyken bazı hastalarda hiç bulunmayabilir. Bu hastalarda hiperkeratoz daha belirgindir. Kalın, yapışık, skuamlı plaklarla karakterize olan palmoplantar psoriasis sıklıkla ağrılı fissürler de eşlik eder. Lezyonların kalınlığı bazen keratodermiler kadar olabilir ve şiddetli seyrettiğinde el hareketlerini kısıtlayabilir (7, 46). Avuç içi ve ayak tabanındaki hiperkeratoz ve fissürler ve bunlara bağlı ağrı günlük aktiviteleri zorlaştırmakta ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

İnvers Psoriasis

Psoriasis lezyonları aksilla, inguinal, meme altları, antekübital ve intergluteal alanlar gibi deri kıvrımlarında, parlak kırmızı ve çoğunlukla sürtünme ve nemden dolayı

skuamsız plaklar şeklinde görülür. Özellikle lezyonlar, kolonizasyonun çok olduğu nemli, sürtünme ve yaralanmaya açık bölgelere yerleşmektedirler. Lezyonlar parlak eritemli, keskin sınırlı, skuamın az görüldüğü simetrik yerleşimli infiltrate plaklar şeklindedir (7, 46).

Saçlı Deri Psoriasis

Psoriasis lezyonlarının en fazla görüldüğü bölgelerden biri saçlı deridir ve bu bölgede lezyonlar saçlı deri çizgisini aşan ya da deri sınırında eritemli psoriasis skuamlı plaklar şeklinde yerleşirler. Vücudun diğer bölümlerindeki lezyonlarla birarada olabileceği gibi, sadece saçlı deride de görülebilir. Lezyonlar sıklıkla oksipital bölgede yerleşirler ve saç kaybına neden olmazlar (7, 99).

Psoriatik Artrit (PsA)

Seronegatif artritler içinde kabul edilen psöriatik artrit psoriasisin önemli bir sistemik belirtisidir. Romatoid faktör gibi serolojik bulgular negatif olan psoriatik artrit ciddi eklem harabiyeti ile giden multigenik, otoimmün bir hastalıktır.

Tüm psoriasisli hastaların %5-30'unda PsA gözlenmektedir ve semptomlar hastaların %10-15'inde deri tutulumundan önce, %70'inde ise deri lezyonlarından sonra ortaya çıkabilir. Bazı hastalarda da deri ve eklem yakınmaları birlikte ortaya çıkabilir. PsA'ı olan hastalarda çoğunlukla lezyonlar plak tipidir (109).

Ciddi yıkıcı eklem harabiyeti ile giden psoriatik artritin 5 klinik tipi vardır:

1. Klasik psoriatik artrit:
2. Artritis mutilans:
3. Sakroiliyak eklem:
4. PsA'lı hastaların %15-23 kadarında romatoid artritin semptomlarına benzeyen sabah sertliği, simetrik eklem tutulumu, ulnar deviasyon ve romatoid nodüller gibibulgular vardır.
5. PsA'lı hastalarda %60-70 ekstremitelerin interfalangeal, metatarsofalangeal eklemlerini tutan asimetrik oligoartrit görülmektedir (109).

Tırnak Lezyonları

Psoriasis hastalarının %50'sinde el tırnakları, %35'inde ayak tırnaklarında tutulum ve değişiklik olduğu bildirilmiştir. Psoriatik artriti olan hastalarda tırnak psoriasis insidansının %80-100 oranında olduğu gösterilmiş; bu nedenle, destrukatif eklem hasarının önüne geçebilmek için tırnak psoriasis olan hastalarda PsA'nın erken belirti ve semptomlarını tespit etmek önemlidir.

Tırnak psoriasis kroniktir, ancak bazen tırnaklarda hiç değişiklik izlenmediği dönemlerde olabilmektedir. Çoğunlukla bilinmeyen nedenlerden ötürü gelişip şiddetlenen tırnak psoriasisinin alevlenmesinde travma önemli bir rol oynayabilir.

Psoriasisde tırnakta görülen değişiklikler yüksük tırnak, onikolisis, subungal keratoz, trakioniş, splinter hemorajiler, lökonişi ve tırnak yatağı anomalileri şeklindedir (110). Psoriasis hastalarında tırnak tutulumu ile hastaların yaşları, hastalık süreleri ve deri bulgularının şiddeti arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (111).

2.1.9. Psoriasis Hastalık Şiddeti

Psoriasis hastalık şiddetinin değerlendirilmesi multifaktöriyeldir ve hastalık şiddetini bütüncül olarak değerlendirebilen bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Psoriasis hastalık şiddetini tanımlamak için en sık kullanılan yöntemlerden birisi lezyonları atomik yerleşim yerlerine ve eritem, skuam ve infiltrasyon gibi belirtilerine göre değerlendiren bir skorlama yöntemi olan Psoriasis Alan Şiddet İndeksi'dir (PASİ) (112). Hastalık şiddetini değerlendirmek için tercih edilen bir diğer ölçek ise kolay ve günlük pratik bir yöntem olan hastalık şiddetini doktorun global değerlendirmesidir (DGD). Bu ölçek ile dinamik olarak iyileşmeyi değerlendirmek mümkün iken, belirli bir zaman dilimindeki şiddeti (statik DGD) belirlemek için de ölçek kullanılabilir. PASİ uygulanmadığı durumlarda ise tutulumun olduğu bölgelerde, yüzde olarak yayılımını belirten, vücut yüzey alanı (VYA) tercih edilebilecek diğer bir ölçektir (113, 114).

Psoriasis hastalığının şiddeti aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır (115) :

Hafif Şiddetli Psoriasis

$VYA \leq 10$ / $PASİ \leq 10$ / $DGD \leq 2$ ve $DYKİ$ (Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi) ≤ 10 .

Orta Şiddetli Psoriasis

$VYA \leq 10$ / $PASİ \leq 10$ / $DGD > 2$ ve $DYKİ > 10$ VYA ve $PASİ < 10$

Bu özellikler varsa, orta şiddetli psoriasis olarak hastalık tanımlanır:

- a. Görünür bölgelerde tutulumun olması
- b. Saçlı deride agresif tutulumun olması,
- c. Genital bölgede tutulum olması,
- d. Avuç içi/ayak tabanında tutulumun olması,
- e. En az iki tırnakta onikoliz veya onikodistrofinin olması,
- f. Kaşıntı, batma, ağrı gibi yakınmaların olması
- g. Rekalsitran plaklarının olması,
- h. PsA olması.

2.1.10. Psoriasis Tedavisi

Psoriasis hastalığının tamamen iyileşme ihtimalinin olmaması ve sık tekrarlaması hastaların, ataklara neden olan ve hastalıktan koruyucu faktörleri öğrenmelerini zorunlu hale getirmektedir. Bireyin hastalığını tanıması, herhangi bir şekilde birine bulaşma ihtimalinin ve öldürücülüğünün olmadığını anlaması, hastalığını kabullenerek onunla yaşamayı öğrenmesi sağlanmalıdır. Enfeksiyonlar, hastalığı alevlendirebilecek ilaçlar, stres ve travmalardan kendisini koruması gerektiği anlatılmalıdır. Hastalıktan koruyucu faktörlere daha fazla önem verip örneğin derinin uzun süre kuru kalması önlenmelidir (116).

Psoriasisli hastalarda hastalığı kontrol etmek, plak lezyonları azaltmak, hastanın iyilik halinin devamını sağlamak, atakları önlemek ve yaşam kalitesini arttırmak için ‘topikal tedaviler’, ‘fototerapi’ ve ‘sistemik tedavi’ yöntemleri kullanılmaktadır. Psoriasisli hastalarda remisyonun sağlanarak iyilik halinin sürdürülmesi için kombinasyonlu ya da aşamalı şekilde uygulanan farklı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır

Hafif ve orta şiddetli psoriasis tanılı hastalarda PASİ skoru <10; D vitamini analogları, tazaroten, antralin, katran, keratolitikler, topikal antimetabolitler, nemlendiriciler gibi topikal lokal tedaviler uygulanmaktadır.

Topikal tedavi ile kontrol altına alınamayan ancak hastalığın çok şiddetli olmadığı hastalarda en rahat tolere edilen yöntem fototerapidir. Ultraviyole B, DNA üretimini durdurarak, epidermal keratinosit hiperproliferasyonunu inhibe eder ve

özellikle kronik plak ve guttat psoriasiste etkilidir. Sistemik toksisitesi olmayan fototerapi gebelerde ve çocuklarda kullanılabilir (117).

- PASİ skoru >10 puan,
- Vücut yüzey alanı tutulumu >%10,
- Dermatalojide Yaşam Kalitesi İndeksi (DYKİ)>10 puan,
- Daha önce uygulanan lokal ve topikal tedavilere kısmi, yetersiz yanıtı olan,
- Vital fonksiyonel organ tutulumu olan,
- Eritrodermik, püstüler psoriasiste sistemik tedaviler tercih edilmektedir.

Sistemik tedavi olarak hastalara metotreksat, siklosporin, sistemik retinoidler gibi tedaviler başlanmaktadır (118).

2.2. Psikodermatoloji

2.2.1. Tanım

Tüm insanlık tarihi boyunca ruh (psyche) ve bedenin (soma) birbirinden asla bağımsız olmadığına, tam tersine birbirinin tamamlayıcısı olduğuna, cildin de kişinin ruh sağlığının oldukça önemli bir komponenti olduğuna dair yazıtlara milattan önceki tarihlerde bile rastlanabilmektedir. Milattan önce 400'lü yıllarda Hipokrat anksiyeteyi kişinin terleme düzeyi ile ilişkilendirmiştir. Deri hastalıklarının ortaya çıkışında ruhsal etkenlerin rolünün tartışıldığı ilk olgu 1155 yılında yayınlanmış bir kitaptan alıntılanarak 1979 yılında sunulmuştur (67). Fransız psikanalist Anzieu deri ve eklerinin ruh ile ilişki ve etkileşimini ön plana çıkarırken, 1961 de yayınlanan Georg Groddeck' in eseri ise psikosomatik dermatolojinin doğumu olarak kabul edilmiştir (119).

Ortak nörotransmitter, nöromediyatör ve reseptörler aracılığı ile birbirleriyle bağlantılı olan beyin ve deri aynı embriyonal yapraktan, ektodermden köken almaktadır. Vücudumuzu dıştan çepeçevre saran deri tüm yüzeyi aracılığıyla dış dünyadan bilgi toplar, aldığı bilgileri içte olan sisteme yani sinir sistemine gönderir. Diğer taraftan merkezi sinir sisteminden kaynaklanan içsel uyarılar ile deri ve eklerinde kızarıklık, terleme gibi değişiklikler meydana gelmektedir.

Saç ve ten rengi gibi özellikler ile bir tür kimlik kartı görevi üstlenen deri aynı zamanda bireyin anlık sağlık durumunu, duygu ve davranışlarını yansıtan bir ekran gibi

de rol almaktadır (5). Psikodinamik olarak ise dışarı çıkartılamamış, psikiyatrik ve toplumsal problemlerin yansıtıldığı, sessiz iletişime yol gösteren benliğin organik örtüsü olarak ifade edilmektedir (102). Deri, doğumdan ölüme kadarki süreçte, duyguları açıkça ifade etme, duyuşsal uyaranlara cevap verme, kişinin benliğini ve özgüvenini ortaya çıkarma ve sosyalleşme de önemli rol oynar (120).

Fiziksel hastalıkların gidişatında görülen psikiyatrik sorunlar, doğrudan fiziksel hastalık ya da tedavide kullanılan ilaçlara bağlı meydana gelen nörobiyolojik ve psikopatolojik etkenlerin birlikte rol oynaması ile ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan organik hastalıklar kişinin beden imgesini, kendisine duyduğu özgüvenini, hayattaki hedeflerini, çalışma hayatını, ego bütünlüğünü, ailevi ve sosyal ilişkilerini bozarak psikopatoloji ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Psikopatolojinin gelişiminde hastalığın türü, hasta ve toplum tarafından hastalığın nasıl değerlendirildiği, hastanın başatma becerileri ya da sosyal destek sistemleri rol oynar (121). Psikodermatoloji, hastalığın oluşumunda, gidişinde ve şiddetlenmesinde ruhsal etkenlerin rol oynadığı veya ardından ruhsal bir bozukluğun ortaya çıktığı deri hastalıkları ile ilgilenmektedir (102, 122).

Psikokutan hastalıklar şu şekilde gruplandırılmıştır:

- 1- Ruhsal bozuklukların deri bulgularını tetiklediği veya klinik şiddeti arttırdığı multi faktöriyel deri hastalıkları (psoriasis, ürtiker, alopesi areata, vitiligo, akne, atopik dermatit),
- 2- Ruhsal bir hastalık olmasına rağmen deri bulguları ile ortaya çıkarak tanısı konulan psikiyatrik tablolar (sanrsal dermatozlar, yapay dermatozlar, dismorfik bozukluk, trikotillomani, obsesif kompulsif bozukluk),
- 3- Organik bir deri hastalığı sonucu görünümün bozulmasıyla ya da kişinin baş etme kapasitesinin bozulması gibi durumlar sonucu gelişen psikiyatrik bozukluklar (reaktif depresyon, uyum bozuklukları),
- 4- Psikiyatrik bozukluk ile deri hastalığının eşzamanlı olarak bulunması şeklinde sınıflandırılmaktadır.

Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların ortalama üçte birinde ek bir psikiyatrik hastalık saptanmış olup çalışmalar yatan hastaların % 9-60' ında, ayaktan

takip edilen hastaların %25.2-33.4'ünde ruhsal sorunlar olduğunu göstermektedir (5, 120, 123).

Deri hastalıklarında özellikle hastalığın derinin açık ya da kapalı bölgesinde olmasına göre algı değişmekte, cilt lezyonlarının başkaları tarafından rahatlıkla görülmesi, bireyin sosyal yaşamını etkileyerek zamanla sosyal ortamdan izole olmasına ve psikolojik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (124). Elinde lezyonu olan hastalar ilgili yapılan bir çalışmada cilt lezyonunun başlatan nedenin %51 stresle ilişkili olduğu gösterilmiştir (125).

Komorbid psikiyatrik rahatsızlıklar sırayla depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluklar, delüzyonel bozukluklar olarak sıralanmaktadır. Sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, alkol bağımlılığı, post travmatik stres bozukluğu, yeme bozuklukları ve psikoz gibi psikiyatrik bozukluklarında daha az sıklıkla eşlik ettiği bildirilmiştir (5, 120). Deri hastalıkları ruhsal etkenlerden bağımsız olarak değerlendirilemez küçük bir deri lezyonunun varlığı hasta için egoya sıçramış bir leke olabilir ve farklı komorbiditelerle süreç zorlaşabilir (123).

Psikosomatik bir hastalık olan psoriasis hastalığının tetiklenmesinde ve tedavisinde psikolojik ve psikopatolojik etkenler önemli rol oynamaktadır. Psoriasis tanılı hastalarda, özellikle lezyonların gözle görülen yerlerde yerleşmiş olması, olumsuz çevresel faktörler, düşük baş etme kapasitesine ve sosyal desteğin yeterli olmamasına bağlı olarak hastanın yaşam kalitesi, sosyal ilişkileri, işlevselliği ve dolayısıyla hastanın psikolojik durumu olumsuz yönde etkilemektedir (123).

Hastaların uğradıkları yalıtım ve damgalanma yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada hastaların %89'unun kendi görünümleriyle ilgili utanç duydukları sonucuna varılmıştır (124). Psoriasis tanılı hastaların baş etme yöntemlerinin kaçınma olduğu ve bu durumda sosyal izolasyona ve işlev kaybına neden olduğu düşünülmektedir (125). Psoriasis tanılı 369 hasta ile yapılan araştırmada, hastaların %35'i hastalıklarının iş hayatlarını kötü etkilediğini, %20'si iş performanslarının ciddi olarak azaldığını ve %44'ü iş yaşamında zorluklar yaşadığını ifade etmiştir (126, 127).

Psoriasis hastalığı, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarını etkileyen kronik bir hastalık olarak, hastalığın belirtileri, olumsuz etkileri, kullanılan ilaçlar ve çevre etkisi gibi nedenlerden dolayı hastalarda psikolojik sorunlara neden

olmaktadır. Hastalık psikolojik sorunlara, psikolojik sorunlarda hastalığın tekrarlamasına veya şiddetlenmesine yol açmakta ve bu etkileşim hastanın hayatında sürekli kısır döngülerin ortaya çıkmasına ve yaşam kalitesinin olumsuz bir şekilde etkilemesine neden olmaktadır (127).

2.2.2. Çocukluk Çağı Travması

Anlamlandırma, ilişki kurma ve kontrol etme becerilerini bozan, savunma mekanizmaları ve baş etme yöntemleri ile altından kalkamayacak kadar ıstırap veren, ezici ve sarsıcı yaşantılara psikolojik travma denmektedir (128). Her yaşta travmaya maruz kalmak sorunlara neden olurken bu travma ile nasıl baş edeceğini bilemeyen çocuk yaş gruplarında ruhsal travmaya uğrama riski daha fazladır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her yıl 0-14 yaşları arasındaki 40 milyon çocuğun, tıbbi ve sosyal yardımı gerektirecek düzeyde kötüye kullanım ve ihmale uğradığını tahmin etmekte ve dünyanın en zengin 27 ülkesinde, her yıl 3500 çocuk kötü muameleyle bağlı olarak ölmektedir (129, 130).

Çocuk yetiştirme uygulamalarında kültürlere göre farklılıkların olması çocuklara yapılan kötü davranışların tarifenmesinde güçlüklerle neden olmuştur (131). Bu sebeple, Uluslararası Çocuk İstismar ve İhmalini Engelleme Topluluğu devletlerin yaptıkları tanımlardaki benzer yönleri inceleyerek, genel bir tanım yapmaya çalışmışlardır (131). Bu doğrultuda, on sekiz yaşından küçük çocukları dahil eden ve travmatik bir yaşantı olarak da nitelendirilen çocuğa yönelik kötü muamele, DSÖ tarafından; çocuğun yaşamına, sağlığına ve onuruna zarar veren veya verme ihtimali olan fiziksel, duygusal, cinsel istismar, ihmal ve bunların yanı sıra ticari veya ticari olmayan her türlü kötü davranış olarak tanımlanmıştır (129, 132, 133).

Çocukluk çağı travmaları, çocukluk çağı istismarları ve çocukluk çağı ihmali olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. İstismar; kasti olarak gerçekleştirilen, bedensel, cinsel, psikiyatrik veya toplumsal yönden çocuğa zarar veren aktif bir süreç iken, ihmal; çocuğu korumak ve çocuğa bakım vermekle yükümlü olan kişilerin, bu sorumluluklarını kısmen ya da hiç yapmaması neticesinde, bedensel ve psikolojik sağlık bakımından çocuğun zarar gördüğü pasif bir süreç olarak tanımlanmaktadır (134).

Çocukluk çağı travmaları “Ruhsal Bozukluklar Tanı Ölçütleri” (DSM-5) kitabında “Çocuğa Kötü Davranma ve Çocuğu Boşlama Sorunları” olarak adlandırılmaktadır.

Çocukluk Çağı İstismarları

Fiziksel İstismar

Bir yetişkin ya da bakım vereni tarafından istemli ve bilinçli bir şekilde çocuğun vücuduna zarar verilmesi ya da çocuktan yükümlü olan kişilerin çocuğu korumak amacıyla, gereken yerlerle görüşmemesi neticesinde çocuğun bedensel olarak yaralanması ve zarar görme ihtimalinin ortaya çıkmasıdır (131, 133, 135, 136).

Kaza dışı meydana gelen çocuğu bğmaya çalışma, ısırma, yakma ve vurma gibi kötü muameleler fiziksel istismar olarak değerlendirilirken, dövme en sık görülen fiziksel istismar türüdür (133, 137).

Cinsel İstismar

Cinsel tatmin amacıyla çocuktan en az altı yaş büyük olan birinin çocuğun cinsel organlarını okşama, cinsel penetrasyon, çocukla cinsel içerikli konuşma gibi cinsel eylemlere katılması ya da çocuğun pornografi amaçlı kullanılması, röntgencilğe ve teşhirciliğe zorlanması cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır (137). Çocuğun başlattığı, başlatmadığı; eylem esnasında bir araç kullanıldığı, kullanılmadığı; dokunmanın olduğu, olmadığı; hasara neden olan, olmayan bütün cinsel davranışlar cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır (138, 139).

Duygusal İstismar

Çocuğun ruhsal gelişimini ve psikolojik büyümesini olumsuz etkileyebilecek, fiziksel dokunmanın olmadığı, çocuğu aşağılama, tehdit etme, eleştirme, değersizleştirme, korkutma, isim takma, baskı yapma, mahcup etme, akranları ile kıyaslama, yaşlıları ile sosyal ilişkiler kurmasına engel olma gibi davranış ve tutumları ifade eder (131, 133, 140). Duygusal istismar psikolojik istismar ve duygusal kötü muamele olarakta ifade edilmektedir (131).

Yapılan çalışmalarda fiziksel istismara uğrayan çocukların % 50'sinin; cinsel istismara maruz kalan çocukların da neredeyse beşte birinin aynı anda duygusal istismara uğradıkları tespit edilmiştir (141).

Çocukluk Çağı İhmalleri

Çocukluk çağı ihmalleri, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olarak iki başlıkta incelenmektedir (135, 143, 144).

Duygusal İhmal

Çocuğun duygusal ve ruhsal gereksinimlerinin giderilmemesi, kişilik ve duygusal açıdan olgunlaşmasına katkı sağlayan, şefkat, sevgi veya bakım gibi etkileşimlerden eksik bırakılmasıdır. Çocukla duygusal bağ kurulmamasının, toplumsal kuralların öğretilmemesinin, çocuğun sosyal gelişimini sağlayacak destekleyici ilginin gösterilmemesinin ve çocuğun yaşına ve konumuna göre uygun olmayan davranışlar göstermesine ve aile içi şiddete şahit olmasına bilinçli olarak izin verilmesinin, çocuğun ruhsal sorunlarına yardım edilmemesinin ve bu konuda yardım aranmamasının duygusal ihmalin göstergesi olduğu belirtilmiştir (145, 146).

Fiziksel İhmal

Çocuğun korunma, sağlık, giyinme, barınma, sağlıklı beslenme ve temizlik gibi temel ihtiyaçlarının kısmi ya da hiç karşılanmamasıdır (131, 135, 147). Bununla birlikte, çocuk hastalandığında ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetleri ile erişim kurulmaması ya da sağlık hizmetine vaktinde gidilmemesi ve çocuğun sağlığı için verilen önerilere dikkat edilmemesi gibi durumlar sağlık ihmali tanımı ile fiziksel ihmal içerisinde bir alt grup olarak belirtilmektedir (147).

Psoriasis ve Çocukluk Çağı Travması

Çocukluk çağından yetişkinliğe uzanan süreçte çocukluk çağı travmaları nedeniyle ortaya çıkan sorunlar toksik stres ve allostatik yükü açıklanmaktadır (148). Allostatik organizmanın akut stres durumlarında katekolamin ve glukokortikoidler aracılığıyla geliştirdiği fizyolojik adaptasyonları ifade eder ve toksik strese bağlı yüksek allostatik yük geliştiğinde stres hormonlarının aşırı aktivasyonu gerçekleşir.

Zihinsel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri olan psoriasis; sempatik adrenal medullar eksen ve hipotalamik hipofiz adrenal eksenin hastalığın başlangıcında yer alması muhtemeldir ve ayrıca derideki inflamatuvar yolların kortikotropin salgılatıcı hormonun (CRH) merkezi salınımı üzerinde de karşılıklı etkileşimi olmaktadır.

Psoriasis tanılı hastaların neredeyse üçte birinde hastalık 15 yaş civarında gözlenmeye başlamakta ve emosyonelimmaturiteyle birlikte geççocukluk ve adolesan dönem boyunca yaşanmış olumsuz çocukluk çağı deneyimleri psoriasisin erken yaşta başlamasında rol oynamaktadır (9,149). Çocukluk çağı travması nedeniyle yaşanan stres

ve salınan katekolominler kroniksüreçte metabolik, kardiyovasküler, immünve nörolojik sistemler ve özellikle çocuklarda beyin gelişimi üzerinde olumsuz etkiler oluşturur (150, 151). Ayrıca çalışmalar çocukluk çağında istismar yaşayan bireylerin santral sinir sisteminde fizyolojik ve anatomik değişikliklerin olduğunu göstermektedir (151).

Psikofizyoloji ve etiyopatogeneze üzerine yapılan çalışmalar, özellikle erken çocukluk döneminde travmayaşandığında ciltte çevresel stres faktörlerinin ne kadar önemli olduğunu ortaya çıkartmaktadır. Genetik faktörlere sahip kronik inflamatuvar bir hastalık olan psoriasis hastalığının, erken yaştaki travmatik ve psikolojik stres faktörleri tarafından tetiklendiği ve şiddetlendiği görülmektedir (152, 153, 154, 155, 156).

İstismara uğramış bir çocuğun duygudurumu ve psikososyal gelişimi küçük yaşlardan başlayarak kötüleşmeye devam etmekte; planlama, problem çözme, davranışların ve duyguların yönetimi ile alakalı bölgelerde gelişimsel bozukluklar görülebilir (157, 158, 159). Bu sorunlar yaşla birlikte müdahale edilmezse daha da kötüleşebilir (160).

Çalışmalar, çocukluk çağı travmasına maruz kalmış bireylerde aşırı alkol tüketimi, sigara kullanımı, riskli cinsel davranışlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, diyabet, inme, depresyon, erken yaşlanma, miyokard enfarktüsü, astım, psoriasis, sakatlık, obezite gibi birçok hastalık ve davranış bozukluklarına maruziyeti olmayan bireylere göre daha çok rastlandığını göstermiştir (161,162). Olumsuz çocukluk çağı deneyimi yaşamış kişilerde en sık görülen sorunlar, depresyon, anksiyete, öfke nöbetleri, bilişsel bozukluklar, kişilik bozuklukları, disosiyatif kimlik bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, yeme bozuklukları, somatizasyon bozuklukları, intihar düşüncesi ve girişimleri gibi riskli davranışlardır (163, 164, 165, 166, 167).

2.2.3. Emosyon Regülasyonu (Duygu Düzenleme)

Duygularını anlama, tanımlama ve tepkilerini daha düzgün ve bütünleşmiş bir düzen içerisinde gösterebilme becerisi olan emosyon regülasyonu, bir hedefe varabilmek amacıyla kişinin duygusal reaksiyonlarını takip edebilme, denetleyebilme ve gerekirse değişiklik yapabilme becerisidir (168). İnsanlar yaşamları boyunca birçok uyarana karşı karşıya kalmaktadır. Duygu düzenlemesi, uyarılara karşı kişinin duygularını, düşüncelerini, tepkilerini ve davranışlarını kontrol etmeyi, kişinin amaçlarına bağlı olarak duygusal deneyimin derecesini belirleyen duygunun azaltılmasını, sürdürülmesini veya artırılmasını içermektedir (169, 170, 171).

Emosyon regülasyonu ile ilgili farklı tanımlamalar söz konusudur. Duygu yönetimi (emotion management), duygu kontrolü (affect control), duygu ayarlama (emotion regulation) gibi tanımlamalar birbirinin yerine kullanılabilirken, duygu düzenlemenin bozuk olduğu durumlar için ise duygusal labilite (emotional lability), afektif labilite (affect lability), duygusal labilite (emotional lability) ve duygu disregulasyonu (emotion dysregulation), şeklinde tanımlanabilmektedir (172).

Duygular, kişinin amaçlarıyla uyumlu bir uyarının olduğu durumlarda meydana gelirler (173). Duygu düzenleme süreçleri ise sahip olunan duyguları ve bunların nasıl deneyimlendiğini etkiler (174). Duygu düzenleme süreçleri kontrollü veya kendiliğinden duygu üretme sürecini etkileyebilir ve devam eden duygusal tepkilerde değişiklik olmasını ya da yeni bir duygusal tepkinin başlatılmasına sebep olabilir (175, 176). Duygu düzenleme taslakları başlangıçta hayal edilebilir ancak sonrasında farkındalık olmadan duygular meydana gelir. Kişilerin duygularını iyi veya kötü düzenleme olanağına vardır ancak önceden bunun nasıl olacağı tahmin edilemez. Kişiler özellikle öfke, anksiyete, mutsuzluk gibi olumsuz duygularını gidermek amacıyla duygularını düzenlerler (175).

James J. Gross (2007) duygu düzenleme stratejilerini beş kategoride toplayarak bir model geliştirmiştir. Bu beş kategori; durum seçimi, durum modifikasyonu, dikkat açılımı, bilişsel değişim ve yanıt modülasyonudur.

- 1- Durum seçimi, hayat tecrübeleri, olaylara verilen anlam ve umut edilenler doğrultusunda bir tercih yapmaktır. Düzenleme stratejilerinin en proaktif aşamasıdır ve duygusal deneyimi etkilemek amacıyla bilinçli olarak duruma katılma veya durumdan kaçınma sürecini içerir.
- 2- Durumu ayarlama koşulların gerektirdiği şekilde, söz konusu olayın ya da durumun neden olacağı duygusal sonucu değiştirebilmek için hedef değiştirmeye çalışmaktır.
- 3- Dikkati verme ise belli bir olay sonrasında emosyonel cevabı ayarlamak için dikkatlerini yönlendirmeye nasıl karar verdiklerini, dikkatlerini dağıtma süreci ve ruminasyonları içermektedir.
- 4- Bilişsel değişim, duyguya sebep olan bir durum ya da bir olaya dikkatini verdikten sonra, koşulun anlamlı bir fikir üzerine çevrilmesi ve durumla

ilgili olma ihtimali olan birçok anlam arasından tercih yapma olarak değerlendirilebilir.

- 5- Yanıt modülasyonu ise duygusal tepkilerin yüz ifadeleri gibi eylemlere etkisi bir başka ifade ile duygusal yanıt meydana geldikten sonra bu cevabı etkileme gayretidir (173, 175).

Emosyon düzenlemesi için kullanılan temel mekanizmalar bilişsel yeniden değerlendirme ve olumsuz uyarının etkisini bastırmadır. Bilişsel yeniden değerlendirme, bireyin bir olayın neden olduğu duygusal etkiyi düzenlemek için düşünce türünü değiştirmesi olarak tanımlanabilirken, yapılan çalışmalar bu stratejiyi kullananların daha olumlu sonuçlara ulaştığını göstermektedir (177, 178). Bu kişilerin stresli durumlar karşısında daha iyimser olabildikleri, stres kaynaklarını yeniden yorumlayabildikleri, benlik saygılarının daha yüksek, depresif belirtilerinin daha az, yaşamdan duydukları tatminin ve psikolojik iyilik durumlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Bastırma, yaşanan duyguyu tümünden değiştirmeyen ancak hem olumlu hem de olumsuz duygu dışavurumunun azaltılması olarak tanımlanmaktadır. Bastırma mekanizmasını kullananların, stresli bir olay karşısında duygularını sakladıkları, ne hissettiklerini daha zor farkettikleri, duygudurumlarını düzeltmede daha çok güçlük yaşadıkları, olumsuz bir olay yaşadıklarında olayı zihinlerinde yineledikleri, yakın ilişkilerde kaçınan bir tutum içinde oldukları, benlik saygılarının düşük, yaşam doyumlarının az ve depresif belirtilerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Duygu düzenleme sistemleri bilinçli ya da bilinç dışı olarakta eyleme geçebilmektedir. Uyarın ve uyarınla alakalı geçmiş etkileşimlerden kazanılan bilinçdışı bellek, kişinin durumu farketme, değerlendirme ve gruplandırma becerisini etkilemektedir. Duruma göre kişide kendisini korumaya ya da durumdan zevk almaya yönelik bir motivasyon meydana gelir, buda bireyin doğru zamanda doğru reaksiyonlar vermesini sağlar (179). Bilinçli emosyon regülasyonunda birey hareketlerin kontrolü, ilginin yönlendirilmesi ve bilişsel farkındalık durumlarında istemli olarak tercihlerini yapmaktadır (175).

Araştırmalar bebeklikten başlayarak aile tarafından, çocuğun emosyonlarına verilen cevapların, duygularının farkına varılması, duyguların dışa aktarımı ve duygularını düzenleme yetenekleri ile ilgili önemli etkileri olduğunu göstermektedir (180).

Psoriasis ve Emosyon Regölasyonu

Duyguları düzenleme yeteneği, yaşam kalitesini, tedavi memnuniyetini ve olumsuz duyguların etkisini iyileştiren koruyucu bir faktör olarak görönmektedir (12, 181).Psoriasis hastalığı olan hastalar, hastalıkları hakkında çaresizlik, utanç, kızgınlık veya hayal kırıklığı hissetme eğilimindedir; bu, esas olarak başkalarının hastalığı bulaşıcı olarak algılaması, dokunma duygusu reddi ve cilt damgalanması yaşamaları ile ilgilidir (182, 183, 184, 185). Aynı zamanda, klinisyenler psoriasis hastalığını basit bir cilt hastalığı olarak yönetme eğilimindedir, bu durumda hastaların kapsamlı değerlendirilmesini güçleştirir ve gerekli tedaviyi, yardımı alamayan hastalarda olumsuz bir duygusal bileşen gelişmesine neden olur (186). Psoriasis hastalığının bilinen psikososyal etkisi, hastaların duygu düzenlemede zorluk yaşama ihtimalinin yüksek olduğunu düşöndürmektedir. Bu nedenle, yaşam kalitesini etkileyen ilgili zorlukları belirlemek için bu hastalarda duygusal düzenlemeyi incelemek çok önemlidir.

Duygu düzenleme, bireylerin duygularını ne zaman, hangi koşullarda ve nasıl kullandıklarını, kontrol ettiklerini ve deneyimledikleri süreçleri ifade etmektedir (187). Psoriasis tanılı hastalar, duygusal kontrol açısından zorluklar yaşarlar ve adaptif süreçlerde zorluklara neden olan duygular sergilerler (186). Yapılan bir çalışmada psoriasis hastalarının olumsuz sonuçlanacak bir durumdan kaçınamadıkları zaman duygu düzenleme zorluğu yaşadıkları ve kendilerini güçsüz hissettikleri için de sakatlık algılarının arttığı gözlemlenmiştir.

Psoriasis hastaları, duygu düzenleme stratejisi olarak daha ilkel olduğu düşünölen ve duygusal tepkinin ifadesini engelleyen duygusal baskılama mekanizmasını kullanmaktadırlar (12, 188). Bu yöntem iyileşmiş depresyon hastaları tarafından kullanılan stratejinin aynısıdır. Baskılama stratejisinden daha uyumlu olan durumun anlamını ve duygusal etkisini değiştirmek için yeniden düşünmeyi içeren bir duygu düzenleme stratejisi olan yeniden değerlendirme yönteminin hastaların refahını ve sağlığını daha olumlu etkilediği gösterilmiştir (188). Dahası, psoriasis hastalarının alt tipleri de farklı duygu düzenleme kalıpları sergiler: erken dönem psoriasis tanısı alan hastalar sorun yaşadıklarında, amaçlarına göre davranmada daha fazla zorluk yaşarlar (181). Hatta yapılan bir çalışmada psoriasis hastalığı olan obez hastaların, psoriasis hastalığı olmayan obez hastalara göre daha fazla hedefe yönelik duygu düzenleme zorluğu yaşadıkları gösterilmiştir. Psoriasis hastalarında olumsuz duygular yaşarken dürtü kontrolü becerisinin de daha düşük olduğu gösterilmiştir (189). Bir çalışmada

psoriasis hastalarının, kendi duygularını doğru bir şekilde tanımlamada kontrol grubuna göre daha fazla güçlük çektikleri gösterilmiştir (190, 191).

2.2.4.Psikolojik Dayanıklılık (Psikolojik Sağlamlık)

Literatür incelendiğinde psikolojik dayanıklılık ile ilgili çok fazla tanımlama bulunmakta ancak ortak olarak kabul edilen evrensel bir tanım bulunmamaktadır. Tanımlarda genel olarak iki temel unsur üzerinde durulmuştur. Bunlardan ilki zorlu, stresli bir yaşam olayı olmasıyken, ikinci unsur bireyin gelişim süreçlerine olumsuz bir etki yaratabilecek süreçlere rağmen, değişime uyum gösterebilmesidir.

Kararılmak psikolojik dayanıklılığı, yoksulluk, savaşlar, tartışmalar ya da doğal afetler gibi zorlu ve stresli yaşam tecrübeleri ile karşı karşıya kalındığında kişiyi koruyan ve durumlar karşısında savunmasız bırakan etmenlerin etkileşmesi sonucunda meydana gelen bir süreç ve kişinin hayatındaki bu farklılıklara uyum göstermesi olarak tanımlanmıştır (192).

Masten (2001) psikolojik sağlamlığı “zorlu yaşam koşullarının etkisine rağmen psikolojik iyilik halini koruma ve bu hale geri dönebilme kabiliyeti” olarak tanımlanmıştır (193). Masten ve arkadaşları tüm tanımları gözden geçirerek, tanımların benzer noktalarından üç temel başlık oluşturmuştur.

1. Olumsuzluklara rağmen mevcut zorluklar ile baş edebilen ve tahmin edilenden daha olumlu ilerleme gösteren kişilerin ayakta kalıp hayata devam edebilmelerini sağlayan kişisel bir özellik ya da beceriye sahip oldukları düşüncesini belirtmek için kullanılmıştır.
2. Boşanma, ailede çatışma gibi stresli yaşam olaylarına rağmen, kişilerin hızlı uyum gösterebilme yeteneklerini ifade etmektedir.
3. Kişilerin yaşamış oldukları doğal afet, kaza gibi travmatik olaylar sonrası travmaları atlatma, toparlanma süreci biçiminde sıralanmıştır (194).

Psikolojik dayanıklılık bazen olumlu uyum, baş etme ya da yeterlik kavramları ile karıştırılmaktadır. Olumlu uyum psikolojik dayanıklılığın bir sonucu iken yeterlik bireyin felaketin üstesinden gelmesine yardımcı olan psikolojik dayanıklılık sürecindeki önemli unsurlardan birisidir (195).

Bir süreci gösteren psikolojik dayanıklılık kavramı olumsuz durumlar karşısında iyi uyum sağlayabilmektir (196). Bu dinamik süreçte kişinin kendisi, ailesi, çevresi ile ilgili risk faktörleri ve koruyucu faktörler rol oynamaktadır.

Kişinin kendisi ile ilgili risk faktörleri, zekasının düşük olması, stresli bir mizaç yapısının olması, sağlık sorunları yaşama, kendine güvenmemesi, kendine yeterince saygı duymaması, sinirli kişilik yapısına sahip olunması, başa çıkma mekanizmalarını etkili bir şekilde kullanamaması, bireyin kendini kontrol etme yeteneğinin az olması sayılabilmektedir.

Ailevi risk faktörleri ise ebeveyn ve çocuk arasında sağlıklı bağların olmaması, ailevi hastalıklar, boşanmış ebeveynler, ebeveynlerden birinin kaybı, kardeşler arası ilişkilerin kötü olması, aile içi istismar ve ihmalidir. Düşük sosyoekonomik düzey, işsizlik, barınmanın yetersizliği, rol model olarak alacak kimsenin olmaması, alkol ya da madde kullanımı ve şehir/ülke değiştirmek çevresel risk faktörlerindendir. Bu riskler, kişinin gelişiminde sorunların ortaya çıkma olasılığını arttırırken; stres kaynaklarının birikimli ve devamlı olarak ortaya çıkması, olumsuz sonuçların meydana gelmesine neden olur (197, 198).

Bazı bireyler olumsuz olaylar ve strese neden olan durumlar ile daha kolay başa çıkmakta ve bu süreçler karşısında daha dayanıklı durabilmektedirler (199). Psikolojik dayanıklılık, kişiyi ortamın etkilerine karşı koruyan bir kişilik özelliği değil, sahip olunan özelliklerin sonucudur. Bireyi hedeflerine ulaştıran ve başarılı kılan nedenler, risk etmenlerinin olumsuz etkisini baskılayan ve kişinin gelişim sürecinde ihtiyaç duyduğu gereklilikleri karşılamasına katkıda bulunan koruyucu faktörlerdir (200).

Özgüven, entelektüel kapasitenin yüksek oluşu, sosyal beceriler, sağlıklı olma, otokontrollü olma yeteneği, ailevi hastalıkların az ya da hiç olmaması, kişiler tarafından becerikli olarak görülme, eğitim başarısı, destekleyici aile yapısı, iyi sosyoekonomik durum, spor ve fiziksel aktivitelere katılmak gibi sosyal faaliyetler bazı koruyucu faktörler olarak tanımlanmaktadır.

Psoriasis ve Psikolojik Dayanıklılık

Dayanıklılık, hastaların güçlü yönlerini destekleme perspektifinden türetilen bir kavramdır; bir şok veya krizin üstesinden gelme ve sağlıklı duruma geri dönme gücünü ifade eder (201, 202). Ayrıca, bir kriz sırasında uyumu arttırırken olumsuz duyguları

azaltma konusunda psikososyal bir yetenek olarak tanımlanan dayanıklılık, bireylerin kronik hastalıkların üstesinden gelmesine yardımcı olan kritik bir güçtür (203, 204).

Olumlu bir adaptasyon olan psikolojik dayanıklılık, bir kişinin stresörlerin olumsuz etkilerine direnmek ve önemli işlev bozukluklarının ortaya çıkmasını, çeşitli organik veya zihinsel hastalıkların meydana gelmesini önlemek için değişime başarılı bir şekilde uyum sağlama kapasitesini temsil eder. Psikolojik dayanıklılık, hastalığın başlangıcını engeller ve önler, fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik sağlar, iyileşmeyi kolaylaştırır ve hızlandırır, kronik hastalığa rağmen kaliteli bir yaşam ve esenlik sağlar. Dayanıklılık, insanları zihinsel olarak sağlıklı kalmaya ve kronik hastalıklarının bir sonucu olarak anksiyete ve depresyonla baş etmelerine yardımcı olabilecek davranışları uygulamaya motive etmektedir (203, 205).

Psoriasis hastalarında fiziksel ve psikolojik sorunlar yaygın olmakla birlikte, bazı hastalar dayanıklılık dahil olmak üzere bazı kişilik özellikleri sayesinde hastalığa ait ciddi sorunlara kolayca uyum sağlayabilir ve normal hayatlar yaşayabilirler (206). Dayanıklılığın depresyonu iyileştirmede, yaşam kalitesini arttırmada ve özellikle kronik hastalıklardan muzdarip hastalar için stresli koşullara adaptasyonda olumlu etkisi kanıtlanmıştır (207, 208, 209).

Conner ve Davidson, dayanıklılığı, bir bireyin yaşamı tehdit eden durumlarla başa çıkmak için zihinsel ve ruhsal denge yaratma yeteneği olarak tanımlamışlardır (210). Çalışmalar ayrıca, kronik hastalık teşhisi konan hastalarda daha güçlü bir dayanıklılığın, kabul, esneklik, başa çıkma becerileri ve akıl sağlığında iyileşmeyi sağladığını göstermiştir. Dayanıklılığın hastalıkların neden olduğu psikolojik bozukluklara karşı her zaman koruyucu faktör olarak kabul edilmesine rağmen, psoriasis tanısı alan hastalarda dayanıklılığın rolü üzerine yapılmış çalışma sayısı çok azdır.

2.2.5. Anksiyete Duyarlılığı

İlk olarak Reiss ve McNally (1985), anksiyete duyarlılığını (AD), fiziksel, fizyolojik ve/veya sosyal zararlı sonuçları olduğu düşünülen kaygıya bağlı ortaya çıkan belirtilere ve duyumlara karşı aşırı düzeyde bir korku olarak tanımlamışlardır (211).

Reiss'e göre AD, korku beklentisi temelinde (expectancy of fear), korkmaktan korkmak veya kaygıdan korkmak olarak tanımlanmaktadır (14). Clark, anksiyeteye dair korkunun sebebini katastrofobik yani bir durumu felaketleştirmeye yatkın düşünceler ve

bu bağlamda da olağan bazı bedensel duyumları yanlış ve abartılı yorumlama olarak değerlendirmiş olup bu tanımlama panik bozukluktaki katastrofik yanlış yorumlama ve beklenti modeli bütünleştirilerek yapılmıştır (212).

Kişinin anksiyete belirtilerinden ve onun olumsuz sonuçlarından; kaygısından utanması, kaygısının ölüme, hastalığa yol açacağı inancı gibi nedenler bu korkuya sebep olmaktadır (213). Kişilerin kalıtsal olarak anksiyeteyi nasıl algıladıkları ve anksiyete sonucunda ortaya çıkan belirtileri nasıl yorumladıklarına bağlı olarak, bu durum kişiden kişiye farklılık göstermektedir (214). AD'nın, kaygı ile bağlantılı farklı his ve belirtileri içeren bir anlamı olsada bu kavram başka araştırmacılar tarafından çarpıntı, terleme ve baş dönmesi gibi otonomik aktivasyon bulgularını yansıttığı şeklinde tanımlanmaktadır (215).

AD, düşük ve yüksek duyarlılık olmak üzere iki başlık altında sınıflandırılmaktadır. Toplumun %10–20' sini meydana getirdiği düşünülen yüksek AD olan kişiler; birden ortaya çıkan, açıklanamayan ve nispi şiddetli olan bedensel kaygı belirtilerini zararlı olarak değerlendirmeye yatkın olup, genellikle uzak durma eğilimindedirler. Toplumun geri kalan kısmı düşük AD olan kişilerden oluşmaktadır ve bu kişiler kaygı belirtilerini zararsız ama can sıkıcı belirtiler olarak yorumlamaktadırlar (216).

Çocukluk çağında yaşanılmış ve öğrenilmiş deneyimlerin anksiyete duyarlılığının temelinde etkili olduğu tahmin edilmektedir (212). Kişi sürekli olarak anksiyete ile ilişkili durumlara korkarak tepki verirse, bu durum sonrasında yaşantıların yarattığı olumsuz duygulanımda artışa ve psikolojik problemlere yol açmaktadır (211). Anksiyete duyarlılığının, psikopatoloji gelişiminde önemli ve özgül bir risk etkeni olduğu düşünülmektedir (217). Panik atak, unipolardepresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, hipokondriyazis, OKB ve sosyal anksiyete bozukluğu gibi hastalıkların ortaya çıkması ile ilişkili olduğu gösterilmiş ayrıca yapılan araştırmalar madde kullanımı ile de birliktelik gösterdiğini tespit etmiştir (218).

Psoriasis ve Anksiyete Duyarlılığı

Psikolojik stresin dermatolojik durumların başlamasına ve şiddetlenmesine önemli ölçüde katkıda bulunduğu göz önüne alındığında, yüksek anksiyete duyarlılığı anksiyete tepkilerini ve dermatolojik semptomların şiddetini arttırabilir. Özellikle dermatoloji hastalarında görülen kızarma ve terleme gibi gözlemlenebilir bulguların,

anksiyete duyarlılığı yüksek olan bireylerde anksiyeteye ve anksiyete ile ilişkili olumsuz sonuçlara yol açabileceği gösterilmiştir (219). Psoriasis hastalığının başlamasında, atakların alevlenmesinde ve sürmesinde kaygı, stres ve psikososyal etmenlerin biyolojik faktörler kadar önemli rol üstlendikleri bilinmektedir. Yapılan az sayıdaki çalışmada psoriasis hastalarında anksiyete duyarlılığının yüksek olduğu ve bu durumda depresyon ve anksiyete semptomları ile korale olduğu bulunmuştur.

2.2.6. Depresyon

DSM-5'e göre depresyon, en az iki hafta boyunca çökkün duyudurum, anhedoni, avolusyon, iştah ve uyku düzeninin bozulması, psikomotor ajitasyon/retardasyon, dikkatin azalması, değersizlik düşünceleri, suicid düşünceleri, suicid girişimi, suçluluk düşüncelerinden beş veya daha fazlasının olması (bu belirtilerden en az birinin çökkün duyudurum ya da zevk almama olması) ve işlevselliğin azalması olarak tanımlanmaktadır (220).

Prevalansının yüksek olması ve işlevselliğin bozulması ile sonuçlanması nedeniyle hastalığı bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır. Dünya genelinde engellilikle geçen yıllara en fazla sebep olan ikinci hastalık olan depresyonun prevalansı %4.4 (2015)' tür. Suicida girişimi ve inme sonrası meydana gelen ölümler dikkate alındığında dünyada en fazla hastalık yüküne sahip üçüncü hastalık olup 2030' da ilk sıraya çıkacağı düşünülmektedir (221, 222).

Depresyon gelişimi multifaktörüydür, genetik, çevresel ve biyolojik etmenler ile birlikte bağlanma sorunları, psikodinamik ve psikososyal etkenler ve kişinin bilişleri ve kişilerarası ilişkiler, bu süreçlerde rol aldığı düşünülen bazı risk faktörleridir (223). Depresyon kadınlardaki prevalansı %5.5/yıl; erkeklerdeki prevalansı %3.2/yıl iken başlangıç yaşı genellikle 20'li yaşların sonları olarak bildirilmektedir (224).

Psoriasis ve Depresyon

Etyolojisi ve patogenezi tam olarak anlaşılmamış olmasına rağmen, psoriasis hastalığı hem genetik hem de çevresel faktörleri içeren çok faktörlü enflamatuvar bir hastalıktır. Ağrılı ve kaşıntılı plakların gelişmesiyle birlikte psoriasis hastalığı, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler ve hastalar üzerinde önemli bir yük oluşturur (225). Psoriasis hastalığı, diyabet, obezite, hipertansiyon, miyokard enfarktüsü, inme, metabolik sendrom ve enflamatuvar bağırsak hastalığı dahil olmak üzere birçok tıbbi

komorbiditesine ek olarak, depresyon dahil olmak üzere çeşitli psikiyatrik durumlarla da ilişkilendirilmiştir (226, 227).

Sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında, psoriasis hastalığı olan hastaların depresyon yaşama olasılığı neredeyse 1,4 kat daha fazladır (228). Depresyon psoriasis hastalığı olan kişilerin % 9 ile 55'ini etkilemektedir. Hastalık, lezyonların görünür doğası nedeniyle oldukça damgalanmıştır (229). Eşzamanlı psoriasis hastalığı ve psoriatik artrit birlikteliği, depresyon riskini tek başına hastalığın ötesinde artırmaktadır. Ayrıca psoriatik artrit, uyku, çalışma hayatı ve sosyalleşmeyi de olumsuz etkilemektedir. Psoriasis hastalığı ve depresyonu olan hastalar genellikle uyum sağlayamaz, bu da psoriasis hastalığı ve depresyonun döngüsel olarak sürdürülmesine neden olmaktadır (230, 231).

Psoriasis hastalığı olan 100 hasta üzerinde yapılan bir çalışma, % 51'inin kendisini tamamen yalnız hissettiği, %47'si ise 'cildim kötü bir şekilde patladığında, hayatın yaşamaya değer olmadığını hissettiğim zamanlar vardır' demiştir (232). Bu çalışma, psoriatik plaklardan kanamanın, kusurlu olma ve suçluluk ve utanç duygularını güçlü bir şekilde öngördüğünü bulmuştur. Lezyonların büyüklüğü ve görünürlüğünden bağımsız olarak kanama, kaşıntıya göre damgalanma algısının daha güçlü bir belirleyicisidir. Başka bir çalışmada şekil bozukluğundan sonra depresyonun en önemli belirleyicisinin kaşıntı olduğu gösterilmiştir. Psoriasis hastalığının tedavisinden sonra kaşıntıdaki düzelme, depresif semptomlarda bir iyileşme ile sonuçlanmıştır (233).

Kesitsel çok merkezli bir çalışmaya göre, intihar düşüncesi psoriasis tanımlı hastalarda genel popülasyona kıyasla artmıştır (olasılık oranı 1.94; 1.33-2.82) ve psoriasis hastalığında depresyonun da hekim tarafından saptanması yetersiz kalmaktadır (234). Psoriasis hastaları arasında intihar girişimi insidansı 10.000 kişi - yılda 1.43 olarak bildirilmiştir (genel popülasyonda 10.000 kişi - yılda 1.00'e karşılık). Psoriasis hastaları da yüksek oranda tamamlanmış intihar oranına sahiptir ve insidans oranı 10.00 kişi - yılda 2.03'tür (genel popülasyonda her 10.000 kişi - yılda 1.64'e karşılık) (235). Literatürde psoriasis hastalarında intihar eğilimi için bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Bu risk faktörleri arasında yaşın genç olması, psikiyatrik bir komorbiditenin bulunması ve artan hastalık şiddeti bulunmaktadır (235, 236, 237).

2.2.7. Anksiyete

Anksiyete (kaygı), sık görülen, bunaltıcı ve belirsiz bir huzursuzluk hissi ile karakterizedir. Genellikle terleme, kalpte sıkışma duyumu, çarpıntı, midede huzursuzluk, yerinde duramama gibi otonomik belirtilerle sürece eşlik eder. Kaygı süresince ortaya çıkan belirtiler kümesi kişiden kişiye değişiklik gösterir. Kaygı uyarıcı bir sinyaldir. Kaygı olması yakın bir tehlikeye karşı uyarır ve kişinin tehdit ile başa çıkması için gerekli önlemler almasına olanak sağlar. Bu hazırlık, sempatik ve parasempatik sinir sistemlerinin karşılıklı etkileşimleri ile kontrol edilen somatik ve otonomik etkinlik artışı ile birliktedir. Motor ve iç organlara etkilerinin yanı sıra kaygı düşünme, algı ve öğrenmeyi de etkiler. Sadece yer ve zaman değil, aynı zamanda kişi ve olayları yorumlama ile ilgili algıda da bozulmaya ve konfüzyona neden olabilir. Bu bozulmalar konsantrasyonu, hatırlamayı azaltarak ve bir durumu diğeriyle ilişkilendirme yeteneğini bozarak, öğrenmeyi engelleyebilir.

Anksiyete bozukluklarında genetik ve yaşamsal etkenlerin karşılıklı yoğun bir etkileşimi söz konusudur. Anormal genlerin patolojik kaygı durumlarına yatkınlık oluşturduğuna ilişkin şüpheyne çok az yer verilirken; travmatik yaşam olaylarının ve stresin etiyolojik olarak önemli olduğuna ilişkin daha kesin kanıtlar vardır.

Kaygı bozuklukları en yaygın görülen psikiyatrik bozukluk gruplarından birini oluşturur. Ulusal Eş Tanı Araştırması (The National Comorbidity Study) dört kişiden en az birinin kaygı bozukluğu tanı ölçütünü karşıladığını ve 12 aylık yaygınlık oranının %17,7 olduğunu bildirmiştir. Yaygınlık oranı kadınlarda yaşam boyu %30,5, erkeklerde % 19,2'dir ve kadınlar daha fazla kaygı bozukluğuna sahip olmaya eğilimlidirler. Kaygı bozuklukları birbiri ile ilişkili ancak birbirinden farklı ruhsal bozukluklar olarak görülebilir ve şunları içermektedir: Panik bozukluk, agorafobi, sosyal kaygı bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğudur (238).

Psoriasis ve Anksiyete

Anksiyete, psoriasis hastalığını tetikleyebilir veya kötüleştirebilir. Stres epidermal bariyeri bozmaktadır. Psoriasis hastalığında, artmış epinefrin ve norepinefrin seviyeleri ile değişmiş bir sempatik sinir sistemi (SAM) aktivasyonu ve hem merkezi hem de kutanöz (periferik) hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksenin düzensizliği ile kortizol seviyelerinde azalma vardır. HPA eksenlerinin bu düzensizlik ve

proinflatuar sitokinler psoriasis hastalığının stres kaynaklı alevlenmesini açıklamaktadır (239). Ayrıca psoriatik plaklarda, stresle ilişkili nöropeptitleri, kalsitonin geni ile ilgili peptit (CGRP), P maddesi ve sinir büyüme faktörü (NGF) gibi nöropeptitlerde artış olmaktadır. Yüksek NGF seviyeleri, T hücresi ve keratinosit proliferasyonunun yanı sıra mast hücresi göçüne ve degranülasyonuna neden olur (240). Nöropeptidler ve sempatik sinir sistemi yanıtları nedeniyle aktive edilmiş mast hücreleri, strese ve psoriatik plak gelişiminde merkezi bir role sahiptir. Psoriatik deride serotonin taşıyıcı proteinin (SERT) ekspresyonundaki artış ve kronik stres PASİ skorları ile bağlantılı bulunmuştur (241).

Psoriasis hastaları % 40-90 psikolojik morbiditeye sahiptir (242). Psoriasis hastalarında anksiyete oranı depresyondan daha yüksektir. Ayrıca, lupus gibi diğer cilt hastalıkları ve gut, romatoid artritli hastalara göre daha yüksek sıklığa ve anksiyeteye sahiptir (243). Psoriasis hastalarında sosyal desteğin yokluğu, kadın cinsiyeti, kişilik özellikleri, aleksitimi varlığı ve uyumsuz şemalar (çocukluk döneminde inşa edilen kendini bozan bilişsel ve duygusal kalıplar) yaygındır ve anksiyete bozukluğu riskini arttırmaktadır. Psoriasis hastalarında % 82.8'e kadar yüksek oranlarda anksiyete semptomları görülmekteyken daha spesifik olarak, yaygın anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları da % 33 gibi önemli bir yüzdede (en fazla % 82.8) bulunmuştur (243). Psoriasis hastalarında obsesif kompulsif bozukluk sıklığı da fazladır. Yapılan bir çalışmada psoriasis hastalarında anksiyete oranlarının %1.81 ile %22.7 arasında olduğu tespit edilmiştir. Hastaları hafif ve şiddetli psoriasis kategorilerine ayıran popülasyon tabanlı bir kohort çalışması, hafif psoriasis hastalarında %7,4, şiddetli psoriasis hastalarında %7.3 gibi benzer anksiyete oranları bildirmiştir (244). Psoriasis hastalarında, hastalıktan bağımsız olarak psoriatartrit varlığı anksiyete için bağımsız bir risk faktörüdür (243).

Psoriasis hastalığı ve anksiyete arasındaki bağlantı iki şekilde analiz edilebilmekte; anksiyete psoriasis hastalığına ve psoriasis hastalığı anksiyeteye yol açabilmektedir. Psoriasis hastalarında hem kaşıntıyı hem de hastalık şiddetini arttıran alkol, anksiyeteyi azaltmak için self medikasyon amacıyla kullanılmaktadır (245). Psoriasis hastalarında alkol bağımlılığı %18 görülürken, diğer dermatolojik hastalıklarda bu oran %2 tespit edilmiştir. Hastaların 80 g/gün ve üzeri alkol almaları yaşam kalitelerinin düşmesine, lezyonların daha agresif seyretmesine kaşıntıda artışa ve tedavi direnci gibi daha kötü tedavi sonuçlarına neden olmaktadır (246).

2.2.8. Diğer Psikiyatrik Patolojiler

Psoriasis tanılı hastalarda (%17.5) borderline kişilik bozukluğu önemli bir psikiyatrik komorbidite olarak bulunmuştur. Ginsberg ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada psoriasis tanısı olan hastaların yaklaşık %19'unun spor salonu, kuaför ve yüzme havuzu, sauna gibi açık ortamlarda sosyal reddedilme yaşadıklarını bulunmuştur (247). Ayrıca bu hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve uyku bozuklukları da sık gözlenmektedir. Psoriasisli hastalarda cinsel işlev bozukluğu sıklığı %20.9- %71.5 arasında iken; azalmış bir cinsel arzunun yanı sıra orgazm bozukluğu ve erektile disfonksiyon yaygın olarak tespit edilmiştir. Uyku bozukluğu sıklığı ise %56.6 bulunmuştur (248).

Psoriasis hastalığı olan hastalarda alkol ve sigara dahil yıkıcı "başa çıkma" mekanizmaları yaygındır; % 68'inin nikotin bağımlılığı, %32'sinin alkolle ilgili sorunları olabileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Madde kullanımı suisid oranlarında bağımsız bir belirleyici faktör olarak bulunmuştur. Somatik semptomlar ve buna bağlı bozukluklar ile ilgili olarak psoriasisli hastaların % 39'unda somatik şikayetleri bulunmaktadır. Hipokondriasis özellikle geç başlangıçlı psoriasis hastalarında belirli kişilik özellikleriyle bağlantılı bulunmuştur. Psikosomatik faktörler, stresli yaşam olayları, sosyal destek eksikliği ve güvensiz bağlanma, psoriasis hastalarında daha yüksek somatizasyon puanları ile ilişkilidir (248).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Örneklem

Çalışmamıza, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda psoriasis tanısı ile takip edilen ve tedavi gören 100 hasta alınmıştır. Bu grup içinde farklı şiddette, farklı türde ve farklı tedaviler alan psoriasis hastaları yer almaktadır. Çalışmaya kontrol grubu olarak halihazırda psikiyatrik tedavi almayan, aktif psikiyatrik şikayeti olmayan ve dermatolojik rahatsızlığı bulunmayan 100 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Hastalar poliklinik kontrolüne geldiklerinde dermatoloji doktoru tarafından değerlendirilerek tedavileri yapılmış ve sonra araştırma hakkında sözel bilgi verilmiştir. Çalışma kriterlerine uyan, psoriasis tanılı hastalar Psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiştir. Psikiyatri hekimi tarafından hastalara psoriasis hastalığı, risk faktörleri, psoriasis psikiyatri ilişkisi, çalışmanın amacı ve uygulanması hakkında bilgi verilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği kurulundan Etik Kurul İzni (Oturma Tarihi: 27.07.2021, Karar no: 2021/2040) (EK-1) ve İnönü Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan Akademik Kurul Kararı (EK-2), Dermatoloji Anabilim Dalından kurum izni alınmıştır (EK-3). Ayrıca tüm hastalara çalışmanın kapsamı anlatılarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK-4) imzalatılmıştır.

3.1.1. Hasta Grubunda Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş aralığında olması,
- Psoriasis tanısı almış olması,
- Çalışmaya katılmayı kabul ederek, aydınlatılmış onam formunu imzalamış olması,
- Zeka geriliği olmaması,
- Nörolojik hastalığının olmaması,
- Psoriasis dışında aktif bir tıbbi hastalığının olmaması (kanser, enfeksiyon gibi).

3.1.2. Kontrol Grubunda Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş aralığında olması,
- Çalışmaya katılmayı kabul ederek, aydınlatılmış onam formunu imzalamış olması,
- Dermatolojik bir hastalığının olmaması,
- Zeka geriliği olmaması,
- Bilinen tıbbi bir hastalığının olmaması

3.1.3. Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri

- Yeterli iletişim kuramayacak kognitif yetersizlik
- Demans, şizofreni, şizoafektif bozukluk, bipolar affektif bozukluk, alkol kötüye kullanımı ve madde kullanım bozukluğu olanlar.
- Araştırmaya katılmaya engel olabilecekönemli tıbbi durumlar

3.2. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, psoriasisli hastalarda, hastalık şiddeti ile çocukluk çağı travması, emosyon regülasyonu, psikolojik dayanıklılık, anksiyete duyarlılığı, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin ve psikiyatrik hastalıklar ile psoriasis hastalığının komorbiditesinin incelenmesi amacıyla kesitsel olarak dizayn edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Uygulanması

Dermatoloji polikliniğine ayaktan başvuran ve psoriasis tanısı alan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar randomize olarak seçildi. Kontrol grubu ise herhangi bir cilt hastalığı tanısı olmayan, çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan toplumdaki sağlıklı bireyler tarafından randomize olarak seçildi. Psikiyatri hekimi aracılığıyla hasta ve kontrol grubuna Sosyo-demografik Veri Formu (Ek-5) doldurularak, DSM-5 tanı kriterleri esas alınarak yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapıldı. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile poliklinik şortamında, yaklaşık 45-60 dakikalık zaman dilimi süresince yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırma için gerekli verilerinin toplanmasında Sosyo Demografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (Ek-6) , Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DERS) (Ek-7), Connor - Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (CD-RISC) (Ek-8), Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3 (ADİ-3) (Ek-9), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A) (Ek-10), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) (Ek-11) araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Ayrıca Dermatoloji hekimleri tarafından uygulanan PASİ puanları ile psoriasis alt tipi öğrenilmiş ve kaydedilmiştir.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Olguların yaş, cinsiyet, medeni durumu, boyu, kilosu, eğitim seviyesi, sahip olduğu çocuk sayısı, çalışma durumu, ek hastalık varlığı, önceden ya da şimdiki psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara/alkol/madde kullanımı araştırmacı tarafından hastalara sorularak kaydedildi. Ek olarak dermatoloji doktorlarında hastaların PASİ puanları ile psoriasis alt tipi ve aktif lezyonların yerleşim yerleri, hastalık süresi ve eklem tutulum varlığı öğrenilerek bu çalışmada kullanılmak amacıyla oluşturulmuş 22 maddelik yarı yapılandırılmış soru formuna eklendi.

3.4.2. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASİ)

Hastalığın yaygınlığını ve şiddetini belirlemek, tedavi ile birlikte iyileşme durumunu takip etmek amacıyla en fazla kullanılan ölçek PASİ'dir. Fredriksson ve arkadaşları tarafından 1978 yılında geliştirilmiş olan "Psoriasis Area Severity Index" ölçeği hastalık takibinde ve tedaviye yanıtın incelenmesinde yaygın kullanılan bir ölçektir (249). Bu skarlama yönteminde psoriatik deri lezyonları eritem, deskuamasyon ve infiltrasyon açısından değerlendirilmektedir. PASİ ölçeği, vücuttaki tüm lezyonları, bütün anatomik lokalizasyonlarında inceleyerek, şiddetine göre 0-4 arası değişen puanlarla, lokalizasyonların tutulum yüzdelerinin de derecelendirilerek kombine edildiği bir ölçme aracıdır (250, 251).

Tablo 3.1. PASİ Skarlama Yöntemine Göre Hastalığın Derecelendirilmesi

PASI<3	Hafif siddettepsoriasis,
3≤PASI≤15	Orta siddettepsoriasis,
PASI>15	Siddetlipsoriasis

PASI değerleri 0-72 arasında değişmekte ve yüksek puanlar hastalığın daha şiddetli seyrettiğini göstermektedir (149).

3.4.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğı (ÇÇTÖ)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğı, Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen, çocukluk ve ergenlik döneminde karşılaşılan kötü davranışın inceleyen, bir özdeğerlendirme ölçeğidir (252). Ölçek 53 maddeden oluşmakta iken 2003 yılında Bernstein ve arkadaşları ölçeğı tekrar revize ederek ölçekte değerlendirilen madde sayısını 28'e indirilmiştirlerdir. Ölçek, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, fiziksel istismar ve duygusal istismar olarak beş alt boyuttan meydana gelmiştir ve ölçeğin her alt boyutunda beş madde vardır. Bu maddelerin dışında üç madde travmanın gerçekte olduğundan daha az bildirilip bildirilmediğini(travmanın minimizasyonunu) ölçmektedir. Ölçekteki her soruya 1 ile 5 (sırasıyla hiçbir zaman, nadiren, kimi zaman, sık olarak, çok sık) arasında yanıt verilmektedir.

ÇÇTÖ puanlarının hesaplanmasında madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28 gibi olumlu ifadelerin puanları ters hesaplanır (1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana karşılık gelir) ve cinsel, duygusal, fiziksel istismar ve duygusal, fiziksel ihmalden oluşan 5 alt ölçeğin puanları toplanır. Travmanın minimizasyonunu gösteren madde 10, 16 ve 22 olumlu ifadeler olmasına rağmen hesaplanırken, puanlarının tersine çevrilmesine gerek yoktur minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan en yüksek cevap hesaba katılır. Bunlar 1 puan olarak değerlendirilir ve toplam 0-3 puan arası bir minimizasyon puanı elde edilir. Alt ölçek puanları 5-25 iken, toplam puan 25-125 arasında değişmektedir. Toplam puanlara travmanın minimizasyonu dahil değildir, çünkü bu maddeler travmanın inkârını değerlendirmektedir (253).

Ölçek için kesme puanı hesaplanırken, cinsel ve fiziksel istismar için "5" puan, duygusal istismarın ve fiziksel ihmalin kesme puanı "7", duygusal ihmalin kesme puanı "12", toplam puanın kesme değeri ise "35" olarak belirlenmiştir. ÇÇTÖ'nin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının 0.64 - 0.87 olarak belirtilmiştir(254).

3.4.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğı (DERS)

DERS, Gratz ve Roemer 2004 yılında, emosyon regulasyonunda yaşanan zorlukların düzeyini belirlemek için 36 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğı geliştirilmişlerdir. Kesme puanı belirtilmemiş olan ölçeğin derecelendirilmesi 5'li likert

(sırasıyla hiçbir zaman, bazen, yaklaşık, çoğu zaman, her zaman) şeklindedir. Ölçek 6 alt boyuta sahiptir ve yüksek puanlar kişilerin daha fazla emsoyon disregülasyonu yaşadıklarını göstermektedir.

Ölçek, duygusal tepkilere karşı farkındalığın olmaması ‘Farkındalık’ (2., 6., 8., 10., 17. 34 ve 34. maddeler), duygusal tepkilerin anlaşılmaması ‘Açıklık’ (1., 4., 5., 7. ve 9. Maddeler), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi ‘Kabul etmeme’ (11., 12., 21., 23., 25. ve 29. maddeler), uyumlu duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim ‘Stratejiler’ (15., 16., 22., 28., 30., 31., 35. ve 36. maddeler), olumsuz duygular yaşandığı sırada dürtü kontrolünde yaşanan güçlük ‘Dürtü’ (3., 14., 19., 24., 27. ve 32. maddeler) ve olumsuz duygular yaşandığı sırada amaç odaklı davranmada yaşanan güçlük ‘Amaçlar’ (13., 18., 20., 26. ve 33. maddeler) şeklinde alt boyutlardan meydana gelmektedir (255). Rugancı ölçeği ilk kez 2008 yılında Türkçeye uyarlamış, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği yapmıştır. Ölçek 2010 yılında Rugancı ve Gençöz tarafından tekrar revize edilerek bugünkü haline gelmiştir. Ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayısı 0,94, alt ölçeklerinin güvenirlik katsayısı ise 0,75 ile 0,90 arasında değiştiği bulunmuştur (256).

3.4.5. Connor ve Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (CD-RISC)

Connor ve Davidson (2003) tarafından, bireylerin yaşadıkları olumsuz olaylar sonrasında eski hallerine dönebilmelerini sağlayan psikolojik sağlamlıklarını ölçmek için geliştirilmiş olan ölçek 5’li likert tipinde (sırasıyla 0 ile 4 arası; hiç doğru değil, nadiren doğru, bazen doğru, sıklıkla doğru, her zaman doğru) ve 25 maddeden oluşmaktadır (257).

Psikolojik sağlamlılıkla birlikte mizah duygusu, öz-yeterlik, inanç, iyimserlik ve sabır gibi özellikleri de ölçmek üzere geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe uyarlamasını Kararımak (2009) yapmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.92’dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar daha fazla psikolojik sağlamlığa sahip olmayı göstermekte ve toplam puan 0-100 aralığında değişmekte ve kesme puanı hesaplanmamıştır. Ölçek ‘Azim ve Kişisel Yeterlilik’ (15 madde), ‘Olumsuzluğa Dayanıklılık’ (6 madde) ve ‘Ruhsallığa Eğilim’ (3 madde) olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır ve ölçekte tersine değerlendirilen bir madde yoktur (258).

3.4.6. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)

Bireylerin anksiyete duyarlılığını geçerlişekilde ve çok yönlü olarak değerdendirilebilmek için Taylor ve arkadaşları tarafından ADİ-3 geliştirilmiştir (259). Fiziksel, toplumsal ve bilişsel alt ölçekleri olan ölçeğın her alt başlığında 6'şar madde bulunmaktadır. Ölçek beşli Likert tipinde derecelendirilmiş ve toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, 0=çok az, 4= çok fazla olarak derecelendirilmiştir ve toplam ölçek puanı 0-72 arasındadır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Anksiyete duyarlılığı fiziksel, bilişsel ve sosyal olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Bilişsel alt ölçek, kişinin zihinsel ve odaklanma sorunları yaşadığı; sosyal alt ölçek anksiyete belirtileri yaşadığı durumlarda, toplum tarafından reddedileceğı ya da dalga konusu olacağına dair inancına, fiziksel alt ölçek ise kişinin sağlığıyla ilgili bir tehditle karşı karşıya olduğu hissi yaşadığını göstermektedir (260). Mantar ve arkadaşları 2008 yılında, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yaparak, Cronbach alfa değeri 0,93 ve Spearman-Brown güvenirlik katsayısı $r: 0,64$ $p<0,001$ bulunmuştur. Ölçeğın kesme değeri yoktur(261).

3.4.7. Hamilton Anksiyete Ölçeğı (HAM-A)

Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilen bu ölçek, sağlıklı ya da psikiyatrik hasta gruplarınaklinisyen tarafından uygulanan, kaygı düzeyini ve şikayetlerin dağılımını belirlemek ve belirtilerin şiddetindeki değışiklikleri takip etmek amacıyla kullanılan, hem 3 gün içindeki kaygı düzeyini değerdendirmek üzere hazırlanmıştır. Her madde 0-4, toplam ölçek puanı hepsinin toplamı ile elde edilir ve 0-56 arasında değışmekte ve ölçek için kesme puanı belirtilmemiştir.

HAM-A ile değerdendirilen anksiyete belirtileri somatik ve psişik olmak üzere iki gruptan oluşmakta: Ölçeğın psişik belirtileri değerdendiren 1, 2, 3, 5, 6 numaralı maddeleri HAM-P; somatik belirtileri değerdendiren 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 numaralı maddeleri HAM-S olarak belirlenmiştir.

Ölçeğın anksiyeteye göre puan esas alınarak yapılan derecelendirilmesi;

- 0-5 puan aralığında kaygı yok,
- 6-14 puan aralığında minör kaygı,
- 15 puan ve üzerinde majör kaygı olarak belirlenmiştir.

Yazıcı ve arkadaşları (1998), ölçeğin Türkçeye uyarlamasını ve geçerlilik-güvenirlik çalışmasını yapmışlar; Cronbach alfa değeri 0,94 ve Spearman-Brown güvenirlik katsayısı 0,67 $p<0,01$ bulmuşlardır (263).

3.4.7. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-A)

Hamilton M tarafından geliştirilmiş ve Williams B.W (1978) tarafından yapılandırılmış olan ölçek, 17 sorudan oluşmaktadır ve depresif belirtileri olan hastalara depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini belirlemek üzere klinisyen tarafından uygulanmaktadır (264).

Maddelerden beşi somatik belirtiler (anksiyete, gastrointestinal, genel, genital, kilo), üçü uyku aşaması (erken, orta ve geç) ve bir madde de çalışma kapasitesi ve ilgi kaybı (anhedoni) ile ilgilidir. Ölçeğin diğer maddeleri ise depresif duygudurum, suçluluk duygusu, özkıyım düşünceleri, ajitasyon ve ruhsal anksiyeteyi sorgulamaktadır. Depresyon şiddetini belirlemek için kullanılan ölçeğin, derecelendirmesi Likert tipi bir puanlama dizgesi kullanmakta ve puanlama 0-4 ya da 0- 2 şeklindedir. Ölçek klinisyen tarafından yapılan değerlendirme görüşmesi ile puanlanır ve bunların toplamı ile asıl skora gidilir, puanlar 0-53 arasındadır.

Puanlamaya göre depresyon şiddeti;

- 0-7 puan aralığında depresif şikayet yok
- 8-15 puan aralığında hafif depresyon,
- 16-28 puan aralığında orta derecede depresyon ,
- 29 puan ve üstünde şiddetli depresyon olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlaması ve geçerlilik-güvenirlik çalışmasını Akdemir ve arkadaşları 1996 yılında yapmışlardır. Türkçe formunun korelasyonu 0.85, Cronbach alfa değeri 0,75 ve Sperman-Brown güvenirlik katsayısı 0,76'dır. Değerlendiriciler arası güvenirlik katsayıları 0,87 ile 0,98 değerleri arasında bulunmuştur (265).

3.5. İstatistiksel Analizler

SPSS versiyon 17.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve KolmogorovSmirnov testi ile değerlendirildi. Kategorik değişkenler Pearson KiKare Testi ile karşılaştırıldı. Normal dağılıma uymayanlarikili gruplar arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi, ikiden çok

grup karşılaştırılmalarında Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile karşılaştırılmasında Spearman Korelasyon Testi kullanılarak analiz edilmiştir. HAM-D ve HAM-A skorlarına etki eden faktörleri incelenmek üzere Lineer Regresyon Analizinden faydalanılmıştır. Ölçeklerin psoriasis gelişim riskine etkisi Binary Logistic Regresyon Analiziyle incelenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlılık için $p<0,005$ kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışmaya 100 (%50) hasta, 100 (%50) sağlıklı olmak üzere toplam 200 kişi dahil edilmiştir. Hasta grubunun 60'ı kadın, 40'ı kadınlardan, sağlıklı grubun ise 54'ü kadın, 46'sı erkeklerden oluşmaktadır. Hasta grubunun yaş ortalaması $39,78 \pm 13,40$, kontrol grubunun yaş ortalaması $33,38 \pm 11,11$ 'dir. Katılımcıların istatistiksel sonuçları incelendiğinde hasta grubu ve kontrol grubu arasında yaş, medeni halleri, eğitim durumu, sigara kullanımı, eklem tutulumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenirken ($p < 0,001$) cinsiyet, yaşadığı yer, iş, kronik hastalık, alkol kullanımına göre incelendiğinde anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır ($p > 0,005$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hasta grubu ile kontrol grubunun sosyodemografik verilerinin incelenmesi

		Hasta		Kontrol		P
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	60	(60,00)	54	(54,00)	0,391
	Erkek	40	(40,00)	46	(46,00)	
Medeni Durum	Evli	73	(73,00)	47	(47,00)	<0,001
	Bekar	17	(17,00)	46	(46,00)	
	Boşanmış	8	(8,00)	4	(4,00)	
	Eşinden ayrı yaşıyor	1	(1,00)	2	(2,00)	
	Dul	1	(1,00)	1	(1,00)	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	35	(35,00)	3	(3,00)	<0,001
	Lise	30	(30,00)	32	(32,00)	
	Yüksekokul-üniversite	25	(25,00)	62	(62,00)	
	Okuma yazması yok	5	(5,00)	1	(1,00)	
	Okuma yazma var	5	(5,00)	2	(2,00)	
Yaşadığı yer	Köy	8	(8,00)	0	(,00)	0,008
	Kasaba	7	(7,00)	4	(4,00)	
	Şehir	83	(83,00)	96	(96,00)	
	Diğer	2	(2,00)	0	(,00)	
İş	Evet	49	(49,00)	62	(62,00)	0,064
	Hayır	51	(51,00)	38	(38,00)	
Kronik hastalık	Evet	24	(24,00)	17	(17,00)	0,220
	Hayır	76	(76,00)	83	(83,00)	
Sigara	Evet	48	(48,00)	15	(15,00)	<0,001
	Hayır	52	(52,00)	85	(85,00)	
Alkol	Evet	4	(4,00)	0	(,00)	0,043
	Hayır	96	(96,00)	100	(100,00)	
Madde kullanımı	Evet	0	(,00)	0	(,00)	***
	Hayır	100	(100,00)	100	(100,00)	
Eklem tutulumu	Evet	42	(42,00)	0	(,00)	<0,001
	Hayır	58	(58,00)	100	(100,00)	

Sürekli değişkenlerde normal dağılıma uyanlarda ortalama ve SS, normal dağılıma uymayanlarda ise medyan ile min ve max; nominal değişkenler içinse sayı (%) olarak belirtilmiştir.

*. Pearson Chi-Square, Fisher's Exact veya Fisher Freeman Halton testi uygulanmıştır.

**. Independent Samples Testi uygulanmıştır.

***. Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır.

Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda hasta grubunda kronik hastalığı olanların yaş ortalaması $45,51 \pm 11,79$ ve eklem tutulumu olanların yaş ortalamaları $41,83 \pm 11,48$ 'dir. Yaş ortalamaları incelendiğinde, hasta grubunda olanların, olmayanlara göre; eklem tutulumu olanların olmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel anlamlı fark olduğu görülmüştür (sırasıyla $p < 0,001$, $p = 0,002$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Yaş ile grup, cinsiyet, kronik hastalık, psoriasis alt tip ve eklem tutulumu karşılaştırılmaları

		Yaş			p ¹
		Ort.	s.s.	Medyan	
Grup	Hasta	39,78	±13,40	41,00	<0,001
	Sağlıklı	33,38	±11,11	29,00	
Cinsiyet	Kadın	36,15	±12,73	35,00	0,695
	Erkek	37,15	±12,68	34,50	
Kronik hastalık	Evet	45,51	±11,79	46,00	<0,001
	Hayır	34,28	±11,90	31,00	
Psoriasis alt tip	Eritrodermik	43,00	±.	43,00	0,113 ²
	Guttat	35,71	±10,26	40,00	
	İnverse	20,00	±.	20,00	
	Palmoplantar	54,67	±7,09	56,00	
	Vulgaris	39,78	±13,51	40,50	
Eklem tutulumu	Evet	41,83	±11,48	42,50	0,002
	Hayır	35,18	±12,66	32,00	

¹Mann Whitney U Testi

²Kruskal Wallis Testi

*İstatistiksel olarak anlamlılık için p<0,005

Tablo 4.3’de Hasta ve kontrol grupları arasında HAM-D, HAM-A, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC alt ölçekleri karşılaştırılmıştır. Hasta grubunun HAM-D, HAM-A, HAM-P, HAM-S, ADİ-3 Fiziksel, ADİ-3 Bilişsel, ADİ-3 Sosyal, ADİ-3 Toplam, ÇÇTÖ Fiziksel istismar, ÇÇTÖ Fiziksel ihmal, ÇÇTÖ Duygusal ihmal, ÇÇTÖ Cinsel istismar, ÇÇTÖ Toplam, DERS Açıklık, DERS Dürtü ve CD-RISC Ruhsallığa eğilim puanları sağlıklı gruba göre daha yüksek bulunmuştur (**p<0,005**).

Tablo 4.3. Hasta ve kontrol grubunda HAM-A, HAM-D, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC ölçeklerinin karşılaştırılması

	Hasta			Sağlıklı			p
	Ort.	s.s	Medyan	Ort.	s.s	Medyan	
HAM-D	5,83	±7,70	3,50	1,80	±3,98	,00	<0,001
HAM-A	9,06	±11,39	5,00	4,59	±6,84	2,00	0,011
HAM-P	4,97	±6,09	2,50	2,49	±3,27	1,00	0,011
HAM-S	4,07	±6,01	2,00	2,10	±4,08	,00	0,032
ADİ-3 Fiziksel	7,82	±7,00	7,50	4,38	±4,59	3,00	0,002
ADİ-3 Bilişsel	8,81	±6,53	8,00	5,74	±4,70	4,00	0,001
ADİ-3 Sosyal	6,21	±5,69	5,50	3,65	±4,23	2,00	0,004
ADİ-3 Toplam	22,84	±16,56	20,00	13,77	±12,34	8,50	<0,001
ÇÇTÖ Duygusal istismar	7,55	±4,28	5,00	6,06	±1,90	5,00	0,207
ÇÇTÖ Fiziksel istismar	6,51	±3,89	5,00	5,21	±,66	5,00	0,021
ÇÇTÖ Fiziksel ihmal	7,87	±3,22	7,00	6,44	±1,99	6,00	0,005
ÇÇTÖ Duygusal ihmal	11,97	±5,22	11,00	8,81	±3,31	8,00	<0,001
ÇÇTÖ Cinsel istismar	5,70	±2,46	5,00	5,12	±,54	5,00	0,045
ÇÇTÖ Toplam	39,60	±14,73	34,00	31,64	±6,60	30,00	<0,001
DERS Farkındalık	17,66	±4,28	18,00	17,58	±2,89	18,00	0,959
DERS Açıklık	14,03	±2,04	14,00	12,97	±1,37	13,00	<0,001
DERS Kabul etmeme	13,12	±6,03	11,00	11,18	±3,95	11,00	0,101
DERS Dürtü	12,31	±3,96	11,00	10,27	±2,13	9,00	0,001
DERS Amaçlar	14,28	±3,71	13,50	13,77	±3,14	13,00	0,425
DERS Stratejiler	18,53	±7,05	16,00	16,24	±4,34	15,00	0,046
CD-RISC Azim ve kişisel yeterlilik	47,04	±10,53	49,50	46,81	±7,67	47,00	0,331
CD-RISC Olumsuzluğa dayanıklılık	27,41	±7,22	28,00	29,45	±6,70	30,00	0,087
CD-RISC Ruhsallığa eğilim	13,03	±2,16	13,00	12,41	±2,07	12,00	0,010
CD-RISC toplam	94,97	±19,78	98,00	96,73	±15,29	99,00	0,826

*.Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

**. Pearson Chi-Square, Fisher's Exact veya Fisher Freeman Halton testi uygulanmıştır.

Tablo 4.4'te hastaların PASİ skoru, yaş, kaç yıldır psoriasis hastası olduğu ve tedavi aldığı ile HAM-D, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC alt ölçekleri arasındaki ilişki incelenmiştir. PASİ skoru ile HAM-D, HAM-A, HAM-P, HAM-S, ADİ-3Fiziksel, ADİ-3Bilişsel, ADİ-3Sosyal, ADİ-3Toplam, ÇÇTÖDuygusal istismar, ÇÇTÖFiziksel istismar, ÇÇTÖFiziksel ihmal, ÇÇTÖDuygusal ihmal, ÇÇTÖCinsel istismar, ÇÇTÖToplam, DERSAçıklık, DERSDürtü ve DERSStratejiler skorları ile aynı yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,005$).

Hastaların psoriasis hastalığından muzdarip oldukları süre ile HAM-D, HAM-A, HAM-P, HAM-S, ADİ-3Fiziksel, ADİ-3Bilişsel, ADİ-3Sosyal, ADİ-3Toplam, ÇÇTÖFiziksel istismar, ÇÇTÖFiziksel ihmal, ÇÇTÖDuygusal ihmal, ÇÇTÖToplam, DERSAçıklık, DERSDürtü, DERSStratejiler ve CD-RISCRuhsallığa eğilimlik skorları arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur ($p \leq 0,005$) (Tablo 4.4).

Hastaların psoriasis tedavisi aldığı yıllar ile HAM-D, HAM-A, HAM-P, HAM-S, ADİ-3Fiziksel, ADİ-3Bilişsel, ADİ-3Sosyal, ADİ-3Toplam, ÇÇTÖFiziksel istismar, ÇÇTÖFiziksel ihmal, ÇÇTÖDuygusal ihmal, ÇÇTÖToplam, DERSAçıklık, DERSDürtü ve CD-RISCRuhsallığa eğilimlik skorları arasında aynı yönlü ilişki vardır ($p < 0,01$). Yaş ile HAM-D, CD-RISCAzim ve kişisel yeterlilik, CD-RISCRuhsallığa eğilim, CD-RISCToplam ile aralarında aynı yönlü ilişki varken, ÇÇTÖDuygusal istismar ile yaş arasında ters yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. PASİ, psoriasis hastalık süresi (yıl), tedavi süresi(yıl), yaş ile HAM, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC ölçekleri arasındaki ilişki

		PASİ	Kaç yıldır sedef	Kaç yıldır tedavi alıyor	Yaş
HAM-D	R	0,324	0,334	0,321	0,167
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,018
HAM-A	R	0,209	0,190	0,187	0,054
	P	0,003	0,007	0,008	0,448
HAM-P	R	0,241	0,194	0,191	0,011
	P	0,001	0,006	0,007	0,874
HAM-S	R	0,150	0,146	0,144	0,105
	P	0,034	0,039	0,041	0,138
ADİ-3 Fiziksel	R	0,199	0,179	0,160	-0,045
	P	0,005	0,011	0,024	0,525
ADİ-3 Bilişsel	R	0,204	0,227	0,203	-0,020
	P	0,004	0,001	0,004	0,781
ADİ-3 Sosyal	R	0,245	0,202	0,176	-0,059
	P	<0,001	0,004	0,012	0,404
ADİ-3 Toplam	R	0,252	0,253	0,229	-0,039
	P	<0,001	<0,001	0,001	0,586
ÇÇTÖ Duygusal istismar	R	0,175	0,100	0,092	-0,229
	P	0,013	0,159	0,197	0,001
ÇÇTÖ Fiziksel istismar	R	0,219	0,197	0,174	-0,064
	P	0,002	0,005	0,014	0,368
ÇÇTÖ Fiziksel ihmal	R	0,231	0,157	0,144	0,040
	P	0,001	0,026	0,042	0,576
ÇÇTÖ Duygusal ihmal	R	0,344	0,321	0,320	0,084
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,237
ÇÇTÖ Cinsel istismar	R	0,219	0,134	0,131	-0,096
	P	0,002	0,059	0,064	0,176
ÇÇTÖ Toplam	R	0,353	0,309	0,307	0,016
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,824

Tablo 4.4. PASİ, psoriasis hastalık süresi (yıl), tedavi süresi(yıl), yaş ile HAM, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC ölçekleri arasındaki ilişki (Tablo 4.4 devamı)

		PASİ	Kaç yıldır sedef	Kaç yıldır tedavi alıyor	Yaş
DERS Farkındalık	R	-0,042	-0,014	0,003	-0,008
	P	0,558	0,842	0,970	0,916
DERS Açıklık	R	0,313	0,354	0,357	0,057
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,426
DERS Kabul etmeme	R	0,134	0,104	0,095	-0,012
	P	0,059	0,141	0,182	0,871
DERS Dürtü	R	0,246	0,242	0,235	-0,075
	P	<0,001	0,001	0,001	0,290
DERS Amaçlar	R	0,110	0,068	0,054	-0,177
	p	0,122	0,339	0,449	0,012
DERS Stratejiler	r	0,140	0,146	0,128	-0,019
	p	0,049	0,039	0,070	0,789
CD-RISC Azim ve kişisel yeterlilik	r	0,048	0,077	0,098	0,145
	p	0,499	0,275	0,166	0,041
CD-RISC Olumsuzluğa dayanıklılık	r	-0,111	-0,110	-0,096	0,107
	p	0,117	0,121	0,177	0,130
CD-RISC Ruhsallığa eğilim	r	0,136	0,198	0,201	0,328
	p	0,055	0,005	0,004	<0,001
CD-RISC Toplam	r	-0,026	0,003	0,019	0,144
	p	0,717	0,967	0,790	0,043

*Spearman's rho korelasyon katsayısı uygulanarak hazırlanmıştır.

Tablo 4.5'te hastaların eklem tutulumu ile PASİ, HAM-D, HAM-A, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC alt ölçekleri karşılaştırılmıştır. Eklem tutulumu olanlarda PASİ, HAM-D, HAM-A, HAM-P, HAM-S, ADİ-3Fiziksel ADİ-3Toplam, ÇÇTÖDuygusal istismar, ÇÇTÖFiziksel istismar, ÇÇTÖFiziksel ihmal, ÇÇTÖDuygusal ihmal, ÇÇTÖCinsel istismar, ÇÇTÖToplam, DERSAçıklık, DERSKabul etmeme, DERSDürtü ve DERSStratejiler alt ölçek skorları eklem tutulumu olmayanlara göre anlamlı daha yüksek bulunmuştur (**p<0,005**).

Tablo 4.5. Eklem tutulumu ile PASİ, HAM, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC ölçeklerinin karşılaştırılması

	Eklem tutulumu						p
	Evet			Hayır			
	Ort.	s.s.	Medyan	Ort.	s.s.	Medyan	
PASİ	6,12	±7,52	2,65	2,27	±5,12	,00	<0,001
HAM-D	7,69	±8,81	5,00	2,78	±5,21	,00	<0,001
HAM-A	12,26	±12,37	8,00	5,38	±8,23	2,00	0,001
HAM-P	6,88	±6,99	4,50	2,89	±4,00	1,00	0,001
HAM-S	5,33	±6,30	3,00	2,49	±4,74	,00	0,001
ADİ-3 Fiziksel	10,00	±8,00	8,50	5,06	±5,10	3,00	0,001
ADİ-3 Bilişsel	10,36	±6,75	11,50	6,46	±5,35	5,00	0,001
ADİ-3 Sosyal	7,00	±5,87	7,00	4,38	±4,83	2,00	0,013
ADİ-3 Toplam	27,36	±17,31	24,00	15,90	±13,75	12,00	<0,001
ÇÇTÖ Duygusal istismar	8,76	±4,81	6,50	6,28	±2,68	5,00	0,003
ÇÇTÖ Fiziksel istismar	7,17	±4,69	5,00	5,51	±2,01	5,00	0,018
ÇÇTÖ Fiziksel ihmal	8,38	±3,18	9,00	6,83	±2,55	6,00	0,012
ÇÇTÖ Duygusal ihmal	13,71	±5,71	13,50	9,51	±3,87	9,00	<0,001
ÇÇTÖ Cinsel istismar	6,38	±3,57	5,00	5,15	±,68	5,00	0,001
ÇÇTÖ Toplam	44,40	±16,27	39,50	33,28	±9,45	31,00	<0,001
DERS Farkındalık	17,07	±4,93	16,50	17,77	±3,22	18,00	0,316
DERS Açıklık	13,93	±2,21	14,00	13,39	±1,68	13,00	0,033
DERS Kabul etmeme	15,17	±6,11	14,50	11,35	±4,59	11,00	<0,001
DERS Dürtü	12,95	±4,16	12,00	10,85	±2,94	10,00	0,002
DERS Amaçlar	14,67	±3,77	15,00	13,85	±3,34	13,00	0,173
DERS Stratejiler	19,93	±8,13	17,50	16,71	±5,05	15,00	0,013
CD-RISC Azim ve kişisel yeterlilik	46,38	±11,17	49,50	47,07	±8,62	48,00	0,969
CD-RISC Olumsuzluğa dayanıklılık	27,64	±7,68	27,50	28,64	±6,85	29,50	0,542
CD-RISC Ruhsallığa eğilim	13,21	±1,83	13,50	12,59	±2,20	13,00	0,111
CD-RISC Toplam	94,52	±21,36	99,50	96,20	±16,60	99,00	0,749

*.Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

**. Pearson ChiSquare, Fisher Exact veya Fisher FremanHalton testi uygulanmıştır.

Tablo 4.6 tutulum bölgeleri ile PASİ, anksiyete ve depresyon puanları karşılaştırılmıştır. Yüz tutulumu olanların, olmayan hastalara kıyasla depresyon, anksiyete ve PASİ skorları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Diz-dirsek, el-ayak ve tüm vücut tutulumu olanlar ile PASİ skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p:0,028$, $p<0,001$). Diz-dirsek ve el-ayak tutulumu olanların gruplar arasında depresyon ve anksiyete skorları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,005$). Tüm vücut tutulumu olanların, olmayan gruba kıyasla depresyon, anksiyete

ve PASİ değerleri arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla **p:0,001**, **p:0,003**, **p<0,001**).

Tablo 4.6. Psoriasis tutulum alanlarına göre anksiyete ve depresyon puanlarının karşılaştırması

	HAM-D		HAM-A		PASİ	
	ortalama±ss	p	ortalama±ss	p	ortalama±ss	p
Yüz	4,25±4,92	0,701	10,00±7,79	0,177	3,60±2,12	0,052
Diz-dirsek	2,59±3,04	0,873	3,76±4,68	0,245	4,55±4,15	<0,001
El-ayak	7,50±9,26	0,498	12,00±14,24	0,636	5,30±4,56	0,028
Tüm vücut	17,71±13,39	0,001	21,86±17,54	0,003	20,79±5,65	<0,001

*.Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

**. Pearson ChiSquare, FisherExact veya FisherFreemanHalton testi uygulanmıştır.

Tablo 4.7’de hastalar hafif psoriasis (PASİ skoru <10) ve şiddetli psoriasis (PASİ skoru ≥10 puan) olarak hastalar iki gruba ayrılmıştır. Hafif ve şiddetli psoriasis grupları ile HAM-D, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC alt ölçekleri ile karşılaştırılmıştır. Şiddetli psoriasis olan hastaların HAM-D (ort;±9,78), HAM-A (ort;±12,65), HAM-P (ort;±7,65), ADİ-3 Fiziksel (ort;±8,87), ADİ-3 Bilişsel (ort;±10,22), ADİ-3 Sosyal (ort;±8,04), ADİ-3 Toplam (ort;±27,13), ÇÇTÖ Duygusal istismar (ort;±9,48), ÇÇTÖ Fiziksel istismar(ort;±8,09), ÇÇTÖ Fiziksel ihmal (ort;±9,13), ÇÇTÖ Duygusal ihmal(ort;±13,57), ÇÇTÖ Cinsel istismar (ort;±6,43), ÇÇTÖ Toplam (ort;±46,70), DERS Açıklık (ort;±14,52), DERS Dürtü(ort;±14,13) skorları hafif psoriasis olan hasta grubuna göre daha yüksek, CD-RISC Olumsuzluğa dayanıklılık (ort;±25,39)hafif psoriasis olan hasta olanlara göre daha düşük tespit edilmiştir.

Tablo 4.7. Hafif ve şiddetli psoriasis grupları ile HAM, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC ölçeklerinin karşılaştırılması

	PASİ grup						P
	<10 puan			≥10 puan			
	Ort.	s.s.	Medyan	Ort.	s.s.	Medyan	
HAM-D	3,04	±5,26	,00	9,78	±10,57	6,00	<0,001
HAM-A	6,07	±8,72	2,00	12,65	±13,83	10,00	0,016
HAM-P	3,22	±4,37	1,00	7,65	±7,60	8,00	0,004
HAM-S	2,84	±4,92	,00	5,00	±6,96	3,00	0,118
ADİ-3 Fiziksel	5,74	±5,97	4,00	8,87	±6,90	8,00	0,040
ADİ-3 Bilişsel	6,89	±5,73	5,00	10,22	±6,31	10,00	0,012
ADİ-3 Sosyal	4,53	±5,01	2,00	8,04	±5,36	8,00	0,005
ADİ-3 Toplam	17,16	±14,70	13,00	27,13	±16,87	25,00	0,008
ÇÇTÖ Duygusal istismar	6,46	±2,90	5,00	9,48	±5,30	7,00	0,003
ÇÇTÖ Fiziksel istismar	5,57	±2,17	5,00	8,09	±5,51	5,00	<0,001
ÇÇTÖ Fiziksel ihmal	6,90	±2,51	6,00	9,13	±3,75	9,00	0,004
ÇÇTÖ Duygusal ihmal	9,98	±4,37	9,00	13,57	±5,43	11,00	0,002
ÇÇTÖ Cinsel istismar	5,28	±1,46	5,00	6,43	±3,31	5,00	0,017
ÇÇTÖ Toplam	34,18	±10,07	31,00	46,70	±19,00	37,00	<0,001
DERS Farkındalık	17,77	±3,45	18,00	16,48	±4,80	16,00	0,184
DERS Açıklık	13,37	±1,69	13,00	14,52	±2,33	14,00	0,004
DERS Kabul etmeme	11,80	±4,82	11,00	14,83	±6,88	15,00	0,079
DERS Dürtü	10,92	±2,96	10,00	14,13	±4,54	14,00	0,003
DERS Amaçlar	13,85	±3,30	13,00	15,39	±4,21	16,00	0,089
DERS Stratejiler	17,07	±5,66	15,00	19,83	±7,59	18,00	0,190
CD-RISC Azim ve kişisel yeterlilik	46,86	±9,03	48,00	47,43	±10,56	51,00	0,589
CD-RISC Olumsuzluğa dayanıklılık	28,82	±6,91	30,00	25,39	±7,32	25,00	0,038
CD-RISC Ruhsallığa eğilim	12,73	±2,13	13,00	12,65	±2,25	13,00	0,977
CD-RISC Toplam	96,25	±17,28	99,00	92,78	±20,52	92,00	0,508

*.Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

**. Pearson ChiSquare, FisherExact veya FisherFreemanHalton testi uygulanmıştır.

Tablo 4.8. 'de psoriasis hasta grubunda çocukluk çağı olumsuz travmatik yaşantılar ölçeği ile anksiyete, depresyon, duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların ÇÇTÖduygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ile HAM-D, HAM-A (psişik ve somatik), DERS kabul etme, dürtü, stratejiler alt ölçekleri arasında aynı yönlü anlamlı (**p<0,005**); ÇÇTÖ cinsel istismar alt ölçeği dışındaki diğer ölçekler ile ADİ-3 fiziksel, bilişsel ve sosyal alt ölçekleri arasında aynı yönlü (**p<0,005**); ÇÇTÖ cinsel istismar alt ölçeği ile DERS farkındalık ve arasında aynı yönlü (**p<0,005**); ÇÇTÖ duygusal istismar, cinsel istismar ve fiziksel istismar alt ölçekleri ile DERS amaçlar alt ölçekleri

arasında aynı yönlü ($p<0,005$); ÇÇTÖ duygusal istismar, fiziksel istismar alt ölçekleri ile CD-RISC azim ve kişisel yeterlilik alt ölçekleri arasında ters yönlü CD-RISC ($p<0,005$); ÇÇTÖ fiziksel ihmal dışındak alt ölçekler ile CD-RISC olumsuzluğa dayanıklılık alt ölçekleri arasında ters yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,005$).

Tablo 4.8. Psoriasis hastalarının ÇÇTÖ puanları ile HAM, ADİ-3, DERS, CD-RISC puanlarının karşılaştırılması

		ÇÇTÖ Duygusal istismar	ÇÇTÖ Cinsel istismar	ÇÇTÖ Fiziksel istismar	ÇÇTÖ Fiziksel ihmal	ÇÇTÖ Duygusal ihmal	ÇÇTÖ Toplam
HAM-D	r	0,360	0,288	0,415	0,302	0,301	0,382
	p	<0,001	0,004	<0,001	0,002	0,002	<0,001
HAM-A	r	0,361	0,295	0,413	0,329	0,364	0,414
	p	<0,001	0,003	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
HAM-P	r	0,400	0,334	0,441	0,326	0,403	0,448
	p	<0,001	0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
HAM-S	r	0,301	0,240	0,324	0,358	0,322	0,381
	p	0,002	0,016	0,001	<0,001	0,001	<0,001
ADİ-3 Fiziksel	r	0,251	0,149	0,232	0,298	0,308	0,299
	p	0,012	0,138	0,020	0,003	0,002	0,003
ADİ-3 Bilişsel	r	0,415	0,184	0,351	0,236	0,381	0,353
	p	<0,001	0,067	<0,001	0,018	<0,001	<0,001
ADİ-3 Sosyal	r	0,462	0,160	0,367	0,322	0,388	0,415
	P	<0,001	0,112	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
ADİ-3 Toplam	R	0,430	0,172	0,371	0,347	0,438	0,431
	P	<0,001	0,087	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
DERS Farkındalık	R	-0,281	-0,315	-0,194	-0,133	-0,169	-0,200
	P	0,005	0,001	0,054	0,188	0,093	0,046
DERS Açıklık	R	0,130	0,109	0,145	-0,070	0,148	0,090
	P	0,196	0,282	0,151	0,491	0,143	0,376
DERS Kabul etmeme	R	0,468	0,279	0,403	0,296	0,321	0,418
	P	<0,001	0,005	<0,001	0,003	0,001	<0,001
DERS Dürtü	R	0,445	0,337	0,409	0,247	0,350	0,411
	P	<0,001	0,001	<0,001	0,013	<0,001	<0,001
DERS Amaçlar	R	0,508	0,250	0,396	0,170	0,172	0,312
	P	<0,001	0,012	<0,001	0,091	0,087	0,002
DERS Stratejiler	R	0,470	0,282	0,437	0,275	0,372	0,440
	P	<0,001	0,005	<0,001	0,006	<0,001	<0,001
CD-RISC Azim ve kişisel yeterlilik	R	-0,318	-0,170	-0,264	-0,049	-0,172	-0,190
	P	0,001	0,091	0,008	0,632	0,087	0,058
CD-RISC Olumsuzluğa dayanıklılık	R	-0,378	-0,210	-0,346	-0,062	-0,224	-0,236
	P	<0,001	0,036	<0,001	0,537	0,025	0,018
CD-RISC Ruhsallığa eğilim	R	-0,164	-0,171	-0,135	-0,036	-0,091	-0,056
	P	0,102	0,090	0,182	0,722	0,369	0,579
CD-RISC Toplam	R	-0,363	-0,225	-0,303	-0,058	-0,215	-0,226
	P	<0,001	0,025	0,002	0,564	0,032	0,023

*Spearman's rho korelasyon katsayısı uygulanarak hazırlanmıştır.

Tablo 4.9.'da psoriasis hastalarında anksiyete duyarlılık indeksi ile anksiyete, depresyon, duygu düzenleme güçlüğü ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiye bakılmıştır. ADİ-3 fiziksel, bilişsel, sosyal alt boyut puanları ile HAM-D, HAM-A psişik, somatik alt ölçekleri, DERS kabul etmeme, stratejiler alt ölçekleri arasında aynı yönlü anlamlı (**p<0,005**); ADİ-3 bilişsel, sosyal alt ölçeği DERS dürtü, amaçlar alt ölçekleri arasında aynı yönlü anlamlı (**p<0,005**); ADİ-3 bilişsel, sosyal alt ölçekleri ile CD-RISC azim ve kişisel yeterlilik, olumsuzluğa dayanıklılık alt ölçekleri arasında ters yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir (**p<0,005**).

Tablo 4.9. Psoriasis hastalarının ADİ-3 puanları ile HAM, DERS, CD-RISC puanlarının karşılaştırılması

		ADİ-3 Fiziksel	ADİ-3 Bilişsel	ADİ-3 Sosyal	ADİ-3 Toplam
HAM-D	r	0,330	0,484	0,418	0,470
	p	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
HAM-A	r	0,307	0,460	0,365	0,434
	p	0,002	<0,001	<0,001	<0,001
HAM-P	r	0,294	0,484	0,400	0,461
	p	0,003	<0,001	<0,001	<0,001
HAM-S	r	0,340	0,401	0,291	0,385
	p	0,001	<0,001	0,003	<0,001
DERSFarkındalık	r	-0,145	-0,281	-0,107	-0,191
	p	0,149	0,005	0,291	0,057
DERSAçıklık	r	-0,046	0,157	0,084	0,081
	p	0,647	0,118	0,407	0,423
DERSKabul etmeme	r	0,417	0,549	0,438	0,546
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
DERSDürtü	r	0,252	0,445	0,305	0,402
	p	0,011	<0,001	0,002	<0,001
DERSAmaçlar	r	0,267	0,468	0,356	0,426
	p	0,007	<0,001	<0,001	<0,001
DERSStratejiler	r	0,368	0,624	0,506	0,578
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
CD-RISCazim ve kişisel yeterlilik	r	-0,236	-0,434	-0,412	-0,390
	p	0,018	<0,001	<0,001	<0,001
CD-RISCOlumsuzluğa dayanıklılık	r	-0,300	-0,544	-0,492	-0,491
	p	0,002	<0,001	<0,001	<0,001
CD-RISCRuhsallığa eğilim	r	-0,204	-0,278	-0,230	-0,249
	p	0,041	0,005	0,022	0,013
CD-RISCToplam	r	-0,269	-0,495	-0,439	-0,437
	p	0,007	<0,001	<0,001	<0,001

*Spearman's rho korelasyon katsayısı uygulanarak hazırlanmıştır.

Tablo 4.10.'da psoriasis hastalarının duygu düzenleme güçlüğü ölçek puanları ile anksiyete, depresyon, psikolojik dayanıklılık ölçek puanları arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Hastaların DERS farkındalık, açıklık, kabul etmeme, dürtü, amaçlar ve strateji alt boyutları ile HAM-D, HAM-Apsişik ve somatik alt ölçekleri arasında aynı yönlü anlamlı ilişki ($p<0,005$); CD-RISC azim ve kişisel yeterlilik alt ölçeği ile ters yönlü anlamlı ($p<0,005$); DERS kabul etmeme, dürtü, amaçlar alt ölçek puanları ile CD-RISC olumsuzluğa dayanıklılık alt ölçek puanı ile ters yönlü anlamlı ($p<0,005$) ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 4.10. Psoriasis hastalarının DERS puanları ile HAM, CD-RISC puanlarının karşılaştırılması

		DERS					
		DERS Farkındalık	DERS Açıklık	DERS Kabul etmeme	DERS Dürtü	DERS Amaçlar	DERS Stratejiler
HAM-D	r	-0,371	0,206	0,511	0,473	0,515	0,532
	p	<0,001	0,039	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
HAM-A	r	-0,350	0,205	0,557	0,526	0,535	0,567
	p	<0,001	0,041	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
HAM-P	r	-0,315	0,266	0,574	0,565	0,545	0,599
	p	0,001	0,008	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
HAM-S	r	-0,344	0,105	0,501	0,444	0,451	0,479
	p	<0,001	0,299	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
CD-RISC Azim ve kişisel yeterlilik	r	0,297	-0,196	-0,363	-0,258	-0,329	-0,500
	p	0,003	0,050	<0,001	0,010	0,001	<0,001
CD-RISC Olumsuzluğa dayanıklılık	r	0,263	-0,144	-0,458	-0,403	-0,480	-0,582
	p	0,008	0,152	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
CD-RISC Ruhsallığa eğilim	r	0,191	-0,087	-0,195	-0,142	-0,088	-0,156
	p	0,057	0,390	0,052	0,160	0,385	0,121
CD-RISC Toplam	r	0,307	-0,188	-0,425	-0,340	-0,395	-0,533
	p	0,002	0,061	<0,001	0,001	<0,001	<0,001

*Spearman's rho korelasyon katsayısı uygulanarak hazırlanmıştır.

Tablo 4.11.'de psoriasis hastalarında anksiyete, depresyon ile psikolojik dayanıklılık puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

Hastaların HAM-D, HAM-A psişik ve somatik alt boyut değerleri ile CD-RISC olumsuzluğa dayanıklılık ve toplam değerleri arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,005$).

Tablo 4.11. Psoriasis hastalarının HAM-A, HAM-D puanları ile CD-RISC puanlarının karşılaştırılması

		HAM-D	HAM-A	HAM-P	HAM-S
CD-RISC Azim ve kişisel yeterlilik	R	-0,222	-0,217	-0,234	-0,181
	P	0,026	0,030	0,019	0,072
CD-RISC Olumsuzluğa dayanıklılık	R	-0,415	-0,351	-0,366	-0,285
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,004
CD-RISC Ruhsallığa eğilim	R	-0,135	-0,099	-0,074	-0,115
	P	0,181	0,325	0,463	0,253
CD-RISC Toplam	R	-0,336	-0,306	-0,321	-0,258
	P	0,001	0,002	0,001	0,010

*Spearmanrho korelasyon katsayısı uygulanarak hazırlanmıştır.

Tablo 4.12.'de psoriasis hastalarında depresyon gelişiminin yordayıcıları araştırılmıştır.

Psoriasis hastalarında, HAM psişik değerindeki bir birimlik artış HAM-D skorunu 0,629 kat arttırdığı (**p<0,001**); HAM somatik değerindeki bir birimlik artış HAM-D skorunu 0,400 kat arttırdığı (**p<0,001**); ÇÇTÖ cinsel istismar değerindeki bir birimlik artışın ise HAM-D skorunu 0,361 kat arttırdığı (**p:0,039**) tespit edilmiştir.

Tablo 4.12. Psoriasis hastalarında HAM-D puanı üzerine ölçeklerin etkisi

HAM D	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	950,0% Confidence Intervalfor B	
	B	Std. Error	Beta			LowerBound	UpperBound
HAM-P	0,629	0,116	0,498	50,417	<0,001	0,398	0,861
HAM-S	0,400	0,096	0,312	40,179	<0,001	0,210	0,591
ADİ-3 Fiziksel	-0,092	0,069	-0,084	-10,335	0,186	-0,229	0,045
ADİ-3 Bilişsel	0,170	0,094	0,144	10,821	0,072	-0,016	0,357
ADİ-3 Sosyal	0,115	0,100	0,085	10,152	0,253	-0,084	0,314
ÇÇTÖ Duygusal istismar	-0,095	0,156	-0,053	-0,610	0,544	-0,405	0,215
ÇÇTÖ Fiziksel istismar	0,208	0,138	0,105	10,505	0,136	-0,067	0,484
ÇÇTÖ Fiziksel ihmal	0,119	0,157	0,050	0,760	0,449	-0,193	0,431
ÇÇTÖ Duygusal ihmal	-0,082	0,098	-0,056	-0,835	0,406	-0,278	0,114
ÇÇTÖ Cinsel istismar	0,361	0,172	0,116	20,094	0,039	0,018	0,705
DERS Farkındalık	-0,138	0,099	-0,077	-10,402	0,165	-0,335	0,058
DERS Açıklık	0,019	0,239	0,005	0,080	0,936	-0,456	0,495
DERS Kabul etmeme	-0,094	0,098	-0,074	-0,958	0,341	-0,290	0,102
DERS Dürtü	0,029	0,159	0,015	0,185	0,854	-0,286	0,345
DERS Amaçlar	-0,055	0,158	-0,026	-0,347	0,730	-0,369	0,260
DERS Stratejiler	-0,007	0,088	-0,007	-0,083	0,934	-0,182	0,167
CD-RISC Azim ve kişisel yeterlilik	-0,087	0,284	-0,119	-0,305	0,761	-0,652	0,479
CD-RISC Olumsuzluğa dayanıklılık	-0,154	0,268	-0,145	-0,575	0,567	-0,689	0,380
CD-RISC Ruhsallığa eğilim	-0,179	0,353	-0,050	-0,507	0,613	-0,881	0,523
CD-RISC Toplam	0,090	0,251	0,232	0,360	0,720	-0,410	0,590

*Lineer Regresyon Analizi

Tablo 4.13’de psoriasis hastalarında anksiyete için yordayıcılar tespit edilmiştir.

HAM psişik değerindeki bir birimlik artış HAM-A değerini 0,998 kat arttırmakta (**p<0,001**); HAM somatik değerindeki bir birimlik artış ise HAM-A değerini 0,995 kat arttırmaktadır (**p<0,001**).

Tablo 4.13. Psoriasis hastalarında HAM-A puanı üzerine ölçeklerin etkisi

HAM A	Unstandardized		Standardized	t	Sig.	95,0% Confidence	
	Coefficients		Coefficients			Intervalfor B	
	B	Std. Error	Beta			LowerBound	Üst sınır
HAM-P	0,998	0,007	0,533	1410,468	<0,001	0,984	10,012
HAM-S	0,995	0,006	0,525	1710,228	<0,001	0,983	10,007
ADİ-3 Fiziksel	-0,001	0,004	-0,001	-0,320	0,750	-0,010	0,007
ADİ-3 Bilişsel	-0,001	0,006	-0,001	-0,254	0,801	-0,013	0,010
ADİ-3 Sosyal	0,000	0,006	0,000	-0,028	0,977	-0,012	0,012
ÇÇTÖ Duygusal istismar	-0,015	0,009	-0,005	-10,533	0,129	-0,033	0,004
ÇÇTÖ Fiziksel istismar	0,011	0,008	0,004	10,316	0,192	-0,006	0,028
ÇÇTÖ Fiziksel ihmal	0,014	0,010	0,004	10,427	0,158	-0,005	0,032
ÇÇTÖ Duygusal ihmal	-0,004	0,006	-0,002	-0,729	0,468	-0,016	0,008
ÇÇTÖ Cinsel istismar	0,001	0,010	0,000	0,115	0,908	-0,020	0,022
DERS Farkındalık	-0,007	0,006	-0,003	-10,129	0,262	-0,019	0,005
DERS Açıklık	0,014	0,015	0,003	0,982	0,329	-0,015	0,043
DERS Kabul etmeme	0,007	0,006	0,004	10,216	0,228	-0,005	0,019
DERS Dürtü	-0,010	0,010	-0,003	-10,012	0,315	-0,029	0,009
DERS Amaçlar	0,003	0,010	0,001	0,341	0,734	-0,016	0,022
DERS Stratejiler	0,001	0,005	0,001	0,198	0,843	-0,010	0,012
CD-RISC Azim ve kişisel yeterlilik	-0,014	0,017	-0,013	-0,839	0,404	-0,049	0,020
CD-RISC Olumsuzluğa dayanıklılık	-0,015	0,016	-0,009	-0,908	0,367	-0,047	0,018
CD-RISC Ruhsallığa eğilim	0,000	0,021	0,000	0,022	0,982	-0,042	0,043
CD-RISC Toplam	0,010	0,015	0,018	0,676	0,501	-0,020	0,041

*Lineer Regresyon Analizi

Psoriasis hastalarının, HAM-D değerindeki bir birimlik artış psoriasis gelişimini 1,154 kat (**p:0,009**); ADİ-3 fiziksel alt ölçek değerindeki bir birimlik artış 1,080 kat (**p:0,020**); ÇÇTÖ duygusal ihmal değerindeki bir birimlik artış 1,185 kat (**p:0,001**); DERS açıklık değerindeki bir birimlik artış 1,382 kat (**p:0,002**) ve CD-RISC iyimser düşünme değerindeki bir birimlik artış ise psoriasis gelişimini 1,296 kat (**p:0,003**) azalttığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.14. Ölçeklerin psoriasis gelişim riskine etkisi

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Lower	Upper
HAM-D	0,143	0,055	0,009	1,154	1,036	1,285
HAM-P	-0,107	0,064	0,098	0,899	0,792	1,020
ADİ-3 Fiziksel	0,077	0,033	0,020	1,080	1,012	1,151
ÇÇTÖ Duygusal ihmal	0,170	0,050	0,001	1,185	1,074	1,307
DERS Açıklık	0,324	0,106	0,002	1,382	1,123	1,702
CD-RISC İyimser düşünme	-0,259	0,086	0,003	1,296	1,095	1,534
Constant	-9,929	1,997	0,000	0,000		

*Binary Logistic Regresyon (Bağıl Risk) (Bağıl Risk)

5. TARTIŞMA

Psoriasis, birden fazla komorbiditesi olan immün aracılı, sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Psikosomatik bir hastalık olan psoriasis hastalığının tetiklenmesinde psikolojik etkenlerin önemi birçok çalışmada gösterilmiş olmasına rağmen tam olarak anlaşılamamıştır. Bu araştırmada psoriasis tanılı 100 hastanın depresyon, kaygı, duygu düzenleme, çocukluk çağı travması, psikolojik sağlamlılık ve anksiyete duyarlılıkları sağlıklı kontrol grubu ile mukayese edilmesihedeflenmiştir. Çalışmada ayrıca hasta ve sağlıklı grubun sosyodemografik verileri sorgulanmış olup, psoriasis tanılı hastalardan hastalığa özgün bilgiler alınarak, bu faktörlerinölçeklerle ilişkisi incelenmiştir.

5.1. Demografik Özelliklerin İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 39.78 ± 13.40 , kontrol grubunun yaş ortalaması ise 33.38 ± 11.11 'dir ve gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Psoriasis tüm yaş aralıklarında ortaya çıkarken, başlangıç yaşı bimodal bir dağılım göstermektedir. Özellikle yapılan çalışmalarda en sık görüldüğü ilk dönem 15-20 yaşları, diğeri ise 55-60 yaşlardır.

Çalışmaya dahil eden katılımcıların %57'si kadın, % 43'ü erkektir. Yapılan çalışmalar arasında ufak farklılıklar bulunmakla birlikte psoriasis her iki cinsiyette eşit oranda görülmektedir (4). Eğitim düzeylerine bakıldığında büyük oranda okuma yazma bilen kesimin çalışmaya dahil olduğu gözlenmiş olup; yüksek okul- üniversite mezunu olanlar %43.5 ve sırasıyla lise (%31), ilköğretim –okuma yazması olan (%22,5) ve okuma yazma bilmeyenlerde katılımcıların %3'ünü oluşturmaktadır. Mahé ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada düşük eğitim düzeyi ile psoriasis şiddeti arasında ters yönlü bir ilişki olduğu, eğitim düzeyi azaldıkça hastalığın daha ağır olduğu bulunmuştur (266).

Yapılan çalışmalarda genel nüfusa oranla psoriasis hastalarının büyük çoğunluğunun sigara içtiği ve sigara içen hastalarda da hastalığın agresif seyrettiği gösterilmiştir (58). Sigara oksidatif strese ve serbest radikal hasarına neden olurken, plazmadaki antioksidan konsantrasyonlarını azaltmaktadır. Ayrıca vasküler endotelial disfonksiyonu arttırarak plazma viskozitesini bozmaktadır. Hem serbest radikallerin artışı hem de nikotinin neden olduğu anormal anjiogenez sonucu oluşan patolojik kan damarlarının psoriasis gelişimini tetikleyebileceği düşünülmektedir. Almanya'da

Sommer ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir çalışmada psoriasisli hastalarda sigara kullanma alışkanlığının %45.4, kontrol grubunda ise % 21 olduğu saptanmıştır (267). Çalışmamızdaki hastaların neredeyse yarısının (% 48) sigara kullandığı tespit edilirken, kontrol grubundakilerin %15'inin sigara içtiği bulunmuştur. Kontrollü çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde psoriasisli hastaların kontrollere göre iki kat daha fazla sigara içtiği bildirilmiştir. Psoriasis hastalığının doğal seyri, yaşam kalitesine etkisi ve psikolojik etkileri gözönüne alındığında sigara kullanımının fazla olması şaşırtıcı değildir.

Orta ila şiddetli psoriasis tanısı olan hastalarda alkole bağlı hastalık ve ölüm insidansının arttığı tespit edilmiştir. Bu durumun diğer otoimmün hastalıklarla karşılaştırıldığında psoriasis hastalığına özgü olduğu düşünülmektedir. Aşırı alkol tüketimi, sistemik inflamasyon, kardiyovasküler hastalık ve depresyon dahil olmak üzere psoriasis ile ilişkili komorbiditelerin riskini arttırmaktadır. Finlandiya'da 1990 yılında yapılan bir çalışmada, 100 g/gün alkol alımında psoriasis gelişme riskini, hiç alkol almayanlara kıyasla 2,2 kat arttırdığı gösterilmiştir (268). Bizim çalışmamızda, hasta grubunda alkol alanların % 4'lük bir kesimi meydana getirdiği, alkol kullanım bozukluğunun olmadığı ve hastaların hiç birinin madde kullanmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda alkol kullanımının oranlarının az tespit edilmiş olması, çalışmanın yapıldığı şehrin kültürel ve ahlaki özellikleri ile ilgili olabilir veya hastalar alkol kullandıklarını paylaşmak istememiş olabilirler.

Çalışmamızda, hastalığın gidişatını ve şiddetini etkileyen bir parametre olan eklem tutulumu psoriasis tanılı hastaların %21'inde tespit edilmiştir. Psoriasisli hastalarda yapılan araştırmalarda inflamatuvar artrit prevalansının % 6 ile %42 aralığında olduğu bulunmuştur (269).

Psoriasis hastalığının şiddetini belirlemek için kullanılan güvenilir yöntemlerden biri olan PASİ ile ilgili yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Tekin ve arkadaşlarının (2005), 275 psoriasis hastasıyla yaptığı çalışmada ortalama hastalık şiddeti 6,5; Akoğlunun (2014) 203 psoriasis hastadaki PASİ skor ortancası 3,6 olarak bulunmuştur (270, 271). Çalışmamızda ise PASİ skor ortancası 6,1 olarak tespit edilmiştir.

5.2. Depresyon ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Literatür incelendiğinde psoriasis hastalığının ruhsal hastalıklar ile olan birlikteliği klinisyenler tarafından uzun zamandır araştırılmaktadır. Yapılan çalışmalar psikiyatrik komorbiditenin yaygınlığının 10%-90% arasında değiştiğini göstermiştir. Psikosomatik bir hastalık kabul edilen, psoriasisin ortaya çıkmasında, alevlenmesinde ve atak sıklığında stresin önemli bir rol oynadığı, depresyon ve kaygı seviyelerinin ise psoriasis hastalarında yüksek oranlarda görüldüğü tespit edilmiştir (272). Deshmukh ve arkadaşları (2015), psoriasisli hastalarda psikiyatrik bozuklukların komorbiditesini incelemişlerdir. Araştırmanın sonunda hastalığa psikiyatrik bozuklukların %57 oranında eşlik ettiği; bu çalışmada depresyon %31.4 (depresyon %18.57, karma tip depresyon ve anksiyete bozukluğu %12.85), anksiyete bozukluğu %25.7 (YAB %7.14, panik bozukluğu %8.17, sosyal fobi% 5.71, özel fobi %4.28) olarak saptanmıştır (273).

Çalışmamızda psoriasis hastalarında yaygın olarak görülen komorbiditelerden birisi olan depresyonu değerlendirmek için HAM-D ölçeği kullanılmış ve HAM-D skoru ile PASİ arasında aynı yönlü güçlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Psoriasis şiddetiyle depresyon arasındaki bu bağ, depresyonun etyopatogenezinde yer aldığı iddia edilen inflamatuvar sitokinler gibi ortak bir nedenin sonucu olabileceği gibi, kişilerinin baş etme kapasitesi, bedenlerinin imgelerini olumsuz algılamaları, damgalanma düşünceleri, utanç duygusu ya da kronik tekrarlayıcı bir hastalığa sahip olmaları gibi özgül olmayan stres faktörlerine bağlı meydana gelmiş olabilir (240). Psoriasis hastalığı ile eş tanı depresyonu olan hastalar genellikle sosyal yaşama uyum sağlayamaz, bu durumda psoriasis hastalığı ve depresyonun döngüsel olarak sürdürülmesine, kısır döngüye girmesine neden olmaktadır (241). Çalışmada aynı zamanda HAM-D skoru ile hastaların kaç yıldır psoriasis hastası oldukları ve hastalığa bağlı tedavi aldıkları süre arasında da istatistik olarak ilişkili oldukları bulunmuştur ($p<0,001$). Kronik bir hastalık olan psoriasis hastalığının erken yaşlarda başlaması, hastaların sosyal hayat içerisinde, hayatlarının erken dönemlerinden itibaren sağlıklı akranlarından farklı hissetmelerine, olumsuz ön yargılara çok daha erken yaşlarda maruz kalmalarına, ağrılı ve kaşıntılı plaklardan dolayı yaşam kalitelerinin düşmesine, dış görünümün önemli olduğu hayatın ilk dekatlarında kendilerini izole etmeleri gibi bir sürü farklı nedene bağlı olarak depresif semptomlar yaşamalarına bağlı olabilir. Ayrıca psoriasis hastalığının tedavisi için kullanılan steroidler gibi bazı ajanların depresif etkilerine daha uzun süre maruz kalmada depresyonu arttıran sebeplerdendir.

Literatüre baktığımızda psoriasis tanılı hastalarda depresyon sıklığının fazla olduğunu gösteren araştırmalar ile birlikte, psoriasis hastalık şiddeti ile depresif belirti şiddeti ilişkisini de araştıran çalışmaların bulguları çelişkilidir. Kılıç ve arkadaşlarının (2008), yaptıkları çalışmada psoriasis belirti şiddeti ile depresyon seviyeleri kıyaslanmış ve aralarında güçlü bir ilişki olmadığı bulunmuştur (274). Benzer şekilde Deshmukh ve arkadaşları (2015), çalışmalarında psoriasis hastalık şiddeti ile depresyon belirti düzeyleri arasında bir bağlantı saptamamıştır (273). Diğer taraftan Devrimci-Özgüven ve arkadaşları (2000), psoriasisli hastalarda depresif semptomların ve bedenle aşırı zihinsel uğraşın sağlıklı gönüllere kıyasla daha fazla olduğunu gösterdikleri çalışmalarında, psoriasis şiddeti ile depresyon seviyeleri kıyasladıklarında güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır (275). Çalışmalarda bu farklılıklar yaş dağılımı, cinsiyet, sosyal destek gibi depresif semptom düzeyini etkileyen diğer faktörlere bağlı meydana gelmiş olabilir.

5.3. Anksiyete ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Yüksek morbiditeye sahip psöriaste, hastalarda anksiyete yüksek oranlarda görülmektedir. Diğer cilt hastalıklarıyla kıyaslandığında psoriasis hastalarında anksiyete insidansının daha yüksek olduğu kanıtlanmıştır (243). Psoriasis hastalarında % 8.,8'e kadar yüksek oranlarda anksiyete semptomları görülmekteyken daha spesifik olarak, YAB ve OKB sık görülmektedir.

Çalışmamızda hasta grubunda HAM-Atoplam puanı, psişik alt boyut ve bedensel alt boyut puanları kontrol grubuna göre yüksek tespit edilmiştir. Psoriasis hasta grubunda HAM-Atoplam puanı (p: 0.003), HAM-P alt ölçek puanı (p: 0.001), HAM-S alt ölçek puanı (p: 0.034) ile PASİ skoru arasında aynı yönlü pozitif ilişki bulunmuştur. Erken tanı alan ve uzun süredir tedavisi devam eden hastalarda beklendiği üzere HAM- A puanları yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla benzer şekilde, Köşger ve arkadaşlarının (2014), yaptıkları çalışmada psoriasis şiddetiyle Hamilton Anksiyete Ölçeğinin hem toplam puanı, hem de psişik ve bedensel alt ölçek puanlarının ilişkisi ayrı ayrı değerlendirilmiş ve psoriasis şiddetiyle HAM-Atoplam ve HAM-Abedensel alt boyut puanları kıyaslandığında güçlü bir ilişki saptamıştır (241). Kohli kurd ve arkadaşlarının tasarladığı çalışmada (2010), psoriasis hastaları hastalık şiddetine göre hafif şiddetli ve yüksek şiddetli olarak iki gruba ayrılmıştır. Çalışmalarında, psoriasis hastalarına atfedilebilen (yaş ve cinsiyete göre ayarlanmış) depresyon, anksiyete ve intihar tanısı riski 1000 kişi yılı başına sırasıyla 11.8, 8.1 ve 0.4 bulunmuştur. Şiddetli

psoriasis hastalığı olan hastalarda, hafif psoriasis hastalığından daha yüksek depresyon ve anksiyete tespit edilmiştir (244).

5.4. Anksiyete Duyarlılığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Anksiyete semptomları sıklıkla dermatolojik hastalarda sık görülmekte ve beraberinde de dermatolojik semptomların şiddetini de arttırmaktadır. Anksiyete belirtilerinden korkmak, korkmaktan korkmak olarak tanımlanan anksiyete duyarlılığı, psoriasis hastalarında sık görülen bir bilişsel duyarlılık faktörüdür. AD'yi ölçen ADİ-3 ölçeği, üç alt ölçekten (fiziksel, bilişsel ve sosyal) oluşur. Fiziksel alt ölçeği, kaygıdan kaynaklanan “fiziksel belirtiler korkusunu” değerlendirir; bilişsel alt ölçek “bilişsel kontrolü kaybetme korkusunu” değerlendirir; ve sosyal alt ölçeği ise “toplumda bir başkasının kaygı belirtilerinin farkına varacağı korkusu”nu değerlendirmektedir. Dixon ve arkadaşları (2016), yaptıkları çalışmada, psikodermatolojik hastalıkları olan hastaların, psikodermatolojik olmayan hastalıkları olan bireylerden daha yüksek ADİ-3 puanlarına sahip olduğunu göstermişlerdir (276). Benzer şekilde çalışmamızda psoriasis hastalarının ADİ-3 toplam puanı, sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derece yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). ADİ-3 bilişsel alt ölçeği ($p=0.001$), fiziksel alt ölçeği ($p=0.002$) ve toplumsal alt ölçek ($p=0.004$) puanları sağlıklı gruba göre daha yüksek tespit edilirken; cinsiyet açısından bir farklılıktan tespit edilmemiştir. Hastaların ADİ-3 ölçeğinin toplam puanı ile PASİ değeri ve hastaların kaç yıldır psoriasis hastası oldukları incelendiğinde, aralarında güçlü bir anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). ADİ-3 toplumsal (sosyal) alt ölçeği ile PASİ değeri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilmiştir ($p<0,001$). Özellikle toplum içerisinde, göz önüne (yüz, kafa, el gibi) yerleşmiş psoriatik plaklardan kanamanın, kusurlu olma, suçluluk ve utanç duygularını güçlü bir şekilde öngördüğü, beraberinde damgalanma algısının da hastalarda kaygı yarattığı, hastaların hem lezyonlarını saklama eğilimi hem de kaygılarını başkaları tarafından fark edilmesine yönelik endişelenmeleri, korkmaları bu ilişkiyi açıklayabilir. Benzer şekilde, Erdoğan ve arkadaşlarının (2019), yaptıkları çalışmada, psoriasis hastalarının hem psikodermatolojik olmayan hastalığı olan kontrol grubundan hem de sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek ADİ-3 skorlarına sahip oldukları bulunmuştur (277). Dixon ve arkadaşlarının (2016), yaptıkları çalışmada psikodermatoloji hastalarının, hem ADİ-3 sosyal kaygılarının hem de ADİ-3 bilişsel kaygılarının, psikodermatoloji hastalığı olmayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Spesifik olarak, ADİ-3 sosyal alt ölçek puanındaki her 1

birimlik artış, hastaların psikodermatolojik bir duruma sahip olma ihtimalinin %12.7 artmasıyla ilişkilendirilmiştir (276). Psoriasis hastalarında bizim çalışmamızla benzer şekilde, ADİ-3 ölçeğinin fiziksel kaygı alt ölçeğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,001$).

5.5. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Psikofizyoloji ve etiyopatogenez üzerine yapılan çalışmalar, özellikle erken çocukluk döneminde, çevresel stres faktörlerine maruz kalmanın cilt hastalıkları için önem arz ettiğini ortaya koymuştur. Genetik faktörlere sahip kronik inflamatuvar bir hastalık olan psoriasis hastalığının, erken yaştaki travmatik ve psikolojik stres faktörleri tarafından tetiklendiği ve şiddetlendiği düşünülmektedir (278). Ortaya çıkan kanıtlar, çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin hastaları depresyon gelişimine karşı daha savunmasız hale getirebileceğini ortaya koymaktadır. Bu durum, çocukluk çağı travması olan bireyleri psoriasis hastalığına karşı daha duyarlı hale getirmektedir. Çocukluk çağı travmasının psoriasis hastalığı üzerindeki etkisine ilişkin araştırmalar henüz daha çok yeni olsa da Simonić ve arkadaşları psoriasis hastalığını genetik yatkınlığın varlığıyla birlikte çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin bedensel bir tezahürü olarak kabul etmektedir (279).

Çalışmamızda ÇÇTÖ toplam puanı ve duygusal ihmal alt ölçek puanı sağlıklı kontrole kıyasla hasta grubunda daha anlamlı bulunurken ($p<0,001$); ÇÇTÖ duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ölçek puanlarının kontrol grubundan daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p>0,001$). Hastaların ÇÇTÖ toplam puanı ile PASİ skoru, kaç yıldır hastalığa sahip oldukları ve tedavi aldıkları süre arasında anlamlı bir bağ bulunmuştur ($p<0,001$). Benzer şekilde ÇÇTÖ duygusal ihmal alt ölçeği toplam puanı ile PASİ skoru, kaç yıldır hastalığa sahip oldukları ve tedavi aldıkları süre arasında istatistiksel olarak ilişki tespit edilmiştir ($p<0,001$). Psoriasis tanılı hastaların neredeyse üçte birinde hastalık 15 yaş civarında gözlenmeye başlamakta ve emosyonel immatüriteyle birlikte geç çocukluk ve adolesan dönem boyunca yaşanmış olumsuz çocukluk çağı deneyimleri psoriasisin erken yaşta başlamasında rol oynamaktadır (9, 149). Bu da ÇÇTÖ puanı ile erken yaşta psoriasis tanısı alan hastalar arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Erfanian ve arkadaşlarının (2018), yaptıkları çalışmada duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve duygusal ihmaldeki artışın, psoriasis şiddetinin artmasıyla bağlantılı olduğunu; çocukluk çağı travma alt tiplerinin, majör depresyonu olan psoriasis hastalarında da daha saldırgan seyrettiğini bulmuşlardır (280). Sesliokuyucu ve

arkadaşlarının (2017), yaptıkları çalışmada psoriasis tanılı hasta grubunun ÇÇTÖ puanları kontrol grubu ile karşılaştırılmış ve hasta grubunun paunu anlamlı olarak daha fazla tespit edilmiştir (281). Gündüz ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmalarında, olumsuz çocukluk çağı deneyimleri skoru yüksek olan hastalarda PASİ skorlarının ve yaşam kalitesi değerlerinin de yüksek olduğu bulunmuştur (282). Psoriasis hastalığında, gittikçe önemli bir yer tutmaya başlayan çocukluk çağı travmalarının hem etyopatogenez de hem de tetikleyici risk faktörü olduğuna dair günümüzde henüz çok çalışmaya rastlanmamakla beraber bu ihtimali doğrulayan verilerin mevcut olması, çocukluk çağı travmalarının önemi ortaya koymaktadır.

5.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Psikolojik stresin, psoriasis hastalığı üzerinde, kesintiye uğratılması zor, kendi kendini sürdüren ve kısır döngüye neden olan olumsuz bir etkisi vardır. Böyle bir mekanizmada, duygusal tepkisellik ve duygu düzenleme özellikle önemli bir hale gelir (283). Duygusal düzenleme duyguların farkındalığını, anlaşılmasını ve kabul edilmesini içerecek şekilde kavramsallaştırılabilir. Ayrıca dürtüsel davranışı kontrol etme yeteneği; olumsuz duygu yaşarken belirlenmiş hedeflere göre hareket etmek; ve çeşitli durumlara uygun duygu düzenleme stratejilerinin kullanılmasında duygu düzenleme becerileri içinde değerlendirilir. Bu becerilerden herhangi birinin yokluğu, duygusal düzenlemede güçlüklerle işaret edebilir (284). Daha da önemlisi, duygularımızı deneyimleme ve düzenleme şeklimiz, kesinlikle onları diğer bedensel duyumlardan ayırt etmeye bağlıdır, bu nedenle, bu tür alanlardaki eksiklik, psoriasis hastalarının afektif deneyimini daha da kötüleştirebilir (283).

Çalışmamızda, DERS açıklık alt ölçeği puanları ($p<0,001$) ile dürtü kontrolü alt ölçeği puanları ($p=0,001$) psoriasis hastalarında, kontrol grubuna göre yüksek olarak bulunmuştur. DERS ölçeğinde duygusal tepkilerin anlaşılması olarak tanımlanan “Açıklık” alt ölçeğinin PASİ skoru, hastalığın ne kadar süredir devam ettiği ve ne kadar süredir tedavi alındığı ile anlamlı bir ilişkisi olduğu ($p<0.001$) bulunmuştur. Olumsuz duygular hissedildiğinde dürtü kontrolünde zorluk yaşanması olarak tanımlanan “Dürtü Kontrolü” alt ölçeği ile PASİ skoru ile anlamlı ($p<0.001$), hastalığın ne kadar süredir devam ettiği ve hastanın ne kadar süredir tedavi alındığına bakıldığında aynı yönlü ilişki içerisinde olduğu ($p=0.001$) tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde bizim çalışmamızla benzer olarak, Allegranti ve arkadaşları (1994), psoriasisli hastalardan oluşan bir örnekleme, hastaların duyguları tanımlamada ve duygular ile bedensel

duyumları ayırt etmede zorluk yaşadıklarını, hastalarda kontrol grubuna göre sosyal olarak kendini korumaya yönelik olumsuz duygusal tepkilerin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (11). Bahmer ve arkadaşlarının (2007), çalışmasında, bu hastalarda, olumsuz bir sonuçtan kaçınamayacakları bir durumla karşı karşıya kaldıklarında kendilerini güçsüz hissettikleri için daha yüksek algılanan yeti yitimi düzeyleri gözlemlenmiştir. Hastaların duygularını yönetememeleri, engelliliğin tezahürüne ve depresif semptomlara neden olmuştur (285). Almeida ve arkadaşları (2017), araştırmalarında duygusal düzenlemede daha fazla zorluk yaşayan hastaların, hastalık şiddetlerinin ($p<0.05$) ve sakatlık algılarının ($p<0.05$) daha fazla olduğu, işlevselliklerinin daha fazla bozulduğunu bulmuşlardır. Ayrıca dürtü kontrolünün psoriasis hastalığında sakatlığının en güçlü belirleyicisi olduğunu göstermişlerdir (284). Son zamanlarda yapılan iki çalışmada, psoriasis hastalarının DERS'nin “Duygusal Netlik Eksikliği” alt ölçeğinde kontrollere göre daha yüksek puan aldığını, bu sonuçta hastaların kendi duygularını doğru bir şekilde tanımlamada kontrollere göre daha fazla zorluk yaşadıklarını ortaya koymuştur (286).

5.7. Psikolojik Dayanıklılık ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Dayanıklılık, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirmede önemli bir faktör olabilir. Psikolojik dayanıklılık herhangi bir olumsuz olay/durum karşısında süreci kötüleştiren etmenler ile koruyucu etmenlerin etkileşimi ve sonuçta, kişinin meydana gelen yeni duruma uyum sağlaması olarak tanımlanabilir. Dayanıklılık, çeşitli kronik hastalıkların tedavisi üzerinde bir etkiye sahiptir ve kronik hastalığın semptomatolojisi, stres gibi psikolojik süreçler ve depresyon, anksiyete gibi akıl hastalıkları ile ilişkili olabilir. Olumsuz koşullar risk faktörleri olarak hareket edebilir; bunlar, hastalığın ilerlemesine ve yaşam kalitesine müdahale edebilen stres olaylarıdır. Dayanıklılık açısından koruyucu faktörler risk faktörlerinden daha önemlidir. Ayrıca, dayanıklılık hastalık sürecini ve sağlık sonuçlarını etkileyebilir.

Çalışmamızda dayanıklılığı inceleyebilmek için kullandığımız Cannor-Davidson Dayanıklılık ölçeğine göre, psoriasis hasta grubunun dayanıklılık toplam ve alt boyut puanları kontrol grubundan fazla bulunmuştur. Bu hastaların kronik bir hastalık olan psoriasisle sahip olmalarından dolayı geliştirmiş oldukları bir savunma mekanizması olabilir. CD-RISC toplam puanı ve olumsuzluğa dayanıklılık alt ölçeği puanı ile PASİ skorları arasında ters yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Hastalık şiddeti arttıkça, hastaların koruyucu bir faktör kabul edilen dayanıklılıkları azalmaktadır, buda

beklenen bir durumdur. Ayrıca CD-RISC ruhsallığa eğilim düşünme alt ölçeği ile yaş karşılaştırılmış ve aralarında ilişki gösterilmiştir ($p<0.001$). Black ve arkadaşlarının (2015), Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptıkları bir çalışmada, multipl sklerozdan mustarip yaşlı hastalarda dayanıklılık puanı yüksek bulunmuştur (15). Bunun nedeni, yaşla birlikte insanların bir hastalığın gerçekliğini daha kolay kabul etmesi, bir hastalıkla nasıl başa çıkacaklarını öğrenmesi ve belki de görünüşlerine daha az dikkat etmesi ve hastaların süreç içerisinde, yaşadıkları olumsuzluklara, tecrübelerinde kullanarak yaklaşmaları bu durumun bir açıklaması olabilir. Crosta ve arkadaşları (2018), yaptıkları çalışmada psoriasis hastalarının sağlıklı gruba göre psikolojik dayanıklılıklarının düşük olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda ise hastaların psikolojik dayanıklılıkları kontrol grubundan daha fazla bulunmuştur (287). Bu durum, hastalık şiddetine, sosyal desteğe, tutulum bölgelerine, yaş ortalamasına, cinsiyet ve eşlik eden diğer komorbiditelerin farklı olması gibi diğer faktörlere bağlanabilir.

5.8. Psoriasis Hastalarında PASİ ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Psoriasis hastalarında eklem tutulumu, bedensel, psikolojik ve sosyal sağlık üzerinde önemli etkileri olan, agresif ve çoğunlukla progresif seyreden önemli fonksiyonel kayba neden olan ve kişilerin hayat kalitesini düşüren kronik inflamatuvar bir hastalıktır (288). Hastalarda eklem tutulumu genellikle cilt tutulumundan daha sonra ortaya çıkar, bu da hastaların sadece cilt tutulumu olan hastalara kıyasla hastalıktan daha uzun süre muzdarip olmalarına daha uzun süre fiziksel acı çekmelerine ve yaşam kalitelerinin bozulmasına neden olmaktadır.

Çalışmamızda PASİ skoru, HAM-D skoru, ADİ-3 toplam skoru, ÇÇTÖ duygusal ihmal alt ölçeği skoru, ÇÇTÖ toplam skoru, DERS kabulsüzlük alt ölçeği ile eklem tutulum arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Harvima ve arkadaşları (1996), yaptıkları çalışmada eklem tutulumu varlığı kadınlarda depresyon ile ilişkili iken, erkeklerde eklem tutulumu ile somatizasyon bulguları arasında ilişki olabileceğini bildirmişlerdir (289). McDonough ve arkadaşları (2014), çalışmasında en azından hafif anksiyete ve depresyonun PsA'lı psoriasis hastalarında olmayanlara göre daha yaygın olduğunu göstermiştir (%17.7'ye karşı %6.7) (290). Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, psoriasis hastalığı olan kişilerde depresyon riski %14, PsA'sı olanlar risk %22 iken hem psoriasis hastalığı hem de PsA mevcut olanlarda risk %52 bulunmuştur (291). Bizim bulgularımızın aksine, Erdoğan ve arkadaşlarının yaptıkları (2019), çalışmada hastalığın şiddeti, süresi ve psoriatik artrit varlığı ile anksiyete ve

anksiyete duyarlılığı arasında bir ilişki bulunamamıştır (277). Kruger ve arkadaşları (2001), yaptığı araştırmada psoriatik artritli hastaların daha uzun hastalık süresince, daha fazla fiziksel zorluklar çektiği, ve yaşam kalitelerinin daha çok etkilendiği bulunmuştur (292). İnflamatuvar ve yaşam kalitesini bozan bir durum olan PsA'nın psikolojik süreçleri etkilemesi şaşırtıcı değildir. Literatür incelendiğinde araştırmaların çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olan hastalarda eklem ağrısı, pelvik ağrı, sırt ağrısı, kas ağrısı gibi kronik vücut ağrılarının yüksek oranlarda görüldüğü ve bu hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantılarının yüksek oranlarda olduğu bildirilmektedir (293). Bayram ve arkadaşlarının (2014), çocukluk travmaları ve ağrı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarında, fibromyalji ve romatoid artrit tanılı hastalarda çocukluk dönemi olumsuz yaşantılarının hem işlevsel, hem de bedensel kaynaklı ağrı durumları ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (294) .

PASİ skoruna göre hafif şiddetli ($PASİ < 10$) ve şiddetli ($PASİ \geq 10$) şeklinde gruplandırılarak yapılan analizlerde HAM-D, ÇÇTÖ- fiziksel istismar alt ölçeği, ÇÇTÖ- toplam skoru psoriasis şiddetli olan grupta, hafif şiddetli gruba göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı yaşantılarından, fiziksel istismar yaşayan çocuklarda yaşadıkları travma ve beraberinde meydana gelen zihinsel değişiklikler psoriasis şiddetini artırır.

5.9. Psoriasis Hastalarında Lezyonların Tutulum Yerleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Psoriasis lezyonlarının tutulum alanları da hastaların yaşam kalitesini, sosyal hayata katılımlarını, işlevselliklerini ve ruhsal durumlarını etkilemektedir. Richard ve arkadaşlarının (2001), yaptıkları çalışmada lezyonların tutulum yerlerinin hastalarda depresyon ve anksiyete üzerine etkili olduğu bulunmuştur. Hastaların mevsime göre açık giysilerin giymeleri ya da ön planda elleri ile çalışan ve ellerinde plak olan hastalar toplumda stigmatizasyon yaşamakta, belki yaşamasalar bile utanç duygusu ve beden algılarından dolayı iş hayatları sıkıntıya düşmekte bu durum sosyal izolasyon, depresyon, anksiyete ile sonuçlanabilmektedir (295). Çalışmamızda kafa, kol ve gövde tutulum ile PASİ, HAM-D, ADİ-3, ÇÇTÖ, DERS ve CD-RISC alt ölçekleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Aksi taraftan diz dirsek tutulumu, yüz dışı tutulumu ve tüm vücut tutulumu ile PASİ skoru arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuca, lezyonların şiddeti, hastaların algıları, yaş ve cinsiyet gibi birçok faktör etki etmiş olabileceği düşünülmüştür.

5.10. HAM-D Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle İlişkisinin incelenmesi

Çalışmamızda psoriasis tanılı hasta grubunda, HAM-D skoru ile, HAM-A toplam ve alt boyut puanları, ADİ-3 toplam, bilişsel ve toplumsal alt ölçek skorları, ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal ve fiziksel istismar alt boyut skorları, DERS kabulsüzlük, dürtü kontrolü, amaca yönelik davranabilme, strateji alt ölçekleri puanları arasında anlamlı pozitif ilişki tespit edilirken; DERS farkındalık alt ölçeği, CD-RISC olumsuzluğa dayanıklılık alt ölçeği ve toplam puanları arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışma bulgularımız ve literatür taranıp, incelendiğinde psikosomatik bir hastalık olan psoriasis hastalığının, çocukluk döneminden başlayarak yaşanan olumsuz durumların ve psikososyal süreçlerin etyopatogenezini ve kronisitesini etkilediği gösterilmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde, Simonic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada majör depresyonu olan hastalarda çocukluk çağı istismarlarının tüm alt tipleri (fiziksel, duygusal, cinsel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal) depresyonu olmayan kontrol grubuna göre daha fazla gözlenmiş ve bu bulgunun psoriasis şiddeti ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir (296). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş, fiziksel ve duygusal ihmal puanları yüksek olan psoriasis tanılı hastaların kontrol grubuna göre daha sık depresif dönem yaşadıkları gözlenmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve yaşanan toplumda karşılaşılan ekonomik, psikolojik, fiziksel, gelişimsel sorunlar, kişinin sosyal hayatı, adaptasyon mekanizmaları ve tüm bu faktörlerin birbiri ile etkileşimi sonucunda kronik süreçte meydana gelen kümülatif stres; enflamatuvar kaskadları etkiler ve HPA aksı üzerinden birçok immün yolakla etkileşip psoriasis ve psoriasise eşlik eden komorbiditelere, otoimmün hastalıklara, riskli davranışlar gibi birçok patolojinin gelişmesine neden olmaktadır. Anksiyete duyarlılığı, olumsuz sonuçları (sosyal, bilişsel ve fiziksel) nedeniyle kaygı belirtilerinden korkmak olarak tanımlanır ve psikolojik strese çeşitli dermatolojik hastalıkların başlamasında ve kötüleşmesinde önemli bir rol almaktadır. Yüksek anksiyete duyarlılığına sahip kişilerde de anksiyete yanıtı daha fazla olabilir bu durumda hastalarda dermatolojik hastalıkların şiddetini artırabilir ve süreç depresyon ile sonuçlanabilir.

Depresyonun temel özelliklerinde bir tanesi olumsuz duygulanım ve olumlu duygulanımda süregen azalmadır. Depresyondaki ve duygu düzenlemenin temel modellerindeki nöral devrelerle ilgili modellerin birbirleri ile tutarlılık gösterdikleri gösterilmiştir. Nolen ve arkadaşlarının (2008), major depresyonu olan hastalarda

yaptıkları çalışmalarında, bizim sonuçlarımızla benzer şekilde hastaların sağlıklı kontrollere göre duygu düzenlemede zorluklar yaşadıklarını bulmuşlardır (297). Depresyon belirtileri bireylerin duygularını uyumsal bir şekilde düzenleyememelerinden kaynaklanmaktadır. Depresyondaki hastalar yaşadıkları belirtiler neticesinde duygularını uyumsal bir şekilde düzenleyemezler ki düzenlemek için kullandıkları yöntemlerde sağlıklı kişilerden farklıdır. Depresyonda olan hastalar duygu düzenlenmede işlevsel olmayan duygu bastırma, ruminasyon, felaketleştirme yöntemleri daha sık kullanırlar. Olaylara geniş açıdan bakma durumları yeniden değerlendirme gibi işlevsel yöntemleri ise daha az kullanmaktadırlar.

Psikolojik dayanıklılık, bireyin yaşamı tehdit eden durumlarla baş edebilmek için zihinsel ve ruhsal denge oluşturma yeteneği olarak tanımlanmıştır (298). Psoriasis tanılı hastalar azaltılmış bir “kontrol” kapasitesi sergiler. Dikkat çekici bir şekilde, hem “kontrol” hem de “azim ve kişisel yeterlilik, istikrar, yüksek standartlar, azim” alanlarında sorunlar gözlenmektedir. Bu özellikler psikolojik dayanıklılık için gerekli olan unsurlardandır ve yokluğu özgüvende olumsuz bir rol oynayabilir ve bu da kişilerarası ilişkinin daha düşük olmasına neden olabilir. Sosyal kaçınma, psoriasis hastalığının sonuçlarından biridir ve hastaların sosyal işlevselliğinde ve yaşam kalitesinde ilerleyici bir bozulmaya yol açar. Sonuç olarak psikolojik dayanıklılığı düşük olan hastalarda depresyon riski artabilir (299).

5.11. ÇÇTÖ Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda yapılan korelasyon çalışmasında, ÇÇTÖ toplam puanı ile ADİ-3 (bilişsel ve toplumsal alt ölçekleri ve toplam) DERS (kabülsüzlük, dürtü kontrolü, strateji, amaca yönelik davranabilme alt ölçekleri) , HAM-A, HAM-D ölçek skorları arasında güçlü korelasyon; CD-RİSC ölçeği ile negatif yönlü zayıf korelasyon tespit edilmiştir.

Çocukluk çağı travması, yetişkinlerde duygulanım düzensizliği, kendilik algısı, ilişkilerde bozukluklar ve somatizasyon bulguları ile karşımıza çıkabilir. Çocuklukta ihmal ve ayrıca fiziksel/cinsel istismar, yaşamın ilerleyen dönemlerinde daha düşük dayanıklılık ve olumsuz etkilere karşı toleransın azalmasıyla ilişkilidir. Hayvan modellerinden elde edilen kanıtlar, erken yaşta anne bakımının, hipokampustaki glukokortikoid reseptör(GR) ekspresyonu üzerinde etki ederek duygusal davranışı etkilediğini göstermektedir. Yeterli anne bakımı seviyeleri, daha yüksek GR

ekspresyonu seviyeleri, HPA ekseninin daha fazla geri besleme inhibisyonu ve yetişkinlikte optimal stres tepkileri ile ilişkilidir. GR geni muhtemelen yaşamın sonraki dönemlerinde daha başarılı bir başa çıkma yanıtıyla ilişkili birçok epigenetik hedeften yalnızca biri olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk döneminde strese kronik maruz kalma, endojen strese duyarlı hormonlarda önemli bir bozulmaya neden olur. Yaşam stresleri, stres etkeninin doğasından bağımsız olarak, yetişkinlerde ve çocuklarda hem psoriasis hastalığının bir nedeni hem de hastalığı ağırlaştırıcı bir faktör olarak tanımlanmıştır. HPA ekseninin işlev bozuklukları, bozulmuş esneklik mekanizmalarının altında yatabilir ve bu sistemin stres ve cilt hastalığı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği öne sürülmüştür. Sonuçlar travmatik stresin, nörobiyolojik düzeyde de dirençliliği aktif olarak köreltebileceğini göstermektedir (300). Çalışmamızın bulguları ile benzer olarak; Crosta ve arkadaşlarının (2018), psoriasis hastaları ile ilgili çalışmasında hastaların sağlıklı gruba kıyasla, erken travmatik deneyimlerinin fazla olduğunu ve daha düşük bir dayanıklılık ile ilişkili olduğunu bulunmuştur (299).

Çocuklukta olumsuz muameleye maruz kalan kişilerin duyguları düzenlemede zorluklar yaşadıkları duygusal deneyimlerden kaçındıkları ve duyguları kabullenme kapasitelerinin düşük olduğunu gösteren çalışmalar oldukça fazladır (15, 16)

Çalışmamızda, ÇÇTÖ duygusal istismar, fiziksel istismar fiziksel ihmal duygusal ihmal, cinsel istismar alt boyutu ile DERS kabulsüzlük, strateji ve dürtü kontrolü alt ölçeği arasında yüksek ve orta korelasyonlu; DERS amaca yönelik davranabilme alt ölçeği ile ÇÇTÖ duygusal istismar ve fiziksel istismar alt boyutları arasında yüksek korelasyonlu ilişki bulunmuştur. Çalışmamızla benzer olarak, Shipman ve arkadaşlarının (2000), çalışmasında çocukluk döneminde ihmal ve istismara uğrayan çocukların, yetişkinlikte duygularını tanımlamada zorluk yaşadıkları tespit edilmiştir (301). Jennissen ve arkadaşları (2016) ise, olumsuz bir duruma maruz kalan çocukların belli bir olay karşısında, uygun ve tutarlı duygunun ne olduğunu anlamaya ilişkin zorluklar yaşadıkları gösterilmiştir (302). Burns ve arkadaşlarının (2010), çalışmalarında, duygusal istismarın diğer ihmal ve istismarlara kıyasla duygu düzenleme güçlüklerini daha güçlü şekilde yordadığını göstermişlerdir (303). Duygusal istismar çoğunlukla diğer ihmal ve istismar türlerine eşlik etmektedir, böylelikle duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal istismar arasındaki korelasyon daha da güçleniyor olabilir. Linehan (1993), bu ilişkiyi, çocukların duygularını ifade etmeleri uygun şekilde onaylanmaz ve de ihmal edilirse ya da cezalandırılırsa, çocuğun duygusal tecrübelerini

açıklama ve değerlendirme becerisinin zarar gördüğü şeklinde yorumlamıştır (“Onaylanmayan Çevre Kuramı”) (304). Ciuluvica ve arkadaşlarının (2014), yaptığı çalışmada, psoriasis tanılı hastaların, diğer dermatolojik hastalıklara oranla daha çok emosyon disregülasyonu yaşadıkları ve bunun deri hastalıklarını şiddetlendirdiği sonucuna varılmıştır (305).

Çalışmamızda ÇÇTÖ ile HAM-A, HAM-D VE ADİ-3 skorları arasında güçlü korelasyon bulunmuştur. Çocukluk dönemi örselenmelerinden, duygusal ihmal ve duygusal istismar ile fiziksel istismarın depresyon ve kaygı üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu, hastalıklarının gidişatını olumsuz yönde etkilediği, özellikle duygusal ihmal yaşamış çocukların, yetişkin dönemlerinde depresyon ve sosyal fobiden muzdarip oldukları gösterilmiştir (306). Place ve arkadaşlarının (2016), çalışmasında travma sonrasında ortaya çıkan stres tepkilerinin anksiyeteyi, zamanla kronikleşen anksiyetenin ise depresyonu tetiklediği gösterilmiştir (307).

Çocukluk çağında uygulanan ve bireylerde anksiyete ve depresyon ile sonuçlanan olumsuz ebeveyn hareketlerinin anksiyete duyarlılığında artışa sebep olabileceği gösterilmiştir. Scher ve Stein (2003), olumsuz ebeveyn hareketlerinin, gözlemlenebilir kaygı belirtilerini, düşmanca ve reddedici tutumların ise korkunun ortaya çıkmasını tetiklediğini göstermişlerdir (308). Watt ve arkadaşları ise (1998) çocukların, ebeveynlerinin riskli davranışları ya da öfkeleri nedeniyle, kontrolsüz ve tehdit edici davranışlarına maruz kalmalarının, yüksek anksiyete duyarlılığı düzeyleriyle ilişkili olduğunu göstermişlerdir (309).

Literatür incelendiğinde psoriasis hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile anksiyete duyarlılığını inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ateş ve arkadaşların (2017), üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada anksiyete duyarlılığı ve ÇÇTÖ karşılaştırılmış, ve yüksek anksiyete duyarlılığına sahip olan öğrencilerin %19,54’ünde fiziksel istismar, %51,88’inde duygusal istismar, %18,8’inde ise cinsel istismar maruziyeti olduğu tespit edilmiştir (310).

5.12. ADİ-3 Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışma bulgularımızda ADİ-3 toplam puanı, fiziksel, bilişsel, toplumsal alt ölçekleri ile DERS strateji, amaca yönelik davranabilme, dürtü kontrolü, kabulsüzlük alt ölçekleri arasında orta ve yüksek korelasyon; CD-RISC toplam, azim ve kişisel yeterlilik, olumsuzluğa dayanıklılık, ruhsallığa eğilim alt ölçekleri ile de negatif yönlü

orta ve güçlü ilişki tespit edilmiştir. Türkiye’de psoriasis hastalarında anksiyete duyarlılığı ve emosyon regulasyonundaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma yoktur.

Anksiyete duyarlılığı anksiyete ve korku ile ilişkili fizyolojik değişikliklere verilen bireysel tepki olarak tanımlanmıştır. Anksiyete bozukluğu olan hastalar, bedensel ipuçlarının yanlış yorumlanmasını yansıtan abartılı psikolojik tepkilere sahiptir, öyle ki hasta bu duyumları uygunsuz bir şekilde zararlı ve tehlikeli olarak algılar ve dairesel bir şekilde artan kaygı ve korkuya yol açar. Anksiyete duyarlılığı, tehlide karşı seçici bir bilişsel önyargı ile ilişkilidir (311). Literatür tarandığında, duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kişilerin anksiyete duyarlılıklarının yüksek olduğu hatta her iki parametrenin birbirlerinin etkisini karşılıklı olarak arttırabilecekleri gösterilmiştir. DDG yaşayan kişilerde etkin savunma mekanizmaları kullanılmadığı için anksiyete duyarlılığı eşikleri daha düşük olmakta ve de bu durumun sonucunda kısır bir döngü ortaya çıkmaktadır. Tull ve arkadaşlarının (2008), panik atak hastaları ile yaptıkları çalışmalarında fiziksel uyaranlara karşı olan korkunun duygusal kaçınma, duygusal kabullenememe ve duygusal açıklığı öngördüğünü tespit etmişlerdir (312). Feldner ve arkadaşlarının (2006), yaptığı çalışmada, duygusal bastırma yöntemi sonucunun, kısmen anksiyete duyarlılığı düzeylerine bağlı olduğu tespit edilmiştir (313). Çalışmamızdaki bulgulara baktığımızda benzer şekilde, anksiyete duyarlılığı yüksek olan psoriasis hastalarının duygu düzenlemede güçlükler yaşadığı verisi ile uyumludur. Yapılan çalışmalar hem anksiyete duyarlılığının hem de duygu düzenleme güçlüğü’nün temelinin çocukluk dönemi aile ortamı, ebeveyn ilişkilerine dayandığını göstermiştir. Benzer etyolojik kökenlere dayanan duygu düzenleme güçlüğü ve anksiyete duyarlılığının yaşamın ilk dekatlarında başladığı, hayat boyunca devam ettiği, aralarındaki etkileşimden dolayı da kişilerin bu alanda zorluk yaşadıkları öngörülmüştür (314). Duygu düzenleme basamaklarından olan bişisel yeniden düzenleme ve bastırma düzeneklerini uygun ve yeterli şekilde kullanmayan anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişilerin, duygularını tanımlayamadıkları ve durumlar karşısında dürtüsel davranışlar ve kaçınma davranışları gösterdikleri gösterilmiştir.

Literatür incelendiğinde psoriasis hastalarında anksiyete duyarlılığı ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi inceleyen çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Dayanıklılık üzerine yapılan araştırmaların çoğu, erken çocukluk ve ergenlik dönemine odaklanmaktadır. Savaşın, aile içi şiddetin, yoksulluğun ve doğal afetlerin çocuklar üzerindeki etkilerine ilişkin araştırmalar, başarılı uyumla ilişkili tutarlı bir bireysel

özellikler örüntüsünü ortaya çıkarmıştır. Bunlar arasında iyi entelektüel işlevsellik, duyguların ve bağlanma davranışlarının etkili öz düzenlemesi, olumlu benlik kavramı, iyimserlik, özgecilik, travmatik çaresizliği öğrenilmiş yardımseverliğe dönüştürme kapasitesi ve bir stres etkeniyle yüzleşmede aktif bir başa çıkma stili yer alır (311). Çalışmamız ile benzer şekilde, Eysenck ve arkadaşları (1992), çalışmasında, anksiyete bozuklukları için risk faktörü olan anksiyete duyarlılığının savunmasızlık faktörü olduğu; anksiyete duyarlılığı arttıkça sürekli kaygı düzeyinin arttığı ve beraberinde psikolojik dayanıklılığın azaldığı öngörülmüştür (315).

5.13. CD-RISK Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda, CD-RISC kişisel yeterlilik, stres etkileri alt ölçeği ve toplam skoru ile DERS kabulsüzlük, dürtü kontrolü, amaca yönelik davranabilme ve strateji alt ölçekleri arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki tespit edilmiştir.

Literatürde psoriasis hastalarında duygu düzenleme ve dayanıklılık arasında ilişkiye inceleyen çok çalışmaya rastlanmamıştır. Troy ve Mauss (2011), duygu düzenleme ve dayanıklılığın sonucunun iki strateji kullanımıyla bağlantılı olabileceğini öne sürmüşlerdir: dikkat kontrolü ve bilişsel yeniden değerlendirme. Psikolojik sağlamlılığı düşük olanlar, bir durum karşısında kararsızlık yaşayabilmektedir (güçsüzlük), o konu hakkında düşünmeyi önlemek için dikkatini başka yönler kaydırıp, farklı şeylerle ilgilenebilmekte ve durumu tartışmasız bir tehdit olarak algılayabilmektedirler (316). Duygu düzenleme yeteneğinin bir moderatör olarak görev yaptığı, yüksek duygu düzenleme yeteneğine sahip olanların, düşük duygu düzenleme yeteneğine sahip olanlara kıyasla, sıkıntıdan sonra dayanıklılık gösterme olasılığının daha yüksek olduğu öne sürülmektedir (13).

5.14. Psoriasis Hasta Grubunda Depresyon Gelişmesine Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi

Çalışmamızda, psoriasis hastalarında depresyon gelişmesinin yordayıcılarını tespit etmek için, yapılan lineer regresyon analizinde, ÇÇTÖ cinsel istismarın ($p:0,03$) depresyon gelişmesine katkıda bulunan önemli bir parametre olduğu bulunmuştur. Cinsel istismarın, kişiler üzerindeki etkileri arasında suçluluk ve kendini suçlama, benlik saygısında azalma, uyku düzeninin bozulması, intihar düşüncesi, depresyon yer almaktadır. Çocuklukta cinsel istismar, yetişkin depresyonu için iyi bilinen bir risk faktörüdür. Prospektif çalışmaların yakın tarihli bir meta-analizi (2016), çocukluk ve

ergenlik dönemindeki istismar ile yetişkin depresyonu arasında pozitif ilişkiler olduğunu göstermiştir (317).

Çalışmamızda, anksiyetenin de depresyon gelişiminde rol oynadığı (HAM-S, HAM-P için $p<0,001$) bulunmuştur. Stres ile birlikte HPA aksının aktiflenmesi ve sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile beyinde triptofan yıkımı ve serotonin üretimi azalmaktadır. Bu durum neticesinde de depresif semptomlar ortaya çıkmaktadır. Psoriasis hastalarındaki kaygının süreklilik kazanması ve sık tekrarlaması zaman içerisinde depresyona neden olmaktadır (318). Hamilton, depresyon tansı olan hastalarda görülen somatik yakınmaların anksiyeteden kaynaklandığını söylemiştir (319).

5.15. Psoriasis Hastalığının Gelişimini Etkileyen Parametrelerin Analizinin İncelenmesi

Araştırmamızda çalışılan birçok ölçeğin, psoriasis gelişimi riskine etkisi Binary Logistic Regresyon Analizi ile incelenmiştir. Psöriasis gelişimini HAMD değerindeki bir birimlik artış 1,154 kat; ADİ-3 fiziksel alt ölçeği değerindeki bir birimlik artış 1,080 kat; ÇÇTÖ duygusal ihmal değerindeki bir birimlik artış 1,185 kat; DERS açıklık alt ölçeği değerindeki bir birimlik artış 1,382 kat arttırdığı; CD-RISC iyimser düşünme alt ölçeği değerindeki bir birimlik artış ise 1,296 kat azaldığı tespit edilmiştir. Yapılan analizlerde anksiyete varlığının psoriasis gelişimine etkisi olmadığı bulunmuştur. Aykan ve arkadaşlarının (2018), yaptıkları çalışmada, psoriasis gelişme riskini depresyonun 4,7 kat arttırdığı, ruhsal dayanıklılık puanının ise arttıkça riskin azaldığını bulmuşlardır. Çalışmalarında bizim çalışmamızla benzer şekilde anksiyete ile psoriasis gelişimi arasında bir ilişki bulunmamıştır (320). Bizim çalışmamızın aksine çocukluk çağı travmalarının psoriasis gelişim riskini arttırmadığını bulmuşlardır. Bu durum alınan örneklem büyüklüğü ve çalışılan grupların özelliklerinin farklı olması ile ilgili olabilir.

5.16. Sınırlılıklar

- Çalışmamızda psoriasis hastalık şiddetini belirlemek için kullanılan PASİ skoru hekimler arasında hatta aynı hekimin iki farklı zamanda yaptığı ölçümler arasında bile farklılıkla sonuçlanabilmektedir.

- Çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin sayısının ve ölçeklerin uzunluğunun fazla olması hastaların ve kontrol grubunun ölçek sorularına odaklanmalarına ve gerçek duygularını yansıtmalarına engel olmuş olabilir.
- Katılımcılara uyguladığımız Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılar ölçeğindeki bazı soruları, katılımcılar hatırlamakta zorluk çekmiş bu da yanlış cevap vermiş olmalarına neden olmuş olabilir.
- Çalışmaya katılan psoriasis hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunun sosyodemografik verilerinin birebir eşlenerek seçilmemiş olması, sonuçları etkilemiş olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Psoriasis hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları, Anksiyete Duyarlılığı, Depresyon, Anksiyete ve Duygu Regülasyonu Güçlüğü Ölçek puanlarının kontrol grubuna kıyasla yüksek saptanmasının yanı sıra; bu hastalığın risk faktörlerine karşı koruyucu etken olarak tanımlanan Psikolojik Dayanıklılık Skorları daha düşük bulunmuştur. Psoriasis gelişiminde Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Ölçeğinin Duygusal ihmal alt ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı Ölçeğinin Fiziksel Alt Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin Açıklık Alt Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ruhsallığa Eğilim Alt Ölçeği puanlarındaki artışların psoriasis gelişim riskini arttırdığı ancak Anksiyete Ölçeği puanlarının psoriasis gelişim riskini arttırmadığı tespit edilmiştir. Tüm bu ruhsal parametrelerin yanı sıra psikonöroimmunolojik mekanizmaların ve bedenselleştirmenin psoriasis gelişimine zemin hazırladığı sonucuna varılabilir.

Psikosomatik bir hastalık olan psoriasis hastalığında, ruhsal etkenler önemli bir yer tutmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar ve stres hem hastalığın etyopatogenezinde hem de hastalık sürecinde alevlenmelere neden olarak, hastalığın gidişatını hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Psoriasis hastalığında, ruhsal sorunlar bazen cilt lezyonlarının bile önüne geçebilmektedir. Genel popülasyona kıyasla depresyon, anksiyete, anksiyete duyarlılığı, duygu düzenleme güçlükleri bu hastalık grubunda sık görülmektedir. Hastaların poliklinik kontrollerinde özellikle morbidite için belirleyici olan ve iyileştirilebilecek bir hastalık grubunu temsil ettiği için depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukları belirlemek psikodermatoloji için önem kazanmaktadır.

Sağlığı ruhsal, bedensel ve sosyal bir bütün olarak ele alıp değerlendirmek, tedavide bütüncül yaklaşımın önemini gösteren bir durumdur. Özellikle de psikosomatik hastalıklarda fiziksel, kimyasal, biyokimyasal parametreleri ruhsal mekanizmalardan ayırmak hastalıkların ek komorbiditelerinin atlanmasına ve tedavilerinin yarım kalmasına neden olacaktır. Bu nedenle psoriasis hastalarının tedavilerinde dermatoloji ile birlikte psikiyatri, immünoloji, romatolojive hatta tıbbi farmakolojibölümleri ile birlikte tedaviyi yürütmek önem kazanmaktadır. Psoriasis hastalarının yaşam kalitesini arttırmak için mevcut tedaviler haricinde psikiyatri, immünoloji ve romatoloji gibi bilim dalları ile birlikte, yeni tedavi modalitelerinin geliştirilebileceğini, hastalığın

etyopatogenezinin de daha fazla ve daha bütünsel olarak aydınlatılabileceğini düşünmekteyiz

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları bağışıklık sistemini etkilemesinin yanı sıra farklı ruh sağlığı problemlerine neden olması ya da var olan hastalıkların şiddetini arttırması nedeniyle psoriasis gelişiminde ve kronisitesinde önemli yer tutmaktadır. Psoriasis etyopatogenezinde önemli yer tutan, çocukluk çağı travmalarının bireylerin tüm gelişim basamakları dikkate alınarak, hastalar üzerindeki etkilerinin incelenmesi, çocukluk çağı maruziyetlerine neden olan durumların iyi tespit edilmesi ve özellikle ulusal ve uluslararası boyutta önlemler alınması çok mühimdir. Çocukluk çağı travmaları nedeniyle hastaların muzdarip oldukları depresyon, anksiyete, riskli davranışlar gibi patolojileri yaşayan bireylerde tedavi edici, destekleyici ve rehabilite edici tedavilerin psoriasis tedavisi ile birlikte verilmesi, hem hastalığın alevlenmesine hem de yaşam kalitesinin arttırılmasında önem arz etmektedir. Ayrıca çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilgili toplumsal ve aile içi eğitim programları geliştirilmesi, bireyin gelişim süreçlerinde kolay ve öğrenilebilir şekilde ailelerin bu programlara ulaşabilmesi ve bu tarz maruziyetlerde ailede de bilgilendirme ve destekleyici rehabilitasyon yapılması önemlidir.

Psoriasis hastalarının duygu düzenleme süreçlerinde sorun olduğu ve duygu düzenleme stratejisi olarak olumsuz uyarının etkisini bastırma yöntemini kullanarak, tüm yaşadıkları duygulardan kaçındıkları bulunmuştur. Bu durum, psoriasis hastalarının duygu düzenlemede güçlük çektiğini ve öfke patlamaları, ağlama atakları geçirdiklerini, yaşam doyumlarının az, depresif belirtilerinin daha fazla olduğunu göstermiştir. Yapılan çalışmalarda psikolojik dayanıklılığın duygu düzenleme güçlüğünü azalttığını göstermektedir bu nedenle de, hastaları çok alanlı değerlendirmek önem kazanmaktadır.

Kronik hastalıklarda psikolojik sorunlar yaygın olmasına rağmen, bazı hastalar baş etme yeteneğini arttırarak, stresli koşullara uyumu kolaylaştıran ve yaşam kalitesini arttıran bir kişilik özelliği olan dayanıklılık sayesinde daha normal ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilirler. Psoriasis ise psikolojik dayanıklılık genel toplumdan daha düşük bulunmuştur. Hastaları olumsuz yaşam koşulları ve strese karşı koruyan psikolojik dayanıklılık becerilerini geliştirmeye yönelik önlemlerin bakım planlarına dahil edilmesi, hastalığın kabulünü ve hastalar tarafından kronik sürecin yönetimini kolaylaştırabilir. Ayrıca psikolojik dayanıklılığın yüksek olması hastalığın şiddetini, sakatlık algısında azaltmaktadır. Psoriasis hastalarının psikolojik durumlarını

iyileştirmeye yönelik programlar, mulitidisipliner yaklaşım ile birlikte, kişinin kendi kendini motive etmeye ve öz yeterliliğini güçlendirmeyi hedef almalıdır.

Çalışmamız psoriasis ve ruhsal parametrelerin ilişkisini bütüncül bir bakış açısıyla inceleyen önemli bir çalışma niteliğindedir. Psoriasis hastalarında anksiyete duyarlılığı ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olması çalışmamızın güçlü yanlarından. Aynı zamanda literatür tarandığında psoriasis hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile anksiyete duyarlılığını inceleyen çalışmada rastlanmamıştır. Bu veriler doğrultusunda çalışmamızda elde edilen veriler önem arz etmektedir. Bu konu üzerine odaklanmış daha geniş örneklemler, yaş ve cinsiyet bakımından hasta ve sağlıklı kontrol grubunun birebir eşleştirildiği daha fazla araştırma ile bulgularımızın desteklenmesine ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Adışen E, Gürer MA. Psoriasis, introduction, general information, epidemiology. *Turkderm*. 2008;42: p. 15-17.
2. Pancar Yuksel E, Durmus D, Sarisoy G. Perceived Stress, Life Events, Fatigue and Temperament in Patients with Psoriasis. *J Int Med Res*. 2019;47(9):4284–91.
3. Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales-a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol*. 1997; 136:202-6.
4. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clinics in dermatology*. 2007; 25(6): p. 535-546.
5. Ermercan AT, Şahin MT, Kapulu N, Deveci A, Öztürkcan S. Dermatoloji kliniğinde yatarak tedavi gören hastalardan psikiyatrik konsültasyon gerektirenlerde saptanan ruhsal sorunlar. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 5 (2) :23-6.
6. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AM, Leffell DJ eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. (7th ed), McGraw-Hill, New York, USA, 2008;169-93.
7. Aydemir EH, Yılmaz Sukan M. Psoriasisste psikosomatik faktörler, psikolojik durum ve psoriasisli hastaya yaklaşım. *Türkderm* 2008; 42 Özel Sayı 2:26-30.
8. Crosta ML, De Simone C, Di Pietro S, Acanfora MT, Caldarola G, Moccia L, Callea A, Panaccione I, Peris K, Rinaldi L. Childhood trauma and resilience in psoriatic patients: A preliminary report. *J Psychosom Res* 2018;106:25-28.
9. Simonić E, Kaštelan M, Peternel S, Pernar M, Brajac I, Rončević-Gržeta I. Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *J Dermatol* 2010;37(9):793-800.
10. Norman RE, Byambaa M, De R, et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta- analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed
11. Allegranti I, Gon T, Magatonrizzi G, Aguglia E. Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol*. 1994;74:146–7.

12. Vari, C., Velotti, P., Zavattini, G. C., Richetta, A. G., and Calvieri, S. (2013). Emotion regulation strategies in patients with psoriasis. *J. Psychosom. Res.* 74:560. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.03.084.
13. Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Eds.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 30–44). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
14. Ayvaşık HB. Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması, *Türk Psikoloji Dergisi*. 2000; 15(46):43-57.
15. R. Black and D. Dorstyn, “A biopsychosocial model of resilience for multiple sclerosis,” *Journal of Health Psychology*, vol. 20, no. 11, pp. 1434–1444, 2015.
16. Griffiths CEM, Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. eds. *Rook’s Textbook of Dermatology*. (8th ed), Wiley-Blackwell, Oxford, 2010;20.1-20.54.
17. Tat AL. Psoriasis’in tarihçesi ve ensidansı. VII. Ulusal Dermatoloji Kongresi Kitabı, s.1-5. Bursa, 1980.
18. Holubar K. Psoriasis-100 years ago. *Dermatologica* 1990;180:14.
19. Gürer MA, AdıÇen E. Psoriasis, genel bilgiler, epidemiyoloji. *Türkderm* 2008; 42 özel sayı 2: 17.
20. <https://www.psoriasis.org/advance/history-psoriasis>, Tat AL. Psoriasis’in tarihçesi ve ensidansı. VII. Ulusal Dermatoloji Kongresi Kitabı, s.1-5. Bursa, 1980.
21. Yaylı S, Topbaş M, Arıca DA, Tuğcugil S, Çapkın E, Bahadır S. The prevalence of psoriasis in Trabzon. *Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology* 2016;50:141-4.
22. Danielsen K, Duvetorp A, Iversen L, Ostergaard M, Seifert O, Steinar Tveit K, Skov L. Prevalence of Psoriasis and Psoriatic Arthritis and Patient Perceptions of Severity in Sweden, Norway and Denmark: Results from the Nordic Patient Survey of Psoriasis and Psoriatic Arthritis. *Acta Derm Venereol*. 2019 Jan 1;99(1):18-25.
23. Kundakci N, Türsen Ü. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. *International journal of dermatology*. 2002; 41(4): p. 220-224.

24. Raychaudhuri SP, Farber EM. The prevalence of psoriasis in the world. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 15:16-17, 2001.
25. Braathen LR, Botten G, Bjerkedal T. Prevalence of psoriasis in Norway. *Acta Derm Venerol Suppl.* 1989; 142: 5-8.
26. Duffy DL, Spelman LS, Martin NG. Psoriasis in Australian twins. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29(3):428-434.
27. Krueger GG, Duvic M. Epidemiology of psoriasis: clinical issues. *J Invest Dermatol.* 1994;102(6):14-18
28. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 1985;13(3):450-456.
29. Smith AE, Kassab JY, Rowland Payne CM, Beer WE. Bimodality in age of onset of psoriasis, in both patients and their relatives. *Dermatology* 1993; 186(3):181- 186.
30. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 1985; 13(3): p. 450-456.
31. Christophers E. Psoriasis— epidemiology and clinical spectrum. *Clinical and experimental dermatology.* 2001; 26(4): p. 314-320.
32. Griffiths C, Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. eds. *Rook's Textbook of Dermatology.* (8th ed), WileyBlackwell, Oxford, 2010;1-20.
33. Jullien D, Barker JN. Genetics of psoriasis. *JEADV* 20:42-51, 2006.
34. Bowcock AM, Barker JN. Genetics of psoriasis: The potential impact on new therapies. *J Am Acad Dermatol* 2003;8:51-6.
35. Brandrup F, Holm N, Grunnet N, Henningsen K, Hansen HE. Psoriasis in monozygotic twins: variations in expression in individuals with identical genetic constitution. *Acta Dermo Venerol.* 1982; 62(3):229-236.
36. Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis. In: *Dermatology in General Medicine.* Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI. 6th ed. New York: Mc Graw Hill, 2003;1:407-427.

37. Özden MG, Tekin NS. Psoriasis patogeneğinde yenilikler. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2007; 17: 112-118.
38. Erkek E. Psoriasis etyopatogenezi. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2008; 1 (Özel Sayı 3): 1-15.
39. Ergun T. Psoriasis etyopatogenezi. Türkderm 2008; 42 (Özel Sayı 2): 18-22. 16. Valdimarsson H. The genetic basis of psoriasis. Clin Dermatol 2007; 25: 563-567.
40. Koo J, Lee E, Lee CS, Lebwohl M. Psoriasis. J Am Acad Dermatol, 2004;50:613-22.,
41. Oskay T, Kundakçı N. Psoriasisde genetik bulgular. T Klin Dermatoloji 2000;10:139-45.
42. Sagoo GS, Cork MJ, Patel R, Tazi-Ahnini R. Genome-wide studies of psoriasis susceptibility loci: A review. J Dermatol Sci. 2004; 35: 171- 179
43. Tuzun Y, Engin B. Psoriasisde genetik. Dermatose, 2: 16-9, 200216: Van De Kerkhof PC. Psoriasis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. Dermatology. 1st ed. Edinburgh: Mosby Company, 2003; 125- 149.
44. Van De Kerkhof PCM. Papüloskuamöz ve Ekzematöz Dermatozlar: Psoriasis. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. 2012; p. 115-134.
45. Roberson ED, Bowcock AM. Psoriasis genetics: breaking the barrier. Trends Genet 2010;26:415-23.
46. Braun Falco O, Plewing G, Wolf G, Burgdorf WHC. Erythemato-papulosquamo diseases. Dermatology. 2th ed. Springer-Verlag Berlin 2000;572-647.
47. Ovigne JM, Baker BS, Davison SC et al. Epidermal CD8+T cells reactive with group A streptococcal antigens in chronic plaque psoriasis. Exp Dermatol 2002;11:357- 64.
48. Zeng J, Luo S, Huang Y, Lu Q. Critical role of environmental factors in the pathogenesis of psoriasis. J Dermatol 2017; 44: 863-872.
49. Tagami H. Triggering factors. Clinics in Dermatology 1997; 677-685.
50. Fry L BB. Triggerring psoriasis: the role of infections and medications. Clin Dermatol 2007; 25: 606-615.

51. Colebunders R, Blot K, Mertens V, Dockx P. Psoriasis regresion in terminal AIDS. Lancet 1992; 339(8801):1110.
52. Gisondi P, Rossini M, Di Cesare A. Vitamin D status in patients with chronic plaque psoriasis. British Journal of Dermatology. 2012; 166(3): p. 505-510.
53. Azfar RS, Gelfand JM. Psoriasis and metabolic disease:epidemilogy and pathophysiology. Curr. Opin. Rheumatol. 2008; 20:416-422.
54. Dunna SF, Finlay AY. Psoriasis: improvement during and worsening afterpregnancy. Br J Dermatol.1989;120:584.
55. Ben David G, Sheiner E, Hallak M, Levy A. Pregnancy outcome in women withpsoriasis. J Reprod Med. 2008;53:183-7.
56. Raychaudhuri SP, Navare T, Gross J. Clinical course of psoriasis during pregnancy. International journal of dermatology. 2003; 42(7): p. 518-520.
57. Nidegger A, Mylonas A, Conrad C. Paradoxical psoriasis induced by antiTNF - a clinical challenge. Article in French; Abstract available in French from the publisher. 2019; p. 668-671.
58. Fortes C, Mastroeni S, Leffondre K. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis. Archives of dermatology. 2005; 141(12): p. 1580- 1584.
59. Naldi L, Mercuri SR. Smoking and psoriasis: From epidemiology to pathomechanisms. Journal of Investigative Dermatolog 2009; 129(12): 2741-2743.
60. Zhu KJ, Zhu CY, Fan YM. Alcohol consumption and psoriatic risk: A meta- analysis of casecontrol studies. J Dermatol 2012;39(9): 770-773.
61. Tobin AM, Higgins EM, Norris S. Prevalence of psoriasis in patients with alcoholic liver disease. Clinical and Experimental Dermatology: Clinical dermatology. 2009; 34(6): p. 698-701.
62. Millsop JW, Bhatia BK, Debbaneh M, Koo J, Liao W. Diet and Psoriasis: Part 3. Role of Nutritional Supplements. J Am Acad Dermatol 2014; 71(3): 561-569.
63. Ručević I, Perl A, et al. The role of the low energy diet in psoriasis vulgaris treatment. Collegium antropologicum. 2003; 27(1): p. 41-48.

64. Takahashi H, Tsuji H, Takahashi I, Hashimoto Y, Ishida-Yamamoto A, Iizuka H. Prevalence of obesity/adiposity in Japanese psoriasis patients: adiposity is correlated with the severity of psoriasis. *J Dermatol Sci* 2009;55:74-6.
65. Murray ML, Bergstresser PR, Adams-Huet B, Cohen JB. Relationship of psoriasis severity to obesity using same-gender siblings as controls for obesity. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34:140
66. Huang YH, Yang LC, Hui RY, Chang YC, Yang YW, Yang CH et al. Relationships between obesity and the clinical severity of psoriasis in Taiwan. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24:1035-9.
67. Wolk K, Mallbris L, Larsson P, Rosenblad A, Vingård E, Ståhle M. Excessive body weight and smoking associates with a high risk of onset of plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol* 2009; 89(5): 492-497.
68. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AM, Leffell DJ eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. (7th ed), McGraw-Hill, New York, USA, 2008;169-93.
69. Baysal Akkaya V, Ceyhan AM. Psoriasisde tanı ve ayırıcı tanı. *T Klin Dermatoloji* 2005;1:62-7.
70. Sagi L, Trau H. The Koebner phenomenon. *Clin Dermatol* 2011; 29: 231-236.
71. Lewis V, Finlay AY. Ten years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004;9(2):169-80.
72. Boyd AS, Neldner KH. The isomorphic response of Koebner. *International journal of dermatology*. 1990; 29(6): p. 401-410.
73. Sagi L, Trau H. The koebner phenomenon. *Clinics in dermatology*. 2011; 29(2): p. 231-236.
74. Griffiths CEM, Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. eds. *Rook's Textbook of Dermatology*. (8th ed), Wiley-Blackwell, Oxford, 2010;20.1-20.54.
75. Ros AM, Eklund G. Photosensitive psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:752-8.
76. Rutter KJ, Watson RE, Cotterell LF et al. Severely photosensitive psoriasis: a phenotypically defined patient subset. *J Invest Dermatol*. 2009;129:2861-7.

77. Richards HL, Fortune DG, Weidmann A, Sweeney SK, Griffiths CE, Detection of psychological distress in patients with psoriasis: Low consensus between dermatologist and patient. *Br J Dermatol* 151(6):1227-33, 2004.
78. Schmid-Ott G, Jaeger B, Boehm T. Immunological effects of stress in psoriasis. *Br J Dermatol*. 2009;160:782-785.
79. Kumbasar H, Yılmaz A. Psoriasis patogeneğinde psikonöroimmünolojik mekanizmalar ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkiye Klinikleri J Int Med*. 2005;1:50-5.
80. Roman II, Constantin A-M, Marina ME, Orasan RI. The role of hormones in the pathogenesis of psoriasis vulgaris. *Clujul Med* 2015; 89: 11.
81. Fortune, D. G., Richards, H. L., Kirby, B., McElhone, K., Main, C. J., Griffiths, C. E. M. (2004). Successful treatment of psoriasis improves psoriasis-specific but not more general aspects of patients' well-being. *British Journal of Dermatology*, 151(6), 1219-1226.
82. Kouris A, Platsidaki E, Kouskouris C. Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatrike= Psychiatriki*. 2017; 28(1): p. 54-59.
83. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatol Clin* 23(4):681-94, 2005.
84. Harth W. Clinical management in psychodermatology. 1th Edition, pp. 91- 4, Springer, New York, USA, 2008.
85. Chiricozzi A, Romanelli P, Volpe E. Scanning the immunopathogenesis of psoriasis. *International journal of molecular sciences*. 2018; 19(1): p. 179.
86. Griffiths CEM, Barker NWN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007;307:263-71.
87. Mehlis SL, Gordon KB. The immunology of psoriasis and biologic immunotherapy. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:44-50.
88. Pişkin G. Psoriyazisin patogenezi. *T Klin J Int Med Sci*. 2005;1:5-12.
89. Ionov ID. Self-sustaining pathological processes in skin psoriasis. *Med Hypotheses*. 2009;72:171-3.

90. Ortonne JP. Recent developments in the understanding of the pathogenesis of psoriasis. *Br J Dermatol* 1999;14:1-7.
91. Gudjonsson JE, Johnston A, Sigmundsdottir H, Valdimarsson H. Immunopathogenic mechanisms in psoriasis. *Clin Exp Immunol.* 2004;135:1-8.
92. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. *International Journal of Molecular Sciences.* 2019; 20(6): p. 1475.
93. Egawa G, Kabashima K. Skin as a peripheral lymphoid organ: Revisiting the concept of skin-associated lymphoid tissues. *Journal of Investigative Dermatology* 2011; 131(11): 2178-2185.
94. Cai Y, Fleming C, Yan J. New insights of T cells in the pathogenesis of psoriasis. *Cell Mol Immunol* 2012; 9(4): 302-309.
95. Kim J, Krueger JG. The Immunopathogenesis of Psoriasis. *Dermatol Clin* 2015; 33: 13-23.
96. Nofal A, Al-Makhzangy I, Attwa E, Nassar A, Abdalmoati A. Vascular endothelial growth factor in psoriasis: an indicator of disease severity and control. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:803-6.
97. Ergun T. Etiopathogenesis of psoriasis/Psoriasisin etyopatogenezi. *Archives of the Turkish Dermatology and Venerology.* 2008; p. 18-23.
98. Griffiths CEM, Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. eds. *Rook's Textbook of Dermatology.* (8th ed), Wiley-Blackwell, Oxford, 2010;20.1-20.54.
99. Van de Kerkhof PCM. Psoriasis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP at al. eds. *Dermatology.* Mosby, London, 2008:125-49.
100. Anadolu Brasie R. Psoriasisde dermatopatolojik özellikler. *T Klin Dermatoloji.* 2005;1:16-21.
101. Cribier BJ. Psoriasis under the microscope. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2006;20:3-9.
102. Gingsburg I.H: The psychosocial impact of skin disease: in overwiev. *Dermatol Clin* 1996;14:473-484.

103. Atakan N, Yazici AC, Özarmağan G, et al. TUR-PSO: A cross-sectional, study investigating quality of life and treatment status of psoriasis patients in Turkey. *J Dermatol*. 2016;43:298-304.
104. Saleh D, Tanner LS. Psoriasis, Guttate. Book from StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). 2018.
105. Arcilla J, Joe D, Kim J. Erythrodermic psoriasis treated with apremilast. *Dermatology reports*. 2016; 8(1).
106. Collamer AN, Battafarano DF. Psoriatic skin lesions induced by tumor necrosis factor antagonist therapy: clinical features and possible immunopathogenesis. *Semin Arthritis Rheum*. 2010;40:233- 40.
107. Murakami M, Hagforsen E, Morhenn V. Patients with palmoplantar pustulosis have increased IL- 17 and IL- 22 levels both in the lesion and serum. *Experimental dermatology*. 2011; 20(10): p. 845-847.
108. Takahara M. Clinical outcome of tonsillectomy for palmoplantar pustulosis and etiological relationship between palmoplantar pustulosis and tonsils, in *Recent Advances in Tonsils and Mucosal Barriers of the Upper Airways*. 2011, Karger Publishers. p. 86-88.
109. Myers W, Gottlieb A, Mease P. Psoriasis and psoriatic arthritis: Clinic features and disease mechanisms. *Clinics in Dermatology*. 2006;24:38-447. 5. Myers W, Gottlieb A, Mease P. Psoriasis and psoriatic arthritis: Clinic features and disease mechanisms. *Clinics in Dermatology*. 2006;24:38-447.
110. Noiles K, Vender R. Nail psoriasis and biologics. *J Cutan Med Surg*. 2009;13:1-5.
111. de Barker D. Management of psoriatic nail disease. *Semin Cutan Med Surg*. 2009;28:39-43.
112. Langley RG, Ellis CN: Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:563-9.
113. Nast A, Schmitt J: Physician Global Assessment (PGA) and Psoriasis Area and Severity Index (PASI): why do both? A systematic analysis of randomized controlled trials of biologic agents for moderate to severe plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2013;68:1040-1.

114. Radtke MA, Reich K, Spehr C, Augustin M: Treatment goals in psoriasis routine care. Arch Dermatol Res 2015;307:445-9.
115. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, et al: Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis:a European consensus. Arch Dermatol Res 2011;303:1-10.
116. Alper S, Akyol M, Atakan N, ve ark. Türkiye Psoriasis Klavuzu 2012 Türkderm 2012;46:1-36.
117. Lebwohl M, Suad A. Treatment of psoriasis. Topical therapy and phototherapy. J Am Acad Dermatol. 2001;45:487-98.
118. Tosti A, Ricotti C, Romanelli P. Evaluation of the efficacy of acitretin therapy for nail psoriasis. Arch Dermatol. 2009;145:269-271.
119. Groddeck, George--"The Book of the It" (1923) (N. Y: Mentor Books; 1961.
120. Mercan S, Altunay İK. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji. Türk psikiyatri dergisi 2006; 17 (4): 305-13.
121. Yaluğ İ, Aydoğan G, Savrun M. Konversiyon Bozukluğu ve Psoriasisde Depresyon ve Eğitim Düzeyinin Primer ve Sekonder Aleksitimi Üzerine Etkisinin Araştırılması. Düşünen Adam 2003; 16 (2): 80-6.
122. Poot F, Sampogna F, Onnis L: Basic knowledge in psychodermatology. J Eur Acad Venereol 2007;21:227–234.
123. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems J Pers Assess 2007;89:230–246 .
124. Willemsen R, Haentjens P, Roseeuw D, Vanderlinden J: Alexithymia in patients with alopecia areata: educational background much more important than traumatic events. J Eur Acad Venereol 2009;23:1141–1146.
125. Griffith C.E.M, Barker JNWN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet 2007 370 263-71.
126. Schmitt J.M., Ford D.E. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. Dermatology 2007 215 17-27

127. Barankin B, De Koven J. Psychosocial effect of common skin disease. Can Fam Psychian 2002;48:712-716.
128. Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları. İstanbul: Us Yayıncılık, 2003; 9-21.
129. DSÖ, Report of the consultation on child abuse prevention (Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 1999).
130. UNICEF, A league table of child maltreatment deaths in rich nations; Innocenti report card. (Floransa: Innocenti Research Centre, 2003).
131. World Health Organization (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap3pdf.
132. World Health Organization (2016). Child maltreatment. <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/child-maltreatment>.
133. Mandelli, L., Petrelli, C. ve Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adultdepression. European Psychiatry, 30(6), 665-680. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.04.007.
134. Yurdakök K. Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. Katkı Pediatri Dergisi 2010; 32(5): 537-546.
135. Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse & Neglect, 27(2), 169 -190. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0.
136. Pelendecioğlu, B. ve Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi, 9(1), 50-62.
137. Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A. S. (2004). Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 47, 140-151.
138. Polat, O. (2001). Çocuk ve Şiddet (1. Baskı). İstanbul: Der Yayınevi.

139. Tıraşçı, Y. ve Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. Dicle Tıp Dergisi, 34(1), 70 -74.
140. Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. Child Abuse & Neglect, 26(6-7), 697-714. doi:10.1016/s0145-2134(02)00342-3.
141. Hornor, G. (2012). Emotional maltreatment. Journal of Pediatric Health Care, 26(6), 436-442. doi:10.1016/j.pedhc.2011.05.004.
142. Koç, F., Akşit, S., Tomba, A., Aydın, C., Koturoğlu, Aslan, A., G., Korkmaz-Çetin, S., Halıcıoğlu, O., Erşahin, Y., Turhan, T., Çelik, A., Şenol, E., Kara, S., Solak., U. (2012). Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. Türk Pediatri Arşivi, 47(2), 119-124.
143. Bilgen, F. G. ve Karasu, F. (2017). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışları. Sosyal Bilimler Dergisi, 7(13), 22- 34.
144. Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismar ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 35, 82-86.
145. Kütük, M. Ö. ve Bilaç, Ö. (2017). Çocuklarda ve adölesanlarda duygusal istismar ve ihmal. Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi-Özel Konular, 3(3), 181-187.
146. Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A. ve van IJzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse: A meta- analysis of worldwide prevalence. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 21(8), 870-890. doi:10.1080/10926771.2012.708014.
147. Acehan, S., Bilen, A., Ay, M. A., Gülen, M., Avcı, A. ve İçme, F. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 22(4), 591-614.
148. JAMA.2009Jun3;301(21):2252-9.molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention.doi:10.1001/jama.2009.754.Neuroscience.
149. Seyhan M, Coskun BK, Sağlam H et al. Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. Pediatr Int 2006; 48: 525–530.

150. Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology Handbook of life stress cognition and health, Sterling, Peter; Eyer, Joseph. Fisher, Shirley (Ed); Reason, James (Ed), (1988).
151. Center on the Developing Child at Harvard University. The science of neglect: the persistent absence of responsive care disrupts the developing brain: Working paper 12. 2012.
152. A. Reich, A. Orda, B. Wiśnicka, J.C. Szepietowski, Plasma concentration of selected neuropeptides in patients suffering from psoriasis, *Exp. Dermatol.* 16 (5) (2007 May) 421–428.
153. C.A. Morgan III, S. Wang, A. Rasmusson, G. Hazlett, G. Anderson, D.S. Charney, Relationship among plasma cortisol, catecholamines, neuropeptide Y, and human performance during exposure to uncontrollable stress, *Psychosom. Med.* 63 (3) (2001 May–Jun) 412–422.
154. A.N. Schore, The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health, *Infant Ment. Health J.* 22 (2001) 201–269.
155. M.D. De Bellis, A. Zisk, The biological effects of childhood trauma, *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 23 (2) (2014 Apr) 185–222 (vii).
156. G. Aburn, M. Gott, K. Hoare, What is resilience? An integrative review of the empirical literature, *J. Adv. Nurs.* 72 (5) (2016 May) 980–1000.
157. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB, Edwards VJ, Giles WH. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*; 2001; 25: 1627–1640. doi: 10.1016/S0145-2134(01)00293-9.
158. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*; 2004; 82: 217–225.
159. Child Maltreatment and Allostatic Load: Consequences for Physical and Mental Health in Children from Low-Income Families, *Dev Psychopathol.* 2011 Nov; 23(4): 1107–1124.

160. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Child Maltreatment 1: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*; 2009; 373: 68–81. doi: 10.1016/S0140- 6736(08)61706-7.
161. J.Felitti,R.F.Anda,D.Nordenbergetal.,“Relationshipofchildhood abuse and household dysfunction to many of theleading causes of death in adults: the adverse childhood expe-riences (ACE) study,”*American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, no. 4, pp. 245–258, 1998.
162. J.A.Campbell,R.J.WalkerandL.E.Egede“Associationsbetween adverse childhood experiences, high-risk behaviorsand morbidity in adulthood,”*American Journal of PreventiveMedicine*vol.50no.3,pp.344– 352,2016.
163. Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach Policy Briefing. Rome: World Health Organization European Centre for Environment and Health; 2007. (EUR/07/50631214; [http://www.euro.who.int/ data/assets/pdf_file/0012/98778/E90618.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0012/98778/E90618.pdf), accessed 16 January 2014).
164. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB,et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*; 2009; 37(5): 389–396.doi: 10.1016/j.amepre.2009.06.021.
165. Ulukol B, Oral R. Child Poverty and Neglect in Turkey. In: Dubowitz H. *World perspectives on child abuse*. 10th edition. Istanbul: International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; 2012: 36–39.
166. Niederkrotenthaler T, Floderus B, Alexanderson K, Rasmussen F, Mittendorfer- Rutz E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 2012;66: 233–239. doi: 10.1136/jech.2010.109595.
167. Strine TW, Dube SR, Edwards VJ, Prehn AW, Rasmussen S, Wagenfeld M et al. Associations between adverse childhood experiences, psychological distress and adult alcohol problems. *American Journal of Health Behavior*; 2012;36(3):408– 423.
168. Wenar C, Kerig P. (2000). *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence*. McGraw-Hill.

169. Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1995; 151-164.
170. Wenar C, Kering P. *Developmental Psychopathology From Infancy Through Adolescence*. McGraw Hill Higher Education, 2005; 696.
171. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review, *The Review of General Psychology*. 1998; 271-299.
172. Graziano, P. A., Reavis, R. D., Keane, S. P., ve Calkins, S. D. (2007). The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of school psychology*, 45(1), 3-19.
173. Gross JJ, Thompson RA. Emotion Regulation: Conceptual Foundations. *Handbook of emotion regulation*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2007. p. 3-24.
174. Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
175. Gross Jj, Richards Jm, John Op. (2006). Emotion regulation in everyday life. *Emot Regul couples Fam Pathways to Dysfunct Heal*. 13- 35.
176. Ochsner, K. N., Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*. 9(5): 242-249.
177. Michopoulos V, Powers A, Moore C, Villarreal S, Ressler KJ, Bradley B. The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*. 2015;91:129-36.
178. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology* 2002; 39: 281-291.
179. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR. The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development*. 2007;16(2):361-88.
180. Adrian M, Zeman J, Cassano M, Friedrich WN. Adolescent Deliberate SelfHarm: Linkages to Emotion Regulation and Family Emotional Climate. *Journal of Research on Adolescence*. 2009;19(1):75-91.

181. Almeida, V., Taveira, S., Teixeira, M., Almeida, I., Rocha, J., and Teixeira, A. (2017). Emotion regulation in patients with psoriasis: correlates of disability, clinical dimensions, and psychopathology symptoms. *Int. J. Behav. Med.* 24, 563– 570. doi: 10.1007/s12529-016-9617-0.
182. Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. *Can Fam Physician.* 2002;48:712–6.
183. Fry L. An atlas of psoriasis. 2nd ed. London: Taylor & Francis Group; 2004.
184. Ramsay B, O'Reagan M. A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol.* 1988;118(2):195–201. doi:10.1111/j.1365-2133.1988.tb01774.x.
185. Vardy D, Besser A, Amir M, Gesthalter B, Biton A, Buskila D. Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *Br J Dermatol.* 2002;147(4):736–42.
186. Chisholm A, Nelson PA, Pearce CJ, et al. The role of personal models in clinical management: exploring health care providers' beliefs about psoriasis. *Br J Health Psychol.* 2016;21(1):114–34. doi:10.1111/bjhp.12148.
187. Mingnorange R, Loureiro S, Okino L, Foss N. Pacientes com psoríase: adaptação psicossocial e características de personalidade. *Medicina.* 2001;34:315–24.
188. Ciuluvica, C., Amerio, P., and Fulcheri, M. (2014). Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia Soc. Behav. Sci.* 127, 661– 665. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.03.331
189. Innamorati, M., Quinto, R. M., Lester, D., Iani, L., Graceffa, D., and Bonifati, C. (2018). Cognitive impairment in patients with psoriasis: a matched case-control study. *J. Psychosom. Res.* 105, 99–105. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.12.011.
190. Panasiti, M. S., Ponsi, G., Monachesi, B., Lorenzini, L., Panasiti, V., Aglioti, S. M. (2019). Cognitive load and emotional processing in psoriasis: a thermal imaging study. *Experimental brain research*, 237(1), 211-222.
191. Ponsi, G., Monachesi, B., Panasiti, V., Aglioti, S. M., and Panasiti, M. S. (2019). Physiological and behavioral reactivity to social exclusion: a functional infrared thermal imaging study in patients with psoriasis. *J. Neurophysiol.* 121, 38–49. doi: 10.1152/jn.00555.2018.

192. Kararırmak, Ö. 2006. “Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler”, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, III(26), ss.129-142.
193. Kaya, İ. 2015. “Ergenlerin Çocukluk Dönemi İstismar Yaşantıları İle Davranış Problemleri ve Psikoloji Sağlamlıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesinde Otomatik Düşünceler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü”; Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
194. Frasser, M. W., Richman, J.M. ve Galinsky, M. J. (1999). Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social practice. *Social Work Research*, 23 (3), 129- 208.
195. Fergus, S. ve Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26:399–419.
196. Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C.Wang, ve E. W. Gordon (Eds.). *Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and Prospects* (3-25).
197. Masten, A. S. ve Reed, M.J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder ve S. J. Lopez (Eds.). *The Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press.
198. Goldstein, S. ve Brooks, R. (2005), Why study resilience?. In S. Goldstein & Robert B. (Eds.). *Handbook of Resilience in Children* (1th. Ed.) (3-17). New York: Springer.
199. Toprak, H. 2014. “Ergenlerde Mutluluk ve Yaşam Doyumunun Yordayıcısı Olarak Psikolojik Sağlamlık ve Psikolojik İhtiyaç Doyumu”; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
200. Terzi, Ş. 2006. “Kendini Toparlama Gücü Ölçeği’nin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları”, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), ss.77-86.
201. Rutter, P. A., Freedenthal, S., & Osman, A. (2008). Assessing protection from suicidal risk: Psychometric properties of the suicide resilience inventory. *Death Study*, 32, 142–153. <https://doi.org/10.1080/07481180701801295>.
202. Wagnild, G.,& Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165–178.

203. Irwin, N. S., Shariene, A. W., & Tim, S. A. (2008). *Resilience rather recovery: A contextual framework on adaptation following bereavement*. New York: The Free Press.
204. Yoo, K. H. (2006). A correlational study on the mastery and depression in chronic arthritis patients. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 9, 161–165.
205. Hart, A., Gagnon, E., Eryigit- Madzwamuse, S., Cameron, J., Aranda, K., Rathbone, A., & Heaver, B. (2016). Uniting resilience research and practice with an inequalities approach. *Qualitative Social Work*, 8, 321–339. <https://doi.org/10.1177/2158244016682477>.
206. H. Liu, C. Zhang, Y. Ji, and L. Yang, “Biological and psychological perspectives of resilience: is it possible to improve stress resistance?” *Frontiers in Human Neuroscience*, vol. 12, p. 326, 2018.
207. S. Elisei, T. Sciarra, N. Verdolini, and S. Anastasi, “Resilience and depressive disorders,” *Psychiatria Danubina*, vol. 25, no. 2, pp. S263–S267, 2013.
208. A. R. Rosenberg, K. L. Syrjala, P. J. Martin et al., “Resilience, health, and quality of life among long-term survivors of hematopoietic cell transplantation,” *Cancer*, vol. 121, no. 23, pp. 4250–4257, 2015.
209. G. M. Kim, J. Y. Lim, E. J. Kim, and S. M. Park, “Resilience of patients with chronic diseases: a systematic review,” *Health & Social Care in the Community*, vol. 27, no. 4, pp. 797–807, 2019.
210. K. M. Connor and J. R. T. Davidson, “Development of a new resilience scale: the connor-davidson resilience scale (CDRISC),” *Depression and Anxiety*, vol. 18, no. 2, pp. 76–82, 2003.
211. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM ve ark. (1986) Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther*, 24: 1-8.
212. Taylor S *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Routledge Digital Printing, 2010.
213. Reiss S, McNally RJ. The expectancy model of fear. In: *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. ; 1985.

214. Mantar, A. (2008), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Yayımlanmış Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Türkiye.
215. Taylor S. Understanding and treating panic disorder: Cognitive-behavioral approaches. Chichester, UK: Wiley; 2000.
216. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychology Bulletin*. 2009;135:974- 999
217. Zinbarg RE, Barlow DH. Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology* 1996;105:181-193.
218. Naragon-Gainey K. Meta-Analysis of the Relations of Anxiety Sensitivity to the Depressive and Anxiety Disorders. *Psychol Bull*. 2010. doi:10.1037/a0018055.
219. Orion E, Wolf R: Psychological factors in skin diseases: stress and skin: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2013; 31(6):707–711.
220. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, Arlington, VA, 2013.
221. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter A J, Ferrari A J, Erskine H.E et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013; 382:1575– 86.
222. Murray CJ, Atkinson C, Bhalla K, Abraham J, Ali MK, Atkinson C et al. The state of US health, 1990–2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA*. 2013; 310:591-608.
223. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2016; 6(1): 51-66.
224. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. World Health Organization, Geneva, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
225. Gelfand, J. M., Feldman, S. R., Stern, R. S., Thomas, J., Rolstad, T., & Margolis, D. J. (2004). Determinants of quality of life in patients with psoriasis: A study from the US population. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 51, 704– 708.

226. Cohen, B. E., Martires, K. J., & Ho, R. S. (2016). Psoriasis and the risk of depression in the US population: National Health and nutrition examination survey 2009-2012. *JAMA Dermatology*, 152, 73–79.
227. Cohen, B. E., Martires, K. J., & Ho, R. S. (2016). Psoriasis and the risk of depression in the US population: National Health and nutrition examination survey 2009-2012. *JAMA Dermatology*, 152, 73–79.
228. Kurd, S. K., Troxel, A. B., Crits-Christoph, P., & Gelfand, J. M. (2010). The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: A population-based cohort study. *Archives of Dermatology*, 146, 891–895.
229. Korman AM, Hill D, Alikhan A, Feldman SR. Impact and management of depression in psoriasis patients. *Expert Opin Pharmacother*. 2016;17:147–52.
230. Villani AP, Rouzaud M, Sevrain M, et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:242–8.
231. Husted JA, Tom BD, Farewell VT, Gladman DD. Longitudinal study of the bidirectional association between pain and depressive symptoms in patients with psoriatic arthritis. *Arthritis Care Res*. 2012;64:758–65.
232. Ginsburg IH, Link BG. Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *J. Am. Acad. Dermatol*. 1989; 20: 53–63.
233. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom. Med*. 1994; 56: 36–40.
234. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Investig Dermatol*. 2015;135:984–91.
235. Egeberg, A., Hansen, P. R., Gislason, G. H., Skov, L., & Mallbris, L. (2016). Risk of self-harm and nonfatal suicide attempts, and completed suicide in patients with psoriasis: A population-based cohort study. *The British Journal of Dermatology*, 175, 493–500.

236. Singh, S., Taylor, C., Kornmehl, H., & Armstrong, A. W. (2017). Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77, 425–440 e422.
237. Lamb, R. C., Matcham, F., Turner, M. A., Rayner, L., Simpson, A., Hotopf, M., ... Smith, C. H. (2017). Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: A cross-sectional study in a tertiary referral setting. *The British Journal of Dermatology*, 176, 1028–1034.
238. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds.). (2000). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
239. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors.2012;35(1):51-71.
240. Gümrü S, Arıcıoğlu F. Inflammation in depression: the role of cytokines. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012; 2:103-107.
241. Köşger F, Bilgili M, Genek M,Yıldız B, Saraçoğlu N, Eşsizoglu A. Psoriasis Hastalarında Depresyon, Anksiyete veYaşam Kalitesinin Hastalığın Şiddeti ile İlişkisi. 2014.
242. Zachariae, R., Zachariae, H., Blomqvist, K., Davidsson, S., Molin, L., MOrk, C., & Sigurgeirsson, B. (2002). Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 146(6), 1006–1016. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2002.04742.x>
243. Kouris, A., Christodoulou, C., Stefanaki, C., Livaditis, M., Tsatovidou, R., Kouskoukis, C., Petridis, A., & Kontochristopoulos, G. (2015). Quality of life and psychosocial aspects in Greek patients with psoriasis: A cross-sectional study. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 90(6), 841–845. <https://doi.org/10.1590/abd 1806-4841.20154147>
244. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, et al. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol*. 2010;146:891–895.
245. Kirby B, Richards H.L, Mason DL, Fortune DG, Main CJ, Griffiths CEM. Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology* 2008 158, 138-140.

246. Russo PAJ, Ilchef R, Cooper AJ, Psychiatric morbidity of psoriasis:a rewiev. Australiasian Journal Of Dermatology 2004 45 155-161.
247. Hong J, Koo B, Koo J.The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease.Dermatologic Therapy 2008 vol 21, 54-59.
248. Mehta V, Malhotra S.K, Psychiatric evaluation of patients with psoriasis vulgaris and chronic urticaria, Indian journal Dermatology Venereology Leprosy. 2008 Nov-Dec; 74(6): 594-9.
249. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis-oral therapy with a newretinoid. Dermatologica. 1978; 157: 238-41.
250. Ramsay B, Lawrence CH. Measurement of involved surface area in patients with psoriasis. Br J Dermatol. 1991; 124: 565-70.
251. Finlay AY, Khan GK, Luscome DK, Salak MS. Validation of sickness impact profile and disability index in psoriasis. Br J Dermatol. 1990; 123:751-6.
252. D. P Bernstein ve L. Fink, "Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report," San Antonio: The Psychological Corporation (1998).
253. Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2012). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: HYB Basım Yayın.
254. Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E. (2012) Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 32(4).
255. Gratz, K. L. ve Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26(1), 41-54. doi:10.1023/b:joba.0000007455.08539.9.
256. Rugancı, R. N. ve Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Clinical Psychology, 66(4), 442-455. doi:10.1002/jclp.20665.
257. Connor KM, Davidson JR (2003) Development of a New Resilience Scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety, 18:76–82.

258. Kararırmak, Ö. ve Siviş Çetinkaya, R. (2009). Benlik Saygısının ve Kontrol Odağının Psikolojik Sağlamlık Üzerine Etkisi: Bir Model Test Etme Çalışması. 18. National Education Sciences Council, 1-3.
259. Taylor S, Cox BJ: Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. Behav Res Ther 1998;36:37–51.
260. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ: Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index–3. Psychol Assess 2007;19:176–188.
261. Mantar A, Yemez B, Alkın T: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2010;21:225-234.
262. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. The British journal of medical psychology. 1959;32(1):50-5. 99.
263. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1998; 9: 114-7.
264. Hamilton, M. (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychology 6: 278-296.
265. Akdemir A, Orsel S, Dağ D ve ark. (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDO)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. 3P Dergisi 4 (4): 251-259.
266. [Mahé E, Beauchet A, Reguiai Z. Socioeconomic inequalities and severity of plaque psoriasis at a first consultation in dermatology centers. Acta dermatovenereologica. 2017; 97\(5\): p. 632-638](#)
267. Sommer DM, Jenisch S, Suchan M. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. Archives of dermatological research. 2007; 298(7): p. 321.
268. [Adamzik, K., McAleer, M. A., & Kirby, B. \(2013\). Alcohol and psoriasis: sobering thoughts. Clinical and experimental dermatology, 38\(8\), 819-822.](#)

269. Harrison BJ, S.A., Barret EM et al presense of psoriasis does not influence the presentation or short term outcome of patients with early inflammatory polyarthritis j rheumatol, 1997: p. 1744-1749.
270. Tekin, Nilgün Solak, et al. "Zonguldak Bölgesindeki psoriasis hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi." *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology* 15.3 (2005): 141-146.
271. Akoğlu, Gülşen. "Psoriasis: Kırsal Bölge Dermatoloji Kliniğinden Sosyodemografik ve Klinik Veriler." *Turkish Journal of Dermatology* 8.1 (2014).
272. Griffiths CEM, Richards HL. Psychological influences in psoriasis.Clin Exp Dermatol. 2001; 26:338-42.
273. Deshmukh SB, Deshmukh PS, Saboo AV, Mundhada GR. Study on Psychiatric CoMorbidity in Psoriasis. *Journal of Evidence based Medicine and Healthcare*, 2015; 3688-3695
274. Kılıç A, Gulec MY, Gul U, Gulec H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008; 22(5): 537-42.
275. Devrimci-Özgüven H, Kundakçı N, Kumbasar H, Bovyat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2000a, 14: 26
276. Dixon LJ, Lee AA, Viana AG, McCowan NK, Brodell RT, Tull MT, et al. Anxiety sensitivity in dermatological patients. *Psychosomatics* 2016;57:498-504.
277. Erdogan, H. K., Altinoz, A. E., Acer, E., Saracoglu, Z. N., & Bilgin, M. (2019). Evaluation of anxiety sensitivity in patients with psoriasis. *Dermatologica Sinica*, 37(1), 28.
278. Crosta ML, De Simone C, Di Pietro S, et al. Childhood trauma and resilience in psoriatic patients: A preliminary report. *J Psychosom Res*. 2018;8:0–0.
279. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin*. 2014;23(2):185–222. doi: 10.1016/j.chc.2014.01.002
280. Erfanian, M. (2018). Childhood trauma: a risk for major depression in patients with psoriasis. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(4), 378-385.

281. Sesliokuyucu C, Arı M, Şahpolat M (2017).Psoriasisli hastaların depresyon, anksiyete, çocukluk çağı ruhsal travması ve yaşam kalitesi ile sosyodemografik özelliklerinin araştırılması. *Journal of Mood Disorders*, 7 (1), 28-40.
282. Gündüz, Emin. Psoriasis hastalarında olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin araştırılması. Doktora Tezi, Mersin Üniversitesi, 2020.
283. Panasiti, M. S., Ponsi, G., & Violani, C. (2020). Emotions, Alexithymia, and Emotion Regulation in Patients With Psoriasis. *Frontiers in psychology*, 11, 836.
284. Almeida, V., Taveira, S., Teixeira, M., Almeida, I., Rocha, J., & Teixeira, A. (2017). Emotion regulation in patients with psoriasis: Correlates of disability, clinical dimensions, and psychopathology symptoms. *International journal of behavioral medicine*, 24(4), 563-570.
285. Bahmer JA, Kuhl J, Bahmer FA. How do personality systems interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria? *Acta Derm Venereol*. 2007;87(4):317–24.
286. Panasiti, M. S., Ponsi, G., Monachesi, B., Lorenzini, L., Panasiti, V., and Aglioti, S. M. (2019). Cognitive load and emotional processing in psoriasis: a thermal imaging study. *Exp. Brain Res*. 237, 211–222. doi: 10.1007/s00221-018-5416-y
287. Crosta, M. L., De Simone, C., Di Pietro, S., Acanfora, M., Caldarola, G., Moccia, L., ... & Di Nicola, M. (2018). Childhood trauma and resilience in psoriatic patients: A preliminary report. *Journal of psychosomatic research*, 106, 25-28.
288. Salaffi, F., et al., The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes*, 2009. 7: p. 25.
289. Harvima RJ, Viinamaki H, Harvima IT, Naukkarinen A, Savolainen L, Aalto ML, Horsmanheimo M. Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol*. 1996; 76:467-71.
290. McDonough E, Ayearst R, Eder L, Chandran V, Rosen CF, Thavaneswaran A, Gladman DD (2014) Depression and anxiety in psoriatic disease: prevalence and associated factors. *J Rheumatol* 41(5):887–896
291. Dommasch ED, Li T, Okereke OI, Li Y, Qureshi AA, Cho E (2015) Risk of depression in women with psoriasis: a cohort study. *Br J Dermatol* 173(4):975–980.

292. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life. *Arch Dermatol* 2001;137:280-4.
293. Raphael KG, Widom CS, Lange G. Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. *Pain* 2001; 92:283-293.
294. Bayram, K., & Erol, A. (2014). Fibromiyalji ve Romatoid Artritte Çocukluk Çağı Örselenmeleri, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Archives of Neuropsychiatry /Noropsikiatri Arsivi*, 51(4).
295. Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2001). The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *Journal of psychosomatic research*, 50(1), 11-15.
296. Edita SIMONIC', 1 Marija KAS'TELAN,1 Sandra PETERNEL,1 Mirjana PERJAR,2 Ines BRAJAC,1 Ika RONC' EVIC' -GRZ' ETA,2 Igor KARDUM3. Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *The Journal of Dermatology*, 37(9), 793–800.
297. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubormirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science* 2008; 3: 400-424.
298. RahimZahedi, M., Torabizadeh, C., Najafi Kalyani, M., & Moayed, S. A. (2021). The Relationship between Spiritual Well-Being and Resilience in Patients with Psoriasis. *Dermatology research and practice*, 2021.
299. Crosta, M. L., De Simone, C., Di Pietro, S., Acanfora, M., Caldarola, G., Moccia, L., ... & Di Nicola, M. (2018). Childhood trauma and resilience in psoriatic patients: A preliminary report. *Journal of psychosomatic research*, 106, 25-28.
300. Schwartz, J., Evers, A. W., Bundy, C., & Kimball, A. B. (2016). Getting under the skin: report from the International Psoriasis Council Workshop on the role of stress in psoriasis. *Frontiers in psychology*, 7, 87.
301. Shipman K, Zeman J, Penza S, & Champion K. Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective. *Dev. Psychopathol* 2000; 12: 47-62
302. Jennissen S, Holl J, Mai H, Wolff S, Barnow S. Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and psychopathology: a structural equation model. *Child Abuse Neg* 2016; 162: 51-62.

303. Burns EE, Jackson JL, Harding HG. Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *J Aggress Maltreat Trauma* 2010; 19: 801-819.
304. Linehan MM. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
305. Ciuluvica C, Amerio P, Fulcheri M. Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procd Soc Behv* 2014;127: 661-665.
306. Van Veen T, Wardenaar K, Carlier I, Spinhoven P, Penninx B, Zitman F. Are childhood and adult life adversities differentially associated with specific symptom dimensions of depression and anxiety? Testing the tripartite model. *Journal of affective disorders*. 2013;146(2):238-45.
307. Place PJ, Ling S, Patihis L. Full statistical mediation of the relationship between trauma and depressive symptoms. *International Journal of Psychology*. 2016.
308. Scher CS, Stein MB (2003) Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *J Anxiety Disord*, 17: 253-269.
309. Watt MC, Stewart SH, Cox BJ (1998) A retrospective study of the learning origins of anxiety sensitivity. *Behav Res Ther*, 36: 505-525.
310. Ateş, Merve. Çocukluk dönemi istismar öyküsünün anksiyeteye, anksiyete duyarlılığına ve akademik başarıya etkisi: Bir üniversite örneği. *Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*, 2017.
311. Charney, D. S. (2003). The psychobiology of resilience and vulnerability to anxiety disorders: implications for prevention and treatment. *Dialogues in clinical neuroscience*, 5(3), 207.
312. Tull MT, Rodman SA, Roemer L. An examination of the fear of bodily sensations and body hypervigilance as predictors of emotion regulation difficulties among individuals with a recent history of uncued panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders* 2008; 22: 750-760.
313. Feldner MT, Babson KA, Trainor CD, Blumenthal HA. Test of the effects of acute sleep deprivation on general and specific self-reported anxiety and depressive symptoms: an experimental extension. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2006; 41: 297-303.

314. Dunsmore JC, Halberstadt AG. How does family emotional expressiveness affect children's schemas? *New Directions for Child Development* 1997; 77: 45-68.
315. Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
316. Kobasa SC, Maddi SR, Courington S. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *J Health Soc Behav* 1981;22:368-378.
317. Li, M., D'arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological medicine*, 46(4), 717-730.
318. Himmerich H, Fulda S, Linseisen J, Seiler H, Wolfram G, Himmerich S, Gedrich K, Kloiber S, Lucae S, Ising M, Uhr M, Holsber F, Pollmacher T. Depression, comorbidities and the TNF- α system. *Eur Psychiat* 2008;23(6):421- 429
319. Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *Br J Psychiatry* 1989; 154:201-206.
320. Aykan, Ö.2018. " Psoriasis Hastalarında, Çocukluk Çağı Travması Varlığının, Travma Dayanıklılığının, Dağlanma Özelliklerinin, Depresyon-Anksiyete Varlığının ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Yaygınlığı ve Hastalık Şiddetine Etkisi"; Uzmanlık Tezi. Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.

EK-2. Akademik Kurul Kararı



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-93721293-300--31496
Konu : Akademik Kurul Kararı

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Anabilim Dalımız 26 Mart 2021 tarihli Akademik Kurulunda Araştırma Görevlisi Dr. İlkay Bedriye AYGÜL'ün tez yöneticisi ve tez konusu belirlenmiş olup, söz konusu Akademik Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Ahmet ÜNAL
Anabilim Dalı Başkanı

Ek:1 Adet

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BEKAKH5DZ Pin Kodu :95491

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/inonu-universitesi-ebys>

Adres: Tötm

Telefon: 3410660 Faks: 3410036

e-Posta: psikiyatri@inonu.edu.tr Web: <https://www.inonu.edu.tr/tr/cms/psikiyatri>

Kep Adresi: inonu.universitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Esengül KURT

Unvanı: Sekreter

Tel No: 4223410660



EK-3. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/06/2021-55390



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-79376635-010.99--55390
Konu : Çalışma İzni

18/06/2021

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 09/06/2021 tarihli ve 496 sayılı yazımız,

İlgili yazınıza istinaden Psikiyatri Anabilim Dalı Anabilim Dalı'nda görev yapan Arş. Grv. Dr. İlkay Bedriye Aygül' ün, Dr.Öğr.Üyesi Esra PORGALI ZAYNAN'ın danışmanlığında "Psöriazis Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Emosyon Regülasyonu ve dayanıklılık " başlıklı uzmanlık tezinin Anabilim Dalımızda yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Serpil ŞENER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSEKUV6DZU Pin Kodu :66803

Belge Takip Adresi :
<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=3837&eD=BSEKUV6DZU&eS=55390>

Adres:Tötm
Telefon:3410660 Faks:3410036
e-Posta: dermatoloji@inonu.edu.tr Web:https://www.inonu.edu.tr/tr/cms/dermatoloji
Kep Adresi:inonu.universitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Serpil ŞENER
Unvanı: Anabilim Dalı Başkanı
Tel No: 3410660



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4. Sosyodemografik Bilgi Formu

1.AD SOYADI; _____

2.YAŞINIZ? _____

3.CİNSİYET

a)Erkek b)Kadın

4.MEDENİ DURUMUNUZ

a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Eşinden ayrı yaşıyor e) Dul

5.BOY _____cm

6 .KİLO _____kg

7 .EĞİTİM DÜZEYİNİZ?

a) İlköğretim b) Lise c) Yüksek okul veya üniversite d) Diğer _____

8.SAHİP OLDUĞUNUZ ÇOCUK SAYISI _____

9.ŞU AN YAŞADIĞINIZ YER?

a) Köy b) Kasaba c) Şehir d) Diğer

10.YAPMAKTA OLDUĞUNUZ BİR İŞİNİZ VAR MI?

a) Evet Çalışmakta olduğunuz birim\ ünite _____ lütfen belirtiniz

b) Hayır

11. MESLEKTE ÇALIŞTIĞINIZ SÜRE NEDİR?

a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl arası c) 5-10 yıl d) 11 yıl ve üzeri

12. KAÇ YILDIR PSÖRİAZİS HASTALIĞINIZ VAR? _____Yıl

13. KAÇ YILDIR PSÖRİAZİS İÇİN TEDAVİ ALIYORSUNUZ? _____Yıl

14. BAŞKA BİR KRONİK FİZİKSEL BİR HASTALIĞINIZ VAR MI?

a)Evet ise lütfen belirtiniz _____

b)Hayır

15. KRONİK RUHSAL BİR HASTALIĞINIZ VAR MI?

a)Evet ise lütfen belirtiniz _____

b)Hayır

16. SİGARA KULLANIMI

a) evet _____YIL _____ADET

b) hayır

17. ALKOL KULLANIMI

a) evet _____ YIL _____ TÜR _____ MİKTAR

b) hayır

18. MADDE KULLANIMI

a) evet _____ YIL _____ TÜR _____ MİKTAR

b) hayır

19. PSÖRİAZİS ALT TİPİ

20. EKLEM TUTULUMU

a) evet _____ YIL _____ TÜR _____ MİKTAR

b) hayır

21. PASİ SKORU -----

22. PSÖRİAZİS TUTULUM BÖLGELERİ ?

EK-5. Aydınlatılmış Onam Formu

Katılımcının _____

Adı, Soyadı, Adresi :

Varsa protokol ve Tel. No :

Sayın katılımcı,

Psoriasis göreceli olarak yaygın, kronik, inflamatuvar ve hiperproliferatif nadiren sistemik tedavi gerektiren bir deri hastalığıdır. Uzun süredir epidermal keratonesitlerden köken aldığı düşünülürken son zamanlarda bağışıklık sistemiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Psoriasis hastalığının hem başlamasında hemde alevlenmesinde stres ve psikososyal nedenlerin belirgin etkisi vardır.

Psöriazis hastalarında psikolojik değişkenler birçok çalışmada incelenmiştir. Çalışmamızda ise hastaların emosyonel regülasyon düzeylerini incelemeyi amaçladık. Elde edilen veriler, **katılımcıların isimleri tamamen gizli tutulmak şartı ile** ulusal ve uluslararası bilimsel dergilerde yayınlanarak hastalığın daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler katılımcı bilgilendirilmiş onam formunu imzaladıktan sonra gerekli işlemlere başlanacaktır. Yapılacak olan çalışmada, hastalar öncelikle asistan psikiyatrist tarafından değerlendirilip sosyodemografik veri formu ve ilgili ölçekler doldurulacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz bir psikiyatri asistan hekimi tarafından muayene edilerek bulgularınız kaydedilecektir. Bu çalışmayı yapabilmek için size ölçek doldurtulacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırma konusu ile ilgili ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz ya da yasal temsilciniz bu konuda bilgilendirileceksiniz.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Araştırmamızın süresi bir yıl olarak planlanmaktadır. Bu araştırmaya gönüllünün katılması planlanmaktadır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

KATILIMCI ONAMI

Aşağıda imzası bulunan ben, Psöriazis tanısı olan hastalarda emosyonel regülasyon araştırılması ile ilgili bu klinik çalışma hakkında doktorlardan tam olarak bilgi aldığımı beyan ederim. Bu

tıbbi uygulamanın etki açısından Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun kurallarına uygun olarak incelendiğini ve planlanan yöntemin insanlara uygulanmasının sakıncalı olmayacağı bana anlatıldı. Ayrıca bana, bu çalışmanın tıbbi olarak geçerli olduğu ve en son bilimsel yöntemlere uygun olarak yapılacağı bildirildi.

Bunun, denetime açık bir çalışma olduğu bana anlatıldı.

Beni muayene eden doktora, daha önceki ve şu andaki tüm hastalıklarımı ve şu anda uygulanan tedaviyi bildirdiğimi teyid ederim. Son dört haftada herhangi bir çalışmada yer almadım.

Aşağıda imzası bulunan doktordan bu bilgileri aldıktan sonra ben, yapılması planlanan çalışmanın özelliklerini ve sonuçlarını anlıyorum. Bana verilen bu bilgiler temelinde, istediğim herhangi bir zaman, hiçbir sakınca olmadan, çalışmadan çekilebileceğimi teyid ediyorum.

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında sözkonusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:	Katılımcı	Kuruluş Görevlisi Tanık
Bilgilendirmeyi yapan	Adı, Soyadı	Adı, Soyadı
Dr. Adı, Soyadı		

İmza:	İmza:	İmza:
--------------	--------------	--------------

Not: Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasisinin onamı alınacaktır.

EK-6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

3. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

7. Sevdiğimi hissediyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

11.Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu. 1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

12.Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

13.Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

14.Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

15.Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

16.Çocukluğum mükemmeldi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

17.Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

18.Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

19.Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

20.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

21.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

EK-7. Duygu Düzenleme G  l         

A a  da insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle yanıtlayınız. Yanıtınızı uygun cevap önündeki yuvarlak üzerine çarpı işareti (X) koyarak işaretleyiniz.

Hemen hemen hiç %0-10	Bazen %11-35	Yaklaşık yarı yarıya %36-65	çoğu zaman %66-90	Hemen hemen her zaman %91-100
--------------------------	--------------	--------------------------------	----------------------	-------------------------------------

1-Ne hissettiğim konusunda netimdir.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

2-Ne hissetti imi dikkate alırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

3-Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

4-Ne hissettiğim konusunda hiç bir fikrim yoktur.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

5-Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

6-Ne hissetti ime dikkat ederim.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

7-Ne hissetti imi tam olarak bilirim.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

8-Ne hissetti imi  nemserim.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

9-Ne hissettiğim konusunda karmaşa ya arım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

10-Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

11-Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

12-Kendimi kötü hissettiğim zaman utanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

13-Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

14-Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkmaya başlarım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

15-Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

16-Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

17-Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

18-Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

19-Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

20-Kendimi kötü hissediyor olsam da yine de işlerimi yapabilirim.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

21-Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

22-Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağıma inanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

23-Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

24-Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

25-Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için suçluluk duyarım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

26-Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

27-Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

28-Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiç bir şey olmadığına inanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

29-Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

30-Kendimi kötü hissettiğimde kendim için çok fazla endişelenmeye başlarım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

31-Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

32-Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

33-Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

34-Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırıyorum.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

35-Kendimi kötü hissettiğimde bu duygunun geçmesi çok uzun zaman alır.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman

36-Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.

O hiçbir zaman O bazen O yaklaşık O çoğu zaman O her zaman



EK-8. Connor ve Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirlen bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

	Hiç doğru değil	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Her zaman doğru
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. stres olduğumda beni rahatlatarak en az bir tane yakın ve güvенеbileceğim ilişkim var.	1	2	3	4	5
3. Sorunlarım açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardımcı olabilir	1	2	3	4	5
4. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.	1	2	3	4	5
5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	1	2	3	4	5
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman olayların komik yönlerini görmeye çalışırım	1	2	3	4	5
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	1	2	3	4	5
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	1	2	3	4	5
9. İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
10. sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım	1	2	3	4	5
11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	1	2	3	4	5
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.	1	2	3	4	5
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim	1	2	3	4	5
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	1	2	3	4	5
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem	1	2	3	4	5
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	1	2	3	4	5
18. gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.	1	2	3	4	5
19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim	1	2	3	4	5
20. Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerinden hareket etmek gerekir	1	2	3	4	5
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.	1	2	3	4	5
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5

EK-9. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamınız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içerisine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

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

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

EK-10. Hamilton Anksiyete Ölçeği

HAMILTON ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İsim: _____ Tarih: _____

- 0- Yok
1- Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2- Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3- Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4- Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

1) Anksiyeteli mizaç 0 1 2 3 4

(Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi,
korkulu bekleyiş, irritabilite)

2) Gerilim 0 1 2 3 4

(gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri,
kolayca ağlamaya başlama, ürperme,
yerinde duramama, gevşeyememe)

3) Korkular 0 1 2 3 4

(karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan,
hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan)

4) Uykusuzluk 0 1 2 3 4

(uykuya dalmakta güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan
uyku, uyanıldığında bitkinlik, karabasanlar, kabuslar, gece korkuları)

5) Entellektüel (kognitif) 0 1 2 3 4

(konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması)

6) Depresif mizaç 0 1 2 3 4

(ilgi yitimi, hobilerden zevk almama, depresyon, erken uyanma,

gün içinde dalgalanmalar)

7) Somatik	0	1	2	3	4
------------	---	---	---	---	---

(ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar,
diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu, kulak çınlaması,
görme bulanıklığı, sıcak soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları,
karıncalanma duyumu)

8) Kardiyovasküler semptomlar	0	1	2	3	4
-------------------------------	---	---	---	---	---

(taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi,
baygınlık duygusu, ekstrasistoller)

9) Solunum semptomları	0	1	2	3	4
------------------------	---	---	---	---	---

(göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne)

10) Gastrointestinal semptomlar	0	1	2	3	4
---------------------------------	---	---	---	---	---

(yutma güçlüğü, barsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyumları,
karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı)

11) Genitoüriner semptomlar	0	1	2	3	4
-----------------------------	---	---	---	---	---

(sık işeme, amenore, menorai, firidite gelişimi, erken boşalma,
libido kaybı, empotans)

12) Otonomik semptomlar	0	1	2	3	4
-------------------------	---	---	---	---	---

(ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi,
gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması)

13) Görüşme sırasındaki davranış	0	1	2	3	4
----------------------------------	---	---	---	---	---

(yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler,
alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu,
yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus)

TOPLAM PUAN:

Psişik (1,2,3,5,6):

Somatik (4,7,8,9,10,11,12,13):

EK-11. Hamilton Depresyon Ölçeği

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim: _____ Tarih: _____

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psikik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
 - 1- Hafif
 - 2- İlimli
 - 3- Şiddetli
 - 4- Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

- 0- Yok
1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
1- Hafif
2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

- 0- Yok
1- Kuruntulu.
2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

- A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0- Kilo kaybı yok.
1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.
1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklerle, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahat ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru: