

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI



PSORİASİS HASTALIĞINDA
ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR DUYGU
DÜZENLEME STRESLE BAŞ ETME YAŞAM KALİTESİ VE
PSİKOLOJİK BELİRTİLER

DOKTORA TEZİ

AYŞE KAYNAK

İSTANBUL, 2022

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI



PSORİASİS HASTALIĞINDA
ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR DUYGU
DÜZENLEME STRESLE BAŞ ETME YAŞAM KALİTESİ VE
PSİKOLOJİK BELİRTİLER

DOKTORA TEZİ

AYŞE KAYNAK

İSTANBUL, 2022

KABUL VE ONAY

AYŞE KAYNAK tarafından hazırlanan “PSORİASİS HASTALIĞINDA ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR DUYGU DÜZENLEME STRESLE BAŞ ETME YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOLOJİK BELİRTİLER” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 04.02.2022 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği /oy çokluğu ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Bengi PİRİM
DÜŞGÖR

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Zeliha BABAYİĞİT

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Elif EROL KOCA

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Muzaffer ŞAHİN

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Tubanur BAYRAM
KUZGUN

.....

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali AKDEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum “**Psoriasis Hastalđında Erken Dönem uyumsuz Şemalar Duygu Düzenleme Stresle Baş etme Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Belirtiler**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

04.02.2022

Ayşe KAYNAK

ÖZET

PSORİASİS HASTALIĞINDA ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR DUYGU DÜZENLEME STRESLE BAŞ ETME YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOLOJİK BELİRTİLER

DOKTORA TEZİ

AYŞE KAYNAK

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

(DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ BENGİ PİRİM DÜŞGÖR)

İSTANBUL, 2022

Bu araştırmanın amacı, psoriasis hastalarında Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, psikolojik belirtiler, yaşam kalitesi, hastalığın şiddeti, işlev kaybı, stresle baş etme tarzları ve duygu düzenleme güçlüğüne incelemektir. Araştırmanın katılımcıları araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve katılma kriterlerini karşılayan 25- 45 yaş 100 psoriasis hastası ve kontrol grubunda ise deri hastalığı olmayan 107 kişi olmak üzere toplam 207 kişiden oluşmaktadır. Yapılan analizler sonucunda Erken Dönem Uyumsuz Şemalardan Duygusal Yoksunluk, Onay Arayıcılık, Karamsarlık, Kendini Fedâ, Cezalandırıcılık ve Yüksek Standartlar şemalarının kontrol grubuna göre psoriasis tanılı grupta bulunan katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. Duygu düzenleme güçlüklerinden açıklık ve kabul etmeme alanlarının kontrol grubuna göre tanılı grupta bulunanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. Stresle baş etme tarzlarından sosyal destek aramaya başvurma ve problem odaklı baş etmenin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kontrol grubunda olan katılımcılar lehine farklılaştığı belirlenmiştir. Karamsarlık ve cezalandırıcılık şemalarının psikolojik belirtilerde genel semptomu anlamlı yordadığı, duygu düzenleme güçlüğü dürtü alt boyutu ile stresle duygu odaklı baş etmenin de genel semptomların anlamlı yordayıcısı olduğu saptanmıştır. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların duygu düzenleme güçlüğü, stresle duygu odaklı baş etme ve psoriasis işlev kaybı üzerinde; stresle duygu odaklı baş etmenin ise psoriasis yaşam kalitesinde bozulmada ve psoriasis alan şiddeti üzerinde anlamlı yordayıcılık etkisinin olduğu görülmüştür. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ile psoriasis tanılı hastalarda yaşam kalitesindeki bozulma arasındaki ilişkide, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ile psoriasis alan

şiddeti arasındaki ilişkide duygu odaklı stresle baş etme tarzının tam aracılık etkisinin olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Stresle Baş Etme, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Yaşam Kalitesi, İşlev Kaybı.

ABSTRACT

EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS EMOTION REGULATION COPING WITH STRESS QUALITY OF LIFE AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS IN PSORIASIS DISEASE

**PH.D THESIS
AYŞE KAYNAK
GRADUATE SCHOOL, ISTANBUL AREL UNIVERSITY
PSYCHOLOGY
(SUPERVISOR: DR. ÖGR. ÜYESİ BENGİ PİRİM DÜŞGÖR)**

İSTANBUL, 2022

The aim of this study is to examine Early Maladaptive Schemas, psychological symptoms, quality of life, severity of the disease, loss of function, stress coping styles and emotion regulation difficulties in psoriasis patients. The participants of the study consisted of 207 people aged 25 to 45, 100 psoriasis patients and 107 people as controls without skin disease, who voluntarily agreed to participate in the study and met the criteria for participation. As a result of the analyses, it was found that Emotional Withdrawal, Approval Seeking, Pessimism, Self-Sacrifice, Punishment and High Standards schemes from Early maladaptive Schemas differed statistically and significantly in favor of the participants in the psoriasis diagnosed group compared to the control group. It was found that the areas of openness and non-acceptance of emotion regulation difficulties differed statistically and significantly in favor of those in the diagnosed group compared to the control group. It was determined that the styles of coping with stress, resorting to seeking social support, and problem-oriented coping differed statistically significantly in favor of participants who were in the control group. It has been found that pessimism and punishment schemes significantly predict the overall symptom in psychological symptoms, and emotion-oriented coping with stress with the impulse sub-dimension of emotion regulation difficulty is also a significant predictor of overall symptoms. It has been observed that Early Maladaptive Schemas have a significant predictive effect on emotion regulation difficulties, emotion-oriented coping with stress, and psoriasis function loss; emotion-oriented coping with stress has a significant predictive effect on psoriasis quality of life and psoriasis area severity. The deterioration in the life quality of patients with psoriasis with Early

Maladaptive Schemas, in the relationship between Early Maladaptive Schemas with psoriasis area severity, the emotion-focused coping with stress was found to have a full mediating effect.

Key Words: Psoriasis, Early Maladaptive Schemas, Coping with Stress, Emotion Regulation Difficulties, Quality of Life, Loss of Function.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ.....	x
ÖNSÖZ.....	xi
1 GİRİŞ.....	1
1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi	3
1.2 Araştırma Soruları ve Hipotezler	4
1.3 Çalışma Planı	6
2 TEMEL İLKELER VE KAVRAMLAR.....	8
2.1 Psikosomatik Tarihçesi	8
2.2 Psikodermatoloji	9
2.3 Psoriasis Tanımı ve Klinik Belirtiler	11
2.3.1 Psoriasis Epidemiyolojisi	13
2.3.2 Psoriasis Etiyoloji.....	14
2.3.3 Psoriasis Seyir ve Prognoz	14
2.3.4 Psoriasis Komorbiditesi.....	15
2.3.5 Psoriasis Klinik Skorelama	16
2.3.6 Psoriasis Tedavi.....	16
2.3.7 Psoriasis Psikolojik Belirtilerle İlişkisi ve Yapılmış Bazı Araştırmalar	17
2.4 Psikosomatik Kavramı ve Etiyolojisi	19
2.4.1 Psikanalitik Kuram ve Psikosomatik.....	19
2.4.2 Pierre Marty'nin Geliştirdiği Kavramlar	21
2.4.3 Anzieu'nun Deri-Ben Kavramı	23
2.5 Şema Kavramı ve Şema Modeli	24
2.5.1 Şema Terapi ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	25
2.5.2 Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	27
2.5.2.1 Alan I: Ayrılma ve Reddedilme.....	27
2.5.2.2 Alan II: Zedelenmiş Özerklik ve Performans.....	29
2.5.2.3 Alan III: Zedelenmiş Sınırlar.....	30
2.5.2.4 Alan IV: Başkalarına Yönelimlilik.....	31
2.5.2.5 Alan V: Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık.....	33
2.5.3 Erken Dönem Uyumsuz Şemalarla Psikosomatik ve Psikopatoloji Arasındaki İlişki.....	34

2.6	Duygu Düzenleme	37
2.6.1	Duygu Düzenleme Stratejileri	39
2.6.2	Duygu Düzenleme Güçlüğü	41
2.6.3	Duygu düzenleme güçlüğü ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar İlişkisi	42
2.6.4	Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psoriasis İlişkisi	43
2.7	Stress ve Psoriasis İlişkisi	44
2.8	Yaşam Kalitesi ve Psoriasis İlişkisi	47
3	YÖNTEM.....	48
3.1	Araştırma Modeli	48
3.2	Çalışma Grubu �rnekleme	48
3.3	Veri Toplama Araçları	50
3.3.1	Demografik Veri Formu	50
3.3.2	Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŐI).....	50
3.3.3	Psoriasis İŞlev Kaybı İndeksi (PİKİ).....	50
3.3.4	Young Şema �lçeği Kısa Form (YŐ� – KF3).....	51
3.3.5	Duygu Düzenleme Güçlüğü �lçeği (DDGÖ).....	51
3.3.6	Belirti Tarama Envanteri (SCL-90).....	52
3.3.7	Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalite �lçeği.....	53
3.3.8	Stresle Başa Çıkma Tarzları �lçeği	54
3.4	Verilerin Toplanması	54
3.5	Verilerin Analizi	55
4	BULGULAR	56
4.1	Verilerin Dağılımının Değerlendirilmesi	56
4.2	Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Gruplara Göre Farklılaşması	57
4.3	Duygu Düzenleme G�çl�ğ�n�n Gruplara Göre Farklılaşması	58
4.4	Stresle Baş Etme Tarzlarının Gruplara Göre Farklılaşması	59
4.5	Psikolojik Belirtilerin Gruplara Göre Farklılaşması	59
4.6	Psoriasis Tanılı Gruptaki Katılımcıların Psoriasis İŞlev Kaybı, Hastalık Şiddeti, Yaşam Kalitesi, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Stresle Baş etme Tarzları ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkiler	60
4.7	Psoriasis Tanılı Gruptaki Katılımcıların Psoriasis İŞlev Kaybı, Hastalık Şiddeti, Yaşam Kalitesi, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Stresle Baş Etme Tarzları ve Psikolojik Belirtilerin Cinsiyete Göre Farklılaşması	62
4.8	Psoriasis Tanılı Gruptaki Katılımcıların Psoriasis İŞlev Kaybı, Hastalık Şiddeti, Yaşam Kalitesi, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Stresle Baş Etme Tarzları ve Psikolojik Belirtilerin Psikiyatrik bir Hastalığı Olanlara Göre Farklılaşması	63
4.9	Psoriasis Tanılı Gruptaki Katılımcıların Psoriasis İŞlev Kaybı, Hastalık Şiddeti, Yaşam kalitesi, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Stresle Baş Etme Tarzları ve Psikolojik Belirtilerin Medeni Duruma Göre Farklılaşması	64

4.10 Psoriasis Tanılı Gruptaki Katılımcıların Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Duygu Düzenleme Güçlüğü Stresle Baş Etme Tarzlarının Psikolojik Belirtiler Üzerindeki Yordayıcılık Etkisi	65
4.11 Hipotetik Model Testleri.....	66
4.12 Yapısal Model Testleri.....	67
4.12.1 Model İçin Dolaylı Etkilerin Anlamlılığı.....	68
5 TARTIŞMA ve SONUÇ.....	69
5.1 Sonuç	90
5.2 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler.....	93
6 KAYNAKLAR.....	95
7 EKLER.....	111
EK A Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	111
EK B Kişisel Bilgi Formu	113
EK C YSO.....	115
EK D Duygu Düzenleme Güçlüğü (DDGÖ)	124
EK E Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi	127
EK F Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalite Ölçeği	130
EK G Stresle Baş Etme Tarzı Ölçeği	131
EK H SCL-90-R.....	132
8 ÖZGEÇMİŞ.....	136

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1 Sık görülen Psikodermatoloji hastalıkları	11
Şekil 2.2 Gross'un duygu düzenleme süreç modeli	41
Şekil 3.1 Hipotez model	48
Şekil 4.1 Standardize edilmiş yol katsayıları	67



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.1	Çalışma grubuna ilişkin demografik özellikler	49
Tablo 4.1	Modellerde yer alan değişkenlere ait betimsel istatistikler	56
Tablo 4.2	Erken dönem uyumsuz şemaların gruplara göre farklılaşması bağımsız örneklem için t testi sonuçları.....	57
Tablo 4.3	Duygu düzenleme güçlüklerinin gruplara göre farklılaşması bağımsız örneklem için t testi sonuçları.....	58
Tablo 4.4	Stresle baş etme tarzlarının gruplara göre farklılaşması bağımsız örneklem için t testi sonuçları	59
Tablo 4.5	Psikolojik belirtilerin gruplara göre farklılaşması bağımsız örneklem için t testi sonuçları	60
Tablo 4.6	Tanılı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiler	61
Tablo 4.7	Tanılı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşması.....	63
Tablo 4.8	Tanılı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtilerinin psikiyatrik bir hastalığı olma göre farklılaşması	64
Tablo 4.9	Tanılı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtilerinin medeni durumlarına göre farklılaşması.....	65
Tablo 4.10	Tanılı grupta yer alan katılımcıların erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzlarının psikolojik belirtileri üzerindeki yordayıcılığı.....	66
Tablo 4.11	Modellerde yer alan değişkenler arası ilişkiler pearson korelasyon analizi sonuçları	66
Tablo 4.12	Bootstrap test sonuçları	68

KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ

DDGÖ	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
PASİ	: Psoriasis Alan Şiddet İndeksi
PIKİ	: Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi
SBÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SCL-90	: Belirti Tarama Envanteri
YŞÖ KF3	: Young Şema Ölçeği Kısa Form 3



ÖNSÖZ

Doktora sürecimde, tez çalışmamın pandemi ve karantina etkisi altında uzun ve zorlu geçmiş olmasına rağmen tezimi tamamlamış olmaktan mutluluk duyuyorum. Doktora tez süresince desteğini, anlayışını, bilgisini esirgemeyen, katkı ve eleştirileriyle tez sürecimi tamamlama destek olan tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Bengi PİRİM DÜŞGÖR'e ve Tez İzleme Komitesi Hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Elif KOCA'ya, Dr. Öğr. Üyesi Zeliha BABAYİĞİT'e teşekkürlerimi sunarım. Savunma jürisinde olan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Tubanur BAYRAM'a, Dr. Öğr. Üyesi Muzaffer ŞAHİN'e ve yedek savunma jürisinde olan kıymetli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Alp Giray KAYA'a, Doç. Dr. İrem ERDEM ATAK'a teşekkür ederim.

Doktora eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, şefkat, anlayış ve desteklerini esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Ebru ŞALCIOĞLU'na, Dr. Öğr. Üyesi Bahar KÖSE KARACA'ya, Prof. Dr. Ömer Faruk ŞİMŞEK'e, Dr. Murat DOKUR'a, teşekkürlerimi sunarım. Araştırmanın verilerini oluşturarak var oluşuna katkı sağlayan değerli katılımcılara ve katılımcılara ulaşmamı sağlayan İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı hocalarından Doç. Dr. Algün POLAT EKİNCİ'ye, Dr. Kübra GÜL'e, Yeni Yüzyıl Üniversitesi Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi Dermatoloji Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Özlem YILMAZ ALBAYRAK'a ve ayrıca bilgi, deneyim ve manevi desteği için Dermatolog Dr. Ümmühan KAYA'ya teşekkür ederim.

Doktora sürecinin zorluklarını birlikte aştığım ve güzelliklerini paylaştığım doktora dönemi arkadaşlarıma destek, moral ve paylaşımlarından dolayı teşekkür ederim.

Son olarak doktora sürecimde, hastalık ve kayıplarında, desteklerini ve her koşulda yanımda olduklarını bana hissettiren değerli ailem, eşim İlker KAYNAK'a oğlum Melih KAYNAK'a ve kızım İdil KAYNAK'a en içten teşekkürlerimi sunarım. İyi ki varsınız ve iyi ki benim ailemsiniz.

04.02.2022

Ayşe KAYNAK

1 GİRİŞ

Deri dışardan rahatlıkla görülebilen dokunulabilen iç ve dış dünya arasında önemli bir tampon görevi üstlenir. Gerek fiziksel gerek emosyonel uyarılar karşısında gözle görünür ilk tepkiyi deri verir, emosyonel durumun aynası gibidir. Bedeni dış dünyadan ayıran, sınır oluşturan deride birçok psikosomatik hastalık vardır (Çevik, 1998: 783-784). Deri hastalıkları ve psikoloji arasındaki ilişki, günümüze kadar birçok araştırmaya konu olmuş ve son zamanların da en önemli tartışma ve araştırma konularından biri olmaya devam etmektedir. Öyle ki psikopatolojik hastalıklar hem deri hastalıklarının ortaya çıkmasında, alevlenmesinde rol oynayabilmekte hem de deri hastalıkları, kişide psikopatolojik hastalıklara neden olabilmektedir ve bu iki yönlü etki halen araştırmalardaki önemini korumaktadır (İşçimen ve Kayaalp, 2008: 2096).

Deri, duyu organları içerisinde yaşamsal anlamda en önemli olan duyu organıdır. Görme ve işitme kaybı, tat ve koku alma duyuları olmadan yaşanabilir ancak derinin büyük bir bölümünün olmadığı bir durumda hayatta kalmak mümkün olmayabilir. Dokunma, basınç, acı, sıcaklık, soğukluk gibi daha çok sayıda duyudan oluşur (Anzieu, 2008: 49). Deri, fiziksel olmasının yanında duygusal olarak da kişinin dış dünyayla olan sınırlarını tayin eder. İç ve dış dünya arasında koruyucu işleve sahip olan deri, fiziksel ve duygusal uyarılara karşı tepki verir. Korku, öfke ve utanç durumunda deri renginde solgunluk ya da kızarma gibi değişimler olur (Çevik, 1998: 783). Deri aynı zamanda sınır belirleme, duyguları ifade etme ve iletişimde önemli işlevlere sahiptir. Psikolojik çevre ve ilişkiler bazı durumlarda deri hastalıklarına neden olabilir. Başka bir ifade ile deri hastalıklarının oluşmasında psikolojik ve nörolojik hastalıklar etkili olabilir (Fouere ve diğerleri, 2005).

Psoriasis, psikosomatik yönü ağır basan kronik bir hastalık olarak birçok araştırmaya konu olmuştur (Koblenzer, 1983; Şendur ve diğerleri, 1990). Psoriasis hastalığının psikolojik, sosyal ve kültürel sonuçlarının karmaşıklığı göz korkutucu değilse de etkisi önemlidir (Ginsburg, 1995). Psikolojik stresin psoriasis hastalarının tedavilerini önemli ölçüde etkilediği ifade edilmiştir (Al'Abadie, 1994). Ayrıca depresyon, anksiyete, OKB, alkol bağımlılığı gibi çeşitli psikolojik bozuklukların

Psoriasis hastalarında daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Vidoni ve diğerleri, 1989; Higgins ve du Vivier, 1994; Devrimci-Özgüven ve diğerleri, 2000).

Psoriasis ve diğer deri hastalıklarının stresle olan ilişkisi araştırmalara konu olmuştur (Mercan ve Kıvanç, 2006). Stres ayrıca atopik egzama, psoriasis ve akne vulgaris gibi birçok süreğen hastalığında alevlenmesine yol açmaktadır. Bununla birlikte bireylerin strese yüklediği anlamın stres yaratan durumdan daha önemli olduğu bildirilmiştir.(Mercan ve Kıvanç, 2006).

Alanyazında Jean Piaget'den bu yana köklü bir geçmişi olan şema kavramı Beck'den sonra kuramsal yerini Young'un Şema modeli ile bulmuştur. Young, Klosko ve Weishar (2003) birçok psikopatolojik hastalığın altında yatan etkenin erken dönem uyumsuz şemalar olduğunu ifade etmişlerdir. Erken dönem uyumsuz şemalar, günümüzde birçok araştırmaya konu olmuş ve konu olmaya devam etmektedir. Kişilik bozuklukları, duygu durum bozuklukları, bedensel belirti bozuklukları, psikosomatik deri hastalıkları gibi birçok bozukluklarla ilişkili olduğu araştırılmıştır (Young, Klosko ve Weishar, 2003; Soygüt ve diğerleri, 2009; Jojev ve Jackson, 2004; Hedley ve diğerleri, 2001; Glaser ve diğerleri, 2002; Kapçı ve Hamamcı, 2010; Shahamat, 2011; Mizara ve diğerleri, 2012).

Psoriasisın bilinen psikososyal etkileri göz önüne alındığında, duygusal düzenlemelerdeki güçlük riski ortaya çıkabilir. Bu nedenle yaşam kalitesini etkileyen ilgili zorlukları belirlemek için bu hastalarda duygusal düzenlemeyi incelemek önemlidir. Duygusal düzenleme, bireylerin duygularını kontrol etme süreçlerini, duygularını ne zaman ve nasıl deneyimlediklerini gösterme ve ifade etmeleridir (Gratz ve Roemer, 2004). Duygu düzenlemeyi daha geniş anlamda, duyguların farkındalığı, duyguların anlaşılması ve kabul edilmesi; dürtüsel davranışları kontrol edebilme becerisi; olumsuz duyguları yaşarken belirlenmiş amaçlara göre hareket etmek ve çeşitli durumlara uygun duygu düzenleme stratejilerinin kullanılmasıdır. Bu becerilerin herhangi birinin yokluğu duygu düzenlemede güçlüğe işaret edebilir (Gratz ve Roemer, 2004). Psoriasisli hastalar kendilerini çaresiz, utanan, öfkeli veya agresif hissetme eğilimindedirler (Barankin ve De Koven, 2002). Bu nedenle duygu düzenleme güçlükleri olabilir.

Psoriasis, psikolojik olduğu kadar mesleki, sosyal ve fiziksel işlevselliği de olumsuz yönde etkileyen ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde önemli bozulmalara

neden bir hastalıktır. Yaşam kalitesi, psoriasisin görünürlüğünün, damgalanmanın ve kronikliğinin yanı sıra yaşam boyu tedavi gerektirmesi bakımından ciddi ölçüde olumsuz etkilenmektedir (Skevington ve diğerleri, 2006).

1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Literatür incelendiğinde erken dönem uyumsuz şemalar ve duygu düzenleme güçlüğü ile çeşitli psikopatolojik bozuklukların ilişkisini inceleyen birçok araştırma olmakla birlikte, bu değişkenlerin Psoriasis hastalığıyla ilişkisini inceleyen yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Psoriasisli hastaların olumsuz etkilenen içsel dinamiklerinin, yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve hastalığın şiddetinin azalması yönünde, stresle başa çıkmalarında şema terapinin de olumlu etki sağlayabileceği ve ek olarak araştırmanın alana katkı sağlayabileceği düşüncesinden yola çıkarak, erken dönem uyumsuz şemalar ile psoriasis hastalarının yaşam kalitesi, işlev kaybı, hastalığın şiddeti arasında duygu düzenleme güçlüğü ve stresle baş etme tarzlarının aracılık etkisinin incelenmesi ve ayrıca bu değişkenlerle sağlıklı kontrol grubu ve psoriasis tanılı grubun incelenmesi amaçlanmıştır.

Psoriasis kronik bir deri hastalığıdır ve psoriasis hastalığı olan bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarının hastalık üzerindeki yordayıcı etkisinin nasıl olduğu merak uyandırmıştır. Bazı çalışmalarda psoriasis tanısı almış bireylerle çocukluk çağı travma ilişkisinde analiz sonuçları istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur (Sesliokuyucu, 2016). Bu durum araştırmacıya psoriasis hastalığının oluşumunda, alevlenmesinde, yaşam kalitesine etkisinde, işlev kaybında; erken dönem uyumsuz şemaların stresle baş etme tarzlarının ve duygu düzenleme güçlüğü rolünün araştırılabileceğini düşündürmüştür. Özellikle Psoriasis hastalığında sıklıkla görülen stres, kaygı, depresyon ve çocukluk çağı travmaları gibi belirtilerin erken dönem uyumsuz şemalar ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar göz önüne alındığında psoriasis'in erken dönem uyumsuz şemalarla, duygu düzenleme güçlüğüyle ve stresle baş etme tarzlarıyla ilişkisinin incelenebileceği akla gelmektedir.

Bu düşünceler doğrultusunda, alanyazındaki bilgiler ışığında, bu araştırmanın amacı, psoriasis hastalığı olan bireylerle, erken dönem uyumsuz şemalar, ruhsal belirtiler, yaşam kalitesi, hastalığın şiddeti, işlev kaybı, stresle baş etme tarzları ve duygu düzenleme güçlüğü ilişkisini incelemektir. Ardından erken dönem uyumsuz

şemalar ile psoriasis hastalığının şiddeti, işlev kaybı, yaşam kalitesi arasında duygu düzenleme güçlüğüne ve stresle baş etme tarzlarının aracı rolünü araştırmaktır.

Psoriasis hastalığı, hayati tehlike oluşturmasa da hastalıkta relapsların (hastalığın tekrar etmesi) olması kronik olması ve ciltte dışardan görünebilir lezyonlarının sosyal ortamlarda sıkıntıya yol açabilir olması gibi nedenlerle, hastaların yaşamlarını hemen hemen her açıdan olumsuz etkilemektedir, bu nedenle üzerinde durulması ve önemsenmesi gereken bir hastalıktır.

Bu konularda yapılan çalışmaların psoriasisle ilgili farkındalığı artırabileceği, farklı çözüm alternatiflerinin geliştirilmesi ile birlikte bu kronik hastalığı yaşayan kişilerin bozulan yaşam kalitelerinde anlamlı ve iyi yönde artış olabileceği tahmin edilmektedir. Bu nedenle bu araştırmanın amacı psoriasis hastalarında, erken dönem uyumsuz şemalarla, stresle baş etme tarzlarının ve duygu düzenleme güçlüğüne ilişkin ilişkisini araştırmaktır. Araştırmada ayrıca psoriasis tanısı almış bireylerde hastalığın şiddeti, işlev kaybı ve yaşam kalitesi ile erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme becerileri ve genel psikolojik belirtileri arasındaki ilişkilerin incelenmiştir. Elde edilen bulguların hem alana katkısının olması hem de bu hastalığa sahip kişilerin şema terapidene de faydalanması açısından önemli olduğu düşünülmüştür.

1.2 Araştırma Soruları ve Hipotezler

Araştırmanın iki temel amacı bulunmaktadır, bunlardan birincisi Psoriasis tanısı almış bireylerde hastalığın şiddeti, işlev kaybı ve yaşam kalitesi ile erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme becerileri ve genel psikolojik belirtileri arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. İkincisi ise, ilk amaçla da ilintili olarak, Psoriasis hastalığının şiddeti, yaşam kalitesi ve işlev kaybı ile erken dönem uyumsuz şema alanları arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüklerinin ve stresle baş etme tarzlarının aracı etkisinin test edilmesidir. Bu genel amaçlar doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularına cevap alınacaktır:

1. Psoriasis tanısı olan ve olmayan kişilerin erken dönem uyumsuz şema, duygu düzenleme, psikolojik belirti ve stresle baş etme düzeyleri nasıldır?
2. Psoriasis tanısı olan ve olmayan kişilerin erken dönem uyumsuz şemalara sahip olma düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

3. Psoriasis tanısı olan ve olmayan kişilerin duygu düzenleme güçlüğü düzeyleri ve psikolojik belirti düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
4. Psoriasis tanısı olan kişilerde, erken dönem uyumsuz şemaların, duygu düzenleme güçlüklerinin ve stresle baş etme tarzlarının hastalığa bağlı yaşam kalitesi üzerinde yordayıcılık etkisi var mıdır?
5. Psoriasis tanısı olan kişilerde erken dönem uyumsuz şemalar ile hastalığa bağlı işlev kaybı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlükleri ve stresle başa çıkmanın aracı etkisi var mıdır?
6. Psoriasis tanısı olan kişilerde erken dönem uyumsuz şemalar ile hastalığa bağlı yaşam kalitesi arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlükleri ve stresle başa çıkmanın aracı etkisi var mıdır?
7. Psoriasis tanısı olan kişilerde erken dönem uyumsuz şemalar ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlükleri ve stresle başa çıkmanın aracı etkisi var mıdır?
8. Psoriasis tanısı olan kişilerde erken dönem uyumsuz şemalar duygu düzenleme güçlüklerinin ve stresle baş etme tarzlarının, psikolojik belirtiler üzerinde yordayıcı etkisi var mıdır?

Bu araştırma sorularına bağlı olarak araştırmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir:

1. Psoriasis tanısı olan ve olmayan kişilerin erken dönem uyumsuz şema, duygu düzenleme, psikolojik belirti ve stresle baş etme düzeyleri farklılaşmaktadır.
2. Psoriasis tanısı olan ve olmayan kişilerin erken dönem uyumsuz şemalara sahip olma düzeyleri farklılaşmaktadır. Psoriasis tanısı olan bireylerin erken dönem uyumsuz şemalara sahip olma düzeyleri daha yüksektir.
3. Psoriasis tanısı olan kişilerin duygu düzenleme güçlüğü düzeyleri ve psikolojik belirti düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.
4. Psoriasis tanısı olan kişilerde, erken dönem uyumsuz şemaların, duygu düzenleme güçlüklerinin, stresle baş etme tarzlarının hastalığın şiddeti üzerinde yordayıcılık etkisi vardır.

5. Psoriasis tanısı olan kişilerde, erken dönem uyumsuz şemaların, duygu düzenleme güçlüklerinin, stresle baş etme tarzlarının hastaların yaşam kalitesi üzerinde yordayıcılık etkisi vardır.
6. Psoriasis tanısı olan kişilerde, erken dönem uyumsuz şemaların, duygu düzenleme güçlüklerinin, stresle baş etme tarzlarının hastaların işlev kaybı üzerinde yordayıcılık etkisi vardır.
7. Psoriasis tanısı olan kişilerde erken dönem uyumsuz şemalar ile hastalığa bağlı işlev kaybı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlükleri ve stresle başa çıkmanın aracı etkisi vardır.
8. Psoriasis tanısı olan kişilerde erken dönem uyumsuz şemalar ile hastalığa bağlı yaşam kalitesi arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlükleri ve stresle başa çıkmanın aracılık etkisi vardır.
9. Psoriasis tanısı olan kişilerde erken dönem uyumsuz şemalar ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlükleri ve stresle başa çıkmanın aracılık etkisi vardır.
10. Psoriasis tanısı olan kişilerde erken dönem uyumsuz şemaların, duygu düzenleme güçlüklerinin ve stresle baş etme tarzlarının, psikolojik belirtiler üzerinde yordayıcı etkisi vardır.

1.3 Çalışma Planı

Psoriasis hastalığında, erken dönem uyumsuz şemaların, duygu düzenleme güçlüğüünün, stresle baş etme tarzlarının, yaşam kalitesinin ve psikolojik belirtilerin araştırıldığı bu çalışmanın giriş bölümünde; Araştırmanın amacı ve önemi, araştırma soruları ve hipotezlerine yer verilmiştir. İkinci bölümde; Psikodermatoji, psoriasisin tanımı, tarihçesi epidemiyolojisi, komorbiditesi ve psoriasisin psikolojik belirtilerle ilişkisi üzerinde durulmuştur. Psikosomatik kavramı, etyolojisi, dinamik ve psikanalitik yaklaşımlar, Marty'nin psikosomatik kavramları ve Anzieu'nun Deri-ben kavramına yer verilmiştir. Erken dönem uyumsuz şemalar ve şema alanları, psikopatolojiyle ilişkisi, duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi ve duygu düzenleme güçlüğüünün psoriasisle ilişkisi, stres ve yaşam kalitesinin psoriasisle ilişkisi ele alınmıştır. Üçüncü bölümde araştırmanın yöntemi, dördüncü bölümde bulgular ve

son bölümde araştırma bulgularının analiz sonuçlarının literatür ışığında değerlendirildiği tartışma sonuç ve önerilere yer verilmiştir.



2 TEMEL İLKELER VE KAVRAMLAR

2.1 Psikosomatik Tarihçesi

Tarihte beden ve ruhsal yapı esas alınarak hastalıklara yaklaşımda bütüncül ve birleştirici bir yaklaşım ve ona karşıt olan yaklaşım olmak üzere iki yol izlenmiştir. Bütüncül ve birleştirici yaklaşımda ruh ve beden birbirinden ayrılmaz, bedensel hastalığın ortaya çıkışında, şiddetlenmesinde ve alevlenmesinde ruhun etkilerini savunur. Karşıt yaklaşım ise ruh ve bedenin birbirinden bağımsız işlediğini savunur. Modern psikosomatik tıp beden ve ruh bütünlüğünün etkileşimine önem vermektedir (Picardi ve diğerleri, 2001).

Son 50 yıldır psikosomatik tıp öne çıkmaya başlamış olmasına karşın psikosomatik hastalıklarla ilgili kavramlar çok daha eski zamanlardan günümüze gelmektedir. Tarih öncesi zamanlarda bedensel hastalıkların tümünün kötü bir ruh tarafından zarar görülmesine dayanıyordu. Hatta hastalıklı bedenin kötü ruh tarafından kuşatıldığına inanılıyordu. Eski mısırlılarda da hastalık tanrıların cezalandırması ve ruhların etkisiyle olduğuna inanılıyordu (Kaplan, 2007). 17.yüzyılda William Harvey zihin beden ilişkisine dikkati çekerek zihne eşlik eden her duygulanımın hastalığa neden olup kişinin bedenini tüketebileceğinden söz etmiştir. 18.yüzyılda ise William Falconer emosyonların ve kişilik yapısının bedensel işleyişi etkileyerek hastalığa etkisi olabileceğini belirtmiştir (Steinberg ve diğerleri, 2013). İnsanlık tarihi kadar eski olan psikosomatik hastalıklar terimi ilk kez 1818 yılında Heinroth tarafından kullanılmıştır (Çevik, 1998: 769).

19.yüzyıl sonlarında Sigmund Freud'un (1865-1939) ruhsal ve bedensel hastalıklarda duyguların etkisini ve önemini ortaya atışı ruh ve beden ilişkisinin önem kazanmasını sağlamıştır. 1890'larda Freud emosyonların enfeksiyon hastalıklarına direnme gücü ile olan ilişkisinden bahsetmiştir. Bedenin değişik durumlarını dürtü kuramı doğrultusunda ele almış ve makalelerinde dört tip bedensel belirtiden bahseder; konversiyon- histeri belirtileri, güncel nevroz belirtileri, hipokondriak belirtiler ve organik hastalıklar (Özmen, 2015: 6-11).

Ruhsal, sosyal ve çevresel etmenlerin fizyoloji üzerindeki etkilerini araştıran Canon ve Selye Homoeostaz ve sters üzerine ilk bilimsel verileri 1932- 1950 de sunmaya başlamışlardır. Canon'a göre psikofizyolojik sistemin kendine göre bir denge durumu (homoeotasis) vardır. Dışardan gelen ya da içerden gelen herhangi bir uyararla sistemin dengesi bozulduğunda ya da bozma tehdidiyle karşılaştığında sistem kendi olanaklarını kullanarak dengesini korumaya çalışır veya değişen yeni duruma uyum sağlamaya çalışır. Eğer bunlarda başarılı olamazsa sistemde hastalığa yatkınlık ve işlev bozukluğu ortaya çıkar. Psikosomatik hastalıkların temelinde olan da homoeostatik dengenin bozulmasıyla sistemin bu bozulmaya karşı çözüm araması ya da adapte olmaya çalışmasıdır (İlal, 1998: 760).

1930'lardan sonra da psikosomatik akımının gelişimine katkıda bulunan araştırmalar devam etmiştir. Franz Alexander psikanalitik ve fizyopatolojik bakış aıllarını ilişkilendirmiş ve çalışma arkadaşlarıyla birlikte bazı zorlu yaşam koşullarıyla tetiklenebilecek, özgül ruhsal çatışmalarla ilgili olduğunu düşündükleri psikosomatik hastalıkları tanımlamışlardır (zmen, 2015: 7).

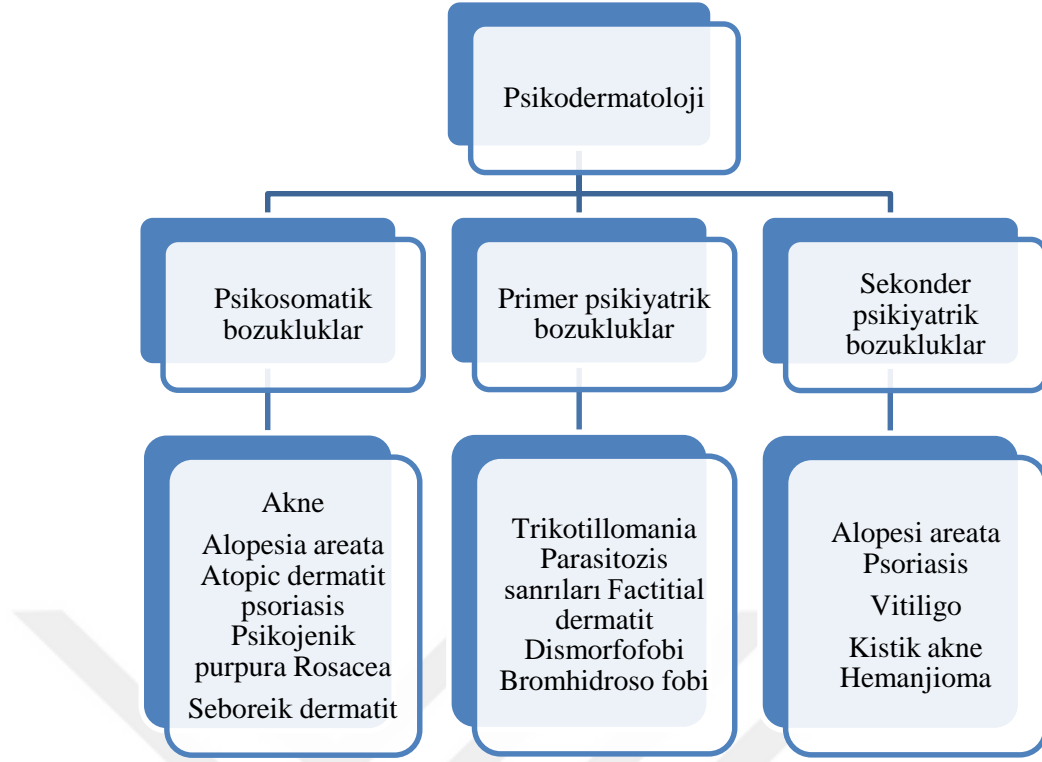
Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrinin kuruluşu 1940'lı yıllarda Helen Flanders Dunbar tarafından sağlanmış olup Dunbar psikolojik ve fizyolojik araştırmalar için yöntem geliştirmiş ve kişilik profilleri tanımlamıştır. "psikosomatik" terimi " Ulusal Amerikan Bilim Akademisi" tarafından "*hastalık ve sağlıkla ilgili biyomedikal ve davranış bilimi bilgi ve tekniklerinin birleştirilmesi ve geliştirilmesi, bu bilgi ve tekniklerin nleme, tanı ve rehabilitasyon açısından uygulanması ile ilgili disiplinler arası bir alan*" olarak tanımlanmıştır (Altunay, 2010). Bu gün psikoimmnoloji ve psikoendokrinoloji konusundaki bilgilerin artışıyla hastalık spektrumu genişlemiş ve birçok hastalık da psikosomatik hastalıklar grubuna girmiştir (İlal, 1998: 760; ztrk, 2016).

2.2 Psikodermatoloji

Psikodermatolojinin gelişiminin, psikosomatik tıbbın tarihsel gelişimiyle paralellik gösterdiği söylenebilir. Deri hastalıklarının ortaya çıkışında ruhsal etkilerin rolünün tartışıldığı ilk olgu olarak 1155 yılında yayınlanan İnan prensinin, babasının tahtını geri alması sonucunda yaşadığı yoğun sıkıntı sonucunda ortaya çıkan psoriasis hastalığı Shafii ve Shafii tarafından alıntılanarak 1979 yılında sunulmuştur (İşçimen ve Kayaalp, 2008: 2095-2099; Shafii ve Shafii, 1979).

Psikodermatoloji, hastalığın oluşumunda ve gidişatında ruhsal etkenlerin rol oynadığı ya da hastalığın ardından ruhsal bozukluğun ortaya çıktığı deri hastalıklarıyla ilgilenen alandır. Dermatolojileri biyo-psiko-sosyal bağış açısından ele alır ve değerlendirir (İşçimen ve Kayaalp, 2008: 2095-2099). Yapılan metaanaliz çalışmasında, 1970'li yıllarda deri hastalıklarının psikosomatik açıklamasında psikanalitik görüşün önemini yitirdiğı ve özellikle hastalık belirtileri ve hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan psikososyal sorunlarla baş etmede bilişsel davranışçı yönelimin değer kazanmaya başladığı belirtilmiştir (M.A. Gupta ve A.K. Gupta, 1996). Dermatolojik hastalıkların gelişiminde stres ve olumsuz düşüncelerin önemi dikkati çekmektedir. Akne, rozasea, egzama, psoriasis, ürtiker gibi birçok hastalığın oluşmasında birden fazla etken söz konusu olsa da, hastalığın psikososyal etkisi stresin artmasına neden olur ve hastalığın oluşumu ve seyri üzerinde hastanın duygular ve düşünceleri etkili olabilmektedir (Mercan ve Altunay, 2006).

Deri, duygusal uyarıcılara karşı duyarlılığı, öfke, korku, utanç ve hayal kırıklığı gibi duyguları ifade edebilme yeteneğı olan bir organdır ve nedenle ruhsal yaşamda önemli bir yeri vardır. Bebeklikten itibaren süren sosyalleşme sürecinde önemli bir rol oynar (akt. Mercan ve Kıvanç, 2006; akt. Basavaraj ve diğerleri, 2010). Psikodermatoloji zihin ve cilt arasındaki etkileşimi ele alır. Psikodermatoloji, dermatoloji ile psikiyatri ve psikoloji arasında etkileşim içerisinde. Dermatolojik hastalarda psikopatolojik bozuklukların görülme sıklığı yaklaşık olarak %30 ila %60 olarak tahmin edilmektedir (Korabel ve diğerleri, 2008). Her ne kadar evrensel olarak kabul görmüş bir sınıflandırma olmasa da ve koşulların bir çoğu farklı kategorilere ayrılrsa da en yaygın kabul gören sistem Koo ve Lee tarafından tasarlanandır buna göre Şekil 2.1 de en sık görülen psikodermatoloji hastalıkları verilmiştir (Basavaraj ve diğerleri, 2010).



Şekil 2.1 Sık görülen Psikodermatoloji hastalıkları

- 1- *Psikosomatik (psikofizyolojik) hastalıklar:* Stres gibi farklı duygusal durumları tetikleyen, psoriasisde olduğu gibi doğrudan zihinsel hastalıklarla birleşen cilt hastalıklarıdır.
- 2- *Primer psikiyatrik bozukluklar:* Kendi kendine indüklenen cilt bozukluklarından sorumlu olan bozukluklardır.
- 3- *Sekonder psikiyatrik bozukluklar:* Korku, depresyon veya intihar gibi düşüncelere neden olabilecek derinin yol açtığı bozukluklardır (akt. Basavaraj ve diğerleri, 2010).

2.3 Psoriasis Tanımı ve Klinik Belirtiler

Psoriasis, “keskin sınırlı, eritemli plak veya papüller üzerinde yerleşmiş parlak, sedefi-beyaz skuamlarla karakterize, kronik seyirli, inflamatuvar bir hastalıktır” şeklinde tanımlanmaktadır (Christophers ve diğerleri, 1999; Gülekon, 2008: 745-747). Skuamların (deri üzerinden dökülen pullar) sedefe benzeyen rengi olduğu için halk arasında “sedef hastalığı” olarak adlandırılmakta ve öyle bilinmektedir. Hastalığın özellikle seçtiği bölgeler, saçlı deri, diz, dirsek, sakral bölge ve eklemlerin dış yüzleridir. Lezyonlarda genellikle simetrik olarak dağılım seyredir

ve hastalar genellikle kaşıntı ve yanmadan yakınabilirler (Tüzün, 1998; Gülekon, 2008: 745-747). Psoriasis fiziksel olarak kısıtlılık vermez ancak kişilerin psikolojik durumları üzerinde çok önemli etkileri vardır ve hastalık en çok dirsek, alt bel ve göbek etrafı gibi vücut bölgelerinde halka şeklinde plaklar halinde görülür (Gupta, 2000).

Psoriasis, psoriasis vulgaris ve atipik psoriasis olmak üzere iki klinik formdadır. Psoriasis vulgaris en sık görülen ve tüm yaş gruplarında görülebilen, tipik kesin sınırlı, üzeri sedefi senkte skuamlarla kaplı plak şeklinde ortaya çıkabilen tipidir. Plakların kenarları hafif kabarık bazen soluk beyaz bir halkayla çevrelenmiş olarak izlenir (Anadolu Brasie, 2005; Bilen, 2005). Lezyonların şekil ve büyüklükleri farklılık gösterebilir. Çapları 2mm gibi çok küçük olabileceği gibi lezyonların genişlemesiyle skuamlarla kaplı plaklar haline gelebilir (Christophers ve diğerleri, 2003). Atipik psoriasis, psoriasis vulgaristen klinik belirtiler, yerleşim yeri ve prognoz açısından farklılık gösterir. Atipik seyreden psoriatik eritroderma, direkt veya tedaviye bağlı komplikasyon olarak gelişebilir ve tırnak tutulumu, yüz dahil tüm deri yüzeyinde yaygın, şiddetli eritem vardır. Ağır klinik bir tablodur. Atipik olan püstüller psoriasis, püstüllerle seyreden inatçı bir klinik tablo gösterir. Yüksek ateş, halsizlik gibi semptomlar olur ve bedenin kıvrım bölgelerini tutar. Psoriatik artrit ise psoriasisin tek sistemik belirtisidir. Her yaşta ortaya çıkabilirken erken başlayanlarda hastalık seyri daha hızlı olmaktadır. Psoriasis hastalarının ortalama %5-8'inde artrit geliştiği kabul edilmektedir (Gülekon, 2008: 747-755).

Vücudun en büyük organı olan deri, duyguların iletimini, sosyal etkileşimleri, fiziksel teması vasıtasıyla çevreyle birey arasında bağ oluşturur. Bu nedenle Madhulika ve Gupta (2006) özellikle de beden görüntüsünde değişiklik içeren cilt hastalıklarının, iş aile, sosyal çevreyle ilişkide psikolojik ve duygusal olarak iyi oluşu olumsuz etkileyebileceğini bildirmiştir. Psoriasis, genetik, immünolojik ve travma, tütün, ilaçlar, hava durumu çevresel faktörler ve hastalığın psikosomatik doğasını doğrulayan stres gibi faktörler arasındaki karmaşık bir dizi, etkileşimin sonucudur. Damgalanma, yetersizlik dereceleri, depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, duygusal stres ve intihar gibi negatif sonuçların gelişimi hastaların yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir (Gupta, 1998; Almeida ve diğerleri, 2016).

2.3.1 Psoriasis Epidemiyolojisi

Psoriasis dünyadaki nüfusun % 1-3'ünü etkilemektedir. Hastalığın şiddeti, lezyonların lokasyonları, özellikleri ve gerginliği hastaların hastalığı nasıl yönettiği, yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiği ile ilişkilendirilmiştir (Finlay, 2005). Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların % 6-8'ini psoriasisli hastaların oluşturduğu belirtilmiştir. Hastalığın görülme yaygınlığına ve iyi bilinen klinik özelliklerine rağmen epidemiyoloji konusunda veri azdır. Dünyanın her bölgesinde görülebilen psoriasis hastalığının görülme sıklığı, etnik, coğrafik ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Gülekon, 2008: 745). Psoriasis prevalansı epidemiyolojik çalışmalarda %0.2 ile %4.8 arasında ortalama %2 oranında bildirilmekte olup en yüksek prevalans Norveçtedir (Gudjonsson ve Elder, 2007). Psoriasis hastalığının Türkiye'de prevalansı ise %1.3'tür (Kundakçı ve diğerleri, 2002). Psoriasis hastalığı her yaşta görülmekle birlikte psoriasisin ilk belirtileri, hastaların %70'inde 40 yaşından önce başlamakta olduğu, hastalığın başlama yaşının 15-20 ve 50-60 yaşlarda artış yaptığı belirtilmiştir (Gürer ve Adışen, 2008; Gülekon, 2008: 745).

En sık beyaz ırkta görülen psoriasis, Kızılderililer, zenciler, Japonlar ve Eskimolarda daha az görüldüğü ortaya çıkmıştır. Cinsiyet açısından hastalığın görülme sıklığı her iki cinsten de eşit orada fakat kadınlarda başlangıç yaşı daha erken olma eğilimindedir (Gülekon, 2008: 745-754).

Psoriasisin yaygınlığına baktığımızda, oldukça yaygın olduğu ve genel popülasyonda %1-3 arasında görüldüğü bildirilmiştir. Hastalığın genetik bir yaygınlığından bahsedilmesi ile birlikte esas neden belli değildir. Bu hastalarda sevilme, sarılma, kucaklanma temas ihtiyacı olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda hastaların obsesif karakter gösterdikleri, sıklıkla uykusuzluktan yakındıkları ve kapasitelerinin altında işlev gördüklerine rastlanmaktadır. Hastalık epizotlarının engellenme ve agresyonla alevlendiği belirlenmiştir. Relapsın olduğu bu hastalarda emosyonel faktörlerin daha iyi incelenmesi gerekebilir (Çevik, 1998: 784).

2.3.2 Psoriasis Etiyoloji

Etyopatogenezi, en fazla çalışılan hastalıklardan biri olduğu halde tam açıklık kazanmamıştır. Hastalığın oluşumunda kalıtsal yatkınlık olduğu ve yaşam süresi boyunca herhangi bir zamanda tetikleyici birçok faktör sonucunda ortaya çıktığı düşünülmektedir (Gülekon, 2008: 745-746). Hastaların yaklaşık %30'unda aile öyküsünün olması ve monozigot ikizlerden birinde varsa diğerinde de hastalığın çıkma oranının yüksek olması kalıtımın rolünü ortaya koymaktadır. Ancak yine de genetik geçişlilikle ilgili çelişkili yaklaşımlar olmasına rağmen erken yaş başlangıçlı psoriasis ve ailesel olan tipler genetik etkinin olduğu belirtilmektedir (Pişkin, 2005; Ertuğrul ve Tugay, 2005; Gülekon 2008: 745-746). 117 monozigot ve 112 dizigot ikizler üzerinde yapılan çalışmada monozigot ikizlerde konkordans %65-72 ve dizigot ikizlerdeki konkordans %15-30 olduğu bildirilmiştir (Singri ve diğerleri, 2002).

Hastalığın başlangıcında veya alevlenmesinde ruhsal travmaların önemli bir rolünün olması, bu hastaların genellikle içe dönük, duygusal gereksinimlerini yansıtamayan, öz güveni düşük ve kişiler arası ilişkilerde yetersizlik yaşamaları nedeniyle psoriasis psikosomatik hastalıklar içerisinde değerlendirilmektedir (Pişkin, 2005).

Psoriasis hastalığının ortaya çıkışını tetikleyen faktörler arasında enfeksiyonlar, travmalar, endokrin değişiklikleri, iklim ve mevsimsel değişiklikler, bazı ilaçlar, metabolik değişiklikler, alkol, sigara kullanımı ve beslenme rol oynamaktadır (Gülekon, 2008: 745-754). Güneş ışığının psoriasisde genellikle faydalı etkiye sahipken hastaların çok az kısmında güçlü güneş ışığının hastalığı ortaya ortaya çıkarabilmekte olduğu bildirilmiştir. Hastalığın yaz mevsiminde güneş ışığının etkisiyle iyileşirken kış mevsiminde kötüleştiği ve yüksek nem düzeyinin hastalığa iyi geldiği uzun süreli düşük nemin ise hastalığın alevlenmesine neden olduğu bildirilmiştir (Çayır, 2004; Camp 2004; Christopher ve diğerleri, 1999).

2.3.3 Psoriasisde Seyir ve Prognoz

Psoriasisin seyri değişkendir ve prognozun önceden tahmin edilmesi çok zordur (Camp, 2004). Hastalığın başlangıç yaşı lezyonların yaygınlığı ve lokalizasyonu psoriasisin klinik tipi, aile öyküsü ve hastanın tedaviye uyumu

prognoz açısından oldukça önemlidir (Bilen, 2005; Gülekon, 2008: 747-755). Erken yaş başlangıçlı ve aile öyküsü olan olguların tedaviye daha dirençli olduğu belirtilmiştir. On yaşlarından önce başlayan hastalarda hastalık şiddetli ve tedaviye dirençlidir, yirmi beş yaşından sonra başlayan olgularda hastalık daha hafif seyir gösterme eğilimindedir (Camp, 2004). Generalize püstüler psoriasis ve eritrodermik psoriasis gibi şiddetli tipleri kötü prognozludur (Gülekon, 2008: 747-755).

2.3.4 Psoriasis Komorbiditesi

Psoriasis, immün aracılı mekanizmalarla geliştiği için çoklu komorbiditeleri olan kronik, sistemik bir inflamatuvar hastalıktır (Gürer ve Adışen, 2008). Epidemiyolojik çalışmalarda psoriasis psikolojik/psikiyatrik hastalıklar, psoriatik artrit, obezite, insülin direnci tip1 ve tip2 diyabet, hipertansiyon, crohn hastalığı, ateroskleroz ve kronik akciğer hastalıkları gibi hastalıklarla birlikte görülebildiği belirtilmiştir (Erkek, 2008; Gulliver, 2008). En sık görülen komorbiditeler psoriasis ile negatif etkileşime girebilen tehlikeli bir kısır döngü oluşturan depresyondur. Hastalığın fiziksel ve psikososyal etkisi oldukça önemlidir ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Kimball ve diğerleri, 2011).

Psoriasis hastalığını değerlendirmek için biyopsikososyal bir model kullanmak, ilgili faktörlerin çoğunu tanımlamaya ve prognozu artırabilen, hastalığın yönetimine multidisipliner bir yaklaşımı kolaylaştırmaya yardımcı olabilir. Kaşıntı kişiyi, acı veren ve kanayan ağrılı cilt lezyonları ve psoriasis semptomları dahil, hastanın derisinden daha fazla etkileyebilir. Bu durum aynı zamanda hastanın refahı üzerinde olumsuz etkiye sahiptir, kişisel görünüm, duygusal sıkıntı, utanç duygusu, düşük özgüven, damgalanma, sosyal dışlanma ve istihdama ilişkin sorunlar konusunda endişe yaratır; kısacası, genellikle kayda değer psikolojik tepkilere sahiptir. Endişe ve depresyonla ilişkilidir ve hastanın tedaviye yanıt süresi, memnuniyeti veya memnuniyetsizliği ve kişilik özellikleri ve bilişsel tarzdan etkilenebilir (Mrowietz ve diğerleri, 2015; Hrehorow ve diğerleri, 2012; Macdonough ve diğerleri, 2014).

Sedef hastalığı hayati ciddiyeti olan bir hastalık değildir. Bireylerin yaşamları boyunca farklı şiddet dereceleri arasında geçiş yapma olasılıkları vardır. Hastalığın seyri spontan alevlenmeler ve remisyonlarla noktalanır. O'leary ve diğerleri (2004) King's College Hospital ve Psoriasis Derneği'ndeki ayakta tedavi gören bir cilt

kliniğinden 141 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada; sedef hastalığı olanların yaklaşık% 60'ının stres/psikolojik faktörlerin nedensel olduğunu göstermiştir. Bulgular nedensel atıfların sedef hastalığının psikolojik etkisiyle ilişkili olduğunu, yani sedef hastalığının duygusal olma nedeninin, duygusal olduğuna inanan sedef hastalarının fiziksel olduğuna inanlardan daha fazla patolojik kaygı yaşama ihtimalinin daha yüksek olduğunu doğrulamışlar. Bununla birlikte, algılanan stres sedef hastalığı şiddeti ile ilişkili olmadığını bulmuşlar. Algılanan stres düzeyinin yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu bulmuşlar. Bulgular, stresin semptomlardaki bir artışla ilişkili olmadığını, semptomların günlük yaşam ve refah üzerindeki olumsuz etkisinin arttığını göstermiştir (O'Leary ve diğerleri, 2004).

2.3.5 Psoriasisde Klinik Skorlama

Psoriasis hastalarının klinik durumunu şiddeti açısından belirlemek, tedavi ile birlikte iyileşme sürecini takip etmek amacıyla kullanılan skorlama Psoriasis alan şiddet indeksi (PAŞİ), vücut yüzey alan tutulumu (BSA) ve dermatoloji yaşam kalite indeksi (DLQI) dir. Şiddetli psoriasis genellikle vücut yüzey alanının %10'dan fazlasını tutan psoriasis olarak belirlenmiştir. Psoriasis şiddetini değerlendirirken PASİ>10, BSA>10, DLQI>10'un herhangi birinin olması şiddetli psoriasis olarak değerlendirilir buna 10'lar kuralı denir (Finlay, 2005).

2.3.6 Psoriasisde Tedavi

Psoriasis hastalığının tedavisinde amaç erken ve hızlı bir kontrol sağlamaktır. Hastalığın tuttuğu vücut yüzey alanını ve plak lezyonlarını azaltmak, hastayı uzun süre remisyonda tutabilmek, nüksü önlemek, yan etkilerden kaçınarak hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Tedavi seçimi hastanın yaşı, cinsiyeti, genel fizyolojik sağlık durumu, psoriasisin yaygınlığı, süresi ve hastalık tipi, daha önce uygulanan tedavileri, sosyo ekonomik durumu, psikiyatrik durumu ve eşlik eden hastalıkları göz önüne alınarak yapılmaktadır. Tedavi seçenekleri arasında topikal tedaviler, fototerapi ve sistemik tedaviler vardır (Onsun, 2008; Baz, 2004; Gülekon, 2008: 745-754).

2.3.7 Psoriasisın Psikolojik Belirtilerle İlişkisi ve Yapılmış Bazı Araştırmalar

Psoriasis hastalığının başlamasında ve ilerlemesinde psiksosyal nedenlerin ve stresin belirgin etkisi olduğu, biyopsikososyal nedenlerle bir psikosomatik hastalık olduğu ifade edilmiş, Ingram ve diğerleri, hastalığın başlangıç nedenleri arasında stresli olaylara vurgu yapmışlardır (akt., Köse, 2000). Cilt hastalıkları ile olan psikolojik faktörler arasında, stres, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, sosyal desteğin yetersiz ya da olmaması ve kişilik özellikler (benlik saygısında düşüklük, mükemmeliyetçilik, düşmanlık gibi) sayılabilir (İşçimen ve diğerleri, 2008). Psoriasis ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişki çift yönlü olup, hastalığın ortaya çıkışında, alevlenmesinde ruhsal etkenlerin etkisi kabul görmüş bunun yanısıra ciltlerinde var olan belirtilerin ve görünümün hastalarda yarattığı anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozukluklarda bu hastalarda tedavinin seyrinde önemli sorunlar yaratmakta olup bu bu çift yönlü etkileşim kısır döngüye neden olabilmektedir (Aydemir ve diğerleri, 2008).

Epidermis ve nöral plağın beynin aynı embriyonel yapaktan ektodermden geliyor olması deri ve santral sinir sistemi arasında ilişki bağının kurulmasına destek olmuştur (İşçimen ve diğerleri, 2008). Aynı kökene sahip olan deri ve beyin gelişimin başlangıcından itibaren yüzeyleri vasıtasıyla birleriyle etkileşimde olup bağlanmanın temel organı olan deri güven duygusunun gelişmesi için önemli gelişim aşamalarında belirgin bir rol oynar. Derinin bu bağlamda, somatizasyon geliştirmeye yatkınlığı konusunda riskli bir organ olduğu ifade edilmiştir (Consoli ve diğerleri, 2006).

Psoriasis tanılı hastaların maruz kaldıkları stigma (damgalanma), belirgin olarak depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklara yatkınlıkları artırabilirken, hastaların yaşamlarını etkilemede stigma ve psikolojik etmenler hastalığın ciddiyetinden, tutulum yerinden ve hastalığın süresinden daha fazla etkileyici olmuştur (Mease ve Menter, 2006). Dermatoloji kliniklerinde yapılan çalışmalarda hastaların %9-60'ında, yatan hastaların ise %25-33'ünde ruhsal sorunlar olduğu bildirilmiştir (Ermercan ve diğerleri, 2004; Zoumakis ve diğerleri, 2007).

Psoriasisli kişilerin gerçek ya da algıladıkları kusurluluk ve hastalığın yerleşim yerlerine göre anksiyete ya da depresyona yatkınlık yüksek risktir. Bedenin

çeşitli bölgelerdeki gerçek ya da algılanan kusurlar önemlidir (Harvima ve diğerleri, 1996). Bu nedenle hastanın sosyal ve psikiyatrik sorunlarının bir bölümü temel olarak fiziksel görürünüm sorunundan kaynaklanabilir. Bu da olumsuz bir öz imaja neden olabilir ve bireyin aile içindeki ya da sosyal ortamındaki konumunda kendine güvensizliğe neden olabilir (Henseler, 1997). Psoriasisli hastaların baş etme amaçlı belirgin davranış örüntüleri kaçınmadır ve hastalığın henüz tamamen iyileştirici tedavisinin bulunamamış olması ve hastalığın tekrar tekrar olma olasılığı nedeniyle kişide yoğun anksiyete yaşanmasına neden olabilmektedir (Morgan ve diğerleri, 1997).

Psoriasisli hastalarla yapılan bazı çalışmalara değinecek olursak, Türkiye’de Sesliokuyucu’nun (2016) 70 psoriasisli hasta ve kontrol grubu üzerinde yaptığı çalışmada psoriasis tanılı hasta grubunun çocukluk çağı travma puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Deveci ve diğerleri (2007), 82 psoriasis ve 88 diğer dermatolojik hastalığı olan iki hasta grubu üzerinde yaptığı çalışmada psoriasisli hastalarda Hamilton depresyon ölçeği puanları ile intihar olasılığı ölçeği puanlarının diğer hasta grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamışlardır.

Johnson ve Mostaghimi’in (1995) yaptığı çalışmaya katılan kadınların % 71,6 sında, erkelerin ise % 69’unda depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların olduğu ortaya çıkmış, akne psöriasis ve dermatit gibi ciddi cilt hastalıkları olan bireylerin kendilerine güvensiz ve sıkıntılı olmaları nedeniyle sosyal yaşamlarının olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir.

Woodruff ve diğerleri (1997)’nin yaptığı bir çalışmada dermatoloji kliniğinde liyezon psikiyatrisi tarafından görülen 149 hastanın %5’inin psikiyatrik hastalık tanısı aldığı ve bunların %44’ünün depresif hastalık, %35’inin kaygı bozuklukları olduğu bildirilmiştir kalan yüzde ise sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, alkol bağımlılığı nevroza ve şizofreni gibi psikiyatrik bozuklukların oluşturduğunu bildirmişlerdir. Yine bu çalışmada bu hastaların %5’inin sorunlarını inkâr ettiğinin anlaşıldığını bildirmişlerdir (Woodruff ve diğerleri, 1997).

2.4 Psikosomatik Kavramı ve Etiyolojisi

Psikosomatik kavramı “psiko” ruh ve “soma” beden anlamına gelen iki Yunanca kelimenin bir araya gelmesinden oluşmaktadır. Psikosomatik, bedenle ruhun karşılıklı etkileşim içinde olduğuna işaret etmektedir. Psikosomatik hastalıklar tanımı, etiyolojisinde veya hastalığın alevlenip gerilemesinde ruhsal, duygusal çatışmaların ve psikososyal streslerin büyük oranda etkin olduğu bedensel hastalık olarak yapılmaktadır (Çevik, 2000).

Psikodinamik açıdan psikosomatik hastalıklar, çatışmalar kişinin içinde düşünsel ve duygulanımsal düzeyde yeteri kadar işlenip çözülmediğinde belirir (Koptagel, 1998: 762-763). Dünyaya gelen bebek ilk önce her şeyi bedeni aracılığıyla algılar, nesnelere, diğer bir deyişle dış dünya ile olan ilişkisini ve iletişimini beden yoluyla sağlar. Gelişme ilerledikçe algı bedensel ve ruhsal boyutlarda ayrışım göstererek, ruhsal yaşantıların ve duyguların algılanması ile anlatımı bedenden ayrılmaya başlar. Beden üzerinden yaşanan kavramlar ve duygular artık ruhsal imgeler halinde ruhsal alanda temsil edilirler (İlal, 1998: 762). Bu süreç sembolizasyon yani yaşantıların ve imgelerin simgeleştirilmesidir. Giderek beden yoluyla anlatımın yerini sözel anlatım almaya başlar. Her organizma aşılması güç bir durum karşısında, kişilerarası çatışmalarda ya da kişinin bilinçli olarak bastırıldığı veya bilinç dışına ittiği iç çatışmalarında zorlandığında, stres durumu meydana gelir bu durumda kişi kendini savunmak ve dengesini korumak için bazı önlemler yönelir ve çeşitli savunma mekanizmalarını kullanır. Kişi bu durumla başa çıkamadığında gerileme göstererek dengesini çoğunlukla daha ilkel bir düzeyde kurmaya çalışır. Ruhsal alanda, ruhsal aygıtta bir gerileme tepkisi görülür. Psikosomatik bozukluklarda bu gerileme somatik yol üzerinden olur ve erken çocukluk döneminde olduğu gibi, bedensel yolla duygu ifadesi olur. Somatik yol üzerinden olan gerilemede bilinçdışı duyguların yerini bedensel süreç alır. Psikosomatik belirti gösteren kişilerde, duyguların beden düzeyinden ruhsal düzeye geçiş sürecindeki yetersizlik nedeniyle bu kişilerin bastırılmış duygularını algılama ve sözel yoldan anlatım kısıtlıdır (Koptagel, 1998; İlal, 1998: 763).

2.4.1 Psikanalitik Kuram ve Psikosomatik

Psikanalitik yönden deri iç ve dış dünya arasındaki çatışmaların dışı vurumudur. Pines, derinin doğumda en önemli algı organı olduğunu annenin sıcak

bedeninden soğuk dış dünyaya dramatik geçişi kaydettiğini ve bu değişikliğin yarattığı huzursuzluğun gerginliğin annenin derisine temasla geçtiğini ya da azaldığını belirtir. Anziue dermatolojik hastalıkların kısmen benlik ve narsisistik yetersizliklere bağlı olabileceğini gözle görülen yüzeyel bölgelerdeki semptomların koruyucu bir işlevi olabileceğini ileri sürer (Tunaboşlu ve diğeri, 2006).

Beden zihin işleyişine dikkat çeken 17. yüzyılda William Harvey zihne eşlikeden her duygulanımın hastalığa neden olabileceği ve kişinin bedenini tüketebileceğini ileri sürmüştür. William Falconer emosyonların ve kişiliğin birlikte bedensel işlevleri etkileyerek hastalığa eşlik edebileceğini ileri sürmüştür. 19.yüzyıla gelindiğinde Johann Christian August Heinroth hastalara bütüncül yaklaşımı savunmuş ve psikosomatik kavramını ortaya atmıştır (Özmen, 2015: 6).

Freud 1890'dan başlayarak, bedenin farklı durumlarını dürtü kuramı doğrultusunda incelemiş ve makalelerinde, konversiyon-histeri belirtileri, hipokondriak belirtiler, güncel nevrozların bedensel belirtileri ve organik hastalıklar olmak üzere dört bedensel belirtiden söz etmiştir. Güncel nevrozlardaki (kaygı nevrozu ve nevrasteni, sonradan hipokondriazisi de buna ekler) belirtiler simgesel anlamlarından arınmış fizyolojik belirtilerdi ve bu nedenle psikanalitik tedaviye girmezlerdi. Bunların güncel gerilimlere tepki olarak ve özellikle de libidinal doyumların bloke olmasıyla ortaya çıktıkları görüşündeydi. Bir bedensel hastalık durumunda libido hasta organa yöneldiğinde nevroitik hatta psikotik durumun silindiğinden bahsetmiş, küçük bir fiziksel lezyonun, ağır bir ruhsal travma karşısında hazırlıksız yakalanan, yoğun uyarılma halindeki bireyi travmatik nevrozdan bile koruyabileceğini düşünmüştür. Yani hastalanan etkilenen organa yapılan narsisistik aşırı yatırımın, bu yoğun uyarılmanın içe alınmasına yardımcı olduğunu belirtmiştir (Özmen, 2015: 6).

Freud'un güncel nevrozlara ilişkin saptamaları Pierre Marty, Michel M'Uzan, Christian David ve Michel Fain tarafından kurulan Paris Okulu'nun psikosomatik yaklaşımının temelini oluşturmuştur. Dürtü kuramına dayanarak oluşturulan kuramsal sistemde psikosomatik hastaların önbilinçte derinlemesine çalışmaktan yetersiz, çok kırılabilir olduklarına, bilinçdışlarının çok duyarlı, alıcı ancak ifade edemeyen yanlarına, düşlem dünyalarının eksikliğine, işlemsel düşünce tarzlarına ve yansıtıcı yinelenmeyi kullandıklarına dikkat çektiler. Marty (1968), psikosomatik

hastalarının akılcı tutum içerisinde ve duygudan yoksun olduğunu gözlemiştir. Pierre Marty'nin geliştirdiği psikosomatik kavramlar; işlemsel düşünce, ilerleme ve gerileme devinimleri, temel ya da nesnesiz depresyon ve zihinselleştirmedir. Bu hastalardaki bedenselleştirmenin altındaki temel süreci tanımlamak için “ilerleyici düzensizlik” kavramını kullanmıştır (Özmen, 2015: 6-7).

2.4.2 Pierre Marty'nin Geliştirdiği Kavramlar

İlerleme ve Gerileme Devinimleri; bedenselleştirmede gelişme, libidinal boyutun artması olarak değerlendirilirken, bu libidinal dünyadaki noksanlıklar ve kayıplar gerilemeye yol açmaktadır. Marty bu gerileme ve ilerleme devinimlerinin hayat olduğunu söyler. Gerileme burada Freudyen bir gerileme değil, gerileyememe sebepleri acı çekememeleri veya yas tutamamalarıdır. Gerileme mümkün olmayınca düzensizlik ve dağınıklık olur. Paris Somatik Okulu'na göre psikosomatik bir ünite olarak insanın ekonomisi hesaba katıldığında ruhsal bozukluk kadar bedensel durumlar da düzensizliğe dahildir. Düzensizleştirici tüm eylemler libidonun azaldığını gösterir ki gerileme düzensizleşmenin özel bir durumudur. Freud için gerileme belirli basamakta saplanmadır ancak Paris Psikosomatik Okulu saplantıları ruhsal hayatın biraz daha gerilerine yani libidinal hareketlerin de ötesine motor davranışlar, davranımlar, ifadelerle götürür. Bedensel alanın içindekilere bakar. Bedenin ağrısı, kasılması, beden hareketleri hastanın her tür ifadelendirme biçimleri ruhsal işleyişe katılır. Ruhsal çatışmalar arttığında, homeostatik dengesini koruyabilmek için boşalım olanaksızlaştığında ve dürtülerin ruhsal çıkış yolu fakirleştiğinde gerileme ile somatik davranımlar, semptomlar ortaya çıkar (İkiz, 2012).

Temel Depresyon: Temel depresyon terimini Pierre Marty ilk kez 1996 yılında kullanmıştır. Zaman içinde temel depresyon terimi “nesnesiz depresyon” veya “beyaz depresyon” olarak da adlandırılmıştır. Bu şekilde adlandırılmasının nedeni ise birine veya bir şeye özlem, kaybetme ifadesi yerine boşluk duygusu olup, duygulanımın az ifade edilmesi ve bazen fiziki semptomlarla veya nesnesi olmayan endişelerle görülmesidir (İkiz, 2008: 122). Diğer tipteki depresyonlardan farklı olarak acı, suçluluk duygusu, değersizlik hissi ve hüznün görülmediği bir depresyondur ve arzu eksikliği, boşluk hissi vardır. Bireyin çevresinin çoğunlukla farkına varmadığı bir durum olup hasta duygulanımdan uzaktır, zihinsel düzeyde

sessizlik olup nedeni açıklanamayan endişe ve bedensel olarak şikâyet getirirler (İkiz, 2008: 122)

İlerleyici Düzensizleştirme: Çeşitli bazı olaylar sonucunda yaşanan travmanın bireyin benliğini düzensizleştirdiğini, bunun sonucunda bireyin kendisini koruyamadığını ve bedensel olarak yıkıma uğradığını, benliğin beden benlik olması nedeniyle hastalanmanın gerçekleştiğini düşünmektedir (Marty, 2012; Yazıcı, 2015: 17) Hayatın başlarında benlik olgun olmayıp annenin ruhsal dünyası bebek için bir ekran niteliğindedir. Zaman içinde gelişen benlik, travma olduğunda ne kadar çeşitlilik içeriyorsa o kadar travmalarla başa çıkabilecektir. Bazı bireylerin benliği yaşamlarında birbiri ardısıra gelen travmaları karşılamada yetersiz kaldığında hastalıkların oluşumuna yol açacaktır (Yazıcı, 2015: 17).

İşlemsel Düşünce: Gündelik ve somut düşüncelerle algısal gerçekliğin baskın olduğu, çağrışımların ve düşlemlerin bir anlamda yetersiz olması ile duygulanımlardan uzaklaşmış bir düşünce biçimidir (İkiz, 2008). İnsan, hayatının belirli zamanlarında bu tür düşünceler içerisinde olabilir fakat psikosomatik hastalarda bu tip düşüncenin aşılabilmesi ve ötekine yatırımın oluşmasında güçlükten söz edilir. İşlemsel düşünce aleksitimi kavramının gelişmesine zemin hazırlamış yerini artık işlemsel hayat olarak daha genel bir ruhsal işleyişe bırakmıştır (Marty, 2012).

Önbilinç: Marty (2012), psikosomatik hastalarda önbilinç işleyişinin önemini öne sürmüştür. Uyarılmaların sabit tutulmasında ön bilincin çalışmasına, şeylerin ve kelimelerin temsilinin birbirine eklemlenebilmesine işaret eder. Önbilincin geçirgenliği, akışkanlığı ve devamlılığı iyi bir işleyiş gösterir.

Zihinselleştirme: bu kavram 1970-1975 yıllarında ortaya atılmıştır. Marty (2012) göre zihinselleştirme ruhsal tasarımların kalitesi ve niceliği ile ilişkilidir. Ruhsal tasarımlar bireyin zihinsel yaşamının temelini oluşturur ve genellikle gündüz düşleri olarak isimlendirilen düşlemleri üretirken, gece ise rüyalara ilişkin öğeleri ortaya çıkarırlar. Tasarımlar serbest çağrışıma, düşüncelerin ve içsel yansımaların oluşmasına olanak sağlar ayrıca öteki ile olan ilişkide dolaylı ya da dolaysız olarak ilişkilerde sürekli olarak kullanılırlar (İkiz, 2012). Zihinselleştirme, psikosomatik psikanalitik yaklaşımda hastaların ruhsal işleyişlerinin anlaşılmasında çok önemli bir anahtar kavram olarak görülmektedir. Zihinselleştirme tasarımların çalışmasıdır ve

ruhsal hayat tüm kapasitesini tasarımları ve düşlemleri çalıştırmaya adanmıştır (İkiz, 2008; Yazıcı, 2015). Zihinsel kapasitenin tasarımların kalite ve niceliğinin artması gelişimi ifade ederken bu kapasitenin kaybedilmesi gerilemeyi gösterir. Kilit nokta zihinselleştirme iyi yapılmadığı andan itibaren yaşanan tüm olayların düzensizleştirmeye götürdüğüdür. Bu modelde içgüdüsel dürtüler kaynağını bedensel uyarılmalardan alır. Eğer uyarılmaların toplamı fazla olursa, işlevsel sistemlerde düzensizlik olur, zihinsel yapı aşırı yüklenir ve bedenselleştirmenin yolu açılır. Düzensizleşme, saplanma ve gerileme bu kavramsallaştırmada merkezi öneme sahiptir (İkiz, 2008; Yazıcı, 2015).

2.4.3 Anzieu'nun Deri-Ben Kavramı

Anzieu'ya (1990) göre bebek ve anne arasında deri teması, dokunma aracılığıyla kurulan ilişkiyi bebeğin diğer bütün duyu organlarının algıladığı ve kaydettiği duyuların ilk formudur. Dokunma, bebeğe bakım verenlerin, bebeğin gereksinimlerini, isteklerini ve kaygılarını ifade etme biçimidir. Bu iletişim şekli iki tarafın da enerjilerini harekete geçirir ve egonun ilk uyarılması olan “deri-ben”i oluşturur.

Anzieu (2008), deri-ben kavramı için cilt hastalıklarına ilişkin veriler üzerinde durur. Rastlantısal nedenler dışında, deri hastalıklarının, varoluşun stresleriyle, duygusal basınçlarla ve narsistik eksikliklerle ve benin yapılaşmasındaki yetersizliklerle sıkı ilişkileri olduğunu belirtir. Kaşıma zorlanımları, kökeninde kendiliğinden olan bu hastalıkları öznenin artık vazgeçemediği belirtilere dönüştürerek devam ettir ve ağırlaştırır. Bunlar libinanal gelişmenin çeşitli evrelerine denk düşen organlarda lokalize olduklarında, belirtinin üstbenden kaynaklanan cezalandırılma gereksiniminin yatıştırılması için gereken fiziksel acı ve ahlaki utancı erotik bir hazla birleştirdiğini ifade eder. Cilt hastalıklarına psikosomatik yaklaşımda prurit yalnızca otoerotizm ile kendini cezalandırma arasındaki dairesel bir oyunda suçlu kılınan cinsel arzulara bağlı değildir der. Özellikle de bebeklik sürecinde anne ve aile ortamında, yumuşak, sıcak, güçlü, yatıştırıcı ve öncelikle de anlamlı temaslara karşılaşmamış olan deriye dikkati çekmenin bir biçimi olduğundan bahseder. Kaşıntının altındaki istek, sevilen nesne tarafından anlaşılma, kapsanma isteğidir der. Aynı zamanda deri öteki tarafından fiziksel olarak içine girilmeye ve ruhsal olarak nüfuz edilmeye davet eden kırılğan bir zar olarak görüldüğü içinde

kaygı veridir. Anaç okşamaların ve kucaklamaların eksikliğinin, doğmakta olan ruhsallık tarafından, biliçdışında, ötekinin bedenine yapışma yasağının aşırı, erken doğmuş ve şiddet içeren bir uygulaması olarak yaşandığı düşünülebilir. Anne temasının aşırı uyarıcılığının, çocuğun henüz pek güvenilir olmayan uyarılma engelini aştığı ölçüde fiziksel olarak rahatsız edici ve ruhsal aygıtın kendine ait bir zar oluşturmak için gereksinim duyduğu dokunma yasağını ihlal etmesine ve devre dışı bırakmasına bağlı olarak, bilinçdışı açısından tehlikeli olduğu düşünülebilir olduğunu belirtmiştir. Anzieu, Derideki bozulmanın derinliği, ruhsal hastalığın derinliğiyle orantılı olduğunu, derideki bozulmanın ağırlığının (hastanın kimyasal tedaviye ya da psikoterapiye gösterdiği direnç) deri-bendeki boşlukların nicel ve nitel önemiyle orantılı olduğunu söyler. Anzieu (2008), derinin işlevleri ile benin işlevleri arasında sistematik bir koşutluk kurmaya çalışmış ve derinin tutma, içerme, uyarılma engeli, kendiliğın bireyselleşmesi, duyulararasılık, cinsle uyarılma, ruhsal işleyişin libidinal olarak yeniden yüklenmesi ve dokunsal duygusal izlerin kaybedilmesi işlevleri olduğunu ortaya koymuştur.

2.5 Şema Kavramı ve Şema Modeli

Şema modeli diğer yaklaşımlara göre yeni bir yaklaşım olsa da, “şema” kavramı psikoloji alanında oldukça köklü ve zengin bir geçmişe sahiptir. Şema kavramının kökeni bilişsel gelişimde bilişsel kuramın öncüsü olan Jean Piaget’e uzanmaktadır. Piaget, çocukluk bilişsel gelişiminin farklı düzeylerindeki şemalar hakkında yazmıştır. Piaget, şemaları, bireyin yeni bilgileri zihinde kodlamak için kullandığı çerçeveler olarak tanımlamıştır. Bu kodlanmış çerçeveler var olan bilgilerin etkin şekilde kullanılmasını sağlamakta ve yeni bilgi edinirken süreci kolaylaştırmaktadır (Safran ve diğerleri, 1990).

Bilişsel terapinin gelişiminde Beck (1976) şemaların kendimizi, dünyayı ve yaşadıklarımızı anlamlandırmada yol gösterici olan olduğu üzerinde durmuştur. En temel derindeki inançlar dünya ve diğer kişilerle olan ilk deneyimlerle biçimlenen ve genellikle sorgulanmamış algı ve fikirlerdir (Beck, 2001:186). Bilişsel terapi ve şema terapi arasında tedavi yaklaşımında önemli farklılıklar vardır. Bilişsel terapi semptomların azaltılmasına odaklanarak kısa süreli, şimdi buradayla ilgili ve çözüm odaklıdır şema terapi ise çocukluktan itibaren var olana, ömür boyu kronik süren problemlere ve kişilik bozukluklarına odaklanır (Young, Klosko, Weishaar, 2009:

80-85). Şema terapi bilişsel davranışçı terapi, bağlanma, nesne ilişkileri, Gestalt ve psikanalitik terapileri ile örtüşerek bütüncül bir terapi yaklaşımı sunar (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 79).

Young (2009), erken dönem uyumsuz şemaları kişinin başkalarıyla ilişkisi ve kendisi hakkındaki oldukça işlevsiz olan geniş ve yaygın tema örüntüleri olarak belirtmiştir. Şemalar; anılar, bilişler duygular ve bedensel duyumlardan oluşur. Çocukluk ve ergenlik gelişimi boyunca gelişir ve kişinin devam eden yaşamı boyunca karmaşıklaşırlar. Şemalar, nispeten çocuğun bulunduğu ortamın temsili ve uyumlu olarak başlar, fakat çocuk büyüdüğünde uyumsuz ve kusurlu olur. İnsanın süreklilik güdüsü gereği şemalar hayatta kalmak için savaşırlar. Uyumsuz şemalar olayların yorumlanmasında ön yargıya neden olur ve kendilerini yanlış anlamlar, çarpıtılmış tavırlar, yanlış varsayımlar ve gerçekçi olmayan beklentiler olarak gösterir. Bireylerin, düşünme, hissetme, hareket etme ve başkalarıyla ilişki kurma biçimlerinde başlıca rol oynarlar. Bireyler çocukluk ortamını hatırlatan şartlarla karşılaştıklarında şemaları tetiklenir ve şiddetli bir olumsuz etki altında kalırlar.

Young (1999), erken dönem uyumsuz şemalar özellikle çocuklukta tatsız deneyimlerden ve karşılanmamış çekirdek duygusal ihtiyaçların sonucudur der. Kaçınmacı çocukluk deneyimi kökeni oluşturur, duygusal mizaç ve kültürel etki gibi diğer faktörler gelişimde rol oynar. Benlikle ve diğerleriyle ilişki içinde tamamen uyumsuzdur. Şema terapi modeli duygusal reaksiyonları ve semptomları azaltmada ve hastanın yaşam kalitesini artırmada etkili bir terapi yöntemidir.

2.5.1 Şema Terapi ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Young'a (2009) göre şema terapi, güvenlik, istikrar, bakım, kabul edilme, özerklik, rekabet, kimlik algısı, ihtiyaç ve duyguları ifade etme özgürlüğü, kendiliğindenlik ve oyun ile kişinin öz denetiminin oluşumunu destekleyen gerçekçi sınırlara sahip bir dünyada yaşama gibi temel duygusal ihtiyaçların evrensel olduğunu kabul eder. Duygusal ihtiyaçlar çocukluktan itibaren vardır. Bu ihtiyaçlar ömür boyu sürse de en güçlü haliyle çocuklukta kendini gösterir. Ruhsal sağlık ise kişinin ihtiyaçlarını uyumlu bir tutum içerisinde karşılama becerisidir. Şema terapinin öncelikli odağı, geçmişte temel duygusal ihtiyaçları karşılanmamış yetişkinlere, kendi ihtiyaçlarını karşılamaları konusunda uyumlu yollar bulmalarına yardımcı olmaktır (Rafaeli, Bernstein, Young, 2011: 13-14).

Beck (1964), bilişsel teorisinde şemaları zihindeki bilişsel yapılar ve özgül içerik olan temel inançlar olarak ikiye ayırır bu temel inançlar çaresizlik ve sevilmemeye olup daha sonra Judith S. Beck değersizlik temel inancını eklemiştir. Bu temel inançlar genetik yatkınlık, belirli kişilik özellikleri ve diğer kişilerle etkileşim içindeyken yaşanan deneyimler sonucunda erken çocukluktan itibaren gelişir (Beck, 2014: 228). Şema terapiye etki eden başlıca kaynaklar arasında Young ve diğerlerine (2009) göre bilişsel davranışçı terapinin yanı sıra yaşantısal/duygu odaklı yaklaşım ve Bowlby'nin bağlanma kuramları vardır. Erken Dönem Uyumsuz Şemalarla Bowlby'nin bağlanma teorilerindeki içsel işleyiş modeli, bağlanma figürleri yani anne çocuk arasındaki etkileşimle bağlıdır.

Young (1990) tarafından geliştirilen şema terapi, bilişsel ve davranışçı kavramları ve tedavileri genişleten yenilikçi- bütüncü bir terapi modelidir ve şema terapiye göre şemalar gelişimsel olarak şekillenmektedir. Kaygı, depresyon, madde ve alkol kullanımı ve psikosomatik bozukluklar gibi kronik Eksen I belirtileri ve bağımlı, kaçınan, mükemmeliyetçi Eksen II belirtilerinin altında erken dönem uyumsuz şemalar vardır (Rafaeli, Bernstein, Young, 2012: 23; Kömürcü ve Gör, 2016).

Young'ın (2009) Erken dönem uyum bozucu şemalar tanımı: anılardan, duygulardan, bilişlerden ve bedensel duyumlardan oluşan, bireyin kendini ve başkalarıyla olan ilişkilerini dikkate alan, çocukluk ya da ergenlik boyunca gelişen, bireyin yaşamı boyunca karmaşıklaşarak süren ve önemli dereceye kadar işlevsiz olan yaygın tema ya da örüntülerdir. Hayatta kalmak için savaştan erken dönem uyumsuz şemalar, olaylar ve ilişkiler tarafından kişide tetiklenip etkin hale gelir ve kişi erken dönem uyumsuz şemalarıyla uyumlu olacak biçimde tepki verir. Kişiler düşünürken, hissederken, davranışta bulunurken şemalar etkindir.

Erken dönem uyumsuz şemalar ve bireyin onlarla baş etmek için geliştirdiği uyumsuz baş etme davranışları anksiyete bozuklukları, majör depresyon, sosyal kaygı bozukluğu, madde kötüye kullanımı, bağımlılık, yeme bozuklukları, psikosomatik bozukluklar gibi bozuklukların ve kişilik bozukluklarının ortaya çıkmasına zemin hazırlayan bilişsel yapılarıdır (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 59-66).

Erken dönem uyumsuz şemaların kaynağını yakın, çekirdek aile içindeki sorunlar oluşturur. Şemaların kazanılmasını hızlandıran erken yaşam deneyimlerinden ilki, çocukluk ihtiyaçlarının karşılanmasının zedeleyici şekilde engellenmesidir. Anlayış ya da sevgi gibi önemli ihtiyaçlardan yoksunluk çocuğun zihninde kalıcı bir varlık oluşturur. İkincisi travmadır, burada çocuğun zarar görmesi kurban olması söz konusudur. Çocukta tehlike, acı ve tehdidin varlığını yansıtan şemalar gelişir. Çocuğun en temel güvenlik ihtiyacı karşılanmamasıdır. Üçüncüsü “iyi olandan fazla alma” ebeveynlerin çocuklarına, sağlıklı olan bazı şeyleri gereğinden fazla sunmasıdır. Böyle davranışa maruz kalan çocuğun özerklik veya gerçekçi limitler gibi en temel duygusal ihtiyaçları karşılanmaz. Dördüncü deneyim ise önemli ötekilerle yaşanan seçici içselleştirme ve özdeşimdir. Diğer bir deyişle model almaktır. Şemalar çocuğun mizacı ile biçimlendirici çevresi arasındaki etkileşimlerinden oluşur (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 30-31; Rafaeli, Bernstein, Young, 2011: 20-21).

2.5.2 Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Farklı kökenlere dayanan ve en fazla ilgili oldukları karşılanmamış temel ihtiyaçlardan oluşan, uzun vadede birbirleri ile aynı etkiyi göstermeyen, beş şema alanı altında 18 erken dönem uyumsuz şema tanımlanmıştır (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 26-33).

2.5.2.1 Alan I: Ayrılma ve Reddedilme

Young’a (2009) göre kişinin güvenlik, istikrar, emniyet, korunma, bakım, empati, duyguların paylaşılması, kabul ve saygı gibi temel evrensel ihtiyaçların karşılanmaması sonucu gelişen şemalardır. Bu alandaki şemalar, erken dönemde ailenin kökeni kopuk ve dengesiz, kısıtlayıcı, uzun süren ayrı kalmanın olduğu, soğuk, reddedici, tacizkar ve şiddet davranışlarının varlığında oluşur. Bu alandaki şemalara sahip kişiler sevgi, ait olma, güvenlik, istikrar ve bakım gibi gereksinimlerinin giderilemeyeceğine inanırlar ve ötekine güvenli bağlanamaz (Kapçı ve Hamamcı, 2010).

Bu alanda beş şema vardır:

1- *Terk edilme/İstikrarsızlık*: Bu şemaya sahip kişiler sık olarak kendilerinin önem verdiği kişi tarafından terke edileceği beklentisi içinde korku yaşarlar. Bu

şema, özellikle de yakınlık ve destek beklenen kişilerin, yakınlık, bağlantıda olma, koruma ve duygusal destek ihtiyaçlarını karşılama hususunda dengesiz ve güvenilmez oldukları ve duygusal yakınlık, güç ve aktif koruma sağlamaya devam edemeyecekleri algısını içerir. Duygusal bakımdan istikrarsız ve sık öfke patlamaları olan bakım verenlerin varlıklarının düzensiz olması ya da ebeveylere birinin terk etmesi ya da ölümlerle uzaklaşması bu şemanın oluşumunda etkindir. Terkedilme şeması boyun eğicilik, bağımlılık yetersizlik, kusurluluk şemaları ile bağlantılıdır (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 34-38; Rafaeli, Bernetein, Young, 2012: 25-26).

2- *Güvensizlik/Kötüye kullanılma*: Bu şemanın bulunduğu kişiler, başkalarının kasıtlı olarak zarar vereceği, aldatacağı, küçük düşüreceği, yalan söyleyeceği, kullanacağı, manipüle edeceği ya da zaafından faydalanacağı beklentisi içindedirler. Diğer insanların bilerek onlara haksızlık ve zarar vermek istediği algısını ve en kötüyü beklemeyi içerir. Diğerleri tarafından daima aldatılmış olma hissiyle yakınlıktan kaçınma eğilimi, duygu ve düşüncelerini paylaşmaktan kaçınma, başkalarına yakınlaşmama davranışları vardır (Young, Klosko, 2011: 17).

3- *Duygusal Yoksunluk*: Kişi yeteri kadar duygusal destek alma arzusunun, başkaları tarafından yeterli düzeyde karşılanmayacağı beklentisi ile yalnızlık, üzüntü ve acı hisseder. Bu şemada olan üç tür yoksunluktan ilki bakım yoksunluğu (İlgi, şefkat, sıcaklık ya da arkadaş yokluğu) onlara bakacak, özen gösterecek, kucağına alacak, şefkat gösterecek kimsenin olmadığını hissederler. ikincisi empati yoksunluğu (anlama dinleme kendini açma ya da başkalarıyla duyguların karşılıklı paylaşımının yokluğu) kim olduğunu ve nasıl hissettiğini anlayacak ve dinleyecek kimsenin olmadığı hissi vardır. üçüncüsü ise korunma yoksunluğudur (başkalarından alınan güç, yönlendirme ve rehberlik yokluğu) yol gösterecek ve koruyacak kimsenin olmadığı hissi vardır. Bu şema genellikle kendini feda şeması ile birlikte görülebilir (Rafaeli, Bernstein, Young, 2012: 26; Young ve Klosko, 2011: 18).

4- *Kusurluluk/Utanç*: Kişi bu şemaya sahipse kendisinin temel olarak önemli açılardan kusurlu, hatalı, istenmeyen, değersiz, aşağı, işe yaramaz ve sevimsiz olduğuna inanır. Önemli diğerleri gerçek benliğini görecekseler, sevilmez olduğu duygusunu içerir. Genelde eleştiriye, reddedilmeye, suçlamaya karşı aşırı hassasiyet gösterirler, başa çıkmak için şemaya teslim olma ya da aşırı telafi davranışları ile

üzüntü ya da öfkeli tepki davranışları olur. Başkalarıyla kendileri arasında kıyaslama yapma ve güvensiz hissetme ya da algılanan hatalarına yönelik utanç duygusunu barındırabilir. bu şemanın varlığında kişi sosyal ortamdan kaçınabilir ve ya eleştirel ve reddedici partnerler seçebilirler (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 313).

5- *Sosyal izolasyon/Yabancılaşma*: Özellikle aile dışındaki arkadaşlar ve gruplarla sosyal dünyadan dışlanmışlık duygusunu içerir. Bu şemaya sahip olanlar diğer insanlardan farklı oldukları inancıyla gruplardan kaçınırlar ve yalnız başına yaptıkları aktivitelerle olma eğilimi gösterirler (Young ve Klosko, 2011).

2.5.2.2 Alan II: Zedelenmiş Özerklik ve Performans

Özerk olma, yaşıtı olan başkaları gibi bağımsız hareket edebilme, kendini ortaya koyabilme, hayatta kalabilme, başarılı performansta bulunabilme ve ailesinden ayrı kalabilmedir. Bunun tersi durumda bu alandaki şemaya sahip kişiler ayrışıp bağımsız olarak hareket edemeyeceğine ve aileden ayrı kalamayacağına ilişkin düşüncelere sahiptir. Bu alandaki şemalar çoğunlukla iç içe geçmiş, çocuğun öz güvenine zarar verici, aşırı korumacı ve çocuğun aile dışında kendi yeteneklerini ortaya koymasını desteklemede başarısız olan aile tutumlarından oluşur. Bu tip aile tutumları nedeniyle bireyler kimliklerini oluşturmakta, kendi yaşamlarını kurmakta zorlanırlar ve yeterlilik yetkinlik konusunda yetişkinliklerinde çocuk olarak kalabilirler (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 39).

Bu alanda dört şema vardır;

1- *Bağımlılık/Yetersizlik*: Bu şemalı kişiler çocuksu ve savunmasız hisler taşırlar. Kişinin başkalarından yardım almadan kendine bakamayacağı inancını ve becerikli bir şekilde gündelik sorumluluklarının üstesinden gelemeyeceğine dair inancını kapsar. Uç durumlarda hayata karşı yenik olduklarına inanırlar. Yetersizlik boyutunda, günlük yaşamlarında olan bitenlerle ilgili kararlar alma ya da muhakemede bulunamayacakları ve yeni görevlerinin üstesinden gelemeyecekleri düşüncesiyle başkalarının yön vermesine ve ne yapacaklarını göstermesine ihtiyaçları olduğuna inanırlar. Bağımlılık boyutunda da geçici ebeveynler, partnerler, arkadaşlar, kardeşle gibi kendileri ile ilgilecek başka birini bulurlar ve bunlara bağımlı olduklarına inanırlar (Rafaeli, Bernstein, Young, 2012: 28).

2- *Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık*: Bu şemanın merkezinde, her an kesin bir felaket olacağı, kötü bir şey olacağı inancı ve bu duruma engel olamayacakları ve korunamayacakları inancı sonucunda abartılı korku vardır. Korkular tıbbi felaketler, duygusal felaketler ve çevresel felaketler gibi dış kaynaklıdır (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 35).

3- *Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik*: Bu şemada tam bir bireyleşme sağlayamama ebeveyn, partner, arkadaş ya da kardeşe kaynaşma vardır. Bu şemaya sahip kişiler ebeveynlerle aşırı duygusal bağlanma ve yakınlık içine olduklarından bireyleşerek normal sosyal gelişim gösteremezler. Çoğunlukla ebeveyn figürleriyle iç içe geçmiş yani sınır oluşturulamamış ilişki sonucunda diğerinin sürekli desteği olmadan yaşayamayacağına veya mutlu olamayacağına yönelik inanç vardır. Yeterli olmayan bireysel kimlik olan gelişmemiş benlik, boşluk duygusu vardır. Başkasının yönetimi olmadan bir yöneliminin olmaması ve yaşamlarında boşuna çabalıyormuş gibi hissetme vardır. Kim olduklarını bilmeme aşırı durumlarda ise varlığını sorgulama söz konusudur (Young, Klosko, Weishaar 2009: 35-40).

4- *Başarısızlık*: Young ve diğerlerine (2009) göre kişi bu şemaya sahip olduğunda başarısız olduğu, başarısızlığının kaçınılmaz olduğu ya da kendi yaşıtlarına kıyasla okul, kariyer, spor, statü gibi başarı alanlarında temelde başarısız olduğuna dair inanç taşır. Kişi kendini sabote ederek, isteksizce hareket ederek şemaya teslim olma davranışı veya yapacaklarını erteleyerek kaçınma davranışı ya da başarısız olmamak için aşırı çaba gösterip olağandan fazla çalışarak aşırı telafi davranışı gösterir ya da başarılı olsada başarılarında sahtelik hissi yaşar.

2.5.2.3 Alan III: Zedelenmiş Sınırlar

Bu alandaki şemalara sahip bireyler fazla hoşgörülü ve fazla toleranslı aile ortamından geldikleri için ötekinin haklarına saygı duyma, verdiği sözü yerine getirme, karşısındakiyle yardımlaşma ve iş birliği yapabilme, uzun vadeli hedeflere ulaşma gibi öz disiplin gerektiren durumlarda zorlanmış ya da başkalarına karşı sorumluluk hakkında yeterli içsel sınırlar geliştirememişlerdir. Erken dönem aile ortamı uygun yüzleştirmeden uzak, disiplinden veya sınır koymadan yoksundur. Bu alandaki şemalara sahip bireyler çocukken, başka herhangi birine uygulanan kurallara uyma, başkalarını dikkate alma ya da öz denetim geliştirme gereği duymamışlardır. Bu şema alanındaki bireyler yetişkinliklerinde dürtülerini kontrol

etmede zorlanırken çocukluklarında da konulan kurallara uymama, diğerlerini dikkate almama gibi davranışlar sergilerler (Young, Klosko, Weishar, 2009: 40; Rafaeli, Bernstein, Young, 2012: 29).

Bu alanda iki şema vardır.

1- *Haklılık/Büyüklenmecilik*: Bu şemaya sahip kişiler diğer insanlardan daha üstün olduğu, özel olduğu sanısı içindedir. Bu nedenle özel hakları ve ayrıcalıkları olduğuna inanırlar, normal sosyal etkileşimi sağlayan karşılıklılık ilkesine bağlı değillerdir. Kendilerini disiplin etme ile ilgili zorlukları vardır. Başkalarına verilen zarara bakmaksızın her istediklerini yapma ve istediklerine sahip olma konusunda direktme, ihtiyaçlarını karşılamak için başkalarının kontrol etme davranışlarını içerir. Şımarık, kaprisli, mutlak hak ve haklılık görme gibi narsistik bir yapı sergilerler. Güç elde etmek için üstünlüğe aşırı odaklanmayı sürdürebilirler. Empatiden yoksun, baskın ya da aşırı talepkardırlar (Young, Klosko, 2011: 21).

2- *Yetersiz Öz-Denetim/Öz Disiplin*: Bu şemada kişi, duygularını ve dürtülerini uygun bir şekilde kontrol altına almada yeterli öz-denetim sağlamada zorlanır ve hem kişisel yaşamlarında hem de iş yaşamlarında uzun vadeli hedeflere ulaşmak için kısa vadeli tatmini geciktirmede öz disiplin sağlayamaz. Dürtüsellik, düzensizlik, dikkat dağınıklığı nedeniyle rutin işlere devamlılık göstermede isteksizlik ve zorlanma vardır. Duyguların ifadesinde aşırıya kaçan öfke nöbeti gösterebilirler ve kısa vadeli doyum arayışları dikkat çekicidir (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 342).

2.5.2.4 Alan IV: Başkalarına Yönelimlilik

Bu alandaki şemalara sahip kişiler kendi gereksinimlerinden çok başkalarının gereksinimlerini karşılamaya önem verirler. Duygusal bağlanmayı sürdürme, onaylanma sevilme uğruna ve tepki almaktan kaçınmak için kendi gereksinimlerini göz ardı ederler. Kişinin kendi duyguları, ihtiyaçları veya isteklerine yönelik bir bastırma yapar ya da farkındalık eksikliği vardır. Çoğunlukla ailenin tipik kökeni, koşullu kabullenmeye dayanır. Çocukken kabul ve onay elde etmek için kendilerinin önemli yönlerini baskılaması gerekmiştir. Ebeveynler çocukların özgün ihtiyaç ve duygularından çok kendi duygusal ihtiyaçları ve sosyal görünümüne (sosyal kabul,

statü arayışı) değer vermişlerdir (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 41; Kapçı ve Hamamcı, 2010; Rafaeli, Bernstein, Young, 2012: 30).

Bu alanda üç şema alanı vardır.

1- *Boyun Eğicilik*: Bu şemaya sahip kişiler öfke, tepki alma, cezalandırılma veya terkedilmeden kaçındığı için kontrolü başkalarına bırakır ve kendilerine hükmedilmesine ses çıkarmazlar. İhtiyaçları bastırma (kişinin istek, tercih ve kararlarının bastırılması) ve duyguları bastırma (özellikle öfke gibi duygusal ifadenin bastırılması) olarak başlıca iki biçimi vardır. Bu şema genellikle bireyin kendi, arzu, fikir ve duygularının başkaları için önemsiz ya geçersiz olacağı anlayışını içerir. Şemayla baş etmek için şemaya teslim olma davranışı gösterirler. Boyun eğicilik şemalı kişiler ilişkilerinde pasif agresif davranış ve kontrolsüz öfke patlamaları yaşarlar. Ayrıca şema, psikosomatik belirtiler, duygusal yakınlığın geri çekilmesi, madde kötüye kullanımı gibi uyum bozucu belirtilerle kendini gösterir. İhtiyaçlarını ve duygularını ifade ederlerse kötü şeyler olacağından koktukları için kapana kısılmışlık hissi yaşarlar. Otorite korku ile aşırı bir uyum gösterme davranışı görülür (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 347; Rafaeli ve diğerleri, 2012: 31).

2- *Fedakarlık*: Boyun eğicilik şemasına benzer şekilde fedakarlık şemasına sahip kişiler kendi mutluluğu, kendi ihtiyaçları pahasına, başkalarının ihtiyaçlarını karşılamaya aşırı odaklanırlar. Fedakarlık şeması olan kişi boyun eğicilik şemasından farklı olarak isteyerek kendilerini feda ederler çünkü kendilerinin muhtaç olarak gördükleri önemli kişilerle duygusal bağlantıyı sürdürmek isterler. Suçluluk ya da bencillik duygusundan kaçınmak için başkalarını acıdan korumaya çalışır ve doğru olduğuna inandıkları şeyi yaparlar. Başkalarının ihtiyaçlarını karşılarlarken kendi ihtiyaçlarını görmezden geldikleri için kendi ihtiyaçlarının yeteri kadar giderilmediği duygusu kızgınlık duygusuna yol açabilir. Bu şemaya sahip kişilerde duygusal yoksunluk şeması da görülür (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 36).

3- *Onay Arayıcılık/Kabul Arayıcılık*: Bu şemalı bireyler gerçek bir kendilik duygusu geliştirmek, kendi doğal eğilimlerini ifade etmek yerine başkalarının onayını kabulünü ve ilgisini kazanmaya ve bunun için onlara uyum göstermeye aşırı değer gösterirler. Bu yüzden kabul ve onay almak için statü, görünüm, başarı ve para önem kazanmıştır. Öz saygıları öncelikli olarak diğerlerinin tepkisine, onayına bağlıdır (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 359).

2.5.2.5 Alan V: Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık

Bu alan Young ve diğerlerine (2009) göre spontanlık ve oyun, mutluluk, kendini seçimlerini ifade, duygularını ifade gibi temel evrensel ihtiyaçların yok sayılması ile ilgili şemaları kapsar. Kişinin spontane duygularını ve dürtülerini, isteklerini baskı altına alması ve ahlaklı davranma adına içselleştirilmiş katı kurallarının olması kişide mutluluk, kendini ifade etme, rahatlama yakın ilişkiler kurmaya engel oluşturur. Bu alandaki şemalar sert, acımasız, eleştirel, talepkar, katı kuralları olan bazen cezalandırıcı tutumları olan bir aile ortamından kaynaklanır. Bu tür ailelerde yükümlülükler, görevler, kurallara uygun davranmak, kendiliğindenliğe, oyuna, eğlenceye zevke, gevşeme ya da oyuna ağır basar. Bu şemaya sahip kişilerin çocukluklarında, ailelerinin beklentisi duygularını saklamaları, hatadan kaçınmaları ve mükemmellik için çaba göstermeleri olmuştur bu yüzden yetkinliklerinde de sürekli dikkatli ve tetikte olmazlarsa başaisiz olacakları korkusu ile karamsarlık duygusu yaşarlar (Rafaeli, Bernstein, Young, 2012: 32).

Bu alanda dört şema yer almaktadır.

1- *Karamsarlık/Olumsuzluk*: Bu şemaya sahip kişiler yaygın olarak hayatın olumlu ve iyimser yönlerini küçümser veya görmezden gelirken acı, ölüm, kayıp, başarısızlık, hayal kırıklığı, çatışma, küskünlük, hatalar ve terslikler gibi olumsuz yönlerine ömür boyu odaklanırlar. Genelde iş, mali ve kişilerarası konularda her şeyin eninde sonunda ciddi şekilde bozulacağı beklentisi vardır. Bu şemaya sahip bireyler mali yıkıma, zarara ve küçük düşmeye götürecek ya da kötü duruma düşürecek hatalar yapma konusunda ölçsüz bir korku ve karamsarlık içerisindedirler. Şemanın kökeninde yaşamın erken dönemlerinde zorluk kayıp ve fazla sıkıntı yaşama vardır. Olumsuzluk/karamsarlık şemasılı kişiler yetişkinliklerinde olumsuz sonuçları abartırlar, sıklıkla kronik endişe, aşırı tetikte olma, yakınma ve kararsızlık içerisinde olabilirler (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 365; Rafaeli, Bernstein, Young, 2012: 33).

2- *Duyguların Bastırılması*: Bu şema, spontanlığın, duyguların ifadesinin ve iletişimin aşırı derecede bastırılmasını içerir. Bunu başkalarının kınamasından, eleştirmesinden, utanç duygularından veya dürtülerinin kontrolünü kaybetmesinden kaçınmak amacıyla yaparlar. Öfke baskılama, olumlu duyguları baskılama (haz, şefkat, cinsel heyecan, şakacılık), kişinin kırılğanlığını ifade etme veya duygularını,

ihtiyaçlarını özgürce ortaya koymada güçlük yaşaması ve duygularını görmezden gelme davranışları vardır. Bu şemanın kökeninde çocukluklarında spontan bir şekilde duygularını ortaya koyduklarında ebeveynleri tarafınan utandırılmaları söz konusudur (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 372).

3- *Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik*: Yine Young ve diğerlerine (2009) göre şemalı kişiler başkaları tarafından kınanma ve utançtan kaçmak için benimsenmiş oldukları yüksek standartları karşılamayla uğraşırlar. Kendilerine ve başkalarına yönelik sürekli baskı ve eleştirici bir yaklaşıma yol açar. Bu şemanın erken dönemde geliştiğini de göz önüne aldığımızda, hastanın sağlığı, öz saygısı, ilişkileri ve memnuniyet deneyimi, başarı algısında bozulmalar söz konusu olmaktadır. Zaman ve verimlilik kaygısı, mükemmeliyetçilik ve katı kurallara aşırı dikkat ve işkolik olma vardır. Bu kişilerin düşünceleri ya hep ya hiç yönünde standartları ya tam olarak karşıladıklarına ya da başarısız olduklarına inanırlar.

4- *Cezalandırıcılık*: Bu şemaya sahip bireyler, kendileri dâhil herkesin hata yaptıkları zaman sertçe cezalandırılmak zorunda oldukları algısı içindedirler. Beklentilerini ve standartlarını karşılamayan başkalarına karşı öfkeli, hoşgörüsüz, tahammülsüz ve cezalandırıcı olma eğilimindedirler. Hafifletici sebebi dikkate almamadıkları için affetmeleri zordur. Empati yapma, insani kusurları affetme konusunda isteksizdirler ve hataları güçlükle unuturlar (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 43; Rafaeli, Bernstein, Young, 2012: 34).

2.5.3 Erken Dönem Uyumsuz şemalarla Psikosomatik ve Psikopatoloji Arasındaki İlişi

Young ve diğerleri (2009), erken dönem uyumsuz şemalar kavramını tanıtarak, yeni bir bakış açısı sunmuş ve etiyolojiyi ve çocukluk sonrası ruhsal bozuklukları incelemek için tıbbi bir model sunmuştur. Bu teoriye göre çocukluk dönemindeki erken yaşantılarının ebeveynlerle ya da bakım verenlerle olan etkilerine dayanarak kişinin zihninde yavaş yavaş oluşan ve gizli kalan inana sistemleri yaşam boyunca bazı olaylardan aktiflenerek harekete geçer. Bu aktivasyon nedeniyle duygusal, motivasyonel, davranışsal ve fizyolojik septomlar ortaya çıkabilecektir. Aktiflenen bu şemalar her ne kadar geliştikleri zamanki ortama ve koşullara uyum sağlanması için gerekli ve işlevsel olsalar dahi zamanla değişen koşullar karşısında işlevselliklerini kaybederek işlevsizliğe neden olabilmektedirler.

Erken dönem uyumsuz şemalar ve psikopatoloji ile ilişkili bazı araştırmalar incelendiğinde; Yiğit ve Erden (2015)'nin yaptıkları çalışmada, 430 üniversite öğrencisinde, çocukluk çağı istismar yaşantıları ile genel psikolojik sağlık arasındaki ilişkide, erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolünü incelemişler. Çocukluk çağı istismar yaşantılarının her birinin, genel psikolojik sağlıkla ilişkili olduğunu ve bu ilişkiye kopukluk ve zedelenmiş otonomi şema alanlarının, tam aracılık ettiğini bulmuşlardır. Erken dönem uyumsuz şemalarla kronik ağrı sendromu (Saariaho ve diğerleri, 2010, 2011, 2012, 2015), kişilik bozuklukları (Çakır; 2007; Joveve ve Jackson, 2004), kaygı ve depresyon (Soygüt ve diğerleri, 2009; Kapçı ve Hamamcı, 2010), psikosomatik bozukluklar (Güner, 2013; Kırkpınar ve diğerleri, 2014; Kapçı ve Hamamcı, 2010) gibi birçok bozukluk arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu ifade edilmiştir.

Saariaho ve diğerlerinin (2010), ağrı şikâyeti nedeni ile hastaneye ilk kez başvuran 271 kronik ağrı hastası üzerinde yaptıkları inceleme çalışmasında hastaların çoğunun (%58,3) Young Şema Ölçeği'nden anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar aldıklarını ve şemaların hastalar üzerinde ağrıdan daha fazla etkiye sahip olduklarını belirtmişlerdir. Şema puanları yüksek çıkan ağrı hastalarında ağrının süresi, yoğunluğu ve etkisi de anlamlı seviyede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu hastalarda en fazla “yüksek standartlar” ve “kendini feda” şemalarının olduğunu belirtmişler. Kronik ağrı ve erken çocukluk deneyimlerinin arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada şema alanlarının tamamında anlamlı ilişki görülmüş, kopukluk/reddedilme alanında, istikrarsızlık, güvensizlik/istismar, kusurluluk/utanç, duygusal yoksunluk ve sosyal izolasyon/yabancılaşma şema boyutlarında en yüksek ilişki olduğu belirtilmiştir (Saariaho ve diğerleri, 2011). Yine Saariaho ve diğerleri (2012) 271 kronik ağrı hastası ile ağrı şikâyeti olmayan 331 kişiyi depresyon ve erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırdıklarında kronik ağrı hastalarının erken dönem uyumsuz şemalar ve depresyon açısından kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldıklarını ve kronik ağrı hastalarında iki faktörlü şema olduğunu saptamışlar. Birinci faktörde sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk/utanç, duyguları bastırma, duygusal yoksunluk, boyun eğcilik, başarısızlık şemalarının olduğu ve bu faktördeki hastaların depresyonlarının da daha yüksek olduğu bulunmuştur. İkinci faktörde onay arayıcılık, cezalandırıcılık, kendini feda şemalarının olduğu saptanmıştır. Saariaho ve diğerleri (2015) tarafından erken

dönem uyumsuz şemalar, depresyon ve aleksitimi arasındaki ilişkileri incelemek için 6 farklı ağrı kliniğine başvuran 271 kronik ağrı hastası katılımcı olarak alınmış. Bu araştırmanın sonucunda iç içe geçme/bağımlılık ve sosyal izolasyon şemalarının ağrı ile yüksek ilişkisi olduğu ve cezalandırıcılık, karamsarlık, terk edilme, güvensizlik/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk ve kusurluluk/utanç şemalarıyla da anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Aleksitimik kronik ağrı hastalarının aleksitimik olmayan kronik ağrı hastalarına oranla daha fazla yoğun kronik acı ve depresiflik deneyimlemiş ve erken dönem uyumsuz şemalardan da daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

Young'ın şema teorisinde somatizasyon, şemaların neden olduğu anksiyete ile başa çıkmak için kullanılan bir baş etme stratejisidir. Somatizasyon, şemalar ile baş etme tarzlarının belirlenmesi amacıyla oluşturulan Young Rygh Kaçınma Ölçeğinde ölçeğin alt boyutlarından biridir. Soygüt ve diğerleri (2009) farklı üniversite ve bölümlerden yaşları 17-35 arasında olan 1071 üniversite öğrencisi ile yaptıkları şema geçerlilik çalışmasında erken dönem uyumsuz şemaların ve şema alanlarının tamamı ile somatizasyon, anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Somatizasyon ile en yüksek ilişki gösteren şemalar; terk edilme, sosyal izolasyon/güvensizlik, karamsarlık ve kusurluluk olup zedelenmiş otonomi ve kopukluk şema alanlarının en yüksek ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Depresyon, kaygı, somatizasyon gibi psikolojik belirtilerle erken dönem uyumsuz şemalar ve aile işlevinin ilişkilerinin incelendiği 352 üniversite öğrencisinin katıldığı çalışma sonucunda erken dönem uyumsuz şemaların depresyon, kaygı, somatizasyon gibi psikolojik belirtilerle yüksek düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Duygusal yalıtılmışlık şemasının psikolojik belirtilerle en yüksek ilişki gösteren şema olduğu belirtilmiştir (Kapçı ve Hamamcı, 2010).

Philips ve diğerleri (2013), 82 iritabl bağırsak sendromu hastası ve 67 sağlıklı kontrol grubu üzerinde yaptıkları çalışmada iritabl bağırsak sendromu ve semptom şiddedinin psikososyal belirleyicilerini incelemişler, aleksitimi faktörlerinin ve erken dönem uyumsuz şemalardan kusurluluk utanç ve haklılık şemalarının iritabl bağırsak sendromu ve şiddetini ön gördüğünü bildirmişlerdir.

Mansour ve diğeri (2010), yaşları 18-65 arasında olan 50 astım hastası ve 50 normal yetişkinden oluşan iki grubun bilişsel şemalarını karşılaştırdıkları çalışma sonucunda astımlı yetişkin hastaların şema alanlarının ortalamasının normal yetişkilerden önemli ölçüde yüksek olduğunu bulmuşlardır. Astımlı hastaların dayanıksızlık, çaresizlik, başarısızlık, kusurluluk/utanç şemalarının yüksek olduğunu saptamışlardır.

2.6 Duygu Düzenleme

Duygular genellikle davranış üzerinde kapsamlı bir etkiye neden olan dayanılmaz güçler olarak tasvir edilir. İnsanların duygularıyla başa çıkmada daha esnek olduklarına inanmak için sebep vardır. Görünen o ki insanlar duygusal işlemenin neredeyse her yönünü duygunun nasıl dikkati yönlendirdiği de dâhil, duygusal deneyimleri şekillendiren bilişsel değerlendirmeleri ve duygunun fizyolojik sonuçlarını kontrol edebilir (Koole, 2009). Duyguların temel özellikleri dikkat, algı, odaklanma, hatırlama, karar alma gibi bilişsel süreçleri, düşünceleri, davranışları etkileyerek psikolojik fonksiyonlar, sosyal etkileşimler ve fizyoloji üzerinde önemli etkiye neden olur. Duygular karar verme, sosyal etkileşimleri kolaylaştırma, davranışa hazırlama, olaysal belleği geliştirmesi gibi olumlu etkilere sahip olmasının yanı sıra duygunun yoğunluğu, devam süresi, duruma uygunluğu yanlış türde olduğu zaman zarar da verebilir (Gross, 2014). Duygular belirli düzeyde, belirli sürede hissedildiğinde ve bireyin kontrolünde olduğunda, olumsuz durumlarla başa çıkma, hayatta kalma ve bir görevi başarma gibi önemli işlemlere sahiptirler. Duygular sayesinde bireyler kendi yaşamlarını daha anlamlı bulurlar (Greenberg, 2004). Duygular uygun şekilde ve uygun düzeyde hissedilmediği zaman ve duygular üzerindeki kontrol kaybedildiği zaman, duygular olumlu işlevini kaybetmekte ve birçok patoloji üzerinde doğrudan ya da dolaylı olarak etkili hale gelmektedir (Koole, 2009). Duygular duruma uygun, dengeli, uygun sürede ve yoğunlukta yaşanmadığında duygu düzenleme kavramı öne çıkmaktadır. Geçen yüzyılda duygu düzenlemenin psikolojik yatırımları psikanalitik savunmalar (Freud, 1926/1959), stres ve başa çıkma (Lazarus, 1966), bağlanma teorisi (Bowlby, 1969) ve Öz-düzenleme (Mischel, 1996) üzerine odaklanmıştır (Gross, 2014). Ancak 1990'ların başına kadar ancak her yıl duygu düzenleme terimini içeren nispeten az sayıda makale vardı. Şimdi her yıl duygu düzenlemeyi psikoloji alanındaki en hızlı büyüyen alanlardan biri yapan binlerce yeni yayın var (Koole, 2009).

Glk yaşamda insanlar sürekli olarak mide bulantısı gibi içsel duyumlardan ve süpermarkette alan müzik veya meslektaşı hakkında dedikodu gibi dış olaylardan duyguları uyandıran uyarılara maruz kalabilirler. Bu tür uyanarın gerçeğinden insanların neredeyse her zaman bir çeşit duyu düzenleme düzenine girdikleri sonucuna varılabilir (Davidson, 1998). Duygu düzenlemeyi, kişilerin günlük hayatta karşılaştığı durumlara karşı esnek olma, tolerans gösterebilme, duygularını erteleyebilme ve kontrol edebilme becerisi olarak ilk tanımlayanlar arasında Cole, Michel ve Teti (1994) olmuştur. Duyguların içinde bulunulan bağlama uygun olarak düzenlenebilmesi, günlük yaşamın işlevselliğinin normal olarak sürdürülebilir olması için gerekli bir koşuldur (Gross ve Thompson, 2007). Bu yüzden, yaşamımızda edindiğimiz en önemli yetkinliklerden biri duyu düzenleme stratejilerinin etkili Şekilde kullanılmasıdır.

Thompson (1994)'a göre duyu düzenleme bireyin hedeflerini gerçekleştirmek için duygusal tepkilerini kontrol etmesi, takip etmesi, değerlendirmesi ve değişime gitmesidir. Birey duyu düzenleme esnasında duygularını başka bir tarafa yönlendirir (Koole, 2009). Duyguların farkına varılması, tanımlanması, anlaşılması ve ifade edilmesi süreçlerinden geçen duyu düzenlemede, bireyler spontan tepkilerini kontrol altına almak ya da tamamen ortadan kaldırmak için aktif bir çaba içerisine girerler. (Gross ve Thompson, 2007; Koole, 2009). Duygu düzenlemenin otomatikleşen ve ekstra çaba gerektirmeyen biçiminin de olduğunu ve hedefin her zaman tepkileri ortadan kaldırma süreci olmadığı görüşleri de vardır (Koole, 2009). İçsel ve dışsal uyanarları kapsayan duyu düzenleme süreci bilinçli olabildiği gibi bilinçsiz de olabilmektedir (Gross ve Thompson, 2006; Koole, 2009). Duygu düzenleme duygunun kendisini, algılanış biçimini, yoğunluğunu ve sıklığını azaltmanın yanı sıra duygusal yanıtı oluşturmayı ve sürdürmeyi kapsar (Thompson, 1994). Duygu düzenlemenin bireylerin yaşadığı duygular üzerinde işlemde bulunması nedeniyle, etkileri duygusal tepkimenin düşünce, davranış fizyoloji ve duyu bileşenlerinde gözlenebilir (Koole, 2009). Duygu düzenlemede, hedefin olumsuz duyguları azaltmak veya yok etmek değil, olumsuz duygular karşısında daha esnek daha dayanıklı olmak gerektiği, bunun için ise duyguların farkına varılması, kabul edilmesi, tanınması ve izlenmesi gibi süreçlerin önemli olduğu vurgulanmıştır. (Cole, Michel ve Teti, 1994; Gratz ve Romer, 2004). Duygu düzenleme ile ilgili olarak, duyu düzenlemenin duyguları kısıtlamak ya da

duyguları kontrol etmek olmadığı, duyguları kısıtlama ya da kontrol etmeye çalışmanın duyguların kontrolünü daha da zorlaştırarak duygu düzenleme sürecini güçleştireceği belirtilmiştir (Eisenberg ve diğerleri, 1998).

Duygu düzenlemenin yarattığı duygu değişikliği, bireyi her zaman istediği duygusal duruma götürmeyebilir. Buna ek olarak duygu düzenlemenin bazı formları, ironik bir biçimde kişinin kaçınmaya çalıştığı duygusal sonuçlar doğurabilir. Kişi devamlı olarak duygu düzenlemede yetersiz olursa psikopatolojilerin oluşumuna neden olabilir (Cole ve diğerleri, 1994).

Duygu ya da duygu düzenlemedeki sorunlar DSM-IV'teki psikopatoloji tanı ölçütlerinin %75'inden fazlasını içermektedir. Depresyon, bipolar bozukluk ve kaygı bozuklukları gibi birçok duygulanım bozukluklarında duygu düzenleme güçlükleri görülmektedir. Davranış bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi içselleştirme ve dışsallaştırma bozuklukları duyguların kontrol edilememesi olarak belirtilmektedir (Thompson ve Goodman, 2010).

Bazı yaklaşımlar dış ortamdaki duygu düzenlemeyi dikkate almıştır. Örneğin, gelişimsel araştırma, çocuğa bakım verenlerin çocukların duygusal durumlarını düzenlemede önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Southam-Gerow ve Kandell, 2002). Çevresel araştırmalar göstermiştir ki doğal ortamda oturanlar şehirde oturanlardan daha hızlı bir şekilde stresten uzaklaşabilir (Van den Berg, Hartig ve Staats, 2007).

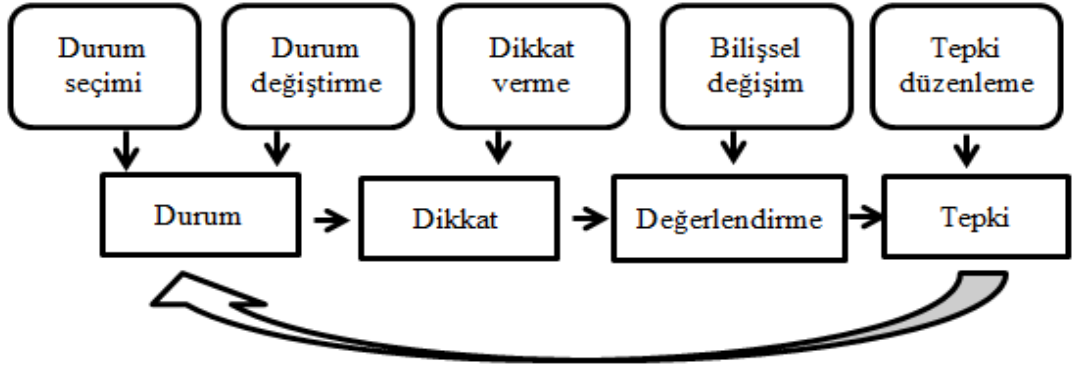
2.6.1 Duygu Düzenleme Stratejileri

Duygu düzenleme stratejileri, insanların duygularını yönetmede aldıkları somut bir yaklaşımdır. Örneğin romantik bir dağılmadan sonra insanlar dikkatlerini nötr bir faaliyete odaklayabilir ve durumu bilişsel olarak yeniden çerçeveleyebilirler (Van Dillen ve Koole, 2007; Tugade ve Frederickson, 2004).

Duygu düzenleme her zaman bazı duygusal tepkileri manipüle etmeye yöneliktir. Gross'a (2001) göre yaşanan duygular bireyle çevre etkileşimi esnasında ortaya çıkan düzenli tepkilerdir ve duygu düzenleme stratejilerinin ne zaman uygulandığı verilen tepkilerin çeşitliliği açısından önemlidir. Duygu düzenleme, sahip olduğumuz duyguların etkileri, bu duyguları nasıl deneyimlediğimiz ve ifade

ettiğimiz süreciyle yüzleşmemizdir. Birçok süreç duyguların bir veya daha fazla yönünü azaltmak, sürdürmek veya arttırmakla ilgilidir. Gross (2001), duyguları düzenleyici eylemlerin altında yatan süreçlerin kavramsal bir analizini yapmıştır ve süreç modeline göre, duygu düzenleme süreci bireyin duygularını harekete geçirecek davranışsal, fizyolojik ya da deneyimsel bir tetikleyiciyle karşılaşmasıyla ortaya çıkar. Gross süreç modelinde kişilerin duygularını düzenleyebilecekleri beş noktayı vurgulamıştır. Bu beş nokta, beş duygusal düzenleme süreci ailesini temsil eder: durum seçimi, durum değişikliği, dikkat dağıtımı, bilişsel değişim ve yanıt modülasyonu. Bu duygu düzenleme süreç modeli hakkında iki tamamlayıcı noktaya değinmiştir. Birincisi, bu model duygu düzenleme süreçleri arasında beş yönlü bir ayırım yapsa da daha üst düzey ortaklıklar vardır. Örneğin bazı amaçlar için ilk dört duygu düzenleme ailesi düşünülebilir “öncül odaklı”, bunlar ortaya çıkmadan önce değerlendirmeler full-blown tepkilere yolaçar. Bunlar tepkiler ortaya çıktıktan sonra meydana gelen “yanıt odaklı” ifadeyle karşılaştırılabilir (Gross ve Munoz, 1995; Gross ve Thompson, 2007). Bu ayrımlarla ilgili ikinci nokta, bir kişinin günlük yaşamda duygularını düzenleyebilmek için eşlerle yapılan büyük bir kavgadan sonra soğumak için bir arkadaşla balık tutmaya gitmesi gibi birçok düzenleyici süreç içermesidir. Gross ve Thompson (2007) duygu düzenleme süreç modeli stratejilerini durum seçimi, durum değiştirme, dikkat verme, bilişsel değişim ve tepkinin değişimi olmak üzere beş kategoride toplamıştır. Bu modelde, durum seçimi duyguların tetiklenme durumuna göre durum veya ortamı seçmek, durum değiştirme, durumun seçilmesi aşamasından sonra duygunun etkisini değiştirmek için yapılan düzenlemeler, dikkat verme, seçilen durumun belirlenen bir bölümüne odaklanma ve bilişsel değişim, biliş, düşünce ve inançlardaki değişim anlamına gelmektedir. Tepki değişimi ise duygudan sonra gelen ve duygular ile ilişkili yeni tepkilerin ortaya çıkması aşamasıdır. Gross, öncül odaklı ve tepki odaklı duygu düzenleme stratejileri ayırımını yapar ve modelde sıralanan durum değişimi, durum değiştirme, dikkat verme ve bilişsel değişim stratejileri duygusal tepkiler ortaya çıkmadan, davranışlar ya da fizyolojik tepkiler değiştirilmeden önce gerçekleştiğinden öncül odaklı stratejiler, tepkinin değişimi ise duygudan sonra gelip olası davranışsal ve fizyolojik tepkiler ortaya çıktıktan sonra, tepkiyle ilgili olduğundan tepki odaklı stratejiler olarak tanımlanmıştır.

Aşağıda şekil 1.2. de Gross'un duygu düzenleme için süreç modeli verilmiştir.



Şekil 2.2 Gross'un duygu düzenleme süreç modeli (Gross ve Thompson, 2007).

2.6.2 Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygulara ilişkin farkındalığın olmaması, duyguların anlaşılabilmesi ve kabul edilememesi, negatif duygular yaşarken dürtülerin kontrolünde ve amaç odaklı davranışlara yönelmede güçlük yaşama, uyumsal duygu düzenleme stratejilerine erişimde güçlük yaşama boyutlarıyla tanımlanmaktadır (Gratz ve Roemer, 2004).

Duygu düzenleme güçlüğü tetikleyici bir uyarana karşısında kişinin duygusal tepkisini kontrol etmesinde güçlük yaşaması olarak tanımlanmaktadır. Duygu düzenlemede güçlük yaşayan birey, olumsuz yaşam olaylarının getirdiği duygularla baş etmede güçlük çekebilir ve pasif agresif tutumlar sergileyebilir (Cole, Michel ve Teti, 1994).

Linehan (1993)'a göre duygu düzenleme güçlüğü duygusal tepkileri düzenlemedeki eksiklik ve yetersizliğin, duygusal uyarana karşısında yüksek duyarlılığın, çoğunlukla güçlü uzun süreli tepkilerin bir arada olmasıdır. Linehan (1993), duygu düzenleme güçlüğü sınırda kişilik bozukluğunun temel özelliklerinden biri olduğunu ve kasıtlı kendine zarar verme de dâhil olmak üzere, bu bozukluğun altında birçok davranışın duygu düzenleme fonksiyonları ile ilişkili olduğunu ileri sürer. Kendine zararı bir duygu düzenleme stratejisi olarak kavramsallaştırması, bu davranışın işlevi üzerine hem ampirik hem de teorik literatürle desteklenir (Briere ve Gil, 1998; Gratz, 2003). Linehan duygu düzensizliğinden kişinin negatif koşullarda gerekli çabayı gösterse bile, duygusal

ipuçlarını, deneyimleri, sözselsel ya da sözselsel olmayan ifadeleri düzenlemede ve değiştirmede yetersizlik yaşaması olduğundan söz eder (Linehan ve diğerleri, 2007; Linehan, 1993).

Duygu düzenleme güçlükleri özkıyım davranışı, kendine zarar verme davranışı gibi uyumsuz davranışlara neden olur, aslında bu uyumsuz davranışlar duyguları düzenlemeye hizmet ederler ancak hatalı duygu düzenlemenin sonucu olarak ortaya çıkarlar (Koerner, 2012).

Duygu düzenleme güçlüğü uyumsuz davranışlar, işlevsellikte bozulmalar ve birçok psikopatolojik semptomlarla ilişkilidir (Gross ve Munoz, 1995). Post taravmatik stress bozulduğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve madde bağımlılığını içeren bir dizi klinik bozukluklarda duygu düzenleme yetersizliğinin rolü bazı ön literatürde var olmasına rağmen bir klinik bozuklukta duygu düzenleme güçlüğünün rolünü vurgulayan en kapsamlı çalışma Linehan'ın borderline kişilik bozukluğun gelişimi üzerine teorik çalışmasıdır (Gratz ve Roemer, 2004). Gratz ve Roemer duygu düzenleme işlevinin etkin olarak gerçekleşebilmesi için altı aşama olduğunu belirtmiştir. Bunlar duyguların, duygusal tepkilerin fark edilmesi anlamına gelen "farkındalık", duyguların anlaşılması anlamına gelen "açıklık", duyguların kabul edilmesi anlamına gelen "kabul", olumsuz duygular esnasında dürtülerin kontrol edilmesi anlamına gelen "dürtü" olumsuz dürtüler sırasında amaçlara yönelebilmek anlamına gelen "amaçlar" ve olumsuz duygular sırasında duruma uygun duygu düzenleme stratejilerini seçebilme anlamına gelen "stratejiler" dir (Gratz ve Roemer, 2004).

Aldao ve Nolen-Hoeksama (2012) yaptıkları incelemede, uyumsuz olan duygu düzenleme stratejilerinin psikopatolojilerle güçlü ilişkileri olduğunu ileri sürmüşlerdir.

2.6.3 Duygu düzenleme güçlüğü ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar İlişkisi

Erken dönem uyumsuz şemaların oluşumunda, erken çocukluk dönemi deneyimleri önemli en temel faktördür ve bu dönemde bakım veren ve önemli diğerleri tarafından çocuğun temel duygusal ihtiyaçların karşılanmamasının ve sahip olduğu duygusal mizacının etki ettiği bilinmektedir (Yiğit ve Erden, 2015; Young ve

diğerleri, 2003). Duygu düzenleme becerisinin, çocukluğun ilk yıllarında bakım verenle kurulan güvenli bağlanma sonucunda geliştiği (Bowlby, 1988), anne ve birincil bakıcının çocukla uyumlu etkileşim içinde olmasının kritik öneme sahip olduğu belirtilmektedir (Field, 1994). Duygu düzenleme güçlüğünün gelişiminde de çocukluk döneminde çocuğun, duygu gelişiminde duyguyu algılama, ifade etme ve düzenlemesi üzerinde ebeveynle kurdukları ilişkinin etkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar vardır (Eisenberg ve diğerleri, 1996; Eisenberg ve diğerleri, 2001). Ebeveynlerin, çocuklarıyla ilişkilerinde çocukların yaşadıkları sorunlara ve ihtiyaçlara duyarlı olup duygularını ifade temelerine yardımcı olmaları çocukların duygusal ve sosyal gelişiminde sağlıklı yönde etki etmektedir (Field, 1994). Ebeveynlerin çocuklarıyla ilişkilerinde, çocuklarını görmezden gelmesi, cezalandırıcı ve eleştirel, küçük düşürücü ve aşağılayıcı tutumlar göstermesi çocuğun duygusal ve sosyal gelişiminde sorunlara yol açıp duygu düzenlemede güçlükler yaşamasına neden olabildiği belirtilmektedir (Gottman, Katz ve Hooven, 1996).

Eldoğan ve Barışkın (2014)'ın yaptığı çalışmada, erken dönem uyumsuz şemalar ve sosyal fobi ilişkisinde duygu düzenleme güçlüğünün aracı etkisine bakılmış, kopukluk zedelenmiş otonomi ve zedelenmiş sınırlar şema alanlarının duygu düzenleme güçlüğünü yordadığı saptanmıştır.

2.6.4 Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psoriasis İlişkisi

Deri dokunma duyusu sayesinde doğumdan itibaren duygu düzenlemede rol oynamaktadır. Annenin şefkatli ve gücen veren dokunuşlarıyla, duyguların sağlıklı bir şekilde kontrol edilmesi kolaylaşmaktadır (Ciuluvica ve diğerleri, 2014).

Psoriasisin psikososyal etkileri göz önüne alındığında, duygusal düzenlemelerde güçlük riski vardır. Almeida ve diğerleri (2016) Portekiz'de, 228 psoriasisli hastada duygu düzenleme ve psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişkileri incelemişler. Duygusal düzenleme güçlüğü psikopatolojik semptomlarla anlamlı olarak ilişkili bulunmuş. Depresyon anksiyete ve obsesif kompulsif semptomlar ile tüm duygu düzenleme güçlüğü skorları güçlü bir şekilde korelasyon göstermiş. Duygu düzenleme güçlüğü ile hastalık arasındaki ilişkide psoriasis yetersizliğinde bize dürtü kontrolü eksikliğinin, psoriasis şiddeti ve psikopatolojik semptomlardan bile daha fazla belirleyici olduğunu bulmuşlardır. Ciuluvica ve diğerleri (2014), yaptıkları bir çalışmada, psoriasisli hastaların, başka deri hastalığı olanlar ve sağlıklı

konrtollerle karşılaştırılmasında, psoriasisli hastalarının daha fazla duygu düzenleme gücüne sahip olduğunu ve duygu düzenleme gücünün deri hastalıklarını şiddetlendirdiğini bildirmişlerdir.

2.7 Stress ve Psoriasis İlişkisi

“Stres” daha önce mühendisler tarafından kullanılan bir terimdi. Stres kavramı ilk olarak 17. yüzyılda fizik alanında Robert Hooke tarafından ortaya atılmıştır (Selye, 1965) Hooke yapıların ağır yükleri taşımaları için nasıl tasarlanması gerektiği konusunda çalışırken, yapının üzerindeki ağırlığı “yük”, yükün çarptığı alanı “stres” hem yük hem de stresin etkileşimi sonucu oluşan deformasyona ise zorlanma demiştir (Lazarus, 1993).

Stres fiziksel ve duygusal sağlığımızın karşısına çıkan başa çıkma kaynaklarımızı ve yeteneklerimizi aştığı zaman organizmanın yeni duruma adaptasyon çabasında yaşadığı psikolojik durum olarak tanımlanmaktadır. Stresin anlaşılabilmesi için Walter Canon ve Hans Selye'nin görüşleri önemlidir. Canon'a göre stresin, kullanılan negatif anlamının aksine işlevsel bir yanı vardır. Canlının doğal dengesi dış etkenler veya çevresel uyarılar tarafından bozulduğunda savaş-kaç tepkisi ortaya çıkar (Sapolsky, 2015). Psikolojik stres ve başa çıkma kavramlarının fizyolojik açıklaması Selye'nin genel adaptasyon kuramı ile açıklanabilir. Biyolojik bir sisteme etkide bulunan herhangi bir iç veya dış uyarın, otonom bir tepki ile böbreküstü bezlerinden adrenalın hormonunun salgılanmasına yol açar ve sempatik sistemde gerilim yükselir. Bunun sonucunda organizma uyarana tepki vermek için aktif bir duruma geçer bu “alarm reaksiyonu”dur. Sempatik gerilimin artmasıyla parasempatik sistem de harekete geçer ve gerilimini artırır “direnc evresi”dir. Böylece ikisi arasındaki denge başka bir düzeyde yeniden kurulmuştur. Organizma, kendi dönütü ile bütün olarak tepki vererek homeostatik dengesini başlangıçtakinden daha değişik bir düzeyde yeniden sağlar ve bu süreç Genel Adaptasyon Sendromu olarak adlandırılmıştır. Gerilim çok artıp organizmanın dayanma kapasitesini ya da kendi dönütü ile çare bulma olanağını aşarsa, bir şok veya kollaps meydana gelir ve sistem tamamen çöker “tükenme evresi”dir. Bu ölümle sonuçlanmazsa sistem yeniden kurulur. Bazı durumlarda, dengeyi bozan uyarana sistemin bütünü değil, bir bölümü veya bir bölgesi yanıt verirse o bölgedeki değişikliklerle duruma uyumlanarak denge ayakta tutulur ve bu Lokal Adaptasyon

Sendromu olarak adlandırılmıştır. Psikosomatik hastalıklarda böyle bir durumdan bahsedilir. Organizma, stres karşısında belirli bir organ belirli bir bölgede işlev bozukluğu göstererek sistemin bütünlüğü sürdürülür. Stres kaynaklı fizyolojik yıpranmalar pek çok hastalıkla ilişkilidir (Selye, 1965; İlal, 1998: 760-762).

Stres enerjisi amacına uygun olarak kullanıldığında “anlık stres” tepkisi oluşur. Eğer stres enerjisi amacına uygun kullanılmazsa birikir, kronik strese dönüşerek kişinin bedenine ve zihnine zarar verici noktaya gelebilir. Kronik stres fiziksel veya ruhsal çeşitli rahatsızlıkların oluşumuna neden olur (Şahin, 2013).

Lazarus ve Folkman (1984), stresi kişinin iyi olma halinin tehdit altına girdiğini algılaması ve istenmeyen, beklenmedik durumda meydana gelen psikolojik tepkime olduğunu belirtirler. Stres belirtileri fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal alanlarda incelenebilir. Uyku sorunları, ciltte döküntü, kızarıklık, kaşıntı, baş ağrısı, iştahta azalma ya da artma, diş gıcırdatma fiziksel belirtiler arasında; gerginlik, öfke, anksiyete, huzursuzluk duygusal belirtiler arasında; bellek sorunları, odaklanmada güçlük, karar verme ve muhakemede zorlanma zihinsel belirtiler arasında; kişiler arası ilişkilerde tartışma, uyumsuzluk, diğer kişilere karşı güvensizlik ve suçlama davranışları sosyal belirtiler arasında sayılabilir (Güçlü, 2001).

1970’li yıllarda stres yaşamış her bireyin hastalanmadığı düşünülerek bir ara değişken olarak stresle başa çıkma kavramı üzerinde durulmuş, 1980’li yıllarda bu kavramla ilgili çalışmalar başlamıştır (Moschella ve Hurley, 1992). Baş etmeyi Lazarus (1986) kaynakları aştığı düşünülen içsel ve dışsal talepleri ve tehdidi kontrol edebilmek için gösterilen bilişsel ve davranışsal girişimler olarak tanımlamıştır. Lazarus ve Folkman (1984)’nın stresle başa çıkma tarzları ölçeğinde iki bölümden biri problem odaklı başa çıkma, diğeri ise duygu odaklı başa çıkmadır. Problem odaklı başa çıkma, sıkıntıya yol açan problemi sakin, planlı ve akılcıl yolla ortadan kaldırmaya yönelik çabadır. Strese sebep olan şeyi tespit etme, bilgi toplama, karar verme ve problem çözmeye yönelik davranışlardır. Burada amaç problemi çözmek ve ya problemleri azaltmaya çalışmaktır (Folkman, 2010). Problem odaklı başa çıkma tarzı, durumun sonuçları kişisel kontrol ile değişmiyorsa pek kullanılan bir tarz değildir (Lazarus ve Folkman, 1984). Duygu odaklı başa çıkma, stres kaynağının ortaya çıkardığı olumsuz duyguları ortadan kaldırmak veya düzenlemek için kullanılan bir başa çıkma tarzıdır. Burada sosyal destek arama, uzlaşma, kaçma

ya da kaçınma davranışları söz konusudur. Bu baş etme tarzının sık kullanılması kısa vadeli rahatlama sağlasa da uzun vadede problemlerin ve duygusal sıkıntıların artmasına neden olmaktadır (Folkman, 1984).

Problem odaklı başa çıkma tarzlarının sağlık problemleri ile negatif yönde bir ilişkisi olduğu, duygu odaklı başa çıkma tarzlarının kullanımının sağlık problemleri ile pozitif yönde ilişkide olduğu tespit edilmiştir (Dabrowska ve Pinsula, 2010).

Psikosomatik hastalıkların stres yaratan durumlar yaşandığında ortaya çıktığı görüşünün yerine, stres yaşayan kişilerin stres karşısında yaşadıkları öznel deneyimin ve stresle başa çıkma biçimlerinin daha belirleyici olduğu görüşü ön plana çıkmıştır (Moschella ve Hurley, 1992). Psikodermatolojik hastalıklarda stresle başa çıkma tarzlarını araştıran ve belli tarzları bulunan bireylerin daha çok patolojik distress yaşadıklarını ortaya çıkaran araştırmalar vardır (Moschella ve Hurley, 1992).

Yapılan çalışmalarda, psoriasis hastalığı olan bireylerin sağlıklı bireylere göre stres karşısında daha edilgen başa çıkma biçimlerini kullanma eğiliminde buldukları, alkol-ilaç, dine yönelme ve inkârı daha çok kullandıkları bildirilmiştir (Fortune ve diğerleri, 2002). Yapılan bir çalışmada hastaların %60'ından fazlası yaşadıkları stresi hastalıklarının sebebi olarak bildirirken, yaşam stresi psoriasis hastalığının hem sebebi hem tetikleyicisi olabilir (Griffits ve diğerleri, 2001). Psoriasis hastalığının başlamasında ve alevlenmesinde stresin etkisi değişik çalışmalarda %40-100 arasında olduğu bildirilmiştir (Aydemir ve diğerleri, 2008). 179 hastayla yapılan bir çalışmada hastaların büyük bir çoğunluğunun psoriasis hastalığının başlangıcından 1 ay öncesinde yaşadıkları stresli bir yaşam olayı belirttikleri bildirilmiştir (Gupta ve diğerleri, 2002). Gaston ve diğerleri, yaptıkları bir çalışma sonucunda psoriasisli hastaların stres azaltmaya yönelik psikolojik müdahalelerden fayda görebileceklerini fakat bunun sedef hastalığından müzdarip tüm hastalar için geçerli olmayabileceğini belirtmişlerdir. Çünkü çağdaş psikosomatik tıbbın kavramsallaştırdığı gibi “psikososyal faktörlerin katkısı, bir hastalıktan diğerine, bir kişiden diğerine ve bir hastalık döneminden diğerine aynı kişide bile değişmektedir.” (Gaston ve diğerleri, 1987).

2.8 Yaşam Kalitesi ve Psoriasis İlişkisi

Yaşam kalitesi kavramında kişinin yaşamında işlevselliğini etkileyen ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, fiziksel durum ve hastalık/tedavi gibi alanlar ön plana çıkmaktadır. Bu alanları göz önünde bulundurmak hastanın daha iyi anlaşılmasında yol gösterici olurken hastalığın çok boyutlu değerlendirilmesine katkıda bulunmaktadır (Aydemir, 2006; Müezzinoğlu, 2005).

Psoriasis hastalığında yaşam kalitesini etkileyen önemli alanlar arasında, kızarıklık, pullanma, kepeklenme, kaşıntı, uykusuzluk yürüme ve iş görmede güçlük, elleri kullanmada kısıtlanma fiziksel etkiler; stigmatizasyon, utanç, anksiyete umutsuzluk, çaresizlik, kızgınlık, reddedilme korkusu ve zihnin sürekli hastalıkla meşgul olması psikolojik etkiler; cinsel yakınlaşmalarda azalma, bedenini cinsel olarak çekici bulmama cinsel yaşama etkiler; ilişki kurma ve arkadaş edinmede güçlük, el sıkılmaktan kaçınma, spor aktivitelerinde bulunmama sosyal etkiler; işe alınmada güçlük, iş yada okulda hastalığın zaman kaybına neden olması mesleki ve okul hayatına etkiler; her zamankinden daha sık banyo yapmak zorunda kalmak, yaşam alanını her zamankinden daha çok temizlemek zorunda kalmak, hastalığın görünürlüğünü azaltmak için giysi ve giyiside renk seçimine dikkat etmek zorunda kalmak gündelik yaşama etkiler; tedavi masrafları para ve zaman kaybı tedavideki çeşitlilikler ve değişkenlikler tedavi ile ilgili sayılabilir (Ginsburg ve Link, 1993; Koo, 1996; Ramsey ve O' Reagan, 1998).

Tüm bu etkiler nedeniyle psoriasisli hastalarda sosyal kimlik ve sosyal kabul olumsuz etkilenirken öz güven duygusu zedelenebilir ve hastalar en çok sosyalleşme alanlarında, görüşlerinde ve mesleki ortamlarında yaşam kalitesini etkileyen zorluklar yaşamaktadırlar (Ginsburg ve Link, 1993; Kıvanç Altunay, 2012).

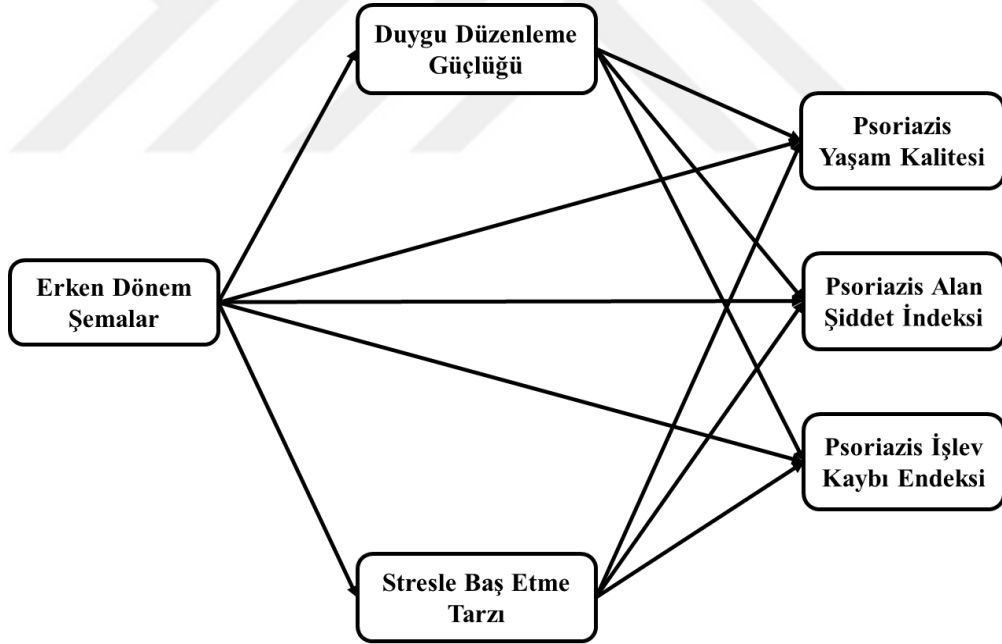
Muştu ve diğerlerinin 100 psoriasisli hasta üzerinde yaptığı çalışmada Türk psoriasis hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemişler ve yaşam kalitesini en çok etkileyen faktörün hastalık şiddeti olmadığını, yaşam kalitesinin esas belirleyişinin hastaların kendileri ve hastalıklarıyla ilgili algı ve duyguları sonucuna varmışlardır (Muştı ve diğerleri, 2015).

3 YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde, veri toplama araçları, örneklem, araştırma modeli, veri toplama işlemleri ve araştırma kapsamında toplanan verilerin analiz edilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemlere yer verilmiştir.

3.1 Araştırma Modeli

Bu araştırma, Psoriasis tanısı almış bireylerde, yaşam kalitesinde bozulma, işlev kaybı, hastalığın şiddeti, erken dönem uyumsuz şemalar, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkileri ortaya koymak üzere ilişkisel tarama modelinde (correlational survey model) yürütülmüştür. İlgili değişkenler arasındaki ilişkileri ayrıntılı ortaya koyabilmek için hipotetik model oluşturulmuştur.



Şekil 3.1 Hipotez model

3.2 Çalışma Grubu Örneklem

Araştırmanın çalışma grubunu, yaşları 25-45 arasında değişen 207 kişi oluşturmaktadır. Katılımcılardan 100'ü Psoriasis tanılı ve 107'si de herhangi bir cilt rahatsızlığı olmayan kontrol grubunu oluşturmaktadır.

Araştırmanın psoriasis hasta verileri 2020 yılında, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hashanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Psoriasis Polikliniği'ne ve Yeni Yüzyıl Üniversitesi Özel Gazi Osmanpaşa Hastanesi Dermatoloji Bölümü'ne başvuran psoriasis tanısı almış, tanıli nörolojik ve psikotik herhangi bir hastalığı olmayan, araştırmaya gönüllü katılan kişilerden toplanmıştır. Kontrol grubu verileri İstanbulda yaşayan, herhangi bir deri hastalığı olmayan, tanıli nörolojik ve psikotik bir hastalığı olmayan, çalışmaya gönüllü katılan kişilerden toplanmıştır.

Çalışmaya gönüllü katılan hastalara, araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış ve Bilgilendirilmiş Onam Formu verilerek çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair imzalı onayları alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler araştırmacı tarafından hastalara uygulanarak veriler toplanmıştır. Kontrol grubu verileri Google Formlar üzerinden Bilgilendirilmiş Onam Formu ile onayları alınarak toplanmıştır. Tanılı gruba ve kontrol grubuna ait demografik özellikler Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1 Çalışma grubuna ilişkin demografik özellikler

Demografik Özellikler		Grup		Toplam
		Psoriasis Tanılı Grup	Kontrol Grubu	
Cinsiyet	Kadın	47	75	122
	Erkek	53	32	85
Medeni Durum	Bekar	24	19	43
	Evli	76	88	164
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	2	0	2
	İlkokul Mezunu	26	5	31
	Ortaokul Mezunu	18	4	22
	Lise Mezunu	27	24	51
	Üniversite Mezunu	26	53	79
	Lisansüstü Eğitim	1	21	22
Gelir Düzeyi	Alt	22	10	32
	Orta	74	92	166
	Üst	4	5	9
Nörolojik Bir Hastalık	Var	0	0	0
	Yok	100	107	207
Psikiyatrik Bir Hastalık	Var	19	8	27
	Yok	81	99	180
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	17	10	27
	Yok	83	97	180
Alkol Kullanımı	Var	18	35	53
	Yok	82	72	154
Sigara Kullanımı	Var	43	31	74
	Yok	57	76	133
Toplam		100	107	207

Katılımcıların özellikleri genel olarak değerlendirildiğinde, kontrol grubunda yer alan katılımcılar ile tanılu grupta yer alan katılımcıların demografik özelliklerinin benzer olduğu ifade edilebilir.

3.3 Veri Toplama Araçları

Örnekleme alınan bireylere Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ), Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi (PİKİ), Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalite Ölçeği, Young Erken Dönem Şema Ölçeği Kısa Form, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Belirti Tarama Envanteri (SCL-90) uygulanmıştır.

3.3.1 Demografik Veri Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, nörolojik ve psikiyatrik hastalığa sahip olup olmama durumu, psikiyatrik ilaç kullanımı ile alkol ve sigara kullanımını belirlemek için araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

3.3.2 Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ)

Psoriasis şiddetini değerlendirmek için kullanılan bir ölçek ilk olarak 1978 yılında Fredriksson ve diğerleri, tarafından geliştirilmiştir. Bu yöntem, psöriatik plakların eritem, infiltrasyon ve deskuamasyon olmak üzere 3 tipik bulgusunun, artan şiddete göre 0-4 arası değişen skorlarla ölçülerek ve vücutta baş, üst ekstremitte, gövde ve alt ekstremitte olmak üzere hastalıktan etkilenen bölgelerin tutulum yüzdelerinin de derecelendirilerek kombine edildiği bir skalada kantitatif olarak değerlendirilmesine dayanır (Finlay, 1990; Tüzün, 2011; Finlay, 1987).

3.3.3 Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi (PİKİ)

Finlay ve diğerleri (1985) tarafından Psoriasis hastalarının bakış açısından işlev kaybı derecesini ölçümlemek üzere geliştirilmiştir (Finlay, 1985). Toplam 15 sorudan oluşan PİKİ, günlük aktiviteler, iş ya da okul, kişisel ilişkiler, boş vakit ve tedaviyle ilişkili sorulardan oluşmaktadır. İndekste yer alan her bir soru 0–3 arasında puanlanmaktadır. İndeksten alınacak maksimum puan 45 iken minimum puan 0'dır. İndeksten alınan yüksek puan işlev kaybına işaret etmektedir. Bu ölçeğin bu çalışma için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı tanılu grupta .87 olarak hesaplanmıştır. Bu ölçek kontrol grubuna uygulanmamıştır.

3.3.4 Young Şema Ölçeği Kısa Form (YŞÖ – KF3)

Young Şema Ölçeği'nin özgün formunun kısaltılarak oluşturulan form 18 şema boyutunu ölçen ve 5 şema alanından oluşan 90 maddelik bir ölçektir (Young ve diğerleri, 2003; Young ve diğerleri, 2009). Türk kültürüne uyarlama çalışmaları Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından farklı üniversitelerden yaşları 17-35 yaş arasında değişen 1071 katılımcının dâhil edildiği bir çalışmayla yapılmıştır. Uyarlama çalışması sonucunda 5 şema alanında yer alan 14 şemadan oluşan 90 maddelik bir yapıya ulaşılmıştır (Soygüt ve diğerleri, 2009). Bu araştırmada bu çalışmadan yola çıkarak 5 şema alanı dikkate alınmıştır.

Ölçeğin maddeleri, orijinal ölçekte olduğu gibi, 6'lı likert tipte (1 = Benim için tamamıyla yanlış, 6 = Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) derecelendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun 5 şema alanı açısından testtekrar test güvenilirliği, $r = .66-.83$ ve iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .53-.81$ aralığında, 14 şema boyutu açısından ise test-tekrar test güvenilirliği $r = .66 - .82$, iç tutarlılık katsayısı $\alpha = .63 - .80$ aralığındadır (Soygüt ve diğerleri, 2009). Bu ölçeğin bu çalışma için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı tanıli grupta .93 ve kontrol grubunda .96 olarak hesaplanmıştır.

3.3.5 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)

Duygu düzenleme ölçeği Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilen 36 madde ve 6 alt boyuttan oluşan 5'li likert tipi (1 = Hiçbir zaman, 5 = Her zaman) bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması genel olarak duygu düzenlemede yaşanan güçlükleri ifade etmektedir. Ölçek, genel duygu düzenleme güçlüğüne değerlendirmesinin yanında 6 alt boyuta ait yaşanan duygu düzenleme güçlüklerini de değerlendirmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanların yüksek olması da, ilgili boyutta yaşanan duygu düzenlemedeki güçlükleri işaret etmektedir.

Ölçeğin alt boyutları, duygu düzenlemenin 6 alanını içermektedir. Farkındalık boyutu, duygusal tepkilerin farkındalığını ölçen 6 maddeden (madde 2, 6, 8, 10, 17, 34), açıklık boyutu duygusal tepkilerin anlaşılmasını ölçen 5 maddeden (madde 1, 4, 5, 7, 9), kabul boyutu duyguların kabul edilmesini ölçen 7 maddeden (madde 11, 12, 21, 23, 25, 29), stratejiler boyutu duygularla etkili şekilde baş etme stratejilerinin olmasını ölçen 8 maddeden (madde 15, 16, 22, 28, 30, 31, 35, 36), dürtü boyutu,

olumsuz duygular esnasında dürtü kontrolünde problem yaşama durumunu ölçen 6 maddeden (madde 3, 14, 19, 24, 27, 32) ve son olarak amaçlar boyutu, olumsuz duygular esnasında amaçlara uygun davranılabilmesini ölçen 5 maddeden (madde 13, 18, 20, 26, 33) oluşmaktadır.

Ölçeğin özgün formunun iç tutarlılık katsayısı .93, alt boyutlarına ilişkin iç tutarlılık katsayısı ise .88 ile .89 arasında değerler almaktadır. Ölçeğin test tekrar test güvenilirliği .88 dir (Gratz ve Roemer, 2004).

Türkçeye uyarlaması Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından yapılan ölçeğin faktör yapısı ve madde sayısı ölçeğin orijinaliyle aynı bulunmuş ve desteklenmiştir. Sadece orijinal ölçeğin 10. maddesi, ölçeğin tamamıyla çok düşük bir korelasyon ($r = .06$) göstermesi gerekçesiyle ölçekten çıkarılarak aynı içeriğe sahip başka bir madde yerine eklenmiştir. Böylece ölçeğin yapısı ve faktör sayısı orijinaliyle aynı bulunmuş ve ölçeğe ait yapı geçerliliği korunmuştur. Ölçeğin Türkçe formunda iç tutarlılık katsayısı .94, alt boyutların iç tutarlılık katsayısı ise .75 ile .90 aralığında değerler aldığı belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun test tekrar test güvenilirliği ölçeğin geneli için .83 olduğu, alt ölçekler için ise .60 ile .85 arasında değişmektedir. Bu ölçeğin bu çalışma için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı tanımlı grupta .93 ve kontrol grubunda .93 olarak hesaplanmıştır.

3.3.6 Belirti Tarama Envanteri (SCL-90)

Belirti Tarama Testi, Derogatis (1977) tarafından, ayakta tedavi gören psikiyatri hastalarının, psikiyatrik belirtileri ile baskı ve stres seviyesini belirlemek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim anketidir. 90 madde ve toplamda 10 alt ölçekten oluşmaktadır. 5'li Likert tipi (0 = Hiç, 4= Aşırı Düzeyde) ile değerlendirilen ölçek, 0 ile 4 arası puanlanmaktadır (Derogatis, 1977; Akt. Dağ, 1991).

Belirti Tarama Testinin alt ölçekleri; tıbbi bir alt yapısı olmaksızın bedensel yakınmalarını değerlendiren somatizasyon alt ölçeği (12 madde), bireylerin istem dışı olarak kendilerini düşünmekte veya yapmaktan alıkoyamadıkları sürekli ortaya çıkan düşünce, dürtü ve eylemleri değerlendiren obsesyon alt ölçeği (10 madde), bireylerin özellikle diğer insanlara kıyasla yetersizlik ve aşağılık duygularını ve diğerleriyle ilişkilerindeki olumsuz beklentiyi ve hissettiği rahatsızlığı değerlendiren kişilerarası duyarlılık alt ölçeği (9 madde), depresif duygudurum, ilgi ve zevk kaybı,

istek ve enerji kaybı, intihar düşünceleri gibi belirtilerden oluşan bir zorlanmayı değerlendiren depresyon alt ölçeği (12 madde), ileri derecede kaygı ile bağlantılı gerginlik, titreme, endişe, panik gibi belirtileri değerlendiren kaygı alt ölçeği (10 madde), öfke, sinirlilik, kırgınlık, düşmanlık ve saldırganlık gibi, öfke ile duygusal, bilişsel veya davranışsal olarak bağlantılı belirtileri değerlendiren öfke alt ölçeği (6 madde), gerçek bir tehdit olmamasına rağmen duyulan orantısız kaygılar ve bunun sonucunda ortaya çıkan kaçma ve kaçınma gibi belirtileri değerlendiren fobik kaygı alt ölçeği (7 madde), kuşkucu, düşmanca ve yansıtıcı düşüncelerle birlikte, çeşitli korku ve sanrıların eşlik edebildiği paranoid belirtileri değerlendiren paranoid düşünce alt ölçeği (6 madde), sosyal çevreden uzaklaşma, şizoid yaşam tarzından sanrı ve varsanılarla belirgin şizofreniye kadar psikotik düşünce ve davranışla ilgili belirtileri değerlendiren psikotizm alt ölçeği (10 madde) ve son olarak yeme problemleri ‘aşırı yemek yeme’, ‘iştah azalması’ , uyku problemleri (‘uykuya dalmada güçlük’, ‘sabahın erken saatinde uyanma’ ‘uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama’), suçluluk duyguları ‘ölüm ya da ölme düşünceleri’, ‘suçluluk duygusu’ gibi diğer psikolojik semptomları değerlendiren ek ölçek (7 madde) olmak üzere toplam 10 tanedir.

Ölçeğin özgün formunda geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili yapılan çalışmalarda, ölçeğin alt ölçeklerine ait iç tutarlılık değerlerinin .77 - .90 aralığında, test tekrar test güvenilirliğinin .78 - .90 aralığında olduğu belirlenmiştir (Derogatis, 1977; Akt. Dağ, 1991). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında geçerlilik ve güvenilirliği ile ilgili Dağ ve diğerleri (1991), tarafından yapılan çalışmalarda ölçeğin alt ölçeklerine ait iç tutarlılık değerlerinin .65-.87 aralığında değiştiği, testin tamamının test tekrar test güvenilirliğinin .90, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .97 olduğu belirlenmiştir (Dağ, 1991).

Bu sonuçlara bakılarak testin Türkçe uyarlamasında geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ve özellikle bir bütün olarak hastaların genel psikiyatrik belirti düzeylerini iyi seviyede gösterecek yapıda olduğu ifade edilmiştir (Dağ, 2000: 33-37)

3.3.7 Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalite Ölçeği

Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek üzere İnanır ve diğerleri (2003), tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte toplam 17 madde bulunmaktadır.

Ölçekte bulunan her bir madde 4'lü Likert olarak "Hiç" (0), "Biraz" (1), "Oldukça" (2) ve "Çok" (3) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar yaşam kalitesinin düşmesi anlamına gelmektedir. Ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir. Güvenilirlik için iç tutarlılık ölçümünde Cronbach alfa katsayısı .87 ve madde- toplam puan korelasyonları .38-.60 arasında hesaplanmıştır. Bu ölçeğin bu çalışma için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı tanıli grupta .97 ve kontrol grubunda .98 olarak hesaplanmıştır.

3.3.8 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bireylerin stresle başa çıkmada kullandığı tarzları ölçmek amacıyla Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin 30 maddelik formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek stresle başa çıkmada iki tarzı ölçmektedir. Ölçekten elde edilen alt boyutlar, Kendine Güvenli Yaklaşım (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26), İyimser Yaklaşım (2, 4, 6, 12, 18) ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı (1, 9, 29, 30) problem odaklı başa çıkma tarzını, Çaresiz Yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28) ve Boyun Eğici Yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21, 24) ise duygu odaklı başa çıkma tarzını oluşturmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar ise kişinin o tarzı daha çok kullandığını göstermektedir. Ölçeğin 1. ve 9. maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin güvenilirliği ile ilgili yapılmış üç çalışmada Sosyal Desteğe Başvurma alt boyutunun güvenilirlik katsayıları $\alpha=0,45$ ile $\alpha=0,47$, Kendine Güvenli Yaklaşım alt boyutunun $\alpha=0,62$ ile $\alpha=0,80$ İyimser Yaklaşım alt boyutunun $\alpha=0,49$ ile $\alpha=0,68$, Boyun Eğici Yaklaşım alt boyutunun $\alpha=0,47$ ile $\alpha=0,72$, Çaresiz Yaklaşım alt boyutunun ise $\alpha=0,64$ ile $\alpha=0,73$ arasında bulunduğu raporlanmıştır (Şahin ve Durak, 1995). Bu çalışmada ölçek, 5'li Likert olarak kullanılmıştır. Probleme yönelik stresle başa çıkma tarzlarından sosyal destek arama yaklaşımı örtük değişkene faktör olarak istatistiksel olarak anlamlı bağlanmadığı için modele dahil edilmemiştir. Bu ölçeğin bu çalışma için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı tanıli grupta .76 ve kontrol grubunda .71 olarak hesaplanmıştır.

3.4 Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, hastane ortamında çalışmaya gönüllü katılan hastalara, araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgilendirme yapılarak ve Bilgilendirilmiş Onam Formu verilerek çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair imzalı onayları

alınarak toplanmıştır. Psoriasis hastalığının şiddetini belirleyen PAŞİ skoru her hasta için dermatolog doktor tarafından değerlendirilerek verilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçekler araştırmacı tarafından hastalara verilerek toplanmıştır. Kontrol grubu verilerinin çoğunluğu Google Formlar üzerinden gönüllü katılımcıların Bilgilendirilmiş Onam Formu ile onayları alınarak toplanmıştır.

3.5 Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında toplanan verilerin analiz edilmesinde IBM Spss 21 ve IBM SPSS Amos 21 paket programları kullanılmıştır. Verilerin dağılımına ilişkin betimsel verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi ve yordama etkilerinin değerlendirilmesinde yol analizi (path analysis) tekniklerinden yararlanılmıştır.

4 BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma kapsamında toplanan verilerin analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgulara ve bulguların yorumlanmasına yer verilmiştir.

4.1 Verilerin Dağılımının Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında toplanan verilerin dağılımı basıklık ve çarpıklık değerleri ile değerlendirilmiş, analiz sonuçları Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1 Modellerde yer alan değişkenlere ait betimsel istatistikler

	Psoriasis Tanılı Grup		Kontrol Grubu		
	Çarpıklık	Basıklık	Çarpıklık	Basıklık	
Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	Duyusal Yoksunluk	1.01	-0.04	1.18	0.48
	Başarısızlık	1.41	2.09	1.22	1.98
	Karamsarlık	0.14	-1.13	0.70	-0.31
	Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	0.75	-0.21	0.59	-0.34
	Duyuları Bastırma	0.68	-0.39	0.88	0.07
	Onay Arayıcılık	0.08	-0.39	-0.12	-0.58
	İç içe Geçme/Bağımlılık	0.85	0.09	1.52	2.26
	Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	-0.05	-0.57	-0.47	0.09
	Kendini Feda	-0.38	-0.72	0.11	-1.04
	Terk Edilme	0.77	-0.16	1.65	2.47
	Cezalandırılma	-0.80	1.06	-0.18	-0.49
	Kusurluluk	0.92	0.06	1.59	2.31
	Tehditler Karşısında Dayanısızlık	0.82	0.11	0.79	0.26
	Yüksek Standartlar	-0.10	-0.73	0.34	-0.53
Duygu Düzenleme Güçlükleri	Farkındalık	0.25	-0.25	0.18	-0.42
	Açıklık	0.36	-0.56	0.72	0.58
	Kabul Etmeme	1.15	1.12	1.31	2.10
	Stratejiler	0.78	-0.05	1.03	1.25
	Dürtü	0.69	0.30	1.29	1.39
	Amaçlar	-0.05	-0.75	0.40	-0.23
Stresle Baş Etme Tarzları	İyimser Yaklaşım	0.11	-0.41	-0.11	-0.23
	Kendine Güvenli Yaklaşım	-0.31	-0.41	-0.37	-0.51
	Çaresiz Yaklaşım	0.54	0.38	0.52	-0.09
	Boyun Eğici Yaklaşım	0.46	-0.30	0.85	0.90
	Sosyal Destek Arama	0.13	0.31	-0.07	-0.57
	Problem Odaklı Baş Etme	0.01	-0.58	-0.04	-0.73
	Duygu Odaklı Baş Etme	0.43	0.07	0.68	0.76
Psikolojik Belirtiler (SCL-90)	Somatizasyon	1.44	1.66	1.18	2.07
	Obsesif kompulsif belirtiler	0.89	0.06	0.35	-0.07
	Kişiler arası duyarlılık	1.06	0.45	0.65	-0.51
	Depresyon	0.90	0.08	0.72	0.28
	Anksiyete	1.53	2.38	1.34	2.32
	Öfke düşmanlık	1.65	2.51	1.48	3.31
	Fobik anksiyete	2.38	5.09	2.17	7.46
	Paranoid düşünceler	1.24	0.90	0.77	-0.14
	Psikotik	1.62	2.42	1.27	1.01
Genel Semptom Ortalaması	1.24	1.06	0.79	0.56	
Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi	0.48	-0.55	-	-	
Psoriasis Hastalarında Yaşam Kalite Ölçeği	0.36	-0.43	-	-	

Normal Dağılım: Hesaplanan basıklık ve çarpıklık değerleri göz önüne alındığında, psikolojik belirtilerden fobik anksiyete dışındaki, tanılu grupta basıklık değerlerinin .01 ile 1.65 arasında; çarpıklık değerlerinin ise .04 ile 2.51 arasında; kontrol grubunda basıklık değerlerinin .04 ile 1.59 arasında; çarpıklık değerlerinin ise .07 ile 3.31 arasında değiştiği gözlenmiştir. Hesaplanan değerler göz önüne alındığında, normal dağılım için kriter olarak belirtilen ± 1.5 değerinden çok fazla sapma göstermediği ifade edilebilir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Çoklu doğrusal bağlantı: Çoklu doğrusal bağlantı, değişkenlerin birbiriyle aşırı derecede ilişkili olduğu anlamına gelmektedir. Değişkenler arasındaki ilişki .80 ve daha yüksek olduğu zaman problem teşkil etmektedir. Bu çalışmada, değişkenler arasında çoklu bağlantı probleminin olup olmadığı kontrol edildiğinde hiçbir gözlenen değişken arasındaki korelasyon katsayısının .80'nin üzerinde olmadığı tespit edilmiştir (bkz. Tablo 4.7).

4.2 Erken Dönem Uyumsuz şemaların Gruplara Göre Farklılaşması

Erken dönem uyumsuz şemaların gruplara göre farklılaşması Bağımsız Gruplar için t-Testi ile değerlendirilmiş, analiz sonuçları Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2 Erken dönem uyumsuz şemaların gruplara göre farklılaşması bağımsız örneklem için t testi sonuçları

	Grup	N	\bar{X}	SS	t	p
Duygusal Yoksunluk	Psoriasis Tanılı Grup	100	11.97	6.93	2.98	0.00**
	Kontrol Grubu	107	9.48	4.99		
Başarırsızlık	Psoriasis Tanılı Grup	100	11.45	4.95	-0.03	0.98
	Kontrol Grubu	107	11.47	4.69		
Karamsarlık	Psoriasis Tanılı Grup	100	15.49	6.62	4.33	0.00**
	Kontrol Grubu	107	11.92	5.23		
Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	Psoriasis Tanılı Grup	100	15.74	6.13	0.75	0.45
	Kontrol Grubu	107	15.11	5.87		
Duyguları Bastırma	Psoriasis Tanılı Grup	100	11.34	5.53	1.79	0.08
	Kontrol Grubu	107	10.08	4.54		
Onay Arayıcılık	Psoriasis Tanılı Grup	100	20.37	5.69	2.96	0.00**
	Kontrol Grubu	107	18.14	5.17		
İ ie Geçme/Bağımlılık	Psoriasis Tanılı Grup	100	16.30	6.00	0.52	0.61
	Kontrol Grubu	107	15.84	6.73		
Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özenetim	Psoriasis Tanılı Grup	100	20.95	6.24	0.19	0.85
	Kontrol Grubu	107	20.80	5.09		
Kendini Feda	Psoriasis Tanılı Grup	100	20.96	5.80	6.87	0.00**
	Kontrol Grubu	107	15.81	4.96		
Terk Edilme	Psoriasis Tanılı Grup	100	9.95	4.46	1.82	0.07
	Kontrol Grubu	107	8.85	4.21		
Cezalandırılma	Psoriasis Tanılı Grup	100	24.06	5.48	6.69	0.00**
	Kontrol Grubu	107	19.06	5.27		

Tablo 4.2 (devam)

	Grup	N	\bar{X}	SS	t	p
Kusurluluk	Psoriasis Tanılı Grup	100	9.70	3.70	0.76	0.45
	Kontrol Grubu	107	9.28	4.18		
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	Psoriasis Tanılı Grup	100	11.94	5.44	0.60	0.55
	Kontrol Grubu	107	11.52	4.58		
Yüksek Standartlar	Psoriasis Tanılı Grup	100	9.72	3.84	4.84	0.00**
	Kontrol Grubu	107	7.40	3.03		

**p < .01

Analiz sonuçlarına göre, Erken Dönem Uyumsuz Şemalardan Duygusal Yoksunluk [t(205) = 2.98, p < .01], Karamsarlık [t(205) = 4.33, p < .01], Onay Arayıcılık [t(205) = 2.96, p < .01], Kendini Feda [t(205) = 6.87, p < .01], Cezalandırılma [t(205) = 6.69, p < .01] ve Yüksek Standartların [t(205) = 4.84, p < .01] gruplara göre tanıli grupta bulunan katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Diğer şema alanlarının ise gruplara göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir.

4.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Gruplara Göre Farklılaşması

Duygu düzenleme güçlüklerin gruplara göre farklılaşması Bağımsız Gruplar için t-Testi ile değerlendirilmiş, analiz sonuçları Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3 Duygu düzenleme güçlüklerinin gruplara göre farklılaşması bağımsız örneklem için t testi sonuçları

	Grup	N	\bar{X}	SS	t	p
Farkındalık	Psoriasis Tanılı Grup	100	15.89	3.97	0.43	0.67
	Kontrol Grubu	107	15.64	4.50		
Açıklık	Psoriasis Tanılı Grup	100	11.30	3.91	2.30	0.02*
	Kontrol Grubu	107	10.13	3.39		
Kabul Etmeme	Psoriasis Tanılı Grup	100	12.36	5.32	2.08	0.04*
	Kontrol Grubu	107	10.96	4.34		
Stratejiler	Psoriasis Tanılı Grup	100	17.61	6.91	1.17	0.24
	Kontrol Grubu	107	16.59	5.65		
Dürtü	Psoriasis Tanılı Grup	100	12.63	4.81	1.29	0.20
	Kontrol Grubu	107	11.78	4.71		
Amaçlar	Psoriasis Tanılı Grup	100	13.99	4.67	1.27	0.21
	Kontrol Grubu	107	13.22	4.03		

*p < .05

Analiz sonuçlarına göre, duygu düzenleme güçlüklerinden Açıklık [t(205) = 2.30, p = .02] ve Kabul Etmeme [t(205) = 2.08, p = .04] alanlarının gruplara göre tanıli grupta bulunan katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

farklılaştığı belirlenmiştir. Diğer duygu düzenleme alt alanlarının ise gruplara göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir.

4.4 Stresle Baş Etme Tarzlarının Gruplara Göre Farklılaşması

Stresle baş etme tarzlarının gruplara göre farklılaşması Bağımsız Gruplar için t-Testi ile değerlendirilmiş, analiz sonuçları Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4 Stresle baş etme tarzlarının gruplara göre farklılaşması bağımsız örneklem için t testi sonuçları

	Grup	N	\bar{X}	SS	t	p
İyimser Yaklaşım	Psoriasis Tanılı Grup	100	301.10	101.04	-0.43	0.66
	Kontrol Grubu	107	307.29	103.75		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Psoriasis Tanılı Grup	100	469.50	141.46	-1.75	0.08
	Kontrol Grubu	107	503.18	135.87		
Çaresiz Yaklaşım	Psoriasis Tanılı Grup	100	347.90	166.03	0.05	0.96
	Kontrol Grubu	107	346.82	153.67		
Boyun Eğici Yaklaşım	Psoriasis Tanılı Grup	100	215.00	120.98	0.27	0.79
	Kontrol Grubu	107	210.56	115.15		
Sosyal Destek Arama	Psoriasis Tanılı Grup	100	209.00	82.64	-3.28	0.00*
	Kontrol Grubu	107	247.66	86.80		
Problem Odaklı Baş Etme	Psoriasis Tanılı Grup	100	979.60	274.69	-2.17	0.03*
	Kontrol Grubu	107	1058.13	246.08		
Duygu Odaklı Baş Etme	Psoriasis Tanılı Grup	100	562.90	251.02	.16	0.87
	Kontrol Grubu	107	557.38	236.91		

*p < .05

Analiz sonuçlarına göre, stresle baş etme tarzlarından sosyal destek aramaya başvurmanın [$t(205) = -3.28, p < .01$] ve problem odaklı baş etmenin [$t(205) = -2.17, p < .05$] gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, kontrol grubunda olan katılımcılar lehine farklılaştığı, ancak diğer stresle baş etme tarzlarının gruplara göre farklılaşmadığı belirlenmiştir.

4.5 Psikolojik Belirtilerin Gruplara Göre Farklılaşması

Psikolojik semptomların gruplara göre farklılaşması Bağımsız Gruplar için t-Testi ile değerlendirilmiş, analiz sonuçları Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5 Psikolojik belirtilerin gruplara göre farklılaşması bağımsız örneklem için t testi sonuçları

	Grup	N	\bar{X}	SS	t	p
Somatizasyon	Psoriasis Tanılı Grup	100	7.14	7.45	-2.30	0.02*
	Kontrol Grubu	107	9.50	7.32		
Obsesif kompulsif belirtiler	Psoriasis Tanılı Grup	100	9.86	7.55	-0.97	0.33
	Kontrol Grubu	107	10.79	6.28		
Kişiler arası duyarlılık	Psoriasis Tanılı Grup	100	7.21	6.59	-0.93	0.35
	Kontrol Grubu	107	8.05	6.30		
Depresyon	Psoriasis Tanılı Grup	100	12.09	9.56	-1.09	0.28
	Kontrol Grubu	107	13.55	9.71		
Anksiyete	Psoriasis Tanılı Grup	100	6.18	6.64	-1.36	0.18
	Kontrol Grubu	107	7.40	6.32		
Öfke düşmanlık	Psoriasis Tanılı Grup	100	4.62	4.37	0.56	0.58
	Kontrol Grubu	107	4.30	3.94		
Fobik anksiyete	Psoriasis Tanılı Grup	100	2.10	3.89	-2.03	0.04*
	Kontrol Grubu	107	3.24	4.20		
Paranoid düşünceler	Psoriasis Tanılı Grup	100	3.70	3.84	-2.99	0.00*
	Kontrol Grubu	107	5.38	4.22		
Psikotiklik	Psoriasis Tanılı Grup	100	3.70	4.10	-2.31	0.02*
	Kontrol Grubu	107	5.31	5.71		
Genel Semptom Ortalaması	Psoriasis Tanılı Grup	100	0.71	0.57	-1.63	0.11
	Kontrol Grubu	107	0.84	0.57		

*p < .05

Analiz sonuçlarına göre, psikolojik belirtilerden somatizasyonun [$t(205) = 2.30, p < .05$], fobik anksiyetenin [$t(205) = -2.03, p < .05$], paranoid düşüncelerin [$t(205) = -2.99, p < .05$], psikotikliğin [$t(205) = -2.31, p < .05$] ve gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı, diğer psikolojik belirtilerin ise gruplara göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir. Analiz sonuçlarında, somatizasyonun, fobik anksiyetenin, paranoid düşüncelerin ve psikotikliğin kontrol grubunda tanı grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.6. Psoriasis Tanılı Gruptaki Katılımcıların Psoriasis İşlev Kaybı, Hastalık Şiddeti, Yaşam Kalitesi, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Stresle Baş etme Tarzları ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkiler

Tanı grubunda yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir, analiz sonuçları Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6 Tanılı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiler

Değişkenler	Psoriazis İşlev Kaybı İndeksi	Psoriasis Alan Şiddeti	Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalitesinde Bozulma
Şemalar	Duygusal Yoksunluk	.369**	.299**
	Başarısızlık	.04	.08
	Karamsarlık	.270**	.233*
	Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	.304**	.236*
	Duyguları Bastırma	.05	.11
	Onay Arayıcılık	.11	.15
	İç içe Geçme/Bağımlılık	.08	.11
	Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	.14	.12
	Kendini Feda	.19	.16
	Terk Edilme	.274**	.16
	Cezalandırılma	.01	.12
	Kusurluluk	.19	.17
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	.14	.215*
	Yüksek Standartlar	-.11	-.03
Duygu Düzenleme	Farkındalık	.07	.08
	Açıklık	.06	.235*
	Kabul Etmeme	.05	.12
	Stratejiler	.19	.206*
	Dürtü	.11	.18
	Amaçlar	.232*	.232*
Stresle Baş Etme Tarzları	İyimser Yaklaşım	-.05	-.03
	Kendine Güvenli Yaklaşım	-.10	-.03
	Çaresiz Yaklaşım	.326**	.445**
	Boyun Eğici Yaklaşım	.05	.20
	Sosyal Destek Arama	-.242*	-.18
	Problem Odaklı Baş Etme	-.14	-.08
Psikolojik Semptomlar	Duygu Odaklı Baş Etme	.237*	.388**
	Somatizasyon	.06	.08
	Obsessif kompulsif belirtiler	.10	.17
	Kişiler arası duyarlılık	.16	.301**
	Depresyon	.209*	.214*
	Ankisiyete	.16	.215*
	Öfke düşmanlık	.03	.15
	Fobik anksiyete	.15	.14
	Paranoid düşünceler	.12	.291**
Psikotik	.17	.211*	
Genel Semptom Ortalaması	.15	.217*	

*p<.05, **p<.01

Analiz sonuçlarına göre, Psoriazis İşlev Kaybı İndeksi ile sema alanlarından duygusal yoksunluk ($r = .40, p < .05$), karamsarlık ($r = .27, p < .05$), sosyal izolasyon ($r = .30, p < .05$) ve terk edilme ($r = .27, p < .05$); duygu düzenleme güçlüklerinden

amaçlar ($r = .23, p < .05$); stresle baş etme tarzlarından çaresiz yaklaşım ($r = .33, p < .05$), sosyal destek arama ($r = -.24, p < .05$) ve duygu odaklı baş etme ($r = .24, p < .05$); psikolojik belirtilerden ise depresyon ($r = .21, p < .05$) anlamlı düzeyde ilişkilidir.

Psoriasis şiddeti ile sema alanlarından duygusal yoksunluk ($r = .39, p < .05$), karamsarlık ($r = .21, p < .05$), kendini feda ($r = .39, p < .05$) ve terk edilme ($r = .25, p < .05$); duygu düzenleme güçlüklerinden açıklık ($r = .26, p < .05$) ve amaçlar ($r = .26, p < .05$); stresle baş etme tarzlarından çaresiz yaklaşım ($r = .34, p < .05$), sosyal destek arama ($r = -.22, p < .05$) ve duygu odaklı baş etme ($r = .32, p < .05$) anlamlı düzeyde ilişkilidir.

Psoriasis hastalarda yaşam kalitesindeki azalma ile sema alanlarından duygusal yoksunluk ($r = .30, p < .05$), karamsarlık ($r = .23, p < .05$) sosyal izolasyon ($r = .24, p < .95$) ve tehditler karşısında dayanıksızlık ($r = .22, p < .05$); duygu düzenleme güçlüklerinden açıklık ($r = .24, p < .05$), stratejiler ($r = .21, p < .05$) ve amaçlar ($r = .23, p < .05$); stresle baş etme tarzlarından çaresiz yaklaşım ($r = .45, p < .05$) ve duygu odaklı baş etme ($r = .39, p < .05$); psikolojik belirtilerden kişilerarası duyarlılık ($r = .30, p < .05$), depresyon ($r = .21, p < .05$), anksiyete ($r = .22, p < .05$), paranoid düşünceler ($r = .29, p < .05$), psikotiklik ($r = .21, p < .05$) ve genel semptom ortalaması ($r = .22, p < .05$) anlamlı düzeyde ilişkilidir.

4.7 Psoriasis Tanılı Gruptaki Katılımcıların Psoriasis İşlev Kaybı, Hastalık Şiddeti, Yaşam Kalitesi, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Stresle Baş Etme Tarzları ve Psikolojik Belirtilerin Cinsiyete Göre Farklılaşması

Tanlı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtilerinin cinsiyetlerine göre farklılaşması Bağımsız Gruplar için t-Testi ile değerlendirilmiş, analiz sonuçları Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7 Tanılı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşması

Değişkenler	Cinsiyet	N	\bar{X}	Ss	t	sd	p
Psoriasis Alan Siddeti	Kadın	47	1.98	0.44	-1.29	98	0.20
	Erkek	53	2.09	0.45			
Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi	Kadın	47	16.98	9.74	1.66	98	0.10
	Erkek	53	13.89	8.89			
Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalitesinde Bozulma	Kadın	47	18.60	9.78	-0.18	98	0.85
	Erkek	53	18.96	10.09			
Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	Kadın	47	216.89	46.44	1.42	98	0.16
	Erkek	53	203.77	45.73			
Duygu Düzenleme Güçlükleri	Kadın	47	85.43	25.59	0.69	98	0.49
	Erkek	53	82.32	19.35			
Stresle Problem Odaklı Baş Etme	Kadın	47	938.72	295.63	-1.41	98	0.16
	Erkek	53	1015.85	251.99			
Stresle Duygu Odaklı Baş Etme	Kadın	47	522.98	247.10	-1.51	98	0.14
	Erkek	53	598.30	251.46			
Genel Semptom Ortalaması	Kadın	47	0.76	0.65	0.81	98	0.42
	Erkek	53	0.66	0.49			

Analiz sonuçlarında, tanılı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtilerinin cinsiyetlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir.

4.8 Psoriasis Tanılı Gruptaki Katılımcıların Psoriasis İşlev Kaybı, Hastalık Şiddeti, Yaşam Kalitesi, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Stresle Baş Etme Tarzları ve Psikolojik Belirtilerin Psikiyatrik bir Hastalığı Olanlara Göre Farklılaşması

Tanılı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtilerinin psikiyatrik bir hastalığı olup olmamasına göre farklılaşması Mann-Whitney U Testi ile değerlendirilmiş, analiz sonuçları Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8 Tanılı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtilerinin psikiyatrik bir hastalığı olma göre farklılaşması

	Psikiyatrik Bir Hastalık	N	Sıra Ort.	Sıra Topl.	U	Z	p
Psoriasis Alan Şiddeti	Yok	81	49.24	3988.5	667.5	-1.29	0.199
	Var	19	55.87	1061.5			
Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi	Yok	81	47.52	3849	528	-2.12	0.034*
	Var	19	63.21	1201			
Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalitesinde Bozulma	Yok	81	49.72	4027.5	706.5	-0.55	0.579
	Var	19	53.82	1022.5			
Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	Yok	81	46.39	3757.5	436.5	-2.93	0.003*
	Var	19	68.03	1292.5			
Duygu Düzenleme Güçlükleri	Yok	81	46.01	3727	406	-3.20	0.001*
	Var	19	69.63	1323			
Stresle Problem Odaklı Baş Etme	Yok	81	52.31	4237	623	-1.29	0.198
	Var	19	42.79	813			
Stresle Duygu Odaklı Baş Etme	Yok	81	47.99	3887	566	-1.79	0.074
	Var	19	61.21	1163			
Genel Semptom Ortalaması	Yok	81	46.35	3754.5	433.5	-2.95	0.003*
	Var	19	68.18	1295.5			

*p < .05

Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi [$U(81, 19) = 528, z = -2.12, p < .05$], Erken Dönem Uyumsuz Şemalar [$U(81, 19) = 436.5, z = -2.93, p < .05$], Duygu Düzenleme Güçlükleri [$U(81, 19) = 406, z = -3.20, p < .05$] ve Genel Semptom [$U(81, 19) = 433.5, z = -2.95, p < .05$] puan ortalamalarının psikiyatrik bir hastalığı olma durumlarına göre, psikiyatrik bir rahatsızlığı olanlar lehine anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Diğer alanlarda psikiyatrik tanısı olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir.

4.9 Psoriasis Tanılı Gruptaki Katılımcıların Psoriasis İşlev Kaybı, Hastalık Şiddeti, Yaşam kalitesi, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Stresle Baş Etme Tarzları ve Psikolojik Belirtilerin Medeni Duruma Göre Farklılaşması

Tanlı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtilerinin medeni durumlarına göre farklılaşması Bağımsız Gruplar için t-Testi ile değerlendirilmiş, analiz sonuçları Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9 Tanılı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtilerinin medeni durumlarına göre farklılaşması

Değişkenler	Medeni Durum	N		Ss	t	sd	p
Psoriasis Alan Şiddeti	Bekar	24	1.92	0.50	-1.56	98	0.12
	Evli	76	2.08	0.43			
Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi	Bekar	24	13.25	9.77	-1.26	98	0.21
	Evli	76	16.00	9.22			
Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalitesinde Bozulma	Bekar	24	17.83	8.28	-0.54	98	0.59
	Evli	76	19.09	10.39			
Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	Bekar	24	208.04	50.48	-0.23	98	0.82
	Evli	76	210.54	45.24			
Duygu Düzenleme Güçlükleri	Bekar	24	84.63	26.08	0.21	98	0.83
	Evli	76	83.51	21.35			
Stresle Problem Odaklı Baş Etme	Bekar	24	972.08	273.69	-0.15	98	0.88
	Evli	76	981.97	276.79			
Stresle Duygu Odaklı Baş Etme	Bekar	24	540.83	230.97	-0.49	98	0.62
	Evli	76	569.87	258.09			
Genel Semptom Ortalaması	Bekar	24	0.81	0.67	1.00	98	0.32
	Evli	76	0.68	0.54			

Analiz sonuçlarında, tanılı grupta yer alan katılımcıların psoriasis işlev kaybı indeksleri, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtilerinin medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir.

4.10 Psoriasis Tanılı Gruptaki Katılımcıların Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Duygu Düzenleme Güçlüğü Stresle Baş Etme Tarzlarının Psikolojik Belirtiler Üzerindeki Yordayıcılık Etkisi

Tanılı grupta yer alan katılımcıların erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzlarının psikolojik belirtileri üzerindeki yordayıcılığı Çoklu Regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10 Tanılı grupta yer alan katılımcıların erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzlarının psikolojik belirtileri üzerindeki yordayıcılığı

	B	SH	β	t	p
Sabit	-.379	.313		-1.211	.228
Duygusal Yoksunluk	-.010	.006	-.102	-1.512	.132
Başarısızlık	.000	.008	.003	.051	.959
Karamsarlık	.013	.006	.136	2.042	.043*
Sosyal İzolasyon/Güvensizlik	.012	.007	.123	1.592	.113
Duyguları Bastırma	.014	.007	.123	1.849	.066
Onay Arayıcılık	.010	.007	.096	1.431	.154
İç içe Geçme/Bağımlılık	.013	.007	.141	1.792	.075
Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim	.006	.006	.057	.973	.332
Kendini Feda	-.002	.006	-.023	-.347	.729
Terk Edilme	.009	.010	.066	.902	.368
Cezalandırıcılık	-.020	.007	-.208	-2.998	.003*
Kusurluluk	.006	.011	.045	.585	.559
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	.003	.008	.024	.350	.727
Yüksek Standartlar	-.014	.009	-.091	-1.590	.114
Duygu Duz - Farkındalık	-.011	.008	-.083	-1.338	.183
Duygu Duz - Açıklık	.010	.011	.067	.909	.365
Duygu Duz - Kabul Etmeme	.001	.009	.005	.066	.947
Duygu Duz - Stratejiler	.003	.008	.031	.327	.744
Duygu Duz - Dürtü	.028	.010	.233	2.908	.004*
Duygu Duz - Amaçlar	-.002	.009	-.015	-.211	.833
Stesle Bas Etme – Problem Odakli	0.01	.000	.012	.180	.857
Stesle Bas Etme – Duygu Odakli	.001	.000	.249	4.382	.000*

*p < .05 Bağımlı Değişken: Genel Semptom Ortalaması

Analiz sonuçlarına göre, karamsarlık seması ve cezalandırıcılık semasının genel semptomların anlamlı yordayıcısı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, duygu düzenleme dürtü alt boyutu ile stresle duygu odaklı bas etmenin de genel semptomların anlamlı yordayıcısı olduğu belirlenmiştir.

4.11 Hipotetik Model Testleri

Değişkenler arası korelasyonlar da Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4.11 Modellerde yer alan değişkenler arası ilişkiler pearson korelasyon analizi sonuçları

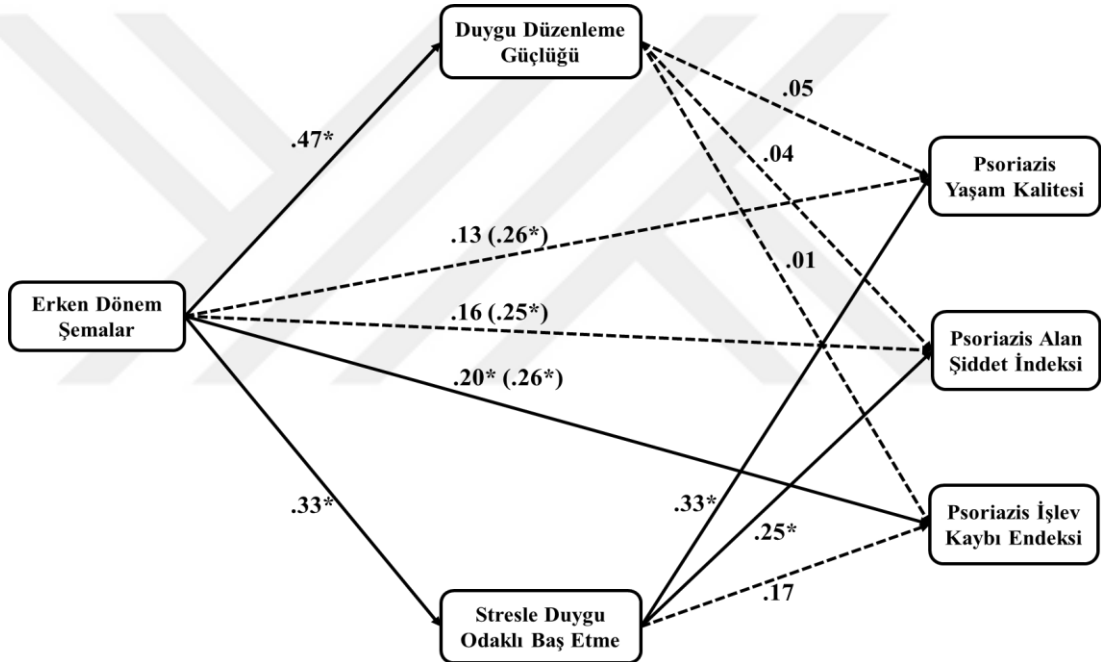
Psoriasis Alan Siddeti	-							
Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi	.31**	-						
Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalitesi	.36**	.65**	-					
Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	.25**	.26**	.26**	-				
Duygu Düzenleme Güçlükleri	.20*	.16	.23*	.47**	-			
Stesle Problem Odaklı Baş Etme	-.16	-.14	-.08	-.36**	-.45**	-		
Stesle Duygu Odaklı Baş Etme	.31**	.23*	.38**	.32**	.36**	-.16	-	
Genel Semptom Ortalaması	.04	.15	.21*	.43**	.56**	-.30**	.41**	-
Yaş	.18	-.09	-.06	-.11	-.12	.03	.05	-.16

*p<.05, **p<.01

Model testlerinde, bağımlı değişkenlerle anlamlı ilişkiler gösteren değişkenler modele dâhil edilmiştir. Stresle problem odaklı baş etmenin bağımlı değişkenlerle ilişkili olmadığı belirlendiğinden modele dâhil edilmemiştir.

4.12 Yapısal Model Testleri

Şemalar, Duygu Düzenleme, Stresle Baş Etme ve Psikolojik Belirtilerin, Psoriasis Şiddeti, Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi ve Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalitesi üzerindeki yordayıcılığının değerlendirildiği model test edildiğinde elde edilen sonuçlar Şekil 4.1’de verilmiştir.



Şekil 4.1 Standardize edilmiş yol katsayıları

Analiz sonuçlarına göre (Şekil 4), erken dönem uyumsuz şemaların duygu düzenleme güçlüğü ($\beta=.47$, $p<.05$), stresle duygu odaklı baş etme ($\beta=.33$, $p<.05$) ve Psoriasis işlev kaybı endeksi üzerinde ($\beta=.20$, $p<.05$); stresle duygu odaklı baş etmenin de Psoriasis yaşam kalitesinde bozulma ($\beta=.33$, $p<.05$) ve Psoriasis alan şiddet endeksi ($\beta=.25$, $p<.05$) üzerinde anlamlı yordayıcılık etkisinin olduğu görülmektedir.

4.12.1 Model İçin Dolaylı Etkilerin Anlamlılığı

Modelde yer alan dolaylı etkilerin anlamlılık düzeyi Bootstarpping yöntemi ile de test edilmiştir (Shrout ve Bolger, 2002). Bu yöntemde araştırma kapsamındaki örneklemden program yardımı ile belirli sayıda örneklem elde edilerek bir istatistiksel anlamlılık aralığı hesaplanmaktadır. Yapısal modeldeki dolaylı etkilerin anlamlılığı için tahmin aralıkları hesaplanmış Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12 Bootstrap test sonuçları

Bağımsız Değişken	Aracı (lar)	Bağımlı Değişken	Yol Katsayısı (β)	%95 CI
Erken Dönem Şemalar	Stresle Duygu Odaklı Baş Etme	Psoriasis tanılı Hastalarda Yaşam Kalitesi	.13 (.26*)	[.004, .197]
Erken Dönem Şemalar	Stresle Duygu Odaklı Baş Etme	Psoriasis Alan Şiddeti	-.16 (.25*)	[.004, .259]

Not. Bootstrap 1000 örneklem üzerinden yapılmıştır (Hayes, 2009). β =Standardize Edilmiş. * $p < .05$.

Boostrapping analizi sonucunda elde edilen bulgulara göre, modelde bulunan dolaylı etkilerin .05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Sonuç olarak erken dönem uyumsuz şemalar ile Psoriasis tanılı hastalarda yaşam kalitesindeki bozulma arasındaki ilişkide, ayrıca erken dönem uyumsuz şemalar ile Psoriasis alan şiddeti arasındaki ilişkide duygu odaklı stresle baş etme tarzının tam aracılık etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Genel olarak modelde açıklanan varyanslar örnekleme değerlendirildiğinde, erken dönem uyumsuz şemalar, stresle duygu odaklı baş etme ve duygu düzenleme güçlükleri değişkenlerinin birlikte Psoriasis tanılı Hastalarda Yaşam Kalitesi değişkeninin yaklaşık %17’sini; Psoriasis Şiddeti değişkeninin yaklaşık %13’ünü ve Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi değişkeninin yaklaşık %9’unu açıkladığı belirlenmiştir.

5 TARTIŞMA ve SONUÇ

Cilt hastalıkları beden imajına olan etkileri ve damgalamaya sebep olma olasılıkları nedeniyle, yaşam kalitesinde bozulmalara ve psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkışına yol açabilir. Ayrıca ruhsal etkenler birçok cilt hastalığının ortaya çıkışına ya da var olan cilt hastalığının alevlenmesine yol açabilir (Gupta ve Gupta, 2003). Cilt hastalıklarının etyolojileri, oluşumları, şiddeti, yoğunluğu ve seyri ile duygusal durum, psikososyal etkenler, içsel ya da kişiler arası çatışmalar arasında ilişki olduğu eski çağlardan beri bilinmektedir. Literatürde psoriasis eşlik eden psikiyatrik hastalıkları, hastalığın stresle ilişkisini, hastalığa sahip kişilerin kişilik yapısını, hastalığın yaşam kalitesine etkilerini inceleyen çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Crosta ve diğerleri, 2014; Heller, Lee ve Koo 2011; Hrehorów ve diğerleri, 2012; Hunter, 2013; Kannan ve diğerleri, 2013; Mizara ve diğerleri, 2012; Rieder ve Tausk 2012; Schmitt ve diğerleri, 2014; Thorslund, 2013; Yang ve Lin, 2012).

Bu araştırmada öncelikle psoriasis hastaları ile sağlıklı kontrol grubunun erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlüğü, stresle baş etme tarzlarında farklılık olup olmadığına bakılmıştır. Ardından tanılı grup psoriasisli hastalarının erken dönem uyumsuz şemaları ile psoriasis işlev kaybı, yaşam kalitesi ve psoriasis alan şiddeti arasındaki ilişkide stresle baş etme tarzlarının ve duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık etkisi incelenmiştir. Son olarak psoriasis hastalarının psikolojik belirtilerinin erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlüğü ve stresle baş etme tarzları tarafından ne düzeyde yordandığı sorusuna yanıt aranmıştır.

Araştırmaya 25- 45 yaş aralığında olan 47 kadın ve 53 erkek psoriasis tanılı hastadan oluşan 100 psoriasis tanılı hasta ve kontrol grubu için deri hastalığı olmayan 107 sağlıklı kişi olup toplamda 207 kişi katılmıştır. Sosyo demografik özellikler açısından psoriasis tanılı grupla sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında demografik özellikler açısından benzer oldukları ifade edilebilir. Modellerde yer alan psoriasis tanılı grup, kontrol grubu, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri, stresle baş etme tarzları, psikolojik belirtiler değişkenlerine ait betimsel

istatistiklerde basıklık ve çarpıklık bakımından normal dağılım için kriter olarak belirtilen ± 1.5 değerinden çok fazla sapma göstermediği söylenebilir.

Araştırma bulgularına göre erken dönem uyumsuz şemaların psoriasis tanımlı gruba sağlıklı kontrol grubu arasındaki farklılaşma bağımsız örneklem t testi ile incelenmiş; erken dönem uyumsuz şemalardan duygusal yoksunluk, karamsarlık, onay arayıcılık, kendini feda, cezalandırıcılık ve yüksek standartlar şemalarının psoriasis tanımlı hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. Erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde olduğu gibi Marty'nin psikosomatik kuramında da zihinselleştirme, erken çocukluk döneminde çocuğun kendisini çevreleyenlerle kurduğu ilişkiye dayanmakta olup zihinselleştirme psikosomatik psikanalitikte anahtardır. Marty psikosomatik hastalıkları olan kişilerde ön bilinç işleyişine dikkati çeker, ön bilinç zihinsel tasarımları birbirine bağladığından akıcı esnek, geçirgen olması önemlidir. Bu özellikler anne ve bakım veren tarafından bebeğe kazandırılır. Dilin gelişiminden önce olan erken travmaların neden olduğu psişik yapının çökmesi ve uyarıların fazla olmaya başlamasıyla davranışsal çıkışlar bulamayan uyarımlar birikir, bunu temel depresyon takip eder, ruhsal veya semptomatik gerileme olanağı yoksa yoğun kaygı ortaya çıkar ve bedensel düzensizleşme olur tüm bunların sonucunda da ilerleyici, bedensel bir hastalık ortaya çıkabilir. Temel depresyon annenin ruhsal veya fiziksel yokluğunun çocuk tarafından hissedilmesiyle gelişebilir (İkiz, 2008: 117-122; Yazıcı, 2015: 14-18). Çalışmamızda duygusal yoksunluk ve karamsarlık şemalarının psoriasis tanımlı hastalarda saptanmasının, Marty'nin psikosomatik bireylerde dikkati çektiği temel depresyon tarafından desteklendiği görülmektedir. Gojani ve arkadaşlarının (2014) psikopatoloji gösteren, şema terapi için 8 psoriasis hastası, mindfulness için 8 psoriasis hastasının ve 8 kişi kontrol grubunun katılımıyla yaptıkları yarı deneysel çalışma sonucunda; fedakarlık, haklılık, bağımlılık/yetersizlik, yetersiz öz denetim/öz disiplin şemalarının kontrol grubundan farklı olduğunu raporlamışlardır. Başka bir çalışmada Mizara ve diğerleri (2012) 55 psoriasis hastası, 54 atopik egzama, 23 kronik hastalığı olan ve 53 normal kontrol grubundan oluşan katılımcılarda erken dönem uyumsuz şemaların varlığını ve psikolojik sıkıntı ile ilişkisini incelemiştir. Sedef hastalarında duygusal yoksunluk, kusurluluk başarısızlık, zarar görme, boyun eğme, duyguları bastırma şemalarının kontrol grubundan farklı olduğunu raporlamışlardır. Yine aynı çalışmada erken dönem uyumsuz şemaların dermatoloji

hastalarının yaşadığı psikolojik sıkıntı ile güçlü bir şekilde pozitif yönde ilişkili olduğunu ifade edilmiştir.

Araştırmamızda, Erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde etkisi olan bakım verenin ruhsallığı çalışmanın dışında tutulmuş olup, psoriasis tanılı grubun şemalarının daha çok 3 alanda (Başkaları Yönelimlilik alanı, Aşırı Hassasiyet ve Ketlenme alanı, Ayrılma ve Reddedilme alanı) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. Bu alanlardan biri Young ve diğerlerinin (2009) belirttiği Başkaları Yönelimlilik şema alanında yer alan kendini feda ve onay arayıcılık şemaları psoriasis tanılı grupta kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde farklılaşmıştır. Young (2009) ve Roediger (2020)'e göre kendini feda şeması; çocukların ebeveynleri tarafından aşırı şekilde kendi sorunlarıyla başa çıkmaları için kullandıklarında, ilgi görebilmek için genellikle başka kişilerin isteklerini yerine getirme ihtiyacı duyacaklarını ve bunun için çaba harcayacaklarını iddia etmektedir. Bu şema diğerlerinin acısına karşı aşırı hassasiyete neden olmakla birlikte kişinin kendi ihtiyaçlarının yeterince karşılanmadığı duygusuna kapılmasına ve kişinin bağlanma figürlerine karşı kırgınlık hissetmesine sebep olur. onay arayıcılık şemasında ise; bakım veren kişiler talepkar olup istenilen sosyal davranışı aşırı ölçüde kısıtladığında, çocukların sevgi, ilgi ve övgü alabilmek için başkalarının beklentilerini karşılama çabasına girmeleri ile ortaya çıkmaktadır. Bu şemaya sahip bireyler kendini kanıtlamaya ihtiyaç duyarlar. Genellikle bu şema kişilerin yaşamında özgün ya da tatmin edici olmayan veya redde karşı aşırı duyarlılıkla kararlar vermelerine neden olur.

Çalışmamızda psoriasis tanılı hastaların sağlıklı kontrol grubundan anlamlı düzeyde farklılaştığını belirlediğimiz diğer şemalar Aşırı Hassasiyet ve Ketlenme (zevk ve mutluluk temel ihtiyaçlarının bastırılması) alanındaki; karamsarlık, yüksek standartlar ve cezalandırıcılık şemalarıdır. Young (2009) ve Rafaeli (2013)'ye göre karamsarlık şemasına sahip kişiler, durmadan felaketleştirme yapıp kötü şeyler olacağını düşünüp endişe duyarlar ve kötü şeyler olacağına ilişkin ipuçları ararlar. Bu şema kişilerin acı, ölüm, hayal kırıklığı, çatışma, çözümlenmemiş problemler gibi ters gidebilecek işlere odaklanmasını içerir. Yine bu alanda olan yüksek standartlar şeması psoriasis tanılı grupta kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde farklılaşan şemadır. Bu şema çocuğa bakım verenlerin aşırı performans istekleri sonucu oluşabilir. Bu şemaya sahip bireylerin, sert içsel performans talepleri ile her zaman

etkili ve zaman kazanmaya yönelik meyilleri mükemmeliyetçiliğe neden olur. Kişi için molalar dayanılmaz olur, haz almaktan uzaklaşma vardır. Psoriasis tanılı grupta saptadığımız bir diğer şema ise cezalandırıcılık şemasıdır. Bu şemanın arkasında aşırı disiplinli ve cezalandırıcı ebeveyn tutumları olabilir. Bu şemaya sahip kişiler kendilerinin ya da başkalarının hatalarını, zayıflıklarını azarlama ve cezalandırma eğilimdedirler. Kuralların istisnalarını hoş görmez ve normal olmayan davranışları reddederler. Beklenti ve standartlarını karşılamayan tüm insanlara karşı aşırı öfkeli ve hoşgörüsüz olabilirler. Psikanalitik psikosomatik yaklaşımda da belirtildiği gibi deri hastalıklarının narsistik eksikliklerle ve benin yapılmasındaki yetersizliklerle sıkı ilişkisi vardır ve prurit yalnızca otoerotizm ve kendini cezalandırma suçluluk ve cinsel arzularla değil aynı zamanda bebeklikte dikkati üzerine çekmenin, özellikle de bakım verenle yumuşak, sıcak, güçlü, yatıştırıcı anlamlı temaslarla karşılaşmamış olmanın ifade biçimidir (Anzieu, 2008: 71).

Psoriasis tanılı grupta sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı düzeyde farklılaşan şemanın olduğu üçüncü alan ayrılma ve reddedilme şema alanıdır. Young ve diğerlerine (2009) göre bu alanda çocuklukta bağlanma ihtiyacının karşılanmaması sonucu ortaya çıkan duygusal yoksunluk şemasıdır ki çalışmamızda iki grup arasındaki farkın belirgin olduğu şemadır. Bu şema çocuğun duygusal olarak ihtiyaç duyduğu şeyi bakım verenden alamadığında ortaya çıkan bir şemadır. Bu şemaya sahip bireylerin temel ihtiyacı bağlanmadır. Bu araştırmada duygusal yoksunluk şemasının kontrol grubuna kıyasla psoriasis tanılı grupta anlamlı düzeyde farklılaştığı bulgusu başka çalışmalarca da desteklenmektedir. duygusal yoksunluk şeması Young (2009)'un şema modelinde belirttiği ayrılma ve dışlanma/ reddedilme alanındadır. Young'a göre bu alandaki bireyler güvenli bağlanma oluşturamazlar. Picardi ve diğerleri (2005) 33 kişilik psoriasis hastası grubu ve 73 kişilik psikosomatik yönü olmayan cilt hastalığı olan grubu karşılaştırmışlar. Yürüttükleri bu çalışma sonuçlarına göre psoriasis grubunda aleksitimi, kaçınan bağlanma puanları daha yüksek, sosyal destek algılama puanları daha düşük saptanmış ve aleksitimi, kaçınan bağlanma ile sosyal desteğin psoriasis şiddeti ve alevlenmesiyle ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Picardi ve diğerleri (2003)'nin vitiligo hastası grubu ve sağlıklı kontrol grubuyla yaptıkları çalışma sonucunda stressli yaşam olayları, bağlanma stilleri, sosyal destek ve aleksitimiye bakmışlar. Vitiligo hastalarında sosyal desteğin düşük, aleksitimi ile kaygılı ve kaçınan bağlanmanın

yüksek olduğunu raporlamışlardır. Aykan (2018)'nin psoriasis hastaları grubu ve sağlıklı kontrol grubunda çocukluk çağı travması varlığının, travma dayanıklılığı, bağlanma özelliklerinin depresyon-ankasiyete varlığının ve duygu düzenleme güçlüğü'nün yaygınlığı ve hastalık şiddetine etkisini araştırdığı çalışma sonucunda psoriasis hastalarının güvenli bağlanmaya ait puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlemlenmiştir. Aynı çalışmada psoriasis hasta grubunun saplantılı ve korkulu bağlanma puan ortalamalarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Güner (2013) tarafından 983 ergen katılımcının alındığı ölçek geliştirme çalışması sonucunda somatizasyon düzeyleri ile erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş ve katılımcılar somatizasyon alt ölçeğinin düşük ve yüksek puan almalarına göre karşılaştırıldığında en yüksek ilişki karamsarlık, dayanıksızlık ve duygusal yoksunluk şemalarında belirlenmiştir.

Bu araştırmada karamsarlık, cezalandırıcılık ve yüksek standartlar şemalarının psoriasis tanılı grup ve kontrol grubu arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Bu şemalara sahip bireyler kronik endişe, tetikte olma ve kararsızlık yaşarlar. Hislerini, dürtülerini, zevklerini, mutluluklarını ve seçimlerini bastırırlar. Bu şemalar, acımasız talepkar ve bazen cezalandırıcı bir aile ortamından ortaya çıkar. Mükemmeliyetçilik, ayrıntılara aşırı dikkat etme, katı kurallara sahip olma, hatalara hoşgörüsüz olma ve kişinin kendini ve diğerlerini cezalandırıcı eğiliminin varlığı söz konusudur (Rafaeli ve diğerleri, 2012; Young, 2003). Araştırma bulgularını literatürün kapsamında değerlendirdiğimizde elde ettiğimiz bulgular desteklenmektedir. Psikanalitik kuramcılar, deri hastalığının ortaya çıkışında erken dönem nesne ilişkileri ve deriye yapılan libidinal yatırımın niteliği üzerinde durmuşlardır. Spitz egzamalı bebekler üzerine yaptığı çalışmasında hastalık ve nesne ilişkileri gelişimleri arsında bağ kurar ve ona göre; doğuştan gelen eğilim ve annenin tatmin etmeyi reddettiği bir ihtiyaç (annenin bebeğine dokunmayı ve bebeğin kundaklanma, yıkanma, biberonle beslenme ihtiyacının başkaları tarafından karşılanması) söz konusudur (Szwec, 2008). Szwec (2008) derinin yüzeyine yapılan libidinal yatırımın niteliği, derideki bozulmayla ilgili bir anlam taşıyıp taşımadığı sorgusunun önemli bir parçası olduğunu, libidinalizasyonun çocuğun çevresiyle ilk ilişkileri ve annenin dokunarak, tutarak, onu okşayarak, severek aktardığı mesajlardan çocuğun ne içselleştirdiğinin de önemli olduğunu libidinalizasyonun yapılabilmesinin bu ilk ilişkilere bağlı olduğunu belirtir. Sözcük öncesi iletişim için

deri, dışa açılan iletişim kanalıdır ancak iletişimdeki bir engellenme erken bebeklik gereksinimlerinin engellenmesiyle emosyonel gelişimde bu noktada bir fiksasyona yol açabilir ve daha sonraki gelişim dönemlerindeki duygusal doyumu engellenmesi ile önceki fiksasyon noktasına geriye ile sonuçlanıp çeşitli psikosomatik bozukluklara neden olabilir (Çevik, 1998). Pişkin'in ifade ettiği gibi (2005), psoriasisın bir psikosomatik rahatsızlık olduğu düşünüldüğünde elde edilen bu bulgunun psoriasis tanılı hastalarda kişilerarası ilişkilerin düzenlenmesinin ve bağlanma sistemi ihtiyaçlarının karşılanmasının hastalığın seyrinde olumlu etki sağlayacağı düşünülebilir. Bu amaçla şema alanına yönelik müdahalelerin tasarlanması hastaların tedavi sürecini destekleyeceği öngörülebilir. Bununla birlikte psoriasis tanılı bireylerle kontrol grubu arasında farklılık gösteren şemaların genel olarak kaygı bozukluklarına neden olabileceği görülmektedir. Bu nedenle psoriasis hastalarına kaygı ile başetme konusunda verilecek psikoeğitim programlarının destekleyici olacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte psoriasis tanılı bireylerin genel olarak bağlanma figürleri ile doğru temas kuramadıkları ve kriz durumlarında yardım isteme becerilerini doğru şekilde dile getiremedikleri yorumu yapılabilir. Ayrıca kişilerarası ilişkilerinin geliştirilmesinin psoriasis tanılı bireyler için destekleyici olacağı düşünülebilir. Bu nedenle psoriasis tanılı hastalarla çalışırken Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi gibi bağlanma ve kişilerarası ilişkileri temel alan yaklaşımlarla müdahaleler yapılabilir.

Araştırmanın bir diğer bulgusuna göre psoriasis tanılı grup ve kontrol grubunun duygu düzenleme güçlüklerinden “açıklık”, “kabul” alanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Psoriasis hastalarında duyguların anlaşılmasını ifade eden “açıklık” ve duyguların kabul edilmesini ifade eden “kabul” boyutlarının sağlıklı kontrol grubuna göre farklılaşması bu iki boyutta duygu düzenlemedeki yaşanan güçlüğü işaret etmektedir. Psikanalitik yönden derinin, dış ve iç dünyadaki çatışmaların dışa vurumuna aracılık edebileceği belirtilmiştir. Pines (akt., Çevik, 1998), derinin doğumda majör bir algı organı olduğunu, annenin sıcak bedeninden soğuk dış dünyaya dramatik geçişi bedenini kaydettiğini ve bu değişikliğin bebekte yarattığı huzursuzluğun bebeğin annenin derisi ile temasa geçerek azaltmaya çalıştığını belirtmiştir. Bu durumuyla derinin işlevi ağız işlevinden önce gelir. Anzieu (1990) ve akt., Mercan ve Kıvanç Altunay (2006)'a göre bebek ve anne arasında dokunma yoluyla kurulan ilişki diğer tüm duyu organlarının algıladığı ve

kaydettiği duyuların ilk formudur. Bebeğe bakım verenlerin, bebeğin istek, gereksinim ve huzursuzluğunu anladığını gösterme biçimidir. Anne ile bebek arasındaki bedensel temas, bebeğin duygusal, bilişsel ve toplumsal gelişmesinde temel bir etkidir. Bu iki taraflı iletişim ortak anlamların üretilmesini sağlar ve egonun ilk uyarılması olan “deri-ben” i oluştur (Anzieu, 2008). Deri erken çocukluk döneminden başlayarak duygu düzenlemede önemli bir role sahiptir. Bebeklik döneminde anne tarafından sağlanan güvenli tutuş ve rahatlatıcı deneyimlerden oluşan yeterli dokunsal uyarının, stres yanıtında önemli olan hormonal değişiklikleri tetiklediği belirtilmiştir (Schore, 2003; Ciuluvica, 2014). Duygu düzenleme güçlüğü, tetikleyici bir uyarana karşısında bireyin duygusal yanıtını kontrol etmesinde güçlük yaşaması olarak tanımlanır ve duygu düzenlemede güçlük yaşayan birey, olumsuz yaşam olaylarının neden olduğu olumsuz duygularla baş etmede zorluk yaşayabilir (Cole ve diğerleri, 1994). İnnamorati ve diğerleri, (2016) 100 psoriasis hastası grubu ve 97 kontrol grubunda duygu düzenleme güçlüğü, aleksitimi ve yaşam kalitesini incelemişler. Psoriasis grubunun duygu düzenleme güçlüğü, açıklık, dürtü, kabul ve stratejiler boyutlarından daha yüksek puan aldıklarını raporlamışlardır. Psoriasis tanılı hastaların %31’inde aleksitimi, %34’ü klinik düzeyde anksiyete ve %28’i klinik düzeyde depresyon bildirmiş. Bireylerin yaşam kalitelerinin bozulduğu ve bu duruma aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğüne eşlik ettiğini belirtmişlerdir. Aleksitimiye çok yakın kavramları ölçtüğüne inanılan, duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinin iki alt boyutu olan, duygusal açıklık ve duygu kabulünün de bu hastalarda daha yüksek puanlar gösterdiği belirtilmiştir. İnnamorati ve diğerlerinin yaptığı bu çalışma sonuçları, bizim çalışmamızda elde ettiğimiz duygu düzenleme güçlüğü “açıklık” ve “kabul” boyutlarının, gruplara göre psoriasis tanılı grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı sonucunu desteklemektedir. Almeida ve diğerleri (2017), 228 Portekizli psoriasis hastalarında, duygu düzenleme güçlüğü ilişkisini ve psoriasis yetersizliğinde duygu düzenlemenin belirli etkilerini keşfetmek için bir araştırma yürütmüşlerdir. Bu araştırma sonucunda psoriasis hastalarının tedaviden daha fazla memnun olan hasta grubunda duygu düzenlemede daha az güçlük sergiledikleri, duygu düzenlemede güçlük yaşayan hastaların daha fazla psoriasis şiddeti ve özürlülük algıladıklarını, daha fazla psikopatolojik semptom bildirdiklerini saptamışlardır. Ciuluvica ve diğerleri (2014) 23 psoriasis hastalığı olan, 18 akne, dermatit, vitiligo, pruritus gibi deri hastalığı olan ve 27 sağlıklı kontrol grubunda deri hastalığından etkilenen hastaların yaşam kaliteleri ve öznel iyi oluşla ilgili duygu

düzenleme güçlüğünü incelemişler. Psoriasis hastalığından etkilenen hastaların diğer iki gruba kıyasla duygusal davranışların baskılanmasında daha yüksek puan aldıkları ve duygu düzenleme güçlüğü varlığında “farkındalık” boyutunda dikkate değer miktarda farklılaşma belirlemişlerdir. Yapılan iki çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi psoriasis hastalarının duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinin “ duygusal netlik (açıklık)” boyutunun puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlenmiş; bu da psoriasis hastalarının kendi duygularını doğru şekilde tanımlamada kontrol gruplarına göre daha fazla zorluk yaşadıklarını gösterdiğini belirtmişlerdir. Araştırmanın duygu düzenleme güçlüğü ile ilgili bulguları ve literatür bir arada düşünüldüğünde psoriasis hastalarının duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinin tedaviye destek olacak bir yaklaşım olacağı yorumu yapılabilir.

Araştırmada gruplar arası farklar bağlamında son olarak psoriasis tanılı grup ve kontrol grubunda, stresle baş etme tarzlarının gruplara göre farklılaşmasını incelediğimizde, sosyal destek aramaya başvurma ve problem odaklı baş etmenin kontrol grubunda olan katılımcılar lehine farklılaştığı belirlenmiştir. Lazarus ve Folkman (1984)’a göre stresle iki şekilde baş edilmektedir. Bunlardan ilki duygu odaklı başa çıkma ile stres verici duyguları düzenlemek; ikincisi problem odaklı başa çıkma ile kişilerarası ilişkileri ve durumu değiştirmektir (Folkman ve diğerleri, 1986). Moschella ve Hurley (1992) psikosomatik hastalıkların stres yaratan belirli durumlarda ortaya çıktığı görüşü yerine kişilerin stres karşısında yaşadıkları öznel deneyimin ve başa çıkma tarzlarının belirleyici olabildiği görüşünü belirtmişlerdir. Fortune ve diğerleri, (2002) psoriasis tanılı hastalarda başa çıkma stillerinin, normal kontrollerle ve diğer majör tıbbi hastalıkları olan hastalarla karşılaştırıldığında farklılık gösterip göstermediğini araştırmışlar. Bunun için 250 kesin tanı konmuş psoriasis hastası ve 60 sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında psoriasis tanılı olanların önemli ölçüde daha az aktif başa çıkma stratejilerini kullanma eğiliminde olduklarını raporlamışlardır. Şiddetli psoriasis hastaları ile orta şiddetli psoriasis hastalarının arasında hastaların kullandıkları stresle başa çıkma stratejileri arasında önemli ölçüde bir fark bulmamışlardır. Aynı çalışmada psoriasis hastalığı olanlarla diğer tıbbi rahatsızlığı olan hastalar arasında başa çıkma stratejilerinin kullanımında belirgin ölçüde benzerlik olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmamızda psoriasis yaşam kalitesindeki azalma ile stresle baş etme tarzlarından duygu odaklı baş etme, çaresiz yaklaşım anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Görüldüğü üzere araştırmamızın

stresle baş etme puanlarının psoriasis tanılı grup ve kontrol grubu arasında anlamlı şekilde farklılaştığı bulgusu literatürü destekler niteliktedir. Bu doğrultuda psoriasis hastaları ile yapılacak çalışmalarda stres yönetimi, stresle başa çıkma gibi konulara odaklanacak psikoeğitim programlarının yararlı olacağı söylenebilir.

Araştırmamızda ayrıca psoriasis tanılı grubun verileri ile yapısal model analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre erken dönem uyumsuz şemaların psoriasis yaşam kalitesi, psoriasis alan şiddet indeksi ve psoriasis işlev kaybı indeksi üzerinde yordayıcı etkisi olduğu, özellikle duygusal yoksunluk ve karamsarlık alt boyutlarının her üç bağımlı değişkende de anlamlı sonuçlar verdiği tespit edilmiştir. Aracı değişkenlerin rolleri bağlamında sonuçlar incelendiğinde, stresle duygu odaklı baş etmenin psoriasis yaşam kalitesi ve psoriasis alan şiddet indeksi üzerinde erken dönem uyumsuz şemalara aracılık etkisinin olduğu, ancak psoriasis işlev kaybı indeksi üzerinde anlamlı derece bir aracılık etkisinin olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte duygu düzenleme güçlüklerinin amaçlar ve açıklık alt boyutları haricinde üç bağımlı değişken (psoriasis yaşam kalitesi, psoriasis alan şiddet indeksi ve psoriasis işlev kaybı indeksi) üzerinde yordayıcılık ve aracılık etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Bireyin çocukluk döneminden gelen ve ilerleyen yıllarda gelişebilen, genellikle bireyin anılarından, geçmiş yaşantılarından, bedensel duyularından oluşan ve fonksiyonel olmayan erken dönem uyumsuz şemalar duygusal yoksunluk, karamsarlık, cezalandırıcılık, kendini feda, yüksek standartlar oluşturma gibi varsayıma dayalı çıkarımlar, aşırı genellemeler, kişiselleştirme, vb. birbirini destekleyen çarpıtılmış düşüncelerle ilişkilendirilebilir (Cole ve diğerleri, 1998). Ayrıca depresyon, kaygı, stres, psikosomatik hastalıklar gibi sağlıklı olmayan birçok davranışa erken dönem uyumsuz şemaların eşlik ettiği bilinmektedir (Jager-Hyman ve diğerleri, 2014). DeRubeis ve diğerleri (2010), depresif vakalarda Beck'in bilişsel modelinde yer alan duygusal şemaların, hastalığın seyrinin incelenmesinde önemli olduğunu belirtmişlerdir. Kovacs ve Beck (1978) depresif bilişlerin içeriğinin ağırlıklı olarak olumsuz benliğe dayalı olduğunu, bu olumsuz benlik algısının ve geleceğe dair karamsarlıklarının merkezinde duygusal şemaların olduğunu öne sürmüşlerdir içerikleri olan, farklılaşamayan, gelişimsel olarak erken dönem yapıları izlenimi vermektedir. Yani bu şemaların çoğu depresyonlu bireylerin erken

yaşlarından kaynaklı ve yıllar boyunca çok az değişime uğramış kanılarına dayanmaktadır (Kovacs ve Beck, 1978).

Erken dönem uyumsuz şemalar, kaygı bozukluğu, depresyon, sosyal fobi, madde kötüye kullanımı, bağımlılık, yeme bozuklukları, panik bozukluk, psikosomatik bozukluklar gibi bozuklukların ve kişilik bozukluklarının ortaya çıkmasına zemin hazırlayan bilişsel yapılardır (Young, 1990). Young ve diğerleri, (2003)'na göre erken dönem uyumsuz şemaların çocukluk dönemindeki erken yaşantılara bağlı olarak bireyin hayatı boyunca zihninde birtakım inanç sistemlerini harekete geçirerek duygusal, motivasyonel, davranışsal ve fizyolojik semptomlar ortaya çıkarabilir. Yine Young ve diğerlerine (2003) göre erken dönem uyumsuz şemalara dayalı kişilik bozuklukları ve duygu durum bozuklukları gibi rahatsızlıkların psikosomatik rahatsızlıkları tetiklediğini belirtmişlerdir. Bu anlamda erken dönem uyumsuz şemaların psikomatik bir hastalık olan psoriasis, psoriasis yaşam kalitesi, psoriasis alan siddet indeksi ve psoriasis işlev kaybı indeksi değişkenlerini yordaması beklenen bir sonuçtur.

İlgili literatür incelendiğinde bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde erken dönem uyumsuz şemaların psoriasis hastalığını yordamasına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin Abbasgholi Zade Ghane, Khosravi ve Ameri (2015)'nin Tahran'daki tedavi merkezlerine ve Diyabet Derneği'ne sevk edilen diyabet ve psoriasis hastaları arasında yapılan nedensel-karşılaştırmalı yöntemine dayalı araştırmalarında, psoriasis hastalarının güvensizlik şeması hariç, bozulmuş otonomi ve performans, karamsarlık, bağımlılık ve iç içe geçme şemalarında kontrol grubuna göre daha fazla şema puanına sahip olduklarını saptamışlardır. Çalışma sonuçlarına göre psoriasis hastaları, duygusal yoksunluk ve yüksek standartlar şemalarında ve aşırı uyanıklık tetikte olma ve bozulmuş özerklik ve performans alanlarında diyabetle karşılaştırıldığında daha fazla şema puanına sahiptirler. Aynı çalışmada babası diyabetli olan psoriasis hastalarının dışa başkalarına yönelimlilik, bozulmuş otonomi ve performans alanlarında ve bağımlılık/yetersizlik, karamsarlık, başarısızlık ve onay arayıcılık şemalarının; annesi diyabetli olan psoriasis hastalarının ise bozulmuş otonomi, ve performans, dışa yönelimlilik ve aşırı uyanıklık alanlarında ve Tehditler karşısında dayanıksızlık, yüksek standartlar, duygusal yoksunluk ve onay arayıcılık şemalarında kontrol grubuna göre daha fazla şema puanına sahip olduğunu tespit edilmiştir. Gojani ve diğerleri (2017) yaptıkları yarı deneysel çalışmada

psikopatolojik semptomları olan psoriasis hastalarında şema terapi ve farkındalık temelli 2 terapi grubu ve kontrol grubu üzerinde yaptıkları çalışmada psoriasis tanılı hastalarda fedakarlık, haklılık, bağımlılık/yetersizlik yetersiz öz denetim kontrol grubundan farklı bulunmuştur. Araştırmacılara göre şema terapiler ve farkındalık terapileri duygusal sorunlarla başa çıkmak adına kabulü artırmak ve hasta deneyimlerinde olumsuz yargılardan kaçınmak için hastaları cesaretlendirir ve böylece psikolojik rahatsızlık düzeyini azaltır. Bu farkındalık, duygusal işleme ve psoriasis gibi kronik hastalıklarla başa çıkmada ilerleme kaydedilmesine öncülük etmektedir.

Çalışmada üç bağımlı değişkende de (işlev kaybı, yaşam kalitesi, hastalık şiddeti) erken dönem uyumsuz şemalardan en çok duygusal yoksunluk ve karamsarlık şeması anlamlı çıkmıştır. Duygusal yoksunluk, kişinin normal düzeyde duygusal destek alma arzusunun, başkaları tarafından yeterli düzeyde karşılanmayacağı beklentisidir (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2012). Bu yoksunluk biçimi, bireyin ilgi, şefkat, başkalarıyla duygusal anlamda iletişim, başkalarından destek ve yönlendirme eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Benzer şekilde karamsarlık şemasına sahip bireyler, hayatın olumlu yönlerini göremeyerek, hayal kırıklığı, acı, ölüm gibi hayatın olumsuz yönlerine odaklanırlar ve birçok durumda olayların olumsuz sonuçlanacağına inanırlar (Young, Klosko, Weishaar, 2009: 365). Bu bağlamda, psoriasis tanılı hastaların hayata dair karamsar olduklarını ve gündelik hayatlarında ilgi, destek ve anlaşılmaya ihtiyacı olduğu söylenebilir. Psoriasis tanılı hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen bu durumların giderilmesi ya da etkilerinin hafifletilmesi için şema terapilerin kullanılması faydalı olabilir. Çünkü şema terapinin öncelikli hedefi, geçmişte ihtiyaçları karşılanmamış olan yetişkinlere, kendi ihtiyaçlarını karşılamaları konusunda yardımcı olmaktır (Rafaeli, Bernstein, Young, 2012: 13).

Bu araştırmada stresle duygu odaklı baş etmenin psoriasis işlev kaybı haricinde Psoriasis yaşam kalitesi ve psoriasis alan şiddet indeksi üzerinde erken dönem uyumsuz şemalara aracılık etkisinin olduğu belirlenmiştir. İlgili literatür incelendiğinde, depresyon başta olmak üzere ansiyete ve stres gibi psikolojik problemlerin açıklanmasında erken dönem uyumsuz şemalara vurgu yapıldığı görülmektedir (Aldao ve Nolen-Hoeksema 2010; Kankurtay, 2020; Leahy, 2003; Linehan, 1993; Purdon, Antony ve Swinson, 1999; Rimes ve Chalder, 2010). Bu

bağlamda çalışmada elde edilen erken dönem uyumsuz şemaların Psoriasis üzerindeki etkisine stresle duygu odaklı baş etmenin aracılık rolünün olması sonucunun literatürle örtüştüğü söylenebilir.

Birçok somatik hastalıkta olduğu gibi, stres ve diğer psikolojik etmenler birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkmasını ya da belirtilerin alevlenmesini tetikleyebilmektedir (Altunay, 2010; Van Moffaert, 1992). Al'Abadie (1994) psikolojik stresin psoriasis hastalarının tedaviye yanıt vermelerini önemli ölçüde etkilediğini ortaya koymuştur. Bu bağlamda, erken dönem uyumsuz şemaların psikosomatik rahatsızlıklarda stres ve anksiyete başta olmak üzere diğer psikolojik sorunlarla ilişkisi olduğu söylenebilir. Dolayısıyla, erken dönem uyumsuz şemalardan kaynaklı psikolojik sorunların giderilmesinde bireyler stresle duygu odaklı başa çıkma stratejilerine başvurabilirler. Folkman (1984)'a göre duygu odaklı başa çıkma, stres kaynağının ortaya çıkardığı olumsuz duyguları ortadan kaldırmak veya düzenlemek için kullanılan bir başa çıkma tarzıdır. Bu stratejilerin başında sosyal destek arama, uzlaşma, kaçma ya da kaçınma davranışları gelmektedir (Folkman, 1984). Dabrowska ve Pisula, (2010) duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanımının psikolojik odaklı problemlerin giderilmesinde olumlu sonuçlar verdiğini belirtmişlerdir. Fortune ve diğerleri (2002), psoriasis hastalığı olan bireylerin sağlıklı bireylere göre stres karşısında alkol-ilaç, dine yönelme ve inkârı gibi daha edilgen başa çıkma biçimlerini kullanma eğiliminde bulduklarını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada psoriasis tanılı hastaların planlama, olumlu yeniden yorumlama ve mizah kullanımı gibi aktif başa çıkma stratejilerini edilgen stratejilere göre daha az kullandığı tespit edilmiştir.

Benzer değişkenlerin incelendiği bir başka araştırmada Lyketsos ve diğerleri (1985), 26 psoriasis, 26 alopesi, 28 ürtiker ve 38 psikosomatik olmayan deri hastaları örnekleminde hostile kişilik özellikleri, distimik durumlar ve nevrotik semptomlarını incelemişler. Psoriasis hastalarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşük dominans düzeyleri, daha yüksek kendilerini ve çevreyi cezalandırma, daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeyleri olduğunu saptamışlardır. Bu bulgulara paralel olarak Mizara, Papadopoulos ve McBride (2012), erken dönem uyumsuz şemaların dermatoloji hastalarının yaşadığı psikolojik sıkıntı ile güçlü bir şekilde pozitif yönde ilişkili olduğunu saptamışlardır. Koryürek ve diğerleri (2015), da Türk psoriasis hastalarının yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceledikleri

çalışmalarında, yaşam kalitesini en çok etkileyen faktörün hastalık şiddeti olmadığını, yaşam kalitesinin esas belirleyişinin hastaların kendileri ve hastalıklarıyla ilgili algı ve duyguları sonucuna varmışlardır. Bu durum stresle duygu odaklı baş etmenin erken dönem şemaların yaratmış olduğu olumsuz etkilerini giderilmesinde başvurulan yöntemler arasında olduğunu göstermektedir.

İlgili literatür incelendiğinde, stresle duygu odaklı baş etmenin psoriasis hastalığının olumsuz etkilerinin azaltılmasında etkili olduğuna dair bulgulara rastlanmaktadır. Örneğin Zill ve diğerleri (2019), bilişsel davranışçı terapi, psikoeğitim, yazma egzersizleri, motivasyonel görüşme, planlama meditasyon ve gevşeme dahil olmak üzere birçok duygu odaklı psikososyal müdahalelerin psoriasisli hastaların yaşam kalitesi, stres, depresyon ve anksiyete gibi durumları üzerinde etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Lim, Bewley ve Oon (2018) da psoriasis tanılı hastaların aleksitimi olma, beden farkındalığı eksikliği yaşama ve D tipi kişiliğe sahip olma olasılıklarının fazla olduğunu ve yasa dışı ilaç kullanımı dışında alkol gibi zararlı alışkanlara başvurma eğilimlerinin fazla olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle kadınların ve genç hastaların strese dayalı sıkıntılarda risk altında olduğunu belirten araştırmacılar, danışma seansları sırasında motivasyonel görüşme becerilerinin ve materyal kullanımının benimsenmesinin hastalığın strese dayalı etkilerini azaltılmasında faydalı olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde Jalali (2016)'de psoriasis tanılı hastalarda topluma göre daha fazla psikiyatrik bozukluk görüldüğünü, ancak birçoğunun bu yönde bir tedavi almadığını belirtmiş ve psoriasis hastalarında depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunlara ilişkin ikincil yetiyitimi geliştiğini ve bu hastalarda eşlik eden psikiyatrik bozuklukların göz önünde bulundurulmasının ve gerektiğinde tedavi için psikiyatri kliniklerine yönlendirilmesinin büyük önem arz ettiğini ifade etmiştir (Jalali, 2016). Fortune ve diğerleri (2002)'de psoriasis tanılı hastaların diğer tıbbi hastalığı olan kişiler arasında stresle başa çıkma durumları açısından önemli ölçüde benzerlikler olduğunu; yine aynı çalışma sonuçlarına göre psoriasis hastalığı yüksek düzeyde olanlarla bu hastalığı orta düzeyde geçirenlerin benzer stresle baş etme stratejilerine başvurduklarını belirlemişlerdir. Bu çalışmanın ve ilgili literatürde var olan araştırma sonuçlarına göre stresle baş etme durumunda hastalığın şiddetinde artışın azaldığı görülmektedir. Bu durumu Moschella ve Hurley (1992), psikosomatik hastalıkların sadece stres yaratan belirli durumlarda yaşandığı görüşü yerine kişilerin stres

karşısında yaşadıkları öznel deneyimin ve başa çıkma tarzlarının belirleyici olabildiği şeklinde açıklamıştır. Buna göre bu hastalığın şiddetinin azaltılmasına yönelik klinik çalışmalarda stresle baş etme stratejilerinin işe koşulmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu sonuçların yanında çalışmada stresle duygu odaklı baş etme stratejilerinin psoriasis işlev kaybı indeksi üzerinde anlamlı derece bir aracılık etkisinin olmadığı sonucuna da ulaşılmıştır. Psoriasis işlev kaybı, banyo ve tuvalet ihtiyaçlarının karşılanmasında, sık çamaşır ve bulaşık yıkama, giysilerin sık değiştirilmesi, spor aktiviteleri, okul ve iş faaliyetlerinde, farklı kıyafet seçimi ve kaplıca/hamam gibi genel banyo alanlarını kullanmada zorlanma gibi günlük yaşamla ilgili aktivitelerle ilişkilendirilmektedir (Aktan ve diğerleri, 2014; Dubertret ve diğerleri, 2006). Bu bağlamda elde edilen bu sonucun psoriasis işlev kaybının hastaları psikolojik rahatsızlıklardan ziyade fizyolojik açıdan etkilemesinden kaynaklandığı söylenebilir. Benzer şekilde Uğurcan (2018) da, 40 psoriasis hastasının ve 40 sağlıklı kişinin stresle baş etme tarzlarını incelediği araştırmasında, stresle baş etme tarzlarından, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım, güvenli yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı açısından iki grubun arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığını belirtmiştir.

Araştırmada elde edilen başka bir bulgu da duygu düzenleme güçlüklerinin psoriasisın üç bağımlı değişkeni üzerinde yordayıcılık ve aracılık etkisinin olmamasıdır. Bununla birlikte çalışmada psoriasis işlev kaybı indeksi ile duygu düzenleme güçlüklerinden “amaçlar” alt boyutu anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bu sonuç psoriasis hastalarının olumsuz duygular yaşarken amaca yönelik davranışlarda bulunmada zorluk yaşadığını ve zorluğun PİKİ'nin ölçtüğü günlük aktiviteler, okul ya da iş, kişiler arası ilişkiler boş vakit ve tedavi ile ilişkisini etkilemektedir. Ayrıca, Psoriasis şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü'nün “açıklık” ve “amaçlar” alt boyutları anlamlı düzeyde ilişkilidir. Yaşam kalitesindeki azalma ile duygu düzenlemedeki açıklık (duyguların anlaşılması), amaçlar (olumsuz duygular yaşarken amaca uygun davranışlarda bulunma) ve stratejiler (duygusal tepkileri düzenlemek için duruma uygun stratejilerin esnek kullanımı) alt boyutlarında yaşanan güçlükler anlamlı düzeyde ilişkilidir. Psoriasis tanılı hastalarda duygu düzenleme güçlükleri puan ortalaması psikiyatrik bir hastalığı olma durumlarına göre, psikiyatrik bir rahatsızlığı olanlar lehine anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Bu

çalışmanın bulguları Sheppes, Suri ve Gross (2015)'un duygu düzenleme ve psikopatoloji çalışması tarafından desteklenmektedir. Sheppes ve diğerleri (2015), duygu durum bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, narsistik kişilik bozukluğu, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk gibi bir çok psikiyatrik bozukluklarda duygu düzenleme güçlüğüne görelebildiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde Innamorati ve diğerleri (2016), psoriasis tanılı hastaların duygu düzenleme güçlüğü aleksitimi ve yaşam kalitelerini incelediği çalışmalarında, duygu düzenleme güçlüklerinin ve duygu sağırlığı ya da yoksunluğu olarak adlandırılabilcek aleksitimi ile birlikte hastaların yaşam kalitelerini etkilediğini tespit etmişlerdir. Bu çalışmada duygu düzenleme güçlüklerinin genel olarak bağımlı değişkenler üzerinde yordayıcılık ve aracılık etkisi görülme de, yapılan analizlerde duygu düzenleme güçlüğüne amaçlar ve açıklık alt boyutları bağımlı değişkenlerle ilişkili olduğu görülmüştür. Bu kapsamda Innamorati ve diğerleri (2016)'nın çalışmalarında yer alan duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarında yer alan açıklık ve kabul alt boyutlarından aldıkları sonuçlar bu çalışmanın sonuçları ile tutarlık göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen sonucun aksine Almeida ve diğerleri (2016) 228 psoriasis tanılı hastaların duygu düzenleme ve psikopatolojik belirtileri arasındaki ilişkilerini incelediği çalışmasında, duygu düzenleme güçlüklerinin psikopatolojik semptomlarla anlamlı ilişkisi olduğunu ve depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif semptomlar ile tüm duygu düzenleme güçlüğü puanları arasında güçlü bir korelasyon olduğunu tespit etmişlerdir. Aldao ve Nolen-Hoeksema (2010)'da araştırmalarında, dört duygu düzenleme stratejisinin (yeniden değerlendirme, problem çözme, baskılama, ruminasyon), depresyon, kaygı ve stres ile ilişkisini incelemiş ve duygu regülasyonlarının üç bozuklukla da anlamlı ilişkiler gösterdiğini ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerin kullanımının psikopatolojilerde daha merkezi bir rol oynadığı tespit etmişlerdir. Ayrıca, psikopatolojik rahatsızlıkları olan kişilerin, uyumlu duygu düzenleme stratejileri kullanımında başarılı olamamalarını işlevsel olmayan stratejiler kullanıyor olmalarına dayandırmışlardır.

Bilişsel yaklaşımda psikopatolojiye ve ilişkili olarak psikosomatik rahatsızlıklara neden olan önemli faktörlerden biri de erken dönem uyumsuz şemalardır. İyilik halinin oluşabilmesi ve psoriasis gibi psikosomatik hastalıkların kökenin belirlenmesi ve bireylerin özellikle psikolojik sorunlarına dayalı yaşam kalitelerinin artırılması ve bu hastalığa bağılı alan şiddetinin ve işlev kaybının

azaltılabilmesi için; erken dönem şemaların tespiti ve bu şemaların yarattığı olumsuz durumların giderilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda çalışma sonuçlarına göre stresle duygu odaklı baş etme stratejilerinin etkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, çalışmada her ne kadar erken dönem uyumsuz şemaların bağımsız değişkenler üzerinde duygu düzenleme güçlüklerinin aracılık rolü bulunmasa da bireylerde duygu düzenleme becerisi yeterince gelişmediğinde, psikolojik ve psikosomatik hastalıkların genelinde olduğu gibi olumsuz duygularda artış olabileceği, bunun da iyilik halinde düşmeye neden olacağı, nihayetinde psoriasis gibi hastalıkların daha problemlili hale geleceği söylenebilir.

Bu araştırmada ayrıca psikolojik belirtilerin; psoriasis işlev kaybı, psoriasis alan şiddeti, psoriasis yaşam kalitesinde bozulma arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bulgulara göre psoriasis işlev kaybı indeksi ile depresyon anlamlı düzeyde ilişkili çıkmıştır. Psoriasis yaşam kalitesindeki azalma ile kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, paranoid düşünceler ve psikotiklik ve genel semptom ortalaması anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Literatür incelendiğinde psoriasis hastalarının yüzde 31 oranında depresyon ve yüzde 25 oranında anksiyete bulunduğu bilinmektedir (Deshmukh ve diğerleri, 2015). Bu bozukluklara sıklıkla stres, intihar düşüncesi, benlik saygısında azalma gibi durumlar eşlik etmekte ve farklı psikiyatrik bozukluklar gözlenmektedir (Russo, Ilchef ve Cooper, 2004). Benzer şekilde psoriasis hastalarının cinsel işlev sorunları da yaşadığı raporlanmıştır. Rubino ve diğerleri ise normal popülasyonla karşılaştırıldığında psoriasis hastalarının daha yüksek nevrotik ve psikotik özellikler gösterdiklerini bulmuştur. Kişilik puanlarının küme analizi, psoriasis tanılı hastalardan oluşan 4 farklı kişilik kümesi için kanıt sağlamıştır. Buna göre (a) kaçınan, bağımlı, şizoid (%32.2), (b) zorlayıcı, narsistik ve saldırgan (%30.7) c) kişilik bozukluğu yok (%18.2), (d) borderline, paranoid, şizotipal vb. (%18.8) özellikler bulunmuştur. Ayrıca psoriasis hastalarında kaygı (Hunter, 2013; Thorslund, 2013; Mizara ve diğerleri, 2012; Rieder ve Tausk 2012; Heller, Lee ve Koo, 2011), depresyon (Schmitt ve diğerleri, 2014; Kannan ve diğerleri, 2013; Hrehorów ve diğerleri, 2012), kişilik bozuklukları (Crosta ve diğerleri, 2014; Kotrulja ve diğerleri, 2010) ve psikoz (Yang ve Lin, 2012; Di Nuzzo ve diğerleri, 2007) görülme olasılığının yüksek olduğu bilinmektedir. Psoriasis hastalığının psikosomatik bir temeli olduğu düşünüldüğünde araştırmamızda elde ettiğimiz korelasyonel bulgular literatürü destekler niteliktedir. Psoriasisteki işlev

kaybı (günlük aktivite, iş-okul, kişiler arası ilişkiler, boş vakit, tedavi) ve yaşam kalitesindeki bozulmalara psikolojik belirtilerin eşlik etmesi psoriasis hastalarında psikolojik desteğin önemini açıklamaktadır. Bu kapsamda araştırmada erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlükleri ve strestle baş etme değişkenlerinin psoriasis hastalarının psikolojik belirtilerini ne düzeyde yordadığı ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Çalışmada psoriasis hastalığı olan bireylerde erken dönem uyumsuz şemaların, duygu düzenleme güçlüğü ve stresle baş etmenin tarzlarının psikolojik belirtileri ile olan ilişkilerinin incelendiği analiz sonuçlarına göre, erken dönem şemaların karamsarlık ve cezalandırma alt boyutlarının; duygu düzenleme güçlüğüdürdü alt boyutunun ve stresle duygu odaklı baş etmenin psikolojik belirtilerin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir.

Kovacs ve Beck (1978), depresif bilişlerin içeriğinin ağırlıklı olarak olumsuz benliğe dayalı olduğunu, bu olumsuz benlik algısının ve geleceğe dair karamsarlıkların merkezinde duygusal şemaların olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu yaklaşıma göre duygulara ilişkin işlevsel olmayan bu tür inançlar birçok psikolojik rahatsızlığın temelini oluşturmaktadır (DeRubeis, Siegle ve Hollon, 2008). Cilt hastalıkları ile yakından ilişkili olan stres, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve olumsuz kişilik özellikleri gibi birçok psikolojik faktörün temelinde erken dönem uyumsuz şemalar yatmaktadır (İşçimen ve diğerleri, 2008). Kronik bir deri hastalığı olan psoriasisde de psikolojik belirtilerin temel rahatsızlıklarından biri olan kronik stresin neden olduğu sıkıntı, utanma, çekinme, depresyon, sosyal ve fiziksel aktivitede kısıtlanma gibi pek çok psikososyal sorun hastalığa eşlik etmektedir (İnanır ve diğerleri, 2003). Bu bağlamda erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik belirtiler ile anlamlı ilişkili olması beklenen bir sonuçtur.

Literatürde erken dönem uyumsuz şemaların psikolojik belirtilerle anlamlı ilişkisi olduğuna yönelik birçok çalışma bulunmaktadır (Kapıcı ve Hamamcı, 2010; Koopers ve diğerleri, 2020; Nordahl, Holthe ve Haugum, 2005; Özgür ve diğerleri, 2020; Renner ve diğerleri, 2012; Soygüt ve diğerleri, 2009; Yıldız, 2018). Bu doğrultuda, çalışmada elde edilen sonuç literatürle benzerlik göstermektedir. Depresyon, kaygı, somatizasyon gibi psikolojik belirtilerle erken dönem uyumsuz şemalar ve aile işlevinin ilişkilerinin incelendiği çalışma sonucunda, erken dönem

uyumsuz şemaların depresyon, kaygı, somatizasyon gibi psikolojik belirtilerle yüksek düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Duygusal yalıtılmışlık şemasının psikolojik belirtilerle en yüksek ilişki gösteren şema olduğu belirtilmiştir (Kapçı ve Hamamcı, 2010). Renner ve diğerleri (2012), erken dönem uyumsuz şemaların depresif semptomlar ile ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, terk edilme/istikrarsızlık, duygusal yoksunluk ve başarısızlık şemalarının depresif belirti ile pozitif ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmacılar bu sonuçla birlikte, 16 haftalık tedavi sürecinde şemaların değişime dirençli olduğunu ve depresif belirtilerin olumsuz etkilerinin giderilmesinde etkili olduklarını saptamışlardır. Soygüt ve diğerleri (2009), farklı üniversite ve bölümlerden yaşları 17-35 arasında olan 1071 üniversite öğrencisi ile yaptıkları şema geçerlilik çalışmalarında erken dönem uyumsuz şemaların ve şema alanlarının tamamı ile psikolojik belirtilerden olan somatizasyon, anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğunu saptamışlardır.

Benzer sonuçlara ulaşılan çalışmaların bir diğerinde Yıldız (2018) tüm erken dönem uyumsuz şemaların depresyon ve kaygı ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişkisinin olduğu tespit etmiştir. Ayrıca araştırmacı iki değişken arasında psikolojik dayanıklılığın kısmi bir aracı rolü olduğu saptamış ve zedelenmiş sınırlar, zedelenmiş otonomi, başkalarına yönelimlilik ve kopukluk/reddedilmişlik şema alanlarının depresyonu pozitif yönde anlamlı bir şekilde yordadıklarını belirlemiştir. Paralel olarak Gheisari (2016), erken dönem uyumsuz şemaların kronik depresif bozukluğun sürekliliğine de katkı sağladığını tespit etmiştir.

Koopers ve diğerleri (2020) ve Nordahl ve diğerleri (2005), erken dönem uyumsuz şemaların ve psikolojik belirtilerin şiddeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve erken dönem şemaların psikolojik belirtilerin anlamlı bir yordayıcısı olduğunu bulmuşlardır. Güncel çalışmalardan birinde Kaya ve Aydın (2021), erken dönem uyumsuz şemaların bağlanma ve zihin sağlığı belirtileri üzerindeki aracılık rolünü incelemişler ve çalışmalarında kopukluk/reddetme şema alanının depresyon ve anksiyete belirtileri üzerinde doğrudan anlamlı pozitif etki gösterdiğini tespit etmişlerdir. Ayrıca ayrılık/reddetme ve zedelenmiş özerklik şema alanlarının, depresyon ve anksiyete belirtilerini açıklamada anne-babaya güvensiz bağlanmaya anlamlı ve pozitif bir şekilde aracılık ettiğini saptamışlardır.

Çalışmada erken dönem şemalardan karamsarlık ve cezalandırıcılık şemalarının psikolojik belirtileri yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Karamsarlık şemasına sahip bireyler mali yıkıma, zarara ve küçük düşmeye götürecek ya da kötü duruma düşürecek hatalar yapma konusunda ölçüsüz bir korku içerisindedirler. Olası olumsuz sonuçları abartırlar, sıklıkla kronik endişe, aşırı tetikte olma, yakınma ve kararsızlık içerisinde olabilirler. Cezalandırıcılık şemasına sahip bireyler ise, hata yaptıkları için sertçe cezalandırılmak zorunda oldukları algısı içindedirler. Beklentilerini ve standartlarını karşılamayan tüm bireylere karşı öfkeli, hoşgörüsüz, tahammülsüz ve cezalandırıcı olma eğilimindedirler (Young ve diğerleri, 2003). Bu sonuca göre psoriasisli hastaların gündelik yaşamlarında karamsar olmaları ve bu karamsarlıklarından ötürü başlarına gelebilecek olumsuz durumlardan ya da hata yapmalarından kaynaklı başkaları tarafından cezalandırılacakları kaygısı taşıdıkları söylenebilir. Benzer şekilde Özgür ve diğerleri, (2020) da çalışmalarındaki hastaların erken dönem uyumsuz şemalardan kaynaklı karamsarlık ve güvensizlik yaşadıklarını ve buna bağlı olarak kontrol grubuna daha depresif ve daha anksiyöz olduklarını tespit etmişlerdir. Psoriasis tanılı hastalar, hastalığın olumsuz fiziksel etkilerinin yanında utanç, anksiyete, umutsuzluk, çaresizlik, reddedilme ve başkaları tarafından eleştirilme/cezalandırılma korkusu yaşadıklarından dolayı hastaların sosyal kimlikleri ve sosyal kabul anlayışları olumsuz etkilenir ve bu durum da öz güven duygularını, hayata dair olumlu bakış açılarını ve sosyalleşmeleri zedeleyebilmektedir (Ginsburg ve Link, 1993).

Özetle erken dönem uyumsuz şemaların bireylerin düşünce, davranış ve duygularının şekillenmesine önemli rolleri vardır. Olumsuz düşünce kalıplarının gelişmesinde rol oynayan şemalar kişilerde depresif belirtilere yol açabileceği gibi kaygı belirtilerine de kaynak oluşturabilir (Yıldız, 2018). Bu bağlamda erken dönem uyumsuz şema yönelimleri üzerinden yapılacak psikoterapilerin, bireylerin yaşama dair bakış açılarını, iş yaşamlarındaki başarılarını, toplumdaki sosyal konumlarını ve yaşam kalitelerini arttıracakı düşünülmektedir.

Çalışmada duygu düzenleme güçlüklerinin psikolojik belirtilerle ilişkisi olduğu ve duygu düzenleme güçlüklerinden dürtü alt boyutunun psikolojik belirtileri yordadığı belirlenmiştir. Bu durum psoriasis tanılı hastaların duygularını genel anlamda kontrol etmede güçlük yaşamalarından kaynaklı, gündelik yaşamlarında

dürtüleri kontrol edemeyerek, diğer bir ifadeyle fevri hareket ederek stres, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşayabilecekleri şeklinde yorumlanabilir.

Psoriasis tanılı hastalar kendilerini çaresiz, utanan, öfkeli veya agresif hissetme eğilimindedirler (Barankin ve De Koven, 2002). Duygu düzenleme güçlükleri bağlamında bireylerin dürtüsel davranışlarını kontrol edebilme becerilerini yitirmeleri, onların psikolojik belirtilerde olduğu gibi stres ve kaygı yaşamalarına neden olabilmektedir (Gratz ve Roemer, 2004). İlgili literatürde bu çalışmadakine benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Örneğin Almeida ve diğerleri, (2016) 228 psoriasis tanılı hastanın duygu düzenleme güçlükleri ve psikopatolojik belirtileri arasındaki ilişkilerini inceledikleri çalışmalarında, duygu düzenleme güçlüğü'nün psikopatolojik belirtilerle anlamlı ilişkisi olduğunu ve depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif semptomlar ile tüm duygu düzenleme güçlüğü skorları arasında güçlü bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Yiğit ve Yiğit (2019)'in duygu düzenleme güçlüklerinin psikometrik özelliklerini belirlemeye yönelik hazırladıkları kısa form ölçek (DERS-16) sonuçlarına göre, DERS-16 puanlarının çeşitli psikolojik belirtiler, duygusal kaçınma ve duygusal ifade ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ve DERS-16 puanları ile psikolojik belirtiler envanteri (depresyon, anksiyete, negatif benlik, somatizasyon ve düşmanlık) arasında anlamlı ilişkiler bulunduğunu tespit etmişlerdir. Estevez ve diğerleri (2020)'de duygu düzenleme güçlüğü ve başa çıkma stratejilerinin, kaygı ve depresyon ile ilişkili olduğunu; regresyon analizi sonuçlarına göre de duygu düzenleme güçlüklerinin ve başa çıkma stratejilerinin aile üyelerinin kumar oynama bozukluğundan kaynaklı kaygı ve depresyonu yordadığını belirlemişlerdir. Benzer şekilde, Mazaheri (2015), duygu düzenleme güçlükleri ve farkındalığın mide bozuklukları temelli psikolojik ve somatik bulgular ile ilişkisini incelediği çalışmasındaki bulgular, duygu düzenleme güçlüklerinin ve bilinçli farkındalığın hem artan psikolojik hem de somatik semptomlarla önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca araştırmacı duygu düzenleme güçlüklerinin farkındalık eksikliği faktörü haricinde tüm faktörlerinin psikolojik ve somatik belirti semptomlarını olumlu yönde yordadığını tespit etmiştir. Yumuşak (2019) da çalışmasında, duygu düzenleme güçlüğü ile psikolojik belirtiler arasında ve duygusal tepkisellik ile psikolojik belirtiler arasında düşük ve orta şiddette anlamlı ilişki olduğunu ve duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal tepkisellik alt boyutlarının psikolojik belirtileri anlamlı şekilde yordadığını tespit etmiştir.

Özetle elde edilen bu sonuç duygu düzenlemenin psikolojik belirtiler üzerinde etkisi olabileceğini göstermektedir. Duygu düzenlemede güçlüklerin rolünün belirlenmesi ve psikolojik ve somatik semptomlar açısından önemlidir (Gratz ve Tull, 2010). Duygu düzenlemede güçlük yaşayan bireyler dar kapsamda kişiler arası ilişkilerde sorunlar ve öfke sorunlarıyla karşı karşıya gelebilmekteyken geniş anlamda kendini yaralama ve intihar gibi ciddi psikolojik rahatsızlar da yaşayabilmektedirler (Yumuşak, 2019). Bu nedenle klinik bozukluklardaki güçlüklerin giderilebilmesi ve daha hedefe yönelik müdahalelerin yapılabilmesi için duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin belirlenmesi büyük önem arz ettiği düşünülmektedir.

Çalışmada ayrıca psoriasis tanılı hastaların stresle baş etme tarzlarının psikolojik belirtileri yordayıp yormadığı da incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre stresle duygu odaklı baş etmenin psikolojik belirtileri yordadığı tespit edilmiştir. Bu sonucun, psoriasisin, hastalar üzerinde olumsuz etkilerini en şiddetli gösterdiği alanlardan biri olan, duyguları yıpratması ve psikolojik belirtilere yol açmasından kaynaklandığı söylenebilir. Çünkü elde edilen sonuca göre hastaların, hastalığın gündelik yaşamda oluşturduğu stresten kurtulabilmenin ya da etkisini azaltabilmenin yolunu duygusal yönden rahatlama ile çözmeye çalıştıkları anlaşılmaktadır. Duygu düzenleme güçlüklerinin psikolojik belirtiler ile anlamlı ilişkiye sahip olması sonucu da bu sonucu destekler niteliktedir.

Literatürde psikososyal stresin, psoriasis hastalığının alevlenmesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Gupta ve Gupta, 2002; Picardi ve diğerleri, 2001). Kimball ve diğerleri (2005) psoriasis hastalığı ile yaşamının neden olduğu stres ve psoriasis hastalığını şiddetlendiren psikososyal stresin çift yönlü bir etkileşim halinde olduğunu hatta bir sürecin kısır bir döngü halinde devam ettiğini ifade etmektedir. Bu bağlamda psoriasis tanılı bireyler hem hastalığın hem de gündelik yaşamlarında karşılaştıkları sorunların yarattığı stres ve kaygı gibi psikolojik sorunların etkilerinden kurtulabilmek için stresle duygu odaklı baş etme stratejilerine başvuruyor olabilirler.

Psoriasis hastalığı olan bireyler, kronik cilt bozuklukları olan diğer hastalarla karşılaştırıldığında, cilt bozukluklarıyla başa çıkmak için özel başa çıkma stratejileri kullanırlar (Silva, Muller ve Bonamigo, 2006). Silva ve diğerleri (2006)

çalışmalarında, psoriasis hastalığının yaratmış olduğu stresli durumlarla baş etmek için hastaların kendini kontrol etme ve kaçma-kaçınma başa çıkma stratejilerini kullandıklarını tespit etmişlerdir. Morgan ve diğerleri (1997)'de psoriasis tanılı hastaların stresle baş etmede kullandıkları amaçlı belirgin davranış örüntülerinin kaçınma olduğunu, çünkü hastalığın henüz tamamen tedavisinin bulunamamış olması ve tekrarlama olasılığı nedeniyle yoğun anksiyete yaşanmasına neden olabildiğini belirtmişlerdir. DeWall ve Baumeister (2006) da hedef odaklı başa çıkma stratejilerinin bireylerin duygusal streslerinden kurtulmalarına olanak sağladıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde Watson ve Sinha (2008)'da Kısa Belirti Envanteri kullanılarak duygu kontrolü, başa çıkma ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmalarında, duygu kontrolü ve başa çıkma arasında hem bağımsızlık hem de örtüşme açısından kanıtlar bulunduğunu ve duygu odaklı başa çıkmanın, psikopatolojinin güçlü bir yordayıcısı olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırmacılar ayrıca prova ve iyi huylu kontrolün, bir dizi psikolojik semptomla ilişkili olduğunu da saptamışlardır. Bu sonuçlar ışığında, psoriasis tanılı bireylerin hastalığın yaratmış olduğu psikolojik belirtilerin etkisinden kurtulabilmek, stresli durumla çatışma ve yüzleşmeden kaçınabilmek adına duygularını kontrol etme ve kaçınma gibi stresle duygu odaklı baş etme stratejilerine başvurduğu söylenebilir.

5.1 Sonuç

Bu çalışmada psoriasis tanılı hastalarda kontrol grubuna kıyasla farklılaşan erken dönem uyumsuz şemalar ortaya konmuştur. Duygusal yoksunluk, karamsarlık, onay arayıcılık, kendini feda, cezalandırıcılık ve yüksek standartlar şemaları psoriasis tanılı hastalarda farklılaşan şemalardır. Bu durum bize psoriasis tanısı alan kişilerin ilgi, empati ve korunma yoksunluğu içerisinde yeteri kadar duygulanım, samimiyet, ilgi ya da derin hisler alamadıklarını göstermektedir. Kendi ihtiyaçlarını görmezden gelip başkalarının ihtiyaçlarını gidermeye çalışarak kendini feda etme davranışının altında derin bir duygusal yoksunluk söz konusudur. İnsanlardan onay ya da kabul elde etmeye çalışırken kendi duygusal ihtiyaçlarını fark etmeyebilirler. Mükemmeliyetçilik gibi kendilerine koydukları yüksek standartları karşılamaya çalıştıkları kendileri de dahil insanların yanlışları nedeniyle cezaşandırılması gerektiği inancı ortaya çıkmaktadır. Kendi olumlu yönlerini küçümserken yaşamın ölüm, kayıp, acı, hayal kırıklığı, çatışma gibi olumsuz yönlerine odaklandıkları belirlenmiştir.

Araştırmada psoriasis tanılı hastaların duyu duzenleme guclugu alt boyutlarından Açıklık ve Kabul alanlarında kontrol grubuna kıyasla farklılaştığı, duyguların ifadesi ve olumsuz duyguların kabulünde gucluk yaşadıkları ortaya konmuştur.

Bu çalışmada stresle baş etme tarzlarından, sosyal destek arama ve problem odaklı baş etme tarzının sağlıklı kontrol grubunda farklılaşması, psoriasis tanılı hastalarının daha çok duyu odaklı baş etmeyi kullandığı sonucuna götürmektedir.

Araştırmada psoriasis tanılı hastalarda, psoriasis işlev kaybı ile duygusal yoksunluk, karamsarlık, sosyal izolasyon ve terk edilme şemaları ilişkilidir. Psoriasis tanılı hastaların ev işlerini görmede, mesleki alanlarında ve sosyal alanlarında yaşadıkları işlev kaybı ile ilişkili bulunan şemalar, bu hastaların yakınları tarafından terk edilecekleri, yakınlarının hasta olup ölecekleri, başka birisi için kendilerini bırakacakları inançları olduğu sonucuna götürmektedir. Çocukluklarında akranları tarafından dışlanma ve yetişkinliklerinde kendilerinin eksik veya sıkıcı biri olduğu inancı görülmektedir. Psoriasis hastalık şiddeti ile duygusal yoksunluk, karamsarlık, kendini feda ve terk edilme şemalarının ilişkili olması ve psoriasis yaşam kalitesindeki azalma ile Duygusal Yoksunluk, Karamsarlık, Sosyal İzolasyon ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık (Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık) şemalarının ilişkili olması, psoriasis tanısı alan kişilerde her an bir felaket olacağı inancının olduğu sonucuna götürmektedir. Karamsarlık ve duygusal yoksunluk şemalarının psoriasis işlev kaybı, psoriasis şiddeti ve psoriasis yaşam kalitesi ile ilişkili olması psoriasis tanılı hastaların sevilme ihtiyaının başkaları tarafından yeteri kadar karşılanmayacağı inançlarının olduğu, yaşamın olumsuz, acı ve çatışmalı yanlarına odaklandıkları sonucunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada psoriasis tanılı hastalarda duyu duzenleme guclugu amaçlar alt boyutu psoriasis işlev kaybı, psoriasis şiddeti ve psoriasis yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu sonucu, bu hastaların olumsuz duyu yaşarken amaca yönelik davranışta zorlandığını ortaya koymaktadır. Psoriasis alan şiddeti ile duyu duzenleme gucluklerinden açıklık alt boyutunun ilişkili olduğu, psoriasis yaşam kalitesi ile duyu duzenleme guclugu açıklık ve stratejiler alt boyutlarının ilişkili olduğu bu hastaların duygularını ifade etmede zorlandığı, duygusal tepkileri duzenlemek için duruma uygun stratejileri kullanmada zorlandığı sonucuna varılmıştır.

Çalışma sonucunda psoriasis tanılı hastalarda, stresle baş etme tarzlarından çaresiz yaklaşım ve duygu odaklı baş etme ile psoriasis işlev kaybı, psoriasis alan şiddeti, psoriasis yaşam kalitesi ilişkilidir. Ayrıca stresle baş etme tarzlarından sosyal destek arama ile psoriasis işlev kaybı, psoriasis şiddeti ilişkilidir. Psoriasis tanılı hastaların işlev kaybı, hastalık şiddeti ve yaşam kalitesindeki azalmanın yarattığı stresle duygu odaklı baş etme tarzı kullandığı sonucu ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada psoriasis tanılı hastalarda psoriasis işlev kaybı ile depresyonun ilişkili olduğu ve psoriasis yaşam kalitesinde azalma ile psikolojik belirtilerden kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, paranoid düşünceler, psikotiklik ve genel semptom ortalamasının ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç psoriasis tanılı hastaların ev işlerinde, mesleki alanlarında, sosyal alanlarında yaşadıkları bozulma ile psikolojik semptomların ilişkili olduğunu göstermektedir.

Psoriasis tanılı hastalarda psoriasis işlev kaybı, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlüğü, stresle baş etme tarzı ve psikolojik belirtilerin cinsiyete ve medeni durumlarına göre farklılaşmadığı belirlenmiştir. Kadın ya da erkek, evli ya da bekar psoriasis tanısı alan hastaların hastalık şiddeti, psikolojik semptomlar, hastalığın getirmiş olduğu ev, iş, okul ve sosyal ortamda yaşanan zorluklar açısından benzer sorunların yaşandığı sonucu ortaya çıkmaktadır.

Araştırmada psoriasis tanılı grupta psoriasis işlev kaybı, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlüğü ve genel semptomun psikiyatrik bir hastalığı olan psoriasis tanılı hastalarda farklılaştığı belirlenmiştir. Bu demek oluyor ki psikiyatrik hastalığı olan psoriasis hastalarında erken dönem uyumsuz şemalar daha fazla görülüyor ve bu hastalar olumsuz duygularını düzenlemede daha çok zorlanıyorlar.

Bu çalışma ile psoriasis tanılı hastalarda karamsarlık ve cezalandırıcılık şemalarının, duygu düzenleme güçlüğü dürtü alt boyutunun, stresle duygu odaklı baş etmenin psikolojik belirtilerde genel semptomların yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre psoriasis tanısı alan hastalar yaşamın olumsuz yönlerine hayal kırıklıklarına, geçmiş kayıplarına üzülmeye eğiliminde olup bu şemaların getirdiği stresle sosyal destek arama, uzlaşma, kaçma ya da kaçınma davranışlarıyla başa çıkmaya çalıştıklarını ortaya koymaktadır. Bu tür başa çıkma yöntemi uzun

vadede problemlerin ve duygusal sıkıntılarının artmasıyla psikolojik semptomların açıklayıcısı olmaktadır. Gündelik yaşamlarında dürtülerini kontrol etmede güçlük yaşamaları psikolojik semptomların açıklayıcısı olarak ortaya çıkmaktadır.

Ayrıca çalışmada psoriasis tanılı grupta yapısal model yol analizi ile erken dönem uyumsuz şemaların psoriasis işlev kaybı, psoriasis yaşam kalitesi, psoriasis alan şiddeti üzerinde yordayıcı etkisi olduğu, duygusal yoksunluk ve karamsarlık şemalarının üç bağımlı değişkenle anlamlı ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Stresle duygu odaklı baş etme tarzının psoriasis şiddeti ve yaşam kalitesi üzerinde erken dönem uyumsuz şemalara tam aracılık etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. duygu düzenleme güçlüğü'nün psoriasis alan şiddeti, yaşam kalitesi, psoriasis işlev kaybı üzerinde erken dönem uyumsuz şemalara aracılık etkisinin olmadığı belirlenmiş olsa da duygu düzenleme güçlüğü'nün amaçlar alt boyutunun psoriasis hastalarında ev, iş, okul, sosyal alanlarındaki işlev kaybıyla ilişkili olması bu hastaların olumsuz duygular yaşarken amaca yönelik hareket etmelerinde zorlandıkları sonucuna götürmektedir.

5.2 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Yapılan bu tez çalışmasında, psoriasis hastalığı tanısı almış grupta, deri hastalığı tanısı almamış kontrol grubu arasında erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme güçlüğü stresle baş etme tarzları ve psikolojik belirtiler açısından farklılığının olup olmağına bakılmış, psoriasis hastalarında erken dönem uyumsuz şemalarla, hastalığın şiddeti, yaşam kalitesi, psoriasis işlev kaybı arasında duygu düzenleme güçlüğü'nün ve stresle baş etme tarzlarının aracılık etkisine bakılmıştır. Ayrıca psoriasis hastalarının duygu düzenleme güçlüğü, erken dönem uyumsuz şemalar, stresle baş etme tarzları ile psikolojik belirtilerle ilişkisi incelenmiştir.

Çalışma, örneklemin alındığı İstanbul'daki İ.Ü.İ.Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Psoriasis polikliniği ve Yeni yüzyıl Üniversitesi Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi Dermatoloji Bölümü ile sınırlıdır.

Çalışmanın en önemli sınırlılıklarından bir tanesi, dünyayı etkisi altına alan ve ülkemizde de etkili olan covid-19 virüsünün neden olduğu pandemi ve karantina koşullarında örnekleme ulaşılmaya çalışılmış olmasıdır. Ölçeklerin doldurulması aşamasında gerçekleşen sınırlılıklar olmuştur. Bunlardan biri psoriasis tanılı hasta

grubunun ölçekleri doldurma aşamasında, katılımcıların eğitim düzeyine bağlı olarak ölçekleri okuma ve anlamada zorlanmış olmalarıdır. Buna benzer durumlarda hastanın yanındaki refakatçısı veya hemşire ölçekleri yalnızca okuyarak yardımcı olmuştur. Sağlıklı kontrol grubunda ise yardım talep eden olmamıştır. Sağlıklı kontrol grubunun çoğunluğu ölçekleri çevrimiçi doldurmayı tercih etmiştir. Bu durum ölçeklerin doldurulma yöntemi açısından farklılık yaratmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin çok sayıda sorudan oluşması nedeniyle katılımcılar dikkatlerini yoğunlaştırmada güçlük yaşamış olabilirler ve ölçekleri doldurmalarının zaman alması bir diğer sınırlılık olarak söylenebilir.

İleri başka çalışmalarda örneklemin geniş tutulmasının daha farklı sonuçlar ortaya koyabilir. Stresle baş etme durumunda hastalık şiddetinde azalma eğilimi açısından daha geniş bir başka araştırmaya yol gösterici olabilir. Şemaların deri hastalıklarındaki rolünü doğrulamak ve karakterize etmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olabileceği düşünülmektedir. Psoriasis hastalarında, hastalığın başlamasında, alevlenmesinde ya da şiddetlenmesinde neden olabilen psikolojik sıkıntı ve psikiyatrik tanılarının yanı sıra erken dönem uyumsuz şemaların varlığının daha fazla araştırılması bu hastaların muştidisipliner bir yaklaşımla tıbbi tedavilerinin yanında psikolojik yardım almalarının hastalığın tedavisine uyum ve yaşam kalitesinin olumlu yönde artışını sağlayabileceği düşünülmektedir. Psoriasis hastalarında Stresle baş etmede problemi çözmek, problemlili durumu azaltmaya çalışmak gibi etkin baş etme yöntemlerinin kazandırılması hastalığın getirmiş olduğu psikolojik problemlerin çözümüne destek olabilir. Psoriasis hastalarının hastalıklarının tedavileri ile uğraşırken bir yandan psikolojik destek almalarının tedavilerine ve psoriasisle yaşam kalitesine olumlu etkisi olabilir.

6 KAYNAKLAR

Kitaplar, Makaleler ve Bildiriler

Abbasgholi Zade Ghane, M., Khosravi, Z. ve Ameri, F. (2015). Comparison of Early Maladaptive Schemas and Their Parental Origins and coping strategies in psoriasis patients, diabetes type 1 patients and healthy people. *Clinical Psychology Studies*. 5(18), 23-74.

Aktan, Ş., Akarsu, S., Demirteşoğlu, M., Özkan, A.Ş. (2014). Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi: Sosyo-demografik ve Klinik Değişkenlerin Rolü. *Türkderm*. 48 (4), 187-192.

Al'Abadie, M. S., Kent, G. G. ve Gawkrödger, D. J. (1994). The relationship Between Stress and The Onset and Exacerbation of Psoriasis and Other Skin Conditions. *British Journal of Dermatology*. 130(2), 199-203.

Aldao, A. ve Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of Cognitive Emotion Regulation Strategies: A Transdiagnostic Examination. *Behavior Research and Therapy*. 48, 974-983.

Almeida, V., Taveira, S., Teixeira, M., Almeida, I., Rocha, J. ve 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.

Altunay, I. K. (2010). Psikodermatoloji Tarihcesi ve Genel Bakış. *Archives of the Turkish Dermatology and Venerology*. 44, 4-7.

Anadolu Brasie, R.F. (2005). Psoriasisste Dermatolojik Özellikler. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriasis Özel sayısı*. 1, 16-21.

Anzieu, D. (1990). *A Skin for Thought: Interviews with Gilbert Tarrab on Psychology and Psychoanalysis*. London: Karnac Books.

Aydemir Ö. (2006). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2(47).

Aydemir, E.H., Yılmaz Sukan, M. (2008). Psoriasisste Psikosomatik Faktörler, Psikolojik Durum ve Psoriasisli Hastaya Yaklaşım. *Türkderm*, 42, Özel sayı (2), 26-29.

Barankin, B. ve DeKoven, J. (2002). Psychosocial Effect of Common Skin Diseases. *Canadian Family Physician*. 48(4), 712-716.

Baron, R. ve Kenny, D. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>.

Basavaraj, K.H., Navya, M.A. ve Rashmi, R. (2010). Relevance of Psychiatry in Dermatology: Present Concepts. *Indian Journal of Psychiatry*. 52(3), 270-275.

Baz, K. (2004). Psoriasis Tedavisi-Algorithmik Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji*. 14(S), 92-95.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, J.S. (2001). *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi*, Nesrin H. Şahin (çev.), Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Beck, J.S. (2014). *Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi*, M. Şahin, I. Tarı Cömert (çev.), Ankara: Nobel akademik Yayıncılık.

Bilen, N. (2005). Non-püstüler Psoriasisde Dermatolojik Özellikler. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriasis*. Özel Sayı (1), 22-26.

Braun, O., Plewig, F.G., Wolff, H.H., Winkelmann, R.K. (1991). *Dermatology*. Third Edition, Berlin: Spinger-Verlog. 686-709.

Camp, R.D.R. (1998). "Psoriasis". R.H. Champion, J.L. Burton, D.A. Burns, S.M. Breathach (ed.). *Textbook of Dermatology içinde*. 4th ed. United Kingdom: Blackwell Scientific Publication, 1589-1649.

Christophers, E., Mrowietz U. (1999). "Psoriasis: Fitzpatrick's Dermatology." IM, Freedberg, A.Z. Eisen, K.K. Wolf, K.F. Austen, A.L. Goldsmith, I.S. Katz, T.B. Fitzpatrick (eds), *General Medicine içinde*. New York: McGraw-Hill, 407-427.

Ciuluvica, C., Amerio, P., Fulcheri, M. (2014). Emotion Regulation Strategies and Quality of Life in Dermatologic Patients. *Procd Soc Bhev*. 127, 661-665.

Cole, D. A., Martin, J.M., Peeke, L.G., Seroczynski, A.D. ve Hoffmann, K. (1998). Are Cognitive Errors of Underestimation Predictive or Reflective of Depressive Symptoms in Children: A longitudinal Study. *Journal of Abnormal Psychology*. 107(3), 481.

Cole, P.M., Michel, M.K. ve Teti, L.O. (1994). The Development of Emotion Regulation and Dysregulation: A Clinic Perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 59 (2-3), 73-100.

Consoli, S.M., Rolhion, S., Martin, C., Ruel, K., Cambazard, F., Pellet, J. ve Misery L. (2006). Low Levels of Emotional Awareness Predicts a Better Response to Dermatological Treatment in Patients with Psoriasis. *Dermatology*. 212(2), 128-136.

Crosta, M. L., Caldarola, G., Fraietta, S., Craba, A., Benedetti, C., Coco, V., ... ve De Simone, C. (2014). Psychopathology and eating disorders in patients with psoriasis. *G Ital Dermatol Venereol*. 149(3), 355-361.

Çevik, A. (2000). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Sayı, I. Ankara: ANTIP A.Ş. Yayınları.

Çevik, A. (1998). “Psikiyatri Temel Kitabı”. C. Güleç, E. Köroğlu (Ed). *Özgül Psikosomatik Bozukluklar içinde*. Hekimler Yayın Birliği: Ankara. 7689-786.

Dabrowska, A. ve Pisula, E. (2010). Parenting Stress and Coping Styles in Mothers and Fathers of Preschool Children with Down Syndrome. *Journal of Intellectual Disabilities Research*. 54, 266-279.

Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için Güvenilirliği ve Geçerliliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2(1), 5-11.

Dağ, İ. (2000). “Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)”. Ö. Aydemir ve E. köroğlu (Ed.). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler içinde*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 33-37.

Davidson, R.J. (1998). Affective Style and Affective Disorders: Perspectives from Affective Neuroscience. *Cognition and Emotion*. 12, 307-330.

DeRubeis, R. J., Siegle, G. J. ve Hollon, S. D. (2008). Cognitive Therapy Versus Medication for Depression: Treatment Outcomes and Neural Mechanisms. *Nat Rev Neurosci*. 9, 788-796.

Deshmukh, S.B., Parth, S., Saboo, A.V. ve Mundhada, G. (2015). Study on Psychiatric CoMorbidity in Psoriasis. *J Evid Based Medicine*. 2(25), 3688-95.

Deveci, A., Ermercan, A.T., Deniz, F., Madak, B.G. ve Öztürkcan, S. (2007). Psoriasisli Hastalarda Alkol Kullanımı ve İntihar Olasılığı. *Türkiyede Psikiyatri*. 2007(9), 103-7.

Devrimci-Özgüven, H., Kundakçı, N., Kumbasar, H. ve Boyvat, A. (2000). The Depression, Anxiety, Life Satisfaction and Affective Expression Levels in Psoriasis Patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 14, 267-271.

DeWall, C. N. ve Baumeister, R. F. (2006). Alone but Feeling No Pain: Effects of Social Exclusion on Physical Pain Tolerance and Pain Threshold, Affective Forecasting, and Interpersonal Empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*. 91(1), 1.

Di Nuzzo, S., Zanni, M. ve De Panfilis, G. (2007). Exacerbation of Paranoid Schizophrenia in A Psoriatic Patient After Treatment with Cyclosporine A, But Not With Etanercept. *Journal of Drugs in Dermatology: JDD*. 6(10), 1046-1047.

Dubertret, L., Mrowietz, U., Ranki, A., Van De Kerkhof, P. C. M., Chimenti, S., Lotti, T., ... ve EUROPSO patient survey. (2006). European Patient Perspectives on The Impact of Psoriasis: The EUROPSO Patient Membership Survey. *British Journal of Dermatology*. 155(4), 729-736.

Eisenberg, N., Cumberland, A. ve Spinrad, T. L. (1998). Parental Socialization of Emotion. *Psychological Inquiry*. 9(4), 241-273.

Eisenberg, N., Fabes, R.A. ve Murphy, B.C. (1996). Parents' Reactions To Children's Negative Emotions: Reactions To Children's Social Competence and Comforting Behavior. *Child Development*. 67, 2227-2247.

Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad; T.L., Fabes, R.A., Shepard, S.S., Reiser, M., et al. (2001). The Relations Of Regulation and Emotionality To Children's Externalizing and Internalizing Problem Behavior. *Child Development*. 72, 1112-1134.

Eldoğan, D. ve Barışkın, E. (2014). Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanları Ve Sosyal Fobi Belirtileri: Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü Var Mı? *Türk Psikoloji Dergisi*. 29(74), 108-115.

Erkek, E. (2008). Psoriasis etyopatogenezi. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriasis Özel Sayısı*. 1, 1-14.

Ermercan, A.T., Şahin, M.T., Kapulu, N., Deveci, A., Öztürkcan, S. (2004). Dermatoloji Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Hastalardan Psikiyatrik Konsültasyon Gerektirenlerde Saptanan Ruhsal Sorunlar. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 5(2), 23-6.

Ertuğrul, E., Tugay, M. (2005). Psoriasis İmmünopatogenezi. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriasis Özel Sayısı*. 1, 13-15.

Estevez, A., Jauregui, P., Lopez, N., Lopez-Gonzalez, H. ve Griffiths, M. (2020). Difficulties in Emotion Regulation, Coping, and Dysfunctional Psychological Symptoms in Family Members of People With Gambling Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(5), 1196-1208.

Finlay, A.Y. ve Coles, E.C. (1995). The Effect of Severe Psoriasis on The Quality of Life of 369 Patients. *Br J Dermatol*. 132(2), 236-44.

Field, T. (1994). The Effects of Mother's Physical and Emotional Unavailability on Emotion Regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 59(2-3), 208-227.

Finlay, A.Y. ve Kelly S.E. (1987). Psoriasis-an Index of Disability. *Clin Exp Dermatol*. 12(1), 8-11.

Finlay, A. Y., Khan, G. K., Luscombe, D. K. ve Salek, M. S. (1990). Validation of Sickness Impact Profile And Psoriasis Disability Index In Psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 123(6), 751-756.

Finlay, A.Y. (2005). Current Severe Psoriasis and Rule of Tens. *Br J Dermatol*. 152(5), 861-7.

Folkman, S. (2010). Stress Coping and Hope: *Psycho-Oncology*. 19, 901-909.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. ve DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50(3), 571-579.

Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J. ve Griffiths, C. E. M. (2002). Patients' Strategies for Coping With Psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*. 27(3), 177-184.

Fouere, S., Adjadj, L. ve Pawin, H. (2005). How Patients Experience Psoriasis: Results from A European Survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 19, 2-6.

Gaston, L., Lassonte, M., Bernier-Buzzanga, J., Hodgins, S. ve Crombe, J.C. (1987). Psoriasis and Stress: A Prospective Study. *J Am Acad Dermatol*. 17, 82-6.

Gheisari, M. (2016). The Effectiveness of Schema Therapy Integrated with Neurological Rehabilitation on Reducing Early Maladaptive Schemas and Symptoms of Depression in Patients with Chronic Depressive Disorder. *Health Science Journal*. 10(4), 1-6.

Ginsburg, I.H., Link, B.G. (1993). Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int. J dermatol*, 32: 587-91.

Ginsburg, I.H. (1995). Psychological and Psychophysiological Aspects of Psoriasis. *Dermatol Clinics*. 13, 793-804.

Glaser, B. A., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M. ve Petrocelli, J. V. (2002). The Early Maladaptive Schemas Questionnaire-Short Form: A Construct Validity Study. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*. 35(1), 2-13.

Gojani, P.J., Masjedi, M., Khaleghipour, S.R. ve Behzadi, E. (2007). Effects of The Schema Therapy and Mindfulness on The Maladaptive Schemas Held By The Psoriasis Patients With The Psychopathology Symptoms. *Advanced Biomedical Research*. 6.

Gottman, J.M., Katz, L.F. ve Hooven, C. (1996). Parental Meta-Emotion Philosophy and The Emotional Life of Families: Theoretical Models and Preliminary Data. *Journal of Family Psychology*. 10, 243-268.

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, 41-54.

Gratz, K. L. ve Tull, M. T. (2010). Emotion Regulation As A Mechanism of Change in Acceptance-And Mindfulness-Based Treatments. Assessing Mindfulness and Acceptance Processes in Clients: *Illuminating The Theory and Practice of Change*. 2, 107-133.

Greenberg, L. S., (2004). Emotion-Focused Therapy. *Clinical Psychology ve Psychotherapy*. 11, 3-16.

Griffiths, C.E. ve Richards, H.L. (2001). Psychological Influences in Psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*. 26, 338-42.

Gross J.J., Thompson R.A. (2007). "Emotion Regulation: Conceptual foundations in Gross." J.J. Gross (Eds). *Handbook of Emotion Regulation içinde*. New York, NY: Guilford Publications, 3-24.

Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing is Everything. *Current Directions in Psychological Science*. 10, 214-219.

Gross, J. J. ve Munoz, R. F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2, 151-164.

Gupta, M.A. ve Gupta AK. (2000). Quality of Life of Psoriasis Patients. *JEur. Acad. Dermatol venereol*. 14, 241-2.

Gudjonsson, J.E. ve Elder, J.T. (2007). Psoriasis: Epidemiology. *Clin Dermatol*. 25, 535-46.

Gulliver, W. (2008). Long-Term Prognosis in Patients with Psoriasis. *Br J Dermatol*, 159(2), 2-9.

Gupta, M.A. ve Gupta A.K. (1997). Psoriasis and Sex: A Study of Moderately Toseverely Affected Patients. *International Journal of Dermatology*. 36(4), 259-262.

Gupta, M.A., Gupta A.K. (2003). Psychiatric and Psychological Co-Morbidity in Patients With Dermatologic Disorders: Epidemiology and Management. *American Journal of Clinical Dermatology*. 4, 833-842.

Gupta, A.K. (1998). Depression and Suicidal İdeation in Dermatology Patients with Acne, Alopecia Areata, Atopic Dermatitis and Psoriasis. *Br J Dermatol*. 139(5), 846-850.

Gupta, G., Gupta, N., Singh, V. (2002) Efficacy of homoeopathic drugs in cases of leucoderma: A clinical study. *The Homoeopathic Heritage*. 149(2): 53-61.

Gupta, M. A. ve Gupta, A. K. (1996). Psychodermatology: An Update. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 34(6), 1030-1046.

Güçlü, N. (2001). Stress Yönetimi. G.Ü. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 21.

Gülekon, A. (2008). "Dermatoloji, Psoriasis ve Benzeri Dermatozlar". Y. Tüzün, M.A Gürer, S. Serdaroğlu, O. Oğuz, V.L. Aksungur (Ed). *Dermatoloji içinde*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 745-754.

Gürer, M.A. ve Adışen, E. (2008). Psoriasis, Genel Bilgiler, Epidemiyoloji, *Türkderm*. Özel Sayı (2), 15-7.

Harvima, R. J., Viinamäki, H., Harvima, I. T., Naukkarinen, A., Savolainen, L., Aalto, M. L. ve Horsmanheimo, M. (1996). Association of Psychic Stress With Clinical Severity and Symptoms of Psoriatic Patients. *Acta dermatovenereologica*. 76(6), 467-471.

Hedley, L. M., Hoffart, A. ve Sexton, H. (2001). Early Maladaptive Schemas in Patients with Panic Disorder with Agoraphobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 15, 131-142.

Heller, M. M., Lee, E. S. ve Koo, J. Y. (2011). Stress as An Influencing Factor in Psoriasis. *Skin Therapy Lett*. 16(5), 1-4.

Henseler, T. (1997). The Genetics of Psoriasis. *Jam. Academi Dermatology*. 37 (210-3), 1-11.

Higgins, E. M. ve Du Vivier, A.W. (1994). Cutaneous Disease and Alcohol Misuse. *Br Med Bull*. 50, 85-98.

Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiak, U., Reich, A. ve Szepletowski, J. C. (2012). Patients with Psoriasis Feel Stigmatized. *Acta Dermato-Venereologica*, 92(1), 67-72.

Hunter, H.J., Griffiths, C.E. ve Kleyn, C.E. (2013). Does Psychosocial Stress Play a Role in The Exacerbation of Psoriasis? *British Journal of Dermatology*. 169, 965-974.

Innamorati, M., Quinto, R. M., Imperatori, C., Lora, V., Graceffa, D., Fabbriatore, M., ... ve Bonifati, C. (2016). Health-Related Quality of Life and Its Association with Alexithymia and Difficulties in Emotion Regulation in Patients with Psoriasis. *Comprehensive Psychiatry*. 70, 200-208.

İkiz, T. (2012). Türkçe Basıma Önsöz. E. Y. Sever, (çev.). *Zihinselleştirme ve psikosomatik içinde İstanbul: Bağlam Yayınları*. 7-20.

İlal, G. K. (1998). "Psikosomatik Bozukluklara Genel Bakış". C. Güleç, E. Köroğlu (Ed). *Psikiyatri Temel Kitabı içinde*, cilt.2. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 759-762.

İnanır, I., Aydemir, Ö., Gündüz, K., Danacı, A.E. ve Ermertcan, A.T. (2003). Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalite Ölçeği Geliştirilmesi. *Türkderm*, 37(3), 189-195.

İşçimen, A., Kayaalp, L. (2008). "Dermatoloji". cilt 2. Y. Tüzün, M.A. Gürer, S. Serdaroğlu, O. Oğuz, V.L. Aksungur, (Ed), *Psikokutan hastalıklar: Dermatoloji içinde*. 3. Baskı, İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri, 2095-2099.

Joveve, M. ve Jackson, H. J. (2004). Early Maladaptive Schemas in Personality Disordered Individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467- 478.

Kannan, S., Heller, M. M., Lee, E. S. ve Koo, J. Y. (2013). The Role of Tumor Necrosis Factor-Alpha and Other Cytokines in Depression: What

Dermatologists Should Know. *Journal of Dermatological Treatment*. 24(2), 148-152.

Kapçı, E. G., Hamamcı, Z. (2010). Aile İşlevi ile Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişki: Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Aracı Rolü. *Klinik Psikiyatri*. 13, 127-136.

Kaya, Y. ve Aydın, A. (2021). The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationship Between Attachment and Mental Health Symptoms of University Students. *Journal of Adult Development*. 28, 15-24.

Kırkpınar, İ., Deveci, E., Çamur, D. Z. ve Kılıç, A. (2014). Somatoform Bozukluğu Olan Hastalarda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 3(2), 84-93.

Kıvanç Altunay, İ. (2012). Psoriasisde Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol- Special Topics*. 5(3).

Kimball, A. B., Guerin, A., Tsaneva, M., Yu, A. P., Wu, E. Q., Gupta, S. R., ... ve Mulani, P. M. (2011). Economic Burden of Comorbidities in Patients with Psoriasis İs Substantial. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 25(2), 157-163.

Kimball, A. B., Jacobson, C., Weiss, S., Vreeland, M. G. ve Wu, Y. (2005). The Psychosocial Burden of Psoriasis. *American journal of clinical dermatology*. 6(6), 383-392.

Koblenzer, C. S. (1983). Psychosomatic Concepts in Dermatology: A Dermatologist-Psychoanalyst's Viewpoint. *Archives of Dermatology*. 119(6), 501-512.

Koerner, K. (2012). *Doing Dialectical Behavior Therapy A Practical Guide*. New York: The Guilford Press.

Koole, S.L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*. 23(1), 4-41.

Koppers, D., Van, H., Peen, J. ve Dekker, J. J. (2020). Psychological Symptoms, Early Maladaptive Schemas and Schema Modes: Predictors of The Outcome of Group Schema Therapy in Patients with Personality Disorders. *Psychotherapy Research*. 1-12. DOI: 10.1080/10503307.2020.1852482

Korabel, H., Dudek, D., Jaworek, A., Wojas-p-Pelc, A. (2008). Psychodermatology: Directions Psychological and Psychiatric of Dermatology. *Przegl Lek*. 65, 244-248.

Koryürek, Ö. M., Togral, A. K., Koryürek, M. M. ve Eksioğlu, H. M. (2015). Türk Psoriasis Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler/The Factors Affecting Quality of Life in Turkish Psoriasis Patients. *Türk Dermatoloji Dergisi*. 9(3), 123.

Kotrulja, L., Tadinac, M., JokIć-BegIć, N. ve Gregurek, R. (2010). A Multivariate Analysis of Clinical Severity, Psychological Distress and Psychopathological Traits in Psoriatic Patients. *Acta Dermato-Venereologica*. 90(3), 251-256.

Kovacs, M. ve Beck, A. T. (1978). Maladaptive Cognitive Structures in Depression. *American Journal of Psychiatry*. 135(5), 525-533.

Kömürcü, B. ve Gör, N. (2016). Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Kaygı Üzerine Bir Derleme. *Nesne Psikoloji Dergisi*. 4(8), 183-203.

Köse, O. ve Gür, A.R. (2010). Dermatolojide Yaşam Kalitesi ve Ölçümü. *Türkiye Klinikleri*. 10(4), 270-274.

Lazarus, R.S. ve Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Lazarus, R.S. (1993). From Psychological Stress To The Emotions: A history of changing boks. *Annual Review Psychology*, 44, 1-2.

Leahy, R. L. (2003). *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy: Transforming Challenges into Opportunities for Change*. New York: The Guilford Press.

Lim, D. S., Bewley, A. ve Oon, H. H. (2018). Psychological Profile of Patients With Psoriasis. *Ann Acad Med Singapore*. 47(12), 516-522.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M., Bohus, M., ve Lynch, T.R. (2007). “Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Dsyregulation”. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation içinde*. The Guilford Press, 581-605.

Lyketsos, G. C., Stratigos, J., Tawil, G., Psaras, M. ve Lyketsos, C. G. (1985). Hostile Personality Characteristics, Dysthymic States and Neurotic Symptoms in Urticaria, Psoriasis and Alopecia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(3), 122-131.

Madhulika, A. ve Gupta, M. (2006). Psychodermatology. *Psychiatric Times*. 23, 78-89.

Mansour, M.M., Moheb, N. ve Sharifi, A. (2010). Comparative Study of Cognitive Schemas of Asthmatic Patients and Normal Adults. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 5, 1746-1750.

Marty, P. (2012). *Zihinselleştirme ve Psikosomatik*. A. Elif Yavuz Sever, (çev.), İstanbul: Türkçe Basım, Bağlam, (orijinal baskı tarihi 1998).

Mazaheri, M. (2015). Difficulties in Emotion Regulation and Mindfulness in Psychological and Somatic Symptoms of Functional Gastrointestinal

Disorders. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 9(4), 1-7.
doi: 10.17795/ijpbs-954

McDonough, E., Ayearst, R., Eder, L., Chandran, V., Rosen, C. F., Thavaneswaran, A. ve Gladman, D. D. (2014). Depression and Anxiety in Psoriatic Disease: Prevalence and Associated Factors. *The Journal of Rheumatology*, 41(5), 887-896.

Mease, P. J. ve Menter, M. A. (2006). Quality-of-Life Issues in Psoriasis and Psoriatic Arthritis: Outcome Measures and Therapies From A Dermatological Perspective. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 54(4), 685-704.

Mercan, F. S., ve Altunay, K. İ. (2006). Psikiyatri ve Dermatolojinin Ortak Çalışma Alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 17(4), 305-313.

Mizara, A., Papadopoulos, L. ve McBride, S. R. (2012). Core Beliefs and Psychological Distress in Patients with Psoriasis And Atopic Eczema Attending Secondary Care: The Role of Schemas in Chronic Skin Disease. *British Journal of Dermatology*. 166(5), 986-993.

Morgan, M., McCreedy, R., Simpson, J. ve Hay, R. J. (1997). Dermatology Quality of Life Scales—A Measure of The Impact of Skin Diseases. *British Journal of Dermatology*. 136(2), 202-206.

Moschella, S.L. ve Hurley, H.J. (1992). *Dermatology*. Third Edition. Philadelphia: WB Saunders company. 1442-1474.

Mrowietz, U., Chouela, E. N., Mallbris, L., Stefanidis, D., Marino, V., Pedersen, R. ve Boggs, R. L. (2015). Pruritus and Quality of Life in Moderate To Severe Plaque Psoriasis: Post Hoc Explorative Analysis from The Pristine Study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 29(6), 1114-1120.

Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam Kalitesi Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması. *Üroonkoloji Bülteni*. 1, 25-29.

Nordahl, H. M., Holthe, H. ve Haugum, J. A. (2005). Early Maladaptive Schemas in Patients With or Without Personality Disorders: Does Schema Modification Predict Symptomatic Relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 12, 142–149. <https://doi.org/10.1002/cpp.43>

Onsun, N. (2008). Psoriasis Tedavi Yöntemleri ve Algoritmik Yaklaşım. *Türkderm*. Özel Sayı (2), 31-41.

Özgür, Y., Sayaca, N., Akın, S., Konür, Ş. ve Keskin, Ö. (2020). Analysis of Cognitive Disorders with Early Maladaptive Schemas in Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. 9(2), 94-102.

Özmen, M. (2015). Dolaşan Dölyatağından Konuşan, Acı Çeken Bedene; Hipokrat'tan Çağdaş Psikanalistlere Psikosomatik Kavramı derleyen. Acıyan Beden Psikosomatiğe. 8. *Psikanalitik Bakışlar Sempozyumu*. İstanbul: 6-10.

Öztürk, M.O. ve Uluşahin, N.A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları: Bedensel Hastalıklarda Ruhsal Bozukluklar (Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi)*. 14. Baskı. Ankara: Bayt Ltd. Şti.

Panasiti, M. S., Ponsi, G., Monachesi, B., Lorenzini, L., Panasiti, V. ve Aglioti, S. M. (2019). Cognitive Load and Emotional Processing in Psoriasis: A Thermal İmaging Study. *Experimental Brain Research*. 237 (1), 211-222.

Philips, K., Wright, B.J. ve Kent, S. (2013). Psychosocial Predictors of İrritable Bowel Syndrome Diagnosis And Symptom Severity. *Journal of Psychosomatic Research*. 75, 467-474.

Picardi, A. ve Abeni, D. (2001). Stressful Life Events and Skin Diseases: Disentangling Evidence from Myth. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 70(3), 118-136.

Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M., Baliva, G. ve Melchi, C. (2005). Stress, Social Support, Emotional Regulation and Exacerbation of Diffuse Plaque Psoriasis. *Psychosomatics*. 46(6), 556-564.

Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M., Gaetano, P., Melchi, C., Baliva, G., Camaioni, D., Tiago, A., Abeni, D. ve Biandi, M. (2003). Stressful Events, Social Support, Attachment Security and Alexithymia in Vitiligo. *Psychotherapy and psychosomatics*. 72, 150-158.

Pişkin, G. (2005). Psoriasis Patogenezi. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriasis Özel Sayısı*. 1, 5-12.

Ponsi, G., Monachesi, B., Panasiti, V., Aglioti, S.M. ve Panasiti, M.S. (2019). Psychological and Behavioral Reactivity To Social Exclusion: A Functional İnfared Thermal İmaging Study in Patients With Psoriasis. *Journal of Neurophysiology*. 121, 38-39.

Purdon, C., Antony, M. M. ve Swinson, R. P. (1999). Psychometric Properties of The Frost Multidimensional Perfectionism Scale in A Clinical Anxiety Disorders Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1271-1286.

Rafaeli, E., Bernstein, D.P., Young, J.E. (2011) *Şema terapi ayırıcı özellikler*. 1. Basım. M. Şaşoğlu, (çev.). İstanbul: Psikonet Yayınları, (orijinal baskı tarihi 2011).

Ramsay, B. ve O'reagan, M.Y.R.A. (1988). A Survey of The Social and Psychological Effects of Psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 118(2), 195-201.

Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A. ve Huibers, M. (2012). Early Maladaptive Schemas in Depressed Patients: Stability and Relation with

Depressive Symptoms Over The Course of Treatment. *Journal of Affective Disorders*. 136(3), 581-590.

Rieder, E. ve Tausk, F. (2012). Psoriasis, A Model of Dermatologic Psychosomatic Disease: Psychiatric İmplications and Treatments. *International journal of dermatology*. 51(1), 12-26.

Rimes, K. A. ve Chalder, T. (2010). The Beliefs About Emotions Scale: Validity, Reliability and Sensitivity To Change. *Journal of Psychosomatic Research*. 68, 285–292.

Rubino, I.A., Sonnino, A., Stefano, C.M., Pezzarossa, B. ve Ciani, N. (1989). Seperation-İndividuation, Agression and Alexithymia in Paoriasis. *Açta Derm Venereol*. 146, 87-90.

Rugancı, 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.

Russo, P.A., Ilchef, R. ve Cooper, A.J. (2004). Psychiatric Morbidity in Psoriasis: A Review. *Australas Journal of Dermatology*. 45(3), 155-61.

Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M. ve Joukamaa, M. I. (2015). Alexithymia and Early Maladaptive Schemas in Chronic Pain Patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(4), 428-437.

Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A. ve Joukamaa, M. I. (2011). Early Maladaptive Schemas in Finnish Adult Chronic Pain Patients and A Control Sample. *Scandinavian Journal of Psychology*. 52(2), 146-153.

Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., ve Joukamaa, M. (2010). Early Maladaptive Schemas in Finnish Adult Chronic Male and Female Pain Patients. *Scandinavian Journal of Pain*. 1(4), 196-202.

Saariaho, T.H., Saariaho, A.S., Karila, I.A., ve Joukamaa, M.I. (2012). Erarly Maladaptive Schemas Factors, Pain İntensity, Depressiveness and Pain Disability: An Analysis of Biopschosocial Models of Pain. *Disability and Rehabilitation*. 34, 1192-1201.

Safran, J. D., Segal, Z. V., Hill, C. ve Whiffen, V. (1990). Refining Strategies For Research on Self-Representations in Emotional Disorders. *Cognitive Therapy and Research*. 14(2), 143-160.

Sapolsky, R. M. (2015). Stress and The Brain: İndividual Variability and The İnverted-U. *Natüre Neuroscience*. 18, 1344-1346.

Schmitt, J., Wozel, G., Garzarolli, M., Viehweg, A., Bauer, M. ve Leopold, K. (2014). Effectiveness of Interdisciplinary vs. Dermatological Care Of Moderate-To-Severe Psoriasis: A Pragmatic Randomised Controlled Trial. *Acta Dermato-Venereologica*. 94(2), 192-197.

Schore, A. (2003). *Affect Dysregulation and Disorder of The Self*. New York: W.W. Norton&Company.

Selye, H. (1965). The stress syndrome. *American Journal of Nursing*. 63(3), 97-99.

Shafii M., Shafii SL. (1979). Exploratory Psychotherapy in The Treatment of Psoriasis. Twelve Hundred Years Ago. *Arch Gen Psychiatry*. 36(11), 1242-1245.

Shahamat, F. (2011). Predicting General Health Symptoms (Somatization, Anxiety, Depression) From Early Maladaptive Schemas. *Journal of Psychology*, 5(20), 103-124.

Sheppes, G., Suri, G. ve Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 11, 379-405.

Silva, J. D. T. D., Muller, M. C. ve Bonamigo, R. R. (2006). Coping Strategies and Stress Levels in Patients with Psoriasis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 81(2), 143-149.

Singri, A., West, D.P. ve Gordon K.B. (2002). Biologic Therapy for Psoriasis. *Arch Dermatol*. 138, 657-663.

Skevington, S.M., Bradshaw, J., Hepplewhite, A., Dawkes, K. ve Lovell, C.R. (2006). How Does Psoriasis Affect Quality of Life. Assessing An Ingram-Regimen Outpatient Programme and Validating The WHOQOL-100? *British Journal of Dermatology*. 154, 680-691.

Southam-Gerow, M.A. ve Kendall, P.C. (2002). Emotion Regulation and Understanding: Implications for Child Osychopathology Ant Therapy. *Clinical Psychology Review*. 22, 189-222.

Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A. ve Çakır, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form 3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 20(1), 75-84.

Steinberg, H., Herrmann-Lingen, C. ve Himmerich, H. (2013). Johann Christian August Heinroth: Psychosomatic Medicine Eighty Years Before Freud. *Psychiatr Danub*. 25(1), 11-6.

Szwec, G. (2008). *Bazı Psikosomatik Modellere Göre Deri Hastalıkları*. N. Zabcı (çev.). Psikanaliz Buluşmaları 3 içinde. İstanbul: Bağlam Yayınları. 29-47).

Şahin, N. H. (2013). *Stres. Örgütsel davranış*. İstanbul: Beta Yayınları.

Şahin, N. H. ve Durak, A. (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uygulanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 10(34), 56-73.

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. 6th ed. Boston MA: Pearson.

Thompson, R.A., Goodman, M. (2010). "Development of Emotion Regulation". A.M. Kringand, D.M. Sloan, (Ed.). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment içinde*. New York: The Guilford Press, 38-58.

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.

Thorslund, K., Amatya, B., Dufva, A. E. ve Nordlind, K. (2013). The Expression of Serotonin Transporter Protein Correlates with The Severity of Psoriasis and Chronic Stress. *Archives of dermatological research*. 305(2), 99-104.

Tugade, M.M. ve Frederickson, B.L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions To Bounce Back from Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*. 86, 320-333.

Tunaboşlu İkiş, T. İşçimen, A., Pirim, B., Yavuz, A.E. ve Atak, İ.E. (2006). Psoriasis, Liken, Simpleks Kronikus ve Alopesi Universalis Hastalarında Ruhsal Süreçlerin Rorschach Testi ile İncelemesi. *Dematose*. 45-51.

Tüzün, B. ve Tüzün, Y. (1998). *Psoriasis Dipnotları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Van den Berg, A. E., Hartig, T. ve Staats, H. (2007). Preference for Nature in Urbanized Societies: Stress, Retoration and The Pursuit Of Sustainability. *Journal of Social Issues*. 63, 79-96.

Van Dillen, L.F. ve Koole, S.L. (2007). Clearing The Mind: A Workingmemory Model of Distraction from Negative Emotion. *Emotion*. 7, 715-723.

Van Moffaert, M. (1992). Psychodermatology: An Overview. *Psychoder Psychosom*. 58, 125-36.

Vidoni, D., Campiutti, E., D'Aronco, R., De Vanna, M. ve Aguglia, E. (1989). Psoriasis and Alexithymia. *Acta Dermato-Venereologica Supplementum*. 146, 91-92.

Watson, D. C. ve Sinha, B. (2008). Emotion Regulation, Coping, and Psychological Symptoms. *International Journal of Stress Management*. 15(3), 222.

Woodruff, D.W., Higgins, E.M., Du vivier, AW. ve Wessely, S. (1997). Psychiatric İllness in Patients Referred To A Dermatology-Psychiatry Clinic. *Gen Hosp. Psychiatry*. 19(1), 29-35.

Yang, Y. W. ve Lin, H. C. (2012). Increased Risk of Psoriasis Among Patients with Schizophrenia: A Nationwide Population-Based Study. *British journal of dermatology*. 166(4), 899-900.

Yazıcı, A. (2015). Paris psikosomatik okulu(IPSO) ve Pierre Marty. 8. *Psikanalitik Bakışlar Sempozyumu*. İstanbul: 16-17.

Yiğit, İ. ve Yiğit, M. G. (2019). Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*. 38(6), 1503-1511.

Yiğit, İ. ve Erden, G. (2015). Çocukluk Çağı İstismar Yaşantıları ile Genel Psikolojik Sağlık Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Aracı Rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*. 30(75), 47-5.

Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach (Rev ed) Practitioner Resource Series (3rd Edition)* : Professional Resource Exchange.

Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2009). *Şema Terapi*. T.V. Soylu, (çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık (orijinal baskı tarihi 2003)

Young, J.E. (1990). *Cognitive Therapy For Personality Disorders*. Sarasota FL: Professional Resource Press.

Young, J.E. ve Klosko, J.S. (2011). *Hayatı Yeniden Keşfedin*. S. Kohen ve D. Güler (çev.), İstanbul: Psikonet Yayınları (orijinal baskı tarihi 1993)

Zill, J. M., Christalle, E., Tillenburg, N., Mrowietz, U., Augustin, M., Härter, M. ve Dirmmaier, J. (2019). Effects of Psychosocial Interventions On Patient Reported Outcomes In Patients With Psoriasis: A Systematic Review And Meta-Analysis. *British Journal of Dermatology*. 181(5), 939-945.

Zoumakis, E., Kalantaridou, S. N. ve Chrousos, G. P. (2007). The “Brain–Skin Connection”: Nerve Growth Factor-Dependent Pathways For Stress-Induced Skin Disorders. *Journal of Molecular Medicine*, 85(12), 1347-1349.

Tezler

Aykan, E.Ö. (2018). *Psoriasis Hastalarında, Çocukluk Çağı Travması Varlığının, Travma Dayanıklılığının, Bağlanma Özelliklerinin, Depresyon-Anksiyete Varlığının Ve Duygu Düzenleme Güçlüğüünün Yaygınlığı Ve Hastalık Şiddetine Etkisi*. Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Yumuşak, F. N. (2019). *Üniversite Öğrencilerinde Duygu Düzenleme Güçlüğü Ve Duygusal Tepkiselliğin Psikolojik Belirtiler İle İlişkisinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Çakır, Z. (2007). *Anti-Sosyal Kişilik Bozukluğunda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri Ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışları Arasındaki İlişkiler: Şema Terapi Modeli çerçevesinde bir inceleme*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi SBE.

Güner, O. (2013). *10-16 Yaş Çocuk ve Ergenler İçin Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (Çeşöt)'nin Geçerlik, Güvenirlik Ve Norm Çalışması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Jalali, K. B. (2016). *Psoriazisli Hastalarda, Hastalık Şiddeti İle Depresyon, Anksiyete Ve Yetiyitimi Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Kankurtay, S. (2020). *Üniversite Öğrencilerinde Fonksiyonel Olmayan Tutumların Yaygın Anksiyete Eğilimleri Üzerindeki Etkisinde Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Kaplan, O.K. (2007). *Pemfigus Vulgaris Etiyolojisinde Psikolojik Etkenler, Algılanan Stres Ve İlişkili Faktörler*. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Haydarpaşa Numune Hastanesi.

Kuzu Taşçı, D. (2014). *Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ile Depresyon İlişkisinin Açıklanmasında Ontolojik İyi Oluş Değişkeninin Aracı Rolü: Bir Yol Analizi Çalışması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi SBE.

Uğurcan, B. (2018). *Psoriasiste Stres, Depresyon, Öfke Ve Aleksitimi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi SBE.

Yıldız, Ö. Z. (2018). *Evlilik doyumunun öncülleri ve sonuçları: Depresyon, kaygı, erken dönem uyumsuz şemalar*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Işık Üniversitesi SBE.

7 EKLER

EK A Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma Yrd. Doç. Dr. Bengi Pirim Düşgör danışmanlığında, İstanbul Arel Üniversitesi, Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Ayşe Kaynak tarafından yürütülmektedir. Yapılması planlanan çalışma ‘Psoriasis Hastalığı’nın, ‘Erken Dönem Uyumsuz Şemalar’ ‘Stresle Baş Etme Tarzları’ ‘Duygu Düzenleme Güçlüğü’ ‘Yaşam Kalitesi’ Hastalık Şiddeti’ ve ‘Psikolojik Belirtiler’ arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçlamaktadır.

Şemalar, erken dönem çocukluğumuzdan itibaren öğrenmelerimize dayanan ve çevreden gelen bilgiyi anlamada kalıp görevi gören, yaşam boyu gelişerek karmaşıklaşan yapılardır. Şema modeli, Young (1999) tarafından kuramlaştırılmış olup bu gün yaşadığımız psikolojik problemlerimizin kaynağının, çocukluk döneminde yaşadıklarımızdan edindiğimiz uyumsuz şemalar olduğunu bildiren bir modeldir. Duygu düzenleme güçlüğü ise, duygulara ilişkin farkındalığın olmaması, duyguların anlaşılabilmesi, kabul edilmemesi, yaşadığımız duyguları kontrol etmede ve yönetmede yaşadığımız zorlukları ifade etmektedir.

Toplanan bilgiler bu değişkenlerle ilgili genel bir fikir edinmeyi amaçlamakta olduğundan tek tek katılımcılara yönelik sonuca varılmayacaktır. Bu amaçla size sunulan ölçekleri cevaplandırmanız, yapılan çalışmaya önemli bir katkı sağlayacaktır. Elde edilen bilgiler bilimsel araştırma dışında hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Araştırmanın sağlıklı sonuç vermesi için sizden beklenen, soruları içten ve sizin durumunuza en yakın olan seçeneğe göre hiçbir maddeyi atlamadan cevaplamanızdır.

Çalışmaya katılımınız ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

İstanbul Arel Üniversitesi
Klinik Psikoloji Doktora Programı Öğrencisi Ayşe Kaynak

Bu araştırma ile ilgili yukarıda sunulan bilgileri okudum ve bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

İmza



EK B Kişisel Bilgi Formu

Yaşınız

Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

Medeni durumunuz: () Bekar () Evli () Boşanmış/Dul

Eğitim Düzeyiniz (en son bitirdiğiniz okul):

() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

Lisansüstü

Annenizin Eğitim Düzeyi:

() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

Lisansüstü Babanızın Eğitim Düzeyi:

() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

Lisansüstü

Şuan ki Mesleki durumunuz:

() Memur () Esnaf () İşçi () Serbest () Emekli () İşsiz ()

Öğrenci

() Çalışmayan (ev işleriyle uğraşan) () İşsiz

Hangi Gelir Düzeyinde Olduğunuzu Düşünüyorsunuz?

() Alt () Orta () Üst

Psoriasis (sedef) hastalığınız var mı?

() Var () Yok

Kaç yıldır psoriasis (sedef) hastasıınız? Belirtiniz.....

Psikiyatrik hastalığınız var mı?

() Var () Yok

Nörolojik bir hastalığınız var mı?

var yok

Psikiyatrik hastalığınız var mı?

Var Yok

Psikiyatrik ilaçlar kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

→Cevabınız Evet ise hangi şikâyetler için kullanıyorsunuz?

Ailenizde psikiyatrik hatalığı olan var mı?

Var Yok

Alkol kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

Sigara kullanıyor Musunuz?

Evet hayır

EK C YSO

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- 1- Benim için tamamıyla yanlış
- 2- Benim için büyük ölçüde yanlış
- 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
- 4- Benim için orta derecede doğru
- 5- Benim için çoğunlukla doğru
- 6- Beni mükemmel şekilde tarif ediyor

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. _____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. _____ Uyumsuzum.
5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).

13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. _____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. _____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. _____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. _____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakmam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. _____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. _____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. _____ İşleri halletmede son derece yetersizim.

25. _____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. _____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. _____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. _____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.

38. ____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
39. ____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. ____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. ____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. ____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. ____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. ____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. ____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hissedebiliriz veya suçluluk duyarız.
46. ____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. ____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. ____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. ____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. ____ İstediklerimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.

51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersen çok kötü hissederim.
57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. _____ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. _____ Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.
62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.

63. ____ çoğunlukla annem ve babamın benimle i içe yaşadığını hissediyorum-
Benim kendime ait bir hayatım yok.

64. ____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer
insanların karar vermesine izin veririm.

65. ____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.

66. ____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz
bulurlar.

67. ____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.

68. ____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda
olmadığımı hissediyorum.

69. ____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya
kendimi zorlayamam.

70. ____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda
onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.

71. ____ Ne kadar çok çalışsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve
neredeysi her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.

72. ____ Neden yanlış yaptığımın önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da
katlanmam gerekir.

73. ____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride
bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.

74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. _____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.

85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.

86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.

87. _____ Kararlarım nadiren sadık kalabilirim.

88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.

89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.

90. _____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

EK D Duygu Düzenleme G cl g  (DDGÖ)

AŞağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir cümlenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak iŐaretleyiniz.

Bazen çoğu zaman (%11-%35)

Çoğu zaman (%66-%90)

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

Hemen hemen hiç(%0-%10) Yaklaşık yarı yarıya(%36-%65) Hemen hemen her zaman

(%91-%100)

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir. 1 2 3 4 5
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım. 1 2 3 4 5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir. 1 2 3 4 5
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur. 1 2 3 4 5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım. 1 2 3 4 5
6. Ne hissettiğime dikkat ederim. 1 2 3 4 5
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim. 1 2 3 4 5
8. Ne hissettiğimi  nemserim. 1 2 3 4 5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaŐa yaşarım. 1 2 3 4 5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim. 1 2 3 4 5
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım. 1 2 3 4 5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım. 1 2 3 4 5
13. Kendimi kötü hissettiğimde iŐlerimi bitirmekte zorlanırım. 1 2 3 4 5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden ıkarım. 1 2 3 4 5
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım. 1 2 3 4 5
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım. 1 2 3 4 5

19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım. 1 2 3 4 5

20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim. 1 2 3 4 5

21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygudan dolayı kendimden utanırım. 1 2 3 4 5

22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim. 1 2 3 4 5

23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım. 1 2 3 4 5

24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır. 1 2 3 4 5

25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım. 1 2 3 4 5

26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım. 1 2 3 4 5

27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım. 1 2 3 4 5

28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım. 1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.

1 2 3 4 5

31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım. 1 2 3 4 5

32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.

1 2 3 4 5

33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım. 1 2 3 4 5

34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım. 1 2 3 4 5

35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem zaman alır. 1 2 3 4 5

36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur. 1 2 3 4 5



EK E Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi

Anketteki sorulara cevap vererek yardımcı olduğunuz için teşekkürler

- Lütfen her soruda bir seçeneği işaretleyini
- Her soru SADECE SON DÖRT HAFTA ile ilgilidir.
- Tüm soruları SADECE SON DÖRT HAFTAYI düşünerek cevaplayınız

GÜNLÜK AKTİVİTELER

1. Sedef hastalığınız, ev ya da bahçe işlerini sürdürmenizi ne kadar etkiliyor?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

2. Sedef hastalığınız nedeni ile ne sıklıkta farklı tip veya renkte giysiler giyiyorsunuz?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

3. Giysilerinizi ne kadar daha fazla yıkamak veya değiştirmek zorunda kalıyorsunuz?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

4. Sedef hastalığınız, kuaför ya da berberde ne kadar sorun oluyor?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

5. Sedef hastalığınız, normalden ne kadar daha sık banyo yapmanıza neden oluyor?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

• 6.,7. ve 8. soruların iki farklı şekli mevcuttur.

• Eğer düzenli bir işiniz var ya da öğrenci iseniz, lütfen ilk sıradaki 6.-7.-8. soruları cevaplayınız.

• Eğer çalışmıyor ya da öğrenci de değilseniz, lütfen ikinci sıradaki 6.-7.-8. soruları cevaplayınız.

Tüm soruları sadece SON DÖRT HAFTAYI düşünerek cevaplayınız

İŞ YA DA OKUL (SİZİN İÇİN UYGUNSA)

6. Son dört hafta boyunca sedef hastalığınız, iş ya da okulda ne kadar zaman kaybetmenize sebep oldu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

7. Son dört hafta boyunca sedef hastalığınız, işyerinde ya da okulda bir şeyler yapmanıza ne kadar engel oldu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

8. Meslek yaşamınız, sedef hastalığınızdan etkilendi mi? (örn: terfinin reddedilmesi, işinizi kaybetme, iş değiştirme gibi)

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

ÇALIŞMIYOR YA DA ÖĞRENCİ DEĞİLSENİZ (ALTERNATİF SORULAR)

6. Son dört hafta boyunca sedef hastalığınız, normal günlük aktivitelerinizi yapmaktan ne kadar alıkoydu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç 35

7. Son dört hafta boyunca sedef hastalığınız, normal günlük aktivitelerinizi sürdürme biçiminizi ne kadar değiştirdi?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

8. Yaşamınız, sedef hastalığınızdan etkilendi mi? (Örn: ilişkileriniz, sosyal hayatınız olumsuz)

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

Tüm soruları sadece SON DÖRT HAFTAYI düşünerek cevaplayınız

KİŞİSEL İLİŞKİLER

9. Son dört hafta boyunca, sedef hastalığınız cinsel sorunlara yol açtı mı?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

10. Sedef hastalığınız, eşiniz, yakın arkadaşlarınız ya da akrabalarınızla sorun yaratıyor mu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

BOŞ VAKİT

11. Sedef hastalığınız, sosyal hayatınız ya da özel bir işiniz dolayısıyla dışarı çıkmanıza ne kadar engel oluyor?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

12. Sedef hastalığınız, herhangi bir spor yapmanızı zorlaştırıyor mu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

13. Sedef hastalığınız nedeni ile kaplıca/hamam gibi umumi banyo veya soyunma alanlarını kullanmanız engelleniyor veya eleştiriliyor mu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

14. Sedef hastalığınız, normalden daha fazla sigara içmenize ya da alkol almanıza sebep oluyor mu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

TEDAVİ

15.Sedef hastalığınız ya da tedavisi, evinizi ne kadar kirli ya da düzensiz hale getiriyor?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

Lütfen tüm sorulara verdiğiniz cevapları kontrol ediniz.

Teşekkürler.



EK F Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalite Ölçeği

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

EK G Stresle Baş Etme Tarzı Ölçeği

SBÖ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için **GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

Sizi ne kadar tanımlıyor

Bir sıkıntım olduğunda.....	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25- “keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim	()	()	()	()
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28-“Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()

Kaynak: Şahin, N.H., Durak, A.(1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 10(34), 56-73.

EK H SCL-90-R

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, bugün de dahil olmak üzere son onbeş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede) uygun olanının (yalnızca bir seçeneğin) altındaki kutuya bir (X) işareti koyunuz. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yaptığınız işaretlemeyi tamamen silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığınız bir cümleyle karşılaştığınızda uygulamacıya danışınız.

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık veya baş dönmesi
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. Olayları anımsamada güçlük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. Yalnızlık hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Herşey için çok fazla endişe duyma

32. Herşeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adale(kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da bir kaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk veya sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünememe hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Herşeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacaktıymış duygusu

81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızdan bir bozukluğun olduğu düşüncesi

SCL-90-R CEVAP KAĞIDI

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	İleri derecede		Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	İleri derecede
1						46					
2						47					
3						48					
4						49					
5						50					
6						51					
7						52					
8						53					
9						54					
10						55					
11						56					
12						57					
13						58					
14						59					
15						60					
16						61					
17						62					
18						63					
19						64					
20						65					
21						66					
22						67					
23						68					
24						69					
25						70					
26						71					
27						72					
28						73					
29						74					
30						75					
31						76					
32						77					

33						78						
34						79						
35						80						
36						81						
37						82						
38						83						
39						84						
40						85						
41						86						
42						87						
43						88						
44						89						
45						90						





T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : 69396709-050.01.01
Konu : Etik Kurul Kararı Hk.

Sayın Ayşe KAYNAK

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun **02.12.2019** tarih ve **2019/07** sayılı toplantısında alınan karar aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Abdullah Kadir
DABBAĞOĞLU
Rektör V.

KARAR NO-24: Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji doktora programı öğrencisi **Ayşe KAYNAK**' ın “**Psoriasis Hastalığında Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Stresle Baş Etme, Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Belirtiler**” isimli çalışması görüşüldü. **Yapılan görüşmeler sonucunda;** öğrenci Ayşe KAYNAK' ın çalışmasıyla ilgili Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Duran ÇAKMAK' ın da görüşü doğrultusunda söz konusu projenin etik ilkelere uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

8 ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Ayşe KAYNAK

Doğum Yeri ve Tarihi :

Elektronik posta :

İletişim Adresi :

ORCID Numarası : 0000-0003-2441-5174

Öğrenim Durumu

- 1991-1995 İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü
Rehberlik ve psikolojik Danışmanlık
- 1996- 2001 İstanbul Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü Adli Bilimler Yüksek
Lisans