

T.C.
ZONGULDAK KARAEELMAS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PSORİAZİSLİ HASTALARDA
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE ALEKSİTİMİNİN
YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Sibel DUYSAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Saniye ÇINAR

ZONGULDAK

2011

T.C.
ZONGULDAK KARAEELMAS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PSORİAZİSLİ HASTALARDA
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE ALEKSİTİMİNİN
YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Sibel DUYSAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Saniye ÇINAR

ZONGULDAK

2011

TEZ ONAY TUTANAĞI

Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Başlığı : Psöriazisli Hastalarda Kişilik Özellikleri ve Aleksitiminin Yaşam Kalitesi İle İlişkisi

Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. SİBEL DUYSAK

Tez Savunma Tarihi: 10/06/2011

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Saniye ÇINAR

Prof. Dr. Hilmi Cevdet ALTINYAZAR
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Rafet KOCA
Üye

Doç. Dr. Nilgün SOLAK TEKİN
Üye

Doç. Dr. Selim AYDEMİR
Üye

Yrd. Doç. Dr. Saniye ÇINAR
Üye

UYGUNDUR

10/06/2011

Prof. Dr. Mustafa AYDIN
Dekan

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince değerli bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, güzel ve örnek bir ortamda çalışma fırsatı veren, hayatım boyunca saygı ve sevgi ile anacağım başta değerli tez hocam Yrd. Doç. Dr. Saniye ÇINAR olmak üzere, Prof. Dr. H. Cevdet ALTINYAZAR'a, Doç. Dr. Rafet KOCA'ya ve Doç. Dr. Nilgün SOLAK TEKİN'e;

Tezimin planlanmasındaki büyük katkısı ve sonuçlanma aşamasına kadar olan süreçte desteğinden dolayı İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Numan KONUK'a, istatistiksel analiz aşamasında katkılarından dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Sibel KİRAN'a;

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum, sevgili arkadaşlarım ve değerli meslektaşlarım Uzm. Dr. Şennur MUHTAR TÜZ, Uzm. Dr. Gülben SARICI, Uzm. Dr.Tuna SEZER, Uzm. Dr. Selda IŞIK, Uzm. Dr. Ayşegül ALPAY, Uzm. Dr. Serdar BOSTAN, Dr. İbrahim YEŞİLDAĞ, Dr.Nuriye ÖZER, Dr. Seda Sevinç MERAL ve Dr. Duygu GENCER'e;

Uzmanlık eğitimim boyunca destek olan ve güleryüzünü esirgemeyen başta sorumlu hemşiremiz Esin TEKİN ÜNLÜER olmak üzere tüm Deri ve Zührevi Hastalıkları servisi çalışanlarına;

Hayatım boyunca her zaman desteklerini yanımda hissettiğim sevgili anne ve babama sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Sibel DUYSAK

Zonguldak 2011

ÖZET

Duysak S. Psoriazisli Hastalarda Kişilik Özellikleri ve Aleksitiminin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Tezi. Zonguldak 2011.

Psoriazis yaşam süresini etkilemeyen, ancak hastaların yaşam kalitesinde belirgin bozulmaya neden olabilen bir hastalıktır. Çalışmamızda bir grup psoriazisli hastanın, kişilik özellikleri, aleksitimik özellikleri ve bu faktörlerin yaşam kalitesi ile ilişkisinin araştırılması planlandı.

Çalışmamıza 100 psoriazisli hasta ve kontrol grubu olarak 100 gönüllü birey alındı. Hastalık şiddeti Psoriazis Alan Şiddet İndeksi (PASI)'ne göre hafif, orta ve şiddetli olarak gruplandırıldı. Yaşam kalitesi ölçümü için Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ), kişilik analizi için Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), aleksitimiye belirlemek için Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20), psikopatoloji riskinin saptanması amacı ile Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanıldı.

Uyguladığımız logistik regresyon analizi sonucunda, psoriazisli hastalarda yaşam kalitesini temel olarak etkileyen faktörlerin PASI ile ölçülen hastalık şiddeti ve depresyon varlığı olduğu saptandı. MKE'de zarardan kaçınma (ZK) puan ortalaması hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek saptandı ($p=0.010$). Gruplar arasında aleksitimi varlığı yönünden anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0.059$). Sonuç olarak, çalışmamızın başlangıcında ön gördüğümüzün aksine, psoriazisli hastalarda kişilik özellikleri ve aleksitimi varlığı ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki saptamadık.

Spesifik bir hastalığa ait sınırlı sayıda hasta ile yaptığımız bu çalışma, psoriazisli hastalarda kişilik özellikleri ve aleksitiminin yaşam kalitesiyle olan ilişkisini yeterince yansıtamamaktadır. Bu ilişkinin daha iyi anlaşılması için uzun süreli takip çalışmalarına ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Psoriazis, yaşam kalitesi, mizaç ve karakter, aleksitimi.

ABSTRACT

Duysak S. The Relation of Personality Traits and Alexithymia with Quality of Life in Patients with Psoriasis. Zonguldak Karaelmas University, Medical School, Dissertation at the Department of Dermatovenerology. Zonguldak 2011.

Psoriasis is a disorder which leads to deterioration in the quality of the life without affecting the duration of patients' lives.

In our study, we had planned to investigate the personality traits and alexithymic features of a group of patients with psoriasis as well as the relations of these factors with the quality of life.

We used 100 patients with psoriasis and 100 healthy volunteers as a control group. The disease severity was grouped as mild, moderate and severe according to the Psoriasis Area and Severity Index (PASI). We used the Psoriasis Index of Quality of Life (PSORIQoL) in order to measure the quality of life, the Temperament and Character Inventory (TCI) for the purpose of personality analysis, the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) to determine alexithymia, the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) in order to detect the risk for psychopathology.

Following the logistic regression analysis applied, the essential factors affecting the life quality in psoriasis were found as the disease severity measured by PASI and the existence of depression. In TCI, the mean of the points for harm avoidance (HA) was found higher in the patient group compared to that of the control group ($p=0.010$). No significant difference was found between the two groups in terms of the existence of alexithymia ($p=0.059$). As a conclusion, contrary to our predictions prior to the study, we did not detect any relation between personality traits, existence of alexithymia and quality of life in patients with psoriasis.

Our study while performed in a restricted number of patients with a specific disease is not sufficient in reflecting the relationship between personality traits, existence of alexithymia and quality of life in patients with psoriasis. We do believe that longitudinal studies are required in order to better understand that relation.

Key words: Psoriasis, quality of life, temperament and character, alexithymia.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Psoriasis.....	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji	3
2.1.3. Etyopatogenez	4
2.1.4. Tetikleyici Faktörler	8
2.1.5. Klinik	9
2.1.6. Tanı	12
2.1.7. Ayırıcı tanı	14
2.1.8. Tedavi	15
2.1.9. Psoriasis ve yaşam kalitesi.....	23
2.2. Psikosomatik Tıp ve Psikodermatoloji.....	25
2.3. Psikopatoloji	30
2.3.1. Psikopatolojinin tanınması ve ölçülmesi	32
2.4. Kişilik	35
2.4.1. Mizaç ve Karakter	36
2.4.2. Psikosomatik Hastalıklarda Mizaç ve Karakter	38
2.5. Aleksitimi	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM	41
3.1. Çalışma Düzeni ve Olgu Seçimi.....	41
3.2. Değişken Ölçütleri	42
3.2.1. Tanımlayıcı değişken olarak sosyodemografik ve klinik özellikler.....	42
3.2.2. Bağımlı değişken ölçütü olarak “Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği”	43
3.2.3. Bağımsız değişken ölçütleri	43

3.3. İstatistiksel Değerlendirme	46
4. BULGULAR	47
4.1. Tanımlayıcı Değişken Olarak Sosyodemografik ve Klinik Bulgular	47
4.2. Bağımlı Değişken Olarak PYKÖ Bulguları	49
4.3. Bağımsız Değişkenler	50
4.4. Karşılaştırmalı Bulgular	51
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇ	63
7. KAYNAKLAR.....	64
8. EKLER	80
Ek 1: Etik Kurul Onayı	80
Ek 2: Bilgilendirilmiş Olur Formu	81
Ek 3: Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği.....	82
Ek 4: Mizaç ve Karakter Envanteri	83
Ek 5: Toronto Aleksitimi Ölçeği-20.....	92
Ek 6: SCL-90-R.....	93
Ek 7: Beck Depresyon Ölçeği	97
Ek 8: Beck Anksiyete Ölçeği	98
Ek 9: PYKÖ faktör analiz yükleri	99

SİMGELER VE KISALTMALAR

α	: Alfa
β	: Beta
γ	: Gama
κ	: Kappa
A.B.D	: Amerika Birleşik Devletleri
Ark.	: Arkadaşları
BAÖ	: Beck anksiyete ölçeği
BDÖ	: Beck depresyon ölçeği
CLA	: Cutaneus lymphocyte associated antijen
cm	: Santimetre
DM	: Diabetes Mellitus
DNA	: Deoksiribonükleik asit
DSM	: Diagnostic Statistical Manual and Diseases
EGF	: Epidermal büyüme faktörü
FDA	: Food and Drug Administration
gbd	: Genel belirti düzeyi
HIV	: Human Immun Deficiency Virus
HLA	: İnsan lökosit antijenleri
HT	: Hipertansiyon
ICD	: International Statistical Classification of Diseases
IFN	: İnterferon
IL	: İnterlökin
İY	: İşbirliği yapma
İY1	: Sosyal onaylanma
İY2	: Empati duyma
İY3	: Yardımseverlik
İY4	: Acıma
İY5	: Erdemlilik-vicdanlılık
KA	: Kendini aşma
KA1	: Kendilik kaybı

KA2	: Kişiler ötesi özdeşim
KA3	: Manevi kabullenme
KAH	: Koroner arter hastalığı
KBY	: Kronik böbrek yetmezliği
Kg	: Kilogram
KKY	: Konjestif kalp yetmezliği
KY	: Kendini yönetme
KY1	: Sorumluluk alma
KY2	: Amaçlılık
KY3	: Beceriklilik
KY4	: Kendini kabullenme
KY5	: Uyumlu ikincil huylar
MHC	: Majör histokompatibilite kompleksi
MKE:	: Mizaç ve Karakter Envanteri
mm	: Milimetre
NK	: Natural Kill
ÖB	: Ödül bağımlılığı
ÖB1	: Duygusallık
ÖB2	: Bağlanma
ÖB3	: Bağımlılık
PASI	: Psoriasis Area and Severity Index (Psoriasis alan ve şiddet indeksi)
PSORS	: Psoriasis Susceptibility (Psoriasis yatkınlık)
PUVA	: Psoralenle ultraviyole A
PYKÖ	: Psoriasis yaşam kalite ölçeği
S	: Sebat etme
SC	: Subkutan
SCL-90-R	: Symptom Chek List 90-Resived (Psikolojik belirti tarama listesi)
SS	: Standart sapma
TAÖ-20	: Toronto aleksitimi ölçeği-20
TCR	: T hücre reseptörü
Th1	: T helper 1
TNF	: Tümör nekrozis faktör

UV	: Ultraviyole
YA	: Yenilik arayışı
YA1	: Keşfetmekten heyecan duyma
YA2	: Dürtüsellik
YA3	: Savurganlık
YA4	: Düzensizlik
ZK	: Zarardan kaçınma
ZK1	: Beklenti endişesi
ZK2	: Belirsizlik korkusu
ZK3	: Yabancılardan çekinme
ZK4	: Çabuk yorulma ve dermansızlık
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Psikodermatolojik hastalıklar	29
Tablo 2. Harth ve ark.'nın psikodermatolojik hastalıklar sınıflaması	30
Tablo 3. DSM-IV Kişilik bozuklukları	36
Tablo 4. Psoriasisli hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri	48
Tablo 5. Psoriasisli hasta grubunun hastalık süresi ve PASI ortalaması	49
Tablo 6. PYKÖ'de yer alan sorulara evet yanıtı verenlerin yüzdesi	49
Tablo 7. Psoriasisli hastalarda PYKÖ puanlarının ortalama ve SS değerleri	50
Tablo 8. Hastalık şiddetine göre depresyon olasılığı yüksek saptananların oranı.....	51
Tablo 9. PYKÖ toplam puanlarının yaş, hastalık süresi, PASI, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi.....	51
Tablo 10. Psoriasisli hasta ve kontrol grubunda TAÖ-20 ve MKE parametreleri değerlendirme sonuçları.....	53
Tablo 11. PYKÖ'yü etkileyen potansiyel değişkenlerin logistik regresyon analizi ile incelenmesi.....	54
Tablo 12. Backward Logistic regresyon analizi sonuçları	55

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psoriasis remisyon ve relapslarla seyreden, sık görülen, kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır (1). Yapılan araştırmalarda psoriazinin belirgin psikolojik ve sosyal morbidite potansiyeli taşıdığı görülmüş ve her 4 hastadan birinin psikolojik sıkıntı yaşadığı saptanmıştır (2). Hastalığın başlangıcında veya alevlenme dönemlerinde ruhsal travmaların önemli bir rol oynadığı, psoriatik olguların genellikle içine kapanık, duygusal gereksinimlerini yansıtamayan, kendine güvensiz ve sosyal ilişkilerde başarısız kişilik yapılarına sahip olduğu bilinmekte, bu nedenle psoriasis psikosomatik hastalıklar içinde değerlendirilmektedir (3). Son yıllarda yapılan araştırmalarda dermatolojik hastalıklarla ilişkili bulunan başlıca psikolojik faktörler stres, duygudurum ve anksiyete bozuklukları, sosyal desteğin etkisi ve kişilik özellikleridir (4,5).

Psikosomatik kuramın temel unsurlarından biri olan stres kendi başına yıkıcı bir etkiye sahip olmakla beraber, bir olayın birey için stresli olması, olayın birey için kişisel anlamı, bireyin karşılaştığı stresi idare edebilme, kendini uyarlayabilme veya başa çıkma becerilerine bağlıdır (6). Kişilik, doğuştan gelen biyolojik özelliklerle, çevreden edinilen sosyal etmenlerin birbiri üzerine yaptıkları etkilerin meydana getirdiği bir bütündür. Kişinin kendini, çevresini, olayları algılama şekli ve bunlara verdiği tepkiler kişilik özelliklerini oluşturur.

Psikosomatik hastalıklarla ilişkisi ortaya konmuş bir başka kavram da aleksitimidir. Aleksitimi kişilerin kendi ve diğer insanların hislerini algılama yetisinden yoksun olmasıdır. Hastalık olarak değerlendirilmemekle birlikte aleksitimik insanların psikosomatik hastalıklara daha kolay yakalandığı gözlemlenmiştir. Aleksitiminin immun fonksiyonlarda bozulmaya neden olduğu ve aleksitimik bireylerin psikolojik, endokrin ve immün sonuçları olan, fark etmedikleri kronik bir strese maruz kaldıkları ileri sürülmüştür (7).

Psoriasis yaşam süresini etkilemeyen, ancak hastaların yaşam kalitesinde belirgin bozulmaya neden olabilen bir hastalıktır. Gerek kişilik özellikleri, gerek aleksitimi zaten yaşam kalitesini bozan psoriazise katkıda bulunabilir.

Çalışmamızda bir grup psoriasisli hastanın, kişilik özellikleri, aleksitimik özellikleri ve bu faktörlerin yaşam kalitesi ile ilişkisi araştırılmıştır. Yaşam kalitesi

ile hastalığın bireyi ne düzeyde etkilediği ve yaşanılan öncelikli sorunların tespiti çözüm arayışlarına ışık tutabilir. Saptanan sorun doğrultusunda yapılacak psikolojik destek tedaviye uyumu ve sonuç olarak tedavinin etkinliğini arttırabilir. Çalışmamızın kısa vadede amacı psoriazisli hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin saptanması, kişilik özellikleri ve aleksitimik özelliklerinin belirlenmesi ve buna yönelik çözüm arayışları açısından yol gösterici olmasıdır. Uzun vadeli amacımız ise psikodermatolojik hastalıklar grubunda yer alan psoriazisin psikosomatik hastalıklar ile yakın ilişkili olan aleksitimi ve kişilik özellikleri gibi faktörlerle olan ilişkisini irdelemek ve böylece etyolojisi hala çok net olmayan psikosomatik hastalıklarla ilgili yapılan ve yapılacak olan çalışmalara katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psoriasis

Psoriasis deri, saçlı deri, tırnak ve eklemlerin inflamatuvar, hiperproliferatif ve kronik bir hastalıdır. Tipik deri lezyonu keskin sınırlı, eritemli, sedefi beyaz skuamlarla kaplı papül ve plaklardır. Lezyonlar genellikle simetrik yerleşimli olup, sıklıkla ekstremitelerin ekstansör yüzleri, dizler, dirsekler, sakral bölgeler ve saçlı deride yerleşmektedir (1, 8).

2.1.1. Tarihçe

Psoriasis bilinen en eski deri hastalıklarından biridir. İlk tanımlama “Corpus Hippocraticum: Hippocrates Derlemi” adlı yapıtta yer almaktadır. Hipokrat (M.Ö. 416-377) psoriasis olması olası olan hastalığı tanımlarken “psora” ve “lepra” terimlerini kullanmıştır. Yunanca’da “psora” terimi kaşıntılı ve skuamlı deri hastalıklarını tanımlamak için kullanılmıştır (9).

Robert Willan (1757-1812), lepra ve psoriasis birbirlereinden ayırıp, psoriasisin klasik klinik betimlemesini yaparak ilk kez özel bir hastalık olduğunu ortaya koymuştur (10). Ferdinand Von Hebra (1816-1880) “psoriasis” adını bu hastalığa veren ilk kişi olmuştur (9, 11,12).

2.1.2. Epidemiyoloji

Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların %6-8’i psoriasisli hastalardır (11). Psoriasisin prevalansı farklı etnik toplumlarda ve coğrafik alanlarda değişiklik gösterir. Tüm dünyada psoriasis prevalansı %0.5-4.6 arasında değişmekle birlikte, beyaz ırkta prevalansının %1-3 olduğu tahmin edilmektedir (12). Avrupa, Kuzey Amerika ve Avusturalya’da yapılan çalışmalar beyaz ırkın diğer ırklara göre daha çok etkilendiğini göstermiştir. Psoriasis eskimolar, zenciler, kızılderililer ve sarı ırkta daha seyrek görülmektedir (1, 13). Kundakçı ve ark.’nın Türkiye’de yaptıkları bir çalışmada psoriasis prevelansı %1.3 olarak saptanmıştır (14). Erişkinlerde kadın ve

erkeklerde eşit oranda görülürken, çocukluk çağında kız çocuklarında erkeklere oranla daha sık görülür (15). Solak Tekin ve ark.'nın Zonguldak bölgesinde yaptıkları çalışmada kadın/erkek oranı 1.18 olarak bildirilmiştir (16).

Hastalık her yaşta görülebilmekle birlikte 6-12 yaşlar ve 57-60 yaşlarında pik yapmaktadır (17). Erken başlangıçlı psoriazisin ailesel yatkınlıkla ilişkisi vardır ve sıklıkla daha şiddetli seyretmektedir (1).

2.1.3. Etyopatogenez

Psoriazis genetik, çevresel ve immunolojik faktörlerin kombinasyonu ile oluşan, insanlarda en sık görülen T hücre bağımlı inflamatuvar/otoimmün hastalık olarak kabul edilmektedir (18, 19).

Psoriazis genetiği

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar ve aile çalışmalarında psoriazisin genetik temelli ve multifaktöryel olduğu gösterilmiştir. Psoriazis vulgarisli hastaların %30'unun birinci derece akrabalarında da hastalık saptanmıştır. Çocukluk çağı psoriazis hastalarının %71'inde aile öyküsü bulunmaktadır. Monozigotik ikizlerde dizigotik ikizlere göre 3 kat daha sık görülmektedir (20-22). Psoriazisin kalıtımında otozomal dominant, otozomal resesif, oligenetik ve poligenetik modeller tanımlanmıştır. Son bulgular çoğu psoriazisli hastada olasılıkla çevresel tetikleyicilerle çeşitli genlerin etkileşimine bağlı poligenetik/multifaktöryel kalıtımı işaret etmektedir. Monozigotik ikizlerdeki sınırlı konkordans oranları hastalığın genetik yatkınlığın yanı sıra çevresel faktörlerden de etkilendiğini düşündürmektedir (22). Genetik çalışmalar ile psoriaziste en az 19 lokus belirlenmiştir. Bu lokuslar 15 farklı kromozomda yerleşmiştir. 8 tanesi PSORS1-7 (psoriazis yatkınlık1-7) ve PSORS9 olarak isimlendirilmiş olup diğer lokuslar henüz isimlendirilmemiştir. PSORS1 lokusu kromozom 6p21'in "class I major histocompatibility complex" (MHC) bölgesinde yerleşmiştir (20, 22). MHC'de psoriazis ve insan lökosit antijenleri (HLA) genleri arasında allelik birlikteliklerin varlığı 30 yıldan fazladır bilinmektedir. Psoriaziste %70 oranıyla en yüksek birliktelik HLA klas I antijeni olan HLA-Cw6'yı kodlayan gen ile bulunmaktadır (20, 23). Bu birliktelik özellikle

erken başlangıçlı psoriasis olguları ve guttat psoriasisli hastalarda güçlüdür (20). Geç başlangıçlı psoriastide HLA birlikteliği zayıftır. Ailesel risk artışı yoktur. En sık birliktelik HLA-CW2 ve HLA-B27 iledir (11, 24). Kalımsal faktörlerin etkisinin her hastada farklı düzeyde olması ve hastaların sadece %30'unda aile öyküsü saptanması multifaktöryel patogenezi desteklemekle birlikte patogeneizde genler önemli bir rol oynamaktadır (25).

Psoriasis immünopatogenezi

Psoriasis patogenezinde T hücrelerinin hastalığın başlatılmasında ve sürdürülmesinde önemli rolü bulunur. Yapılan pek çok çalışma bu T hücre-bazlı hipotezi desteklemektedir (26-28). Psoriastide deride T hücre infiltrasyonu, keratinosit proliferasyonu ve endotel hücre aktivasyonundan önce gerçekleşmektedir (29). Psoriatik non-lezyonel deride de T hücre sayısı artmıştır (27). Lezyonel psoriatik deriden izole edilen T hücreleri in vitro olarak psoriatik keratinositlerin proliferasyonunu artırmaktadır (26, 28). Psoriasis, kemik iliği kök hücre transplantasyonu ile başlayabilmekte ya da iyileşebilmektedir (26, 27). T hücre aktivasyonunu ve sitokin salınımını bloke eden immünosupresif tedavilerin (siklosporin-A, takrolimus, anti-CD3, anti-CD4 ve DAB389IL-2 füzyon toksini) psoriasis tedavisinde etkili olması psoriasisin bir T hücre hastalığı olduğuna dair en önemli kanıttır (28, 29).

Psoriastide hem CD4⁺ Th1 hem de CD8⁺ Tc1 hücre infiltrasyonu bulunmakta ve bu hücreler aktivasyon belirteçleri (HLA-DR⁺, CD25⁺, CD27⁺, CD69⁺) göstermektedir (26, 30). Dermisde CD4⁺ T hücreleri, epidermisde CD8⁺ T hücreleri hücre çoğunluğunu oluşturmaktadır (26, 28). Psoriastide hangi T hücre tipinin patojenik olduğu kesinlik kazanmamıştır. Erken psoriatik plaklarda aktive CD4⁺ T hücre infiltrasyonu bulunurken, geç lezyonlarda CD8⁺ T hücre infiltrasyonu gözlenmektedir (26, 31).

Psoriasis patogenezinde T hücrelerinin rolü; T hücre aktivasyonu, T hücrelerinin lezyonel deriye göçü ve aktive T hücrelerince deride sitokin salınımı olmak üzere üç aşamada gerçekleşir (30). Antijenin tanınması, tutulması, internalizasyonu ve işlemiden geçirilmesi sonrasında matüre olan antijen sunucu

hücre periferik lenfoid dokulara göçer ve naif T hücrelerine ($CD45RA^+$) antijeni sunarak bellek T hücresi ($CD45RO^+$) haline getirir (32).

T hücre aktivasyonu aşamasında antijen sunucu hücre ve T hücresi arasında primer sinyal ve sekonder (kostimülatör) sinyal olmak üzere 2 ardışık aktivasyon sinyali gerçekleşir. Primer sinyal; MHCI veya MHCII' nin TCR ile birleşmesiyle gerçekleşir; antijen bağımlı bir sinyaldir. Sekonder sinyaller; LFA-3 ve CD2 birleşimi; ICAM-1 ve LFA-1 birleşimi, CD40-CD40L birleşimi, VLA-4 ve VCAM-1 birleşimi; B7 kompleksi ($CD80^+$ veya $CD86^+$) ile $CD28^+$ birleşiminden oluşmaktadır (26, 30, 32). Sekonder sinyaller antijene özgü T hücre aktivasyonu için gereklidir. Antijene özgü aktive T hücreleri ($CD45RO^+$) klonal diferensiasyona uğrar, hafıza ya da efektör T hücreleri olarak inflame deriye göçerler (32, 33). Deriye göç eden T lenfositlerin antijeni elemine etmeleri ile immün cevap sonlanmaktadır ancak psoriasisde bu eliminasyon sağlanamaz ve hastalığı oluşturan zincirleme reaksiyonlar başlar (33, 34).

T hücrelerinin kan dolaşımından deri içine geçişi aktive T hücresi ile endotel hücresi arasındaki etkileşimler sonucu gerçekleşir (30). Aktivasyon ve maturasyon sırasında T hücreleri CLA adı verilen glikoprotein yapısında yeni bir yüzey reseptörü kazanırlar (34). T hücreleri endotel üzerindeki E-selektin ve P-selektine yüzeylerindeki CLA molekülleri ile bağlanarak yavaşlayıp, yuvarlanarak, VLA-VCAM ve LFA-1-ICAM gibi integrin etkileşimleri ile damar dışına çıkarak hasarlı epidermise doğru ilerlerler (26, 27, 32, 33). Aktifleşerek deriye göç eden $CD4^+$ T hücreleri tip 1 sitokin sekresyonu yaparak $CD8^+$ T hücrelerinin aktivasyonu ve çoğalarak epidermise yerleşmesini sağlar. Dermis ve epidermiste antijenle ikinci kez karşılaşan hücreler aktive olarak sitokinleri salgırlar (32).

Psoriatik deride artan tip 1 sitokinler pek çok olaydan sorumludur. Bu sitokinler interlekin-2 (IL-2), interferon- γ (IFN- γ), tümör nekrozis faktör- α 'dır (TNF- α). IL-2 T-hücre aktivasyonu ve klonal büyümede erken evrelerde rol oynar. IFN- γ psoriazisteki temel sitokin olarak düşünülür ve inflamatuvar yanıtın tip 1 yönünde devamını sağlayan ICAM 1 ve ELAM gibi adezyon molekülleri, transmigrasyon faktörleri, kemokin reseptörlerini artırarak T hücrelerinin dermis ve epidermise göçünü sağlar. Ayrıca IFN- γ TNF- α ile beraber keratinositlerden IL-6, IL-7, IL-8, IL-12, IL-15, IL-18 ve diğer sitokinler ve büyüme faktörlerinin üretimini başlatır. IL-

8, nötrofil birikiminden; TNF- α , keratinositler tarafından beta defensin ve antilökoproteinaz üretiminden sorumlu tutulmaktadır. IFN- γ ve TNF- α uyarısıyla üretilen sitokin ve kemokinler sonucu anjiogenez, vasküler ektazi, lezyona T-hücre ve nötrofil göçü ve psoriatik epidermal cevap oluşur (32, 35, 36).

Psoriaziste T hücre aktivasyonu ve proliferasyonu sonucunda keratinosit aktivasyonu oluşmaktadır. Epidermal döngü zamanı 28-30 günden 3-4 güne inmiştir. Büyüme döngüsüne giren germinatif hücre oranı %60'lardan %100'e kadar yükselmiştir. Son yıllarda, keratinositlerin sadece bariyer fonksiyonları olmadığı, çok önemli immun fonksiyonlara da sahip oldukları görülmüştür. T hücreleri IFN- γ aracılığıyla keratinosit proliferasyonunu uyarmaktadır. IFN- γ keratinositlerdeki antiapoptotik gen olan bcl-X düzeyini artırır. Böylece normal keratinositlerin çoğalması yavaşlarken, lezyonlu derideki keratinositlerin çoğalmasını hızlandırmaktadır. Hücresel proliferasyonun immünohistokimyasal göstergelerinden biri olan Ki-67, psoriatik epidermiste yüksek oranda tespit edilmiştir. Epidermal büyüme faktörü (EGF), birçok doku ve hücrede proliferasyon üzerine etkili olan bir polipeptiddir. Alevlenme gösteren psoriasis lezyonlarında EGF reseptörü, lezyon kenarlarında yoğun olarak eksprese edilirken Ki-67 matür lezyonlarda daha yüksek oranlarda saptanmaktadır. Endotelial hücre uyarıcı anjiogenez faktörü ve VEGF neovaskülarizasyonu uyaran moleküllerdir ve kronik plak tip psoriasis lezyonlarında normal kontrollere göre yüksek saptanmışlardır. Keratinositler tip 1 ve 2 sitokin yapımını da etkilemektedir. Psoriatik lezyonların gelişiminde tip 1 sitokin üreten T hücrelerinin keratinositler tarafınca stimüle edilmeleri, psoriatik deride inflamasyonun kronikleşmesini bir ölçüde açıklayabilmektedir. İnsan derisinde keratinositlerin IL-2, IL-15 ve IL-18 üretebildikleri ve psoriatik inflamasyona bu yolla katkıda bulundukları gösterilmiştir (37).

Normal immün cevapta antijenler T hücreleri tarafından yok edilir ve immün cevap sonlanır. Psoriaziste ise immün cevap aşırı artmıştır. Bu bulgu psoriazisin otoimmun bir hastalık olduğunu desteklemektedir. Ancak psoriazisin kesin antijenik tetikleyicisi hala bilinmemektedir. Aktivasyondan sorumlu tutulan faktörler arasında viral veya bakteriyel kaynaklı antijen veya süperantijenler ile nöropeptidler ve keratin kökenli peptidler yer almaktadır (35, 36). Süperantijenler bu faktörler arasında ilk sırada suçlanmaktadır. Akut guttat psoriazisin streptokokkal farenjiti takiben ortaya

ıkması süperantijen modeline iyi bir örnektir. Bakteriyel suşların büyük oranda ortadan kalkması veya elimine olmasına rağmen hastalığın kronik seyretmesi, sperantijenlerle çapraz reaksiyon veren bir grup endojen antijenin otoimmün mekanizmalarla patogeneizde etkili olduğunu düşündürür. Streptokokkal M6 proteini ve 50-kDa tip 1 keratin (K14) arasında dizilim benzerliği saptanmıştır (38).

2.1.4. Tetikleyici Faktörler

Genetik yatkınlığı olan kişilerde psoriazisin ortaya çıkması için bazı faktörler gereklidir (27). Bu faktörler hastalığın tetiklenmesini sağlayabildiği gibi şiddetini de arttırabilmektedir. Psoriasis mekanik, UV ve kimyasal travma, stres, infeksiyonlar (bakteri, virüs, fungus), ilaçlar ve mevsim değişiklikleri gibi faktörlerle tetiklenebilmekte veya alevlenebilmektedir (27, 31).

Enfeksiyonlar: Grup A ̢ hemolitik streptokok enfeksiyonunu takiben 2-3 hafta sonra guttat psoriasis tetiklenebilmekte veya kronik plak psoriasis alevlenebilmektedir (31). Staphylococcus Aureus da psoriazisi tetikleyebilir. HIV (AIDS) psoriazisi başlatabilir veya kötüleşmesini sağlayabilir (11, 31).

İlaçlar: Lityum, kalsiyum kanal blokerleri, ̢-bloker ajanlar, angiotensin converting enzim inhibitörleri, non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, terbinafin, tetrasiklinler, simetidin, interferonlar, interlökinler ve granülosit makrofaj koloni stimülan faktörler psoriazisi tetikleyen ilaçlar arasındadır. Sistemik steroid tedavisinin ani kesilmesi psoriazisi alevlendirebilir veya püstüler psoriasis gelişimine neden olabilir (1, 11).

Travma: Travmayı takiben izomorfik patolojik lezyonların oluşumu ile karakterize Koebner fenomeni görülmektedir (27).

Stres: Psikolojik stres psoriazisin daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına, tetiklenmesine ve alevlenmesine neden olabilmektedir (39). Psoriatik deride nöral peptid ve reseptörlerin artmış olarak tespit edilmesi stresin psoriatik alevlemeleri tetikleyebileceği görüşünü desteklemektedir (11). Psikolojik faktörlerin psoriazisle ilişkisini araştıran zaman temelli çok sayıda araştırma vardır. Yapılan çalışmalarda psoriazisli hastaların %37-88'i, stres ya da diğer psikolojik sorunlarını hastalıklarıyla ilişkili bulmuştur (40). Seville tarafınca yapılan bir çalışmada hastaların %39'u

hastalıklarının başlamasından 4 hafta öncesine kadar stres yaşama deneyimine sahip iken bu oran kontrol grubunda %10 civarında kalmıştır (41). Devrimci Özgüven ve ark. araştırmalarında psoriazisli hastaların kontrol grubuna göre son 3 ay içerisinde daha fazla oranda psikolojik sıkıntı yaşadıklarını ortaya koymuştur (42). Sayısı 2000’ den fazla olan hasta verilerine dayanılarak elde edilen bir geriye dönük anket çalışmasında hastaların %40’ı emosyonel stresle hastalığın başladığını ya da kötüleştiğini kabul ederken, %21’i böyle bir ilişkiyi doğrulamamış, geriye kalan %39’u ise emin olmadıklarını söylemiştir (43).

Stresle tetiklenme kadınlarda, aile öyküsünde psoriazis olanlarda, hastalık seyri şiddetli olanlarda, psoriazisle ilişkili yüksek stres yaşayan ve yaşam kalitesi büyük ölçüde etkilenen hastalarda daha fazladır (2). Psoriazisli hastalarda depresyon, anksiyete, obsesyon, sosyal izolasyon ve öfke gibi psikolojik bozukluklar saptanmıştır. Psikolojik faktörler nedeniyle psoriazisli hastaların tedaviye uyumları da azalmaktadır (21, 39).

Araştırmalarda elde edilen veriler, psoriazisli hastalar arasında atakları ortaya çıkarmada psikolojik faktörlerin özel bir rol oynadığını ve strese yanıt veren bir grubun varlığını ortaya koymakta olup, bu bulgular psikonöroimmünolojik patogenezi desteklemektedir.

Diğer: Diyet, yaşam tarzı, sigara içimi ve alkol tüketimi hastalığın seyrini etkileyebilmektedir (31). Psoriazis hastalarında alkol tüketimi sağlıklı kontrollere göre %18 artmıştır (39). Psoriazis hastalarında sigara içimi prevalansı kontrollere göre 2 kat yüksektir. Sigara içimi özellikle palmoplantar psoriazis için risk faktörüdür. Sigaranın psoriazisteki etyolojik rolü ise henüz bilinmemektedir (44).

2.1.5. Klinik

Erken lezyonlar gümüşü kuru skuamla kaplı, guttat ve eritemli maküllerdir. Lezyonlar periferik büyüme ve skuamaların birleşmesi sonucu kalınlaşır ve genişlerler. Skuamlar plakların çevresinde gevşek, merkezde yapışık ve kaldırılmaya çalışılırsa kanama noktaları ortaya çıkar (Auspitz belirtisi). Lezyonların boyutları değişebilir. 1-2 mm çaplı nokta şeklinde papüler lezyonlara punktate psoriazis, 2-10 mm çaplı lezyonlar guttat psoriazis, 1-3 cm çaplı lezyonlar numuler

psoriasis ve 3 cm'den büyük çaplı lezyonlar plak tip psoriasis olarak adlandırılır. Lezyonlar yaklaşık 5 cm çapa ulaştığında genellikle çevreye doğru büyüme durur. İstiridye kabuğuna benzer lezyonlara psoriasis ostrasea veya rupoid psoriasis, ortadan iyileşip periferde halka şeklini alırsa psoriasis anularis, ortadan iyileşmeyip solid plak şeklinde ise diskoid psoriasis denir. Birbirleriyle kesişen anuler lezyonlardan oluşan daha karmaşık lezyonlar psoriasis gyrata, pek çok lezyonun bir araya gelerek oluşturduğu harita benzeri şekiller psoriasis jeografika olarak adlandırılır. Lezyonlar fleksural bölgelerde ise invers psoriasis, palmoplantar bölgede ise volar psoriasis, pilosebace foliküllerde lokalize ise folliküler psoriasis denmektedir (8, 11).

Psoriasis vulgaris: Psoriazisin en sık görülen formu olup, olguların %80'ini etkilemektedir. Sedefi renkli lameller skuamlarla kaplı lezyonlar vücudun her yerinde gözlenebilir. Sıklıkla simetrik olarak alt ve üst ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde, pretibial bölgelerde, intergluteal ve genital bölgelerde, lumbosakral ve periumblikal bölgelerde görülmektedir. Punktat papül olarak başlayan lezyonlar daha sonra santimetrelerce büyüyebilir ve vücudun tamamına yakını tutulabilir (8, 45).

Guttat psoriasis: Psoriazisin ikinci en sık görülen formudur. Özellikle çocuklarda ve genç erişkinlerde daha fazla görülmektedir (11). Sıklıkla gövdenin üst kısımlarında ve ekstremitelerin proksimal kısımlarında yerleşen 0.5-1.5 cm çaplı eritemli, skuamlı plaklarla karakterizedir. Bu form sıklıkla streptokokal enfeksiyonlardan 1-2 hafta sonra ortaya çıkar. Farengial streptokok taşıyıcılığı nedeniyle rekürrensler görülebilir. Plak tipi psoriasis hastalarında guttat form ortaya çıkabilir ya da guttat lezyonlar büyüyüp kalınlaşarak plak forma dönüşebilir (8).

Eritrodermik psoriasis: Vücudun %80'inden fazlasının eritem ve skuamla kaplı olduğu jeneralize bir tablodur. Yüksek ateş, kalp yetmezliği, nonkardiyojenik pulmoner ödem, dehidratasyon, sepsis bulguları gibi sistemik bulgular eşlik edebilir. İki formu vardır. Birinci formda plak şeklindeki lezyonlar ilerleyip eksofoliyatif hale gelebilir ve sıklıkla arada sağlam deri alanları bulunur. Bu formun prognozu iyidir ve tedaviye daha iyi cevap verir. İkinci formda lezyonlar aniden ortaya çıkar. Enfeksiyonlar, antimalaryaller, katran, ultraviyole (UV), hipokalsemi ve kortikosteroid tedavisinin kesilmesi ile tetiklenebilir. Bu formda tedaviye cevap yavaştır ve relapslar görülebilir (15).

İnvers psoriazis: Aksilla, kasıklar, meme altları ve vücut kıvrımlarında izlenen iyi sınırlı, hafifçe nemli, üzeri az skuamlı eritemli plaklarla karakterize formdur. Sürtünme ve nemden dolayı skuam görülmez, bazen fissürler gelişebilir (46).

Saçlı deri psoriazisi: Psoriazis hastalarının %50-80'inde ya deri tutulumu ile birlikte ya da sadece saçlı deri tutulumu olduğu bildirilmiştir. Sık gözlenmesi ve görünür olması nedeniyle önemli psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Keskin sınırlı eritemli, beyaz skuamla kaplı lezyonlar temel bulgusudur. Özellikle çocuklarda ve genç yetişkinlerde görünen asbest benzeri skuamlar (pityriasis amiantacea) hastalığın ilk bulgusu olabilir (47, 48). Seboreik dermatitte kepeklerin sarımsı bir rengi olmasına rağmen, bazı hastalarda bu iki hastalığı klinik ve histopatolojik olarak ayırt etmek zor olabilir. Hem seboreik dermatit hem de psoriazisin özelliklerinin bir arada görüldüğü bu tablo “seboriazis” olarak tanımlanmaktadır (48).

Foliküler psoriazis: Kıl folikülleri üzerinde yerleşen noktasal büyüklükteki lezyonlardır. Sıklıkla gövdede yerleşirler (11).

Palmoplantar psoriazis: El içi ve ayak tabanında simetrik, keskin sınırlı, üzerleri sarı renkli skuamla kaplı eritemli lezyonlarla karakterizedir. Beraberinde ağrılı fissürler de görülür. Eritem her zaman gözlenmez. Daha çok skuamlar vardır (11). Palmoplantar psoriazisli hastalar el ve ayak tutulumu olmayan diğer psoriazis hastalarına göre fiziksel olarak daha fazla kısıtlanmış durumdadırlar (49).

Püstüler psoriazis: Psoriazisin steril püstüllerle seyreden formudur. Jeneralize ve lokalize olmak üzere iki klinik tipi vardır. Jeneralize püstüler psoriazis (Von Zumbusch); eritemli zeminde yaygın püstüller, sistemik belirtiler, ateş ve periyodik ataklarla seyreden ağır formudur. Stres, gebelik, diyabet, hipokalsemi, enfeksiyonlar, arsenik, progesteron, salisilatlar, lityum, penisilin, nistatin, kortikosteroid tedavisinin ani kesilmesi psoriazisin püstüler forma dönüşmesine veya doğrudan püstüler psoriazis oluşmasına neden olabilir. HLA-B27 antijeni ile güçlü pozitif korelasyon mevcuttur (1, 11, 50). Lokalize form plamoplantar psoriazis (Barber tipi), acrodermatitis continua olarak ayrılır (1). İmpetigo herpetiformis gebeliğin jeneralize püstüler psoriazisi olarak bilinir. Sıklıkla gebeliğin son üç ayında görülmekle birlikte ilk üç ay içinde görülen olgular da bulunmaktadır. Doğum sonrası da görülebilir. Sonraki gebeliklerde tekrarlayabilir. Genellikle fleksural bölgeleri simetrik olarak tutar. Fleksural bölgelerden başlayan eritemli plakların kenarlarında püstüler lezyonlar oluşur. Genel

durum bozukluğu, ateş gibi sistemik belirtiler ve sedimentasyon artışı, lökositoz gibi laboratuvar bulguları görülebilir (50).

Tırnak psoriazisi: Psoriaziste tırnak tutulumu erişkinlerde %10-50, çocuklarda ise %7-13'tür (51). Artropatik psoriazisli olgularda tırnak tutulum sıklığı %80'in üzerine çıkmaktadır (52). El tırnakları %50, ayak tırnakları %35 oranında tutulmaktadır (1). Tırnak tutulumu şiddeti ile deri bulgularının şiddeti arasında ilişki yoktur ancak psoriazisin süresi ile tırnak tutulumunun insidansı arasında ilişki vardır (52). Psoriatik tırnakta; pitting (yüksük tırnak), yağlı lekeler (salmon lekeleri), onikoliz, subungual hiperkeratoz, distrofi, splinter hemorajiler, tırnak plağında sarı kahverengi diskolorasyon gibi bulgular görülebilmektedir (1).

Psoriatik artrit: Psoriazisli hastaların yaklaşık %20-30'unda eklem tutulumu görülmektedir. Romatoid faktör açısından seronegatifdir. Ortak HLA ilişkileri, karakteristik ortak klinik ve immunohistolojik özellikleri ile spondiloartropati ailesinin üyesidir. Kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür ve ortalama başlangıç yaşı 30-55 yıl arasındadır. Psoriazisin deri lezyonları hastaların %67'sinde artritlen önce gelişmiştir. Psoriatik artrit Moll ve Wright tarafından asimetrik oligoartrit, simetrik poliartrit, distal interfalangial eklem tutulumu, spinal tutulum ve artrit mütillans olmak üzere beş klinik tipte sınıflandırılmıştır. Ayrıca hastalarda daktilit, entezitler, sinovit, hiperosteosis ve osteitis sendromu (SAPHO) görülebilir (53).

2.1.6. Tanı

Tipik psoriazis lezyonları tanıyı koyabilmek için yeterince karakteristik olmakla birlikte atipik görünümlü ve olağan dışı yerleşimli lezyonların varlığında tanı koymak zorlaşabilmektedir. Psoriazis tanısı konulurken anamnez, klinik, hastalığa özgü fenomenler ve histopatolojik inceleme yararlanılacak yöntemlerdir.

2.1.6.1. Psoriaziste fenomenler

Köbner fenomeni: Sağlam deriye travma uygulamasını takiben 2-7 gün içinde yeni lezyonların oluşmasına “köbner fenomeni (izomorfik yanıt)” denir. Yeni lezyonların oluşum süresi 2 yıla kadar da uzayabilmektedir. Psoriaziste %37-76 oranında köbner fenomeni görülür. Psoriasis için tipik bir bulgudur ancak psoriazise özgü değildir. Ekzojen ve endojen faktörlerle oluşabilir. Fronkül, liken planus, herpes zoster, miliaria, pitriazis rosea ve vitiligo endojen faktörlerdendir. Eksojen faktörler ise; böcek ısırıkları, akapunktur, kimyasal yanıklar, donma, basınç, radyasyon, kaşıma, traşlama, deri greftleri, deri testleri, dövme ve cerrahi işlemlerdir. Travmayı takiben mevcut psoriasis lezyonlarının iyileşmesine “ters köbner reaksiyonu” denir (1, 11, 54).

Mum lekesi fenomeni: Psoriasis plağının üzeri künt bir bistüri ile kazınırsa skuamaların kuru, beyaz lameller halinde döküldüğü gözlenir. Bu dökülme; düz bir yüzey üzerine damlayıp kurumuş bir mum damlasının kazınmasıyla tabaka tabaka kalmasına benzetilerek “mum lekesi fenomeni” adını almıştır. Parakeratotik hiperkeratozun göstergesidir ve psoriazise özgü bir fenomendir (1, 54).

Son zar fenomeni: Psoriatik plakta skuamalar kaldırıldıktan sonra daha fazla kazımaya devam edilirse, lezyondan nemli, yapışık bir tabaka kaldırılabilir. Bu tabaka epidermin dermal papillalar üzerindeki son tabakasıdır. Bu fenomen psoriasis için patognomoniktir (54).

Auspitz belirtisi: Psoriatik plak daha fazla kazınırsa küçük kırmızı noktacıklar şeklinde kanama odakları görülür. Kanama adacıkları uzamış dermal papillaların uç kesimlerindeki dilate kapillerlere uymaktadır ve papillomatozisin göstergesidir (11, 54).

Woronoff halkası: Gerileyen psoriasis plaklarının etrafında milimetrik, hipopigmente bir halo belirir. İlk kez 1926 yılında Woronoff tarafınca tanımlanan bu belirtiye "Woronoff halkası" denir (54).

2.1.6.2. Histopatoloji

Psoriaziste histopatolojik özellikler lezyonun tipine ve evresine göre değişmektedir. Biyopsi öncesi tedavi edilmiş lezyonlar veya klinik tanıda sıkıntı yaşanan vakalarda

her zaman psoriazis için tipik histopatolojik bulgulara rastlanmayabilir. Erken dönem lezyonlarda öncelikle dermisteki damarlarda dilatasyon ve konjesyon ortaya çıkar. Stratum korneumda fokal alanlarda parakeratoz vardır. Bu parakeratoz alanlarına nötrofiller göç eder. Kronik lezyonlarda psoriaziform akantoz gözlenir. Psoriazisteki düzenli akantoz ayırıcı tanıda önemlidir. Stratum korneumda parakeratoz artmıştır ve bu parakeratotik alanlarda nötrofillerin oluşturduğu “Munro mikroabseleri” görülür. Granuler tabaka incelmış veya tamamen yok olmuştur. Munro mikroabselerinin yanı sıra stratum spinosumda “Kogoj”un püstülleri “ izlenir. Kogoj’un püstülleri püstüller psoriaziste de vardır ancak boyut olarak plak tip psoriaziste görülenlerden daha büyüktürler. Lezyon eskidikçe retelerde yuvarlaklaşma ve birleşme gözlenir. Üst retiküler ve papiller dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon vardır. Guttat psoriazis lezyonlarının histopatolojik bulguları erken dönem psoriazis lezyonlarına benzemekle birlikte infiltrasyon daha fazla ve akantoz daha az gözlenir. İnvers psoriaziste stratum korneum daha ince ve dermisteki infiltrasyon daha belirgindir (55). Eritrodemik hastalarda histopatolojik olarak psoriazis tanısı koymak hastaların %20’sinde mümkün olmaktadır. Stratum korneum ve parakeratotik tabaka sürekli devam eden skuam nedeniyle incelmıştır. Erken psoriazis ile uyumlu histopatolojik bulgular vardır (55, 56). Saçlı deriden alınan biyopsilerde seboreik dermatit ile ayırıcı zorluklar gözlenebilir. Psoriatik lezyonlarda epidermal hiperplazi daha belirgindir. Seboreik dermatitte belirgin spongiyoz, düzensiz akantoz, yüzeysel perivasküler lenfosit infiltrasyonu, folikül ağızlarında fokal parakeratoz gözlenirken epidermiste nötrofillerin varlığı ve folikül dışında parakeratoz alanlarının bulunması psoriazisi desteklemektedir (56). Histopatolojik olarak psoriazis tanısı koyarken en çok yararlanılan bulgular; suprapapiller bölgedeki incelme ve alttaki dermal papilladaki damarlarda dilatasyon, Munro mikroabseleri ile Kogoj’un püstüllerinin varlığıdır (55).

2.1.7. Ayırıcı tanı

Hastalığın ayırıcı tanısında lezyonların lokalizasyonu önemlidir. Yüz ve saçlı deri tutulumu seboreik dermatitle karışabilir. Tekrarlayan kaşıma davranışı liken simpleks kronikus gelişime neden olarak tanıda zorluğa neden olabilir. Gövde yerleşiminde

liken planus, seboreik dermatit, numuler dermatit, pitriyazis rozea, sifiliz, parapsoriasis, mikozis fungoides, pitriazis rubra pilaris ayırıcı tanıya giren hastalıklardır. Palmoplantar yerleşimli psoriasis lezyonlarında mantar enfeksiyonları, kontakt dermatit, sifiliz ikinci dönemde gözlenen psoriaziform papüller, keratodermalar ve Reiter hastalığı ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Tırnak tutulumu tırnağın mantar enfeksiyonları, liken planus ve ekzemalarda gözlenen tırnak bulguları ile ayrılmalıdır. İnvers psoriasis lezyonlarının ayırıcı tanısında ise seboreik dermatit, kontakt dermatit ve fungal enfeksiyonlar düşünülmelidir (46, 57).

2.1.8. Tedavi

Psoriasis yaşam boyu sürebilen, kronik bir hastalıktır ve günümüzde tümüyle tedavisi mümkün olmamaktadır. Kronik seyri ve etkinlik, güvenilirlik, maliyet açısından ideal bir tedavisinin olmaması hasta memnuniyetsizliğini doğurmaktadır. Bu nedenle psoriasis tedavisinde yeni tedavi arayışları ve eldeki yöntemlerin daha akılcı kullanımı konusunda arayışlar sürmektedir (58).

2.1.8.1. Topikal tedavi

Topikal tedaviler hafif ve orta şiddetli psoriasis tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Şiddetli psoriasis hastalarında topikal ilaçlar sistemik tedavilerle kombine olarak kullanılabilir ve uygun dozlarda bu tedavilerin etkinliğini arttırabilirler (59). Psoriasis tedavisinde kullanılan farklı etki mekanizmalarına sahip topikal ilaç grupları bulunmaktadır.

Keratolitik ajanlar: Psoriasis tedavisinde keratolitikler psoriatik lezyonlardaki skuamın giderilerek topikal ilaçların penetrasyonunu arttırmak amacı ile kullanılırlar. Salisilik asit en çok tercih edilen ajandır. Sıklıkla %3-6 oranında kullanılır. Avuç içi ve ayak tabanlarında daha yüksek konsantrasyonlar tercih edilebilir (60). Üre, psoriasis tedavisinde keratolitik amaçla kullanılan diğer bir ajandır. Glikolik asit keratolitik etkili olmakla birlikte irrite edici etkisi nedeniyle çok fazla tercih edilmemektedir (61).

Topikal kortikosteroidler: Psoriasis tedavisinde kortikosteroidlerin anti-inflamatuvar, antiproliferatif ve immünsüpresif etkilerinden yararlanılmaktadır. Kortikosteroidler bu etkileri ile psoriatik lezyonlarda eritem, skuam ve pruritusun azalmasını sağlamaktadır. Potansiyel yan etkileri nedeniyle uzun süreli ve aralıksız kullanımlarından kaçınılmalıdır. Olası yan etkileri arasında deri atrofisi, telenjektazi, stria oluşumu, hipertrikoz ve steroid aknesi sayılabilir. Sistemik yan etkiler de nadir görülmekle birlikte ortaya çıkabilir (62).

Kortikosteroidler antralin, tazaroten ve vitamin D analogları ile kombine kullanılarak bu ajanların ayrı ayrı kullanımı ile oluşabilecek yan etkiler azaltılabilir. Sistemik tedavi ajanlarından asitrein ile kombinasyonu başarılı bulunmuştur. Lokalize ve dirençli lezyonlar dışında kortikosteroidlerin fototerapi ile kullanımları önerilmemektedir (63).

D vitamini analogları (Kalsipotrien): Keratinosit proliferasyonunu ve anormal farklılaşmasını inhibe eder. Etkisi diğer tedavi yöntemlerine göre nispeten yavaş başlamaktadır bu nedenle tedavinin ilk dönemlerinde steroidler ile kombine kullanılabilir. En önemli yan etkisi iritan kontakt dermatit oluşturmaktadır (46, 60).

Tazaroten: Topikal etkili reseptör-selektif retinoiddir. Antiinflamatuvar etkisinin yanı sıra keratinosit diferansiasyonunu artırıp proliferasyonunu azaltıcı etkisi vardır. %0.05 ve %0.1'lik jel ve krem formları mevcuttur. En önemli yan etkisi irritasyondur. Etkinliğinin sınırlı oluşu ve irritasyona yol açması nedeniyle monoterapi olarak kullanımı pek tercih edilmez. Topikal steroidler ile birlikte kullanımında etkinliği artar ve irritasyon yapıcı etkisi azalır. Fototerapi ile kombine edildiğinde monoterapiye göre daha etkili bulunmuştur (1, 60, 62).

Katran: Kömür katranı psoriasis tedavisinde kullanılan en eski ajanlardan biridir. Antimitotik, antiinflamatuvar, antipruritik ve antibakteriyel etkileri vardır. Kötü kokusu, uygulama zorluğu, giysileri boyama özelliği nedeniyle son yıllarda kullanımı azalmıştır. En sık görülen yan etkisi follikülittir. Bunun yanı sıra kontakt alerji ve nadiren irritasyon yapıcı etkisi de bulunmaktadır (60, 64).

Antralin (Ditranol): Serbest radikaller oluşturup DNA sentezini inhibe ederek, keratinositler üzerinde doğrudan antimitotik etki yapar. Deri, giysi ve eşyaları boyaması, irritasyon yapması gibi lokal yan etkileri kullanımını

sınırlamaktadır. Antralinin irritasyon yapıcı etkisini azaltmak için kısa süreli temas şeklinde tedavi rejimleri kullanılmaktadır (60).

Topikal kalsinörin inhibitörleri: Topikal takrolimus aktive T-hücrelerinde sitokin transkripsiyonunu engeller. Böylece IL-2, IL-4, IL-13, granülosit-makrofaj koloni-stimüle edici faktör (GM-CSF), IF- γ ve TNF- α sitokinlerinin üretimi azalır. Kollajen sentezi üzerine etkisi olmaması nedeniyle deride atrofiye yol açmaz. Deriye penetrasyonunun yetersiz olması nedeniyle kronik plak psoriasis tedavisinde etkisizdir. İnvers psoriasis ve yüz-genital bölge gibi ince derili bölgelerde topikal tacrolimus tedavisi ile iyi sonuçlar alınmıştır. Pimekrolimus Th-1 (IL-2, IFN γ) ve Th-2 (IL-4, IL-5, IL-10) tipte sitokin üretimini baskılayarak etki gösterir. Yüz ve intertriginöz bölgelerde topikal kortikosteroidlerin uzun dönem kullanımındaki yan etkileri nedeniyle topikal kalsinörin inhibitörleri kullanımı alternatif bir seçenektir. Psoriatik lezyonlara penetrasyonunu arttırıcı formülasyonların geliştirilmesi ile psoriasis tedavisindeki etkinlikleri artacaktır (61).

2.1.8.2. Fototerapi

Fototerapi psoriasis tedavisinde uzun yıllardır bilinen bir tedavi yöntemidir. Ultraviyole radyasyonu veren floresan lambalar kullanılarak uygulanır. Fototerapi DNA sentezini inhibe ederek keratinosit hiperproliferasyonunu baskılar. Ayrıca apoptotik hücre ölümü ve immünsuprese edici etkileri de mevcuttur. Topikal tedaviler ile kontrol altına alınamayan, vücut yüzey alanının %5'inden fazlasının tutulduğu psoriasisde sistemik tedavilerden önce kullanılabilir. Güneş banyosu, dar-band UVB, geniş-band UVB ve psoralenle UVA (PUVA) kullanılmaktadır. Kısa dönem yan etkileri eritem, kuruluk, kaşıntı, nadiren bül gelişimidir. Uzun dönemde ise fotoyaşlanma, pigmentasyon bozuklukları ve karsinogenezis gibi yan etkiler görülür (60).

Dar-band UVB: Ultraviyole B spektrumu biyolojik yönden en aktif dalga boylarını içerir. Güneş ile oluşan eritem, yanık ve pigmentasyonun büyük bölümünden UVB sorumludur. Kısa dalga boylu olması nedeniyle UVA'ya oranla 1000 kat fazla enerjilidir, ancak deride UVA kadar derine penetre olamamaktadır. Ultraviyole B spektrumu içerisinde psoriasis en iyi tedavi eden dalga boyunun 313

nm olduğunun tespitinden sonra spektrumdaki 311-313 nm'lik bu alan dar-band UVB olarak isimlendirilmiştir. Geniş-band UVB (290-320 nm) ile karşılaştırıldığında dar-band UVB'nin fototerapi indeksinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (65). Dar-band UVB tedavisi guttat ve plak tip psoriaziste sistemik tedavi gereken olgularda ilk seçenek olarak önerilmektedir (1).

Fotokemoterapi: Psoralen ve UVA'nın birlikte kullanılması esasına dayanır. Düşük dozda psorolen ve UVA uygulaması ile elde edilen kontrollü fototoksik reaksiyon ile hücre çoğalmasının engellendiği, daha yüksek dozlarda ise hücre hasarı ve hücre ölümüne varan etkilerinin olduğu gösterilmiştir (66). Psoralenler çeşitli bitkilerden elde edilen ve sentetik geliştirilmiş furokumarinlerdir. Günümüzde fotokemoterapide kullanılan formları; 8-Metoksipsoralen (8-MOP), 5-Metoksipsoralen (5-MOP) ve 4,5,8-trimetilpsoralen (TMP)'dir. Bunlar içerisinde oral ve lokal uygulanan 8-MOP en yaygın kullanılan psoralendir. 5-MOP oral kullanımda 8-MOP'dan daha az gastrointestinal yakınmalar oluşturur. TMP ise lokal banyo PUVA'da kullanılmaktadır (67). Fotokemoterapi lokal PUVA ve sistemik PUVA olarak iki şekilde uygulanır.

1-Lokal PUVA: Yerel PUVA ve banyo PUVA olmak üzere iki ana uygulama şekli vardır.

Yerel PUVA: Psoralenin losyon, krem veya jel formlarında vücudun belli bölgelerine uygulanmasıdır. 8-MOP yerel PUVA tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Banyo PUVA: Psoralen molekülleri vücut sıcaklığındaki suda çözündürüldükten sonra, lezyonlu bölge bu suda 15-20 dakika bekletilir. Ardından hasta konvansiyonel fototerapi ünitesine alınır. Psoralenin deri yüzeyinde daha homojen dağılımının sağlanması ve deri yüzeyinden eliminasyonunun daha kolay olması nedeni ile banyo PUVA tedavisi yerel PUVA'ya göre daha üstündür (68).

2-Sistemik PUVA: Potent bir fotoduyarlandırıcı olan 8-MOP 0.6-0.8 mg/kg veya 5-MOP'un 1.2-4 mg/kg dozunda oral alımından yaklaşık 2 saat sonra değişen dozlarda UVA uygulanması esasına dayanır. Özellikle yaygın plak ve yüzeyel plak tip psoriaziste ilk tedavi seçeneğidir. Eritrodermik, jeneralize püstüler ve palmoplantar psoriaziste etkilidir. Psoralenin bulantı, kusma, baş ağrısı gibi yan etkileri olabilir. Psoralenler lensde birikir bu nedenle hastalara yıllık göz muayenesi

yapılması gerekmektedir. En sık gözlenen kronik yan etkisi aktinik deri hasarıdır. 14 yaş altı hastalarda PUVA tedavisi tercih edilmez. Kadın hastalarda tedavi süresince kontrasepsiyon uygulanmalıdır (1).

PUVA sistemik retinodilerle kombine kullanılabilir. Sinerjik etki ile tedavi etkinliğinin arttığı, tedavi süresinin kısaldığı ve fotokarsinojenik etkinin azaldığı bilinmektedir. PUVA diğer immünsüpresif ajanlarla kullanıldığında fotokarsinojenik etki riski artmaktadır. Bu sebeple diğer ajanlarla birlikte kullanımı önerilmemektedir (1).

2.1.8.3. Sistemik tedavi

Son yıllara kadar sistemik tedavi endikasyonunda belirleyici olan hastalığın şiddetiydi. Ancak kullanımı yaygınlaşan yaşam kalitesi ölçekleri ile hastalığın psikolojik morbiditesinin anlaşılması ile sistemik tedavi kullanım endikasyonu yeniden yapılandırılmıştır. Buna göre PASI>10 ise, topikal tedaviye yanıtızsızlık varsa, psikososyal morbidite ya da işlevsel sorun varsa sistemik tedaviler kullanılmaktadır (58).

Metotreksat: Psoriasis tedavisinde en yaygın kullanılan ajandır. DNA sentezini S fazında durdurup hücre ölümüne neden olarak antiproliferatif etki gösterir. Bu etkisinin yanı sıra antiinflamatuvar ve immünmodulatör etkisi de vardır. Orta-şiddetli plak psoriasis, püstüler psoriasis, eritrodermik psoriasis ve psoriatik artritte kullanılır. En sık görülen yan etkileri bulantı, kusma, iştahsızlık gibi gastrointestinal sistem yakınmalarıdır. Kısa süreli ciddi yan etkisi kemik iliği toksisitesi iken, uzun süreli yan etkisi hepatotoksisitedir. Hastalığın tüm formlarında etkili olması, gebelik dışında her yaş grubunda kullanılabilir olması, ucuz ve yüksek etkinliğinin olması, kombine kullanılabilmesi metotreksat tedavisinin avantajlı yönleridir (58, 69).

Siklosporin: T lenfositlerin aktivasyonunu baskılayarak immünsüpresif etki gösterir. Psoriasis tedavisinde kullanılan geleneksel ajanlar içerisinde en hızlı etkili olanıdır. Hızlı remisyona sağlamak amacı ile kısa süreli olarak ya da diğer ajanlara dirençli hastalarda kullanılabilir. En önemli yan etkisi nefrotoksosite ve doza bağımlı hipertansiyondur (58).

Asitretin: Sistemik retinoidlerin psoriazisteki etki mekanizması net değildir. Keratinositlerin proliferasyon ve differansiasyonunu düzenleyerek skuam, eritem ve plakların kalınlığını azaltırlar. Psoriazisin artrit haricinde tüm formlarında kullanılabilmekle beraber en etkili olduğu klinik form püstüler psoriazistir. Kronik plak ve eritrodermik formlarda kombinasyon tedavileri ile daha hızlı yanıt alınmaktadır. Psoriazis tedavisinde kullanılan diğer ajanlardan farklı olarak immunsüpresyon yapıcı etkisi bulunmamaktadır. Teratojen etkisinin olması ve monoterapi olarak kullanıldığında tam iyileşme oranının düşük olması kullanımını sınırlayan en önemli faktörlerdir (58, 69).

2.1.8.4. Biyolojik tedaviler

Son yıllarda yapılan çalışmalar ışığında, T lenfositleri ve TNF- α 'nın hastalığın etyopatogeneziindeki rollerinin aydınlatılması ile bu basamaklara etkili ilaçların psoriazis tedavisinde kullanımları gündeme gelmiştir. Bu amaçla biyolojik ajanlar kullanılmaya başlanmıştır. FDA onaylı biyolojik ajanlar, TNF- α antagonistleri (etanercept, infliksimab, adalimumab) ve T lenfositleri üzerinden etki edenler (alefasept) olmak üzere 2 gruba ayrılmaktadır (70). Belirgin organ toksisite yan etkilerinin olmayışı ve teratojenik özelliklerinin olmayışı psoriazis tedavisinde kullanılan diğer ajanlara karşı üstün yönleridir. Biyolojik ajanlar immun baskınlanma sonucu enfeksiyon riskinde artışa, terapötik ajana karşı immun reaksiyona neden olabilirler. Biyolojik tedavilerin psoriaziste kullanımı yakın geçmişe dayanmaktadır. Bu nedenle bu ilaçların etkinlikleri, güvenilirlikleri ve malignite riskleri hakkında yeterli veri yoktur (71).

Etanercept: Rekombinan bir insan TNF- α reseptör (p75) proteinidir. İnsan TNF reseptör 2'nin ekstrasellüler ligand bağlayan kısmının, insan IgG1'inin Fc kısmına füzyonu ile oluşmuştur. Dimerik yapısı nedeniyle hem çözünür hem de membrana bağlı TNF- α 'ya, yarışmalı ve yüksek afiniteli olarak bağlanır. TNF- α 'nın hücre yüzeyindeki reseptörlere bağlanmasını engelleyerek, proinflamatuvar etkilerini bloke ederler. Etanercept aynı zamanda psoriatik deride NF- κ B'nin transkripsiyonel aktivitesini azaltarak epidermal kalınlığın azalmasına yol açar (70, 72). Etanerceptin psoriazis tedavisinde önerilen dozu, ilk 3 ay haftada iki kez 50 mg ve daha sonra 3 ay

süre ile haftada iki kez 25 mg veya haftada bir kez 50 mg SC (subkutan) enjeksiyonlar şeklindedir (70).

İnfliksımab: İnsan ve fare kökenli, şimerik, monoklonal IgG1 antikordur. TNF- α 'ya yüksek afinite ile bağlanarak stabil kompleksler oluşturur. TNF- α ile etanerceptten daha stabil kompleksler oluşturması nedeniyle, etkisi çok daha hızlı ortaya çıkar. Psoriasis tedavisinde, 0., 2. ve 6. haftalarda 5 mg/kg indüksiyon tedavisi şeklinde başlanması ve 10.haftada yeterli yanıt alınan hastalarda 8 haftada bir aynı dozda tedaviye devam edilmesi önerilmektedir. Tedavi 2-3 saatlik IV infüzyon şeklinde uygulanmaktadır. En sık görülen yan etkileri bulantı, karın ağrısı, baş dönmesi ve yaklaşık %20 hastada görülen infüzyon reaksiyonudur. Anafilaktik şoka neden olabilir bu nedenle infüzyonlar müdahale yapılabilecek kliniklerde verilmelidir. Tedavi sırasında oluşan nötralizan antikorlara bağlı tedavi yanıtında azalma görülebilir (70, 73).

Adalimumab: Tam insan kaynaklı ilk monoklonal antikordur. Spesifik olarak çözünmüş ve membrana bağlı TNF- α 'ya bağlanır. Psoriasis tedavisinde 80 mg'lık başlangıç dozundan sonra, 1. haftadan itibaren her 2 haftada bir 40 mg'lık SC enjeksiyonlar şeklinde kullanılması önerilmektedir. En sık rastlanan yan etki enjeksiyon bölgesi reaksiyonlarıdır. Tedavi sırasında başağrısı, gastrointestinal yan etkiler, stomatit, oral ülserler ve karaciğer enzimlerinde yükselme daha nadir olarak görülebilmektedir. Tüberküloz reaktivasyonu, maligniteler, multiple skleroz, mevcut konjestif kalp yetmezliğinde (KKY) kötüleşme veya yeni ortaya çıkan KKY gibi diğer TNF- α antagonistleri tedavisinde görülen yan etkiler de görülebilmektedir (70, 74).

Alefasept: Dimerik insan füzyon proteinidir. IgG1'e bağlanmış LFA-3 proteininden oluşmaktadır. Hem T lenfosit apoptozunu arttırarak hem de T lenfosit aktivasyonunu azaltarak etki eder. Baş dönmesi, bulantı-kusma, titreme ve öksürük gibi yan etkiler görülebilir. Alefasept ile yapılan çalışmalarda diğer biyolojik ajanlara göre daha uzun remisyon süreleri elde edilmiş, taşıflaksi fenomeninin daha az olduğu saptanmıştır (70, 75).

2.1.8.5. Diğer tedaviler

Mikofenolat mofetil, azatioprin, hidroksiüre, tioguanin, fumarik asit esterleri, kolşisin, sulfasalazin, oral antibiyotikler psoriasis tedavisinde kullanılabilen diğer sistemik ajanlardır (11, 15, 69).

2.1.8.6. Psikiyatrik tedavi yaklaşımı

Deri ve beyin embriyolojik ilişkisi, aynı nörotransmitterlerden etkilenmeleri, derinin kişilik gelişimi ve kişiler arasındaki ilişkilerdeki rolü, psoriasis stres ile ilişkili olması, psoriasisli hastaların toplumda damgalanma ile karşı karşıya kalmaları gibi nedenlerle psoriasis ciddi psikiyatrik sorunlara yol açarak yaşam kalitesini bozabilir. Bu nedenle psoriasis tedavisinde kullanılan yukarıda sayılan tüm bu tedavilerin yanı sıra psoriasisli hastalarda psikolojik ve psikofarmakolojik yaklaşım gerekliliği aşîkardır.

Psoriazise yönelik tedaviler hastalığa özgü fiziksel ve psikolojik yetersizlikler ile yaşam kalitesi düzeyinde bir miktar düzelme sağlasalar da, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sıkıntıların düzeyinde belirgin bir değişme oluşturmamaktadır (76). Psoriaziste psikolojik faktörlerin tedavisi planlanırken takip edilmesi önerilen basamaklar şu şekildedir (3):

- 1- Psikosomatik bakım,
- 2- Hastaların psikolojik eğitimi,
- 3- Gevşeme, dikkat yoğunlaştırma, hipnoz tedavileri ve stres azaltma,
- 4- Hasta uyumunu arttırma,
- 5- Hastalıkla başa çıkmayı güçlendirme,
- 6- Günlük yaşam sorunlarının üstesinden gelme önerileri,
- 7- Grup tedavileri,
- 8- Komorbid durumların varlığına bağlı değişecek şekilde psikoterapi veya psikofarmasötik kullanımı.

Psikoterapi: Psikoterapi, özellikle uzun süreli hastalığı olanlarda ve hastalığı stres gibi bir psikolojik faktöre yanıt biçiminde gelişen hastalarda düşünülmelidir. Psikoterapi, komorbid hastalıkların varlığında başvurulacak bir yöntemdir. Tedaviye

uyumu arttırmak ve günlük yaşam zorluklarının üstesinden gelmek amacıyla grup tedavileri şeklinde uygulanan psikolojik eğitim tedaviye eklenebilir (3). Davranışçı ve bilişsel davranışçı terapilerde, uyum bozucu davranışları oluşturan düşünceler saptanır ve olumsuz düşünce ortadan kaldırılmaya çalışılır. Hastanın çözülmemiş çocukluk çağı örselenmeleri temelinde oluşan semptom olarak ortaya çıkan bilinçdışı çatışmalarına erişkin davranım özelliklerinin kazanılmasını sağlayan “psikanalitik psikoterapi” yöntemi de kullanılan bir başka psikoterapi yöntemidir (77).

Psikofarmasötikler: Psikofarmasötiklerle tedavi yaklaşımı depresif hastalar, anksiyete bozuklukları ve komorbid durumlar üzerinde rahatlatma sağlayabilir. Psikodermatolojik hastalıklarda depresyon tedavisinde başta selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) olmak üzere serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNGİ), trisiklik antidepresanlar (TSA), monoamin oksidaz inhibitörleri (MAO) ve diğer antidepresanlar kullanılmaktadır. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde de paroksetin, sertralin, fluoksetin, essitalopram, doksepin, venlafaksin gibi antidepresanlar kullanılmaktadır. Pimozid, risperidon, olanzapin, ketiapin psikodermatolojide kullanılan antipsikotiklerdendir (77).

Hipnoz: Dermatolojik hastalıklarda hipnoz, telkine aşırı yatkınlığın yardımı ile yolma, kaşıma gibi hedef davranışları azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Psoriasis dışında hipnoz akne ekskoriye, alopesi areata, pruritus, atopik dermatit, nörodermatit, verruka, vitiligo ve benzeri hastalıklarda kullanılmaktadır (78).

2.1.9. Psoriasis ve yaşam kalitesi

Yaşam kalitesi sosyal, ruhsal ve bedensel iyilik halinin göstergesidir ve kişinin değer yargıları, kültürü, konumu ve amaçlarına bağlıdır. Yaşam kalitesi kavramı, yaşam şartları ile elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyebilen hastalıkların ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri kapsamakta ve işlevsel yeterlilik, toplumsal ilişkilerde iyilik hali, somatik yakınmalar ve yaşamdan alınan doyumunu ortaya koymaktadır. Yaşam kalitesi ölçekleri, hastanın gereksinimlerini belirlemek, psikososyal sorunlarını ortaya koymak, özellikle kronik hastalıklarda hastanın durumundaki gelişmeleri izlemek ve tedavi şeklini belirlemek

için kullanılmaktadır. Bu amaçla birçok kriteri değerlendiren genel ölçekler ve sadece söz konusu hastalıkla ilgili sorunları içeren özgül ölçekler geliştirilmiştir (79).

Deri hastalıkları çoğu zaman yaşamı tehdit etmemesine rağmen dış görünüm ve sosyal ilişkiler üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle yaşam kalitesini bozan hastalıkların başında gelmektedir (80). Yaşam kalitesinin en çok araştırıldığı deri hastalığı ise psoriazistir. Psoriazis görünür bölgeleri etkiler, kaşıntı gibi yakınmalara neden olur ve kronik seyirlidir. Bu nedenle psoriazisli hastalarda sıkıntı, utanma, çekinme, sosyal ve fiziksel aktivitelerde kısıtlanma gibi pek çok psikososyal sorunlar gözlenmektedir (81). Ancak yaşam kalitesi her zaman klinik şiddet ile doğru orantılı olmamaktadır. Hafif deri bulguları bile ağır psikososyal bozukluklara yol açabilmektedir (82). Yatan hastalarda yapılan çalışmalarda, hastaların yaşam kalitesindeki azalma ve tedavi maliyetleri sağlıklı kontrol grupları ile karşılaştırıldığında, psoriazisin etkisi kanser ve kalp hastalıkları gibi diğer somatik hastalıklarla kıyaslanır ölçüde bulunmuştur (2, 83). Psoriazisin yaşam kalitesi üzerine olan etkileri yaşamı tehdit eden kronik sistemik hastalıklar kadar olabilir. Bu nedenlerle hastalık şiddetinin belirlenmesinde dermatolojik bulgular ile birlikte psikososyal durumun ve yaşam kalitesinin birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir (81, 82).

Psoriazise yönelik yaşam kalite ölçeklerinin ilki 1987’de Finlay ve ark. tarafınca geliştirilen Psoriazis Yetiyitim İndeksi (Psoriasis Disability Index, PDI)’dir (84). Gupta ve Gupta 1989’da hastalığa bağlı stresi değerlendirdikleri Psoriazis Yaşam Stres Envanteri (Psoriasis Life Stress Inventory, PLSI)’ni geliştirmişlerdir (85). Son olarak Kirby ve ark. tarafından 2000 yılında birisi psikososyal duruma yönelik olmak üzere 3 alanda sorgulama yapan Salford Psoriasis İndeksi (SPI) geliştirilmiştir (86). Ülkemizde psoriazise özgün ilk “Psoriazis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ)” 2003 yılında İnanır ve ark. tarafınca geliştirilmiştir. Bu ölçek, psikososyal olumsuzluklar, günlük yaşamdaki zorluklar ve tedaviye yönelik sıkıntılar olmak üzere 3 alt başlık içeren toplam 17 maddeden oluşmaktadır (87). İnanır ve ark.’nın çalışmasında yaşam kalite ölçeği puanları yaş ve hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamakla beraber kadın hastaların erkek hastalara göre yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği belirlenmiştir. Kaçar ve ark. tarafınca 2007 yılında 17 maddelik PYKÖ çalışması yapılmıştır (88). Bu çalışmaya göre hastalık şiddeti ve

süresi ile yaşam kalite skoru arasında pozitif korelasyon saptanmış ve daha genç hastaların yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği tespit edilmiştir.

Psoriasis, hayati tehlike oluşturmada da hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle önemsenmesi gereken bir hastalıktır. Tedavi yaklaşımında sadece deri lezyonları ele alınmamalı, uygun yaşam kalite ölçekleri kullanılarak hastalar psikiyatrik destek gerekliliği açısından da değerlendirilmelidir. Yaşanılan öncelikli sorunların tespiti, çözüm yollarının saptanmasına ve bu konuda yapılan psikolojik destek medikal tedaviye uyumu arttırarak tedavinin etkinliğinin artmasına katkıda bulunacaktır.

2.2. Psikosomatik Tıp ve Psikodermatoloji

Tıp tarihinde hastalıklara genel bakış beden ve ruhu esas alarak iki yol izlemiştir. Birincisi bütüncül ve birleştirici yaklaşım diğeri ise ona karşıt olan dualist görüştür. Bütüncül yaklaşımda ruh ve beden birbirinden ayrılamaz iki sistemdir ve bedensel hastalığın çıkışı ve şiddetlenmesinde ruhun etkilerini savunur. Dualist görüşte ise ruh ve beden birbirinden bağımsız sistemlerdir.

Psikosomatik tıp, ruh-beden ayrımına karşı çıkan, insanın biyopsikososyal bir bütün olarak ele alınmasını savunan hekimlik anlayışıdır. Psikosomatik hastalıklar ise oluşu ya da seyri üzerinde ruhsal etkenlerin önemli yer aldığı bedensel hastalıkları kapsamaktadır (89).

Hipokrat, Eflatun, Aristo, Galen, İbn-i Sina eski çağlarda ruh ve beden bütünlüğünü savunan hekimler ve filozoflardır (89). Antik dönemlerde Yunan filozoflarından Hipokrat çevresel güçlerdeki denge bozulmasının vücuttaki bazı sıvılarda denge yitimine neden olduğunu ve duyguların fiziksel değişikliklere yol açtığını ileri sürerek farklı kişilik tipleri tanımladı. Korku terlemeye, utanma çarpıntılara neden olabilirdi (90). Sigmund Freud (1865-1939) psyche ve somayı bir araya getirerek, mental bozuklukların ve somatik rahatsızlıkların oluşmasında emosyonel faktörlerin rolünü vurgulamıştır (91). 20'inci yüzyılın ilk yıllarında Freud'un varsayımından yola çıkarak çok sayıda araştırmacı psyche ve soma arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik çalışmalar yapmışlardır. Bu çalışmaların ışığında günümüzde, genetik olarak düzenlenen beyin aktivitesinin, geçmiş

deneyimlerin ışığında çevresel uyaranlara aktif olarak tepki verdiği ve bireyin bedeni, zihni ve çevresiyle bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir (92).

Ruh-beden ilişkisi içerisinde psikolojik faktörler ve bedensel hastalıklar; somatoform bozukluklar, genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluklar, genel tıbbi durumu etkileyen psikolojik faktörler, psikosomatik hastalıklar olmak üzere 4 başlık altında kavramsallaştırılabilir.

1- Somatoform bozukluklar: Hastada yapılan tıbbi incelemeler ve değerlendirmeler sonucunda organik bir nedenle açıklanamayan fiziksel belirtilerin bulunmasıdır. Yani bu hastalıklar somatikmiş gibi bedensel belirtilerle seyretmekte ama aslen psikiyatrik olan hastalıklardır. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafınca somatizasyon bozukluğu; konversiyon bozukluğu, hipokondriyazis, vücut dismorfik bozukluğu, ağrı bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk olarak 7 tanı kategorisine ayrılmıştır. Psikanalitik kurama göre, hasta psikik çatışmalar sonucu ortaya çıkan anksiyetesini, konversiyon savunma düzeneği aracılığı ile bedensel belirti ya da işlev bozukluğuna dönüştürerek ortadan kaldırmaktadır (93).

2- Genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluklar: Psikiyatrinin, yaygın olarak kullandığı iki tanı sistemi DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual and Mental Disorders) ve ICD (International Statistical Classification of Diseases) sınıflandırmalarıdır. Bu iki sınıflandırmanın ruh-beden ilişkisine bakışı farklıdır. DSM sınıflandırması, bedeni hastalığı, psikiyatrik durumdan ayrı olarak üçüncü ekseninde belirtir. Bu bedensel hastalığın yol açtığı psikiyatrik durumu da birinci ekseninde “Fiziksel Hastalığın Yol Açtığı Ruhsal Durum” olarak isimlendirir (94). Genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluk, genel tıbbi duruma verilmesi gereken tepkiler değildir. Psikiyatrik faktörün etyolojisinde genel tıbbi durum bozukluğu rol oynamaktadır. Bu duruma parkinson hastalığı örnek verilebilir. Parkinson hastalığında substantia nigra pars kompaktada nöron dejenerasyonu vardır. Ayrıca diğer dopamin üreten nöronlarda ve striatum projeksiyonlarında da nöron kaybı

mevcuttur. Azalmış dopamin nörotransmisyonu depresyona neden olmaktadır.

3- Genel tıbbi durumu etkileyen psikolojik faktörler: ICD sınıflamasında ruh-beden ilişkisi DSM-IV-TR'ye oranla daha genel ve belirsiz ancak daha fazla nedensel ilişkiyi işaret edecek şekilde tanımlanmıştır. Herhangi bir hastalığın etyolojisinde psikolojik durumların varlığı düşünülürse, bunun o hastalık tanısına ek olarak kaydedilmesi gerektiği bildirilmiştir (95).

4- Psikosomatik hastalıklar: Genel tıbbi durumun başlamasında, devamında, alevlenmesinde ve sonlanımında ruhsal faktörlerin kuvvetle etki gösterdiği ve riski arttırdığı durumlara işaret eder. Psikosomatik hastalıkların çoğunluğunda etyoloji multifaktoriyeldir. Kalıtım, travmalar, beslenme sorunları, zararlı madde kullanımı, bağışıklık sistemini zayıflatan etkenler, psikososyal etkenler etyolojideki faktörlerden bazılarıdır (89). İnsanın psikofizyolojik yapısı; genetik, prenatal ve erken çocukluk yaşantısına ait etkenlerin birbiriyle karşılıklı etkileşim halinde bulunduğu bir yapıdır. Bu yapı aynı zamanda sürekli değişen dış çevre ile karşılıklı etkileşim halindedir. Bu sistemin kendi içinde bir denge durumu (homeostazis) vardır. Dıştan veya içten gelen herhangi bir uyaran sistemin dengesini bozma tehdidinde bulunduğu sistem dengeyi yeniden kurmak için harekete geçer. Bunda başarılı olamadığında önce işlev bozukluğu (hastalığa yatkınlık) belirir. Bozukluğun derecesi ve sürekliliğine göre de hastalık oluşur. Organizmanın homeostatik dengesi biyolojik, psikolojik ve sosyal durumlarla etkileşim içindedir (96).

Ruh-beden ilişkisini 4 başlık altında kavramsallaştırdığımızda, psoriasis bu grupta içerisinde psikosomatik hastalıklar alt grubunda yer almaktadır.

Bedendeki hemen hemen her organ sistemi psikosomatik hastalıklardan etkilenebilmektedir. Deri hastalıkları dikkate alındığında hastalıkların seyrini etkileyen bilinmeyen bir faktör daima vardır. Beyin ve deri aynı embriyonel katmandan yani ektodermden köken alır. Bu iki organ birbirini çeşitli yollarla etkilemektedir. Kimyasal medyatörler ve membran reseptörleri aracılığı ile birbiri ile çok yakın ilişkide olan deri, immun ve sinir sistemi hakkındaki bugünkü bilinenler, duyguların, anı veya düşüncelerin fiziksel semptom ya da somatik hastalığa

dönüştürülmesindeki gerçek mekanizmaları anlamamızı sağlamış ve psikosomatik dermatolojinin (psikodermatoloji) doğup gelişmesine olanak sağlamıştır (90).

Psikosomatik dermatolojinin tarihsel süreçteki varlığının Heinroth tarafından 1818 yıllarında “psikosomatik” teriminin kullanılmasıyla başladığı kabul edilebilir. Sistematik çalışma ve yaklaşımlar 1930 ve 1940’lı yıllara kadar gecikmiştir. Bu döneme “anektodal dönem” denmektedir. Psikodermatolojinin rönesansı denilebilecek sonraki dönem Korte ve Musaph tarafından başlatılmıştır. Herman Musaph psikodermatolojinin kurucularından sayılmaktadır. Musaph’ın psikanaliz konusundaki bilgi ve deneyimleri deri hastalıklarındaki ruhsal-emosyonel faktörlerin rolünü daha ayrıntılı irdelemesine olanak sağlamış ve özellikle psoriasis, artefakt dermatiti ve kaşıntı ile ilgili çalışmaların ortaya çıkmasını sağlamıştır (97). 1987’de Viyana’da ilk uluslararası psikiyatri ve dermatoloji kongresi yapılmış, 1993’te Viyana’da Avrupa Psikiyatri ve Dermatoloji Derneği kurulmuştur. Deri ile ilgili psikosomatik hastalıkların başlıcaları; egzema, ürtiker, eritroderma, pruritus, nörodermatit ve psoriasis’tir.

Psikodermatoloji çalışmalarında çözülmesi gereken ana sorunlardan biri ruh ve bedensel hastalık belirtilerinin esas olarak nereden kaynaklandığının bilinmesi ve nedensel ya da tepkisel olanların ayırt edilebilmesidir. Deri hastalığının oluşması ve tedavisi psikiyatrik zemine kayıyorsa psikosomatik, deri hastalığı ön plandaysa ve psişik bulgular buna bağlıysa somatopsişik hastalıktan söz etmek mümkündür (98). Ancak çok sayıda farklı hastalıkların varlığı nedeniyle değişik sınıflama çabaları olmuş, ilk sınıflama girişimleri dermatolog ve psikoanalist olan Caroline Koblenzer tarafından 1982’de yapılmıştır. Daha sonra bu sınıflama 1987 yılında daha işlevsel olan haliyle değiştirilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Psikodermatolojik hastalıklar

I-Psikolojik Etyolojinin Baskın Olduğu Durumlar
Yapay dermatozlar
A- Delüzyon ve deriyle ilişkili halüsinasyonlar
1- Delüzyonel parazitoz
2- Vücut dismorfik hastalığı
B- Psikojenik ağrı sendromları
1- Glossodini
2- Ayaklarda yanma
3- Bazı postherpetik nevralji vakaları
C- Kompulzif alışkanlıklar ve deri ile ilişkili obsesyonel durumlar
1- Nörotik ekskoriyasyonlar
2- Trikotillomani
3- Onikotillomani, primer liken simpleks kronikus, faktisyöz keyilit
4- Enfeksiyon, bulaşma ile ilgili obsesyonlar, bromidroz
D- Psikojenik purpura sendromları
1- Psikojen purpura (Gardner Diamond Sendromu)
2- Stigmatizasyon
II- Psikojenik Faktörlerin Kuvvetle Etkilediği Dermatozlar
A- Ürtikerler
B- Pruritus
C- Kızarıklık reaksiyonları ve rozasea
D- Ter bezlerinin psikojenik bozuklukları
1- Hiperhidroz
2- Bromidroz
III- Olasılıkla Genetik ve Çevresel Olup Stresten Etkilenen Dermatozlar
A- Alopesi areata
B- Psoriasis
C- Atopik dermatit
D- Akne vulgaris
E- Diğer dermatozlar

Günümüzde psikodermatolojide yaygın olarak kabul gören sınıflamalardan biri Harth ve ark. (90) tarafından önerilen ve etyolojiyi temel alan sınıflamadır (Tablo 2). Psikiyatrik ve psikosomatik hastalıkların sınıflamalarında DSM-IV temel alınsa da psikodermatolojik hastalıkları tanımlamada bu sınıflama sistemi yetersiz kalmaktadır. Harth ve ark. sınıflamalarını Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) tarafından önerilen ICD-10 kodları üzerinden detaylandırarak güncellemiştir (90).

Tablo 2. Harth ve ark.'nın psikodermatolojik hastalıklar sınıflaması

A- Primer olarak psikolojik/psikiyatrik olan dermatozlar
1- Kendine zarar verme davranışları
2- Delüzyonel bozukluklar ve halüsinasyonlar sonucu olan dermatozlar
3- Somatoform bozukluklar
4- Kompulsif bozuklukların sonucu olan dermatozlar
B- Seyirleri psikolojik etkilere açık olan, multifaktöryel kaynaklı dermatozlar
Atopik dermatit, Psoriasis, Akne vulgaris, Alopesi areata, Dizhidroz, Liken planus, Prurigo, Rozasea, Seboreik dermatoz, Ürtiker, Vitiligo, Herpes labialis ve genitalis
C- Şekil bozucu ya da ciddi hastalığa bağlı psikiyatrik bozukluklar
1- Konjenital şekil bozucu dermatozlar ve onların sekelleri (genodermatozlar)
2- Edinsel şekil bozucu hastalıklar ve onların sekelleri
3- Komorbiditeler

2.3. Psikopatoloji

Ruh sağlığı bozukluğunun tanımı klinik olarak yapılabilmektedir. Ancak kişide belirti veren bir bozukluğun olmaması normaldir demek için yetmemektedir. Klinik açıdan normal tanımlayabilmek için değişik ölçütler içeren görüşler ortaya atılmıştır. Bu görüşler; çevreye uyum yapabilme, bireyde aşırı bunaltı (anksiyete) ya da başka psikiyatrik belirtinin olmaması ve id, ego, süperego arasındaki dengedir. Erikson'un "İnsanın Sekiz Evresi" kuramına göre bireyin ruhsal açıdan aştığı dönemeçler ve bunları çözerek kazandığı benlik güçleri sağlıklı kişilik gelişimini tanımlayabilecek niteliklerdendir.

Ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik özelliklerini taşır. Her kişide bu davranışlar görülebilir. Ancak hasta sayılabilecek kişide bu özelliklerin sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını ve kişiler arası ilişkilerini bozması gerekmektedir (99).

Hastalıkların sağaltımı ve önlenmesi için, iyi bir tanımlama, tanı koyma ve sınıflandırmanın yapılması gerekir. Ruhsal bozuklukların tanımlanmasında ilk önemli adım Alman ruh hekimi Emil Krapelin tarafından atılmıştır. II. Dünya Savaşını izleyen yıllarda ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık Adolf Meyer'in psikobiyoloji yaklaşımı ile psikanalizin getirdiği dinamik ilkelerin de rolüyle bir yelpaze içine oturtuldu. Böylece Krapelinci hastalık anlayışı reddedildi. Ruhsal hastalık kavramının sınırları belirsizleşti. Çalışmalarda tanıdan bağımsız olarak işlev

bozukluğu düzeyinin ölçülmesi ve etyolojide sosyal etkenlerin aranması eğilimi başladı. 1952’de çıkan DSM-I’de ruhsal bozukluklar birer tepki olarak sınıflandırıldı. Bunaltı tepkisi (Anxiety reaction), şizofrenik tepkiler (schizophrenic reactions) gibi. 1960’lardan sonra yeni bulunan ilaçların etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla psikiyatrik tanı ve sınıflandırmayı öznellikten kurtarmak, bilimsel çerçeveye oturtmak için çabalar yaygınlaştı. 1968’de A.B.D.’de çıkan DSM-II ile yeniden Kraepelin’in egemen olduğu Avrupa psikiyatrisini destekler nitelikte “reaksiyon” terimi bırakıldı. DSM-II bir adım olmakla beraber yeterli tanımlamalar ve tanı ölçütleri içermediği için yetersiz kalıyordu. 1980’de DSM-III ve 1987’de DSM-III-R (DSM-III-Revised) psikiyatrik bozuklukların tanı ve sınıflandırmasında etyolojik önermelerin yerini, kısmen araştırmalara dayanan tanı ölçütleri aldı (100-102).

Bu süre içerisinde Avrupa psikiyatrisinin etkisi ile WHO sırasıyla ICD-8 (1968), ICD-9 (1979) yayınları ile uluslararası tanı ölçütleri geliştirdi. Hekimlikteki bütün hastalıkların uluslararası sınıflandırılmasını içeren ICD’nin beşinci bölümü ruhsal bozuklukları tanımlar ve sınıflandırır. 1992’de WHO ICD-10’u yayınladı (103).

1994’te DSM-IV yayınlandı DSM-IV’ün DSM-III ve DSM-III-R’den en önemli farkı temel dayanağının uzman görüşlerinden çok, geniş kapsamlı kaynak taraması ve araştırma verilerine dayandırılmasıydı (104).

Hastaların değişik özelliklerini, hastalıklarını, uyum düzeylerini belli bir tanı dizgesi içinde belirtebilmek için DSM dizgesi çok eksenli tanı yöntemini geliştirmiştir. Buna göre her hastaya beş eksen üzerinden tanı değerlendirmesi yapılmaktadır.

I.Eksen: Klinik bozukluklar

Klinik olarak önem taşıyan başka bozukluklar;

Bu eksen, klinik görünüme egemen olan asıl hastalığın (kişilik bozukluğu ve zeka geriliği dışındaki) tanısı başa konur. Hastada başka ruhsal bozukluklar varsa bunlar da bu eksen, asıl hastalığın altında sıralanır.

II. Eksen: Kişilik bozuklukları

Zeka geriliği;

Bu eksen, hastada saptanan kişilik bozukluğunun tanısı ya da baskın olan kişilik bozukluğu belirtisi yazılır. Zeka gerilikleri de 2. eksen tanısı altında yer alır.

III. Eksen: Psikiyatri dışı bozukluklar (Tıbbi genel durumlar)

Bu eksen hastada görülebilecek psikiyatri dışı hastalıkların tanıları içindir.

IV. Eksen: Psikososyal ve çevresel sorunlar

Bu eksen de ruhsal bozukluğun oluşunda etkisi olabilen çeşitli psikososyal etkenler belirtilmektedir.

V. Eksen: Uyum işlevlerinin toplu değerlendirilmesi

Bu eksen de gözlemlere dayanarak ya da Genel Uyum Değerlendirme ölçeği ile elde edilen uyum değerlendirmesi yazılır.

DSM sisteminde zihinsel ve ruhsal bir durumun psikiyatrik bozukluk olarak değerlendirilmesi için ya düzenli olarak kişiye bir rahatsızlık vermesi ya da mesleki ve sosyal işlev düzeyini bozacak şiddette olması beklenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nce hazırlanarak 1992 yılında yayınlanan ICD-10'un Türkçe'ye çevirisi yapılmış ve kitap olarak basılmıştır. Bu kitap ruhsal bozuklukları F00'dan F99'a kadar uzanan kategorilere ayırarak düzenli bir kodlama yöntemi getirmektedir. ICD-10'da her bir bozukluk için, tanı ölçütlerini içeren bir tanı klavuzu, bu tanının içerdiği ve içermediği benzer bozukluklar, ayırıcı tanı da düşünülmesi gereken bozukluklar ve tanılarının alt grupları verilmektedir. ICD-10'un DSM-IV'den temel farkları ise; çok eksenli olmayışı, belirti sayıları ile sınırlanan katı tanı ölçütlerine bağlı olmayışı, hastalık özelliklerini tanımlayan (başlangıç yaşı, yaygınlık, gidiş, neden olduğu yetmezlik derecesi, komplikasyonları gibi) ayrı ayrı başlıklar bulunmayışıdır (100, 102, 103).

ICD ve DSM dizgeleri geliştirilirken yalnızca araştırma verilerine dayanan tanı ölçütlerinin belirlenmesine çalışılmıştır. Ancak her iki dizgenin de eleştirilebilecek yanları vardır ve uluslararası uygulamalarda tam kabul edilebilir bir dil ve sınıflandırma düzeyine ulaşıldığı söylenemez. Nitekim DSM-V ve ICD-11 çalışmaları sürmektedir (100).

2.3.1. Psikopatolojinin tanınması ve ölçülmesi

Psikopatolojinin belirlenmesi amacıyla günümüzde çok sayıda ölçek kullanılmaktadır. Psikiyatrik değerlendirme ölçekleri hastanın psişik, davranışsal özelliklerini ve bireysel veya toplumsal ilişkilerini sayısal olarak ifade etmeye ve

karşılaştırma yapmaya yarar. Bu ölçekler klinik tanı koymada, tedavinin klinik etki ve yan etkilerini değerlendirmede yaygın kullanıma yardımcı nesnel araçlardır (105).

Psikiyatride ölçüm antik döneme kadar uzanmaktadır. Ancak daha bilimsel anlamda tanım ve kullanım konusundaki çabalar 19. yüzyıla dayanmaktadır (106). Bilhassa son yirmi yılda test geliştirme, uyarlama ve standardizasyon çalışmaları hız kazanmış ve ölçekler daha sezgisel ve kişisel olandan daha nesnel ve bilimsel olana doğru değişmiştir.

Bir ölçeğin kullanılması için, onun belirli özelliklere sahip olması gerekir. Bu özellikler başlıca standardizasyon, nesnellik, güvenilirlik ve geçerliktir. Geçerlik, bir ölçeğin ölçmeyi amaçladığı özelliği ne denli “doğru” ölçtüğünü ifade eder (107).

Uygulama şekline göre derecelendirme ölçekleri: Derecelendirme ölçekleri, uygulamayı yapan kişilere (hasta, hemşire, doktor) ve derecelendirilen kaynakların çeşidine göre farklı sınıflara ayrılır. Her bir ölçek tipinin kendi içinde avantaj ve dezavantajları vardır (105, 107).

a) Hastanın derecelendirdiği ölçekler (Self-Rated): Bu ölçekler; subjektif içsel durumların daha direkt bir şekilde ve kolayca değerlendirilmesini sağlarlar. Hafif depresyon gibi açığa çıkması zor olan patolojilerin ortaya çıkarılmasında daha duyarlıdırlar. Az sayıda profesyonel personel gerektirmesi ve daha az zaman gerektirmesi avantajlı yönleridir. Dezavantajlı yönü ise bu ölçeklerin hastanın eğitim düzeyi, sosyal seviyesi ve kültürel geçmişine dayanan değişilebilirlikte subjektif olmalarıdır. Bazı hastalar kendilerine verilen ölçekleri psikopatolojilerinden ya da sekonder kazanç arzusundan dolayı yanlış işaretleyebilirler.

b) Hastayı bilen kişinin derecelendirdiği ölçekler (Informant-Rated Scales): Hastanın yakın akrabaları, iş arkadaşları tarafından derecelendirilmiş ölçeklerdir. Hastanın doğal ortamında sergilediği davranışları ve kişiler arası ilişkilerini sergilemesi avantajlı yönüdür. Hastanın önceki durumunu bilen yakınlarınca, şimdiki durumunu karşılaştırıp mevcut psikopatolojinin ortaya çıkarılmasında daha duyarlıdırlar. Bilgi verenin motivasyonu, önyargıları ve işbirliğine istekli olup olmaması bu ölçeklerin dezavantajlı yönüdür.

c) *Uzmanın doğal ortam gözlemlerini derecelendirmesi (Professional-Rated)*: Hastanın koğuşunda gözlenmesine, terapötik bir etkinlikteki gözlemine dayanır. Bu ölçekler, Self-Report ölçekleri dolduramayan ağır düzeyde hastalanmış yetişkinler ve çocuklar için faydalı ve kullanışlıdır.

d) *Uzmanın derecelendirdiği görüşmeler (Professional-Rated Interviews)*: Hasta veya bilgi veren kişilere uygulanan yapılandırılmamış, yarı yapılandırılmış veya yapılandırılmış görüşme formatlarına dayanır. Görüşmeci ölçeği tamamlamada klinik yargısını kullanır. Klinik yargının kullanılması ve görüşme esnasında aşırı araya girmeler ölçeğin geçerliğini ve güvenilirliğini azaltabilir.

Uygulama amaçlarına göre derecelendirme ölçekleri: Derecelendirme ölçekleri kullanım amaçlarına göre başlıca 4 ana gruba ayrılır (105, 108, 109).

a) *Tarama*: Genel psikiyatrik morbiditenin ortaya çıkarılması: Bu ölçekler, alan çalışmalarında geniş kitlelere uygulanabilmesi, para ve zaman açısından ekonomik kolaylıklar sağlaması avantajına sahiptirler. Kendini bildirim (Self-rating) tarama anketleri bu özellikleri taşır. Genel sağlık anketi (Goldberg 1972), Hopkins semptom listesi-SCL-90 (Parloff ve ark. 1957) bu ölçeklere birer örnektir.

b) *Psikiyatrik sınıflandırma ve tanıda kullanılan ölçekler*: Bu ölçeklere, Wing ve ark.'nın (1974) Şimdiki Durum Muayenesi (PSE), Endicott ve Spitzer'in (1978) Affektif bozukluklar ve Şizofreni Çizelgesi (SADS) örnek verilebilir.

c) *Psikopatolojik değişmeyi ölçmede kullanılan ölçekler*: Mental durumdaki değişiklikleri kaydedecek çok sayıda ölçek vardır. Overall ve Gorham'ın (1962) Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, Asberg ve ark.'nın (1978) geliştirdiği Kapsamlı Psikopatolojik Derecelendirme Ölçeği (CPRS) bunlardan bazılarıdır. Patolojinin özel alanları için dört alt ölçek tanımlanmıştır. Bunlar Montgomery ve Asberg'in (1979) Depresyon ölçeği (MADRS), Montgomery ve Montgomery'nin (1980) Obsesyon ve Şizofreni ölçekleri, Tyrer ve ark.'nın (1984) Kısa Anksiyete ölçeğidir. Psikopatolojideki değişimleri tüm yönleri ile içine alan ise Endicott ve ark.'nın (1976) Global Değerlendirme Ölçeği (GAS)'dir.

d) *Psikotrop ilaç yan etkilerini derecelendirme ölçekleri*: Genel ve belirli bir alana yönelik yan etki değerlendirme ölçekleri mevcuttur. Genel ölçeklere örnek olarak Lingjaerde ve ark.'nın (1987) psikotrop ilaçlar ve nöroleptiklerle tedavi edilen hastalarda görülen yan etkileri dikkate alarak hazırladıkları UKU Yan Etki

Derecelendirme Ölçeği ve Endicott ve ark.'nın (1976) Global İzlenim Ölçeği verilebilir. Belirli bir alana yönelik yan etki değerlendirme ölçeklerine örnekler ise Barnes'in (1986) İlacın Oluşturduğu Akatiziyi Derecelendirme Ölçeği ile Simpson ve ark.'nın (1979) Rockland Simpson Geç Diskinezi Değerlendirme Ölçeği'dir.

Psikiyatride derecelendirme ölçeklerinin klinik araştırma, klinik takip ve bakım ile psikiyatri eğitim ve öğretiminde yararları yadsınamaz. Esas kullanım alanları ise tedavinin etki ve yan etkilerini değerlendirmeye ve hasta gruplarını tanımlamaya yöneliktir. Elde edilen veriler üzerinde durulan konu hakkında önemli bilgiler sağlamakla birlikte, betimleyici verilerin yerini bütünüyle alamaz. Bu nedenle klinik yargı günümüzde hala önemini korumaktadır.

2.4. Kişilik

Kişilik kavramı, bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içerir. Bu özellikler bireyin bilişsel değerlendirmeleri doğrultusunda iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu duyuş, düşünüş ve davranış örüntülerinden oluşur. Bu örüntüler, belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme yetileri, engellenme ve çatışmalar karşısında yerleşmiş baş etme biçimleri ve savunma düzenekleridir (110). Kişilik oluşumu doğum öncesi, doğum sonrası ve çocukluk çağındaki fiziksel, ruhsal koşullar, olgunlaşma, öğrenme ve toplumsallaşma etkenleriyle biçimlenir. Kişiliğin temelinde genetik ve biyolojik etkenler önemli olmakla birlikte, bebeklik ve çocukluk döneminde aileyle özellikle anneyle kurulan ilişkiler kişilik oluşumunu önemli derecede belirlemektedir (111). Eski çağlardan beri kişiliğin tanımlama ve sınıflama çabaları olmuştur. Hipokrat ve Galenos kanlı (sanguine), sarı safralı (choleric), kara safralı (melancholic) ve balgamlı (phlegmatic) kişilikler tanımlamışlar ve birçok hastalığın bu salgıların aşırılığından olduğunu ileri sürmüşler. Kretschmer belli beden tiplerine uyan kişilik türleri tanımlamıştır: Atletik tip-normal kişilik, piknik tip-siklotimik kişilik, astenik tip-şizoid kişilik ve displastik tip. Kretschmer'den sonra Sheldon beden tiplerini ve bunlara uyan kişilik türlerini tanımlamıştır (112). Jung, canlıların iki temel uyum biçimini “dışa yönelme ve üretme” ve “içe yönelme ve koruma” olarak görmüş ve bunlara dayanarak dışa-dönük ve içe-dönük kişilik yapılarını tanımlamıştır. Buna

göre dışa-dönük kişi algı, düşünce, duygu ve davranışları ile daha çok dış uyaranlara bağımlı; içe-dönük kişi ise öznel iç uyaranlara bağımlıdır (113).

Çağdaş psikiyatride kişilik tanımlamaları ve sınıflandırması daha çok gözlemlenebilen davranışlara göre yapılmaktadır. DSM dizgesi kişilik bozukluklarını 3 küme altında ve 10 başlıkta sınıflandırmaktadır (Tablo 3) (110).

Tablo 3. DSM-IV Kişilik bozuklukları

A Kümesi Kişilik Bozuklukları (Garip ya da Eksantirik Kişilik Bozuklukları)
301.0 Paranoid Kişilik Bozukluğu
301.20 Şizoid Kişilik Bozukluğu
301.22 Şizotipal Kişilik Bozukluğu
B Kümesi Kişilik Bozuklukları (Dramatik, Çoşkusal Kişilik Bozuklukları)
301.7 Antisosyal Kişilik Bozukluğu
301.83 Sınırdaki Kişilik Bozukluğu
301.50 Histrionik Kişilik Bozukluğu
301.81 Narsistik Kişilik Bozukluğu
C Kümesi Kişilik Bozuklukları (Korkulu, Bunaltılı Kişilik Bozuklukları)
301.82 Çekingen Kişilik Bozukluğu
301.6 Bağımlı Kişilik Bozukluğu
301.4 Obsesif-kompulsif Kişilik Bozukluğu
301.9 Başka Türü Adlandırılmayan Kişilik Bozukluğu

Kişiliğin kategorik, yani var ya da yok olarak değerlendirilemeyeceği, boyutsal yaklaşımın daha uygun olduğu kanısı yaygındır. Boyutsal yaklaşıma örnek olarak Eysenck'in iç-faktör (içedönüklük, nörotiklik ve psikotiklik), Colininger'in yedi-faktör modelleri verilebilir (114).

Kişilik bozukluklarının toplumdaki sıklığı %11 kadardır. Antisosyal ve narsistik kişilik bozukluğunun erkeklerde, sınır (borderline) kişilik bozukluğu ise kadınlarda daha sık görülmektedir. Psikiyatrik hastalar arasında kişilik bozukluğunun oranı %50'dir. Kişilik bozukluğu gösterenlerin %70 kadarının bebeklik ve çocukluk döneminde ihmal, istismar, sevgisizlik, şiddet gibi durumlara maruz kaldıkları bildirilmiştir (111).

2.4.1. Mizaç ve Karakter

Psikanalitik yayınlarda sıklıkla kişilik ve karakter terimleri eş anlamda kullanılmaktadır. Günümüzde kişilik; karakter ve huy (mizaç) olarak iki bileşene ayrılmaktadır. Mizaç duygusal uyarılara doğuştan yapısal olarak belli bir şekilde

otomatik tepki gösterme eğilimi; karakter ise bireyin göreceli olarak değişmeyen, nesnel olarak gözlenebilen davranışları ve öznel olarak bildirilen iç deneyimleri olarak tanımlanmaktadır. Karakter, bireyin yaşam tarzı veya davranış şekli olarak çevresi ile karşılıklı ilişkileri devam ettirmek için bilinçli veya bilinç dışı geliştirdiği tepki ve yanıt davranışlarını da içerir. Öğrenmenin ve toplumsal çevrenin karakter gelişiminde önemli rolü vardır (115, 116).

Kişiliği değerlendirmek için psikobiyolojik model Cloninger tarafından geliştirilmiş ve kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakter incelenmiştir. Cloninger'in kişilik kuramı hem normal kişiliği, hem de patolojik durumları açıklamaya uygun bir modeldir. Bu model, ikiz ve aile çalışmaları ile uzunlamasına gelişim çalışmaları, öğrenmede nörodavranışsal ve nörofarmakolojik çalışmalar ve psikometrik çalışmalara dayanmaktadır. Önceki kişilik modelleri, altta yatan sosyal ve biyolojik belirleyicileri dikkate almamış, belleğin tiplerini ayırt etmede başarısız olmuşlardır. Cloninger'in psikobiyolojik kişilik modelinde, dört temel kişilik boyutu ile bir kişinin yenilik, tehlike ve çeşitli ödül tiplerine verdiği yanıtlar incelenmiştir. Bu yolla temel duyguların algısal bilgi süreçlerini değiştirdiği, özellikle şartlı uyaranlara verilen bilinçdışı yanıtlar gibi erken öğrenme özelliklerini biçimlendirdiği tespit edilmiş ve bellek sistemleri tarafından işlenen bilginin kalıtsal eğilimleri yansıtılmıştır (116).

Mizaç boyutları olan yenilik arayışı (YA), ödül bağımlılığı (ÖB), zarardan kaçınma (ZK) ve sebatkarlık (S); her biri kendisinin temel duyguları olan öfke, bağlanma, korku ve hükmetme ile erken gelişimsel dönemde gözlenebilir özelliklerdir. Bu dönemde insan davranışında gözlenen diğer birçok karmaşık sosyal işlevler, özellikle frontal, temporal ve limbik kortikal bölgelerdeki yoğun sinapslar ve nöronal devrenin düzenlenmesinde rol aynayan bazı aktif ve pasif değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Daha sonra korku, öfke, bezginlik, heyecan gibi temel duygular, daha karmaşık sevgi, eşduyum, sevecenlik, beceriklilik gibi pozitif ikincil duygulara dönüşür (117).

Karakter kişiliğin kavramsal özüdür ve neokorteks ile hipokampus tarafından düzenlenen soyutlama, simgeleştirme, yorumlama, çözümleme, tüme varma gibi daha yüksek bilişsel işlevleri kapsar (117).

Cloninger'in MKE'si; YA, ZK, ÖB ve S'den oluşan dört boyutlu bir mizaç bileşenini; kendini yönetme (KY), işbirliği yapma (İY) ve kendini aşma (KA)'dan oluşan üç boyutlu bir karakter bileşenini içermektedir. YA dört alt boyuttan (YA1; keşfetmekten heyecan duyma ya da heyecan arama-kayıtsız katılık hali, YA2; dürtüsellik-iyice düşünme, YA3; savurganlık-tutumluluk ve YA4; düzensizlik-düzenlilik) oluşur. ZK'da dört alt boyuttan oluşur (ZK1; beklenti endişesi ve karamsarlık-sınırsız iyimserlik, ZK2; belirsizlik korkuları, ZK3; utangaçlık-neşeli dışa dönüklük, ZK4; kolay yorulma-dinçlik). ÖB ise üç alt boyuttan oluşur (ÖB1; duygusallık, ÖB2; bağlanma-kopma, ÖB3; bağımlılık-bağımsızlık). S yalnız bir alt boyuttan oluşmaktadır. KY, beş alt boyuttan oluşur (KY1; sorumluluk alma-suçlama, KY2; amaçlılık-amaçsızlık, KY3; beceriklilik-atalet, KY4; kendini kabul-kendisiyle çekişme, KY5; uyumlu mizaç-olumsuz alışkanlıklar). İY de beş alt boyuttan oluşmaktadır (İY1, sosyal kabullenme-sosyal hoşgörüsüzlük, İY2; empati-sosyal kayıtsızlık, İY3; yardımseverlik-yardım sevmeme, İY4; merhametlilik-intikamcılık, İY5; ilkeli olma ya da vicdanlılık-kendine çıkar sağlama). KA ise üç alt boyuttan oluşmaktadır (KA1; kendinden geçme-kendilik bilincinde yaşama, KA2; kişiler ötesi özdeşim-kendi kendine ayrışma, KA3; manevi kabul-akılcı maddecilik). Alt boyut puanları toplanarak ilgili boyutun toplam puanı elde edilir (116, 117).

2.4.2. Psikosomatik Hastalıklarda Mizaç ve Karakter

Psikosomatik hastalıkların etyolojisinde kişiliğin önemli rol aynadığı düşünülmektedir. Meyer ve Dunbar sosyal etkenlerle kişilik özelliklerinin hastalıklara duyarlılıkla ilişkisini kanıtlamayı hedefleyen klinik ve epidemiyolojik çalışmalar için zemin oluşturmuşlardır. Psikosomatik kuramın temel unsurlarından biri olan stresin kendi başına yıkıcı bir etkiye sahip olduğu düşünülmekle beraber, belirli bir olayın birey için stresli olması, olayın birey için kişisel anlamı, bireyin karşılaştığı stresle başa çıkma becerilerine bağlıdır. Strese duyarlılık ve dirençliliğin, duygusal dengesizlik ve hastalığa karşı korunma sağlayabilecek sosyal tamponların varlığı veya yokluğundan etkilenebileceklerine dair kanıtlar vardır (6).

Psikosomatik hastalıkların etyolojisinde kişiliğin rolünün saptanması amacıyla 1991-2009 yılları arasında MKE ile yapılan çalışmaların sonuçlarına

bakıldığında en önemli ortak sonuç zarardan kaçınma puanlarının yüksek bulunmasıdır. Kişiliğin olgunluk düzeyine erişmesinde temel unsur olarak kabul edilen kendine yetmenin birçok çalışmada normal sağlıklı kontrollerden düşük bulunması, bu hastalarda hastalık sürecinin kişiliği etkilediğini düşündürmektedir (118). Psoriazisli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada psoriazisli hastaların kontrol grubuna göre ZK puanları yüksek, KY puanları ise düşük bulunmuştur (119). Güler ve ark. tarafınca yapılan bir başka çalışmada psoriazisli hastaların sadece S puan ortalamasının normal kontrollere göre düşük olduğu saptanmıştır (120).

Psikosomatik hastalıklarda mizaç ve karakter özelliklerinin değerlendirilmesi bu hastalıkların etyolojilerinin anlaşılmasına katkıda bulunacaktır. Ancak halen bu konuda geniş örneklemelere ve uzunlamasına yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.5. Aleksitimi

Kelime anlamı olarak aleksitimi Yunanca’da a=yok, lexis=söz, thymos=duygu anlamına gelen kelimelerin birleşmesi ile meydana gelen bir kavramdır. Bu kavram Türkçe’ye “duygular için söz yokluğu” şeklinde çevrilmiştir (121). Şahin ise aleksitiminin sadece duygulara karşı “dilsiz” olmakla sınırlandırılmayacağını, aleksitimik bireylerin aynı zamanda duygulara karşı “sağır” olduklarını da vurgulamaktadır. Buradan hareketle Şahin aleksitimi için “duygusal ahrazlık” tanımını ortaya atmıştır (122). En basit tanımı ile aleksitimi duygularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğüdür.

Aleksitimi başlangıçta psikosomatik kuramcılar tarafından ruh sağlığı alanında psikosomatik bir durumu ve belirtiyi anlatmak amacı ile ortaya atılmış bir kavramdı (123). Daha sonraları aleksitiminin sadece psikosomatiklere özgü bir durum olmadığı, sağlıklı bireylerde de sıkça görüldüğü anlaşılmıştır.

Psikosomatik bozuklukların değerlendirilmesinde özellikle duyguların farkındalığı, ifade edilmesi, bastırılması, denetlenmesi, düş yetisindeki azlık ve benzeri özelliklerin incelenmesi önem kazanmaktadır. Aleksitimik özelliği güvenilir bir biçimde değerlendirebilmek amacı ile Taylor, Ryan ve Bagby 26 maddelik, 5’li Likert derecelendirmesini kullandıkları “Toronto Aleksitimi Ölçeğini (TAÖ)” geliştirmişlerdir (124). Daha sonraları TAÖ’nün 20 maddelik yeni bir formu

geliştirilmiştir (125). TAÖ-20'nin faktör analizi çalışmaları sonunda genel bir aleksitimi boyutunun birbiriyle ilişkili üç faktörle ayrıştırılabileceği bulunmuştur. Bu faktörler; a. duyguları tanımak ve bunları duygunun bedensel duyumlarından ayırt etmek, b. duygularını diğer insanlara tanımlamakta güçlük, c. aşırı biçimde dışa yönelik düşünme biçimidir. TAÖ-20'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve ark. tarafınca yapılmıştır (126).

Psikosomatik hastalıklar içerisinde yer alan psoriasis ile aleksitimi kavramı arasında literatür verileri doğrultusunda önemli bir ilişki bulunmaktadır. Genetik-biyolojik kaynaklı (primer) ve psikolojik-travmatik olaylar sonucunda gelişen (sekonder) iki tip aleksitiminin olduğunu savunan yazarlar, psikosomatik hastalıklarda yaşam boyu süren primer aleksitiminin tabloya hakim olduğunu bildirmişlerdir. Psoriasisli hastalarda duyguların dışa vurumu duygusal streslerin tetiklediği fiziksel lezyonlarla belirmektedir. Dermatolojik hastalıklar içerisinde en sık psoriasisli hastalarda aleksitimi ilişkisine bakılmış ve aralarında güçlü bir ilişki tespit edilmiştir (127).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Düzeni ve Olgu Seçimi

Araştırmamız klinik karşılaştırmalı bir çalışma olarak planlandı. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi klinik araştırmalar etik kurulundan 03.06.2009 tarihli etik kurul onayı alındı (Ek-1). Çalışma kapsamına 2009-2011 yılları arasında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran psoriasis tanısı almış 18-65 yaş aralığındaki 100 hasta ve kontrol grubu olarak hasta grubu ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip, psoriasisli hastaların komşu ve arkadaşları ile çevre polikliniklere başvuran herhangi bir dermatolojik hastalığı olmayan 100 gönüllü birey alındı. Araştırma kapsamına alınan tüm bireylere bilgilendirilmiş olur formu okutuldu, sözlü ve yazılı onayları alındı (Ek-2).

Psoriasisli hasta grubunda yaşam kalitesi Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ, Ek-3) ile değerlendirildi. Her iki grupta mizaç ve karakter ölçümü amacı ile Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE-Temperament and Character Inventory, Ek-4) ve aleksitimi ölçümü amacı ile Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20, Ek-5) kullanıldı. Psikopatolojinin saptanması amacı ile her iki gruba da Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R, Ek-6), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ, Ek-7), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ, Ek-8) uygulandı. Psoriasisli hastaların ve kontrol grubunun kişilik özellikleri ve aleksitimik özellikleri karşılaştırılarak sunuldu.

Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesini ölçen PYKÖ çalışmamızın ana değişkeni olup, sonucu etkileyebilecek sosyodemografik değişkenlere ve psoriasis ile ilgili klinik tanımlayıcı özelliklere ait veriler sunuldu. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, kronik hastalık varlığı, hastalık süresi, PASI, SCL-90-R, BDÖ, TCI, TAÖ-20 skorları analitik olarak değerlendirildi.

PYKÖ'yü etkileyebilecek olan yaş, hastalık süresi, PASI, depresyon ve anksiyete varlığı gibi değişkenlerle PYKÖ arasında ilişki olup olmadığı ve derecesi korelasyon analizi ile incelendi. Yaşam kalitesini etkileyen olası değişkenler ve olgu-kontrol grubu arasında farklılık saptanan yaşam kalitesini etkileyebilecek değişkenler ile model oluşturularak Logistik Regresyon Analizi (Backward LR) yapıldı.

Logistik Regresyon Analizi yalnızca psoriazisli hasta grubunda yapıldı. PYKÖ, ortalama değeri olan 25'in altı ve 25'in üstü olarak sınıflandırılıp buna göre yaşam kalitesi skoru düşük/yüksek biçiminde gruplandırıldı. Yaşam kalitesinin düşük ya da yüksek olmasına etki eden değişkenler olarak modelde yaş (grup ortalamasının altında ve üstünde olma), cinsiyet (E/K), hastalık süresi (ortalama hastalık süresi olan 10 yıl altı ve üzeri), PASI (hafif, orta ve şiddetli hastalık), depresyon (yok/var- BDÖ puanına göre), anksiyete (yok/var-BAÖ puanına göre), aleksitimi (yok/var-TAÖ-20 puanına göre) ve MKE için DSM II Eksen kişilik bozukluğu tanısını saptamada kullanılan kendini yönetme (KY) skoru (20 puanın üstü kişilik bozukluğu yok/ 20 puanın altı kişilik bozukluğu var) gibi değişkenler kategorik değişkenler olarak modele alındı ve sonuçları OR (odds ratio-olasılık oranı) ve %95 güven aralıkları ile sunuldu.

3.2. Değişken Ölçütleri

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, kronik hastalık varlığı, hastalık süresi, PASI, SCL-90-R, BDÖ, BAÖ, MKE, TAÖ-20 skoru değişkenleri tanımlayıcı olarak ve kontrol grubu ile karşılaştırılarak; bunlardan yaş, cinsiyet, hastalık süresi, PASI, BDÖ, BAÖ, TAÖ-20, MKE'de KY skorları, bağımlı değişken olan PYKÖ'ye etkisi yönünden bağımsız değişkenler olarak analizlere alındı. Değişkenler ve ölçütleri aşağıda yer almaktadır.

3.2.1. Tanımlayıcı değişken olarak sosyodemografik ve klinik özellikler

Sosyodemografik özellikler: Çalışmaya alınan bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu ve mesleği kendisinden sorgulandı. Klinik verilere ait bilgiler (hastalık süresi, hastalık şiddeti) hastadan alınan öykü, fizik muayene ve dosya kayıtlarından elde edilen bilgiler doğrultusunda belirlendi. Değişkenler bulgular bölümünde şu şekilde sunuldu Yaş: ortalama±SS (standart sapma); medeni durum: evli, bekar, dul ve boşanmış; eğitim durumu: okur-yazar, ilköğretim, lise, üniversite; meslek verisi: çalışılan iş, işsiz ve emekli.

Klinik skorlama: Çalışmaya alınan hasta grubunda, hastalığın yaygınlığını ve şiddetini belirlemek amacıyla “Psoriasis Area and Severity Index (PASI)” kullanıldı (11). PASI skorlama sistemine göre; PASI<3: Hafif şiddette psoriasis, $3 \leq \text{PASI} \leq 15$: Orta şiddette psoriasis ve PASI>15: Şiddetli psoriasis olarak değerlendirilmektedir. PASI değerleri 0-72 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar hastalığın daha şiddetli seyrettiğini göstermektedir (128).

3.2.2. Bağımlı değişken ölçütü olarak “Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği”

Psoriasisli hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi amacı ile Kaçar ve ark.’nın 17 soruluk Türkçeye uyarlanmış “Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ)” kullanıldı. Her soru “hiç”, “biraz”, “oldukça”, “çok” şeklinde derecelendirilerek sırasıyla “0”, “1”, “2”, “3”, puan verildi. Altıncı, 7., 9. ve 11. sorular günlük yaşama ilişkin zorluklarla ve 15., 16. ve 17. sorular tedavi ile ilişkili olup, geri kalan sorular hastalıkla ilişkili psikososyal sorunları ifade etmektedir. Ölçekte yer alan 17 maddenin toplanması ile elde edilen ölçek puanı 0 (en iyi puan) ve 51 (en kötü puan) arasında bir değer taşımakta ve yüksek ölçek puanları bozulmuş yaşam kalitesini yansıtmaktadır (88).

Psoriasis yaşam kalite ölçeğinin bu çalışma için Cronbach alfa değeri 0.915 olarak saptandı. PYKÖ’deki 3 alana ait faktör analiz yükleri literatürle farklılık göstermiştir ancak tezin temel amacı yeni bir yaşam kalitesi ölçeği oluşturmak olmadığı için Cronbach alfa temelinde literatürle uyumlu olan sorular ve değerlendirme biçimi referans alınarak kullanılmıştır. Yaşam kalite ölçeğindeki sorular ve faktör analiz yükleri ek 9’da sunulmaktadır.

3.2.3. Bağımsız değişken ölçütleri

3.2.3.1. Psikopatoloji ölçüm testleri

Hasta ve kontrol grubunda psikopatoloji riskinin saptanması amacı ile “Psikolojik Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)”, “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)” ve “Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)” uygulandı. BDÖ Beck ve ark. tarafından geliştirilmiştir

(129), Türkçe uyarlaması ise Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir (130). Ölçek 21 sorudan oluşmaktadır ve her bir soru 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. Böylece bu ölçekte alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar depresif yakınmaların şiddetinde artışa işaret etmektedir. Bu ölçeğe göre 24 ve üzeri puan alanların psikiyatrik muayene ile depresyon tanısı alma olasılığı yüksek olarak belirlenmiştir.

BAÖ, Beck ve ark. tarafınca geliştirilmiş (131) ve Türkçe uyarlaması Ulusoy tarafından gerçekleştirilmiştir (132). Bu ölçek 21 sorudan oluşmaktadır ve her bir soru 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. Böylece bu ölçekte alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar anksiyete yakınmalarındaki artışa işaret etmektedir. BAÖ ile ilgili standardize edilmiş kesme puanı yoktur. Çalışmamızda BDÖ ortalama puanı olan 31 puan ve altını anksiyete yok, 31 puan üzerini anksiyete var olarak regresyon modeline aldık.

Psikopatolojinin ayrıştırılması amacı ile John Hopkins Üniversitesince geliştirilen “Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R)” kullanıldı. SCL-90-R toplam 90 kendini değerlendirme cümlesi içerir ve her madde 0-4 arasında puanlanır. Ölçekte üç genel puan (genel belirti düzeyi (gbd), pozitif belirti toplamı ve pozitif belirti düzeyi) ve 9 ayrı belirti grubunu yansıtan alt ölçek ve puanları vardır (somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm). Puanlama 9 alt ölçeğin puanları ve tüm maddelerin derecelerinin ortalamasıyla ulaşılan gbd’den oluşmaktadır. Alt ölçeklerin ve gbd’ nin 1.0’in üzerinde bulunması belirtilerin psikopatolojik düzeyde olduğunu göstermektedir.

3.2.3.2. Aleksitimi Ölçümü

Hasta ve kontrol grubunda aleksitimi derecesinin belirlenmesi amacı ile TAÖ-20 uygulandı. TAÖ, 20 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan, Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duygularını tanımadaki güçlük (TAÖ-A), duygularını söze dökmeye güçlük (TAÖ-B), dışa-dönük düşünme (TAÖ-C) alt ölçekleri vardır. Bireyden her madde için “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık” ve “her zaman” seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Yüksek puanlar yüksek

aleksitimik seviyeyi gösterir. Toplam puan 61 ve üzeri ise aleksitimi göstergesidir. Bagby ve arkadaşları (125) tarafınca geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (126).

3.2.3.3. Kişilik Özellikleri Ölçümü

Kişilik analizi için Colininger'in kişilik kuramını temel alarak geliştirdiği "Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE-Temperament and Character Inventory)" kullanıldı. Bu ölçek 240 maddeden oluşan "doğru" ya da "yanlış" şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe MKE'nin geçerlilik ve güvenilirliği Köse ve ark. tarafınca yapılmıştır (133).

Cloninger'in MKE'si; yenilik arayışı (YA), ödül bağımlılığı (ÖB), zarardan kaçınma (ZK) ve sebatkarlıktan (S) oluşan dört boyutlu bir mizaç bileşenini; kendini yönetme (KY), işbirliği yapma (İY) ve kendini aşmadan (KA) oluşan üç boyutlu bir karakter bileşenini içermektedir. YA dört alt boyuttan (YA1: keşfetmekten heyecan duyma ya da heyecan arama-kayıtsız katılık hali, YA2: dürtüsellik-iyice düşünme, YA3: savurganlık-tutumluluk ve YA4: düzensizlik-düzenlilik) oluşur. ZK dört alt boyuttan oluşur (ZK1: beklenti endişesi ve karamsarlık-sınırsız iyimserlik, ZK2: belirsizlik korkuları, ZK3: utangaçlık-neşeli dışa dönüklük, ZK4: kolay yorulma-dinçlik). ÖB ise üç alt boyuttan oluşur (ÖB1: duygusallık, ÖB2: bağlanma-kopma, ÖB3: bağımlılık-bağımsızlık). S yalnız bir alt boyuttan oluşmaktadır. KY, beş alt boyuttan oluşur (KY1: sorumluluk alma-suçlama, KY2: amaçlılık-amaçsızlık, KY3: beceriklilik-atalet, KY4: kendini kabul-kendisiyle çekişme, KY5: uyumlu mizaç-olumsuz alışkanlıklar). İY de beş alt boyuttan oluşmaktadır (İY1: sosyal kabullenme-sosyal hoşgörüsüzlük, İY2: empati-sosyal kayıtsızlık, İY3: yardımseverlik-yardım sevmeme, İY4: merhametlilik-intikamcılık, İY5: ilkeli olma ya da vicdanlılık-kendine çıkar sağlama). KA ise üç alt boyuttan oluşmaktadır (KA1: kendinden geçme-kendilik bilincinde yaşama, KA2: kişiler ötesi özdeşim-kendi kendine ayırma, KA3: manevi kabul-akılcı maddecilik). Alt boyut puanları toplanarak ilgili boyutun toplam puanı elde edilir. MKE için, DSM II. Eksen kişilik bozukluğu tanımlarını saptamada KY puanının 20'nin altında veya üstünde olması

belirlemektedir. KY puanının 20'nin altında olması kişilik bozukluğu olduğunu göstermektedir (134).

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

Veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS sürüm 19 ile değerlendirildi. Çalışmada tanımlayıcı değişkenlere ait kategorik değişkenler için sıklıklar ve ölçüm değişkenleri için ortalamalar sunuldu. Karşılaştırmalı analizlerde, yaşam kalitesine etki yönünden irdelenen bağımsız değişkenlerle yaşam kalitesi ilişkisi kategorik değişkenler için Ki-Kare testi ve Mantel Haenszel testi tabakalı analizleri kullanılarak incelendi. Psoriazisli hasta-kontrol ve diğer bağımsız gruplar arası karşılaştırmalarda ortalama farkların normal dağılıma uygun olduğu Kolmogorov Smirnov analizleri ile değerlendirilerek, bağımsız gruplarda T testi ile karşılaştırıldı. Bütün bu analizler ışığında yaşam kalitesinin iyi ya da kötü olması durumunu etkileyen olası değişkenlerin birlikte etkisini incelemek üzere Logistik regresyon (Backward LR) modellemesi ve analizi yapıldı.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Değişken Olarak Sosyodemografik ve Klinik Bulgular

Araştırma grubu 100 psoriazisli hasta ve kontrol grubuna alınan psoriazisli hastalarla benzer sosyodemografik verilere sahip, herhangi bir dermatolojik hastalığı olmayan 100 gönüllü bireyden oluşmaktadır.

Çalışmaya alınan bireylerin yaşları 18-65 yaş arasında değişmekteydi. Tüm grubun yaş ortalaması 38.7 ± 12.2 idi. Hasta grubunun yaşları 18-65 arasında olup, ortalama 39.5 ± 12.3 yıl idi. Kontrol grubunun yaşları 18-64 arasında olup ortalama 37.7 ± 12.0 yıl idi. Gruplar arasında yaş ortalaması bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p=0.309$).

Çalışmaya alınan bireylerin %54.5'i ($n=109$) kadın, %45.5'i ($n=91$) erkekti. Hasta grubunun %53'ü ($n=53$) kadın, %47'si ($n=47$) erkekti. Kontrol grubunun ise %56'sı ($n=56$) kadın ve %44'ü ($n=44$) erkekti. İki grup arasında cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu ($p=0.670$).

Psoriazisli hasta grubunda evlilerin oranı %72, bekarların oranı %25, dulların oranı %3 olarak saptandı. Kontrol grubunda ise evlilerin oranı %70, bekarların oranı %25, dulların oranı %4 ve boşanmışların oranı %1 idi. Medeni durum açısından her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0.760$).

Psoriazisli hasta grubunda okuryazarların oranı %2, ilköğretim düzeyinde eğitim alanların oranı %47, lise düzeyinde eğitim alanların oranı %32 ve üniversite düzeyinde eğitim alanların oranı %19'dur. Kontrol grubunda ise okuryazarların oranı %2, ilköğretim düzeyinde eğitim alanların oranı %37, lise düzeyinde eğitim alanların oranı %43, üniversite düzeyinde eğitim alanların oranı ise %18'dir. Eğitim düzeyi açısından her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p=0.418$).

Psoriazisli hasta grubunun meslek dağılımında; %31 ev hanımı, %19 işçi, %13 emekli, %9 memur, %7 öğrenci, %7 serbest meslek, %5 işsiz, %4 hemşire, %3 mühendis ve %2 öğretmen bulunmaktaydı. Kontrol grubunda ise %26 ev hanımı, %16 işçi, %15 emekli, %11 öğrenci, %7 serbest meslek, %6 memur, %5 doktor, %5 hemşire, %4 işsiz, %3 mühendis bulunmaktaydı. Meslek dağılımı açısından her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktaydı ($p=0.673$).

Psoriazisli hasta grubunda kronik hastalık oranı %21 olarak saptandı. Bunların %14.3'ünün birden fazla kronik hastalığı mevcuttu. Hastaların %7'sinde Diyabet (DM), %12'sinde hipertansiyon (HT), %1'inde koroner arter hastalığı (KAH), %1'inde kronik böbrek yetmezliği (KBY), %1'inde kalp yetmezliği (KY) mevcuttu. Kontrol grubunda kronik hastalığı olanların oranı %22 idi. Kontrol grubunun %4'ünde DM, %12'sinde HT, %2'sinde malinite, %2'sinde KAH, %2'sinde astım, %1'inde KY, %1'inde romatoid artrit, %1'inde osteoporoz mevcuttu. Kronik hastalık oranı açısından her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktaydı (p=0.863)

Psoriazisli hasta grubunda psikiyatrik hastalık öyküsü olanların oranı %4, kontrol grubunda ise %5 olarak saptandı. Her iki grup arasında psikiyatrik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0.733). Grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. Psoriazisli hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

		Hasta grubu	Kontrol grubu	p
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Yaş		39.5 (±12.3)	37.7 (±12.0)	0.309
		(n=100) %	(n=100) %	
Cinsiyet	Kadın	53	56	0.670
	Erkek	47	44	
Medeni Durum	Bekar	25	25	0.760
	Evli	72	70	
	Boşanmış	0	1	
	Dul	3	4	
Eğitim	Okur yazar	2	2	0.418
	İlköğretim	47	37	
	Lise	32	43	
	Üniversite	19	18	
Meslek	Ev hanımı	31	26	0.673
	İşçi	19	16	
	Emekli	13	15	
	Öğretmen	2	2	
	Öğrenci	7	11	
	Doktor	0	5	
	Hemşire	4	5	
	Mühendis	3	3	
	Memur	9	6	
	Serbest meslek	7	7	
	İşsiz	5	4	
Kronik hastalık		21	22	0.863
Psikiyatrik hastalık		4	5	0.733

p : Anlamlılık değeri

Psoriazisli hastalarda hastalık süresi 1 ay ile 40 yıl arasında ortalama 10.9 ± 9.3 yıl idi. Ortanca hastalık süresi ise 8.5 yıl idi. PASI skoru 1-26 arasında olup ortalama 4.6 ± 5.0 idi. Hastaların %54'ünde hafif şiddetli psoriazis, %34'ünde orta şiddetli psoriazis ve %12'sinde şiddetli psoriazis mevcuttu. Hasta grubunda PASI değeri ve hastalık süresi verileri Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 5. Psoriazisli hasta grubunun hastalık süresi ve PASI ortalaması

	Ortalama
Hastalık süresi (yıl)	10.9 ± 9.3
PASI	4.6 ± 5
Hafif (n=54)	1.8 ± 0.5
Orta (n=34)	5.3 ± 2.5
Şiddetli (n=12)	14.7 ± 7.3

4.2. Bağımlı Değişken Olarak PYKÖ Bulguları

Psoriazis yaşam kalite ölçeğinde yer alan sorulara olumlu yanıt verenlerin yüzdesi tablo 6'da sunulmuştur (Cevaplar en çok evet yanıtı verilen sorudan, en az evet yanıtı verilene göre sıralanmış olup soru numaraları PYKÖ'deki gibi verilmiştir).

Tablo 6. PYKÖ'de yer alan sorulara evet yanıtı verenlerin yüzdesi

No	Ölçekte yer alan sorular	Evet yanıtı veren hasta yüzdesi
2	Hastalığımla ilgili pek çok insan soru soruyor	%92
15	Merhemleri sürmek bıkırtıcı ve zaman alıcı geliyor	%92
16	İlaçların yan etkileri olabileceğini düşünüyorum	%87
5	Başkalarının yanında kaşınmak zorunda kalıyorum	%85
6	İstediğim giysiyi giyemiyorum	%75
1	Hastalığım nedeniyle insanların bakışlarını üzerimde hissediyorum	%74
13	Kepeklerimden dolayı evim ve giysilerim çok kirleniyor	%74
17	Tedavileri oldukça pahalı buluyorum	%74
7	Kuaför ya da berbere gitmekten çekiniyorum	%58
11	İstediğim halde insanların toplu halde bulunduğu yerlere gitmekten çekiniyorum	%58
14	Cinsel yaşamım etkileniyor	%50
4	Görünümüm nedeni ile tanımadığım insanların yanına gidemiyorum	%49
10	İnsanlar hastalığının bulaşıcı olduğunu düşünerek benden uzak duruyor ve aynı ortamda bulunmak istemiyorlar	%42
8	İnsanlar bana dokunmamaya (el sıkışma...) özen gösteriyorlar	%33
12	Karşı cinsle yakınlaşmakta zorluk çekiyor, eş bulamayacağımı düşünüyorum	%32
3	İnsanlar pişirdiğim yemekleri yemek istemiyorlar	%23
9	Hastalığım nedeni ile iş bulmakta zorlanıyorum	%18

Hasta gruba uygulanan PYKÖ ile elde edilen toplam ölçek puanları en az 0 en çok 51 arasında bir değer taşımaktaydı ve ortalama 18.4 ± 11.0 idi. Yüksek ölçek puanları hastalığın yaşam kalitesini daha olumsuz etkilediğini göstermektedir. Psoriazisli hastalarda PYKÖ toplam puan ortalaması ve alt grupların ortalama değerleri tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Psoriazisli hastalarda PYKÖ puanlarının ortalama ve SS değerleri

PYKÖ ve alt grupları	Ortalama
PYKÖ	18.4 ± 11.0
PYKÖ alt grupları	
Günlük yaşama ilişkin zorluklar	2.5 ± 2.2
Tedavi ile ilişkili zorluklar	4.7 ± 2.4
Hastalıkla ilişkili psikososyal sorunlar	11.2 ± 7.3

4.3. Bağımsız Değişkenler

Psikopatolojiyi ayırt etmek amacı ile hastalara SCL-90-R uygulandı. Hasta ve kontrol grubunda SCL-90-R ile yapılan psikopatoloji ölçeği sonucuna göre $gbd > 1.0$ üzerinde olan yani yüksek oranda psikopatolojik sorun saptanan hiç kimse yoktu. Psoriazisli hasta grubunda gbd 0.5-1 arasında olan yani orta düzeyde psikopatolojik sorun saptananların oranı %87.9 idi. Kontrol grubunda orta düzeyde psikopatolojik sorun saptananların oranı %79’dur. Her iki grupta da orta düzeyde psikopatoloji saptananların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.092$).

Psoriazisli hasta grubunda Beck depresyon tarama testi ile depresyon olasılığı yüksek saptananların oranı %26 ($n=26$)’dır. Bu oran tüm depresyon olasılığı yüksek saptanan grubun %65’idir. Kontrol grubunda ise Beck depresyon tarama testi ile depresyon olasılığı yüksek saptananların oranı %14 ($n=14$)’dür. Bu oran tüm depresyon olasılığı yüksek saptanan grubun %35’idir. Depresyon tanısı alma oranı kontrol grubuna göre hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla saptandı ($p= 0.034$).

Psoriazisli hastalarda PASI skoruna göre; şiddetli psoriazis olan toplam 54 hastanın %20.4'ü (n=11), orta şiddetli psoriazisi olan toplam 34 hastanın %32.4'ü (n=11) ve şiddetli psoriazisi olan toplam 12 hastanın %33.3'ünde (n=4) Beck depresyon tarama testiyle saptanan depresyon olasılığı vardır. Hastalık şiddeti (PASI) ve depresyon ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.379). Tablo 8'de hastalık şiddetine göre depresyon olasılığı yüksek olanların oranı verilmektedir.

Tablo 8. Hastalık şiddetine göre depresyon olasılığı yüksek saptananların oranı

PASI	Depresyon				Toplam (n)
	Yok		Var		
	n	%	n	%	
Hafif (n=54)	43	79.6	11	20.4	54
Orta (n=34)	23	67.6	11	32.4	34
Şiddetli (n=12)	8	66.7	4	33.4	12
Total	74	74	26	26	100

4.4. Karşılaştırmalı Bulgular

Psoriazis yaşam kalite ölçeğinin Pearson korelasyon analizine göre yaş, hastalık süresi, PASI, depresyon ve anksiyete ile olan ilişkisi tablo 9'da sunulmaktadır.

Tablo 9. PYKÖ toplam puanlarının yaş, hastalık süresi, PASI, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi

	PYKÖ	
	r	p
Yaş	0.112	0.266
Hastalık süresi	0.021	0.835
PASI	0.479	<0.001
Depresyon	0.502	<0.001
Anksiyete	0.228	0.023

r: Korelasyon katsayısı, p:Anlamlılık değeri.

Hastalık süresi, PASI ve depresyonun psoriasis yaşam kalite ölçeği ile olan ilişkisinde depresyon ile güçlü ilişki, PASI ile güçlüye yakın orta dereceli ilişki, anksiyete ile orta dereceli ilişki saptanmıştır.

Psoriasisli hasta grubunda TAÖ-20 toplam skor ortalaması 50.4 ± 9.7 , kontrol grubunda ise 46.0 ± 9.6 olarak saptanmıştır. Hasta grupta aleksitimi toplam puanı 61 ve üzerinde olanların oranı %14 (n=14), kontrol grubunda ise %6 (n=6) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında aleksitimi varlığı yönünden istatistiksel fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0.059$).

Gruplar arasında MKE üst parametreleri skor ortalamaları açısından hasta grubunda zarardan kaçınma (ZK) puanı ortalaması kontrol grubundan daha yüksek saptanmıştır. İki grup arasında ZK puanları açısından saptanan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.010$). Belirsizlik korkusu (ZK2), duygusallık (ÖB1), bağımlılık (ÖB3), uyumlu ikincil huylar (KY5), acıma (İY4) gibi alt grup ortalama puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Anlamlı fark gözlenen bu değişkenlerden belirsizlik korkusu (ZK2), duygusallık (ÖB1), acıma (İY4) skor ortalamaları psoriasis grubunda daha yüksek bulunurken; bağımlılık (ÖB4), beceriklilik (KY3) ve uyumlu ikincil huylar (KY5) puan ortalamaları ise kontrol grubunda daha yüksek saptanmıştır. Psoriasisli hasta grubu ve kontrol grubunda TAÖ-20 ve MKE parametreleri değerlendirme sonuçları tablo 10'da sunulmaktadır.

Tablo 10. Psoriazisli hasta ve kontrol grubunda TAÖ-20 ve MKE parametreleri değerlendirme sonuçları

	Hasta	Kontrol	p
TAÖ-20	50.4±9.7	46.0±9,6	0.059
Yenilik arayışı	17.9±4.7	18.2±5.0	0.652
YA1 (Keşfetmekten heyecan duyma)	5.6±1.9	5.6±2.0	0.914
YA2 (Dürtüsellik)	3.9±1.8	4.3±2.0	0.177
YA3 (Savurganlık)	4.5±1.8	4.3±2.0	0.442
YA4 (Düzensizlik)	3.9±2.0	4.1±1.2	0.492
Zarardan Kaçınma	19.7±5.3	17.7±5.6	0.010
ZK1 (Beklenti endişesi)	6.3±2.2	5.8±2.2	0.094
ZK2 (Belirsizlik korkusu)	4.8±1.4	4.1±1.6	0.003
ZK3 (Yabancılardan çekinme)	4.0±1.2	3.6±1.9	0.098
ZK4 (Çabuk yorulma ve dermansızlık)	4.7±2.0	4.3±2.1	0.193
Ödül Bağlılığı	14.1±2.5	13.5±3.3	0.175
ÖB1 (Duygusallık)	7.8±1.5	6.8±1.2	<0.001
ÖB2 (Bağlanma)	4.1±1.6	4.1±1.6	0.866
ÖB3 (Bağımlılık)	2.2±1.4	2.6±1.4	0.040
Sebat Etme	5.4±2.0	5.1±2.0	0.321
Kendini Yönetme	25.6±6.6	26.7±5.3	0.179
KY1 (Sorumluluk alma)	4.4±2.0	4.6±1.7	0.380
KY2 (Amaçlılık)	5.3±1.6	5.1±1.6	0.488
KY3 (Beceriklilik)	2.6±1.2	3.0±1.4	0.017
KY4 (Kendini kabullenme)	5.3±2.4	5.1±2.0	0.681
KY5 (Uyumlu ikincil huylar)	8.0±2.0	8.8±1.8	0.006
İş Birliği Yapma	28.4±6.0	27.4±5.4	0.184
İY1 (Sosyal onaylama)	5.6±1.7	5.4±1.8	0.651
İY2 (Empati duyma)	3.9±1.4	4.1±1.3	0.301
İY3 (Yardımseverlik)	4.6±1.4	4.6±1.3	0.917
İY4 (Acıma)	7.8±2.7	7.0±2.4	0.025
İY5 (Erdemlilik-vicdanlılık)	6.7±1.4	6.3±1.7	0.097
Kendini Aşma	19.3±5.1	19.0±5.4	0.663
KA1 (Kendilik kaybı)	6.4±2.1	6.3±2.2	0.617
KA2 (Kişiler ötesi özdeşim)	5.7±2.0	5.3±2.1	0.120
KA3 (Manevi kabullenme)	7.0±2.3	7.4±2.5	0.277

p : Anlamlılık değeri

Psoriazisli hasta grubu, PYKÖ'nün ortalama değeri olan 25 puanın altı ve 25 puanın üstü olarak gruplandırılıp çok değişkenli analiz yapıldı. Logistik regresyon analizinde yaş (ortalamanın (40 yıl) altı ve üstü olarak, referans değer 40 yıl altı), cinsiyet (E/K olarak, referans erkek cinsiyet), hastalık süresi (10 yıl altı ve üstü olarak, referans değer 10 yılın altı), PASI (PASI hafif şiddetli olan grup referans alınarak orta (PASI1) ve şiddetli (PASI2) grup), anksiyete (BAÖ puanına göre 31 puan ve altı ve 31 puan üstü-anksiyete yok/ var olarak, referans anksiyete olmaması), aleksitimi (TAÖ-20 toplam puanı 61 üstü ve altı-aleksitimi var/yok olarak, referans

aleksitimi olmaması), MKE'nin kendini yönetme (KY) skoru (KY skoru 20'nin altı ve üstü olmasına göre-DSM II. Eksen Kişilik bozukluğu var/yok olarak, referans KY puanının 20'nin üzerinde olması) gibi değişkenler modele alındı. Tablo 11'de logistik regresyon modeli sonuçları yer almaktadır.

Tablo 11. PYKÖ'yü etkileyen potansiyel değişkenlerin logistik regresyon analizi ile incelenmesi

Değişkenler	B	S.E	W	d.f	P	OR	%95 GA	
							altı	üstü
Yaş (ref:40↓)	-0.2	0.6	0.1	1	0.735	0.8	0.3	2.6
Cinsiyet (ref:♂)	0.9	0.6	2.2	1	0.135	2.6	0.7	8.9
HS (ref: 10 yıl↓)	0.2	0.7	0.1	1	0.818	1.2	0.3	4.2
PASI (ref:hafif)			11.0	2	0.004			
PASI1(orta)	0.1	0.7	2.1	1	0.147	2.6	0.7	9.9
PASI2 (şiddetli)	3.0	0.9	11.0	1	0.001	19.0	3.3	108.1
Aleksitimi (ref:Aleksitimi Ø)	-0.5	0.9	0.3	1	0.614	0.6	0.1	3.7
Kişilik bozukluğu (ref:KY puanı20↑)	0.3	0.7	0.1	1	0.714	1.3	0.3	5.7
Depresyon (ref: depresyon Ø)	1.8	0.7	7.2	1	0.007	6.0	1.6	22.1
Anksiyete (ref:Anksiyete Ø)	0.5	0.8	0.5	1	0.504	1.7	0.4	8.0
Model sabiti	-3.2	0.8	17.3	1	<0.001	0.1		

B: Beta, S.E: Standart hata, W: Wald bileşeni, Df: Serbestlik derecesi, p: Olasılık değeri, OR: "Odds" oranı, GA: Güven aralığı, ref: Referans, HS: Hastalık süresi, Ø: Yok, KY: Kendini yönetme.

Yukarıdaki değişkenlerle oluşturulan model, Backward eliminasyonu ile psoriatik hastalarda yaş, hastalık süresi, cinsiyet, anksiyete, aleksitimi ve MKE'de KY skoruna göre kişilik bozukluğu varlığının yaşam kalitesine etkisi düzeltilerek analiz edildiğinde, yaşam kalitesini etkileyen temel değişkenin PASI skoru ve depresyon varlığı olduğu saptandı. PASI skoruna göre hafif şiddetli hastalık grubunda yer alanlar referans alındığında, şiddetli hastalık grubunda yer alanların yaşam kalitesinin kötü olması olasılığı 17.7 kat (3.7-84.9) daha fazla bulundu.

Depresyonu olmayanlar referans alındığında, depresyonu olanların yaşam kalitesinin kötü olması olasılığı 5.3 kat (1.7-16.4) daha fazla idi. Tablo 12’de yaş, cinsiyet, hastalık süresi, anksiyete, aleksitimi ve MKE’de KY skoruna göre kişilik bozukluğu varlığının etkisi düzeltildiğinde Backward Logistic regresyon analizi sonuçları sunulmaktadır.

Tablo 12. Backward Logistic regresyon analizi sonuçları

(Yaş, cinsiyet, hastalık süresi, anksiyete, aleksitimi ve kişilik bozukluğu etkisi düzeltildiğinde)

Değişkenler	B	S.E	W	df	p	OR	%95 GA	
							altı	üstü
PASI			13.0	2	0.002			
PASI-1	0.9	0.6	2.3	1	0.133	2.5	0,8	8.4
PASI-2	2.9	0.8	12.9	1	<0.001	17.7	3.7	84.9
Depresyon	1,7	0.6	8.4	1	0.004	5.3	1.7	16.4
Model sabiti	-2.6	0.5	25.5	1	<0.001	0.1		

B: Beta, S.E: Standart hata, W: Wald bileşeni, df: Serbestlik derecesi, p: Olasılık değeri, OR: “Odds” oranı, GA: Güven aralığı.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda 100 psoriazisli hastada kişilik özellikleri, aleksitimi, depresyon ve hastalık şiddeti gibi klinik, kişisel ve psikolojik faktörlerin yaşam kalitesi üzerine etkileri incelenmiştir.

Kronik hastalıkların artan görülme sıklığı ile paralel olarak yaşam kalitesine verilen önem artmıştır. Bunun sonucu olarak son birkaç on yılda çeşitli yaşam kalite ölçekleri geliştirilmiş, yaşam kalitesi tıbbi literatürde sıklıkla ölçülür olmuştur (135). Deri hastalıklarının diğer hastalıklara göre daha az ciddi olduğu yönünde yanlış kanı bulunmaktadır. Bu kanı sıklıkla deri hastalıklarının hayatı tehdit edici özelliklerinin nispeten daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Psoriazis, hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (Health related quality of life, HRQoL) üzerine belirgin negatif etkiye ve psikososyal morbiditeye sahiptir (136, 137).

Yaşam kalitesi kavramı sosyokültürel boyutu olan bir kavramdır ve ülkeden ülkeye farklılık gösterir. Çalışmamızda psoriazisli hastalara yaşam kalitesi ölçeği olarak Türkçe güvenilirliği yapılmış 17 maddelik PYKÖ uyguladık (88). Dermatolojiye spesifik ölçekler tüm dermatolojik hastalıkları kapsamaktadır [Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DLQI), Deri İndeksi (SKINDEX), Dermatolojide Yaşam Kalite Skalası (DQOLS), Dermatolojide Yaşam Kalitesi (VQ-Dermato), Freiburg Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (FLQA)]. Bu ölçekler dermatolojik hastalıklar arasındaki farkı saptamada faydalı olmakta ancak belirli bir deri hastalığının hasta üzerindeki etkisini saptamada yetersiz kalmaktadır (79). Bu nedenle çalışmamızda PYKÖ'nin Türkçeye uyarlanmış formunun kullanılmış olması psoriazis ile ilgili yaşam kalitesinin daha doğru yansıtılması açısından önemlidir.

Uyguladığımız logistik regresyon analizi sonucunda, psoriazisli hastalarda yaşam kalitesini temel olarak etkileyen faktörlerin PASI ile ölçülen hastalık şiddeti ve depresyon varlığı olduğunu saptadık. PASI skoruna göre şiddetli hastalık grubunda yer alanların yaşam kalitesinin kötü olma olasılığını hafif şiddetli hastalık grubuna göre 17.7 kat (3.7-84.9) daha fazla olarak bulduk. Depresyonu olanların yaşam kalitesinin kötü olması olasılığı ise olmayanlara göre 5.3 kat (1.7-16.4) daha fazla olarak görülmekteydi. Hastaların %87.9'unda orta derecede psikopatoloji

varken, BDÖ skorlarına göre psoriazisli hastalar kontrol grubuna göre daha depresif olarak bulundu. Psoriazisli hastalarda depresyonun kontrol grubuna göre daha fazla sıklıkta olması ve logistik regresyon modelinde anlamlılığı depresyonun bir etkileşim değişkeni olduğunu düşündürmektedir.

Bununla birlikte, çalışmamızın başlangıcında ön gördüğümüzün aksine, psoriazis hastalarında kişilik özellikleri ve aleksitimi varlığı ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki saptamadık. MKE’de ZK puan ortalaması psoriazisli hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. MKE alt parametreleri olan; belirsizlik korkusu (ZK2), duygusallık (ÖB1) ve acıma (İY4) puan ortalamaları da psoriazisli hastalarda kontrol grubuna göre daha yüksek saptandı. Bağımlılık (ÖB3) ve uyumlu ikincil huylar (KY5) ortalama puanları ise kontrol grubunda psoriazisli hastalara göre daha yüksekti. Psoriazisli hasta grubu ile kontrol grubu arasında aleksitimi varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemedik. Ayrıca, psoriazisli hastaların aleksitimi toplam puanları da kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde farklı değildi.

Psoriazisli hastalarda yapılan çalışmalarda, hastalığın kaşıntı, kepeklenme, irritasyon, ağrı, acıma hissi gibi fiziksel semptomları ile derilerinin genel görünüşünün hastalar tarafından hastalığın en kötü yönü olarak ifade edildiği bildirilmiştir (137). Bununla beraber hastalığın objektif klinik şiddeti, hastaların subjektif sıkıntıları ile her zaman doğru orantılı bir şekilde ilişkili değildir. Garduno ve ark. tarafınca 134 makalenin incelenmesi ile yapılan bir derlemede, çalışmamızda da kullanılan PASI’nin psoriazis şiddetini tanımlamada en sık kullanılan ölçüm olduğu görülmüştür (138). Literatürde gerek hastaların kendi değerlendirmelerine dayanan (135, 139), gerekse çalışmamızda olduğu gibi klinisyen tarafından değerlendirme sonucu ile elde edilen (140-146) hastalığın klinik şiddeti psoriazisli hastalarda bozulmuş yaşam kalitesi ile ilişkili olarak bulunmuştur. Yalnızca yetişkinlerde değil çocuklarda (juvenil psoriazis) dahi yaşam kalitesi ile psoriazisin klinik ciddiyeti arasında ters orantılı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (147, 148). Bununla birlikte bazı çalışmalarda, yaşam kalitesi ve PASI skorları arasındaki ilişki yeterince güçlü bulunmamış (144, 145, 149), bazılarında ise herhangi bir ilişki gözlenmemiştir (150-153).

Psoriazisli hastalarda hastalık şiddeti sınıflandırmasında ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçümünde kullanılan yöntemlerle ilgili görüş birliği bulunmamaktadır. Literatürde yaşam kalitesi ile PASI arasında ilişkinin kuvvetinin farklı olması bu standardizasyonun olmaması nedeniyle olabilir. Biz PASI skoruna göre şiddetli hastalık grubunda yer alanların yaşam kalitesinin kötü olma olasılığını hafif şiddetli hastalık grubuna göre 17.7 kat (3.7-84.9) daha fazla olarak bulduk. Bu çalışmada PASI 15 puan üzeri şiddetli hastalık olarak kabul edilmiştir. Literatürde PASI 12 puan üzerini şiddetli hastalık olarak kabul eden yayınlar da bulunmaktadır (144, 154). Çalışmamızda PASI 12 puan üzeri şiddetli hastalık olarak gruplandırılmış olsaydı yaşam kalitesinin kötü olma olasılığı oranı daha fazla saptanabilirdi.

Depresyon psoriazis hastalarının %10-58'inde görülür (155). Çalışmamızda da Beck depresyon tarama testi ile depresyon olasılığı yüksek saptananların oranı %26 idi. Psoriazisli hastaların depresyon sıklığındaki bu geniş aralık muhtemelen farklı ölçüm teknikleri ve özellikle poliklinikten takip edilen hastalarla, yatan hastalar gibi farklı hasta populasyonlarının kullanılması gibi nedenlere bağlıdır (155). Psoriaziste depresyon normal popülasyona göre sık gözlenmektedir (156). Bununla beraber depresyon psoriaziste, lepra, vitiligo, liken planus gibi diğer dermatolojik hastalıklardan daha fazla oranda gözlenmektedir (155).

Psoriaziste depresyonun varlığı ile ilişkili olarak bulunmuş olan faktörler sıklıkla yaşam kalitesini ilgilendiren değişkenlerdir (157). Psikiyatrik morbiditeyi ön görme bakımından, psoriazisin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin değerlendirilmesinin, klinisyenler tarafından hastalığın klinik ciddiyetine göre yapılan psikiyatrik değerlendirmeden daha güçlü bir parametre olduğu ileri sürülmüştür (158). Psoriazis ile depresyon arasındaki ilişkinin karşılıklı olduğu sonucuna varılmıştır (136). Psoriazise eşlik eden depresyonun altında yatan önemli nedenler arasında deri lezyonlarının görülebilirliğine paralel olarak toplumsal damgalanma, psoriazisin bulaşıcı olduğu gibi inanışlarla diğer insanlarda hastalığa karşı anlayış yokluğu, toplumsal desteğin eksikliği, tedaviden tatmin olmama sayılmaktadır (157, 159).

Psikodinamik ve sosyal faktörlerin yanı sıra, psoriaziste beyin tutulumu olmamakla birlikte, eşlik eden depresyonun biyolojik faktörlerle de açıklanabileceği düşünülmektedir. Psoriaziste TNF'nin muhtemelen psiko-nöro-immünolojik bir

süreci takiben depresyonun gelişmesine katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir (156). Stres epidermal proliferasyonda ve farklılaşmada azalma, bariyer geçirgenliğinde bozulma, stratum korneum bütünlüğünde bozulma ile ilişkili bulunmuştur (160).

Çalışmamızda psoriazisli hasta grubunda depresyonun kontrol grubuna göre daha fazla sıklıkta olması ve logistik regresyon modelinde anlamlılığı depresyonun bir etkileşim değişkeni olduğunu göstermektedir. Psoriaziste yaşam kalitesinin depresyon varlığı ile ilgili olduğuna dair bulgumuz literatürdeki birçok çalışma ile uyumludur (135, 155, 159, 161-164). Schmitt ve ark. yaşam kalitesi yüksek derecede bozulmuş psoriazis hastalarında yaşam kalitesi daha az derecede bozulmuş hastalara göre 5 kat daha fazla depresyonun eşlik etme olasılığı olduğunu gözlemişlerdir (159).

PASI ile belirlenen hastalık şiddeti ile depresyon varlığı arasında bir ilişki olmadığı literatürde genelde kabul görmüş olan görüştür (163). Bizim çalışmamızda da hastalık şiddeti ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.379$). Bunun aksine hastalık şiddeti ve depresyon varlığı arasında ilişki saptanan çalışmalar da vardır (42, 159, 165). Hastalık şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardan elde edilen bulgulardaki tutarsızlığın altında yatan nedenin eşlik eden depresyonun olduğu öne sürülmüştür (159). Bizim çalışmamız da literatürdeki çalışmalara paralel olarak kesitsel bir çalışmadır. Bu nedenle, ne psoriazis ile, ne de psoriaziste bozulmuş yaşam kalitesi ile eşlik eden depresyon arasındaki nedensel ilişki için çalışmamızın verileri doğrultusunda sonuca varmak imkansızdır. Bununla birlikte, Schmitt ve ark. (159) istatistiksel analizleri sonucunda elde ettikleri yapısal modeller ile psoriaziste yaşam kalitesi bozukluğunun depresyona neden olduğunu öne sürmüşlerdir. Modellerine göre psoriazisin ciddiyeti günlük yaşamda özgün sorunlara yol açmakta, yaşam kalitesi düşmekte; sonuç olarak da depresyon oluşmaktadır. Psoriazis, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki açısından daha net bir sonuca varabilmek için kesitsel çalışmalar yerine boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır. Psoriazisli hastalar hastalık başlangıcından itibaren aralıklarla yaşam kalitesi ve depresyon varlığı açısından incelenmelidir. Bu şekilde elde edilen verilerin psoriazis, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkide daha doğru sonuçlar vereceği kanaatindeyiz.

Psoriasis hem genetik hem de çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Kesinliği kanıtlanmamış olmakla beraber, son zamanlardaki yayınlarda mizaç ve karakterin de genetik ve çevresel faktörlerden etkilendiği desteklenmiştir (116). Psoriasis etyopatogenezinde ve hastalığın yaşam kalitesinin belirlenmesinde kişilik özelliklerinin etkisi olabilir.

Psikosomatik hastalıkların etyolojisinde kişiliğin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Kişilik özellikleri bireyin stresi algılama ve başa çıkma becerilerini etkiler ve psikosomatik hastalıklar için hazırlayıcı bir etmen olabilir (166). Psikosomatik hastalıklar ve kişilik özellikleri ile ilgili 1991-2009 yılları arasında yapılan literatür araştırmasında en önemli ortak sonuç ZK puanlarının yüksek saptanmasıdır (118). Depresyon etkisi kontrol edildiğinde ZK puanlarının hala yüksek olması, bu mizaç boyutunun psikosomatik hastalıklar için hem durumsal hem de süreklilik gerektiren bir özellik taşıdığı ve serotonerjik sistemin bu sürece katılıyor olması ile ilişkilendirilmiştir. Psikosomatik hastalıklarda KY puanları bir çok çalışmada sağlıklı kontrollere göre düşük saptanmıştır. Bu durum ise hastalık sürecinin kişiliği etkilemiş olabileceği yönünde yorumlanmıştır (118).

Serotoninin kişilik ve depresyondaki rolü önceki çalışmalarda belirtilmiştir (167-169). Ancak bu ilişki kesin olarak anlaşılamamıştır. Yüksek ZK ve düşük KY puanlarının son zamanlardaki çalışmalarda depresif durum ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda depresyon, psoriasisli hastalarda kişilik özelliklerini maskeleyen bir faktör olarak gösterilmektedir (170-172). Çalışmamızda psoriasisli hastalarda MKE için DSM II. Eksen kişilik bozukluğu varlığının yaşam kalitesine etkisi logistik regresyon analizi ile incelendi. Kişilik bozukluğunun yaşam kalitesine bir etkisi olmadığı saptandı. Çalışmamızda psoriasisli hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanan depresyonun varlığı, kişilik özelliklerini maskelemiş ve yaşam kalitesi ile ilgili sonucu etkilemiş olabilir.

MKE mizaç boyutu üst parametrelerinden olan ZK puanını psoriasisli hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptadık ($p=0.010$). MKE alt gruplarından belirsizlik korkusu (ZK2), duygusallık (ÖB1), acıma (İY4) ortalama puanları psoriasisli hastalarda kontrollere göre daha yüksek bulunurken, bağımlılık (ÖB3) ve uyumlu ikincil huylar (KY5) puan ortalamaları ise psoriasisli hastalarda kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Psoriasisli hastalar ile ilgili literatür

verilerine bakıldığında; Kılıç ve ark.'nın 105 psoriazisli hasta ve sağlıklı kontrollerle yapmış olduğu çalışmada psoriazisli hastalarda depresyon ve ZK puanları yüksek, KY puanları ise düşük olarak saptanmıştır (119). Güler ve ark. tarafınca 36 psoriazis, 27 vitiligo ve 28 sağlıklı kontrolle yapılan bir çalışmada ise psoriazisli hasta grubunda S puan ortalaması normal kontrollere göre düşük saptanmıştır, karakter boyutlarında ise gruplar arasında fark bulunmamıştır (120).

Aleksitimi kavramı başlangıçta psikosomatik hastalıklar ile ilişkilendirilmiş (173-179) ancak daha sonra yapılan çalışmalarda psikosomatik ve psikiyatrik hastalar dışında normal popülasyonda da yüksek oranda saptandığı gözlenmiştir (180-182). Yapılan çalışmalarda aleksitimi ile psikosomatik hastalıklar arasında doğrudan net bir ilişki olduğu söylenememiştir (183).

Kendi nöroendokrin sistemine sahip olan deri yoğun bir biçimde innerve edilir. Ayrıca sistemik nöroendokrin akslarla da sıkı bir şekilde bağlantılıdır. Bu nedenle stresle baş etmede ve duyguları ile ilişki kurmada başarısız olan aleksitimik bireylerin belirli dermatolojik bozuklukların gelişmesinde risk altında olması sürpriz değildir (184). Araştırmacılar strese yanıt olarak oluşan hastalıklarda hipotalamo-hipofizer-adrenal aksta da değişiklikler gözlemlemişler ve bu nedenle aleksitimi ve psoriazis arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir (185). Allegranti ve ark. psoriazisli hastalarda sağlıklı kontrollere göre aleksitimi skorları açısından anlamlı fark saptamışlardır (186). Picardi ve ark. yaptıkları çalışmalarda aleksitimi ve psoriazis arasında ilişki olduğunu aynı zamanda psoriazisli hastalarda bağıllıkla ilgili sakınma ve diffüz plak psoriazis alevlenmesi arasında güçlü bir ilişki bulmuşlardır. Bu bağıllık stili hastaların destek almaktan sakınmaları ile karakterizedir (187). Masmoudi ve ark. psoriazisli hastaların sağlıklı kontrollere göre daha aleksitimik oldukları sonucuna varmışlardır (188). Richards ve ark. 300 psoriazisli hastadan oluşan bir örnekleme hastaların %33'de aleksitimi varlığını göstermişler ancak toplam TAÖ skorunu hastalık parametreleri ile korele bulamamışlardır (189).

Psoriazisin psikosomatik hastalık grubunda olması ve stresle tetiklenmesi nedeniyle çalışmamızda psoriazisli hasta grubunda aleksitimi varlığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendi. Aleksitiminin psoriazisli hastaların yaşam kalitesine bir etkisi olmadığı sonucuna vardık. Psoriazisli hasta ve kontrol grubu arasında da aleksitimi puanları açısından anlamlı fark bulmadık. Literatürde bizim

Çalışmamızla uyumlu olarak psoriazisli hasta ve kontrol grubu arasında aleksitimi puanları açısından anlamlı fark saptanmayan çalışmalar vardır (190-193). Ancak aleksitiminin psoriazisli hastaların yaşam kalitesine olan etkisi ile ilgili literatür verisine rastlamadık.

Aleksitimi taraması, bazı kronik deri hastalıklarında emosyonel regülasyon bozukluğunun tetikleyici rolünün ortaya çıkarılmasında yararlı olabilir. Psikosomatik hastalıklarla ilgilenen araştırmacılar zihin-beden-evre karşılıklı etkileşimleri ve psikososyal müdahale bilgisinin dermatologların tedavi yaklaşımında olumlu yönde katkı sağlayacağını vurgulamaktadır. Dermatolojik aleksitimik hastalar için entegre psikoterapiyi öneren görüşler bulunmaktadır (183, 186).

Aleksitimi ve psoriazis ile ilgili literatür verilerinin çeşitliliği kullanılan ölçeklerin standardize olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda psoriazisli hastalarda aleksitimi varlığı kontrol grubuna oranla anlamlı farklı çıkmamış olsa da aleksitiminin deri hastalıklarında önemini vurgulayan görüşler doğrultusunda bu konu ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu aşikardır.

6. SONUÇ

Araştırmamızın başında öngördüğümüzün aksine psoriazisli hastalarda kişilik özellikleri ve aleksitiminin yaşam kalitesine olumsuz yönde etkisi gözlenmemiştir. Psoriazisli hastalarda yaşam kalitesine etkisi bakımından DSM I. Eksen psikopatolojinin daha fazla öne çıktığı özellikle de depresyonun bu anlamda dikkate alınması gerektiği saptanmıştır. Spesifik bir hastalık grubunda ve sınırlı sayıda hasta ile yapılan bu kesitsel çalışma, kişilik özellikleri ve aleksitiminin psikosomatik bir hastalık olan psoriaziste önemsiz olduğu çıkarımını yaptıracak güçte değildir. Kaldı ki yaşam kalitesi, depresyon ve psoriazis etkileşiminin hangi doğrultuda olduğuna dair karar verdirecek takip çalışmalarına ihtiyaç vardır. Aynı sınırlılık yaşam kalitesi-kişilik özellikleri ve DSM I. Eksen psikopatolojilerin varlığı arasındaki ilişkiler için de geçerlidir. Psoriazisli hasta grubumuzun temsil kabiliyeti, Türkiye için aleksitimik özelliklerin toplumda ve paralel olarak kontrol grubunda da yüksek gözlenmesi, hasta grubunun psikopatoloji bakımından tanı koydurucu psikiyatrik görüşme yerine hastanın doldurduğu ölçeklerle yapılmış olmasının sonuçlarımızı etkilediği aşıkardır. Tüm bunlara rağmen ister psoriazis hastalığının sebebi, ister sonucu olsun, eşlik eden ya da eş zamanlı bulunan depresyonun bu hastalarda yaşam kalitesi ve dolayısıyla hastalık seyri üzerine olumsuz etkide bulunduğu söylenebilir. Literatür verileri incelendiğinde; psoriazisli hastalarda hem aleksitimi hem de kişiliğin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin araştırıldığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmamızın ileride yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı görüşündeyiz.

Dermatolojik hastalıkların psikolojik etkileri; hastalığın şiddeti, hastanın kişilik özellikleri, aile ve toplum içerisinde hastalığın anlamı gibi hastalık, hasta ve topluma bağlı özellikler ile ilişkilidir. Bu nedenle psikodermatoloji hastalarının tedavilerinde yaklaşım salt hastalık üzerine olmamalıdır. Tedavi ve takip sürecinde dermatoloji ve psikiyatri hekimlerinin işbirliği içerisinde çalışması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Cristophers E, Mrowietz U. Psoriasis. Ed: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K et al, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 8th Edition, pp. 407-36, Mc Graw Hill Inc, New York, USA, 2003.
2. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatol Clin* 23(4):681-94, 2005.
3. Harth W. Clinical management in psychodermatology. 1th Edition, pp. 91-4, Springer, New York, USA, 2008.
4. H Kumbasar AY. Psychoneuroimmunologic mechanisms in pathogenesis of psoriasis. *T Klin J Int Med Sci* 1:50-5, 2005.
5. Picardi A, Porcelli P, Pasquini P, Fassone G, Mazzotti E, Lega I, et al. Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients. *Psychosomatics* 47(2):122-8, 2006.
6. Stoudemire A, Hales RE. Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik etkenler ve DSM-IV Genel bir bakış. Ed: Stoudemire A, Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik faktörler. pp. 1-15, Compos Mentis Yayınları, Ankara, 1997.
7. Koçak R. Aleksitimi: Kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 35: 183-212, 2002.
8. Odom RB, James WD, Berger TG. Andrews' disease of the skin clinical dermatology, 9th Edition, pp. 218-35, WB Saunders Company, Philadelphia, 2000.
9. Holubar K. Psoriasis-100 years ago. *Dermatologica* 180:1-4, 1990.
10. Tat AL. Psoriasis'in tarihçesi ve ensidansı. VII. Ulusal Dermatoloji Kongresi Kitabı, s.1-5. Bursa, 1980.
11. Braun-Falco O, Plewing G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Erythematousquamous diseases. *Dermatology*. 2th Edition, pp. 585-607, Springer-Verlag, Berlin, Germany, 2000.
12. Lyell A. Leprosy and psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 16:620-2, 1987.
13. Raychaudhuri SP, Farber EM. The prevelance of psoriasis in the world. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 15:16-17, 2001.

14. Kundakçı N, et al. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. *Int J Dermatol* 41:220-4, 2002.
15. Griffiths CEM, Camp RDR, Barker JNWN. Psoriasis. Ed: Burns T, Breathnach S, Cox N, Rook's Textbook of Dermatology. 7th Edition, pp. 35.1-35.69, Blackwell Science, Oxford, 2004.
16. Solak Tekin N, Koca R, Altınyazar HC, et al. Zonguldak bölgesindeki psoriasis hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. *T Klin J Dermatol* 15:141-6, 2005.
17. Christophers E. Psoriasis-epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol* 26:314-20, 2001.
18. Büchau AS, Gallo RL. Innate immunity and antimicrobial defense systems in psoriasis. *Clin Dermatol* 25:616-24, 2007.
19. Nickoloff BJ, Nestle FO. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. *J Clin Invest* 113:1664-75, 2004.
20. Nair RP, Stuart PE, Nistor I et al. Sequence and haplotype analysis supports HLA-C as the psoriasis susceptibility 1 gene. *Am J Hum Genet* 78:827-51, 2006.
21. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 370:263-71, 2007.
22. Jullien D, Barker JN. Genetics of psoriasis. *JEADV* 20:42-51, 2006.
23. Cassia FF, Carneiro SC, Marques MTQ, Pontes LF, Filgueira AL, Porto LCS. Psoriasis vulgaris and human leukocyte antigens. *JEADV* 21:303-10, 2007.
24. Kim TG, LEE HJ, Youn JI, Kim TY, Han H. The association of psoriasis with human leukocyte antigens in Korean population and influence of onset and sex. *J Invest Dermatol* 114: 309-13, 2000.
25. Barker JNWN. Genetic aspects of psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 26:321-5, 2001.
26. Godic A. New approaches to psoriasis treatment. A review. *Acta Dermatoven APA* 13:50-7, 2004.
27. Bhalerao J, Bowcock AM. The genetics of psoriasis: a complex disorder of the skin and immune system. *Hum Mol Genet* 7:1537-45, 1998.

28. Bachelez H. Immunopathogenesis of psoriasis: recent insights on the role of adaptive and innate immunity. *J Autoimmun* 25:69-73, 2005.
29. Norris DA, Travers JB, Leung DY. Lymphocyte activation in the pathogenesis of psoriasis. *J Invest Dermatol* 109:1-4, 1997.
30. De Rie MA, Goedkoop AY, Bos JD. Overview of psoriasis. *Dermatol Ther* 17:341-9, 2004.
31. Ortonne JP. Recent developments in the understanding of the pathogenesis of psoriasis. *Br J Dermatol* 140:1-7, 1999.
32. Prinz JC. The role of T cells in psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 17:257-70, 2003.
33. Krueger JG. The immunologic basis for the treatment of psoriasis with new biologic agents. *J Am Acad Dermatol* 46:1-23, 2002.
34. Barker JN. Genetic aspects of psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 26:321-5, 2001.
35. Lowes MA, Lew W, Krueger JG. Current concepts in the immunopathogenesis of psoriasis. *Dermatol Clin* 22(4):349-69, 2004.
36. Ozawa M, Aiba S. Immunopathogenesis of psoriasis. *Curr Drug Targets Inflamm Allergy* 3(2):137-44, 2004.
37. Özden MG, Solak Tekin N. Psoriasis patogenezinde yenilikler. *T Klin J Dermatol* 17: 112-8, 2007.
38. Leung DYM, Hauk P, Strickland I, Travers JB, Norris DA. The role of superantigens in human diseases: therapeutic implications for the treatment of skin diseases. *Br J Dermatol* 139:17-29, 1998.
39. Mrowietz U, Elder JT, Barker J. The importance of disease associations and concomitant therapy for the long-term management of psoriasis patients. *Arc Dermatol Res* 298:309-19, 2006.
40. Richards HL, Fortune DG, Weidmann A, Sweeney SK, Griffiths CE. Detection of psychological distress in patients with psoriasis: Low consensus between dermatologist and patient. *Br J Dermatol* 151(6):1227-33, 2004.
41. Seville RH. Psoriasis and stress. *Br J Dermatol* 97(3):297-302, 1978.

42. Devrimci Ozguven H, Kundakci TN, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 14(4):267-71, 2000.
43. Harvima RJ, Viinamaki H, Harvima IT, Naukkarinen A, Savolainen L, Aalto ML, et al. Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol* 76(6):467-71, 1996.
44. Higgins E. Alcohol, smoking and psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 25:107-10, 2000.
45. Drew GS. Psoriasis review- primary care; clinics in office practice. *Dermatology* 27(2): 385-406, 2000.
46. Lebwohl M. Psoriasis. *Lancet* 361:1197-204, 2003.
47. Papp K, Berth-Jones J, Kraballe K, Wozel G, de la Brassinne M. Scalp psoriasis: a review of current topical treatment options. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 21:1151-60, 2007.
48. Şentürk N. Saçlı deri psoriazisi. *T Klin J Dermatol* 1 (özel sayı 3): 24-30, 2008.
49. Petty AA, Balkrishnan R, Rapp SR, Fleischer AB, Feldman SR. Patients with palmoplantar psoriasis have more physical disability and discomfort than patients with other forms of psoriasis: implications for clinical practice. *J Am Acad Dermatol* 49:271-5, 2003.
50. Lizuka H, Takahashi H, Yamamoto AI. Pathophysiology of generalized pustular psoriasis. *Arch Dermatol Res* 295:55-9, 2003.
51. Baran R, Tosti A. Nails. Ed: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, *Dermatology in General Medicine*. 6th Edition, pp. 656-71, Mc Graw-Hill, New York, USA, 2003.
52. Şanlı H. Tırnak psoriyazisi ve tedavisi. *T Klin J Int Med Sci* 1:39-45, 2005.
53. Bruce IN. Psoriatic arthritis: clinical features. Ed: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, *Rheumatology*. 3th Edition, pp.1241-52, Elsevier Limited Mosby, 2003.
54. Baysal Akaya V, Ceyhan MA. Psoriasis tanı ve ayırıcı tanı. *T Klin J Int med Sci* 1:62-7, 2005.

55. Erkin G. Psoriazisde tanı koydurucu dermatopatolojik bulgular. T Klin J Dermatol-Special Topics 1(3):21-23, 2008.
56. Murphy M, Kerr P, Grant-Kels JM. The histopathologic spectrum of psoriasis. Clin Dermatol 25:524-8, 2007.
57. Tüzün Y, Güner MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji. 3. Basım, s.745-64, Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, 2008.
58. Ergun T. Psoriasisın sistemik tedavi klavuzu: Yöntem seçimi ve izlemle ilgili pratik öneriler, tartışmalı konular. Turkish Journal of Dermatology 1:8-14, 2007.
59. Felman SR, Gelfand JM, Stein Gold L, et al. The rol of topical therapy for patients with extensive psoriasis. Cutis 79:18-31, 2007.
60. Lebwohl M, Ali S. Treatment of psoriasis. Part 1. Topical therapy and phototherapy. J Am Acad Dermatol 45:487-98, 2001.
61. Duman D. Psoriaziste topikal tedaviler. T Klin J Dermatol-Special Topics 1(3):55-62, 2008.
62. Stern RS. Psoriasis. Lancet 350:349-53, 1997.
63. Lebwohl M, Menter A, Koo J, Feldman SR. Combination therapy to treat moderate or severe psoriasis. J Am Acad Dermatol 50: 416-30, 2004.
64. Roelofzen JH, Aben KK, van der Valk PG, et al. Coal tar in dermatology. J Dermatolog Treat 18:329-34, 2007.
65. Diffey BL, Farr PM. An appraisal of ultraviolet lamps used for the phototherapy of psoriasis. Br J Dermatol 117(1):49-56, 1987.
66. Beissert S, Schwarz T. Role of immunomodulation in diseases responsive to phototherapy. Methods 28:138-44, 2002.
67. Şebnem Ö. Lokal fotokemoterapi. Ed: İşçimen A, Dermatolojide gelişmeler. s.116-23, Mega Basım, İstanbul, 2005.
68. Bilen N. Dar-band UVB ve Topikal PUVA. T Klin Dermatoloji XV Prof Dr A Lutfü Tat Sempozyumu Ana Konular -1. s.12, 2002.

69. Lebwohl M, Ali S. Treatment of psoriasis. Part 2. Systemic therapies. *J Am Acad Dermatol* 45: 649-61, 2001.
70. Smith CH, et al.: British Association of Dermatologists guidelines for use of biological interventions in psoriasis. *Br J Dermatol* 153:486-97, 2005.
71. Lebwohl M. New developments in the treatment of psoriasis. *Arch Dermatol* 138: 686-8, 2002.
72. Lizzul PF, Aphale A, Malaviya R, et al. Differential expression of phosphorylated NF-kappaB/RelA in normal and psoriatic epidermis and downregulation of NF-kappaB in response treatment to etanercept. *J Invest Dermatol* 124: 1275-83, 2005.
73. Pirzada S, Tomi Z, Gulliver W. A review of biologic treatments for psoriasis with emphasis on infliximab. *Skin Ther Letter* 12: 1-8, 2007.
74. Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. *J Acad Dermatol* 58:826-50, 2008.
75. Stebbins WG, Lebwohl MG. Biologics in combination with nonbiologics: efficacy and safety. *Dermatologic Therapy* 17(5):432-40, 2004.
76. Gupta MA, Gupta AK. Depression modulates pruritus perception. A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis and chronic idiopathic urticaria. *Ann N Y Acad Sci* 885:394-5, 1999.
77. Turan Ş, Özmen M. Psikodermatolojik hastalıklarda tedavi modelleri. *Türkderm* 44 (özel sayı:1):46-51, 2010.
78. Shenefelt PD. Hypnosis and dermatology. *Arc Dermatol* 136(3):393-9, 2000.
79. Bilaç C, Öztürkcan S. Dermatolojide yaşam kalitesi. *Sağlıkta Birlik* 1(2):48-58, 2006.
80. Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ: Dermatology quality of life scales- a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol* 136:202-6, 1997.
81. Kirby B, Richards HL, Hindle E, Main CJ, Griffiths CEM: Physical and psychological measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol* 45:72-65, 2001.

82. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CEM. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol* 137(5):755-60, 1997.
83. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Jr., Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 41(3 Pt 1):401-7, 1999.
84. Finlay AY, Kelly SE. Psoriasis-an index of disability. *Clin Exp Dermatol* 12(1):8-11, 1987.
85. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, Schork NJ, Gorr SK, Ellis CN, et al. A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors. A study of 127 patients. *Gen Hosp Psychiatry* 11(3):166-73, 1989.
86. Kirby B, Fortune DG, Bhushan M, Chalmers RJ, Griffiths CE. The Salford Psoriasis Index: an holistic measure of psoriasis severity. *Br J Dermatol* 142(4):728-32, 2000.
87. İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Danacı AE, Ermertcan AT. Developing a quality of life questionnaire in patients with psoriasis. *Türkderm* 37: 189-195, 2003.
88. Kaçar N, Ergin Ş, Erdoğan BŞ. Psoriazisli hastalarda yaşam kalitesi. *Türkderm* 41:117-20, 2007.
89. Öztürk MO, Uluşahin A. Bölüm XXIII Ruhsal etkenlerle bağlantılı fizyolojik işlev/yapı bozuklukları I (psikosomatik bozukluklar) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 2. Cilt, 11.Basım, s.610-8, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2008.
90. Altunay Kıvanç İ. Psikodermatoloji tarihçesi ve genel bakış. *Türkderm* 44 (özel sayı 1):4-6, 2010.
91. Freud S, Fragment of an analysis of a case of hysteria. Ed: Strachey J, Standart Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol 7, pp.7-122, Hogart Press, London, 1953.
92. Balon R. Reflections on relevance: Psychotherapy and psychosomatics in 2005. *Psychother Psychosom* 75(1):5-11, 2006.

93. Öztürk M, Uluşahin A. Bölüm XX Nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 1. Cilt, 11. Basım, s.512-52, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2008.
94. From American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4th Edition, Text revision Washington, DC: American Psychiatric Association, copyright with permission, 2000.
95. Reprinted with permission from World Health Organization. International Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Copyright, World Health Organization, Geneva, 1992.
96. İlal GK. Psikosomatik Bozukluklara Genel Bakış. Ed: Güleç C, Köroğlu E, Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Cilt, s.760, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998.
97. Hart W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA. Clinical management in psychodermatology. pp. 3-5, Springer Berlin Heidelberg, 2009.
98. Korte J de, Hoop D de, Hulsebosch HJ, van Sandwijk FJ, van Vloten WA. The Herman Musaph Award For Psychodermatology. Dermatol Psychosom 4:48-9, 2003.
99. Öztürk MO, Uluşahin A. Bölüm IX Ruh sağlığı ve bozukluğunun tanımlanması. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1. Cilt, 11. Basım, s.129-32, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2008.
100. Öztürk MO, Uluşahin A. Bölüm XIV Ruhsal bozukluklarda tanı ve sınıflandırma. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1. Cilt, 11. Basım, s.218-24, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2008.
101. American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). (Çev. Ed: Sorias S ve ark.) Washington, D.C. American Psychiatric Association, 1990.
102. American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM-III-R). (Çev. Ed: Köroğlu E), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1989.

103. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması (Çev. Ed: Çuhadaroglu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B), Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
104. First MB, Pincus HA. The DSM-IV Text Revision: rationale and potential impact on clinical practice. *Psychiatr Serv* 53(3): 288-92, 2002.
105. Ebrinç S. Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve klinik çalışmalarda kullanımı. *Psikofarmakoloji Bülteni* 10:109-16, 2000.
106. Anastasia A: *Psychological Testing*. 6.edh. New York: Mac millan Publishing Company; 1990.
107. Aydemir Ö. Psikiyatride değerlendirme araçları: özellikleri, türleri kullanımı. Ed: Aydemir Ö, Köroğlu E, Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. s.21-30, Hekimler yayın birliği, Ankara, 2000.
108. Dennis M, Ferguson B, Tyrer P. Rating instruments. Ed: Freeman C, Tyrer P, *Reserch methods in psychiatry*. 2th Edition, pp.98-134, A Beginner's Guide, Redwood Books, 1995.
109. Marder S.R. *Psychiatric Rating Scales*. Ed: Kaplan HI, Sadock BJ, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th Edition, pp. 619-35, Maryland: Williams et Wilkins, Baltimore, 1995.
110. Öztürk MO, Uluşahin A. Bölüm XXI Kişilik bozuklukları. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 2. Cilt, 11. Basım, s.555-83, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2008.
111. Çevik A, Şentür V. Sınır ve narsistik kişilik bozuklukları. Ed: Işık E, Taner E, Işık U, Güncel Klinik Psikiyatri. s.404-19, Golden print matbaası, Ankara, 2008.
112. Stagner, R. *Psychology of Personality*. McGraw Hill, New York, USA, 1961.
113. Feist J, Feist GJ. *Theories of personality*. McGraw Hill, Boston, USA, 2002.
114. Oldham JM. Personality disorders: Recent history and future directions. Ed: JM Oldham, AE Skodol, DS Bender, *Textbook of Personality Disorders*. pp. 3-16, American Pschiatric Publishing Inc., Washington D.C., London, England, 2005.

115. Coccaro EF, Siever LJ. Neurobiology. Ed: JM Oldham, AE Skodol, DS Bender, Textbook of Personality Disorders. pp. 155-70, American Pschiatric Publishing Inc., Washington D.C., London, England, 2005.
116. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 50(12):975-90, 1993.
117. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry 44(6):573-88, 1987.
118. Güleç MY. Psikosomatik hastalıklarda mizaç ve karakter. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 1: 201-14, 2009.
119. Kilic A, Güleç MY, Gül U, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol 22(5):537-42, 2008.
120. Güler Ö, et al. Temperament and character profile in patients with psoriasis, vitiligo and neurodermatitis. Nöropsikiyatri arşivi 44(4):139-44, 2007.
121. Dereboy F. Aleksitimi öz bildirim ölçeklerinin psikosomatik özellikleri üzerine bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Ankara, 1990.
122. Şahin AR. Peptik ülserli hastalarda aleksitimik özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi 3(1):26-30, 1992.
123. Blanchard EB, Arena JG, Pallmeyer TP. Psychometric properties of a scale to measure alexithymia. Psychother Psychosom 35(1):64-71, 1981.
124. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. Psychother Psychosom 44(4):191-9, 1985.
125. Parker JDA, Bagby RM, Taylor GJ, Endler NS, Schmitz P. Factorial validity of the 20 item Toronto Alexithymia Scale. Eur J Pers 7:221-32, 1993.
126. Güleç H, et al. Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 19(3):214-20, 2009.
127. Savin JA, Cotterill JA. Psychocutaneous Disorders. Ed: Champion RH, Burton JL, Ebling FJ, Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology. 5th Edition, pp.2482-3, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1992.

128. van de Kerkhof PC. On the limitations of the psoriasis area and severity index (PASI). *Br J Dermatol* 126(2):205, 1992.
129. Beck AT, Rush AJ, Shaw FB&Emery G. The Connitive therapy of depression. Guilford Press, New York, USA, 1979.
130. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 6(22):118-22, 1988.
131. Beck AT, Epstein N, Brown G et al. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 56:893-7, 1988.
132. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric psoperties. *J Cognitive Psychother* 12: 163-72, 1998.
133. Köse S, et al. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 14:107-31, 2004.
134. Svraic DM, et al. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arc Gen Psychiatry* 50(12):991-99, 1993.
135. Lee YW, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ. Impact of Psoriasis on Quality of Life: Relationship between Clinical Response to Therapy and Change in Health-related Quality of Life. *Ann Dermatol* 22(4):389-96, 2010.
136. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Health of life in patients with psoriasis. *Health and Qual Life Outcomes* 4:35, 2006.
137. Choi J, Koo JY. Quality of life issues in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 49:57-61, 2003.
138. Garduno J, Bhosle MJ, Balkrishnan R, Feldman SR. Measures used in specifying psoriasis lesion(s), global disease and quality of life: a systematic review. *J Dermatolog Treat* 18(4):223-42, 2007.
139. Sampogna F, Sera F, Abeni D. Measures of clinical severity, quality of life, and psychological distress in patients with psoriasis: a cluster analysis. *J Invest Dermatol* 122(3):602-7, 2004.
140. Rakesh SV, D'Souza M, Sahai A. Quality of life in psoriasis: a study from south India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 74(6):600-6, 2008.

141. Aghaei S, Moradi A, Ardekani GS. Impact of psoriasis on quality of life in Iran. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 75(2):220, 2009.
142. Janowski K, Steuden S. Severity of psoriasis and health-related quality of life: the moderating effects of temperament. *Br J Dermatol* 2008;158(3):633-5.
143. Gurel MS, Yanik M, Simsek Z, Kati M, Karaman A. Quality of life instrument for Turkish people with skin diseases. *Int J Dermatol* 44(11):933-8, 2005.
144. Augustin M, Krüger K, Radtke MA, Schwippel I, Reich K. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology* 216(4):366-72, 2008
145. Schäfer I, Hacker J, Rustenbach SJ, Radtke M, Franzke N, Augustin M. Concordance of the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) and patient-reported outcomes in psoriasis treatment. *Eur J Dermatol* 20(1):62-7, 2010.
146. Colombo G, Altomare G, Peris K, Martini P, Quarta G, Congedo M, Costanzo A, Di Cesare A, Lapucci E, Chimenti S. Moderate and severe plaque psoriasis: cost-of-illness study in Italy. *Ther Clin Risk Manag* 4(2):559-68, 2008.
147. Bilgic A, Bilgic O, Akış HK, Eskioğlu F, Kılıç EZ. Psychiatric symptoms and health-related quality of life in children and adolescents with psoriasis. *Pediatr Dermatol* 27(6):614-7, 2010.
148. de Jager ME, van de Kerkhof PC, de Jong EM, Seyger MM. A cross-sectional study using the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) in childhood psoriasis: negative effect on quality of life and moderate correlation of CDLQI with severity scores. *Br J Dermatol* 163(5):1099-101, 2010.
149. Perrott SB, Murray AH, Lowe J, Mathieson CM. The psychosocial impact of psoriasis: physical severity, quality of life and stigmatization. *Physiol Behav* 70:567-71, 2000.
150. Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol* 47(4):512-8, 2002.

151. Cozzani E, Borrini V, Pennella A, Burlando M, Cardo P, Rebora A, Parodi A. The quality of life in Italian psoriatic patients treated with biological drugs. *G Ital Dermatol Venereol* 145(6):709-12, 2010.
152. Zachariae R, Zachariae CO, Lei U, Pedersen AF. Affective and sensory dimensions of pruritus severity: associations with psychological symptoms and quality of life in psoriasis patients. *Acta Derm Venereol* 88:121-7, 2008.
153. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mork C, et al. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 146:1006-16, 2002.
154. Schmitt J, Wozel G. The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology* 210(3):194-9, 2005.
155. Yang Y, Koh D, Khoo L, Nyunt SZ, Ng V, Goh CL. The psoriasis disability index in Chinese patients: contribution of clinical and psychological variables. *Int J Dermatol* 44(11):925-9, 2005.
156. Leibovici V, Canetti L, Yahalomi S, Cooper-Kazaz R, Bonne O, Ingber A, Bachar E. Well being, psychopathology and coping strategies in psoriasis compared with atopic dermatitis: a controlled study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 24(8):897-903, 2010.
157. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther* 23(2):174-80, 2010.
158. Kirby B, Richards HL, Woo P, et al. Physical and psychological measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol* 45(1):72-6, 2001.
159. Schmitt JM, Ford DE. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. *Dermatology* 215(1):17-27, 2007.
160. Choi EH, Brown BE, Crumrine D, Chang S, Man MQ, Elias PM, et al. Mechanisms by which psychologic stress alters cutaneous permeability barrier homeostasis and stratum corneum integrity. *J Invest Dermatol* 124(3):587-95, 2005.

161. Schmitt J, Ford DE. Understanding the relationship between objective disease severity, psoriatic symptoms, illness-related stress, health-related quality of life and depressive symptoms in patients with psoriasis - a structural equations modeling approach. *Gen Hosp Psychiatry* 29(2):134-40, 2007.
162. Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Tabolli S, Abeni D. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *Br J Dermatol* 54(2):325-31, 2006.
163. O'Leary CJ, Creamer D, Higgins E, Weinman J. Perceived stress, stress attributions and psychological distress in psoriasis. *J Psychosom Res* 57(5):465-71, 2004.
164. Zachariae R, Zachariae C, Ibsen HH, Mortensen JT, Wulf HC. Psychological symptoms and quality of life of dermatology outpatients and hospitalized dermatology patients. *Acta Derm Venereol* 84(3):205-12, 2004.
165. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Bragna M, Puddu P, Pasquini P. Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body. *Acta Derm Venereol* 81(6):410-4, 2001.
166. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, et al. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 44(5):374-81, 2003.
167. Tse WS, Bond AJ. Serotonergic involvement in the psychosocial dimension of personality. *J Psychopharmacol* 15:195-98, 2001.
168. Syvalahti EK. Biological aspects of depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 377:11-15, 1994.
169. Staley JK, Malison RT, Innis RB. Imaging of the serotonergic system: interactions of neuroanatomical and functional abnormalities of depression. *Biol Psychiatry* 44:534-49, 1998.
170. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, et al. Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *J Affect Disord* 52:203-7, 1999.

171. Natio M, Kijima N, Kitamura T. Temperament and Character Inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students. *J Clin Psychol* 56:1579-85, 2000.
172. Gruz RA, Przybeck TR, Spitznagel EL, Cloninger CR. Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis. *J Affect Disord* 74:123-30, 2003.
173. Taylor GJ. Alexithymia Concept, measurement and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry* 141(6):725-32, 1984.
174. MacLEAN PD. Psychosomatic disease and the visceral brain, recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomatic Medicine* 11:338-53, 1949.
175. Freedman MB, Sweet BS. Some specific features of group psychotherapy and their implications for selection patients. *International journal of Group Psychotherapy* 4:355-68, 1954.
176. Nemiah JC, Sifneos PE. Psychosomatic illness: A problem in communication. *Psychotherapy Psychosomatic* 18(1):154-60, 1970.
177. Cooper ED, Holmstrom RW. Relationship between alexithymia and somatic complaints in a normal sample. *Psychother Psychosom* 41:20-24, 1984.
178. Türk M. Üniversite öğrencilerinde aleksitimik özellikler ile ruh sağlığı arasındaki ilişki. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1992.
179. Gürkan SB. Aleksitimi. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2(14):99-103, 1996.
180. Loas G. Prevalence of alexithymia in a general population. *Annual Medical Psychology* 153(5):355-57, 1995.
181. Troisi A, et al. Nonverbal behavior and alexithymic traits in normal subjects. Individual differences in encoding emotions. *J Nerv Ment Dis* 184(9):561-6, 1996.
182. Vingerhoets AJJM, Assies J, Poppelaars K. Weeping and prolactin. *International journal of Psychosomatics* 39(1-4):81-82, 1992.
183. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol* 47(9):903-10, 2008.

184. Sayar K, Köse O, Ebrinç S, et al. Hopelessness, depression and alexithymia in young Turkish soldiers suffering from alopeci areata. *Dermatol Psychosom* 2:12-15, 2001.
185. Richards HL, Ray DW, Kirby B, et al. Response of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 153:1114-20, 2005.
186. Allegranti I, Gon T, Magaton-Rizzi G, et al. Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol* 186:146-7, 1994.
187. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P, et al. Stress, social support, emitional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics* 46:556-64, 2005.
188. Masmoudi J., Maalej I., Masmoudi A., Rached H., Rebai A., Turki H., Jaoua A. Alexithymia and psoriasis: A case-control study of 53 patients. *L'Encéphale* 35(1):10-17, 2009.
189. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE et al. Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 58:89-96, 2005.
190. Fava GA, Perini GI, Santonatastaso P, et al. Life events and psychological distress in dermatological disorders: psoriasis, chronic urticaria and alopecia. *Br J Med Psychol* 53:277-82, 1980.
191. Rubino IA, Somino A, Stefanato CM, et al. Separation-individuation, aggression and alexithymia in psoriasis. *Acta Derm Venereol Suppl* 146:87-90, 1989.
192. Picardi A, Abeni D. Stresful life events and skin diseases: disentanling evidence from myth. *Psychother Psychosom* 70:118-36, 2001.
193. Yazıcı Güleç M, Kılıç A, Gül Ü, Güleç H. Psoriasis Hastalarında Aleksitimi ve Öfke. *Nöropsikiyatri Arşivi* 46:169-74, 2009.

8. EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı



T.C.
ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu

TOPLANTI TARİHİ : 14.05.2009

TOPLANTI NO : 2009/06

KARARLAR :

19- Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanlığının “Psoriazisli Hastalarda Kişilik Özellikleri ve Aleksitiminin Yaşam Kalitesi İle İlişkisi” konulu başvurusunun Etik Kurullara uygun olduğuna,

Oy Birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R


Doç.Dr. Banu D. GÜN
Hastane Etik Kurulu Başkanı

Ek 2: Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Psoriasisli hastalarda kişilik özellikleri ve aleksitiminin yaşam kalitesi ile ilişkisi”dir.

Bu araştırmanın amacı, psoriasisli hastalarda, hastalık şiddetine ve hastalık süresine göre yaşam kalitesini belirlemek ve yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon ilişkisi , psoriasisli hastaların kişilik özellikleri ve aleksitimi varlığının saptanması 'dır.

Bu çalışmada size yaşam kalitesi, anksiyete,depresyon, kişilik analizi, aleksitimi (duygu körlüğü) saptamak amaçlı çeşitli anketler verilecek ve cevaplamamız istenecektir. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre yaklaşık 45 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 200'dir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sorulan anket sorularına sizin için en doğru cevabı vermek sizin sorumluluğunuzdur.Bu çalışmada sizin için hiçbir risk bulunmamaktadır.Sizin için beklenen yararlar testler sonucunda olası anksiyete, depresyon riski varlığı saptanması durumunda psikiyatri polikliniğine yönlendirilecek olmanız olası ruhsal durum rahatsızlıklarının düzeltilebileceği ve dolayısı ile hastalığınızın seyrinin olumlu yönde etkilenicek olmasıdır.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için 03722612202-2196 no.lu telefondan Dr Sibel DUYSAK'a başvurabilirsiniz. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında,bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek 3: Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği

PSORİAZİS YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ			
Ad Soyad:		Dosya No:	
Hastalığım nedeniyle insanların bakışlarını üzerimde hissediyorum			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
Hastalığımla ilgili pek çok insan soru soruyor			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
İnsanlar pişirdiğim yemekleri yemek istemiyorlar			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
Görünümüm nedeniyle tanımadığım kişilerin yanına gidemiyorum			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
Başkalarının yanında kaşınmak zorunda kalıyorum			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
İstediğim giysiyi giyemiyorum			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
Kuaför ya da berbere gitmekten çekiniyorum			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
İnsanlar bana dokunmamaya (el sıkışma...) özen gösteriyorlar			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
Hastalığım nedeniyle iş bulmakta zorlanıyorum			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
İnsanlar hastalığının bulaşıcı olduğunu düşünerek aynı ortamda bulunmak istemiyorlar			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
İstediğim halde insanların toplu halde bulunduğu yerlere (lokanta,deniz...) gitmekten çekiniyorum			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
Karşı cinsle yakınlaşmakta zorluk çekiyor , eş bulamayacağımı düşünüyorum			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
Kepeklerimden dolayı evim ve giysisilerim çok kirleniyor			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
Cinsel yaşamım etkileniyor			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
Merhemleri sürmek bıkırtıcı ve zaman alıcı geliyor			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
İlaçların yan etkileri olabileceğini düşünüyorum			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)
Tedavileri oldukça pahalı buluyorum			
Hiç (0)	Biraz (1)	Oldukça (2)	Çok (3)

Ek 4: Mizaç ve Karakter Envanteri

Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK	DOĞRU	YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.	D	Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi yuvarlak içine alınız.)

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıttan emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine inanırım.	D	Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiiiden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni inditen kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amaç ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünse bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerde öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duyguları kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaplıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez "dalgın" olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok, eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim.	D	Y

30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yapam.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydı için, uzunca bir süre aynı işlerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırır.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcamam.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış paniteleri yaşam.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldımam.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50. Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganım.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusaldır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezme olanak veren, bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımla, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirir.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y

62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaşsın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakın ve güvenli kalırım.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaş kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etrafıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.	D	Y
85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y

91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yakanşarlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarımı uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerine dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlayamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasassız kalırım.	D	Y

120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahatır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağı için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlanım olduğunu hissederim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygulanımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylesse bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımdan acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y

150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kapırım ki, bir an neredede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarının arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yangılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için, savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkilere belirlir.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlencilidir.	D	Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığımı inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığını inanırım.	D	Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y

181. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184. Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötümüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (slak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansını olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195. İçinde, ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görürür.	D	Y
198. Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnuttuk duyarım.	D	Y
200. Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla "açılmamayı" tercih ederim.	D	Y
202. Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın olduktan söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y

211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söyleyecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşamım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaşızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları üstesinden gelmeyecek kadar zayıfım.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünürlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

Ek 5: Toronto Aleksitimi Ölçeği-20

TAÖ-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

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

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

Ek 6: SCL-90-R

SCL-90- R

Adı – Soyadı:

Yaş :

Cinsiyeti :

Açıklama :

Tarih :

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Tanımlama :

Aşağıda belirtilen sorundan	0 Hiç
ne ölçüde rahatsız olmaktadır?	1 Çok az
	2 Orta derecede
	3 Oldukça fazla
	4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoşla gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ve baş dönmeler
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük
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 sona ermesi düşünceleri	.....
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	.....
17. Titreme	.....
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi	.....
19. İştah azalması	.....
20. Kolayca ağlama	.....
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi	.....
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi	.....
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	.....
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları	.....
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	.....
26. Olanlar için kendini suçlama	.....
27. Belin alt kısmında ağrılar	.....
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi	.....
29. Yalnız hissi	.....
30. Karamsarlık hissi	.....
31. Her şey için çok fazla endişe duyma	.....
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali	.....
33. Korku hissi	.....
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	.....
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi	.....
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 yapmak	.....
39. Kalbin çok hızlı çarpması	.....
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	.....
41. Kendini başkalarından aşağı görme	.....
42. Adele (kas) ağrıları	.....
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	.....
44. Uykuya dalmada güçlük	.....

45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk ve sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünmeme hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük
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 batığı 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. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme 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. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme

78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma	.....
79. Değersizlik duygusu	.....
80. Size kötü bir şey olacaktı duygusu	.....
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	.....
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	.....
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	.....
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması	.....
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi	.....
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller	.....
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	.....
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama	.....
89. Suçluluk duygusu	.....
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi	.....

Ek 7: Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevapı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|---|---|
| 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum. |
| 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsam.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor. | 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. | 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum. | 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınam.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyordum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum. | 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. | 20 (0) Sekse karşı ilginde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilgin az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum. | 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |
| 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum. | |

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 8: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

Ek 9: PYKÖ faktör analiz yükleri

PYKÖ'deki soruların faktör analiz yükleri

No	Madde içeriği	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
1	Hastalığım nedeniyle insanların bakışlarını üzerimde hissediyorum	0,767	-0,124	-0,177
2	Hastalığımla ilgili pek çok insan soru soruyor	0,664	-0,231	-0,235
3	İnsanlar pişirdiğim yemekleri yemek istemiyorlar	0,598	0,508	-0,116
4	Görünümüm nedeni ile tanımadığım insanların yanına gidemiyorum	0,798	-0,043	-0,310
5	Başkalarının yanında kaşınmak zorunda kalıyorum	0,483	-0,173	-0,451
6	İstediğim giysiyi giyemiyorum	0,644	-0,470	0,104
7	Kuaför ya da berbere gitmekten çekiniyorum	0,642	-0,218	0,041
8	İnsanlar bana dokunmamaya (el sıkışma...) özen gösteriyorlar	0,779	0,307	-0,243
9	Hastalığım nedeni ile iş bulmakta zorlanıyorum	0,570	0,590	0,056
10	İnsanlar hastalığının bulaşıcı olduğunu düşünerek banden uzak duruyor ve aynı ortamda bulunmak istemiyorlar	0,715	0,377	-0,208
11	İstediğim halde insanların toplu halde bulunduğu yerlere gitmekten çekiniyorum	0,720	-0,149	-0,181
12	Karşı cinsle yakınlaşmakta zorluk çekiyor, eş bulamayacağımı düşünüyorum	0,494	0,309	0,493
13	Kepeklerimden dolayı evim ve giysilerim çok kirleniyor	0,699	-0,122	0,180
14	Cinsel yaşamım etkileniyor	0,690	-0,059	0,367
15	Merhemleri sürmek bıkıtırıcı ve zaman alıcı geliyor	0,540	-0,444	0,109
16	İlaçların yan etkileri olabileceğini düşünüyorum	0,622	-0,084	0,423
17	Tedavileri oldukça pahalı buluyorum	0,653	0,050	0,343

Faktör1 : Psikososyal sorunlar, faktör 2: Günlük yaşamdaki zorluklar, faktör 3: Tedaviye yönelik sıkıntılar.