

TC

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**DERİ ve ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI**



**PSORİASİS HASTALARINDA, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VARLIĞININ,  
TRAVMA DAYANIKLILIĞININ, BAĞLANMA ÖZELLİKLERİNİN,  
DEPRESYON-ANKSİYETE VARLIĞININ ve DUYGU DÜZENLEME  
GÜÇLÜĞÜNÜN YAYGINLIĞI ve HASTALIK ŞİDDETİNE ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**

Dr. Ekin Özge AYKAN

**TEZ DANIŞMANI**

Prof. Dr. Zerrin ÖĞRETMEN

Çanakkale/2018

TC  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
DERİ ve ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

PSORİASİS HASTALARINDA, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VARLIĞININ,  
TRAVMA DAYANIKLILIĞININ, BAĞLANMA ÖZELLİKLERİNİN,  
DEPRESYON-ANKSİYETE VARLIĞININ ve DUYGU DÜZENLEME  
GÜÇLÜĞÜNÜN YAYGINLIĞI ve HASTALIK ŞİDDETİNE ETKİSİ

**UZMANLIK TEZİ**

Dr. Ekin Özge AYKAN

**TEZ DANIŞMANI**

Prof. Dr. Zerrin ÖĞRETMEN

Çanakkale/2018

T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

Deri ve Zührevi Hastalıklar uzmanlık  
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
Dr. Ekin Özge AYKAN'ın **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18.05.2018

TEZ KONU BAŞLIĞI

PSORİASİS HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VARLIĞININ,  
TRAVMA DAYANIKLILIĞININ, BAĞLANMA ÖZELLİKLERİNİN, DEPRESYON-  
ANKSİYETE VARLIĞININ VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN  
YAYGINLIĞI VE HASTALIK ŞİDDETİNE ETKİSİ.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Zerrin ÖĞRETMEN

Tez Jürisi Üyeleri:  
Adı Soyadı

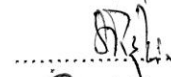
Prof. Dr. Zerrin ÖĞRETMEN

Prof. Dr. Süleyman PIŞKIN

Doç. Dr. Sevilay KILIÇ

imzası





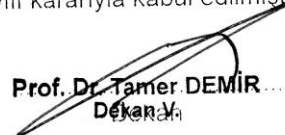


(Notah tablolar ve eksh  
literatürlerin taranma-  
ması kaydıyla)

(Tez edilen ve  
bitirilen elisliklerin  
fiderilmesi kaydıyla)

ONAY:

Bu tez Anabilim/Bilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen yukarıdaki  
jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Fakülte Yönetim  
Kurulunun 31/05/2018 tarih ve 122/1/4.. sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

  
Prof. Dr. Tamer DEMİR  
Dekan V.

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince destekte bulunan başta tez danışmanım Prof. Dr. Zerrin ÖĞRETMEN olmak üzere, tez jürimdeki Prof. Dr. Süleyman PİŞKİN, Doç. Dr. Demet GÜLEÇ ÖYEKÇİN hocalarıma; eğitim sürecimde destek olan Doç. Dr. Sevilay KILIÇ ve Dr. Öğr. Üyesi Selda IŞIK MERMUTLU hocalarıma,

Dermatoloji eğitimimdeki temel taşları oluşturan Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kıymetli hocaları Prof. Dr. Sema AYTEKİN, Doç. Dr. Şirin YAŞAR ve Doç. Dr. Fatih GÖKTAY'a,

Psikodermatolojiyi sevmemi sağlayan, ufkumu açan, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki kıymetli hocam Prof. Dr. İlnur KIVANÇ ALTUNAY'a,

İstatistik eğitimi konusunda yardımını esirgemeyen Arş. Gör. Dr. Buse YÜKSEL'e,

Yol arkadaşlarım Bengisu ÖZARSLAN, Duygu ALPTEKİN AVCI, Ceren GÜL, Alper EKİNCİ'ye ve değerli hemşirelerimiz Dilek BULDAN ile Emine EKER'e,

Süreç boyunca her türlü sorumu ilgi ile cevaplayan Kadir BULUT'a,

Varlığıyla beni mutlu ettiği, hayata dayanma gücümü arttırdığı ve koşulsuz sevginin en büyüğünü yaşatıp, en zor anlarda bile dünyamı güzelleştirdiği için, gün ışığım Defne Pera'ya,

Asistanlık sürecinde bıkmadan sunduğu karşılıksız desteğinden dolayı sevgili eşim Okyanus Necdet AYKAN'a,

Yetişmemde büyük gayretler sarf eden kıymetlilerim, babam Arif ÖZDEMİR ve annem Aynur ÖZDEMİR ile varlığıyla kendimi yalnız hissetmememi sağlayan, kardeşten öte kuzenim Seher ÖZBEK'e,

Tüm fedakarlıkları için ikinci anne ve babam Güler ve Servet AYKAN'a, ablam Simge AYKAN ZERGEROĞLU'na teşekkür ederim.

Dr. Ekin Özge AYKAN

Mayıs, 2018



## ÖZET ve ANAHTAR KELİMELEER

**Amaç:** Psoriasis, kronik gidişli, tekrarlayıcı karakterde, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Psoriasisin psikosomatik yönü uzun yıllardır merak edilmiştir. Hastalığın seyirinde ve atakların gelişiminde ruhsal etkenlerin rolü iyi bilinmektedir. Duygusal stres varlığında, psoriasisin daha şiddetli seyrettiği; psoriasislilerde anksiyete ve depresyonun daha sık olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir.

Çocukluk çağındaki olumsuz yaşam olaylarının, psoriasis gelişimine etkisini araştıran sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalarda, psoriasis hastalarında çocukluk çağı travmalarının daha sık olduğu bildirilmiştir. Ruhsal dayanıklılığın psoriasislilerde daha düşük olduğu ve psoriasislilerin duygu düzenlemede güçlükler yaşadıkları belirtilmektedir. Güvensiz bağlanma da genel toplumdan daha sıktır. Bu çalışmada, psoriasis hastalarında çocukluk çağı travmalarını, travmaya ruhsal dayanıklılığı, yetişkin bağlanma özelliklerini, anksiyete ve depresyonu, duygu düzenlemede yaşanan güçlükleri ve bu etkenlerin hastalık şiddetine olan etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Literatürde; psoriasis hastalarında çocukluk çağı travmalarını, bağlanmayı, duygu düzenlemeyi, dayanıklılığı, depresyon ve anksiyeteyi aynı anda, aynı hasta grubunda değerlendiren başka bir araştırma bulunamamıştır.

**Yöntem:** Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Yerel Etik Kurul Komitesi onayı doğrultusunda, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvurmuş, psoriasis tanısı almış, çalışmaya katılmayı kabul eden 73 hasta dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak, çalışma hastalarıyla benzer yaş ve cinsiyette, psikosomatik yakınması, psikiyatrik hastalığı, psoriasis olmayan 70 kişi, randomize olarak seçilmiştir. Hasta ve kontrol grubu bilgilendirilerek, yazılı onam alınmıştır. Hasta ve kontrol grubunun, yaş, cinsiyet, boy, kilo, sigara-alkol kullanımı, ek hastalık varlığı, psikiyatrik

hastalık varlığı, aile öyküsü, hastalık süresi gibi bilgilerinin yer aldığı sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Hastaların, psoriasis tutulum alanları ve PAŞİ skoru kaydedilmiştir. Hastalarla görüşerek ve aynı zamanda kağıt kalem yöntemi ile İlişki Ölçekleri Anketi, sadece kağıt kalem yöntemi ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği, Duygu Düzenleme Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği doldurulmuştur. 18 yaş altı, zihinsel kapasitesi ölçekleri doldurabilecek yeterlilikte olmayan, okuma-yazma bilmeyen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Sonuçlar kontrol grubuyla ve PAŞİ ile kıyaslanıp, Binary Lojistik Regresyon Backward Conditional modeli kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:**Hasta grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin toplam puanı ortalaması  $43,2 \pm 12,9$ , kontrol grubunun ortalaması  $31,6 \pm 6,9$ 'du, hasta grubunun Ruhsal Dayanıklılık Ölçeği toplam puanı ortalaması  $109,9 \pm 23,6$ , kontrol grubunun ortalaması  $137,5 \pm 14,1$ 'di, hasta grubunun İlişki Ölçekleri Anketi'nin güvenli bağlanma alt tipi puanı ortalaması  $4,1 \pm 1,1$ , kontrol grubunun ortalaması  $5,2 \pm 0,9$ 'du, hasta grubunun Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'nin anksiyete alt tipi puanı ortalaması  $9,6 \pm 4,6$ , kontrol grubunun ortalaması  $5,6 \pm 3,1$ 'di, hasta grubunun Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'nin depresyon alt tipi puanı ortalaması  $7,2 \pm 4,3$  kontrol grubunun ortalaması  $3,2 \pm 2,4$ 'tü, hasta grubunun Duygu Düzenleme Ölçeği'nin dışa vurumun baskılanması alt tipi puanı ortalaması  $15,6 \pm 5,7$ , kontrol grubunun ortalaması  $13,1 \pm 4,6$ 'ydı ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,0001$ ).

**Tartışma ve Sonuç:**Psoriasis, psikosomatik yönü uzun yıllardır araştırılan, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Çocukluk çağında yaşanan olumsuz olaylar, bakım veren ile kurulan ilişkinin ve bağın niteliği, duygu düzenleme stratejileri ve kişinin ruhsal dayanıklılığı, psikosomatik hastalıkların gelişiminde rol oynayan ruhsal etkenlerdir. Psoriasislilerde anksiyete ve depresyon varlığı kontrollerden yüksek saptanmış olup, birçok çalışmada alevlenmeyle ilişki kurulmuştur. Bu çalışmada görüldüğü üzere ruhsal etkenler, psoriasislilerde, kontrol grubundan

daha fazladır ve hastalığın ortaya çıkışında gerek immunolojik etkileriyle, gerekse somatizasyon yoluyla rol almaktadırlar.

Ruhsal etkenlerin PAŞİ ile ilişkisi bu çalışmada kurulamamıştır. PAŞİ skoru şiddetli saptanan hasta sayısı yeterli olmadığından, PAŞİ'yle ruhsal etkenlerin ilişkisini aydınlatacak daha geniş örneklemler araştırılmaya ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada, psoriasis hastalarına multidisipliner yaklaşımın ve ruhsal faktörleri değerlendirmenin önemi bir kez daha ortaya koyulmuştur.

**ANAHTAR KELİMELER:** Psikolojik dayanıklılık, reaktif bağlanma bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu, duyguların ifadesi.



## ABSTRACT and KEY WORDS

**Introduction and Objective:** Psoriasis is a chronic, recurrent, inflammatory skin disease. Psychosomatic aspect of psoriasis has been wondered for many years. The role of psychological factors in the development of the disease is well known. In the presence of emotional stress, psoriasis is more severe; many studies have indicated that anxiety and depression are more common in psoriasis. There are limited studies investigating the effects of adverse life events in childhood on the development of psoriasis, and if the frequency of trauma has increased. Psychological durability is lower in psoriasis and psoriasis patients has difficulties in emotion regulation. Insecure attachment characteristics are more frequent than the general population.

To our knowledge, there isn't any study in the literature, evaluating childhood traumas, attachment, emotional regulation, resilience, depression and anxiety in the same patient group.

**Method:** Seventy-three patients who were admitted to Çanakkale Onsekiz Mart University Medical Faculty Skin and Venereal Disease Polyclinic, who were diagnosed with psoriasis and who agreed to participate in the study were included in accordance with Çanakkale Onsekiz Mart University Local Ethics Committee approval. As the control group, 70 patients with similar age and sex, psychosomatic complaints, psychiatric disorder, psoriasis were randomly selected. Patient and control group were informed and written consent was obtained. A sociodemographic data form containing information such as age, gender, height, weight, smoking, alcohol use, presence of psychiatric illness, family history, disease duration were filled in by the patient and control group. Patients' psoriasis involvement areas and PASI scores were recorded. Hospital Anxiety Depression Scale, Adults Durability Scale, Emotion Regulation Scale and Childhood Trauma Scale were filled with the questionnaires and also by using the paper scale questionnaire. Patients under age of 18, illiterate patients who are not competent enough to fill the scales or patients with mental retardation

have not been included in the study. The results were compared with control group and PASI analyzed using Binary Logistic Regression Backward Conditional model.

**Results:** The average total point of the Childhood Trauma Scale of the patient group is  $43,2 \pm 12,9$ , the control group is  $31,6 \pm 6,9$ , psychological endurance of the patient group is  $109,9 \pm 23,6$ , the control group is  $137,5 \pm 14,1$ . The average point of the “confidently affection” subgroup of the Relationship Scales survey is  $4,1 \pm 1,1$  for the control group and,  $5,2 \pm 0,9$  for the patient's group. The average point of the “anxiety” subgroup of the Hospital Anxiety Depression Scales is  $9,6 \pm 4,6$  for the control group and,  $5,6 \pm 3,1$  for the patient's group. The average point of the “depression” subgroup of the Hospital Anxiety Depression Scales is  $7,2 \pm 4,3$  for the control group and,  $3,2 \pm 2,4$  for the patient's group. The average point of the “inhibition of expression” subgroup of the Emotion Regulation Scales is  $15,6 \pm 5,7$  for the control group and,  $13,1 \pm 4,6$  for the patient's group. These differences are statistically significant ( $p=0,0001$ ).

**Discussion and Conclusion:** Psoriasis is a chronic, inflammatory disease that has been investigated for many years. Negative events in childhood, the nature of the relationship established with the caregiver, the nature of the connection, emotional regulation strategies and the psychological well-being of the person are the psychological factors that play a role in the development of psychosomatic diseases. Anxiety and depression were found higher in psoriasis than in controls, and many studies have also been associated with exacerbation. As seen in this study, these psychological factors are greater in the psoriatic group than in the control group, and they play a role either by somatization, or by the immunologic effect on the appearance of the disease.

The relation of psychic factors to PASI was not established in this study. As the number of patients with severe PASI scores is not sufficient, there is a need for larger sample surveys to clarify the association of psychiatric factors with PASI.

In this study, multidisciplinary approach to psoriasis patients and the importance of evaluating psychological factors were revealed once again.

**Keywords:** Psychological resilience, reactive attachment disorder, depression, anxiety disorders, expressed emotions.



# İÇİNDEKİLER

ÖZET ve ANAHTAR KELİMELELER .....	vi
ABSTRACT and KEY WORDS .....	ix
İÇİNDEKİLER .....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xvii
TABLolar DİZİNİ .....	xviii
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1.Psoriasis</b> .....	<b>4</b>
2.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	4
2.1.2. Epidemiyoloji .....	5
2.1.3. Etiyoloji ve Tetikleyici Faktörler .....	6
2.1.4. Psoriasisın Patogenezi.....	21
2.1.5 Histopatoloji .....	25
2.1.6. Psoriasisın Kliniği.....	25
2.1.7. Ayırıcı Tanı .....	31
2.1.8. Tedavi.....	32
2.1.9 Komorbiditeler .....	52
<b>2.2. Psikodermatoloji</b> .....	<b>53</b>
2.2.1. Psikodermatoloji ve Tarihçesi .....	53
2.2.2.Çalışmada Yer Alan Psikiyatrik Kavramlar .....	54
<b>2.3. Amaç:</b> .....	<b>64</b>
<b>2.4. Hipotezler :</b> .....	<b>64</b>
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>66</b>
<b>3.1. Etik İzin</b> .....	<b>66</b>

<b>3.2. Örneklem Seçimi .....</b>	<b>66</b>
<b>3.3. Çalışmaya Alınma ve Dışlama Kriterleri .....</b>	<b>66</b>
<b>3.4. Veri Toplama Araçları.....</b>	<b>67</b>
3.4.1. Demografik Veriler .....	67
3.4.2. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği.....	68
3.4.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği .....	68
3.4.4. İlişki Ölçekleri Anketi.....	69
3.4.5. Duygu Düzenleme Ölçeği .....	69
3.4.6. Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği .....	70
<b>3.5. Uygulama .....</b>	<b>71</b>
<b>3.6 İstatiksel Analiz.....</b>	<b>71</b>
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>73</b>
<b>4.1.Örneklem Demografik Özellikleri .....</b>	<b>73</b>
<b>4.2 Örneklem Klinik Özellikleri .....</b>	<b>76</b>
<b>4.3 Örneklem Psikometrik Özellikleri.....</b>	<b>77</b>
4.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları Yönünden Kontrol Grubu İle Karşılaştırma .....	77
4.3.2. Duygu Düzenlemenin Kontrol Grubu İle Karşılaştırılması.....	83
4.3.3. Anksiyete ve Depresyon Yönünden Kontrol Grubu İle Karşılaştırma.....	84
4.3.4. Ruhsal Dayanıklılığın Kontrol Grubu İle Karşılaştırılması .....	88
4.3.5. Bağlanma Özelliklerinin Kontrol Grubu İle Karşılaştırılması.....	89
<b>4.4. Psikometrik Özelliklerin PAŞİ ile Karşılaştırılması .....</b>	<b>90</b>
4.4.1. Ruhsal Dayanıklılığın PAŞİ ile Karşılaştırılması .....	90
4.4.2. Çocukluk Çağı Travmalarının PAŞİ İle Karşılaştırılması.....	91
4.4.3. Bağlanma Özelliklerinin PAŞİ İle Karşılaştırılması .....	93
4.4.4. Duygu Düzenlemenin PAŞİ İle Karşılaştırılması.....	95
4.4.5. Anksiyete ve Depresyonun PAŞİ İle Karşılaştırılması .....	95

<b>4.5. Regresyon Analizi ile Değerlendirme.....</b>	<b>97</b>
<b>5.TARTIşMA.....</b>	<b>99</b>
<b>6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>110</b>
<b>7.ATIF DİZİNİ.....</b>	<b>112</b>
<b>8.EKLER .....</b>	<b>143</b>
<b>EK-1: Gönüllü Bilgilendirme Formu .....</b>	<b>143</b>
<b>EK-2: Hasta Formu .....</b>	<b>147</b>
<b>EK-3: Kontrol Formu .....</b>	<b>149</b>
<b>EK-4: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği.....</b>	<b>151</b>
<b>EK-5: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....</b>	<b>153</b>
<b>EK-6: İlişki Ölçekleri Anketi .....</b>	<b>156</b>
<b>EK-7: Duygu Düzenleme Ölçeği.....</b>	<b>158</b>
<b>EK-8: Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği.....</b>	<b>159</b>

## KISALTMALAR

<b>ABD:</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>CCL20:</b>	CC Motif Ligand 20
<b>CD:</b>	Farklılaşma Kümesi
<b>CRP:</b>	C-Reaktif Protein
<b>CRH:</b>	Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
<b>C5a:</b>	Kompleman 5a
<b>ÇÇTÖ:</b>	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
<b>DDÖ:</b>	Duygu Düzenleme Ölçeği
<b>DNA:</b>	Deoksiribo Nükleik Asit
<b>DSM:</b>	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
<b>DSÖ:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>GR:</b>	Glukokortikoid Reseptörü
<b>Gro-a:</b>	Büyümeyi Düzenleyici Alfa Protein (CXCL-1)
<b>HAD:</b>	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
<b>HIV:</b>	İnsan İmmünyetmezlik Virüsü
<b>HLA:</b>	İnsan Lökosit Antijeni
<b>HPA:</b>	Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Aksı
<b>ICAM-1:</b>	İnterselüler Adezyon Molekülü-1
<b>IFN<math>\alpha</math>:</b>	İnterferon Alfa
<b>IL-1:</b>	İnterlökin-1
<b>IL-2:</b>	İnterlökin-2
<b>IL-6:</b>	İnterlökin-6
<b>IL-8:</b>	İnterlökin-8
<b>IL-12:</b>	İnterlökin-12

<b>IL-23:</b>	İnterlökin-23
<b>İÖA:</b>	İlişki Ölçekleri Anketi
<b>LFA-3:</b>	Lenfosit Fonksiyonuyla İlişkili Antijen-3
<b>MHC:</b>	Majör Doku Uygunluk Kompleksi
<b>MÖ:</b>	Milattan Önce
<b>MS:</b>	Milattan Sonra
<b>n:</b>	Örneklem sayısı
<b>NAPSi:</b>	Tırnak Psoriasis Şiddet İndeksi
<b>p:</b>	Anlamlılık değeri
<b>PAŞİ:</b>	Psoriasis Alan Şiddet İndeksi
<b>PUVA:</b>	Psorolen Ultraviyole A
<b>RNA:</b>	Ribonükleik Asit
<b>RSQ:</b>	Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği
<b>SAPHO:</b>	Sinovit Akne Püstüloz Hiperostoz Oseit Sendromu
<b>SPSS:</b>	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
<b>Std:</b>	Standart sapma
<b>Th 17:</b>	Yardımcı T hücresi 17
<b>TSSB:</b>	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>TNF:</b>	Tümör Nekrozis Faktör
<b>UVB:</b>	Ultraviyole B
<b>VEGF:</b>	Vasküler Endotelyal Büyüme Faktörü
<b>VIP:</b>	Vazoaktif İntestinal Peptid
<b>VYA:</b>	Vücut Yüzey Alanı



## ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 4.1.** Hasta grubunun çocukluk çağı travmalarının karşılaştırılması ..... 79
- Şekil 4.2.** Kontrol grubunun çocukluk çağı travmalarının karşılaştırılması ..... 79
- Şekil 4.3.** Hasta ve kontrol gruplarının duygusal ihmal varlığına göre dağılımı 80
- Şekil 4.4.** Hasta grubunun duygusal istismar varlığına göre dağılımı ..... 81
- Şekil 4.5.** Kontrol grubunun duygusal istismar varlığına göre dağılımı ..... 81



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b> PAŞİ Hesaplama .....	<b>32</b>
<b>Tablo 2.2.</b> Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi .....	<b>34</b>
<b>Tablo 4.1.</b> Hasta ve kontrol grubunun demografik verilerinin karşılaştırılması. <b>73</b>	
<b>Tablo 4.2.</b> Hasta ve kontrol grubunun alışkanlıklar ve ek hastalık varlığına göre karşılaştırılması .....	<b>74</b>
<b>Tablo 4.3.</b> Hasta ve kontrol grubunun psikiyatrik hastalık öyküsü ve aile öyküsü varlığına göre karşılaştırılması .....	<b>75</b>
<b>Tablo 4.4.</b> Psoriasis başlangıç yaşına göre grupların psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü ve aile öyküsü yönünden karşılaştırılması.....	<b>75</b>
<b>Tablo 4.5.</b> Psoriasisin klinik formlarının dağılımı.....	<b>76</b>
<b>Tablo 4.6.</b> Hasta ve kontrollerin ÇÇTÖ puanlarının karşılaştırılması .....	<b>78</b>
<b>Tablo 4.7.</b> Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları ile eklem tutulumunun karşılaştırılması .....	<b>82</b>
<b>Tablo 4.8.</b> Tip 1 ve Tip 2 psoriasisine göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanlarının karşılaştırılması .....	<b>83</b>
<b>Tablo 4.9.</b> Hasta ve kontrol gruplarının DDÖ puanlarının karşılaştırılması .....	<b>84</b>
<b>Tablo 4.10.</b> Hasta ve kontrol gruplarının HAD puanlarının karşılaştırılması ....	<b>85</b>
<b>Tablo 4.11.</b> Psoriasis tutulum alanlarına göre grupların depresyon puanı karşılaştırılması .....	<b>86</b>
<b>Tablo 4.12.</b> Psoriasis tutulum alanlarına göre grupların anksiyete puanı karşılaştırılması .....	<b>87</b>
<b>Tablo 4.13.</b> Hasta ve kontrol grubunun Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması .....	<b>88</b>

<b>Tablo 4.14.</b> Hasta ve kontrol grubunun İÖA'ne göre bağlanma özelliklerinin karşılaştırılması .....	<b>89</b>
<b>Tablo 4.15.</b> Hafif, orta, şiddetli psoriasisde Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği'nin karşılaştırılması .....	<b>91</b>
<b>Tablo 4.16.</b> Hasta grubunda Çocukluk Çağı Travması olan ve olmayanlarda PAŞİ'nin karşılaştırılması .....	<b>92</b>
<b>Tablo 4.17.</b> Hafif, orta, şiddetli psoriasisde Çocukluk Çağı Travması Ölçeği'nin karşılaştırılması .....	<b>93</b>
<b>Tablo 4.18.</b> Hasta grubunda bağlanma özelliğine göre psoriasis şiddetinin (PAŞİ) karşılaştırılması .....	<b>94</b>
<b>Tablo 4.19.</b> Hafif, orta, şiddetli psoriasisde bağlanma özelliklerinin karşılaştırılması .....	<b>94</b>
<b>Tablo 4.20.</b> Hafif, orta, şiddetli psoriasisde duygu düzenleme gücünün karşılaştırılması .....	<b>95</b>
<b>Tablo 4.21.</b> Anksiyete ve depresyon durumuna göre gruplar arasında psoriasis şiddetinin (PAŞİ) karşılaştırılması .....	<b>96</b>
<b>Tablo 4.22.</b> Hafif, orta, şiddetli psoriasisde depresyon ve anksiyetenin karşılaştırılması .....	<b>96</b>
<b>Tablo 4.23.</b> Psoriasis gelişimini etkilediği düşünülen değişkenlerin regresyon analizi .....	<b>98</b>

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Psoriasis; eritemli, net sınırlı, üzeri sedefi renkte skuamlarla karakterize, papül veya plaklarla seyreden, inflamatuvar, kronik gidişli bir deri hastalığıdır (1-3). Hastalık gümüş renkli skuamlarından dolayı halk arasında sedef hastalığı olarak bilinmektedir. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamış olan psoriasis, dünya popülasyonunun yaklaşık %2-3'ünü etkilemektedir (2-8).

Dermatoloji hekimleri başta olmak üzere, tüm hekimlerin günlük pratiğinde karşılaştıkları psoriasis hastaları, lokalize eritemli plaklardan, yaygın tutulum gözlenen şiddetli formlara uzanabilen, remisyon ve relapslarla seyreden değişken bir kliniğe sahiptir (1, 3). Psoriasis kronik bir hastalıktır ve hastanın yaşam kalitesini diğer kronik hastalıklarla karşılaştırılabilir düzeyde etkilemektedir (9-11).

Hastalığın ortaya çıkışında keratonistlerin yaşam döngüsünde kısıalma ve artan inflamasyona bağlı olarak, sürekli uyarılması yer almaktadır (3, 7). Psoriasis psikosomatik hastalıklar içerisinde yer almakta olup etiyojisi multifaktöriyeldir (10-12). Hastalığın yaygınlık ve şiddetinin tayininde kullanılan alan şiddet indeksi (PAŞİ) ile hastalığın yaşam kalitesine olan etkisi her zaman paralel bulunmayabilir, zaman zaman alan şiddet indeksi değeri düşük bulursa dahi, hastalık yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkilemiş ve damgalanma hissine sebep olmuş olabilir. Bu sebeple hastayı değerlendirirken çok faktörlü bir bakış açısı ile bakarak bütüncül yaklaşmak önemlidir. Psoriasisli hastalarda, hayat kalitesi düşüşüne paralel olarak, tedaviye uyum da azalabilmektedir. Hastanın psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi, tedavi uyumunu artırabileceğinden göz ardı edilmemelidir (11).

Psoriasis, depresyon ve anksiyete varlığından direk olarak etkilenebilmektedir. Aynı zamanda hastalar, psoriasisin dış görünüşe olan etkisi ve günlük hayatta ortaya çıkabilecek zorluklar sebebiyle ruhsal olarak

zorlanabilirler (10, 13). Psoriasislilerin bir kısmında remisyon dönemlerinde de var olan, orta düzeyden şiddetliye kadar değişen, depresyon ve anksiyete vardır (11, 13). Hastalığın seyrinde ve aynı zamanda artrit gelişiminde, çocukluk ile erişkinlikte yaşanan psikolojik travmalar, negatif ve pozitif yaşam olayları etkili olmaktadır (12, 14).

Psoriasisli hastaların çoğunlukla içine kapanık, duygusal ihtiyaçlarını yansıtmayan, sosyal ilişkilerde başarısız ve özgüveni düşük bireyler oldukları gözlenmektedir (15-18). Literatüde; psoriasislilerin anksiyete, suçluluk, aşağılık ve bağımlılık duygularının yüksek, nörotik, çevreyle uyumsuz ve fakir kişilikli kişiler olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda psoriasisliler, depresif ve obsesif özellikler taşımaktadır. Psoriasislilerde kıskançlık, sevgi eksikliği ile bastırılmış seksüel duygular sık görülmüştür. Özellikle anne ile olan ilişkilerdeki eksiklik, sevgi eksikliğinin altında yatan temel faktördür (11).

Çocukluk çağında yaşanmış istismar ve ihmaller de psikosomatik hastalık gelişimde rol oynayabilir. Schmitt ve ark.'nın (19) yaptığı bir çalışmada, psoriasisli hastaların %32'sinde depresyon saptanmıştır. Çocukluk çağında ihmal ve cinsel istismarı içeren travmatik yaşam öyküsü varlığı, psoriasisli hastalarda, normal popülasyona göre daha yüksektir (20). Çocukluk çağı travması olan psoriasis hastalarında ise travmatik yaşam olaylarına karşı ruhsal dayanıklılık daha düşüktür (12). Çalışmalarda, hastalarda saptanan en sık çocukluk çağı travması sırasıyla ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar olup, bu hastalarda hastalık şiddeti ve artrit gelişimi daha ciddi seyretmektedir (20). Hastaların etkilenen vücut yüzey alanı arttıkça, emosyonel zekaları ve yaşamdan doyum alma oranları azalmış bulunmuştur (16). Buna ek olarak hastaların psikolojik etkilenimleri her zaman semptomların şiddeti ile ilişkili olmayıp kişinin baş etme mekanizmalarına ve derisine bakış açısına bağlı olarak değişebilmektedir. Yapılan çalışmalarda psoriasis ve psikiyatrik komorbidite birlikteliği %30 dolaylarında saptanmıştır (18, 21). Dermatologlar, hastaların psikiyatrik durumlarını değerlendirmekte çoğu zaman yetersiz kalmakta, hastaları doğru tedavi alacağı birimlere yönlendirememekte veya tedavi

verememektedirler. Bununla birlikte hastaların çok büyük çoğunluğu psikiyatrik hastalık varlığının farkında olmamakta ve damgalanma korkusu sebebiyle hekime başvurmamaktadır (8, 11). Daha önce yapılmış çalışmalarda, psoriasisin çocukluk ve erişkinlikte yaşanan negatif yaşam olayları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çocukluk ve erişkinlikteki ruhsal travmalar ile duygu düzenleme güçlüğü, psoriasis gelişimine neden olabilmektedir (12, 22, 23). Psoriasisli hastalarda ruhsal dayanıklılık, düşük bulunmuştur. Ek olarak çalışmalarda; psoriasisli hastalarda duygu düzenleme güçlüğü, özellikle de bastırmanın, kontrol grubundan anlamlı olarak fazla olduğu tespit edilmiştir. Hastaların multidisipliner değerlendirilmesi ve erken dönemde ruhsal patolojilerin uygun biçimde tedavisi ile hastalığın kontrolü ve hasta tarafından kabulü kolaylaşabilmektedir (12, 23, 24). Bu sebeple, dermatologların temel psikiyatrik yaklaşımları ve sınıflandırmaları iyi bilmeleri, tedaviye dirençli olguların yönetimi açısından önem taşımaktadır (11, 23, 25, 26).

Psoriasis hastalarında depresyon ve anksiyete varlığını değerlendiren çok sayıda çalışma olsa da; çocukluk çağı travması, travmaya ruhsal dayanıklılık, duygu düzenleme stratejileri ve bağlanma özellikleri ile ilgili sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Literatür taramalarında tüm bu etkenleri beraberce değerlendiren araştırma bulunamamıştır.

Bu çalışmada psoriasis hastalarında, çocukluk çağı travmalarını, bağlanma özelliklerini, duygu düzenlemenin ve ruhsal dayanıklılığın hastalık şiddeti ile olan ilişkisini, anksiyete ve depresyonu; Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'ni, İlişki Ölçekleri Anketi'ni, Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği'ni, Duygu Düzenleme Ölçeği'ni ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'ni kullanarak araştırdık.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Psoriasis

#### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Psoriasis, genellikle simetrik ve ekstansör bölgelerde yerleşimli, saçlı deriyi tutabilen, eritemli zeminde sedefi skuamaların izlendiği, papül ve plaklarla karakterize, kronik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Ekstansör alanlar dışında en sık sırasıyla sakral bölge ve saçlı deri tutulmaktadır. Skuamaların karakteristik rengi sebebiyle hastalığa halk arasında "sedef hastalığı" adı verilmektedir (3, 7).

Psoriasisle ilgili veriler antik çağa dek uzanmaktadır. Hastalığa ilişkin ilk veriler Hippocrates'e ait olup (MÖ 416-370) lezyonları tanımlarken Yunanca kaşıntılı ve kepekli oluşunu anlatan "psora" terimini ve "lepra" terimini kullanmıştır. Psoriasisle ait ilk doğru tanımlama ise Aulus Cornelius Celsus'a aittir. Celsus (MÖ 25-MS 45) hastalığı doğru tanımlasa da, impetigonun yeni bir varyantı olarak değerlendirmiştir. 1798 yılında Robert Willian skuamalarla seyreden hastalıkların ayrı bir antite olduğunu ilk kez tanımlamış ve lepradan farklı bir hastalık olduğunu belirtmiştir. 1798'de "lepra greacorum" ve "psora leprosa" tanımlamasını yaparak doğru bir şekilde psoriasisle tanımlasa da isimdeki lepra ibaresi kafa karışıklığına neden olmuştur. Willian'ın öğrencisi olan Viyanalı dermatolog Ferdinand Von Hebra (1816-1880) ilk olarak 1841 yılında psoriasis terimini kullanmıştır. Psoriasis, Yunanca'da kaşıntılı-kepekli manasına gelen "psora" kelimesinden türetilmiştir. Heinrich Koebner psoriasisli hastaların sağlam derilerinde travma sonrası plak çıkışı olduğunu göstermiştir ve Köbner fenomeni halen önemli bir bulgu olarak kabul görmektedir (27-29).

Psoriasis hastalığının zamanla plak, guttat, invers, palmoplantar, püstüler, eritrodermik, seboreik alt tipleri; saçlı deri ve tırnak gibi tutulum alanları tariflenmiştir. Farklı tutulum alanları ve şiddetlere göre değişen tedaviler tanımlanmış olup, her gün gelişmeye devam etmektedir (3, 30).

Her yıl 29 Ekim Dünya Psoriasis Günü olarak hatırlanmakta ve çeşitli bilgilendirici konferans ve seminerler düzenlenmektedir.

### **2.1.2. Epidemiyoloji**

Kronik seyirli, multifaktöriyel bir hastalık olan psoriasisin dünyadaki prevalansı %0,2 ile %4,8 arasında değişmektedir (31). Avrupa'daki en yüksek insidans Danimarka'dadır. Dünya genelinde en düşük prevalans Tanzanya'da (%0,009); en yüksek prevalans Amerika Birleşik Devletleri'ndedir (%5,1) ve her yıl ABD'de ortalama 150 000 yeni psoriasis vakası görülmektedir (5, 30, 31).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda prevalansın yaklaşık %1-2 dolaylarında olduğu tespit edilmiştir (32, 33). Kadın ve erkekler eşit oranda etkilenmektedirler (30). Herhangi bir yaşta başlayabilir ancak en sık görüldüğü yaş grubu 15-30 yaş aralığıdır (31).

Hastalık, başlangıç yaşına göre iki grupta değerlendirilir; ilk grup tip bir psoriasis (psoriasis popülasyonunun %50 den fazlası) olarak adlandırılmıştır. Tip bir psoriasis semptomlar, 40 yaş altında başlamaktadır ve tip bir psoriasis aile öyküsü yönünden daha çok pozitiflik göstermektedir. Genetik yatkınlıktan sorumlu olabilecek insan lökosit antijen (HLA) ilişkisi yanında, enfeksiyöz faktörler de suçlanmaktadır. Tip iki psoriasis ise 40 yaşından sonra başlayan ve HLA ilişkisi bulunmayan tiptir (34-36).



### 2.1.3. Etiyoloji ve Tetikleyici Faktörler

#### 2.1.3.1. Genetik Faktörler

Uzun zamanlardan beri psoriasisın ailesel temeli olduğu bilinmektedir. Psoriasisli hastaların aile bireylerinde psoriasis gelişme sıklığının artmış olması, hastalığın monozigotik ikizlerde daha sık görülmesi bu ilişkiyi destekler niteliktedir. Monozigotik ikizlerde konkordans oranı %70 iken, dizigotik ikizlerde %20 dolaylarındadır. Her psoriasisli veya psoriatik artritli bireyin ailesinde 1/3 ihtimalle bir psoriasisli birey bulunmaktadır (34). Ailede her iki ebeveynde de psoriasis varlığında, çocukta psoriasis gelişme riski %50 iken, tek ebeveynde varsa bu oran %16 dolaylarındadır. Hastalığın erken yaşta başlangıçlı olan formu tip birde genetik yatkınlık daha ön plandadır, çoğunlukla erkek kalıtımı ile geçtiği düşünülmektedir ve HLA Cw6 genel popülasyona oranla daha siktir. Daha ileri yaşlarda başlayan form olan tip ikide ise HLA Cw2 daha siktir. Tip bir psoriasisde HLA Cw 6'ya ek olarak HLA B57 ve DRB1-07 de yüksek saptanmıştır (6, 34).

HLA Cw6 13 beyaz ırkta, HLA Cw6 25 ise Japonlarda psoriasis ile ilişkili bulunmuştur. Bazı HLA tipleri, özel klinik formlarda daha sık görülmektedir, bunlar; "acrodermatitis continua of Hallopeau" ve püstüler psoriasisde daha sık görülen HLA B27 ile palmoplantar püstülozda HLA Aw 19 ve HLA Bw 35'tir. Eritrodermik psoriasis ve çocuklarda daha sık izlenen guttat formda ise HLA B13 ve HLA B 17 sıklığı yüksek saptanmıştır (6, 35).

Psoriasisde yapılan genetik araştırmalarda en göze çarpan yenilik major histokompabilite kompleks (MHC) genlerindedir. Bunlardan en önemlisi %50'den fazla hastada tespit edilen kromozom 6p21 lokusuna yerleşen PSORS-1 genidir. Bu keşfi takiben psoriasis vulgaristeki poligenik multifaktöriyel genetik geçişi destekleyen, farklı lokalizasyonlarda birçok gen tanımlanmıştır. Son çalışmalar ışığında ilgili gen alanları şu şekilde sıralanmıştır: PSORS1: 6p21.3, PSORS2: 7q25, PSORS3: 4q, PSORS4: 1q21, PSORS5: 3q21, PSORS6: 19p13-q13, PSORS7: 1p34-35, PSORS8: 16q12-q13, PSORS9: 4q28-31 (35).

Psoriasisle birlikteliği aşağıda bahsedilecek olan ruhsal etkenlerin de etiyojisinde suçlanan bir takım genler bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmasından muzdarip olan kişilerin %48 kadarında, herhangi psikiyatrik hastalık gelişmemiş olduğu görülmüştür. Epigenetik mekanizmalar ile açıklanan bu durumda gen-çevre etkileşimi önemli rol oynamaktadır. Bu genlerin en çok vurgulananlarından biri, serotonin gen reseptörüdür (SERT). Ekspresyon derecesi arttıkça, ruhsal dayanıklılık azalmakta ve anksiyete-depresyon yatkınlığı artmaktadır. Goldman polimorfizmi denen katekol-o-metil transferaz geni mutasyonu, hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksını düzenleyen genlerdeki tek nükleotid mutasyonları ve kortikotropin salgılatıcı faktördeki nokta mutasyonları da ruhsal patolojilerin gelişiminde rol oynamaktadır (37).

Yapılan bir çalışmada, psoriatik deriden alınan biyopsilerde SERT reseptör amplifikasyonu olan dendritik hücre varlığı ile psoriasis alan şiddet indeksi (PAŞİ) ilişkili bulunmuştur. SERT mutasyonu arttıkça PAŞİ artmaktadır (38). Diğer bir çalışmada ise, SERT alleli mutasyonu ve psoriasis arasında anlamlı bir birliktelik saptanamamıştır. Ek olarak aynı çalışmada, psoriasislilerde gelişen depresyon ile SERT alleli ekspresyonu arasında ilişki kurulamamıştır (39).

Literatürde, psoriasis ve ruhsal etkenler ile ilgili suçlanabilecek ortak bir gen henüz bulunamamıştır. Psoriasisli hastalarda serum kortizol düzeyinde ve HPA aksında aktivite artışı olduğu bulunmuştur (12). Ortak bir genetik mekanizmanın var olup olmadığı yeni çalışmaların konusu olabilir.

### **2.1.3.2. Tetikleyici Faktörler**

Psoriasis genetik yatkınlığı olan bireylerde, hastalığın multifaktöriyel patogenezi açıklar nitelikte, bazı endojen veya eksojen çevresel faktörler, genin fenotipik ekspresyonunu sağlayarak psoriasis ortaya çıkışına neden olabilir (34, 40, 41). Ayrıca genetik faktörlerden bağımsız olarak da bu etmenler, hastalığın klinik şiddetini değiştirebilirler (42, 43). Tetikleyiciler arasında stres ve ruhsal etkenler yer almaktadır (11).

#### **2.1.3.2.1. Fiziksel Travma**

Deriye uygulanan her türlü travmaya cevaben, tutulum olmayan alanlarda hastalıkla uyumlu lezyon oluşmasına "Köbner Fenomeni" (İzomorfik yanıt) denilmektedir. Deride travmaya yol açan her türlü kaşıma, kesi, sıyrık, basınç, böcek ve hayvan ısırıkları, dövme, kimyasal maddeler, termal yanıklar, aşı, radyasyon, akupunktur gibi etkenler, furonkül, herpes zoster gibi enfeksiyöz deri hastalıkları, liken planus, allerjik ve iritan kontakt dermatit, fototoksik inflamatuvar dermatozlar, izomorfik yanıtı tetikleyerek hastalığı şiddetlendirebilir veya yeni lezyon oluşumuna sebep olabilir (4, 44, 45). Psoriasis özgü bir klinik bulgu olmayan izomorfik yanıt, hastalığın aktif dönemine işaret edebilir (45).

#### **2.1.3.2.2. Enfeksiyonlar**

Psoriasisin seyrinde enfeksiyonlar önemli bir faktördür (3, 7, 42). *Streptokok*, *stafilokok*, *Candida albicans* ve *Malassezia furfur* enfeksiyonları kronik plak psoriasis alevlendirebilmektedir. *Streptococcus pyogenes* enfeksiyonları ile guttat psoriasis gelişimi arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. Ayrıca artrit gelişimi de streptokok enfeksiyonu ile ilişkili olabilir (4, 46). İnsan immünyetmezlik virüsü (HIV) ile de psoriasis lezyonlarında aktivasyon

izlenebilmektedir. HIV pozitif hastalardan alınan deri örneklerinde CD4+T lenfositlerin yoğun olarak izlenmesi sebebiyle, HIV'in süperantijen gibi davranarak T hücrelerini aktive ettiği düşünülmüştür (47). HIV pozitif kişilerde psoriasis insidansı normal popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur ve daha şiddetli seyretmiştir. Hastalığın terminal evreye girdiği durumlarda ise psoriasisin şiddeti azalmaktadır (48).

#### **2.1.3.2.3. İlaçlar**

Psoriasis gelişiminde ve alevlenmesinde 200'den fazla ilaç bildirilmiştir. Bunların içinde en iyi bilinenleri lityum, beta adrenerjik blokerler ve anti malaryallerdir (3, 7). Aynı zamanda yapılan son çalışmalar ile bu ilaçlara; terbinafin, kalsiyum kanal blokerleri, tetrasiklinler, simetidin, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, lipit düşürücü ilaçlar, iyot, progesteron, indometazin, nistatin, interlökinler, granülosit koloni stimulan faktörler, nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar, klonidin, amiodaron, imikimod, penisilinler gibi yeni ilaçlar da eklenmiştir (4, 7, 49, 50). Anti tümör nekrozis faktör (anti- TNF) tedavilerine bağlı gelişen olgular da bildirilmiştir (51).

#### **2.1.3.2.4. Sigara**

Psoriasis hastalarında sigara içme oranı, içmeyenlerden yüksektir. 2005 yılında yapılmış 560 kişiyi içeren bir çalışmada (Naldi ve ark.) (52); sigara içenlerde ve eskiden içmiş olanlarda psoriasis gelişme riski daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda palmoplantar püstüloz gelişiminin de sigara içimi ile iyi bilinen bir ilişkisi vardır. Sigara kullanımı, sitokin salınımı ve nötrofil göçünü artırıcı etkiye sahiptir. Aynı zamanda hücrel immunitiyi baskılayarak, immunitenin humoral tarafa kaymasına sebep olmaktadır. Prenatal dönemde sigaraya maruz kalan kişilerde psoriasis sıklığında anlamlı artış tespit edilmiştir (53, 54). Özellikle günde 15 adetten fazla sigara kullanımında sigara, psoriasis gelişimi için bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilebilir (55).

Psoriasis gelişimi ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere yapılmış çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, psoriasis ile düzenli sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (56). HLA-Cw6 pozitif bireylerde sigara kullanımı ile psoriasis gelişimi, HLA-Cw6 negatif bireylere göre yaklaşık olarak 11 kat daha sıktır. Bu ilişki de göstermektedir ki, genetik yatkınlığı olan bireylerde sigara gibi çevresel etkenlerin de eklenmesiyle psoriasis gelişebilmektedir (57).

#### **2.1.3.2.5. Alkol**

Alkol kullanımı ile psoriasis gelişim riski artmakta, aynı zamanda alkol kullanan hastalarda artan siklin D1 ve keratinosit büyüme faktörü gibi proinflamatuvar sitokinler ile hastalık aktive olabilmekte, hastalığın seyri alkol kullanımından etkilenmektedir (53, 55).

Yapılan çalışmalarda psoriasisli hastalarda alkolizm prevalansında artış saptanmış olup, hastaların tedavi yanıtı alkol kullanımından olumsuz etkilenmektedir (55, 58).

#### **2.1.3.2.6. Obezite ve Beslenme**

Obezite, vücut kitle indeksinin 30'un üzerinde olması durumudur, 35'in üzerinde olduğu durumlar morbid obezite olarak adlandırılır. Psoriasislilerde obezite, genel popülasyona kıyasla artmıştır ve hastalığın ortaya çıkışını, seyrini, tedavi cevabını etkilemektedir (59). Obezitede artan yağ dokusu, proinflamatuvar sitokinler için bir kaynak olmakta ve sistemik inflamasyonu başlatmaktadır. Metabolik sendrom adı verilen bu sistemik inflamasyonda, özellikle intraabdominal adipöz doku kaynaklı pek çok proinflamatuvar mediyatör [leptin, adiponektin, IL-6, tümör nekroz faktör  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), plazminojen aktivatör inhibitör-1], artmış olup psoriasis alevlenmesi ve oluşumunda rol oynamaktadır (59-62).

Düşük kalorili beslenme ve diyetle omega-3 takviyesi, psoriasisli hastalarda PAŞİ skorunun gerilemesini sağlayabilmektedir (63, 64).

### **2.1.3.2.7. Endokrin ve Metabolik Sebepler**

Hipokalseminin, psoriasisin kliniğini şiddetlendirdiği bilinmektedir. Hipokalsemi varlığı generalize püstüler psoriasis tetikleyebilir. D vitamini analogları, keratinositlerin aktivasyonunu düzenleyerek fayda göstermektedir. Serum vitamin D konsantrasyonu psoriasisli hastalarda daha düşük saptanmış olup, PAŞİ arttıkça vitamin D seviyesi düşmektedir (65, 66).

Psoriasis insidansı, puberte ve menapoz döneminde olmak üzere iki pik yapmaktadır. Gebelik ve östrojen tedavileri de psoriasis seyrini etkilemektedir (67, 68). Gebelikte %40 hastada hastalığın seyrinde değişim izlenmezken, %40 hastada iyileşme, %20 hastada ise kötüleşme olmaktadır. Tipik olarak postpartum dönemde ise alevlenir. Östrojen artışı ise psoriasis tetikleyebilmektedir. Hastalığın menstrual siklus seyrine paralel relapslar göstermesi, östrojen replasmanı ile kötüleşmesi, antiöstrojen tedavi ile gerilemesi bu hipotezi güçlendirmektedir (69, 70).

### **2.1.3.2.8. Ruhsal Etkenler**

#### **A. Genel Bakış**

Psoriasisin psikosomatik yönü uzun yıllardır araştırılmaktadır. Hastalığın başlangıcında ve seyrinde ruhsal etkenlerin önemi iyi bilinmektedir (13, 71). Psikolojik stres, psoriasis gelişiminde endojen bir risk faktörüdür (72). Yüksek stresli olarak değerlendirilen hasta grubunda PAŞİ skoru daha yüksekken, düşük stresli grupta daha düşüktür. Ruhsal durum ile psoriasis arasındaki ilişki çift yönlüdür. Alevlenmelerde ruhsal faktörlerin etkisi görülse de, aynı zamanda hastalığın oluşturduğu görsel ve fonksiyonel sıkıntı da ruhsal durumu

etkilemektedir (11, 73). Artan depresyon, psoriasis tetiklemekte; psoriasis varlığının yarattığı sıkıntı da depresyonu şiddetlendirmektedir. Bu etkileşim bir kısır döngünün varlığına yol açmaktadır. Kaşıntının fazla olduğu hastalarda depresyon daha fazla görülmüştür ve depresif duygudurum ile kaşıntının şiddeti yakından ilişkilidir (11, 74, 75). Psoriasisde depresyon ve anksiyete, birçok organik hastalıktan daha fazla saptanmıştır ve hastaların bir kısmında intihar düşüncesi vardır. Psoriasisli hastalarda depresyonun bir işareti olabilen aleksitimi, normal popülasyondan daha sık bulunmuştur (12, 20, 75-77).

Yapılan çalışmalarda, özellikle ilk atak öncesi yaşanan majör bir stresin, hastalığı başlatan faktör olabileceği gösterilmiştir (11, 78). Psoriasisin seyri ile duygusal stres arasındaki ilişki, değişik çalışmalarda %40-80 dolaylarında bulunmuştur (79). Psoriasisli hastalarda her zaman majör bir stres varlığı gerekmez, şekil bozukluğuna yol açan bir hastalıkla beraber yaşamının getirdiği devamlı ve zayıf bir stres varlığı da, hastalığın gelişiminde ve ataklarında etkili olabilir (11, 80). Deride psoriasisle bağlı hoşça gitmeyen bir görüntü olması, başka insanlar tarafından kirli olduğunun düşünüleceği korkusu sebebiyle hastalar, günlük hayatta ve ilişkilerinde sorun yaşamaktadırlar. Aynı zamanda hastaların beden algıları da bozulabilmektedir (11, 19, 81). Stresin psoriasisde diğer deri hastalıklarına oranla alevlenmelere daha fazla sebep olduğu vurgulanmıştır (11). Bazı hastaların hafif lezyonlardan çok etkilenmelerine karşın, daha ileri lezyonu olan hastaların, hastalıklarından rahatsızlık duymadıkları gözlenmiştir (82). Hastalıkları geç yaşta başlayan hastalarda kabullenme nispeten daha kolay olmakta, bu durum yaşam deneyimleri, olgunluk, görüntünün öneminin azalması, başka doyumların varlığı ile açıklanmaktadır (83). Stres, hastalığı alevlendiren en önemli faktörlerden biridir (17). Depresyon ve anksiyete, psoriasis tanılı hastalarda en çok karşılaşılan ruhsal hastalıklardır (84).

Çeşitli çalışmalarda, psoriasis hastalarında depresyon prevalansının %10-62 olduğu, depresyon riskinin topluma göre 1,5 kat arttığı saptanmıştır (81, 85). Yaklaşık her 15 psoriatik hastadan biri intihar teşebbüsünde bulunmakta ya da intiharı düşünmektedir (86). Ruhsal dayanıklılık psoriasis hastalarında daha

düşüktür, duygu düzenleme güçlüğü daha sıktır (12, 23). Çocukluk çağı travmasını da içeren, olumsuz yaşam olayları psoriasis gelişimini tetikleyebilmektedir (12). Dermatolojik hastalıklardaki bağlanma özelliklerini inceleyen bir çalışmada da gösterildiği gibi, güvenli bağlanma özellikleri gösteren hastalarda, stres yönetimi ve ruhsal dayanıklılık daha fazladır; bu sebeple, hastalığın psikosomatik yönünün ağır bastığı kişilerde, güvensiz bağlanma özellikleri daha yüksek olabilir (87). Psoriasisin başta depresyon olmak üzere, birçok psikiyatrik hastalıkla beraber izlenmesi ve hastalığın seyrine ruhsal durumun etkisi sebebiyle, hastalarda psikolojik ve psikofarmakolojik yaklaşımların gerekliliği göz ardı edilmemelidir (12). Buna rağmen, hastalığın tedavisine yönelik güncel rehberlerde, depresyona yönelik değerlendirmenin nasıl ve ne şekilde yapılması gerektiği konusunda bir öneri bulunmamaktadır.

Uygulanan sistemik tedaviler ve dar bant ultraviyole B'nin depresyon üzerine olumlu etkilerini gösteren çalışmalar olduğu gibi, psikiyatrik tedaviler de ruhsal patolojilerin ortadan kaldırılması için gereklidir (88-91). Dermatologlar, hastaların psikiyatrik durumlarını değerlendirmekte çoğu zaman yetersiz kalmakta, hastaları doğru tedavi alacağı birimlere yönlendirememekte veya tedavi verememektedirler. Bununla birlikte hastaların çoğunluğu psikiyatrik hastalık varlığının farkında olmamakta veya damgalanma korkusuyla hekime başvurmamaktadırlar.

Hastaların psikiyatrik açıdan erken dönemde değerlendirilip uygun tedavilere yönlendirilmesi, hastalığın daha hızlı ve etkin bir şekilde kontrol edilmesine olanak sağlayabilecektir. Bu sebeple, dermatologların temel psikiyatrik yaklaşımları iyi bilmeleri tedaviye dirençli olguların yönetimi açısından önem taşımaktadır (11, 92-94). Multidisipliner bir yaklaşım ile hastanın ruhsal dayanıklılığını geliştirmek, psoriasisin yönetimini ve hastalığın hasta tarafından kabulünü kolaylaştırabilmektedir (12).

## **B. Patogeneizde Ruhsal Etkenlerin Yeri**



Epidermis ve nöral yapıların orjini olan nöral plak, gelişmekte olan embriyoda, ektodermden köken almaktadır ve bu sebeple deri ile santral sinir sistemi uzun yıllardır ilişkilendirilmektedir (95, 96).

Psoriasis ile depresyon ve diğer ruhsal patolojilerin, hangi mekanizma ile birliktelik gösterdiği net olarak açıklanamamaktadır ve ilişki olasılıkla indirektir (97). Normal bir immun yanıtta antijenler T hücreleri tarafından yok edildiğinde immun yanıt sonlandırılır, ancak psoriasisli hastalarda abartılı bir immun yanıt söz konusudur ve bu sebeple otoimmun bir hastalık olduğu düşünülmektedir (98, 99).

Depresyon; psoriasis gibi, inflamasyonla ilişkili olduğu ileri sürülen bir hastalıktır (100). IL-1beta, IL-6, TNF- $\alpha$ , intersellüler adezyon molekülü-1 (ICAM-1) ve C- reaktif protein (CRP) gibi sitokinler, hem psoriasis hem de depresyon patogenezinde önemli rol oynamaktadır (100, 101).

Üzerinde sıklıkla durulan diğer bir mekanizma, duygusal stresin hem hücreSEL hem de humoral immun sistem üzerine etkileri olduğudur (11). Strese karşı yanıtta rol oynayan üç psikofizyolojik mekanizma bildirilmiştir. Bunlardan ilki; stresin hipofiz-adrenokortikal sisteme olan etkileri, ikincisi nöropeptitlerdeki değişimler ve üçüncüsü ise immun sisteme olan etkileridir (22, 78). Stres yaşayan insanlarda, lenfositlerde interferon sentezi ve nötrofillerin fagositozu artmaktadır (11). Strese karşı bedensel yanıtın düzenlenmesinde sadece adrenal bez/ön hipofiz aksı değil, aynı zamanda serebral korteks ve limbik sistem de yer almaktadır. Kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), arjinin-vazopressin, adrenokortikotropik hormon, glukokortikoidler, sitokinler, katekolaminler ve bunların dışında birçok mediyatör strese karşı fizyolojik cevapta rol oynar (96). Psikolojik stres ile artan substans P ve vazoaktif intestinal peptid gibi endonöropeptitler hastalığın immunolojik yoldan aktive olmasına aracı olmaktadır (73). Ayrıca, çalışmalarda, psoriasisli hastaların fonksiyonel beyin görüntülemelerinde, insular kortekste sinyal azalması izlenmiştir (102).

Yapılan bir çalışmada, stressör ile karşılaştırılan psoriasisli ve sağlıklı gönüllülerin, psikoendokrin ve metabolik reaksiyonları incelenmiştir. Her iki grupta da bazal düzeyde bakılan, biyokimyasal parametreleri (kan basıncı, nabız, kan şekeri, kortizol düzeyi, idrar adrenalin salınımı) arasında anlamlı fark yokken, stresör maruziyeti sonrası kan basıncı, nabız, kan şekeri, kortizol düzeyi ve idrar adrenalin salınımında anlamlı fark saptanmıştır. Bu durum psoriasisli hastaların stresi, kontrol grubuna göre belirgin olarak daha fazla algıladıklarını düşündürmektedir. Birçok stres testinde gösterildiği gibi, psoriasisli hastaların serum kortizol seviyeleri de, sağlıklı kontrollerden daha yüksektir (12, 22, 103). Psoriasisde nöropeptitlerin, lezyonların başlamasında ve sürmesinde nöromodulator etkiler göstererek rol aldıkları düşünülmektedir. Literatürde, psoriasisde lezyonların strese tetiklenmesi bir takım nöropeptitlerin salınımıyla; simetrik ve bilateral olması ise derideki periferik sinir sonlanmalarının dağılımıyla ilişkili bulunmuştur. Psoriatik plaklarda, substans P içeren sinir sonlanmalarının yoğun olduğu ve plakların daha çok innerve olduğu vurgulanmaktadır. Ek olarak, substans P ve vazomotor intestinal peptid (VIP), psoriatik plaklarda normal deriden fazla bulunmuştur (104). Substans P ve VIP, keratinositleri uyararak, proliferasyona neden olurken, lenfomononükleer hücreleri ve endotelial hücreleri aktive eder. Aynı zamanda bu nöropeptitler, nörojenik inflamasyonda nörotransmitter gibi görev yaparlar. Artan inflamasyon ile TNF- $\alpha$  ve IL-8 salınımı da psikiyatrik patolojilere katkıda bulunmaktadır (73, 104, 105).

Psoriasisin seyrinde ve artrit gelişiminde, çocukluk ve erişkinlikte yaşanan psikolojik travmalar ile negatif ve pozitif yaşam olayları da etkili olmaktadır (18, 20). Travma, muhtemelen, hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksı üzerine ve katekolamin ile nöropeptit salınımına olan etkileriyle psoriasisin etiopatogenezine katkıda bulunmaktadır (106, 107).

Erken dönemde travmaya maruz kalmak, adrenallerik ve glukokortikoid hormonları artırarak, uzun vadede nöronal gelişimde, miyelinizasyonda ve sinaptik budanmada aksamaya yol açmaktadır (108). Bozulan nörogenez, korpus kallosumda küçülme, sol neokorteks, hipokampus ve amigdalanın daha az

gelişmesi gibi patolojilere yol açarak, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, borderline kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklara zemin hazırlar (109). Yapılan bir çalışmada; çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların, erişkinlikteki psikiyatrik hastalıklara zemin hazırladığı tespit edilmiştir (110).

Erken yaşamdaki anne bakımının, hipokampüsteki glukokortikoid reseptörlerini (GR) etkileyerek, duygulara ve davranışlara etki ettiği hayvan modellerinde gösterilmiştir. Yeterli seviyede olan anne bakımı, GR genindeki deoksiribo nükleik asitin (DNA) metilasyonunda azalmaya yol açar ve HPA aksındaki geri bildirim inhibisyonunu artırır. Bu sayede erişkinlikte, strese verilen cevabın daha optimal şekilde olmasını sağlamaya yardımcı olur (12, 111).

### **C. Ruhsal Etkenler ve Klinik ile İlişkisi**

#### **Anksiyete-Depresyon ve Psoriasis**

Anksiyete, herhangi bir stresör sonucu bireylerin içinde bulunduğu endişe, kaygı ve bunalım gibi durumları içermektedir (112). Majör depresif bozukluk, duygu, düşünce ve davranışları etkileyen, daha önce keyif veren aktivitelere karşı ilgi kaybı ile çökkünlüğe neden olan, tıbbi bir hastalıktır (113). Psoriasisli hastalarda, başka dermatolojik sorunları olan (melanositik ve non-melanositik nevüsü olan, kronik ekzemalı, vitiligolu) hastalardan anlamlı olarak daha çok anksiyete ve depresyona bağlı fiziksel semptomlar ile daha yüksek anksiyete skalası vardır (18, 26, 92, 114). Psikiyatrik hastalıkların tanısında yaygın kabul gören Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) kriterlerine göre; aşağıdaki belirtilerden en az beş tanesi, iki haftadır görülüyorsa, majör depresyon tanısı koyulmaktadır. Bu belirtiler içinde mutlaka depresif duygu durum veya anhedoni/çevreye karşı ilgisizlik olmalıdır. Bu dokuz kriter şöyledir:

1. Her gün, gün boyu süren depresif duygu durum (üzgün, boşlukta hissetme, ağlamaklı olma)
2. Her gün ve gün boyu süren etkinliklere ilgide azalma, eskisi kadar zevk alamama
3. Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı
4. İnsomnia ya da hipersomnia
5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması
6. Yorgunluk, bitkinlik veya enerji kaybının olması
7. Değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması
8. Düşüncesini yoğunlaştırmada azalma ya da kararsızlık
9. Yineleyen ölüm düşünceleri

Depresyonun patogenezi ile ilgili yaygın olarak kabul edilen mekanizma "monoamin hipotezidir" ve sinaps boşluğunda başta seratonin olmak üzere, monoamin yapıdaki nörotransmitterlerin göreceli olarak eksikliğine dayanmaktadır. Bununla birlikte, bu hipotez, depresyonla ilgili tüm mekanizmaları açıklayamamaktadır (115-117). Son yıllarda depresyonun patogenezi açıklamak amacıyla nörotropin hipotezi öne sürülmüştür. Buna göre hipokampus volümünde, nöronların plastisitesinde ve rejenerasyonunda azalma olduğu düşünülmektedir (118, 119). Nörotropin adlı bir grup molekül, nöronal plastisitenin oluşumu ve devamında rol almakta, nöronun sağ kalımını ve matürasyonunu sağlamaktadır. Duygu durum bozukluklarında, nöronal plastisitenin bozulduğu ve tedavi ile düzelebildiği bildirilmiştir (120).

Psoriasisli hastalarda, depresyon, anksiyete, obsesyon, sosyal izolasyon ve öfke kontrol problemleri gibi psikolojik bozukluklar saptanmıştır (11, 12, 75). Psoriasisde depresyon primer veya sekonder olabilir ve damgalanma hisseden hastalarda depresyon daha şiddetli seyredebilir. Psoriasis gibi deri hastalıklarının bulaşıcı olduğuna dair yanlış inanç da hastaların kaygı ve depresyon semptomlarında artışa neden olabilir (11, 121).

## Bağlanma ve Psoriasis

Bağlanma, çocuk ile bakım veren arasında kurulan, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bağıdır. Bowlby güvensiz bağlanmayı psikopatolojilerle ilişkilendirmiş olup, kendi ve başkaları ile ilgili olumsuz temsiller geliştiren çocukların, ileride ruhsal patoloji geliştirmeye daha yatkın olduklarını belirtmiştir (122). Bebeklik döneminde bakım verenle kurulan güvensiz bağlanma, sosyal etkileşimde ve duygu düzenlemede güçlüğü neden olabilmektedir (123).

Dermatolojik hastalıklardaki bağlanma özelliklerini ortaya koymayı amaçlayan bir çalışmada, sağlıklı kontrollere göre psoriasislilerde daha fazla güvensiz bağlanma özelliklerinin olduğu ve psoriasislilerin yakın ilişkilerden kaçındıkları gözlenmiştir. Bu durumu, daha çok utanma ve damgalanma hissi ile ilişkilendirmişlerdir (87). Ayrıca ruhsal patolojileri olanlarda güvensiz bağlanma özellikleri daha fazla bulunmuştur ve güvenli bağlanmanın başarılı stres yönetimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple psoriasislilerde güvensiz bağlanma özellikleri daha yüksek olabilir (87, 124). Buna rağmen bağlanma özelliklerinin dermatolojik hastalıklarla ilişkisini inceleyen çok az sayıda araştırma vardır. Picardi ve ark. (125) vitiligo olgularını ve sağlıklı kontrolleri, stresli yaşam olayları, bağlanma biçimleri, sosyal destek ve aleksitimi açısından değerlendirmişler; vitiligolularda sosyal desteğin düşük, aleksitimi ile kaçınan ve kaygılı bağlanmanın güvenli bağlamadan daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Psoriasis ve bağlanma modellerinin araştırıldığı çalışma sayısı da oldukça azdır. Bunların ilkinde, ayaktan başvuru ile gelen ve yatış gerektirmeyen 40 psoriasis hastası, psikosomatik yönünün olmadığı düşünülen dermatolojik hastalığı olan bireylerle karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür (126). Aynı klinisyenlerin yürüttüğü ikinci çalışmada, hastanede yatan psoriasislilerle, diğer psikosomatik yönü olmayan dermatoloji hastaları karşılaştırılmış; aleksitimi, kaçınan bağlanma ile zayıf sosyal desteğin psoriasisin şiddeti ve alevlenmesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (127). Başka bir çalışmada ise, son altı ay içerisinde hastalık şiddetinde artış yaşamış psoriasislilerde ruhsal faktörler incelenmiş ve başta kaçınan bağlanma olmak

üzere güvensiz bağlanma özellikleri ile psoriasis şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (124).

Depresyon, anksiyete ve çocukluk çağındaki olumsuz yaşam olayları üzerine yapılan araştırmalarda, travma öyküsü olan bireylerin bir kısmında ruhsal patolojiler gelişmediği görülmüştür. Bu durum, bakım verenlerin sevgi dolu ilgisiyle ve yakın ilişkilerin varlığı, sosyal hayattan alınan doyumla açıklanmaktadır (37).

Bağlanma kuramı ile ilgili daha geniş bilgi, "Çalışmada Yer Alan Psikiyatrik Kavramlar" bölümünde verilmiştir.

### **Çocukluk Çağı Travmaları ve Psoriasis**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından çocukluk çağı travmaları; "bir yetişkin tarafından istemli ya da istemsiz olarak yapılan ve çocuğun sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz yönde etkileyen davranışlar" olarak açıklanmıştır (128).

Çocukluk çağı travmaları, psoriasisde de artmış bulunmuştur. Psoriasisli hastalarda Simonic ve ark. (20) tarafından yapılan bir çalışmada da gösterildiği gibi, cinsel istismar ve ihmal de dahil olmak üzere, çocukluk çağı travmalarının sıklığı, sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir. Erken dönemde travmatik yaşam olaylarına maruziyet, psikopatoloji gelişimi ve psoriasis gibi otoimmün patogeneze sahip hastalıkların başlangıcı için bir risk faktörüdür (129).

Çalışmalarda, hastalarda saptanan en sık çocukluk çağı travması sırasıyla ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar olup, bu hastalarda hastalık şiddeti ve artrit gelişimi daha ciddi seyretmektedir (20). Travma, muhtemelen HPA aksı aracılığıyla, katekolamin ve nöropeptit salınımını etkileyerek, psoriasisin patogeneze katkıda bulunmaktadır (106, 107).

Çocukluk çağı travmalarının epidemiyolojisi ve ruhsal etkileri ile ilgili daha geniş bilgi, "Çalışmada Yer Alan Psikiyatrik Kavramlar" bölümünde verilmiştir.

### **Duygu Düzenleme Güçlüğü**

Duygusal hiperaktivite olarak da tanımlanan duygu düzenleme güçlüğü, tetikleyici bir uyarana karşısında, kişinin, duygusal yanıtını düzenleme ve kontrol etmesinde güçlük olması olarak tanımlanmaktadır (130). Duygu düzenlemede bireyler bilişsel yeniden düzenlemeyi ya da baskılamayı kullanabilirler. Bilişsel yeniden düzenleme, olumlu bir yapıdayken, baskılama ise olumsuz karakterdedir ve duygu düzenlemede güçlüğü ifade etmektedir. Deri, erken çocukluk döneminden beri, uygun taktik uyarılarla sakinleşme sayesinde, duygu düzenlemede görev almaktadır. Yapılan bir çalışmada, duygu düzenleme güçlüğü olan kişilerde, dermatolojik hastalıkların daha ciddi seyrettiği ve yaşam kalitesinin daha çok etkilendiği gösterilmiştir. Aynı çalışmada, psoriasis hastalarında, duygu düzenleme stratejilerinden olan baskılama daha çok saptanmıştır. Güvensiz bağlanma özellikleri olan kişilerde, duygu düzenlemede baskılamanın daha çok kullanıldığı görülmüştür, aynı zamanda, bu kişilerde sosyal destek azlığı, yakın ilişkilerden kaçınma ve ruhsal iyilik halini sürdürmemeye daha sıklıkla rastlanmaktadır (131). Duygu düzenleme ile ilgili daha geniş bilgi, "Çalışmada Yer Alan Psikiyatrik Kavramlar" bölümünde verilmiştir.

### **Ruhsal Dayanıklılık**

Ruhsal dayanıklılık; travma, kötü yaşam olayları, sıkıntıyla yüzleşme ve stresörlere adapte olma kapasitesini göstermektedir. Psoriasisli hastalarda bilindiği üzere stres daha fazladır ve strese dayanıklılık daha düşüktür (12, 20). Erken dönemde yaşanan travmatik deneyimlerin, travmayla baş etme mekanizmalarının ve ruhsal dayanıklılığın, psoriasis gelişiminde etkili olduğu düşünülmekte ve hastalığın şiddetini etkilediğine inanılmaktadır (12). Ruhsal dayanıklılık üzerine etkili olan üç temel faktör bulunmaktadır, bunlar; aile uyumu, kişisel faktörler ve dışsal destek sistemleridir (132). Dayanıklılık, gelecekte

yaşanabilecek olumsuz deneyimlerin üstesinden gelmeyi kolaylaştırmaktadır (133). Ruhsal dayanıklılığı yüksek insanlar olumsuz olayları, kişisel gelişimi için bir fırsat olarak görebilmekte ve fiziksel ve ruhsal olarak, olaylardan, daha az zarar görmektedir (134, 135). Psoriasisli hasta grubunda ruhsal dayanıklılık, kontrol grubuna göre daha az saptanmıştır ve hastalıkta aynı zamanda artmış olan anksiyete-depresyon gibi ek ruhsal etkenlerle ilişkili olabilir (12).

#### **2.1.4. Psoriasisin Patogenezi**

Psoriasisin patogenezi henüz tam aydınlatılabilmemiş değildir (3, 7). Hastalığın oluşumuna sebep olan genetik bir zemin olduğu ve bu genetik zeminde tetikleyici bir çevresel faktörle, yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabildiği düşünülmektedir (136, 137). Psoriasisin patogenezi üç temel basamakta toplanabilir, bunlar; immün sistem aktivasyonu, keratinosit hiperproliferasyonu, vasküler/endothelyal aktivasyondur (42, 136).

##### **2.1.4.1. İmmün Sistem Aktivasyonu**

Bilinmeyen bir antijenik uyarı sonucu interferon alfa (IFN alfa) gibi proinflamatuvar sitokinlerin artışı ve deride başta dendritik hücreler olmak üzere diğer hücrelerin aktivasyonu immünolojik olarak gerçekleşen temel olaylardır. Dendritik hücreler, psoriasis patogenezinde önemli sitokinler olan, interlökin 12 ve 23'ü (IL-12, IL-23) üreterek T hücrelerini aktive ederler. Artan interlökinler sonucunda keratinositlerde proliferasyon, sitokin salınımı ve antimikrobiyal peptit salınımları tetiklenmekte ve süreç kronik inflamasyon lehine işlemektedir. Keratinositlerin proliferasyonu ile derideki hücre döngüsünün süresi kısaltılmakta ve epidermal yenilenme süreci üç-dört güne kadar düşmektedir (7, 138-140).

İmmün sistem, kazanılmış ve doğal immünite olarak iki gruba ayrılabilir. Doğal immüntenin temel hücreleri; nötrofiller, doğal öldürücüler ve dendritik hücrelerdir. Bu hücrelerin patojenlere karşı ilk yanıtı genelde birkaç saat içinde



gelişir ve kazanılmış immuniteden farklı olarak, hafıza gelişmez. Kazanılmış immunitenin temelini ise naif T ve B hücreleri oluşturur. Antijen ile tekrar karşılaşma sonrası hızla matüre olarak immun yanıtı başlatırlar (141, 142). Psoriasisin patogenezinde her iki immun mekanizma da rol alabilmektedir. Özellikle kronik plak tip psoriasisde daha çok kazanılmış immunitenin rol aldığı; guttat veya püstüler formlarda doğal immunitenin ön plandadır (4, 101, 141).

Psoriasisli hastaların lezyonlu derilerinde IL-6 ve nitrik oksit sentetaz (NOS) düzeyi lezyonsuz alanlardan yüksektir. IL-6 ve NOS buradaki makrofajlarda sentez edilmektedir. Dermiste yerleşik Langerhans hücreleri ise, IL-12, IL-23 ve TNF- $\alpha$  gibi sitokinler salarak inflamasyonu başlatırlar (7, 142).

Doğal immun sistemin bir komponenti olarak keratinositler de T hücrelerine antijen sunmaktadırlar. Keratinositler ayrıca Toll benzeri reseptörler ile TNF- $\alpha$ , IL-1 $\alpha$ , IL-6, IL-8 gibi sitokinleri, kemokinleri ve mikrobiyal peptitleri salarlar, bu şekilde T hücrelerinin farklılaşma ve aktivasyonuna katkıda bulunurlar (3, 139).

Kazanılmış immunitenin, psoriasis patogenezinde rol oynayan en temel hücresi ise T lenfositlerdir. T hücreleri, TNF- $\alpha$  ve IL-6 ile uyarılarak farklılaşırlar. Özellikle T hücrelerinin, T helper 17 alt grubu, psoriasisin patogenezinde önemli bir yere sahiptir ve otoimmünite gelişiminde de rol aldıkları düşünülmektedir (3, 138-140). Literatürdeki birçok veri, hastalığın gelişiminde T hücrelerinin çok önemli bir yeri olduğunu göstermiştir. Psoriasisin, T hücre fonksiyonlarını belirgin olarak baskılayarak etki eden siklosporine iyi yanıt vermesi, psoriasisli bir hastadan alınan kemik iliğinin, psoriasisli olmayan bir hastaya verilmesi sonucunda alıcıda psoriasis gelişmesi, hastalığın oluşumunda T hücrelerinin önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bununla birlikte yeni gelişen lezyonlarda ilk görülen immunolojik bulgunun T hücrelerinin deriye göç etmesi olması da bu düşünceyi destekleyen diğer bir faktördür (4, 7, 101, 143).

Özellikle son zamanlarda üzerinde durulan yeni bir mekanizma da Th17/IL23 yolağında izlenen aşırı aktivasyondur. IL-23, Th17'leri aktive ederek, IL-17 ve IL-22 üretimine neden olmaktadır. IL-17, keratinositleri uyararak kemokin salınımı başlatmakta ve lezyonel alana nötrofillerin kemotaksisini saplamaktadır. IL-22 ise, keratinosit döngüsündeki artıştan sorumludur. Histopatolojik olarak görülen akantoz, IL-22 sebebiyle oluşmaktadır (3, 138-140).

T hücreleri tip bir ve tip iki olarak, sitokin üretme kapasitesine göre iki farklı alt grupta toplanabilir. Tip bir sitokinler daha çok intrasellüler mikroorganizmaların öldürülmesine sebep olan interferon gama ve tümör nekrozis faktör alfa iken, tip iki sitokinler daha çok hümöral immunitede rol oynayan IL-4 ve IL-5'tir (144). Sağlıklı bir bireyde tip bir ve tip iki sitokin üretimi denge halinde bulunurken, psoriasisli olan kişilerde tip bir T hücre cevabında artma söz konusudur (145). İmmun cevabı hangi uyarının tip bir yönüne kaydırıldığı net olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, yabancı bir antijenik uyarı olduğu varsayılmaktadır (1). Bu antijenik uyarıların, viral veya bakteriyel antijen ve süperantijenler ile keratin kökenli peptidler olabileceği düşünülmektedir (101, 143, 145, 146). Guttat psoriasisli, streptokokal süperantijenler ile tetiklenmesi bu faktörler arasında ilk sırada suçlanmaktadır (147).

Normal bir immün yanıtta antijenler T hücreleri tarafından yok edildiğinde immün yanıt sonlandırılır ancak psoriasisli hastalarda abartılı bir immün yanıt söz konusudur ve bu sebeple otoimmün bir hastalık olduğu düşünülmektedir (98, 99).

Makrofajlar infiltrasyonda en erken saptanan hücrelerdir. Antijen sunma kapasitesine sahiptirler, aynı zamanda monosit ve makrofajlar IL-12 ve TNF- $\alpha$  üretimi ile patogenezde rol oynarlar (42, 101, 148).

Epidermiste, nötrofillerin stratum korneum altında birikimlerine Munro mikroabseleri denilmektedir. IL-17A tarafından uyarılarak ortama çekilen nötrofiller, inflamatuvar sitokinler salarak keratinositlerin proliferasyonunu uyarırlar (3, 139, 148). Ayrıca aktive olan keratinositlerden IL-8, Gro-a gibi kemokinlerin

salınımı ve alternatif kompleman yolağının aktivasyonu sonucu ortaya çıkan kompleman-5a (C5a) da nötrofilleri ortama çağırarak aktive etmektedir (42, 101).

Özellikle erken evre psoriasis lezyonları ile lezyon çevresi komşu deride aktive olmuş ve triptaz pozitif mast hücreleri izlenmektedir. Mast hücreleri salgıladıkları sitokinler ile inflamasyon ve keratinosit aktivasyonuna katkıda bulunurlar (42).

#### **2.1.4.2. Keratinosit Hiperproliferasyonu**

Psoriasisde tutulan deri alanının temel özelliklerinden biri hiperproliferasyondur. Eskiden keratinosit anomalileri suçlanmış olsa da, aslında gösterilmiştir ki; pek çok sitokin, büyüme faktörü ve inflamatuvar hücrelerin göçü hiperproliferasyonun esas sebepleridir. İnflamasyon ise sadece lezyonel alanda değil, lezyonsuz alanda da mevcuttur (7). Keratinositler, bazı sitokinler ve kemokinleri üreterek inflamasyona katılırlar. Keratinositlerin proliferasyonu sırasında ortama saldıkları vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) ile de yeni damar yapımı artar. Keratinositlerin ürettiği, temel görevi antimikrobiyal yanıt olan beta defensin-2, beta defensin-3 ve lökosit proteaz gibi maddelerin de psoriasisin patogenezeine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (3, 139).

#### **2.1.4.3. Vasküler Endotelial Aktivasyon**

Güçlü bir mutajen ajan olan ve yeni damar yapımını sağlayan VEGF'ün miktarında artış olduğu ve bunun endotel hücrelerinde proliferasyona neden olduğu gösterilmiştir. Artan nitrik oksit de bu mekanizmaya katkıda bulunur (3, 139).

### **2.1.5 Histopatoloji**

Psoriasisin histopatolojisi, örnekleme yapıldığı lezyonun yaşına göre farklılık göstermektedir. Erken evre psoriasisin histopatolojik olarak en tipik bulgusu, yüzeysel dermis damarlarında izlenen dilatasyondur. Bu dilatasyondan kaynaklı damarlar kıvrıntılı bir hal alır ve histopatolojik olarak görülen bu değişiklik, klinikteki Auspitz fenomenine karşılık gelir. Dilate vasküler yapıların etrafında, perivasküler yangısal hücre infiltrasyonu olması, erken evre bulgularının arasındadır. Artan hücre döngüsü sebebiyle, epidermiste stratum corneum içerisinde, immatür, çekirdeğini kaybetmemiş keratinositler izlenir. Bu değişiklik parakeratoz olarak adlandırılır ve psoriasis için karakteristik bir histopatolojik bulgudur. Epidermal kalınlık arttıkça, granüler tabaka giderek inceler ve yine psoriasis için önemli bir parametre olan “granüler tabaka kaybı” ortaya çıkar. Diğer tanı koydurucu bulgu ise, stratum corneum içerisinde toplanan nötrofillerin oluşturduğu Munro mikroabseleri ile, retelerde elongasyon ve rete sırtlarında birleşme ile oluşan psoriasiform hiperplazidir (3). Püstüler psoriasisde “Munro mikroabselerinin” daha abartılı formu olan “Kogoj’un spongioform püstülleri” ve daha yoğun bir nötrofilik infiltrasyon izlenirken, guttat formda diğerlerinden farklı olarak spongioz varlığı gözlenebilir. Eritrodermik psoriasisde sıklıkla sadece dermal kapiller damarlar ve psoriasiform hiperplazi vardır ve bu bulguların görülebilmesi için biyopsi erken evrede alınmalıdır. Jeneralize püstüler psoriasisde epidermal değişimler çok silişken, dermisteki inflamatuvar infiltrat belirgin olabilir (3, 149).

### **2.1.6. Psoriasisin Kliniği**

Birçok farklı klinik ile prezente olabilir ve aynı hastada birçok klinik form bir arada olabilir.

#### **2.1.6.1. Psoriasis Vulgaris**

Eritemli zeminde, net sınırlı, üzeri sedefi-gümüşi renkli skuamlarla kaplı, hiperkeratotik plaklardır. Ekstansör yüzlere bilateral ve simetrik yerleşme eğiliminde olan psoriasis vulgaris, adından da anlaşılacağı üzere en sık görülen klinik formdur. Ekstansör yüzler dışında, lumbosakral alan, saçlı deri, tırnaklar, dış kulak yolu, kıvrım alanları gibi bölgeleri de tutabilir (150, 151).

Psoriatik plağın üzeri künt bir bistüri ile kazınırsa, skuamlar kuru lameller halinde kolayca kalkarlar, buna "mum lekesi fenomeni" adı verilmektedir. Histopatolojide gördüğümüz "parakeratozun" klinik olarak karşılığıdır. Plak kazınmaya devam edilirse eritemli zemin üzerine yerleşmiş, minik noktavi kanama odakları izlenir, bunlar dermal papilla uçlarına uymaktadır ve "Auspitz fenomeni" olarak adlandırılmaktadır (152, 153).

İyileşmekte olan psoriasis plaklarının çevresindeki vazokonstrüksiyona bağlı oluşan açık renkli halolara ise "Woronoff halkası" adı verilmektedir (7, 142, 151).

Tek tek yerleşimli küçük lezyonlar, zamanla birleşerek annüler, harita benzeri bir görünüm kazanabilir, buna coğrafik psoriasis denilmektedir. Bazen bu plaklar laterale doğru iyice büyüyüp genişler ve sirisine bir görünüm kazanırlar, bu form girat psoriasis olarak adlandırılır. Eskiyen lezyonlarda skuamlar, aynı bir istiridye kabuğu gibi, kaba lameller şeklinde üst üste yığılabilir, bu görünüme rupoid ya da ostraöz psoriasis denilir (7, 152, 154).

#### 2.1.6.2. Atipik Psoriasis Formları

**Guttat psoriasis:** Özellikle çocukluk çağı ve genç erişkinlikte görülen, gövde ve ekstremitelerin proksimal kısımlarına yerleşmeye eğilimli küçük, damla şekilli bir psoriasis formudur. İyi bilindiği üzere, A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu ile ilişkili olduğundan serumda anti streptolizin antikor titresi sıklıkla

yüksektir. HLA-Cw6 geni ile ilişkili olabilir (155). Yetişkinlikte gelişen guttat psoriasis olgularında %40 ihtimalle plak psoriasis de gelişebilir (142, 156).

**Eritrodermik psoriasis:** Psoriatik lezyonların, vücut yüzey alanının yaklaşık olarak %80'ini kaplaması sonucu oluşan ciddi ve ölümcül olabilen bir tablodur. Hastalıkta klasik eritemli ve skuamli plaklar özelliklerini yitirir ve deskuamasyon belirgin olarak azalır. Yaygın eritem ve vazodilatasyon kaynaklı yoğun ısı kaybı ile hipotermi gelişebilir. Yaygın deskuamasyon ile deriden protein kaybı gelişebilir ve buna bağlı alt ekstremitelerde daha belirgin olmak üzere ödem; renal, kardiyak ve hepatik yetmezlik gelişebilir. Derinin bariyer fonksiyonunun bozulmasına bağlı olarak sepsis gelişebilir (3, 7). Hastanın muhakkak yakın takibi ve komplikasyonlar açısından laboratuvar incelemesi gereklidir. Eritrodermik form, sıklıkla eskiden var olan psoriasis lezyonlarının üzerinden gelişmekle birlikte; nadiren ilk başlangıç da eritrodermik psoriasis şeklinde olabilir (3, 4, 7, 136, 150).

**Palmoplantar psoriasis:** Sıklıkla avuç içi ve ayak tabanlarını bilateral ve simetrik olarak tutan eritemli skuamli plaklarla karakterizedir. Bazen kalın skuamlar nedeniyle keratoderma görünümü verebilir. Hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ağrılı fissürlere ve görsel yakınmalara sebep olabilmektedir. Tırnak etkilenimi siktir. Tenar bölgeleri, hipotenar bölgelere oranla daha sıklıkla tutar ve bazen zemindeki eritem çok silik olabilir. Psoriasisin klasikleşmiş fenomenleri bu formda izlenmemektedir (3, 7, 150, 157).

**İnvers psoriasis:** Canlı kırmızı eritemli, kıvrım alanlarına yerleşen, fleksural psoriasis olarak da adlandırılan psoriasis formudur. Sıklıkla nemli olan ve sürtünmeye maruz kalan alanlar olduğundan skuamlar izlenmez (3). Kandidiyazis, seboreik dermatit ve eritrazma gibi bakteriyel enfeksiyonlar ile karışabilir, ayırıcı tanıda bu hastalıklar dışlanmalıdır. Obezlerde ve sigara içenlerde daha siktir (3, 150, 158).

**Saçlı deri psoriasis:** En sık görülen formlardan biri olup, tek başına veya diğer bölgelerdeki deri lezyonları ile beraber ortaya çıkabilir. Saçlı deri sınırında aniden sonlanan veya saçlı deri sınırı boyunca uzanan eritemli skuamli plaklar tipiktir. Seboreik dermatit ile ayırıcı tanıya girmektedir ve yalnız saçlı deriyi tutan psoriasisde iki antiteyi ayırt etmek güç olabilir (159-162).

Saçlı deri psoriasis ile seboreik dermatitin ayırımında dermatoskopi faydalı olabilir. Psoriasisde dermatoskopik olarak kırmızı dot ve globüller ile, kendi etrafında dönmüş, kıvrımlı damarlar izlenirken; seboreik dermatitte, dot ve globüllerin olmayışı ve dallanan damarlar izlenmesi tanıyı kolaylaştırmaktadır (162).

**Sebopsoriasis:** Seboreik alanlarda yerleşimli, etiolojisinde pityrosporomların suçlandığı bir psoriasis formudur. Burun, kulak, nazolabial kıvrım, presternal alan gibi bölgelerde, eritemli, hafif sarımsı ince skuamli, seboreik dermatite göre daha infiltrate ve keskin sınırlı plaklar ile seyrederek (150).

**Generealize püstüeller psoriasis:** Steril nötrofilik püstüellerle seyreden nadir bir psoriasis formudur. Genelde irritan bir tedaviye sekonder olarak veya araya giren enfeksiyon, hipokalsemi gibi tetikleyici faktörler, sistemik steroid ile topikal klobetazol propiyonat kullanan hastalarda steroidin ani kesilmesi sonucunda komplikasyon olarak ortaya çıkar (3, 7). Ani başlangıçlı, eritemli bir zemine yerleşmiş steril püstüellere eşlik eden ateş, halsizlik, poliartralji, yüksek sedimentasyon hızı ve lökositoz mevcuttur. Püstüeller birkaç gün içinde kuruyarak, yerini yeni püstüellere bırakır. Oral mukozada da püstüeller izlenebilir ve coğrafik dil görünümü olabilir (163). Eritem giderek yayılarak eritrodermiye ilerleyebilir. Tablo hızla tedavi edilmesi gereken bir durumdur ve Von Zumbusch hastalığı olarak adlandırılan akut dönemde ölümcül seyredebilir. İkincil enfeksiyonlar ve kolestaz gelişimi açısından dikkatli olunmalıdır (3, 7, 151).

**İmpetigo herpetiformis:** Gebelikte görülen generealize püstüeller psoriasisidir. Oldukça nadir bir hastalıktır. Genellikle fleksural alanlardan

başlayan, eritemli zeminde yerleşik, simetrik ve gruplaşma eğilimli püstüller ile karakterizedir (2, 118). Müköz membran tutulumu izlenebilir. Sıklıkla son trimesterde, daha nadir olarak da postpartum dönemde ortaya çıkabilir. Sonraki doğumlarda tekrarlama eğilimindedir (3, 7, 164).

**Lokalize püstüler psoriasis:** Akrodermatitis continua Hallopeau ve palmoplantar püstüloz olmak üzere iki varyantı vardır.

Akrodermatitis continua Hallopeau, el ve ayak parmaklarını tutabilen, distalden proksimale doğru ilerleyebilen, steril püstüllerle seyreden, kliniği şiddetli olduğunda tırnak ve hatta distal falanksın rezorbsiyonuna yol açabilen, bir klinik formdur (3, 165).

Palmoplantar püstüloz, genellikle erişkin kadınlarda görülen, kronik, tekrarlayıcı bir formdur. Aile öyküsü olanlarda ve sigara içen kadınlarda daha sıktır. Sinovit, akne, püstüloz, hiperostoz ve osteit bulgularından oluşan SAPHO sendromunun bir komponenti olabilir (166).

**Tırnak değişimleri:** Psoriasis deride inflamasyona yol açtığı gibi, bir deri eki olan tırnakta da inflamasyona yol açmaktadır. Tırnak bulguları psoriasisli hastalarda %11-55 arasına değişen sıklıklarda rapor edilmiştir. Bu birliktelik, artrit varlığında %80 dolaylarına dek çıkmaktadır (167, 168).

Tırnak tutulumu klinikte lökonişi, pitting, onikoliz, subungal hiperkeratoz, yağ damlası bulgusu, transvers sırtlanma, splinter hemoraji, psoriatik paronişi olarak görülebilmektedir. Püstüler psoriasisde daha şiddetli seyreden inflamasyon sonucu tırnak kaybı (anonişi), onikomadezis ve tırnak uzamasının durması görülebilir. El tırnaklarında tutulum, ayak tırnaklarına oranla daha sıktır. Tutulumun matrikste ya da tırnak yatağında olmasına göre klinik değişmektedir. Matriks tutulumu yüksük tırnak, lökonişi, lunulada kırmızı leke, distrofik tırnak



şeklinde izlenirken; yatak tutulumu yağ damlası bulgusu, splinter hemorajiler, subungal hiperkeratoz, onikoliz şeklindedir (3, 167, 168).

Tırnak tutulumunun şiddeti psoriasis tırnak şiddet indeksi (NAPSİ) ile skorlanabilir. NAPSİ hesaplaması sırasında; tırnak matriks tutulumu bulgularından yüksük tırnak, lökonişi, lunulada kırmız lekelenme, ufalanma varlığı ve tırnak yatağı tutulumundan onikoliz, splinter hemoraji, subungal hiperkeratoz ve yağ lekesine bakılır. Belirtilen parametreler her bir tırnak için değerlendirilip, sıfır ile dört arasında bir puan verilir. Her bir tırnak için; sıfır hiçbir kadranda yok, bir tırnağın 1/4'ünde var, iki tırnağın 2/4'ünde var, üç tırnağın 3/4'ünde var, dört tırnağın 4/4'ünde var anlamına gelmektedir. Toplam NAPSİ değrlendirmesinde, 0-32 arasında bir skor bulunmaktadır (169).

**Psoriatik artrit:** Psoriasisle ilişkili inflamatuvar bir artrittir. Toplumda ortalama %0,02 ile %0,1 dolaylarında görülmektedir (3, 170, 171). Psoriasisli hastalarda ise görülme sıklığı ise %6 ile %42 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Psoriatik artritte kadın/erkek oranı birdir. Hastalarda %75 oranda cilt lezyonları artritte önce başlarken, %15 vakada artrit ile eş zamanlı, %10 vakada ise artritte sonra ortaya çıkar (172). Psoriatik arriti olan hastaların %80'inde tırnak tutulumu mevcuttur. Hastaların çoğunda, HLA B27 pozitifdir (173).

Tanıda sıklıkla Classification Criteria for Psoriatic Arthritis; Psoriatik artrit sınıflama kriterleri (CASPAR) kullanılır. Tanı için hastada inflamatuvar eklem değişikliğine (artrit, spondilit veya entezit) ek olarak, aşağıdaki kriterlerden en az üç puan mevcut olmalıdır (170, 174, 175).

Aktif psoriatik cilt lezyonu (iki puan),

Psoriatik lezyon öyküsü (bir puan),

Ailede psoriasis öyküsü (bir puan)

Psoriasisin tırnak tutulumu (bir puan)

Daktilit (bir puan)

Negatif romatoid faktör (bir puan)

Jukstaglomerüler kemik eklem deformasyonunun radyolojik bulguları (bir puan)

**Mukozal tutulum:** Fissürlü dil, coğrafik dil, dudakta diskoid lupus eritematosusu taklit eder şekilde gelişen deskuamatif keilit, total diş kaybına yol açabilecek periodontal hastalık, fungiform papillalarda belirginleşme oral mukozaya ait bulgulardır; genital bölgede özellikle erkek hastalarda glans tutulumu izlenebilir ve Queyrat eritroplazisi ile ayırıcı tanı yapılması gerekebilir (150, 176-179).

### 2.1.7. Ayırıcı Tanı

Psoriasis tanısında sıklıkla zorluk çekilmez. Hastalığın bulgusu klinik ve histopatolojik bulgulara dayanır. Sıklıkla laboratuvar bulguları normaldir. Hastalığın yaygınlığına bağlı olarak, özellikle eritrodermik ve püstüler formlarda, hiponatremi, hipoalbuminemi, hipokalsemi, hiperkalemi, sedimentasyon hızında artış ve C reaktif protein (CRP) düzeylerinde artış olabilir (3, 152).

Psoriasis ayrıca seboreik dermatit, pitriasis rosea, liken planus, numuler ekzema, kontakt dermatit, pitriyazis rubra pilaris, mikozis fungoides, dermatofit ve kandida enfeksiyonları, Bowen hastalığı, ilaç erupsiyonları, sifiliz ikinci dönem lezyonları, lupus eritematozus, pitriyazis likenoides kronika, parapsoriasis, subkorneal püstüler dermatoz, akut generalize ekzentamatöz püstüloz, püstüler milarya, pemfigus foliaseus gibi hastalıklarla ayırıcı tanıya girebilir (5, 7, 152).

### 2.1.8. Tedavi

Tedavi seçiminde en önemli etken, PAŞİ ve dermatoloji yaşam kalite indeksi (DLQI) değeridir (1). PAŞİ, özellikle erişkin plak tip psoriasisinde, güvenilir ve kolay uygulanabilir bir skorlama sistemidir (180). DLQI, Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik testleri yapılmış, hastaların yaşam kalitesinin ne ölçüde bozulduğunu, semptom ve duygularını, hastalığın günlük hayata etkisini ve tedavinin etkilerini değerlendiren bir ölçektir (181-183). DLQI skoru 10'un üzerindeyse hastalık şiddetli kabul edilebilir. Aynı şekilde PAŞİ de 10'un üzerindeyse, hastalık şiddetlidir. PAŞİ hesaplanırken, avuç içleri parmak iç yüzeyleri dahil edilip vücut yüzey alanının %1'i kabul edilerek, tutulan alan belirlenir. PAŞİ ve DLQI hesaplanırken kullanılan tablolar aşağıda verilmiştir (1) (Bknz. Tablo 2.1. ve 2.2.).

**Tablo 2.1. PAŞİ Hesaplama**

<b>Etkilenen yüzey alanı (A)</b>	0: Yok 1: < %10 2: %10-29 3: %30-49 4: %50-69 5: %70-89 6: %90-100
<b>Eritem (E)</b> <b>İndurasyon (İ)</b> <b>Deskuamasyon (D)</b>	0: yok 1: hafif 2: orta 3: belirgin 4: çok belirgin
Baş (b), üst ekstremiteler(ü), gövde(g), alt ekstremiteler (a)	
$0,1 \times Ab(Eb+İb+Db)+0,2 \times A\ddot{u}(E\ddot{u}+İ\ddot{u}+D\ddot{u})+0,3 \times Ag(Eg+İg+Dg)+0,4 \times Aa(Ea+İa+Da)$	

Vücut yüzey alanı (VYA), PAŞİ ve DLQI 10'un altındaysa, hastalık hafif formda kabul edilerek, topikal tedaviler seçilmeli, hastalığın topikal tedavilere dirençli olduğu durumlarda fototerapi tercih edilmelidir.

PAŞİ'nin 10'un altında olduğu ancak DLQI değerinin 10'u geçtiği durumlar, yaşam kalitesinin bozulduğunu gösterir ve orta-şiddetli psoriasis olarak adlandırılır. Sıklıkla görünür alanların tutulumu, saçlı deride şiddetli tutulum, genital bölge tutulumu, avuç içi/ayak tabanı tutulumu, en az iki tırnakta onikoliz veya onikodistrofi, kaşıntı, ağrı, yanma gibi şikayetlerin varlığı, rekalsitran plaklar, artrit varlığı gibi durumlarda gözlenir (1).

Vücut yüzey alanı (VYA), PAŞİ ve DLQI 10'un altındaysa, hastalık hafif formda kabul edilerek, topikal tedaviler seçilmeli, hastalığın topikal tedavilere dirençli olduğu durumlarda fototerapi tercih edilmelidir.

PAŞİ'nin 10'un altında olduğu ancak DLQI değerinin 10'u geçtiği durumlar, yaşam kalitesinin bozulduğunu gösterir ve orta-şiddetli psoriasis olarak adlandırılır. Sıklıkla görünür alanların tutulumu, saçlı deride şiddetli tutulum, genital bölge tutulumu, avuç içi/ayak tabanı tutulumu, en az iki tırnakta onikoliz veya onikodistrofi, kaşıntı, ağrı, yanma gibi şikayetlerin varlığı, rekalsitran plaklar, artrit varlığı gibi durumlarda gözlenir (1). Bununla birlikte PAŞİ 10'un üzerinde olduğu halde DLQI 10'un altında olabilir, bu durum ise hastanın psoriasis ile baş etme mekanizmaları geliştirdiğini düşündürmektedir (1, 184).

PAŞİ 10'dan büyük ve/veya DLQI 10'un üzerindeyse; şiddetli plak psoriasisten söz edilebilir. Şiddetli plak psoriasisinde tedavi seçenekleri sistemik konvansiyonel tedaviler, fototerapi, kombinasyon tedavileri veya biyolojik ajan tedavileridir (1).

**Tablo 2.2. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi**

Son 1 haftadır, cildinizde kaşıntı, ağrı, acı ve yanma hissettiniz mi? Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Son bir haftadır cildiniz yüzünden kendinizi güvensiz hissettiniz mi veya utanç duygusuna kapıldınız mı? Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Son bir haftadır cildiniz alışverişe gitmenize, ev işleriyle ya da bahçe işleriyle uğraşmanıza engel oldu mu? Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Geçtiğimiz hafta içinde cildiniz giyim şeklinizi etkiledi mi? Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Geçtiğimiz hafta içinde, cildiniz yapacağınız sosyal aktiviteleri ya da boş zamanlarınızı değerlendirme şeklinizi etkiledi mi? Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Geçtiğimiz hafta içerisinde, cilt problemlerinizi herhangi bir spor faaliyeti yapmanızı engelledi mi? Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Geçtiğimiz hafta cildinizdeki durum iş hayatınızı ya da çalışmanızı etkiledi mi? Evet Hayır
Eğer hayır ise, cildiniz iş hayatınızı veya çalışmanızda ne kadar problem olur? Çok Biraz Hiç olmaz
Geçtiğimiz hafta içerisinde, cildiniz; partneriniz, yakın arkadaşlarınız ve akrabalarınızla aranızda ne kadar problem olur? Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Son bir haftada, cildinizdeki durum cinsel zorluklar çekmenize neden oldu mu? Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok
Son 1 haftada yapılan tedavilerden nasıl etkilendiniz? ( zaman kaybı olması, evde karışıklık yaratması gibi) Oldukça fazla Çok Hafif Hiç yok İlgisi yok

### **2.1.8.1. Topikal Tedaviler**

Psoriasis, %80 oranında hafif ile orta şiddette seyretmektedir ve tedavi çoğunlukla topikaldir (174). Hastaların çoğunda topikal tedaviye uyum zayıftır. Uyumu artırmak için, vücut yüzeye alanı (VYA)>%10 olan hastalara önerilmemeli, etki zayıf bulunuyorsa uygulama oklüzyon ile yapılmalı, beklentiler gerçekçi bir şekilde ortaya koyulmalı, uygun taşıyıcı form içeren, doğru ilaç kullanılarak, yan etkiler açısından hasta aydınlatılmalıdır (1).

Topikal tedavide birinci seçenek ilaçlar topikal steroidler, D vitamini analogları, kombine D vitamini analogu ve topikal steroid içeren preparatlarıdır. Tazaroten, antralin, katran, pimekrolimus ve takrolimus da kullanılabilir (174).

### **2.1.8.1. Topikal Kortikosteroidler**

Antiinflamatuvar, antiproliferatif, immunsupresif ve vazokonstrüktif etkileriyle lezyonlardaki eritem, skuam, kaşıntıya etki ederler. Bu etkilerini, hücre içi kortikosteroid reseptörlerine bağlanarak, proinflamatuvar sitokinlerin kodlanmasını sağlayan genlerin transkripsiyonunu değiştirerek gerçekleştirirler (1, 185, 186).

Stoughton-Cornell sınıflamasıyla, vazokonstrüksiyon yapıcı güçlerine göre, yedi gruba ayrılmışlardır. Grup bir süper potent steroidlerken, grup yedi çok düşük potensli steroidleri içermektedir (174). Tüm klinik varyantlarda kullanılabilirler. Seçilecek preparatın potensi ve uygulama süresi, uygulanacak alana göre farklılık göstermektedir. Özellikle süper potent steroidlerin, uygun vücut alanlarında düzenli kullanımı sonrası aralıklı uygulanmasını içeren idame tedavisinin, remisyon süresini uzattığına dair görüşler mevcuttur. Topikal steroidler, birçok ajanla kombine kullanılabilirler ve sinerjistik etki oluşabilir. Topikal D vitamini analogları, tazaroten, antralin, salisilik asit, psorolen ultraviyole A (PUVA), ultraviyole B (UVB), sistemik tedaviler ile

kombine edilebilirler. Psoriasisde sistemik steroidler, tedavi kesildiğinde püstüler veya eritrodermik formlara dönüşüme sebep olabildiğinden kullanılmamaktadır (1, 187, 188).

Topikal steroid kullanımında en sık görülen yan etkiler, özellikle grup bir ajanlarla ortaya çıkan sistemik emilim ve lokal atrofi riskidir. Atrofi özellikle yüzde ve intertrijnoz bölgelerde daha çok ortaya çıkmaktadır. İlacın uzun süre yüksek potenste kullanıldığı ve sistemik emiliminin olduğu durumlarda, Cushing Sendromu ve hipofizer-adrenal aksın baskılanması ortaya çıkabilmektedir (1, 174, 187). Aynı zamanda çocuklarda epifiz plaklarının erken kapanması ve femur başı nekrozu ortaya çıkabilmektedir. Periorbital uygulamalar sonucunda glokom izlenebilir (1, 187). Uzun süre kullanımda lokal atrofi, telanjiektazi, stria, purpura, rozasea gibi yan etkiler ve enfeksiyon riskinde artış görülebilir. Klinik yanıt oluştuktan sonra daha düşük güçte bir ajanla tedavinin sürdürülmesi, hafta sonu kullanımı veya başka bir ajanla kombinasyonu, yan etkileri azaltmak için uygulanabilecek yöntemlerdir (1, 174).

#### **2.1.8.1.2. Topikal D Vitamini Analogları**

Sentetik bir D vitamini analogu olan kalsipotriol, hafif ve orta şiddetteki psoriasisin tedavisinde ilk seçeneklerdendir (189).

Kalsipotriol, keratinositlerdeki reseptörlerine bağlanarak, proliferasyonu baskılar ve farklılaşmayı düzenler. Aynı zamanda retinoid X reseptör ilişkisi ile gen ekspresyonunu da düzenler. Grup bir kortikosteroidlerden daha zayıf bir etkiye sahip olsa da, kombinasyonlarda sinerjistik etki gösterir ve atrofi gibi yan etkilerin oluşumunu azaltır. Başlangıçta günlük kullanımı takiben, hafta içi kalsipotriol, hafta sonu topikal kortikosteroid kullanımının, uzun dönemde atrofi riskini de azalttığı gösterilmiştir (1). Günde iki kez kullanımı ile etkinliği daha yüksek olabilir. Kalsipotriol kullanımıyla oluşan remisyon süresi, topikal kortikosteroidlerinkinden daha uzun süreli bulunmuştur (188).

Renal yetersizlik ve kalsiyum metabolizma bozukluklarında kontrendike olup, en sık yan etkisi lezyonel veya perilezyonel geçici irritasyondur. Geri dönüşümlü serum kalsiyum yüksekliği yapabilir ve özellikle, 100 gram/hafta dozunun üzerinde kullanımda daha sık görülür. VYA'nı %30'u geçmeyecek şekilde uygulama yapılmalıdır. Doz sınırı aşılsa serum parathormon düzeyi bakılmalıdır. Fotosensitivite yapabilir; ancak UVB ile kombinasyonu kontrendike değildir. UVA uygulamasından önce kullanılmamalıdır. Gebelik kategorisi C'dir ve çocuklarda hafif irritasyon yan etkisi dışında güvenlidir ancak haftalık 50 gram dozu aşılmamalıdır (187, 189-190).

Kalsipotriolün, betametazon dipropionat ile olan kombine preparatının, tek başına steroid kullanımı veya D vitamini analogu kullanımından daha başarılı olduğu ve atrofi gibi yan etkileri azalttığı görülmüştür(1, 191).

#### **2.1.8.1.3. Tazaroten**

Sistemik retinoidler psoriasisde uzun süredir kullanılsa da, topikal retinoid olan tazarotenin tedaviye girişi görece yenidir ve ülkemizde preparatı bulunmamaktadır. Keratinositlerin proliferasyonunu azaltıp, diferansiasyonunu düzenlediği ve inflamatuvar belirteçleri sınırladığı düşünülmektedir. En önemli yan etkisi irritasyondur. Topikal kortikosteroidler ile kullanımı daha başarılı olmaktadır. Gebelik kategorisi X'tir (192).

#### **2.1.8.1.4. Antralin ve Katran**

İrritasyon yapıcı etkileri güçlü olduğu için düşük konsantrasyonlarda tedaviye başlanıp zamanla doz artırılmalıdır ve günümüzde kozmetik olarak daha kabul edilebilir ilaçlar kullanıldığından, pek tercih edilmemektedir (1, 174). Antralinin etki mekanizması tam olarak bilinmese de, T lenfosit aktivasyonunu önlediği düşünülmektedir. Önerilen tedavi şeması, %1'lik konsantrasyonda, 20-30 dk'lık kısa süreli kontakt tedavidir (1, 167).



#### **2.1.8.1.5. Kalsinörin İnhibitörleri**

Takrolimus ve pimekrolimus, topikal kalsinörin inhibitörleri olup, iki yaş üzerindeki çocuklarda ve erişkinlerde onaylıdır. Başta IL-2 olmak üzere, inflamatuvar sitokinlerin salınımı engelleyerek etki ettikleri düşünülmektedir. Topikal takrolimus ve pimekrolimusun, kronik plak psoriasisde zayıf bulunan etkinliği, oklüzyon ile çözülebilmektedir ve bu sebeple sorunun penetrasyonun yeterli olmayışından kaynaklandığı düşünülmektedir. Özellikle yüz ve intertrijnoz bölgeler gibi alanlarda atrofi riski taşımadığından, ilk tercih olarak seçilecek ajanlardır. Günde iki kez uygulanması önerilmektedir ve en sık yan etki lokal yanma hissidir. Gebelik kategorisi C olup, gebelik ve laktasyonda önerilmemektedir (1, 174).

#### **2.1.8.1.6. Salisilik Asit**

Topikal olarak yıllardır psoriasis tedavisinde kullanılan salisilik asit, keratinositler arası bağlantıları zayıflatarak ve stratum korneumdaki pH'ı düşürerek etki etmektedir (193). Sıklıkla tek başına kullanılmayıp, topikal kortikosteroidlerle kombine edilen salisilik asit sayesinde, topikal kortikosteroidin de penetransı artmaktadır (174). Çocuklarda salisilik asit toksisitesi açısından dikkatli olunmalıdır (1).

#### **2.1.8.1.7. Nemlendiriciler**

Nemlendiriciler psoriasis tedavisinde sıklıkla önerilse de, çok fazla veri bulunmamaktadır. Nemlendirici bir krem veya losyonla, topikal kortikosteroidin beraber kullanımı, daha az topikal steroid kullanımı gerektirdiğinden önerilmektedir. Özellikle intertrijnoz bölgelerde friksiyon ve irritasyon önemli tetikleyicilerdir ve nemlendiricilerle azaltılabilir (194). Üre içeren nemlendiriciler stratum korneumu hidrate ederek, deskuamasyonu hızlandırır ve relaps gelişimini geciktirirler (1, 174).

### 2.1.8.2. Fototerapi

Fototerapi etkili bir tedavi seçeneğidir ve ultraviyole ışınlar psoriasis tedavisinde çok eski yıllardan beri güvenle kullanılmaktadır. VYA %20'nin üzerinde olan veya topikal tedaviye dirençli hastalarda ilk seçenek olarak düşünülmelidir (1).

Etkileri birkaç yolla oluşur, bunlar (195, 196).

a) DNA gibi endojen kromoforlarla emilen UV ışınması ile fotokimyasal reaksiyonlar ve deri biyolojisinde değişiklikler,

b) DNA foto ürünü olan primidin dimerleri ile hücre döngüsünün ilerlemesinin durdurulması,

c) Psoriyatik epidermal hücrelerde DNA sentezinin UVB ile baskılanması,

d) UVB'nin tümör süpressör gen olan P53'ü artırması,

e) UVB'nin, kinazlar, fosfatazlar ve transkripsiyon faktörleri gibi sitoplazma ve hücre membranında yerleşik , çekirdek dışı molekülleri hedef alması,

f) IL-6 ve IL-10 aracılığı ile immunsupresif etkileri,

g) Aktive T hücrelerinin apoptozisi ve UVB ile Langerhans hücrelerinin antijen sunma fonksiyonlarında değişimdir.

Günümüzde sıklıkla, dar bant UVB (311-313 nm), geniş bant UVB (290-320 nm) ve PUVA kullanılmaktadır. PUVA ile dar bant UVB daha etkili ve remisyon süresi daha uzun tedavilerdir. Geniş bant UVB bu yüzden tercih edilmemektedir (197).

### **2.1.8.2.1. Darbant UVB**

Dar bant UVB (311-313 nm), yan etkilerinin PUVA'ya göre daha az olması sebebiyle uygun hastalarda tercih edilmelidir (196).

PAŞİ 75'e sekiz haftada %40-80 oranında erişir ve remisyon süresi geniş bant UVB'den daha uzundur. Lokal psoralen ile dar bant uygulanması, tek başına darbant UVB'den daha etkili olabilir (198-200). Kronik plak ve guttat psoriasis çok etkilidir ancak palmoplantar formda UVA tercih edilmelidir (201, 202). Topikal tedaviler ile kombine edilebilir ancak kalsipotriol ile kombine edilecekse tedaviden iki saat önce veya iki saat sonra uygulanmalıdır. Sistemik tedavilerden siklosporin ile kombinasyonu sakıncalıdır (1).

Kesin kontrendikasyonları kseroderma pigmentozum ve lupus eritematosus gibi fotosensitif hastalıklardır. Fitzpatrick deri tipi bir ve iki olan hastalarda kullanılması, arsenik teması, iyonize radyasyon tedavisi, fotosensitif ilaç alımı, kişisel veya ailesel melanom öyküsü olması göreceli kontrendikasyonlarıdır (1).

### **2.1.8.2.2. PUVA**

Işığa duyarlandırılan keratinositler UVA ile etkileştiklerinde, DNA ve mitokondrileri hasarlanır, antijen sunan hücrelerin sayıları da azalır (197).

Duyarlandırıcı oral yolla alınabildiği gibi, topikal, banyo ve immersiyon şeklinde de alınabilir. Bu şekilde uygulamanın etkinliği azalmazken, yan etkileri azaltılabilir ve düşük kümülatif dozlarda bile etkinlik başlayabilir. Oral PUVA [oral 8-Metoksipsoralen (MOP) 0,6-0,8 mg/kg; uygulamadan iki saat önce, maksimum 40 mg], banyo PUVA (8-MOP 0,5-1 mg/L; geniş lezyonlarda; uygulamadan 30 dk önce), immersiyon PUVA (su içinde 8-MOP 0,5-1 mg/L; el ve ayak lezyonlarında; uygulamadan 30 dk önce), krem PUVA (losyon ya da merhem içinde 8-MOP

%0,0006-0,005 cold krem içinde; el ve ayak lezyonlarında; uygulamadan 30 dk önce) olmak üzere dört farklı yöntem ile uygulanması mümkündür (1). Kalın plakları olan ve UVB'nin etkinliğinin yetersiz kaldığı hastalarda, iyi bir tedavi seçeneğidir. UVA, UVB'den daha etkili bir tedavi seçeneğidir (203-204).

Eritrodermik ve püstüler formlarda kullanılmamalıdır (205). Haftada üç uygulama ile ortalama 25-30 uygulamada yeterli sonuç alınmaktadır. Doz sıklıkla Fitzpatrick deri tipine göre ayarlanır (1).

PUVA ile ilişkili olarak aynı UVB'de olduğu gibi kısa dönemde; eritem, kaşıntı, yanma, bül oluşumu, kuruluk, herpes simpleks aktivasyonu ve ek olarak bulantı, kusma, baş ağrısı, halsizlik izlenebilir. Ağır fototoksik reaksiyon oluşursa tedaviye ara vermek gerekebilir. Nadiren fotoonkoliz ve melanonişi gelişebilir. Uzun dönemde ise poikiloderma, elastoz, hipertrikoz, lentigo görülebilir. Hayat boyu 200 seansı geçmemek, non-melanoma deri kanseri, özellikle de skuamöz hücreli karsinom gelişimi riskini azaltmak için gereklidir. Erkek hastalarda genital tümörlerin gelişimini önlemek için genital bölge koruması yapılmalıdır. PUVA tedavisine başlamadan önce göz muayenesi yapılmalıdır ancak katarakt varlığı kesin kontrendikasyon değildir. Psoralen alımı sonrası 24 saat boyunca göz koruması yapılması gereklidir. Gebelik kategorisi C'dir ve pediyatrik çağda tercih edilmesi önerilmemektedir (1, 206, 207).

PUVA'nın, asitretin ile kombinasyonu Re-PUVA olarak adlandırılır ve kümülatif doz ihtiyacını azaltır. Re-PUVA, Re-dUVB'den daha etkili bulunmuştur. PUVA'nın, dUVB'den farklı olarak metotreksat ve biyolojik ajanlarla kombinasyonu tavsiye edilmemektedir; dUVB ise metotreksat ile kombine edilebilir. Biyolojik ajanlarla ilgili olarak sadece anektodal veriler mevcuttur. Siklosporin ile kombinasyonu ise non-melanoma deri kanseri riskini artırır (190, 206).

### **2.1.8.2.3. Hedefe Yönelik Fototerapi**

Lezyonsuz deri alanları korunarak, tedavi yapılmasını ve böylece yan etkileri azaltmayı amaçlamaktadır. 308 nm excimer lazer, 308 nm excimer non-lazer ve non-excimer el cihazları kullanılabilir; bu farklı seçenekler sebebiyle tedavide standardizasyonu sağlamak zordur (1). En önemli yan etki eritem, bül ve hiperpigmentasyondur. Bunlara ek olarak karbondioksit lazer ve 585 nm pulse dye lazer de mikrovasküler etkileri nedeniyle kullanılabilir (208-210).

### **2.1.8.3. Sistemik Tedavi**

#### **2.1.8.3.1. Metotreksat**

Bir folik asit antagonisti olan metotreksat, elli yıldan uzun süredir, psoriasis tedavisinde endikedir ve orta-şiddetli veya tedaviye dirençli psoriasis ek olarak, püstüler, eritrodermik formlarda ve psoriatik artrit de kullanılmaktadır (174, 211). Folik asit analogu olan metotreksat, folata bağımlı olan tüm enzimleri inhibe ederek, timidilat ve pürin sentezini baskılar. Aktive T hücrelerindeki DNA ve RNA sentezinin baskılanması, psoriasisteki antiinflamatuvar, immunmodülatör ve antiproliferatif etkilerinden sorumludur (1, 212-214). Uygulama oral veya parenteral yapılabilir ve hem etkinlik hem de toksisite açısından fark saptanmamıştır. Haftalık verilen oral doz tek seferde veya 12 saat aralarla bölünmüş üç doz şekilde uygulanabilir. Bölünmüş dozların toksisite ve gastrointestinal yan etkiler açısından daha kolay tolere edilebilir olduğu düşünülse de bu konuda yeterli kanıt yoktur. Metotreksat başlanmadan önce test dozu (7,5 mg) uygulanıp, bir hafta sonra laboratuvar testlerinin kontrolü yapılmalıdır (174, 211). Doz 7,5 mg'dan başlanıp yavaşça artırılacağı gibi, doğrudan 15 mg'dan da başlanabilir. Uygulamaya 7,5-22,5 mg aralığındaki etkin bulunan en düşük dozdan devam edilmelidir. Etkinliğin tam ortaya çıkması dört-sekiz haftayı bulabilmektedir. Kullanım hastaya çok iyi anlatılmalı ve haftalık dozları not etmesi teşvik edilmelidir (211, 215, 216).

Metotreksat başlanmadan önce, muhakkak kontrendikasyon oluşturan, gebelik, emzirme, ileri böbrek yetmezliği, aktif enfeksiyon (hepatit B ve C mutlaka taranmalı), karaciğer hastalığı, ciddi anemi, trombositopeni, lökopeni ve ağır alkol kullanımı gibi durumların varlığı, tetrasiklin, fenitoin, trimetoprim- sulfometaksozol kullanımı gözden geçirilmelidir (1, 3). Metotreksat kullanan hastalarda tedaviye folik asit eklenmesi etkinliği değiştirmeden toksisiteyi azaltmaktadır (217).

Metotreksata bağlı karaciğer fibrozisi gelişmesi riski, kullanımı sınırlayan önemli bir faktördür. Obezite, yağlı karaciğer hastalığı, diyabet, hipertrigliseridemi, alkol kullanımı olan hastalarda risk artmaktadır. Yüksek çözünürlüklü ultrasonografi ve prokollajen III aminoterminal peptit (PIIINP) bakılması, fibrozis gelişimini takip etmede oldukça kullanışlıdır.

Yüksek riskli gruptaki hastalarda 1-1,5 gram, düşük riskli gruptaki hastalarda 3,5-4 gram kümülatif dozunda tedavinin kesilmesi ve karaciğer biyopsisi yapılması önerilmektedir. PIIINP düzeyinde artış olmasının önemli bir risk göstergesi olduğu ve takipte kullanılmasının karaciğer biyopsisi sıklığını yedi kat kadar azalttığı gösterilmiştir (211, 213, 218-220).

Metotreksat kullanımına başlanmadan önce önerilen; tam kan sayımı, karaciğer enzimleri, serum kreatinin, gebelik testi, akciğer grafisi, batın ultrasonografisi (USG), viral hepatit belirteçleri ve PIIINP'nin bazal olarak bakılmasıdır. Daha sonra ilk ay her hafta tam kan sayımı, karaciğer enzimleri, serum kreatinin bakılmalı, ikinci ve üçüncü ayda, ayda bir kez kontrol edilmeli, dördüncü aydan sonra her iki-üç ayda bir kontrol edilmelidir.

Haftalık 15 mg ve üzerindeki dozlarda batın USG her yıl tekrar edilmelidir (211). PIIINP başlangıçta ve ilk yıl boyunca her üç ayda bir bakılmalıdır (1). Akciğer toksisitesine bağlı, akciğer fibrozisi de izlenebilmektedir (221, 222).

#### **2.1.8.3.2. Siklosporin**

Siklosporin, immunsupresyon sağlayan, oral yolla kullanılan bir kalsinörin inhibitörüdür (211). Limfokin sentezini azaltarak, T hücre aktivasyonunu engellemektedir ve bu yolla keratinositlerin proliferasyonunu azalttığı düşünölmektedir (1, 223).

Psoriasis tedavisinde önerilen doz 2,5 mg/kg/gün'dür (211). Doz iki parçaya bölünebilir ve ikinci haftadan sonra 0,5-1 mg/kg doz artışı yapılabilir. Gebelik kategorisi C olup, impetigo herpetiformiste kullanılabilir (224).

Pediyatrik çağda ise 2-4 mg/kg/gün dozunda aralıklı kür tedavileri uygulanabilmektedir (225).

Güçlü immunsupresif etkileri sebebiyle rotasyonel ve ardışık tedavilerde tercih edilmektedir. Asitretin ile kombinasyon, ardışık tedavinin geçiş aşamasında yapılabilir (211). Fototerapi ile kombinasyonu kontrendike olup, biyolojik ajanlar ve metotreksat ile kombinasyonu önerilmemektedir (1).

Siklosporin tedavisinin en önemli yan etkileri nefrotoksisite, hipertansiyon ve immunsupresyondur. Nefrotoksisite ve hipertansiyon, uzun süreli, yüksek doz kullanım ile yakından ilişkili olup; dozun düşürölmesi veya tedaviye ara verilmesi ile düzelmektedir (211, 226-228). Siklosporin, nadiren afferent arteriyölü kasarak böbrek fonksiyonlarında akut değişimlere sebep olabilir ve kalıcı tüböler hasar gelişebilir (226-228). Tedavi sırasında hipomagnezemi ve hiperpotasemi açısından hastalar izlenmelidir.

Hipertrikoz, gingival hiperplazi, pareteziler, vertigo, gastrointestinal rahatsızlıklar, hiperkalemi, hipomagnezemi, kolesterol ve trigliserit yüksekliği görölebilecek diğer yan etkilerdir (1, 221, 229).

Siklosporin, sitokrom p-450 enzimini etkileyen ilaçlar ve gıdalarla beraber alınmamalıdır. İmmunsupresyon yapıcı etkilerinden ötürü enfeksiyon ve malignite

riskini artırabilir. Hastalar deri kanserleri ve lenfoproliferatif hastalıklar açısından takip edilmelidir. Sürekli tedavide, tedavi süresi iki yılı geçmemelidir (1).

### **2.1.8.3.3. Asitretin**

Retinoidler, A vitamininin sentetik türevleridir. Epidermiste çoğalmayı azaltır ve farklılaşmayı düzenler, bu şekilde hiperproliferasyonu önler. Ek olarak vasküler endotelial büyüme faktörü yapımını baskılayarak (antianjiyogenik etki), polimorfonükleer hücrelerin kemotaktik yanıtı ve aktivasyonunu baskılayarak (antiinflamatuvar etki) ve T lenfosit yanıtını değiştirerek (IL-6 tarafından yönlendirilen Th 17 hücrelerinin indüksiyonunu baskılama) etki etmektedir (1). Asitretin diğer sistemik ilaçların aksine, sitotoksik ve immunsupresif değildir (230).

Artrit dışındaki her formda etkili görünmektedir. Püstüler ve eritrodermik formlarda başarı ile kullanılmaktadır. Eritrodermik formda doz daha yüksek olup 1mg/kg'a kadar çıkılabilmektedir. Palmoplantar psoriasisde, hiperkeratotik plakları olan hastalarda, plakların incelmeye yardımcı eder. Kalın, kaba skuamli plaklarla seyreden psoriasis vulgariste ise tek başına yeterli etki göstermeyebilmekte ve özellikle fototerapi ile kombinasyonu daha başarılı olmaktadır (1, 230). Sıklıkla 0,3-0,5 mg/kg dozlarında başlanır, 35 mg/gün dozu geçilmemelidir. Daha yüksek dozlarda, etkide belirgin bir artış olmadığı halde yan etkiler artmaktadır (1). Tedaviye başlamadan önce her hasta, geçirilmiş veya mevcut karaciğer ve böbrek hastalığı, hepatotoksik ya da nefrotoksik ilaç kullanımı, lipid metabolizması bozukluğu, iskelet sistemine ait hastalık öyküsü, diyabet, alkol bağımlılığı açısından sorgulanmalıdır (1, 231).

Tüm retinoidler güçlü teratojeniktir. Kullanım öncesi muhakkak gebelik testi yapılmalı ve mümkünse doğurganlık çağındaki kadınlarda kullanılmamalıdır. Kullanılması durumunda hastaya muhakkak kontrasepsiyon sağlanması gerektiği konusunda bilgi verilmeli ve tedavi bitiminden sonraki üç yıl boyunca da hasta gebe kalmamalıdır. İlaç etkileşimleri açısından dikkatli olunmalıdır ve hasta



bu konuda uyarılmalıdır. En sık yan etki deri ve mukozaların kurumasıdır. Hafif düzeyde keilit beklenen bir yan etkidir. Asitretine klinik yanıt en erken 12. haftada değerlendirilmelidir (1, 231).

#### **2.1.8.3.4. Biyolojik Ajanlar**

Psoriasisın patogeneğinde önemli rol oynadığı düşünölen TNF- $\alpha$ 'nın veya IL-12/23'ün blokajı aracılığıyla etki etmektedirler (1). Biyolojik ajanlar; siklosporin, asitretin, metotreksat veya fototerapi/fotokemoterapi gibi diğer sistemik tedavilere cevap vermeyen veya bu tedavilerin kullanılmadığı, orta ve şiddetli plak psoriasis ve psoriatik artritli hastaların tedavisinde kullanılabilirler. İnfliksımab, etanersept, adalimumab TNF- $\alpha$ , ustekinumab IL-12/23, sekukinumab IL-12 blokajı yapan; alefacept ise CD2/LFA etkileşimini engelleyen, psoriasis endikasyonunda ruhsatlı, biyolojik ajanlardır (232).

Aktif enfeksiyon, aktif tüberküloz varlığı, malignite varlığı, demiyelinizan hastalıklar, konjestif kalp yetmezliği ve ilaca karşı aşırı duyarlılık durumlarında kullanımları kontrendikedir (1).

##### **2.1.8.3.4.1. Etanersept**

İlk kullanıma giren anti-TNF ajan olan etanersept, dimerik yapıda bir füzyon proteindir. Psoriatik artrit tedavisinde başarı ile kullanılmaktadır. Eritrodermik ve püstöler formlar ile tırnak tutulumunda etkilidir (1).

Tedavide, ilk 12 hafta indüksiyon dozu uygulanmakta olup haftada 2x25 mg veya 2x50 mg olarak verilebilmektedir. 13.-24. haftalar arasında, eğer 12. haftada PAŞİ 75 elde edilmişse, haftada 50 mg olarak devam edilmektedir. Eğer PAŞİ 75 yanıtı elde edilememiş, ancak PAŞİ 50 yanıtı oluşmuşsa, tedaviye 2x50 mg ile devam edilmelidir. Etanersept aynı zamanda aralıklı tedavide de etkin bulunmuştur. Tedavi sırasında etkinlik yeterli bulunmazsa, düşük doz (7,5

mg/hafta) metotreksat ile kombinasyon yapılabilir. PUVA ve siklosporin ile kombinasyonu önerilmemektedir (213).

#### **2.1.8.3.4.2. İnfliksimab**

İnfliksimab, TNF- $\alpha$  antagonisti olan şimerik (fare/insan) bir monoklonal antikordur. İnfliksimab, çözülebilir TNF- $\alpha$  blokajına ek olarak, transmembran TNF- $\alpha$ 'ya da bağlanabilir, TNF- $\alpha$  ile kompleksler oluşturabilir ve kompleman fiksasyonu yaparak antikor aracılı sitoliz meydana getirebilir. Bu durum infliksimabın hızlı etkisini açıklamaktadır. İnfliksimab aynı zamanda, selektif immunsupresif ajanlar grubunun bir üyesidir (1, 233).

Hızlı etkisi sebebiyle kullanımı, püstüler veya eritrodermik gibi şiddetli formlarda, daha ön plana çıkmaktadır. Başlangıçta, ikinci ve altıncı haftalarda yapılan indüksiyon tedavisinden sonra her sekiz haftada bir idame yapılmalıdır. Önerilen doz, her uygulama için, 5 mg/kg'dır. Antikor gelişimini önlemek amacıyla metotreksat ile kombine edilebilir. İnfüzyon sırasında gelişebilecek yan etkiler açısından dikkatli olunmalıdır (1, 232).

#### **2.1.8.3.4.3. Adalimumab**

İnsan monoklonal antikor olan adalimumab, TNF- $\alpha$  p55 ve p75 hücre yüzey reseptörü ile TNF- $\alpha$ 'nın etkileşimini bloke ederek, etkisini engeller (1). Adalimumab tedavisi sonrasında dolaşımda, regülatör T lenfosit sayısının arttığı, ancak hafıza B hücrelerinin sayısının değişmediği gözlenmiştir. Bunun sebebinin ise, lenfotoksin blokajı yapmaması olduğu düşünülmüştür (1, 234). Stabil kronik plak tip psoriasis tedavisi dışında hızlı etki istenilen durumlarda ve palmoplantar psoriasisde tercih edilebilir. Tırnak bulgularına ve artrite de etkilidir (1). İlk uygulama 80 mg, bir hafta sonra 40 mg, daha sonra ise iki haftada bir 40 mg olacak şekilde tedavi sürdürülür. Özellikle obez ve metabolik sendromlu

hastalarda güvenle kullanılabilceği belirtilmiştir. 12.haftada PAŞI 75 yanıtına ulaşılması, tedavi etkinliğinin en önemli gostergesidir (1, 190, 232, 235).

#### **2.1.8.3.4.4. Ustekinumab**

Ustekinumab, İL-12 ve İL-23'ün p40 alt ünitesine bağlanarak, İL-12Rβ1 reseptörünün doğal öldürücü hücreler ve T lenfositler ile etkileşimini önler. Bu şekilde, Th1 ve Th17, İL-12 ve İL-23'ten gerekli sinyalleri alarak olgunlaşamaz. Dolaylı yollarla, Th1 ve Th17'lerden TNF-α, interferon-gama, İL-2, 6, 17, 21, 22 salınımı da baskılanır (1, 211, 236, 237).

Ustekinumab, başlangıç dozu ve dört hafta sonra indüksiyon dozu ile devamında 12 haftada bir idame olmak üzere; 100 kg.'ın üzerindeki hastalarda 90 mg, 100 kg.'ın altındaki hastalarda 45 mg olacak şekilde uygulanır. Etki 16. haftada değerlendirilir. En önemli avantajı, 12 haftada bir yapılan enjeksiyonlar sebebiyle, uyumu zor hastalarda avantaj sağlamasıdır. Obez hastalarda doz ayarlanması yapılabilir. Hızlı yanıt alınması istenen, kliniği şiddetli olgularda tercih edilebilir (1).

#### **2.1.8.3.4.5. Alefacept**

İnsan LFA-3/immunglobulin-G1 rekombinan füzyon proteindir. CD2 ile LFA-3 etkileşimini engelleyerek, T hücre fonksiyonlarını baskılar (238). Orta ve şiddetli plak psoriasisde endikedir ve haftalık 10-15 mg intramuskuler ya da 7.5 mg intravenöz (IV) yolla uygulanabilir. Klinik yanıt sekiz hafta sonra ortaya çıkmaya başlar (232). En önemli yan etkisi T hücrelerinin sayısında düşmeye neden olmasıdır. Tedavi süresince CD4+ T lenfosit düzeyi takip edilmelidir (238).

#### **2.1.8.3.4.6. Sekukinumab**

Sekukinumab, IL-17A'ya selektif olarak bağlanabilen, immunglobulin G1 tipinde, insan monoklonal antikorudur. Önerilen doz sıfırncı, birinci, ikinci ve üçüncü haftalarda; takiben her dört haftada bir 300 mg'dır. Etkinlik 12-16 haftalarda, PAŞİ 75-90 yanıtının alınması ile değerlendirilebilir. Yanıt alındığı sürece, tedaviye devam edilmelidir. Aralıklı tedavi şemasında yanıt yetersiz bulunmuştur (1, 239).

#### **2.1.8.3.4.7. İksekizumab**

İnsan kaynaklı, IL-17A monoklonal antikorudur. İlk uygulama 160 mg, daha sonra 12. haftaya dek iki haftada bir 80 mg, subkutan olarak yapılır. Ayda bir kez, 80 mg idame uygulanır. En önemli yan etkisi geçici nötropenidir (240, 241).

#### **2.1.8.3.5. Diğer İmmüsupresif Ajanlar**

Hidroksiüre, 6-tiyoguanin, azatiopürin, daklizumab, paklitaksel diğer ajanların kullanılmadığı durumlarda ve çok ağır seyirli psoriasiste denenebilmektedir (242).

Apremilast, fosfodiesteraz-4'ü ve sitokin salımını baskılayarak etki eder. Halsizlik, enfeksiyona yatkınlık, baş ağrısı, kilo kaybı, depresyon gibi yan etkiler izlenebilir (243, 244).

Fumarik asit esterleri, kullanılabilecek diğer immüsupresif ajanlardır ve etkinliğinin metotreksata denk olduğu düşünülmektedir. T hücrelerini, T helper-2 yönünde farklılaştırarak ve keratinosit diferansiasyonunu düzenleyerek etki etmektedirler. Plak evrede kullanılırlar ve etkin dozu 360 mg/gün'dür. Ağır kronik hastalıkların varlığında, emzirme ve gebelikte, kemik iliği supresyonunda kontrendikedir. Proteinüri, lenfopeni, eozinofili, flushing ve gastrointestinal yan etkilere sebep olabilir (243, 244).

Brodalumab, anti IL-17 reseptörlerinin monoklonal antikorudur. Briakinumab ise, IL12/23 üzerine etki eden monoklonal antikordur (1).

Tofacitinib ve barisitinib ise JAK inhibitörleridir. Oral yoldan kullanılırlar. Kolesterol yüksekliği ve kreatin fosfokinaz yükseklikleri olası yan etkileridir (245, 246).

Barisitinib ayrıca infeksiyon, lenfopeni, nötropeni, anemiye de sebep olabilir (246, 247).

#### **2.1.8.3.6. Kombinasyon Tedavileri**

Topikal kortikosteroidler ile D vitamini analoglarının, diğer topikal ve biyolojik ajanlar dahil sistemik tedavilerle kombinasyonu etkili ve güvenlidir (1).

Metotreksat ile UVB veya PUVA kombine edilebilmektedir ancak uzun dönem kullanımında fototoksisite riski artmaktadır. Metotreksat ile biyolojik ajanların kombinasyonu ise hem antikor gelişimini azalttığı hem de tedavi başarısını artırdığı için tercih edilmektedir. Metotreksat ve siklosporin ağır olgularda kısa süreli kombine edilebilmektedir. Siklosporin, güçlü immunsupresif etkilerinden dolayı, kombinasyondan ziyade, ardışık ve rotasyonel tedavinin temizlenme aşamasında etkilidir. Fototerapi ile kombinasyonu kontrendikedir. Metotreksat ile immunsupresyon riski artmaktadır, dikkatli olunmalıdır. Biyolojik ajanlarla kombinasyonu önerilmemektedir ve asitretin ile ardışık tedavilerde kullanılabilir. Asitretinin fototerapi ile kombinasyonu, sinerjistik etkiye sahip olup, fototerapinin kümülatif dozunu azaltarak, fototoksisite riskini de azaltabilmektedir. Etanercept ile asitretin kombinasyonu da güvenlidir (1).

Anti-TNF ajanların, metotreksat ile kombinasyonu, immunojilik yanıt gelişimini azaltmaktadır ve güvenlidir. Aynı zamanda ustekinumab ile metotreksat da kombine edilebilir. Fototerapi ile kombinasyonlarının

uygulandığını ve etkili olduğunu bildiren yayınlar mevcut olmakla birlikte, fototoksisitede artış oluşturmaları ihtimali de bulunmaktadır. Sistemik tedaviler ve fototerapinin, rotasyonel olarak uygulanması, kümülatif toksisiteyi azaltması ve tedavi süresini kısaltması bakımından önerilmektedir (232).

Siklosporin ile metotreksatın rotasyonel kullanımı da daha düşük dozlarda kullanıma olanak sağlayabileceği ve hepatotoksisite ile nefrotoksisite gibi yan etkiler azalacağı için önerilmektedir (1).

#### **2.1.8.3.7. Psikiyatrik Tedaviler**

Psoriasisın başta depresyon olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkla beraber izlenmesi ve hastalığın seyrine ruhsal durumun etkisi sebebiyle, tüm bu tedavilerin yanı sıra, hastalarda psikolojik ve psikofarmakolojik yaklaşımların gerekliliği göz ardı edilmemelidir (12). Sadece derinin tedavisi ile, fonksiyonel sıkıntılar bir miktar düzelse ve yaşam kalitesi iyileşebilse de, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik komorbiditelerin düzeyinde belirgin bir iyileşme olmayabilir (248).

##### **2.1.8.3.7.1. Psikoterapi**

Psikoterapi, özellikle hastalığın belirli bir stresöre cevap niteliğinde geliştiği olgularda tedaviye eklenebilir. Hastanın tedaviye uyumunu artırmak ve günlük yaşam zorluklarının üstesinden gelmesini kolaylaştırmak amacıyla grup terapileri de eklenebilir (249). Davranışçı ve bilişsel davranışçı terapilerde, uyum bozucu ve olumsuz düşünceler saptanıp, yok edilebilir. Hastanın çözümlenmemiş, çocukluk çağına ait travmalarının temelinde oluşan bilinçdışı çatışmalarını ele almayı amaçlayan "psikanalitik psikoterapi" de kullanılabilir (250, 251).

##### **2.1.8.3.7.2. Psikofarmasötikler**

Depresyon, anksiyete ve diğer ek psikiyatrik komorbiditeler üzerine etki ederek, hastalığın kontrolünü kolaylaştırabilir. Serotonin geri alım inhibitörleri başta olmak üzere birçok ajan depresyon ve anksiyetenin tedavisinde kullanılmaktadır. Kısa süreli kullanılan anksiyolitikler, stresli bir dönemde hastanın rahatlamasını sağlayarak fayda edebilmektedir. Özellikle kısa süreli anksiyolitik tedavinin, Bilişsel Davranışçı Terapi ile kombinasyonunun fayda sağladığı bildirilmiştir (13).

### **2.1.8.3.7.3. Hipnoz**

Hipnoz dermatolojik hastalıklarda yolma, kaşıma gibi hedef davranışları azaltmak amacıyla kullanılabilir. Psoriasis ek olarak akne ekskoriye, pruritus, atopik dermatit, nörodermatit tedavisinde de kullanılabilir (250, 252).

### **2.1.9 Komorbiditeler**

Psoriasis sistemik inflamasyonla seyreden, otoimmün bir hastalıktır. Bilindiği üzere psikosomatik yönü oldukça kuvvetli olan psoriasis, psikiyatrik hastalıklarla da ilişkilendirilmektedir (21). Psoriasis eşlik eden ruhsal faktörler detaylı olarak anlatılmıştır. Bununla birlikte; sistemik inflamatuvar durumdan dolayı psoriasis hastalarında dislipidemi, diyabet, obezite, hipertansiyon, metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalıklar, psoriatik artrit yanı sıra; serebrovasküler olay, atrial fibrilasyon, Crohn hastalığı, ülseratif kolit, pulmoner hastalıklar daha sık bulunmuştur (3, 7, 21). Aynı zamanda, lenfoproliferatif hastalıklar ve üriner sistem, akciğer, karaciğer, kolon tümörleri ile de ilişkili olabilmektedir. Malignensi, kullanılan immunsupresiflerle de ilişkili olabilir (253, 254).

## 2.2. Psikodermatoloji

### 2.2.1. Psikodermatoloji ve Tarihçesi

Psikosomatik tıp, son 50 yılda hızla gelişme gösterse de, psikosomatik hastalıklar ile ilgili veriler tarih öncesi çağlara dayanmaktadır. Psikodermatoloji'nin gelişimi de, psikosomatik tıbbın gelişimine yakın seyir izlese de, çok daha kısa bir zaman dilimi içinde gerçekleşmiştir. Bilinen ilk "psikodermatolojik" hastalık, 1155 yılında İran prensinin, babasının tahtını geri almasıyla yaşadığı duygusal stres sebebiyle psoriasis geliştirmesidir (11, 255). Psikodermatolojinin başlangıcının, Heinrot tarafından 1818 yılında ilk kez "psikosomatik" teriminin kullanılmasıyla olduğu kabul edilmektedir. Nörodermatit terimi ise ilk kez Broq ve Jacquet tarafından 19. yüzyılın sonlarında tanımlanmıştır (256). En dikkate değer çalışma ise Mac Kenna tarafından yapılmış olup, bu döneme anektodal dönem denilmektedir. Mac Kenna dört temel kişilik yapısını ve her kişilik yapısına özel gelişen dermatozları tanımlamıştır. Örneğin anal kaşıntının, obsesif kişilik yapısına işaret ettiğini bildirmiştir (257).

Korte ve Musaph tarafından, ilk defa nesnel bilimsel ölçekler ve geniş hasta gruplarında yapılan araştırmalar kullanılmaya başlanmıştır ve bu sebeple başlattıkları bu yeni döneme "metodolojik dönem" adı verilmektedir. Psikiyatrist olan Herman Musaph, psikodermatolojinin kurucusu sayılmaktadır ve psikanaliz alanındaki deneyimleri ile cilt hastalıklarındaki ruhsal etkenlerin daha iyi anlaşılmasına olanak sağlamış, artefakt dermatiti ve kaşıntının altında yatan psikojenik etmenleri işaret etmiştir (256). Son 20 yılda hız kazanan nöroendokrin araştırmalarla, ruh sağlığı ile bağışıklık arasındaki ilişkinin ortaya çıkması sebebiyle, çok sayıdaki deri hastalığının altında "psikonöroimmunolojik" bir etken yattığı anlaşılmıştır (257-259). Deri her zaman göz önünde bulunan bir organ olmasından dolayı, iç görüsü zayıf ve somatizasyona eğilimli kişiler için deri hastalıkları, duygusal sorunların ifadesi için tek yol haline gelebilir (260). Yapılan çalışmalarda bazı deri hastalıklarının tedavisinde, kısa süreli grup terapisinin, psikotrop ilaçların ve hipnozun etkili olduğu bildirilmiştir (261). Literatürdeki bir



ürtiker olgusunda, çocukluk çağında yaşadığı cinsel travmasını hatırladığında ürtiker aktivasyonu yaşayan 34 yaşındaki kadın hastanın, psikoterapi seansları sırasında, bastırılmış olduğu duyguları açığa çıkarıldığında, deri lezyonlarının tamamen kaybolduğu izlenmiştir (262). Yine 100 kişide yapılmış bir vaka-kontrol çalışmasında, psikoterapi alan atopik dermatitlilerin, tedaviden daha fazla fayda gördüğü ve daha az topikal steroid kullandığı belirtilmiştir (263).

## **2.2.2.Çalışmada Yer Alan Psikiyatrik Kavramlar**

### **2.2.2.1. Bağlanma Kuramı**

Bağlanma, çocuk ile bakım veren arasında kurulan, tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bağıdır. Stres durumlarında bu bağ belirginleşir ve çocuk ile bakım veren arasındaki yakınlık arayışı ile kendini gösterir. Bağlanma kuramı, bireylerin kendileri için önemli olan diğer kişilerle kurduğu ilişkiyi ve bu ilişkinin nedenlerini ortaya koymayı amaçlar. İnsanlarda duyguların çoğu, bireylerin birbiri ile kurduğu ilişkinin seyrine göre değişmektedir. İstikrarlı bir ilişki güven ve keyif verirken; ayrılık, kayıp ya da kayıp tehdidi sonucunda kişi öfke, hüzün, depresyon, huzursuzluk hissedebilir. Bağlanma kuramı, 1969 yılında psikiyatrist ve psikanalist olan Bowlby tarafından ilk kez ortaya koyulmuştur. İnsan yavrusu yeterince olgunlaşmamış olduğundan, yaşamını sürdürebilmek için bir bakım verenin yakınlığına ihtiyaç duyar ve yaşamın ilk yıllarında bakım veren ile kurulan bu bağ yaşam boyu değişmeden kalmaya eğilim gösterir (122). Harlow'un rhesus maymunları üzerinde yaptığı çalışmalarda, annesiz büyüyen maymunların, sosyal ilişkilerde yetersiz olduğu görülmüştür. Bundan yola çıkarak, sadece fiziksel ihtiyaçların ve gıda ile beslenmenin yeterli olmadığı, sıcaklık ve rahatlık gibi duygusal ihtiyaçların da giderilmesi gerektiği gösterilmiştir (264). Fiziksel gereksinimler ne kadar iyi karşılanırsa karşılansın, anne bakımından mahrum kalmanın, kişilik gelişimine olumsuz etkisi olduğu düşünülmektedir. Bowlby'ye göre insanın kişilik gelişimi için, beslenme gereksiniminden bağımsız olarak, bakım verenin varlığına ihtiyaç vardır (122). Bu gereksinim sebebiyle, bakım verenden uzaklaşıldığında ya da uzaklaşma tehdidi varlığında ortaya çıkan ve

bakım verenin varlığı ile yatışan ağlama, tutunma, takip etme gibi davranışlar, iç güdüsel olarak ortaya çıkan bağlanma davranışlarıdır (265). Çoğunlukla anne olan bu bakım veren etrafında kurulan ilişkinin niteliği, bağlanmanın biçimini ve ölçüsünü etkilemektedir.

Güvenli bağlanan çocuklar, bakım verenin varlığından haz duymakla birlikte, uzaklaşmalarından hoşlanmasalar da bunu tolere edebilmektedirler. Bakım verenle beraberken, bakım vereni "güvenli üs" olarak kullanıp, etrafı keşfedici ve araştırmacı davranışlar sergileyebilmektedirler; aynı zamanda bu üs, tehlike anında sığınabileceği "sağlam bir sığınak" işlevi görmektedir (122). Bowlby ve Ainsworth'a göre bağlanma, bir kişinin başkası ile olan, süregelen, sevgi içerikli ilişkisidir (265). "Yabancı Durum Deneyi" adı verilen deneysel bir yöntemle, Bowlby'nin kuramını sınavan Mary Ainsworth, çocuğun bakım verenine bağlanmasının güvenli olup olmadığını tespit etmeyi amaçlamıştır. Deneyde 12-18 aylık çocuklar sırayla önce bakım vereninden ayrılarak, bir yabancı ile yalnız bırakılmış ve son olarak bakım vereniyle tekrar bir araya getirilmiştir. Ainsworth, bağlanma sistemleri uyarılan çocukların her bir aşamadaki tepkilerini değerlendirerek bağlanma biçimlerini güvenli (secure) (B grubu), güvensiz-kaçıngan (insecure-avoidant) (A grubu) ve güvensiz-dirençli (insecure-resistant) (C grubu) olmak üzere üç ana grupta kategorize etmiştir (266).

"Güvenli" bağlanan (B grubu) çocukların, yabancı ile yalnız kaldıklarında huzursuz oldukları, sonrasında ise panik yaşamadan anneleriyle temas kurmaya yönelik davranışlarda buldukları, zorlanmadan sakinleştikleri, oyuna ve çevreyi keşfe geri döndükleri görülmüştür. Bu çocukların annelerinin ise ulaşılabilir oldukları ve çocuklarının ihtiyaçlarına karşı duyarlı oldukları düşünülmüştür (266).

"Güvensiz kaçıngan" bağlanan (insecure-avoidant) (A grubu) çocukların anneleri odadan ayrıldığında tepki vermedikleri, anneleriyle yeniden bir araya geldiklerinde ise temas kurmadıkları ve temas kurma amaçlı davranışlarda bulunmadıkları, oyuna ve çevreyi keşfe devam ettikleri gözlenmiştir. Bu çocukların annelerinin ise mesafeli, çocukların yakın olma isteğini reddeden,

yakın fiziksel temastan kaçınan kişiler oldukları düşünülmüştür (266). Ek olarak Bartholomew ve Horowitz'in yaptığı bir çalışmada, güvensiz-kaçınan bağlanma biçiminin "kayıtsız" (dismissing) ve "korkulu" (fearful) olarak iki alt grupta değerlendirilebileceği bildirilmiştir (267).

"Güvensiz-dirençli" bağlanan çocukların (insecure-resistant) (C grubu) anneleri ayrıldığında şiddetli bir kaygı ve öfke yaşadıkları, anneleriyle tekrar bir araya geldiklerinde ise sakinleşemedikleri, oyuna ve çevreyi keşfe çabuk geri dönemedikleri gözlenmiştir. Bu çocukların annelerinin ise genellikle tutarsız tepkiler gösterdikleri, çocuklara sıklıkla gereksiz müdahalede buldukları düşünülmüştür (268).

Main ve Solomon bir grup çocuğun bu sınıflamalardan hiçbirine uymadığını gözlemlemiştir. Başını diğer tarafa çevirme ve dona kalma gibi amaçsız davranışlar göstermişlerdir. Bu durumu "Güvensiz-dezoryante/dezorganize"(D grubu) bağlanma olarak tanımlamışlardır (269).

#### **2.2.2.1.1. Erişkinlikte Bağlanma**

Bowlby, bağlanmanın yaşam boyu sürdüğünü, bebeklik ve çocukluk çağında oluşan zihinsel temsillerin değişime dirençli olduğunu ve yetişkinlikte de işlevinin devam ettiğini belirtmektedir (270). Uzun bir süre bebeklik ve çocukluk dönemleri ile sınırlı olan bağlanma alanındaki araştırmalar, daha sonra erişkinlik dönemi için de yapılmaya başlanmıştır. Water ve ark. (271) tarafından yapılan bir çalışmada, 12 aylıkken güvenli bağlanmış olarak değerlendirilen bebeklerin, ebeveyn kaybı, boşanma, istismar gibi önemli bir olay gerçekleşmedikçe, bağlanma özelliklerini erişkinlik döneminde de sürdürdükleri gösterilmiştir.

Erişkinlik dönemindeki bağlanma özellikleri ilk olarak Main tarafından tanımlanmıştır; erişkin dönemdeki bireylerin, çocukluk anıları değerlendirilerek

incelenmiş ve Ainsworth'un tanımladığı üç bağlanma stilinin yetişkinlerde de kullanılabileceği gösterilmiştir (272).

Yetişkinlikte de bebeklikte olduğu gibi, stres durumlarında bağlanma özellikleri etkinleştirilebilir veya devre dışı bırakılabilir. Kaygılı bağlanan kişiler, bağlanma davranışlarını kolayca etkinleştirirler ve sevdiklerine çok yakın olmak isterler. Yoğun bir ilgi ve bakım talep ederler, bunları sağlamak için yakınlarını kontrol edici davranışlar gösterebilirler. Yakınlarının dikkatini çekmek için fiziksel ya da psikolojik sorunlarını abartabilirler (272, 273).

Bebeklik döneminde, bağlanma objesine yaklaşmak tehlikeli olarak algılanırsa veya yaklaşmak mümkün olmazsa, kaçınan bağlanma biçimi meydana gelir. Kaçınan bağlanan kişiler, ilişkilerinde mesafe, kontrol ve kendi kendine yeterliliği ararlar. Sıklıkla, bağlanma özelliklerini aktifleştirebilecek duygusal ihtiyaçlarını inkar ederler (273).

Hazan ve Shaver romantik ilişkilerin de bağlanma sürecine dahil olduğunu, romantik ilişkideki tutum ve inançlar zemininde, yetişkinlerin bağlanma biçimlerinin bazı farklılıklarla Ainsworth'un sınıflandırmasına paralel olarak tanımlanabileceğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte romantik sevginin bağlanma, bakım ve cinsel birleşme bileşenlerinden oluşması nedeniyle yetişkinlikteki bağlanmanın anne çocuk arasındaki bağlanmadan ayrıldığını ifade etmişlerdir (274).

Bartholomew ise erken yaşlarda gelişen benlik ve başkaları modelinin, bağlanma stillerini belirleyen temel kavramlar olduğunu belirtmiştir. Benlik modelinin olumlu olması, diğer insanların onayından bağımsız olarak, içselleştirilmiş bir öz saygı ve sevilebilirlik duygularıdır. Olumsuz benlik modeli ise, düşük öz saygı ve başkalarından onay alma ihtiyacı ile ilişkilidir. Olumlu başkaları modeli, gerektiği durumlarda başkalarından yardım alabilme ile ilgili olumlu beklentileri gösterir ve destek arama gibi davranışlarda bulunabilmeyi sağlar. Olumsuz başkaları modeli ise, başkalarının tutarsız ve güvenilmez olması

ile ilgili beklentileri içerir ve yardım alma gibi davranışlardan kaçınmaya sebep olur. Buna dayanarak Bartholomew, bağlanma biçimlerini güvenli, saplantılı, kayıtsız-kaçınan ve korkulu şeklinde dört temel gruba ayırmıştır. Bu veriler ışığında, İlişki Anketi ve İlişki Ölçekleri Anketini geliştirmiştir (267).

“Güvenli bağlanma” biçimi olumlu benlik ve başkaları modellerini içerir ve bu bağlanma özelliklerine sahip kişiler diğer bireylerle kolaylıkla yakınlık kurabilir, ancak aynı zamanda özerkliğini korumayı da başarabilirler. "Saplantılı (preoccupied) bağlanma” stili olumsuz benlik modeli ile olumlu başkaları modelinden oluşmaktadır ve bu bağlanma stiline sahip bireyler temelde kaygılı olup yakın ilişkilerinde sıklıkla onaylanma ihtiyacı duyarlar. "Korkulu" bağlanma özelliklerine sahip bireyler, olumsuz benlik modeli ile olumsuz başkaları modelini kullanırlar ve başka insanların güvenilmez, reddedici olduğunu düşünerek, yakın ilişki kurmaktan kaçınırlar. “Kayıtsız” (dismissing) bağlanma ise olumlu benlik modeli ve olumsuz başkaları modelinden oluşur ve bu kişiler yakın ilişkiler kurmaktan kaçınarak bağımsızlıklarını korumayı ve incinmekten kaçınmayı amaçlarlar (267).

#### **2.2.2.1.2. Bağlanma ve Psikopatoloji**

Bowlby'nin bağlanma teorisi ile ilgili ortaya koyduğu görüşler, normal gelişimi olduğu kadar, psikopatolojinin kökenini de açıklayabilmesi açısından önemlidir. Buna göre bebeğin bakım veren kişi ile arasında kurulan bağlanma ilişkisi, hem benlikle ilgili hem de başkaları ile ilgili duygu ve düşünceleri etkiler. Bowlby güvensiz bağlanmayı psikopatolojilerle ilişkilendirmiş olup, kendi ve başkaları ile ilgili olumsuz temsiller geliştiren çocukların, ileride ruhsal patoloji geliştirmeye daha yatkın olduklarını belirtmiştir (122). Bebeklik döneminde birincil bakım verenle kurulan güvensiz bağlanma, sosyal etkileşimde ve duygu düzenlemede güçlüğe neden olabilmektedir (123).

Özellikle bakım vereni ile çocukluk çağında kaygılı bağlanan bireylerin, gerginlik, kızgınlık, takıntılı davranışlar ve depresyon geliştirmeye daha yatkın

olduğu düşünölmektedir (275). Pek çok kaygı bozukluğunun temelinde, bebeklikte bakım verene ulaşılabilirlikle ilgili yaşanan kaygının yattığı ileri sürölmektedir. Bebeklikte kurulan bağlanma güvenli yapıda olmadığında kişi, erişkinlik yaşamında da diğer ilişkilerindeki beklentileri ile ilgili kaygı geliştirebilmektedir (276). Bakım verenin yetersiz ilgisi, ayrılıklar veya erken dönemde yaşanan ebeveyn kaybı sonucunda; ileride bazı duygusal sorunlar gelişebilmektedir (277).

Yapılan bir çalışmada, saplantılı, korkulu ve kayıtsız bağlanma biçimleri olan kişilerde daha çok ruhsal patoloji geliştiği bulunmuştur (278). Yapılan başka bir çalışmada ise 60 yetişkin kadınla yapılan görüşmede bağlanma örüntüleri incelenmiş ve güvenli bağlananların %32'sinde, kayıtsız bağlananların %63'ünde, dezorganize bağlananların %65'inde, saplantılı bağlananların %100'ünde psikiyatrik tanı koyulmuştur (123). Benzer şekilde postpartum depresyon kliniği ile bağlanma özelliklerinin ilişkili olduğu görölmüştür. Doğum sonrası ilk 18 ay içindeki 80 anne ile yapılan bir çalışmada, postpartum depresyon, güvensiz bağlanma ile ilişkili bulunmuştur (279). Aynı zamanda Kökçü ve ark. (280) yaptığı başka bir çalışmada da bipolar bozukluğu olan bireylerde daha çok kaçıngan bağlanma, bu kişilerin çocuklarında ise kaygılı bağlanma özellikleri izlenmiştir. Ek olarak; benlik algısındaki patolojinin, diğerleri ile ilgili zihinsel temsillerdeki patolojiden, depresyon gelişimi açısından daha riskli olduğu gösterilmiştir. Korkulu veya saplantılı bağlanan bireyler, güvenli ya da kayıtsız bağlananlara göre daha çok depresyon geliştirmektedir (281). Birçok araştırmacı, kaygı, endişe, depresyon, madde kullanımı gibi durumların güvensiz bağlanma varlığında daha sık olduğunu ve bunun sebebinin psikopatolojiler ile bağlanma sorunlarının temelinde ortak yapıyı paylaşmaları olduğunu söylemiştir. Korkulu bağlanma özellikleri olan kişilerin, yaşam olaylarını daha stresli algılamaya ve yorumlamaya eğilimli oldukları gösterilmiştir (277, 282, 283). Bağlanma davranışının birçok yönü ile, limbik sistem ile ilişkili olduğu düşünölmektedir. Anksiyete semptomatolojisinin de büyük ölçüde limbik sistem ve temporal lob ile ilgili olduğu bilinmektedir ve bu sebeple anksiyete bazı otörlerce bağlanma bozukluğu olarak tanımlanmıştır (284). Tolan ve ark. (285)

tarafından yapılan araştırmada, korkulu ve saplantılı bağlanma özellikleri varlığında sürekli kaygılı ruh halinin daha sık olduğu ortaya koyulmuştur. Olumlu benlik modeli ve güvenli bağlanma özellikleri gösteren kişilerde, kaygı seviyesinin daha az olması beklenen bir durumdur.

### **2.2.2.2. Çocukluk Çağı Travması**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından çocukluk çağı travmaları; "bir yetişkin tarafından istemli ya da istemsiz olarak yapılan ve çocuğun sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkileyen davranışlar" olarak açıklanmıştır (128). İstismar ve ihmal, birer çocukluk çağı travması türü olup, ihmal çocuğun beslenme, barınma, bakım ve eğitim haklarının karşılanmamasını içermektedir. İstismar fiziksel, cinsel ve ruhsal olarak üçe; ihmal ise fiziksel ve ruhsal olarak ikiye ayrılmaktadır (286). Yaş ilerledikçe istismar oranları azalmaktadır. Ülkemizde lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %34,8'inde en az bir çocukluk çağı travması olduğu gözlenmiştir. Kız çocuklarında cinsel istismar ve ihmal olgularının erkek çocuklara oranla anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir (287, 288).

Çocukluk çağı travmasına neden olabilen faktörler bireysel ve çevresel oluşlarına göre "dış stres faktörleri" ve iç stres faktörleri" olarak iki grup altında toplanmıştır. Bunlardan dış stres faktörleri; yoksulluk, ekonomik yetersizlik, işsizlik, sağlıksız ortamlar, beslenme sorunları, yetersiz yetişme koşulları olup, iç stres faktörleri ise kişilik özellikleri, ebeveynin kişilik özellikleri, toplum dinamiklerine göre çocuktan beklentiler olarak özetlenebilir (289-291).

Çocukluk çağı travmalarından olan ihmal, çocuğa bakmakla yükümlü bireylerin, bakabilecek durumdayken, barınma, beslenme, giyinme, korunma, duygusal gelişim, eğitim gibi alanlarda çocuğun gereksinimlerini karşılamamasıdır (291). İhmal pasif bir nitelikteyken, istismar aktiftir (292). Çocuğun ihtiyacı olan imkanlardan yoksun bırakılması fiziksel ihmalken, yakınlık ve sevgi göstermeme gibi davranışlar duygusal ihmale örnektir (291). Fiziksel ve

cinsel istismara oranla daha göreceli bir kavram olduğundan ihmal tanısı atlanabilmekte ve daha güçlkle koyulmaktadır. Yine de ruhsal travmalar arasında en sık bildirilen ihmaldir (%16,5), daha sonra sırasıyla duygusal istismar (%15,9), fiziksel istismar (%13,5) ve cinsel istismar (%10,7) gelmektedir (287).

Duygusal istismar, ebeveynler veya diğer yetişkinler tarafından, çocuğa kötü sözler söyleme, duygusal, sosyal ve kişilik gelişimini olumsuz etkileyen davranışlarda bulunma ya da eylemsizlik içinde olma olarak tanımlanmaktadır. Diğer istismar türleri ile, özellikle ihmal ile bir arada görülmesi sıktır (291). Çocukluğunda duygusal istismar yaşamış kişilerde, düşük benlik saygısı, depresyon, anksiyete, pasif agresif reaksiyonlar, uyumsuz ve agresif davranışlar sergileme oranı daha yüksektir (12, 290, 293).

Fiziksel istismar, tüm çocukluk çağı travmaları içinde üçüncü sıklıkta görülmekte olup, çocukta kaza dışı meydana gelen fiziksel yaralanmalar olarak açıklanmaktadır (286). Ülkemizde fiziksel istismar sıklığı %65,7 olarak tespit edilmiştir (294).

Cinsel istismar, DSÖ tarafından, "çocuğun; bilinçli bir şekilde razı olmadığı, gelişimsel olarak hazır olmadığı, tam olarak idrak edemediği ve kanunlara ya da toplum kurallarına aykırı bir şekilde cinsel aktivitelere dahil edilmesi" olarak tanımlanmaktadır (295). Sıklığının tahminen kadınlarda %12-17, erkeklerde %5-8 arasında olduğu ve vakaların sadece %15 kadarının bildirildiği düşünülmektedir (291, 296). Çoğunlukla aile içinde ve kan bağı olan kişilerce gerçekleştirilmektedir ve bu sebeple gizli kalmaktadır. Cinsel istismar, her yaşta ve her iki cinsiyette de görülebilmektedir ancak en sık okul çağı veya ergenlik dönemindeki kız çocuklarda saptanmıştır. Çocukluk çağı travmaları içinde en çok cinsel istismar intihara sebep olmuştur (297).

Psoriasisli hastalarda yapılan bir çalışmada da gösterildiği gibi; cinsel istismar ve ihmal de dahil olmak üzere çocukluk çağı travması sıklığı, sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir (20). Erken dönemde travmatik yaşam olaylarına



maruziyet, psikopatolojik özellikler gelişimi açısından bir risk faktörü olmasının yanında, psoriasis gibi otoimmün patogeneze sahip hastalıkların başlangıcı için de bir risk faktörüdür (129).

### **2.2.2.3. Duygu Düzenlemede Güçlük**

Duygusal hiperaktivite olarak da tanımlanan duygu düzenleme güçlüğü, tetikleyici bir uyaran karşısında, kişinin, duygusal yanıtını düzenleme ve kontrol etmesinde güçlük olması olarak tanımlanmaktadır. Duygu düzenlemede güçlük yaşayan birey, olumsuz yaşam olaylarına karşı gereğinden fazla reaksiyon göstererek öfke patlamaları, ağlama krizleri, kaos oluşturma ya da pasif agresif tutumlar sergileme gibi davranışlarda bulunabilir. Kişiler arası ilişkilerin tutarlı ve dengeli olmaması, öfke patlamaları, duygusal dengesizlik varlığı duygu düzenleme güçlüğüne işaret etmektedir (130). Duygudurum bozuklukları, panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, narsistik kişilik bozukluğu gibi bir çok psikiyatrik durumda duygu düzenleme güçlüğü gözlenmektedir (298).

Sıklıkla ruhsal bir durumun parçası olan duygu düzenleme güçlüğü'nün ciddiyeti değişken seyirli olup, altta yatan patolojinin ciddiyetine bağlıdır. Bilişsel davranışçı terapi, duygu düzenleme güçlüğü olan bireylerin yaşam kalitesini yükseltmede önemli ölçüde başarılı olmaktadır (299).

Duygu düzenleme güçlüğü'nün içe yönelim bozuklukları olan depresyon ve anksiyete gibi hastalıklarda sık olduğu gözlenmiştir. Özellikle depresyon varlığında hastaların bastırma gibi işlevsel stratejileri daha sık kullandığı, anksiyete bozukluğu olan bireylerin ise duygularını tanımlamakta güçlük çektiği gözlenmiştir (300, 301).

Çocukluk çağı travması varlığının, duygu düzenlemeyi olumsuz etkilediği gösterilmiştir (302). Yapılan bir araştırmada, kişinin çocukluk çağında yaşadığı

travmatik olayların; ruhsal sağlığını, kişiler arası ilişkilerini, duygularını kontrol edebilme becerisini ve uyum sağlama kapasitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. İstismara uğrayan çocuklarla, uğramayanlar karşılaştırıldığında, istismara uğrayan grupta duygu dűzenleme gűçlűđűne daha fazla rastlanmıştır (303).

#### **2.2.2.4. Ruhsal Dayanıklılık**

Zorlu yaşam olaylarına maruz kaldığında kişinin kendini toparlama gűcűne ve değişimin ya da felaketlerin űstesinden gelme becerisine ruhsal dayanıklılık denilmektedir (304). Kobasa tarafından dayanıklılığı yűksek olan kişiler, zorlu yaşam olayları geçirdiği halde sağlığında bozulma olmayan ve normal yaşantısına tekrar adapte olabilen bireyler olarak tanımlanmıştır. Kiřinin yaptığı işten bağımsız olarak kendini adaması, karşısına çıkan değişimlere açık olması ve olayların kontrolűnű elinde tuttuğuna inanması, psikolojik dayanıklılığı yűksek olan bireylerin ortak űzelliđidir. Bu bağlamda ruhsal dayanıklılık, kişinin stresli yaşam olayları karşısında yaşadığı gerilimi engelleyerek stresin olumsuz etkilerini azaltır ve ruhsal sağlığın korunmasında bir direnç kaynağı olarak rol alır (305).

Ruhsal dayanıklılıđın, normal bireylerin gűsterdiđi "uyum" davranıřından farklı olarak, yűksek řiddette olumsuz olaylara maruz kalan bireylerin gűsterdiđi bir uyum yeteneđi olduđu dűřűnűlmektedir (306). Uyumdan farkını ortaya koyan iki temel űzellik bulunmaktadır; bunlardan ilki, olumsuz kořullara rađmen pozitif bir kazanım olması (dengeli bir ruh sađlıđı, bařarı, yűksek dűzeyde uyum gibi) ve bu kazanımı sűrdűrebilmedir (307). Ruhsal dayanıklılık űzerine etkili olan ű temel faktűr bulunmaktadır; aile uyumu, kiřisel faktűrler, dıřsal destek sistemleridir (132).

Birçok űzellik gibi psikolojik dayanıklılık da erken çocukluk dűneminde geliřmeye bařlamaktadır. Temel becerilerin oluřumu sırasında, çocuđun kaygılarının giderilmesi ancak űzgűven ve bađımsızlık kazanma davranıřlarının da desteklenmesi, dayanıklılıđın geliřimine pozitif olarak etki etmektedir.

Bağımsızlık yönelimi uygun şekilde desteklenen çocukların zorluklar karşısında kendine güvenme ve etkili karar verme becerilerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (308).

Sonuçta psikolojik dayanıklılık, olumsuz şartların getirebileceği negatif sonuçlardan arınmayı ve uyumlu bir yaşam sergilemeyi sağlayan, dinamik özellikte, süregelen bir dayanma gücüdür. Dayanıklılık, gelecekte yaşanabilecek olumsuz deneyimlerin üstesinden gelmeyi kolaylaştırmaktadır (133). Ruhsal dayanıklılığı yüksek insanlar olumsuz olayları, kişisel gelişimi için bir fırsat olarak görebilmekte; fiziksel ve ruhsal olarak olaylardan, daha az zarar görmektedir (134, 135).

### **2.3. Amaç:**

Psoriasisite, ruhsal süreçlerin hastalık şiddetine olan etkisini, kontrol grubu ile karşılaştırarak değerlendirmektir.

### **2.4. Hipotezler :**

#### **Kontrol Grubuyla olan Karşılaştırma**

- 1.Psoriasisite, çocukluk çağı travmaları kontrollerden daha fazladır.
- 2.Psoriasisite, güvensiz bağlanma özellikleri kontrollerden daha fazladır.
- 3.Psoriasisite, duygu düzenleme güçlüğü kontrollerden daha fazladır.
- 4.Psoriasisite, ruhsal dayanıklılık kontrollerden daha azdır.
- 5.Anksiyete ve depresyon kontrol grubundan fazladır.

#### **Hastalık Şiddetiyle Olan İlişki**

- 1.Çocukluk çağı travması olanlarda, psoriasis şiddeti yüksektir.

2. Güvensiz bağlanma özellikleri olanlarda psoriasis daha şiddetlidir.
3. Duygu düzenleme güçlüğü, hastalığın şiddetlenmesinde etkilidir.
4. Hastalık şiddeti fazla olanlarda ruhsal dayanıklılık daha azdır.
5. Anksiyete ve depresyon puanları fazla olanlarda hastalık şiddeti fazladır.

### **Risk Etkeni Olarak Değerlendirme**

1. Çocukluk çağı travması, duygu düzenleme güçlüğü, bağlanma özellikleri, ruhsal dayanıklılık, depresyon, anksiyete psoriasis gelişimi ve seyrinde etkili olan ruhsal faktörler arasında yer almaktadır.

2. Depresyon, anksiyete, güvensiz bağlanma, çocukluk çağı travması, duygu düzenleme güçlüğü ve ruhsal dayanıklılık psoriasis şiddetinde etkili olan ruhsal etkenlerdir.

## 3.GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Etik İzin

Çalışmamız, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 01.02.2017 tarih ve 02-02 sayılı etik kurul kararı ile onaylanıp, Fakülte Yönetim Kurulunca uygun görülerek yapılmıştır.

### 3.2. Örneklem Seçimi

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvurmuş, psoriasis tanısı almış, çalışmaya katılmayı kabul eden 73 hasta dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak, çalışma hastalarıyla benzer yaş ve cinsiyette, psikosomatik yakınması olmayan, psikiyatrik hastalığı bulunmayan, psoriasis olmayan 70 kişi, randomize olarak seçilmiştir. Psoriasisli hastalar PAŞİ<5, PAŞİ 5-9,9, PAŞİ 10 ve üzeri olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Hastaların psikiyatrik ölçekleri, PAŞİ skoruna göre hastalığın şiddeti ile ilişkilendirilerek yorumlanmıştır. PAŞİ<5 olan hastalar hafif, PAŞİ değeri 5-9,9 arası olan hastalar orta, PAŞİ değeri 10 ve üzeri olan hastalar şiddetli olarak değerlendirilmiştir; yüz, genital bölge, tırnak, palmoplantar, saçlı deri tutulumları ve artrit varlığı da ayrıca kaydedilmiştir. Depresyon ve anksiyete puanları yüksek saptanan hastalara psikiyatri poliklinik başvurusunda bulunmaları önerilmiştir. Formların doldurulması sırasında hastaların beyanlarına ek olarak sisteme kayıtlı hastane verilerindeki eski tanıları, kullandığı ilaçların listeleri taranmıştır.

### 3.3. Çalışmaya Alınma ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul etmiş, psoriasis tanılı hastalardan, okuma yazma bilen, mental durumu yeterli olan, 18-65 yaş arası erkek ve kadınlar, kadın ve erkek sayısı benzer olacak şekilde dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen veya psoriasis tanısı almamışlar ile; mental retarde, ciddi akıl sağlığı sorunu olan ve gerçeği değerlendirme yetisi bozuk hastalar dahil edilmemiştir.

Kontrol grubu, benzer yaş ve cinsiyet dağılımında, psikosomatik yakınması olmayan, psoriasis olmayan, ölçekleri doldurabilecek şekilde okuma yazması olan, çalışmaya katılmayı kabul eden, herhangi bir ilaç etkisinde olmayan, Aile Hekimliği ile Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı bünyesindeki Kozmetik polikliniğine başvuran hastalardan, ek olarak Çanakkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarından, benzer yaş ve cinsiyette seçilmiştir. Hem hasta hem de kontrol grubu, araştırma hakkında bilgilendirilerek, yazılı onam alınmıştır (Bknz. EK-1).

Çalışmamıza 18 yaş altı, uygulanan ölçekleri dolduramayacak, demans, psikoz, mental retardasyon tanısı olan, bipolar bozukluk epizodik dönemde, ağır alkol veya ek madde kullanan, çalışmaya katılmayı kabul etmemiş, kognitif fonksiyonları etkileyen benzodiyazepin gibi herhangi bir ilaç kullanan hastalar dahil edilmemiştir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

#### **3.4.1. Demografik Veriler**

Hastaların ad, soy ad, cinsiyet, yaş, yaşadığı yer, meslek, eğitim durumu, boy, kilo, kronik hastalıkları, psikiyatrik hastalık öyküsü, alkol, sigara, ilaç kullanımıyla ilgili bilgiler ve PAŞİ skoru, tırnak bulguları, eklem tutulumu, aldığı tedaviler gibi verilerin yer aldığı sosyodemografik veri formu kaydedilmiştir (Bknz. EK-2). Sosyodemografik verilerin kaydedildiği form, kontrol grubu için de ayrıca doldurulmuştur (Bknz. EK-3).

### 3.4.2. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Zigmond ve ark. (309) tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Tıbbi bir hastalığı olan popülasyonda, toplum veya hastane örnekleminde kolayca kullanılabilir. Ölçek, hastanın kendisi tarafından doldurulmakta ve her bir madde dört özellik içermektedir. Hastalara, doldururken her bir maddeyi kendi durumlarına en çok uyan şekilde işaretlemeleri belirtilir. Toplam 14 soru bulunmaktadır ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir (310) (Bknz. EK-4).

Her bir maddenin puanlaması farklılık göstermektedir; birinci, üçüncü, beşinci, altıncı, sekizinci, onuncu, on birinci ve on üçüncü maddeler giderek azalan şiddeti belirtmektedir ve puanlama üç, iki, bir, sıfır biçimindedir. Diğer yandan ikinci, dördüncü, yedinci, dokuzuncu, on ikinci ve on dördüncü maddeler sıfır, bir, iki, üç biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları, bu madde puanlarının toplanması sonucunda bulunur. Anksiyete alt ölçeği için, birinci, üçüncü, beşinci, yedinci, dokuzuncu, on birinci, on üçüncü maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için ikinci, dördüncü, altıncı, sekizinci, onuncu, on ikinci, on dördüncü maddelerin puanları toplanır (310). Yedi maddelik depresyon alt ölçeği için kesme puanı sekiz, anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10'dur (310-311).

### 3.4.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk çağındaki istismar ve ihmal yaşantılarını, niceliksel olarak değerlendirmeye yarayan, geriye dönük, beşli likert tipi bir öz bildirim testidir. Her bir soru için, bir puan hiçbir zaman, iki puan nadiren, üç puan kimi zaman, dört puan sık olarak, beş puan çok sık anlamına gelmektedir. Anlaşılması kolay olduğundan, hastalar kendi başlarına doldurabilmektedirler. Bu ölçek ile, çocukluk çağı travmalarının hem alt ölçek hesaplamaları hem de toplam puan hesaplaması yapılabilir. Çocukluk çağı istismarı ile ilgili olarak, cinsel, fiziksel, duygusal istismarı, duygusal ve fiziksel ihmali içeren beş alt boyut değerlendirilmektedir. Bu veriler değerlendirilirken, cinsel ve fiziksel istismar için

beş puanın aşılmasının, yani herhangi bir soruya en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin anlamlı olduğu bildirilmiştir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için alt kesme değeri yedi puan, duygusal ihmal içinse 12 puan olarak belirtilmektedir. Toplam sınır 35 puan olarak belirtilmiştir(310) (Bknz. EK-5).

#### **3.4.4. İlişki Ölçekleri Anketi**

Griffin ve Bartholomew tarafından geliştirilen İlişki Ölçekleri Anketi, 30 maddeden oluşmaktadır ve dört farklı bağlanma stiline tespiti için kullanılmaktadır. Katılımcılar, her bir maddenin kendilerini ve yakın ilişkilerine bakış açılarını birden yediye kadar (bir puan beni hiç tanımlamıyor, yedi puantamamıyla beni tanımlıyor) değerlendirmesini yaparak puanlarlar. Güvenli ve kayıtsız bağlanma stilleri beşer madde ile, saplantılı ve korkulu bağlanma stilleri ise dörder madde ile temsil edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek puanlar bir ile yedi arasında değişmektedir ve bu yolla elde edilen puanlar katılımcıların hangi bağlanma stiline dahil olduğunu bulmak için de kullanılabilir. Bu gruplandırma sisteminde her bir katılımcı, en yüksek puan aldığı bağlanma kategorisine dahil edilmektedir. Ölçeğin bir kesme puanı bulunmamaktadır. Bu araştırmada, hem görüşme yöntemiyle hem de kağıt kalem testi kullanılarak bağlanma stilleri ölçülmektedir (312) (Bknz. EK-6).

#### **3.4.5. Duygu Düzenleme Ölçeği**

Duygu düzenleme kapasitesi, insanının adaptasyon sürecinde oldukça önemlidir. Duyguların kontrolünde bilişsel yeniden düzenlemenin kullanımı, singulat ve prefrontal kortekse ait olup, psikoterapilerde kullanılan ve stres yönetiminde faydalı olan yaklaşımdır. Dışa vurumun baskılanması ise, kişinin duygularını bastırarak kontrol etmeye çalıştığı ve ruhsal stresin artmasına sebep olabilen yaklaşımdır. Yapılan çalışmalarda görülmüştür ki, duygu düzenlemede baskılamayı kullanan kişilerin, kişiler arası ilişkileri daha bozuktur ve ortalama kan basıncı seviyeleri daha yüksektir (313, 314).



Duygu Düzenleme  leği'nde toplam 10 soru bulunmaktadır. Dört madde dışa vurumun baskılanmasını tanımlarken, altı madde bilişsel yeniden düzenlemeyi ifade eden maddelerdir. Her madde bir ile altı arasında puanlanıp kendi içinde toplanarak, hastanın duygu düzenlemede kullandığı stratejii belirlemeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin bir kesme puanı bulunmamaktadır. Hastanın daha yüksek puan aldığı gruptaki duygu düzenleme stratejisini baskın olarak kullandığı d Ő n lmektedir (314) (Bknz. EK-7).

### 3.4.6. Yetişkinler İçin Dayanıklılık  leği

Yetişkinler İçin Dayanıklılık  leği, Friborg ve ark. (315) tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, bireylerdeki psikolojik dayanıklılık düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek beş boyuttan oluşmaktadır ve kişisel g , yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklardan oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalıŐmasını 2011 yılında Basın ve etin yapmıŐtır. Ölçek, 33 sorudan oluşmaktadır (304).

Ölçeğin belirlenmiŐ bir minimum ve maksimum puanı bulunmamakta ve değerlendirmede puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılık artarken, azaldıkça azalmaktadır. Ölçekte, maddelerin seçimi sırasında  n yargılı davranılmaması amacıyla, olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda olduğu, yanıtlar içinse beş ayrı kutucuğun yer aldığı bir format kullanılmaktadır (Bknz. EK-8).

Friborg ve ark. (316) yaptığı bir çalışmada, kişisel g  "kendilik algısı" ve "gelecek algısı" olarak ikiye ayrılmıştır. Ölçekte toplamda altı boyutlu bir yapı ortaya koyulmuştur. Yapısal stil ( , dokuz, on beş, yirmi bir), gelecek algısı (iki, sekiz, on dört, yirmi) dörder maddeyle, aile uyumu (beş, on bir, on yedi, yirmi üç, yirmi altı, otuz iki), kendilik algısı (bir, yedi, on üç, on dokuz, yirmi sekiz, otuz bir), sosyal yeterlilik (dört, on, on altı, yirmi iki, yirmi beş, yirmi dokuz) altıŐar maddeyle, sosyal kaynaklar boyutu (altı, on iki, on sekiz, yirmi dört, yirmi yedi, otuz, otuz üç) ise yedi maddeyle değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda, puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması istendiğinden; bir, üç, dört, sekiz, on bir, on iki, on üç, on dört, on beş, on altı, yirmi üç, yirmidört, yirmi beş, yirmi yedi, otuz bir, otuz üç numaralı sorular ters sorular olduğu için sağdan sola doğru bir, iki, üç, dört, beş şeklinde; diğer sorular ise soldan sağa doğru bir, iki, üç, dört, beş puan olacak şekilde değerlendirilmiştir.

### **3.5. Uygulama**

Bu çalışma için Klinik Araştırmalar ve Etik Kurul Başkanlığı'na yapılan başvuru sonucu 01.02.2017 tarihinde etik kurul onayı alındı. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvuran ve klinik veya histopatolojik olarak psoriasis tanısı almış 73 hasta dahil edildi. Kontrol grubu olarak, Aile Hekimliği Polikliniği ile Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı bünyesindeki Kozmetik Polikliniği'ne başvuran hastalardan ve Çanakkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde bulunan sağlık çalışanlarından, yaş ve cinsiyet açısından olabildiğince benzer, psikosomatik yakınması olmayan, psoriasis olmayan, ölçekleri doldurabilecek şekilde okuma yazması olan, çalışmayı kabul eden, herhangi bir ilaç etkisinde olmayan 70 kişi seçilmiştir.

Çalışmaya dahil etme ve dışlama ölçütlerini karşılayan kişilerden aydınlatılmış onam alınarak, sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Her bir hasta ile ortalama 45 dakika süreyle görüşülerek, dermatolojik muayene, PAŞİ skorlaması, İlişki Ölçekleri Anketi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Duygu Düzenleme Anketi, Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği uygulanmıştır.

### **3.6 İstatiksel Analiz**

Veriler SPSS Paket Program 20.0 sürümü ile analiz edildi. Tanımlayıcı verilerin sunumunda sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-

Smirnov testi ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan değişkenlerin karşılaştırılmasında iki ortalama arasında farkın önemlilik testi, uymayan değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Psoriasis gelişimini etkileyen faktörlerin risk analizinde Binary Lojistik Regresyon Backward Conditional yöntemi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  kabul edildi.



## 4. BULGULAR

### 4.1.Örneklemin Demografik Özellikleri

Çalışmaya 73 (%51,0) hasta, 70 (%49,0) kontrol olmak üzere 143 kişi dahil edildi. Hastaların ve kontrol grubunun demografik özellikleri Tablo 4.1.'te gösterildiği gibidir.

**Tablo 4.1. Hasta ve kontrol grubunun demografik verilerinin karşılaştırılması**

Değişkenler	Hasta (n=73) n (%)	Kontrol (n=70) n (%)	Toplam n (%)
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	42 (57,5)	40 (57,1)	82 (57,3)
Erkek	31 (42,5)	30 (42,9)	61 (42,7)
<b>Eğitim durumu</b>			
İlkokul	28 (38,3)	7 (10,0)	35 (24,5)
Ortaokul	14 (19,2)	-	14 (9,8)
Lise	20 (27,4)	20 (28,6)	40 (28,0)
Üniversite ve üzeri	11 (15,1)	43 (61,4)	54 (37,8)
<b>Sigara kullanma durumu</b>			
Sürekli kullanıyor	22 (30,1)	23 (32,9)	45 (31,5)
Sürekli kullanmıyor	12 (16,4)	5 (7,1)	17 (11,9)
Kullanmıyor	39 (53,4)	42 (60,0)	81 (56,6)
<b>Alkol kullanma durumu</b>			
Sürekli kullanıyor	2 (2,7)	7 (10,0)	9 (6,3)
Sürekli kullanmıyor	30 (41,1)	11 (15,7)	41 (28,7)
Kullanmıyor	41 (56,2)	52 (74,3)	93 (65,0)

?: sütun yüzdesi

Hasta ve kontrol grupları arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı; alkol kullanımı açısından saptandı ( $p=0,001$ ). Hastaların %30,1'inde, kontrollerin %2,9'unda ek hastalık bulunmaktaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,0001$ ) (Tablo 4.2.).

**Tablo 4.2. Hasta ve kontrol grubunun alışkanlıklar ve ek hastalık varlığına göre karşılaştırılması**

	Hasta	Kontrol	p
	n (%)	n (%)	
<b>Sigara kullanımı</b>			0,228
Sürekli kullanıyor	22 (30,1)	23 (32,9)	
Sürekli kullanmıyor	12 (16,4)	5 (7,1)	
Kullanmıyor	39 (53,5)	42 (60,0)	
<b>Alkol kullanımı</b>			<b>0,001</b>
Sürekli kullanıyor	2 (2,7)	7 (10,0)	
Sürekli kullanmıyor	30 (41,1)	11 (15,7)	
Kullanmıyor	41 (56,2)	52 (74,3)	
<b>Ek hastalık</b>			<b>0,0001</b>
Var	22 (30,1)	2 (2,9)	
Yok	51 (69,9)	68 (97,1)	

?: sütun yüzdesi, p: anlamlılık değeri, Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Psoriasisli hasta grubunun %43,8'inde psikiyatrik hastalık, %8,2'sinde intihar girişimi öyküsü varken, kontrol hastalarında psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi öyküsü yoktu ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,0001) (Tablo 4.3.).

Hasta ve kontrol grupları arasında ailede psikiyatrik hastalık bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.3.).

Hasta grubunun %24,7'sinde ailede psoriasis öyküsü vardı ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,0001) (Tablo 4.3.).

**Tablo 4.3. Hasta ve kontrol grubunun psikiyatrik hastalık öyküsü ve aile öyküsü varlığına göre karşılaştırılması**

	<b>Hasta</b>	<b>Kontrol</b>	
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Psikiyatrik hastalık öyküsü</b>			<b>0,0001</b>
Var	32 (43,8)	0 (0,0)	
Yok	41 (56,2)	70 (100,0)	
<b>İntihar Öyküsü</b>			<b>0,028</b>
Var	6 (8,2)	0 (0,0)	
Yok	67 (91,8)	70 (100,0)	
<b>Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü</b>			1,000
Var	9 (12,3)	8 (11,4)	
Yok	64 (87,7)	62 (88,6)	
<b>Ailede psoriasis öyküsü</b>			<b>0,0001</b>
Var	18 (24,7)	0 (0,0)	
Yok	55 (75,3)	70 (100,0)	

#: sütun yüzdesi, p: anlamlılık değeri, Ki-Kare testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.4. Psoriasis başlangıç yaşına göre grupların psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü ve aile öyküsü yönünden karşılaştırılması**

	<b>Tip 1</b>	<b>Tip 2</b>	
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Psikiyatrik hastalık öyküsü</b>			0,918
Var	20 (45,5)	12 (41,4)	
Yok	24 (54,5)	17 (58,6)	
<b>İntihar Öyküsü</b>			1,000
Var	4 (9,1)	2 (6,9)	
Yok	40 (90,9)	27 (93,1)	
<b>Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü</b>			1,000
Var	5 (11,4)	4 (13,8)	
Yok	39 (88,6)	25 (86,2)	
<b>Ailede psoriasis öyküsü</b>			0,360
Var	13 (29,5)	5 (17,2)	
Yok	31 (70,5)	24 (82,8)	

=: sütün yüzdesi, p: anlamlılık değeri, Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Hastalığın başlangıç yaşı ile kıyaslandığında, 40 yaş öncesi başlayan Tip1 psoriasis ile, 40 yaş sonrası başlayan Tip 2 psoriasis arasında; psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü, ailede psoriasis öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yönünden anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.4.).

## 4.2 Örneklemin Klinik zellikleri

Tablo 4.5. Psoriasisin klinik formlarının dağılımı

Değişkenler	n (%)
<b>Saçlı deri</b>	
Var	32 (43,8)
Yok	41 (56,2)
<b>Tırnak</b>	
Var	27 (37,0)
Yok	46 (63,0)
<b>Eklem</b>	
Var	9 (12,3)
Yok	64 (87,7)
<b>Yüz</b>	
Var	11 (15,1)
Yok	62 (84,9)
<b>El ayak</b>	
Var	19 (26,0)
Yok	54 (74,0)
<b>Genital</b>	
Var	8 (11,0)
Yok	65 (89,0)
<b>Kronik Plak</b>	
Var	54 (75,0)
Yok	18 (25,0)

=: sütün yüzdesi.

Hastaların PAŞI skoru ortalaması 7,2±4,8, ortancası 7,0'ydi (min:1,0- maks:16,0) (Tablo 4.5.).

Hastaların %43,8'inde saçlı deri tutulumu, %37,0'sinde tırnak tutulumu, %12,3'ünde eklem tutulumu, %15,1'inde yüz tutulumu, %26'sında palmoplantar tutulum ve %11,0'inde genital tutulum saptandı (Tablo 4.5.).

Hastaların %75'inde plak psoriasis saptanırken, hiçbir hastada guttat psoriasis izlenmedi (Tablo 4.5.).

### **4.3 Örneklemenin Psikometrik Özellikleri**

#### **4.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları Yönünden Kontrol Grubu İle Karşılaştırma**

**H<sub>0</sub>:** Psoriasisliler ile kontrollerin ÇÇTÖ'nden aldıkları puan arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Psoriasis hastalarının ÇÇTÖ puanları, kontrollerin puanından farklıdır.

Hasta ve kontrol grupları arasında ÇÇTÖ'nin minimizasyon alt tipi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.6.).

Hasta grubunun ÇÇTÖ'nin duygusal istismar alt tipi puanı ortalaması  $8,5\pm 3,7$ , fiziksel istismar alt tipi puanı ortalaması  $7,2\pm 3,6$ , cinsel istismar alt tipi puanı ortalaması  $5,9\pm 2,9$ , fiziksel ihmal alt tipi puanı ortalaması  $8,9\pm 3,1$ , duygusal ihmal alt tipi puanı ortalaması  $12,9\pm 5,3$  olup kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 4.6.).

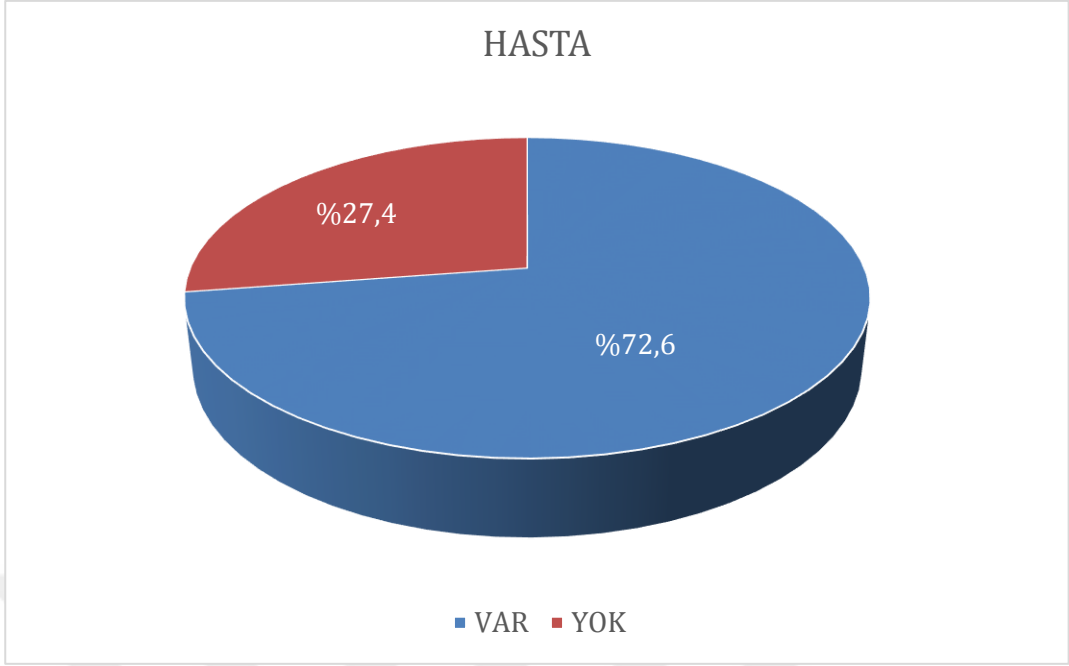
Hasta grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin toplam puanı ortalaması  $43,2\pm 12,9$  iken, kontrol grubunun ortalaması  $31,6\pm 6,9$ 'du ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,0001$ ) (Tablo 4.6.).



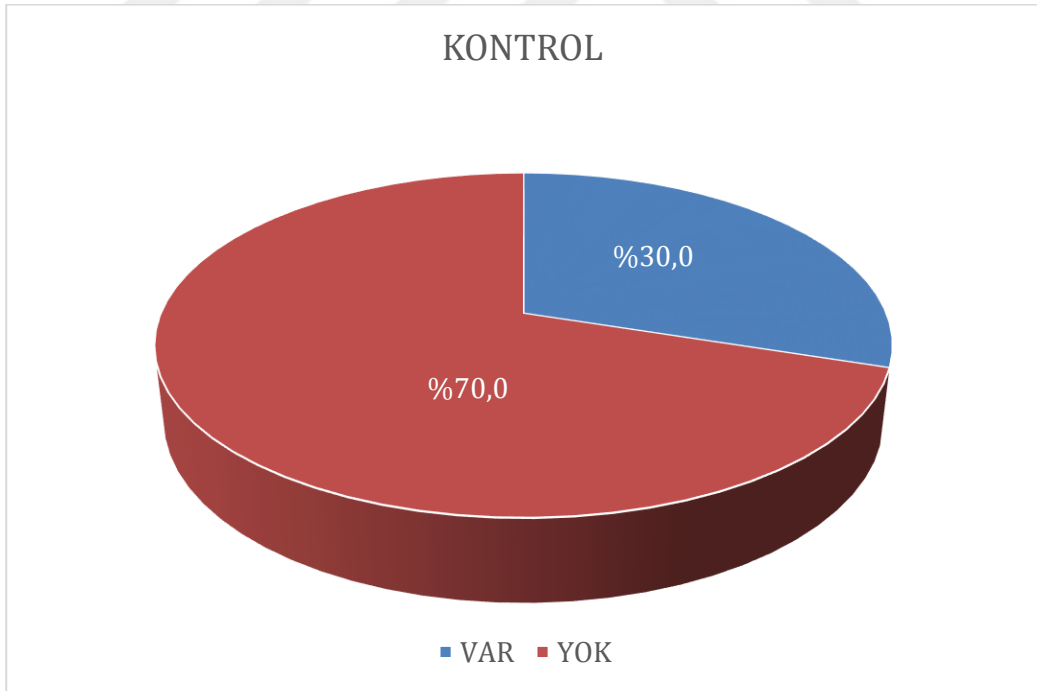
**Tablo 4.6. Hasta ve kontrollerin ÇÇTÖ puanlarının karşılaştırılması**

Değişkenler	Hasta (n=73)		Kontrol (n=70)		p
	ortalama±ss	Ortanca (min-maks)	ortalama±ss	Ortanca (min-maks)	
<b>Minimizasyon</b>	0,5±0,9	0,0 (0,0-5,0)	0,6±0,8	0,0 (0,0-3,0)	0,155
<b>Duygusal istismar</b>	8,5±3,7	8,0 (5,0-25,0)	6,1±1,7	5,0 (5,0-13,0)	<b>0,0001</b>
<b>Fiziksel istismar</b>	7,2±3,6	5,0 (5,0-19,0)	5,3±1,2	5,0 (5,0-14,0)	<b>0,0001</b>
<b>Cinsel istismar</b>	5,9±2,9	5,0 (5,0-21,0)	5,0	5,0 (5,0-5,0)	<b>0,005</b>
<b>Fiziksel ihmal</b>	8,9±3,1	9,0 (5,0-16,0)	6,5±2,6	5,0 (5,0-17,0)	<b>0,0001</b>
<b>Duygusal ihmal</b>	12,9±5,3	13,0 (5,0-32,0)	8,7±3,6	8,0 (5,0-21,0)	<b>0,0001</b>
<b>Toplam</b>	43,2±12,9	43,0 (25,0-86,0)	31,6±6,9	29,0 (25,0-58,0)	<b>0,0001</b>

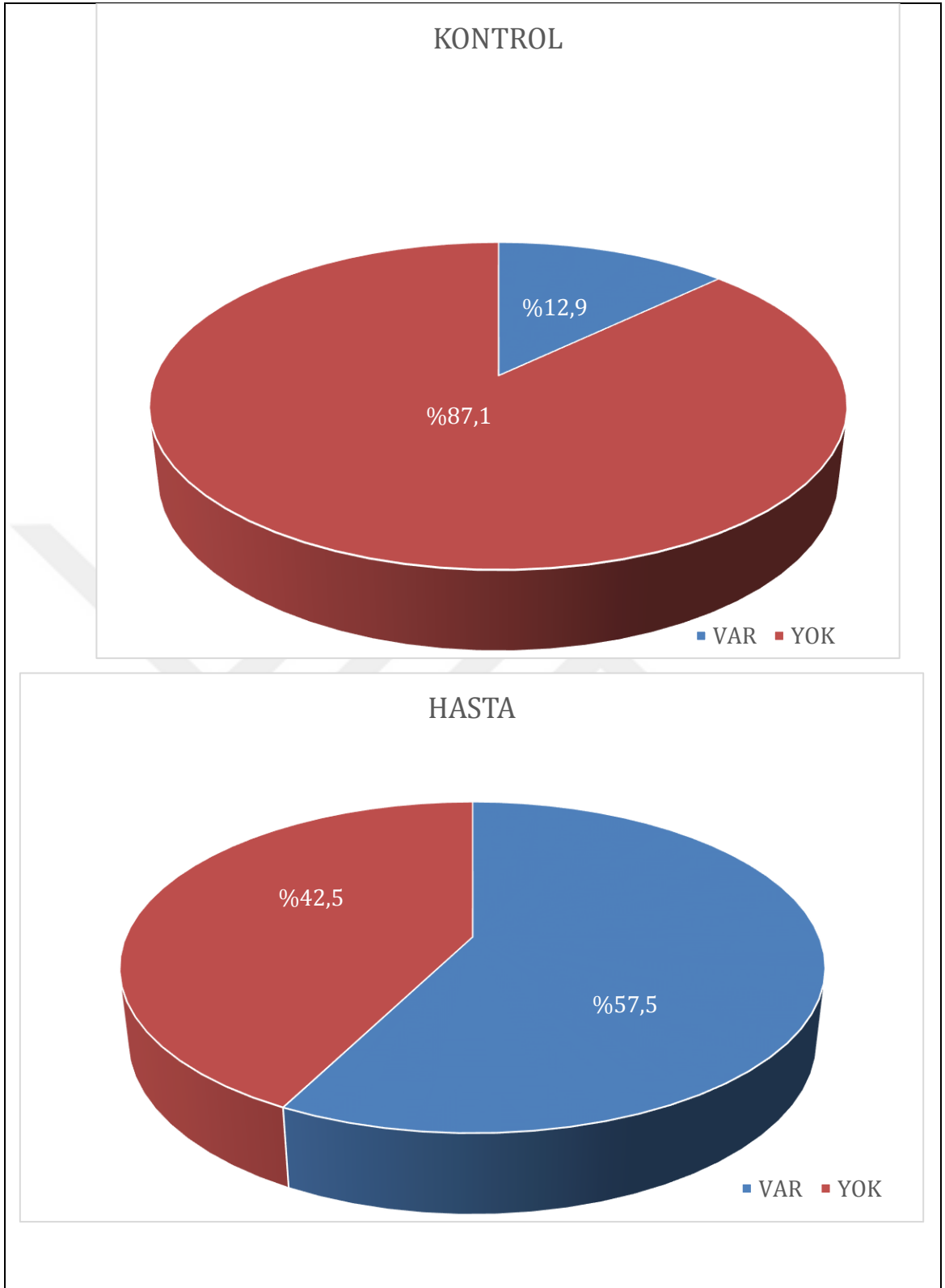
ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.



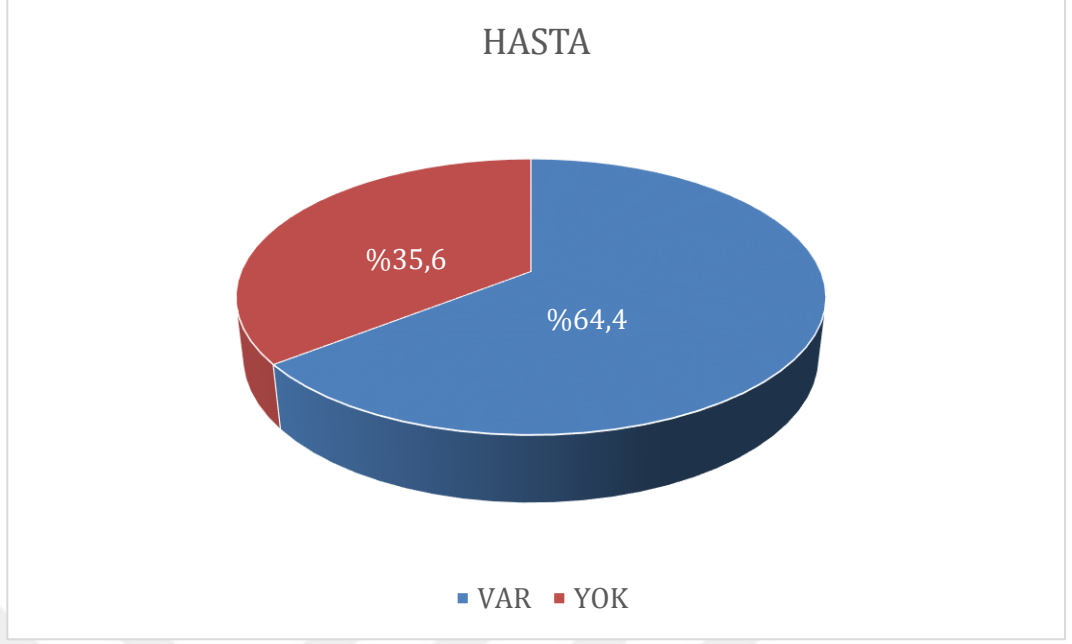
**Şekil 4.1.** Hasta grubunun çocukluk çağı travmalarının karşılaştırılması



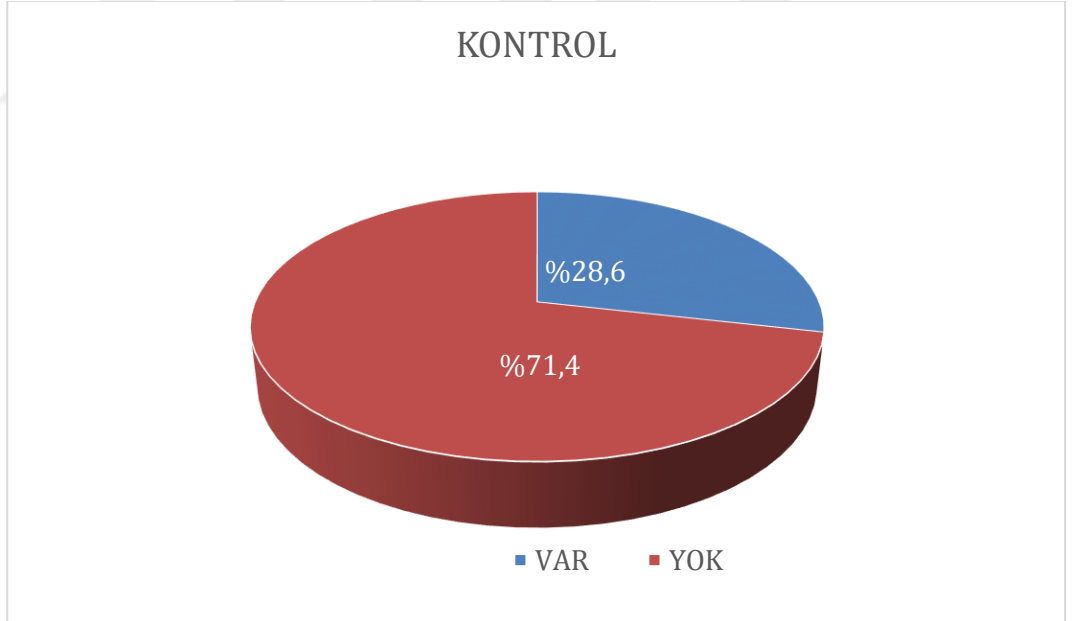
**Şekil 4.2.** Kontrol grubunun çocukluk çağı travmalarının karşılaştırılması



**Şekil 4.3.** Hasta ve kontrol gruplarının duygusal ihmal varlığına göre dağılımı



**Şekil 4.4.** Hasta grubunun duygusal istismar varlığına göre dağılımı



**Şekil 4.5.** Kontrol grubunun duygusal istismar varlığına göre dağılımı

Psoriatik artriti olan hastaların, olmayanlar ile çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırılmalarında, anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.7.).

**Tablo 4.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları ile eklem tutulumunun karşılaştırılması**

Değişkenler	Eklem tutulumu var (n=9)		Eklem tutulumu yok (n=64)		p
	ortalama ±ss	Ortanca (min- maks)	ortalama ±ss	Ortanca (min- maks)	
<b>Minimizasyon</b>	0,8±0,8	1,0 (0-2,0)	0,5±0,9	0,0(0-5,0)	0,074
<b>Duygusal istismar</b>	8,3±2,7	9,0 (5,0-12,0)	8,5±3,9	8,0 (5,0-25,0)	0,753
<b>Fiziksel istismar</b>	5,9±1,8	5,0 (5,0-9,0)	7,4±3,7	5,5 (5,0-19,0)	0,171
<b>Cinsel istismar</b>	6,8±5,3	5,0 (5,0-21,0)	5,8±2,6	5,0 (5,0-16,0)	0,901
<b>Fiziksel ihmal</b>	9,8±3,9	9,0 (5,0-16,0)	8,8±3,0	8,0 (5,0-16,0)	0,537
<b>Duygusal ihmal</b>	11,9±3,7	12,0 (5,0-18,0)	13,1±5,4	13,0 (5,0-32,0)	0,579
<b>Toplam</b>	42,7±8,4	43,0 (30,0- 55,0)	43,3±13, 6	43,0 (25,0-86,0)	0,834

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tip 1 ve tip 2 psoriasis arasında, çocukluk çağı travmaları yönünden yapılan incelemede, erken başlangıçlı psoriasis ile çocukluk çağı travmaları öyküsü arasında anlamlı ilişki kurulamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.8.).

**Tablo 4.8. Tip 1 ve Tip 2 psoriasise göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanlarının karşılaştırılması**

Değişkenler	Tip 1 (n=44)		Tip 2 (n=29)		p
	ortalama±ss	Ortanca (min-maks)	ortalama±ss	Ortanca (min-maks)	
<b>Minimizasyon</b>	0,5±0,8	0,0(0-3,0)	0,5±1,2	0,0(0-5,0)	0,404
<b>Duygusal istismar</b>	8,3±4,1	7,5 (5,0-25,0)	8,8±3,1	8,0 (5,0-16,0)	0,155
<b>Fiziksel istismar</b>	7,2±3,8	5,0 (5,0-19,0)	7,2±3,3	6,0 (5,0-19,0)	0,581
<b>Cinsel istismar</b>	6,3±3,5	5,0 (5,0-21,0)	5,3±1,9	5,0 (5,0-15,0)	0,101
<b>Fiziksel ihmal</b>	8,6±2,9	8,0 (5,0-16,0)	9,5±3,4	9,0 (5,0-16,0)	0,249
<b>Duygusal ihmal</b>	12,7±5,2	12,0 (5,0-25,0)	13,4±5,4	13,0 (5,0-32,0)	0,549
<b>Toplam</b>	43,1±14,0	42,5 (25,0-86,0)	43,4±11,5	45,0 (25,0-76,0)	0,577

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

#### 4.3.2. Duygu Düzenlemenin Kontrol Grubu İle Karşılaştırılması

**H<sub>0</sub>:** Psoriasis hastalarının dışa vurumun baskılanması puanı ile kontrollerin dışa vurumun baskılanması puanı arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Psoriasis hastalarının dışa vurumun baskılanması puanı, kontrollerin dışa vurumun baskılanması puanı'ndan farklıdır.

Hasta grubunun Duygu Düzenleme Ölçeği'nin (DDÖ) bilişsel yeniden değerlendirme alt tipi puanı ortalaması 16,8±6,9, kontrol grubunun ortalaması 25,3±5,7'ydi. Kontrol grubunda bilişsel yeniden değerlendirme puanları daha yüksek bulundu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,0001) (Tablo 4.9.).

Hasta grubunun DDÖ'nin dışa vurumun baskılanması alt tipi puanı ortalaması 15,6±5,7, kontrol grubunun ortalaması 13,1±4,6'ydı. Dışa vurumun baskılanması psoriasislilerde daha yüksek bulundu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,001) (Tablo 4.9.).

**Tablo 4.9. Hasta ve kontrol gruplarının DDÖ puanlarının karşılaştırılması**

Değişkenler	Hasta (n=73)		Kontrol (n=70)		p
	ortalama±ss	Ortanca (min-maks)	ortalama±ss	Ortanca (min-maks)	
<b>Bilişsel yeniden değerlendirme</b>	16,8±6,9	15,0 (6,0-36,0)	25,3±5,7	26,0 (13,0-36,0)	<b>0,0001</b>
<b>Dışa vurumun baskılanması</b>	15,6±5,7	18,0 (3,0-24,0)	13,1±4,6	13,0 (5,0-26,0)	<b>0,001</b>
<b>Toplam</b>	32,5±6,5	33,0 (19,0-55,0)	37,7±6,4	38,0 (21,0-53,0)	<b>0,0001</b>

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

#### **4.3.3. Anksiyete ve Depresyon Yönünden Kontrol Grubu İle Karşılaştırma**

**H<sub>0</sub>:** Psoriasis hastalarının anksiyete puanı ile kontrollerin anksiyete puanı arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Psoriasis hastalarının anksiyete puanı, kontrollerin anksiyete puanı'ndan farklıdır.

**H<sub>0</sub>:** Psoriasis hastalarının depresyon puanı ile kontrollerin depresyon puanı arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Psoriasis hastalarının depresyon puanı, kontrollerin depresyon puanı'ndan farklıdır.

Hasta grubunun Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'nin depresyon alt tipi puanı ortalaması  $7,2\pm 4,3$ , kontrol grubunun ortalaması  $3,2\pm 2,4$ 'tü (Tablo 4.10.).

Hasta grubunun anksiyete alt tipi puanı ortalaması  $9,6\pm 4,6$ , kontrol grubunun ortalaması  $5,6\pm 3,1$ 'di ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,0001$ ) (Tablo 4.10.).

**Tablo 4.10. Hasta ve kontrol gruplarının HAD puanlarının karşılaştırılması**

Değişkenler	Hasta (n=73)		Kontrol (n=70)		p
	ortalama $\pm$ ss	Ortanca (min-maks)	ortalama $\pm$ ss	Ortanca (min-maks)	
<b>Anksiyete</b>	9,6 $\pm$ 4,6	10,0 (1,0-19,0)	5,6 $\pm$ 3,1	5,0 (0,0-15,0)	<b>0,0001</b>
<b>Depresyon</b>	7,2 $\pm$ 4,3	6,0 (0,0-18,0)	3,2 $\pm$ 2,4	3,0 (0,0-14,0)	<b>0,0001</b>
<b>Toplam</b>	16,5 $\pm$ 7,9	15,0 (2,0-36,0)	8,8 $\pm$ 5,2	8,5 (0,0-29,0)	<b>0,0001</b>

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Hastalarda saçlı deri, tırnak, eklem, yüz, el ayak, genital bölge tutulumuna göre gruplar arasında depresyon puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.11.).

Hastalarda saçlı deri, tırnak, eklem, yüz, el ayak, genital bölge tutulumuna göre gruplar arasında anksiyete puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.12.).



**Tablo 4.11. Psoriasis tutulum alanlarına göre grupların depresyon puanı karşılaştırması**

<b>Değişkenler</b>	<b>HAD-depresyon puanı ortalaması±ss</b>	<b>HAD-depresyon puanı ortanca (min-maks)</b>	<b>p</b>
<b>Saçlı deri tutulumu</b>			0,501*
Var (n=32)	7,6±4,1	8,0 (0,0-17,0)	
Yok (n=41)	6,9±4,5	6,0 (0,0-18,0)	
<b>Tırnak tutulumu</b>			0,589
Var (n=27)	6,8±3,9	6,0 (1,0-14,0)	
Yok (n=46)	7,5±4,6	7,0 (0,0-18,0)	
<b>Eklem tutulumu</b>			0,142
Var (n=9)	5,2±4,1	5,0 (0,0-12,0)	
Yok (n=64)	7,5±4,3	7,0 (0,0-18,0)	
<b>Yüz tutulumu</b>			0,411
Var (n=11)	6,4±4,2	6,0 (1,0-17,0)	
Yok (n=62)	7,4±4,4	8,0 (0,0-18,0)	
<b>EI ayak tutulumu</b>			0,719
Var (n=19)	6,6±3,8	8,0 (0,0-12,0)	
Yok (n=54)	7,4±4,5	6,0 (0,0-18,0)	
<b>Genital tutulum</b>			0,409
Var (n=8)	8,4±5,3	9,0 (1,0-17,0)	
Yok (n=65)	7,1±4,2	6,0 (0,0-18,0)	

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Mann Whitney U testi; p\*: anlamlılık değeri, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.12. Psoriasis tutulum alanlarına göre grupların anksiyete puanı karşılaştırılması**

<b>Değişkenler</b>	<b>HAD-anksiyete puanı ortalama±ss</b>	<b>HAD-anksiyete puanı ortanca (min-maks)</b>	<b>p</b>
<b>Saçlı deri tutulumu</b>			0,331*
Var (n=32)	10,2±4,8	10,0 (2,0-19,0)	
Yok (n=41)	9,1±4,5	8,0 (1,0-19,0)	
<b>Tırnak tutulumu</b>			0,102
Var (n=27)	8,5±3,5	8,0 (3,0-15,0)	
Yok (n=46)	10,2±5,1	11,0 (1,0-19,0)	
<b>Eklemler tutulumu</b>			0,099
Var (n=9)	7,2±4,3	6,0 (2,0-14,0)	
Yok (n=64)	9,9±4,6	10,0 (1,0-19,0)	
<b>Yüz tutulumu</b>			0,704
Var (n=11)	10,2±4,9	9,0 (3,0-19,0)	
Yok (n=62)	9,5±4,6	10,0 (1,0-19,0)	
<b>El ayak tutulumu</b>			0,618
Var (n=19)	9,0±4,3	10,0 (2,0-18,0)	
Yok (n=54)	9,8±4,8	10,0 (1,0-19,0)	
<b>Genital tutulum</b>			0,410
Var (n=8)	11,0±5,3	10,5 (3,0-19,0)	
Yok (n=65)	9,4±4,5	10,0 (1,0-19,0)	

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Mann Whitney U testi; p\*: anlamlılık değeri, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

#### 4.3.4. Ruhsal Dayanıklılığın Kontrol Grubu İle Karşılaştırılması

**H<sub>0</sub>:** Psoriasis hastalarının ruhsal dayanıklılık puanı ile kontrollerin ruhsal dayanıklılık puanı arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Psoriasis hastalarının ruhsal dayanıklılık puanı, kontrollerin ruhsal dayanıklılık puanından farklıdır.

**Tablo 4.13. Hasta ve kontrol grubunun Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği puanlarının karşılaştırılması**

Değişkenler	Hasta (n=73)		Kontrol (n=70)		p
	ortalama±ss	Ortanca (min-maks)	ortalama±ss	Ortanca (min-maks)	
Yapısal stil	12,3±4,9	12,0 (4,0-20,0)	15,7±3,1	16,0 (4,0-20,0)	<b>0,0001</b>
Gelecek algısı	12,2±4,5	12,0 (4,0-20,0)	15,7±3,2	16,0 (4,0-20,0)	<b>0,0001</b>
Aile uyumu	21,7±5,3	23,0 (8-30,0)	25,5±3,9	26,0 (14,0-30,0)	<b>0,0001</b>
Kendilik algısı	18,2±6,8	18,0 (6,0-30,0)	24,9±3,5	26,0 (16,0-30,0)	<b>0,0001</b>
Sosyal yeterlilik	20,4±6,3	21,0 (6,0-30,0)	25,3±3,6	26,0 (16,0-30,0)	<b>0,0001</b>
Sosyal kaynaklar	25,8±5,8	26,0 (11,0-35,0)	30,3±3,6	31,0 (18,0-35,0)	<b>0,0001</b>
Toplam	109,9±23,6	107(67-160)	137,5±14,1	140(97-161)	<b>0,0001*</b>

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Mann Whitney U testi; p\*: anlamlılık değeri, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

Hasta grubunun Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği'nin yapısal stil alt tipi puan ortalaması 12,3±4,9, gelecek algısı alt tipi puanı ortalaması 12,2±4,5, aile uyumu alt tipi puanı ortalaması 21,7±5,3, kendilik algısı alt tipi puanı ortalaması 18,2±6,8, sosyal yeterlilik alt tipi puanı ortalaması 20,4±6,3, sosyal kaynaklar alt

tipi puanı ortalaması  $25,8 \pm 5,8$ 'di ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ( $p=0,0001$ ). Hasta grubunun Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği toplam puanı ortalaması  $109,9 \pm 23,6$ , kontrol grubunun ortalaması  $137,5 \pm 14,1$ 'di ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,0001$ ) (Tablo 4.13.).

#### 4.3.5. Bağlanma Özelliklerinin Kontrol Grubu İle Karşılaştırılması

**H<sub>0</sub>:** Psoriasisliler ile kontroller arasında İlişki Ölçekleri Anketi'ne göre korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma puanları arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Psoriasisliler ile kontrollerin İlişki Ölçekleri Anketi'ne göre korkulu, saplantılı ve kayıtsız bağlanma puanları farklıdır.

**H<sub>0</sub>:** Psoriasisliler ile kontroller arasında İlişki Ölçekleri Anketi'ne göre güvenli bağlanma puanları arasında fark yoktur.

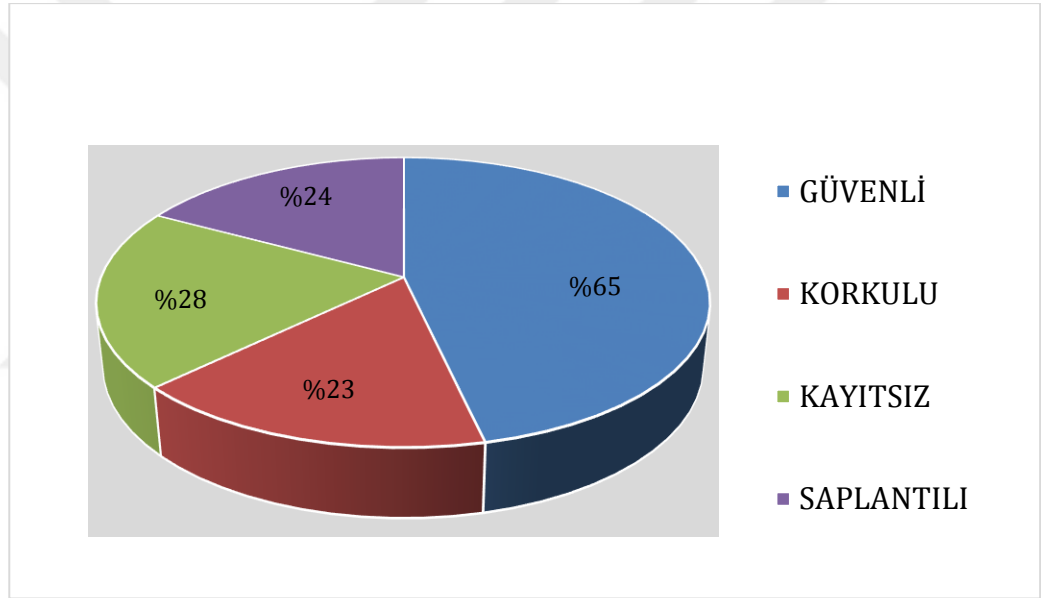
**H<sub>1</sub>:** Psoriasisliler ile kontrollerin İlişki Ölçekleri Anketi'ne göre güvenli bağlanma puanları farklıdır.

**Tablo 4.14. Hasta ve kontrol grubunun İÖA'ne göre bağlanma özelliklerinin karşılaştırılması**

Değişkenler	Hasta (n=73)		Kontrol (n=70)		p
	ortalama $\pm$ ss	Ortanca (min-maks)	ortalama $\pm$ ss	Ortanca (min-maks)	
<b>Korkulu</b>	4,2 $\pm$ 1,6	4,0 (1,0-6,8)	3,3 $\pm$ 0,9	3,4 (1,0-5,5)	<b>0,001</b>
<b>Kayıtsız</b>	4,2 $\pm$ 1,2	4,2 (1,2-7,0)	3,9 $\pm$ 1,0	4,0 (1,8-6,2)	0,144*
<b>Güvenli</b>	4,1 $\pm$ 1,1	3,8 (1,8-6,6)	5,2 $\pm$ 0,9	5,3 (2,4-6,8)	<b>0,0001</b>
<b>Saplantılı</b>	4,0 $\pm$ 1,4	4,0 (1,8-7,3)	3,1 $\pm$ 0,9	3,0 (1,8-6,5)	<b>0,0001</b>

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Mann Whitney U testi; p\*: anlamlılık değeri, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Hasta grubunun İlişki Ölçekleri Anketi'nin korkulu bağlanma alt tipi puanı ortalaması  $4,2\pm1,6$ , saplantılı bağlanma alt tipi puanı ortalaması  $4,0\pm1,4$ 'dü ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti. Hasta grubunun İlişki Ölçekleri Anketi'nin güvenli bağlanma alt tipi puanı ortalaması  $4,1\pm1,1$ , kontrol grubunun ortalaması  $5,2\pm0,9$ 'du ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,0001$ ). Kayıtsız Bağlanma alt tipi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.14.).



**Şekil 4.6.** Tüm çalışma grubunun İlişki Ölçekleri Anketi'nden aldıkları puana göre alt tiplerinin dağılımı

#### 4.4. Psikometrik Özelliklerin PAŞİ ile Karşılaştırılması

##### 4.4.1. Ruhsal Dayanıklılığın PAŞİ ile Karşılaştırılması

**H<sub>0</sub>:** Psoriasis hafif, orta ve şiddetli olanlarda Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği puanları arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Psoriasis hafif, orta ve şiddetli olanlarda Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği puanları arasında fark vardır.

Psoriasis şiddetine göre gruplar arasında Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği'nin yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Psoriasis şiddetine göre gruplar arasında Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği'nin toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.15.).

**Tablo 4.15. Hafif, orta, şiddetli psoriasiste Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği'nin karşılaştırılması**

Değişkenler	PAŞİ: <5	PAŞİ: 5-9.9	PAŞİ: ≥10	p
	n=32	n=14	n=27	
	ortalama±ss	ortalama±ss	ortalama±ss	
Yapısal stil	13,2±4,6	12,7±5,3	10,9±5,1	0,160
Gelecek algısı	12,9±4,8	12,6±4,3	11,2±4,1	0,388
Aile uyumu	21,3±5,9	22,6±4,4	21,6±5,0	0,872
Kendilik algısı	17,8±7,5	20,0±6,0	17,7±6,3	0,568
Sosyal yeterlilik	21,2±6,3	20,0±5,1	19,6±6,9	0,684
Sosyal kaynaklar	27,1±5,9	25,9±4,6	24,2±6,0	0,231
Toplam	111,5±25,9	113,1±20,0	106,5±22,8	0,619

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

#### 4.4.2. Çocukluk Çağı Travmalarının PAŞİ İle Karşılaştırılması

**H<sub>0</sub>:** Çocukluk travması olan ve olmayanların psoriasis şiddetinde fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Çocukluk travması olan ve olmayanların psoriasis şiddetinde fark vardır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'ne göre travma olan ve olmayan gruplar arasında PAŞİ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.16. ve 4.17.).

**Tablo 4.16. Hasta grubunda Çocukluk Çağı Travması olan ve olmayanlarda PAŞİ'nin karşılaştırılması**

Değişkenler	PAŞİ		p
	ortalama±ss	ortanca (min-maks)	
Duygusal ihmal			0,243
Yok (n=31)	6,3±4,7	5,2 (1,0-16,0)	
Var (n=42)	7,7±4,9	7,7 (1,0-16,0)	
Duygusal istismar			0,168
Yok (n=26)	6,0±4,8	4,1 (1,0-16,0)	
Var (n=47)	7,8±4,8	8,0 (1,0-16,0)	
Fiziksel ihmal			0,480
Yok (n=20)	6,4±4,7	5,3 (1,2-14,2)	
Var (n=53)	7,4±4,9	7,0 (1,0-16,0)	
Çocukluk çağı travması			0,244
Yok (n=20)	6,0±4,7	4,7 (1,0-16,0)	
Var (n=53)	7,5±4,9	7,0 (1,0-16,0)	

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.17. Hafif, orta, şiddetli psoriasisde Çocukluk Çağı Travması Ölçeği'nin karşılaştırılması**

<b>Değişkenler</b>	<b>PAŞİ: &lt;5</b>	<b>PAŞİ: 5-9.9</b>	<b>PAŞİ: ≥10</b>	
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Duygusal ihmal</b>				0,191
Yok (n=31)	15 (46,9)	8 (57,1)	8 (29,6)	
Var (n=42)	17(53,1)	6 (42,9)	19 (70,4)	
<b>Duygusal istismar</b>				0,052
Yok (n=26)	14 (43,8)	7 (50,0)	5 (18,5)	
Var (n=47)	18 (56,2)	7 (50,0)	22 (81,5)	
<b>Fiziksel ihmal</b>				0,654
Yok (n=20)	9 (28,1)	5 (35,7)	6 (22,2)	
Var (n=53)	23 (71,9)	9 (64,3)	21 (77,8)	
<b>Çocukluk çağı travması</b>				0,122
Yok (n=20)	10 (31,2)	6 (42,9)	4 (14,8)	
Var (n=53)	22 (68,8)	8 (57,1)	23 (85,2)	

‰: sütun yüzdesi, p: anlamlılık değeri, Ki-Kare testi kullanılmıştır.

#### **4.4.3. Bağlanma Özelliklerinin PAŞİ İle Karşılaştırılması**

**H<sub>0</sub>:** Güvensiz bağlanma, psoriasis şiddetini etkilemektedir.

**H<sub>1</sub>:** Güvensiz bağlanma ile psoriasisin şiddeti arasında ilişki yoktur.

Hasta grubunda İlişki Ölçekleri Anketi'ne göre, güvensiz bağlanma ile PAŞİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.18. ve 4.19.).



**Tablo 4.18. Hasta grubunda bağlanma özelliğine göre psoriasis şiddetinin (PAŞİ) karşılaştırılması**

Bağlanma özellikleri	PAŞİ ortalama±ss	PAŞİ ortanca (min-maks)	p
Güvenli (n=14)	6,4±4,2	6,1 (1,0-14,2)	0,649
Korkulu (n=22)	6,9±4,9	6,5 (1,0-14,3)	
Saplantılı (n=21)	8,2±5,4	7,4 (1,0-16,0)	
Kayıtsız (n=16)	6,7±4,5	6,2 (1,2-15,0)	

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.19. Hafif, orta, şiddetli psoriasisde bağlanma özelliklerinin karşılaştırılması**

Bağlanma özellikleri	PAŞİ: <5	PAŞİ: 5-9.9	PAŞİ: ≥10	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Güvenli	6 (18,8)	5 (35,7)	3 (11,1)	0,724
Korkulu	10 (31,2)	3 (21,4)	9 (33,3)	
Saplantılı	9 (28,1)	3 (21,4)	9 (33,3)	
Kayıtsız	7 (21,9)	3 (21,4)	6 (22,2)	

#: sütun yüzdesi, p: anlamlılık değeri, Ki-Kare testi kullanılmıştır.

#### 4.4.4. Duygu Düzenlemenin PAŞİ İle Karşılaştırılması

**H<sub>0</sub>:** Duygu düzenleme güçlüğü olan ve olmayanlar arasında psoriasis şiddetinde fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Duygu düzenleme güçlüğü olan ve olmayanlar arasında psoriasis şiddetinde fark vardır.

Psoriasis şiddetine göre gruplar arasında bilişsel yeniden değerlendirme ve dışa vurumun baskılanması puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.20.).

**Tablo 4.20. Hafif, orta, şiddetli psoriasisde duygu düzenleme güçlüğüne karşılaştırılması**

Değişkenler	PAŞİ<5 (n=32)	PAŞİ: 5-9.9 (n=14)	PAŞİ>10 (n=27)	
	ortalama±ss	ortalama±ss	ortalama±ss	p
Bilişsel yeniden değerlendirme	18,9±7,4	14,5±5,3	15,4±6,7	0,059
Dışa vurum baskılanması	14,5±6,1	16,6±5,3	16,4±5,3	0,498

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

#### 4.4.5 Anksiyete ve Depresyonun PAŞİ İle Karşılaştırılması

**H<sub>0</sub>:** Anksiyete ve depresyonu olanlar ile olmayanlar arasında psoriasis şiddetinde fark yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Anksiyete ve depresyonu olanlar ile olmayanlar arasında psoriasis şiddetinde fark vardır.

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'nin anksiyete ve depresyon alt tiplerine göre PAŞİ açısından istatistiksel olarak anlam fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.21.ve 4.22.).

**Tablo 4.21. Anksiyete ve depresyon durumuna göre gruplar arasında psoriasis şiddetinin (PAŞİ) karşılaştırılması**

Değişkenler	PAŞİ ortalama±ss	PAŞİ ortanca (min-maks)	p
<b>Anksiyete</b>			0,625
Yok(n=33)	6,8±4,5	7,0 (1,0-16,0)	
Var (n=40)	7,4±5,1	7,0 (1,0-16,0)	
<b>Depresyon</b>			0,188
Yok(n=38)	6,4±4,8	5,3 (1,0-16,0)	
Var (n=35)	7,9±4,9	8,2 (1,0-16,0)	

ss: standart sapma, p: anlamlılık değeri, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.22. Hafif, orta, şiddetli psoriasisde depresyon ve anksiyetenin karşılaştırılması**

Değişkenler	PAŞİ: <5	PAŞİ: 5-9.9	PAŞİ: ≥10	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Depresyon</b>				0,330
Yok	19 (59,4)	8 (57,1)	11 (40,7)	
Var	13 (40,6)	6 (42,9)	16 (59,3)	
<b>Anksiyete</b>				0,163
Yok	15 (46,9)	9 (64,3)	9 (33,3)	
Var	17 (53,1)	5 (35,7)	18 (66,7)	

%: sütun yüzdesi, p: anlamlılık değeri, Ki-Kare testi kullanılmıştır.

#### 4.5. Regresyon Analizi ile Değerlendirme

Psoriasis gelişimini etkileyen faktörlerin analizinde Binary Lojistik Regresyon Backward Conditional yöntemi kullanıldı.

Bağımlı değişken olarak psoriasis varlığı, bağımsız değişken olarak Hastane Anksiyete Depresyon-anksiyete ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon-depresyon ölçeği, Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Duygu Düzenleme Ölçeği-bilişsel yeniden değerlendirme alt grubu, Duygu Düzenleme Ölçeği -dışa vurumun baskılanması alt grubu, İlişki Ölçekleri Anketi alındı.

Dördüncü adımda Hastane Anksiyete Depresyon-depresyon ölçeği, Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği, Duygu Düzenleme Ölçeği-bilişsel yeniden değerlendirme alt grubu ve İlişki Ölçekleri Anketi modelde yer aldı. Depresyon varlığı psoriasis gelişimini depresyon olmayanlara göre 4,7 kat [%95 güven aralığı (GA) 1,206-18,333], İlişki Ölçekleri Anketi'ne göre güvensiz bağlanma özellikleri, güvenli saptananlara göre 4,8 kat (%95 GA 1,776-12,717) artırmaktaydı. ,

Ruhsal dayanıklılık ölçeği puanı arttıkça psoriasis gelişme riski azalmaktaydı [tahmini rölatif risk (TRR): 0,963] (%95 GA 0,937-0,990). Bilişsel yeniden değerlendirme puanı arttıkça psoriasis gelişme riski azalmaktaydı (TRR: 0,896) (%95 GA 0,833-0,963) (Tablo 4.23.).

**Tablo 4.23. Psoriasis gelişimini etkilediği düşünülen değişkenlerin regresyon analizi**

	<b>Beta</b>	<b>p*</b>	<b>TRR</b>	<b>%95 GA</b>
<b>Constant</b>	6,008	0,002	406,760	
<b>Depresyon</b>				
Depresyon yok (0)	1,000	-	-	
Depresyon var (1)	1,548	0,026	4,703	1,206-18,333
<b>İlişki ölçeği</b>				
Güvenli (0)	1,000	-	-	
Güvensiz (1)	1,559	0,002	4,753	1,776-12,717
<b>Ruhsal dayanıklılık ölçeği</b>	-0,037	0,008	0,963	0,937-0,990
<b>Kognitif değerlendirme ölçeği</b>	-0,110	0,003	0,896	0,833-0,963

p: anlamlılık değeri, Binary Lojistik Regresyon, Backward Conditional kullanılmıştır. GA: güven aralığı, TRR: tahmini rölatif risk.

## 5.TARTIŞMA

Ruhsal etkenler, birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkışına ya da alevlenmesine sebep olabilirken; dermatolojik hastalıklar da kronik gidişleri, beden algısına etkileri ve damgalanma hissiyle ruhsal zorlanmalara sebep olabilir. Bilindiği üzere, psoriasislilerde psikiyatrik hastalık varlığı genel toplumdaki daha sıktır (317). Birçok yayın göstermiştir ki, başta anksiyete ve depresyon olmak üzere psikiyatrik hastalıklar, hastalığın şiddetlenmesine ve atak sıklığının artmasına neden olmaktadır (11, 12, 318). Bununla birlikte; literatürde, psoriasislilerde çocukluk çağı travmalarını, bağlanmayı, duygu düzenlemeyi, ruhsal dayanıklılığı, depresyon ve anksiyeteyi aynı anda, aynı hasta grubunda, birlikte değerlendiren başka bir çalışma bulunmamıştır. Literatürdeki eksiklikten yola çıkan bu araştırmada, psoriasis ruhsal etkenlerin yeri regresyon analizi ile, kontrol grubuyla kıyaslanarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya, 73 psoriasis hastası ve 70 kişiden oluşan kontrol grubu dahil edilmiştir.

Psoriasis ruhsal etkenler dışında; hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, obezite, diyabet, dislipidemi, metabolik sendrom, kronik akciğer hastalıkları gibi birçok komorbidite eşlik edebilmektedir (21). ABD'de yapılan bir çalışmada tüm komorbiditeler arasında en sık %27 ile hiperlipidemi ve %25 ile hipertansiyon saptanmıştır (319). Bunun sebebinin HPA aksının ve periferdeki sempatik uyarılardan oluşan stres sisteminin aktivasyonu olduğu düşünülmektedir. Bu sistem duygusal stres sonucunda aktiflenmekte ve bazı davranışsal, nöroendokrin ve immün değişikliklere sebep olmaktadır. Kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), arjinin-vasopressin, adrenokortikotropik hormon, glukokortikoidler, katekolaminler ve daha bir çok mediyatör stres cevabında rol oynar (73).

Yapılan çalışmalarda, stresin özellikle proinflamatuvar sitokin salınımına yol açtığı gösterilmiştir. Bunun sonucunda HPA aksının uyarılarak kortizol salınımını artırdığı ve sempatik sinir sisteminin aktive olduğu bilinmektedir. Artan sempatik uyarıyla beyinde indolamin 2,3-dioksijenaz enziminin aktive olduğu ve triptofanın

yıkımının hızlandığı bulunmuştur. Azalan triptofan sonucunda serotonin üretimi de azalmaktadır ve depresif belirtiler ortaya çıkmaktadır (320). Artan sitokinlerin hem sistemik inflamasyonla seyreden psoriasis gibi hastalıklara, hem de hipertansiyon gibi komorbiditelere sebep olabileceği düşünülmektedir (321). Bizim çalışmamızda da, komorbidite varlığı kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla bulundu ve literatür bilgisine uyumluydu.

Psoriasisde psikiyatrik komorbidite sıklığı %40-80 dolaylarında rapor edilmiştir (79). Psoriasisli 127 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların %5'inde aktif intihar düşüncesi olduğu, %9,7'sinin ise ölmeyi istediği (pasif intihar düşüncesi) belirtilmiştir (78).

Yaptığımız bu çalışmada, hastaların %43,8'inde psikiyatrik hastalık varlığı ile bu hastaların %8,2'sinde intihar girişimi öyküsü saptanmıştır. Kontrol grubunda ise intihar girişimi ve psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmamıştır. Çalışmamız, psoriasis hastalarında psikiyatrik komorbiditeler ve intihar girişimi öyküsü yönünden literatür verileri ile benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte kontrol grubundaki depresyon ve stres oranlarının beklenenden daha düşük olduğu gözlenmiştir ve bu durumun kontrol grubunun, özgeçmiş özelliklerini gizlemesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Köşger ve ark.'nın (84) 69 psoriasis hastasıyla, Picardi ve ark.'nın (127) 277 psoriasis hastasıyla, Bangemann ve ark.'nın (322) 381 psoriasis hastasıyla yaptıkları çalışmada, hastaların anksiyete ve depresyon değerlerinde normal popülasyona göre artış gösterilmiştir. Ülkemizde Güleç ve ark. (323) tarafından yapılan bir araştırmada psoriasisli hasta grubu Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçeği ile değerlendirilmiş olup, psoriasislilerde sağlıklı kontrollere göre artmış depresyon ve anksiyete puanları saptanmıştır. Güz ve ark.'nın (324) bir araştırmasında ise psoriasis, ürtiker, alopesi tanıları koyulmuş 33 dermatoloji hastası ile 37 kişiden oluşan kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmada Toronto Aleksitimi Skalası, Beck Depresyon Ölçeği, Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği kullanılarak dermatolojik hastalığı olanlarda artmış anksiyete puanları

bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise psoriasis hastalarında depresyon prevalansı; liken, atopik dermatit, vitiligo ve akne gibi hastalıklardan daha fazla bulunmuştur (325). Bizim çalışmamızda, psoriasis hastalarının ve kontrol grubunun, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile anksiyete ve depresyon puanları ölçülmüştür. Hasta ve kontrol grubunun ortalama anksiyete ve depresyon puanları arasında, literatür verileri ile uyumlu olarak, anlamlı fark saptanmıştır.

Fried ve ark.'nın (80) yaptığı çalışmada, sadece hastalığın alevlenme döneminde değil, remisyon dönemlerinde de süren, devamlı bir anksiyete ve depresyon olduğu belirtilmiştir; bununla birlikte hastalığın alevlenme dönemlerinde PAŞİ skoru artışına paralel olarak, anksiyete düzeylerinde artış olmaktadır. Singapur'da 2008-2009 yılları arasında 100 psoriasis hastasıyla Tee ve ark.'nın (326) yaptığı araştırmada, anksiyete skorları ile PAŞİ arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır. Köşger ve ark.'nın (84) 69 psoriasis hastasıyla Beck Depresyon Ölçeği kullanarak yaptığı bir araştırmada ise, psoriasislilerde kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla depresyon saptanmıştır ve PAŞİ ile depresyonun şiddeti arasında korelasyon saptanmamıştır. Farklı olarak psoriasis hastalarında hastalığın şiddetiyle depresyon arasında ilişki olduğunu belirten yayınlar da bulunmaktadır. Akay ve ark.'nın (327) yaptığı bir çalışmada psoriasislilerde depresyon anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ve PAŞİ değerleri ile depresyon ilişkilidir. Benzer şekilde Tee ve ark.'nın (326) 100 psoriasis hastasıyla yaptıkları çalışmada anksiyeteden farklı olarak, PAŞİ ile depresyonun şiddeti koreledir. Bizim çalışmamızda, hastalık şiddeti yani PAŞİ değerleri arttıkça psoriasis hastalarında Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'nin anksiyete ve depresyon alt grup puanlarının daha yüksek çıkacağı öngörülmekteydi. Değerler analiz edildiğinde PAŞİ değerlerindeki artış ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği alt grup puanlarındaki artış arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Bu durum, sistemik tedavi alan bazı hastaların anlık PAŞİ değerlerinin düşük olması ve bu sebeple şiddetli psoriasis hasta sayısının yeterli olmayışı ile açıklanabilir. Alevleme dönemlerinde anksiyete düzeyinde artış olup olmadığı ile ilgili yorum, çalışma kesitsel desende



olduğu ve hasta takibi yer almadığı için eldeki verilerle yapılamamaktadır. Literatürde, görünen alanların tutulmasının, yaşam kalitesini daha çok bozduğu ve anksiyete ile depresyonu artırdığı belirtilmektedir (11, 19). Bizim çalışmamızda yüz tutulumu başta olmak üzere; görünen alanların tutulumuna ek olarak, artrit, tırnak ve genital bölge tutulumu, palmoplantar tutulum ile anksiyete-depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu ilişkiyi değerlendirmek için daha geniş bir örnekleme ihtiyaç olabilir.

Alkol alışkanlığı, psoriasis hastalarında %17-30 arasında değişen oranlarda rapor edilmiştir (5, 55). Bizim çalışmamızda sürekli alkol kullananlar ile aralıklı kullananların toplam oranı %44,5 olarak saptanmış olup, kontrollerden anlamlı olarak fazladır. Bu sonuç, alkolün psikiyatrik tedavi arayışında olmayan hastalarca, doğal bir anksiyolitik olarak kullanılmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamız bu açıdan literatür verileri ile benzerdir.

Çocukluk çağında yaşanan olumsuz yaşam olayları, psoriasis ve diğer otoimmün hastalıkların gelişiminde rol oynayabilmektedir (14, 20). Crosta ve ark.'nın (12) yaptığı bir çalışmada, 77 psoriasis hastasında, kontrol grubuna göre anlamlı oranda fazla çocukluk çağı travması vardır. Aynı çalışmada, çocukluk çağı travması varlığına ek olarak ihmal ve cinsel istismar alt grupları ile psoriasis arasında anlamlı bir ilişki kurulmuştur. Simonic ve ark.'nın (20) yaptığı diğer bir araştırmada ise hem çocuklukta hem de yetişkinlikte yaşanan travmatik olayların, psoriasis hastalarında daha sık olduğu saptanmıştır. ÇÇTÖ değerlendirildiğinde, literatür bilgilerine paralel olarak, hasta grubunun ÇÇTÖ'nin toplam puan ortalaması, kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ÇÇTÖ'nin alt gruplarına ait değerlendirmeler yapıldığında, yaşanan olumsuz deneyimleri azaltma anlamına gelen minimizasyon açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır; hasta grubunda minimizasyon puan ortalaması 0,5 iken, kontrol grubunda 0,6'dır ve kontrol grubunun minimizasyon puan ortalaması daha fazladır. Bu durum, kontrol grubunun testleri olduğundan daha pozitif cevaplama eğiliminden kaynaklanıyor olabilir. Duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal açısından

yapılan değerlendirmelerde hastalar ve kontrol grubu arasındaki fark, tüm parametreler için anlamlı bulunmuştur. Psoriasis hastalarında, çocukluk çağı travması puanlarının anlamlı olarak yüksek olması, stresle tetiklenen immunolojik mekanizmaların psoriasisın ortaya çıkışına zemin hazırlamasından ve aynı zamanda oluşan ruhsal çatışmanın, somatizasyon sonucunda psoriasis biçiminde ortaya çıkmasından kaynaklı olabilir.

Crosta ve ark. (12) tarafından yapılan araştırmada; çocukluk çağı travmaları ile PAŞİ, hasta yaşı ve hastalık başlangıç yaşı arasında ilişki kurulamamıştır. Başka bir çalışmada, 100 hasta üzerinde yapılan değerlendirmelerde, PAŞİ ile erken veya geç dönem travmatik yaşam olayları ilişkili bulunmamıştır (20). Bizim çalışmamızda, hasta grubunun PAŞİ skorları ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; literatürde bulunan az sayıda çalışmaya bu açıdan benzer olduğu görülmüştür (14,22).

Simonic ve ark. (14) tarafından yapılmış bir araştırmada, psoriasislilerde ve psoriatik artritlilerde çocukluk çağı travmalarının artrit gelişimi için risk teşkil ettiği gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda, artrit gelişimi ile çocukluk çağı travması varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu farklılık, psoriatik artrit saptanan hastaların, örneklemin sadece %12,5'i olmasından ve hasta sayısının bu ilişkiyi kurmak için yeterli olmayışından kaynaklanıyor olabilir.

Literatürde, sağlıklı kişilerle, psikiyatrik hastalık haricinde başka bir hastalığı olanların bağlanma stillerini karşılaştıran çalışmalarda, güvensiz bağlanma özellikleri ile kronik ağrı, diyabet, anksiyete ilişkilendirilmiştir (328, 329). Çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde bağlanma stilleri ile psikopatoloji gelişimi arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Güvensiz bağlanma ve psikopatoloji gelişimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, güvensiz bağlanma stillerinin özellikle depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (278). Waren ve ark. (276), çocukluk ve ergenlik döneminde güvensiz bağlanma özellikleri gösteren bireylerin, güvenli bağlanmalara oranla,

erişkinlikte daha fazla psikopatoloji geliştirdiğini ortaya koymuşlardır. Yapılan bir çalışmada, Batholomew'in dörtlü bağlanma modeline göre saplantılı, korkulu ve kayıtsız bağlanma özelliklerine sahip olduğu tespit edilen kişilerde, güvenli bağlanma özellikleri gösterenlere göre daha fazla psikopatoloji belirtisi olduğu görülmüştür (278). Başka bir çalışmada, toplum örnekleminde seçilmiş 60 yetişkin kadın üzerinde yapılan değerlendirmede, güvenli bağlanma özellikleri gösterenlerin %32'sinde, kayıtsız bağlanma özellikleri gösterenlerin %63'ünde, saplantılı bağlanma özellikleri gösterenlerin %100'ünde psikiyatrik hastalık saptanmıştır (123). Diğer bir çalışmada ise, korkulu bağlanma stili ile psikopatoloji gelişimi arasında ilişki kurulmuş olup, korkulu bağlanan bireylerin olayları daha stresli algıladıkları ve yorumladıkları görülmüştür. Bu bulgulardan dolayı, bazı araştırmacılar, anksiyeteyi bir bağlanma bozukluğu olarak yorumlamaktadırlar (285). Tüm bu çalışmalar ışığında görülmüştür ki, güvensiz bağlanma ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Depresyon ve anksiyetenin şiddeti ile güvensiz bağlanma anlamlı ölçüde ilişkilidir. Buna rağmen; bağlanma özelliklerinin dermatolojik hastalıklarla ilişkisini inceleyen çok az sayıda araştırma vardır. Picardi ve ark. (125) vitiligo olgularını ve sağlıklı kontrolleri, stresli yaşam olayları, bağlanma biçimleri, sosyal destek ve aleksitimi açısından değerlendirmiş; vitiligolularda sosyal desteğin düşük, aleksitimi ile kaçınan ve kaygılı bağlanmanın daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Psoriasis ve bağlanma modellerinin araştırıldığı çalışma sayısı da oldukça azdır. Bunların ilkinde, ayaktan başvuru ile gelen ve yatış gerektirmeyen 40 psoriasis hastası, psikosomatik yönünün olmadığı düşünülen dermatolojik hastalığı olan bireylerle karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür (126). Aynı klinisyenlerin yürüttüğü ikinci çalışmada, hastanede yatan psoriasis hastalarıyla, psikosomatik yönü olmayan dermatoloji hastaları karşılaştırılmış olup; aleksitimi, kaçınan bağlanma ile zayıf sosyal desteğin, psoriasisin şiddeti ve alevlenmesiyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır (127). Başka bir çalışmada ise, son altı ay içerisinde hastalık şiddetinde artış yaşamış psoriasis hastalarında ruhsal faktörler incelenmiş ve başta kaçınan olmak üzere güvensiz bağlanma özellikleri ile PAŞI arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (124).

Bizim çalışmamızda, psoriasis hastaları ve kontrol grubu, Bartholomew'in dördü testini model alan İlişki Ölçekleri Anketi ile, güvenli, kayıtsız, saplantılı ve korkulu bağlanmaya göre dört alt grupta incelenmiştir. Yapılan analizlerde, bağlanma özellikleri bakımından, iki grup arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Psoriasis hastalarının, güvenli bağlanmaya ait puan ortalamaları, kontrol grubundan anlamlı olarak düşük; saplantılı ve korkulu bağlanma puan ortalamaları ise yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda, psoriasis özelinde yapılan değerlendirmede literatür verilerine uyumlu bulgular elde edilmiştir. Kayıtsız bağlanma özelliği açısından, hasta ve kontrol grubu arasında fark bulunmamıştır. Bu durum Türk Toplumunun kültürel özellikleri ile ilgili olabilir. PAŞI'ye göre hafif, orta, şiddetli hastalık ile bağlanma özellikleri ilişkili bulunmamıştır. Bu durum PAŞI skoru yüksek örneklem sayısının yeterli olmamasıyla ilişkili olabilir.

Duygu düzenleme güçlüğü, tetikleyeci bir uyaran karşısında kişinin duygusal yanıtını kontrol etmesinde güçlük yaşaması olarak tanımlanmaktadır. Duygu düzenlemede güçlük yaşayan birey, olumsuz yaşam olaylarının getirdiği duygularla baş etmekte zorluk çekebilir; öfke patlamaları, ağlama krizleri ve pasif agresif tutumlar sergileyebilir (130).

Deri; dokunma duyusu sayesinde, doğumdan itibaren duygu düzenlemede rol oynamaktadır. Annenin şefkatli ve güven veren dokunuşlarıyla, duyguların sağlıklı bir şekilde kontrol edilmesi kolaylaşmaktadır (131). Duygu durum bozuklukları, panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, narsistik kişilik bozukluğu gibi bir çok psikiyatrik durumda, duygu düzenleme güçlüğü gözlenmektedir (298). Duygu düzenleme güçlüğüne içe yönelim bozuklukları olan depresyon ve anksiyete gibi hastalıklarda sık olduğu gözlenmiştir. Özellikle depresyon varlığında hastaların bastırma gibi stratejileri daha sık kullandığı, anksiyete bozukluğu olan bireylerin ise duygularını tanımlamakta güçlük çektiği gözlenmiştir (300, 301).

Picardi ve ark.'nın (127) yaptığı bir çalışmada, diffüz plak psoriasisli hastalarda aleksitiminin kontrol grubundan daha sık olduğu ve psoriasislilerin kaçınan bağlanma özellikleri gösterdikleri; bu durumun duygu düzenleme stratejisi olarak baskılamanın kullanılmasıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Innamorati ve ark.'nın (24) yaptığı bir araştırmada, psoriasislilerde yaşam kalitesinin bozulduğu, bu duruma aleksitimi ve duygu düzenlemede güçlüğün eşlik ettiği gösterilmiştir. Aynı zamanda bu ruhsal etkenlerin bir bileşeni olarak, yeme bozukluklarının ve buna bağlı olarak da obezitenin arttığı saptanmıştır. Bir çalışmada, 228 psoriasis hastasında yapılan değerlendirmede, psoriasislilerin duygu düzenlemede güçlükler yaşadığı gösterilmiştir. Aynı zamanda psikopatolojinin duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu hastalar, duygu düzenleme güçlüğünün de katkıda bulunduğu yaşam kalitesindeki düşüş sonucunda günlük hayatta, okul ve iş yaşamında zorlanmaktadırlar (23).

Ciuluvica ve ark.'nın (131) yaptığı bir araştırmaya göre; psoriasisli hastalar, diğer dermatolojik hastalığı olanlara ve sağlıklı kontrollere göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşamaktadır. Psoriasis hastalarında bilişsel yeniden düzenleme puanları, anlamlı olarak düşükken; dışa vurumun baskılanması ise yüksek saptanmıştır. Aynı zamanda duygu düzenleme güçlüğünün deri hastalıklarını şiddetlendirdiği sonucuna varılmıştır.

Bizim çalışmamızda, hastalar ve kontrol grubu, DDÖ ile değerlendirilerek, ölçeğin alt grupları olan bilişsel yeniden düzenleme ile dışa vurumun baskılanması özelliklerine ait toplam puanları hesaplandı. Yapılan analizlerde, duygu düzenlemenin daha sağlıklı bir modeli olan bilişsel yeniden düzenleme puanları, psoriasis hastalarında anlamlı olarak daha düşük saptandı. Psoriasis hastalarının, duygu düzenleme stratejisi olarak dışa vurumun baskılanmasını daha çok kullandıkları bulundu. Çalışmamız bu yönüyle literatür verileri ile benzerlik göstermektedir. Hastalık şiddeti ile yapılan kıyaslamalarda PAŞİ ile duygu düzenleme arasında anlamlı bir ilişki kurulmadı. Çalışmamızdaki veriler, duygu düzenlemenin hastalığın şiddetine olan etkisi açısından, literatürden

farklıdır ancak; çalışmanın kesitsel desende yapılması sebebiyle sistemik tedavi alan bazı hastaların anlık PAŞİ değerleri düşük bulunmuştur ve bu sebeple şiddetli psoriasis hasta sayısı düşük saptanmıştır ve alevlenmelere olan etkisi hakkında ise yorum yapılamamıştır.

Ruhsal dayanıklılık, değişimin ya da zorlu yaşam olaylarının üstesinden gelme becerisidir (304). Ruhsal dayanıklılığı yüksek olan bireyler, hayatı sürekli öğrenme ve gelişmeye iten, değişen bir olgu olarak görürler. Aynı zamanda gelişimsel süreç sayesinde, değişiklikler üzerinde kendi deneyimlerini gerçekleştirebileceğini düşünme (kontrol), mücadeleyi ve öğrenmeyi yaşamlarındaki diğer kişilerle olumlu bir şekilde paylaşacağına inanma (kendini adama) eğilimindedirler (330). Buna karşılık, aynı olayla karşı karşıya kalan psikolojik dayanıklılığı düşük bir birey, ne yapacağı hakkında kararsız olabilir (güçsüzlük), olan olaylar hakkında düşünmeyi önlemek için dikkatini başka yönlere kaydırabilir (soğuma) ve durumu tartışmasız bir geriye dönüş olarak görebilir (tehdit) (331). Literatürde psoriasis hastalarında psikolojik dayanıklılık düzeyini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, psoriasis hastalarında ruhsal dayanıklılığın kontrollerden daha az olduğu bulunmuştur (12, 332).

Bizim çalışmamızda psoriasisli hastalar ve kontrol grubunun dayanıklılık düzeyinin ölçmek amacıyla Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, altı alt boyuttan oluşmaktadır ve her alt ölçeğin puanı kendi içinde değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerin toplamı da toplam ölçek puanını vermektedir. Psoriasisli hasta grubunun ruhsal dayanıklılık puanları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, dayanıklılığın psoriasisli hastalarda anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt gruplarının her birinde, psoriasis hastalarının ortalama puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktür. Bulgular literatür verileriyle bu açıdan uyumludur. Hastaların en düşük puan aldıkları alt grup ise gelecek algısı olmuştur. Ölçekten alınan puan arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeyi de artmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 33, en yüksek puan 165 olup

bu çalışmada hastalar  $109,9 \pm 23,6$  puan almıştır. Kontrol grubunun ortalama puanı ise  $137,5 \pm 14,1$ 'dir. Hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri, kontrollerden anlamlı olarak düşük olsa da; yine de ruhsal dayanıklılığın iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

Iannaccone ve ark. (332) tarafından yapılan çalışmada, PAŞİ ile dayanıklılığın negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Ek olarak, psoriatik artritliler ile psoriasis arasında da anlamlı fark saptanmıştır. Bizim çalışmamızda dayanıklılık puanları, hastalık şiddeti ile kıyaslandığında, hafif, orta ve şiddetli psoriasis arasında anlamlı fark bulunmamıştır. PAŞİ'ye ruhsal dayanıklılığın etkisi açısından literatür verileri ile uyumlu değildir. Bu durum PAŞİ skoru yüksek olan hasta sayısının yeterli olmayışı ile ilişkili olabilir.

Psoriasis hastalarının, ruhsal dayanıklılığının kontrollerden daha düşük olması, çocukluk çağındaki olumsuz yaşam olaylarının daha sık olmasından ve güvensiz bağlanma özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Dayanıklılığı azalan bireyde ise, hastalığın getirdiği günlük yaşam zorlukları ve kronik hastalık varlığı, ruhsal durumun daha kolay etkilenmesine neden olarak; anksiyete ve depresyona zemin hazırlayabilir. Tüm bu ruhsal parametrelerin beraberce psikonöroimmunolojik mekanizmalar ve bedenselleştirme sonucunda psoriasis gelişimine zemin hazırladığı sonucuna varılabilir. Çalışmamızda değerlendirilen birçok parametreden, psoriasis gelişimi riskini en çok artıran faktörün hangisi olduğunu bulmak ve parametrelerin birbiri ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Tüm parametreler Binary Lojistik Regresyon Backward Conditional yöntemiyle analiz edildiğinde, psoriasis gelişimini, depresyon varlığının 4,7 kat, güvensiz bağlanma özelliklerinin 4,8 kat artırdığı tespit edildi. Ruhsal dayanıklılık puanı ve bilişsel yeniden değerlendirme puanı arttıkça psoriasis gelişme riskinin azaldığı görüldü. Anksiyete, çocukluk çağı travmaları ve dışa vurumun baskılanması ile ilgili bir risk artışı tespit edilmedi. Bu durum; psoriasis hastalarındaki ruhsal etkenlerin öncülünün, var olan bir bağlanma probleminden köken alan depresif duygu durum olabileceğini düşündürmektedir.

Bizim alışmamızda, psoriasis grubunun hastalık şiddetini belirlemede PAŞI skorlaması kullanılmıştır. Birçok psoriasis çalışmasında da benzer şeklide hastalık şiddeti PAŞI ile değerlendirilmektedir; ancak PAŞI, hassasiyeti ve güvenirliği açısından dezavantajlar içermektedir. Hekimler arası, hatta aynı hekimin iki farklı zamanda yaptığı ölçümler arasında bile fark olabilmektedir. Tırnak, genital ve palmoplantar bölge tutulumları açısından bilgi vermemesi, kaşıntı gibi şikayetlerin PAŞI'ye etkisinin olmaması önemli dezavantajlardır. Her ne kadar en sık kullanılan skorlama sistemi olsa da, hastanın subjektif yakınmalarını ve yaşam kalitesinin düşüşünü göstermekte yetersiz kalabilmektedir. Hastalara uygulanan anket sayısının fazla olması göreceli bir dezavantaj olarak değerlendirilebilir. Özellikle İlişki lekleri Anketi, Duygu Düzenleme leği ve çocukluk ağı Travmaları anketlerinde soruların bazen anlaşılamaması dikkati çekmiştir. Ek olarak kontrol grubunun, özellikle çocukluk ağı travmalarına ait sorgulamada, zaman zaman daha olumlu cevaplar verme eğiliminde olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte, bu puanlama farklarının istatistiksel olarak anlamlı çıkan hasta ve kontrol grupları arasındaki farkı değiştirecek düzeyde olmadığı görülmüştür.



## 6.SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Psoriasis, psikosomatik yönü uzun yıllardır araştırılan bir hastalıktır ve çalışmamızda da bulunduğu gibi ruhsal etkenlerin hastalıkta önemli bir yeri vardır.

2.Çocuklukta yaşanan olumsuz olayların, hem immun sistem üzerine, hem de ruhsal faktörlere etkileri nedeniyle psoriasis gelişiminde rolü vardır.

3. Ruhsal dayanıklılık, psoriasis hastalarında toplumdan daha düşüktür.

4. Bakım verenle kurulan bağın niteliği, çocukluk ve erişkinlikteki ruhsal süreçlere etkilidir.

5. Güvenli bağlanma özelliklerine sahip bireylerde ruhsal patolojiler ve psikosomatik hastalıklar, güvensiz bağlanan bireylerden daha azdır. Psoriasis hastalarında, güvensiz bağlanma, toplumdan daha sıktır.

6. Depresyon ve anksiyete, psoriasis hastalarında genel toplumdan daha sıktır ve diğer ruhsal etkenlerle ilişkili bir durum olarak ele alınabilir.

7. Psoriasis hastaları, duygu düzenleme stratejisi olarak dışa vurumun baskılanmasını daha çok kullanmaktadır ve bilişsel yeniden düzenlemenin kullanımı kontrollerden daha düşüktür. Bu durum, psoriasislilerin duygu düzenlemede güçlük çektiğini göstermektedir.

8. Ruhsal etkenler, bizim çalışmamızda PAŞİ ile ilişkili bulunmamıştır, bu durumun PAŞİ skoru yüksek hasta sayısının yeterli olmayışından kaynaklandığı düşünülmektedir ve bu konuda daha geniş örneklemli yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

9. Regresyon analizi sonucunda, güvensiz bağlanma ve depresyon varlığının psoriasis gelişimi için risk faktörü olduğu; ruhsal dayanıklılığın yüksek olmasının ve duygu düzenleme stratejisi olarak bilişsel yeniden düzenlemenin kullanılmasının ise psoriasisden koruyucu olduğu saptanmıştır.

10. Psoriasis hastalarını multidisipliner değerlendirmek, hastalığı alevlendirebilecek ve ataklara sebep olabilecek ruhsal etkenlerin kontrolünü kolaylaştırarak, hastalığın kontrolünü kolaylaştırabilir.



## 7.ATIF DİZİNİ

1. Akyol M, Alper S, Atakan N, Bülbül Başkan E, Gürer MA, Koç E, Onsun N. Türkiye Psoriasis Tedavi Kilavuzu-2016. *Turkderm-Arch Turk D* 2016;50:1-3.
2. Danielsen K, Olsen A, Wilsgaard T, Furberg AS. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30 year follow up of a population based cohort. *Br J Dermatol* 2013;168:1303-1310.
3. van de Kerkhof PCM, Schalkwijk J. Papulosquamous and eczematous dermatoses. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 3rd ed. London:Elsevier Limited; 2012:p.135-156.
4. Grozdev I, Korman NJ. Psoriasis: epidemiology, potential triggers, disease course. Weinberg JM, Lebwohl M, editors. *Advances in Psoriasis*. 1st ed. London:Springer Verlag; 2014:p.27-37.
5. Gülekon A. Psoriasis ve benzeri dermatozlar. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL, editors. *Dermatoloji*. 3rd ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008: p.745-764.
6. Şanlı B. Psoriyazis epidemiyolojisi ve genetiği. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2012;5(3):1-7.
7. Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis. Burgdorf W, Plewig G, Wolff H, Landthaler M, editors. *Braun Falco's Dermatology*. 3rd.ed. Berlin:Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2009: p.506-527.
8. Saraceno R, Griffiths CE. A European perspective on the challenges of managing psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:81-84.
9. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2005;6:383-392.
10. Pompili M, Innamorati M, Trovarelli S, Narcisi A, Bellini S, Orsini D, Forte A, Erbuto D, Botti E, Lamis D. Suicide risk and psychiatric comorbidity in patients with psoriasis. *J Int Med Res* 2016;44:61-66.

11. Aydemir EH, Yılmaz Sukan M. Psoriasisste psikosomatik faktörler, psikolojik durum ve psoriasisli hastaya yaklaşım. *Türkderm* 2008; 42 Özel Sayı 2:26-30.
12. Crosta ML, De Simone C, Di Pietro S, Acanfora MT, Caldarola G, Moccia L, Callea A, Panaccione I, Peris K, Rinaldi L. Childhood trauma and resilience in psoriatic patients: A preliminary report. *J Psychosom Res* 2018;106:25-28.
13. Griffiths C, Richards H. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001;26(4):338-342.
14. Simonić E, Peternel S, Stojnić-Soša L, Rončević-Gržeta I, Prpić-Massari L, Massari D, Perisa D, Cabrijan L. Negative and positive life experiences in patients with psoriatic arthritis. *Rheumatol Int* 2013;33(6):1587-1593.
15. Pereira MG, Brito L, Smith T. Dyadic adjustment, family coping, body image, quality of life and psychological morbidity in patients with psoriasis and their partners. *Int J Behav Med* 2012;19(3):260-269.
16. Basińska MA, Drozdowska M. Emotional intelligence as an indicator of satisfaction with life of patients with psoriasis. *Postepy Dermatol Alergol* 2013;30(6):365-372.
17. Consoli SM, Rolhion S, Martin C, Ruel K, Cambazard F, Pellet J, Misery L. Low levels of emotional awareness predict a better response to dermatological treatment in patients with psoriasis. *Dermatology* 2006;212(2):128-136.
18. Martín-Brufau R, Romero-Brufau S, Martín-Gorgojo A, Redondo CB, Corbalan J, Ulnik J. Psoriasis lesions are associated with specific types of emotions; emotional profile in psoriasis. *Eur J Dermatol* 2015;25: 329-34.
19. Schmitt JM, Ford DE. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. *Dermatology* 2007;215: 17-27.
20. Simonić E, Kaštelan M, Peternel S, Pernar M, Brajac I, Rončević-Gržeta I. Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *J Dermatol* 2010;37(9):793-800.
21. Gülekon A, Adısen E. Psoriasis ve komorbiditeler. *Türkderm* 2008;42(2):23-25.

22. Arnetz BB, Fjellner B, Eneroth P, Kallner A. Stress and psoriasis: psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standardized stressor exposure. *Psy Med* 1985;47:528-541.
23. Almeida V, Taveira S, Teixeira M, Almeida I, Rocha J, Teixeira A. Emotion regulation in patients with psoriasis: correlates of disability, clinical dimensions, and psychopathology symptoms. *Int J Behav Med* 2017;24(4):563-570.
24. Innamorati M, Quinto RM, Imperatori C, Lora V, Graceffa D, Fabbricatore M, Lester D, Contardi A, Bonifati A. Health-related quality of life and its association with alexithymia and difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. *Compr Psychiat* 2016;70:200-208.
25. Stumpf A. Selected psychosomatic aspects of dermatologic practice. *Der Hautarzt* 2012;63(10):813-820.
26. Zeljko-Penavić J, Situm M, Babić D, Simić D. Analysis of psychopathological traits in psoriatic patients. *Psychiatr Danub* 2013;258(Suppl1):S56-59.
27. Basko-Plluska JL, Petronic-Rosic V. Psoriasis: epidemiology, natural history, and differential diagnosis. *Psoriasis: Targets and Therapy* 2012;2:67-76.
28. Holubar K. Psoriasis—100 years ago. *Dermatology* 1990;180(1):1-4.
29. Holubar K. Psoriasis and parapsoriasis: since 200 and 100 years, respectively. *J Eur Acad Dermatol* 2003;17(2):126-127.
30. Christophers E. Psoriasis—epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol* 2001;26(4):314-320.
31. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol* 2007;25:535-546.
32. Aykol C, Mevlitoğlu İ, Özdemir M, Ünal M. Konya yöresindeki psoriasis hastalarının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Turk J Dermatol* 2011;5:71-74.
33. Kundakci N, Türsen Ü, Babiker MO, Gürgey E. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. *Int J Dermatol* 2002;41(4):220-224.

34. Jullien D, Barker JN. Genetics of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol* 2006(20):42-51.
35. Szczerkowska-Dobosz A. Human leukocyte antigens as psoriasis inheritance and susceptibility markers. *Arch Immunol Ther Exp* 2005;53(5):428-433.
36. Warren RB, Smith RL, Bowes J, Eyre S, Worthington J, Barton A, Griffiths CEM. A systematic investigation of confirmed autoimmune loci in early-onset psoriasis reveals an association with IL2/IL21. *Br J Dermatol* 2011;164(3):660-664.
37. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiat Clin* 2012;35(1):51-71.
38. Thorslund K, Amatya B, Dufva AE, Nordlind K. The expression of serotonin transporter protein correlates with the severity of psoriasis and chronic stress. *Arch Dermatol Res* 2013;305(2):99-104.
39. Mössner R, Stiens G, König IR, Schmidt D, Platzer A, Krüger U, Reich K. Analysis of a functional serotonin transporter promoter polymorphism in psoriasis vulgaris. *Arch Dermatol Res* 2009;301(6):443-447.
40. Ortonne J. Recent developments in the understanding of the pathogenesis of psoriasis. *Br J Dermatol* 1999;140:1-7.
41. Elder JT, Nair RP, Guo SW, Henseler T, Christophers E, Voorhees JJ. The genetics of psoriasis. *Arch Dermatol* 1994;130(2):216-224.
42. Erkek E. Psoriasis etyopatogenezi. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2008;1(3):1-14.
43. Dika E, Bardazzi F, Balestri R, Maibach H. Environmental factors and psoriasis1. Tur E, editor. *Environmental Factors in Skin Diseases*. 3th ed. Tel Aviv:Karger Publishers; 2007:p.118-135.
44. Sagi L, Trau H. The Koebner phenomenon. *Clin Dermatol* 2011;29(2):231-236.
45. Weiss G, Shemer A, Trau H. The Koebner phenomenon: review of the literature. *J Eur Acad Dermatol* 2002;16(3):241-248.

46. McFadden J, Baker B, Powles A, Fry L. Psoriasis and streptococci: the natural selection of psoriasis revisited. *Br J Dermatol* 2009;160(5): 929-937.
47. Coopman SA, Johnson RA, Platt R, Stern RS. Cutaneous disease and drug reactions in HIV infection. *New Engl J Med* 1993;328(23):1670-1674.
48. Colebunders R, Blot K, Mertens V, Dockx P. Psoriasis regression in terminal AIDS. *The Lancet* 1992;339(8801):1110-1110.
49. Ogretmen Z, Askin U, Hiz MM, Cevizci S. Triggering drug use in patients with psoriasis: An investigative report from Turkey. *Postepy Dermatol Alergol* 2014;31(5):294-298.
50. Kim GK, Del Rosso JQ. Drug-provoked psoriasis: Is it drug induced or drug aggravated?: Understanding pathophysiology and clinical relevance. *JCAD* 2010;3(1):32-33.
51. Denadai R, Teixeira FV, Steinwurz F, Romiti R, Saad-Hossne R. Induction or exacerbation of psoriatic lesions during anti-TNF- $\alpha$  therapy for inflammatory bowel disease: A systematic literature review based on 222 cases. *J Crohns Colitis* 2013;7(7):517-524.
52. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, Fortina AB, Peserico A, Virgili AR, Bruni PL, Ingordo V, Scocco GL, Solaroli C. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol* 2005;125(1):61-67.
53. Higgins E. Alcohol, smoking and psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2000;25(2):107-110.
54. Setty AR, Curhan G, Choi HK. Smoking and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. *Am J Med* 2007;120(11):953-959.
55. Poikolainen K, Karvonen J, Pukkala E. Excess mortality related to alcohol and smoking among hospital-treated patients with psoriasis. *Arch Dermatol* 1999;135(12):1490-1493.
56. Freiman A, Bird G, Metelitsa AI, Barankin B, Lauzon GJ. Cutaneous effects of smoking. *J Cutan Med Surg* 2004;8(6):415-423.

57. Jin Y, Yang S, Zhang F, Kong Y, Xiao F, Hou Y. Combined effects of HLA Cw6 and cigarette smoking in psoriasis vulgaris: A hospital based case–control study in China. *J Eur Acad Dermatol* 2009;23(2):132-137.
58. Brenaut E, Horreau C, Pouplard C, Barnetche T, Paul C, Richard MA. Alcohol consumption and psoriasis: A systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol* 2013;27(3):30-35.
59. Gürer MA, Gökalp H. Psoriasis ve obezite/Psoriasis and obesity. *Türkderm* 2012;46(1):3-6.
60. Fleming P, Kraft J, Gulliver WP, Lynde C. The relationship of obesity with the severity of psoriasis: A systematic review. *J Cutan Med Surg* 2015;19(5):450-456.
61. Takahashi H, Tsuji H, Takahashi I, Hashimoto Y, Ishida-Yamamoto A, Iizuka H. Prevalence of obesity/adiposity in Japanese psoriasis patients: Adiposity is correlated with the severity of psoriasis. *J Dermatol Sci* 2009;54(1):61-63.
62. Murray M, Bergstresser P, Adams Huet B, Cohen J. Relationship of psoriasis severity to obesity using same gender siblings as controls for obesity. *Clin Exp Dermatol* 2009;34(2):140-144.
63. Jensen P, Zachariae C, Christensen R, Geiker NR, Schaadt BK, Stender S, Hansen PR, Astrup A, Skov L. Effect of weight loss on the severity of psoriasis: A randomized clinical study. *JAMA Dermatol* 2013;149(7):795-801.
64. Balbás GM, Regaña MS, Millet PU. Study on the use of omega-3 fatty acids as a therapeutic supplement in treatment of psoriasis. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2011;4:73-77.
65. Orgaz-Molina J, Buendía-Eisman A, Arrabal-Polo MA, Ruiz JC, Arias-Santiago S. Deficiency of serum concentration of 25-hydroxyvitamin D in psoriatic patients: A case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2012;67(5):931-938.
66. Chandrashekar L, Kumari GK, Rajappa M, Revathy G, Munisamy M, Thappa D. 25-hydroxy vitamin D and ischaemia-modified albumin levels in psoriasis and their association with disease severity. *Br J Biomed Sci* 2015;72(2):56-60.



67. Dunna S, Finlay A. Psoriasis: improvement during and worsening after pregnancy. *Br J Dermatol* 1989;120(4):584-584.
68. Ben-David G, Sheiner E, Hallak M, Levy A. Pregnancy outcome in women with psoriasis. *J Reprod Med* 2008;53(3):183-187.
69. Lin X, Huang T. Impact of pregnancy and oestrogen on psoriasis and potential therapeutic use of selective oestrogen receptor modulators for psoriasis. *J Eur Acad Dermatol* 2016;30(7):1085-1091.
70. Murase JE, Chan KK, Garite TJ, Cooper DM, Weinstein GD. Hormonal effect on psoriasis in pregnancy and post partum. *Arch Dermatol* 2005;141(5):601-606.
71. Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA. Clinical management in psychodermatology, part II: Specific patterns of disease. Berlin:Springer Verlag; 2008.
72. Schmid-Ott G, Jaeger B, Boehm T, Langer K, Stephan M, Raap U, Werfel T. Immunological effects of stress in psoriasis. *Br J Dermatol* 2009;160(4):782-785.
73. Kumbasar H, Yılmaz A. Psoriyasis patogenezinde psikonöroimmünolojik mekanizmalar ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1(13):50-55.
74. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med* 1994;56:36-40.
75. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Psoriasis and psychiatry: An update. *Gen Hosp Psychiat* 1987;9(3):157-166.
76. Moon HS, Mizara A, McBride SR. Psoriasis and psycho-dermatology. *Dermatology and Therapy* 2013;3(2):117-130.
77. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. Alexithymia in patients with psoriasis. *J Psychosom Res* 2005;58(1):89-96.
78. Devrimci Ozguven H, Kundakci N, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol* 2000;14(4):267-271.

79. Mercan S, Kıvanç Altunay İ. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatr Derg* 2006;17(4):305-313.
80. Fried RG, Friedman S, Paradis C, Hatch M, Lynfield Y, Duncanson C. Trivial or terrible? The psychosocial impact of psoriasis. *Int J Dermatol* 1995;34(2):101-105.
81. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatol Clin* 2005;23(4):681-694.
82. Gupta MA, Gupta AK, Ellis C, Voorhees J. Some psychosomatic aspects of psoriasis. *Advances in Dermatology* 1990;5:21-30.
83. Gupta MA, Gupta AK. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *Int J Dermatol* 1995;34(10):700-703.
84. Köşger F, Bilgili ME, Genek M, Yıldız B, Saraçoğlu N, Eşsizoğlu A. Psoriasis hastalarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin hastalığın şiddeti ile ilişkisi. *JMOOD* 2014;4(4):157-162.
85. Dowlathshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: A systematic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol* 2014;134(6):1542-1551.
86. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139(5):846-850.
87. Szabó C, Altmayer A, Lien L, Poot F, Gieler U, Tomas-Aragones L, Kupfer J, Jemec-Gregor BE, Misery L, Linder D. Attachment styles of dermatological patients in Europe: A multi-centre study in 13 countries. *Acta Derm-Venereol* 2017;97(6-7):813-818.
88. Bayramgürler D, Karson A, Özer C, Utkan T. Effects of long-term etanercept treatment on anxiety-and depression-like neurobehaviors in rats. *Physiol Behav* 2013;119:145-148.

89. Tying S, Gottlieb A, Papp K, Gordon K, Leonardi C, Wang A. Etanercept and clinical outcomes, fatigue, and depression in psoriasis: double-blind placebo-controlled randomised phase III trial. *The Lancet* 2006;367(9504):29-35.

90. 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* 2010;22(4):389-396.

91. Bassukas I, Hyphantis T, Gamvroulia C, Gaitanis G, Mavreas V. Infliximab for patients with plaque psoriasis and severe psychiatric comorbidity. *J Eur Acad Dermatol* 2008;22(2):257-258.

92. Remrod C, Sjoström K, Svensson A. Subjective stress reactivity in psoriasis - a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC Dermatol [Electronic Journal]*, 2015.

Erişim Adresi: <https://bmcdematol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12895-015-0026-x>

Erişim Tarihi: 03.05.2015

93. Wong JW, Koo JY. Psychopharmacological therapies in dermatology. *Dermatol Online J [Electronic Journal]*, 2013.

Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/24011270/>

Erişim Tarihi: 10.09.2013

94. van Beugen S, Ferwerda M, Spillekom-van Koulil S, Smit JV, Zeeuwen-Franssen ME, Kroft EB. Tailored therapist-guided internet-based cognitive behavioral treatment for psoriasis: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2016;85(5):297-307.

95. Uzun SK, Erturan İ. Primer Psikokütan Hastalıklar. *Turk J Dermatol* 2014;8(1):1-6.

96. Zoumakis E, Kalantaridou SN, Chrousos GP. The "brain-skin connection": nerve growth factor-dependent pathways for stress-induced skin disorders. *J Mol Med* 2007;85(12):1347-1349.

97. Olivier C, Robert PD, Daihung D, Urbà G, Catalin MP, Hywel W, Kurd S, Troxel A, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: A population-based cohort study. *Arch Dermatol* 2010;146(8):891-895.
98. Valdimarsson H, Baker BS, Jónsdóttir I, Powles A, Fry L. Psoriasis: A T-cell-mediated autoimmune disease induced by streptococcal superantigens? *Immunol Today* 1995;16(3):145-149.
99. Liang Y, Sarkar MK, Tsoi LC, Gudjonsson JE. Psoriasis: A mixed autoimmune and autoinflammatory disease. *Curr Opin Immunol* 2017;49:1-8.
100. McCaffery JM, Frasure-Smith N, Dubé M-P, Théroux P, Rouleau GA, Duan Q. Common genetic vulnerability to depressive symptoms and coronary artery disease: A review and development of candidate genes related to inflammation and serotonin. *Psychosom Med* 2006;68(2):187-200.
101. Ergun T. Etiopathogenesis of psoriasis/Psoriasisin etyopatogenezi. *Turkderm* 2008;42:18-22.
102. Kleyn CE, McKie S, Ross AR, Montaldi D, Gregory LJ, Elliott R, Isaacs CL, Anderson Ian M, Richards HL, Deakin JFW. Diminished neural and cognitive responses to facial expressions of disgust in patients with psoriasis: A functional magnetic resonance imaging study. *J Invest Dermatol* 2009;129(11):2613-2619.
103. Brouwer S, Middendorp HV, Stormink C, Kraaimaat F, Sweep FC, Jong E, Schalkwijk J, Eijsbouts A, Donders A, van de Kerkhof PCM. The psychophysiological stress response in psoriasis and rheumatoid arthritis. *Br J Dermatol* 2014;170(4):824-831.
104. Farber EM, Nickoloff BJ, Recht B, Fraki JE. Stress, symmetry, and psoriasis: Possible role of neuropeptides. *J Am Acad Dermatol* 1986;14(2):305-311.
105. Liu Y, Ho RC, Mak A. Interleukin (IL)-6, tumour necrosis factor alpha (TNF- $\alpha$ ) and soluble interleukin-2 receptors (sIL-2R) are elevated in patients with major depressive disorder: A meta-analysis and meta-regression. *J Affect Disorders* 2012;139(3):230-239.

106. Reich A, Orda A, Wiśnicka B, Szepletowski JC. Plasma concentration of selected neuropeptides in patients suffering from psoriasis. *Exp Dermatol* 2007;16(5): 421-428.
107. Morgan CA, Wang S, Rasmusson A, Hazlett G, Anderson G, Charney DS. Relationship among plasma cortisol, catecholamines, neuropeptide Y, and human performance during exposure to uncontrollable stress. *Psychosom Med* 2001;63(3):412-422.
108. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlan Kahiloğulları A, Akgün Aktaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyat De* 2011;12(2):130-136.
109. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25(2):397-426.
110. Yargıç LI, Tutkun H, Şar V. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde disosiyatif belirtiler. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 1994;2:338-48.
111. Champagne FA. Epigenetic mechanisms and the transgenerational effects of maternal care. *Front Neuroendocrin* 2008;29(3):386-397.
112. Estes WK, Skinner BF. Some quantitative properties of anxiety. *J Exp Psychol* 1941;29(5):390-400.
113. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Arlington VA: American Psychiatric Association, 2013.
114. Pärna E, Aluoja A, Kingo K. Quality of life and emotional state in chronic skin disease. *Acta Derm-Venereol* 2015;95(3):312-316.
115. Castrén E, Võikar V, Rantamäki T. Role of neurotrophic factors in depression. *Curr Opin Pharmacol* 2007;7(1):18-21.
116. Duman RS, Monteggia LM. A neurotrophic model for stress-related mood disorders. *Biol Psychiat* 2006;59(12):1116-1127.

117. Hindmarch I. Beyond the monoamine hypothesis: Mechanisms, molecules and methods. *Eur Psychiatry* 2002;17(3):294-299.
118. Pittenger C, Duman RS. Stress, depression, and neuroplasticity: A convergence of mechanisms. *Neuropsychopharmacology* 2008;33(1):88-109.
119. Bremner JD, Narayan M, Anderson ER, Staib LH, Miller HL, Charney DS. Hippocampal volume reduction in major depression. *Am J Psychiat* 2000;157(1):115-118.
120. Neto FL, Borges G, Torres-Sanchez S, A Mico J, Berrocoso E. Neurotrophins role in depression neurobiology: A review of basic and clinical evidence. *Curr Neuropharmacol* 2011;9(4):530-552.
121. Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol* 1993;32(8):587-591.
122. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiat* 1982;52:664-665.
123. Ward MJ, Lee SS, Polan HJ. Attachment and psychopathology in a community sample. *Attach Hum Dev* 2006;8(4):327-340.
124. Janković S, Raznatović M, Marinković J, Maksimović N, Janković J, Djikanović B. Relevance of psychosomatic factors in psoriasis: A case-control study. *Acta Derm-Venereol* 2009;89(4):364-368.
125. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza M, Gaetano P, Melchi C, Baliva G, Camaioni D, Tiago A, Abeni D, Biondi M. Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo. *Psychother Psychosom* 2003;72:150-158.
126. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, Tiago A, Camaioni D, Abeni D, Biondi M. Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis: Results from a case-control study. *J Psychosom Res* 2003;55(3):189-196.

127. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P, Cattaruzza M, Baliva G, Melchi C. Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics* 2005;46(6):556-564.
128. World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. Geneva: WHO, 1999.
129. Boscarino JA. Posttraumatic stress disorder and physical illness: Results from clinical and epidemiologic studies. *Ann NY Acad Sci* 2004;1032(1):141-153.
130. Cole PM, Michel MK, Teti LOD. The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monogr Soc Res Child* 1994;59(2-3):73-100.
131. Ciuluvica C, Amerio P, Fulcheri M. Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procd Soc Behv* 2014;127: 661-665.
132. Haase JE. The adolescent resilience model as a guide to interventions. *J Pediatr Oncol Nurs* 2004;21(5):289-299.
133. Garmezy N. Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatr* 1993;56(1):127-136.
134. Maddi SR. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research* 2002;54(3):173-185.
135. Maddi SR. Hardiness: An operationalization of existential courage. *J Humanist Psychol* 2004;44(3):279-298.
136. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *The Lancet*. 2007;370(9583):263-271.
137. Mehlis SL, Gordon KB. The immunology of psoriasis and biologic immunotherapy. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(2):44-50.
138. Di Cesare A, Di Meglio P, Nestle FO. The IL-23/Th17 axis in the immunopathogenesis of psoriasis. *J Invest Dermatol* 2009;129(6):1339-1350.
139. Şentürk N. Psoriyazis etyopatogenezi: Son görüşler. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2012;5(3):8-20.

140. Harden JL, Krueger JG, Bowcock AM. The immunogenetics of psoriasis: A comprehensive review. *J Autoimmun* 2015;64:66-73.
141. Gaspari AA. Innate and adaptive immunity and the pathophysiology of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2006;54(3):67-80.
142. Hugh JM, Newman MD, Weinberg JM. The pathophysiology of psoriasis. Weinberg JM, Lebwohl M, editors. *Advances in Psoriasis*. 1st ed. London:Springer; 2014: p.9-73
143. Gudjonsson J, Johnston A, Sigmundsdottir H, Valdimarsson H. Immunopathogenic mechanisms in psoriasis. *Clin Exp Immunol* 2004;135(1):1-8.
144. Friedrich M, Krammig S, Henze M, Döcke WD, Sterry W, Asadullah K. Flow cytometric characterization of lesional T cells in psoriasis: Intracellular cytokine and surface antigen expression indicates an activated, memory/effector type 1 immunophenotype. *Arch Dermatol Res* 2000;292(10):519-521.
145. Griffiths C. The immunological basis of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol* 2003;17(Suppl2):S1-5.
146. Lowes MA, Lew W, Krueger JG. Current concepts in the immunopathogenesis of psoriasis. *Dermatol Clin* 2004;22(4):349-69.
147. Leung D, Hauk P, Strickland I, Travers J, Norris D. The role of superantigens in human diseases: Therapeutic implications for the treatment of skin diseases. *Br J Dermatol* 1998;139(Suppl1):S17-29.
148. Glowacka E, Lewkowicz P, Rotsztein H, Zalewska A. IL-8, IL-12 and IL-10 cytokines generation by neutrophils, fibroblasts and neutrophils-fibroblasts interaction in psoriasis. *Adv Med Sci* 2010;55:254-260.
149. De Rosa G, Mignogna C. The histopathology of psoriasis. *Reumatismo* 2007;59(Suppl1):S46-48.
150. Grozdev I, Korman NJ, Psoriasis: Clinical review and update. Weinberg JM, Lebwohl M, editors. *Advances in Psoriasis*. 1st ed. London:Springer;2014:p.21-26.



151. Gür G. Psoriasisste klinik spektrum. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2012;5(3):21-26.
152. Akkaya VB, Ceyhan AM. Psoriasisste tanı ve ayırıcı tanı. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1(13):62-67.
153. Erkin G. Psoriasisste tanı koydurucu dermatopatolojik bulgular. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2008;1(3):21-23.
154. Chung HJ, Marley-Kemp D, Keller M. Rupoid psoriasis and other skin diseases with rupoid manifestations. *Cutis* 2014;94(3):119-121.
155. Weisenseel P, Laumbacher B, Besgen P, Ludolph-Hauser D, Herzinger T, Roecken M. Streptococcal infection distinguishes different types of psoriasis. *J Med Genet* 2002;39(10):767-768.
156. Luba KM, Stulberg DL. Chronic plaque psoriasis. *SAPFJ* 2006;48(9):30-36.
157. Raposo I, Torres T. Palmoplantar psoriasis and palmoplantar pustulosis: current treatment and future prospects. *Am J Clin Dermatol* 2016;17(4):349-358.
158. Omland SH, Gniadecki R. Psoriasis inversa: A separate identity or a variant of psoriasis vulgaris? *Clin Dermatol* 2015;33(4):456-461.
159. Farr P, Marks J, Krause L, Shuster S. Response of scalp psoriasis to oral ketoconazole. *The Lancet* 1985;326(8461):921-922.
160. van de Kerkhof PCM, Franssen ME. Psoriasis of the scalp. *Am J Clin Dermatol* 2001;2(3):159-165.
161. van de Kerkhof PCM, De Hoop D, De Korte J, Kuipers M. Scalp psoriasis, clinical presentations and therapeutic management. *Dermatology* 1998;197(4):326-334.
162. Kim GW, Jung HJ, Ko HC, Kim MB, Lee WJ, Lee SJ, Kim DW, Kim BS. Dermoscopy can be useful in differentiating scalp psoriasis from seborrhoeic dermatitis. *Br J Dermatol* 2011;164(3):652-656.
163. Baker H, Ryan TJ. Generalized pustular psoriasis. *Br J Dermatol* 1968;80(12):771-793.

164. Oumeish OY, Parish JL. Impetigo herpetiformis. *Clin Dermatol* 2006;24(2):101-104.
165. Sehgal VN, Verma P, Sharma S, Srivastava G, Aggarwal AK, Rasool F. Acrodermatitis continua of Hallopeau: Evolution of treatment options. *Int J Dermatol* 2011;50(10):1195-1211.
166. Kahn MF, Khan MA. The SAPHO syndrome. *Bailliere Clin Rheum* 1994;8(2):333-362.
167. Manhart R, Rich P. Nail psoriasis. *Clin Exp Rheumatol* 2015;33(Suppl5):S7-13.
168. Schons KRR, Knob CF, Murussi N, Beber AAC, Neumaier W, Monticielo OA. Nail psoriasis: A review of the literature. *An Bras Dermatol* 2014;89(2):312-317.
169. Rich P, Scher RK. Nail psoriasis severity index: A useful tool for evaluation of nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(2):206-212.
170. Mease PJ. Psoriatic arthritis: Update on pathophysiology, assessment and management. *Ann Rheum Dis* 2011;70(Suppl1):i77-i84.
171. Ciocon D, Kimball A. Psoriasis and psoriatic arthritis: Separate or one and the same? *Br J Dermatol* 2007;157(5):850-860.
172. Ibrahim G, Waxman R, Helliwell P. The prevalence of psoriatic arthritis in people with psoriasis. *Arthrit Care Res* 2009;61(10):1373-1378.
173. Ögretmen Z, Hiz MM, Silan F, Kosar S, Özdemir Ö. HLA B27 genotipi psoriasis ve psoriatik artrit için risk faktörü müdür?/Is the HLA B27 genotype a risc faktor for psoriatic arthritis and psoriasis vulgaris? *Türkderm* 2014;48(3):131-134.
174. Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, van Voorhees AS, Leonardi CL, Gordon KB, Lebwohl M, Koo JYM, Elmets CA, Korman NJ. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. *J Am Acad Dermatol* 2008;58(5):826-850.

175. Mease PJ, Armstrong AW. Managing patients with psoriatic disease: the diagnosis and pharmacologic treatment of psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *Drugs* 2014;74(4):423-441.
176. Meeuwis KA, De Hullu JA, Massuger LF, van de Kerkhof PCM, van Rossum MM. Genital psoriasis: A systematic literature review on this hidden skin disease. *Acta Derm-Venereol* 2011;91(1):5-11.
177. Worley B, Glassman SJ. p16+ squamous cell carcinoma in situ masquerading as genital psoriasis. *J Am Acad Dermatol Case Reports* 2017;3:542-545.
178. Hietanen J, Salo OP, Kanerva L, Juvakoski T. Study of the oral mucosa in 200 consecutive patients with psoriasis. *Eur J Oral Sci* 1984;92(1):50-54.
179. Weathers DR, Baker G, Archard HO, Burkes Jr EJ. Psoriasiform lesions of the oral mucosa (with emphasis on "ectopic geographic tongue"). *Or Surg Or Med Or Pa* 1974;37(6):872-888.
180. Paul C, Gourraud PA, Bronsard V, Prey S, Puzenat E, Aractingi S. Evidence based recommendations to assess psoriasis severity: Systematic literature review and expert opinion of a panel of dermatologists. *J Eur Acad Dermatol* 2010;24(Suppl2):S2-9.
181. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, Spuls P, Griffiths C, Nast A. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: A European consensus. *Arch Dermatol Res* 2011;303(1):1-10.
182. Öztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Turhan Şahin M. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *Int J Dermatol* 2006;45(11):1300-1307.
183. Langley RG, Ellis CN. Evaluating psoriasis with psoriasis area and severity index, psoriasis global assessment, and lattice system physician's global assessment. *J Am Acad Dermatol* 2004;51(4):563-569.
184. Warren R, Kleyn C, Gulliver W. Cumulative life course impairment in psoriasis: Patient perception of disease related impairment throughout the life course. *Br J Dermatol* 2011;164(Suppl1):1-14.

185. Cornell RC, Stoughton RB. Correlation of the vasoconstriction assay and clinical activity in psoriasis. *Arch Dermatol* 1985;121(1):63-67.
186. Nesbitt LT, Jackson SM. Glucocorticosteroids. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 3rd ed. London:Elsevier Limited; 2012:p.2075-2088.
187. Bayramgürler D, Odyakmaz Demirsoy E. Psoriasisite topikal tedavi. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2012;5(3):32-42.
188. Tajirian AL, Kircik L. Topical therapy I: Corticosteroids and vitamin D analogues. Weinberg JM, Lebwohl M, editors. *Advances in Psoriasis*. 1st ed. London:Springer Verlag; 2014:p.63-72.
189. Murphy G, Reich K. In touch with psoriasis: Topical treatments and current guidelines. *J Eur Acad Dermatol* 2011;25(Suppl4):3-8.
190. Kutlubay Z, Karakuş Ö, Engin B, Serdaroğlu S. Psoriasis: Klinik tiplere göre tedavi yaklaşımı. *Dermatoz* 2012;3:33-38.
191. Kragballe K, Austad J, Barnes L, Bibby A, De la Brassinne M, Cambazard F. A 52 week randomized safety study of a calcipotriol/betamethasone dipropionate two compound product (Dovobet®/Daivobet®/Taclonex®) in the treatment of psoriasis vulgaris. *Br J Dermatol* 2006;154(6):1155-1160.
192. Ashcroft DM, Li Wan Po A, Griffiths CEM. Therapeutic strategies for psoriasis. *J Clin Pharm Ther* 2000;25(1):1-10.
193. Lebwohl M. The role of salicylic acid in the treatment of psoriasis. *Int J Dermatol* 1999;38(1):16-24.
194. Finlay A. Emollients as adjuvant therapy for psoriasis. *J Dermatol Treat* 1997;8(Suppl1): S25-27.
195. Fitzpatrick TB. Phototherapy and photochemotherapy of psoriasis. Pratesi R, editor. *Optronic Techniques in Diagnostic and Therapeutic Medicine*. 1st ed. Boston: Springer Science,1991:p.165-186.
196. Horio T. Indications and action mechanisms of phototherapy. *J Dermatol Sci* 2000;23(Suppl):S17-21.

197. Lebwohl M, Ali S. Treatment of psoriasis part 1: Topical therapy and phototherapy. *J Am Acad Dermatol* 2001;45(4):487-502.
198. Yones SS, Palmer RA, Garibaldinos TT, Hawk JL. Randomized double-blind trial of the treatment of chronic plaque psoriasis: Efficacy of psoralen UV-A therapy vs narrowband UV-B therapy. *Arch Dermatol* 2006;142(7):836-842.
199. Khurshid K, Haroon T, Hussain I, Pal S, Jahangir M, Zaman T. Psoralen–ultraviolet A therapy vs. psoralen–ultraviolet B therapy in the treatment of plaque type psoriasis: Our experience with Fitzpatrick skin type IV. *Int J Dermatol* 2000;39(11):865-867.
200. Seckin D, Usta I, Yazici Z, Senol A. Topical 8-methoxypsoralen increases the efficacy of narrowband ultraviolet B in psoriasis. *Photodermatol Photo* 2009;25(5):237-241.
201. Ibbotson S, Bilslund D, Cox N, Dawe R, Diffey B, Edwards C, Farr PM, Ferguson J, Hart G, Hawk J. An update and guidance on narrowband ultraviolet B phototherapy: A British Photodermatology Group Workshop Report. *Br J Dermatol* 2004;151(2):283-297.
202. Boztepe G, Karaduman A, Şahin S, Hayran M, Kölemen F. The effect of maintenance narrow band ultraviolet B therapy on the duration of remission for psoriasis: A prospective randomized clinical trial. *Int J Dermatol* 2006;45(3):245-250.
203. Snellman E, Klimenko T, Rantanen T. Randomized half-side comparison of narrowband UVB and trimethylpsoralen bath plus UVA treatments for psoriasis. *Acta Derm-Venereol* 2004;84(2):134-137
204. Dawe R, Cameron H, Yule S, Man I, Wainwright N, Ibbotson S, Ferguson J. A randomized controlled trial of narrowband ultraviolet B vs. bath psoralen plus ultraviolet A photochemotherapy for psoriasis. *Br J Dermatol* 2003;148(6):1194-1204.
205. Nguyen TV, Koo JY. Ultraviolet therapy for psoriasis. Weinberg JM, Lebwohl M, editors. *Advances in Psoriasis*. 1st ed. London:Springer Verlag; 2014;p.91-110.

206. Turna İ. Psoriyazis tedavisinde fototerapi ve fotokemoterapi. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2012;5(3):43-50.
207. Racz E, Prens EP. Phototherapy and photochemotherapy for psoriasis. *Dermatol Clin* 2015;33(1):79-89.
208. Mudigonda T, Dabade TS, Feldman SR. A review of targeted ultraviolet B phototherapy for psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2012;66(4):664-672.
209. Gerber W, Arheilger B, Ha T, Hermann J, Ockenfels H. Ultraviolet B 308 nm excimer laser treatment of psoriasis: A new phototherapeutic approach. *Br J Dermatol* 2003;149(6):1250-1258.
210. Gül Ü. Psoriasisste lazer tedavisi. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2016;9(1):1-4.
211. Nast A, Boehncke WH, Mrowietz U, Ockenfels HM, Philipp S, Reich K. S3– Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version). Update . *J Dtsch Dermatol Ges* 2012;10(Suppl2):S1-95.
212. Weinstein GD, Frost P. Methotrexate for psoriasis: A new therapeutic schedule. *Arch Dermatol* 1971;103(1):33-38.
213. Pathirana D, Ormerod A, Saiag P, Smith C, Spuls P, Nast A. European S3 guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol* 2009;23(Suppl2):S1-70.
214. Edmundson WF, Guy WB. Treatment of psoriasis with folic acid antagonists. *Ama Arch Derm Syp* 1958;78(2):200-203.
215. Roenigk Jr HH, Auerbach R, Maibach H, Weinstein G, Lebwohl M. Methotrexate in psoriasis: Consensus conference. *J Am Acad Dermatol* 1998;38(3):478-485.
216. Goldsmith P, Roach A. Methods to enhance the safety of methotrexate prescribing. *J Clin Pharm Ther* 2007;32(4):327-331.
217. Whittle S, Hughes R. Folate supplementation and methotrexate treatment in rheumatoid arthritis: A review. *Rheumatology* 2004;43(3):267-271.

218. Thomas JA, Aithal GP. Monitoring liver function during methotrexate therapy for psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2005;6(6):357-363.
219. Chalmers R, Kirby B, Smith A, Burrows P, Little R, Horan M, Hextall JM, Smith CH, Klaber M, Rogers S. Replacement of routine liver biopsy by procollagen III aminopeptide for monitoring patients with psoriasis receiving long term methotrexate: A multicentre audit and health economic analysis. *Br J Dermatol* 2005;152(3):444-450.
220. Maurice P, Maddox A, Green C, Tatnall F, Schofield J, Stott D. Monitoring patients on methotrexate: Hepatic fibrosis not seen in patients with normal serum assays of aminoterminal peptide of type III procollagen. *Br J Dermatol* 2005;152(3):451-458.
221. Bülbül Başkan E. Psoriasisite sistemik konvansiyonel tedaviler. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2012;5(3):51-64.
222. Nunley JR, Wolverston SE. Systemic drugs. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 3rd ed. London:Elsevier Limited; 2012:p.2176-2178.
223. Ellis CN, Fradin MS, Messana JM, Brown MD, Siegel MT, Hartley AH, Rocher LL, Wheeler S, Hamilton TA, Parish TG. Cyclosporine for plaque-type psoriasis: Results of a multidose, double-blind trial. *New Engl J Med* 1991;324(5):277-284.
224. Imai N, Watanabe R, Fujiwara H, Ito M, Nakamura A. Successful treatment of impetigo herpetiformis with oral cyclosporine during pregnancy. *Arch Dermatol* 2002;138(1):128-129.
225. Pereira T, Vieira A, Fernandes J, Sousa Basto A. Cyclosporin A treatment in severe childhood psoriasis. *J Eur Acad Dermatol* 2006;20(6):651-656.
226. Feutren G, Abeywickrama K, Friend D, Graffenried B. Renal function and blood pressure in psoriatic patients treated with cyclosporin A. *Br J Dermatol* 1990;122(Suppl36):57-69.
227. Maza A, Montaudié H, Sbidian E, Gallini A, Aractingi S, Aubin F. Oral cyclosporin in psoriasis: A systematic review on treatment modalities, risk of

- kidney toxicity and evidence for use in non plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol* 2011;25(Suppl2):19-27.
228. Zachariae H, Kragballe K, Hansen H, Marcussen N, Olsen S. Renal biopsy findings in long term cyclosporin treatment of psoriasis. *Br J Dermatol* 1997;136(4):531-535.
229. Onsun N. Psoriasis tedavi yöntemleri ve algoritmik yaklaşım. *Turkderm* 2008;42(Suppl2):S31-41.
230. Booij MT, van de Kerkhof PCM. Acitretin revisited in the era of biologics. *J Dermatolog Treat* 2011;22(2):86-89.
231. Sbidian E, Maza A, Montaudié H, Gallini A, Aractingi S, Aubin F, Cribier B, Joly P, Jullien D, Le Maitre M. Efficacy and safety of oral retinoids in different psoriasis subtypes: A systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol* 2011;25(Suppl2):28-33.
232. Durmaz EÖ. Psoriasis tedavisinde biyolojik ajanlar. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2012;5(3):65-76.
233. Giordano CN, Kalb RE. Infliximab and golimumab. Weinberg JM, Lebwohl M, editors. *Advances in Psoriasis*. 1st ed. London: Springer Verlag; 2014: p.177-196
234. Anolik JH, Ravikumar R, Barnard J, Owen T, Almudevar A, Milner EC, Miller CH, Dutcher PO, Hadley JA, Sanz I. Cutting edge: Anti-tumor necrosis factor therapy in rheumatoid arthritis inhibits memory B lymphocytes via effects on lymphoid germinal centers and follicular dendritic cell networks. *J Immunol* 2008;180:688-692.
235. Horn EJ, Cather JC. Adalimumab. Weinberg JM, Lebwohl M, editors. *Advances in Psoriasis*. 1st ed. London:Springer;2014: p.159-75.
236. Croxtall JD. Ustekinumab: A review of it's use in the management of moderate to severe plaque psoriasis. *Drugs* 2011;71(13):1733-1753.



237. Luo J, Wu SJ, Lacy ER, Orlovsky Y, Baker A, Teplyakov A, Obmolova G, Heavner GA, Richter HT, Benson J. Structural basis for the dual recognition of IL-12 and IL-23 by ustekinumab. *J Mol Biol* 2010;402(5):797-812.
238. Kraan MC, Van Kuijk AW, Dinant HJ, Goedkoop AY, Smeets TJ, De Rie MA. Alefacept treatment in psoriatic arthritis: Reduction of the effector T cell population in peripheral blood and synovial tissue is associated with improvement of clinical signs of arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2002;46(10):2776-2784.
239. Patel DD, Lee DM, Kolbinger F, Antoni C. Effect of IL-17A blockade with secukinumab in autoimmune diseases. *Ann Rheum Dis* 2013;72(Suppl 2):ii116-123.
240. Tausend W, Downing C, Tying S. Systematic review of interleukin-12, interleukin-17 and interleukin-23 pathway inhibitors for the treatment of moderate to severe chronic plaque psoriasis: Ustekinumab, briakinumab, tildrakizumab, guselkumab, secukinumab, ixekizumab, and brodalumab. *J Cutan Med Surg* 2014;18(3):156-169.
241. Nagler AR, Weinberg JM. Research pipeline III: Biologic therapies. Weinberg JM, Lebwohl M, editors. *Advances in Psoriasis*. 1st ed. London:Springer Verlag; 2014:p.243-251.
242. Koshelev M, Shuja F, Rosen T. Traditional systemic therapy II: Retinoids and others. Weinberg JM, Lebwohl M, editors. *Advances in Psoriasis*. 1st ed. London:Springer Verlag; 2014:p.131-45.
243. Goldenberg G, Lanoue J, Dong J. New oral therapies for psoriasis: A comprehensive review. *J Clin Aesthet Dermatol* 2016;9(8):25-28.
244. Lu PD, Mazza JM. Research pipeline II: Oral therapeutics. Weinberg JM, Lebwohl M, editors. *Advances in Psoriasis*. 1st ed. London:Springer Verlag; 2014:p.227-242.
245. Engin B, Uğur Çelik M, Kutlubay Z, Serdaroğlu S, Tüzün Y. Tofacitinib in psoriasis. Tursen U editor. *Immunomodulatory and Immunosuppressive Drugs in Dermatology*. 1st ed. Ankara:Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016:p.281-286.

246. Yiu ZZ, Warren RB. Novel oral therapies for psoriasis and psoriatic arthritis. *Am J Clin Dermatol* 2016;17(3):191-200.
247. Papp K, Menter M, Raman M, Disch D, Schlichting D, Gaich C, Macias W, Zhang X, Janes JM. A randomized phase 2b trial of baricitinib, an oral janus kinase (JAK)1/JAK2 inhibitor, in patients with moderate to severe psoriasis. *Br J Dermatol* 2016;174(6):1266-1276.
248. Turan S, Özmen M. Psikodermatolojik hastalıklarda tedavi modelleri/treatment modalities for psychodermatological diseases. *Türkderm* 2010;44 Özel Sayı 1:46-51.
249. Koo JY, Pham CT. Psychodermatology: Practical guidelines on pharmacotherapy. *Arch Dermatol* 1992;128(3):381-388.
250. Shenefelt PD. Biofeedback, cognitive-behavioral methods and hypnosis in dermatology: Is it all in your mind? *Dermatol Ther* 2003;16(2):114-122.
251. Fortune D, Richards H, Kirby B, Bowcock S, Main C, Griffiths C. A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol* 2002;146(3):458-465.
252. Shenefelt PD. Hypnosis in dermatology. *Arch Dermatol* 2000;136:393-399.
253. Hughes B, Cotterill J. The relationship of psoriasis to malignancy: A clinical report. *Clin Exp Dermatol* 1993;18(1):41-44.
254. Margolis D, Bilker W, Hennessy S, Vittorio C, Santanna J, Strom BL. The risk of malignancy associated with psoriasis. *Arch Dermatol* 2001;137(6):778-783.
255. Shafii M, Shafii SL. Exploratory psychotherapy in the treatment of psoriasis: Twelve hundred years ago. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1242-1245.
256. Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA. Clinical management in psychodermatology part IV from the practice for the practice. Berlin:Springer Verlag; 2008.
257. Koblenzer PJ. A brief history of psychosomatic dermatology. *Dermatol Clin* 1996;14(3):395-398.

258. Udem BJ, Kajekar R, Hunter DD, Myers AC. Neural integration and allergic disease. *J Allergy Clin Immun* 2000;106(Suppl5):S213-220.
259. Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Hellhammer D. Psychobiological aspects of atopic dermatitis: An overview. *Psychother Psychosom* 2001;70(1):6-16.
260. Gupta MA. Somatization disorders in dermatology. *Int Rev Psychiatr* 2006;18(1):41-47.
261. Koo J, Gambla C. Psychopharmacology for dermatologic patients. *Dermatol Clin* 1996;14(3):509-524.
262. Brosig B, Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Urticaria and the recall of a sexual trauma. *Dermatol Psychsom* 2000;1(2):72-75.
263. Ehlers A, Stangier U, Gieler U. Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J Consult Clin Psych* 1995;63(4):624-635.
264. Van Der Horst FC, LeRoy HA, Van Der Veer R. "When strangers meet": John Bowlby and Harry Harlow on attachment behavior. *Integr Psychol Behav* 2008;42(4):370-388.
265. Ainsworth MS, Bowlby J. An ethological approach to personality development. *Am Psychol* 1991;46(4):333-341.
266. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation, chapter 1. New York: Psychology Press, 2015.
267. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991;61(2):226-231.
268. Symons DK, Szielasko AL. Insecure-resistant attachment. Goldstein S, Naglieri JA, editors. *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. 1st ed. Boston: Springer; 2011:p.819-820.
269. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, editors. *Attachment in the Preschool Years: Theory,*

Research, and Intervention. Chicago: University of Chicago Press; 1990:p.121-160.

270. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds I. aetiology and psychopathology in the light of attachment theory an expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *Br J Psychiat* 1977;130(3):201-210.

271. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty year longitudinal study. *Child Dev* 2000;71(3):684-689.

272. Main M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2 overview of the field of attachment. *J Consult Clin Psych* 1996;64(2):237-243.

273. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment related dynamics of emotional reactions to relational events. *Pers Relationship* 2005;12(2):149-168.

274. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987;52(3):511-524.

275. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive compulsive disorder: A comparison with depressed out patients and healthy controls. *Acta Psychiat Scand* 2004;109(6):447-456.

276. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Psy* 1997;36(5):637-644.

277. Simonelli LE, Ray WJ, Pincus AL. Attachment models and their relationships with anxiety, worry, and depression. *J Couns Psychol* 2004;1(3):107-118

278. Muller RT, Lemieux KE, Sicoli LA. Attachment and psychopathology among formerly maltreated adults. *J Fam Violence* 2001;16(2):151-169.

279. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatr Derg* 2006;17(4):252-258.

280. K k u F. Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi:kontrollü bir  alıŐma. Turk Psikiyat Derg 2010;21:309-318.
281. Murphy B, Bates GW. Adult attachment style and vulnerability to depression. Pers Individ Differ 1997;22(6):835-844.
282. Mickelson KD, Kessler RC, Shaver PR. Adult attachment in a nationally representative sample. J Pers Soc Psychol 1997;73(5):1092-1106.
283. McNally AM, Palfai TP, Levine RV, Moore BM. Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. Addict Behav 2003;28(6):1115-1127.
284. Bakker A, Spinhoven P, van Balkom AJ, van Dyck R. Relevance of assessment of cognitions during panic attacks in the treatment of panic disorder. Psychother Psychosom 2002;71(3):158-161.
285. Tolan  .  niversite  ğrencilerinde kaygı belirtileri ve bağlanma biçimleri ile kiŐilerarası Őemalar arasındaki ilişkiler. Y ksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstit s , Ankara, 2002.
286. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers, World Report on Violence and Health, Chapter 3. Geneva: WHO, 2002.
287. Zoroğlu SS, Tüzün  , Şar V,  zt rk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. Anadolu Psikiyat Derg 2001;2(2):69-78.
288. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse: A role for pediatricians. Pediatr Rev 2002;23(6):191-196.
289. Güler N, Uzun S, BoztaŐ Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranıŐı ve bunu etkileyen faktörler. C. . Tıp Fakültesi Dergisi 2002;24(3):128-134.
290.  nal F. Ailede  ocuk istismarı ve ihmali. TSA Dergisi 2008;1:9-18.

291. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica* 2004;35(2):82-86.
292. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2004;3:76-80.
293. Paavilainen E, Tarkka MT. Definition and identification of child abuse by Finnish public health nurses. *Public Health Nurs* 2003;20(1):49-55.
294. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi* 2001;151(5):4-6.
295. Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T, Kahane T. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Toronto: WHO, 2006.
296. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006;15(9):153-157.
297. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiat* 2010;197(1):20-27.
298. Sheppes G, Suri G, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology. *Annu Rev Clin Psycho* 2015;11:379-405.
299. Suveg C, Sood E, Comer JS, Kendall PC. Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *J Clin Child Adolesc* 2009;38(3):390-401.
300. Ehring T, Tuschen-Caffier B, Schnülle J, Fischer S, Gross JJ. Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion* 2010;10(4):563-572.
301. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2005;43(10):1281-1310.

302. Shipman KL, Schneider R, Fitzgerald MM, Sims C, Swisher L, Edwards A. Maternal emotion socialization in maltreating and non maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Soc Dev* 2007;16(2):268-285.
303. Wolfe DA, Scott K, Wekerle C, Pittman AL. Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *J Am Acad Child Psy* 2001;40(3):282-289.
304. Basım H, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Turk Psikiyatr Derg* 2011;22(2):104-114.
305. Kobasa SC. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* 1979;37(1):1-10.
306. Vanderbilt-Adriance E. Protective factors and the development of resilience among boys from low-income families. *J Abnorm Child Psychol* 2008;36:887-901
307. Tiêt QQ, Huizinga D. Dimensions of the construct of resilience and adaptation among inner-city youth. *J Adolescent Res* 2002;17(3):260-276.
308. Pollock SE. The hardiness characteristic: A motivating factor in adaptation. *Adv Nurs Sci* 1989;11:53-62.
309. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiat Scand* 1983;67(6):361-370.
310. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Ölçekler*. Ankara:HYB Basım Yayım, 2009.
311. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Turk Psikiyatr Derg* 1997;8(4):280-287.
312. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Turk Psikol Derg* 1999;14(43):71-106.
313. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;85(2):348-362.

314. Totan T. Validity and realibility of the Turkish form of the emotion regulation questionnaire. *J Cogn Behav Psychot* 2015;4(3):153-161.
315. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Meth Psyc Res* 2003;12(2):65-76.
316. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Meth Psych Res* 2005;14(1):29-42.
317. Gupta M, Gupta A, Watteel G. Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: An index of the stigma experience in dermatologic disorders. *Cutis* 1998;61(6):339-342.
318. Gupta M, Voorhees JJ. Psychosomatic dermatology: Is it relevant? *Arch Dermatol* 1990;126(1):90-93.
319. Kimball A, Guerin A, Tsaneva M, Yu A, Wu E, Gupta S, Bao Y, Mulani PM. Economic burden of comorbidities in patients with psoriasis is substantial. *J Eur Acad Dermatol* 2011;25(2):157-163.
320. Dantzer R. Cytokine induced sickness behavior: Mechanisms and implications. *Ann NY Acad Sci* 2001;933(1):222-234.
321. Himmerich H, Fulda S, Linseisen J, Seiler H, Wolfram G, Himmerich S, Gedrich K, Kloiber S, Lucae S, Ising M, Uhr M, Holsber F, Pollmacher T. Depression, comorbidities and the TNF- $\alpha$  system. *Eur Psychiat* 2008;23(6):421-429.
322. Bangemann K, Schulz W, Wohlleben J, Weyergraf A, Snitjer I, Werfel T, Schmid-Ott G, Böhm D. Depression and anxiety disorders among psoriasis patients: Protective and exacerbating factors. *Hautarzt* 2014;65(12):1056-1061.
323. Güleç MY, Kılıç A, Gül Ü, Güleç H. Psoriasis hastalarında aleksitimi ve öfke. *Arch Neuro Psychiatr* 2009;46(4):169-174
324. Güz H, Ay M, Dilbaz N. Bir grup dermatolojik hastalarda aleksitimi, depresyon ve anksiyete. *Düşünen Adam* 2001;14(2):99-103.



325. Gulliver W. Long term prognosis in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2008;159(Suppl2):S2-9.
326. Tee S, Lim Z, Theng C, Chan K, Giam Y. A prospective cross sectional study of anxiety and depression in patients with psoriasis in Singapore. *J Eur Acad Dermatol* 2016;30(7):1159-1164.
327. Akay A, Pekcanlar A, Bozdogan K, Altintas L, Karaman A. Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *J Eur Acad Dermatol* 2002;16(4):347-352.
328. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 2001;1(4):365-380.
329. Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain* 2003;104(3):627-637.
330. Maddi SR. Hardiness, personal hardiness as the basis for resilience, chapter 1. London:Springer, 2013.
331. Kobasa SC, Maddi SR, Courington S. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *J Health Soc Behav* 1981;22:368-378.
333. Iannaccone AM, Verrusio G, Iurassich S. Discomfort and adaptation in psoriatic patients: An inchoate supportive care trial. *Clin Ter* 2016;167(4):105-112.

## 8.EKLER

### EK-1: Gönüllü Bilgilendirme Formu



<b>ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU</b>					
<b>Doküman:</b>	<b>Form</b>	<b>Revizyon</b>	<b>02</b>	<b>Revizyon</b>	
	<b>-11</b>	<b>n No:</b>		<b>Tarihi:</b>	

**1. Çalışmanın adı:** Psoriasis hastalarında çocukluk çağı travması varlığının, travma dayanıklılığının (psikolojik dayanıklılığın), bağlanma özelliklerinin, depresyon - anksiyete varlığının ve duygu düzenleme güçlüğünün hastalık şiddetine ve tedavi cevabına olan etkisi

#### **2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.**

- Prof. Dr. Zerrin Öğretmen Ç.O.M.Ü. Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Dermatoloji A.B.D 0286 220 02 00, Dahili 2548.

- Doç. Dr. Demet Güleç Öyeçkin Ç.O.M.Ü. Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri A.B.D 0286 220 02 00

- Arş. Gör. Dr. Ekin Özge Aykan Ç.O.M.Ü. Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Dermatoloji A.B.D 0286 220 02 00 Dahili 2215- 3164.

- Arş. Gör. Dr. Yağmur Duva Ç.O.M.Ü. Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri A.B.D. 0286 220 02 00

**3. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:** Sedef hastalığı deri ve farklı organları etkileyebilen sebebi tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Gelişiminde ailesel yatkınlığın yanı sıra çevresel faktörler de önemli rol oynar. Bu çevresel faktörlerin içinde stresli yaşam koşulları ve üzüntü gibi duygusal değişikliklerin de rol aldığı düşünülmektedir ve bu durumlar hastalığın şiddetli seyretmesine,

tedaviye olan cevabın daha az olmasına sebep olabilir. Bu araştırmada amacımız çocukluk çağında yaşanan olumsuz olayların, travmaya olan psikolojik dayanıklılığın, bağlanma özelliklerinin ve duygu düzenleme güçlüklerinin sedef hastalığının seyrine olan etkisini saptamak ve tedaviye direnç oluşturup oluşturmadığını belirlemektir.

**4. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?** Sizin Sedef hastalığınız olduğu için sizde de bu faktörlerin durumunu saptamak istiyoruz.

**5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?**

Araştırmaya katılmak ya da bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda değilsiniz. Araştırmadan ayrılmak için Arş. Gör. Dr. Ekin Özge Aykan'ı sözel olarak bilgilendirmeniz yeterlidir.

**6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**

Derinizin detaylı muayenesine ek olarak tıbbi bilgilerinizin yer aldığı hasta kayıt formu ile; ilişki ölçekleri anketi, çocukluk çağı travma ölçeği, psikolojik dayanıklılık ölçeği, hastane anksiyete deperasyon ölçeği, emasyon düzenleme ölçeği doldurulacaktır.

**7. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?**

Bu çalışmaya katılarak bireysel veya toplumsal olarak hiçbir zarar görmeyeceksiniz. Sizden hiçbir maddi talepte bulunulmayacaktır.

**8. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?**

Şimdiye dek farkında olduğunuz ya da olmadığınız psikolojik durumunuz ve hastalığı tetikleyebilecek faktörlerin ortaya konulması ve bunların ortadan kaldırılmasına yardımcı olunması durumunda hastalığın kontrolünün kolaylaşması, nükslerin ve şiddetinin azalmasına yardımcı olabilecektir.

**9. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?**

Araştırmaya katılmanız durumunda herhangi bir masrafınız olmayacak, maddi bir bedel ödemeyeceksiniz.

**10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?**

Kimlik bilgileriniz ve araştırma sonuçlarınız Arş. Gör. Dr. Ekin Özge Aykan tarafından kayıt altına alınacak ve gizli tutulacaktır.

**11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?**

İsteğiniz doğrultusunda Arş. Gör. Dr. Ekin Özge Aykan tarafından gerekli bilgiler verilecektir.

**12. Araştırma sonuçlarına ne olacak?**

Araştırma sonuçlarınız kayıt altına alınacak, bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda, uzmanlık tezimde ve kongre bildirimlerinde kullanılacaktır. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

**Daha ayrıntılı bilgi için,**

Arş. Gör. Dr. Ekin Özge Aykan'dan bilgi alabilirsiniz.

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

**BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.**

**ONAM FORMU (D<sup>2</sup>)**

**Araştırmanın Adı:**

1. Psoriasis hastalarında çocukluk çağı travması varlığının, travma dayanıklılığının, psikolojik dayanıklılığın, bağlanma özelliklerinin ve duygu düzenleme güçlüğü'nün hastalık şiddetine ve tedavi cevabına olan etkisi.

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?  Evet  Hayır

Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? *Lütfen ismini yazınız.*

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

## EK-2: Hasta Formu

### HASTA FORMU

TARİH:

POLİKLİNİK BAŞVURU NUMARASI:

AD-SOYAD :

ADRES :

TELEFON :

HASTA YAKINI TELEFONU :

MESLEK :

EĞİTİM :

YAŞ :

HASTALIK BAŞLANGIÇ YAŞI:

HASTALIK SÜRESİ:

BOY:KİLO :BEL ÇEVRESİ : KALÇA ÇEVRESİ:

BMI:

SİGARA:ALKOL/ MADDE KULLANIMI :

ÖZGEÇMİŞ

BİLİNEN PSİKİYATRİK HASTALIK :

HASTANEDE YATIŞ ÖYKÜSÜ:

HİPERTANSİYON : DM : KALP VE DAMAR HASTALIKLARI:

HİPERLİPİDEMİ: TİROİT HASTALIĞI :

DİĞER ENDOKRİN BOZUKLUKLAR:

İNTİHAR GİRİŞİMİ:

KULLANDIĞI İLAÇLAR , KULLANIM ŞEKLİ VE DOZLARI:

SOYGEÇMİŞ :

AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ:

AİLEDE PSÖRİYAZİS ÖYKÜSÜ : VAR YOK

AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ : VAR YOK

DERMATOLOJİK MUAYENE:

PASİ:

TIRNAK TUTULUMU:

EKLEM TUTULUMU:

EŞLİK EDEN DİĞER DERMATOZLAR:

DAHA ÖNCE ALDIĞI TEDAVİLER:

TOPİKAL TEDAVİ:

SİSTEMİK TEDAVİ:

EŞLİK EDEN DİĞER DERMATOZLAR: VAR YOK

VAR İSE YAZINIZ :

PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME :

### EK-3: Kontrol Formu

#### KONTROL FORMU

AD-SOYAD :

ADRES :

TELEFON :

HASTA YAKINI TELEFONU :

MESLEK :

EĞİTİM :

YAŞ :

BOY:

KİLO:

BMI:

SİGARA:

ALKOL:

ÖZGEÇMİŞ

BİLİNER PSİKİYATRİK HASTALIK :

HİPERTANSİYON :

DM :

KALP VE DAMAR HASTALIKLARI:

HİPERLİPİDEMİ:

TİROİT HASTALIĞI :

DİĞER ENDOKRİN BOZUKLUKLAR:

KULLANDIĞI İLAÇLAR , KULLANIM ŞEKLİ VE DOZLARI:

SOYGEÇMİŞ:

AİLEDE PSÖRİYAZİS ÖYKÜSÜ : VAR YOK

AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ : VAR YOK

DERMATOLOJİK MUAYENE:



EŞLİK EDEN DİĞER DERMATOZLAR: VAR YOK VAR İSE YAZINIZ :

PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE:

Bu anketin bilimsel çalışma olarak kullanılmasına izin veriyorum

İmza veya paraf

X X X X

## EK-4: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

### HAD ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı:

Tarih:

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

**1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.**

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

**2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**

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

**3) Sanki kötü birşey olacmış gibi bir korkuya kapılıyorum.**

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- Hayır, hiç öyle değil

**4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .**

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

**5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

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

**6) Kendimi neşeli hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

**7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.**

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

**8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

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

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

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

**10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

**11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

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

**12) Olacakları zevkle bekliyorum.**

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

**13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

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

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

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

## EK-5: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

### Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0

(Çeviren: © Vedat Şar, 1996, 2012)

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

#### Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
7. Sevildiğimi hissediyordum.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

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

11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

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

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

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

13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

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

14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

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

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

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

16. Çocukluğum mükemmeldi.

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

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

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

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

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

19. Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

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

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

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

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

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

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

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

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

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

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

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

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

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

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecektir birisi vardı.

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

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

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

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

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

## EK-6: İlişki Ölçekleri Anketi

### İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ

Ölçek maddeleri;

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem. (Korkulu)
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli. (Kayıtsız)
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım. (Güvenli)
4. Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.
5. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum. (Korkulu)
6. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.(Kayıtsız, Saplantılı-t)
7. İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.
8. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum. (Saplantılı)
9. Yalnız kalmaktan korkarım. (Güvenli-t)
10. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim. (Güvenli)
11. Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.
12. Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım. (Korkulu)
13. Başkalarının bana çok yaklaşması beni endişelendirir.
14. Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.
15. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır. (Güvenli)

16. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.(Saplantılı)
17. İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.
18. Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzum bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.
19. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli. (Kayıtsız)
20. Birisi bana çok fazla yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.
21. Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.
22. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim. (Kayıtsız)
23. Terk edilmekten korkarım.
24. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder. (Korkulu)
25. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum. (Saplantılı)
26. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim. (Kayıtsız)
27. İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.
28. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım. (Güvenli-t)
29. Romantik ilişkide olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.
30. Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.

---

Not: 't', ters puanlanacak maddeleri göstermektedir.



## EK-7: Duygu Düzenleme  leği

### Emotion Regulation Questionnaire

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

1-----2-----3-----4-----5-----6  
Hiç çok az Bazen Kismen Oldukça Tamamen  
doğru değil doğru doğru doğru doğru doğru

1. Duygularımı içinde bulunduğum durum hakkındaki düşüncelerimi değiştirerek kontrol ederim.
2. Hissettiğim olumsuz duyguları azaltmak istediğimde, içinde bulunduğum durum hakkındaki düşüncelerimi değiştiririm.
3. Hissettiğim olumlu duyguları arttırmak istediğimde, içinde bulunduğum durum hakkındaki düşüncelerimi değiştiririm.
4. Hissettiğim olumlu duyguları (sevinç veya eğlence/oşku gibi) arttırmak istediğimde, düşündüğüm şeyleri değiştiririm.
5. Hissettiğim olumsuz duyguları ( z nt  veya kızgınlık gibi) azaltmak istediğimde, düşündüğüm şeyleri değiştiririm.
6. Stres yaratan bir durumla karşılaştığımda, sakin kalmama yardımcı olacak şekilde düşünmeye çalışırım.
7. Duygularımı onları belli etmeyerek kontrol ederim.
8. Olumsuz duygular hissettiğimde, onları belli etmemek için elimden geleni yaparım.
9. Duygularımı kendime (içimde) saklarım.
10. Olumlu duygular hissettiğimde, onları belli etmemeye  zen gösteririm.

## EK-8: Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği				
1. Beklenmedik bir olay olduğunda...				
Her zaman bir çözüm bulurum				Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...				
Başarılması zordur				Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...				
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda				Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum				
Diğer kişilerle birlikte				Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...				
Benimkinden farklıdır				Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...				
Hiç kimseyle tartışmam				Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...				
Çözemem				Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...				
Nasıl başaracağımı bilirim				Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...				
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım				Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak				
Önemli değildir				Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim				
Çok mutlu				Çok mutsuz
12. Beni ...				
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir				Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...				
Olduğuna çok inanırım				Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum				
Ümit verici				Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...				
Zamanımı planlama				Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir				
Kolayca yapabildiğim				Yapmakta zorlandığım

### Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...					
	Birbirinden bağımsız				Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...					
	Zayıftır				Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...					
	Çok fazla güvenmem				Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...					
	Belirsizdir				İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...					
	Günlük yaşamımda yoktur				Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...					
	Benim için zordur				Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...					
	Geleceğe pozitif bakar				Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...					
	Bana hemen haber verilir				Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken					
	Kolayca gülerim				Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:					
	Birbirlerini desteklemez biçimde				Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım					
	Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden				Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır					
	Her şeyi umutsuzca gören bir				Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...					
	Zordur				Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...					
	Bana yardım edebilecek kimse yoktur				Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...					
	Başa çıkmaya çalışırım				Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...					
	İşleri bağımsız olarak yapmayı				İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...					
	Yeteneklerimi beğenirler				Yeteneklerimi beğenmezler