

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

---

**PSORİASİS HASTALARINDA PSİKOLOJİK ESNEKLİK**

---

Dr. Burcu BAKAR KAHRAMAN  
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL  
Ocak, 2018

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

---

**PSORİASİS HASTALARINDA PSİKOLOJİK ESNEKLİK**

---

Dr. Burcu BAKAR KAHRAMAN  
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. Hasan Turan KARATEPE

İSTANBUL  
Ocak, 2018

## Yazar Bildirimi

“PSORİASİS HASTALARINDA PSİKOLOJİK ESNEKLİK” isimli uzmanlık tezinde Dr. Burcu BAKAR KAHRAMAN

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları ‘Bilgilendirme’ bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını ‘Bilgilendirme’ bölümünde belirtmiştir
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisinde alarak izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır

Ocak, 2018

*Dr. Burcu BAKAR KAHRAMAN*

İmza:

---

- Bu tezin kabulünden önce herhangi bir yerde yayınlanmadığını
- Tezin hazırlanmasında kendim dışında Yard. Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe ve Doç. Dr. Ayşe Serap Karadağ'ın katkısı olduğunu
- Bu tez ile ilgili herhangi bir çıkar çatışmamın olmadığını beyan ederim.

*Dr. Burcu BAKAR KAHRAMAN*



## *Teşekkür*

---

Tez çalışmam ve uzmanlık eğitimi sürecinde kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösterici olan değerli danışman hocam Yard. Doç. Dr. Hasan Turan KARATEPE'ye

Tezimin ilerlemesinde büyük katkısı olan, yardımlarını ve bilgisini hiç esirgemeyen Doç. Dr. Ayşe Serap KARADAĞ'a

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyiminden faydalandığım, sunduğu eğitim programı ve çalışma düzeniyle mesleki yeterliliği kazanmamı sağlayan Anabilim Dalı Başkanı saygıdeğer hocam Prof. Dr. Serhat ÇITAK'a

Aldığım psikiyatri eğitiminde çok değerli katkısı olan kıymetli hocam Prof. Dr. Can TUNCER'e

Tecrübelerinden faydalanma şansına sahip olduğum için çok mutlu olduğum hocalarımdan Yard. Doç. Dr. Aynur GÖRMEZ'e

Asistanlığımın ilk gününden beri her zaman yardımını ve desteğini gördüğüm Uzm. Dr. Osman Ağa ÖNAL, Uzm. Dr. Rümeyza YENİ ELBAY ve klinik psikolog Ela KÖK ile Burcu KIVRAK GÖÇER'e

Rotasyonlarımda deneyimlerinden faydalanma şansı bulduğum Doç. Dr. Hüseyin GÜLEÇ, Doç. Dr. Medine Yazıcı GÜLEÇ, Doç. Dr. Emrem BEŞTEPE ve Doç. Dr. Seher AKBAŞ'a ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ekibine,

Tıp mesleğini sevdiren, ilk mesleki deneyimlerimi edindiğim sevgili fakültem İstanbul Tıp Fakültesi bünyesindeki tüm hocalarıma,

Uzmanlık eğitiminde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum arkadaşlarım Dr. Selma Hilal AVCI ve Dr. Volkan SENEGER'e

Bu süreçte bana tüm hayatını paylaşmak teklifiyle gelerek desteklerinin bir ömür süreceğini vadeden sevgilim, eşim Hamit Çağlayan KAHRAMAN'a

Bu hayattaki en büyük şanslarım annem Gülsen BAKAR, babam Necati BAKAR ve canım kardeşim Buse BAKAR'a ,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Burcu BAKAR KAHRAMAN

[Burcubakar00@hotmail.com](mailto:Burcubakar00@hotmail.com)

# Özet

## “PSORİASİS HASTALARINDA PSİKOLOJİK ESNEKLİK”

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı son yıllarda psikolojik iyilik halinin bir göstergesi olarak değerlendirilen psikolojik esneklik düzeylerinin psoriasis hastalarındaki seviyelerini belirlemek ve sağlıklı gönüllülere göre farklılıklarını incelemektir. Bu hastalarda psikolojik mekanizmaların anlaşılması hastalara yapılacak psikolojik müdahaleler için yol gösterici olabilir. Psikolojik katılığın yaşam kalitesi ile ilişkisinin saptanması, psikolojik esnekliğin belirleyicileri olan kabul, anla temas etme ve değerler doğrultusunda eylemlerde bulunma gibi alanlara yapılacak müdahalelerle hastalığın seyri ve yaşam kalitesine olumlu katkı yapılabilir.

**Yöntem:** Çalışmaya 18-70 yaş arası Psoriasis hastalarının alınması planlanmıştır. Kontrol grubu olarak halihazırda psikiyatrik tedavi almayan ve dermatolojik rahatsızlığı olmayan sağlıklı gönüllülerin alınması hedeflenmiştir. Araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan psoriasis hastalarından yazılı onam alınmak suretiyle araştırmaya katılmayı kabul edenler ardışık olarak çalışmaya alınmıştır. Sosyodemografik Veri Formu, Freiburg Kendinelik Envanteri, Kabul ve Eylem Formu II (KEF-II) ve Bilişsel Kaynaşma Ölçeği çalışma ve kontrol grubundaki katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Bilişsel Kaynaşma Ölçeği ve KEF-II çalışma ve kontrol grubunun psikolojik esnekliklerini değerlendirmekte kullanılmıştır. Psoriasis hastalarına ek olarak Psoriasisde İçselleştirilmiş Damgalanma (Stigmatizasyon) Ölçeği ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi uygulanarak psikolojik esneklik ile stigmatizasyon ve yaşam kalitesi ilişkisi değerlendirilmiştir. Psoriasis hastalarında depresyon ve anksiyete değerlendirmesi için Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) klinik görüşme ile klinisyen tarafından uygulanmıştır. Psikolojik esneklik ile damgalanma ve yaşam kalitesi ilişkisini incelerken psoriasis şiddetinin etkisini ayırt edebilmesi için ise dermatologlar tarafından yapılan Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASİ) verileri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Psoriasis hastalarının KEF-II ve bilişsel kaynaşma skorları kontrol grubundan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek, Freiburg kendinelik ölçeği skorları anlamlı düzeyde düşük bulundu. Hasta ve kontrol grubunda KEF-II skorları yaş ve eğitim düzeyine göre değişiklik göstermezken, hasta grubunda kadınların KEF-II skorları, erkek psoriasis hastalarından daha düşük saptandı. Psoriasis hastalarının %55'inde hafif yada orta şiddette depresif semptomların ve %57,6'sında anksiyete semptomlarının olduğu belirlendi. KEF-II ve Bilişsel kaynaşma ölçeği skorları, median değerleri üzerinden ikili gruba ayrıldığında skorları yüksek olan psoriasis hastalarının HAM-D ve HAM-A puanlarının skorları düşük olan gruba kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Dermatolojik hastalık şiddetini değerlendiren PASİ skorlarına göre hastalar hafif-orta-şiddetli olarak sınıflandırılarak HAM-D ve HAM-A skorları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ve psoriasis hastalarında depresyon ve anksiyete belirtilerinin dermatolojik hastalık şiddeti ile ilişkili olmadığı görüldü. HAM-A ve HAM-D ölçek skorlarına göre depresif belirtileri ve anksiyete belirtileri eşik değer üzerindeki psoriasis hastalarının yaşam kalitenin eşik altı hastalara oranla istatistiksel anlamlı düzeyde daha fazla etkilenmiş olduğu belirlendi. Psoriasis hastalarında yaşam kalitesinin stigmatizasyon, PASİ, KEF-II, Bilişsel kaynaşma ve Freiburg Kendinelik Ölçeği skorları ile ilişkili olduğu saptandı. Yaşam kalitesini en kuvvetli etkileyen parametrenin stigmatizasyon olduğu, stigmatizasyonu etkileyen en kuvvetli parametrenin de KEF-II skorları olduğu tespit edildi.

**Sonuç:** Psoriasis hastalarının psikolojik esnekliklerinin kontrol grubundan düşük bulunması ve psikolojik esnekliği daha az olan psoriasis hastalarının depresyon ve anksiyete skorlarının yüksek oluşu, psoriasis hastalarında psikolojik esnekliği arttırmaya yönelik psikoterapi müdahalelerinin bu hastalardaki depresyon ve anksiyete belirtilerinin azaltılmasında etki sağlayacağını desteklemektedir. Yaşam kalitesinin PASİ skorları ile ilişkili olmadığının ancak depresyon ve anksiyetesi olan bireylerin yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiğinin saptanması psoriasis hastalarının yaşam kalitesinin artırılmasında dermatolojik hastalık tedavisine ek olarak psikolojik sağaltımın gerekliliğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Psikolojik Esneklik, Psoriasis, Yaşam Kalitesi, Damgalanma

# *Abstract*

## **“PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY OF PSORIASIS PATIENTS”**

**Objective:** To specify the levels of psychological flexibility -which correlates with psychological wellbeing- in psoriasis patients and to observe the differences between psoriasis patients and a control group. Understanding the psychological mechanisms of psoriasis patients can be a guide way of any psychological intervention. Determining the relationship between psychological inflexibility and life quality; and interventions made on the determinants of psychological flexibility that are acceptance, being present and committed actions can make a positive contribution to life quality and the course of the disease.

**Methods:** From 18 to 70 years old psoriasis patients are contributed to the study. As the control group, people that haven't been taking any psychological treatment or haven't had any dermatological diseases are included Sociodemographic Questionnaire, Freiburg Mindfulness Inventory, Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II), Cognitive Fusion Questionnaires (CFQ-13) are filled out by the control and experimental group. These scales are used to determine the psychological flexibility's of both groups. During clinical interviews Hamilton Depression Rating Scale and Hamilton Anxiety Rating Scale are done by the clinician to psoriasis patients additionally for depression and anxiety evaluation. To be able to distinguish the severity of psoriasis when the relationship between psychological flexibility, stigmatizing and life quality are investigated Psoriasis Area and Severity Index (PASI) are used which are done by dermatologists.

**Result:** The psoriasis patients' AAQ-II and CFQ-13 scores were significantly higher than the control group whereas the Freiburg Mindfulness Inventory scores were significantly lower. The age difference between the individual of both the control and experimental group didn't make a significant variation in scores. In the control group the gender didn't influence the scores; however, in the experimental group females had higher AAQ-II scores than males. 55% of the psoriasis patients had mild or moderate symptoms of depression and 57.6% had anxiety symptoms. AAQ-II and CFQ-13 scores when divided into to groups in median values, the psoriasis patients that



had higher scores had significantly higher HAM-D ve HAM-A points than the groups which had lower scores. When the HAM-D and HAM-A scores are compared according to PASI scores that evaluates severity of dermatological diseases as groups of mild-moderate-severe statistically no difference is detected and determined that there is no relation between dermatological diseases and depression and anxiety symptoms. According to HAM-A ve HAM-D scores, psoriasis patients with higher threshold values of depression and anxiety symptoms have significantly higher life quality scores than the patients that have lower scores than threshold. It is determined that in psoriasis patients life quality is related to stigmatization, PASI, AAQ-II, CFQ-13 and Freiburg Mindfulness Inventory scores. Stigmatization turned out to be the most strongly affecting parameter of life quality and KEF-II scores turned out to be the most strongly affecting parameter of stigmatization.

**Conclusion:** Finding out that psoriasis patients have lower psychological flexibility scores than control group and patients that had lower psychological flexibility scores have have higher depression and anxiety scores proves that psychotherapeutic interventions that intends to increase psychological flexibility can decrease patients' psychopathologies. Proving that there is no relation between PASI scores and life quality but life quality of individuals that have depression and anxiety gets more affected shows that in addition to dermatological treatment psychological treatment is needed to improve the life quality of psoriasis patients.

**Keywords:** Psychological Flexibility, Psoriasis, Life Quality, Stigmatization

---

# İçindekiler

---

<b>Şekil Listesi</b>	<b>xi</b>
<b>Tablo Listesi</b>	<b>xii</b>
<b>Kısaltmalar</b>	<b>xiv</b>
<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>1</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b>	<b>4</b>
<b>2.1. DUYGU VE DUYGU DÜZENLENMESİ</b>	<b>4</b>
2.1.1. Duygu Düzenleme ve Psikopatoloji	4
2.1.2. Duygu Düzenlenmesinde Teorik Kuramlar	5
2.1.3. Duygu Düzenleme Stratejileri ve Psikopatoloji	6
<b>2.2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI PSİKOTERAPİLER</b>	<b>10</b>
2.2.1. Birinci Kuşak (Davranışçı) Psikoterapi Yaklaşımları	11
2.2.2. İkinci Kuşak Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Yaklaşımları	12
2.2.3. Üçüncü Kuşak Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Yaklaşımları	13
2.2.3.1. Dialektik Davranış Terapisi	13
2.2.3.2. Kendinlilik Temelli Bilişsel Terapi	14
2.2.3.3. Kabul ve Kararlılık Terapisi	14
2.2.3.4. Bütünleştirici Duygu Düzenleme Terapisi	14
2.2.3.5. Duygu Düzenleme Terapisi	15
2.2.3.6. Diğer Üçüncü Kuşak Terapiler	15
<b>2.3. KABUL KARARLILIK TERAPİSİ</b>	<b>15</b>
2.3.1. Psikolojik Esneklik ve Bileşenleri	16
2.3.1.1. Kabul	17
2.3.1.2. Ayrışma	17
2.3.1.3. An'da Olmak	18
2.3.1.4. Bağlamsal Benlik	18
2.3.1.5. Değerler	19
2.3.1.6. Değerler Doğrultusunda Davranışlar	19
2.3.2. Psikolojik Katılık ve Bileşenleri	19
2.3.2.1. Bilişsel Birleşme	20
2.3.2.2. Kavramsal Geçmiş ve Geleceğin Baskınlığı /Sınırlı Kendilik Bilgisi	21

2.3.2.3. Kavramsal Benliğe Bağlanma	21
2.3.2.4. Değerlerle Kurulan Bağın Zayıflaması	21
2.3.2.5. İşlevsiz Davranışlar	22
2.3.2.6. Yaşantısal Kaçınma	22
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>24</b>
<b>3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI</b>	<b>24</b>
<b>3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI</b>	<b>25</b>
<b>3.3. İSTATİSTİK YÖNTEMLER</b>	<b>28</b>
<b>BULGULAR</b>	<b>29</b>
<b>4.1. HASTA VE KONTROL GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ</b>	<b>29</b>
<b>4.2. HASTA VE KONTROL GRUPLARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ</b>	<b>31</b>
<b>4.3. HASTA GRUBUNUN DERMATOLOJİK HASTALIK KLİNİK ÖZELLİKLERİ</b>	<b>32</b>
4.3.1. Psoriasis Tutulum Yeri	32
4.3.2. PASİ Skorlarına Göre Hastaların Dağılımı	33
4.3.3. Yaşam Kalitesi Skorlarına Göre Hastaların Dağılımı	33
4.3.4. PASİ Skorları ve DYKİ Verilerine Göre Hastaların Dağılımı	34
4.3.5. Psoriasis Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon	34
<b>4.4. PSORİASİS HASTALARINDA HAMILTON ANKSİYETE VE DEPRESYON BULGULARI</b>	<b>35</b>
<b>4.5. PSİKOLOJİK ESNEKLİK VE BİLEŞENLERİNE AİT BULGULAR</b>	<b>37</b>
4.5.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması	37
4.5.2. Yaşa Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması	39
4.5.3. Cinsiyete Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması	40
4.5.4. Eğitim Düzeylerine Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması	42
4.5.5. Medeni Duruma Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması	43

<b>4.6. PSÖRİASİS HASTALARINDAKİ DEPRESİF BELİRTİLERLE İLİŞKİLİ BULGULAR</b>	<b>44</b>
<b>4.7. PSÖRİASİS HASTALARINDAKİ ANKSİYETE BELİRTİLERİYLE İLİŞKİLİ BULGULAR</b>	<b>50</b>
<b>4.8. DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE İNDEKSİ İLE KEF-II, PASİ, BİLİŞSEL KAYNAŞMA, FREİBURG VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMATİZASYON ARASINDAKİ KORELASYON</b>	<b>56</b>
<b>4.9. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMATİZASYON İLE KEF-II, FREİBURG, BİLİŞSEL KAYNAŞMA, PASİ VE DYKİ ARASINDAKİ KORELASYON</b>	<b>57</b>
<b>TARTIŞMA ve SONUÇ</b>	<b>58</b>
<b>5.1. TARTIŞMA</b>	<b>58</b>
<b>5.2. TEZİN KISITLILIKLARI</b>	<b>65</b>
<b>5.3. SONUÇ</b>	<b>66</b>
<b>Kaynaklar</b>	<b>68</b>
<b>Ekler</b>	<b>85</b>
Ek 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu	85
Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu	86
Ek 3: Freiburg Kendinelik Envanteri	87
Ek 4: Kabul ve Eylem Formu	88
Ek 5: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği	89
Ek 6: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ)	90
Ek 8: PASİ (Psoriasis Alan Şiddet İndeksi)	93
Ek 9: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği	94
Ek 10: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HARS)	95
<b>Etik Kurul Onay Formu</b>	<b>96</b>
<b>Tez Değerlendirme Formu</b>	<b>98</b>

---

## Şekil Listesi

---

2.1:	Bilişsel Davranışçı Terapilerde Kuşaklar: Kuşakların Ana Temaları .....	11
2.2:	Psikolojik Esneklik ve Bileşenleri .....	17
2.3:	Psikolojik Katılık ve Bileşenleri .....	20
4.1:	Psoriasis Tutulum Yeri .....	32
4.2:	PASİ Skorlarına Göre Hastaların Dağılımı .....	33
4.3:	DYKİ Skorlarına Göre Hastaların Dağılımı .....	33
4.4:	HAM-D Skorlarına Göre Hastaların Dağılımı .....	36
4.5:	HAM-A Skorlarına Göre Hastaların Dağılımı .....	36
4.6:	Hasta ve Kontrol Gruplarının Psikolojik Esneklikleri .....	38
4.7:	Hasta Grubunda Depresyona Göre Psikolojik Esnekliklerin Karşılaştırılması .....	45
4.8:	Hasta Grubunda Psikolojik Esnekliğe Göre Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması .....	47
4.9:	Hasta Grubunda Depresyona Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması .....	48
4.10:	Hasta Grubunda Psoriasis Şiddetine Göre Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması .....	49
4.11:	Hasta Grubunda Anksiyeteye Göre Psikolojik Esnekliğin Karşılaştırılması .....	51
4.12:	Hasta Grubunda Psikolojik Esnekliğe Göre Anksiyete Skorlarının Karşılaştırılması .....	53
4.13:	Hasta Grubunda Anksiyeteye Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması .....	54
4.14:	Hasta Grubunda Psoriasis Şiddetine Göre Anksiyete Skorlarının Karşılaştırılması .....	55

---

## Tablo Listesi

---

4.1:	Hasta ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri .....	30
4.2:	Hasta ve Kontrol Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	31
4.3:	PASİ Skorlarına Göre DYKİ .....	34
4.4:	Psoriasis Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon .....	35
4.5:	Psoriasis Hastalarında Hamilton Anksiyete ve Depresyon Skorları..	35
4.6:	Hasta ve Kontrol Gruplarının KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması .....	37
4.7:	Psikiyatrik İlaç Kullanmayan Hasta Grubu ile Kontrol Grubunun KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması ..	39
4.8:	Hasta Grubunda Yaşa Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması .....	39
4.9:	Kontrol Grubunda Yaşa Göre KEF-II, Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması .....	40
4.10:	Hasta Grubunda Cinsiyete Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması .....	41
4.11:	Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması .....	41
4.12:	Hasta Grubunun Eğitim Düzeylerine Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması .....	42
4.13:	Kontrol Grubunda Eğitim Düzeylerine Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması .....	43
4.14:	Hasta Grubunun Medeni Duruma Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması .....	43
4.15:	Kontrol Grubunun Medeni Duruma Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması .....	44
4.16:	Hasta Grubunda Depresyonu Olan ve Olmayan Bireylerin KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması .....	45
4.17:	Hasta Grubunda Depresyon Skorları ile KEF-II, Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma Skorları Arasındaki Korelasyon .....	46

4.18: Hasta Grubunda Psikolojik Esnekliğe Göre Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması .....	47
4.19: Hasta Grubunda Depresyonu Olan ve Olmayan Bireylerin Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması .....	48
4.20: Hasta Grubunda Depresyon Skorları ile DYKİ Skorları Arasındaki Korelasyon .....	48
4.21: Hasta Grubunda Psoriasis Şiddeti Açısından Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması .....	49
4.22: Hasta Grubunda Depresyon Skorları ile PASİ Skorları Arasındaki Korelasyon .....	50
4.23: Hasta Grubunda Anksiyetesi Olan ve Olmayan Bireylerin KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması .....	50
4.24: Hasta Grubunda HAM-A Skorları ile KEF-II, Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma Skorları Arasındaki Korelasyon .....	51
4.25: Hasta Grubunda Psikolojik Esnekliğe Göre Anksiyete Skorlarının Karşılaştırılması .....	52
4.26: Hasta Grubunda Anksiyetesi Olan ve Olmayan Bireylerin Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması .....	53
4.27: Hasta Grubunda Anksiyete Skorları ile DYKİ Skorları Arasındaki Korelasyon .....	54
4.28: Hasta Grubunda Psoriasis Şiddeti Açısından Anksiyete Skorlarının Karşılaştırılması .....	55
4.29: Hasta Grubunda Anksiyete Skorları ile PASİ Skorları Arasındaki Korelasyon .....	55
4.30: Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi ile KEF-II, PASİ, Bilişsel Kaynaşma, Freiburg ve İçselleştirilmiş Stigmatizasyon Arasındaki Korelasyon .....	56
4.31: İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ile KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma, PASİ ve DYKİ Arasındaki Korelasyon .....	57

## *Kısaltmalar*

---

ACT.....	Acceptance and Commitment Therapy (Kabul Kararlılık Terapisi)
CFQ-13.....	Cognitive Fusion Questionnaire-13 (Bilişsel Kaynaşma Ölçeği)
DKYİ.....	Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi
KEF-II.....	Kabul Eylem Formu
HAM-A.....	Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HAM-D.....	Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
İÇK.....	İlişkisel Çerçeveleme Kuramı
ORT.....	Ortalama
PASİ.....	Psoriasis Area and Severity Index (Psoriasis Şiddet Alan İndeksi)
PİDÖ.....	Psoriasis İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
SS.....	Standart Sapma
VYA.....	Vücut Yüzey Alanı



### GİRİŞ VE AMAÇ

Derinin beyinle olan ilişkisi embriyonik dönemle birlikte başlar; deri ile beyin aynı embriyonik tabakadan, ektodermden köken alır ve aynı hormonlar ve nörotransmitterlerden etkilenir (1). Deri; öfke, korku, utanç ve kızgınlık gibi duyguları açıkça ifade etme, emosyonel uyarılara yanıt verme süreçlerinde önemli rol oynar ve stres gibi psikolojik etmenler birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkmasını ya da belirtilerin alevlenmesini tetikler.

Winnicott ve Anzieu gibi bazı analistler, deri ve bilinç dışı arasındaki etkileşime dikkat çekmişler ve bazı deri hastalıkları ile bilinç dışı çatışmalar arasındaki etkileşimi analitik olarak açıklamaya çalışmışlardır. Winnicott'a göre gerçek kendilikte, bireyin zihni ile psikosomatik benliği birbirlerine uyumludur ancak sahte kendilikte, bireyin entelektüel aktivitesi ile somatik varlığı arasında bir ayırım vardır ve yeterince iyi olamayan; aşırı talepkar, kaygılı yada ilgisiz annelerin çocuklarında somatoform belirtiler görülebildiğini belirtmiştir. Winnicott, ürtikerin ortaya çıkış nedenlerinden birinin boşalma yolu bulamamış şiddetli arzular olabileceğini ileri sürmüştür (2,3). Didier Anzieu 1985 yılında yayımladığı deri-ben kitabında kendilik psikolojisi ve deri arasındaki ilişki üzerinde durmuş, çocuğun kendiliğinin gelişiminin erken evrelerinde beden teması deneyimlerinin ve derinin işlevlerini vurgulayarak 'deri egosu' kavramını geliştirmiştir (4).

Dermatolog ve aynı zamanda psikanalist olan Koblenzer saf psikiyatrik, saf dermatolojik ya da her ikisinin bir bileşkesi olarak görülen hastalıklar üzerine en çok çalışma yapan araştırmacılardan olmuş ve dermatolojik bulgularla giden hastalıkları psikiyatri ile ilişkilerine göre üçe ayırmıştır. Trikotillomani, artefakt dermatiti, sanrısız parazitoz gibi hastalıklar birincil psikiyatrik hastalık olup; hastalar bilinçdışı savunmalarla derilerine zarar verebilirler. İkincil psikiyatrik hastalıkta temelde deri hastalığı vardır ve deri

bulgularının ortaya çıkışı fizyolojik olmasına rağmen psikolojik etmenler ve stres dermatolojik belirtileri alevlendirmekte, hastalığın psikososyal etkisi de stresin artmasına yol açmaktadır. Kollaboratif olarak adlandırılan grup ise tedavisi en zor olan, ortaya çıkışında birçok faktörün rol oynadığı, organik nedenlerle birlikte psikolojik nedenlerin de vurgulandığı ancak dermatozun duygusal durumla ilişkisinin en az anlaşıldığı gruptur. Kollaboratif gruptaki hastalıklara verilebilecek örnekler ise; atopik dermatit, liken planus, alopesi areate, ürtiker, anjioödem ve psoriasisdir (2,5).

Psoriasis genel popülasyonun %2-4'ünü etkileyen kronik, inflamatuvar, multi sistemik deri hastalığıdır. Psoriasis hastalığının hem başlamasında hem de alevlenmesinde stres ve psikososyal nedenlerin belirgin etkisi vardır. Ingram ve arkadaşları hastalığın başlangıcında stresli olaylara vurgu yapmışlardır (6). Osborne ve Hutchinson'un çalışmasında hastaların %47'sinde stresin psoriasis tetiklediği belirtilmiş (7). E. Rifaioğlu ve G. Özarmağan'ın 626 orta ve şiddetli psoriasis olan hasta ile yaptığı çalışmada ise travma %3.2, infeksiyon %10.4 ve psikojenik stres %44,3 tetikleyici faktör olarak bulunmuş (8). Psoriasis tanılı hastalarda en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklar ise; depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (9,10,11). Psoriasis hastalarında depresyon %44, anksiyete bozuklukları %55 oranında görülmektedir (12). Psoriasis ruhsal etkenlerin önemi bilinmekle birlikte hastalığın şiddetiyle depresyon ve anksiyetenin şiddeti arasındaki bağlantıyı gösteren çalışmalarda sonuçlar çelişkilidir. Psoriasis hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda hastalık şiddetini değerlendiren PASI ile ciddi korelasyon gösterilememiştir. Psikolojik etmenlerin ise (depresyon ve stigma gibi) psoriasisli hastaların yaşamını etkilemede hastalığın ciddiyetinden, tutulum yerinden ve hastalık süresinden daha fazla belirleyici olduğunu gösteren çalışmalar vardır (12-17).

Psikiyatri psikopatolojik durumları biyo-psiko-sosyal modelleme üzerinden açıklamaktadır. Bu modeldeki psikolojik mekanizmalar bilişsel-davranışçı yaklaşım temelinde ele alındığında, psikolojik esneklik kavramının psikopatolojiyi etkileyen önemli parametrelerden biri olduğu bildirilmiştir. Psikolojik esneklik; "içinde bulunulan ana tam anlamıyla temas edebilme ve değerler doğrultusunda davranışların değiştirilme veya devam ettirilebilme becerisi" olarak tariflenmektedir. Psikolojik esnekliğe sahip bireylerin

olumsuz içsel yaşantıları ile çatışma içinde olmayan, kendi değerlerine uygun eylemlerde bulunan, içinde buldukları ana ve mekana karşı farkındalığı yüksek bireyler olduğu ifade edilmektedir (18,19). Ampirik çalışmalar, psikolojik esnekliğin çok geniş bir psikopatolojik spektrumla negatif korelasyon gösterdiğini ortaya koymaktadır (20,21). Psikolojik katılık kavramı ise psikolojik esneklik kavramının zıttı olarak tanımlanabilir ve depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, trikotillomani, alkol/madde kullanım bozukluğu gibi bir çok psikopatoloji, psikolojik katılık kavramı ile ilişkilendirilmiş olup, psikolojik esnekliği arttıran müdahaleler bahsedilen hastalıkların tedavisinde etkili bulunmuştur (22-28). Psikolojik esnekliğin temel altı sürecinden biri olan ana odaklı kendinelik süreçlerinin stres yönetimi üzerine etkisini inceleyen 45 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde anda olma egzersizlerinin kullanıldığı terapilerin sonrasında stresin fizyolojik belirteçleri olan kalp atım hızı, kan basıncı, kortizol düzeyi ve sitokin düzeylerinde azalma saptandığı gösterilmiştir (29). 2012 ve 2013 yıllarında pilot uygulama olarak hapisanedeki kadınlara CD çalar üzerinden on iki haftalık an'da olma egzersizlerini içeren terapi uygulamasının algılanan stres ile depresyon ve anksiyete semptomlarında belirgin azalma sağladığı görülmüştür (30). An'da olma becerilerinin stres yönetimindeki olumlu etkisi kronik hastalıklar ve kronik ağrı gibi durumlarda da yaşam kalitesini arttırmak amacıyla sıkça kullanılmaya başlamıştır ve bu hastalıkların prognozunda da olumlu etki sağladıkları görülmüştür. 2007 yılında yapılan çalışmada Tip 2 diyabet hastası 81 kişi iki gruba ayrılmış, bir gruba sadece diyabet eğitimi verilirken diğer gruba diyabet eğitimi ile birlikte zor diyabetle ilgili düşünce ve duygulara dair kabul ve an'da olma becerilerinin öğretildiği Kabul Kararlılık Terapisi kombinasyonu uygulanmış. Üç ay sonraki karşılaştırmada Kabul Kararlılık Terapisi grubunda hastaların bu başa çıkma stratejilerini kullanmaları; kendilerine daha iyi diyabet öz bakımı sunmaları ve daha iyi hedef aralıkta HbA1c değerlerinin olması ile ilişkili bulunmuştur (31). Psoriasis ve stres ilişkisini inceleyen çalışmalarda ise çift yönlü etkileşime dikkat çekilmiştir. Antralin tedavisi ile lezyonları tamamen temizlenmiş 132 psoriasis hastasının üç yıldan uzun süre izlendiği bir çalışmada, 51 hastanın (%39) sedef hastalığının şiddetlenmesinden bir ay önce belirli stres vakalarından bahsettiği kaydedilmiş ve bu çalışmada stres olaylarından psoriasis alevlenmesine kadar olan inkübasyon süresinin 2

gün ile 1 ay arasında olduğu belirtilmiştir (32). 127 psoriasis hastasıyla yapılan başka bir çalışmada ise; stresle psoriasislerinin kötüleştiğini belirten 64 kişi ile stresle psoriasisleri arasında belirgin ilişki olmadığını belirten 63 kişi karşılaştırılmış. Psoriasislerinin stresle ilişkili olduğunu belirten grubun psoriasis hastalığına bağlı daha fazla günlük stres yaşadığı ve başvurudan önceki 6 ayda belirgin olarak daha fazla alevlenme yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca psoriasis hastalığına tutulan vücut yüzeylerinin toplam yüzdesi önemli ölçüde farklı değilken; kafa derisi, yüz, boyun, ön kol, eller ve genital bölge gibi duygusal olarak yüklü vücut bölgelerinde daha şiddetli psoriasis hastalığı geçirdikleri tespit edilmiştir (33). Stresin psoriasis tedavi sonuçları üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada ise PUVA tedavisi gören hastalarda psikolojik stresin psoriasis hastalığından temizlenme oranlarını bozduğu bulunmuştur. Bu çalışmada endişe düzeyi yüksek hastalarda PUVA terapisine yanıtın, endişe seviyesi düşük olanlara kıyasla neredeyse iki kat daha yavaş olduğu görülmüştür (34).

Bizim çalışmamız psikiyatrik yakınmaların sıkça görülmesi ve ruhsal durumun cilt hastalığının seyrini de etkileyebilmesi nedeniyle psoriasis hastalarıyla yapılmıştır. Yayınlanmış yayınlarda somatizasyon bozukluğu, kronik ağrı ve fibromiyaljide psikolojik esneklik araştırılmış olmakla birlikte psoriasis hastalarında psikolojik esneklikle yapılan bir çalışma tespit edilememiştir. Araştırmamızda psoriasis tanısı almış bireylerin psikolojik esneklikleri ve psikolojik esneklik ile yaşam kalitesi ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki incelenecektir. Bu hastalarda psikolojik mekanizmaların anlaşılması hastalara yapılacak psikolojik müdahaleler için yol gösterici olabilir. Psikolojik katılığın yaşam kalitesi ile ilişkisinin saptanması, psikolojik esnekliğin belirleyicileri olan kabul, anla temas etme ve değerler doğrultusunda eylemlerde bulunma gibi alanlara yapılacak müdahalelerle hastalığın seyri ve yaşam kalitesine olumlu katkı yapılabilir.

---

### GENEL BİLGİLER

---

#### 2.1. DUYGU VE DUYGU DÜZENLENMESİ

Tarih boyunca farklı biçimlerde ele alınan duygu psikoloji ve felsefenin konusu olmuştur. Etimolojik olarak duygu (*emotion*); ‘hareket, kıpırtı, kışkırtma’ anlamında eski Fransızcadaki *emouvoir* kelimesinden ve Latince ‘çıkarmak, çıkmak, tahrik olmak’ anlamında gelen *emovere* kelimesinden türediği düşünülmektedir.

Duygular yaşamımızdaki kararlar, davranışlar, kişilerarası ilişkiler, işlevsellik gibi birçok alanda etkilidir. Duygular işlevsel bakış açısına göre yaşanan sorunlara bir yanıt olarak ortaya çıktığı için işlevseldirler ancak durumla uyumsuz olarak uygun bağlamda ortaya çıkmadıklarında, yoğun olduklarında ya da çok uzun sürdüklerinde problem olarak da karşımıza çıkabilirler. Duyguların gündelik yaşamdaki bu etkisi göz önüne alındığında duygusal işleyişin düzenlenmesindeki önem ortaya çıkmaktadır. Duygu düzenlemesi; bireylerin, bilinçli ve bilinçsiz olarak çevresel taleplere uygun şekilde duygularını ayarlayıp tepki verme süreçleri olarak kavramsallaştırılmıştır (35,36,37,38,39).

##### 2.1.1. Duygu Düzenleme ve Psikopatoloji

Kuramsal modeller başarılı duygu düzenleme ile iyi kişilerarası ilişki, akademik ve iş performansı gibi sağlıklı sonuçları ilişkilendirirken, duygu düzenleme zorluklarını ruhsal bozukluklarla ilişkilendirmiştir. Borderline kişilik bozukluğu, major depresif bozukluk, bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, yeme bozuklukları, alkol ile ilişkili bozukluklar ve madde ile ilişkili bozukluklar gibi birçok psikopatolojide emosyon regülasyon zorluklarının eşlik ettiği çalışmalarda gösterilmiştir (40-52). Linehan (1993) borderline kişilik bozukluğu gelişiminde duygu düzenleme güçlüğü’nün merkezi bir role sahip olduğunu belirtmiştir (53).

Mennin, Holaway, Fresco, Moore ve Heimberg (2007) etkili duygu düzenleme stratejisi seçme zorluğunun anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğunu, duyguları tanımada güçlüğün ise depresyon ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (54).

Depresyon tanısı alıp iyileşen bireyler ile daha önce hiç depresyon tanısı almamış kişilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada depresyon tanısı almış olanların etkili duygu düzenleme stratejisi seçme konusunda daha az becerili ve stres altında amaçlarını gerçekleştirmede daha az başarılı olduklarını belirttikleri tespit edilmiştir (55). Hafif depresif belirtileri olan kişilerle yapılan bir başka çalışmada ise kontrol grubuna kıyasla daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları bulunmuştur (56).

Alkol madde kullanımı ve kendine zarar verici davranışlarla duygu düzenleme güçlüğünü inceleyen çalışmalarda ise kasıtlı kendine zarar verme davranışı ile duygu düzenleme güçlüğü arasında anlamlı ilişki olduğu ve alkol ve madde kullanımı ile duygu düzenleme güçlüğü arasında anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir (57,58,59).

Duygu düzenleme güçlüklerinin yanı sıra duygu düzenlemede kullanılan stratejilerin bir kısmının da psikopatolojilerle daha ilişkili olduğu saptanmıştır (60). Sık kullanılan emosyon regülasyon stratejileri; yeniden değerlendirme, problem çözme, bastırma, dikkat dağıtma, davranışsal kaçınma, yaşantısal kaçınma, ruminasyon (zihinsel geviş getirme), endişe, kendinelik (mindfulness) ve kabuldür (61). Bu stratejilerin bir kısmı adaptif bir kısmı maladaptif olarak değerlendirilmekle birlikte kullanıldıkları bağlam içerisinde bu durum değişkenlik gösterebilmektedir. Çalışmalar bireylerin hem günlük yaşamda hem de laboratuvarında eşzamanlı olarak birden fazla duygu düzenleme stratejisini kullandıklarını bildirmektedir (62,63,64).

### **2.1.2. Duygu Düzenlenmesinde Teorik Kuramlar**

Duygu düzenlenmesinde kullanılan çeşitli stratejilerin karakteristik özellikleri, işlevi ve kullanılış biçimine göre çeşitli modeller öne sürülmüştür. Bu modellerden öne çıkanlar zamansal işlem modeli ve strateji temelli modeldir. Yetenek temelli model ise kişilerin bu stratejileri ne ölçüde başarılı kullandığını ve hangi stratejilerin aynı kişide birbirine daha sıklıkla eşlik ettiğini incelemektedir (61).

Zamansal işlem modeline göre duygusal tepki oluşumu; ortaya çıkarıcı faktör, o duruma dikkat, kişinin mevcut değerleri göz önüne alındığında durumun anlamının değerlendirilmesi ve son olarak davranışsal, fizyolojik ve deneyimsel bileşenleri içeren duygusal yanıt olarak zamansal dört aşamada meydana gelir (61). Duygu düzenlemesi bu aşamaların herhangi birine yapılan müdahale ile gerçekleştirilir.

Strateji temelli model duygusal düzenlemeyi psikopatolojilerle ilişkilerine ve temel özelliklerine odaklanarak kavramsallaştırır. Örneğin Aldao ve ark. psikopatolojilerle negatif ilişkili yani adaptif (kabul, problem çözme, yeniden değerlendirme, kendinelik) ve psikopatolojilerle pozitif ilişkili yani maladaptif (bastırma, yaşantısal kaçınma, davranışsal kaçınma, ruminasyon) olarak bu stratejileri ayırmıştır. Aldao (2013) tarafından da belirtildiği gibi, stratejileri tek taraflı olarak adaptif ve maladaptif olarak sınıflandırmak indirgeyicidir. Belirli bir kişi ve amaç için herhangi bir durumda adaptif olan bir strateji başka durum için maladaptif olabilir. Bu nedenle sıkı sıkıya maladaptif stratejilerden kaçınmak yada sadece adaptif stratejileri kullanmaktan ziyade; bağlamına göre esnek bir şekilde bu stratejileri kullanmak başarılı duygu düzenleme için kritik olmalıdır (60,61,65). Diğer bir strateji temelli modele göre ise duygusal düzenleme stratejileri bilişsel ya da örtülü (örn. yaşantısal kaçınma, ruminasyon, kabul, dikkat dağıtma) ve davranışsal ya da açık stratejiler (örn. davranışsal kaçınma) olarak iki grupta sınıflanmıştır (66,67).

Yetenek temelli modelise kişinin duygu düzenleme stratejilerini kullanım başarısını değerlendirilir. Bu modele göre duyguların farkındalığı ve netliği, duygulara verilen yanıtlar (olumsuz duyguların kabulü), olumsuz duyguların davranışlar üzerindeki etkilerinin düzenlenmesi (olumsuz duygular eşlik etse bile değere yönelik davranışların sürdürülmesi) gibi duygu düzenleme stratejilerinin etkin kullanım yeteneklerinin ölçüldüğü Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği gibi çeşitli ölçekler geliştirilmiştir (68).

### **2.1.3. Duygu Düzenleme Stratejileri ve Psikopatoloji**

Psikopatolojilerle ilişkilendirilen duygu düzenleme stratejilerinden endişe ve ruminasyon tekrarlayan düşünce biçimleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Endişe; beklenen tehdit karşısında geleceğe odaklı tekrarlayıcı düşünceler olarak tanımlanırken, ruminasyon tekrarlayıcı düşünme biçimleri için

jenerik bir üst başlık olarak kullanılmakta, girici, kontrol edilemeyen, geri dönüşlü ve mükerrer düşünce biçimlerini işaret etmektedir (69). Nolen-Hoeksema tarafından kavramsallaştırılan depresif ruminasyon “depresyonun belirtileri, olası sebep ve sonuçları hakkında edilgen ve tekrarlayıcı bir düşünme biçimi” olarak tanımlanmıştır (70). Ruminasyonla yapılan bir çok çalışmada depresyon ile sıkı ilişkisi ortaya konmuştur (61,71,72). Anksiyete semptomları ile ruminasyon arasında yapılan üç çalışmanın birinde ruminasyon artan anksiyete semptomu ile ilişkili bulunurken; iki çalışmada ilişkili bulunmamıştır (73,74,75). Adolesan kızlarda yapılan bir çalışmada ise yüksek ruminasyon skorları artmış madde kullanım bozukluğu, yeme bozukluğu ve dört yıllık periyod içinde artmış bulimia nervosa başlangıç riski ile ilişkili bulunmuştur (76). Düşünsel ve sıklıkla maladaptif duygu düzenleme stratejisi olarak karşımıza çıkan endişe ise anksiyete bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur.

Psikopatolojilerle sıklıkla ilişkilendirilen diğer duygu düzenleme stratejileri ise bastırma ve kaçınmadır. Bastırma mekanizması sıkıntı veren duyguların ya da düşüncelerin bastırılması şeklinde kullanılır. Duyguların bastırılması yolu ile ifade edilmesinin engellenmesi muhtemelen kısa süreli öznel deneyimini de azaltabilmesine rağmen uzun vadeli olarak etkili olamamaktadır. Ayrıca kronik bir duygusal bastırmanın duygusal uyaranlara adaptasyon yeteneğini engelleyeceği ve depresyon gibi duygu durumuyla ilişkili durumlara karşı aşırı duyarlılığa neden olacağı öne sürülmüştür (77,78). İstenmeyen düşüncelerin bastırılması girişimlerinin de paradoksal olarak bastırılmaya çalışılan düşüncede artan erişilebilirliğe neden olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (78,79,80). Bastırmanın paradoksal etkileri somatik duyular için de geçerlidir. Ağrılı uyaranları bastırma talimatı verilen kişiler, bastırma sırasında hissettiklerinin daha sonra ağrı üzerinde yoğunlaşmaları istendiğinden daha rahatsız edici olarak bildirmişlerdir. Ayrıca, ağrılı uyarıcının geri çekilmesinin ardından ağrının kaybolması da yavaşlamıştır (81). 2003 ve 2004 yıllarında yapılan iki çalışmada ise Beyaz Ayı Supresyon Envanteri yüksek skorları artan depresif semptomlarla ilişkili bulunmuştur (82,83). Benzer şekilde 2008 yılında Duygu Düzenleme Anketi ile yapılan çalışmada da düşük duygusal bastırma ve düşük sosyal kaygı pozitif duygusal yanıtın önemli prediktörü olarak saptanmıştır (84). Okul reddi olan 10-14 yaş arası çocuklarda



anksiyete bozukluğu tanısı alanların almayanlara göre baskılama stratejisini daha fazla, yeniden değerlendirme stratejisini ise daha az kullandıkları bulunmuştur (85). Diğer bir çalışmanın sonuçlarına göre ise bastırmanın olumsuz duyguların azaltılmasında etkili bir yöntem olmadığı ve depresyona meyilli kişilerin bastırma stratejisini daha sık kullandıkları kaydedilmiştir (86).

Duygu düzenlemede uyumsuz kabul edilen ve psikopatolojilerle en çok ilişkilendirilen strateji olan yaşantısal kaçınma stratejisi ise;kişi belirli özel deneyimlerle (örneğin; bedensel duyumlar, duygular, düşünceler, anılar, davranışsal yatkınlıklar) temas halinde kalmaya razı olmadığına ortaya çıkar ve bu olayların biçimini veya sıklığını ve bunları gerçekleştiren bağlamları,davranışsal bir maliyet doğarsa bile değiştirmeye yönelik adımlar atar. İşlev bozucu kaçınma stratejilerinin klasik örnekleri; aşırı alkol kullanımı, uyuşturucu kullanımı veya yüksek riskli cinsel davranışlardır. Kaçınmanın diğer bir formu ise kişinin samimi ilişkiler kurmasına engel olma veya caydırıcı düşünceler ve/veya duygular nedeniyle değerleriyle uyumlu hedeflerine ulaşmasını kolaylaştıracak riskler almasına engel olma şeklinde gözlenebilir (87). Yaşantısal kaçınma ile depresyon, anksiyete, somatizasyon ve travma sonrası stres bozukluğu şiddeti ile yüksek korelasyon içerisinde olduğu saptanmıştır(88). Blalock ve Joiner (2000) bilişsel kaçınmanın hem depresyon hem anksiyetinin artmış riski ile ilişkili olduğunu saptamış ancak davranışsal kaçınmada bu ilişki anlamlı düzeyde bulunmamıştır (89).

Psikopatolojilere yatkınlaştırdığı gözlenen stratejilerin yanında psikopatolojilerle negatif korelasyonda olduğu gözlenen stratejiler ise yeniden değerlendirme, problem çözme, kendinelik ve kabuldür.

Yeniden değerlendirme sıkıntıyı azaltmanın bir yolu olarak stresli bir konuda iyi veya olumlu yorumlar veya perspektifler üretmeyi içerir. Birçok bilişsel model (Beck, 1976; Clark, 1988; Salkovskis, 1998) uyumsuz değerlendirme süreçlerinin depresyon ve anksiyetenin temelinde olduğunu düşünmekte ve depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisi için yeniden değerlendirme becerilerinin edinildiği müdahaleler üzerinde durmaktadır (90,91,92,93).

Problem çözüme yanıtı ise, stresli bir durumu veya sonuçlarını değiştirmeyi içeren bilinçli bir girişimdir. Stres faktörlerini değiştirerek veya ortadan kaldırarak duygular üzerine etki eder. Düşük sorun çözme becerileri depresyon, anksiyete, madde kullanımı ve yeme bozuklukları ile ilişkili bulunmuş ve sorun çözme beceri eğitimleri bu bozuklukların tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı terapilerin bir bileşeni olmuştur (94,95,96,97,98).

Kendinelik (mindfulness), yargısız bir tutumla şuan ki duygu ve deneyimlere katılma sürecidir. Toplum örneklerinden alınan veriler farkındalığın uygun olmayan duygu düzenleme stratejilerinin daha az kullanımı ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Yüksek ruminasyon seviyeleri düşük kendinlikle ilişkili bulunmuştur (61).

Kabul, istenmeyen duygu yada duyuların azaltılması uğruna verilen çabanın sonlandırılması ve bunların sahip olunan içsel bir süreç olarak benimsenmesidir. Kabulün ruhsal sorunlarla negatif korelasyonda olduğunu bildiren çok sayıda çalışma olmakla birlikte Wilson ve arkadaşlarının stres tetikleyici akademik bir görev vererek 80 katılımcıda yaptıkları bir çalışmada fizyolojik uyarılma ve anksiyete düzeyi ile kabul, kendinelik, bastırma ve dayanıklılık (endurance) stratejileri karşılaştırılmış ve sadece kabul müdahalesi ile fiziksel uyarılmadaki düşüş istatistiksel anlamlı olarak bulunmuş ve kabulün anksiyete semptomlarında daha etkin olduğu görülmüştür (99).

Tüm bu duygu düzenleme stratejilerinin amacı stres toleransını arttırmaktır ve düşük stres toleransı olan katılımcılarla yapılan bir çalışmada bu kişilerin olumsuz duyguların düzenlenmesinde artmış strateji kullanımı olmadığı ancak bazı stratejileri diğerlerinden daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Stres toleransı ile en kuvvetli ilişki yaşantısal kaçınma ve endişenin düşük düzeyde olması arasında olduğu ve daha ılımlı olarak kabul, kendinelik ve düşük ruminasyonun stres toleransında belirleyici olduğu belirtilmiştir. Stres toleransında istatistiksel olarak anlamlı olsa da problem çözme, yeniden değerlendirme ve düşük bastırmanın düşük düzeyde etkili olduğu saptanmıştır (61).

Duygu düzenleme stratejileri ile yapılan korelasyon çalışmasında ise; kişilerin hangi stratejileri daha sıklıkla birlikte kullandıkları incelenmiş ve adaptif stratejiler, diğer adaptif stratejilerle ve maladaptif stratejiler, diğer maladaptif stratejilerle pozitif korelasyonda bulunurken; adaptiflerle maladaptifler arasında negatif korelasyon saptanmıştır. En belirgin negatif korelasyondaki stratejiler ise kabul – yaşantısal kaçınma ve kendinelik – davranışsal kaçınma arasında saptanmıştır. Diğer bir deyişle; kabul ve kendinelik stratejisini kullanan kişiler psikopatolojilerle en kuvvetli ilişki içerisinde olan kaçınma stratejisini daha az kullanmışlardır. Aynı zamanda bu çalışmada birkaç adaptif- maladaptif eşleşmesinde zayıf da olsa pozitif bir ilişki içinde oldukları gözlenmiştir. Bunlar; dikkat dağıtma – problem çözme, dikkat dağıtma – yeniden değerlendirme, problem çözme – ruminasyon, yeniden değerlendirme – bastırma stratejileri arasında olmuştur (61).

Buradan da anlaşıldığı üzere kişiyi psikopatolojiden koruyan adaptif duygu düzenleme stratejilerinden olsa da problem çözme ve yeniden değerlendirme stratejilerini kullanan kişiler sıklıkla maladaptif stratejileri de kullanmaktadır. Ayrıca bu stratejiler stres toleransı ile düşük düzeyde ilişkili duygu düzenleme stratejileri olarak saptanmıştır. Buradaki verilerin desteklediği gibi yeniden değerlendirme, problem çözme yönelimli müdahalelerin sıkça kullanıldığı klasik bilişsel davranışçı yaklaşımlardan ziyade kabul ve kendinelik temelli terapi yaklaşımlarının etkinliği daha umut vaad edici gözükmektedir.

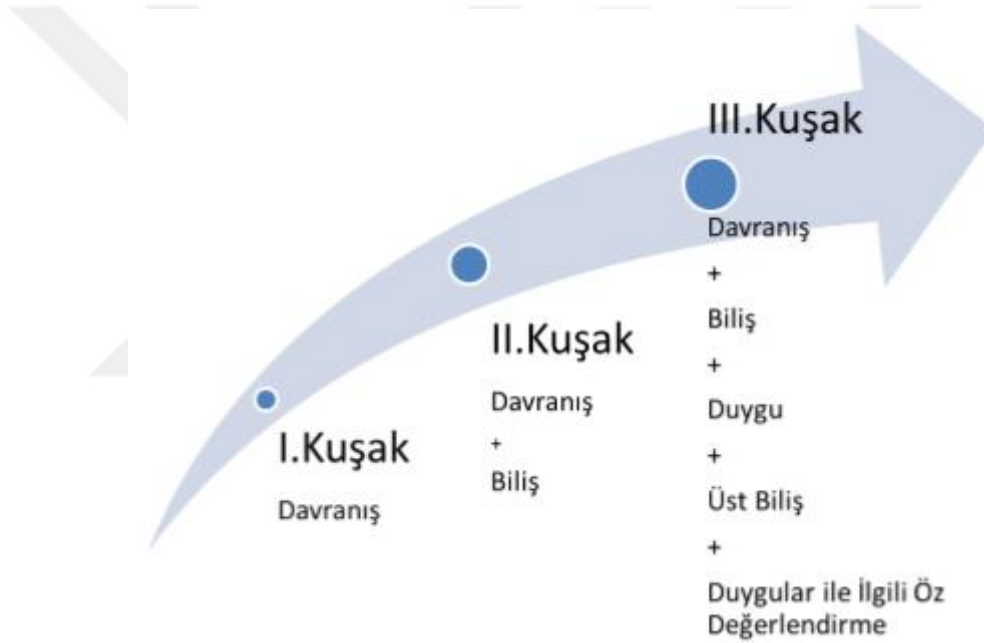
## **2.2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI PSİKOTERAPİLER**

BDT yaklaşımlarının temeli 1925’lerde Watson’ın davranışçı çalışmaları ile başladığı söylenebilir. Klinik uygulama alanına yansımaları ise 1950’lere dayanmaktadır. Bu süreç içerisinde BDT uygulamaları üç kuşak altında incelenebilir.

Birinci kuşak; davranışçı yaklaşımların baskın ve etkin olduğu uygulamadır. Bu uygulamada davranışların gözlenmesi, yordanması ve değiştirilmesine odaklanılmıştır. Terapide kullanılan tekniklerde uyarıcı ve tepki arasında nesnel ilişkide klasik ve edimsel koşullanma öğrenme kuramlarının etkisi belirgindir (100).

İkinci kuşak; bilişsel davranışçı yaklaşımların kullanıldığı uygulamalardır. Uyarıcı ve tepki arasındaki ilişkide bilişlere vurgu yapmaktadır. İşlevsel olmayan düşüncelerin değiştirilmesi ile duygu ve davranışların değişimi hedeflenmektedir (100).

Üçüncü kuşak ise; kendinelik, bilişsel ayrışma, kabul süreçlerinin kullanıldığı danışanın hayatındaki değerlerin ve ilişkilerinin, tedavi işlerliği ve terapist-danışan arasındaki etkileşimin de göz önünde tutulduğu bir terapi modelidir. Terapinin ana odağı danışanın içsel yaşantıları ile kurduğu ilişkinin tekrar ele alınmasıdır. Davranışı belirleyen ana etkenin değerlerin olduğu ve içsel yaşantılara karşı kabul, ayrışma ve kendinelik stratejilerinin uygulandığı bir bilişsel-davranışçı modeldir (101).



**Şekil 2.1:** Bilişsel Davranışçı Terapilerde Kuşaklar: Kuşakların Ana Temaları (100)

### 2.2.1. Birinci Kuşak (Davranışçı) Psikoterapi Yaklaşımları

Davranışçı terapilerin kuramsal geçmişi Rus fizyolog Ivan Petroviç Pavlov'un köpeklerin sindirim sistemini incelerken yaptığı deneylerde zil sesi gibi nötr bir uyarının yemekle birlikte verilmesi sonrasında sadece zil sesine de salya akma şeklinde tepki ortaya çıktığı gözlemine dayanarak ortaya koyduğu 'klasik koşullanma' veya 'öğrenme' kuramı ile başlamıştır. Pavlov'un geliştirdiği bu kuramın insan davranışları üzerindeki etkisini ise Watson, Küçük Albert Deneyi'nde tavşanla birlikte şiddetli ses verilmesi sonrasında çocuğun tavşandan korkar hale gelmesi ile göstermiştir. Skinner ise insan davranışlarının sadece basit reflekslerle ifade edilecek kadar basit

olmadığını göstermiş ve 'edimsel koşullanma ve pekiştirme' kavramlarını geliştirmiştir (102).

Davranışçı okul kuramsal geçmişi de göz önünde bulundurulduğunda dikkati çeken, odak noktanın gözlenebilen davranışlar olmasıdır. Burada düşünceler sadece bir yan üründür ve üzerinde çalışılmasına gerek yoktur (103).

Davranışçı terapiler gözlenebilen davranışların analizi ile başlar ve davranışlar formüle edilir. Bu formülasyona göre davranış; öncül olarak adlandırılan çevresel uyarıcı ve bu uyarıcı sonucunda kişinin davranışta bulunması ve bu davranışın sonucunda yeni bir durumun ortaya çıkması olarak üç aşamada (öncül-davranış-sonuç) incelenir. Sonuçlar belli bir davranışın yapılmasıyla sıklığı azalan yada artan içsel ve dışsal durumlardır. Psikopatolojilerin tedavisinde, ya çevresel durum yani öncül değiştirilir ya da davranışın değiştirilmesi ile yeni sonuçların oluşumu amaçlanır. Öncülün değiştirilmesi için problem çözme teknikleri ve çeşitli beceri eğitimleri kullanılırken, davranış değişikliği için davranış modifikasyonu, sistematik duyarsızlaştırma ve aşamalı maruziyet, uzamış maruziyet, davranış aktivasyonu ile ilerleyici kas gevşetme ve nefes egzersizleri gibi başa çıkma stratejileri kullanılır (100,102,103).

### **2.2.2. İkinci Kuşak Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Yaklaşımları**

Davranışçı kuramların insan davranışlarını açıklarken duyguların öznel yaşantısına değil fizyolojik tepkilerine odaklanarak davranış formülasyonu yapması davranışlar üzerinde kişinin karakter, mizaç, zeka gibi niteliklerinin davranış oluşumu üzerinde etkisinin göz ardı edildiği tartışmasına yol açmıştır. Aynı zamanda Jean Piaget dil ve düşüncenin gelişiminin çocukluktan itibaren genellemeler, soyutlamalar ve kurallar oluşturarak bir takım çerçeveler üzerinden ilerlediğini belirtmesi ile şema kavramı ortaya çıkmıştır (104,105). Şemalar; karşılaşılan içsel ve dışsal durumları anlama ve onlarla baş etme yolları ve kalıpları olarak tanımlanabilir. Piaget'nin şema tanımı ile birebir aynı şeyi ifade etmese de bilişsel modelde psikopatolojilerin kökeni kişinin mevcut şemaları ve bu şemalara bağlı ortaya çıkan otomatik düşünceleridir. Bilişsel modelin olgu formülasyonunda kişi nesnel durumu mevcut şemaları doğrultusunda çarpıtır ve bu çarpıtma sonucunda ortaya çıkan otomatik düşünceler kişide

işlevsiz duygu ve davranışlar oluşturur. Tedavinin odak noktası bireyin düşünceleri ve inançlarıdır (100,102,103).

İkinci kuşak yaklaşımlar arasında en çok bilinenler Beck'in 'Bilişsel Terapisi', Ellis'in 'Akılcı Duygulanım Davranışçı Terapisi' Meichenbaum'un 'Bilişsel-Davranışsal Değişme Terapisi' ve Lazarus'un 'Çok Boyutlu Terapisi' dir (100,166,167).

### **2.2.3. Üçüncü Kuşak Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Yaklaşımları**

Birinci kuşakta odak noktası olan davranışın yerini ikinci kuşakta bilişler alırken, son olarak üçüncü kuşak bilişsel davranışçı terapilerde odak noktası içsel yaşantılara kaymıştır. İçsel yaşantılar başkaları tarafında gözlemlenebilir olmadığı için tedavinin ilk aşaması kişinin içsel yaşantılarına dair farkındalığının oluşturulmasıdır. Daha sonrasında kabul müdahaleleri ile içsel deneyimlerin yaşantılanmasına teşvik edilir. Sıkça karşılaştığımız yeni nesil üçüncü kuşak bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları; Dialektik Davranış Terapisi (Dialectical Behavioral Therapy), Kendinelik Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness Based Cognitive Therapy), Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy), Bütünleştirici Duygu Düzenleme Terapisi (Integrative Emotion Regulation Therapy), Duygu Düzenleme Terapisidir (Emotion Regulation Therapy) (100).

#### **2.2.3.1. Dialektik Davranış Terapisi**

Kendinelik, stres toleransı, duygu düzenleme ve kişilerarası etkililik olmak üzere dört ana odak üzerine çalışılır. Duygu düzenleme ile amaç kendinelik ve kabul eşliğinde duyguların yaşantılanmasına izin vermek ve stres toleransının artırılmasıdır. Baş etme becerilerinin geliştirilmesine yönelik müdahaleleri de içeren bu terapi biçimi ilk olarak intihar ya da kendine zarar verme davranışları olan borderline kişilik bozukluğu olan kişilerde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Psikoeğitim programlarını da bünyesinde bulundurabilen bu terapi modeli madde kötüye kullanımı, yeme bozukluğu tedavisinde de kullanılmaktadır (100,106,107).

### **2.2.3.2. Kendinelik Temelli Bilişsel Terapi**

Kendinelik (*mindfulness*) ‘şimdi ve burada’ ilkesi çerçevesinde düşünce, duygu ve bedensel duyumlara dikkatin yoğunlaştırıldığı meditasyon seanslarıdır. Kendinelik egzersizleri ve bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerinin birlikte kullanıldığı bu yaklaşımın yineleyen depresyonlarda sonraki atakların önlenmesinde etkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Akut depresif ataklarda görülen konsantrasyon problemlerinin bu terapiyi uygulamayı zorlaştırabileceği de belirtilmiştir (90,108).

### **2.2.3.3. Kabul ve Kararlılık Terapisi**

İşlevsel bağlamlılık (*Functional Contextualism*) ve ilişkisel çerçeveleme kuramlarına (*Relational Frame Theory*) dayanan bu terapi modelinde; dilin (yani sözel davranışların) eylemler üzerindeki etkisi incelenirken mevcut sorun, işlevsel davranış analizine (*Functional Behavioral Analysis*) tabi tutulur. Modelde istenmeyen içsel yaşantıların azaltılması için harcanan çabanın değerler doğrultusunda davranışların sürdürülmesine engel olduğu vurgulanırken, istenmeyen içsel yaşantıların fark edilmesi ve kabulü müdahaledeki ana prensiptir. Bu içsel duyguların kabulünde hedef, değerler doğrultusunda davranışların sürdürülmesidir (18,19,100). “Kabul ve Kararlılık Terapisinin (*Acceptance and Commitment Therapy*) kısaltması harflerinin yan yana okunması ile (A-C-T) değil, harflerle oluşan kelimenin (ACT) seslendirilmesi yoluyla kullanılmaktadır. Türkçe karşılığı eylem, hareket olan ACT kelimesi, terapinin ana odağı olan değer odaklı eylemleri vurguladığı için bu kullanım biçimi tercih edilmiştir. Kabul ve Kararlılık Terapisi camiası ‘ACT’ i bir kısaltmadan ziyade terimsel nitelikte bir özel isim olarak da kullanmaktadırlar. Bu nedenlerle terapinin Türkiye temsilciliği camia ile bütünlüğü sağlama adına terapinin Türkçe’deki kısaltma biçimini ‘KKT’ olarak değil ‘ACT’ olarak kullanmaktadır. Biz de tez boyunca ACT kısaltmasını kullanmayı tercih ettik.”

### **2.2.3.4. Bütünleştirici Duygu Düzenleme Terapisi**

Psikopatolojilerin duygu düzenlemede yaşanan sıkıntılarla formüle edildiği bütünleştirici duygu düzenleme terapisinde kişinin duygularını anlaması, kabul etmesi ve uygun stratejilerle düzenleyebilmesi hedeflenir. Terapi süreci temel olarak dört bölümden oluşur. İlk bölümü psiko-eğitim oluşturur, ikinci bölümde duyguların kabulü ve düzenleme becerilerinin

geliştirilmesi çalışılır, üçüncü bölümde kişinin değerlerine temas edilerek son bölümde relapsların önlenmesine yönelik çalışmalar yapılır (100).

### **2.2.3.5. Duygu Düzenleme Terapisi**

Duygu düzenleme stratejilerinin geliştirilmeye çalışıldığı diğer bir üçüncü kuşak terapi uygulamasıdır. Bu terapide duyguları tanıma ve analiz etme, duyguların fizyolojik, davranışsal ve bilişsel yönleri, işlevleri, bağlama uygunlukları ve uygun duygu düzenleme stratejilerinin kullanımıkendindelik ve kabul ile ilgili çalışmalar yapılır. Bireysel yada grup çalışmaları olarak uygulanabilir (100,109).

### **2.2.3.6. Diğer Üçüncü Kuşak Terapiler**

- ✓ KendindelikTemelli Stres Azaltma Programı (Mindfulness Based Stress Reduction) (Kabat-Zinn, 1994),
- ✓ Bilişsel Davranışçı Analiz Psikoterapisi (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) (McCullough, 2003),
- ✓ İşlevsel Analitik Psikoterapi (Functional Analytic Psychotherapy) (Kohlenberg ve Tsai, 1991),
- ✓ Bütünleştirici Davranışçı Çift Terapisi (İntegrative Behavioral Couple Therapy) (Jacobson ve Christenson, 1996),
- ✓ Üst Biliş Terapisi (Metacognitive Therapy) (Wells, 2008),
- ✓ Şema Odaklı Psikoterapi (Schema Focused Psychotherapy) (Young, 1999).

## **2.3. KABUL KARARLILIK TERAPİSİ**

ACT'in teorik temelini oluşturan 'İlişkisel Çerçeveleme Kuramı' (İÇK) yılında Hayes, Barnes-Holmes ve Roche tarafından geliştirilen dil ve biliş teorisidir. İÇK'na göre, insan dili ve bilişin çekirdeği, olayları karşılıklı olarak ve kombinasyonlar halinde ilişkilendiren ve belirli olayların işlevini diğerleriyle olan ilişkilerine bağlı olarak değiştiren öğrenilmiş bağlamsal kontrol yeteneğidir (18,28).

İÇK'ya göre bir isim ile bir nesne arasındaki basit referanssal ilişki; çift yönlü ve karşılıklıdır. Örneğin bir kedi gördüğümüzde zihin mevcut yaşantıyı 'kedi' kelimesi ile eşleştirir ve 'kedi' kelimesi ile karşılaştığımızda

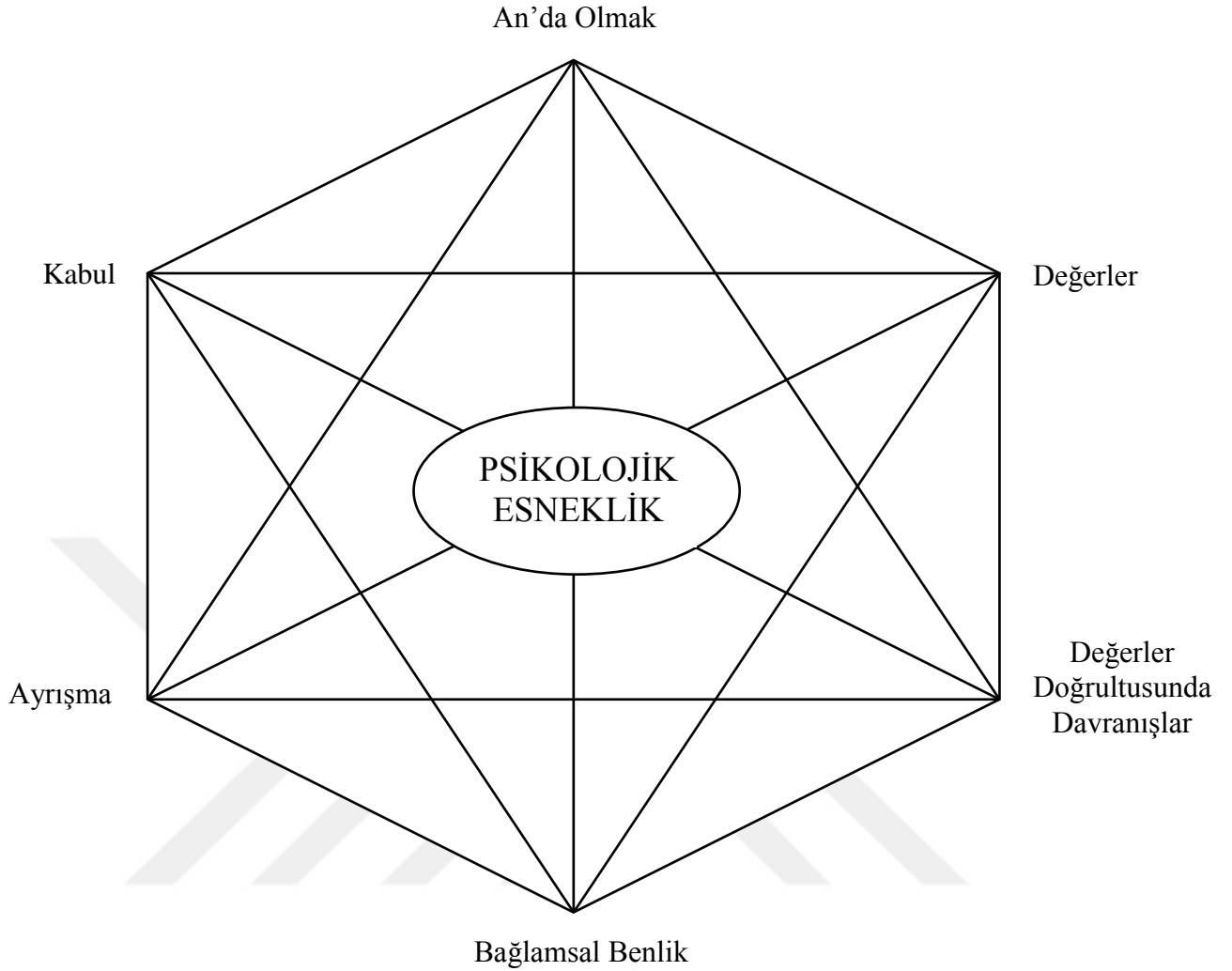


zihnimizde aktüel bir kedi imajınasyonu belirebilir. Bu türetilen ilişkiler işlevlerin dönüştürülmesine de izin verir. Bu sayede  $A=B$  ve  $B=C$  örüntüsünden  $A=C$  çıkarımına varabiliriz. Ancak insan dışındaki yaşayan organizmalarda varlığı ispatlanamamış olan bu lütfun bir maliyeti olarak da psikopatolojiler ortaya çıkacaktır.

Psikopatolojinin ana kaynağı, sonucunda kişi için önemli alanların işleyişinde bir soruna neden olan, dil ve kognisyonun mevcut durumsallıklarla kurduğu ilişki kurma biçiminin bizzat kendisi de olabilir. ACT ve İÇK bu sözel süreçler üzerindeki zayıf veya etkisiz bağlamsal kontrol hali üzerine yoğunlaşarak psikolojik katılığı formülüze eder ve psikolojik sağlığı psikolojik esneklik üzerinden tanımlar (18).

### **2.3.1. Psikolojik Esneklik ve Bileşenleri**

Psikolojik esneklik kavramı birbiri ile etkileşim içindeki altı süreçten oluşur ve her bir süreç psikolojik katılığa karşı müdahaleleri içerir. Bunlar; bilişsel birleşmeye karşı kabul, kavramsal geçmiş ve geleceğin baskınlığına karşı an'da olma, kavramsal benliğe karşı bağlamsal benlik, değerlerle kurulan bağın zayıflamasına karşı değerlerin keşfedilmesi, yaşantısal kaçınmaya karşı kabul ve işlevsiz davranışlara karşı değer doğrultusunda davranışların geliştirilmesidir (110,111,112). Dikkat edilmesi gereken nokta psikolojik esneklikte kişinin acı veren içsel yaşantılardan kaçmak için girişimlerde bulunmaksızın değerleri ile uyumlu, anlamlı bir hayat yaşamak amacıyla onları deneyimlemeye davet etmesidir. ACT'e göre psikopatoloji ruhsal sıkıntıyı azaltmak uğruna verilen işlevsiz çabanın bir ürünüdür ve değerlerin keşfedilmesi ile işlevsiz davranışların azaltılması tedavi sürecinin önemli bir bileşenidir.



**Şekil 2.2:** Psikolojik Esneklik ve Bileşenleri

### **2.3.1.1. Kabul**

Kaçınmanın alternatifi kabul edilir. Kabul; sunulanı almak, ağırlamak, karşılamak anlamına gelmektedir ve aktif bir süreçtir (87). Kişinin acı verici his, hatıra ve düşüncelerini özellikle de psikolojik zarara neden olacak şekilde frekansını veya formlarını değiştirmek için gereksiz girişimlerde bulunmaksızın aktif ve bilinçli bir şekilde benimsemesidir. ACT'de kabul değerleri temel alan eylemlerin arttırılması için bir yöntem olarak teşvik edilmektedir. (18).

### **2.3.1.2. Ayrışma**

Bilişsel ayrışma teknikleri, düşüncelerin ve kognisyona özgü içsel yaşantıların biçimini, sıklığını yada durumsal duyarlılığını değiştirmeye çalışmak yerine, istenmeyen işlevini değiştirmeye çalışır. Başka bir deyişle kişinin düşüncelerle etkileşime girme biçimini değiştirmeye çalışır. Örneğin

bu tür bir uygulama kişinin 'ben iyi biri değilim' düşüncesi ile yaşamasının önüne geçerek, bilişsel etkileşimin "İyi olmadığımı dair düşüncem var" formuna dönüşmesini sağlar. Ayırışma müdahalesi sırasında düşüncenin sesli olarak defalarca tekrarlanması, yoldan geçen arabalar gibi izlenmesi, şekil, boyut, renk veya biçim verilerek harici bir gözlem olarak ele alınması gibi teknikler kullanılır. Kişi aklına böyle ilginç bir düşünce geldiği için teşekkür edebilir ve bu düşünceyi yaşarken ortaya çıkan diğer düşünce, duygu ya da anılarını inceleyebilir (18).

### **2.3.1.3. An'da Olmak**

Kişinin 'şimdi ve burada' olup bitene odaklanma, tüm farkındalığı ile anın içinde olma halidir (90,97). ACT, ortaya çıktıkları ortamda olaylar ve psikolojik durumlarla devam eden yargısız temasları teşvik eder (18). Hedef kişinin düşüncelerinden ayrışarak, ana odaklanmalarını, dünyayı daha doğrudan yaşamalarını sağlamak ve böylece eylemlerini değerleri ile daha uyumlu hale getirmektir.

### **2.3.1.4. Bağlamsal Benlik**

Bilişsel birleşme ile şekillenen kavramsal benlikten farklı olarak bağlamsal benlik düşünce ve duyguları gözlemlediğimiz bir alandır. Ne düşündüğümüzü, hangi duyguları yaşadığımızı farkederek, bir anlamda fark ettiğimizi fark ederek ulaşabildiğimiz bir psikolojik alandır. Bu alan diğer benlik alanlarından farklı olarak sabit ve süreklidir, kişinin yaşadığı tüm içsel süreçlere tanıklık eden ve değişmeyen bir benlik algısı olan bu psikolojik alana bu nedenle "gözlemleyen benlik" de denilmektedir. Bu tanımın bağlamsal benliğin terapideki kullanım alanını da açıklayan bir özelliği vardır; kişinin içsel deneyimlerine (düşünce, imajinasyon, anı...) bağlanmadan akışından haberdar olmasını sağlar, böylece içsel deneyimlerin emosyonel yükünden kişiyi koruyacak bir psikojik alan oluşturur. Bu alan sayesinde acı veren tecrübe ve duygulara karşı kabulün, davranışı belirleme özelliği belirgin olan düşüncelere karşı ayrışmanın gerçekleşeceği psikolojik bir ortam oluşturulur, bu sayede kişinin değerlerini fark etmeleri ve değer doğultusundaki eylemleri kolaylaşır (18,100,110,112).

### **2.3.1.5. Değerler**

Değerlere verilen önem ACT'i birçok alternatif tedaviden ayırır. ACT'in diğer bileşenleri ancak değer varlığında anlamlı bir bütün oluşturur, bu sebeple ACT terapistleri diğer süreçleri çalışırken hep değerler üzerinden açıklama yapar. 'Bu hayatı ne için yaşıyorsun?' sorusu değerleri açığa çıkarmak için sorulabilecek sorulardan biridir. Değerlerin netleştirilmesinde mezar taşı metaforu gibi çeşitli metaforlar da kullanılabilir. Bu metaforda kişiye öldükten sonra mezar taşında nelerin yazmasını diledikleri veya kendi cenazelerinde neler duymak istedikleri konuşulur. Bu tür metaforlar kişinin hayatı boyunca kendinde taşımak istedikleri eylem niteliklerini yani değerlerini netleştirmek için etkili yöntemlerdir. Tedavinin bu aşamasında kişinin aile, kariyer, maneviyat gibi çeşitli alanlarda değerleri keşfedilir. Değerler açıklığa kavuşturulduğunda, bu değerleri somutlaştıran ulaşılabilir hedefler, bu hedefleri gerçekleştirecek somut eylemler ve bu eylemlerin gerçekleştirilmesine yönelik engeller tanımlanır (18,112,113).

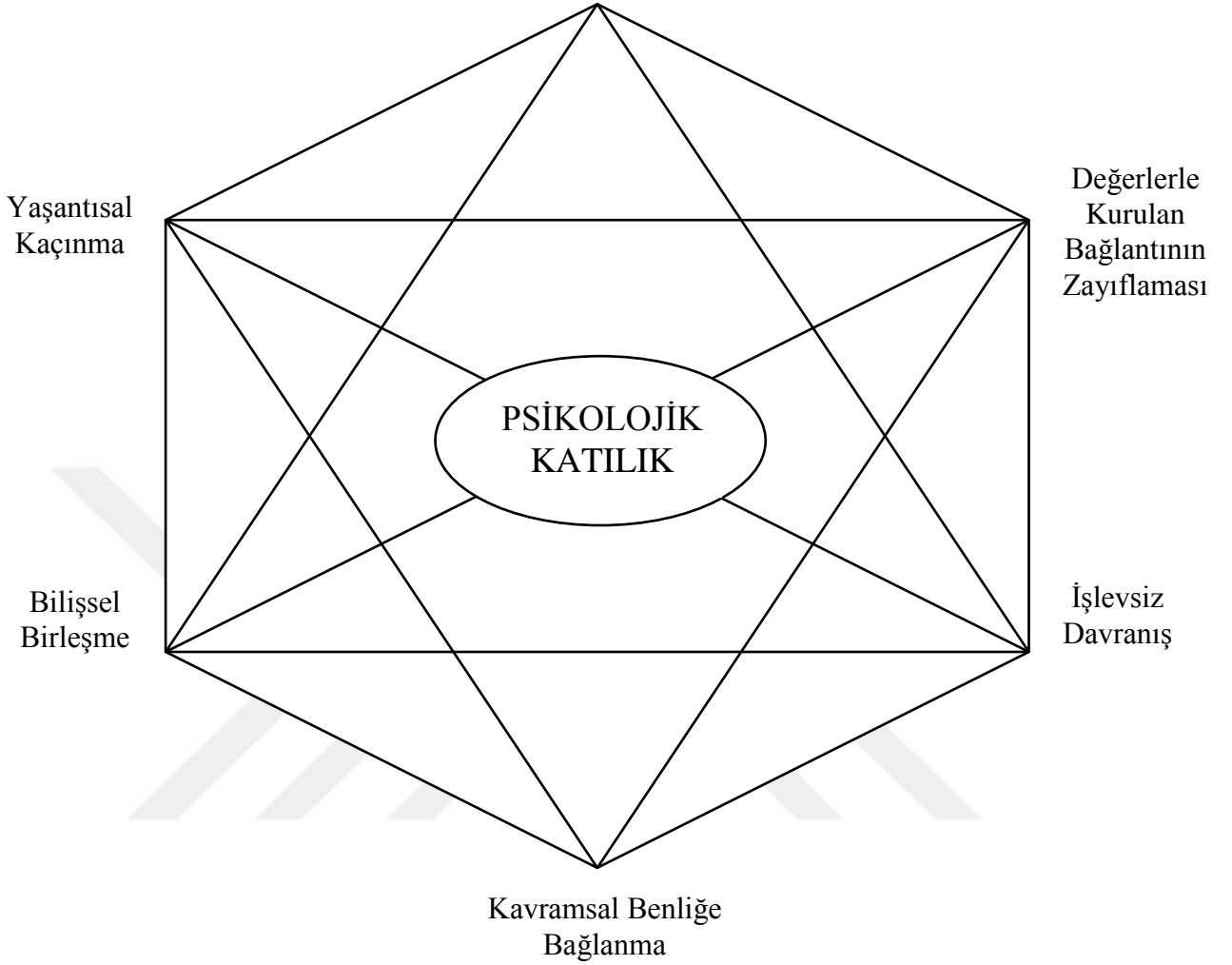
### **2.3.1.6. Değerler Doğrultusunda Davranışlar**

ACT kabul odaklı olduğu kadar değişim odaklı bir terapi modelidir. Hem bilişsel füzyonun hem de yaşantısal kaçınmanın repertuar daraltıcı etkilerini ortadan kaldırarak ve seçilen değerlerle uyuşan eylemleri teşvik ederek daha geniş ve daha esnek davranış modellerini inşa etmeyi amaçlamaktadır. Kişinin değerli amaçlara doğru ilerlemesinde engel olan bariyerlerin fark edilmesi, bunların kabul ve ayrışma yoluyla çözülmesi ve değerler doğrultusunda eyleme geçilmesi hedeflenir (18,113).

### **2.3.2. Psikolojik Katılık ve Bileşenleri**

ACT'in psikopatoloji oluşumunda öne sürdüğü 'psikolojik katılık' kavramı birbiri ile etkileşim içerisindeki altı bileşenden oluşur. Bunlar; bilişsel birleşme, kavramsal geçmiş ve geleceğin baskınlığı, kavramsal benliğe bağlanma, değerlerle kurulan bağın zayıflaması, işlevsiz davranışlar ve yaşantısal kaçınmadır. Tüm bu süreçler birbiriyle ilişki içerisinde olup terapi müdahaleleri sırasında her bir sürece müdahale yapılması bu sıkı etkileşim nedeniyle önemlidir.

Kavramsal Geçmiş ve Geleceğin Baskınlığı:  
Sınırlı Kendilik-Bilgisi



**Şekil 2.3:** Psikolojik Katılık ve Bileşenleri

**2.3.2.1. Bilişsel Birleşme**

Bilişsel birleşme, düşüncelerimizin farkındalığı baskılayacak şekilde davranışlarımız üzerinde engel oluşturmasıdır (110). Depresyondaki bir kişi 'yaptığım hiçbir şeyden zevk alamıyorum, hayat berbat, asla iyileşemeyeceğim' gibi düşüncelerle birleşir ve bu düşüncelerle keyif aldığı etkinliklerden uzaklaşır. Yada sosyal anksiyetesi olan bir kişi 'hata yaparsam insanlar benimle alay eder' düşüncesiyle birleşerek yapmayı çok istediği bir sunumdan vazgeçer veya kendisini sosyal çevresinden izole eder. Burada görüldüğü gibi katı bir şekilde gerçekleşen bilişsel birleşmenin tipik sonucu kişinin olumsuz düşünceleri etkisiyle önem verdiği davranışları sergileyememesidir.

### **2.3.2.2. Kavramsal Geçmiş ve Geleceğin Baskınlığı /Sınırlı Kendilik Bilgisi**

Bilişsel birleşme ve yaşantısal kaçınmanın bir sonucu olarak kavramsal geçmiş ve geleceğin baskınlığı; kişinin geçmişin acı veren hatıraları ile ya da geleceğin endişeleri içerisinde var olan ânın; şimdi ve buradanın, farkındalığından uzaklaşmasıdır (110). Depresyondaki birçok kişi kendilerine acı veren deneyimlere ve geçmişin etkisi ile kavramsallaştırılmış gelecekteki olması muhtemel kötü olasılıklara birleşirler. Bu kavramsal geçmiş ve geleceğin baskınlığı kişinin ânın getirdiklerinden uzaklaşmasına ve âna uygun davranışlarını düzenlemesine engel olur.

### **2.3.2.3. Kavramsal Benliğe Bağlanma**

Hepimizin kim olduğumuza dair kendimizi tanımlamakta kullandığımız hikayelerimiz vardır. Bu hikayenin içinde isim, yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleğimiz gibi bilgilerin dışında, sevdiğimiz ya da sevmediğimiz şeyler, zayıf ve güçlü yanlarımız, hayallerimiz, beklentilerimiz gibi öznel yorumlarımız da bulunur. Bu hikayeler bize bir benlik tanımı kazandıracak ve hayattaki beklentilerimizde, seçimlerimizde bize yardımcı olacaktır. Ancak bu hikayelerimizle birleşmek bir çok sorunu da beraberinde getirecektir. Depresyonda sıkça gördüğümüz olumsuz benlik tanımlamaları ile birleşmede ortaya çıkan sorunlar gibi olumlu benlik tanımlamaları ile katı şekilde birleşmenin de zararlı sonuçları olacaktır. Örneğin; ‘gururlu adam’ kavramsal benliğine sıkıca bağlanmış biri için gururlu olmak; ne olursa olsun saygıyı hak eden, hata yapmayan ve sözü her zaman dinlenen bir kişi olmak fikrini içeriyorsa, yanıldığını asla itiraf edemeyecek ya da hatalı olduğu zaman başkalarından yardım isteyemeyecektir (111).

### **2.3.2.4. Değerlerle Kurulan Bağın Zayıflaması**

Değerler hayat boyunca bizi yönlendiren dahili pusulalardır, yaşamın anlamını ve amacını işaret ederler. Değerler hayatımızda bizim için gerçekten önemli olan, her zaman taşımak istediğimiz, yaşamımıza anlam kazandıran eylem nitelikleridir (örn; sevecen bir anne, meraklı bir araştırmacı, yardımsever bir doktor...). Değerler bir başlangıç ve bitiş noktası olan hedeflerden farklı olarak hayat boyu devam eden, bize rehberlik eden yaşam prensiplerimizdir. Hayattaki değerlerimizi belirledikten sonra hayatımızda gitmek istediğimiz yönü biliyoruz demektir

ve bu yol boyunca kendimize hedefler belirleyerek ilerleyebiliriz. Bilişsel birleşme ve yaşantısal kaçınmanın bir sonucu da kişinin değerlerinden uzaklaşmasıdır. Örneğin; hayatındaki önemli değer alanlarından biri; yakın, samimi ilişkiler edinmek olan sosyal anksiyeteli bir kişinin 'sevilmiyorum, beğenilmiyorum' düşünceleri ile birleşme halinde olması ve bu düşüncenin etkisi ile insanlarla vakit geçirmek ve arkadaşlık kurmaktan uzaklaşması şeklindeki yaşantısal kaçınmaları kişinin değerlerinden uzak bir yaşam sürmesi ile sonuçlanacaktır. Değerlerimiz ile kurulan bağın güçlenmesi, olumsuz içsel yaşantılara yanıt verme biçimimizi etkileyecektir, böylelikle nasıl hissedersen hissedelim veya hangi düşüncelerle etkileşim halinde olursak olalım eylemlerimizi değerlerimiz doğrultusunda değiştirebilecek veya devam ettirebilecek bir alan yaratmış oluruz(87,110).

#### **2.3.2.5. İşlevsiz Davranışlar**

İşlevsiz davranışlar; hayatımızı dolu ve zengin yaşamamızda bize rehberlik eden değerlerimizden bizi uzaklaştıran, planlanmamış, dürtüsel, tepkisel, otomatik davranışlar olarak tanımlanabilir. Örneğin kaygıyı azaltmak için alkol ve madde kullanımı, depresyondaki bir kişinin intihara teşebbüs etmesi, panik bozukluk hastasının her atakta acile gitmesi gibi kişinin mevcut sıkıntısını azaltmak uğruna ilk anda başvurduğu ancak uzun vadeli sonuçlarının kişiyi daha fazla problemle uğraşması ile neticelendiği davranışlardır (110).

#### **2.3.2.6. Yaşantısal Kaçınma**

Yaşantısal kaçınma ; kişinin istenmeyen düşünce, duygu yada bedensel duyumlarla baş etmek için kullandığı bir strateji olarak karşımıza çıkar. Fakat acıdan uzaklaşma tutumu her zaman yaşantısal kaçınma olarak yorumlanamaz, davranışın içinde bulunduğu bağlam işlevsellikte belirleyicidir. Örneğin; başımız ağrıdığı anda ağrı kesici almamız, dişimiz ağrıdığı anda diş hekiminin dişimizi çekmesi, sıcak havalarda klimayı kullanmamız da olumsuz bir duygudan/histen kurtulma davranışlarıdır ve buldukları bağlam içinde değerlerimiz doğrultusundaki yaşama imkan verdiği için işlevseldir ve yaşantısal kaçınma olarak nitelendirilemez. Ancak bu durum kronikleştiğinde, uygunsuz bir bağlamda ortaya çıktığında ya da kişiyi değerlerinden, sürdürmek istediği yaşamdan uzaklaştırdığında problem oluşturmaya başlar. Kişinin ağrı şikayetini yatıştırmak için

kullandığı bir strateji analjezik bağımlılığı gelişmesi durumunda işlevsel bir strateji olmaktan çıkmıştır. Yada sosyal anksiyetesi olan bir kişinin sosyal ortamlarda yaşadığı kaygı nedeniyle bu ortamlardan uzaklaşması o an için kaygısı azaltarak işlevsel gibi görünse de uzun vadeli sonuçları kişiyi sürdürmek istediği yaşamdan tamamen uzaklaştırdığı için işlevsel değildir.

Psikopatoloji oluşumu sürecindeki bu altı bileşenin her birine karşılık müdahaleleri içeren ACT' de amaç psikolojik esnekliğin arttırılmasıdır. Psikolojik esneklik kişinin mevcut ana odaklanarak, düşüncelerinden ayrışması, rahatsızlık verici duyuların kabulü ve değer hedefli eylemlerin sürdürülmesini temel alarak ruhsal sağlıklılığı tanımlar (110,111).





---

### GEREÇ VE YÖNTEM

---

#### 3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI

Çalışmaya 18-70 yaş arası 118 Psoriasis hastalığı olan birey dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak halihazırda psikiyatrik tedavi almayan, aktif psikiyatrik şikayeti olmayan ve dermatolojik rahatsızlığı bulunmayan 118 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Sosyodemografik Veri Formu, Freiburg Kendinelik Envanteri, Kabul ve Eylem Formu II ve Bilişsel Kaynaşma Ölçeği çalışma ve kontrol grubundaki katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Bu ölçekler çalışma ve kontrol grubunun psikolojik esnekliklerini değerlendirmekte kullanılmıştır. Psoriasis hastalarına ek olarak Psoriasisde İçselleştirilmiş Damgalanma (Stigmatizasyon) Ölçeği ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi uygulanarak psikolojik esneklik ile stigmatizasyon ve yaşam kalitesi ilişkisi değerlendirilmiştir. Psoriasis hastalarında depresyon ve anksiyete değerlendirmesi için Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Psikolojik esneklik ile damgalanma ve yaşam kalitesi ilişkisini incelerken psoriasis şiddetinin etkisini ayırt edebilmek için ise dermatologlar tarafından yapılan Psoriasis Alan Şiddet İndeksi verileri kullanılmıştır. Hasta grubu için araştırmaya kabul kriterleri; psoriasis hastalığı tanısı almış olmak, 18 yaş üzeri ve 70 yaş altında olmak, en az okur yazar düzeyinde eğitim almış olmak, araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onam vermek olarak belirlenmiştir. Psoriasis tanısı almamış olmak, 18 yaşından küçük veya 70 yaşından büyük olmak, okur yazar olmamak, Bilişsel Bozukluk, Mental Retardasyon, Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Şizofreni, Sanrısız Bozukluk, Psikotik Bozukluk tanılarını almış olmak dışlama kriteri olarak

belirlenmiştir. Kontrol grubu için araştırmaya dahil edilme kriterleri; 18 yaş üzeri ve 70 yaş altında olmak, en az okur yazar düzeyinde eğitim almış olmak, bilinen dermatolojik hastalığı olmamak, araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onam vermek olarak belirlenmiştir. 18 yaşından küçük olmak veya 70 yaşından büyük olmak, okur yazar olmamak, dermatolojik hastalığı olmak, Bilişsel Bozukluk, Mental Retardasyon, Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Şizofreni, Sanrısız Bozukluk, Psikotik Bozukluk tanılarını almış olmak dışlama kriteri olmuştur.

Çalışmamız birincil olarak psoriasis hastalığı bulunan bireylerin psikolojik esnekliklerini incelemeyi amaçlamaktadır. İkincil olarak bu hastalarda psikolojik mekanizmaların anlaşılması hastalara yapılacak psikoteröpatik müdahaleler için yol gösterici olabilir. Psikolojik katılığın yaşam kalitesi ile ilişkisinin saptanması, psikolojik esnekliğin belirleyicileri olan kabul, anlama temas etme ve değerler doğrultusunda eylemlerde bulunma gibi alanlara yapılacak müdahalelerle hastalığın seyri ve yaşam kalitesine olumlu katkı yapılabilir.

Çalışmamızdaki hipotezlerimiz;

Hipotez 1: Psoriasis hastalarında psikolojik esneklik sağlıklı popülasyona göre düşüktür.

Hipotez 2: Psikolojik esnekliğin az olması yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Hipotez 3: Psikolojik esneklikte azalma içselleştirilmiş damgalanmanın artmasına neden olmaktadır.

## **3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

### **Sosyo-demografik Özellikler Formu (Ek- 2)**

Araştırmanın örnekleminin sosyodemografik özelliklerini saptayabilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan yarı-yapılandırılmış bir formdur. Formda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim, meslek özellikleri hakkındaki genel bilgiler yanında özgeçmişlerine yönelik sorular ve dermatolojik hastalığıyla ilgili sorular bulunmaktadır.

### **Freiburg Kendinelik Envanteri (Ek-3)**

14 maddeden oluşan likert tipi öz bildirim ölçeğidir. Walach ve ark. tarafından geliştirilen ölçek katılımcıların kendinelik (mindfulness) düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır (114). Katılımcılar maddelerdeki ifadelerin kendilerine ne kadar uyduğunu 1 (nadiren) ile 4 (her zaman) arasındaki bir derece ile puanlamaktadırlar. Toplam puanın düşüklüğü psikolojik esneklik, yüksekliği ise psikolojik katılık lehinedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (112).

### **Kabul ve Eylem Formu- II (Ek-4)**

Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin psikopatolojiye yaklaşımının temellerini oluşturan yaşantısal kaçınma ve psikolojik katılığın bireylerdeki farklılıklarının ölçümü amacıyla S. Hayes ve ark. tarafından geliştirilen ilk Kabul ve Eylem Formu'nun psikometrik özelliklerinin çok güçlü olmadığı saptanmıştır. Bunun üzerine yeni bir KEF-II formu geliştirilmiş ve yapılan geçerlilik ve güvenirlik analizlerinde 7 maddelik KEF-II formu güçlü istatistiksel verilere sahip olarak ortaya konulmuştur (115). KEF-II 7'li likert tipindedir ve katılımcılar maddelerdeki ifadelerin kendilerine ne kadar uyduğunu 1 (hiçbir zaman doğru değil) ile 7 (daima doğru) arasındaki bir derece ile puanlamaktadırlar. Ölçekten alınan puanların artması psikolojik katılığın ve yaşantısal kaçınmanın arttığını göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Yavuz ve ark. yapmıştır (165).

### **Bilişsel Kaynaşma Ölçeği ( Ek-5)**

7 maddeden oluşan likert tipi öz bildirim ölçeğidir. Psikolojik katılığın temel bileşenlerinden olan bilişsel birleşme düzeyini ölçer (116). Katılımcılar maddelerdeki ifadelerin kendilerine ne kadar uyduğunu 1 (asla doğru değil) ile 7 (her zaman doğru) arasındaki bir derece ile puanlamaktadırlar. Ölçekten alınan puanların artması bilişsel kaynaşmanın ve psikolojik katılığın arttığını göstermektedir.

### **Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (Ek-6)**

Deri ve Zührevi Hastalıklar için geliştirilmiş ilk yaşam kalite ölçeğidir. Hastaya yönelik 10 sorudan oluşan ölçeğin değeri 0-30 arasında değişmektedir. Yüksek değerler hastalığın kişinin günlük, iş, okul hayatı, boş zaman aktiviteleri ve kişiler arası ilişkilerine belirgin etkisinin olduğunu

gösterir. Ülkemizde DYKI'nin psoriasis için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Öztürkcan ve arkadaşları yapmıştır (117).

#### **Psoriasisde İçselleştirilmiş Damgalanma (Stigmatizasyon) Ölçeği (Ek-7)**

29 maddeden oluşan Ritsher ve ark. tarafından geliştirilmiş içsel damgalanmayı değerlendiren öz bildirim ölçeğidir. Yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. Her madde 'kesinlikle aynı fikirde değilim' (1puan), 'aynı fikirde değilim' (2 puan), 'aynı fikirdeyim' (3 puan), 'kesinlikle aynı fikirdeyim' (4 puan) şeklinde yanıtlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği ters olarak puanlanmaktadır. Tüm puanların toplanmasıyla 4-91 puan arasında alınan değerlerde yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir (118). Ülkemizde Psoriasis hastaları için uyarlanmış İçselleştirilmiş Stigmatizasyon Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Alpsoy ve arkadaşları yapmıştır (119).

#### **Psoriasis Şiddet Alan İndeksi (Ek-8)**

Dermatologlar tarafından psoriasis şiddetini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. İlk olarak 1978 yılında Fredriksson ve ark. tarafından tanımlanmıştır. Vücutta baş, üst ekstremité, gövde ve alt ekstremité bölgelerinde hastalık tutulum yüzdeleri ile psoriatik plakların eritem, infiltrasyon ve deskuamasyon olmak üzere 3 tipik bulgusunun, artan şiddete göre 0-4 arası değişen skorlarla derecelendirilmesinin kombine edildiği bir skaladır (120,121).

#### **Hamilton Depresyon Ölçeği (Ek-9)**

Hamilton tarafından depresif hastaların incelenmesi ve belirtilerin faktör analizi sonucu geliştirilmiştir (122). Derecelendirmede Likert tipi bir puanlama dizgesi kullanılır. Ölçek klinisyen tarafından yapılan değerlendirme görüşmesi ile puanlanır.  $\leq 7$ ; depresyon yok, 8-15; hafif depresyon, 16-28; orta derecede depresyon ve  $\geq 29$ ; şiddetli depresyonu gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Akdemir ve ark. tarafından yapılmıştır (123).

### **Hamilton Anksiyete Ölçeği (Ek-10)**

Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Ruhsal ve bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur(124). Ölçek klinisyen tarafından yapılan değerlendirme görüşmesi ile puanlanır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (125). Anlaşmaya varılmış kesme puanı olmadığı için karşılaştırma çalışmalarında kullanılmakla birlikte Matza ve ark. tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada HAM-A skorları için  $\leq 7$ ; anksiyete yok yada minimal, 8-14; hafif düzeyde anksiyete, 15-23; orta düzeyde anksiyete ve  $\geq 24$  şiddetli düzeyde anksiyete olarak sınıflandırılması önerilmiştir (126).

### **3.3. İSTATİSTİK YÖNTEMLER**

Katılımcılardan elde edilen veriler SPSS versiyon 21 (Statistical Package for the Social Sciences- version 21) kullanılarak istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik (KolmogorovSmirnov ve Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelenmiştir. Değerlendirmede kategorik değişkenler ki-kare testi, kantitatif değişkenler student-t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Veriler normal dağılıma uymuyorsa bağımsız grupların karşılaştırılmasında student-t testinin nonparametrik karşılığı olan Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Bağıntı analizinde normal dağılan sayısal değişkenler için Pearson, normal dışı dağılan sayısal değişkenler veya ordinal değişkenler için Spearman korelasyon testleri yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için toplam tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanılmıştır.

---

### BULGULAR

---

#### 4.1. HASTA VE KONTROL GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmanın istatistiksel analizine yaşları 18 ile 69 arasında değişen 59'u kadın 59'u erkek 118 psoriasis hastası ve 18 ile 66 arasında değişen 62'si kadın 56'sı erkek 118 kontrol dahil edildi. Hasta grubunun yaş Ort±SS; 45,3±14,3 iken kontrol grubunun Ort±SS; 35,3±13,2 olarak saptandı ve hasta grubunun yaş ortalaması kontrol grubundan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Çalışma ve kontrol grupları arasında cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,696). Hasta grubunun %16,9'u bekar, %78'i evli iken kontrol grubunun %43,2'si bekar, %52,5'i evliydi. Hasta ve kontrol grubu eğitim düzeyi açısından sekiz yıl altı ve üstü olarak karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı düzeyde kontrol grubunun eğitim düzeyi daha yüksek saptandı (p=0,000). Gelir düzeyleri açısından karşılaştırıldığında hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktu (p=0,137).

Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerine ait bulgular tablo-1'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1:** Hasta ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri

		Hasta(n=118)	Kontrol(n=118)	p
		N (%)	N (%)	
Cinsiyet	Kadın	59 (%50)	62 (%52,5)	0,696
	Erkek	59 (%50)	56 (%47,5)	
Yaş	(Ort±ss)	45,3±14,3	35,3±13,2	0,000
Medeni durum	Bekar	20 (%16,9)	51 (%43,2)	0,000
	Evli	92 (%78)	62 (%52,5)	
	Boşanmış	4 (%3,4)	4 (%3,4)	
	Eşi vefat etmiş	2 (%1,7)	1 (%0,8)	
Eğitim	İlkokul	44 (%37,3)	16 (%13,6)	0,000
	Ortaokul	23 (%19,5)	16 (%13,6)	
	Lise	32 (%27,1)	41 (%34,7)	
	Üniversite	19 (%16,1)	45 (%38,1)	
Meslek	Çalışmıyor	38 (%32,2)	17 (%14,4)	0,000
	Serbest meslek	19 (%16,1)	14 (%11,9)	
	Memur	5 (%4,2)	16 (%13,6)	
	İşçi	10 (%8,5)	10 (%8,5)	
	Öğrenci	4 (%3,4)	29 (%24,6)	
	Diğer	42 (%35,6)	32 (%27,1)	
Gelir	< 1000 lira	19 (%16,1)	23 (%19,5)	0,137
	1000-2500 lira	67 (%56,8)	51 (%43,2)	
	2500-4000 lira	22 (%18,6)	25 (%21,2)	
	> 4000 lira	10 (%8,5)	19 (%16,1)	

Ki-kare

## 4.2. HASTA VE KONTROL GRUPLARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Psoriasis hastası ve kontrol grubunun sigara, alkol kullanımı, ek hastalık oranları ve psikiyatrik geçmişleri karşılaştırıldı. Çalışmanın sağlıklı kontrol grubuna daha önce psikiyatri başvurusu olanlar dahil edildi ancak halihazır psikiyatrik tedavi görenler dışlandı. Çalışmamızın hasta grubunda 24 (%20,3) kişi psikiyatrik tedavi almaktaydı. Kontrol ve psoriasis grubunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,827$ ). Sigara kullanımı psoriasis grubunda fazlayken ( $p=0,059$ ), alkol kullanımı kontrol grubunda daha yüksek olarak saptandı ( $p=0,023$ ).

**Tablo 4.2:** Hasta ve Kontrol Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Hasta (n=118)	Kontrol (n=118)	p
	N (%)	N (%)	
Sigara kullanımı	51 (%43,2)	37 (%31,4)	0,059
Alkol kullanımı	13 (%11,0)	26 (%22,0)	0,023
Psikiyatrik özgeçmiş	45 (%38,1)	14 (%11,9)	0,000
Psikiyatrik ilaç kullanımı	24 (%20,3)	0 (%0)	0,000
Ek Hastalık	47 (%39,8)	19 (%16,1)	0,000
Psikiyatrik Soygeçmiş	27 (%22,9)	28 (%23,7)	0,827

Ki-kare

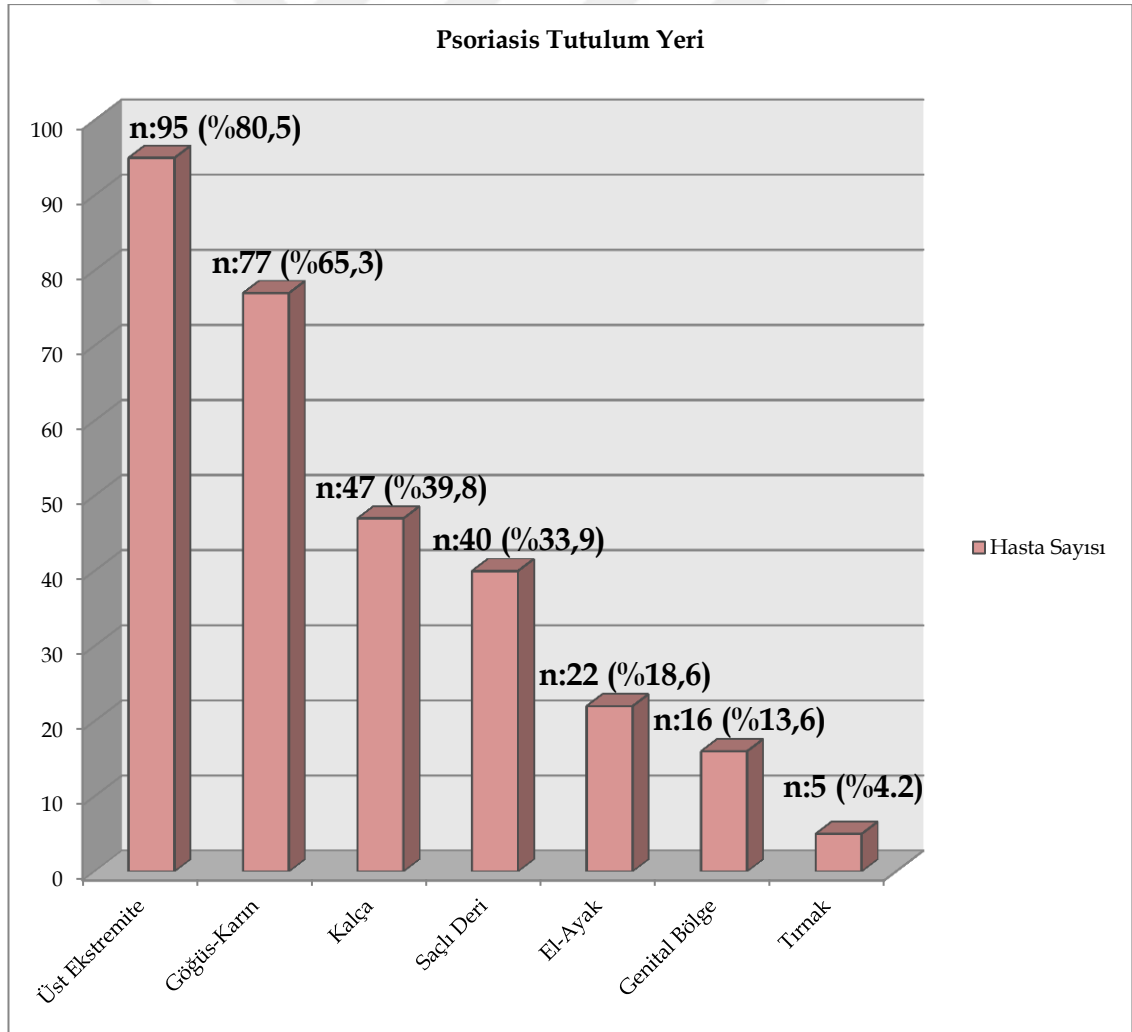


### 4.3. HASTA GRUBUNUN DERMATOLOJİK HASTALIK KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya dahil edilen psoriasis hastalarında 72 kişide (%61,0) 10 yıldan uzun süreli, 14 kişide (%11,9) 5-10 yıl arası, 32 kişide (%27,1) 5 yıldan kısa psoriasis öyküsü mevcuttu. Hastaların 106'sı (%89,8) kronik plak, 7'si (%5,9) palmoplantar, 5'i (%4,2) guttat tip sedef lezyonlarına sahipti. Hastaların psoriasis tutulum bölgeleri, psoriasis şiddet alan indeksi ve dermatolojik yaşam kalite indeksi verileri Şekil 4.1,4.2,4.3'de belirtildi.

#### 4.3.1. Psoriasis Tutulum Yeri

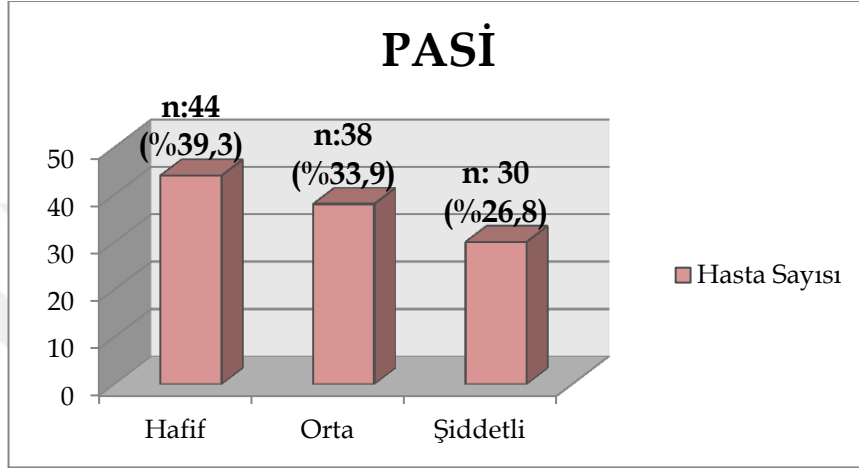
Hastalarda psoriasis lezyonlarının en çok bulunduğu bölgeler üst ekstremitelerde (n=95, %80,5), göğüs-karın (n=77, %65,3), kalça (n=47, %39,8) ve saçlı deri (n=40, %33,9) olarak gözlemlendi (Şekil 4.1).



Şekil 4.1: Psoriasis Tutulum Yeri

#### 4.3.2. PASİ Skorlarına Göre Hastaların Dağılımı

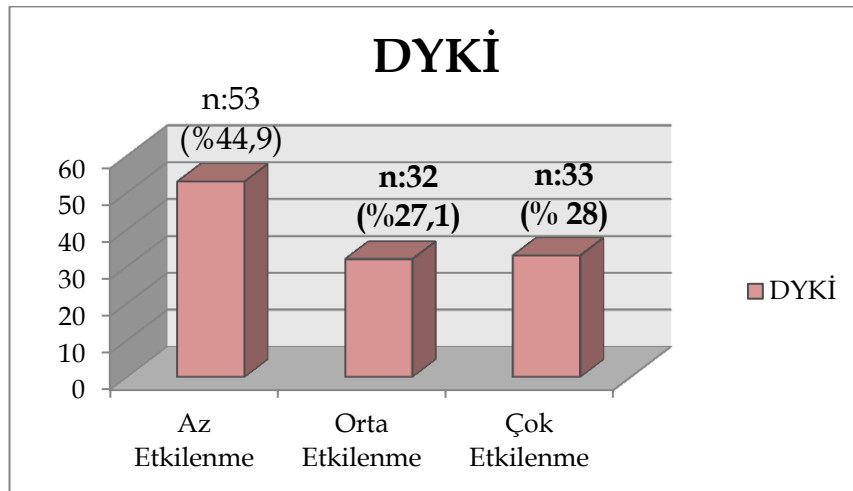
Psoriasis de lezyonların şiddetini değerlendirmekte PASİ skorları kullanılmış ve toplam PASİ skoru 5'den küçük olanlar hafif, 5-10 arası olanlar orta ve 10'dan büyük olanlar şiddetli olarak sınıflanmıştır. Çalışmamızdaki hastaların PASİ skorlarına göre % 26,8'ü (n=30) şiddetli hastalık düzeyi, %33,9'si (n=38) orta hastalık düzeyi, %39,3'ü (n=44) hafif hastalık düzeyi olarak değerlendirildi.



Şekil 4.2: PASİ Skorlarına Göre Hastaların Dağılımı

#### 4.3.3. Yaşam Kalitesi Skorlarına Göre Hastaların Dağılımı

Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi verilerine göre psoriasisle ilgili yaşam kalitesi hastaların %28'inde (n=33) çok, %27,1'inde (n=32) orta düzeyde, %44,9'unda ise (n=53) az düzeyde etkilendiği tespit edilmiştir.



Şekil 4.3: DYKİ Skorlarına Göre Hastaların Dağılımı

#### 4.3.4. PASİ Skorları ve DYKİ Verilerine Göre Hastaların Dağılımı

PASİ skorları hafif düzey olarak değerlendirilen 44 hastanın %50'si (n=22) yaşam kalitesinin az düzeyde etkilendiğini, %34,1'i (n=15) yaşam kalitesinin orta düzeyde etkilendiğini, %15,9'u ise (n=7) çok etkilendiğini belirtmiştir.

PASİ skorlarına göre lezyon şiddeti orta düzeyde saptanan 38 hastanın %47,4'ü (n=18) yaşam kalitesinin az etkilendiğini, %23,7'si (n= 9) orta düzeyde etkilendiğini, %28,9'u (n=11) çok etkilendiğini belirtmiştir.

PASİ skorlarına göre ağır hastalık şiddeti olarak değerlendirilen 30 hastanın %33,3'ü (n=10) yaşam kalitesinin az etkilendiğini, %26,7'si (n=8) yaşam kalitesinin orta düzeyde etkilendiğini, %40'ı ise (n=12) yaşam kalitesinin çok etkilendiğini belirtmiştir.

**Tablo 4.3:** PASİ Skorlarına Göre DYKİ

		PASİ Şiddet N(%)		
		Hafif	Orta	Ağır
DYKİ Total	Az Etkilenme	22 (%50)	18 (%47,4)	10 (%33,3)
	Orta Etkilenme	15 (%34,1)	9 (%23,7)	8 (%26,7)
	Çok Etkilenme	7 (%15,9)	11 (%28,9)	12 (%40,0)
	Toplam	44 (%100)	38 (%100)	30 (%100)

#### 4.3.5. Psoriasis Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon

Psoriasis hastalarının stigmatizasyonu için içselleştirilmiş stigmatizasyon ölçeği kullanıldı. Minimum toplam skor 10, maksimum toplam skor 74 olmak üzere ortalama $\pm$ SS'si 33,19 $\pm$ 14,184 olarak saptandı. Yabancılaşma alt skorları 12,97 $\pm$ 4,121, kalıp yargıların onaylanması 12,92 $\pm$ 3,275, algılanan ayrımcılık 9,14 $\pm$ 2,955, sosyal geri çekilme 12,20 $\pm$ 4,363, damgalanmaya karşı direnç ise 13,89 $\pm$ 2,969 olarak değerlendirildi (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4:** Psoriasis Hastalarında İçselleştirilmiş Stigmatizasyon

	<b>Ortalama±SS</b>
<b>Yabancılaşma</b>	12,97±4,121
<b>Kalıp Yargıların Onaylanması</b>	12,92±3,275
<b>Algılanan Ayrımcılık</b>	9,14±2,955
<b>Sosyal Geri Çekilme</b>	12,20±4,363
<b>Damgalanmaya Direnç</b>	13,89±2,969
<b>Total</b>	33,19±14,184

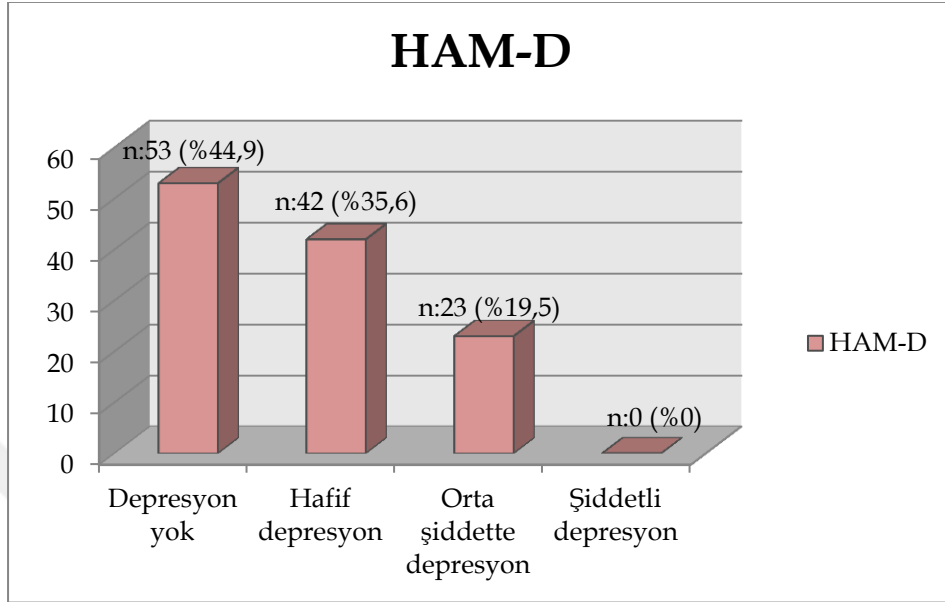
#### **4.4. PSORİASİS HASTALARINDA HAMILTON ANKSİYETE VE DEPRESYON BULGULARI**

Hastaların Hamilton-Anksiyete ölçek skorları ortalama±SS'sı 9,98±6,274 olarak değerlendirildi. Hamilton-Depresyon ölçek skorları ortalama±SS'sı ise 9,01±6,083 olarak hesaplanmıştır. Bulgular Tablo 4.5'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.5:** Psoriasis Hastalarında Hamilton Anksiyete ve Depresyon Skorları

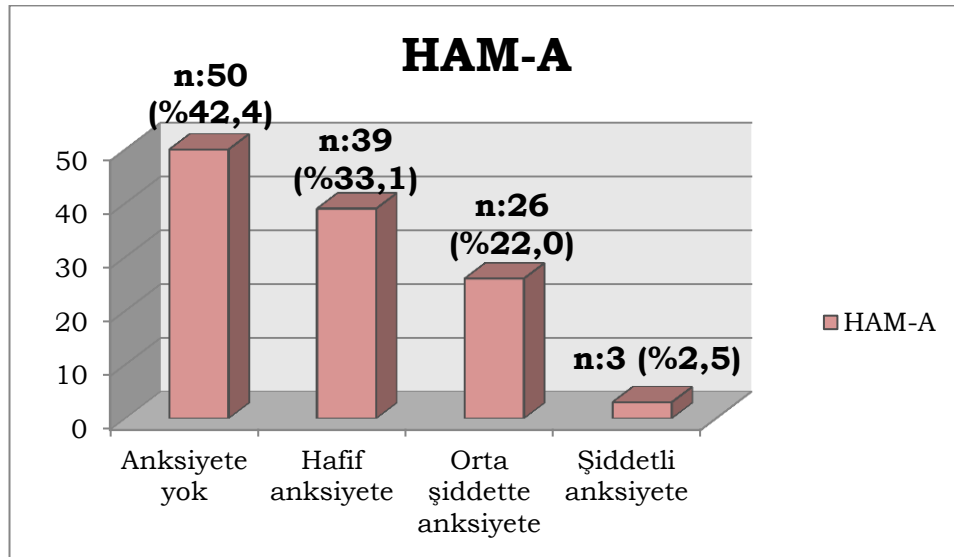
	<b>Ortalama±SS</b>
<b>HAM Psişik</b>	4,1±2,897
<b>HAM Somatik</b>	5,08±4,269
<b>HAM-A Total</b>	9,98±6,274
<b>HAM-D</b>	9,01±6,083

Hastaların %55,1'inde hafif ya da orta şiddette depresyona rastlandı. Hafif düzeyde depresyon oranı % 35,6 iken; orta şiddette depresyon %19,5 olarak belirlendi. Çalışmada hiçbir hastamızda şiddetli düzeyde depresyon saptanmadı.



Şekil 4.4: HAM-D Skorlarına Göre Hastaların Dağılımı

Hastaların %57,6'sında hafif, orta ya da şiddetli düzeyde anksiyete bulgularına rastlandı. Hastaların %33,1'i hafif şiddette anksiyete, %22'sinde orta şiddette anksiyete ve %2,5'inde şiddetli düzeyde anksiyete semptomları bulunmaktaydı.



Şekil 4.5: HAM-A Skorlarına Göre Hastaların Dağılımı

## 4.5. PSİKOLOJİK ESNEKLİK VE BİLEŞENLERİNE AİT BULGULAR

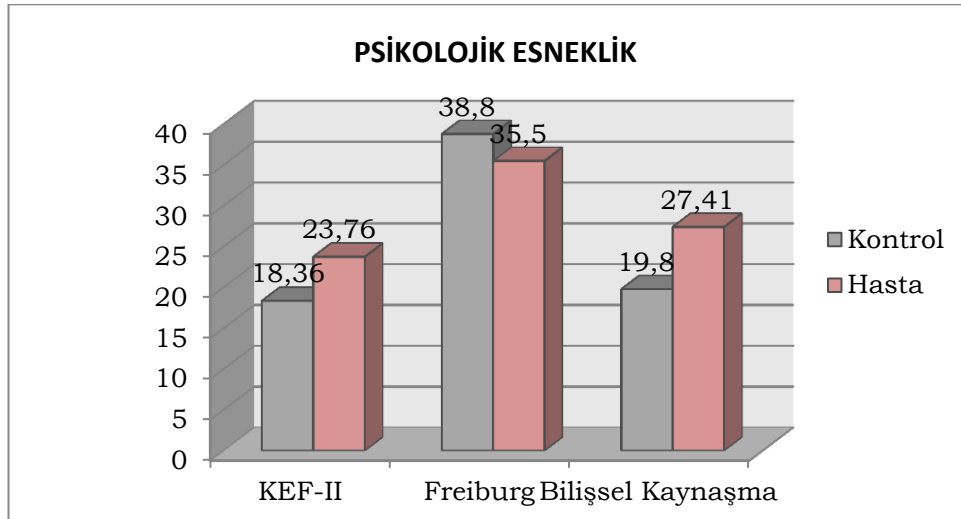
### 4.5.1. Hasta ve Kontrol Gruplarının KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

Hastaların psikolojik esnekliklerini değerlendirmek için KEF-II ölçeği, psikolojik esneklik ve katılık formülasyonunda daha önce tanımlanan altı boyutlu eksenin anda olma-kavramsal geçmiş ve geleceğin baskınlığı boyutunu değerlendirmek için Freiburg Kendinelik Envanteri ve bilişsel kaynaşma-bilişsel ayırışma boyutunu değerlendirmek için bilişsel kaynaşma ölçekleri kullanıldı. Gruplar normal dağılıma uymadığı için grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Hastaların KEF-II skorları ortalama $\pm$ SS'i  $23,76\pm 9,866$ , kontrol grubunun ise  $18,36\pm 9,202$  olarak saptandı ve hasta grubunun psikolojik esneklikleri kontrol grubunun psikolojik esnekliklerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu ( $p=0,000$ ). Freiburg ölçek skorları hasta grubunda  $35,50\pm 8,326$ , kontrol grubunda  $38,88\pm 7,908$ 'di ve hasta grubunun istatistiksel anlamlı olarak kontrol grubundan daha az an'da olabildiği, psikolojik esnekliğin daha düşük olduğu saptandı ( $p=0,000$ ). Bilişsel kaynaşma skorları ise hasta grubunda  $27,41\pm 11,321$  iken, kontrol grubunda  $19,80\pm 9,817$  olarak değerlendirildi ve istatistiksel olarak hasta grubunun daha fazla bilişsel kaynaşması olduğu, psikolojik katılığın daha yüksek olduğu saptandı ( $p=0,000$ ).

**Tablo 4.6:** Hasta ve Kontrol Gruplarının KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Hasta (N=118)</b>	<b>Kontrol (N=118)</b>	
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	P
<b>KEF-II</b>	$23,76\pm 9,866$	$18,36\pm 9,202$	0,000
<b>Freiburg</b>	$35,50\pm 8,326$	$38,88\pm 7,908$	0,000
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	$27,41\pm 11,321$	$19,80\pm 9,817$	0,000

Mann-Whitney U Testi



**Şekil 4.6:** Hasta ve Kontrol Gruplarının Psikolojik Esneklikleri

Psoriasis hasta grubundaki 118 hastanın 24'ü değerlendirme sırasında psikiyatrik tedavi almakta 94 hastanın ise halihazırda devam eden psikiyatrik tedavisi bulunmamaktaydı. Hasta grubundan psikiyatrik farmakolojik tedavi almakta olan 24 kişi hariç tutularak 94 psoriasis hastası ve 118 kontrol grubunun KEF-II, Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma skorları karşılaştırıldığındaki bulgular ise Tablo 4.7'de gösterildi. Buradaki bulgulara göre hastaların KEF-II skorlarının ortalama $\pm$ SS'i  $23,46\pm 10,302$  saptandı ve hasta grubundan psikiyatrik tedavi almakta olanlar çıkarıldığında da hasta grubunun psikolojik esnekliği kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az bulundu ( $p=0,000$ ). Freiburg ölçek skorları hasta grubunda  $35,41\pm 8,090$  saptandı ve hasta grubunun yine istatistiksel anlamlı olarak kontrol grubundan daha az an'da olduğu bulundu ( $p=0,000$ ). Bilişsel kaynaşma skorları ise hasta grubunda  $27,01\pm 11,751$  olarak değerlendirildi ve istatistiksel olarak hasta grubunun daha fazla bilişsel kaynaşması olduğu saptandı ( $p=0,000$ ).

**Tablo 4.7:** Psikiyatrik İlaç Kullanmayan Hasta Grubu ile Kontrol Grubunun KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Hasta (N=94)</b>	<b>Kontrol (N=118)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>KEF-II</b>	23,46±10,302	18,36±9,202	0,000
<b>Freiburg</b>	35,41±8,090	38,88±7,908	0,000
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	27,01±11,751	19,80±9,817	0,000

Mann- Whitney U Testi

#### 4.5.2. Yaşa Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

Psoriasis hastaları 18-44 ve 44-70 yaş olarak iki gruba ayrılmıştır, gruplar normal dağılıma uyduğu için bağımsız grupların karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Hasta grubunda yaşa göre KEF-II (p=0,896), Freiburg (p=0,094) ve Bilişsel Kaynaşma (p=0,729) skorları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8:** Hasta Grubunda Yaşa Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Yaş≤44 (N=55)</b>	<b>Yaş&gt;44 (N=63)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>KEF-II</b>	23,89±10,104	23,65±9,734	0,896
<b>Freiburg</b>	34,13±7,401	36,70±8,944	0,094
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	27,02±11,493	27,75±11,251	0,729

Independent Samples T-Test



## Bulgular

Kontrol grubu 18-44 ve 44-70 yaş olarak iki gruba ayrılmıştır, gruplar normal dağılıma uygun olmadığı için bağımsız grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kontrol grubunda yaşa göre KEF-II ( $p=0,778$ ), Freiburg ( $p=0,604$ ) ve Bilişsel Kaynaşma ( $p=0,893$ ) skorları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9:** Kontrol Grubunda Yaşa Göre KEF-II, Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Yaş≤44 (N=85)</b>	<b>Yaş&gt;44 (N=33)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>KEF-II</b>	18,01±7,957	19,24±11,927	0,778
<b>Freiburg</b>	39,05±7,581	38,45±8,804	0,604
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	19,61±9,303	20,27±11,173	0,893

Mann-Whitney U Testi

### 4.5.3. Cinsiyete Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

Psoriasis hastalarında psikolojik esnekliğin cinsiyete göre karşılaştırılmasında gruplar normal dağılıma uygun olmadığı için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kadın hastaların KEF-II skorları ort±SS'sı  $26,19±10,254$  hesaplanırken; erkek hastalarda  $21,34±8,903$  olarak bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,012$ ). Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma ölçeklerinde cinsiyete göre istatistiksel anlamlı düzeyde farklılık gözlenmemiştir (Tablo 4.10).

## Bulgular

**Tablo 4.10:** Hasta Grubunda Cinsiyete Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Kadın (N=59)</b>	<b>Erkek (N=59)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>KEF-II</b>	26,19±10,254	21,34±8,903	0,012
<b>Freiburg</b>	34,36±8,104	36,64±8,456	0,192
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	29,41±10,969	25,41±11,406	0,057

Mann-Whitney U

Kontrol grubunda 62 kadın ve 56 erkek katılımcının KEF-II, Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma skorları karşılaştırıldığında cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11:** Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Kadın (N=62)</b>	<b>Erkek (N=56)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>KEF-II</b>	18,10±8,946	18,64±9,551	0,923
<b>Freiburg</b>	39,60±7,153	38,09±8,664	0,533
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	18,63±9,971	21,09±9,566	0,100

Mann-Whitney U Testi

#### 4.5.4. Eğitim Düzeylerine Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

Hasta grubunda psikolojik esnekliğin eğitim düzeyine göre karşılaştırılması Tablo 4.12’de gösterilmiştir. Grupların karşılaştırılmasında normal dağılıma uygun olduğu için T-testi kullanılmıştır. İlkokul ve ortaokul mezunu (ilköğretim) 67 psoriasis hastası ile lise ve üniversite mezunu 51 hasta karşılaştırıldığında KEF-II, Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma skorlarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12:** Hasta Grubunun Eğitim Düzeylerine Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Eğitim &lt; 8 yıl (N=67)</b>	<b>Eğitim &gt;8 yıl (N=51)</b>	P
	Ort±SS	Ort±SS	
<b>KEF-II</b>	24,09±10,066	23,33±9,680	0,682
<b>Freiburg</b>	35,10±8,749	36,02±7,791	0,556
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	28,84±11,348	25,53±11,118	0,116

#### Independent Samples T-Test

Kontrol grubunda psikolojik esnekliği eğitim düzeyine göre karşılaştırılması Tablo 4.13’de gösterilmiştir. Gruplar normal dağılıma uygun olmadığı için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İlkokul ve ortaokul mezunu (ilköğretim) 32 kontrol ile lise ve üniversite mezunu 86 kontrol katılımcısı karşılaştırıldığında KEF-II ve Freiburg skorları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmazken; Bilişsel Kaynaşma skorları sekiz yıl ve altı eğitim alanlarda diğer gruba göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,014).

**Tablo 4.13:** Kontrol Grubunda Eğitim Düzeylerine Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Eğitim &lt; 8 yıl (N=32)</b>	<b>Eğitim &gt;8 yıl (N=86)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>KEF-II</b>	20,50±10,361	17,56±8,662	0,152
<b>Freiburg</b>	36,81±8,902	39,65±7,413	0,156
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	23,31±10,158	18,49±9,414	0,014

Mann-Whitney U Testi

#### 4.5.5. Medeni Duruma Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

Hasta grubunda psikolojik esnekliğin medeni duruma göre karşılaştırılması Tablo 4.14’de gösterilmiştir. Grupların karşılaştırılmasında normal dağılıma uygun olmadığı için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Eşi vefat etmiş, eşinden ayrılmış veya bekar olan 26 hasta ile evli olan 92 hasta karşılaştırıldığında KEF-II, Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma skorlarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır.

**Tablo 4.14:** Hasta Grubunun Medeni Duruma Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Evli Olmayan (N=26)</b>	<b>Evli (N=92)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>KEF-II</b>	24,65±10,087	23,51±9,844	0,585
<b>Freiburg</b>	34,81±8,045	35,70±8,437	0,635
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	27,54±10,999	27,37±11,470	0,974

Mann-Whitney U Testi

Kontrol grubunda psikolojik esnekliği medeni duruma göre karşılaştırılması Tablo 4.15’de gösterilmiştir. Gruplar normal dağılıma uygun olmadığı için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kontrol grubunda evli olanlar ve olmayanların psikolojik esneklikleri arasında istatistiksel anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır.

**Tablo 4.15:** Kontrol Grubunun Medeni Duruma Göre KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Evli Olmayan (N=56)</b>	<b>Evli (N=62)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>KEF-II</b>	18,93±8,272	17,87±10,007	0,208
<b>Freiburg</b>	38,88±7,807	38,89±8,061	0,983
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	19,27±8,988	20,27±10,560	0,662

Mann-Whitney U Testi

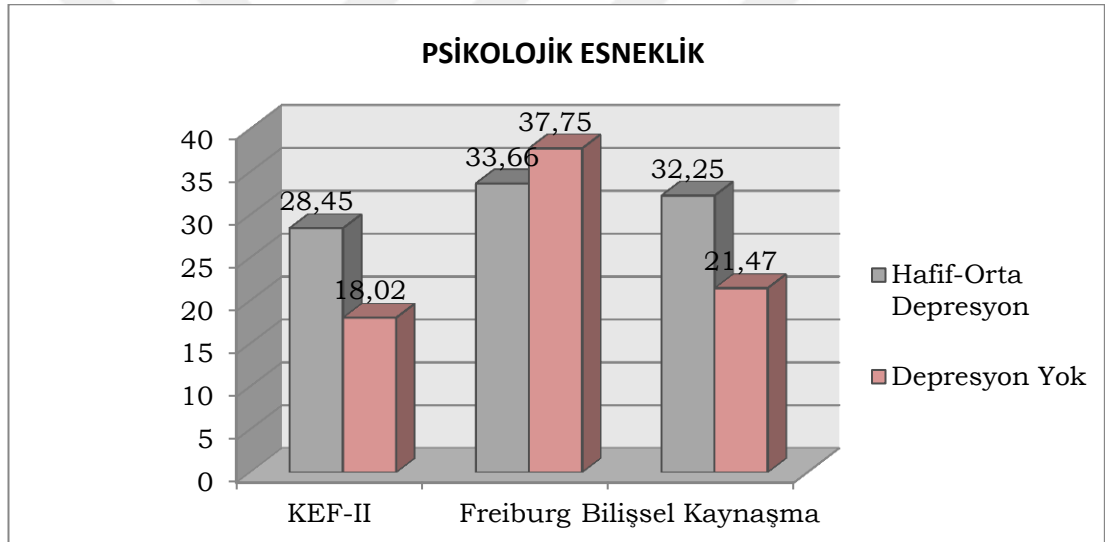
#### **4.6. PSRIASİS HASTALARINDAKİ DEPRESİF BELİRTİLERLE İLİşKİLİ BULGULAR**

Psoriasis hastaları depresyonu olmayan ( $HAM-D \leq 7$ ) 53 kişi ve hafif ve orta depresyonu olan ( $HAM-D > 7$ ) 65 kişi olarak gruplanmış ve psikolojik esneklikleri Tablo 4.16’da gösterilmiştir. İki grubun karşılaştırılmasında normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Depresyonu olmayan psoriasis hastalarının psikolojik esneklikleri, depresyonu olan psoriasis hastalarından istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

**Tablo 4.16:** Hasta Grubunda Depresyonu Olan ve Olmayan Bireylerin KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Depresyon Yok (N=53)</b>	<b>Hafif-Orta Depresyon (N=65)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>KEF-II</b>	18,02±8,080	28,45±8,678	0,000
<b>Freiburg</b>	37,75±8,512	33,66±7,761	0,011
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	21,47±10,265	32,25±9,785	0,000

Mann-Whitney U Testi



**Şekil 4.7:** Hasta Grubunda Depresyona Göre Psikolojik Esnekliklerin Karşılaştırılması

HAM-D skorları ile psikolojik esneklik arasındaki korelasyon incelendiğinde ise depresyon skorları ile KEF-II ve Bilişsel Kaynaşma skorları arasında pozitif yönlü orta derecede bir ilişki mevcuttur ( $p=0,000$ ;  $r=0,459$ ). HAM-D skorları ile Freiburg ölçeği arasında ise istatistiksel anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır ( $p=0,005$ ).

**Tablo 4.17:** Hasta Grubunda Depresyon Skorları ile KEF-II, Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma Skorları Arasındaki Korelasyon

<b>HAM-D</b>		
	<b>p</b>	<b>r</b>
<b>KEF-II</b>	0,000	0,459
<b>Freiburg</b>	0,005	-0,258
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	0,000	0,459

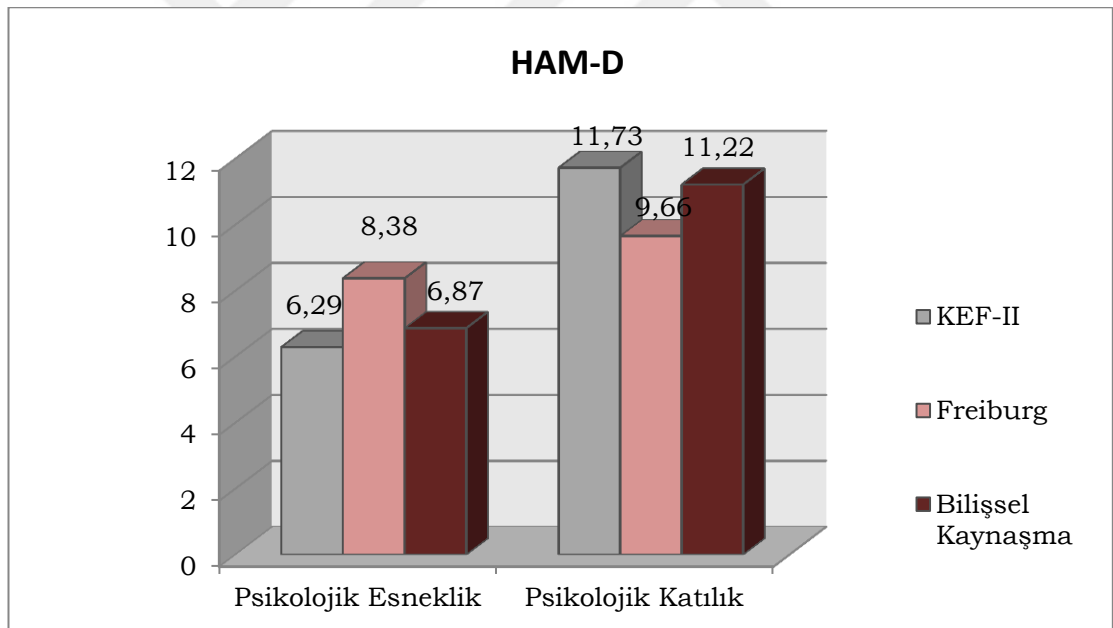
#### Spearman Korelasyon Analizi

Psikolojik esnekliğin depresyonla ilişkisini saptamak için psoriasis hastaları KEF-II, Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma puanlarına göre ikiye ayrılarak iki grup arasındaki HAM-D skor ortalamaları Tablo 4.18’de karşılaştırılmıştır. KEF-II puanı 23,5’ten (median değer) küçük 59 hasta ile puanı 23,5’ten büyük 59 hastanın karşılaştırılmasında, KEF-II puanı büyük olan grubun HAM-D ölçeği puan ortalamalarının, puanı küçük olan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,000). Freiburg kendindelik ölçeğinin median değerine göre ikiye ayrılması ile oluşturulan hasta grubunda ölçek değeri 35’den küçük olan 60 hasta ile ölçek değeri 35’den büyük olan 58 hastanın HAM-D ölçek puanları ortalamalarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p=0,258). Bilişsel kaynaşma puanı 27,5’ten küçük 60 hasta ile puanı 27,6’ten büyük 58 hastanın karşılaştırılmasında, Bilişsel Birleşme puanı büyük olan grubun HAM-D ölçeği puan ortalamalarının puanı küçük olan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,000)

**Tablo 4.18:** Hasta Grubunda Psikolojik Esnekliğe Göre Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Psikolojik Esneklik</b>	<b>Psikolojik Katılık</b>	
	<b>KEF-II&lt;23,50 (N=59)</b>	<b>KEF-II&gt;23,5 (N=59)</b>	<b>P</b>
<b>HAM-D (Ort±SS)</b>	6,29±5,389	11,73±5,527	0,000
	<b>Freiburg&gt;35,00 (N=60)</b>	<b>Freiburg&lt;35,00 (N=58)</b>	<b>P</b>
<b>HAM-D (Ort±SS)</b>	8,38±6,572	9,66±5,514	0,258
	<b>Bilişsel Kay.&lt;27,50 (N=60)</b>	<b>Bilişsel Kay.&gt;27,50 (N=58)</b>	<b>P</b>
<b>HAM-D (Ort±SS)</b>	6,87±5,460	11,22±5,938	0,000

Mann-Whitney U Testi

**Şekil 4.8:** Hasta Grubunda Psikolojik Esnekliğe Göre Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması

Psoriasis hastalarında depresyonu olan ve olmayan bireylerin DYKİ verileri Tablo 4.19'da karşılaştırılmıştır. Depresyonu olan psoriasis hastalarının yaşam kalitesinin depresyonu olmayan psoriasis hastalarından istatistiksel anlamlı düzeyde daha fazla etkilendiği saptanmıştır.

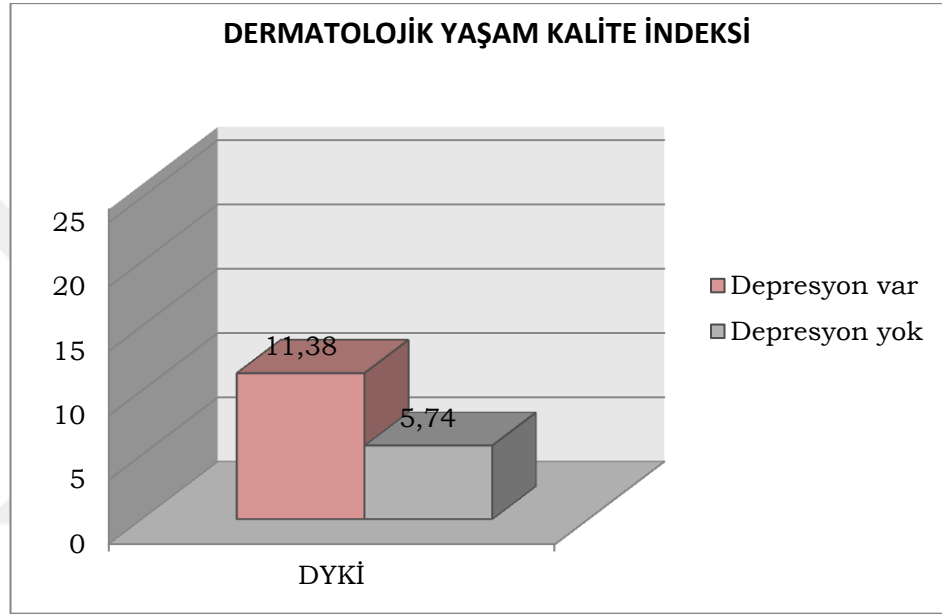


## Bulgular

**Tablo 4.19:** Hasta Grubunda Depresyonu Olan ve Olmayan Bireylerin Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

	<b>Depresyon Yok (N=53)</b>	<b>Hafif-Orta Depresyon (N=65)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>DYKİ</b>	5,74±5,705	11,38±8,210	0,000

Mann-Whitney U Testi



**Şekil 4.9:** Hasta Grubunda Depresyona Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki korelasyon Tablo 4.20'de gösterilmiştir. Depresyon ve yaşam kalitesi arasında  $p=0,000$  düzeyinde anlamlı, iki değişken arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki mevcuttur ( $p=0,000$ ;  $r=0,400$ ).

**Tablo 4.20:** Hasta Grubunda Depresyon Skorları ile DYKİ Skorları Arasındaki Korelasyon

	<b>HAM-D</b>	
	P	r
<b>DYKİ</b>	0,000	0,400

Spearman Korelasyon Analizi

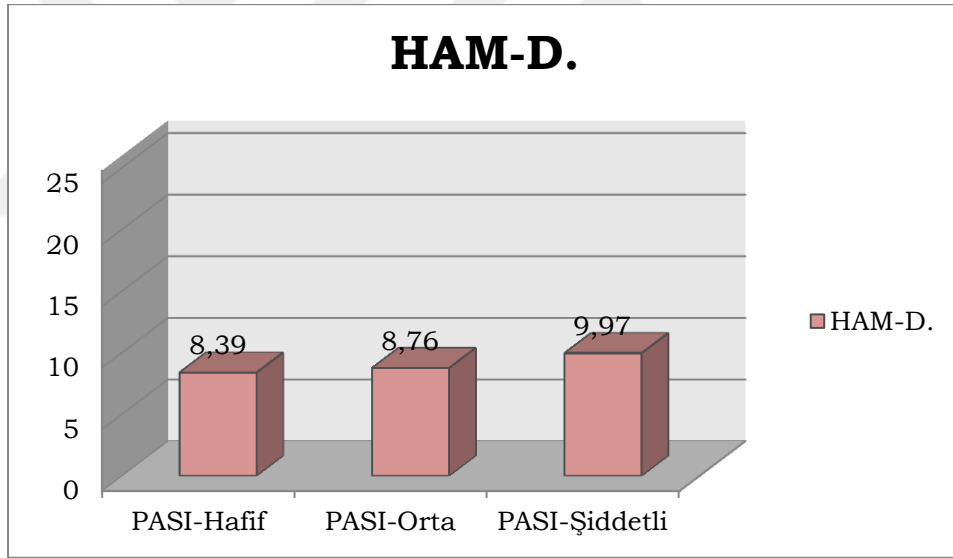
## Bulgular

Psoriasis hastalarında PASİ verilerine göre dermatolojik hastalık şiddeti hafif-orta-şiddetli olarak sınıflandırılarak HAM-D skorları Tablo 4.21'de karşılaştırılmıştır. Psoriasis lezyonlarının şiddetine göre ayrılan hasta gruplarının HAM-D skorlarının ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ( $p=0,546$ ;  $F=0,609$ ).

**Tablo 4.21:** Hasta Grubunda Psoriasis Şiddeti Açısından Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>PASİ-Hafif (N=44)</b>	<b>PASİ-Orta (N=38)</b>	<b>PASİ-Şiddetli (N=30)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>HAM-D</b>	8,39±5,731	8,76±5,621	9,97±7,341	0,546

ANOVA Testi



**Şekil 4.10:** Hasta Grubunda Psoriasis Şiddetine Göre Depresyon Skorlarının Karşılaştırılması

Depresif belirtilerle dermatolojik hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan korelasyon analizi Tablo 4.22'de gösterilmiştir. Depresyon skorları ile PASİ skorları arasında korelasyon ilişkisi saptanmamıştır ( $p=0,303$ ).

**Tablo 4.22:** Hasta Grubunda Depresyon Skorları ile PASİ Skorları Arasındaki Korelasyon

<b>HAM-D</b>		
	p	r
<b>PASİ</b>	0,303	0,098

Spearman Korelasyon Analizi

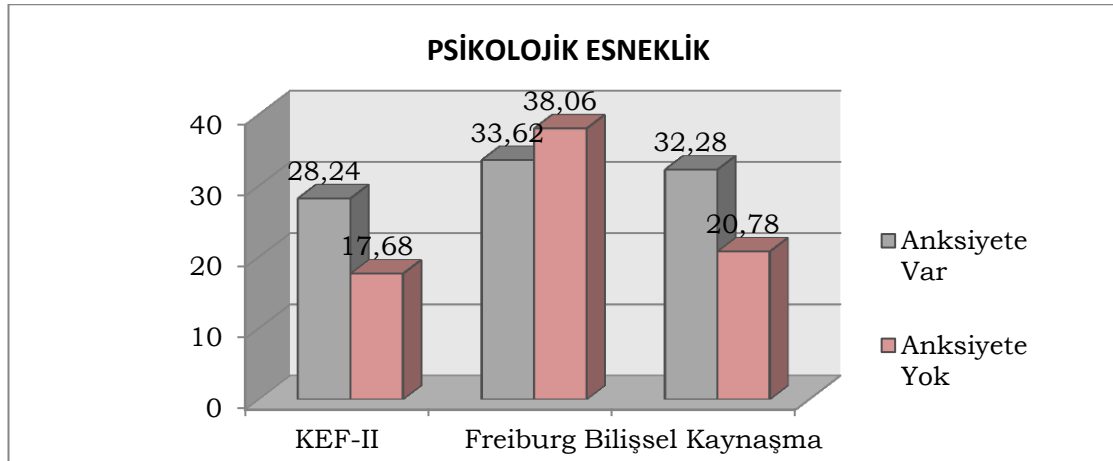
#### 4.7. PSORIASİS HASTALARINDAKİ ANKSİYETE BELİRTİLERİYLE İLİŞKİLİ BULGULAR

HAM-A ölçeği puanı 7 ve aşağısı olan psoriasis hastaları ile puanı 7'den büyük olan hasta grubunun psikolojik esneklikleri Tablo 4.23'de gösterilmiştir. İki grubun karşılaştırılmasında normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçek puan yorumlamasına göre anksiyetesi olmayan (puanı 7 ve aşağısı) psoriasis hastalarının psikolojik esneklikleri anksiyetesi olan psoriasis hastalarından istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

**Tablo 4.23:** Hasta Grubunda Anksiyetesi Olan ve Olmayan Bireylerin KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Anksiyete Yok (N=50)</b>	<b>Hafif-Orta-Şiddetli Anksiyete (N=68)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>KEF-II</b>	17,68±7,257	28,24±9,141	0,000
<b>Freiburg</b>	38,06±8,431	33,62±7,784	0,006
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	20,78±10,023	32,28±9,669	0,000

Mann-Whitney U Testi



**Şekil 4.11:** Hasta Grubunda Anksiyeteye Göre Psikolojik Esnekliğin Karşılaştırılması

Anksiyete skorları ile psikolojik esneklik arasındaki korelasyon Tablo 4.24'de gösterilmiştir. HAM-A skorları ile KEF-II skoru arasında pozitif yönlü  $p=0,000$  düzeyinde orta derecede ( $r=0,576$ ) ve Bilişsel Kaynaşma skorları arasında  $p=0,000$  düzeyinde pozitif yönlü orta derecede ( $r=0,494$ ) bir ilişki mevcuttur.

**Tablo 4.24:** Hasta Grubunda HAM-A Skorları ile KEF-II, Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma Skorları Arasındaki Korelasyon

HAM-A		
	p	r
<b>KEF-II</b>	0,000	0,576
<b>Freiburg</b>	0,002	-0,289
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	0,000	0,494

#### Spearman Korelasyon Analizi

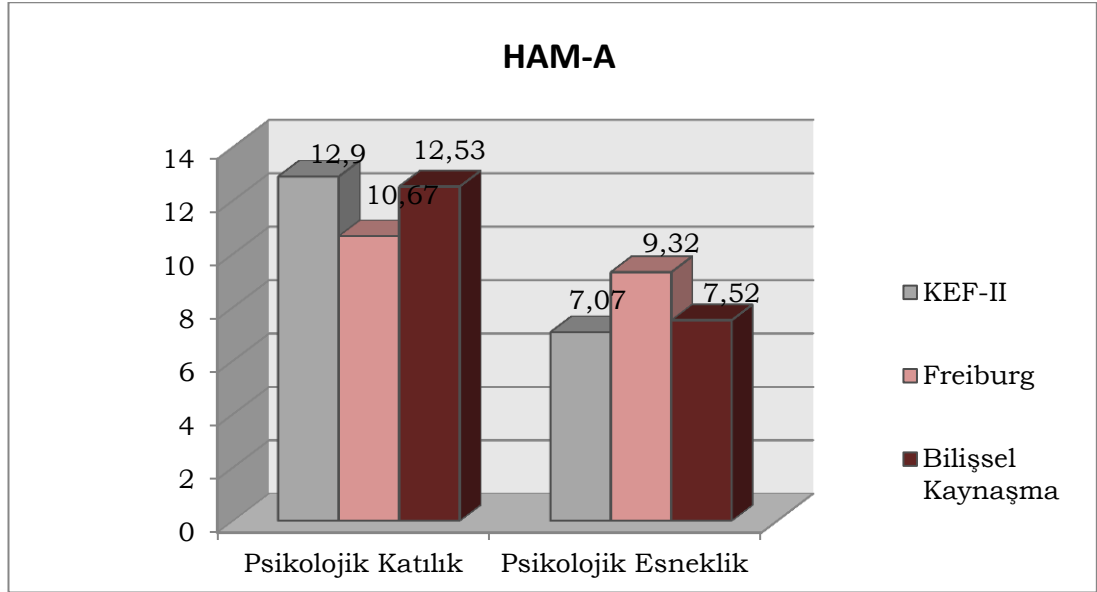
Psikolojik esnekliğin anksiyete ile ilişkisini saptamak için psoriasis hastaları KEF-II, Freiburg ve Bilişsel Kaynaşma puanlarına göre ikiye ayrılarak iki grup arasındaki HAM-A skor ortalamaları Tablo 4.25'de karşılaştırılmıştır. KEF-II puanı 23'ten (median değer) küçük 59 hasta ile puanı 23'ten büyük 59 hastanın karşılaştırılmasında, KEF-II puanı büyük olan grubun HAM-A ölçeği puan ortalamalarının, puanı küçük olan gruba

kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,000$ ). Freiburg Kendinelik Ölçeği'nin median değerine göre ikiye ayrılması ile oluşturulan hasta grubunda ölçek değeri 35'den küçük olan 60 hasta ile ölçek değeri 35'den büyük olan 58 hastanın HAM-A ölçek puanları ortalamalarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p=0,242$ ). Bilişsel kaynaşma puanı 27,5'ten küçük 60 hasta ile puanı 27,5'ten büyük 58 hastanın karşılaştırılmasında, Bilişsel Kaynaşma puanı büyük olan grubun HAM-A ölçeği puan ortalamalarının puanı küçük olan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,000$ ).

**Tablo 4.25:** Hasta Grubunda Psikolojik Esnekliğe Göre Anksiyete Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>Psikolojik Esneklik</b>	<b>Psikolojik Katılık</b>	
	<b>KEF-II&lt;23,50 (N=59)</b>	<b>KEF-II&gt;23,5 (N=59)</b>	<b>P</b>
<b>HAM-A (Ort±SS)</b>	7,07±5,281	12,90±5,851	0,000
	<b>Freiburg&gt;35,00 (N=60)</b>	<b>Freiburg&lt;35,00 (N=58)</b>	<b>P</b>
<b>HAM-A (Ort±SS)</b>	9,32±7,289	10,67±4,986	0,242
	<b>Bilişsel Kay.&lt;27,50 (N=60)</b>	<b>Bilişsel Kay.&gt;27,50 (N=58)</b>	<b>P</b>
<b>HAM-A (Ort±SS)</b>	7,52±5,248	12,53±6,267	0,000

Mann-Whitney U Testi



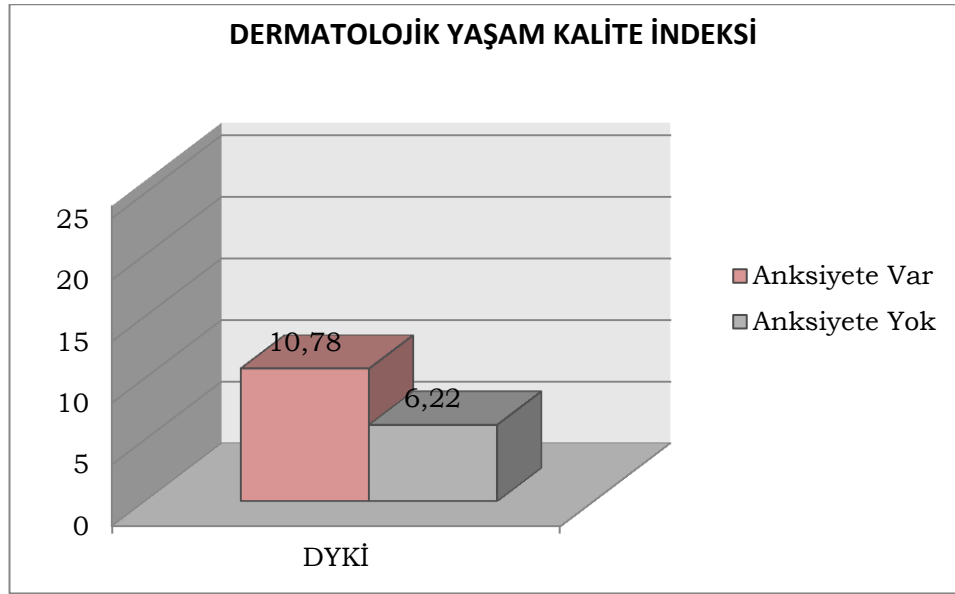
**Şekil 4.12:** Hasta Grubunda Psikolojik Esnekliğe Göre Anksiyete Skorlarının Karşılaştırılması

Psoriasis hastalarında anksiyetesi olan ve olmayan bireylerin DYKİ verileri Tablo 4.26'da karşılaştırılmıştır. Anksiyetesi olan psoriasis hastalarının yaşam kalitesinin anksiyetesi olmayan psoriasis hastalarından istatistiksel anlamlı düzeyde daha fazla etkilendiği saptanmıştır.

**Tablo 4.26:** Hasta Grubunda Anksiyetesi Olan ve Olmayan Bireylerin Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

	<b>Anksiyete Yok (N=50)</b>	<b>Hafif-Orta-Şiddetli Anksiyete (N=68)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>DYKİ</b>	6,22±5,919	10,78±8,305	0,001

Mann-Whitney U Testi



**Şekil 4.13:** Hasta Grubunda Anksiyeteye Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki korelasyon Tablo 4.27’de gösterilmiştir. Anksiyete ve yaşam kalitesi arasında  $p=0,000$  düzeyinde anlamlı, iki değişken arasında pozitif yönde zayıf-orta derecede bir ilişki mevcuttur ( $p=0,000$ ;  $r=0,380$ ).

**Tablo 4.27:** Hasta Grubunda Anksiyete Skorları ile DYKİ Skorları Arasındaki Korelasyon

HAM-A		
	p	r
<b>DYKİ</b>	0,000	0,380

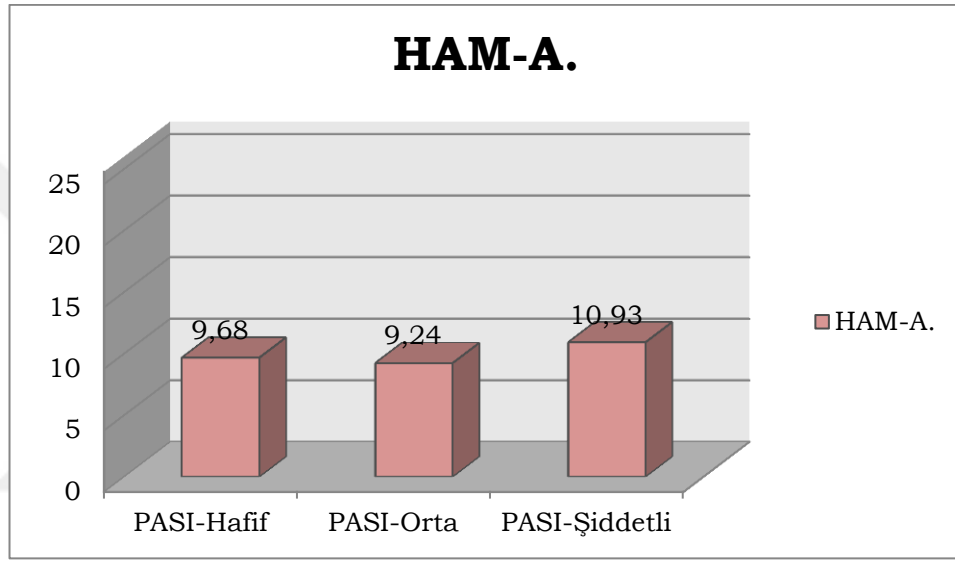
#### Spearman Korelasyon Analizi

Psoriasis hastalarında PASİ verilerine göre dermatolojik hastalık şiddeti hafif-orta-şiddetli olarak sınıflandırılarak HAM-A skorları Tablo 4.28’de karşılaştırılmıştır. Psoriasis lezyonlarının şiddetine göre ayrılan hasta gruplarının HAM-A skorlarının ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ( $p=0,524$ ;  $F=0,649$ ).

**Tablo 4.28:** Hasta Grubunda Psoriasis Şiddeti Açısından Anksiyete Skorlarının Karşılaştırılması

	<b>PASİ-Hafif (N=44)</b>	<b>PASİ-Orta (N=38)</b>	<b>PASİ-Şiddetli (N=30)</b>	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	P
<b>HAM-A</b>	9,68±5,295	9,24±5,772	10,93±7,917	0,524

ANOVA Testi



**Şekil 4.14:** Hasta Grubunda Psoriasis Şiddetine Göre Anksiyete Skorlarının Karşılaştırılması

Anksiyete belirtileri ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan korelasyon analizinde; anksiyete skorları ile PASİ skorları arasında korelasyon ilişkisi saptanmamıştır ( $p=0,555$ ).

**Tablo 4.29:** Hasta Grubunda Anksiyete Skorları ile PASİ Skorları Arasındaki Korelasyon

<b>HAM-A</b>		
	P	r
<b>PASİ</b>	0,555	0,056

Spearman Korelasyon Analizi



#### 4.8. DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE İNDEKSİ İLE KEF-II, PASİ, BİLİŞSEL KAYNAŞMA, FREİBURG VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMATİZASYON ARASINDAKİ KORELASYON

Gruplar normal dağılıma uygun olmadığı için Spearman korelasyon katsayısı kullanıldı. DYKİ ile PASİ arasında zayıf düzeyde (p:0,000, r:0,324), DYKİ ile KEF-II arasında çok zayıf düzeyde (p: 0,021, r : 0,231), DYKİ ile bilişsel kaynaşma arasında çok zayıf düzeyde (p:0,026, r:0,204) pozitif yönde doğrusal ilişki olduğu hesaplanmıştır. DYKİ ile Freiburg ölçeği arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır. DYKİ ile içselleştirilmiş stigmatizasyon arasında istatistiksel anlamlı zayıf-orta derecede (p:0,000, r:0,416) ilişki olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.30:** Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi ile KEF-II, PASİ, Bilişsel Kaynaşma, Freiburg ve İçselleştirilmiş Stigmatizasyon Arasındaki Korelasyon

	DYKİ	
	p	r
<b>PASİ</b>	0,000	0,324
<b>KEF-II</b>	0,021	0,213
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	0,026	0,204
<b>Freiburg</b>	0,085	-0,159
<b>Stigmatizasyon</b>	0,000	0,416

Spearman Korelasyon Analizi

#### 4.9. İÇSELLEŞTİRİLMİŞ STİGMATİZASYON İLE KEF-II, FREİBURG, BİLİŞSEL KAYNAŞMA, PASİ VE DYKİ ARASINDAKİ KORELASYON

İçselleştirilmiş stigmatizasyon ile KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma, PASİ ve DYKİ arasındaki korelasyon incelendiğinde, stigmatizasyon ile KEF-II (p:0,000, r:0,472), bilişsel kaynaşma (p:0,000, r:0,423) ve DYKİ (p:0,000, r:0,416) arasında zayıf-orta düzeyde istatistiksel anlamlı doğrusal ilişki saptanmıştır. Stigmatizasyon ile Freiburg arasında (p:0,000, r:-0,327) zayıf orta düzeyde istatistiksel anlamlı negatif yönlü doğrusal ilişki bulunmuştur. Stigmatizasyon ile PASİ arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır (p:0,125).

**Tablo 4.31:** İçselleştirilmiş Stigmatizasyon ile KEF-II, Freiburg, Bilişsel Kaynaşma, PASİ ve DYKİ Arasındaki Korelasyon

	Stigmatizasyon	
	p	r
<b>KEF-II</b>	0,000	0,472
<b>Freiburg</b>	0,000	-0,327
<b>Bilişsel Kaynaşma</b>	0,000	0,423
<b>PASİ</b>	0,125	0,146
<b>DYKİ</b>	0,000	0,416

Spearman Korelasyon Analizi

---

### TARTIŞMA ve SONUÇ

---

#### 5.1. TARTIŞMA

Bu çalışmaya 18-70 yaş arası 118 psoriasis tanılı hasta ve halihazırda psikiyatrik ve dermatolojik rahatsızlığı olmayan 118 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Hasta grubunda 59 kadın, 59 erkek, kontrol grubunda ise 62 kadın, 56 erkek katılımcı mevcuttur. Hasta ve kontrol grubunun cinsiyet açısından homojen dağıldığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların yaş ortalamaları karşılaştırıldığında; hasta grubunun yaş ortalamasının  $\pm SS$ 'sı  $45,3 \pm 14,3$  iken, kontrol grubunun  $35,3 \pm 13,2$  olarak hesaplanmış ve hasta grubunun yaş ortalaması kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında ise; hasta grubunun eğitim düzeyi kontrol grubundan daha düşük saptanmıştır. Yaş ve eğitim düzeylerindeki bu farklılıkta etkili olan faktörler; hasta grubunun dermatoloji kliniği tarafından düzenli takipleri yapılan, kronik dermatolojik hastalıklardan olan psoriasis hastaları ile yapılmış olması, kontrol grubunun ise çalışmaya dahil olmak isteyen dermatolojik ve psikiyatrik ek hastalığı olmayan sağlıklı gönüllülerden oluşmasıdır. Kontrol grubu olarak çalışmaya katılma konusunda eğitim düzeyi yüksek ve genç kişiler daha istekli olmuştur.

Hasta grubunun %78'i evli, %16,9'u daha önce evlenmemiş, %5,1'i eşi vefat etmiş ya da eşinden boşanmış kişilerden oluşmaktadır. Bu veriler Türkiye'de psoriasis hasta grubu ile yapılan çalışmaların sosyodemografik özelliklerine benzer olarak bulunmuştur (127). Kontrol grubunun yaş ortalaması hasta grubundan daha düşük olduğu için bekar oranı hasta grubundan daha yüksek bulunmuştur.

Psoriasis hastalarında sigara kullanımı Konya yöresinde 2011 yılında C. Akyol ve İ. Mevlitoğlu tarafından 640 psoriasis hastasının dahil edildiği çalışmada %28.2 olarak saptanırken; Türkiye’de kırsal kesimde yaşayan 203 psoriasis hastası ile 2014 yılında G. Akoğlu tarafından yapılan çalışmada %43,3 ve E. Rifaioğlu ve G. Özarmağan tarafından yapılan 626 hastalık çalışmada ise %42,3 olarak saptanmıştır (8,127,128). Bizim çalışmamızda ise Akoğlu ve Rifaioğlu’nun çalışmasına benzer şekilde ve %43,2 bulunmuştur ve sigara kullanımı hasta grubunda kontrol grubundan fazla olmasına karşın istatistiksel anlamlı bulunmamıştır. Alkol kullanımı ise kontrol grubunda daha fazla saptanmış bu durum yaş ortalamasının genç olması ve alkol kullanımının daha fazla görüldüğü öğrencilerin kontrol grubunda sayıca fazla olması ile açıklanabilir (129,130).

Hastaların %61’inde 10 yıldan uzun süreli psoriasis öyküsü mevcuttur ve %89,8’inde kronik plak tipi lezyonlar görülmüştür. Literatürde de en sık görülen sedef tipi kronik plak olarak karşımıza çıkmaktadır ve psoriasis hastalarıyla yapılan Akyol ve Koryürek’in çalışmasında hastaların %90’ında, G. Akoğlu’nun çalışmasında hastaların %84,8’inde, E. Rifaioğlu’nun çalışmasında ise hastaların %84,8’inde kronik plak tipi lezyonlar tanımlanmıştır, Kundakçı ve ark. yaptığı çalışmada ise hastaların %68’inde kronik plak tipi lezyon belirtilmiştir (8,127,128,131,164). Bizim çalışmamızın sonuçları Akyol, Koryürek ve Akoğlu’nun çalışmalarına benzer şekilde çıkmıştır.

Çalışmalarda psoriasis hastalık şiddetini değerlendirmekte sıklıkla PASİ skorları kullanılmış olup Tekin ve ark.’nın 275 psoriasis hastasıyla yaptığı çalışmada ortalama hastalık şiddeti 6,5 ; Akyol ve ark.’nın 640 hasta ile yapılan çalışmada 7,6 olarak saptanmıştır (128,163). Kundakçı ve ark.’ı 329 hastada ortalama PASİ skorunu 4,4 olarak saptarken; G. Akoğlu’nun 203 hastadaki PASİ skor ortancası 3,6 olarak bulunmuştur (127,164). PASİ 0-5; hafif, 5-10; orta ve >10 şiddetli olarak kabul edilerek hesaplandığında çalışmamızdaki hastaların %60,7’sine orta veya şiddetli psoriasis lezyonları tespit edilmiş ve bizim çalışmamızın PASİ skor ortancası Tekin ve ark.’nın çalışmasına benzer şekilde 6,6 olarak saptanmıştır.

Hastaların yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; DYKİ puanları 0-5 arasında olanlar az, 5-11 arasında olanlar orta, 11’den büyük olanlar şiddetli düzeyde yaşam kalitesinin etkilendiği şeklinde sınıflandırılmıştır.

Çalışmamıza dahil edilen hastaların %60,7'sinin PASİ skoru <10 ve %39,3'ünün PASİ skoru  $\geq 10$  olup; hastaların %44,9'u yaşam kalitesinin az etkilendiğini belirtirken, %27,1'i orta düzeyde, %28'i şiddetli düzeyde etkilendiğini belirtmiştir. Koryürek ve ark.'ı tarafından yapılan bir çalışmada PASİ skoru<10 olan 76 ve PASİ skoru $\geq 10$  olan 24 psoriasis hastasının %60 hafif düzeyde, %29 orta düzeyde, %11 şiddetli düzeyde yaşam kalitesinde etkilenme olduğu saptanmıştır (131). Literatürde PASİ skoru ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki ile ilgili farklı saptamalar mevcuttur. Bazı çalışmalara göre hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin etkilenme biçimi de artmıştır (132,133,134,135). Koryürek'in çalışmasında olduğu gibi bazı çalışmalarda ise yaşam kalitesi ile PASİ skoru arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (131,132,136,137,138). Koryürek'in çalışmasında yaşam kalitesini en çok etkileyen faktörün hastalık şiddetinden ziyade hastaların kendileri ile ilgili algıları ve duyguları olduğu kanaatine varılmıştır (131). Bizim çalışmamızda, PASİ skoru ile yaşam kalitesi arasında zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır ve çalışmamız hastalık şiddetinden bağımsız olarak yaşam kalitesini etkileyen ruhsal mekanizmaları araştıran literatürdeki ilk çalışma niteliğindedir.

Çalışmamızda hasta ve kontrol gruplarının ailede psikiyatrik hastalık bulunma oranları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Geçmişte psikiyatrik başvurularının olup olmadığı değerlendirildiğinde ise hasta grubunun %38,1'i daha önce bir psikiyatri hekimine başvurduğunu belirtirken, kontrol grubunda bu oran %11,9 olarak saptanmıştır ve çalışmamızdaki psoriasis hastalarının %20,3'ünün halihazırda devam eden psikiyatrik tedavisi mevcuttur. Literatürde psoriasis hastalarında depresyon oranını %44, anksiyete oranını ise %55 olarak bildiren çalışmalar bulunmaktadır (139,140). Bizim çalışmamızda da hastaların HAM-D skoru ortalama $\pm$ SS'sı  $9,01\pm 6,083$ , HAM-A skoru  $9,98\pm 6,274$  olarak saptanmıştır. HAM-D ve HAM-A skorlarına göre hastaların %55'inde hafif yada orta şiddette depresif semptomların ve %57,6'sında anksiyete semptomlarının olduğu görülmüştür. Çalışmamızın sonuçlarına göre depresyon ve anksiyetesini olan bireylerin yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği ve dermatolojik hastalık şiddetini gösteren PASİ skorları ile depresyon ve anksiyete skorları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde ilişki bulunmamaktadır. Toplum ortalamasının üzerinde olan psikopatoloji

görülme oranlarının hastalık şiddeti, psoriasis tutulum yeri yada artrit varlığı gibi psoriasis bulguları ile ilişkisini inceleyen çalışmalarda bulguların çelişkili olması üzerine, çalışmalar bireyin dışarıdan anlaşılan bir hastalığa sahip olması ve toplum tarafından oluşturulan hastalıkla ilgili olumsuz kalıp yargıların (stigmatizasyonun) kişinin ruhsal durumunu etkilemesine odaklanmıştır. Gupta'nın çalışmasında orta ve şiddetli psoriasis olan 137 hastada damgalanmanın psikolojik etkisi araştırılmış bu araştırmada hastaların %26,3'ü hastalıkları nedeniyle insanların bir önceki ayda onlara dokunmamaya bilinçli çaba gösterdiklerini bildirmiş ve damgalanmış grubun damgalanmamış gruba göre daha fazla hastalık şiddetine sahip olmadığı ancak daha yüksek depresyon skorlarına sahip olduğu görülmüştür (141). Alpsy ve ark.'nın çalışmasında da psoriasis hastalarında damgalanmanın değerlendirilmesi için PİDÖ kullanılmış ve PASİ skoru ile PİDÖ toplam puanı arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamış, aynı şekilde VYA (Vücut Yüzey Alanı) ile PİDÖ arasında da istatistiksel anlamlı bir ilişki görülmezken DYKİ ile PİDÖ toplam puanı arasında ortalama değerlerin korelasyonu açısından istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur (119). Alpsy'un çalışmasında da Gupta'nın çalışmasında olduğu gibi stigmatizasyon; psoriasis hastalık şiddeti ve tutulan vücut yüzeyi büyüklüğü ile ilişkili bulunmazken, bireyin kendisini damgalanmış hissetmesi yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda da PİDÖ ile DYKİ arasında istatistiksel anlamlı düzeyde korelasyon olduğu saptanmıştır ve mevcut çalışmalardan farklı olarak stigmatizasyon ve yaşam kalitesine etkisi olabilecek psikolojik süreçlerden biri olan psikolojik esneklik araştırılmıştır.

Psikolojik esneklik, bilinçli bir insan olarak içinde bulunulan zamana zihnin yorumladığı gibi değil, olduğu gibi temas etme ve kişiye özel değerler doğrultusunda içinde bulunulan durumun gerektirdiği davranışı devam ettirme ya da değiştirme yeteneğidir (142). Kabaca, ana odaklı değerler doğrultusunda eylemde bulunma becerisi olarak özetleyebileceğimiz psikolojik esneklik, ACT için psikopatolojik durumlarda terapi hedefi olarak belirlenmiştir (18). Psikolojik esnekliğin kaybolduğu, birbiriyle ilişkili 6 süreç sonucu şekillenen psikolojik katılık (*psychological inflexibility*) halinin psikiyatri kliniğinde karşımıza çıkan birçok psikopatolojik durumla ilişkili

olduğu gösterilmiştir; Depresyon, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, psikoaktif madde kötüye kullanımı, kronik ağrı, yeme bozukluğu, trikotillomani ve psikozda psikolojik katılık formülasyonu üzerinden yapılan randomize kontrollü çalışmaların etkinliği metaanaliz çalışmalarıyla gösterilmiştir (28,143,144).

Kronik ağrısı olan 70 hasta ile yapılan bir çalışmada hastalarda yaşantısal kaçınmayı değerlendirmek için KEF-II ölçeği kullanılmış ve yaşantısal kaçınma anksiyete ile orta düzeyde, depresyon ve stres ile yüksek düzeyde ilişkili bulunmuştur (146). Ağrının kabulü ile daha az depresyon ve stresin görüldüğü gözlenmiştir (147). Yeme bozuklukları etyolojisinde psikolojik esnekliğe işaret edilmiştir. Beden imajı esnekliği bireyin psikolojik esnekliğinin artışı ile vücut görüntüsündeki memnuniyetsizliğin azalması ve daha az düzensiz yemek yeme ile ilişkili bulunmuştur (148). Masuda'nın çalışmasında da psikolojik esnekliğin azlığı yeme bozukluğu artışı ile ilişkili bulunmuştur (149). Kanser hastaları ile yapılan Feros ve ark.'nın çalışmasında hastalara 9 seanslık ACT uygulanmış ve tedavi başlangıcı, 4. seans sonrası, 9. seans sonrası ve tedavi bitiminden üç ay sonrasında yapılan değerlendirmelerin sonucunda ACT müdahaleleri ile artan psikolojik esnekliğin, olumsuz duygulanım ve ruhsal zorlanmada azalma ve yaşam kalitesinde artış ile ilişkisi gösterilmiş ve kanser hastalarında ruhsal zorlanmaların azaltılmasında ACT uygulaması önerilmiştir (150). Masuda ve Tully'nin 2012 yılındaki bir çalışmasında; psikolojik esneklik ile depresyon, anksiyete, somatizasyon ve genel ruhsal sıkıntı arasındaki ilişki incelenmiş. Bu çalışmanın sonuçlarına göre psikolojik esneklik ve kendindelik arasında pozitif korelasyon olup hem psikolojik esnekliğin hem de kendindelğin psikolojik sıkıntıların tüm biçimleri ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya katılan kadınların daha düşük psikolojik esnekliğe sahip olduğu, yüksek kaygı, somatizasyon ve daha fazla psikolojik rahatsızlık hissi yaşadığı ve psikolojik esnekliğin düşük olması ile bu durumlar arasında ilişkili bulunduğunu saptamıştır (151).

Psikolojik esnekliği değerlendirmek için kavramı geliştiren kuramcılarının geliştirdiği ve psikolojik esnekliği ayrıntıları ile değerlendiren, yüksek iç tutarlılığı ve güçlü psikometrik özellikleri olan Kabul Eylem Formu-II (KEF-II) kullanılmıştır (115,152,153,154). Her ne kadar psikolojik esnekliği değerlendirmede KEF-II yeterli olsa da psikolojik esnekliğin diğer iki

sürecini de daha ayrıntılı inceleyebilmek için ana odaklı farkındalık ölçeği olan Freiburg Kendinelik Envanteri ve kişinin içsel yaşantıları ve düşünceleriyle kurduğu ilişkiyi değerlendiren Bilişsel Kaynaşma Ölçeği kullanılmıştır.

Bizim çalışmamızda psoriasis hastalarının psikolojik esneklikleri kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (Tablo 4.6,  $p=0,000$ ). Hasta grubunda halihazırda psikiyatrik tedavi gördüğünü belirten 24 psoriasis hastası hariç tutularak 94 psoriasis hastası ve 118 kontrol ile psikolojik esneklik ölçeklerinin karşılaştırılması yinelenmiş ve hasta grubunun psikolojik esneklik düzeylerinin kontrol grubundan yine istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7,  $p=0,000$ ). Cinsiyet açısından karşılaştırıldığında psoriasis hastalarında kadınların psikolojik esneklikleri erkek hastalardan istatistiksel anlamlı düzeyde daha düşük saptanmış ancak kontrol grubunda kadın ve erkek cinsiyeti açısından psikolojik esneklikte farklılık görülmemiştir. Çalışma ve kontrol grubunun yaş ortalaması açısından homojen olmaması çalışma sonuçları üzerinde sınırlılık oluşturacak bir faktör olarak düşünülebilir ancak hem hasta grubu hem kontrol grubunda yaşa göre psikolojik esneklikleri karşılaştırılmış; 44 yaş altında ve üstünde olanlar olarak iki gruba ayrılarak değerlendirildiğinde psikolojik esneklikte yaşa bağlı değişiklik saptanmamıştır. Aynı şekilde düşük ve yüksek eğitim düzeyi ile psikolojik esneklik arasında ilişki incelendiğinde KEF-II ve Freiburg skorları eğitim düzeyi ile değişmezken, kontrol grubunda eğitim düzeyi düşük olan grupta bilişsel kaynaşma puan skorları daha yüksek saptanmıştır ancak bu farklılık hasta grubundaki karşılaştırmada tespit edilmemiştir.

Bireyin hastalık nedeniyle damgalanmış hissetmesi yaşam kalitesi ile en ilişkili parametre olarak bulunmuş ve stigmatizasyon ile psoriasis hastalık şiddeti arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.30, Tablo 4.31). Yaşam kalitesinin depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisini incelediğimizde, HAM-A ve HAM-D ölçeklerindeki eşik değerler üzerindeki hasta grubunun DYKİ skorlarının eşik değer altındaki hasta grubundan belirgin oranda yüksek seyrettiği görülmüştür (Tablo 4.19, Tablo 4.26). Stigmatizasyonu etkileyen parametreler karşılaştırıldığında çalışmamızda damgalanmayı en fazla etkileyen parametrenin KEF-II skorları olduğu tespit edildi. Bununla birlikte bilişsel birleşme ve kendinelik skorlarının da psoriasis hastalık şiddetini



gösteren PASİ skorlarından daha kuvvetli bir ilişki şekilde stigmatizasyonu etkilediği görülmüştür (Tablo 4.31). Tıpkı stigmatizasyonda olduğu gibi psoriasis hasta grubunda depresyon ve anksiyete belirtilerinin PASİ skorları ile ilişkili olarak belirgin farklılıklar göstermediği (Tablo 4.21, Tablo 4.22, Tablo 4.28, Tablo 4.29) fakat KEF-II ve bilişsel birleşme skorları yüksek olan psoriasisli hastaların anksiyete ve depresyon belirtilerinin belirgin olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.18, Tablo 4.25). Bu bulgular değerlendirildiğinde psoriasisde yaşam kalitesini en fazla etkileyen parametreler olan stigmatizasyon ile depresyon ve anksiyete belirtilerinin, psoriasis hastalığının şiddetinden (PASİ) çok psikolojik esneklik süreçleri (KEF-II, Bilişsel Kaynaşma ve Freiburg Kendinelik Envanteri) ile ilgili olduğu görülmüştür.

Psikolojik semptomlar cilt hastalıklarında sıkça görülen bulgulardır. Psoriasis hastalarında yapılan bir çok çalışmada bu hastaların genel popülasyon kontrollerinden daha fazla depresyona uğradıkları gösterilmiştir (155,156,157,158). Gupta ve ark. 127 sedef hastası ile yaptıkları çalışmada, hastaların %9,7'sinin ölmek istediklerini bildirdiklerini ve %5,5'inin çalışma anında aktif intihar düşüncesi bildirdiklerini belirtmiştir (156). Stres ve olumsuz duygusal durumlar aynı zamanda pro-inflamatuar sitokinlerin salınmasına neden olarak cilt bulgularının kötüleşmesine de neden olabilir (159). Literatürde stresle psoriasis lezyonlarının tetiklendiğini belirten birçok çalışma bulunmaktadır (32,33,34). Devrimci ve ark. çalışmasında da benzer şekilde sonuçlar bildirilmiş olup 50 psoriasis hastasının 34'ü hastalığın başlangıcından önceki son 3 ay içinde psikolojik olarak stresli bir olay hatırlamış ve 44 hasta ise yeni lezyon oluşumunun psikolojik stresle ilişkili olduğunu belirtilmiştir (158). Bu bilgilerle birlikte hastalığının stresle ilişkili olduğuna inanan hastaların, böyle bir inanca sahip olmayan hastalara göre olayları daha fazla hatırlama olasılığının yüksek olabileceğine değinilerek uzun vadeli çalışmalara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır (158). Psoriasis hastalarında stresin etkileşim yönünde tam bir anlaşmaya varılamasa da bu bireylerde sadece dermatolojik tedavi ile kısıtlı kalmayıp, psikolojik şikayetlere yönelik tedavinin de eklendiği psiko-kutanöz müdahaleler yaşamı iyileştirici hatta hayat kurtarıcı olabilir. Dermatolojik rahatsızlıklarda uygulanacak psiko-kutanöz girişimler ise hastalığa özgü değildir, çünkü bir yöntemin sürekli olarak diğerine üstün olduğu

gösterilememiştir (159). Örneğin, bilişsel davranışçı psikoterapinin psoriasis hastalarında etkili olduğu bilinmekte ancak diğer terapi yöntemlerinden daha üstün olduğu açık değildir. Psoriasis tedavisinde 6 haftalık BDT uygulanan bir çalışmada anksiyete, depresyon ve sedef hastalığı ile ilişkili stresin iyileştiği ve bilişsel davranışsaçı müdahale grubundaki hastalar konvansiyonel tedavi grubundakilerin klinik iyileşmesinin üç katına sahip olduğu gösterilmiştir (160). BDT gibi biofeedback ve hipnozun da dermatolojik hastalıklar ve eşlik eden ruhsal sıkıntıların tedavisinde kullanılmasının faydalı olacağı belirtilmektedir (161).

Literatürde 1986 yılından itibaren 2017 Eylül ayına kadar stres yönetimi, depresyon ve anksiyete bozuklukları spektrumunda ACT temelli 43 randomize kontrollü çalışması bildirilmesine rağmen psöriazis hastalığına sahip bireylerde yapılmış ACT merkezli bir müdahale çalışması bulunmamaktadır (28,143,144,162). Üçüncü kuşak yaklaşımlardan Kendinelik Temelli Stress Azaltımı (*Mindfulness Based Stress Reduction-MBSR*) programı ile yapılan bir çalışmada standart tedaviye eklenen kendinelik egzersizleri grubunda, karşılaştırma grubuna göre daha hızlı bir iyileşme saptanmıştır (145). Çalışmamızda psoriasis grubunda ana odaklanma güçlüğü, yaşantısal kaçınma ve bilişsel birleşme süreçlerinin kontrol grubuna kıyasla belirgin olması hasta grubunun psikolojik esnekliğinin azalmış olduğunu işaret etmektedir. Çalışmamızda hasta grubunda psikolojik esneklik düzeyleri karşılaştırıldığında, psikolojik katılığını daha belirgin olan grubun depresyon ve anksiyete skorlarının daha yüksek olduğu ve yaşam kalitelerinin psikolojik esnekliği daha fazla olan gruba kıyasla daha fazla bozulmuş olduğu görülmüştür. Bu bulgular ışığında psikolojik esnekliği artırmaya yönelik (özellikle kendinelik egzersizleri, kabul ve ayrışma müdahalelerini içeren) ACT uygulamalarının psoriasis hastalarında depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltacağı, içsel-damgalanmayı azaltarak yaşam kalitesini iyileştireceği beklenilmektedir.

## 5.2. TEZİN KISITLILIKLARI

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu yaş, eğitim düzeyi, medeni durum sosyodemografik verileri açısından homojen değildi. Yaşam kalitesi değerlendirmesinde dermatolojik yaşam kalite indeksi kullanıldığı için

sadece hasta grubunda yaşam kalitesi değerlendirildi, kontrol gurubunda yaşam kalitesine bakılmadı. Anksiyete ve depresyon değerlendirmesi sadece hasta grubuna yapıldı.

### **5.3. SONUÇ**

Çalışmamızda psoriasis hastalarının psikolojik esneklikleri, kontrol grubunun psikolojik esnekliklerine göre azalmış olarak bulunmuştur. Yayınlanmış çalışmalardaki psikolojik esnekliğin azalması ile psikopatolojilerin artışı gösteren veriler dikkate alındığında; psoriasis hastalarındaki psikolojik sorunların toplum ortalamasının üstünde neredeyse %40 seviyelerinde gözlenen yüksek depresyon, anksiyete oranları ile görülmesi çalışmamız verilerine göre psikolojik katılık ile ilişkili olabilir.

Psoriasis hastalarının yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştıran bir çok çalışmada vurgulandığı gibi bizim çalışmamızda da yaşam kalitesi ile psoriasis hastalık şiddeti arasındaki ilişki zayıf bulunmuş, hastaların hastalık sebebiyle damgalanmış hissetmeleri yaşam kalitesini etkileyici faktör olarak öne çıkmıştır. Çalışmamızda stigmatizasyonu etkilen en güçlü parametrenin psikolojik esneklik olduğu görülmüştür.

Psikolojik esnekliğin arttırılmasına yönelik müdahaleleri içeren ACT ile yapılan çalışmalarda, psikolojik esnekliğin artışı ile ruhsal zorlanma, depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma ve yaşam kalitesinde artma bildirilmiş ancak psoriasis hastaları ile yapılan yayınlanmış bir çalışma bulunamamıştır (28,143,144).

Psoriasis hastalarında psikojenik stres atak tetikleyici risk faktörü olarak sıkça söz edilmekte ve bazı çalışmalarda atakların neredeyse yarısının psikojenik stres sonrasında görüldüğü belirtilmiştir. Bu durum psoriasis hastalarında ruhsal iyilik halinin sağlanmasının psoriasis seyri üzerinde de önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızdaki veriler, psoriasis hastalarında psikolojik esnekliğin arttırılmasına yönelik müdahaleler ile depresyon ve kaygı belirtilerinde azalma, damgalanma algısında azalma ve yaşam kalitesinde iyileşme olabileceğine dair beklentimizi arttırmaktadır. Bu anlamda yapılacak ileriye dönük karşılaştırmalı ACT müdahale çalışmalarının psoriasisde yaşam

kalitesini arttırmaya y6nelik araştırmalar için 6nemli bir veri kaynağı olabileceği d6ř6n6lmektedir. İleri alışma 6nerileri olarak; psoriasis hastalarında ACT m6dahaleleri 6ncesi ve sonrasında psikolojik esnekliğe ilişkin parametrelerin karşılaştırılması ve diğer kronik hastalıklarda da psikolojik esnekliğin araştırılarak ortaya çıkan farkın psoriasis mi 6zg6 yoksa kronik hastalıklara mı 6zg6n olduğunun araştırılması yararlı olabilir.



---

## Kaynaklar

---

1. Koblenzer, Caroline S. "Psychosomatic concepts in dermatology: A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint." *Archives of dermatology* 119.6 (1983): 501-512.
2. Mercan, Sibel, and Altunay İK. "Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji." *Türk Psikiyatri Dergisi* 17.4 (2006): 305-313.
3. Winnicott, Donald W. "The maturational process and the facilitating environment." (1965). *Studies in the theory of emotional development*. New York: International Universities Press. Winnicott, D. W. (2010).
4. *The Skin Ego, by Didier Anzieu, translated by Chris Turner, New Haven, CT: Yale University Press, 1989*
5. Philbrick, Kemuel L., et al. *Clinical Manual of Psychosomatic Medicine: A guide to consultation-liaison Psychiatry*. American Psychiatric Pub, 2012.
6. Boztaş M. and Polat M. Psoriasis ve Psikiyatrik Bozukluklar, *Dermatoz Dergisi*.2010;11:39-45.
7. Osborne, J. E., and P. E. Hutchinson. "Demographic and clinical correlates of extent of psoriasis during stable disease and during flares in chronic plaque psoriasis." *British Journal of Dermatology* 158.4 (2008): 721-726.
8. Rifaioğlu, Emine. "Clinical and demographic characteristics of 626 patients with moderate and severe psoriasis." *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 4.141 (2014): 9-14.
9. Ferreira, Bárbara Isabel Roque Cunha, et al. "Psoriasis and associated psychiatric disorders: a systematic review on etiopathogenesis and clinical correlation." *The Journal of clinical and aesthetic dermatology* 9.6 (2016): 36.

10. Rao, TS Sathyanarayana, K. H. Basavaraj, and Keya Das. "Psychosomatic paradigms in psoriasis: Psoriasis, stress and mental health." *Indian journal of psychiatry* 55.4 (2013): 313.
11. Kumar, Surender, et al. "Psychiatric morbidity in psoriasis patients: A pilot study." *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology* 77.5 (2011): 625.
12. Köşger F, Bilgili ME, Genek M, Yıldız B, Saraçoğlu N, Eşsizöğlü A. Psoriasis hastalarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin hastalığın şiddeti ile ilişkisi. *Journal of Mood Disorders* 2014;4(4):157-62.
13. Kılıç, A., et al. "Temperament and character profile of patients with psoriasis." *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 22.5 (2008): 537-542.
14. Harvima, R. J., et al. "Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients." *Acta dermato-venereologica* 76.6 (1996): 467-471.
15. Griffiths, C. E. M., and H. L. Richards. "Psychological influences in psoriasis." *Clinical and experimental dermatology* 26.4 (2001): 338-342.
16. Vardy, D., et al. "Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients." *British Journal of Dermatology* 147.4 (2002): 736-742.
17. Schmid-Ott, Gerhard, Sabine Schallmayer, and Iris Tatjana Calliess. "Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience." *Clinics in dermatology* 25.6 (2007): 547-554.
18. Hayes, Steven C., et al. "Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes." *Behaviour research and therapy* 44.1 (2006): 1-25.
19. Hayes, Steven C., et al. "Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy." *Behavior therapy* 44.2 (2013): 180-198.

20. Gloster, Andrew T., et al. "Assessing psychological flexibility: What does it add above and beyond existing constructs?." *Psychological assessment* 23.4 (2011): 970.
21. Kashdan, Todd B., and Jonathan Rottenberg. "Psychological flexibility as a fundamental aspect of health." *Clinical psychology review* 30.7 (2010): 865-878.
22. Forman, Evan M., et al. "A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression." *Behavior modification* 31.6 (2007): 772-799.
23. Twohig, Michael P., Steven C. Hayes, and Akihiko Masuda. "Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder." *Behavior therapy* 37.1 (2006): 3-13.
24. Dalrymple, Kristy L., and James D. Herbert. "Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study." *Behavior Modification* 31.5 (2007): 543-568.
25. Roemer, Lizabeth, Susan M. Orsillo, and Kristalyn Salters-Pedneault. "Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial." *Journal of consulting and clinical psychology* 76.6 (2008): 1083.
26. Woods, Douglas W., Chad T. Wetterneck, and Christopher A. Flessner. "A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania." *Behaviour research and therapy* 44.5 (2006): 639-656.
27. Hayes, Steven C., et al. "A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts." *Behavior therapy* 35.4 (2004): 667-688.
28. Ruiz, Francisco J. "A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies." *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 10.1 (2010):125-162.

29. Pascoe, Michaela C., et al. "Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis." *Journal of Psychiatric Research*(2017).
30. Ferszt, Ginette G. et al. "The Impact of a Mindfulness Based Program on Perceived Stress, Anxiety, Depression and Sleep of Incarcerated Women." Ed. Paul B. Tchounwou. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 12.9 (2015): 11594–11607. *PMC*. Web. 17 Sept. 2017.
31. Gregg, Jennifer A., et al. "Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial." *Journal of consulting and clinical psychology* 75.2 (2007): 336.
32. Seville, R. H. "Psoriasis and stress." *British Journal of Dermatology* 97.3 (1977): 297-302.
33. Gupta, Madhulika A., et al. "A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors: a study of 127 patients." *General hospital psychiatry* 11.3 (1989): 166-173.
34. Fortune, Dónal G., et al. "Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy." *Archives of Dermatology* 139.6 (2003): 752-756.
35. Bargh, John A., and Lawrence E. Williams. "The nonconscious regulation of emotion." *Handbook of emotion regulation* 1 (2007): 429–445.
36. Rottenberg, Jonathan, and James J. Gross. "When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science." *Clinical Psychology: Science and Practice* 10.2 (2003): 227-232.
37. Campbell-Sills, Laura, and David H. Barlow. "Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders." (2007).
38. Cole, Pamela M., Sarah E. Martin, and Tracy A. Dennis. "Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research." *Child development* 75.2 (2004): 317-333.



39. Gratz, Kim L., and Lizabeth Roemer. "Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale." *Journal of psychopathology and behavioral assessment* 26.1 (2004): 41-54.
40. Lynch, Thomas R., et al. "Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder." *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 3 (2007): 181-205.
41. Nolen-Hoeksema, Susan, Blair E. Wisco, and Sonja Lyubomirsky. "Rethinking rumination." *Perspectives on psychological science* 3.5 (2008): 400-424.
42. Rottenberg, Jonathan, James J. Gross, and Ian H. Gotlib. "Emotion context insensitivity in major depressive disorder." *Journal of abnormal psychology* 114.4 (2005): 627.
43. Johnson, Sheri L. "Mania and dysregulation in goal pursuit: A review." *Clinical psychology review* 25.2 (2005): 241-262.
44. Mennin, Douglas, and Frank Farach. "Emotion and evolving treatments for adult psychopathology." *Clinical Psychology: Science and Practice* 14.4 (2007): 329-352.
45. Kashdan, Todd B., and William E. Breen. "Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable." *Behavior Therapy* 39.1 (2008): 1-12.
46. Bydlowski, Sarah, et al. "Emotion-processing deficits in eating disorders." *International journal of eating disorders* 37.4 (2005): 321-329.
47. Clyne, Courtney, and Neville M. Blampied. "Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study." *Behaviour Change* 21.4 (2004): 269-281.
48. Fairburn, Christopher G., et al. "A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments." *Archives of general psychiatry* 52.4 (1995): 304-312.
49. Polivy, Janet, and C. Peter Herman. "Causes of eating disorders." *Annual review of psychology* 53.1 (2002): 187-213.

50. Sher, Kenneth J., and Emily R. Grekin. "Alcohol and Affect Regulation." (2007).
51. Fox, H. C., et al. "Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence." *Drug and alcohol dependence* 89.2 (2007): 298-301.
52. Tice, Dianne M., Ellen Bratslavsky, and Roy F. Baumeister. "Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it!" *Journal of personality and social psychology* 80.1 (2001): 53.
53. Linehan, Marsha. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press, 1993.
54. Mennin, Douglas S., et al. "Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology." *Behavior therapy* 38.3 (2007): 284-302.
55. Ehring, Thomas, et al. "Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals." *Personality and Individual Differences* 44.7 (2008): 1574-1584.
56. Orgeta, Vasiliki. "Specificity of age differences in emotion regulation." *Aging and Mental Health* 13.6 (2009): 818-826.
57. Slee, Nadja, et al. "Emotion regulation as mediator of treatment outcome in therapy for deliberate self-harm." *Clinical Psychology & Psychotherapy* 15.4 (2008): 205-216.
58. Gratz, Kim L., and Matthew T. Tull. "The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders." *Cognitive therapy and research* 34.6 (2010): 544-553.
59. Hayes, Steven C., et al. "Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment." *Journal of consulting and clinical psychology* 64.6 (1996): 1152.
60. Aldao, Amelia, Susan Nolen-Hoeksema, and Susanne Schweizer. "Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review." *Clinical psychology review* 30.2 (2010): 217-237.

61. Naragon-Gainey, Kristin, Tierney P. McMahon, and Thomas P. Chacko. "The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination." (2017): 384.
62. Aldao, Amelia, and Susan Nolen-Hoeksema. "One versus many: Capturing the use of multiple emotion regulation strategies in response to an emotion-eliciting stimulus." *Cognition & emotion* 27.4 (2013): 753-760.
63. Brans, Karen, et al. "The regulation of negative and positive affect in daily life." *Emotion* 13.5 (2013): 926.
64. Dixon-Gordon, Katherine L., Amelia Aldao, and Andres De Los Reyes. "Emotion regulation in context: Examining the spontaneous use of strategies across emotional intensity and type of emotion." *Personality and Individual Differences* 86 (2015): 271-276.
65. Aldao, Amelia, and Susan Nolen-Hoeksema. "The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies." *Behaviour research and therapy* 50.7 (2012): 493-501.
66. Aldao, Amelia, and Katherine L. Dixon-Gordon. "Broadening the scope of research on emotion regulation strategies and psychopathology." *Cognitive behaviour therapy* 43.1 (2014): 22-33.
67. Parkinson, Brian, and Peter Totterdell. "Classifying affect-regulation strategies." *Cognition & Emotion* 13.3 (1999): 277-303.
68. Gratz, Kim L., and Lizabeth Roemer. "Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale." *Journal of psychopathology and behavioral assessment* 26.1 (2004): 41-54.
69. Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review* 2009: 29; 116-128
70. Nolen-Hoeksema, S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology* 1991: 100; 569-582.

71. Matheson, Kimberly, and Hymie Anisman. "Systems of coping associated with dysphoria, anxiety and depressive illness: a multivariate profile perspective." *Stress* 6.3 (2003): 223-234.
72. Ciarrochi, Joseph, and Greg Scott. "The link between emotional competence and well-being: A longitudinal study." *British Journal of Guidance & Counselling* 34.2 (2006): 231-243.
73. Calmes, Christine A., and John E. Roberts. "Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology." *Cognitive Therapy and Research* 31.3 (2007): 343-356.
74. Nolen-Hoeksema, Susan. "The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms." *Journal of abnormal psychology* 109.3 (2000): 504.
75. Sarin, Sabina, John Abela, and Randy Auerbach. "The response styles theory of depression: A test of specificity and causal mediation." *Cognition & Emotion* 19.5 (2005): 751-761.
76. Nolen-Hoeksema, Susan, et al. "Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents." *Journal of abnormal psychology* 116.1 (2007): 198.
77. Wegner, Daniel M., and Sophia Zanakos. "Chronic thought suppression." *Journal of personality* 62.4 (1994): 615-640.
78. Wenzlaff, Richard M., and Daniel M. Wegner. "Thought suppression." *Annual review of psychology* 51.1 (2000): 59-91.
79. Wegner, Daniel M., and Ralph Erber. "The hyperaccessibility of suppressed thoughts." *Journal of personality and social psychology* 63.6 (1992): 903.
80. Wegner, Daniel M., et al. "Paradoxical effects of thought suppression." *Journal of personality and social psychology* 53.1 (1987): 5.
81. Cioffi, Delia, and James Holloway. "Delayed costs of suppressed pain." *Journal of personality and social psychology* 64.2 (1993): 274.

82. Beevers, Christopher, and Björn Meyer. "BRIEF REPORT Thought suppression and depression risk." *Cognition and Emotion* 18.6 (2004): 859-867.
83. Wenzlaff, Richard M., and David D. Luxton. "The role of thought suppression in depressive rumination." *Cognitive Therapy and Research* 27.3 (2003): 293-308.
84. Kashdan, Todd B., and William E. Breen. "Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable." *Behavior Therapy* 39.1 (2008): 1-12.
85. Hughes, Elizabeth K., et al. "A case-control study of emotion regulation and school refusal in children and adolescents." *The Journal of Early Adolescence* 30.5 (2010): 691-706.
86. Ehring, Thomas, et al. "Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal." *Emotion* 10.4 (2010): 563.
87. Blackledge, John T., and Steven C. Hayes. "Emotion regulation in acceptance and commitment therapy." *Journal of clinical psychology* 57.2 (2001): 243-255.
88. Tull, Matthew T., et al. "The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization." *The Journal of nervous and mental disease* 192.11 (2004): 754-761.
89. Blalock, Janice A., and Thomas E. Joiner. "Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety." *Cognitive therapy and research* 24.1 (2000): 47-65.
90. Beck, Aaron T. *Cognitive Therapy And The Emotional Disorders*. New York, New American Library, 1979.
91. Clark, David M. "A cognitive model of panic attacks." (1988).
92. Salkovskis, Paul M. "Psychological approaches to the understanding of obsessional problems." *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (1998): 33-50.

93. Beck, Aaron T., ed. *Cognitive therapy of depression*. Guilford press, 1979.
94. Billings, Andrew G., and Rudolf H. Moos. "The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events." *Journal of behavioral medicine* 4.2 (1981): 139-157.
95. D'Zurilla, Thomas J., et al. "Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients." *Journal of clinical psychology* 54.8 (1998): 1091-1107.
96. Cooper, M. Lynne, et al. "Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies." *Journal of abnormal psychology* 101.1 (1992): 139.
97. VanBoven, Amy M., and Dorothy L. Espelage. "Depressive symptoms, coping strategies, and disordered eating among college women." *Journal of Counseling & Development* 84.3 (2006): 341-348.
98. Chang, Edward C., Christina A. Downey, and Jenni L. Salata. "Social Problem Solving and Positive Psychological Functioning: Looking at the Positive Side of Problem Solving." (2004).
99. Wilson, Christopher J., Yvonne Barnes Holmes, and Dermot Barnes Holmes. "The effect of emotion regulation strategies on physiological and self-report measures of anxiety during a stress-inducing academic task." *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 14.1 (2014).
100. Vatan, Sevginar. "Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar." *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 8 (2016): 190-203.
101. Hayes, Steven C. "Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies." *Behavior therapy* 35.4 (2004): 639-665.
102. ÖZDEL, Kadir. "Dünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama." *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 8.2 (2015): 10-20.
103. Türkçapar MH. *Bilişsel Terapi: Temel ilkeler ve uygulama*. 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008.

104. Piaget J, Warden M. *The Language and Thought of the Child*. New York: Harcourt Brace; 1926.
105. Piaget J. Part I: Cognitive development in children: Piaget. *Development and learning*. *J Res Sci Teach* 1964;2(3):176-86.
106. Gülgez, Özlem, and Bülent Gündüz. "Diyalektik Davranis Terapisi Temelli Duygu Düzenleme Programinin Üniversite Öğrencilerinin Duygu Düzenleme Güçlüklerini Azaltmadaki Etkisi." *Çukurova University. Faculty of Education Journal* 44.2 (2015): 191.
107. Robins, Clive J., and M. ZACHARY Rosenthal. "Dialectical behavior therapy." *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (2011): 164-192.
108. Dimidjian, Sona, Blair V. Kleiber, and Zindel V. Segal. "Mindfulness-based cognitive therapy." *Cognitive and behavioral theories in clinical practice* (2010): 307-331.
109. O'Toole, Mia Skytte, Douglas S. Mennin, and David M. Fresco. "Emotion Regulation Therapy." *Working with Emotion in Cognitive-behavioral Therapy: Techniques for Clinical Practice* (2014): 310.
110. Harris, Russ. *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications, 2009.
111. Luoma, Jason B., Steven C. Hayes, and Robyn D. Walser. *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications, 2007.
112. Aktepe, M., "Bipolar Bozukluk Hastalarında Psikolojik Esneklik". Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, 2016.
113. Hayes, Steven C., Victoria M. Follette, and Marsha Linehan, eds. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press, 2004.
114. Walach, Harald, et al. "Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI)." *Personality and Individual Differences* 40.8 (2006): 1543-1555.

115. Bond, Frank W., et al. "Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance." *Behavior therapy* 42.4 (2011): 676-688.
116. Gillanders, David T., et al. "The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire." *Behavior therapy* 45.1 (2014): 83-101.
117. Öztürkcan, Serap, et al. "Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index." *International journal of Dermatology* 45.11 (2006): 1300-1307.
118. Ritsher, Jennifer Boyd, Poorni G. Otilingam, and Monica Grajales. "Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure." *Psychiatry research* 121.1 (2003): 31-49.
119. Alpsyoy, Erkan, et al. "Psoriasisde içselleştirilmiş stigmatizasyon (damgalanma) ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması/Reliability and validity of internalized stigmatization scale in psoriasis." *Turkderm* 49.1 (2015): 45.
120. Ramsay, B., and C. M. Lawrence. "Measurement of involved surface area in patients with psoriasis." *British Journal of Dermatology* 124.6 (1991): 565-570.
121. Finlay, A. Y., et al. "Validation of sickness impact profile and psoriasis disability index in psoriasis." *British Journal of Dermatology* 123.6 (1990): 751-756.
122. Hamilton, Max. "A rating scale for depression." *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 23.1 (1960): 56.
123. Akdemir, A., et al. "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı." *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 4.4 (1996): 251-259.
124. Hamilton, M. A. X. "The assessment of anxiety states by rating." *British journal of medical psychology* 32.1 (1959): 50-55.
125. Yazici, M. K., B. Demir, and N. Tanriverdi. "Hamilton Anksiyete Degerlendirme Olcegi; Degerlendiriciler Arası Guvenirlik ve Gecerlik Çalışması." *Turk Psikiyatri Dergisi* 9 (1998): 114-17.



126. Matza, Louis S., et al. "Identifying HAM-A cutoffs for mild, moderate, and severe generalized anxiety disorder." *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 19.4 (2010): 223-232.
127. Akoğlu, Gölşen. "Psoriasis: Kırsal Bölge Dermatoloji Kliniğinden Sosyodemografik ve Klinik Veriler." *Turkish Journal of Dermatology* 8.1 (2014).
128. Aykol, Caner, et al. "Konya yöresindeki psoriasis hastalarının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi." *Turk J Dermatol* 5 (2011): 71-4.
129. Şaşmaz, Tayyar, Et Al. "Ergenlerde Alkol İçme Prevalansı Ve Olası Risk Faktörleri: Okul Tabanlı, Kesitsel Bir Çalışma." *Taf Preventive Medicine Bulletin* 5.2 (2006).
130. Akvardar, Y., et al. "Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı." *Bağımlılık Dergisi* 2.2 (2001): 49-52.
131. Koryürek, Özgöl Muştı, et al. "Türk Psoriasis Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler." *Turkish Journal of Dermatology* 9.3 (2015).
132. Choi, Jane, and John YM Koo. "Quality of life issues in psoriasis." *Journal of the American Academy of Dermatology* 49.2 (2003): 57-61.
133. Gelfand, Joel M., et al. "Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population." *Journal of the American Academy of Dermatology* 51.5 (2004): 704-708.
134. Rakhesh, S. V., Mariette D'Souza, and Ajith Sahai. "Quality of life in psoriasis: a study from south India." *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology* 74.6 (2008): 600.
135. Aghaei, Shahin, Ahmad Moradi, and Gholamreza Safaee Ardekani. "Impact of psoriasis on quality of life in Iran." *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology* 75.2 (2009): 220.
136. Hariram, Preetha, et al. "Quality of life in psoriasis patients in KwaZulu Natal, South Africa." (2011)

137. Yang, Yong, et al. "The psoriasis disability index in Chinese patients: contribution of clinical and psychological variables." *International journal of dermatology* 44.11 (2005): 925-929.
138. Mukhtar, Rita, Jane Choi, and John YM Koo. "Quality-of-life issues in psoriasis." *Dermatologic clinics* 22.4 (2004): 389-395.
139. Russo, Paul AJ, Ralf Ilchef, and Alan J. Cooper. "Psychiatric morbidity in psoriasis: a review." *Australasian journal of dermatology* 45.3 (2004): 155-161.
140. Köşger, Ferdi, et al. "Psoriasis Hastalarında Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin Hastalığın Şiddeti ile İlişkisi." *Journal of Mood Disorders* 4.4 (2014): 157-62.
141. Gupta, M. A., A. K. Gupta, and G. N. Watteel. "Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: an index of the stigma experience in dermatologic disorders." *Cutis* 61.6 (1998): 339-342.
142. Yavuz, K. F. (2015). Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT): Genel Bir Bakış. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(2), 21-27.
143. Öst, Lars-Göran. "Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis." *Behaviour research and therapy* 46.3 (2008): 296-321.
144. Powers, Mark B., Maarten B. Zum Vörde Sive Vörding, and Paul MG Emmelkamp. "Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review." *Psychotherapy and psychosomatics* 78.2 (2009): 73-80.
145. Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, Skillings A, Scharf MJ, Croyley TG, et al. Influence of mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosom Med* 1998; 60: 625-632
146. Costa, Joana, and José Pinto-Gouveia. "The mediation effect of experiential avoidance between coping and psychopathology in chronic pain." *Clinical Psychology & Psychotherapy* 18.1 (2011): 34-47.

147. Costa, Joana, and José Pinto-Gouveia. "Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups." *Clinical psychology & psychotherapy* 18.4 (2011): 292-302.
148. Sandoz, Emily K., et al. "Assessment of body image flexibility: the body image-acceptance and action questionnaire." *Journal of Contextual Behavioral Science* 2.1 (2013): 39-48.
149. Masuda, Akihiko, Matthew S. Boone, and C. Alix Timko. "The role of psychological flexibility in the relationship between self-concealment and disordered eating symptoms." *Eating behaviors* 12.2 (2011): 131-135.
150. Feros, Danielle L., et al. "Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study." *Psycho-Oncology* 22.2 (2013): 459-464.
151. Masuda, Akihiko, and Erin C. Tully. "The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample." *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine* 17.1 (2012): 66-71.
152. Bond, Frank W., and Paul E. Flaxman. "The ability of psychological flexibility and job control to predict learning, job performance, and mental health." *Journal of Organizational Behavior Management* 26.1-2 (2006): 113-130.
153. Masuda, Akihiko, and Erin C. Tully. "The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample." *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine* 17.1 (2012): 66-71.
154. Hussey, Ian, and Dermot Barnes-Holmes. "The implicit relational assessment procedure as a measure of implicit depression and the role of psychological flexibility." *Cognitive and Behavioral Practice* 19.4 (2012): 573-582.

155. Fava, Giovanni A., et al. "Life events and psychological distress in dermatologic disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections." *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 53.3 (1980): 277-282.
156. Gupta, Madhulika A., et al. "Suicidal ideation in psoriasis." *International journal of dermatology* 32.3 (1993): 188-190.
157. Hardy, G. E., and J. A. Cotterill. "A study of depression and obsessionality in dysmorphophobic and psoriatic patients." *The British Journal of Psychiatry* 140.1 (1982): 19-22.
158. Devrimci-Ozguven, Halise, et al. "The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients." *Journal of the European Academy of dermatology and venereology* 14.4 (2000): 267-271.
159. Fried, Richard G., and Sadaf H. Hussain. "Nonpharmacologic management of common skin and psychocutaneous disorders." *Dermatologic therapy* 21.1 (2008): 60-68.
160. Fortune, D. G., et al. "A cognitivebehavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy." *British Journal of Dermatology* 146.3 (2002): 458-465.
161. Shenefelt, Philip D. "Biofeedback, cognitivebehavioral methods, and hypnosis in dermatology: Is it all in your mind?." *Dermatologic Therapy* 16.2 (2003): 114-122.
162. Contextualscience.org. (2017). *State of the ACT Evidence | Association for Contextual Behavioral Science*. [online] Available at: [https://contextualscience.org/state\\_of\\_the\\_act\\_evidence](https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence) [Accessed 5 Dec. 2017].
163. Tekin, Nilgün Solak, et al. "Zonguldak Bölgesindeki psoriasis hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi." *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology* 15.3 (2005): 141-146.
164. Kundakci, Nihal, et al. "The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients." *International journal of dermatology* 41.4 (2002): 220-224.

165. Yavuz, Fatih, et al. "Turkish Version of Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): A reliability and Validity Analysis in Clinical and Non-Clinical Samples." *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 26.4 (2016): 397-408.
166. Churchill, Rachel, et al. "Cognitive behavioural therapies versus other psychological therapies for depression." *The Cochrane Library* (2010).
167. Froggatt, Wayne. "A brief introduction to cognitive-behaviour therapy." Retrieved from [www.rational.org.nz](http://www.rational.org.nz) (2006).



# Ekler

## Ek 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

### İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

#### LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından yürütülen 'Sedef (Psoriasis) Hastalarında Psikolojik Esneklik' başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahibsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

#### 1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Sedef (Psoriasis) hastalarında olası psikolojik mekanizmaların saptanması ve yaşam kalitesine etkilerinin incelenmesi
- Araştırmanın İçeriği: Sedef (Psoriasis) hastalarında psikolojik esnekliği etkileyen unsurların hastalığı olmayan gönüllü katılımcılarla kıyaslanması
- Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 200
- Araştırmanın Yapılacağı Yer: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi

#### 2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

#### Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....  
İmzası:

#### Araştırmacının

Adı-Soyadı: .....  
İmzası:

Araştırmayla ilgili herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda Dr. Burcu Bakar ile 02165664000 numaralı telefondan 4333 dahili hattından ulaşabilirsiniz.

Mesai saatleri dışında dahil 24 saat Dr. Burcu Bakar ile iletişime geçebileceğiniz numara 05362939342'dir.

**Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu**

1. **ADI-SOYADI:** **TARİH:**
2. **DOĞUM TARİHİ veya YAŞ:**
3. **CİNSİYET:** A) Kadın B) Erkek
4. **MEDENİ DURUM:** A) Bekar B) Evli C) Boşanmış D) Eşi vefat etmiş
5. **SON BİTİRİLEN OKUL:** A) İlkokul B) Ortaokul C) Lise D) Üniversite
6. **MESLEK:** A) İşsiz (Çalışmıyor) B) Serbest Meslek C) Memur  
D) İşçi E) Öğrenci F) Diğer
7. **GELİR DURUMU (Aylık):** A) 1000 liradan az B) 1000-2500 lira  
C) 2500-4000 lira D) 4000 liradan fazla
8. **SİGARA KULLANIR MISINIZ?** A) Evet B) Hayır
9. **ALKOL KULLANIR MISINIZ?** A) Evet B) Hayır
10. **DAHA ÖNCE PSİKIYATRİYE BAŞVURDUNUZ MU?** A) Evet B) Hayır  
Şuan kullanmaya devam ettiğiniz psikiyatri ilacı var mı? A) Evet B) Hayır
11. **BİLİLEN BAŞKA HASTALIĞINIZ VAR MI?** A) Evet B) Hayır  
Varsa belirtiniz:.....  
.....  
.....
12. **AİLENİZDE PSİKIYATRİK TEDAVİ GÖREN OLDU MU?** A) Evet B) Hayır

**AŞAĞIDAKİ BÖLÜMÜ SADECE SEDEF HASTALIĞI TANISI OLANLAR DOLDURACAKTIR**

13. Kaç yıldır sedef hastalığınız var?  
A) 5 yıldan kısa B) 5-10 yıl c) 10 yıldan uzun
14. Sedef hastalığınızın tipi?  
A) Kronik plak B) Guttat C) Palmoplantar D) Bilmiyorum
15. Vücudunuzda sedef lezyonlarının bulunduğu yerleri işaretleyiniz.  
1) Saçlı deri 2) Göğüs-karın 3) Kalça 4) Genital bölge  
5) Üst ekstremit (kol) 6) El-ayak 7) Tırnak
16. Sedefe bağlı artrit (eklem tutulumu) var mı? A) Evet B) Hayır

### Ek 3: Freiburg Kendinelik Envanteri

Bu ölçeğin amacı kendinelik yaşantılarınızı tarifleyebilmektir. Lütfen her maddeyi son.....günlük zaman aralığını düşünerek değerlendirin. Sizin için en uygun ifadeyi seçin, samimiyetle ve aklınıza ilk gelen biçimiyle işaretleyin. Cevaplarınız 'doğru' veya 'yanlış', 'iyi' veya 'kötü' olarak değerlendirilmeyecektir. Bizim için önemli olan kişisel deneyimlerinizdir. Zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederiz.

	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1. İçinde bulunduğum anın getirdiği duygulara, düşüncelere ve hislere açığım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Yemek yaparken, yerken, temizlik yaparken veya konuşurken bedenimi hissedirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zihnimin dağıldığını farketdiğimde, içinde bulunduğum yer ve zamana kolayca geri dönerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kendimi takdir etmeyi becerebiliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Davranışlarımın hemen öncesinde iç dünyamda neler yaşadığıma dikkat ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatalarımı ve yetersizliklerimi onları yargılamadan oldukları gibi görebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. İçinde bulunduğum her an, içsel yaşantılarımın farkında olabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hoş olmayan içsel yaşantılarımı kabullenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. İşler kötüye gittiğinde, kendimi bir arkadaş gibi desteklerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Duygularımın içinde kaybolmadan onları gözlemlerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Zor durumda kaldığımda, ani bir tepki vermeden kendimi durdurabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. İşlerin karmaşık ve stresli olduğu zamanlarda bile, iç huzuru ve dinginliği tecrübe ettiğim anlar vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kendime ve başkalarına karşı tahammülsüz davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hayatı zorlaştırdığımı farketdiğimde tebessüm edebiliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



#### Ek 4: Kabul ve Eylem Formu

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanında yazan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Seçiminizi yapmak için aşağıdaki cetveli kullanınız.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman doğru değil	Çok nadiren doğru	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru	Daima doğru
1. Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım, değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.					1 2 3 4 5 6 7	
2. Hislerimden korkarım.					1 2 3 4 5 6 7	
3. Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim.					1 2 3 4 5 6 7	
4. Acı hatıralarım dolu dolu bir hayat yaşamamı engelliyor.					1 2 3 4 5 6 7	
5. Duygular hayatımda sorunlara yol açar					1 2 3 4 5 6 7	
6. İnsanların çoğu hayatlarını benden daha iyi idare ediyor gibi görünüyor.					1 2 3 4 5 6 7	
7. Endişelerim başarılı olmamı engelliyor					1 2 3 4 5 6 7	

## Ek 5: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği

Aşağıda bazı ifadelerin bir listesini bulacaksınız. Lütfen her ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanındaki sayılardan birini daire içine alarak değerlendiriniz. Seçiminizi yapmak için alttaki ölçeği kullanın.

1	2	3	4	5	6	7
asla doğru değil	çok nadiren doğru	nadiren doğru	bazen doğru	sıklıkla doğru	hemen her zaman doğru	her zaman doğru
1. Düşüncelerim bende sıkıntı ya da duygusal acıya neden olur.	1	2	3	4	5	6 7
2. Düşüncelerime o kadar kapılıyorum ki, en çok yapmak istediğim şeyleri yapamaz hale gelirim.	1	2	3	4	5	6 7
3. Olayları bana yardımcı olmayacak bir noktaya gelinceye kadar, aşırı analiz ederim.	1	2	3	4	5	6 7
4. Düşüncelerimle mücadele halindeyimdir.	1	2	3	4	5	6 7
5. Bazı düşüncelere sahip olduğum için üzülür ve öfkelenirim.	1	2	3	4	5	6 7
6. Düşüncelerimin içinde kolaylıkla sıkışıp kalabilirim.	1	2	3	4	5	6 7
7. Bunun yararı olacağını bilsem bile, bana sıkıntı veren düşüncelerin gitmesine izin vermem çok zor.	1	2	3	4	5	6 7

## Ek 6: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKI)

Bu sayfadaki sorular sadece son 1 hafta (son 7 gün) ile ilgilidir. Aşağıdaki tüm soruları sadece son 1 haftayı (son 7 günü) düşünerek cevaplayınız.

1. Geçen hafta boyunca, cildinizde ne kadar kaşıntı, acıma, ağrı veya batma oluştu?	Çok fazla	Fazla	Az	Hiç	
2. Geçen hafta boyunca, cildiniz nedeniyle ne kadar sıkıldınız veya mahçup oldunuz?	Çok fazla	Fazla	Az	Hiç	
3. Geçen hafta boyunca, cildiniz alışveriş yapmanıza veya eviniz ya da bahçenizle ilgilenmenize ne kadar engel oldu?	Çok fazla	Fazla	Az	Hiç	İlgili değil
4. Geçen hafta boyunca, cildiniz elbise giymenize (seçmenize) ne kadar etkili oldu?	Çok fazla	Fazla	Az	Hiç	İlgili değil
5. Geçen hafta boyunca, cildiniz sosyal veya boş vakit etkinliklerini ne kadar etkiledi?	Çok fazla	Fazla	Az	Hiç	İlgili değil
6. Geçen hafta boyunca, cildiniz herhangi bir spor yapmanızda size ne kadar güçlük oluşturdu?	Çok fazla	Fazla	Az	Hiç	İlgili değil
7. Geçen hafta boyunca, cildinizin durumu sizi işinizden veya çalışmanızdan alıkoymu mu?	Evet	Hayır	İlgili değil		
7.1 Eğer yanıtınız ‘‘Hayır’’ ise, geçen hafta boyunca cildinizin durumu iş yaparken ya da çalışırken ne kadar sorun yarattı?	Fazla	Az	Hiç		
8. Geçen hafta boyunca, cildinizin durumu eşinizle, arkadaşınızla ya da akrabanızla ne kadar sorun yarattı?	Çok fazla	Fazla	Az	Hiç	İlgili değil
9. Geçen hafta boyunca cildinizin durumu cinsel hayatınızda ne kadar sorun yarattı?	Çok fazla	Fazla	Az	Hiç	İlgili değil
10. Geçen hafta boyunca, cildinizin tedavisi yüzünden ne kadar problem oluştu (Örn; evinizin kirlenmesi beya zaman kaybı gibi)?	Çok fazla	Fazla	Az	Hiç	İlgili değil

### Ek 7: PIDÖ (Psoriasisin İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği)

Bu testte sık sık geçen ‘‘Sedef hastalığı (Psoriasis)’’ terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

- ‘Kesinlikle aynı fikirde değilim’ diyorsanız (1) rakamını,  
‘Aynı fikirde değilim’ diyorsanız (2) rakamını,  
‘Aynı fikirdeyim’ diyorsanız (3) rakamını,  
‘Kesinlikle aynı fikirdeyim’ diyorsanız (4) rakamını,

daire içine alarak okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Sedef hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Sedef hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Sedef hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, sedef hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Sedef hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Sedef hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Sedef hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi sedef hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Sedef hastalığım benim ‘garip’ görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Sedef hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları sedef hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki sedef hastalığıyla ilgili olumsuz düşünceler, benim ‘normal’ yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13. Sedef hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14. Sedef hastalığı açıkça anlaşılabilir biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4

Lütfen arka sayfaya geçiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
15. Sırf sedef hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Sedef hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Sedef hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görünüşümden sedef hastalığım olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Sedef hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Sedef hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf sedef hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Sedef hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkımlanamaz.	1	2	3	4
24. Sedef hastalığı ile yaşamak beni mücadelecı bir insan yaptı.	1	2	3	4
25. Sedef hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Sedef hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar sedef hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Sedef hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

**Ek 8: PASİ (Psoriasis Alan Şiddet İndeksi)**

	ERİTEM	İNİLTRASYON	DESKUAMASYON	ALAN
Saçlı Deri 0,1				
Gövde 0,3				
Üst Ekstremitte 0,2				
Alt Ekstremitte 0,4				

**ŞİDDET:** 0: YOK 1: HAFİF 2: ORTA 3: FAZLA 4: ÇOK FAZLA

**ALAN %:** 0: YOK 1: 0-10 2: 10-30 3: 30-50 4: 50-70 5: 70-90 6: 90-100

**Ek 9: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği**

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	<input type="checkbox"/>
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	<input type="checkbox"/>
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	<input type="checkbox"/>
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	<input type="checkbox"/>
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	<input type="checkbox"/>
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
11. İNTİHAR	(1-5)	<input type="checkbox"/>
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	<input type="checkbox"/>
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	<input type="checkbox"/>
17. AJİTASYON	(1-5)	<input type="checkbox"/>
<b>TOPLAM</b>		.....

**Ek 10: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HARS)**

*Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin*

	<b>Puan</b>
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
2. GERİLİM	<input type="checkbox"/>
3. KORKULAR	<input type="checkbox"/>
4. UYKUSUZLUK	<input type="checkbox"/>
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	<input type="checkbox"/>
6. DEPRESİF MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
7. SOMATİK (muskuler)	<input type="checkbox"/>
8. SOMATİK (duygusal)	<input type="checkbox"/>
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	<input type="checkbox"/>
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	<input type="checkbox"/>
<b>TOPLAM PUAN:</b>	.....
<b>PSİŞİK (1,2,3,5,6)</b>	.....
<b>SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)</b>	.....



S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU  
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 28.02.2017

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psoriasis Hastalarında Psikolojik Esneklik
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe		
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri		
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROF. YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİL CİSİ			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TURU	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
	FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
	FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
	FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
	Gözetimsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik çalışması	<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>			
Retrospektif	<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tariti	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017/0077		Tarih: 28.02.2017			
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bütünsel sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan etik kurul üye sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan  
İmza:



S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU  
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 28.02.2017

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psoriasis Hastalarında Psikolojik Esneklik
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Sebahat Dilek Torun	Halk Sağlığı	Özel Kuruluş	E	K	E	H	E	H	
Yrd. Doç. Dr. Sıdıka Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Yrd. Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E	K	E	H	E	H	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Gönen Hukuk Bürosu	E	K	E	H	E	H	
Salihu Şahin	İşçi		E	K	E	H	E	H	

\*:Toplantıda Bulunma

Karar:  Onaylandı  Reddedildi

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan  
İmza:

T.C.  
SAğLIK BAKANLIğI  
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ  
GÖZTEPE EğİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

**TEZ DEğERLENDİRME FORMU**

**TEZ BAŞLIğI**

PSORİASİS HASTALARINDA PSİKOLOJİK ESNEKLİK

**YAZAR**

Dr. Burcu BAKAR KAHRAMAN

**DANIŞMAN**

Yrd. Doç. Dr. Hasan TURAN KARATEPE

VAR YOK

SCI-Exp Kapsamında Yayınlanma Potansiyeli

Patent Alma Potansiyeli

**KARAR**

**YORUMLAR**

Tarih

... / ... / 20..

İsim Soyad

İmza