

**T.C.  
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI**

**KRONİK PRURİTUSLU HASTALARDA BAĞLANMA  
BİÇİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. KIVILCIM ÇINKIR ÖZSARAÇ**

**UZMANLIK TEZİ**

**KIRIKKALE**

**2014**

**T.C.  
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI**

**KRONİK PRURİTUSLU HASTALARDA BAĞLANMA  
BİÇİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. KIVILCIM ÇINKIR ÖZSARAÇ**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. Özgür GÜNDÜZ**

**KIRIKKALE**

**2014**

**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI**

Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı uzmanlık programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **UZMANLIK TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 24/07/2014

Prof. Dr. Cengizhan ERDEM  
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi  
Deri ve Zührevi Hastalıklar AD  
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Özgür GÜNDÜZ  
Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi  
Deri ve Zührevi Hastalıklar AD  
Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mukadder KOÇAK  
Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi  
Deri ve Zührevi Hastalıklar AD  
Üye

## TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimimde olduğu kadar danışmanlığımı üstlenerek zorlu tez sürecimde de değerli desteklerini devamlı olarak hissettiğim, daima mütevazı kişiliği, bilgi birikimi ve mesleki alandaki yol göstericiliği ile hatırlayacağım değerli tez hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Özgür GÜNDÜZ'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, birlikte çalışmaktan onur duyduğum ve ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli anabilim dalı başkanımız sayın Prof. Dr. Mukadder KOÇAK'a

Birlikte çalıştığımız dört yıl boyunca bilgi birikimi ve deneyimlerini içtenlikle bizlerle paylaşan, hem hekimlik mesleğine hem de hayata yaklaşımı ile bizlere örnek olan, daima saygı ile anımsayacağım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ayşe Anıl KARABULUT'a

Ankara Üniversitesi rotasyonum sırasında güler yüzünü ve hoşgörüsünü hiç esirgemeyen, engin bilgi birikim ve deneyimlerini her fırsatta benimle paylaşan, tez savunmama teşrifleri ile beni onurlandıran Ankara Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi sayın hocam Prof. Dr. Cengizhan ERDEM'e

Tez sürecimin her aşamasında destekleri ile bana yol gösteren, testlerin yorumlanmasında değerli katkılarını esirgemeyen, Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Şadiye Visal BUTURAK'a

Tezimin tamamlama sürecinde çok değerli zamanlarını ayırıp veri analizlerime yaptıkları katkılarından dolayı sevgili hocam Doç. Dr. M. Tolga DOĞRU'ya

Birlikte çalıştığımız dört yıl boyunca göstermiş oldukları dostluklarından ötürü çalışma arkadaşlarım Dr. Mehtap KIDIR, Dr. Neriman ŞAHİNER, Dr. Can EMEKSİZ, Dr. Ayşe İŞCAN ÖZDEMİR, Dr. Deniz ÖZTÜRK KARA, Dr. Esra ÖCAL ve Dr. Cihan DİKİŞ'e Bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, tüm yaşamım boyunca karşılaştığım her zorlukta desteklerini hissettiğim, varlıkları en büyük kıvanç nedenim olan canım annem ve babama, canım kardeşime

Son olarak son derece stresli ve yorucu olan bu yolda güler yüzü, desteği ve sabrı ile daima yanımda olan ve sevgisini bana her daim hissettiren, sevgili hayat arkadaşım İlker ÖZSARAÇ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Kıvılcım ÇINKIR ÖZSARAÇ

## ÖZET

**Çınkır Özaraç, K. Kronik Prurituslu Hastalarda Bağlanma Biçimlerinin Değerlendirilmesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kırıkkale, 2014.**

**Giriş ve Amaç:** Pruritus, kişide kaşınma arzusu oluşturan, hoş gitmeyen ve tam olarak lokalize edilemeyen bir duygudur. 6 haftadan uzun süren kaşıntı kronik pruritus olarak tanımlanmaktadır. Kronik pruritus stres yaratan yaşam olaylarıyla tetiklenebilir, aynı zamanda depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik komorbiditelerle birliktelik gösterebilir. Yapılan çalışmalarda bağlanma biçimlerinin, bireyin tehlike yaratan durumlardan korunup korunamayacağına ilişkin beklentilerini yöneterek, strese reaktif otonomik ve endokrin cevabı etkilediği gösterilmiştir. Ancak bugüne kadar kronik pruritus hastalarında bağlanma biçimlerinin irdelendiği bir çalışma mevcut değildir. Bu çalışmadaki amacımız; pruritus patogenezinde rol oynadığı bilinen veya şüphelenilen herhangi bir organik ve/veya psikiyatrik hastalığı olmayan hastalarda bağlanma durumunun belirlenmesi, buna yol açabilecek olası diğer etyolojik faktörlerin tanımlanması ve bu hastalardaki bağlanma tiplerini inceleyerek, bu durumun pruritus oluşumunda ve klinik yansımasındaki muhtemel etkilerini araştırmaktır. Amacımız kronik prurituslu hastalarda bağlanma biçimlerini incelemek, bağlanma tutumu ile depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız, hasta grubu olarak Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar AD polikliniğine başvuran, 60 kronik prurituslu hasta ile yaş ve cinsiyet dağılımı uyumlu 60 sağlıklı erişkinden oluşan kontrol grubu üzerinde, bilgilendirilmiş onam formları alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Grupların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum gibi sosyodemografik verilerinin yanı sıra hastalık süresi ve kaşıntı şiddetleri kaydedildi. Ayrıca İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), İlişki Ankeri (İA), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile Genel Sağlık Anketini (GSA) ve Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) dolduruldu. Elde edilen verilerle her olgu için bağlanma biçimleri, anksiyete ve depresyon riski skorları, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi hesaplanmış, gruplar arası farklar ve parametrelerin arasındaki ilişki açısından istatistiksel analizler uygulanmış, istatistiksel anlamlılık sınırı ( $p<0.005$ ) kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamıza 60 kronik pruritus hastası (43 kadın, 17 erkek, ort. yaş: 44.60±15.26) ile 60 sağlıklı kişi (44 kadın, 16 erkek, ort. yaş: 44.25±14.80) alınmıştır. Çalışıp çalışmama durumu dışında sosyodemografik veriler açısından her iki grup arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ( $p>0.005$ ), hasta grupta çalışmama oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı ( $p<0.0001$ ). Hasta ve kontrol grubu arasında; anne sütü alma süresi, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiği ve çocukluğunda gördüğü ilgi durumu gibi erken çocukluk yaşantılarına ilişkin veriler açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ( $p>0.005$ ). Kaşıntı şiddeti orta-şiddetli olan hastalar kaşıntı şiddeti hafif olan hastalarla karşılaştırıldıklarında; DYKİ, GSA ve HAD-anksiyete puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla  $p<0.0001$ ,  $p=0.003$ ,  $p=0.003$ ). Benzer şekilde saplantılı bağlanma biçimi puan ortalaması da kaşıntı şiddeti orta-şiddetli olan hastalarda, kaşıntı şiddeti hafif olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek tespit edildi ( $p=0.01$ ). Kronik prurituslu hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre ortalama depresyon puanlarının ( $8.03\pm4.35$ 'e karşın  $4.95\pm3.86$ ,  $p<0.0001$ ) ve ortalama anksiyete puanlarının ( $8.23\pm4.74$ 'e karşın  $6.00\pm4.03$ ,  $p=0.006$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hasta grubunda; korkulu bağlanma, kayıtsız bağlanma ve saplantılı bağlanma puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla  $p<0.001$ ,  $p=0.04$ ,  $p=0.048$ ). Güvenli bağlanma puan ortalamasının ise kontrol grubunda hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0.001$ ).

**Sonuç:** Güvensiz bağlanma kişinin kendisine, başkalarına ve dünyaya bakış açısını olumsuz etkileyerek kendilik gelişimini olumsuz etkilemektedir. Güvensiz bağlanma temsiline, Kronik pruritus gibi etyolojide psikosomatik faktörlerin rol oynayabileceği hastalıklarının gelişimindeki rolleri net olarak ispatlanamasa da, stres regülasyonun etkileyerek algılanan stresi arttırdığı, fizyolojik stres yanıtını bozduğu aşıkardır. Çalışmamız kronik prurituslu hastalarda güvensiz bağlanma tutumunun daha fazla olduğunu ve güvensiz bağlanma biçiminin depresyon ve anksiyetede rol oynayan faktörlerden biri olduğunu göz önüne sermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik pruritus, Psikopatoloji, Erişkin bağlanma biçimleri ölçeği

## ABSTRACT

**Çınkır Özaraç, K. Evaluation of Attachment in Patients with Chronic Pruritis, University of Kırıkkale, Faculty of Medicine, Department of Dermatology, Master of Thesis, Kırıkkale, 2014.**

**Introduction and Purpose of study:** Pruritus is an unpleasant feeling, which causes a person to itch and can't be localized exactly. The itch, lasting more than 6 weeks, is defined as chronic pruritus. Chronic pruritus can be precipitated by stress induced life events. It can also be seen together with such psychiatric comorbidities as depression, anxiety disorders. Studies has pointed out that types of attachment have affected reactive autonomic and endocrine reaction to stress by directing their expectations related to whether individual is protected from dangerous situations or not. However, a study, in which attachment types in chronic pruritus patients are evaluated, has not been done so far. The purpose of this study is to determine attachment condition of patients, who haven't got any organic or psychiatric diseases, which are known or suspected to cause pruritus pathogenesis and to define other possible etiologic factors, causing to this condition, and to research possible effects of this condition on creation of pruritus and its clinical reflection by examining attachment types of those patients. In other words, it aims to examine types of attachment in the chronic pruritus patients and to search the relation between attitude of attachment and depression, anxiety, quality of life.

**Material and Method:** This study was conducted with 60 chronic pruritus patients, who applied to policlinic of dermatological and venereal diseases at Faculty of Medicine, Kırıkkale University and control group, consisting of 60 healthy adults whose range of age and gender is consistent, after their informative approval forms were taken. In addition to groups' socio-demographic data like age, gender, educational background, marital status, economic condition; duration of disease and severity of itch were written down. Moreover Questionnaire of Relation Scale (QRS), Questionnaire of Relation (QR), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), General Health Questionnaire (GHQ), and Dermatology Life Quality Index were filled in. For each phenomenon, types of attachment, risk of anxiety and depression scores, Dermatology Life Quality Index (DLQI) were calculated with the data and statistical analyses were used in terms of differences between groups and relation among parameters. Significance level was set at 0.005 ( $p < 0.005$ ).

**Results:** 60 chronic pruritus patients (43 female, 17 male; mean age:  $44.60 \pm 15.26$ ) and 60 healthy adults (44 female, 16 male; mean age:  $44.25 \pm 14.80$ ) took part in our study. Apart

from their working conditions, there was no statistically significant difference ( $p>0.005$ ) between groups in terms of socio-demographic data, the variable of working condition made a difference ( $p<0.0001$ ). Rate of non working in the patient group was higher than control group's. There was no statistically significant difference ( $p>.005$ ) between patient group and control group in terms of data related to early childhood experience like duration of breastfeeding, raised by whom and condition of taking care in their childhood. When compared to patients with small extent itch severity; mean of DLQI GSA and HAD anxiety scores of patients with moderate extent itch severity made a difference and their scores were higher ( $p<0.0001$ ,  $p=0.003$ ,  $p=0.003$  respectively). Accordingly, mean of obsessive attachment type score of patients with moderate extent itch severity made a difference ( $p=0.01$ ) and their scores were statistically higher than patients with small extent itch severity. Chronic pruritus patients' mean of depression ( $8.03\pm 4.35$  in contrast to  $4.95\pm 3.86$ ,  $p<0.0001$ ) and anxiety ( $8.23\pm 4.74$  in contrast to  $6.00\pm 4.03$ ,  $p=0.006$ ) scores were statistically significant and higher than healthy control group's. When compared to control group, mean of fearful, dismissive and obsessive attachment scores of patient group was statistically significant and higher ( $p<0.001$ ,  $p= 0.04$ ,  $p=0.048$  respectively). On the other hand mean of secure attachment scores of control group was statistically significant ( $p<0.001$ ) and higher than patient group's.

**Conclusion:** Insecure attachment affected negatively individual development by affecting negatively individual's point of view in relation to himself/herself, others and the world. Although representation of insecure attachment roles in development of diseases like chronic pruritus, in which psychosomatic factors take part at etiology, were not proved clearly, it was clear that insecure attachment increased the perceived stress and ruined the response of physiological stress by affecting stress regulation. Our study has found out that insecure attachment attitude of chronic pruritus patients has been higher and type of insecure attachment has been one of the factors taking part in depression and anxiety.

**Key words:** Chronic pruritus, Psychopathology, Types of attachment



## İÇİNDEKİLER

<b>ONAY SAYFASI</b> .....	<b>III</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>IV</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VII</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>IX</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>XII</b>
<b>ÇİZELGE LİSTESİ</b> .....	<b>XIII</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	<b>XV</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Pruritusun Tanımı .....	4
2.2. Pruritusun Epidemiyolojisi .....	4
2.3. Pruritusun Klinik Özellikleri .....	4
2.4. Pruritusun Sınıflandırılması.....	5
2.5. Pruritusun Patofizyolojisi .....	7
2.5.1. Kaşıntıda Rol Oynayan Hücreler.....	7
2.5.1.1. Keratinositler.....	7
2.5.1.2. Mast Hücreleri.....	8
2.5.1.3. Diğer Hücreler.....	10
2.6. Pruritusun Nöroanatomi.....	12
2.7. Kaşıntı Mediyatörleri (Pruritojenler) .....	14
2.7.1. Histamin .....	14
2.7.2. Serotonin .....	15
2.7.3. Asetilkolin .....	15
2.7.4. Nöropeptidler.....	16
2.7.5. Opioidler .....	16
2.7.6. Sitokinler .....	16
2.7.7. Proeazlar (Triptaz ve Kinaz) .....	17
2.7.8. Prostaglandinler.....	17

2.7.9. Lökotrienler .....	17
2.8. Etyoloji .....	17
2.8.1. Kaşıntının Dermatolojik Nedenleri.....	19
2.8.2. Kaşıntının Sistemik Nedenleri.....	20
2.9. Kaşıntının Olumsuz Etkileri .....	20
2.10. Kaşıntılı Hastaya Yaklaşım .....	21
2.10.1. Kaşıntı ile Başvuran Hastanın Değerlendirilmesi ve Tanı .....	21
2.10.2. Kaşıntı Tedavisine Yaklaşım.....	23
2.10.2.1. Kaşıntının Topikal Tedavisi.....	24
2.10.2.2. Kaşıntının Sistemik Tedavisi .....	26
2.10.2.3. Kaşıntının Fiziksel Tedavisi.....	27
2.10.2.4. Kaşıntı Tedavisinde Psikolojik Yaklaşım.....	28
2.11. Psikodermatoloji .....	28
2.12. Bağlanma .....	31
2.12.1. Tanım .....	31
2.12.2. Bağlanma Kuramı .....	32
2.12.3. Bağlanma Gelişimi .....	33
2.12.4. Bağlanma Hiyerarşisi.....	34
2.12.5. Yetişkinlerde Bağlanma .....	35
2.12.6. Bağlanma Biçimleri .....	36
2.12.6.1. Güvenli Bağlanma.....	36
2.12.6.2. Saplantılı Bağlanma.....	37
2.12.6.3. Kayıtsız Bağlanma.....	37
2.12.6.4. Korkulu Bağlanma.....	38
2.12.7. Bağlanma Oluşumunu Etkileyen Faktörler .....	38
2.12.8. Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Bağlanmaya Etkisi.....	39
2.12.9. Aile Bütünlüğünün Bağlanmaya Etkisi.....	39
2.12.10. Erken Travmaların Bağlanmaya Etkisi .....	39
2.12.11. Bağlanma ve Psikopatolojinin Gelişimi.....	40
2.12.12. Stresle Başa Çıkmanın Nörobiyolojisi ve Bağlanma ile İlişkisi .....	41
2.12.13. Bağlanma ve Kronik Hastalıklar .....	42
2.12.14. Bağlanma ve Deri Hastalıkları.....	43

<b>3. HASTALAR, GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>46</b>
3.1. Çalışma Grubu .....	46
3.2. Sosyodemografik Veri Formu .....	47
3.2.1. Genel Sağlık Anketi.....	48
3.2.2. Türk Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği (DYKÖ) .....	48
3.2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) .....	49
3.2.4. Kaşıntı Şiddet Skalası .....	49
3.2.5. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) .....	50
3.2.6. İlişki Anketi (İA) .....	51
3.3. İstatistiksel Analiz.....	51
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>52</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>62</b>
<b>6. KISITLILIKLAR .....</b>	<b>73</b>
<b>7. SONUÇ.....</b>	<b>74</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>76</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>90</b>
EK 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	90
EK 2: Sosyodemografik Veri Formu .....	91
EK 3: Genel Sağlık Anketi (GSA).....	92
EK 4: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi .....	93
EK 5: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD).....	94
EK 6: Kaşıntı Şiddet Skalası .....	96
EK 7: İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) .....	98
EK 8: İlişki Anketi (İÖ-RQ).....	99

## KISALTMALAR

AD	Atopik dermatit
OKB	Obsesif kompulsif bozukluk
TLR	Toll-benzeri reseptörler
ET-1	Endotelin-1
PAR-2	Proteazla aktive olan reseptör-2
VIP	Vazoaktif intestinal peptid
CGRP	Kalsitonin geni ile ilişkili peptid
ETA	Endotelin A reseptörü
H1	Histamin H1 reseptörü
PAR-2	Proteazla aktive edilen reseptör-2
NKB	Nörokinin B
MSH	Melanosit stimulan hormon
POMC	Propiomelanocortin
DYKİ	Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi
İÖA	İlişki Ölçekleri Anketi
RQ	İlişki Anketi
GSA	Genel sağlık anketi
HAM-D	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HAM-A	Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
İÖA	İlişki Ölçekleri Anketi
İA	İlişki Anketi
SS	Standart sapma

## ÇİZELGE LİSTESİ

<b>Çizelge 2.1.</b>	Nöroanatomik kökenine göre kaşıntı tipleri.....	5
<b>Çizelge 2.2.</b>	Kronik pruritusun deri değişikliklerine göre klinik sınıflandırması .....	6
<b>Çizelge 2.3.</b>	Kronik pruritusun altta yatan hastalığa göre klinik olarak sınıflandırması .....	6
<b>Çizelge 2.4.</b>	Kaşıntı mediatörleri (pruritojenler).....	14
<b>Çizelge 2.5.</b>	Kaşıntının kutanöz ve sistemik nedenlerinin şematik olarak gösterilmesi .....	18
<b>Çizelge 2.6.</b>	Kaşıntı ile başvuran hastadan anamnez alınırken dikkat edilmesi gerekenler .....	21
<b>Çizelge 2.7.</b>	Kaşıntı ile başvuran hastadan fizik muayene sırasında dikkat edilmesi gerekenler .....	22
<b>Çizelge 2.8.</b>	Kaşıntılı hastada ilk basamakta bakılması önerilen laboratuvar parametreleri.....	22
<b>Çizelge 2.9.</b>	Kaşıntılı hastada ikinci basamakta bakılması önerilen laboratuvar parametreleri .....	23
<b>Çizelge 2.10.</b>	DSM-IV-TR psikokutan hastalıklar sınıflaması.....	30
<b>Çizelge 4.1.</b>	Hasta ve kontrol gruplarının demografik verileri.....	52
<b>Çizelge 4.2.</b>	Erken çocukluk yaşantılarına ilişkin değişkenler .....	53
<b>Çizelge 4.3.</b>	Kaşıntı şiddeti ile GSA, HAD-anksiyete, HAD-depresyon, DYKİ arasındaki ilişki .....	55
<b>Çizelge 4.4.</b>	Kaşıntı şiddetinin bağlanma biçimlerine etkisi .....	55
<b>Çizelge 4.5.</b>	Kaşıntı şiddetinin benlik ve başkaları algısı üzerine etkisi .....	56
<b>Çizelge 4.6.</b>	Erken çocukluktaki belirli faktörlerin bağlanma biçimleri üzerine etkisi.....	57
<b>Çizelge 4.7.</b>	Hasta ve kontrol grubunda GSA, HAD, DYKİ skorları .....	58
<b>Çizelge 4.8.</b>	Vaka ve kontrol grubunda bağlanma biçimi ölçeği puanları .....	59
<b>Çizelge 4.9.</b>	Kronik prurituslu hastalarda bağlanma biçiminin anksiyete ve depresyon skorlarına etkileri .....	59
<b>Çizelge 4.10.</b>	Hasta ve kontrol grubunda ilişki anketi puanları.....	60

<b>Çizelge 4.11.</b> Hasta ve kontrol grubunun benlik ve başkaları puanları ile bağlanma biçimleri arasındaki korelasyon.....	61
---	----

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Deride kaşınma ile ilişkili hücreler ve mediyatörler .....	8
Şekil 2.2. Deride kaşıntı ile ilişkili bazı reseptörler. ....	10
Şekil 2.3. Duysal sinir uçlarını etkileyen lokal ve genel faktörlerin şematik özetini. ....	11
Şekil 2.4. <b>A:</b> Histamine duyarlı-mekanik uyarılara duyarsız duysal C sinir liflerinin uyarılması ile oluşan kaşıntının patofizyolojisi. <b>B:</b> Mekanik uyarılara duyarlı C sinir liflerinin uyarılması ile oluşan kaşıntının patofizyolojisi.....	12
Şekil 2.5. Kaşıntının (A) afferent (çıkan) ve (B) efferent (inen) yolları .....	13
Şekil 2.6. Dört kategori modeli.....	36
Şekil 4.1. Kaşıntı nedeniyle kullanılmış tedavi oranlarının şematik görünümü.....	54

## 1. GİRİŞ

Kaşıma isteğine neden olan rahatsız edici duygu olarak tanımlanabilen kaşıntı ya da pruritus, dermatolojide sık rastlanılan ve yaşla birlikte artış gösteren bir klinik tablodur (1). Deri hastalıklarının en sık görülen semptomlarından biridir, etkilediği kişilerin uyku düzeni de dahil olmak üzere, pek çok gündelik aktivitesini sağlıklı ve ideal bir şekilde yapmasına engel olabilir ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Akut pruritus 6 haftadan kısa süren, fazla rahatsız edici özellikte olmayan, etkenden uzaklaşmakla genellikle kendiliğinden gerileyen, deriden parazit ya da yabancı cisim gibi olası etyolojik maddeleri uzaklaştırmak amacı ile ortaya çıkan duysal bir yanıtıdır. Kronik pruritus ise 6 hafta veya daha uzun süren ve genellikle dermatolojik, sistemik, nörolojik, psikiyatrik, jinekolojik hastalıklar ve ilaç alımı ile ilişkili olan, kişinin sosyal hayatını olumsuz yönde etkileyerek hekime başvurmasına neden olabilen kaşıntıdır.

Pruritus tablosu çok yaygın olmasına rağmen, insanlara özel ve duyarlı araştırma yöntemlerinin bulunmaması ve uygun hayvan modellerinin olmaması nedeniyle nöropatolojik ve moleküler temelleri net olarak açığa çıkarılamamıştır. Pruritusun nörolojik mekanizması ile ilgili pek çok hipotez öne sürülmüştür ve bunların pek çoğu hala deneysel ve klinik çalışmalarla ispata ihtiyaç duymaktadır. Özetle kaşıntıya dair veri havuzunun her geçen gün genişlemesine rağmen, özellikle patogeneze dair bilgilerimiz henüz yeterli değildir (2).

Dermatolojik hastalıklara bağlı kaşıntılarda spesifik tanı genellikle mümkün olmakla birlikte, klasik tedavilere yanıt vermeyen ve dermatolojik nedenlerin ekarte edildiği olgularda altta yatan nedenlere mutlaka açıklık getirilmeye çalışılmalıdır (3). Organik bozukluklara ek olarak bölgesel veya genel pruritus, anksiyetenin bir belirtisi olarak da görülebilmektedir ve bazen buna depresyonun eşlik ettiği bilinmektedir. Pruritusun patogenezinde beynin rolünün ortaya konması, her türlü kaşıntı durumunda psikojenik faktörlerin de rol oynadığını göstermektedir ve sadece psikojenik kaşıntının da var olduğu önceki çalışmalarda kanıtlanmıştır (4,5). Son zamanlardaki deneysel çalışmalar, pruritusta rol oynayan birçok farklı patofizyolojik mekanizmanın olduğunu ortaya koymuştur (6,7).



Bağlanma kuramı, bebeklik döneminde başlayıp, yetişkinlikte devam eden, çocuk ve çocuca bakım veren kişi arasında gelişen yakın ilişki, çocuğun bakım veren kişiyi arama davranışları ile kendini gösteren, özellikle stresli durumlarda belirginleşen, süregelen ve kuvvetli bir duygusal bağ olarak tanımlanmaktadır. Geçmişte bebeklik ve çocukluk dönemlerine odaklanırken, günümüzde yetişkinlerin sosyal ve romantik ilişkilerinde yaşadıkları duygusal, bilişsel ve davranışsal özellikleri anlamak için de kullanılan bir model haline gelmiştir (8).

Günümüzde kullanılan en temel bağlanma modeli, Bartholomew ve arkadaşlarının geliştirdiği dörtlü bağlanma modelidir. Dörtlü bağlanma modeline göre bağlanma biçimleri; güvenli, kaygılı, saplantılı ve korkulu bağlanma olmak üzere 4'e ayrılmıştır. Güvenli bağlanan kişilerin benlik saygıları yüksektir, yakınlık kurmaktan rahatsız olmazlar. Geriye kalan üç bağlanma biçiminde ise kendilik ve/veya diğerleriyle ilgili olarak olumsuz bir içsel çalışan model bulunmaktadır ve her üçü de güvensiz bağlanma adı altında yer almaktadırlar. Güvensiz bağlanma temsiline, hipotalamohipofizer aksında yarattığı değişim (bozulmuş stres-kortizol yanıtı), artmış inflamatuvar sitokin düzeyleri ve bağışıklık sistemi hücrelerinin sayı ve fonksiyonlarına olan etkileriyle kişinin immün cevabını bozabileceği, deri hastalıklarının gelişim ve alevlenmesine yatkınlık yaratabileceği iddia edilmektedir (9).

Yapılmış olan çeşitli çalışmalarda psikosomatik temeli olduğu düşünülen kronik hastalık ve deri hastalığına sahip bireyde güvensiz bağlanma özellikleri tespit edilmiş olup, bu durumun hastalığın birincil sebebi olmasa da hastalıkla başa çıkma mekanizmaları, kişilerin hastalıklarına verdikleri tepki ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri açısından önem arz ettiği düşünülmüştür. Bu araştırmalarda güvensiz bağlanma ve azalmış sosyal desteğin stresle başa çıkma ve emosyonel regülasyonda sorunlar yaratarak psikosomatik deri hastalıklarında gelişim ve alevlenmeye eğilim oluşturabileceği iddia edilmişti (10).

Bu çalışmadaki amacımız; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı polikliniğine başvuran ve pruritus patogenezinde rol oynadığı bilinen veya şüphelenilen herhangi bir organik ve/veya psikiyatrik hastalığı olmayan hastalarda bağlanma durumunun belirlenmesi, buna yol açabilecek olası diğer etyolojik faktörlerin tanımlanması ve bu hastalardaki bağlanma tiplerini

inceleyerek, bu durumun pruritus oluşumunda ve klinik yansımadaki muhtemel etkilerini araştırmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Pruritusun Tanımı

Kaşıntı ya da pruritus; kişide kaşınma arzusu oluşturan, hoş gitmeyen ve tam olarak lokalize edilemeyen bir duygudur (2). Genellikle, hafif uyarılara karşı geliştirilen bir cevap ve ağrının hafif bir şekli olarak kabul edilir. Temel nedeni, deri üzerindeki iritatif (ve potansiyel zararlı) dış etkenlere karşı dikkati çekmektir. Bildirilen sinyaller, kaşınma refleksini ya da dış etkenin verdiği rahatsızlıktan kurtulmak için yapılacak diğer reflekslerin devreye girmesini sağlar. Pruritus ile kan dolaşımının hızlanması ve dokunun dış etkenlere karşı hazır hale getirilmesi, pruritusun bir savunma mekanizması olduğu görüşünü desteklemektedir (11).

### 2.2. Pruritusun Epidemiyolojisi

Pruritus dermatolojide en sık karşılaşılan semptomlardan biri olmasına rağmen kronik formunun prevalansı ile ilişkili az sayıda araştırma mevcuttur. Son yıllarda bu konu ile ilgili hem genel popülasyonda hem de spesifik dermatozlarda yapılan araştırmaların sayısı artmaktadır. Ancak ülkemizde henüz kronik pruritus prevalansı ile ilgili epidemiyolojik veri yoktur.

### 2.3. Pruritusun Klinik Özellikleri

Kısa süren, etkenden uzaklaşmakla genellikle kendiliğinden düzelen kaşıntılara “akut”, 6 haftadan daha uzun süren, kişisel ve sosyal hayatı olumsuz etkileyen ve hekime başvurulmasına sebep olan kaşıntılara ise “kronik” kaşıntı denmektedir.

Akut pruritusa deri üzerinde paralel, kaşıntılı ekskoriasyonlar ve yer yer impetiginizasyonlar eşlik edebilir. Kronik pruritusta; akut lezyonlara ilaveten lineer skarlar, hipo/hiperpigmentasyonlar ve likenifikasyon gözlenebilir (3). Sırtın orta kısmında elle ulaşılamayan bölgenin hipopigmente, diğer bölgelerin kaşıntıya sekonder olarak hiperpigmente olması (kelebek işareti) bu duruma tipik bir örnektir. Kronik kaşıntı sonucu el tırnaklarında parlak bir görünüm geliştirebilir. Kronik kaşıntı; geç evrelerde liken simpleks kronikus, prurigo nodularis, hatta liken/maküler amiloidozis gibi klinik tablolara yol açabilir (3).

## 2.4. Pruritusun Sınıflandırılması

Pruritusun tek ve kesin bir sınıflandırılması bulunmamaktadır. Son yıllarda bu amaçla genel kabul gören iki farklı sınıflandırma vardır. Twycross ve arkadaşları, pruritusu nöroanatomik kökeni temel alarak 4 gruba ayırmışlardır; pruritoseptif pruritus (deri kaynaklı kaşıntı), nöropatik pruritus (nöroanatomik patolojiye bağlı kaşıntı), nörojenik pruritus (nöral hasar olmaksızın nörokimyasal aktiviteye bağlı kaşıntı), psikojenik pruritus (somatoform kaşıntı) (6).

**Çizelge 2.1.** Nöroanatomik kökenine göre kaşıntı tipleri

<b>1. Pruritoseptif kaşıntı</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Kuruluk, inflamasyon, tahriş gibi, deriden kaynaklanan uyarıların sebep olduğu kaşıntıdır.</li><li>* Serbest sinir sonlarındaki C liflerinin uyarılması ile oluşur.</li><li>* Kserozis, ekzema, ürtiker, böcek ısırığı ve uyuzda meydana gelen kaşıntı örnek olarak verilebilir.</li></ul>
<b>2. Nöropatik kaşıntı</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Zona, multipl skleroz ve beyin tümörü gibi, aferent kaşıntı yolunun herhangi bir noktasındaki hastalıklara bağlı kaşıntıdır.</li><li>* Postherpetik nevralji, brakioradial pruritus, multipl skleroz ve serebrovasküler hastalıklardaki kaşıntı örnek olarak verilebilir.</li></ul>
<b>3. Nörojenik kaşıntı</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Kolestatik kaşıntı gibi, nöral bir patoloji olmadığı halde, opioid reseptörlerinin uyarılması ile oluşan santral kökenli kaşıntıdır.</li></ul>
<b>4. Psikojenik kaşıntı</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Parazit delüzyonu gibi, herhangi bir fizik sebebe bağlanamayan kaşıntıdır.</li><li>* Deride herhangi bir lezyon veya merkezi kaşıntıyı destekleyen bir bulgu yoktur.</li><li>* Depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), somatoform bozukluklar, bipolar bozukluk, psikotik bozukluk ve madde bağımlılığı gibi nedenlere bağlı oluşur.</li></ul>

Twycross ve arkadaşları (6,12) tarafından oluşturulan bu sınıflandırmanın; tanısız zorlukları olması, bazı hastalıkların birden fazla kategoriye girmesi ve sebebi bilinmeyen pruritusun kategorize edilememesi nedeniyle pratik uygulama için yetersiz kalabileceği düşünülmektedir. Son olarak 2007'de Uluslararası Kaşıntı Çalışma Forumu'nda (International Forum for the Study of Itch-IFSI) kronik pruritus

için yeni bir klinik sınıflama oluşturmuştur. Bu sınıflamada ilk basamakta; klinik görünümüne göre 3 ana grup oluşturulmuştur (Çizelge 2.2).

**Çizelge 2.2.** Kronik pruritusun deri değişikliklerine göre klinik sınıflandırması

<b>I. Primer deri hastalığı olan, inflamasyonlu deride pruritus</b>	* Deri hastalığı var * Etyoloji: Esas olarak kategori I (Çizelge 2.3)
<b>II. Primer deri hastalığı ve inflamasyon olmayan deride pruritus</b>	* Normal deri * Etyoloji: esas olarak kategori II, III, IV (Çizelge 2.3)
<b>III. Kaşıntıyla sekonder deri lezyonlarıyla birlikte pruritus</b>	* Kaşıntıyla sekonder kronik deri lezyonları var * Etyoloji: kategori I-IV (Çizelge 2.3)

Kronik pruritus klinik değerlendirmeye göre sınıflandırıldıktan sonra laboratuvar yöntemleri, histolojik ve radyolojik incelemeler ile altta yatan hastalığa göre 6 alt gruba ayrılabilir (Çizelge 2.3).

**Çizelge 2.3.** Kronik pruritusun altta yatan hastalığa göre klinik olarak sınıflandırması

<b>Kategori</b>	<b>Hastalıklar</b>
<b>I. Dermatolojik</b>	* Deri hastalıkları kaynaklı pruritus * Örnek: psoriasis, ürtiker, atopik dermatit gibi
<b>II. Sistemik</b>	* Diğer organ hastalıkları kaynaklı pruritus * Örnek: primer bilyer siroz, Hodgkin hastalığı vb.
<b>III. Nörolojik</b>	* Santral/periferik sinir sistemi hastalıkları kaynaklı * Örnek: sinir hasarı, sinir basısı gibi
<b>IV. Psikojenik/psikosomatik</b>	* Psikiyatrik / psikosomatik hastalıkların komorbiditesi olarak görülür. * Psikiyatrik hastalık olmadan da psikolojik faktörler kaşıntı sebebi olabilirler.
<b>V. Miks</b>	* Birden çok hastalığın birlikte bulunmasına bağlıdır.
<b>VI. Diğer</b>	* Sebebi bilinmeyen pruritus

## **2.5. Pruritusun Patofizyolojisi**

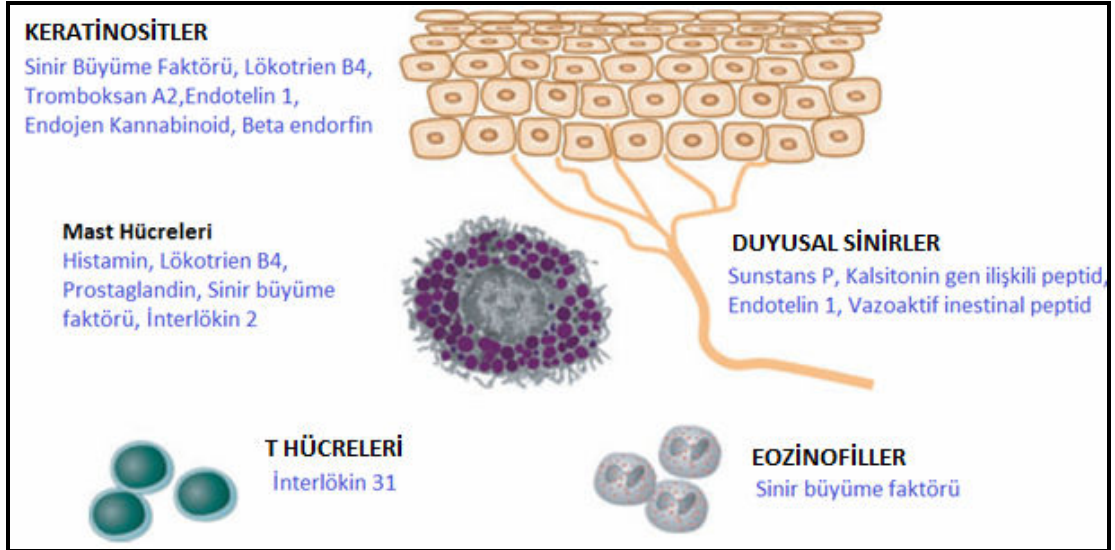
Deri üzerindeki çeşitli faktörler kaşıntının başlamasına, alevlenmesine veya baskılanmasına yol açabilir. Kaşıntının ortaya çıkmasında en önemli rol deride bulunan hücelere aittir. Bu hücreler direk olarak salgıladıkları pruritojen mediyatörler ile veya indirekt olarak diğer hücrelerin pruritojen mediyatörler salgılamasını uyararak kaşıntıya neden olurlar (13).

### **2.5.1. Kaşıntıda Rol Oynayan Hücreler**

#### **2.5.1.1. Keratinositler**

Epidermal keratinositlerin temel işlevlerinden biri fiziksel, kimyasal ve biyolojik çevresel faktörlere karşı etkin bir koruyucu bariyer sağlamaktır. Epidermal keratinositler birçok yönden özelleşmiştir. Doğuştan savunma sisteminin önemli bir parçası olarak rol oynarlar. Deride indüklenen kaşıntı hissi, muhtemelen zararlı maddelerin anında tespit edilmesi ve kaşıma ile deriden uzaklaştırılmasını sağlayan önemli bir savunma mekanizmasıdır. Epidermis, potansiyel tehditlerin tespiti ve pruritojenik mediyatörlerin üretim ve serbestlenmesi aracılığıyla kaşıntı hissini taşınmasını sağlayan ve duyu sinirleri ile yakın temas halinde olan mekanizmalara sahiptir. Keratinositler, P maddesi, nörokinin A, toll-benzeri reseptörler (TLR), ultraviyole (UV) ışığı veya termoreseptörler gibi çeşitli doğal mekanizmalar tarafından inflamatuvar ve pruritojenik maddelerin üretilmesi ve serbestlenmesiyle aktif hale getirilebilir. Keratinositler, her biri kaşıntı hissine yol açan nöral mediyatörler ve reseptörler eksprese ederler. Bunlar içinde; opioidler, proteazlar, P maddesi, sinir büyüme faktörü, nörotrofin 4, endotelin (ET)-1, histamin H4 ve endokanabinoidler gibi mediyatörler ve bu sraya uyan ve kappa ( $\kappa$ )-opiooid reseptörleri, proteazla aktive olan reseptör (PAR)-2 ve 4, vanilloid reseptörler, tirozin kinaz A ve B reseptörü (TrkA ve TrkB), ETA ve ETB, histamin H4 reseptörü ve kanabinoid 1 ve 2 dahil ilişkili reseptörleri sayılabilir. Keratinositler ayrıca voltaj kapılı ATP kanalları ve C sinir liflerine benzer adenezine de sahiptir. Bu kanalların ağrıda rolü olduğu için, keratinositler özel deri inflamatuvar durumlarında kaşıntı reseptörleri olarak etki gösterebilir (14-20). Periferik mü ( $\mu$ ) ve kappa ( $\kappa$ ) opiooid reseptörleri kaşıntıyı indüklerken ( $\mu$ )-reseptör antagonistleri ve ( $\kappa$ )-reseptör

agonistleri kaşıntıyı hafifletirler. Atopik dermatitli hastaların serumunda B-endorfin konsantrasyonu yüksektir ve hastaların epidermisinde  $\mu$ -opioid reseptör ekspresyonunu downregüle ederler. B endorfin, hem kaşıntının şiddetlenmesi hem de atopik dermatitin ağırlaşmasında rol oynar (21). Keratinositler kaşıntı ile ilişkili sinyalleri algılayabilirler ve bu sinyallere yanıt olarak, kaşıntıyı birçok yolla modifiye edebilirler (Şekil 1). Keratinositler, doğrudan deride kaşıntı liflerini aktifleştirebildikleri gibi pruritojenik mediyatörlerin serbestleşmesi için mast hücrelerini aktive edebilirler. Ayrıca, duyu sinirlerinin inhibitör reseptörlerine doğrudan bağlanabilen endokannabinoidlerin salgılanması yoluyla da kaşıntının hafiflemesini sağlayabilirler.



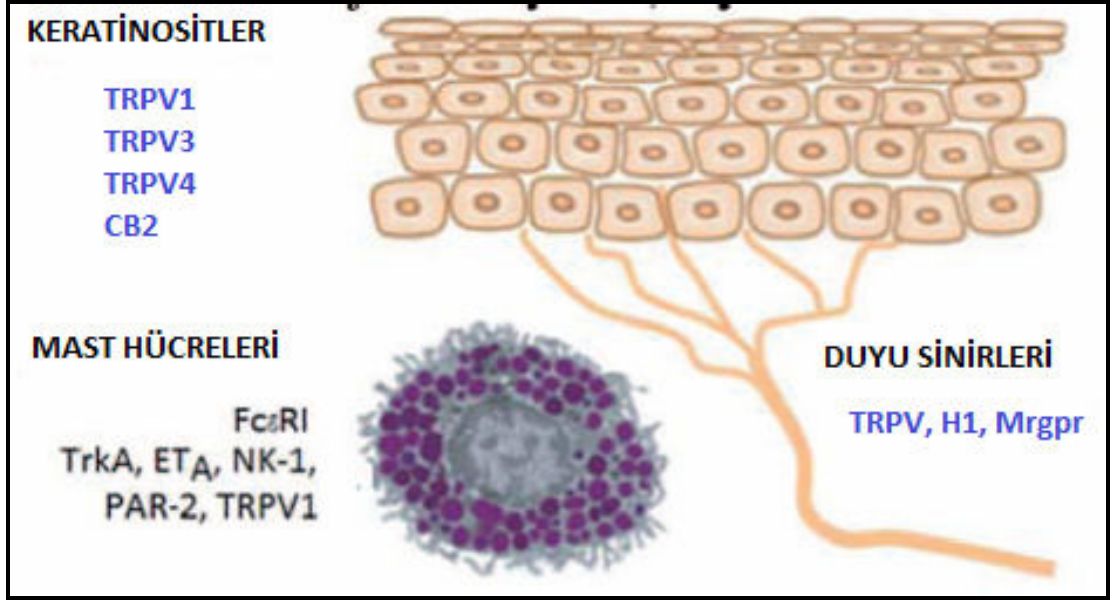
**Şekil 2.1.** Deride kaşıntı ile ilişkili hücreler ve mediyatörler (İ. Halil ÖZEROL. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2011;4(3):23-37'den modifiye edilmiştir)

### 2.5.1.2. Mast Hücreleri

Mast hücreleri saç folikülü keratinositleri, kan damarları ve duyu sinirlerinin yakın çevresinde bulunurlar. Aktive mast hücreleri kaşıntı duyusunun ortaya çıkmasına neden olan mediyatörleri salgılar ve çok sayıda reseptörü eksprese ederek kaşıntı ağrısında merkezi bir rol oynarlar. Mast hücresi kökenli kaşıntıyı indükleyici mediyatörlerden en iyi bilinen ve en fazla araştırılanı histamindir. Mast hücre granüllerinde büyük miktarlarda histamin bulunur. Histamin, mast hücrelerinin

aktivasyonundan hemen sonra, çevreye salınır ve sinir lifleri üzerinde bulunan H<sub>1</sub> reseptörleri aracılığıyla kaşıntıya neden olabilir. H<sub>1</sub> reseptörleri dışında, histamin H<sub>3</sub> ve H<sub>4</sub> reseptörleri tarafından da kaşıntıyı modüle edebilir. H<sub>4</sub> reseptörleri mast hücresi üzerinde bulunur. Fare modellerinde, H<sub>4</sub> reseptörleri farmakolojik olarak bloke edildiğinde kaşıntı belirgin şekilde azalır. H<sub>3</sub> reseptörleri, P maddesinin salgılanmasını düzenleyen periferik ve merkezi nöronlar üzerinde bulunur. H<sub>3</sub> reseptör antagonistleri kaşıntıyı indükler ve H<sub>3</sub> reseptörleri kaşıntının bastırılmasında görev alır. Histamin dışında mast hücresi kaynaklı diğer birçok maddenin kaşıntı indüksiyon veya değişimine neden olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu maddelerin çoğunun klinik önemi, halen tanımlanmayı beklemektedir. Örnek pruritojenik mediyatörler arasında proteazlar, lipid mediyatörler, nöropeptidler ve çeşitli sitokinler sayılabilir. Deride mast hücrelerinin aktivasyonuna benzer sonuçlara neden olan, indirekt etkilerle doğrudan sinir liflerini etkilemeden kaşıntının alevlenmesini veya indüklenmesini sağlayan ve mast hücresi tarafından üretilmeyen diğer maddelerin bulunduğu gösterilmiştir. Bunlara, yaygın olarak histamin kurtarıcıları ismi verilir. Kaşıntılı hastalıklarla en yakın ilişkisi olan mast hücresi aktivatörleri arasında vazoaktif intestinal peptid (VIP), kalsitonin geni ile ilişkili peptid (CGRP), P maddesi ve ET-1 gibi nöropeptidler sayılabilir (Şekil 2.2). Fare modelinde, mast hücresi aracılı alerjik reaksiyonlar, duyuşal kutanöz sinirlerin yokluğunda belirgin derecede azalır.





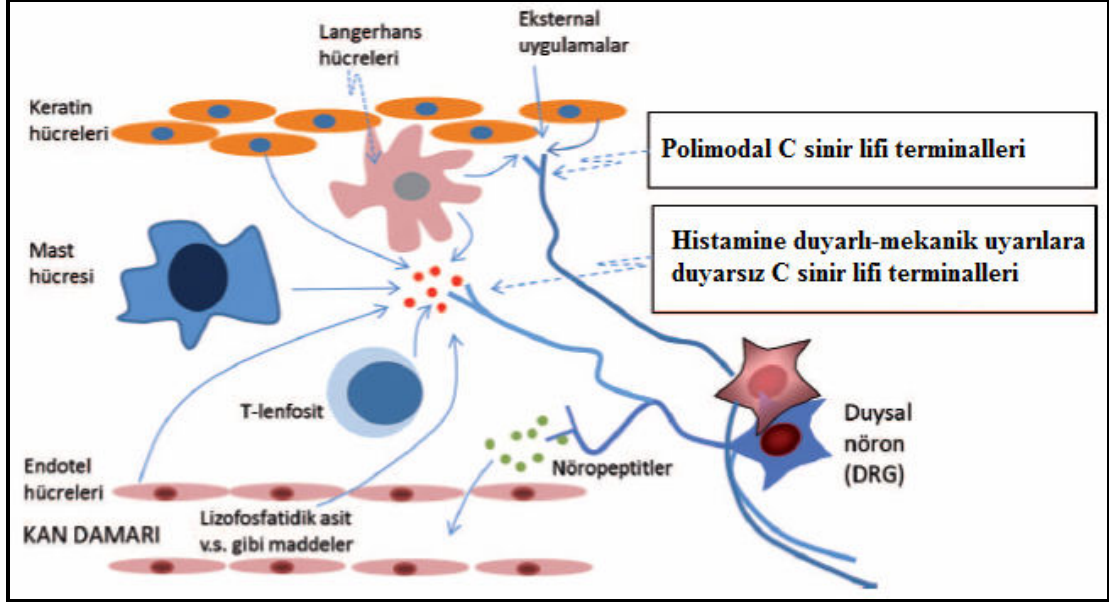
**Şekil 2.2.** Deride kaşıntı ile ilişkili bazı reseptörler. [CB2: kanabinoid reseptör 2, ETA: endotelin A reseptörü, H1: histamin H1 reseptörü, NK-1: nörokinin 1 reseptörü, PAR-2: proteaz ile aktive olan reseptör-2, TrkA: tirozin kinaz A reseptörü, TRPV: geçici reseptör potansiyeli vanilloid türü, Mrgpr: Mas ilgili G protein çiftleşmiş reseptör (26, 27)] I. Halil ÖZEROL. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2011;4(3):23-37'den modifiye edilmiştir

### 2.5.1.3. Diğer Hücreler

Deride ortaya çıkan patofizyolojik değişiklikler, pek çok faktörün bir orkestra düzeni oluşturacak şekilde karmaşık bir etkileşimi sonucudur. Bu faktörlere bağlı olarak, deride kaşıntı indüklenebilir, alevlenebilir ya da bastırılabilir. İnflamatuvar deri hastalıklarında, kaşıntının indüksiyon veya alevlenmesinden en azından kısmen, infiltratif hücreler sorumlu olabilir. Atopik dermatit'li (AD) hastalarda, dermal ve epidermal eozinofil infiltratları karakteristiktir. Hastaların derisinde sinir büyüme faktörü (NGF) düzeylerinin arttığı ve hastalarda kaşıntının sebat etmesine katkıda bulunabildiği bilinmektedir. AD fare modellerinde, T-hücresi kaynaklı interlökin- 31 (IL-31)'in deride yüksek düzeylere ulaştığı ve şiddetli kaşıntıyı indüklediği gösterilmiştir. Ayrıca, AD fare modelinde IL-31 antikorlarının verilmesiyle kaşıntı belirgin olarak azaltılmıştır.

Kaşıntıya neden olan hücrelere ek olarak histamin, opioidler ve sitokinler gibi çok sayıda mediyatör ve çeşitli mekanik uyarılar da bulunmaktadır. Histamin esas

olarak mekanik uyarılara duyarlı duysal C sinir liflerini uyarırken, mekanik uyarılar daha çok polimodal C sinir lif terminallerini uyarır ve kaşıntı duyusu olarak merkezi sinir sistemine iletilir. Deri ve deri altında gelişen olaylar ve bunların kaşıntı ile ilişkisi Şekil 2.3'te özetlenmiştir.

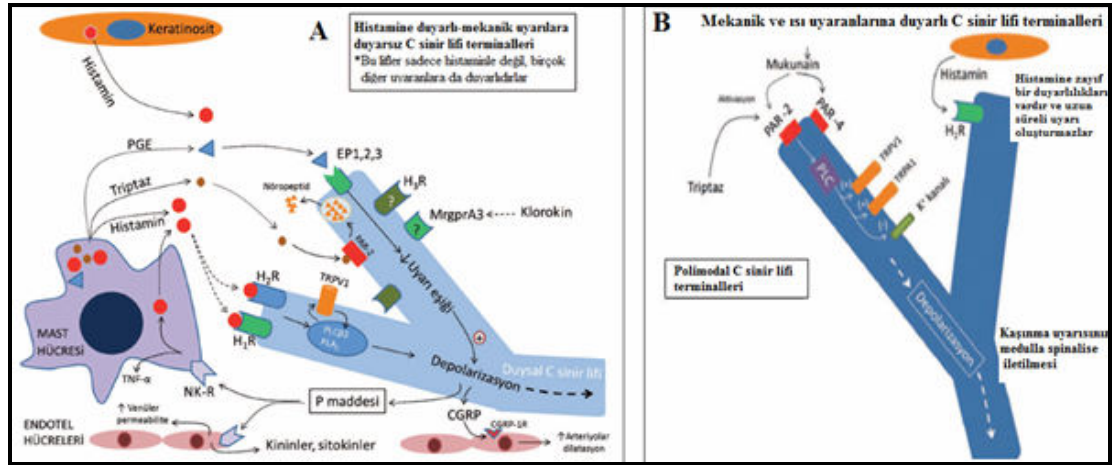


**Şekil 2.3.** Duysal sinir uçlarını etkileyen lokal ve genel faktörlerin şematik özeti. Lokal hücreler içerisinde mast hücreleri merkezi bir rol oynar ve histamin ile diğer maddeleri salgılar. Histamine duyarlı-mekanik uyarılara duyarlı duysal C sinir lifleri, histamin tarafından uyarıldığında kaşıntıya yol açar. Mekanik uyarılara duyarlı C lifleri ise esasen ağrı duyusunu taşıyan polimodal C sinir lif terminallerini uyarır ve kaşıntı duyusu olarak merkezi sinir sistemine iletilir. (S. YILDIZ. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2011;4(3):18-22'den modifiye edilmiştir)

Histamine duyarlı-mekanik uyarılara duyarlı kaşıntıda, mast hücreleri merkezi bir rol oynar. Mast hücreleri uyarıldıkları zaman histamin, triptaz, serotonin ve prostaglandin E (PGE) gibi maddeler salgırlar. Daha sonra histamin H1 reseptörleri aracılığıyla diğer yolları aktive ederek nöronun depolarizasyonunu sağlar. Prostaglandin ve serotonin gibi maddeler ise nöronun uyarı eşliğini düşürerek depolarizasyonun daha kolay şekillenmesine katkıda bulunur. Depolarizasyon nöronun Substans P ve Kalsitonin ilişkili peptid salınımını (CGRP) uyarır. P maddesi mast hücrelerindeki nörokinin (NK) reseptörlerine bağlanarak histamin

salgılanmasına neden olurken, aynı zamanda damar endoteli üzerindeki NK reseptörlerine bağlanarak kapillerlerin venöz tarafında permeabilite artışına neden olurlar. CGRP ise damar endoteli üzerindeki CGRP-1R reseptörlerine bağlanarak arteriyollerin dilatasyonuna neden olur. Bu son iki olay, bölgede yangısal olayların oluşmasına önemli katkı sağlar. Histamin reseptörleri ile başlatılan ve kaşınmaya neden olan olaylar anti-histaminik kullanımına yanıt verir. Fakat antihistaminiklere yanıt vermeyen kaşıntı türlerin de triptaz veya klorokin gibi maddelerin önemli rolleri bulunmaktadır. Triptaz (veya proteinazlar), PAR-2 (Proteazla aktive edilen reseptör-2) klevajına neden olarak nöronda uyarıya ve aynı zamanda nörondan nöropeptid salgılanmasına yol açarlar. MrgprA3, klorokin reseptörüdür ve histamine duyarlı C sinir lifleri üzerinde bulunur.

Mekanik ve ısı uyarılarına duyarlı polimodal C sinir liflerinin uyarılması ile oluşan kaşıntıda ise histamin zayıf bir duyarlılık söz konusudur, bu nedenle oluşan etki de daha kısa sürelidir.

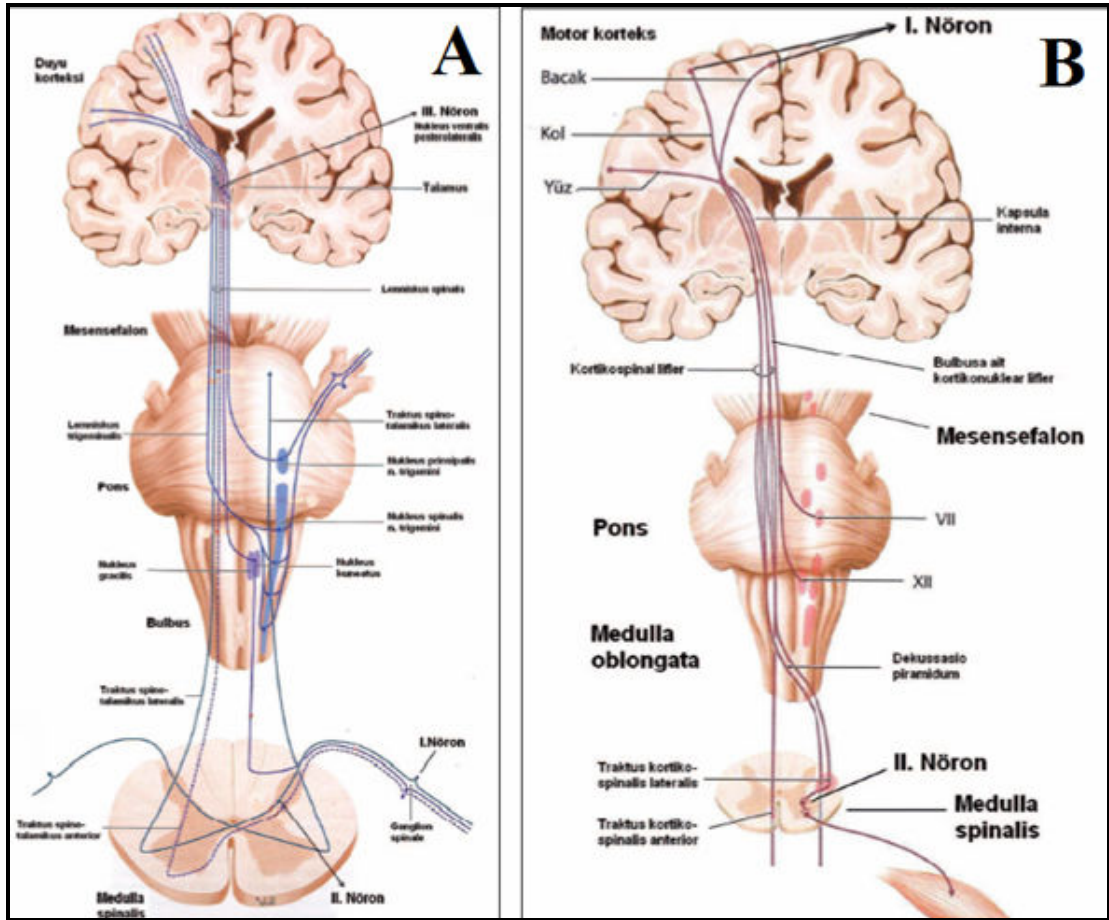


**Şekil 2.4. A:** Histamine duyarlı-mekanik uyarılara duyarlı duysal C sinir liflerinin uyarılması ile oluşan kaşıntının patofizyolojisi. **B:** Mekanik uyarılara duyarlı C sinir liflerinin uyarılması ile oluşan kaşıntının patofizyolojisi (S. YILDIZ. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2011;4(3):18-22'den modifiye edilmiştir)

## 2.6. Pruritusun Nöroanatomi

Kaşıntı, hızlı adapte olan mekanoreseptif serbest sinir sonlanmaları ile iletilir. Kaşıntı ve gıdıklanma duyusunu uyarın bu serbest sinir uçları, derinin yüzeysel katlarında bulunmaktadır. Alınan kaşıntı duyusunu taşıyan lifler ise C tipi miyelinsiz

sinir lifleridir. Bu miyelinsiz C sinir lifleri ile mekanik, termal, elektriksel ve kimyasal uyarılar da kortekse iletilir. Taşınan pruritus duyusu, dorsal kök ganglionundan karşı taraftaki anterolateral spinotalamik traktusa, oradan da talamustaki posterolateral talamik çekirdeğe iletilir. Talamustan sonra pruritus yolağı, internal kapsüle ve oradan da somatosensör kortekse ulaşır. Kaşıntı duyusu aynı zamanda motor korteksi de uyarak kaşımanın başlamasını sağlar (1,3). Periferik uyarılardan başka, kaşıntının santral olarak da düzenlendiği gösterilmiştir. Periferik kaşıntıda uyarın deriden kaynaklanır, santral kaşıntıda ise santral sinir sistemi hem opiyadlar, hem de opiyadlardan bağımsız mekanizmalarla kaşıntıyı uyarır ya da baskılar (24). Epidermis, kaşıntı için reseptör olarak tahmin edilmekle beraber henüz spesifik bir reseptör gösterilememiştir (6,25).



**Şekil 2.5.** Kaşıntının (A) afferent (çıkan) ve (B) efferent (inen) yolları (N. Ekinci, E. Köse, M. Çay. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2011;4(3):3-6'den modifiye edilmiştir).

## 2.7. Kaşıntı Mediyatörleri (Pruritojenler)

Kaşıntının etiyolojisinin ortaya çıkartılması amacıyla yapılan araştırmalar sonucunda, kaşıntının esas olarak derideki mediyatörlerinin artışına bağlı olarak gelişen bir durum olduğu ortaya konmuştur. Bu mediyatörler hem santral hem de periferik etki ile kaşıntı oluşumunda önemli bir rol alırlar. Ayrıca bu mediyatörler kaşıntı ile beraber inflamasyonun diğer periferik bulgularının da oluşmasına yol açarlar. İnflamatuvar deri hastalıklarındaki etyopatogenez bu şekilde iken, normal görünümlü derideki kaşıntının patofizyolojisi ise henüz tam olarak bilinmemektedir (26). Kaşıntının oluşumunda rol alan başlıca mediyatörler Çizelge 2.4'te gösterilmektedir.

**Çizelge 2.4.** Kaşıntı mediatörleri (pruritojenler)

<b>Histamin</b>	* H1 reseptörleri ile kaşıntıda rol oynar. * Büyük oranda mast hücrelerinden salınır.
<b>Serotonin</b>	* Triptofan aminoasitinden sentezlenen bir biyolojik amindir. * Opiadlarla beraber santral sinir sistemindeki inhibitör devreler aracılığıyla kaşıntı eşiğini etkiler.
<b>Asetilkolin</b>	* Normal deride asetilkolin enjeksiyonu ağrıya neden olurken, atopik dermatitli deride ise kaşıntıyı indükler.
<b>Nöropeptitler</b> <b>*Substans P</b>	* Mast hücrelerini aktive ederler.
<b>Opioidler</b>	* Özel reseptörler üzerinden santral ve periferik olarak kaşıntı modülasyonu yapar.
<b>Sitokinler</b>	* IL-2, IL-31** (net olmayan mekanizma)
<b>Proteazlar (Triptaz ve Kinaz)</b>	* Proteaz aktive reseptör-2 üzerinden
<b>Prostaglandinler</b>	* Histaminle uyarılan kaşıntıyı şiddetlendirirler.
<b>Lökotrien-B</b>	* Doğrudan pruritus indüksiyonu yapar.

### 2.7.1. Histamin

Histamin, lokal immun yanıtın oluşumunda rol alan, bazı organların fizyolojik fonksiyonunu düzenleyen ve nörotransmitter olarak etki eden bir azot

bileşigidir. L-histidin amino asidinin enzimatik dekarboksilasyonu ile sentez edilen bir biyojenik amin bileşigidir ve bu reaksiyon, histidin dekarboksilaz tarafından katabolize edilmektedir. Histamin tüm vücut hücrelerinden salınmakla birlikte başlıca bazofiller, mast hücreleri ve derinin keratinositlerinden sentez edilerek hücre dışına salınır. Histamin bu hücrelerden salındıktan sonra; immünolojik reaksiyonlar, mide asiti salınımı, merkezi sinir sisteminde düzenleyici etkiler, düz kas kontraksiyonu ve vazodilatasyon gibi çok kompleks fizyolojik ve patolojik etkiler gösterir (27). Derideki başlıca etkisi ise kaşıntıyı uyarmasıdır. Histaminin epidermal enjeksiyonu, Lewis'in üçlü yanıtı olarak adlandırılan etkilere yol açmakta ve deride kabarıklık, kızarıklık, kaşıntı gözlenmektedir. Birçok deneysel çalışmada başlıca pruritik ajan olarak kullanılan histamin bu etkilerini deride sıklıkla bulunan H1 reseptörleri üzerinden gerçekleştirmektedir. Buna ek olarak birçok kaşıntı mediatörü de histamin salınımına yol açarak kaşıntı patogenezindeki yerlerini almaktadır (28).

### **2.7.2. Serotonin**

Histaminden daha zayıf olarak kaşıntıyı uyaran Serotonin, triptofan aminoasitinden sentezlenen bir biyolojik amindir. Miyelinize olmamış serbest sinir uçlarının (C lifleri) potent bir aktivatörü olan serotonin mast hücrelerinde depolanmaz ancak mast hücrelerinin degranülasyonunu uyarak kaşıntıyı tetikler. Ayrıca, opioidlerle beraber santral sinir sistemindeki inhibitör devreler aracılığıyla kaşıntı eşliğini etkiler. Periferik serotonerjik reseptörler üzerinden etkisi olan serotoninin intradermal enjeksiyonu, histaminden daha zayıf olarak kaşıntıyı uyandır (29,30).

### **2.7.3. Asetilkolin**

Histamine duyarlı ve duyarsız C-liflerini uyaran asetilkolin aslında otonom sinir sisteminin majör nörotransmitteridir. Serotonin gibi histaminden daha zayıf bir şekilde kaşıntıya neden olmakla birlikte, ağrı duyusunun oluşmasına da yol açabilir (31). Örneğin normal deride asetilkolin enjeksiyonu ağrıya neden olurken, atopik dermatitli deride ise kaşıntı indüklenir. Asetilkolin ile ilgili yapılan çalışmalar sinir liflerindeki kutanöz M2 reseptörlerinin aktivasyonunun periferik kaşıntı reseptörlerinin duyarlanmasına sebep olduğunu ve kutanöz M3 reseptörlerinin

aktivasyonu da kaşıntı oluşabileceğini göstermiştir. Kaşıntıda asetilkolinin kaynağı tam olarak bilinmemekle birlikte, keratinositler veya endotel hücreleri gibi nöron dışı hücrelerde asetilkolin üretiminde rol alan kolin transferaz enziminin tespit edildiği gösterilmiştir (32).

#### **2.7.4. Nöropeptidler**

Deride en sık rastlanan ve kaşıntıyı uyaran nöropeptidler Substans P, Kalsitonin ilişkili peptid ve vazoaaktif intestinal peptid'dir. Bunlarda en çok bilinen olan Substans P, periferik sinir uçlarından salınan önemli bir kaşıntı mediatörüdür. Yüksek dozlarda substans P mast hücrelerinden histamin deşarjına yol açarken, düşük dozlarda ise IL-1 salınımına ve mast hücre sensitizasyonuna yol açar. Ayrıca direk bir etki olarak damarlarda vazodilatasyon ve geçirgenlik artışına neden olarak kaşıntı oluşumunu tetikler. Substans P'nin intradermal enjeksiyonu tıpkı serotonin gibi mast hücre degranülasyonuna yol açarak, histaminden daha zayıf olacak şekilde kaşıntıyı uyarır (33,34).

#### **2.7.5. Opioidler**

Pruritusun santral geçişi ve regülasyonundan sorumlu olan opioidler, kaşıntıyı temel olarak 2 yoldan aktive ederler: 1. mast hücre degranülasyonu, 2.  $\mu$  reseptörlerinin aktivasyonu. İntradermal olarak enjekte edildiklerinde santral sinir sisteminde  $\mu$  reseptörleri üzerinden direkt etki göstererek kaşıntıya neden olurlar. Aynı zamanda histaminin etkilerini de potansiyalize ederler (35).

#### **2.7.6. Sitokinler**

Özellikle kaşıntı ile seyreden dermatozlarda çeşitli sitokinlerin de rolü bulunmaktadır. T lenfositlerden salınan interlökin 2 (IL-2) kaşıntıya sebep olur ve bu kaşıntı antihistaminiklerden fayda görmez. Atopik dermatitteki kaşıntıda da IL-2 de rol oynar. T lenfositlerden IL-2 salınımını baskılayan siklosporinin anti-pruritik etkisi bu sitokinin inhibisyonuyla açıklanmaktadır (33). Kaşıntıya yol açan diğer sitokinler ise IL-31, interferonlar, kemokinler ve koloni stimule edici faktörlerdir. Bu ajanların intradermal enjeksiyonları da diğer mediyatörler gibi kaşıntıya neden olurlar (36).

### **2.7.7. Proteazlar (Triptaz ve Kinaz)**

Dermal mast hücrelerinde üretilirler. Proteazlar, C lifleri terminalinde Proteazla aktive edilen reseptör-2'yi (PAR-2) uyarır, aktif C lifleri bu uyarıyı santral sinir sistemine iletir ve kaşıntıya neden olur (24).

### **2.7.8. Prostaglandinler**

Prostaglandinler, histamin ile uyarılmış kaşıntıyı arttıırırlar. İnflamatuvar deri hastalıklarında artmış arışidonik asit metabolitlerine paralel olarak miktarları artar. Kendisi deriye enjekte edildiğinde kaşıntıya neden olmaz ancak histaminle uyarılan kaşıntıyı potansiyalize ederler (29).

### **2.7.9. Lökotrienler**

İntradermal injeksiyon uygulamasıyla kaşıntıya sebep oldukları gözlemlenmiştir. Atopik dermatitli hastaların idrarlarında yüksek olarak bulunurken, lökotrien reseptör antagonistlerinin kaşıntıyı azalttıkları da bilinmektedir (29).

## **2.8. Etyoloji**

Pruritusun birçok dermatolojik, sistemik, nörolojik, psikiyatrik nedeni bulunmakla birlikte pruritus bazı hastalarda birden fazla etyoloji nedeniyle ortaya çıkarken bazı hastalarda da yapılan araştırmalara rağmen etyoloji saptanamayabilir (12). Farklı tedavi ve yaklaşımlar gerektirmesi nedeniyle kronik pruritusun etyolojisinin belirlenmesi önemlidir (37). Kronik pruritus inflamatuvar, enfeksiyöz, otoimmün, malign hastalıklar gibi çeşitli deri hastalıklarına eşlik eder. Bunun yanında birçok sistemik hastalık veya dermatolojik olmayan hastalıkta da kronik pruritusun ortaya çıktığı bilinmektedir. Çizelge 2.5'te etyolojilerine göre kronik pruritusa sebep olan çeşitli hastalıklar belirtilmiştir.



**Çizelge 2.5.** Kaşıntının kutanöz ve sistemik nedenlerinin şematik olarak gösterilmesi

<b>KAŞINTININ KUTANÖZ SEBEPLERİ</b>	<b>KAŞINTININ SİSTEMİK SEBEPLERİ</b>
<p><b><u>Enfeksiyon ve enfestasyonlar</u></b> Artropod reaksiyonları, Böcek ısırıkları Dermatofitozlar, Folikülitler İmpetigo ve diğer bakteriyel enfeksiyonlar Pediküloz, Skabies ve Viral hastalıklar</p>	<p><b><u>Endokrin ve metabolik hastalıklar</u></b> Diyabet (şüpheli, saçlı deride daha fazla) Hipertiroidi, Hipotiroidi Kronik böbrek yetmezliği Karaciğer hastalıkları (kolestazlı veya kolestazsız) Malabsorbsiyon Perimenapozal kaşıntı</p>
<p><b><u>İnflamatuvar hastalıklar</u></b> Asteatoz (kuru deri, yaşlılık, senil pruritus) Atopik dermatit (nörodermatit, prurigo nodularis, nümüler ekzema) Görünmez dermatozlar İd reaksiyonları, İlaç reaksiyonları Kontakt dermatitler (allerjik, iritan, fotosensitif) Liken planus, Liken simpleks kronikus Mastositozlar (ürtikerya pigmentoza) Miliarya, Psöriazis, Skarlar, Ürtiker</p>	<p><b><u>Enfeksiyöz hastalıklar</u></b> Helmintler, Parazitozlar HIV enfeksiyonu</p>
<p><b><u>Gebelik</u></b> Gebeliğin polimorf erupsiyonu Gebelik prurigosu Pemfigoid gestasyones</p>	<p><b><u>Gebelik</u></b> Pruritus gravidarum (kolestazlı veya kolestazsız)</p>
<p><b><u>Genetik hastalıklar</u></b> Darier hastalığı Hailey-Hailey hastalığı İktiyozlar Sjögren-Larsson sendromu</p>	<p><b><u>İlaçlar</u></b> ACE inhibitörleri, Allopürinol Amiodaron, Hidroklorotiazid Opioidler, Östrojen, Simvastatin Hidroksietil selüloz (plazma genişleticiler)</p>
<p><b><u>Neoplastik hastalıklar</u></b> Kutanöz T hücreli lenfoma (özellikle Sezary sendromu) Kutanöz B hücreli lenfoma Lökemiya kutis</p>	<p><b><u>Neoplastik ve hematolojik hastalıklar</u></b> Demir eksikliği, Karsinoid sendrom Lenfomalar (Hodgkin, non-Hodgkin) Lösemiler, Multipl miyelom Plazmasitomlar, Polisitemia rubra vera Solid tümörler (kolon, prostat, serviks)</p>
<p><b><u>Otoimmün hastalıklar</u></b> Dermatitis herpetiformis Dermatomiyozit, Sjögren sendromu Pemfigoid</p>	<p><b><u>Nörolojik hastalıklar</u></b> Apse, İnfarktlar, Tümörler Multipl skleroz, Notaljia parestetika</p>
	<p><b><u>Psikiyatrik hastalıklar</u></b> Anksiyete, Depresyon Obsesif-kompulsif hastalık</p>
	<p><b><u>İdiyopatik kaşıntı</u></b></p>

Çizelgede görüldüğü gibi kaşıntının birçok dermatolojik, sistemik, nörolojik ve psikiyatrik nedeni bulunmaktadır.

### **2.8.1. Kaşıntının Dermatolojik Nedenleri**

Yukarıdaki çizelgede de görülebileceği gibi jeneralize kaşıntı ile birlikte giden cilt lezyonlarında geniş bir etiyolojik yelpaze söz konusudur. Ürtiker, dermatitis herpetiformis, scabies, atopik dermatit ve ilaç erüpsiyonları bu bağlamda karşılaşılan en sık nedenler arasında yer almaktadır. Bunların içinde de ürtiker diğerlerine göre nispeten daha sık görülmektedir. Halk arasında “kurdeşen” adıyla da bilinen ürtiker, kaşıntılı, ödematöz papül ve plak oluşumu ile karakterize kaşıntılı bir deri hastalığıdır. Kabaca akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılabilir. Akut ürtiker nedenleri arasında ilaç reaksiyonları (38,39), gıda hipersensitivitesi, infeksiyon, kontakt dermatit ve transfüzyon reaksiyonları sayılabilir. Kronik ürtikerler ise daha sıklıkla fiziksel stimulusa bağlı olarak gelişir. Bunlar arasında sıcak ürtikeri, soğuk ürtikeri, solar ürtiker, sıvı ürtikeri ve kolinerjik ürtiker ilk planda dikkat çeker. Bunlardan başka, kronik ürtiker nedenleri arasında kronik enfeksiyonlar (Hepatit B, C, HIV, sinüzit, dental infeksiyon) (40), H.Pyloriye bağlı kronik idiyopatik ürtiker, sistemik lupus eritematosus ve parazitik enfestasyonları da sayılabilir. Ürtikerlerin %30-50'sinde IgE ile oluşan otoimmünite söz konusudur (40). Kronik idiyopatik ürtiker için daha çok geçerli olan bu durum H.Pylori infeksiyonunun neden olduğu ürtikerin patolojisini teşkil eder. Bazı durumlarda ise, kronik ürtiker durumlarında herhangi bir neden saptanamayabilir. Bu gibi durumlarda hastada psikolojik nedenler, sinüzit, gastrit ve otoimmün tiroidit (41) araştırmak yerinde olacaktır. Xerosis ve kuru cilt (dry skin) diğer sık rastlanan nedenlerdendir. Kuru kserotik deri, pürüzlü ve skuamlı deri yüzeyi ile karakterizedir ve özellikle yaşlı popülasyonda kseroza bağlı kaşıntı oranında artış olduğu görülmektedir. Atopik dermatit ve hipotiroidi gibi durumlarda da kseroza bağlı kaşıntıya sıklıkla rastlanır Bunun nedeni ara dokudaki atrofi ve cilt vasküler yapısının yaşla birlikte azalması, cildin nemlenmesinin bozulmasıdır. Diğer sık görülen nedenlerden biri olan Psöriyazis yaygın görülen, kronik seyirli, tekrarlayıcı, deri, tırnak ve eklemleri etkileyen bir deri hastalığıdır. Klinik olarak iyi sınırlı, üzerinde sedefi beyaz renkli skuamlar bulunan eritemli papül ve plaklardan oluşur. Yapılan çalışmalarda psöriyatik lezyonlar ve

buna bağlı gelişen kaşıntının, hastanın yaşam kalitesini belirgin şekilde ktu etkilediği göstermiştir. Yine, dermatolojide sık rastlanan yüzeyel mantar hastalıklarının da fiziksel ve psikolojik rahatsızlık yaratarak kaşıntıya sebep oldukları bu durumun da hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. (43).

### **2.8.2. Kaşıntının Sistemik Nedenleri**

Yapılan alışmalar generalize pruritusta %10-50 oranında sistemik hastalık görüldüğünü göstermiştir. Kronik böbrek hastalarındaki üremi en sık görülen generalize kaşıntı sebebidir ve renal pruritus olarak adlandırılır. Bununla beraber diğer sistemik kaşıntı sebepleri arasında; karaciğer hastalıkları, hematolojik hastalıklar, endokrin hastalıklar (en sık hipertiroidi), postmenapozal pruritus, maligniteler, HIV infeksiyonu, gebelik, senil pruritus, notaljiya parestetika ve brakioradyal pruritus gibi hastalıklarda görülen nöropatik kaşıntı ve ilaçlar sayılabilir. Opiyadlar, minosiklin, aspirin, klorokin, oral kontraseptif ilaçlar, anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, amiodaron, anabolik steroidler, lityum, beta blokerler, azatiopirin, bleomisin, izotretinoin, altın, interferon ve penisilin gibi ilaçlar kaşıntının etyolojisinde sıklıkla suçlanan ilaçlar arasındadır (44).

### **2.9. Kaşıntının Olumsuz Etkileri**

Kaşıntı tek başına tehlikeli olmasa bile, çoğu hastada deride lezyon, kanama, yanma ve ağrı gibi fizyolojik değişiklikler oluşturmaktadır. Gündüz ve gece sürekli kaşınma hastada fiziksel ve zihinsel yorgunluğa, yılmınlığa, uykusuzluğa, kronik yorgunluğa, sosyal izolasyona, öfke-anksiyete-depresyona ve benlik saygısı, öz bakım gücü ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olarak hastanın hastalığa uyumunu olumsuz etkilemektedir (46). Kaşıntının şiddeti ve psikososyal etkileri arasında güçlü bir korelasyon olduğu bildirilmektedir. Kaşıntı şiddeti ve ciltteki yaralar artıkça, hasta kendini fiziksel olarak da çirkin ve dışlanmış olarak hissetmektedir. Hastalarda depresyon, intihar ve ölüm arzusu artmaktadır. Buna bağlı olarak hastalarda alkol tüketimi, sigara ve sakinleştirici kullanımı ile anti depresanların kullanımında da artış olduğu saptanmıştır (46).

## 2.10. Kaşıntılı Hastaya Yaklaşım

### 2.10.1. Kaşıntı ile Başvuran Hastanın Değerlendirilmesi ve Tanı

Sebebi bilinmeyen bir kaşıntıyla başvuran hastaların klinik değerlendirmesinde ilk yapılması gereken, hem dermatolojik hem sistemik bilgileri içeren ayrıntılı bir anamnez alınmasıdır. Kaşıntının süresi, lokalizasyonu, periyodik sıklığı, karakteristik özellikleri, alışkanlıkları, ilaç kullanımı, seyahat hikâyesi, cinsel alışkanlıkları, temas edilen bitki ve hayvanlar, tıbbi özgeçmişi ve kilo kaybı sorgulanmalıdır (Çizelge 2.6). Ayrıntılı bir hikâyeden sonra yapılacak dermatolojik muayene ve sistemik değerlendirme ile nedenin belirlenmesinde büyük bir yol kat edilmiş olacaktır. Öykünün ve muayene bulgularının ışığında yapılacak ve olabildiğince seçici olması önerilen laboratuvar testleri de tanıya yardımcı olacaktır. Bütün bu değerlendirmelere rağmen tanı konulamayan hastalar ise belirli aralıklarla (6-12 ayda bir) tekrar değerlendirilmelidir (Çizelge 2.7-2.9) (37,47).

**Çizelge 2.6.** Kaşıntı ile başvuran hastadan anamnez alınırken dikkat edilmesi gerekenler

#### Hikaye

Süre, başlangıç, yayılım, şiddet, hastanın kaşıntıyı tanımlama şekli

Artıran veya azaltan faktörler

Günlük veya mevsimsel değişimler

Yaş: Malignite riski? Atopik dermatit? Renal / KC disfonksiyonu? Menopoz vs...

Kaşıntının başlangıcı: Akut/kronik? Nokturnal?

Kaşıntının özellikleri ve şiddeti: Lokalizasyon? Ağrı ile birliktelik?

Kaşıntıyı artıran ve azaltan faktörler: Terleme? Sıcak? Yiyecekler? Banyo şekli/sıklığı? Alerji? Ev hayvanı?

Çevresel faktörler: Hastane/otel/bakım evi? Skabies?

Meslek, hobiler, banyo şekli

Aile öyküsü, seyahat hikayesi

İlaçlar, ameliyatlar, uyuşturucu öyküsü

Genel sağlık durumu: Ateş? Kilo kaybı? Sarılık? Gece terlemesi?

**Çizelge 2.7.** Kaşıntı ile başvuran hastadan fizik muayene sırasında dikkat edilmesi gerekenler

### **Fizik Muayene**

Dermatolojik muayene:

Deri, deri ekleri, mukozalar ve genital bölge muayenesi.

Deri lezyonu var mı? Primer deri bulgusu? Sekonder deri bulgusu?

Lokalize/ genelize pruritus?

İnfestasyon bulgularının araştırılması (ekskoryasyon, likenifikasyon, cilalı tırnaklar)

Dermografizm? (kırmızı: ürtiker, beyaz: atopik dermatit)

Vital bulgular ve genel durum: Genel görüntü, sarılık, anemi, ateş vs.

Sistemik hastalık:

Genel görünüş

Lenf bezleri

Batın muayenesi, Gastrointestinal muayene

Göz muayenesi

Endokrin, Hematolojik, Nörolojik, Mental Muayeneler

**Çizelge 2.8.** Kaşıntılı hastada ilk basamakta bakılması önerilen laboratuvar parametreleri

### **İlk Basamak Laboratuvar İncelemeleri**

Tam kan sayımı: Hematolojik hastalık? Eozinofili? Trombositoz? Eritrositoz?

BUN, kreatinin: Renal hastalık?

Açlık kan şekeri, HbA1C: Diyabet?

AST, ALT, ALP, bilirubinler: KC hastalığı? Kolestaz?

Hepatit B, Hepatit C serolojileri

TSH: Hipertiroidizm? hipotiroidizm?

Sedimentasyon hızı, serum demir ve ferritin düzeyleri

AC Grafisi

BUN: Kan üre azotu, HbA1C: Hemoglobin A1C, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz ALP: Alkalin fosfataz, KC: Karaciğer, TSH: Tiroid uyarıcı hormon, AC: Akciğer

**Çizelge 2.9.** Kaşıntılı hastada ikinci basamakta bakılması önerilen laboratuvar parametreleri

### **İkinci Basamak Laboratuvar İncelemeleri**

Serum demir ve ferritin düzeyleri

Deri biyopsisi ve immunfloresan inceleme: Spesifik dermatozar?

Total IgE, Prik testi, yama testi: Alerji? Spesifik IgE?

Otoimmünite: Tiroid otoantikörleri, antinükleer antikor, antimitokondriyal antikor, anti-scl, antisentromer, Antitransglutaminaz antikorlar

İdrarda 5-HİAA

HIV

Gaitada parazit araştırılması

Gaitada gizli kan, Endoskopi: Gastrointestinal malignite?

Immünglobulinler, Serum protein elektroforezi: Malignite?

Abdominal USG, Radyolojik incelemeler: Dahili / ortopedik/ nörolojik malignite?

IgE: İmmünoglobulin E, HIV: Human immun deficiency virus, USG: Ultrasonografi, 5-HİAA: 5 hidroksi indol asetik asit, USG: Ultrasonografi

### **2.10.2. Kaşıntı Tedavisine Yaklaşım**

Kaşıntılı bir hasta ile karşılaşıldığında her hasta ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Hastanın yaşı, mevcut hastalıkları, kullandığı ilaçlar, kaşıntının şiddeti, hayat kalitesine etkisi ve kaşıntının altında yatan nedeni değerlendirilmeli ve tedavi planı bu bilgiler çerçevesinde yapılmalıdır. Ancak Kaşıntının patofizyolojisi tam olarak bilinmediğinden, tüm kaşıntılı durumlarda etkili olan tek bir ilaç henüz mevcut değildir. Kaşıntılı tüm olguların, kaşıntıyı uyarabilecek ve arttıracak ilgili tüm faktörler konusunda öncelikle bilgilendirilmeleri ve bu faktörlerden kaçınmaları gerekmektedir. Bu amaçla semptomatik tedavide alınması gereken genel önlemler şunlardır:

- Birçok olguda özellikle derinin kurumasına yol açabilecek sık banyo ve uzun süreli sıcak duşlar yerine kısa, ılık ve daha seyrek duşlar önerilmelidir.
- Yünlü, sentetik ve iritan giysiler yerine pamuklu veya ipek, esnek ve uygun giyecekler seçilmelidir.

- Derinin kuruması kaşıntıyı arttıracığından, nemlendiricilerin düzenli olarak kullanılması gerekmektedir.
- Stres ve aşırı yorgunluktan kaçınmak gerektiği belirtilmelidir.
- Alkol, acılı baharatlı ürünler ve sıcak yiyeceklerden uzak durulmalıdır.
- Çamaşırların iyi durulanmaması nedeniyle kalan deterjan yumuşatıcı artıklarının kaşıntıya neden olabileceği hastaya öğretilmelidir.
- Refere kaşıntıya ve bazı durumlarda otoinokülasyona yol açmamak bakımından, kaşınma hissine rağmen kaşımamanın önemi de vurgulanmalıdır. Bu döngüyü kırmak için pratik yöntemler olan soğuk kompresler ve kaşınan bölgeye hafif basınç uygulanması hastaya öğretilmelidir.

Kaşıntı tedavisinde tüm olgularda dikkat edilmesi ve uygulanması gereken bu önlemlerin yanı sıra, topikal ve sistemik ilaçlar ile fototerapiden yararlanılmaktadır. Bu tedaviler ayrı ayrı veya kombine olarak da uygulanabilmektedir.

### 2.10.2.1. Kaşıntının Topikal Tedavisi

Topikal tedaviler genellikle lokalize kaşıntılarda önerilir. Generalize kaşıntılarda ise, sistemik tedavilere ek olarak veya sistemik tedavilerin kontrendike olduğu durumlarda kullanılırlar. Tedavide kullanılacak başlıca topikal ajanlar şunlardır:

**Bariyer kremler, nemlendiriciler:** Bariyer kremler stratum korneumun su tutmasına yardımcı olurken, aynı zamanda transepidermal su kaybını azaltan bir eksojen bariyer olarak da fonksiyon görürler. Bu şekilde deri bariyer işlevinin uygun şekilde devamını ve yenilenmesini sağlayarak pruritusta rol oynayan C sinir liflerinin uyarımını azaltırlar. Stratum korneumun asitliğinin artışı kaşıntıyı azaltırken sabun gibi yüksek pH'lı maddeler stratum korneumda ödem oluşturup lipidlerin rijiditesini değiştirirler ve kaşıntıyı tetikleyen proteazları aktive ederler. Bu sebeple pH 4.6-6.0 nemlendiriciler atopik ekzema, kuru deri gibi durumlarda kaşıntıyı azaltmada faydalı olabilir (48).

**Topikal kannabinoidler:** Histaminin indüklediği kaşıntıyı ve vazodilatasyonu azaltan topikal tedavideki yeni seçeneklerdendir. N-

palmitoiletanolamin (PEA), bir endokannabinoid olan anandamidin etkisini artırmak yoluyla etki eder (49).

**Kapsaisin %0.025-0.03 krem:** Kırmızı biberin aktif komponenti olan kapsaisin; topikal uygulama sonrası C nöronlarından substans P, kalsitonin geni ile ilişkili peptid ve somatostatin salınmasına neden olur. Sürekli kullanımında substans P birikimini azaltır, nöronları desensitize eder ve uygulama alanındaki pruritusu ortadan kaldırır. Geniş alanlarda güvenle uygulanabilecek bir ajandır. Kontrollü çalışmalarda kapsaisinin notaljiya parestetika, brakiyoradyal pruritus ve hemodiyaliz ilişkili pruritus gibi lokalize pruritusta etkili olduğunu göstermiştir (50).

**Mentol:** Mentol özellikle soğuk banyo sonrası ve deriyi soğutan faktörlerle kaşıntısı azalan kişilerde, uygulama alanında serinleme hissi vererek kaşıntıyı azaltabilmektedir. TRPM8 (transient receptor potential cation channel, subfamily M, member 8) reseptörlerini aktive eden mentol, uygulama bölgesinde serinlik hissi oluşturarak kaşıntıyı azaltır (51).

**Pramoksin:** Pramoksin; özellikle yüz ve perianal bölgeye uygulandığında sinirsel impulsların iletimini engelleyerek kaşıntıyı azaltan anestetik bir ajandır. Çift kör çalışmalar, pramoksinin özellikle histamin aracılı kaşıntıyı ve kronik böbrek yetmezliği hastalarında görülebilen renal pruritusu engellediğini göstermiştir (52).

**Aspirin:** Topikal olarak kullanılan aspirin derideki inflamatuvar mediatörler ve sinir lifleri üzerine etki ederek kronik lokalize kaşıntıyı azaltır. Kronik lokalize prurituslu hastalarda, topikal %3'lük aspirin solüsyonunun kaşıntıyı büyük ölçüde azalttığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (53).

**İmmünmodülatörler:** Takrolimus ve pimekrolimus gibi topikal immünmodülatörler özellikle atopik dermatit tedavisinde kullanılmakla beraber, son çalışmalar topikal takrolimusun antipruritik etkisi olduğunu göstermiştir (54).

**Doksepin %5 krem:** Sistemik formu anksiyete ve depresyonda kullanılan trisiklik bir antidepresan olan doksepin, aynı zamanda H1 ve H2 antihistaminik etkilere sahiptir. Özellikle atopik dermatitte tercih edilen topikal tedavilerdendir. Ancak geniş alanlara uygulandığında emilimine bağlı olarak halsizlik, sedasyon ve alerjik kontakt dermatit gibi yan etkilere neden olabilir.



### 2.10.2.2. Kaşıntının Sistemik Tedavisi

**Antihistaminikler:** Histamine bağılı kaşıntı H1 reseptörleri ile oluştuğu için, sedatif (birinci kuşak) antihistaminikler hala pruritusta en sık kullanılan ilaçlardır. Pruritusu etkili olmakla beraber, hidrosizin ve doksepinde belirgin olmak üzere antihistaminikler eşlik eden anksiyeteyi de azaltırlar (52). Özellikle de ürtiker ve böcek ısırığı gibi histaminin ana mediyatör olduğu hastalıklarda çok etkilidirler. İkinci kuşak antihistaminikler sedasyon da yapmadıkları için gün içindeki kullanıma daha uygundurlar.

**Kortikosteroidler:** Sistemik kortikosteroidler, inflamatuvar deri hastalıklarındaki kaşıntıyı azaltırlar. Antipruritik etkileri, mast hücrelerinden histamin salınımına ya da lökotrienlere etkileri ile açıklanmaktadır (55).

**Opioid reseptör antagonistleri, agonistleri:** Nalokson ve naltrekson gibi  $\mu$ -opioid reseptör antagonistleri, yirmi yıldan fazla bir süredir kolestaz, üremi ve dermatolojik hastalıklar ile ilgili kaşıntının tedavisinde kullanılmaktadır. Etkinlikleri, kontrollü klinik çalışmalarla desteklenmektedir. Fakat bu ilaçların hepatotoksisite, bulantı, kusma ve uyku bozukluğu gibi ciddi yan etkileri vardır. Kappa-opioid reseptör agonistleri de  $\mu$ -opioid reseptörlerinin etkilerini inhibe etmektedir. Nalfurafin, üremik pruritus tedavisinde etkili bulunmuştur. Günümüzde nalfurafin sadece Japonya'da kullanılabilir (56). Butorfenol hem kappa-opioid reseptörlerinin agonisti, hemde  $\mu$ -opioid reseptörlerinin antagonistisi olan bir analjeziktir. İntranazal kullanımında; sistemik ve dermatolojik kaynaklı kronik, şiddetli, inatçı pruritusta etkili bulunmuştur (56).

**Antidepresanlar:** Serotonin ve noradrenalinin sinapslarda geri alımını engelleyen ilaçlar pruritus tedavisinde kullanılabilir (57). Oral olarak kullanılan selektif serotonin reuptake inhibitörü (SSRI) olan mirtazapin; noradrenalin ve serotonin salınımını uyarırken, serotonin reseptörlerini de bloke eder. Mirtazapin ciddi yan etkileri olmadan kullanılabilen güvenli bir ilaç olmakla beraber, düşük dozlarda (gecede 15 mg gibi) noktürnal pruritus tedavisinde etkili bir seçenektir (57). Randomize kontrollü bir çalışmada paroksetin ve fluvoksaminin de büyük ölçüde pruritusu azalttığını göstermiştir (58). Diğer antidepresanların ise, belirgin bir antipruritik etkisi gösterilememiştir.

**Antiepileptikler:** Gabapentin ve pregabalin GABA (gama aminobütirik asit)'nın yapısal analoglarıdır. Santral antipruritik olarak etkili olmalarına rağmen etki mekanizmaları tam olarak anlaşılamamıştır. Her iki ilacın da hem pruritusun santral sinir sistemindeki yollarını hem de santralde algılanmasını inhibe edebileceği düşünülmektedir. Özellikle postzonal nevralji, brakiyoradyal ve üremik pruritus gibi nörojenik kökenli kaşıntıda etkili bulunmuşlardır (59).

**İmmüsupresifler:** Azatiyopurin, siklosporin, mikofenolat mofetil gibi immüsupresiflerin özellikle atopik ekzema ve diğer dermatitlerde antipruritik etkilerinin olduğu gösterilmiştir. Yeni nesil anti-TNF'lerin direkt olarak antipruritik etkilerinin olmadığı düşünülürken; eski nesil TNF-alfa inhibitörü talidomidin prurigo nodularis ve üremik pruritusta etkili olduğu gösterilmiştir (60).

**Substans P inhibitörleri:** Aprepitant, nörokinin-1 reseptör (substans P reseptörü) antagonistidir. Klinik olgu bildirimlerinde, kemoterapinin indüklediği bulantı ve kusma için antiemetik amacıyla kullanımı sırasında antipruritik etkisinden bahsedilmesiyle beraber araştırılmıştır. Pruritusta kullanımının önündeki engeller; pahalı bir ilaç olması ve antipruritik etkilerinin randomize plasebo kontrollü çalışmalarda gösterilmemiş olmasıdır (61).

**Botulinum toksin:** Notaljiya parestetika ve liken simpleks kronikus gibi lokalize kaşıntıda subkutan olarak kullanılabilmesine dair olgu bildirimleri olmakla beraber (62) bazı olgu serilerinde de nöropatik kaşıntıda etkisiz olduğu bildirilmiştir (63).

### 2.10.2.3. Kaşıntının Fiziksel Tedavisi

**Fototerapi:** Ultraviyole B fototerapi (UVB), üremik pruritusta en iyi tedavi şeklidir. Fototerapi; kronik renal yetmezlik, primer biliyer siroz, polistemia vera ve prurigo nodularis gibi enflamatuar dermatozlarda yararlıdır (64). UV tedavilerinin, deriden çeşitli pruritojenleri uzaklaştırarak, histamin salınımını inhibe ederek ve dermal mast hücre proliferasyonunu inhibe ederek etkili oldukları düşünülmektedir.

**Transkutanöz Sinir Stimülasyonu (TENS):** Kaşıntılı deri hastalıklarının semptomatik tedavisinde kullanılabilir. Hematolojik hastalıklara eşlik eden kaşıntı, reaktif perforan kollajenöz, jeneralize pruritus, atopik dermatit, retiküloz, uyuz, kolestaz ve ürtikerdeki kaşıntıyı azaltır (65). Bu uygulamanın; kutanöz alan

stimülasyonuna benzer şekilde, endojen santral inhibitör mekanizmalar üzerinden etkili olduğu sanılmaktadır.

**Kutanöz Alan Stimülasyonu:** Nosiseptif C lifleride dahil olmak üzere ince aferent fibrillerin elektriksel stimülasyonu ile histamine bağlı kaşıntıyı inhibe eder. Sadece lokal kaşıntının tedavisinde yararlıdır; brakioradiyal pruritusta ve kronik likenifiye prurigo nodularista ise etkisi yoktur (66). Kutanöz alan stimülasyonunun, epidermal sinir liflerinin dejenerasyonu ve endojen santral inhibitör mekanizmalar üzerinden etkili olduğu düşünülmektedir (67). Tedavinin kesilmesinden sonra kaşıntı, sinir liflerinin rejenerasyonu ile yeniden başlar.

**Akupunktur:** Hem klasik hem de elektroakupunktur, kaşıntılı hastalarda yararlı olabilir. Akupunkturun antipruritik etkisi, üremik pruritusta kanıtlanmıştır (65).

#### **2.10.2.4. Kaşıntı Tedavisinde Psikolojik yaklaşım**

Stres ve diğer psikojenik faktörler kaşıntıda önemli bir rol alırlar. Pruritus, strese bağlı mediyatörlerle (histamin ve nöropeptidler gibi) ortaya çıkabilir, süregen hale gelebilir veya artış gösterebilir. Deri hastalığı bulunanların %33-75'inde önemli bir psikolojik komponent saptanabilir (68). Bu nedenle grup psikoterapisi, davranış tedavisi, kontrollü fiziksel egzersizler, destek grupları, biofeedback gibi psikolojik yaklaşımlar pruritusu engelleyebilir ve yaşam kalitesini yükseltebilir.

#### **2.11. Psikodermatoloji**

Psikodermatoloji psikiyatri ile dermatoloji arasındaki ilişki ve etkileşime dayanan ortak bir çalışma alanıdır. Bu iki bilim dalı arasındaki ilişki nöro-immün-kutanöz sistem olarak tanımlanan immün ve nöroendokrin sistem arasındaki karmaşık bir etkileşime dayanmaktadır ve bu etkileşim salınan mediyatörler aracılığıyla olmaktadır. Deride ve merkezi sinir sisteminde, hormonlar, nörotransmitter ve reseptörler gibi pek çok ortak fonksiyon sistemi bulunmaktadır. Deri hastalıkları ve psikopatoloji ilişkisinin iki yönü bulunmaktadır; hem psikopatolojik durumlar deri hastalıklarının gelişimini tetikleyebilmekte, hem de deri hastalıkları psikososyal rahatsızlıklara neden olabilmektedir (68).

Derinin beyinle olan ilişkisi embriyonik döneme kadar uzanır, deri ile beyin ektodermden köken alır, aynı hormonlar ve nörotransmitterlerden etkilenir. Stres ve diğer psikolojik etmenler birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkmasını ya da belirtilerin alevlenmesini tetikler. Dermatoloji hastalarında birçok psikiyatrik tanının görülebileceği bilinmektedir. Dermatoloji hastalarında önemli stres etkenleri ve psikiyatrik belirtilerin görülme sıklığı en az %30 ve üzeri olarak tahmin edilmektedir. Depresyon ve anksiyete bozuklukları sık rastlanan hastalıklar olmaktadır. Deri ve sinir sisteminin aynı embriyojenik yapıdan köken alması nedeni ile bu iki sistem arasında yakın ilişki olduğu ve bu sistemlerin birbirini etkilediği kabul edilmektedir.

Dermatolojik bir hastalık tanısı konulan kişilerde eş zamanlı hastalarında birçok psikiyatrik rahatsızlığında teşhis edildiği bilinmektedir ve bunların dermatolojik problemlerin ortaya çıkışında ve/veya alevlenmesinde önemli rolü olduğu tahmin edilmektedir. Arck ve arkadaşları (69) bölgesel nöroendokrin deri ekseninin beyin-deri ilişkisini sağladığına dair kanıtlar ne sürmüştür. Kronik psikolojik stres bu eksenin düzenlenmesi ile inflamatuvar deri hastalıklarının tetiklenmesinde rol oynar.

Psikiyatrik hastalıkların sınıflamasıyla ilgili uluslararası kabul gören iki sınıflama sistemi vardır. İlki Dünya Sağlık rgt'nün ICD-10 sınıflamasıdır. Bu sınıflama sistemi uzun zamandır güncellenmemiştir. Diğeri ise Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV-TR sınıflamasıdır (70). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV-TR sınıflamasına göre psikokutan hastalıkların sınıflandırması izelge 2.10'da gösterildiği şekildedir.

**Çizelge 2.10.** DSM-IV-TR psikokutan hastalıklar sınıflaması

<p><b><u>1. Tıbbi durumu etkileyen psikolojik etmenler</u></b> Atopik dermatit Psoriasis Alopesi areata Ürtiker ve anjiyoödem Akne vulgaris Rozase Telogen efluvium Primer hiperhidroz Seboreik dermatit Prurigo nodularis</p> <p><b><u>2. Farklılaşmamış somatoform bozukluk</u></b> Kronik idiyopatik pruritus İdiyopatik pruritus ani, vulva ve skroti Mastositozlar (ürtikerya pigmentoza) Miliarya, Psöriazis, Skarlar, Ürtiker</p>	<p><b><u>3. Ağrı bozukluğu</u></b> İdiyopatik glossodinya Dizestetik (esansiyel) vulvodinya</p> <p><b><u>4. Diğer somatoform bozukluklar</u></b> Beden dismorfik bozukluğu</p> <p><b><u>5. Sanrılı bozukluk, somatik tip</u></b> Parazitoz sanrıları Görünümdeki kusur ile ilgili sanrılar Kötü vücut kokusu sanrıları</p> <p><b><u>6. Dürtü kontrol bozukluğu (obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları)</u></b> Trikotillomani Psikojenik ekskoriyasyon Onikofaji</p> <p><b><u>7. Yapay bozukluk</u></b> Yapay dermatit Psikojenik purpura</p>
--	---

Tıbbi durumu etkileyen psikolojik etmenler alt grubu, eşlik eden psikiyatrik belirtileri ya da stresin gidişini etkilediği dermatolojik hastalıkları içerir. Farklılaşmamış somatoform bozukluklar alt grubu, bilinen bir dermatolojik hastalıkla daha iyi açıklanmayan dermatolojik sorunları içerir. Bir diğer gruptan olan beden dismorfik bozukluğunada dermatoloji kliniklerinde sık rastlanır. Bir çalışmada dermatoloji kliniklerine başvuran hastaların yaklaşık %12'sinde beden dismorfik bozukluğu saptandığı bildirilmiştir (71). Trikotillomani, psikojenik ekskoriyasyon ve onikofaji başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları altında sınıflandırılır (72,73). Son olarak bu sınıflamaya göre yapay bozukluklar alt grubu, dermatitis artefakta (yapay dermatit) ve psikojenik purpurayı içerir (74).

Liken planus, atopik dermatit, rozase, psoriasis, kronik idiyopatik ürtiker ve alopesi areata gibi hastalıkların birçoğunda psikonöroimmünolojik faktörler rol oynamaktadır. P maddesi (substans P) ve vazoaktif intestinal peptit gibi nöropeptitler

psoriasis ve atopik dermatit gibi bazı hastalıkların patofizyolojisinde rol almaktadır. Bu nöropeptitlerin nöroregülasyon yapıcı etkisi majör depresyon gibi psikopatolojilerden ve psikolojik stresten etkilenmektedir. Bu konuda ileri araştırmalar yapmaya gerek vardır.

Strese verilen biyolojik yanıtlar kişiden kişiye farklılık göstermekte, stres sonucu vazoaaktif peptitler, lenfokinler ve kimyasal mediyatörler salınmakta ve immün sistemin etkilenmesi ile yangı gelişmektedir. Deneysel çalışmalarda endokrin, immün ve sinir sistemlerinin otonom çalışmadığı, aralarında karmaşık bir etkileşim olduğu gösterilmiştir. Stresin sadece hastalığı ortaya çıkarıcı bir etmen olmadığı atopik ekzema, psoriasis ve akne vulgaris gibi birçok kronik deri hastalığında belirtilerin alevlenmesine yol açtığı bilinmektedir.

Pruritusun ortaya çıkışı ile stresli olay arasında yakın kronolojik bir ilişki vardır. Psikolojik stres ve eşlik eden psikiyatrik durumlar kaşıntı eşliğini düşürerek ya da kaşıntı ya duyarlılığı arttırarak etkili olur. Stres histamin yanı sıra vazoaaktif aminler, yangısal mediyatörler, SP'yi harekete geçirir. Ek olarak strese bağlı hemodinamik değişiklikler (kan akımı artışı, terleme, deri sıcaklığında ki artış) kaşıntı duygusunu uyandırarak kaşıntı hissi kaşıma eylemi kaşıma hissi şeklinde ki kısır döngüyü güçlendirir (75).

Kronik pruritus, birçok psikiyatrik bozuklukla bir arada görülebilir ve genellikle psikiyatrik bozuklukla eş zamanlı olarak ortaya çıkar. Depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif hastalık, somatoform bozukluklar, mani, psikoz ve madde bağımlılığı en sık bir arada görüldüğü bozukluklardır (76). Bazı çalışmalar da kaşıntı ile beraber primer olarak depresyon görülebilir. Kronik prurituslu hastalarda trikotillo mani, kleptomani, borderline kişilik ve dismorfik vücut bozukluklarının beraberlikleri bildirilmiştir. Özellikle depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif hastalarda kronik pruritusa sık rastlanır (77).

## **2.12. Bağlanma**

### **2.12.1. Tanım**

Bağlanma, bebek ile bakım veren kişi arasındaki ilk ilişkiyi temel alan, yakınlık arayışı ile kendini gösteren, tehlikeden kaçınmayı hedefleyen, özellikle stres

durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve devamlılığı olan bir bağ olarak ifade edilmektedir. İlk temel ilişki olan anne çocuk ilişkisindeki bağlanma tarzı, kişinin sonraki yaşam dönemlerindeki bağlanmaları için örnek olmakta, kişiler arası ilişkilerine önemli derecede yansımakta, psikososyal ve sağlık alanlarında etkisini hissettirmektedir (78).

### **2.12.2. Bağlanma Kuramı**

Bağlanma kuramı, çocuğa bakım veren kişi ile kurduğu ilişkiyi temel alarak çocuklukta ve yetişkinlikte yakın ilişkileri anlamayı amaçlar. Geçmişte bebeklik ve çocukluk dönemlerine odaklanırken, günümüzde yetişkinlerin sosyal ve romantik ilişkilerinde yaşadıkları duygusal, bilişsel ve davranışsal özellikleri anlamak için de kullanılan bir model haline gelmiştir (79).

Freud'dan başlayarak anne ve bebek arasındaki ilişki çeşitli kuramların temel ilgi alanı olmuştur. Erken yaşantıların kişilik gelişimi, duygu düzenleme, kişiler arası ilişkiler ile ruhsal ve fiziksel hastalıklarının gelişmesi üzerine etkileri, birçok araştırmaya konu olmuştur. Mahler ve Klein'in nesne ilişkileri kuramını evrimsel görüşle birlikte ele alarak geliştiren Bowlby, bağlanma kuramı ile alana çok önemli bir katkı sağlamıştır. Bowlby'ye göre bağlanma davranışı içgüdüsel bir eğilim olup, temel hedefi içgüdüsel ihtiyaçların karşılanması ve tehlikelerden korunmaktır. Bebek, dünyaya geldiğinde genetik olarak programlanmış bir bağlanma ilişkisinin içine doğar. Bağlanma, doğuştan gelen ve biyolojik uyuma yönelik güdüleme özelliği olan temel bir sistem olup, sosyal ilişkilerin kurulmasında temel belirleyicidir (81).

Kuramın temeli 1950'lerin sonlarında ebeveyninden ayrılan çocukların çektiği yoğun sıkıntıyı anlamaya çalışan İngiliz psikanalist John Bowlby tarafından atılmıştır. Bowlby kuramını davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin bebeklik ve erken çocukluk evrelerinde annelerinden uzun süre ayrı kaldıkları gözleminden yola çıkarak geliştirmiştir (81).

Bağlanma kuramına göre;

1. İnsan yavrusu bağlanmayı kolaylaştıracak bir davranış potansiyeli ile doğar.
2. Yakınlığın sürdürülmesi, diğerinin de yaklaşma gereksinimini karşılar.

3. Yaşanan deneyimler sonucu çocuk kendine ve dış dünyaya anlam verir. Bunu yeni ilişkilere genelleyerek bütünleştirir ve bir zihin modeli şeklinde içselleştirir (80-82).

Bağlanma kuramına göre, ebeveyn davranışları ve etkileşim biçimi daha sonraki yıllarda yakın ilişkilerdeki beklenti, inanç ve tutumları yönlendiren ‘içsel çalışma modelleri’nin içeriğini oluşturur. Kurama göre anne ve çocuk etkileşimi sürecinde çocuklar iki temel zihinsel model geliştirirler: Benlik ve başkaları (diğerleri) modelleri. Benlik modeli daha çok yakın ilişkilerde yaşanan bağlanma kaygısı ile ilişkilidir. Başkaları modeli ise daha çok yakın ilişkilerde mesafeyi koruma ve kaçınma davranışı ile ilişkilidir (83).

### 2.12.3. Bağlanma Gelişimi

Kesin olarak kanıtlanmamış olmakla birlikte, anne ile bebek arasındaki ilk bağlanma ilişkisinin doğum öncesinde kurulduğu öne sürülmektedir (84). Yirmi altıncı haftada fetüsün algılama, tepki gösterebilme ve işittiği bilgileri yakalama yeteneklerinin olduğu, annenin duygulanımlarına yanıt verebildiği bildirilmektedir. Doğum öncesi dönemde annenin bedeninde meydana gelen değişiklikleri kabullenmesi, olumlu veya olumsuz duyguların bebeğe aktarılması bağlanmanın ilk temellerini oluşturmaktadır. Gebeliği süresince annenin karnına dokunarak bebeğini tensesel olarak hissetmesi ve bebeğini kabulü bağlanma ilişkisi için çok önemlidir. Bu aşamada, annenin bebeğe ilişkin oluşturduğu tasarımın içeriği ön plana çıkmaktadır. Anne adayının, kendi anne babası ile sıcak, sevgi dolu ve güvenli bir bağlılık ilişkisi varsa, bu durum evliliğine ve çocuğu ile olan ilişkisine de olumlu olarak yansıtacaktır (85-87).

Bowlby bağlanma gelişimini 4 evrede ele alır;

**I. Bağlanma öncesi dönem:** Doğumdan 8-12 haftaya kadar olan dönemde bebek annenin uyarıları ile hareketlenir. Çevresindeki kişilere yönelme davranışı gösterir ancak kişileri ayırt edebilme yetisi yoktur ya da çok kısıtlıdır. Bu dönemde bebek için önemli olan birincil ihtiyaçlarının giderilmesi olduğu için kendisine kimin baktığından çok fazla etkilenmezler.

**II. Bağlanmanın oluşması:** Bağlanmanın ilk işaretleri 8-12 haftadan 6 aya kadar uzanan ikinci dönemde ortaya çıkar. Bu dönemde bebek anneyi yabancılardan



ayırt etmeye ve dikkatini daha çok anneye yönlendirmeye başlar. Annesine gülümsemesi, uzun süreli göz teması kurması, diğer insanlara göre ona daha fazla ses çıkarması bağlanmanın hazırlığını oluşturur (88). Anne ve bebeğin duygularının karşılıklı geliştiği bu evrede, bebekten gelen sinyali anne gözden kaçırursa bile bebek uyarmaya devam eder.

**III. Bağlanma:** Bağlanmanın tam olarak gözlemlendiği üçüncü dönem 6-24 ay arasındadır. 6.aydan itibaren amigdalanın gelişmesiyle birlikte yabancı kişilere karşı korku ve kaygı yaşamaya başlar. Tüm ilgisini, gereksinimlerini karşılayan kişiye yöneltir. Ondan ayrıldığında gerginlik ve huzursuzlukla birlikte ayrılık kaygısı yaşamaya bağlanmanın oluştuğunun bir göstergesidir.

**VI. Karşılıklı ilişki aşaması:** 18-24 aylar ve sonrasında güvenli yer olgusunun oluşması ile çocuk anneden giderek daha uzun süreli ayrılıklara dayanabilir hale gelir. Çocuk zamanla gerektiğinde bekleyeceğini öğrenir ve davranışlarını ona göre ayarlar. Bağlanmanın biçimlendiği bu süreci anne-baba ilişkisi, babanın geleneksel rolü, bakım verme ve yetiştirme tutumları, anne ya da babadan ayrılık, hastalık ve travmatik yaşantılar belirgin şekilde etkilemektedir (78,80).

Yakınlık arama eğilimi ile dünyaya gelen bebeğin anne ile kurduğu tutarlı ve güvenli ilişki, sağlıklı gelişmesi için oldukça önemlidir. Doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılarak özel bakıma alınan bebeklerde gelişmenin yavaşladığı ya da durduğu, bu bebeklerin yemek yemedikleri, sosyal geri çekilme yaşadıkları ve yüzlerinde sürekli üzüntülü bir ifade taşıdıkları belirtilmiştir (87,88).

Bowlby, yetersiz/patolojik ana babalığı özellikle ilgi ve kontrol/koruma boyutlarıyla ilişkilendirmiştir. İlgi terimi, yetersiz bakım verme, bebeğin gereksinimlerini karşılamama, çocuğu küçümseme, eleştirme ya da reddetmeyi içermektedir. Kontrol terimi ise aşırı koruma, bağımsızlığı desteklememe ya da aşırı kontrol etme olarak tanımlanmıştır. Yeterli ilgi-aşırı korumama (high care-low overprotection) optimal bağlanma olarak tanımlanmaktadır (81).

#### **2.12.4. Bağlanma Hiyerarşisi**

Bağlanma davranış sistemi, bağlanılan kişiye yakın olmayı amaçlar (81). Yaşamın erken dönemlerinde bebeğin birincil bağlanma figürü anne olmaktadır.

Buna karşın, pek çok bebekte temel bağlanma anneye olduğu kadar babayla da olmaktadır (89). İlerleyen zaman içinde diğer aile üyelerine, akrabalara, arkadaşlara, sevgiliye, eşe ve çocuğuna bağlanma gelişmektedir.

Ergenlikte bağlanma açısından ailenin ağırlığı azalırken, arkadaşlar ağırlık kazanmaktadır. Genç ile ebeveynleri arasında var olan bağlar artık sınımlanacak güvenli bağlar olarak algılanmaktan çok sınırlayıcı bağlanmalar olarak görülmeye başlanmakta, kişi kendi yolunu bulmak, kimlik edinebilmek için bağımsızlığa ihtiyaç duymaktadır Yaşlılarına karşı cinsel ilgi bu çerçevenin daha da genişlemesine sebep olmaktadır (90). Yeni ilişkiler, gencin kuracağı aile ve iş yaşamındaki bağlanmalarının taslaklarını belirlemekte, kendi içinde tutarlı ve süreğen bağlanmalar geliştirdiği zaman erişkinliğe adımını atmaktadır.

#### **2.12.5. Yetişkinlerde Bağlanma**

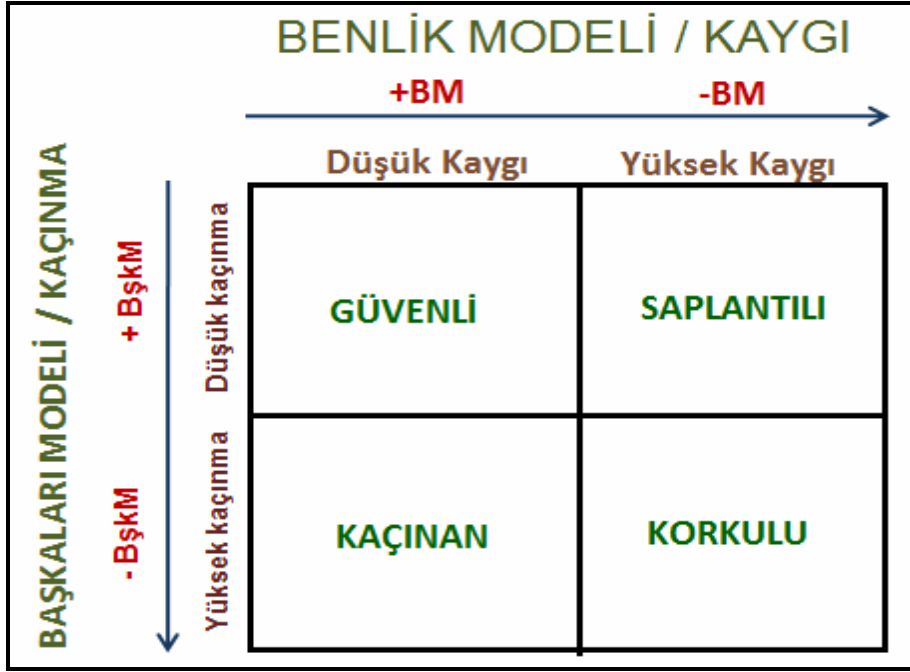
Bowlby, bağlanmanın yaşam boyu bir süreç olduğunu “Bağlanma davranışı bebekler ve çocuklarda sıklıkla ve yoğun olarak gösterilse de özellikle sıkıntılı, hasta ya da korkulu olduğunda yaşam boyunca kendini göstermeye devam eder.” şeklinde vurgulamaktadır (81,91). Uzun süre bebeklik ve çocukluk dönemleri üzerine yoğunlaşan bağlanma konusundaki araştırmalar sonraları giderek yetişkinlik dönemini de kapsayacak şekilde genişlemiştir.

Yetişkinlerde, bağlanma ilişkileri tipik olarak eşler arasındadır. Yetişkinlerdeki bağlanma çocukluktaki bağlanma gibi diğer davranışsal sistemlerin etkilenmesinden sorumlu değildir. Yetişkinlerde bağlanma sıklıkla cinsel ilişki içerir (81,90). Ebeveyn olunması ile bağlanma çocuklara doğru kaymaktadır (92).

İlk olarak Main “Yetişkin Bağlanma Görüşmesi” adında yarı yapılandırılmış bir ölçek kullanarak yetişkinlerle yaptığı görüşmelerden yola çıkarak Ainsworth’ün üçlü bağlanma modelinin yetişkinlik için de kullanılabilirliğini göstermiştir. Yine Hazan ve Shaver, yetişkinler arasındaki yakın ilişki bağlamında romantik sevginin de bir bağlanma davranışı olarak ele alınabileceğini ileri sürmüşlerdir (93).

Hazan ve arkadaşları, Ainsworth’un ortaya koymuş olduğu üçlü bağlanma biçiminin yetişkin yaşamındaki karşılıkları olan ve özellikle yakın (intimate) ilişkiler bağlamında tanımladıkları romantik ilişkilerde bağlanmayı, kendini bildirim dayanan bir ölçekle araştırmışlar ve yetişkinler için de güvenli, kaygılı-kararsız ve

kaygılı-kaçınan bağlanma biçimleri olmak üzere üç boyut tanımlamışlardır (93). Yetişkin bağlanma biçimleriyle çalışan araştırmacıların çoğu, Bartholomew ve arkadaşlarının benlik ve diğeri modeli üzerinden geliştirmiş oldukları dörtlü bağlanma modelini kullanmaktadırlar. Dörtlü Bağlanma Modeli, bireyin benlik imajı (olumlu ya da olumsuz) ve başkalarının imajlarının (olumlu ya da olumsuz) birleşimleri kullanılarak tanımlanmıştır. Benlik modeli, bireyin benliğinin sevmeye ve desteklenmeye değer olup olmadığını temsil etmekteyken; başkaları modeli, başkalarının güvenilir ve reddedici olmasına karşılık güvenilir ve hazır olarak görülmeleri ile ilişkilidir. Bu iki boyutun çaprazlanmasıyla dört bağlanma biçimine ulaşılmaktadır (94).



Şekil 2.6. Dört kategori modeli

## 2.12.6. Bağlanma Biçimleri

### 2.12.6.1. Güvenli Bağlanma

Olumlu benlik ve olumlu başkaları modellerinin birleşimidir. Bu bağlanma biçimine sahip kişiler kendilerinin sevmeye değer, başkalarının ise güvenilir, destek veren, ulaşılabilir ve iyi niyetli olduğu duygusunu taşırlar. Bu özellikleriyle hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurabilir hem de özerk kalmayı başarabilirler.

Güvenli bağlanma biçimi olan kişiler, hem kendileri hem de başkaları konusunda olumlu bakış açısına sahiptirler. Sıkıntılarını kabul ederek, başkalarından yardım ve destek talep ederler. Aynı zamanda bu kişilerin, stres oluşturan durum ile başa çıkabilecekleri konusunda kendilerine güvenleri vardır. Bu kişiler duygularını açık bir biçimde ifade ederler. Sorunları açıkça tartışır ve çatışmalardan kaçınmak yerine onlara çözüm bulurlar (95,96).

Güvenli bağlanan kişilerin benlik saygıları yüksektir, yakınlık kurmaktan rahatsız olmazlar. Geriye kalan üç bağlanma biçiminde ise kendilik ve/veya diğerleriyle ilgili olarak olumsuz bir içsel çalışan model bulunmaktadır ve her üçü de güvensiz bağlanma adı altında yer almaktadırlar (96).

#### **2.12.6.2. Saplantılı Bağlanma**

Olumsuz benlik modeli ile olumlu başkaları modelinin birleşimidir. Kendini değersiz hissetme (sevilmeye layık görmeme) duygusuyla başkalarına yönelik olumlu değerlendirmeleri yansıtır (97). Bu nedenle yakın ilişkilerde kendini doğrulama ya da kanıtlama eğilimi gösterirler, sürekli olarak ilişkileri ile takıntılıdırlar ve ilişkilerinden pek de gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler. Bu kişiler yakın ilişkilerinde kişisel yeterlilik ve değerlilik bulmak için çaba gösterirler (94). Saplantılı bağlanma biçiminin Hazan ve Shaver'in kaygılı / kararsız biçimine karşılık geldiği düşünülebilir (79,94,96).

#### **2.12.6.3. Kayıtsız Bağlanma**

Olumlu benlik (sevgiye değer olduğunun hissi) ve olumsuz başkaları modelinin (diğer insanlara karşı olumsuz yatkınlık) birleşimidir (94). Kendiliklerini değerli ve sevilebilir olarak değerlendirmenin yanı sıra, diğerlerine karşı olumsuz değerlendirmelere sahiptirler (96). Kayıtsız bağlanma biçimine sahip bireyler hayal kırıklığına uğramamak ve reddedilmemek için yakın ilişkilerden kaçınmakta, böylece bağımsız ve güçlü olmaya çalışarak olumlu benlik algılarını korumaya çalışmaktadırlar (94). Kayıtsız bağlanma biçimine sahip kişiler kaçınma stratejilerini temel başa çıkma stratejileri olarak kullanırlar (81,90,98). Bu kişiler bağımsızlığa aşırı derecede önem verirler ve başkalarına olan ihtiyacı ve yakın ilişkilerin gerekliliğini reddederler (79,94,96). Diğer insanların güvenilmez ve reddeden

insanlar olacağı düşüncesi, kendisinin sevilmeceğine dair beklentileri ve sevilme duygusunu göstermektedir. Önceki yetişkin bağlanma stili çalışmalarında bahsedilmemesine karşın bu stil, Hazan ve Shaver (1987)'nin yetişkin bağlanma stilinde tanımladığı kaçınan bağlanma stiline karşılık gelmektedir (99).

#### **2.12.6.4. Korkulu Bağlanma**

Olumsuz benlik modeli (değersizlik hissi) ve olumsuz başkaları modelinin (başkalarının güvenilmez ve reddedici olmaları beklentisi) birleşimidir, dolayısıyla tam olarak güvenli bağlanma biçiminin karşıtıdır (79,94,96). Korkulu bağlanma biçimi, kendini değersiz hissetme ve sevilmeyle layık görmeme duygusu ve diğerlerinin olumsuz, güvenilmez, tutarsız ve reddedici olarak algılanmasına yönelik beklentileri yansıtır. Bu bağlanma biçimine sahip kişiler başkalarıyla yakın bağlar kurmaktan kaçınarak, başkaları tarafından reddedilme beklentisine karşı kendilerini korurlar (94).

#### **2.12.7. Bağlanma Oluşumunu Etkileyen Faktörler**

Bağlanma süreciyle ilgilenen pek çok kuramcı, kişinin erişkin hayatında diğer insanlarla kuracağı ilişkilerin niteliğini ve insanlardan beklentilerini asıl belirleyenin, bu kişinin yaşamının erken dönemlerinde annesiyle ya da birincil bakım verenle kurduğu bağlanma ilişkisi olduğunu kabul eder (81). Bağlanma oluşumunu etkileyen diğer faktörler içinde çocuğun kişisel özellikleri, yaşanan aile ortamı, aile bütünlüğü, anne-babanın mizaç özellikleri ve birbirleriyle ilişkileri, kendi anne-babaları ile olan bağlanma ilişkileri, anne-babanın sağlık durumu, eğitim durumu, meslekleri, ailenin çocuğuna olan sorumluluklarını (ilgi, sevgi, eğitim, sağlık ve parasal kaynaklar) yerine getirme derecesi, çocuk yetiştirme tutumları, aile büyüklerinin ve çevrenin desteği, maruz kalınan travmalardır (89,100,101).

Kişiliğin mizaç ve karakter bileşenleri de bağlanmayla etkileşen faktörlerdir. Bebeğin zor bir mizaca sahip olması bağlanma oluşumunda olumsuz etki gösterebilmektedir. Mizaç, yaşamın ilk yıllarından başlayarak var olan, görece aynı kalan ve kişinin davranış örüntülerini belirleyen bir oluşumdur. Mizacın olasılıkla bağlanmanın güvenli ya da güvensiz olacağını öngörebilme gücü bulunmaktadır.

Mizacın negatif duygusallık (emosyonalite) ve öngörücü özellik taşıdığı düşünülmektedir (102-104).

#### **2.12.8. Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Bağlanmaya Etkisi**

Bowlby, yetersiz/patolojik ana babalığı özellikle ilgi (care) ve kontrol/koruma (control/protection) boyutlarıyla ilişkilendirmektedir. İlgisizlik terimi yetersiz bakım verme, bebeğin gereksinimlerini karşılamama, çocuğu küçümseme, eleştirme ya da reddetmeyi içermektedir. Kontrol terimi ise aşırı koruma, bağımsızlığı desteklememe ya da aşırı kontrol etme olarak tanımlanmıştır. Bebeklikteki yetersiz bakımın daha sonraki yaşam dönemlerinde sorunlu ilişkilere zemin hazırladığı ileri sürülmektedir (106). Ebeveynin kaygılı/aşırı kontrolcü olması, çocuğun özerkliğinin ve yeterlilik duygusunun gelişmesini sınırlayarak, çevreyi kontrol edilemez olarak algılamasına yol açacaktır. Ebeveynlerini sınırlarına müdahale edici olarak algılayan çocukların ayrılık kaygısı geliştirdikleri bildirilmektedir (105-107).

#### **2.12.9. Aile Bütünlüğünün Bağlanmaya Etkisi**

Anne babanın evlilik ilişkisi ve ailenin stabilitesi çocuğun gelişim süreçlerini etkileyerek, kişiler arası ilişkilerine yansiyacaktır. Ailenin bütünlük içinde algılanması ve sorunlar karşısında aile bireylerinin birlikte olacağı duygusu çocukta kendine ve diğer insanlara olan güveni sağlayacaktır. Aile bütünlüğü çocuğun olayları bütüncül olarak kavraması açısından da önem taşımaktadır. Aile bütünlüğü içinde yetişen çocuk iyi ve kötü yanları bir arada kabul edebilirken, parçalanmış bir ailede iyiler bir tarafta kötüler bir tarafta algılanır. Çocuğun bağlanma stratejileri aile içerisindeki bu temel güvenli aile bağlarına bağlıdır. Sağlıklı bağlanma oluşması açısından aile içerisindeki güven temeline dayanan bağlar oldukça önemlidir. Aile içerisindeki güven temelli bağlar iyi ve kötüyü bir arada anlamaya, sorun çözme yeteneğini geliştirmeye ve umudun gelişmesine katkıda bulunur. Bunlar da ileriki yaşamda psikiyatrik hastalıklara karşı savunma olarak kullanılır (108).

#### **2.12.10. Erken Travmaların Bağlanmaya Etkisi**

Erken yaşlarda meydana gelen olumsuz yaşantıların güven ilişkisi temelli bağlanmaya olumsuz etki yaptığı bilinmektedir. Örneğin trafik kazası, cinsel istismar

ve benzeri travmalar çocuğun güven algısında sarsılmalara ve olumsuz etkilere neden olmaktadır. Erken yaşanmış sorunlar bellek organizasyonunda problemlere yol açmaktadır (108).

### **2.12.11. Bağlanma ve Psikopatolojinin Gelişimi**

Bağlanma biçimi psikopatoloji için genel bir risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Güvenli bağlanma biçimine sahip olanlar, güvensiz bağlanma biçimine sahip olanlara göre yaşamları boyunca daha az psikopatolojik belirti, daha iyi bir psikososyal işlevsellik geliştirirler (109). Birinci basamak sağlık biriminde yapılan bir çalışmada, korkulu ve saplantılı bağlanma biçimleri olan bireylerin daha sık tıbbi yardım aradığı tespit edilmiştir (110). Bowlby'e göre, zihinsel temsiller birbirini tamamlar niteliktedir; güvenli bağlanma örüntüsüne sahip çocuk kendisinin de güvenilmeye, ilgilenilmeye ve sevmeye değer biri olduğuna yönelik bir model geliştirir. Tersine, güvensiz bağlanan çocuk, bağlanma figürünü reddedici olarak, kendisini de sevmeye ve desteklenmeye değmez olarak kodlar (81,90).

Güvenli bağlanan bireyler diğer kişilerle olumlu ve uyumlu ilişkiler kurar, daha az sosyal problemler yaşarlar. Bu bireylerin benlik saygıları güvensiz bağlanan bireylere göre daha yüksektir (81,85). Güvensiz bağlanma nedeniyle çocuğun yaşadığı belirsizlik, sürdürücü etkenler aracılığı ile yetişkinlikte de devam ederek kronik bir kaygıya ve kişiler arası ilişkilerde bağımlılığa neden olabilmektedir (85,100).

Güvensiz bağlanma kişinin kendisine, başkalarına ve dünyaya bakış açısını olumsuz etkileyerek kendilik gelişimini olumsuz etkilemektedir. Belleğinde, düzenlilik bilgisi olmayan kişi, meraklı değil, kaygılıdır ve dikkatini gelişmeye değil, savunmaya yöneltmiştir. Güvensiz bağlanma, bebeğin çevreyi araştırma davranışına girmesini engelleyerek bilişsel gelişimini engellemektedir. Ayrıca stresi artırarak psikopatolojiye yol açan nedensel bir değişken olarak rol oynamaktadır (102).

Majör depresif bozukluk, doğum sonrası depresyon, panik bozukluk, sosyal kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve kronik ağrı bozukluğunun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (111-115).

Kaygılı bağlanma biçimi duygu durum ile çok az değişirken, mani daha yüksek oranda güvenli ve saplantılı bağlanma biçimiyle, depresyon ise daha yüksek oranda saplantılı ve daha düşük oranda kayıtsız bağlanma biçimleriyle ilişkili bulunmuştur.

Bifulco ve arkadaşlarının izlem çalışmasında belirgin ve orta düzeyde güvensiz bağlanma biçiminin majör depresyon ve anksiyeteyi öngördüğü saptanmıştır. Bu çalışmada özellikle korkulu bağlanma biçiminin depresyon ve sosyal fobi, öfkeli kayıtsız tipin yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmiş, bağlanma biçimi panik bozukluk ve agorafobi ile ilişkisiz bulunmuştur (116).

### **2.12.12. Stresle Başa Çıkmanın Nörobiyolojisi ve Bağlanma ile İlişkisi**

Bağlanma temsilleri, bireyin tehdit anında korunup korunmayacağına ilişkin beklentilerini yönlendirdiği için stresle başa çıkabilmede etkisi önemlidir. Güvenli bireyler daha az güvenli bireylerle karşılaştırıldığında stres kaynağı olayları daha az tehdit edici olarak değerlendirirler. Bu kişilerin kendilerinde stres oluşturan durumun nedenleri ile başa çıkabilecekleri konusunda yeteneklerine güvenleri vardır. Duygularını açık bir biçimde ifade ederler. Sosyal destek aramayı stres yaratıcı durumlar ile başa çıkmak için bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanırlar (81).

Ader kişinin ruh hali, sağlık durumu ve kendini iyileştirme yeteneği arasında bir bağlantı olduğunu ileri sürer (117). O zamandan bu yana yapılan çeşitli çalışmalarda kişinin ruhsal aygıtı, endokrin ve immün sistem düzenleyicileri arasında merkezi sinir sistemi (MSS) aracılığıyla kurulmuş bir denge olduğu (homeostazis) gösterilmiştir. Stres tepkilerini temel olarak otonomik sinir sistemi düzenlemektedir. Bağlanma ilişkisinde anne, duygu düzenleyici rolü nedeniyle çocuğun doğum sonrası gelişen otonomik sinir sistemini de regüle eder. Otonomik sinir sisteminin, bedendeki tüm organların işlevlerini yönettiği için fizyolojik, endokrinolojik, nöroendokrin, kardiyovasküler ve immün işlevlerde hayat boyu önemli bir rolü vardır (118,119).

Son zamanlarda merkezi sinir sistemindeki limbik yapıların da başa çıkma becerilerinde rolü olduğu kabul edilmeye başlanmıştır (119). Limbik sistemin temel olarak duygusal işlevleri yürüttüğü uzun yıllardır bilinmektedir. Ancak limbik



sistemin, yeniliğin öğrenilmesi ve hızla değişen çevreye uyum ile ilgili süreçleri de organize ettiği görüşü kabul görmeye başlamıştır. Erken sosyal çevre, deneyime dayalı bir gelişimi olan limbik sistemi doğrudan etkiler. Güvensiz bağlanma örgüsü, limbik bölgelerde kalıcı bir reaktivite yaratarak gelecekteki stresli durumlarla başa çıkma kapasitesini baskılayabilmektedir (119).

Organizma, fizyolojik stres tepkisi üretirken, entegre sistemler olan nöral ve nöroendokrin sistemler birlikte harekete geçer. Açıkçası beyin vücudun savunma mekanizmalarını kontrol etmektedir. Başka bir deyişle her düşünce, her duygu veya inanç nörokimyasal bir işlemin oluşmasına zemin hazırlamaktadır (118). Emosyonel stres karşısında organizma uygun ve istenilen yanıtları oluşturup uyum sürecine girerse denge sağlanmış olur; ancak stres aşırı ise ya da stres yanıtına karşı aşırı haberci madde ve salgılar oluşursa bir kimyasal karmaşa doğar ve bunun pratik sonucu immün sistemde zayıflama ve artmış otoimmün hastalık potansiyelidir (118,120). Deneysel çalışmalarda stresin neden olduğu, değişmiş immün yanıtı ikincil olarak, hipotalamus-pitüiter-adrenal (HPA) aksında artmış aktivite ve kanda azalmış ACTH seviyesi saptanmıştır. Yoğun stres sonrasında dolaşan T lenfosit sayısında yükselme (özellikle doğal öldürücü hücreleri), kan katekolamin seviyesinde yükselme ve kan kortizol seviyesinde düşme saptanmıştır. Aynı zamanda spinal gangliyon ve adrenal medulla aracılığıyla noradrenalin ve nöropeptid salınımı tetiklenir. Stresle artan nöropeptidlerden başlıcaları P maddesi (SP), kalsitonin gen ilişkili peptid (CGRP), vazoaaktif intestinal peptid (VIP), nöropeptid Y (NPY), nörokinin A (NKA), nörokinin B (NKB),  $\alpha$ ,  $\gamma$  melanosit stimulan hormon (MSH) gibi propiomelanocortin (POMC) peptidleri  $\beta$ -endorfin ve somatostatin'dir.). Stres ilişkili veya stresle agreeve olan nöroinfalmatuar cilt hastalıkları, mast hücre aktivasyonu ve degranülasyonu ile ilişkili bulunmuştur. Strese yanıt olarak postgankliyonik sempatik ve duyuşal nöronlardan salgılanan kalsitonin gen ilişkili peptid (CGRP), P maddesi, periferal CRH mast hücrelerini aktive ederek kaşıntıya yol açmaktadırlar (120).

### **2.12.13. Bağlanma ve Kronik Hastalıklar**

Kronik hastalığı olan bireylerde bağlanma tutumu ile hastalık arasındaki ilişki çift yönlü olarak değerlendirilmelidir. Bir taraftan kronik hastalık varlığı kişinin

bağlanma tutumunu etkilemekte, diğer yandan kişinin bağlanma stiline bazı hastalıklara eğilim yarattığı öne sürülmektedir. Kronik hastalıkların bireyin bağlanma biçimini nasıl modifiye ettiği, güvensiz bağlanma tutumunun hangi yollarla kronik hastalıkların oluşumuna eğilim yarattığı ve bağlanma biçimlerinin hastalığın doğal seyrine etkileri henüz net olarak aydınlatılamamıştır (121).

Her ne kadar bağlanma tutumunun biçimlenmesi büyük oranda süt çocukluğu döneminde tamamlansa da, sürecin olgunlaşması yaşam boyunca devam etmektedir (122). Olumsuz yaşam olaylarının bireyin bağlanma biçiminde değişiklikler yaratabileceği bilinmektedir. Kirkpatrick ve Hazan bağlanma biçimlerinin sürekliliğini araştırdıkları çalışmada, çalışmaya katılanların %70'nin ilk ölçümden dört yıl sonra aynı bağlanma örüntülerini gösterdiğini bulmuştur (123). Öte yandan bağlanma örüntülerinde farklılıklar gözlemlenenlerde farklılığın ya da bağlanma örüntülerindeki süreksizliğin neden kaynaklandığı çeşitli çalışmalarda incelenmiştir. Davila ve arkadaşları, bağlanma örüntülerindeki süreksizliğin iki nedenden kaynaklandığını ileri sürmüştür (124). Bunların ilki stresli yaşam olaylarıdır. Kronik hastalıklar bu durumun en iyi örneğidir. Bağlanma örüntülerindeki süreksizliğin ikinci nedeni ise güvensiz bağlanma biçimidir. Bu açıklamaya göre bağlanma biçimindeki süreksizlik daha çok güvensiz bağlanma biçimine sahip bireyler arasında görülmektedir (123,125).

Kronik hastalıklarda bağlanma tutumunun araştırıldığı az sayıda çalışmada, birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı kronik hastalıklarda yüksek bir güvensiz bağlanma prevalansı dikkat çekici iken bazı araştırmalar bu hipotezi desteklememektedir (126,127).

#### **2.12.14. Bağlanma ve Deri Hastalıkları**

Deri, dış dünyayla organizma arasında sınırı belirleyen bir 'bariyer' olmanın ötesinde, kişiler arasında sözlü olmayan iletişimin temel organıdır (128). Öfke, korku, utanç ve kızgınlık gibi duyguları açıkça ifade etme, emosyonel uyarılara yanıt verme, kişinin kendilik imajı ve özgüvenini sağlama ile bebeklikten yetişkinliğe doğru seyreden sosyalleşme sürecinde önemli rol oynar. Gelişimin kritik evresi olan erken çocukluk döneminde yeterli bakım alamama, reddeden anne figürü ve yeterli olmayan dokunma uyarısı, erişkin dönemde kendilik algısında, beden

imgesinde bozulma ve karakter şekillenmesinde sorunlara(kendini güvende hissetmeme, huzursuzluk) neden olabilir. Beden imgesi zayıf olan kişilerin derileri ve dış görünüşlerine obsesif hatta delüzyonel olarak saplanmaktadır (129).

Deri hastalıkları arasında bağlanma tutumunun en çok araştırıldığı hastalık atopik dermatittir. Atopik dermatitin %60 oranda yaşamın ilk yıllarında bulgu verdiği ve bağlanma tutumunun oluşmasında en kritik dönemin süt çocukluğu olduğu göz önüne alındığında bu etkileşim sürpriz değildir (128). Pines ve ark yaşamın ilk yılında ortaya çıkan atopik egzemanın, anne ile bebek arasındaki ilişkinin temelde bozuk olmasının bir sonucu olduğunu ve daha sonraki dönemlerde diğer insanlarla tekrarlayan ilişki sorunlarının, bu rahatsızlığın tekrar tekrar alevlenmesine yol açtığını iddia etmiştir (130). Ancak Daud ve ark. okul öncesi yaşta 30 atopik dermatitli çocukta kontrol grubuna göre güvenli bağlanma açısından bir fark saptamamıştır (131). Atopik dermatitli çocukların annelerinin beklenenin aksine çocuklarına karşı negatif davranış içinde olmadıkları, bilakis ebeveynlikleri hakkında endişeli oldukları ve çocuklarını disipline etmekte zorlandıkları belirtilmiştir. Yine Dieris-Hirche ve ark yaptıkları çalışmada 62 erişkin atopik dermatitli hastanın kontrol grubuna göre daha fazla güvensiz bağlandığını ancak yaşamın ilk 3 yılında bulgu veren atopik dermatitli hastalarda beklenen aksine, güvensiz bağlanmanın daha fazla olmadığını bildirmişlerdir. Atopik dermatitin şiddeti ile yaşam kalitesinde azalma ve güvensiz bağlanma tutumu arasında ilişki bulunmuştur. Bir yandan atopik dermatitlilerdeki şiddetli kaşıntı ve deri lezyonları hastanın ruhsal durumunu ve kişiler arası ilişkilerini etkilerken (tikinti, kendi derisini reddetme, otoagresyon (yolma, kanatma), yakınlık kurmada çelişkiye düşme), diğer taraftan, sosyal ilişkilerde yaşanan problemler bağlanma anksiyetesi ve stresi artırarak hastalığın şiddetini arttırmaktadır (128,132). Ancak bağlanma tutumu ve atopik dermatit gelişimi arasında neden sonuç ilişkisi kurmak zordur.

Güvensiz bağlanım; psikosomatik kökeni olduğu düşünülen deri hastalıklarında her ne kadar hastalık sebebi olmasa da başa çıkma mekanizmaları, kişilerin hastalıklarına verdikleri tepki ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri nedeniyle ilgiyi hak etmektedir. Schmidh ve ark. androjenetik ve diffüz alopesisi olan 74 kadında, bağlanma tutumlarıyla hastalık şiddeti arasında korelasyon saptanmasalar da, görünür saç kaybı olmayanlarda (dismorfofobik tip alopesi) kaygılı/ikircikli

bağlanmayı daha sık bulmuşlardır. Bu durumu kaygılı/ikircikli bağlananlarda artmış seperasyon (ayrılık) anksiyetesi dolayısıyla saç kaybına karşı verilmiş abartılı tepki ile ilişkilendirmişlerdir (133). Russiello ve ark. psikosomatik bağlantısı bilinen (hiperhidroz, kronik ürtiker, generalize pruritus, alopesi areata) 177 hastada güvensiz bağlanma tutumunu, psikiyatrik faktörlerden etkilenmediği düşünülen (pigmente nevüs, keratozis, mikoz) 194 hastaya göre daha fazla saptamışlardır (134). Picardi ve ark son zamanlarda hastalıklarında artış tarifleyen 31 vitiligolu (135), 21 alopesi areatalı (136) ve 33 plak psoriyazisli (137) hastada yaptıkları araştırmada alekstimi, güvensiz bağlanma ve azalmış sosyal desteğin stresle başa çıkma ve emosyonel regülasyonda problemler yaratarak psikosomatik deri hastalıklarında gelişim ve alevlenmeye eğilim oluşturabileceğini iddia etmiştir.

Schmidt ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada (138) 54'ü meme kanserli, 52'si kronik bacak ülserli ve 44'ü alopesi areatalı hastalarda bağlanma özellikleri ve aralarındaki ilişki incelenmiş, hastaların %36'sının güvenli, %10'unun kaçınan, %24'ünün kayıtsız ve %20'sinin mix tipte bağlanma biçimine sahip oldukları tespit edilmiştir. Kronik bacak ülseri ve meme kanseri olan hastalar arasında bağlanma tipleri arasında fark bulunmamıştır. Alopesi hastalarının daha çok ambivalan, mix ambivalan/kaçınan tipte olduğu görülmüş, analizlerin sonucunda bağlanma ile başa çıkma arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Güvenli bağlanma tipi olan hastaların güçlü bir eğilimle sosyal destek aradıkları ambivalan bağlanma tipinde ise negatif emosyonel başa çıkma olduğu görülmüş ve bağlanma ve başa çıkma arasındaki ilişkinin diğer kronik hastalıklarda alopesiye göre daha güçlü olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak psikosomatik özelliklerin varlığının bağlanma ve başa çıkma ilişkisini engelleyebileceği öne sürülmüştür.

### 3. HASTALAR, GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Çalışma Grubu

Bu araştırma, Şubat 2014 - Mayıs 2014 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi (KÜTF) Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı polikliniğine başvuran, klinik olarak kronik pruritus tanısı almış hastalar ile yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiş kontrol grubu arasında yapılmıştır. Bu süre içinde çalışma kriterlerini karşılayan 60 kronik pruritus tanısı almış hasta ve herhangi bir deri hastalığı olmayan 60 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alınmıştır. Çalışmanın başında her katılımcıya araştırma ile ilgili hem sözlü hem de yazılı (Bilgilendirilmiş Olur Formu ile) bilgi verilmiştir (Bilgilendirilmiş Olur Formu Ek 1'de aktarılmıştır). Hazırlanan Bilgilendirilmiş Olur Formu ile katılımcılara araştırmanın amacı, kimlik belirleyici bilgileri istenmeyeceği, cevapların gizli tutulacağı ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı ile ölçeklerin ne şekilde doldurulması gerektiği hakkında bilgiler verilmiş, katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu belirtilmiş, katılımcıların da onayları alınmıştır. Araştırma projesi, Kırıkkale Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Detaylı bir fizik muayene sonrası tüm hastalarda ayrıca hemogram, açlık kan şekeri, böbrek fonksiyon testleri, karaciğer enzimleri, direkt bilirubin, total bilirubin içeren biyokimya tetkikleri, demir paneli, vitamin B12, folik asit, tiroid fonksiyon testleri, hepatit belirteçleri, idrar testleri, serum IgE, gaytada parazit testleri, akciğer grafisi tetkikleri yapıldı. Fizik muayenesi, tetkik sonuçları normal olan ve herhangi bir dermatolojik ve /veya sistemik hastalığı olmayan 60 hasta çalışmaya alındı.

#### **Hastalar İçin Çalışmaya Alınma Kriterleri**

1. Kronik pruritus hastası olmak
2. 18 yaşından büyük olmak
3. Okur-yazar olmak
4. Kronik pruritus etyolojisini açıklayabilecek herhangi bir sistemik ya da deri hastalığının bulunmaması
5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

### **Hastalar İçin alışmadan Dışlanma Kriterleri**

1. Ciddi psikiyatrik hastalığın eşlik etmesi
2. Zekâ düzeyinin testleri doldurmak için yetersiz olması
3. Okur-yazar olmamak
4. Pruritus etyolojisinde altta yatan sistemik ya da deri hastalığının varlığı
5. Anketleri doldurmak istemeyen hastalar

### **Kontrol Grubu İçin alışmadan Dışlanma Kriterleri**

1. Dermatolojik hastalık varlığı
2. 18 yaş altı olmak
3. Ciddi psikiyatrik hastalığın eşlik etmesi
4. Zekâ düzeyinin testleri doldurmak için yetersiz olması
5. Ağır bir fiziksel hastalığın varlığı
6. Anketleri doldurmak istemeyen hastalar

### **Veri Toplama Araçları**

1. Sosyodemografik veri formu
2. Genel Sağlık Anketi
3. Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) (DLQI: Dermatology Life Quality Index)
4. Hastane Anksiyete ve Depresyon leği (HAD) (HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale)
5. Kaşıntı şiddet Skalası
6. İlişki lekleri Anketi
7. İlişki Anketi (İ-RQ)

### **3.2. Sosyodemografik Veri Formu**

Bu form çalışmanın amacına uygun olarak, klinik ve literatür bilgi birikimleri dikkate alınarak tarafımızdan hazırlanmıştır. Form yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, yaşadığı yer gibi sosyodemografik veriler yanı sıra çocukluğuna ilişkin bazı bilgileri de içermektedir. Erken yaşantılara ilişkin sorular çocukluğunu geçirdiği yer, 0-1 yaş arasında bakımının kim tarafından yapıldığı, kim tarafından yetiştirildiği, ne kadar süreyle anne sütü aldığı, çocukluğunda nasıl bakıldığı, nasıl bir disiplinle büyütüldüğü, çocukluğunda ailenin bütün ya da

parçalanmış olması, çocukluğunda annenin çalışıp çalışmadığı, çocukluğunda anne/babasinda önemli hastalık öyküsü, çocukluğunda kendisinde önemli hastalık öyküsü, anneden ayrılık, cinsel travma varlığına ilişkindi. Bu form klinisyen tarafından hastayla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Araştırmada kullanılan Sosyodemografik Veri Formu'nun bir örneği Ek 2'de sunulmuştur.

### **3.2.1. Genel Sağlık Anketi**

Hasta tarafından doldurulan ve özellikle birinci basamakta ruhsal rahatsızlığı ayırt etmek üzere Goldberg tarafından geliştirilen bir ölçektir. Bugüne kadar birçok farklı dil ve kültüre uyarlanmıştır. 60 soruluk formu sonrasında geliştirilen 30, 28, 12 soruluk kısa formları aynı şekilde güvenilir bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan GSA, 12 soru içermektedir. Her soru hiçbir zaman-her zamanki kadar- her zamankinden sık-çok sık olmak üzere 4 şıktan oluşmaktadır. Yanıtlar Likert (0-1-2-3) ölçeği şeklinde veya GSA el kitabında önerildiği şekilde (0-0-1-1) puanlanabilir. Diğer yöntem ise Goldberg tarafından GSA için geliştirilen 0 ve 1'lerin 0, 2 ve 3'lerin 1 şeklinde puanlanmasıdır. Sunulan bu çalışmada Goldberg'in geliştirdiği puanlama yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin kesme noktası olarak iki kabul edilmektedir. İki ve yukarı puan alanlar, vaka olarak görülmektedir. Katılımcılar ölçeği doldurduktan sonra seçilen puanlama yöntemi uygulanabilir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır (139). GSA örneği Ek 3'de yer almaktadır.

### **3.2.2. Türk Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği (DYKÖ)**

DYKÖ son 1 aylık zaman dilimini kapsayan, 0-4 arasında puanlanan, 5 muhtemel cevabın olduğu (hiçbir zaman-asla, nadiren, arasıra-bazen, sıklıkla-çoğunlukla, her zaman-daima) 11 soru içerir. Ölçek esas olarak psikososyal ve fiziksel olmak üzere 2 bölüme ayrılmıştır. Bu iki başlık altında 6 ayrı alan bulunmaktadır. Psikososyal alt alan: kognitif (9,10), sosyal (5,7) ve emosyonel (1,2,4), fiziksel alt alan ise günlük aktiviteler (3,11), cinsel yaşam (8) ve fiziksel rahatsızlığa yol açan semptomlardan (6) oluşur. DYKÖ deri hastalıklarının yaşam kalitesine etkilerini ölçmede kullanılabilir, kolay, pratik bir yaşam kalite anketidir.

Türk toplumu için Gürel ve ark. tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (140). Ölçeğin bir örneği Ek 4’de sunulmuştur.

### **3.2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)**

Bedensel hastalığı olan ve ayaktan sağlık hizmeti almak için sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçek, Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiştir (141). Ölçekte toplam 14 soru bulunmakta, bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi bu ölçeğin kesme puanları anksiyete alt ölçeği için 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri puanlar 0-21 arasındadır. Ölçek 1997 yılında Aydemir ve ark. tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (142). Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeğinin bir örneği Ek 5’de sunulmuştur.

### **3.2.4. Kaşıntı Şiddet Skalası**

Kaşıntı şiddet skalası, öncelikle İngilizceden Türkçeye ve Türkçeden İngilizceye çevrilmiştir. İlk olarak iki İngilizce Dilbilimci tarafından anket maddeleri İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Daha sonra farklı iki İngilizce Dilbilimci tarafından Türkçe ifadeler yeniden İngilizceye çevrilmiştir. İngilizceden Türkçeye çevrilen ifadeler ve Türkçeden İngilizceye çevrilen ifadelerin çok büyük oranda örtüştüğü tespit edildi. Bir sonraki aşamada Türkçe ifadelerin İngilizce ifadelerle denk gelme düzeylerini belirlemek için İngilizce ve Türkçe ifadelerinin birlikte yer aldığı skalalar hazırlanarak dört alan uzmanı tarafından değerlendirilmiştir. Yapılan tüm çeviriler tez danışmanı ve araştırmacı tarafından tekrar değerlendirilmiş; her iki çeviri bire bir karşılaştırılarak anlam karşılığına bakılmış, Türkçe ve İngilizce formları arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir. Skalanın dilsel eşdeğerlik geçerliliğini saptamak için skalanın orijinal formu 10 Tıp Fakültesi Öğretim üyesine, bir hafta sonra da ölçeğin Türkçe uyarlaması yine aynı kişilere uygulanması için verilmiştir. Yapılan karşılaştırmada iki puan seti arasındaki fark karşılaştırılmıştır.

Kaşıntı şiddeti ölçümünde Majeski ve ark. Tarafından geliştirilen 7 soruluk kaşıntı şiddeti skalası (Itch Severity Scale – ISS) kullanılmıştır (143). 7 sorudan



oluşan bu test, hastanın kendisi tarafından kaşıntının nasıl ve ne şiddette algılandığını ölçmek için spesifik olarak geliştirilmiştir. RAND-36 Health Status Inventory'nin mental ve fiziksel kompozit sağlık skorları and Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi skorları ile yüksek korelasyon gösteren sonuçlar veren bu testin iç tutarlılık güvenliği (internal consistency reliability of) 0 x 80 ve test – retest güvenliği de oldukça yüksek bulunmuştur. (a test-retest reliability of) 0 x 95. Ayrıca bu test organik kökenli pruritusu olan hasta gruplarında da benzer sonuçlar vermiş ve pruritus şiddeti ile depresif ve somatik semptomlar ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiye dair ipuçlarını göstermiştir (144). Bu skala, Acar ve ark.'nın yapmış oldukları bir çalışmada; dış kulak yolu kaşıntısı olan hastaların tedavi öncesi ve pimekrolimus tedavisi sonrası kaşıntı şiddetlerinin değerlendirilmesinde de kullanılmıştır (145). Kaşıntı Şiddet Skalının bir örneği Ek 6'de sunulmuştur

### **3.2.5. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)**

Bartholomew ve Horowitz (1991) tarafından geliştirilmiştir (146). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Sümer ve Güngör (1999) tarafından yapılmıştır (96). İlişki Ölçekleri Anketi 30 maddeden oluşmaktadır. Dört bağlanma stilini (güvenli, kayıtsız, korkulu, saplantılı) ölçmeyi amaçlamaktadır. Katılımcılar, her bir maddenin kendilerini ve yakın ilişkilerdeki genel tutumlarını ne derece tanımladığını 7 basamaklı bir ölçek üzerinde işaretlemişlerdir (1 = beni hiç tanımlamıyor; 7 = tamamiyle beni tanımlıyor). Güvenli bağlanma biçimi 8 ve kayıtsız bağlanma 7 madde ile ölçülürken, saplantılı bağlanma biçimi 6, korkulu bağlanma biçimi 9 madde ile ölçülmüştür. 6, 7, 9 ve 28. maddeler ters yüklü maddelerdir. 3., 7., 9., 10., 15., 27., 28., 30. maddelerin ortalamaları güvenli bağlanma skorunu; 2., 6., 19., 20., 22., 26., 29. maddelerin ortalaması kayıtsız bağlanma skorunu; 1., 5., 11., 12., 13., 17., 21., 23., 24. maddelerin ortalaması korkulu bağlanma skorunu ve 4., 6., 8., 16., 18., 25. maddelerin ortalamaları da saplantılı bağlanma skorunu verir. Ölçeğin Türk örnekleme üzerinde Sümer ve Güngör (1999) tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında; İlişki Ölçekleri Anketi'nin güvenli, kayıtsız, korkulu ve saplantılı olmak üzere dört faktör yapısından oluştuğu, ayrıca test tekrar test yöntemi ile tüm boyutlarda güvenilirlik hesaplamaları yapılmıştır (96). Ölçeğin bir örneği Ek 7'de sunulmuştur.

### 3.2.6. İlişki Anketi (İA)

Bartholomew ve Horowitz tarafından 1991 yılında geliştirilmiş (146), Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 1999 yılında Sümer ve Güngör tarafından yapılmıştır. İlişki anketi dört bağlanma biçimine (güvenli, saplantılı, korkulu, kayıtsız) karşılık gelen dört kısa paragraftan oluşmaktadır. Katılımcılardan, her bir paragrafın kendilerini ne derece tanımladığını 7 basamaklı ölçekler üzerinde değerlendirmeleri istenir (1= beni hiç tanımlamıyor, 7= beni tamamıyla tanımlıyor). Katılımcıların benlik modeli puanı hesaplanırken kişilerin saplantılı ve korkulu maddelerinden (3. ve 4. madde) aldıkları puanlar toplanarak güvenli ve kayıtsız maddelerinden (1. ve 2. madde) aldıkları puanların toplamından çıkarılır. Benzer şekilde, katılımcıların başkaları modeli puanı hesaplanırken kişilerin kayıtsız ve korkulu maddelerinden (2. ve 4. madde) aldıkları puanlar toplanarak güvenli ve saplantılı maddelerinden (1. ve 3. madde) aldıkları puanların toplamından çıkarılır (96). İlişki Anketi ölçeğin bir örneği Ek 8'de sunulmuştur.

### 3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda verilerin istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, IL, USA) programının 21.0 versiyonu kullanıldı. Tüm nicel parametreler için ortalama ve standart sapma değerleri hesaplandı.

Başlangıç değerlendirmelerde normal dağılımın değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda Bağımsız gruplarda student T Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanıldı. Gruplanmış veriler *Ki-kare* testiyle değerlendirildi. Değişkenlerin karakteri ve dağılımı göz önünde bulundurularak ölçümler arası korelasyon Sperman's Rho Test ve Pearson test ile değerlendirildi.

Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilerek  $p < 0.05$  istatistiksel anlamlılık olarak tanımlandı. Korelasyon hesaplarında korelasyon katsayısı ( $r$ ); 0-0.24 zayıf, 0.25-0.49 orta, 0.50-0.74 güçlü ve 0.75-1.00 arası çok güçlü korelasyon olarak kabul edildi.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya alınan bireylerin yaşları 19-76 yaş arasında değişmekteydi. Hasta grubunun yaşları 22-76 arasında olup, ortalama  $44.60 \pm 15.26$  yıl idi. Kontrol grubunun yaşları 19-73 arasında olup ortalama  $44.25 \pm 14.80$  yıl idi. Gruplar arasında yaş ortalaması bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ( $p=0.899$ ).

Çalışmaya alınan bireylerin %71.7'si ( $n=74$ ) kadın, %28.3'ü ( $n=26$ ) erkekti. Hasta grubunun %71.7'si ( $n=43$ ) kadın, %28.3'ü ( $n=17$ ) erkekti. Kontrol grubunun ise %73.3'ü ( $n=44$ ) kadın ve %26.7'si ( $n=16$ ) erkekti. İki grup arasında cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu ( $p=0.838$ ). Hasta ve kontrol grubu yaş, cinsiyet dağılımı, eğitim durumu ve medeni durum açısından homojen olarak saptandı. Çalışıp çalışmama durumu açısından bakıldığında, hasta grupta çalışmama oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı ( $p<0.0001$ ). Hasta ve kontrol gruplarının demografik verileri Çizelge 4.1'de yer almaktadır.

**Çizelge 4.1.** Hasta ve kontrol gruplarının demografik verileri

		Kronik Kaşıntı (n=60) Ort. $\pm$ SS. /Sayı- (%)	Kontrol Grubu (n=60) Ort. $\pm$ SS. /Sayı- (%)	<i>p</i>
<b>Yaş</b>		44.60 $\pm$ 15.25	44.25 $\pm$ 14.80	0.899
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	43 (%71.7)	44 (%73.3)	0.838
	Erkek	17 (%28.3)	16 (%26.7)	
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim	39 (%65)	29 (%48.3)	0.177
	Lise	8 (%13.3)	13 (%21.7)	
	Yüksek Öğretim	13 (%21.7)	18 (%30.0)	
<b>Evlilik durumu</b>	Evli	44 (%73.3)	45 (%75.0)	0.159
	Bekar	15 (%25)	10 (%16.7)	
	Dul	1 (%1.7)	5 (%8.3)	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	18 (%32.1)	38 (%67.9)	<0.0001
	Çalışmıyor	42 (%65)	22 (34.4)	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

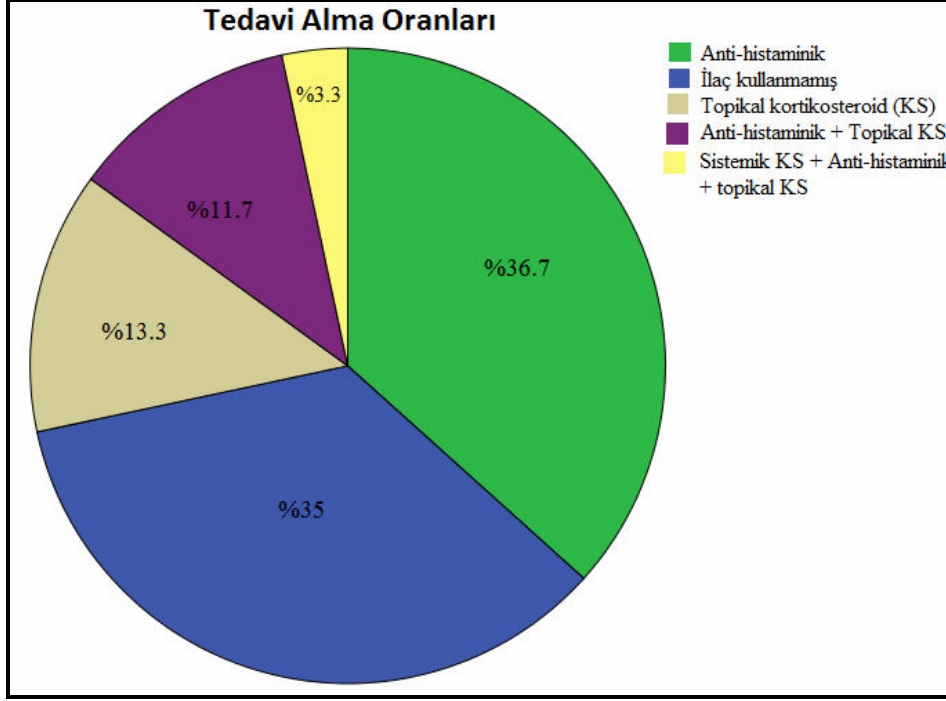
Bağlanma biçimlerinin ve boyutlarının oluşmasına önemli düzeyde katkısı olacağı düşünülen erken çocukluk yaşantılarına ilişkin veriler Çizelge 4.2’de sunulmaktadır. Anne sütü alma süresi, çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiği, çocukluğunda gördüğü ilgi, çocukluğunda annenin çalışıp çalışmaması durumu, çocuklukta anneden ayrılık olup olmamasına göre hasta ve kontrol grupları arasında homojen bir dağılım mevcut idi.

**Çizelge 4.2.** Erken çocukluk yaşantılarına ilişkin değişkenler

		Kronik Pruritus Grubu Sayı (%)	Kontrol Grubu Sayı (%)	<i>p</i>
<b>Anne sütü alımı</b>	6 aydan az	20 (%56.6)	16 (%44.4)	0.24
	7 ay - 1 yıl	18 (%40.0)	27 (%60.0)	
	1 yıl - 2 yıl	22 (%56.4)	17 (%43.6)	
<b>Kim tarafından yetiştirildiği</b>	Anne	51 (%52.6)	46 (%47.4)	0.25
	Büyükanne-baba, bakıcı	9 (%39.1)	14 (%60.9)	
<b>Çocukluğunda nasıl bakıldığı</b>	Aşırı ilgiyle	6 (%10)	11 (%18.3)	0.11
	Yeterince ilgiyle	39 (%65)	42 (%70)	
	İlgisiz	15 (%25)	7 (%11.7)	
<b>Nasıl bir disiplinle yetiştirildiği</b>	Aşırı kontrol	14 (%23.3)	9 (%15.0)	0.30
	Yeterince kontrol	35 (%58.3)	43 (%71.7)	
	Az kontrol	11 (%18.3)	8 (%13.3)	
<b>Çocukluğunda önemli hastalık geçirme</b>	Var	11 (%18.3)	5 (%8.3)	0.06
	Yok	49 (%81.7)	55 (%91.7)	
<b>Çocukluğunda annenin çalışma durumu</b>	Anne çalışıyor	4 (%6.7)	3 (%5)	1
	Anne çalışmıyor	56 (%93.3)	57 (%95)	
<b>Çocukluğunda anneden ayrılık</b>	Var	4 (%6.7)	3 (%5)	1
	Yok	56 (%93.3)	57 (%95)	
<b>Çocukluğunda anne babada önemli hastalık</b>	Var	12 (%20)	10 (%16.7)	0.64
	Yok	48 (%80)	50 (%83.3)	

Kronik prurituslu hastalarda ortalama hastalık süresi 29.58±3.92 ay olarak saptandı (2-180 ay). Hastaların %35’i (n=21) kaşıntıya yönelik herhangi bir tedavi

almamışken, hastaların %38.7'si (n=22) oral antihistaminik tedavi, %13.3'ü (n=8) topikal kortikosteroid tedavisi, %11.7'si (n=7) oral antihistaminik + topikal kortikosteroid tedavisi ve %3.3'ü (n=2) oral antihistaminik + sistemik kortikosteroid + topikal kortikosteroid tedavisi almıştı (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Kaşıntı nedeniyle kullanılmış tedavi oranlarının şematik görünümü

Kaşıntı şiddet skoru 0-21 arasında puanlandı. Kaşıntı şiddet skorunda; Majeski ve arkadaşlarının da yapmış olduğu gibi (143), ortanca değer sınır kabul edilerek (8,25), ortanca değer ve altında olanlar kaşıntısız ve hafif kaşıntılı; ortanca değer üzerinde olanlar ise orta ve şiddetli kaşıntılı olacak şekilde iki gruba ayrıldı.

Kaşıntı şiddeti orta-şiddetli olan grupta kaşıntı şiddeti hafif olan gruba göre DYKİ puan ortalaması, GSA ve HAD-anksiyete puan ortalamaları kaşıntı şiddeti hafif olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı (sırasıyla  $p<0.0001$ ,  $p=0.003$ ;  $p=0.003$ ).

**Çizelge 4.3.** Kaşıntı şiddeti ile GSA, HAD-anksiyete, HAD-depresyon, DYKİ arasındaki ilişki

	Kaşıntı Şiddeti Hafif Ort ± SS	Kaşıntı Şiddeti Orta-Şiddetli Ort ± SS	<i>p</i>
<b>GSA</b>	2.67±2.55	2.57±3.14	<b>0.003</b>
<b>HAD-anksiyete</b>	6.43±4.15	7.34±4.65	<b>0.003</b>
<b>HAD-depresyon</b>	6.97±3.98	6.33±4.42	0.06
<b>DYKİ</b>	9.30±7.66	11.48±1.03	<b>0.0001</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, GSA: Genel sağlık anketi, HAD: Hastane anksiyete depresyon, DYKİ: Dermatoloji yaşam kalite indeksi

Kaşıntı şiddeti orta-şiddetli olan grupta saplantılı bağlanma biçimi puan ortalaması, kaşıntı şiddeti hafif olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek tespit edildi ( $p=0.01$ ). Buna karşın kaşıntı şiddeti ile korkulu, kayıtsız ve güvenli bağlanma biçimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

**Çizelge 4.4.** Kaşıntı şiddetinin bağlanma biçimlerine etkisi

	Kaşıntı Şiddeti Hafif Ort ± SS	Kaşıntı Şiddeti Orta-Şiddetli Ort ± SS	<i>p</i>
<b>Korkulu Bağlanma</b>	3.56±1.20	3.16±1.22	0.35
<b>Kayıtsız Bağlanma</b>	3.89±1.00	3.70±1.03	0.73
<b>Güvenli Bağlanma</b>	3.84±1.13	4.25±1.11	0.44
<b>Saplantılı Bağlanma</b>	3.37±0.87	3.54±0.81	<b>0.01</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Kaşıntı şiddeti ile benlik ve başkaları algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

**Çizelge 4.5.** Kaşıntı şiddetinin benlik ve başkaları algısı üzerine etkisi

	Kaşıntı Şiddeti Hafif Ort ± SS	Kaşıntı Şiddeti Orta-Şiddetli Ort ± SS	<i>p</i>
<b>Benlik</b>	-0.27±3.32	1.34±4.15	<b>0.96</b>
<b>Başkaları</b>	-0.53±3.89	1.21±4.06	<b>0.62</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Güvenli bağlanma puan ortalaması; yeterince kontrol ile büyütülen çocuklarda, aşırı ve az kontrol ile büyütülen çocuklara göre istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde daha yüksek olarak saptandı ( $p=0.005$ ). Korkulu, kayıtsız ve saplantılı bağlanma ile diğer parametreler arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ). Bu verilere ilişkin bilgiler Çizelge 4.6'da gösterilmektedir.

**Çizelge 4.6.** Erken çocukluktaki belirli faktörlerin bağlanma biçimleri üzerine etkisi

		Korkulu Bağlanma Ort. ± SS	<i>p</i>	Kayıtsız Bağlanma Ort. ± SS	<i>p</i>	Güvenli Bağlanma Ort. ± SS	<i>p</i>	Saplantılı Bağlanma Ort. ± SS	<i>p</i>
<b>Anne sütü alımı</b>	6 aydan az	3.64±1.42	<b>0.95</b>	3.80± 0.98	<b>0.05</b>	3.66±1.27	<b>0.43</b>	3.37±1.09	<b>0.36</b>
	7 ay- 1 yıl	3.83±1.11		4.24±0.85		3.73±0.99		3.52±1.07	
	1 yıl – 2 yıl	3.86± 1.25		3.82±1.30		3.78±1.04		3.68±0.86	
<b>Kim tarafından yetiştirildiği</b>	Anne	3.74± 1.26	0.68	3.93 ±1.14	0.07	3.62±1.06	0.95	3.61±0.88	0.15
	Büyükanne-baba, bakıcı	3.52± 1.25		3.99± 0.62		4.31±1.14		3.87±1.05	
<b>Çocukluğunda nasıl bakıldığı</b>	Aşırı ilgiyle	3.35±1.61	0.29	3.71±1.07	0.75	3.96±1.58	0.05	3.46±0.60	0.67
	Yeterince ilgiyle	4.14±1.06		3.84±1.01		3.14±1.10		3.81±1.13	
	İlgisiz	3.60±1.26		4.01±1.12		3.92±0.95		3.62±0.85	
<b>Nasıl bir disiplinle yetiştirildiği</b>	Aşırı kontrol	3.91±1.57	0.65	3.94±1.15	0.46	3.10±1.30	<b>0.005</b>	3.58±0.70	0.70
	Yeterince kontrol	3.58±1.13		4.05±1.09		4.09±0.91		3.61±0.96	
	Az kontrol	3.86± 1.24		3.58±0.94		3.34±0.90		3.84±0.99	
<b>Çocukluğunda önemli hastalık geçirme</b>	Var	4.16±1.01	0.19	4.05±0.95	0.72	3.12±1.02	0.4	3.71±1.14	0.79
	Yok	3.61±1.29		3.91±1.11		3.86±1.07		3.63±0.85	
<b>Çocukluğunda annenin çalışma durumu</b>	Anne çalışıyor	3.52±1.43	0.87	4.13±0.97	0.49	3.09±1.68	0.48	3.77±0.95	0.94
	Anne çalışmıyor	3.72±1.25)		3.92±1.09		3.77±1.04		3.64±0.90	
<b>Çocukluğunda anneden ayrılık</b>	Var	4.02±0.82	0.65	3.84±0.32	0.69	3.81±0.98	0.98	3.55±1.05	0.69
	Yok	3.69±1.28		3.93±1.11		3.72±1.11		3.66±0.90	
<b>Çocukluğunda anne babada önemli hastalık</b>	Var	4.23±1.20	0.11	4.23±0.77	0.31	3.66±1.25	0.81	4.00±0.86	0.91
	Yok	3.85±1.24		3.87±1.14		3.74±1.06		3.56±0.90	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma



GSA toplam puan ortalaması hastalarda  $3.98\pm 3.34$ , kontrol grubunda ise  $1.20\pm 1.72$  idi. GSA anketi puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde; hastalardaki GSA toplam puan ortalamasının, kontrol grubunun GSA toplam puan ortalamasına göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0.0001$ ).

HAD-anksiyete toplam puan ortalaması hastalarda  $8.23\pm 4.74$ , kontrol grubunda ise  $6.00\pm 4.03$  idi. Hastalarda HAD-anksiyete toplam puan ortalaması, kontrol grubuna göre yüksek bulundu ve iki grup arasında HAD-anksiyete puanları açısından saptanan fark istatistiksel olarak anlamlı idi ( $p=0.006$ ). HAD-depresyon toplam puan ortalaması hastalarda  $8.03\pm 4.35$  (ortanca 8), kontrol grubunda  $4.95\pm 3.86$  (ortanca 5) olarak bulundu. HAD-depresyon toplam puan ortalaması hastalarda kontrol grubuna göre yüksek bulundu ve iki grup arasında HAD-depresyon puanları açısından saptanan fark istatistiksel olarak anlamlı idi ( $p<0.0001$ ).

DYKİ toplam puan ortalaması, hasta olanlarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı idi ( $14.2\pm 9.43$ 'e karşın  $7.67\pm 10.17$ ;  $p<0.0001$ ).

**Çizelge 4.7.** Hasta ve kontrol grubunda GSA, HAD, DYKİ skorları

	Kronik Pruritus (n=60) Ort. ± SS	Kontrol Grubu (n=60) Ort. ± SS	p
<b>GSA</b>	$3.98\pm 3.34$	$1.20\pm 1.71$	$<0.0001$
<b>HAD-anksiyete</b>	$8.23\pm 4.74$	$6.00\pm 4.03$	0.006
<b>HAD-depresyon</b>	$8.03\pm 4.35$	$4.95\pm 3.86$	$<0.0001$
<b>DYKİ</b>	$14.2\pm 9.43$	$7.67\pm 10.17$	$<0.0001$

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, GSA: Genel sağlık anketi, HAD: Hastane anksiyete depresyon, DYKİ: Dermatoloji yaşam kalite indeksi

Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hasta grubunda; korkulu bağlanma puan ortalaması ( $p=<0.001$ ), kayıtsız bağlanma puan ortalaması ( $p=0.04$ ) ve saplantılı bağlanma puan ortalaması ( $p=0.048$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı. Güvenli bağlanma puan ortalaması ise kontrol grubunda hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek tespit edildi ( $p<0.001$ ).

**Çizelge 4.8.** Vaka ve kontrol grubunda bağlanma biçimi ölçeği puanları

	Hasta Ort ± SS	Kontrol Ort ± SS	<i>p</i>
<b>Korkulu Bağlanma</b>	3.71±1.25	2.81±1.02	<b>&lt;0.001</b>
<b>Kayıtsız Bağlanma</b>	3.94±1.08	3.56±0.94	<b>0.041</b>
<b>Güvenli Bağlanma</b>	3.73±1.09	4.56±1.00	<b>&lt;0.001</b>
<b>Saplantılı Bağlanma</b>	3.65±0.90	3.35±0.73	<b>0.048</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Hastaların anksiyete ve depresyon skorları ile güvenli bağlanma biçimi arasında negatif yönde, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla  $r=-0.32$ ;  $p=0.011$ ,  $r=-0.335$ ;  $p=0.009$ ). Hastaların anksiyete ve depresyon skorları ile diğer bağlanma biçimleri arasındaki ilişkiler Çizelge 4.9’da gösterilmiştir.

**Çizelge 4.9.** Kronik prurituslu hastalarda bağlanma biçiminin anksiyete ve depresyon skorlarına etkileri

	HAD anksiyete	HAD Depresyon
<b>Korkulu</b>	$r=0.187$ $p=0.152$	$r=0.287$ $p=0.026$
<b>Kayıtsız</b>	$r=0.068$ $p=0.604$	$r=0.105$ $p=0.427$
<b>Güvenli</b>	$r=-0.326$ $p=0.011$	$r=-0.335$ $p=0.009$
<b>Saplantılı</b>	$r=0.291$ $p=0.024$	$r=0.123$ $p=0.349$

İlişki anketi değerlendirildiğinde; hasta grubunda kontrol grubuna göre benlik puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ( $p\leq 0.001$ ). Başkaları puan ortalamaları ise, kontrol grubunda hasta grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde yüksek idi ( $p=0,03$ ).

**Çizelge 4.10.** Hasta ve kontrol grubunda ilişki anketi puanları

	Hasta Ort ± SS	Kontrol Ort ± SS	<i>p</i>
<b>Benlik</b>	-0.7±3.94	1.95±3.80	<b>&lt;0.001</b>
<b>Başkaları</b>	0.27±4.13	1.82±3.77	<b>0.03</b>

İlişki anketi benlik ve başkaları puan ortalaması ile bağlanma biçimleri puan ortalaması karşılaştırıldı. Hastaların benlik algısı puanları ile kayıtsız bağlanma biçimi puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $r=-0.269$ ;  $p=0.04$ ). Hastaların benlik algısı puanları ile korkulu bağlanma biçimi ( $r=-0.492$ ;  $p<0.0001$ ) ve saplantılı bağlanma biçimi ( $r=-0.315$ ;  $p=0.01$ ) puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki saptandı. Benlik algısı puanları ile güvenli bağlanma biçimi ( $r=0.37$ ;  $p=0.005$ ) puanları arasında, pozitif yönde orta düzeyde, anlamlı bir ilişki saptandı. Kontrol grubunun benlik algısı değerlendirildiğinde ise sadece korkulu bağlanma biçimi puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki tespit edildi ( $r=-0.269$ ;  $p=0.04$ ).

Hastaların başkaları algısı puanları ile korkulu bağlanma biçimi ( $r=-0.336$ ;  $p=0.01$ ) ve kayıtsız bağlanma biçimi ( $r=-0.304$ ;  $p=0.02$ ) puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki saptandı. Kontrol grubunun başkaları algısı puanları ile güvenli bağlanma biçimi puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki saptandı ( $r=0.467$ ;  $p<0.0001$ ). Hasta ve kontrol grubunun benlik ve başkaları puanları ile bağlanma biçimleri puanlarının diğer karşılaştırmaları çizelgede yer almaktadır.

**Çizelge 4.11.** Hasta ve kontrol grubunun benlik ve başkaları puanları ile bağlanma biçimleri arasındaki korelasyon

	Benlik		Bşkaları	
	Hasta	Kontrol	Hasta	Kontrol
<b>Korkulu</b>	$r=-0.492$ $p<0.0001$	$r=-0.269$ $p=0.04$	$r=-0.336$ $p=0.01$	$r=-0.460$ $p<0.0001$
<b>Kayıtsız</b>	$r=-0.269$ $p=0.04$	$r=-0.084$ $p=0.52$	$r=-0.304$ $p=0.02$	$r=-0.246$ $p=0.06$
<b>Güvenli</b>	$r=0.37$ $p=0.005$	$r=0.163$ $p=0.21$	$r=0.389$ $p=0.001$	$r=0.467$ $p<0.0001$
<b>Saplantılı</b>	$r=-0.315$ $p=0.01$	$r=-0,537$ $p<0.0001$	$r=0.166$ $p=0.20$	$r=0.146$ $p=0.27$

## 5. TARTIŞMA

Pruritus, kişide kaşınma arzusu oluşturan, hoşla gitmeyen ve çoğu zaman tam olarak lokalize edilemeyen bir duygu olarak tanımlanır. Genellikle hafif şiddette uyarılara karşı geliştiği kabul edilen bir cevap ve ağrının hafif bir şekli olarak da kabul edilir (147).

Pruritus, dermatoloji pratiğinde sık rastlanan semptomlardan biridir. Bu rahatsız edici his deride ekskoriasyon, likenifikasyon, maküler amiloidoz gibi lezyonlardan kaşıntı bölgelerinde kanama, sekonder enfeksiyona bağlı impetijinizasyona kadar uzanan geniş bir klinik yelpazede kendini gösterebilir. Kronik kaşıntı hastada fiziksel ve zihinsel yorgunluğa, yılmığa, uykusuzluğa, öfke-anksiyete-depresyona, benlik saygısı, öz bakım gücü ve yaşam kalitesinde ve hatta sosyal izolasyona neden olarak hastanın sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilir (148).

Kronik pruritus 6 haftadan uzun süren kaşıntı durumudur. Yapılan çeşitli araştırmalarda duygu durum bozukluklarının, psikotik, somatoform, anksiyete ve kompulsif bozuklukların, trikotillomani, kleptomani, borderline kişilik bozukluğu ve beden dismorfik bozuklukların ve madde bağımlılığı gibi diğer pek çok psikiyatrik problemin pruritusa oldukça sık eşlik ettiği tespit edilmiştir (76). Özellikle duygudurum, anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda kronik pruritusa daha sık rastlanmaktadır (77). Psikiyatrik bozukluk ve pruritus birlikteliğinde, bu iki tablo genellikle eş zamanlı olarak ortaya çıkar.

Kronik pruritus - psikiyatrik bozukluk birlikteliği popüler bir araştırma alanı olmasına rağmen, kronik prurituslu hastalarda bağlanma biçimleri araştırmacıların pek dikkatini çekmemiştir. Çalışmamızın yürütüldüğü tarihlerde, yapılan literatür taramalarında (Türkçe ve İngilizce) bağlanma bozukluğu-kaşıntı birlikteliğini inceleyen başka bir araştırmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda kronik pruritusu olan hastalarda bağlanma biçimleri ve bağlanma biçimlerini etkileyen faktörleri araştırılmış ve aynı zamanda yaşam kaliteleri ile anksiyete ve depresyon belirti şiddetini değerlendirilerek bu faktörlerin birbirleriyle olan ilişkisi incelenmiştir.

Çalışmamızda hasta grubunun ortalama yaşı  $44.60 \pm 15.26$  yıl idi ve hastaların %71.7'si kadındı. Hasta ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet dağılımı, eğitim

durumu ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Olgu grubumuzun yaş aralığı ve cinsiyet dağılımı literatürdeki verilerle benzerlik göstermekteydi. Matteredne ve ark. yaptığı çalışmaya göre kaşıntı en sık 31-45 yaş ve 51-60 yaş arasında görülmektedir (149). Başka bir çalışmada 16-30 yaş arasında prevalans %12.3 iken, ileri yaşlarda %20.3'e kadar yükselmektedir (150). Çalışmamızda kronik pruritus kadınlarda belirgin olarak daha fazla oranda saptandı. Çalışmamıza benzer şekilde güncel literatürlerde de kadınlarda kronik pruritusun daha sık görüldüğü bilinmektedir (149). Bu durum, kadınlarda hormonal nedenlerle kaşıntının sık olabileceğini ya da kadınların daha çok hekime başvurması ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Yaş ve cinsiyet gibi demografik veriler dışında çalışma durumunun kronik pruritus ile ilişkisi incelendiğinde, hasta grubunda çalışmama oranının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Bu durum, hasta grubunda anksiyete ve depresyon belirti şiddetinin, güvensiz bağlanma biçiminin ve benlik/diğerleri algısının daha fazla olması ile açıklanabilir. Düşük benlik algısına sahip olan ve güvensiz bağlanma yaşayan bireylerin çalışmama durumunun yüksek olması beklenebilecek bir sonuçtur.

Kronik pruritus ile yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki daha önce değişik çalışmalarda gösterilmiş ve bu çalışmalarda derideki hastalıklar ya da kozmetik problemlerin, insanların sosyal ve emosyonel durumunu etkileyerek yaşam kalitelerini düşürdüğü gözlemlenmiştir. Balcı ve ark. (151) liken planus tanısıyla takip edilen hastalara DYKİ uygulamış ve kaşıntının primer olarak hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermişlerdir. Desai ve ark. tarafından skindex-29 ve özel olarak geliştirdikleri ItchyQoL anketleri kullanılarak yapılan çalışmada da, dermatolojik hastalıklarda kaşıntının yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisinin olduğu gösterilmiştir (152). Chuh ve ark. tarafından DLQI anketi kullanılarak yapılan bir araştırmada ise, pitriyazis rozea hastalarında lezyon şiddetiyle yaşam kalitesinin korelasyonuna bakılmış ve klinik olarak hastalığın daha şiddetli seyrettiği kişilerde kaşıntının da şiddetlendiği, bunun da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (153). Tüm bu çalışmalarda elde edilen sonuçlar, çalışmamızda kronik pruritusu olan hastalarda yaşam kalite indeksindeki anlamlı düşüklük ve bu düşüklüğün kaşıntı şiddetindeki artmayla korelasyon gösterdiği şeklindeki sonuçlarımız ile uyumludur. Çalışmamızda kaşıntı şiddeti orta-

şiddetli olan grubun DYKİ puan ortalaması, kaşıntı şiddeti hafif olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuş ve şiddetli pruritusun hastanın yaşam kalitesi üzerine kuvvetli bir etkisinin olduğu çalışmamızda da desteklenmiştir. Prurituslu hastaların sürekli kaşınma eylemleri nedeniyle toplum içinde dikkat çekmeleri, bu kişilerde sosyal çekingenliğe, düşük benlik sayısına ve özgüven kaybına neden olabileceği; kişinin uyku ve yeme düzenini de bozarak yaşam kalitesinde bozulmaya yol açabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda hastalardaki HAD-anksiyete toplam puan ortalaması, kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde daha yüksek idi. Benzer şekilde HAD-depresyon toplam puan ortalaması da hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti. Kronik pruritusun psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda, özellikle depresif hastalarda, daha yaygın olduğu ve emosyonel stresin kaşıntının başlaması ve /veya alevlenmesinde önemli rolü olduğu daha önceki çalışmalarda da gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada dermatoloji kliniğinde yatan hasta grubunda, depresif epizodun %34, uyum bozukluğunun %29, manik bozukluğun %9 oranında görüldüğü saptanmıştır (155). Amatya ve ark. yapmış oldukları çalışmada kaşıntısı olan psoriasis hastalarının %60'ında duygudurum bozukluğu tespit etmişlerdir (154). Bir dermatoloji kliniğinde yatan 109 hastanın incelendiği bir başka çalışmada da hastaların %70'inde kaşıntı şikayetinin olduğu ve bu hastaların %62'sinde eş zamanlı olarak psikiyatrik/ psikosomatik bozukluk olduğu saptanmıştır (156). Sheehan-Dare ve ark.'da yaygın kaşıntısı olan hastaların %32.4'ünde depresif belirtiler saptamışlar ve bu oranın kontrol grubuna göre (%13.4) anlamlı düzeyde yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır (157). Ancak bu çalışmalardan, kaşıntının depresyonun bir belirtisi mi olduğu, yoksa yüksek oranda saptanan depresyonun sürekli ve rahatsız edici bir belirti olan kaşıntıya tepki olarak mı gelişip gelişmediği sorusunu yanıtlamak olası değildir.

Çalışmamızda kronik pruritus ve bağlanma kuramı arasındaki ilişkiye ek olarak, bağlanma ile psikosomatik faktörler arasındaki ilişki de incelenmiş ve bu amaçla anksiyete/depresyon skorları ölçülmüştür. Buna göre; anksiyete ve depresyon skorları ile güvenli bağlanma biçimi arasında negatif yönde, saplantılı bağlanma biçimi ile anksiyete arasında ise pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Çalışmamızdaki bulgularla örtüşecek şekilde Waren ve ark.'da yaptıkları bir çalışmada, kaygılı

bağlanma biçimine sahip küçük çocukların çocukluk çağı ve ergenlik dönemi boyunca anksiyete bozukluğu gelişimi açısından yüksek risk altında olduklarını gösterilmişlerdir (158). Kaçınan bağlanan bireyler ise yakın ilişkilerden kaçındıkları için, daha çok sosyal fobi gibi anksiyete bozukluklarına yakalanma eğilimindedirler. Benzer şekilde Michail ve Birchwood'da yaptıkları çalışmada anksiyete bozukluğu olan hastalarda güvensiz bağlanmanın daha sık olduğunu saptamışlardır (159). Ponizovski ve Drannikov depresyon hastalarında bağlanma biçimlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında anksiyoz-ambivalan, kaçınan bağlanan hastalarda yaşam kalitesinin kötü ve depresif semptomların daha şiddetli olduğunu göstermişlerdir (160). Graham ve Easterebrooks yaptıkları çalışmada okul çağındaki çocuklarda güvensiz bağlanma artıça depresyon yatkınlığının arttığını saptamışlardır (161). Anne-çocuk bağlanma biçiminin çocuktaki depresif semptomlarla ilişkisini araştıran başka bir çalışmada ise annesiyle güvenli bağlanma içerisinde olan çocuklarda depresif semptomların daha düşük seviyede olduğu bildirilmiştir (162). Konu ile ilgili olarak günümüze kadar olan çalışmalara bakıldığında, majör depresyonun güvensiz bağlanma biçimi ile ilişkili olduğu görülmektedir (132,163). Çalışma sonuçları majör depresyon ile tek bir bağlanma biçimi arasında birebir ilişki belirtememekle birlikte, özellikle korkulu ve saplantılı bağlanma biçiminin majör depresyon belirtileri ile örtüşme gösterdiği düşünülmektedir. Buna göre, korkulu bağlanma biçimine sahip bireyler diğerlerine yönelik yoğun bir güvensizlik hissetmekte, ilişki kurmaktan kaçınmakta ve kendilerini sevilemez ve değersiz olarak algılamaktadır. Saplantılı bağlanma biçimine sahip bireyler ise diğerlerinin olumlu değerlendirmelerine bağlı olarak ilişkilerle saplantılı biçimde ilgilenmekte ancak bunun yanı sıra, korkulu bağlanma biçimine benzer şekilde kendilerini değersiz, sevilemez ve çaresiz olarak algılamaktadırlar. Açık şekilde görülmektedir ki, adı geçen iki bağlanma biçiminde ortak olarak tanımlanan, kişinin kendisine yönelik değersizlik, sevilemezlik ve çaresizlik algıları, depresyonda görülen kendilik algısıyla örtüşmektedir. Dolayısıyla erken dönemdeki bağlanma deneyimleri ve korkulu ve saplantılı bağlanma biçimleri depresyon için yatkınlaştırıcı etkenler olabilir. Duygulanım düzenleme stratejileri, bağlanma kuramı ve majör depresyon arasındaki ilişkinin, bir duygudurum bozukluğu olan depresyonun doğasının anlaşılabilmesi açısından önemli olduğu



düşünülmektedir. Ek olarak, bu ilişkiye ışık tutulmasının majör depresyonun tedavisinde de açılımlar sağlayabilmesi olası görülmektedir. Çalışmamızda da depresyonla ilişkili veriler yukarıda belirtilen çalışmaların sonucu ile uyumludur. Ancak depresyon, bağlanma bozukluğu ve kronik kaşıntı arasında bir neden sonuç ilişkisinin belirtilebilmesi için daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Literatürde bağlanma biçimini etkileyen birçok faktörün varlığı [çocuğun kişisel özellikleri, yaşanan aile ortamı, aile bütünlüğü, anne-babanın mizaç özellikleri ve birbirleriyle ilişkileri, kendi anne-babaları ile olan bağlanma ilişkileri, anne-babanın sağlık durumu, ailenin çocuğuna olan sorumluluklarını yerine getirme derecesi (ilgi, sevgi, eğitim, sağlık ve parasal kaynaklar), çocuk yetiştirme tutumları, aile büyüklerinin ve çevrenin desteği, maruz kalınan travmalardır] tanımlanmıştır (164). Çalışmamızda da aşırı ya da az kontrol ile büyütülen çocuklara göre yeterince kontrol ile büyütülen çocuklarda; güvenli bağlanma puan ortalaması daha yüksek olarak saptanırken, korkulu, kayıtsız ve saplantılı bağlanma ile diğer parametreler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çocuklukta yetiştirilme biçimi ile ilgili verilerimiz Dyches ve ark.'nın çalışmasındaki verilerle benzerlik göstermekteydi. Dyches ve ark. yaptıkları metanalizde yeterince ilgili ve kontrollü ebeveynlerin çocuklarında güvenli bağlanmanın daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir (106). Çalışmamızda ayrıca bağlanma durumunu etkileyen diğer faktörler olan; anne sütü alımı, çocukluğunda kim tarafından yetiştirildiği, çocukluğunda önemli hastalık geçirme, çocukluğunda annenin çalışma durumu, çocukluğunda anneden ayrılık, çocukluğunda anne babada önemli hastalık gibi bağlanma gelişimini etkileyen faktörler de sorgulanmıştır ancak çoğu örneklem grubunda yeterli sayılara ulaşamadığı için istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Çalışmamızda dörtlü bağlanma modelinin temel bileşenleri olan benlik ve başkaları algısı da incelenmiştir. Benlik algısı kişinin sevmeye, desteklenmeye değer bir kişi olup olmadığına ilişkin inançlarını içermektedir. Başkaları algısı ise bağlanma figürünün ulaşılabilir, güvenilir ya da reddedici olmasıyla ilgili inançları kapsamaktadır. Çalışmamızda benlik ve başkaları algısını değerlendirebilmek için İlişki Anketi kullanılmıştır. İlişki anketleri değerlendirildiğinde, benlik puan ortalamalarının hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu

görüldü. Hastaların benlik algısı puanları ile kayıtsız bağlanma biçimi puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Benzer şekilde hastaların benlik algısı puanları ile korkulu bağlanma biçimi ve saplantılı bağlanma biçimi puanları arasında da negatif yönde, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki saptanırken güvenli bağlanma biçimi puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki tespit edildi. Wu tarafından yapılan bir çalışmada da, bizim çalışmamızın sonuçları ile uyumlu olarak, güvensiz bağlanma ile benlik algısı arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (165). Cooper ve Shaver yaptıkları çalışmada, duygudurumu regüle olan ve güvenli bağlanan grupta güvensiz bağlanan gruba göre benlik algısının daha yüksek olduğunu bildirilmiştir (166). Laforce ve ark.'nın yaptıkları başka bir çalışmada ise anne ve babasına daha güvenli bağlanan çocukların benlik algısının daha yüksek olduğunu tespit edilmiştir (167). Çalışmamız İlişki anketleri başkaları puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde ise; hasta grubunun başkaları algısı puanları ile korkulu bağlanma biçimi ve kayıtsız bağlanma biçimi puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki tespit edildi. Kontrol grubunun başkaları algısı puanları ile güvenli bağlanma biçimi puanları arasında ise pozitif yönde, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki saptandı. Aslında bu çalışmalardan ve bizim çalışmamızdan elde edilen tüm bu veriler beklenen doğal sonuçlardır. Çünkü Bartholomew ve Horowitz'in dörtlü bağlanma modelindeki iki boyuttan biri benlik algısı diğeri de başkaları algısıdır (94). Benliğin olumlu ya da olumsuz algılanmasına göre bağlanma biçimleri şekillenmektedir. Benliğin olumsuz algılanması yani düşük benlik algısı güvensiz bağlanmalarda temel faktördür. Çalışmamız Bartholomew ve Horowitz'in dörtlü bağlanma modelini destekler nitelikteydi. Başkaları ve benlik algısını değerlendirme sonuçlarımızın bağlanma biçimleri ile uyumlu olması çalışmamızın kendi içinde olan tutarlılığını desteklemektedir.

Çalışmamızda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hasta grubunda; korkulu bağlanma puan ortalaması, kayıtsız bağlanma puan ortalaması ve saplantılı bağlanma puan ortalaması daha yüksekti. Güvenli bağlanma puan ortalaması ise kontrol grubunda hasta grubuna göre daha yüksek tespit edildi. Çalışmadan elde edilen bu sonuç bireylerin bağlanma bozukluklarının psikokutan-psikosomatik hastalıkların bir nedeni olabileceği düşüncesini destekler niteliktedir. Ancak literatürde bugüne kadar

kronik prurituslu hastalarda bağlanma biçimlerinin varlığını değerlendiren bir çalışma bulunmadığından dolayı, çalışma verilerimizi psikojenik kökeni olabilecek diğer dermatolojik çalışmalar ile karşılaştırabiliriz. Dermatolojik hastalıklarla bağlanma biçimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar gözden geçirildiğinde; Dieris-Hirche ve ark.'nın 62 erişkin atopik dermatitli hastada kontrol grubuna göre güvensiz bağlanmayı daha fazla tespit ettikleri görülmektedir (128). Atopik dermatit ve psöriasis hastalarında duygusal ilişki ve bağlanmanın araştırıldığı başka bir çalışmada ise güvenli bağlanmanın hakim olduğu psöriasis hastalarına göre korkulu bağlanmanın fazla saptandığı atopik dermatit grubunda ilişkinin kaygılı dönemlerinde deri bulgularının arttığı saptanmıştır (168). Atopik dermatitlilerdeki şiddetli kaşıntı ve deri lezyonları hastanın ruhsal durumunu ve kişiler arası ilişkilerini etkilerken (tikinti, kendi derisini reddetme, otoagresyon (lezyonlarla oynama, koparma, kanatma), yakınlık kurmada çelişkiye düşme), sosyal ilişkilerde yaşanan problemler bağlanma anksiyetesi ve stresi artırarak hastalığın şiddetini arttırmaktadır (128,132). Ancak bağlanma tutumu ve atopik dermatit gelişimi arasında neden sonuç ilişkisi kurmak zordur.

Pasquin ve arkadaşları, ayaktan tedavi gören ve yakın zamanda vitiligo başlangıcı ya da alevlenmesi yaşayan 31 hastayı, psikosomatik etmenlerin ihmal edilebileceği cilt belirtileriyle seyreden 116 kişilik kontrol grubuyla karşılaştırmıştı. Vitiligo olgularında kontrollere göre, algılanan sosyal desteğin daha düşük, sıkıntılı bağlanma skoru, kaçınan bağlanma skoru ve aleksitimi skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (136). Bu bulgular vitiligonun stresli yaşam olaylarıyla artmadığını ancak kontrol edilemeyen birçok olayla artabileceğini göstermiştir. Sonuç olarak, güvensiz bağlanma ve zayıf sosyal destek gibi psikolojik etmenler vitiligoya yatkınlığı artırabilirler. Bunun muhtemel sebebi, emosyonel regülasyondaki bozukluklar ya da stresle aktif olarak başa çıkma düzeyinin azalması ile açıklanabilir.

Schmidth ve ark. (133) androjenetik ve diffüz alopesisi olan 74 kadında bağlanma biçimlerini araştırmışlar ve görünür saç kaybı olmayanlarda (dismorfofobik tip alopesi) kayıtsız bağlanmanın daha sık görüldüğünü tespit etmelerine rağmen, bağlanma tutumlarıyla hastalık şiddeti arasında herhangi bir ilişki saptayamamışlardır. Bu durumu kayıtsız bağlananlarda artmış ayrılık anksiyetesi

dolayısıyla saç kaybına karşı verilmiş abartılı tepki ile ilişkilendirmişlerdir. Russiello ve ark. (134 bu aynı kalacak) psikosomatik bağlantısı olmadığı düşünülen hastalıklara göre (pigmente nevüs, keratozis, mikoz), psikosomatik bağlantısı olduğu bilinen hastalıklarda (hiperhidroz, kronik ürtiker, generalize pruritus, alopesi areata) güvensiz bağlanma biçiminin daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.

Jankoviç ve ark. (169) yaptıkları çalışmada, son 6 ayda hastalığında alevlenme tarif eden 110 psoriasis hastasını kontrol grubu ile karşılaştırılmışlar ve hasta grubunda son bir yılda daha fazla stresli yaşam olayı ve daha düşük sosyal destek olduğunu göstermişlerdir. Ek olarak bu hastalarda bağlanma anksiyetesinin daha yüksek olduğunu ve kaçınan bağlanma biçiminin daha sık görüldüğünü saptamışlardır. Güvensiz bağlanmanın artmış stres duyarlılığı, azalmış algılanan sosyal destek, azalmış öz saygı nedeniyle bazı deri hastalıklarına eğilim yarattığını öne sürmüşlerdir.

Sonuç olarak, diğer dermatolojik hastalıklarla yapılan çalışma sonuçları ile çalışmamızdaki sonuçların benzer olması; bağlanma bozukluğunun, kronik pruritus ve diğer dermatolojik hastalıkların etyopatogenezinde yer alabileceğini ya da bu hastalıkların oluşumunda tetikleyici faktör olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda elde edilen ve pruritus ve bağlanma bozukluğu birlikteliğine işaret eden sonuçların temelinde, her iki sistemin kontrolünde görev alan ortak nöroendokrin ve immün mekanizmaların muhtemel disregülasyonu rol oynayabilir.

Psikiyatrik bozukluklara, deri ve ekleri haricindeki, diğer vücut sistem değişikliklerinin de eşlik ettiği bilinmektedir. Bu sistemlerden özellikle immün ve nöro-endokrin sistemler pek çok araştırmanın odağı olmuştur. İmmün disregülasyon ile psikojenik kökeni olan alopesi areata ve psoriasis gibi dermatolojik hastalıklarda Doğal Öldürücü Hücre [Natural Killer (NK)] fonksiyonlarının bozulduğunu bildiren sayısız makale mevcuttur. Özetle, psikiyatrik ve dermatolojik sistemler arasında sıkı bir ilişki mevcuttur. Bağlanma bozukluğunun da bir istisna olmadığı, diğer pek çok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi vücuttaki diğer sistem değişiklikleri ile (normalden daha fazla) birliktelik gösterdiğine dair bilimsel veriler, yukarıda da belirtildiği üzere, her geçen gün daha da artmaktadır. Picardi ve ark bağlanma stilleri ve immunité hakkındaki yaptıkları çalışmada kaçınan bağlanma tipine sahip olan hastalarda NK hücrelerinin sitotoksitesinde azalma olduğunu tespit etmişlerdir.

Kaçınan bağlanma tipi ile NK hücre disfonksiyonu arasındaki ilişkiden kortizolun sorumlu olabileceği öne sürülmüştür. Kortizol, NK hücrelerinin lizis yapmasını engeller. Buna ek olarak, proinflatuar sitokinler ve alfa 2 makroglobulin, metallothionein gibi stres ilişkili proteinleri inhibe ederek hücre ölümünü artırır ve NK hücrelerinin gelişimi ve fonksiyonları için esansiyel olan çinko miktarını azaltır. Bağlanma bozukluklarında NK aracılı hücre lizisinde bozukluk olduğu düşünülmektedir (170).

Bağlanma ve immün sistem ile ilişkilendirilen diğer bir immün sistem komponenti sitokinlerdir. Önemli kaşıntı mediatörlerinden biri olan İnterlökin 6 (IL-6) seviyelerinin bağlanma bozukluğu olan hastalarda artığı görülmüştür. Gouin ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada, uzun dönem ilişkilerde ve geçimsiz evliliklere bağlı kaçınan bağlanma biçimine sahip olan bireylerde, IL-6 seviyesinin yükseldiği tespit edilmiştir (171). Bu çalışmalarda ek olarak, IL-6 seviyelerinin kaşıntı şiddetiyle korele bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. (172). Bağlanma bozukluklarında tespit edilen yüksek IL-6 seviyelerinin patogenezinin ileri, detaylı çalışmalarla araştırılması; eşlik eden pruritusun etyopatogenezinin aydınlatılmasına yardımcı olabilir.

Bağlanma kuramı ile ilişkisinin iyi araştırıldığı bir diğer sistem de nöroendokrin sistemdir. Erken çocukluk döneminde şekillenen bağlanma biçimlerinin hipotalamo-hipopütiter eksen üzerine etkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Galynker ve ark.'nın (173) depresyon ve güvensiz bağlanmanın nöral yolları hakkında Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (FMRI) kullanılarak yaptıkları çalışmada güvensiz bağlanma ile depresyon nöral yolların örtüştüğü ve bu örtüşmenin kortikostriatotalamik yolda olduğunu ifade etmişlerdir. Bir çalışmada ilk altı ay boyunca bebeklerin ne kadar süre anne sütü aldıkları ve ne kadar süre anne/babaları ile yattıkları takip edilmiş, bağlanma biçimlerini etkileyen bu faktörlerin süresi artıkça kortizol regülasyonunun daha iyi olduğu saptanmıştır (174). Nöroendokrin sistemde özellikle oksitosin bağlanma bozukluklarında oldukça detaylı bir şekilde incelenmiştir ve oksitosinin farklı memeli türlerinde ve insanlarda ebeveyn bağı oluşumunda önemli rol oynadığı hakkındaki kanıtlar giderek artış göstermektedir. Pedersen ve ark. farelerde santral oksitosin uygulanmasının anne farelerde yavrularına karşı annelik davranışlarının

ortaya çıkması için gereken süreyi kısalttığını göstermişlerdir (175,176). Başka bir çalışmada da Hr4, Fly7-OT gibi oksitosin reseptör agonistlerinin annelik davranışlarını stimüle ettiği gösterilmiştir (177). Yine hiç doğum yapmamış hayvanlara oksitosin verilmesinin diğer yavru hayvanlara karşı anne şevkatini geliştirdiğinin gösterilmiş olması bu bulguları destekler niteliktedir. Munro ve ark. (178) ise oksitosinin insanlar üzerinde de benzer etkiye sahip olduğunu gösteren çalışmalar yapmışlardır. Yapılan diğer bir çalışmada güvensiz bağlanma biçimine sahip bireylere intranasal oksitosin uygulanması ile güvenli bağlanma paternlerinin arttığının tespit edilmesi ile bu konudaki bilgiler daha da güçlenmiştir. Tüm bu veriler ebeveyn bağı oluşumu ve olumlu sosyal davranışların gelişimi için oksitosinin önemli bir hormon olduğunu göstermektedir (179). Oksitosine ek olarak nöropeptidler ve AVP'de bu davranışların gelişimini kolaylaştırmaya yardımcı olmaktadır (180).

Bağlanma biçiminde etkili olan oksitosinin aynı zamanda duyuşal sinir sistemi üzerine etkisinin olduğu da bilinmektedir. Son dönmede yapılan çalışmalar, oksitosinin duyuşal sinir sisteminin özellikle nosisepsiyon kısmını etkilediğini göstermektedir (181). Nosisepsiyon; ağrı algısı anlamına gelmektedir. Bu sistem deri ve membranlarda bulunan serbest sinir sonlanmaları ile (dokulara zarar verebilecek) mekanik, temel, fiziksel, kimyasal vb. uyarıları algılar, lokalize eder ve bunlarda korunmak amaçlı refleks ve istemli hareketleri başlatır (182). Son zamanlarda nosisepsiyon duyuşunun da pruritus oluşumu ve algısında rolü olduğunu gösteren çalışmalar bildirilmiştir (183,184). Bu çalışmalarda oksitosinin, ağrı algılanmasına ek olarak kaşıntıda da rol aldığı yakın zamanda gösterilen nosiception sistemini inhibe ettiği gösterilmiştir. Bundan yola çıkarak bağlanma bozukluğu olan kişilerde azalmış olduğu beklenen oksitosinin, nosisepsiyon sistemi üzerindeki inhibitör etkiyi ortadan kaldırarak ağrı algısının artmasına (hiperaljezi) ve kaşıntıya karşı daha hassas hale gelmesine neden olacağı söylenebilir. Sonuç olarak bağlanma bozukluğu olanlar bireylerde oksitosinin düşük olması, strese yanıtını azaltamayacağı için bu kişilerde kaşıntı, depresyon ve anksiyeteye yatkınlık oluşturabileceği düşünölebilir. Bu hastalardaki kaşıntı ve psikosomatik bozukluğun muhtemel sebebi olabilir ve bu hipotezi destekleyecek yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tüm bu veriler ışığında bağlanmanın biyolojik bir kökeninin de olduğu söylenebilir. Belki de bağlanma biçimleri yukarıda bahsettiğimiz gibi immün ve nöroendokrin sistemleri direkt etkileyerek kronik pruritusu neden oluyor olabilir. Olası bir diğer neden de bizim çalışmamızda ve daha önce yapılan çalışmalarda da gösterildiği gibi duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile bağlanma biçimleri arasındaki ilişki olabilir. Güvensiz bağlanma biçimleri duygu durum ve anksiyete bozukluklarına neden olarak immün ve nöroendokrin sistemi etkilemektedir. Duygudurum ve anksiyete bozukluklarında görülen immün sistem regülasyonundaki bozukluklarda kronik kaşıntıya neden olmuş olabilir. Ancak bu durumu ayırt edebilmek için elimizde yeterli veri yoktur ve bu alanda daha fazla klinik çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Dermatolojik hastalıklar ve bu hastalıkların psikiyatrik bozukluklarla ilişkisine ait son yıllarda birçok bilimsel çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarla birlikte, batı ülkelerinde psikodermatoloji veya psikokutanöz tıp olarak adlandırılan ve yeni yapılanmakta olan bir alt bilim dalı hızla yaygınlaşmaktadır (185). Bağlanma da büyük ölçüde süregen ve aynılık gösteren bir süreç olmakla birlikte etkileşimlere açık bir yöne sahip olması sebebiyle psikodermatolojik hastalılar grubunda önemli bir yere sahip olabilir (186). Kronik pruritus hastalarında bağlanma tutumlarının ortaya konulması ile hekim hasta ilişkisi ve hastanın tedavisi yeni bir boyut kazanabilir. Hasta ile olan ilişkide bağlanma boyutlarına göre planlamalar yapılabilir. Altta yatan psikopatolojiye yönelik düzenlenecek psikofarmakolojik ve psikoanalitik destek tedavilerle kronik pruritus hastalarının tedaviye istenilen uyumu gösterebilmesi, psikolojik stresle başa çıkabilmeleri ve kısır döngüye girmekten kurtulabilmeleri mümkün olabilecektir. Tüm bu veriler, kronik pruritusta psikolojik etmenlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini, klasik tedavi yöntemlerine ek olarak ve/veya daha ağır bir tedavi yöntemin geçilmeden önce özellikle ya tek başına antidepresanlarla ya da bir psikoterapi yöntemiyle (örneğin gevşeme teknikleri gibi) kombine tedavi uygulanmasının ve konu ile ilgili sağlık eğitimi oturumlarının da ihmal edilmemesi gerektiğini desteklemektedir.

## 6. KISITLILIKLAR

Çalışmamızdaki en büyük kısıtlılık, hastalardan geçmişe yönelik hatırladıkları kadarıyla bilgi alınmış olması ve hastaların bağlanma biçimini etkileyebilecek olan mizaç özelliklerinin araştırılmamış olmasıdır. Ek olarak, hem bu çalışmada hem de geçmiş çalışmaların çoğunda bağlanma stillerinin kişilerin beyanına dayalı özbildirim ölçekleriyle ölçülmesinden kaynaklanan yanlılıklar nedeniyle bağlanma ile psikopatoloji arasındaki ilişki tam olarak anlaşılammamaktadır Kişinin beyanına dayalı ölçümlerin hem savunucu yaklaşımlara açık olması, hem de ölçeklerin ölçüm gücünden kaynaklanan sorunlar yüzünden bağlanma stil ya da boyutlarını nesnel olarak temsil edemediği bilinmektedir. Bu nedenle, bu çalışmanın en önemli sınırlılığı bağlanma boyutlarının özbildirim ölçekleriyle ölçülmüş olması ve bahsedilen yanlılıklara açık olmasıdır.



## 7. SONUÇ

Bağlanma stilleri ve kaşıntılı dermatolojik hastalıklar arasındaki ilişki birçok çalışmada gösterilmiştir. Çalışmamızda da kronik prurituslu hastaların bağlanma biçimleri İÖA ile değerlendirilmiş olup, bu hastalarda bağlanma bozukluklarının daha sık olduğu tespit edilmiştir. Bağlanma bozuklukları çeşitli mekanizmalar aracılığıyla stres regülasyonunu bozmakta, strese yatkınlığı arttırmakta ve yardım arama davranışını azaltmaktadır. Bunların bir sonucu olarak, bağlanma bozuklukları psikososyal etkilerinin yanında birtakım dermatolojik hastalıklara da neden olabilmektedir. Çalışmamızda kaşıntı etyolojisinde yer alan psikosomatik faktörler araştırılmış ve bağlanma bozukluklarının da etyolojide rol alabileceğine yönelik bulgular tespit edilmiştir. Bu bulgular ışığında; bağlanma bozukluğunun mevcut olduğu kronik pruritus hastalarında, hastaya sağlanacak psikiyatrik desteğin kronik pruritusun klinik gidiş ve tedavisine olumlu katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz. Bu konuda geniş seriler üzerinde uzun dönem yürütülecek ileri çalışmaların konuya derinlik kazandıracağına inanmaktayız.

1. Çalışmamızda GSA, DYKİ, HAD-A, HAD-D skorları pruritus grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar kronik pruritusun depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Dermatoloji hastalarında hasta tarafından doldurulan pratik bir ölçek olan GSA, DYKİ, HAD ölçekleri hastaların kolayca değerlendirilmesini sağlayabilir.
2. Çalışmamızda bugüne kadar kronik prurituslu hastalarda değerlendirilmeyen bağlanma biçimleri incelenmiştir. Hasta grubunda korkulu, kayıtsız, saplantılı bağlanma biçimi kontrol grubuna göre; güvenli bağlanma ise kontrol grubunda hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Bu sonuçlarda, diğer dermatolojik hastalıklarda bağlanma biçimlerinin değerlendirildiği diğer çalışmaların sonuçlarıyla benzerdir.
3. Pruritus ve bağlanma bozukluğunun her ikisinde de hastalığın tetiklenmesinde maruz kalınan emosyonel stres ve travma önemli rol

oynamaktadır. Her iki hastalığın etyolojisinde benzer faktörlerin yer alması kronik pruritus ile bağlanma bozukluğu arasında ilişki olabileceğini akla getirmektedir

4. Bağlanma bozukluklarında nöroendokrin ve immün sistemlerde değişiklik olduğuna dair bulgular mevcuttur ve bu değişikliklerden bir kısmının kaşıntı algısı üzerine etkisinin olması muhtemeldir (normalde ağrı ve kaşıntı yolağını baskılayan oksitosinin bağlanma bozukluğunda düşmesi ve bağlanma bozukluklarında IL6'nın yükselmesi gibi). Bağlanma bozuklukları direkt olarak bu değişikliklere sebep olabilir ve /veya bağlanma bozukluklarına eşlik eden duydudurm bozuklukları bu sistemleri tetikleyerek kaşıntı oluşumu ve kaşıntı şiddeti algısını etkileyebilirler. Bu muhtemel iletişimlerin ortaya konması için detaylı araştırmaya gerek vardır.
5. Çalışmamızın sonucunda kronik pruritus hastalarında bağlanma biçimleri ve diğer psikiyatrik belirtiler açısından anlamlı bir ilişkinin olduğu ortaya konmuştur. Bağlanma bozukluğu varlığında hastaya sağlanacak psikiyatrik desteğin klinik gidiş ve tedavi sonuçları için önemli olabileceğine inanılmakta, bu konuda geniş serilerde yürütülecek çalışmaların konuya derinlik kazandıracağını düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Önder M, Adışen E. Pruritus. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji. 3. baskı, İstanbul: Nobel 2008: 161-182.
2. Şenol M. Kaşıntı nedir? Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2011; 4(3): 1-2.
3. Ständer S, Metze D. Pruritus and prurigo. Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. Braun-Falco's Dermatology. 3<sup>rd</sup> Edition. Berlin, Springer-Verlag, 2009: 434-448.
4. Bernhard JD. Itch and pruritus: what are they, and how should itches be classified? Dermatol Ther. 2005; 18: 288-291.
5. Van Os-Medendorp H, Eland-de Kok PCM, Grypdonck M, et al. Prevalence and predictors of psychosocial morbidity in patients with chronic pruritic skin. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006; 20(7): 810-817.
6. Twycross R, Graves MW, Handwerker H, et al. Itch: scratching more than the surface. QJM 2003; 96(1):7-26.
7. Schmelz M. A neural pathway for itch. Nat Neurosci. 2001; 4(1): 9-10.
8. Mikulincer M, Shaver P. An attachment perspective on psychopathology. World Psychiatry 2012; 11: 11-15.
9. Quirin M, Pruessner J, Kuhl J. HPA system regulation and adult attachment anxiety: Individual differences in reactive and awakening cortisol. Psychoneuroendocrinology 2008; 33: 581-590.
10. Orion E, Wolf R. Psychological factors in skin diseases: Stress and skin: Facts and controversies. Clinics in Dermatology 2013; 31: 707-711.
11. Gunnar MR, Brodersen L, Nachmias M, Buss K, Rigatuso J. Stress reactivity and attachment security. Dev Psychobiol. 1996; 29(3): 191.
12. Guyton AC, Hall JE. Tıbbi Fizyoloji. 10. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2001: 815-842.
13. Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, et al. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. Acta Derm Venereol. 2007; 87: 291-294.
14. Raap U, Ständer S, Metz M. Pathophysiology of itch and new treatments. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2011; 11(5): 420-427.

15. Roosterman D, Goerge T, Schneider SW, et al. Neuronal control of skin function: the skin as a neuro immuno endocrine organ. *Physiol Rev.* 2006; 86(4): 1309-1379.
16. Steinhoff M, Bienenstock J, Schmelz M, et al. Neurophysiological, neuro immunological, and neuroendocrine basis of pruritus. *J Invest Dermatol.* 2006; 126(8): 1705-1718.
17. Akiyama T, Merrill AW, Zanotto K, et al. Scratching behavior and Fos expression in superficial dorsal horn elicited by protease activated receptor agonists and other itch mediators in mice. *J Pharmacol Exp Ther.* 2009; 329(3): 945-951.
18. Akiyama T, Carstens MI, Carstens E. Excitation of mouse superficial dorsal horn neurons by histamine and/or PAR-2 agonist: potential role in itch. *J Neurophysiol.* 2009; 102(4): 2176-2183.
19. Akiyama T, Carstens MI, Carstens E. Enhanced scratching evoked by PAR-2 agonist and 5-HT but not histamine in a mouse model of chronic dry skin itch. *Pain* 2010; 151(2): 378-383.
20. Stander S, Steinhoff M, Schmelz M, et al. Neurophysiology of pruritus: cutaneous elicitation of itch. *Arch Dermatol.* 2003; 139(11): 1463-1470.
21. Biro T, Toth BI, Marincsak R, et al. TRP channels as novel players in the pathogenesis and therapy of itch. *Biochim Biophys Acta* 2007; 1772(8): 1004-1021.
22. Patel T, Ishiuchi Y, Yosipovitch G. Nocturnal itch: why do we itch at night? *Acta Derm Venereol.* 2007; 87(4): 295-298.
23. Metz M, Stander S. Chronic pruritus pathogenesis, clinical aspects and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010; 24(11): 1249-1260.
24. Metz M, Grundmann S, Stander S. Pruritus: an overview of current concepts. *Vet Dermatol.* 2011; 22(2): 121-131.
25. Yosipovitch G, Greaves MW, Schmelz M. Itch. *Lancet* 2003; 361: 690-694.
26. Van Loey NE, et al. Itching following burns: Epidemiology and predictors. *Br J Dermatol.* 2008; 158(1): 95-100.
27. Greaves MW. Pruritus. *Rook's Textbook of Dermatology.* Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (eds.). Oxford, Blackwell Science, 2004: 16.1-16.15.
28. Jutel M, Akdis M, Akdis CA. Histamine, histamine receptors and their role in immune pathology. *Clin Exp Allergy* 2009; 39(12): 1786-1800.

29. Arıcan Ö. Kaşıntının patofizyolojisi ve mediyatörleri. *Dermatose* 2003; 2: 209-213.
30. Greaves MW. Mediators of Pruritus. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, et al. *Dermatology*. Edinburgh, Mosby, 2003: 85-93.
31. Krajnik M, Zylicz Z. Understanding pruritus in systemic disease. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21: 151-168.
32. Schmelz M, Schmidt R, Weidner C, et al. Chemical response pattern of different classes of C-nociceptors to pruritogens and algogens. *J Neurophysiol*. 2003; 89: 2441-2448.
33. Kurzen H, Wessler I, Kirkpatrick CJ, et al. The nonneuronal cholinergic system of human skin. *Horm Metab Res*. 2007; 39: 125-135.
34. Greaves MW. Pruritus. In: Burns T, Breatnach S, Cox N, Griffiths (eds.). *Rook's Text Book of Dermatology*. Seventh edition. Blackwell, 2004.
35. Wallegren J. Neuroanatomy and neurophysiology of itch. *Dermatol Ther*. 2005; 18(4): 292-303.
36. Krishnan A, Koo J. Psyche, opioids and itch: therapeutic consequences. *Dermatol Ther*. 2005; 18: 314-322.
37. Fallahzadeh MK, Roozbeh J, Geramizadeh B, et al. Interleukin-2 serum levels are elevated in patients with uremic pruritus: a novel finding with practical implications. *Nephrol Dial Transplant*. 2011; 26(10): 3338-3344.
38. Steinhoff M, Cevikbas F, Yeh I, et al. Evaluation and management of a patient with chronic pruritus. *J Allergy Clin Immunol*. 2012; 130(4): 1015-1016.
39. Nigen S, Knowles SR, Shear NH. Drug eruptions: approaching the diagnosis of drug induced skin diseases. *J Drugs Dermatol*. 2003; 2: 278-299.
40. Carballada F, Martin S, Boquete M. High efficacy and absence of severe systemic reactions after venom immunotherapy. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2003; 13: 43-49.
41. Cribier B, Noacco G. Chronic urticaria and infectious diseases. *Ann Dermatol Venereol*. 2003; 130: 1S43-1S52.
42. Hachulla E. Systemic urticarias. *Ann Dermatol Venereol*. 2003; 130: 1S53-1S68.
43. Norman RA. Xerosis and pruritus in the elderly: Recognition and management. *Dermatol Ther*. 2003; 16: 254-259.

44. Yosipovitch G, Fleischer AB. Itch associated with skin disease: Advances in pathophysiology and emerging therapies. *Am J Clin Dermatol.* 2003; 4: 617-622.
45. Arıcan Ö. Sistemik hastalıklarda gözlenen kaşıntının gelişme mekanizmaları ve tedavi seçenekleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2004; 24: 664-671.
46. Choi J, Koo JYM. Quality of life issues in Psoriasis. *J AM Acad Dermatol.* 2003; 9(2): 57-61.
47. Verhoeven L, Kraaimaat F, Duller P, et al. Cognitive, behavioral and physiological reactivity to chronic pain. *International Journal of Behavioral Medicine* 2006; 13(3): 237-243.
48. Şenol M. Kaşıntılı hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2011; 4(3): 66-67.
49. Yosipovitch G, Papoiu AD. What causes itch in atopic dermatitis? *Curr Allergy Asthma Rep.* 2008; 8(4): 306-311.
50. Tey HL, Yosipovitch G. Targeted treatment of pruritus - a look into the future. *Br J Dermatol.* 2011 (Advance publication).
51. Papoiu AD, Yosipovitch G. Topical capsaicin. The fire of a 'hot' medicine is reignited. *Expert Opin Pharmacother.* 2010; 11(8): 1359-1371.
52. Patel T, Ishiiji Y, Yosipovitch G. Menthol: A refreshing look at this ancient compound. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 57(5): 873-878.
53. Patel T, Yosipovitch G. Therapy of pruritus. *Expert Opin Pharmacother.* 2010; 11: 1673-1682.
54. Yosipovitch G, Sugeng MW, Chan YH, et al. The effect of topically applied aspirin on localized circumscribed neurodermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2001; 45(6): 910-913.
55. Pereira U, Boulais N, Lebonvallet N, et al. Mechanisms of the sensory effects of tacrolimus on the skin. *Br J Dermatol.* 2010; 163: 70-77.
56. Önder M, Adışen E. Pruritus. Tüzün Y, Serdaroğlu S, Erdem C, Özpoyraz M, Önder M, Öztürkcan S, editörler. *Dermatolojide Tedavi.* İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2010: p.689-692.
57. Kumagai H, Ebata T, Takamori K, et al. Effect of a novel kappa-receptor agonist, nalfurafine hydrochloride, on severe itch in 337 haemodialysis patients: A phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Nephrol Dial Transplant.* 2010; 25(4): 1251-1257.

58. Hundley JL, Yosipovitch G. Mirtazapine for reducing nocturnal itch in patients with chronic pruritus: A pilot study. *J Am Acad Dermatol.* 2004; 50(6): 889-891.
59. Ständer S, Bockenholt B, Schurmeyer-Horst F, et al. Treatment of chronic pruritus with the selective serotonin re-uptake inhibitors paroxetine and fluvoxamine: Results of an open-labelled, two-arm proof-of-concept study. *Acta Derm Venereol.* 2009; 89(1): 45-51.
60. Ehrchen J, Ständer S. Pregabalin in the treatment of chronic pruritus. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58(2 Suppl):36-7.
61. Chen M, Doherty SD, Hsu S. Innovative uses of thalidomide. *Dermatol Clin.* 2010; 28(3): 577-586.
62. Duval A, Dubertret L. Aprepitant as an antipruritic agent? *N Engl J Med.* 2009; 361: 1415-1416.
63. Weinfeld PK. Successful treatment of notalgia paresthetica with botulinum toxin type A. *Arch Dermatol.* 2007; 143: 980-982.
64. Wallengren J, Bartosik J. Botulinum toxin type A for neuropathic itch. *Br J Dermatol.* 2010; 163: 424-426.
65. Hönigsmann H, Schwarz T. Ultraviolet light therapy. In: *Dermatology.* Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, et al. Edinburgh, Mosby, 2003: 2109-2125.
66. Greawes MV. Pruritus. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, eds. *Rook's Textbook of Dermatology.* 7<sup>th</sup> ed. Italy, Blackwell, 2004: Ch.16, p.1-15.
67. Wallengren J, Sundler F. Cutaneous field stimulation in the treatment of severe Itch. *Arch Dermatol.* 2001; 137: 1323-1325.
68. Tivoli YA, Rubenstein RM. Pruritus: An updated look at an old problem. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2009; 2(7): 30-36.
69. Arck PC, Slominski A, Theoharides TC, et al. Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *J Invest Dermatol.* 2006; 12: 1697-1704.
70. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV).* Çev. Ed. Köroğlu E. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
71. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 42(3): 436-441.

72. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. The self inflicted dermatoses: a critical review. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9(1): 45-52.
73. Hatch ML, Paradis C, Freidman S, Popkin M, Shalita AR. Obsessi ve compulsive disorder in pati ents with chronic pruritic conditions: case studies and discussion. *J Am Acad Dermatol.* 1992; 26(4): 549-551.
74. Ozmen M, Erdogan A, Aydemir E, Oguz O. Dissociati ve identity disorder presenting as dermatitis artefacta. *Int J Dermatol.* 2006; 45(6): 770-771.
75. Ramanesh M, Shafiei S. Underlying psychopathologies of psychogenic pruritic disor ders. *Psychosomatics* 2001; 2: 130-133.
76. Altunay İK, Köşlü A. Psikojenik pruritus. *Turkish Journal of Dermatology* 2008; 2: 116-120.
77. Hu SW, Foong HB, Elpern DJ. Virtual grand rounds in dermatology: an 8-year experience in web-based teledermatology. *Int J Dermatol.* 2009; 48(12): 1313-1319.
78. Bifulco A, Moran P. *Wednesday's Child: Research into Women's Experience of Neglect and Abuse in Childhood and Adult Depression.* London, Routledge, 1998.
79. Bowlby J. *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory.* London, Routledge, 1988.
80. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(2): 321-342.
81. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis* 1958; 39: 350-373.
82. Stevenson-Hinde J. Attachment theory and John Bowlby: Some reflections. *Attachment & Human Development* 2007; 9: 337-342.
83. Carpenter L, Chung MC. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2011; 84: 367-388.
84. Lamb ME, Teti DM, Bornstein M. Developmental phases: infancy. In: Lewis M (ed.). *Child and Adolescent Psychiatry.* 3rd ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2002: 293-323.
85. Morsünbül Ü, Çok F. Bağlanma ve ilişkili değişkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(3): 553-570.
86. Zeanah CH, Boris NW, Larriey JA. Infant development and developmantal risk: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 165-178.



87. Soysal AŞ, Ergenekon E, Eroğlu D. Bebekleri tanı açısından yüksek-standart risk altında olan annelerin duygudurumlarının kısa süreli yardım grupları ile değerlendirilmesi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2000; 8: 106-111.
88. Troy NW. The time of first holding of the infant and maternal self-esteem related to feelings of maternal attachment. *Women Health* 1995; 22(3): 59-72.
89. Bowlby R. Babies and toddlers in non-parental daycare can avoid stress and anxiety if they develop a lasting secondary attachment bond with one carer who is consistently accessible to them. *Attach Hum Dev.* 2007; 9(4): 307-319.
90. Vetere A, Myers LB. Repressive Coping Style and Adult Romantic Attachment Style: is there a relationship? *Personality and Individual Differences* 2002; 32: 799-807.
91. Hardy LT. Attachment theory and reactive attachment disorder: theoretical perspectives and treatment implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2007; 20: 27-39.
92. Sümer N. Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi* 2006; 21: 1-22.
93. Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 52(3):511-524
94. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four- category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991; 61: 226-244.
95. Locke K. Attachment styles and interpersonal approach and avoidance goals in everyday couple interactions. *Personal Relationships* 2008; 15: 359-374.
96. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14: 71-106.
97. Erözkan A. Lise Öğrencilerinin Bağlanma Stilleri ve Yalnızlık Düzeylerinin Bazı Değerışkenlere Göre İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2004; 4: 155-175.
98. Kenneth M. Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment* 2006; 12: 440-449.
99. Hazan C, Shaver PR. Conceptualizing romantic love as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 52: 511-524.

100. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 41: 1111-1123.
101. Brugha TS. Social support networks and type of neurotic symptom among adults in British households. *Psychological Medicine* 2003; 33: 307-318.
102. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment Patterns in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York, Guilford Press, 2007.
103. Matsuoka N, Uji M, Hiramura H, et al. Adolescents attachment style and early experiences: A gender difference. *Archives of Womens Mental Health* 2006; 9: 23-29.
104. Shorey HS, Snyder CR. The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology* 2006; 10: 1-20.
105. Kağıtçıbaşı C. Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2005; 36: 403-422.
106. Dyches TT, Smith TB, Korth BB, Roper SO, Mandlco B. Positive parenting of children with developmental disabilities: a meta-analysis. *Res Dev Disabil*. 2012; 33(6): 2213-2220.
107. Chorpita BF, Barlow DH. The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychol Bull*. 1998; 124(1): 3-21.
108. Merz EM, Schuengel C, Schulze HJ. Inter-generational relationships at different ages: an attachment perspective. *Ageing & Society* 2008; 28: 717-736.
109. Stepp SD, Morse JQ, Yaggi KE, Reynolds SK, Reed LI, Pilkonis PA. Role of attachment styles and interpersonal problems in suicide related behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2008; 38(5): 592-607.
110. Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med*. 2002; 64(4): 660-666.
111. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, ve ark. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 2001; 1: 365-380.
112. Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N, et al. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *Br J Psychiatry Suppl*. 2004; 46: 31-37.

113. Smith M, Calam R, Bolton C. Psychological factors linked to self-reported depression symptoms in late adolescence. *Behav Cogn Psychother.* 2009; 37(1): 73-85.
114. Marazzati D, Dell'Osso B, Catena Dell'Osso M, Consoli G, Del Debbio A, Munqai F, Vivarelli L, Albanese F, Piccinni A, Rucci P, Dell'Osso L. Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectr.* 2007; 12(10): 751-756.
115. Myhr G, Sookman D, Pinard G, et al. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 109: 447-456.
116. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006; 41(10): 796-805.
117. Ader N, Kohen N, Felten D. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immun system. *Lancet* 1995; 345: 99-103.
118. Altunay İK. Psikonöroimmünoloji ve multifaktöryel psikodermatolojik. *Turkderm.* 2010; 44: 10-15.
119. Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22(1-2): 7-66.
120. Zoumakis E, Kalantaridou SN, Chrousos GP. The "brain-skin connection": nerve growth factor-dependent pathways for stress-induced skin disorders. *J Mol Med (Berl).* 2007; 85: 1347-1349.
121. Gouin JP, Glaser R, Loving TJ, Malarkey WB, Stowell J, Houts C, Kiecolt-Glaser JK. Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict. *Brain Behav Immun.* 2009; 23(7): 898-904.
122. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosom Med.* 2001; 63: 556-567.
123. Kirkpatrick LA, Hazan C. Attachments styles and close relationships: A four-year prospective study. *Pers Relatsh.* 1994; 1: 123-142.
124. Davilla J, Burge D, Hammen C. Why does attachment style change? *J Pers Soc Psychol.* 1997; 73: 826-838.
125. Schmidt S, Nachtigall C, Martone O, Strauss B. Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 763-773.

126. Hwang K, Johnston MV, Smith JK. Adult attachment styles and life satisfaction in individuals with physical disabilities. *Applied Research in Quality of Life* 2009; 4: 295-310.
127. Kelsay K, Leung DY, Mrazek DA, Klinnert MD. Prospectively assessed early life experiences in relation to cortisol reactivity in adolescents at risk for asthma. *Dev Psychobiol.* 2012 Feb 7. doi: 10.1002/dev.21006
128. Dieris-Hirche J, Milch WE, Kupfer J, Leweke F, Gieler U. Atopic dermatitis, attachment and partnership: a psychodermatological case control study of adult patients. *Acta Derm Venereol.* 2012; 92(5): 462-466.
129. Gupta MA, Lanius RA, Van der Kolk BA. Psychologic trauma, posttraumatic stress disorder, and dermatology. *Dermatol Clin.* 2005; 23: 649-656.
130. Pines D. Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. *Int J Psychoanal.* 1980; 61: 315-323.
131. Daud LR, Garralda ME, David TJ. Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. *Archives of Disease in Childhood* 1993; 69: 670-676.
132. Rabung S, Ubbelohde A, Kiefer E, Schauenburg H. Attachment security and quality of life in atopic dermatitis. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2004; 54(8): 330-338.
133. Schmidth S. Female alopecia: the mediating effect of attachment patterns on changes in subjective health indicators. *Br J Dermatol.* 2003; 148(6): 1205-1211.
134. Russiello F, Arciero G, Decaminada F, Corona R, Ferrigno L, Fucci M, Pasquini M, Pasquini P. Stress, attachment and skin diseases: a case-control study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 1995; 5(3): 234-239.
135. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, Papi M, Camaioni D, Tiago A, Gobello T, Biondi M. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003; 44(5): 374-381.
136. Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Melchi CF, Baliva G, Camaioni D, Tiago A, Abeni D, Biondi M. Stressful Life Events, Social Support, Attachment Security and Alexithymia in Vitiligo. *Psychother Psychosom.* 2003; 72(3): 150-158.
137. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P, Cattaruzza MS, Baliva G, Melchi CF, Biondi M, Pasquini P. Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics* 2005; 46(6): 556-564.

138. Schmidt S, Nachtigall C, Wuethrich-Martone O, Strauss B. Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 763-773.
139. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7: 3-11.
140. Gürel MS, Yanık M, Şimşek Z, Katı M, et al. Quality of life instrument for Turkish people with skin diseases. *Int J Dermatol.* 2005; 44: 933-938.
141. Zigmond AS, Snaith PR. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67: 361-370.
142. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği *Türk Psikiyatri Dergisi* 1987; 8: 280-287.
143. Majeski CJ, Johnson JA, Davison SN, Lauzon CJ. Itch Severity Scale: a self-report instrument for the measurement of pruritus severity. *Br J Dermatol.* 2007; 156(4): 667-673.
144. Zachariae R, Lei U, Haedersdal M, Zachariae C. Itch severity and quality of life in patients with pruritus: preliminary validity of a Danish adaptation of the itch severity scale. *Acta Derm Venereol.* 2012; 92(5): 508-514.
145. Acar B, Karabulut H, Şahin Y, Babademez M, Karasen R. New treatment strategy and assessment questionnaire for external auditory canal pruritus: topical pimecrolimus therapy and Modified Itch Severity Scale. *The Journal of Laryngology & Otology* 2010; 124: 147-151.
146. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991; 61: 226-244.
147. Dalgard F, Lien L, Dalen I. Itch in the community: Associations with psychosocial factors among adults. *J Eur Acad Dermatol-Venereol.* 2007; 21: 1215-1219.
148. Tessari G, Dalle VC, Loschiavo C, et al. The impact of pruritus on the quality of life of patients undergoing dialysis: a single centre cohort study. *J Nephrol.* 2009; 22(2): 241-248.
149. Matteredne U, Apfelbacher CJ, et al. Prevalence, correlates and characteristics of chronic pruritus: a population based cross-sectional study. *Acta Derm Venereol.* 2011; 91: 674-679.
150. Stander S, et al. Prevalence of chronic pruritus in Germany: Results of cross-sectional study in a sample working population of 11.730. *Dermatology* 2010; 221: 229-235.

151. Balcı DD, İnandı T. Liken planusta dermatoloji yaşam kalite indeks skorları: Psoriyazis ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması. *Türkderm*. 2008; 42(4): 127-130.
152. Desai NS, Poindexter GB, Monthrope YM, Bendeck SE, Swerlick RA, Chen SC. A pilot quality-of-life instrument for pruritus. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 59(2): 234-244.
153. Chuh AA, Chan HH. Effect on quality of life in patients with pityriasis rosea: is it associated with rash severity? *Int J Dermatol*. 2005; 44(5): 372-377.
154. Amatya B, Wennersten G, Nordlind K. Patients' perspective of pruritus in chronic plaque psoriasis: a questionnaire-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008; 22: 822-826.
155. Dieris-Hirche J, Gieler U, Kupfer JP, et al. Suicidal ideation, anxiety and depression in adult patients with atopic dermatitis. *Hautarzt* 2009; 60: 641- 646.
156. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Observations during an itch-inducing Lecture. *Dermatol Psychosom*. 2000; 1(1): 15-18.
157. Sheehan-Dare RA, Henderson MJ, Cotterill JA. Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol*. 1990; 123: 769-774.
158. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(5): 637-644.
159. Michail M, Birchwood M. Social anxiety in first-episode psychosis: the role of childhood trauma and adult attachment. *J Affect Disord*. 2014; 163: 102-109.
160. Ponizovsky AM, Drannikov A. Contribution of attachment insecurity to health-related quality of life in depressed patients. *World J Psychiatry* 2013; 3(2): 41-49.
161. Graham CA, Easterbrooks MA. School-aged children's vulnerability to depressive symptomatology: the role of attachment security, maternal depressive symptomatology, and economic risk. *Dev Psychopathol*. 2000; 12(2): 201-213.
162. Kerns KA, Brumariu LE, Seibert A. Multi-method assessment of mother-child attachment: links to parenting and child depressive symptoms in middle childhood. *Attach Hum Dev*. 2011; 13(4): 315-333.
163. Pines D. Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. *Int J Psychoanal*. 1980; 61: 315-323.

164. Biller HB. Father and families paternal factors in child development. London, Auburn House, 1993.
165. Wu CH. The relationship between attachment style and self-concept clarity: The mediation effect of self-esteem. *Personality and Individual Differences* 2009; 47: 42-46.
166. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *J Pers Soc Psychol.* 1998; 74(5): 1380-1397.
167. Booth-Laforce C, Oh W, Kim AH, Rubin KH, Rose-Krasnor L, Burgess K. Attachment, self-worth, and peer-group functioning in middle childhood. *Attach Hum Dev.* 2006; 8(4): 309-325.
168. Dorst J, Seikowski K. Skin, bonding and partnership in atopic dermatitis and psoriasis. *Haatarzt* 2012; 63: 214-222.
169. Jankovich S, Raznatovic M, Marinković J, Maksimović N, Janković J, Djikanović B. Relevance of Psychosomatic factors in psoriasis: a case control study. *Acta Derm Venereol.* 2009; 89: 364-369.
170. Picardi A, Battisti F, Tarsitani L, Baldassari M, Copertaro A, Mocchegiani E, Biondi M. Attachment security and immunity in healthy women. *Psychosom Med.* 2007; 69(1): 40-46.
171. Gouin J, Glaser R, Loving TJ, Malarkey WB, Stowell J, Houts C, Kiecolt-Glaser JK. Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict. *Brain, Behavior, and Immunity* 2009; 23: 898-904.
172. Hassan I, Haji ML. Understanding itch: an update on mediators and mechanisms of pruritus. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2014; 80(2): 106-114.
173. Galynker II, Yaseen ZS, Katz C. Distinct but overlapping neural networks subserve depression and insecure attachment. *American Journal of Therapeutics* 2007; 14: 106-112.
174. Beijers R, Riksen-Walraven JM, de Weerth C. Cortisol regulation in 12-month-old human infants: associations with the infants' early history of breastfeeding and co-sleeping. *Stress* 2013; 16(3): 267-277.
175. Pedersen CA, Prange AJ Jr. Induction of maternal behavior in virgin rats after intracerebroventricular administration of oxytocin. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1979; 76(12): 6661-6665.
176. Pedersen CA, Ascher JA, Monroe YL, Prange AJ Jr. Oxytocin induces maternal behavior in virgin female rats. *Science* 1982; 216(4546): 648-650.
177. Kendrick KM. Oxytocin, motherhood and bonding. *Exp Physiol.* 2000; 85: Spec No: 111S-124S.

178. Munro ML, Brown SL, Pournajafi-Nazarloo H, Carter CS, Lopez WD, Seng JS. In search of an adult attachment stress provocation to measure effect on the oxytocin system: a pilot validation study. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2013; 19(4): 180-191.
179. Buchheim A, Heinrichs M, George C, Pokorny D, Koops E, Henningsen P, O'Connor MF, Gündel H. Oxytocin enhances the experience of attachment security. *Psychoneuroendocrinology* 2009; 34(9): 1417-1422
180. Juif PE, Poisbeau P. Neurohormonal effects of oxytocin and vasopressin receptor agonists on spinal pain processing in male rats. *Pain* 2013; 154(8): 1449-1456.
181. Russo R, D'Agostino G, Mattace Raso G, Avagliano C, Cristiano C, Meli R, Calignano A. Central administration of oxytocin reduces hyperalgesia in mice: implication for cannabinoid and opioid systems. *Peptides* 2012; 38(1): 81-88.
182. Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain* 2008; 137(3): 473-477.
183. Qu L, Fan N, Ma C, Wang T, Han L, Fu K, Wang Y, Shimada SG, Dong X, LaMotte RH. Enhanced excitability of MRGPRA3 and MRGPRD positive nociceptors in a model of inflammatory itch and pain. *Brain* 2014; 137: 1039-1050.
184. Baraniuk JN. Rise of the sensors: nociception and pruritus. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2012; 12(2): 104-114.
185. Turan Ş, Özmen M. Treatment Modalities of Psychodermatological Diseases. *Turkderm.* 2010; 44(1): 46-51.
186. Papadopoulos L, Bor R, Legg C. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *Br J Med Psychol.* 1999; 72: 385-396.



## EKLER

### EK 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

“Kronik prurituslu hastalarda bağlanma bozukluğunun değerlendirilmesi” başlıklı bir çalışma yürütmekteyiz. Bu çalışmanın amacı kronik ve kronik otoimmün dermatolojik hastalıklarda bağlanma bozukluğunun hastalıkların ortaya çıkışında tetikleyici faktör olduğu ve hastalıkların progresyonuna etki ettiği düşünülmekte olup bunların bu çalışmayla ortaya çıkarmaktır. Bunu değerlendirirken hastalara, Sosyodemografik Veri Formu, Genel Sağlık Anketi, Kaşıntı Şiddet Skalası, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi, İlişki Ölçekleri Anketi, İlişki Anketi ve Hastane Depresyon Anksiyete Ölçeği uygulanacaktır.

Bu çalışmada hiçbir laboratuvar tetkiki yapılmayacaktır. Çalışmaya katılan kişiye olumsuz etkisi olabilecek her hangi bir müdahalede bulunulmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bulgular ilerde hastalığın ortaya çıkmasına yönelik mekanizmaların açıklanması ve hastanın gidişatına etkin olabilecek faktörlerin değerlendirilmesinde faydalı olabilir ancak size doğrudan faydası yoktur. Eğer çalışmaya katılmak istemezseniz bu sizin tedavinize en ufak bir etki oluşturamaz, bu durumla ilgili negatif bir etkiye maruz kalmazsınız. Çalışmaya katılmayı kabul etseniz dahi istediğiniz an bundan rahatlıkla vaz geçebilirsiniz. Bu durumda olumsuz bir etki oluşturmayacaktır.

Bu çalışmadan elde edilen veriler araştırmacılar dışındaki herhangi bir üçüncü kişiye verilmeyecektir. Bu veriler sadece araştırmacıların ulaşmasına izin verilen veriler olacaktır. Çalışmadan elde edilen verilerin sonuçları bilimsel dergilerde yer alabilir ancak burada bireysel herhangi bir bilgi yer almaz. Bu araştırmada sizden alınan veriler şimdi veya daha sonra bilimsel çalışmalar için kullanılacaktır.

Eğer araştırmayla ilgili sizi etkileyecek herhangi bir yeni bilgi ortaya çıkarsa bu bilgi sizinle paylaşılacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Araştırma Ekibinde Yer Alan ve Yetkin Bir Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gönüllünün araştırma sürecinde ulaşabileceği araştırmacının telefonu:

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

**EK 2: Sosyodemografik Veri Formu**

**SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

Adı Soyadı Başharfleri: Eğitim:

Yaş: Meslek:

Cinsiyet: Medeni durum:

**Yaşadığı yer:** Şehir ( ) Kasaba ( ) Köy ( )

**Çocukluğunu geçirdiği yer:** Şehir ( ) Kasaba ( ) Köy ( )

**0-1 yaş arasında bakımını kim yapmış?**

Anne ( ) Bakıcı+Anne ( ) Anne+Anneanne/Babaanne ( ) Diğer ( )

**Çocukluğunda kim tarafından yetiştirilmiş?**

Anne ( ) Baba ( ) Bakıcı+Aile ( )

Anneanne/Babaanne ( ) Diğer ( )

**Çocukluğunda nasıl bakılmış?**

Aşırı ilgiyle ( ) İlgisiz ( ) Yeterince ilgiyle ( )

**Çocukluğunda nasıl bir disiplinle büyütülmüş?**

Aşırı kontrol ( ) Yeterince kontrol ( ) Az kontrol ( )

**Yetiştirilme biçiminin hastalığının oluşumuna katkısı olduğunu düşünüyor mu?**

Evet ( ) Hayır ( ) Evetse nasıl .....

**Şimdi kimlerle yaşıyor?.....**

**Tek başına yaşayabilir mi?** Evet ( ) Hayır ( ) Hayırsa neden.....

**Çocukluğunda ailenin durumu:**

Bütün ( ) Parçalanmış ( ) Boşanmış ( )

**Çocukluğunda anne çalışıyor muydu?** Evet ( ) Hayır ( )

**Bebekliğinde ne kadar süreyle anne sütü aldı? .....**

**Çocukluğunda anne/babada önemli hastalık öyküsü:.....**

**Çocukluğunda önemli hastalık öyküsü: .....**

**Çocukluğunda anneden ayrılık:** Var ( ) Yok ( )

Varsa kaç yaşında ..... süresi .....

**Çocukluğunda cinsel travma:** Var ( ) Yok ( )

Varsa kaç yaşında .....

### EK 3: Genel Sağlık Anketi (GSA)

LÜTFEN BU AÇIKLAMAYI DİKKATLE OKUYUNUZ:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Lütfen, soruların tamamını size en uygun cevabın üstüne ( x ) işareti koyarak cevaplayınız. Teşekkür ederiz.

Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	Hayır hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	Her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Her zamankinden çok kötü
Çevrenizde yararlı bir rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Sorunlarınızla başa çıkabilmek için kendinizi yeterli görüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Karşılaştığınız güçlüklerin üstesinden gelemediğinizi hissediyor musunuz?	Hayır hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyormusunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok az
Günlük işlerinizden zevk alıyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok az
Kendinizi mutsuz ve çökkün hissediyor musunuz?	Hayır hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
Kendinize güveninizde azalma var mı?	Hiç yok	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır, hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık

## EK 4: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

### DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki soruları okurken son bir aylık dönemi düşünerek size uyan cevap seçeneğini işaretleyiniz. Eğer soru sizin durumunuzla ilgili değilse (Hiçbir zaman-Asla) seçeneğini işaretleyiniz. Burada belirttiğiniz bilgiler araştırma amaçlıdır. Başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bize yardımcı olduğunuz için teşekkür ederiz.

- 1) Cilt hastalığınızdan dolayı kendinizi rahatsız, sinirli ve stresli hissediyor musunuz?
  - a) Her zaman-daima
  - b) Sıklıkla-çoğunlukla
  - c) Ara sıra-bazen
  - d) Nadiren
  - e) Hiçbir zaman-asla
- 2) Cilt hastalığınızdan dolayı fiziksel görünümünüzün bozulduğunu düşündüğünüz, aynaya aşırı baktığınız veya bakmaktan kaçındığınız oluyor mu?
  - a) Her zaman-daima
  - b) Sıklıkla-çoğunlukla
  - c) Ara sıra-bazen
  - d) Nadiren
  - e) Hiçbir zaman-asla
- 3) Cilt hastalığınız ev işlerinizi yapmanıza engel oluyor, okul/iş hayatınızı olumsuz yönde etkiliyor mu?
  - a) Her zaman-daima
  - b) Sıklıkla-çoğunlukla
  - c) Ara sıra-bazen
  - d) Nadiren
  - e) Hiçbir zaman-asla
- 4) Cilt hastalığınızın çevrenizdeki kişiler tarafından sorular sorularak hatırlatılmasından dolayı kendinizi rahatsız hissediyor musunuz?
  - a) Her zaman-daima
  - b) Sıklıkla-çoğunlukla
  - c) Ara sıra-bazen
  - d) Nadiren
  - e) Hiçbir zaman-asla
- 5) Cilt hastalığınızdan dolayı arkadaşlarınızdan uzak durduğunuz, sosyal ortamlara giremediğiniz oluyor mu?
  - a) Her zaman-daima
  - b) Sıklıkla-çoğunlukla
  - c) Ara sıra-bazen
  - d) Nadiren
  - e) Hiçbir zaman-asla
- 6) Cilt hastalığınızdan dolayı ortaya çıkan (kanama, yara, ağrı, kaşıntı, leke gibi) şikayetleriniz yaşantınızı kısıtlıyor mu?
  - a) Her zaman-daima
  - b) Sıklıkla-çoğunlukla
  - c) Ara sıra-bazen
  - d) Nadiren
  - e) Hiçbir zaman-asla
- 7) Cilt hastalığınızdan dolayı insanların sizden uzak durduğunu, el sıkışmak, öpmek gibi yakın temasa girmedeğini düşünüyor musunuz? Bundan dolayı çevrenizdeki insanlardan uzaklaşıyor musunuz?
  - a) Her zaman-daima
  - b) Sıklıkla-çoğunlukla
  - c) Ara sıra-bazen
  - d) Nadiren
  - e) Hiçbir zaman-asla
- 8) Cilt hastalığınızdan dolayı cinsel yaşantınız etkileniyor mu?
  - a) Her zaman-daima
  - b) Sıklıkla-çoğunlukla
  - c) Ara sıra-bazen
  - d) Nadiren
  - e) Hiçbir zaman-asla
- 9) Cilt hastalığınızın düzelmeyeceği veya tekrarlayacağını düşünerek umutsuzluğa kapıldığınız oluyor mu?
  - a) Her zaman-daima
  - b) Sıklıkla-çoğunlukla
  - c) Ara sıra-bazen
  - d) Nadiren
  - e) Hiçbir zaman-asla
- 10) Cilt hastalığınızın tedavisi ile uğraşırken zaman ve para kaybınız olduğunu düşünüyor musunuz?
  - a) Her zaman-daima
  - b) Sıklıkla-çoğunlukla
  - c) Ara sıra-bazen
  - d) Nadiren
  - e) Hiçbir zaman-asla
- 11) Cilt hastalığınız istediğinizi yemenize, giyinmenize, makyaj yapmanıza, vücudunuzu temizlemenize engel oluyor mu?
  - a) Her zaman-daima
  - b) Sıklıkla-çoğunlukla
  - c) Ara sıra-bazen
  - d) Nadiren
  - e) Hiçbir zaman-asla

Değerlendirme(0-44): Her zaman-daima=4 Sıklıkla-çoğunlukla=3 Ara sıra-bazen=2 Nadiren=1 Hiçbir zaman-asla=0

Quality of life instrument for Turkish people with skin diseases. Gurel MS, Yanik M, Simsek Z, Kati M, Karaman A. Int J Dermatol 2005;44:933-8.

## EK 5: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin.

Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

- 1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.
  - Çoğu zaman
  - Birçok zaman
  - Zaman zaman, bazen
  - Hiçbir zaman
- 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
  - Aynı eskisi kadar
  - Pek eskisi kadar değil
  - Yalnızca biraz eskisi kadar
  - Neredeyse hiç eskisi kadar değil
- 3) Sanki kötü birşey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.
  - Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
  - Evet, ama çok da şiddetli değil
  - Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
  - Hayır, hiç öyle değil
- 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
  - Her zaman olduğu kadar
  - Şimdi pek o kadar değil
  - Şimdi kesinlikle o kadar değil
  - Artık hiç değil
- 5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
  - Çoğu zaman
  - Birçok zaman
  - Zaman zaman, ama çok sık değil
  - Yalnızca bazen
- 6) Kendimi neşeli hissediyorum.
  - Hiçbir zaman
  - Sık değil
  - Bazen
  - Çoğu zaman
- 7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
  - Kesinlikle
  - Genellikle
  - Sık değil
  - Hiçbir zaman

- 8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.  
Hemen hemen her zaman  
Çok sık  
Bazen  
Hiçbir zaman
- 9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.  
Hiçbir zaman  
Bazen  
Oldukça sık  
Çok sık
- 10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.  
Kesinlikle  
Gerektiği kadar özen göstermiyorum  
Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum  
Her zamanki kadar özen gösteriyorum
- 11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.  
Gerçekten de çok fazla  
Oldukça fazla  
Çok fazla değil  
Hiç değil
- 12) Olacakları zevkle bekliyorum.  
Her zaman olduğu kadar  
Her zamankinden biraz daha az  
Her zamankinden kesinlikle daha az  
Hemen hemen hiç
- 13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.  
Gerçekten de çok sık  
Oldukça sık  
Çok sık değil  
Hiçbir zaman
- 14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.  
Sıklıkla  
Bazen  
Pek sık değil  
Çok seyrek

## EK 6: Kaşıntı Şiddet Skalası

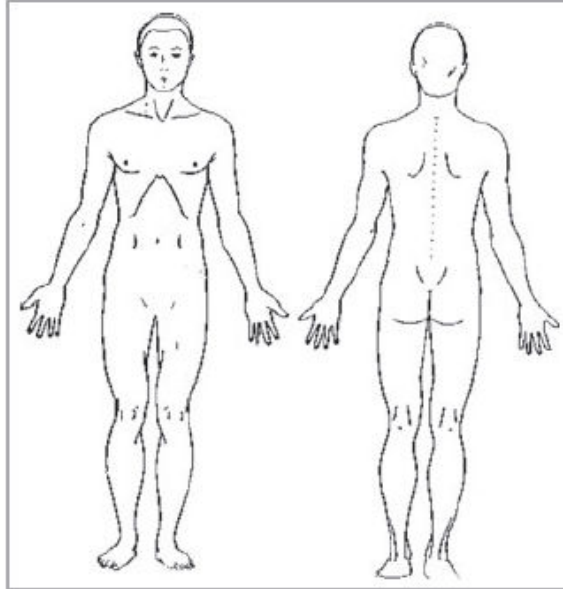
1. Bir günün (aşağıdaki tabloda sol sütunda belirtilen) her bir bölümü için kaşıntının ortaya çıkma sıklığı nedir) (Cevabınıza uygun olan kutucuğa X işareti koyunuz).

	Hiç kaşıntım olmaz	Arada bir kaşıntı hissedirim	Sıklıkla kaşıntı hissedirim	Daima Kaşıntı Hissederim
Sabahları				
Öğle Vakti				
Akşamüstü				
Geceleri				

2. Aşağıda (sol sütunda bulunan) kelimelerden her biri kaşıntınızı ne dereceye kadar tanımlar?

	Kaşıntım hiçbir zaman	Kaşıntım az miktarda	Kaşıntım orta dereceye kadar	Kaşıntı çok büyük boyutta
İğneleyici tarzdadır				
Batıcı tarzdadır				
Yanıcı tarzdadır				
Rahatsız edici şekildedir				
Dayanılmaz şekildedir				
Endişe verici boyuttadır				

3. Lütfen kaşıntı hissettiğiniz bölgeleri aşağıdaki şekil üzerinde karalayınız.



4. Aşağıda (sol sütunda belirtilen) her bir durum için kaşıntınızın şiddetini işaretleyiniz. (Cevabınıza uygun kutucuğa X işareti koyunuz).

	Yoktur	Zayıftır	Orta	Kuvvetlidir	Çok kuvvetlidir
Kaşıntım genel olarak					
Kaşıntım en kötü halindeyken					
Kaşıntım en iyi halindeyken					

5. Kaşıntı nedeniyle duygudurumunuz değişti mi (Birden fazla seçeneği işaretliye-bilirsiniz)?
- Değişmedi
  - Deprese oldum
  - Daha ajite oldum
  - Konsantre olmakta zorlanıyorum
  - Anksiyöz (gergin) oldum
6. Kaşıntı aşağıda belirtilen durumları nasıl etkiledi (Cevabınıza uyan kutucuklara X işareti koyunuz)?

	Değişmedi	Azaldı
Cinsel İstek		
Cinsel fonksiyon		

7. Lütfen aşağıda tanımlanan durumların ne kadar sık olduğunu belirtiniz (Cevabınızla uyumlu kutucuğa X işareti koyunuz).

	Asla	Bazen	(Hemen hemen) Daima
Kaşıntı nedeniyle uykuya dalmakta güçlük çekiyorum			
Kaşıntı nedeniyle uykudan uyanıyorum			
Uyku ilacı kullanmak zorunda kalıyorum			



## EK 7: İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

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

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7  
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla  
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

- 1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.
- 2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.
- 3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.
- 4. Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.
- 5. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.
- 6. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.
- 7. İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.
- 8. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.
- 9. Yalnız kalmaktan korkarım.
- 10. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.
- 11. Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.
- 12. Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.
- 13. Başkalarının bana çok yakınlaşması beni endişelendirir.
- 14. Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.
- 15. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.
- 16. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.
- 17. İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.
- 18. Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzum bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.
- 19. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.
- 20. Birisi bana çok fazla yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.
- 21. Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.
- 22. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.
- 23. Terk edilmekten korkarım.
- 24. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.
- 25. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.
- 26. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.
- 27. İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.
- 28. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.
- 29. Romantik ilişkide olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.
- 30. Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.

### EK 8: İlişki Anketi (İÖ-RQ)

Lütfen aşağıdaki paragrafların her birinin sizi ne oranda doğru tanımladığını değerlendiriniz. Değerlendirmenizi aşağıdaki yedi aralıklı ölçek üzerinde uygun rakamı daire içine alarak yapınız. 1=*beni hiç tanımlamıyor*, 7=*beni tamamen tanımlıyor*. Orta noktadaki rakamlar ise genellikle orta derecede doğru tanımladığımı gösterir.

1. Başkaları ile kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım. Başkalarına güvenmek, onlara bağlanmak ve başkalarının bana güvenip bağlanması konusunda kendimi oldukça rahat hissederim. Birilerinin beni kabul etmemesi ya da yalnız kalmak beni pek kaygılandırmaz.

Beni hiç tanımlamıyor				Beni tamamen tanımlıyor		
1	2	3	4	5	6	7

2. Yakın duygusal ilişkiler içinde olmaksızın çok rahatım. Benim için önemli olan kendi kendine yetmek ve tamamen bağımsız olmaktır. Ne başkalarına güvenmeyi ne de başkalarının bana güvenmesini tercih ederim.

Beni hiç tanımlamıyor				Beni tamamen tanımlıyor		
1	2	3	4	5	6	7

3. Başkalarına duygusal olarak tamamen yakın olmak isterim. Fakat genellikle başkalarının benimle benim arzu ettiğim kadar yakınlık kurmakta isteksiz olduklarını görüyorum. Yakın ilişki(ler) içinde olmazsam huzursuzluk duyarım, ancak bazen başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermeyecekleri için endişelenirim.

Beni hiç tanımlamıyor				Beni tamamen tanımlıyor		
1	2	3	4	5	6	7

4. Başkaları ile yakınlaşmak konusunda rahat değilim. Duygusal olarak yakın ilişkiler kurmak isterim, ancak başkalarına tamamen güvenmek ya da inanmak benim için çok zor. Başkaları ile çok yakınlaşırsam incinip kırılacağımdan korkarım.

Beni hiç tanımlamıyor				Beni tamamen tanımlıyor		
1	2	3	4	5	6	7