



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

KRONİK İDİYOPATİK/SPONTAN ÜRTİKER HASTALARINDA
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİ ŞİDDETİ İLE ALEKSİTİMİ VE ÖFKENİN
SAĞLIKLI KONTROLLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Esin LEVENT
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Şenel TOT ACAR

MERSİN – 2017



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

KRONİK İDİYOPATİK/SPONTAN ÜRTİKER HASTALARINDA
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİ ŞİDDETİ İLE ALEKSİTİMİ VE ÖFKENİN
SAĞLIKLI KONTROLLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Esin LEVENT
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Şenel TOT ACAR

MERSİN – 2017

TEŞEKKÜR

Psikiyatri uzmanlık eğitimim boyunca bana destek olan, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, anlayıőlı hocalarımdan başta tez danıőmanım sevgili Prof. Dr. şenel TOT ACAR'a ve diğer hocalarım Prof. Dr. Kemal YAZICI, Prof. Dr. Aylin YAZICI, Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ ve Yrd. Doç. Dr. Eda ASLAN ile aramızdan ayrılmış olsa da emeklerini hiç unutmayacağım Doç. Dr. Ayőe Devrim BAŞTERZİ'ye;

Tezimin oluőunu ve yönlendirilmesinde büyük katkı ve emeklerini esirgemeyen tez danıőmanım Prof. Dr. şenel TOT ACAR'a ve Arő. Gör. Didem DERİCİ'ye;

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkıda bulunan Nöroloji AD, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD ve Acil AD değerli öğretim üyelerine;

Yoğun temposunda bile gülen yüzünü esirgemeyen Dermatoloji AD öğretim üyesi sevgili Prof. Dr. Ayça YAZICI' ya

Üzerimde büyük emeği olan, destek, sevgi ve özverilerini hiç esirgemeyen sevgili aileme; özellikle kardeőlerim Hatice, Fatoő ile eőim Mithat ve canım kızım Ela'ya

Yürekten teşekkür ederim...

Dr. Esin LEVENT

Mersin 2017

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZET	5
ABSTRACT	6
GİRİŞ VE AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	9
PSİKOSOMATİK HASTALIKLAR	9
ÜRTİKER	14
Ürtiker Tanımı	14
Ürtiker Tarihçesi	15
Ürtiker Sınıflaması	15
Ürtiker Epidemiyoloji	17
Ürtiker Etiyolojisi	18
Ürtiker Patofizyoloji ve Histopatolojisi	21
Ürtiker Klinik Özellikleri	21
Ürtiker Tedavisi	23
ALEKSİTİMİ	26
Aleksitimi Tanımı	26
Aleksitimi Tarihçesi	28
Aleksitimik Özellikler	28
Aleksitiminin Kuramsal Temelleri	30
Aleksitiminin Epidemiyoloji	33
Aleksitiminin Etiyolojisi	34
ÖFKE	34
Öfkeye Kuramsal Bakış	36

Öfke Fizyolojisi	39
Öfke Kontrolüne Yönelik Öneriler	39
YÖNTEM ve GEREÇLER	44
BULGULAR	49
TARTIŞMA	67
SONUÇ VE ÖNERİLER	78
KAYNAKLAR	80
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	102
TABLolar DİZİNİ	103
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ	105
EKLER	106
Ek-1:Sosyodemografik Veri Formu	
Ek-2: Hamilton Anksiyete Ölçeği	
Ek-3: Hamilton Depresyon Ölçeği	
Ek-4: Toronto Aleksitimi Ölçeği	
Ek-5: Çok Boyutlu Öfke Ölçeği	

ÖZET

Kronik İdiyopatik/Spontan Ürtiker (KSÜ) patogenezinde psikolojik faktörlerin rolü olduğu ileri sürülmektedir. KSÜ tanılı hastalarda anksiyete ve duygudurum bozukluklarının görülme sıklığının artmış olduğunu ileri süren çalışmalar bulunmaktadır. Biz bu çalışmada KSÜ ile aleksitimi, öfke, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki bulunup bulunmadığını araştırmayı amaçladık.

26.09.2015 ve 26.09.2016 tarihleri arasında Dermatoloji polikliniğine başvuran 57'si kadın, 24'ü erkek toplam 81 KSÜ'lü hasta ile yaş ve cinsiyet özellikleri hasta grubu ile uyumlu olan 47'si kadın, 33'ü erkek sağlıklı birey kontrol grubu olarak çalışma kapsamına alındı. Sağlıklı kontrol grubu hastane personeli ve yakınlarından seçildi. Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubu(SKG); Hamilton Anksiyete(HAM-AÖ) ve Depresyon Ölçeği(HAM-DÖ), Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ) ve Toronto Aleksitimi Skala Ölçeği (TAÖ-26) ile değerlendirildi.

ÇBÖÖ, TAÖ-26, HAM-AÖ ve HAM-DÖ total puanları göz önüne alındığında hasta ve sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. ÇBÖÖ toplam öfke ölçeği puanları KSÜ hastalarında anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,002$). KSÜ hastalarında aleksitimik bireylerin oranı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı fazla saptandı ($p <0,001$). Bunun yanı sıra anksiyete ve depresyon düzeyleri de KSÜ hastalarında SKG'ye göre anlamlı derecede yüksek bulundu (sırasıyla $p <0,001$ - $p <0,001$).

Bu çalışma ile elde ettiğimiz veriler, KSÜ ile öfke, aleksitimi, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki olduğunu düşündürmektedir. Aleksitiminin immünolojik mekanizmaları tetiklediği ve stresle başa çıkmayı güçleştirdiği ileri sürülmüştür. KSÜ grubunda TAÖ-26 ve ÇBÖÖ gruplarından "öfke ile ilgili düşünceler" puan ortalamalarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunması; KSÜ etiolojisinde öfke gibi negatif duyguların rol oynayabileceği ve duyguların fark edilmesi ve ifade edilmesinin önemli olabileceği fikrini desteklemektedir.

Anahtar kelimeler: Aleksitimi, Anksiyete, Depresyon, Öfke, Ürtiker

ABSTRACT

Psychological factors play roles in the pathogenesis of Chronic Idiopathic /Spontane Urticaria (CSU). There are studies reporting that anxiety and affective disorders are increased in patients with Chronic Spontane Urticaria. In this study, we were aimed to determine the relationship between CSU and alexithymia, anger levels and other psychological factors such as anxiety and depression.

A total of 81 patients (24 male, 47 female) with CSU who applied to dermatology polyclinic between 26.09.2015 and 26.09.2016, and 80 age-and gender-matched healthy controls selected from hospital staff and their relatives (33 male, 47 female) were enrolled in the study. Both patients and controls were evaluated using the Hamilton Anxiety and Depression Scale(HAM-A), (HAM-D), Multidimensional Anger Scale(MAS), and Toronto Alexithymia Scale-26 (TAS-26).

There was statistically significant difference between the patient and control groups with regard to the total scores of MAS, TAS-26, HAM-A and HAM-D. Total anger scores of MAS in patients with CSU were higher than in healthy controls ($p=0.002$). The ratio of alexithymic person in patients with CSU were significantly higher than in healthy controls ($p <0,001$). And HAM-A and HAM-D scores in patients with CSU were significantly higher than in healthy controls ($p <0,001$, $p <0,001$).

Our study revealed the relation between levels of anger, alexithymia, depression, anxiety and CSU. It has been suggested that alexithymia triggers immunological mechanisms and makes it difficult to cope with stress. In the CSU group, the mean scores of "anger-related thoughts" of the MAS and TAS-26 were higher than the healthy control group; It supports the idea that negative emotions such as anger can play a role in the etiology of urticaria, and the emotional awareness and expression may be important.

Key words: Alexithymia, Anxiety, Depression, Urticaria, Anger

GİRİŞ VE AMAÇ

Ürtiker; eritemli, genellikle kaşıntılı, deriden kabarık, kısa sürede kaybolabilen, histopatolojik olarak dermal ödem gösteren lezyonlara denir. Eğer ödem derin dermis, subkutan bölgeye de yayılırsa anjiödem olarak adlandırılır. Ürtiker immünolojik, inflamatuvar veya idiyopatik mekanizmalar sonucu oluşan; toplumda oldukça sık görülen bir tablodur. Ürtiker ile ilgili olarak birçok farklı sınıflama bulunmaktadır; klinik olarak akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılır ¹.

Akut ürtiker (AÜ): Altı haftadan daha kısa süren veya altı haftadan daha kısa süredir tekrarlamalar gösteren ürtiker tipidir ².

Kronik Ürtiker (KÜ): Altı haftadan daha fazla olan ve tekrarlayan ürtiker tablosudur. Altı haftadan uzun süren, ancak haftada ikiden daha az atak gelişen durumlar için "epizodik KÜ" tanımı kullanılabilir ².

Ülkemizde Kocatürk Göncü ve ark. (2016) tarafından ürtikerli olgularda tanı ve tedavi yaklaşımlarının yönlendirilmesinde yol gösterecek Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu geliştirilmiştir ³. Bu kılavuza göre altı haftadan daha uzun süre her gün veya hemen hemen her gün urtika plak çıkışı olması, tetikleyici herhangi bir etmenin bulunmaması durumu "Kronik Spontan Ürtiker" (eski adıyla Kronik İdiyopatik Ürtiker (KİÜ)) olarak adlandırılır ³.

Kronik ürtiker hastalarında; en sık olarak somatizasyon, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların görüldüğü bildirilmektedir ⁴. Komorbid psikiyatrik bozuklukların bulunması durumunda, kronik ürtikerli hastaların yaşam kalitesinde belirgin azalma ortaya çıktığı ileri sürülmektedir ⁵.

Öfke diğer duygular gibi son derece doğal, evrensel ve sağlıklı ifade edildiğinde yapıcı ve kişiler arası iletişimi düzeltici olabilen bir duygudur. Ancak öfke, kontrol edilemeyen ve yıkıcı bir biçimde davranışlara yansiyarak saldırgan ve son derece tahrip edici tepkilere dönüşme potansiyeline sahiptir ⁶.

Literatürde öfke ve diğer psikolojik faktörlerin kronik ürtiker etiolojisinde rol oynadığı bildirilmiştir. Öfkeye ilişkin her ne kadar ortak bir tanıma varılmasa da öfkenin

çok boyutlu bir yapısı olduğu konusunda uzlaşmaktadır. Literatürde, öfke duygusal, bilişsel ve davranışsal öğeleri olan çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmaktadır ⁷. Öfke psikodermatolojik hastalıklarda önemli bir rol oynamaktadır ⁸. Altınöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; Kronik İdiyopatik Ürtiker ve Alopesi Areata tanılı hastalarda öfke düzeyleri, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ⁸.

Aleksitimi, duyguların sözlü ifadesi ve tanımlanmasında sınırlı bir yetenek, sembolik düşünebilmede azalma ve fakir bir fantezi dünyası ile karakterize bir kişilik özelliğidir ⁹.

Literatürde KSÜ hastalığı ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki olduğunu ileri süren çok sayıda çalışma bulunmaktadır ¹⁰. Bu çalışmaların bir kısmında anksiyete ve depresyonun hastalığı tetikleyici ya da şiddetlendirici etkisi üzerinde durulmaktadır ¹⁰. Bazı çalışmalarda ise anksiyete ve depresyonun hastalığa ikincil olarak geliştiğinden bahsedilmektedir ¹¹.

Literatürde KSÜ ile aleksitimi ve öfke düzeyi ilişkisini araştıran sınırlı sayıda çalışma mevcuttur.

Bu bulgulardan hareketle yaptığımız çalışmada; Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Dermatoloji bölümüne başvuran KSÜ hastaları ile SKG'de depresyon ve anksiyete belirti şiddeti ile öfke ve aleksitimi boyutlarındaki farklılıkları değerlendirmeyi amaçladık.

GENEL BİLGİLER

PSİKOSOMATİK HASTALIKLAR

“Psiko” ruh ve “soma” beden anlamına gelen iki Yunanca kelimenin birleştirilmesiyle meydana gelmiş olan psikosomatik terimi bedenle ruh arasındaki karşılıklı iletişim ve etkileşime işaret eden bir kavramdır. Psikosomatik hastalıklar ise; psikolojik ve bedensel bulguların birbirini tamamlayıp bütünleştikleri, etiolojisinde psikososyal streslerle ruhsal çatışmaların önemli oranda rol oynadığı bazı bedensel hastalıklardır ¹².

Psikosomatik hastalıklar, tıbbın tüm dallarında hekimleri en çok uğraştıran; tıbbi kaynakları çok fazla kullandıkları için ekonomik kayıplara neden olan, mesleki ve sosyal yeti yitimine yol açan önemli bir hastalık grubudur¹³. Dünyadaki istatistiklere göre insanların en az %2-3'ünde psikosomatik hastalık bulunmaktadır. Psikosomatik hastalıklarda çok etkenli bir etiyoloji söz konusudur. Ruhsal yatkınlık açısından daha çok erken çocukluk çağındaki gelişim bozukluklarının rolü olduğu iddia edilmektedir. Bireyleşme gelişiminde, nesne ilişkilerinde bozulmalar sonucu kişilik değişikliklerinin ortaya çıkması ve çoğu zaman da nevrotik savunmaların kullanıldığı bir örüntü görülmektedir ¹⁴.

Psikolojik etkenlerin, fiziksel belirtilerin ortaya çıkmasını etkilediği ve tıbbi bir hastalığın ortaya çıkmasını ve gidişini etkileyebileceği inancı, Hipokrat çağından beri tıpta yer bulmuş bir düşüncedir ¹⁵. Modern psikosomatik tıp, Alman psikiyatrist J.C.Hein Roth' un ilk kez 1818 yılında psikosomatik tıp terimini kullanması ve uyku bozukluklarını tedavi etmesi ile gündeme gelmiştir. Daha sonra 1930 ve 1940'larda psikosomatik tıp, psikanalizden ayrıışan bir branş olarak ve psikiyatrinin içerisinde aynı zamanda medikal tıba yakınlaşan bir akademik disiplin haline gelmiştir. Meyers, 1959'da psikosomatik tıbbi hastalık ve sağlık kavramını birbirine yaklaştıran bir terim olarak kabul etmiştir. Bu yaklaşım hastayı ve hastanın kişilik fonksiyonlarının medikal ortamda tanı, tedavi ve araştırılması aşamasında daha etkin bir şekilde ele alınmasına yarar. Tıbbi ve psikiyatrik yönden tedavi edilmesi gereken hastalık grubu olarak tanımlanan psikosomatik hastalıklarda tıbbi tedavi, fizyolojik yönden hastalığın tedavi edilmesine

yönelikken, psikiyatrik tedavi psikobiyolojik ve psikolojik-psikoterapötik şeklinde tedavinin ikinci dalını oluşturmaktadır⁽¹⁶⁾. Freedman ve Sweet, psikosomatik hastaları “duygu cahilleri” (emotional illiterates) olarak adlandırmışlardır¹⁷. Mc Lean, olumsuz duyguların “sözcük beyni” olarak adlandırdığı neokortekse ulaşamadıklarını; sözel yollarla simgesel anlatım bulamadıkları için, bir tür “organ diline” çevrilerek dışa vurulduklarını açıklamıştır¹⁸.

Psikosomatik tıp ruh ve beden birliğini vurgular, aralarındaki etkileşimden söz eder. Psikosomatik hastalıklara psikiyatrik müdahalede; altta yatan hostilite, depresyon, anksiyeteye ilişkin duyguların ifadelerinin cesaretlendirilmesi önemlidir¹⁶. Hastaların zorlayıcı yaşam olaylarına bakış açılarının değiştirilmesi, mücadeleci ruhun geliştirilmesi ile işlev bozukluğunun ardındaki çatışmaların ve motivasyonların anlaşılmasına yardımcı olunması, yeni sağlıklı baş etme stillerinin geliştirilmesi esastır¹⁶.

Psikosomatik bozukluklar, belirti veren organların ait olduğu sisteme göre sınıflanır¹⁹;

1-Deri ile ilgili hastalıklar: Ürtiker, Egzema, Psöriyazis, Pelat.

2-Kas-iskelet sistemi ile ilgili olanlar: Eklem ağrıları, Romatoid artrit, Spazmodik tortikolis.

3-Solunum sistemi ile ilgili olanlar: Hiperventilasyon sendromu, Bronşial astma, Allerjik rinitis.

4-Dolasım sistemi ile ilgili olanlar: Koroner damar hastalığı, Migren, Esansiyel hipertansiyon, Vazopressör senkop.

5-Sindirim sistemi ile ilgili olanlar: Ülseroz kolit, Mide ve Düodenum ülseri, Ülseroz kolit, Kardia spazmı, Dispepsi, Spastik kolon.

6-Endokrin sistemle ilgili olanlar: Diabetes Mellitus, Tiroid bozuklukları.

7-Üretim-bosaltım sistemi ile ilgili olanlar: Menstruasyon ile ilgili bozukluklar, Cinsel işlev bozuklukları, Yalancı gebelik, Enürezis, Enkoprezis, Kısırlık.

8-Özel duyu organları ve diğer sistemlerle ilgili olanlar: Atrofik rinit, Saman nezlesi gibi allerjik türden reaksiyonlar, Tik, Kore.

Psikokutanöz Hastalıklar

Deri organizmayı örten, dış çevre ile iç çevre arasında sınır görevi olan, organizmayı dışa karşı koruyan önemli bir organımızdır. Deri hem iletişim hem de algı ile ilgili bir organdır ve de hemen görünür özellikte olduğu için psikosomatik süreçlerden fazlasıyla etkilenir²⁰. Derinin, rahatlıkla görülebilen ve dokunulabilen bir organ olarak psikiyatride özel bir yeri vardır. Deri; 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^{20,21}.

Fenichel'e (1974) göre derinin, bilinçdışı çatışmalarla etkileşimde dört özelliği önemlidir²²:

- I. Deri, örtücü bir tabaka olması yanında iç ve dış uyarılara karşı koruyucudur. Bastırılmış dürtülerin kaslarda sertleşme oluşturması gibi vazomotor fonksiyonlarda da değişiklikler olur ve dermatozlara yol açar.
- II. Deri önemli bir erojen bölgedir ve dokunma, ısı ve ağrı da erojen haz kaynaklarıdır. Dermatozların bilinç dışı temelinde de çoğunlukla sadomazoşistik eğilimler bulunur.
- III. Deri, organizmanın yüzeyi olarak dışarıdan görünür ve teşhircilik çatışmalarında yer alır.
- IV. Anksiyete belirtileri de deri belirtileri şeklinde lokalize olabilir. Anksiyete ile deride semptomimetik uyarılma olur ve bazı belirtiler ortaya çıkar.

Ayrıca fiziksel ve psikolojik stresin immüniteyi dolaşımdaki kortikosteroid seviyesini yükselterek etkilediği söylenmektedir²³.

Psikişik durum ile deri hastalıkları arasındaki ilişki şu şekilde gruplandırılmıştır.

1. Fiziksel yakınma, öncelikle emosyonel bozukluğun bir belirtisidir.
2. Organik deri lezyonu, kişinin psikolojik durumunu bozmaktadır.
3. Hem organik, hem emosyonel unsurlar, değişik dönemlerde etkileşim içinde belirtilere ve hastalığa yol açmaktadır ²⁴.

Dermatoloji literatüründe cilt hastalıklarının psikolojik yönüyle ilgili makalelere gittikçe daha sıkça rastlanmaktadır. Brosig ve ark., çocuklukta cinsel tacize uğradığını hatırladığında ürtikeri başlayan 34 yaşında bir kadın olgusu bildirmiştir. Kısa psikoterapi sırasında hasta, önceden bastırılmış olduğu olay ve duyguları hatırladığında, cilt belirtilerinin kaybolduğu görülmüştür ²⁵. Deri hastalıkları diğer organ hastalıklarından farklı olarak çoğu zaman yaşamı tehdit etmemesine rağmen kişinin görünüşünü, dolayısıyla psikososyal durumunu, kişisel ilişkilerini ve günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hasta için sosyal sorunlara yol açmaktadır. Özellikle hastanın dış görünümünü bozan lezyonlar ve çevresinin verdiği olumsuz tepkiler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve toplumdaki kaçmasına neden olmaktadır ^{26,27}.

Psikodermatolojik hastalıklar grubunda birçok farklı hastalık olması dolayısıyla değişik sınıflama çabaları olmuş, ilk sınıflama girişimleri Caroline Koblenzer tarafından 1982'de yapılmıştır. Ancak yazar bu sınıflamayı işlevsel görmemiş, 1987'de yayımlanmış olduğu kitabında daha kullanışlı olduğunu düşündüğü yeni haliyle sunmuştur. Koblenzer (1987), hastalıkları ortaya çıkış nedenlerine göre incelemiş, sonraki yıllarda bu sınıflamayı biraz daha sadeleştirmiştir ²⁸ (Tablo 1).

Yaygın olarak kabul gören sınıflamalardan diğeri Koo ve Lee (2003) tarafından önerilen ve yine etiyolojiyi temel alan sınıflamadır ²⁹ (Tablo 2).

Tablo 1:Koblenzer Sınıflaması

1- PSIKODERMATOLOJİK HASTALIKLAR
A- Yapay Dermatoz
B- Sanrılar ve Deriyle ilişkili varsanılar
1- Sanrisal parazitoz
2- Beden Dismorfik Bozukluk
C- Psikojenik Ağrı Sendromları
1- Glossodini
2- Ayaklarda Yanma
3- Bazı Postherpetik Nevralji Vakaları
D- Kompulsif Alışkanlıklar ve Deri ile İlişkili Obsesyonel Durumlar
1- Nevrotik Döküntüler
2- Trikotillomani
3- Onikotillomani, Primer Liken Simpleks
4- Enfeksiyon, Bulaş Obsesyonları, Bromidroz
E- Psikojenik Purpura Sendromları
1- Psikojenik Purpura
2- Stigmatizasyon
2- PSİKOJENİK FAKTÖRLERİN KUVVETLE ETKİLEDİĞİ DERMATOZLAR
A- Ürtiker
B- Pruritus
C- Kızarıklık Reaksiyonları ve Rozasea
D- Ter Bezlerinin Psikojenik Bozuklukları
1- Hiperhidroz
2- Bromhidroz
3- OLASILIKLA GENETİK VE ÇEVRESEL OLUP STRESTEN ETKİLENEN DERMATOZLAR
A- Alopesi Areata
B- Psoriasis
C- Akne Vulgaris
D- Atopik Dermatit
E- Diğer Deri Hastalıkları

Tablo 2: Koo ve Lee Sınıflaması

PSİKODERMATOLOJİK HASTALIKLAR	
1-Primer Psikiyatrik Olup; Deri Belirtileriyle Seyreden Hastalıklar	
Sanrısız Parazitoz, Yapay Dermatit, Trikotillomani, Onikotillomani, Fobik Bozukluklar, Beden Dismorfik Bozukluk	
Yeme Bozuklukları, Nevrotik Döküntüler, Psikojenik Pruritus	
2- Primer Dermatolojik Olup; Psikiyatrik Bozukluklara Yol Açan Hastalıklar	
Alopesi Areata, Vitiligo, Kronik Ekzema, İktiyoziform Dermatozlar, Rinofima	
3- Psikofizyolojik stresle Oluşan ya da Artan Hastalıklar	
Psoriasis, Akne, Hiperhidroz, Atopik dermatit, Ürtiker, Herpes Simpleks Virüs Enfeksiyonu, Seboreik Dermatit, Aft, Rozasea	
4- Karışık	
5- Deri Duyum Bozuklukları	
Glossodini, Vulvodini, Trikodini, Fallodini, Psikojenik Purpura Sendromu, Pseudopsikodermatolojik Hastalıklar	
Dermatoloji Hastalarında İntihar	

ÜRTİKER

Ürtiker Tanımı

Ürtiker; derinin ve mükoz membranların vasküler bir reaksiyonu olup geçici, eritemli, ödemli, deriden kabarık urtika plakları ile karakterize sık görülen bir tablodur. Halk arasında dabaz veya kurdeşen olarak bilinir . Deriye histamin enjekte edildiğinde ortaya çıkan kabarma ve kızarma reaksiyonuna benzer bir reaksiyondur. Lezyonlar değişik şekil ve büyüklükte olabilir; en geç 24 saat içinde kaybolur ¹.

Son yıllarda ürtiker ve anjiyoödem aynı spektrum içinde değerlendirilmekte ve ürtiker, kaşıntılı plaklarla, anjiyoödemle ya da her ikisinin birden gelişimiyle kendini

gösteren bir dermatolojik hastalık olarak tanımlanmaktadır. Anjiyoödem ise lokalize, ani gelişen, geçici ve sıklıkla tekrarlayıcı olan deri ve mukozalarda (yüz, dudaklar, ağız, boğaz, genital bölge ve gastrointestinal bölge) 72 saat süren şişlikle karakterizedir. Şişlik solunumu engelleyecek kadar şiddetli olabilir. Kaşıntıdan ziyade ağrı ve yanma vardır³⁰.

Ürtiker Tarihçesi

Ürtiker, Hipokrat zamanından bu yana bilinen bir tablodur³¹. Ürtiker büyük olasılıkla ilk kez M.Ö. 1000 yıllarında geleneksel Çin tıbbında tanımlanmış, “Yin ve Yang” arasındaki dengesizlikten kaynaklandığı belirtilmiştir³². Romalı Celsus, MÖ 30 yıllarında '*Aspridito*' adıyla bahsetmiştir³³. Hipokrat başta süt olmak üzere bazı besinlerin alımını ya da ısırğan otu teması, sinek ısırığı gibi fiziksel etmenleri izleyerek ortaya çıkan kaşıntılı deri olaylarını “knidozis” olarak tanımlamıştır. Daha sonra Latince ısırğan otundan (“*urtica urens*”) köken alan “ürtiker” sözcüğü ortaya çıkmış ve 18. yüzyıldan başlayarak tıp kitaplarına girmiştir³².

Ürtiker Sınıflaması

Semptom süresine göre akut ve kronik olarak sınıflandırılan ürtiker heterojen bir şekilde sınıflandırılmaktadır. Hastalığın yaklaşık altı haftadan daha kısa süren akut formları dışında yıllarca süren kronik formları, bunların anjiyoödemle (AÖ) birlikte seyreden tipleri, daha nadir görülen uyarılabilen veya sendromik formları da mevcuttur¹. Avrupa Allerji ve Klinik İmmünoloji Akademisi, Avrupa Global Allerji ve Astım Ağı, Avrupa Dermatoloji Forumu ve Dünya Allerji Organizasyonu'nun birlikte 2008 ve 2013 yılında yayımladıkları Ürtiker Tanım, Sınıflama, Tanı ve Tedavi Kılavuzu'nun ardından ülkemizde Kocatürk Göncü ve ark. (2016) tarafından ürtikerli olgularda tanı ve tedavi yaklaşımlarının yönlendirilmesinde yol gösterecek Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu geliştirilmiştir³. Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu'nun ürtiker sınıflaması için önerisi Tablo 3'te gösterilmektedir (Göncü ve ark.2016)³.

Tablo 3: Ürtiker sınıflaması

Akut Ürtiker	Kronik Ürtiker	
<6 Hafta	>6 Hafta	
	Kronik Spontan Ürtiker	Kronik Uyarılabilir Ürtiker
		Semptomatik Dermografizm
		Soğuk Ürtiker
		Sıcak Ürtiker
		Solar Ürtiker
		Geç Basınç Ürtikeri
		Titreşim Anjiyoödem
		Kolinerjik Ürtiker
		Akuajenik Ürtiker
		Temas Ürtikeri

Güncel uluslararası klavuzlar tarafından önerilen sınıflandırmada, altı haftadan kısa süreli ürtiker tablosu akut ürtiker; altı haftadan daha uzun süre her gün veya hemen hemen her gün ürtika plak çıkışı olması, tetikleyici herhangi bir etmenin bulunmaması durumu “Kronik Spontan Ürtiker”/ “Kronik Ürtiker” olarak adlandırılır ³⁴. Hastalığın “endojen” yönünün ağırlığını vurgulamak ve tanımsal bir birlik sağlamak açısından, “Kronik İdiyopatik Ürtiker” ve “Kronik Otoimmün Ürtiker” tanımlarından vazgeçilmiş, bunların yerine “Kronik Spontan Ürtiker” tanımı önerilmiştir ³. KÜ, spontan (eski adı ile Kronik İdiyopatik Ürtiker) ve uyarılabilir formlara ayrılmıştır ³⁴. Belirlenebilir fiziksel veya diğer uyarıcıların varlığında ortaya çıkan ürtikerler de “Uyarılabilir Ürtiker” olarak tanımlanır ³⁴.

1.Kronik Spontan Ürtiker (KSÜ): Kronik Spontan Ürtiker (KSÜ) veya eski adıyla Kronik İdiyopatik Ürtiker (KİÜ); altı haftadan uzun süren ve hemen hemen her gün tekrarlayan ürtika plaklarının görülmesi ile karakterize bir hastalıktır ³⁴. Tanımın içinde

kullanılan 'spontan' kelimesi bu tabloda lezyonların bilinen bir uyarım olmadan ortaya çıktığını göstermektedir. Dolayısıyla KSÜ tanısı konmadan önce fiziksel ürtikerin ve urtikeryal vaskülit tanılarının dışlanması gerekir³⁵. KSÜ yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren ve sebebi bilinmediğinden hasta üzerinde anksiyete yaratan bir hastalıktır³⁵.

2. Kronik indüklenebilir ürtiker: Belirlenebilir fiziksel veya diğer uyarıcıların varlığında ortaya çıkan ürtikerler de "Uyarılabilir Ürtiker" olarak tanımlanır. Fiziksel ürtikerler (soğuk/ısı ürtikeri, dermatografik ürtiker, geç basınç ürtikeri, solar ürtiker ve vibratuar ürtiker/anjiyoodem), kolinerjik ürtiker, akuajenik ürtiker, kontakt ürtiker olarak tanımlanmıştır³⁴.

Ürtiker Epidemiyolojisi

Ürtiker konusundaki epidemiyolojik veriler yetersiz ve zaman zaman birbiriyle uyumsuz özellikler göstermektedir. Bu uyumsuzluklar genetik, ülkesel farklılıklar kadar; yapılan bilimsel çalışmaların özelliklerinden, niteliklerinden ve tanımlardan (idiyopatik, fiziksel, uyarılabilir ürtiker vs.) kaynaklanmaktadır³. Ürtiker dünyada yaygın görülen bir hastalıktır ve herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir³⁶. Toplum bireylerinin %20'si yaşamlarında en az bir kez ürtiker ve/veya anjiyoodem atağı geçirmektedir^{1,37}. AÜ'nün kümülatif insidansının %18,72 olduğu bildirilmiştir³⁰.

Kronik ürtiker sıklığı ise net olarak bilinmemekle birlikte genel popülasyondaki prevalansının %0,5-5 olduğu tahmin edilmektedir³⁸. Kronik ürtiker çocuklarda erişkinlerden daha az sıklıkta görülmekte olup çocukların %0,1-3 kadarını etkilemektedir³⁹. Ürtiker genel olarak kadınlarda erkeklere nazaran daha fazla görülmektedir³⁷. Akut ürtiker genellikle gençlerde, kronik ürtikerse daha çok orta yaşlı kadınlarda görülür¹. Fakat ürtikerin çeşitli tipleri farklı epidemiyolojik özellikler taşıyabilir; fiziksel ürtiker tiplerinden, "geç basınç ürtikeri" erkeklerde daha sık görülür⁴⁰.

KSÜ'nün kesin prevalansı ve insidansı bilinmemekle beraber nokta prevalansının %0,5-1 oranında olduğu, kadınlarda görülme oranının erkeklere oranla iki kat fazla olduğu ve tüm yaşlarda görülebilmesine ek olarak; ortalama başlangıç yaşının aktif çalışma hayatına denk gelen 20-40 yaş arası olduğu bildirilmektedir^{37,41}. Yüksek sosyoekonomik durumda ve büyükşehir yaşamında daha fazla görüldüğü ve ortalama

hastalık süresinin 1-5 yıl arasında değiştiği düşünölmektedir; fakat bu sürenin hastalık şiddetinin fazla olması halinde, anjioödem varlığında, otolog serum deri testi pozitifliği ya da fiziksel ürtikerlerle birlikte görölmesi durumunda uzayabileceği bildirilmektedir ³⁷. Kronik ürtiker olgularının yaklaşık % 66-93'ünde KSÜ saptandığı bildirilmektedir ³⁷. Kronik ürtiker olgularının %40-50'sinde ürtiker ve anjioödem birlikte iken, yaklaşık %10'unda anjioödem tek başına bulunur ¹. Sıklıkla genç erişkinlerde göröldüğü bilinen ve KÜ olgularının %5-25'ini oluşturan "Kronik Uyarılabilir Ürtiker" olgularındaki epidemiyolojik veriler oldukça kısıtlıdır ³. KSÜ-fiziksel ürtiker (en sık semptomatik dermografizm ve geç basınç ürtikeri) birlikteliklerinin oranının %10-50 arasında değiştiği bildirilmiştir ⁴².

Ürtiker Etiyolojisi

Enfeksiyonlar, ilaçlar ve gıdalar AÜ'nün etiyolojisinde en sık karşılaşılan nedenlerdir. AÜ'nün en sık nedeninin enfeksiyonlar olduğu bildirilmiştir ^{43,44}. Enfeksiyonlar özellikle çocuk hastalarda daha da ön plana çıkmaktadır. Enfeksiyonlara bağlı AÜ'nün oranı %28-60 olarak bildirilmektedir ve en sık rhinovirus ve rota virus enfeksiyonlarına bağlı AÜ oluşmaktadır ^{45,46}. Akut ürtiker ve anjiyoödemde en sık görölen nedenler aşağıdaki tabloda sınıflandırılmıştır ⁴⁷.

Tablo 4: Akut ürtiker ve Anjiyoödemde Sık Görülen Nedenler

İlaçlar, vitaminler ve katkı maddeleri: Beta laktam antibiyotikler, östrojen, kas gevşeticiler, radyokontrast maddeler, psogestron içeren oral kontraseptifler, non steroid antiinflamatuvar ilaçlar, fibrinolitik ilaçlar, ACE inhibitörleri, narkotikler, anjiyotensin 2 reseptör antagonistleri
Yiyecekler, gıda katkı maddeleri, içecekler: İnek sütü, deniz ürünleri, fındık , fıstık
Enfeksiyonlar: Viral (rota, rhino virüs), bakteriyel(streptokokal), parazitik(ankilostoma, strongiloides)
Kontakt alerji: Bitkiler, taze meyve ve sebzeler, deniz ürünleri
Böcek ısırığı
Aşılar
Kan transfüzyonu
İnhalen allerjenler
Lateks

Psikokütanöz hastalıklar arasında değerlendirilen kronik ürtikerde, çoğu olguda kesin sebebi bilinmese de, etyolojide birçok faktör suçlanmaktadır ve emosyonel faktörler de bunlardan biridir ⁴⁸. Hastaların %50-70'inde etiyolojik neden saptanamaz ⁴⁹. Kronik ürtiker etiyolojisinde en sık neden olan etmenler arasında advers ilaç reaksiyonları, advers gıda reaksiyonları, inhalanlar, enfeksiyon ve enfestasyonlar, dahili hastalıklar ve maligniteler yer almaktadır ⁵⁰. Psikolojik faktörler tek başlarına ürtiker nedeni olabildikleri gibi, diğer nedenlere bağlı ürtikeri de şiddetlendirebilirler ⁵¹. KSÜ'de etiyolojiden sorumlu faktörlerin sayısı fazla olup, ürtiker lezyonlarında tetikleyici veya alevlendirici görevi görürler ³. Yetişkin ve çocuklarda gıda ile ilişkili KSÜ olgularının çoğunluğunun psödoallerjik reaksiyon olduğu kabul edilmektedir ⁵². Uyarılabilir ürtikerde ise neden çoğunlukla bellidir ⁵³. Kronik ürtikerde en sık görülen nedenler aşağıdaki tabloda sınıflandırılmıştır ⁵⁰.

Tablo 5: Kronik Ürtikerde Sık Görülen Nedenler

Advers ilaç reaksiyonları	Advers gıda reaksiyonları
<ul style="list-style-type: none">.Antimikrobialer(penisilin, sulfonamid).Antiinflamatuvar ve analjezikler.ACE inhibitörleri.Kan ürünleri.Anestezik kas gevşeticiler.Hipnotikler.Antiepileptikler.Kontarseptifler.Monoklonal antikolar	<ul style="list-style-type: none">.Ig E aracılıBalık, kabuklular, fındık.Vazoaktif amin içerenlerPeynir, bira, şarap.Psödoallerjik reaksiyonlarGıda katkı maddeleri, doğal salisilatlar, benzoatlar
Enfeksiyon ve enfestasyonlar <ul style="list-style-type: none">.H.pylori enfeksiyonu.Viral üst solunum yolu enfeksiyonları.Hepatit C enfeksiyonları.Kandida enfeksiyonları.Paraziter enfeksiyonlar	Dahili hastalıklar <ul style="list-style-type: none">.Kutanöz vaskülit.Tiroid hastalıkları.SLE ve diğer konnektif doku hastalıkları.Paraproteinemi
İnhalanlar <ul style="list-style-type: none">.Farmasötikler ve kimyasal sanayi ürünleri.Lateks.Un mamülleri	Maligniteler <ul style="list-style-type: none">.AML.Meme kanseri.Renal hücreli karsinoma.Polisitemia rubra vera

Ürtiker Patofizyoloji ve Histopatolojisi

Ürtiker mast hücreleri ve bazofillerin aktivasyonuna bağlı bir hastalıktır. Aktive mast hücrelerinden başta histamin olmak üzere platelet aktive edici faktör ve sitokinler gibi diğer mediyatörlerin salınmasına bağlı sinir uyarımı, vazodilatasyon ve plazmanın damar dışına sızması ile ürtikeryal lezyonlar oluşur. Ürtikerde mast hücrelerini aktive eden yolaklar tam olarak bilinmemektedir. Bu uyarım IgE aracılıklı veya çok farklı yolaklarla oluşabilir^{34,38,39}. Kronik ürtiker patogenezinde mast hücre ve bazofillerde bulunan yüksek afiniteli IgE reseptörü (FcεRI) veya IgE'ye karşı oluşan fonksiyonel antikolar histamin salınımına yol açar. Aktif mast hücresi ve bazofiller birçok enflamatuvar mediyatör, kemokin ve sitokin salar. Aynı zamanda düşük afiniteli (FcεRII) reseptöre bağlanan antikolar ile aktiveleşen eozinofiller doku faktörü aracılığı ile koagülasyon yolağını başlatır. Trombinin ortaya çıkışı ile vazodilatasyon, vasküler permeabilitede artış ve doğrudan mast hücre degranülasyonu görülür. Deride birbirlerine yakın olarak konumlanan aktif T hücre-mast hücre teması, multifonksiyonel sitokin ve kemokin salınımı ile mast hücre aktivasyonuna katkıda bulunur⁵⁰.

KSÜ'lü hastaların yaklaşık 1/3'ünde yüksek afiniteli IgE reseptörü olan FcεRI veya IgE'ye karşı dolaşan fonksiyonel otoantikolar veya medyatörler vardır^{54, 55}. KSÜ'lü hastaların dörtte birinde tiroid antijenlerine karşı otoantikolar bulunur⁵⁶. KSÜ özellikle otoimmüniteyle ilişkili olan HLA belirteçleriyle ilişkili bulunmuştur¹.

Kronik ürtikerin etiyolojisi ve patogenetik mekanizmaları arasında halen boşluklar bulunmaktadır ancak çeşitli immunolojik veya inflamatuvar mekanizmalar sonucu ortaya çıkan veya idiyopatik olabilen bir klinik tablo olduğu bilinmektedir⁵⁷.

Ürtiker Klinik Özellikleri

Sağlıklı olma durumu, bedensel, sosyal ve ruhsal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır⁵⁸. İnsanlar yaşamları boyu psikososyal ve biyolojik yönden riskli ve olumsuz olan bir çok dönemin etkisi altındadırlar⁵⁹. KSÜ sosyal yaşamı etkileyip yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren ve atakların ortaya çıkış zamanı ve

sebebi bilinmediğinden hasta üzerinde anksiyete yaratan, uyku bozukluğu ve iş gücü kaybına neden olan bir hastalıktır ^{60,61}.

Ürtikanın karakteristik olarak üç özelliği vardır:

1. Etrafında değişken derecede refleks eritem olabilen lokalize şişlik. Görünümü asfalt yola yapılmış yamaya benzer
2. Kaşıntı veya bazen yanma duygusu vardır
3. Döküntü geçici karakterde olup 1-24 saat içinde yerinde iz bırakmadan söner. Bazen çok daha kısa sürede sönmektedir ³⁴.

Ürtikeryal lezyonlar sınırları belirgin, deriden kalkık, ortası soluk eritemli plaklardır. Lezyonlar değişik şekillerde ve büyüklükte olabilir. Şiddetli kaşıntı vardır. Kaşıntı hastanın günlük aktivitelerini ve uyku düzenini bozabilir. Semptomlar özellikle gece daha şiddetlidir. Lezyonun en önemli özelliği en geç 24 saat içinde eğer hasta travmatize etmemişse herhangi bir iz bırakmadan kaybolmasıdır. Lezyonlar vücudun tüm bölgelerini tutabilir. Giysilerin bası yerlerinde daha yoğun olabilir ³⁰. Derinin herhangi bir yerinde genellikle küçük başlayan lezyonlar hızla büyüme gösterebilirler (1mm – 20\30 cm). Anjiyoödem ise lokalize, ani gelişen, geçici ve sıklıkla tekrarlayıcı olan deri ve mukozalarda (yüz, dudaklar, ağız, boğaz, genital bölge ve gastrointestinal bölge) 72 saat süren şişlikle karakterizedir. Şişlik solunumu engelleyecek kadar şiddetli olabilir. Kaşıntıdan ziyade ağrı ve yanma vardır ³⁰. Birçok çalışmada KSÜ hastalarında %30-50 oranında ürtikeryal plaklardan bağımsız olarak anjiyoödem olduğu saptanmıştır ^{41,62,63}. Kronik ürtiker atakların sıklığı, atakların ortalama süresi ve hastalığın toplam süresi hastadan hastaya değişmektedir ⁶⁴.

KSÜ'de fiziksel ve diğer indüklenebilir ürtikerlerden farklı olarak, klinik bulguların ortaya çıkışı spontandır ve fiziksel-çevresel uyaranlarla uyarılmamıştır. Klinik özellikler açısından diğer gruplara benzerlik göstermekle birlikte, kronik idiopatik ürtiker olguları genellikle atopik yapılı değildir, serum IgE düzeyleri normal sınırlardadır ⁶⁵. KSÜ hastalarının yaklaşık %20 kadarında eşlik eden fiziksel ürtiker vardır ⁶⁶.

Uluslararası kılavuzlar ürtikerli hastalarda yaşam kalitesindeki bozulmayı değerlendirmek için sağlığa dayalı yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılmasını

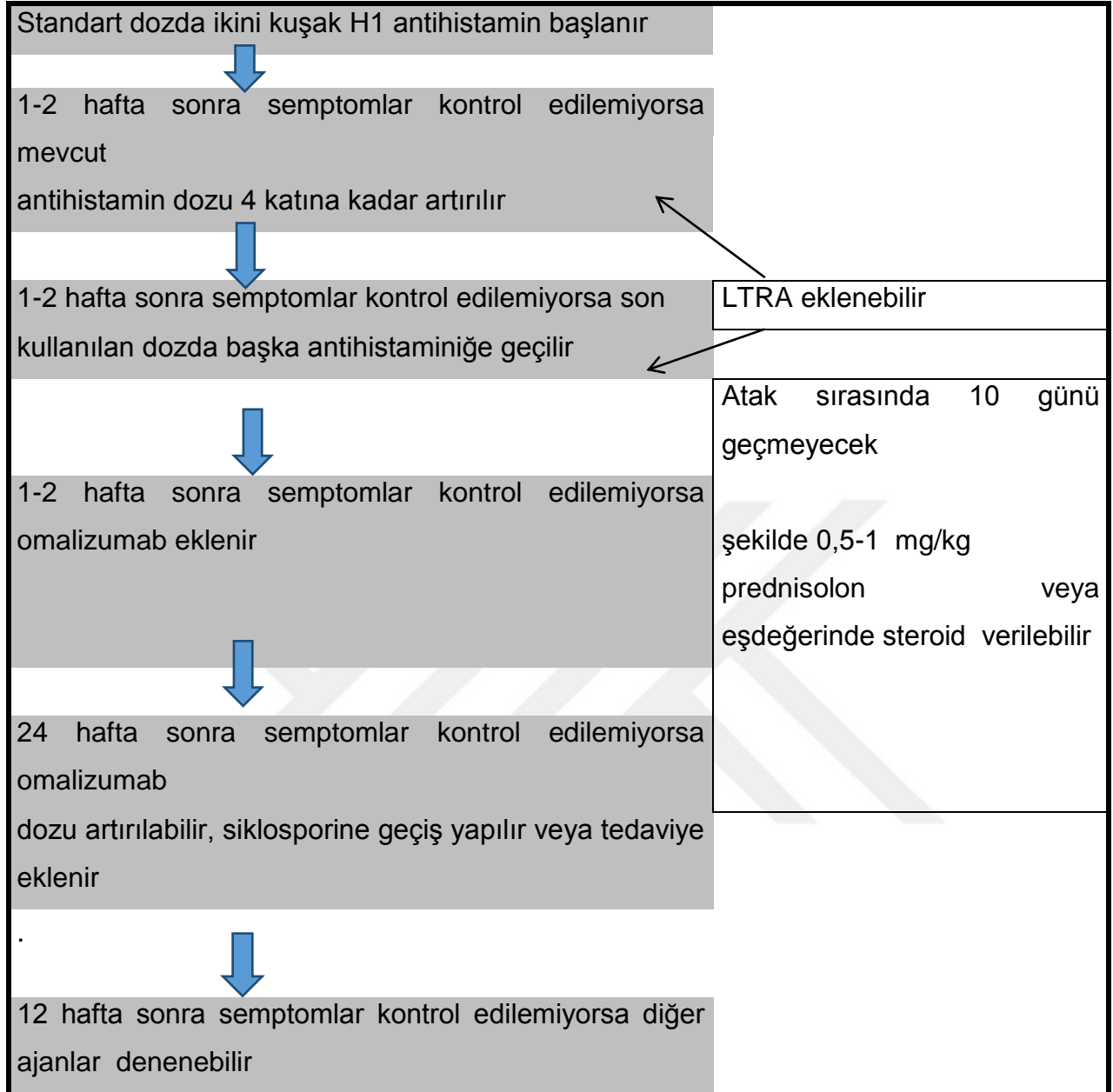
önermektedirler ⁶⁷. Hastalığın kontrol altına alınıp alınmadığının değerlendirilmesi için de Ürtiker Kontrol Testi geliştirilmiştir ⁶⁸.

Ürtiker Tedavisi

Ürtiker uzadığı ve tabloya anjioödem de eşlik ettiği durumlarda tedaviyi üstlenen hekim için sıkıntılara yol açabilen bir hastalıktır.

Akut ürtikerde anjioödem tablosu eşlik ediyorsa ilk tedavi yöntemi injektabil antihistaminik ve 40 mg metil prednizolondur. Hasta gözlem altında tutulmalıdır. Çok yaygın kaşıntılı ürtiker plakları ve larinks tutulumu devam eden olgularda, kortikosteroidle cevap alınamıyorsa, anafilaktik şok riski sebebi ile sistemik adrenalin seçeneğine başvurmak gerekebilir ⁶⁹. Akut ürtikerli olgularda başta antihistaminikler; baskılanamayan olgularda ise oral steroidler tedavi seçeneğidir. H1 antihistaminiklerle tüm ürtikerli hastaların %91'inde semptomlar kontrol altına alınabilmektedir ⁷⁰.

Hastaların yaklaşık 2/3'ü hafif seyretmekte ve spontan olarak iyileşmektedir. Hastaların %25'i ise 6 haftadan uzun süre devam etmekte ve kronik forma geçmektedir ⁷¹. Nedene yönelik özgül tedavi olguların ancak az bir kısmında ürtikeri ortadan kaldıracaktır. Topikal antipruritikler, topikal steroidler ve soğuk kompresler yarar sağlamayacağı için önerilmez. Ürtikeri tetikleyebilecek ya da alevlendirebilecek etmenlerden sakınılması tüm ürtiker hastalarına önerilmelidir ³. Fiziksel ve emosyonel aşırı yorgunluk durumlarında ve stres ile hem lezyonlarda hem de pruritusta artış olabileceğinden hastanın farkında olduğu ve kaçınabileceği stresli ortamlardan uzak durması önerilir. Bazı hastalar psikolojik destekten fayda görebilir ^{72,73}. Ürtiker için önerilen tedavi algoritması aşağıda gösterilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1: Ürtiker İçin Önerilen Tedavi Algoritması

H1 Antihistaminikler: Ürtikerde standart dozda ikinci kuşak H1 antihistamin önerilmektedir. Semptomları yeteri kadar kontrol alınamayan hastalarda standart doz dört katına kadar artırılır. Semptomlar kontrol edilemiyorsa son kullanılan dozda başka bir ikinci kuşak H1 antihistamine geçilir. Antihistaminler ihtiyaç olduğunda değil, her gün

düzenli olarak kullanılmalıdır. En etkin ikinci kuşak H1 antihistamini önermek için henüz tam olarak yeterli veri yoktur. Birinci kuşak H1 antihistaminler önerilmemektedir. H2 antihistaminler önerilmemektedir³. Yine de antihistaminlerin düzenli kullanımı ile Kronik Spontan Ürtikerli hastaların sadece %40-55'inde semptomlar ortadan kalkmaktadır⁷⁴. KSÜ'de dozun 2-4 katına çıkılması durumunda bile hastaların 1/3-1/4'ünde yakınmalar sürmektedir³⁷.

Lökotrien reseptör antagonistleri: Düşük yan etki profilleri ve genel anlamda güvenli ilaçlar olmaları nedeniyle lökotrien reseptör antagonistleri (özellikle montelukast), hem antihistaminlere yeterince yanıt vermeyen KSÜ'de, hem de dermografik ürtiker, soğuk ürtikeri, solar ürtiker ve geç basınç ürtikerlerinde ikinci kuşak antihistaminlerle kombine edilerek kullanılabilir³.

Anti-lökotrien ajanlar, potent proenflamatuvar mediyatörler olan ve ürtiker fizyopatolojisinde rol oynayan sisteinil lökotrienlerin etkilerini baskılamaktadırlar⁷⁵.

Omalizumab: Omalizumab, yüksek doz antihistamin tedavisine rağmen semptomları devam eden KSÜ hastalarında onaylı, etkin ve güvenilir tek tedavi seçeneğidir. Altı aylık kullanımlar sonrasında nüks gelişmesi halinde tekrar etkinlik kaybı olmadan kullanılabilir³. Omalizumab IgE'ye bağlanan rekombinant humanize monoklonal antikordur. Sirkülasyondaki serbest IgE'ye bağlanan bu antikor, mast hücre ve bazofile bağlanmış olan IgE'ye veya IgG'ye bağlanmaz. Böylece IgE'nin efektör hücreye bağlanmasını engelleyerek aktivasyonunu ve selüler mediyatörlerin salınımını engellemektedir. Omalizumabın etkisini serbest IgE seviyesininin %10'un altına inmesi; serbest IgE'deki hızlı düşüş ile mast hücre ve bazofillerdeki yüksek afiniteli IgE reseptörünün (Fc.RI down regülasyonu yoluyla gerçekleştirdiği düşünülmektedir^{76,77,78}.

Sistemik steroidler: Sistemik steroidlerin akut alevlenme dönemlerinde maksimum 10 gün olacak şekilde kullanılması uygundur³.

Siklosporin: Siklosporin KSÜ tedavisinde oldukça etkili bir ajan olmasına rağmen özellikle uzun süre kullanımda gelişebilecek yan etki riski nedeniyle yüksek doz antihistaminler ve omalizumab tedavisine dirençli KÜ olgularında tercih edilmelidir³. Siklosporin, T hücre aktivasyonunu baskılayan kalsinörin inhibitörüdür. Etkinliğinde T

hücre aracılı mekanizma ileri sürülmekle beraber siklosporinin bazofil ve mast hücre degranülasyonunu baskıladığı bilinmektedir ^{79,80}.

Diğer tedaviler: Anti-enflamatuvar ilaçlar, İmmünsüpresif ilaçlar, IVIG, Antikoagülan tedavi, Fototerapi, Otohemoterapi ³.

Ayrıca M. Hashiro ve Y. Yamatodani (1996) psikolojik test skorlarına göre iki gruba ayrılmış olan KÜ hastalarında, daha yüksek skora sahip olan grubun psikotrop kullanımına verdiği yanıtın daha anlamlı fazla olduğunu saptamışlardır ⁸¹.

KSÜ halen hem hastalar hem de hekim açısından zor bir hastalıktır. Hastaların yaşam kalitesini belirgin olarak etkilemektedir. Ürtiker tedavisinde temel iki hedef; nedenin ortadan kaldırılması ve semptomların giderilmesidir. Kronikleşen ürtikerde nedenin saptanması veya ortadan kaldırılması güç olabilir. Fiziksel tetikleyiciler, NSAİİ ve aspirin başta olmak üzere bazı ilaçlar, bazı gıdalar ve stres gibi ürtikeri alevlendirebilecek etmenlerden sakınılması tüm hastalara önerilir ³. Tetikleyen faktörler hakkında hastaya bilgi verilmesi ve hastaların bunlardan sakınması gereklidir.

ALEKSİTİMİ

Aleksitiminin tanımı

Goleman(2003) duyguyu; (a) bir his ve bu hisse özgü belirli düşünceler, psikolojik, biyolojik ve bir dizi hareket yönelimi ve (b)harekete geçirici dürtüler olarak iki farklı şekilde tanımlamıştır. Goleman'ın yaptığı tanımlara göre duygular bir içsel süreç sonucunda oluşur ve duygusal tepkiler zihinsel süreçlerle birlikte incelenebilir diyebiliriz ⁸².

Literatürde aleksitimi ile paralellik gösteren duygusal zeka ve duygusal farkındalık gibi bazı psikolojik kavramlar mevcuttur. Bireyin sağlıklı, başarılı, doyurucu ve anlamlı bir yaşam sürdürmesi çevresini ve kendisini fark etmesine bağlıdır. Bunun için öncelikli olarak kendisinin ve çevresinin farkında olması, kendini iyi tanıması ve kendini ifade edebilmesi gerekir. Bu da bireyin duygularını fark edip ifade edebilmesine bağlıdır. Duygularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak

aleksitimi tanımlayabiliriz ve bu terim klinik alanda ortaya çıkmıştır ⁸³. Duygusal farkındalığının oluşması için, duygu çeşitliliğini fark edebilmek ve duygularının adlandırabilmesi önemlidir ⁸⁴.

Salovey ve Mayer, duygusal zekayı kişinin kendi ve diğerlerinin duygu ve hislerini ayırt edebilme ve bunları düşünce ve eylemleri yönlendirme de kullanabilme gücü olarak tanımlamışlardır ⁸⁵. Aleksitimi ve duygusal zekanın birbiriyle ters orantılı ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur ⁸⁶.

Aleksitimi, duyguların sözlü ifadesi ve tanımlanması sınırlı bir yetenek, sembolik düşünebilmede azalma ve fakir bir fantezi dünyası ile karakterize bir kişilik özelliği olarak da tanımlanmıştır ⁹. Bu kişilik özellikleri, psikosomatik hastaların kişilik özellikleri olarak düşünülüp, oluşan sıkıntıyı bedensel belirti geliştirerek yanıt verme ya da duygularının bedensel dilin kullanılarak iletilmesi şeklinde de yorumlanabilmektedir ⁸⁷. Kavram ortaya atıldığı ilk dönemde psikosomatik hastalarda görülen belirtileri açıklamak için kullanılsa da, zamanla yapılan çalışmalar göstermiştir ki aleksitimi madde kötüye kullanım bozukluğu, Somatoform Bozukluk, Depresyon, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Yeme bozuklukları, Panik bozukluğu gibi birçok farklı bozuklukla birlikte görülmektedir (Bankier ve ark., 2001; Solmaz ve ark., 2000) ^{88, 89}. Literatürde aleksitimik hastalarda depresyon şiddetinin daha fazla olduğu vurgulanmıştır ⁹⁰. Şahin aleksitiminin sadece “*duygular için söz yitimi*” anlamına gelen, duygulara karşı “dilsiz” olmakla sınırlandırılmayacağını, çünkü aleksitimik bireylerin aynı zamanda kendi duygularına karşı “*sağır*” olduklarını vurgulamakta ve aleksitimi için, “*duygusal ahrazlık*” tanımını yapmaktadır ⁹¹. Dökmen ise, aleksitimi tanımı için “*düşünce köleliği*” kavramını önermektedir ⁹².

Yapılan birçok yeni çalışmada aleksitimik kişilik özelliklerini dört ana başlıkta toplamıştır. Bunlar;

- 1- Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü
- 2- Hayal kurma, düşlem yaşamada kısıtlılık
- 3- İşe vuruk düşünme
- 4- Dış merkezli, uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı (Taylor ve ark., 1991) ⁹³.

Aleksitimi Tarihçesi

Duygular, yıllar boyunca araştırmalara konu olmuştur. Aleksitimi terimini ilk kez Sifneos (1972), Yunanca köklerden türeterek kullanmaya başlamıştır. Sifneos bazı hastaların duyguları sözcüklerle tanımlayamadıklarına dikkati çekmiş, bu terimi psikosomatik hastalığı olan hastaların çoğunda olan ; bir grup bilişsel ve duygulanımsal özelliği tanımlamak için kullanmıştır ⁹⁴. Yunanca'da; a: yok, lexis: kelime, thymos: his anlamına geldiğine göre, terim Türkçe'ye şöyle çevrilebilir: Duygular için söz yokluğu ⁹⁵.

Fransız psikanalistler Marty ve M'Uzan, fiziksel rahatsızlıkları olan hastalarda yaratıcı bir düşünce tarzına ve çarpıcı bir fantezi yoksunluğuna dikkat çekerek görüşlerini yayınlamışlardır. Bu hastaların bilişsel yapısını ve duygularını yaşamada dış odaklı / somut, yararcı, şimdiye dönük, çevresel olayları ve detayları karıştıran kişiler olarak açıklamışlardır. Marty ve M'Uzan'a göre bu özellikler nevrotik savunmalardan çok, kişilik organizasyonunda eksiklikleri göstermektedir ⁹⁶.

Ruesch, "çocuksu" (infantile) ve "olgunlaşmamış" (immature) kişilik olarak adlandırdığı bu kişilik yapısında, bağımlılık ve çocuksu düşünme özelliklerine dikkat çekmiştir ⁹⁷.

Aleksitimik Özellikler

Duyguları Tanıma ve Tanımlama Güçlüğü

Durmuşoğlu Saltalı ve Deniz'e (2010) göre duyguların ne olduğunu bilme becerisi bireyin jest ve mimiklerini değerlendirerek karşıdaki kişinin duygularını fark edebilme yeteneğidir. Başkalarının duygu yansımalarını doğru olarak tanıyabilme becerisi sözsüz iletişimin önemli bir bileşeni ve çevreye uyum ve çevreyi düzenlemek için önemli bir beceri olduğunu, kişilerarası ilişkilerde anlamlı ve sağlıklı bağlar kurmak, duygu yansıtması gibi sözsüz ifadelerin doğru algılanmasıyla ilişkili olduğunu ve mimikleri tanımanın bireyler için temel sosyal-bilişsel becerilerin başında geldiğini belirtmişlerdir ⁹⁸. Duyguları tanıma ve ifade etmede yaşanan güçlük aleksitimik kişilerde görülen en belirgin özelliktir. Bu kişilere yaşadıkları tatsız bir olayın onlarda oluşturduğu duygular sorulduğunda, duygulardan çok olay anında neler yaptıklarını, nasıl

davrandıklarını, olay yerinde neler yaşandığını anlattıkları gözlemlenir ⁹⁹. Aleksitimik kişilerin bir duyguyu diğerinden ayırt etmekte zorlandıkları, duyguları sorulduğunda kendilerini karışık hissettikleri, genellikle “üzgün mü? , yorgun mu?, aç mı?, yoksa hasta mı?” olduklarını anlatamadıkları görülmektedir ¹⁰⁰. Bunun ötesinde kendilerinin de anlamlandırmadığı ani ağlama, öfke, çıldırma tarzı duygu patlamaları yaşarlar ¹⁰¹. Aleksitimik kişiler, çevrelerindeki insanlar tarafından donuk, sıkıcı, kaba ve duygusuz olarak tanımlanırlar. Oysa bu kişiler, günlük yaşamda iletişim kurabilen, düşünebilen, anlatabilen kişilerdir. Ancak duygu, düşünce ve bedensel duyuları arasındaki farkı ayırt etmede, bağlantı kurmada ve bunları ifade etmede güçlük yaşamaktadırlar ¹⁰². Bir başka çalışmada (Konrath, Novin ve Li, 2012) yüksek aleksitimi seviyesine sahip bireylerin düşük aleksitimi seviyesine sahip bireylere oranla etkileşim grupları içinde daha agresif görünüme sahip oldukları ve kendilerini daha sinirli olarak ifade ettikleri görülmektedir ¹⁰³. Aleksitimi ve antisosyal davranışlar arasındaki ilişkiye yönelik araştırmalarda, aleksitiminin yetişkinlerde şiddet ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır ¹⁰⁴.

Hayal Kurma, Düşlem Yaşamında Kısıtlılık

Aleksitimik kişilerin, kendi iç dünyalarından uzak, son derece sade, mekanik yaşantıları vardır. Düşlem ve fantezi yaşamındaki kısıtlılıkları, onların daha çok detaylara dikkat etmesine ve işlemsel düşünmelerine neden olmaktadır. Hayal güçleri oldukça zayıftır ve hatta rüyalarını bile çok nadir hatırlarlar. Kurdukları hayaller genellikle gerçeklik sınırları içindedir. Ancak hayallerini canlı, yoğun, duygu yüklü olarak canlandıramazlar. Çoğu kez de duygularını çağrıştıracak hayallerden uzak durmayı tercih ederler ¹⁰⁰.

İşe Vuruk (operasyonel) Düşünme

Aleksitimik bireyler karşılaştıkları sorunlara somut ve kestirme çözümler bulmaya yönelirler. Sorunların kökenine inmektense görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenmeyi tercih ederler. Bu şekilde herhangi bir problemin kökeninde yatan duygusal etmenlere ya da çatışmalara yönelmek yerine, daha somut yüzeysel nedenlere yönelirler ¹⁰⁰.

Dış Merkezli Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı

Aleksitimik kişiler daha çok dışa dönük kişilik özellikleri ile öne çıkarlar ve çevreleriyle olan ilişkilerinde, tutum ve davranışlarına iç etkenler ve onlara bağlı duygular değil daha çok dış uyaranlar yön verir. Çünkü çevrelerine uyum sağlamaya yönelik aşırı istek ve çabaları vardır, çevresel beklentilere ve ayrıntılara çok fazla önem verirler. Sosyal olarak uyum göstermeye ve çatışmalardan kaçınmaya eğilimlidirler. Karşılaştıkları sorunlara ilişkin sorunu en kısa yoldan kapamanın yöntemlerini araştırmaya ve aynı sorunu yeniden yaşamamak için gerekli tedbirleri düşünüp önlem almaya çalışırlar. Bu nedenle sorunsuz, uyumlu ilişkiler kurabilen, çevreleriyle uyum içinde yaşayan kişiler olarak bilinebilirler ⁽¹⁰⁰⁾. Detaylarla ilgilendikleri için empati yetenekleri sınırlıdır. Yakın sosyal ilişkilerden kaçınmalarına ve kişiler arası ilişkilerinin karmakarışık olmasına rağmen çevreleri ile uyum sağlamaya çalışırlar ¹⁰⁵.

Aleksitimik bireylerin, ne başkalarının beklentilerini karşılamak için özel bir çabaları vardır, ne de başkalarından yüksek beklentileri bulunur ¹⁰⁶.

Wastell ve Taylor (2002), Zihin Teorisi paradigmasını kullanarak aleksitimik kişilerin başka insanların iç dünyalarını haritalamada sıkıntıları olduğu hipotezini ileri sürmüşlerdir. Aleksitimik bireylerin dış dünyaya odaklanarak aslında güçlü bir sosyal bilgi oluşturmaya çalıştıkları sonucuna varmışlardır. Böylece, yüksek düzeyde aleksitimik bireyler davranışlar ve inançlar hakkında bir takım kurallar uygulayarak sosyal dünyayı açıklayacak ve kendisine kılavuzluk edecek beceri geliştirirler fakat kendileri diğer insanları anlamakta ya da onların davranışlarını en iyi şekilde açıklamakta güçlük çektiklerinden yakın sosyal ilişkiler sorunlarla karşılaşırırlar ¹⁰⁷.

Aleksitiminin Kuramsal Temelleri

Aleksitimi nedenini açıklamaya yönelik birçok kuram mevcuttur. Bu kuramlar psikoanalitik kuram, sosyal öğrenme, davranışçı yaklaşım, bilişsel yaklaşım, nörofizyolojik yaklaşımlar olarak toplanabilir.

Nörofizyolojik Yaklaşım: Aleksitiminin etiyolojisine ilişkin ilk temel çalışmalardan birisi beyin hemisferlerinin bağlantı yerine kesi yapılan hastalar üzerinde yapılmıştır. Bu

hastalarda aleksitimik özellikler görülmesinden yola çıkan uzmanlar aleksitimik bireylerde de beynin sağ ve sol yarım küreleri arasında bağlantı kopukluğu olduğunu öne sürmektedirler. Beynin sağ yarım küresinde birincil süreçteki düşüncelerle sol yarım küresindeki ikincil süreçteki düşünceler arasında kopukluk olduğu vurgulanmaktadır (Hoppe ve Bogen, 1977) ¹⁰⁸. Kaplan ve Wogan (1977) yaptıkları bir deneysel çalışmada, ağırlı uyaran verilirken hayal kurmanın ve buna eşlik eden sağ yarımküre etkinliğinin algılanan ağrı şiddetinin artmasını önlediği gözlenmiştir. Aleksitimik bireylerin psikosomatik hastalık geliştirmeye yatkın olmalarının nedeninin beyinin sağ yarım küresindeki aktivite eksikliğinden olabileceği söylenmektedir ¹⁰⁹.

Sosyal Öğrenme – Davranışçı Yaklaşım: Bu yaklaşım her türlü insan davranışlarının sosyal ilişkiler ortamında öğrenme sonucu meydana geldiği tezine dayanmaktadır. Bireyin normal ve normal dışı olarak kabul ettiğimiz tüm davranışları doğumdan itibaren başlayan öğrenme ve eğitim sonucu oluşur. Her insanın içinde doğup büyüdüğü bir aile ve ailenin de içinde yer aldığı sosyokültürel yapı ve iletişim biçimi vardır. Bireylerin iletişim davranış tarzları duygu ve düşüncelerini ifade biçimleri bu sosyal kültürel yapı içinde şekillenmektedir. Bu düşünceler paralelinde Lesser duyguların sözel olarak ifade edilmesinin sağlıklı ve uygunluk belirtisi olarak kabul eden batı kültürü ve felsefesinin ürünü olduğunu söylemektedir (Lesser, 1985) ¹¹⁰. Buna karşılık bazı doğu kültürlerinde duyguların açığa vurulmasının hoş karşılanmadığı hatta bazı dillerde belirli duygular için kelime bile bulunmadığı bilinmektedir. Borens ve ark, psikosomatik hastalar üzerine yaptıkları araştırmaya göre ise; düşük sosyoekonomik düzeyde ve gelişmemiş toplumlarda yaşayanların daha fazla aleksitimik özellik gösterdikleri saptanmıştır ¹¹¹.

Bilişsel Yaklaşım: Biliş, içsel duygu, dürtü ve düşünceleri ile birlikte dış dünyayı algılama ve yorumlama biçimidir. Psikolojik bir sorunda bilişsel kuramın bakış açısını diğerlerinden ayıran en önemli özellik, bireyin tepkileri ile uyarıcılar arasına giren zihinsel süreçlere yapılan vurgulamadır. Bilişsel kuramın kurucularından olan Beck'e (1995) göre bireydeki psikolojik sorunların altında dış ve iç dünyadan gelen uyarıcıların fonksiyonel olmayan, bozulmuş bilişsel süreç nedeniyle çarpık bir şekilde algılanması

ve gerçeğe uygun olmayan bir şekilde yorumlanması yatmaktadır. Yaşamın ilk yıllarından itibaren sosyalleşme sürecinde, deneyim ve öğrenmelere bağlı olarak bireyde bazı temel düşünce ve inanç sistemleri, varsayımlar ve genellemeler oluşur. Bu temel varsayımlar tekrarlanarak şemaları oluşturur. Bu şemalar ise günlük yaşamda birey tarafından algıları organize etmede dış dünya ve olayları yorumlayıp anlamlandırmada kullanılır. Ancak şemalar bazen son derece katı dirençli, orantısız aşırılık özellikleri taşıdığından işlevsel ve uyum sağlayıcı değildir. Beck'e göre bu şemaların içeriğinde değersizlik, yetersizlik, keyfi çıkarsama, kişiselleştirme, aşırı genelleme, abartma küçümseme, kendini suçlama başarısızlık ve ikili düşünme gibi bilişsel çarpıtmalar bulunmaktadır¹¹².

Aleksitimiği bilişsel yaklaşım açısından açıklamaya çalışan Stoudemire'e (1991) göre ise; aleksitimik bireylerdeki duyguları ifade etme güçlüğü bilişsel gelişim dönemindeki bazı eksikliklerden kaynaklanmaktadır. Başka bir ifade ile aleksitimiklerin duygularını tanıma ve ifade güçlüğü çekmeleri, duygusal durumlarını bedensel tepkiler olarak ifade etmeleri; bu kimselerin bilişsel gelişiminin duyuşal-hareketsel (sensory-motor) dönemi ile işlem öncesi (pre-operational) dönemi arasına odaklanmaları veya takılıp kalmalarından kaynaklanmaktadır. Sonuç olarak bu kurama göre aleksitimikler henüz duyguların ayrışmadığı bedensel olarak ifade edildiği alt ilkel bilişsel duyuşal gelişim sürecinin evlerinde takılıp kalmış duyuşal gelişim özörlü bireyler olarak tanımlanmaktadır (Stoudemire, 1991) ¹¹³. Piaget'in bilişsel gelişim kuramını temel alan Lane ve Schwartz (1987) geliştirdikleri bilişsel gelişim modeline göre duyuşal olarak yaşanan her şey duyuşal uyarımların bilişsel işlemde geçmesiyle oluşur. Piaget'in bilişsel gelişim süreci hiyerarşik bir yapıda en basitten en karmaşığa beş adet duyuşal duyarlılık basamaklarından oluşmaktadır. Onlara göre aleksitimikler bu basamakların alt evresi olan duyguların ayrışmadığı, bedensel nitelik taşıdığı basamaklarda takılıp kalmış gelişim özörlü bireylerdir ¹¹⁴.

Psikanalitik Yaklaşım: Krystal, aleksitiminin oluşumuna ilişkin psikanalitik kurama dayalı gelişim merkezli açıklamalar yapmıştır. Ona göre bazı aleksitimik bireyler travmatize oldukları için duyuşal gelişimin ilk dönemine saplanıp kalmış ya da gerilemiş olabilirler. Travma sonrası oluşan aleksitimik özellikler bebeklikte anneyle

kurulan simbiyotik ilişkinin yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Krystal, çocuğun duygusal iletişim kapasitesinin gelişmesinin; tamamen ailenin kurduğu ilişkilerle çocuğunun duygusal yaşantısını tanıyıp geliştirip zenginleştirmesine bağlı olduğunu vurgular. Ona göre çocuk başlangıçta duygularını bedensel olarak ifade edebilir. Duyguları henüz farklılaşmamıştır ve bedenseldir. Fakat çocuğun gelişimine bağlı olarak duyguları da farklılaşarak bedensellikten (desomatization) ayrılarak sözel ifadeye dönüşmektedir. Ancak bu gelişim süreci üzerinde bebeklikte yaşanan bozuk ilişkilerin veya olumsuz bir olayın dondurucu ve geriletici etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle bazı aleksitimikler çocuklukta geçirdikleri olumsuz olay ve yıkıcı ilişkiler nedeniyle duygusal gelişimlerini tamamlayamamış, duygusal gelişimin ya ilk dönemine sapsanmış ya da gerilemiş olan bireylerdir. Bu nedenle Krystal, aleksitimiklerdeki hayal ve fantezi yoksunluğu, yaratıcılık ve kendine bakım eksikliği gibi özellikleri; erken çocuklukta yaşanan duygusal gelişimi engelleyici yıkıcı olay ve ilişkilere bağlamaktadır. Bu durumda aleksitimi gelişimsel bir başarısızlık yada psikolojik bir travma sonucu ortaya çıkan duygusal sıkışma ve gerileme olarak düşünülebilir (Krystal, 1979) ¹¹⁵.

Aleksitimi Epidemiyolojisi

İlk yapılan epidemiyolojik çalışmalarda standardize edilmemiş ölçekler kullanıldığından sonuçları tartışmalıdır. Aleksitiminin toplum çalışmalarda bildirilen yaygınlığı %10 ile %15 arasında değişmektedir ¹¹⁶.

Aleksitiminin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği tartışmalıdır. Mattila (2006)'nın yaptığı prevelans çalışmasında aleksitiminin erkek cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, depresyon ve ileri yaş ile ilişkili olduğu saptanmıştır ¹¹⁷. Erkeksi cinsiyet rolünün tanımından dolayı erkeklerin güçlü duygularını gösterme, ifade etme ve paylaşmada kısıtlı hissettiklerini ve bu duygusal kısıtlamanın aleksitimi ile ilgili olabileceğine yönelik araştırmalar da bulunmaktadır (Konrath, Novin, ve Li, 2012) ¹⁰³. Fukunishi I.(1997) aleksitimik özelliklerin kadın cinsiyet, artan yaş, düşük eğitim düzeyi, zayıf sağlık algılaması ve depresyonla ilişkili olduğunu belirtmektedir ¹¹⁸. Adolesanlarda yapılan bir çalışmada kadınlarda prevelans daha fazla çıkarken yine de erkeklerin ortalama skoru daha yüksek bulunmuştur (Joukamaa ve diğerleri, 2007) ¹¹⁹.

Aleksitimi Etiyolojisi

Aleksitiminin bilişsel gelişim evrelerindeki bazı eksikliklerden doğduğu ya da bilişsel süreçlerdeki yanılsamalar, irrasyonel düşünceler sonucu ortaya çıktığına dair yapılan araştırmalar mevcuttur ¹²⁰. Çocuklukta anne bağlılığının aleksitimik karakterlerin gelişmesinde etken bir rol oynadığı hipotezini destekleyici bulguların olduğu çalışmalar mevcuttur (Mason ve diğerleri, 2005). Anne bakımının ve ilgisinin yetersiz olduğu çocuklarda ilerleyen dönemlerde aleksitimiye daha sık rastlanmaktadır ¹²¹.

Batıgün ve Büyüksahin (2008) de çalışmalarında aleksitimik bireylerin daha fazla kaygılı ve kaçınmacı bağlanma tarzlarına sahip olduğunu, kaygılı bağlanmanın aleksitimiye yordadığını belirtmektedirler ¹²². Lemche ve diğerlerinin (2004), yaptığı çalışma sonuçlarına göre güvenle bağlanmış çocuklar duygu, fizyoloji, biliş ve duygu düzenleyici dili kolay ve hızlı öğrenirler. Bunun aksine güvensiz bağlanmış ya da karmaşık ilişkilerle büyüyen çocuklar ya tamamen içsel durumla ilgili kelimelerden yoksun kalırlar. Bu gözlemlerine dayanarak Lemche ve diğerleri, (2004) aleksitiminin içsel durumu açıklayan dilsel kelimelerin gelişmesindeki bir eksiklik sonucu ortaya çıktığını ve bu durumun daha çok güvensiz ya da dengesiz ilişkilerle büyüyen çocuklarda görüldüğünü öngörmüşlerdir ¹²³. Çocukluk dönemi çocuk istismarının aleksitimi ile olan ilişkisini ortaya koyan çalışmalar vardır (Frewen ve diğerleri, 2006; Hund ve Espelage 2006; Joukamaa ve diğerleri, 2008) ^{124,125,126}.

ÖFKE

Duygu kişi için büyük bir öneme sahip olan dışsal ya da içsel bir olayın değerlendirilmesi ile organizmanın alt sistemlerinin tümü veya çoğu tarafından aynı anda verilen yanıtların göreceli olarak bir özeti olarak tanımlanmaktadır (kızgınlık, üzüntü, neşe, korku, utanç, gurur, kıvanç, çaresizlik gibi) ¹²⁷. Duygular, kişilerin bakış açılarına, değerlendirmelerine ve anlamın kişisel yüklemelerine dayanır. Ayrıca duygular öznedir. Başka bir ifade ile her birey aynı olay ve durum karşısında farklı duygular yaşayabilir ¹²⁸. Yaşamın ilk yıllarında gelişen ve sonradan edinilmeyen temel duygulardan birisinin öfke olduğu öne sürülür ¹²⁹.

Literatür incelendiğinde, öfkenin ortak bir tanımı olmadığı ve farklı biçimlerde tanımlandığı görülmektedir. Öfke; “engellenme, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakma, kısıtlama vb. durumlarda hissedilen ve genellikle neden olan şeye ya da kişiye yönelik şu ya da bu biçimde saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça yoğun olumsuz duygu” olarak tanımlanmaktadır ¹³⁰. Psikoloji sözlüğünde, öfke kavramı, “engellenme, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakma, kısıtlama vb. gibi durumlarda hissedilen ve genellikle neden olan şeye ya da kişiye yönelik şu ya da bu biçimde saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça yoğun olumsuz bir duygu” (Budak, 2000) olarak tanımlanmaktadır ¹³⁰.

Martin ve Watson’ a göre; kişilerarası ilişkilerde sorunlara, boşanmaya, çalışma yaşamında üretkenliğin, işlevselliğin bozulmasına, fiziksel ve ruhsal sağlıkta önemli sorunlara neden olabilmektedir ⁶. Son derece doğal ve evrensel bir duygusal tepkidir ⁶. Anderson (1992), öfkeyi, bazı acı ve üzüntülerden kaçmak için bir savunma duygusu olarak tanımlamıştır ¹³¹. Öfke, sürekli ya da şiddetli olduğunda ise yıkıcı hale gelerek, bulunduğu kişide düşük benlik saygısına, kişilerarası ve aile içi çatışmalara, sözel ve fiziksel saldırılara ve iş yaşamı ile ilgili uyumsuzluklara neden olabilmektedir ¹³².

Novaco (1975) öfkenin beş önemli işlevinden bahsetmiştir;

- 1- Kişiye güç verir.
- 2- Kişinin duygularının daha da artmasına yol açacak rahatsız edici davranışları önler.
- 3- Diğer insanlara karşı olumsuz duyguların dışı vurulmasını kolaylaştırır.
- 4- Anksiyetenin dışsal çatışmalara yönelmesi sonucu, egonun zarar görme olasılığına karşı bir savunma oluşturur.
- 5- Kişiyi, isteklerini elde etme konusunda daha atılgan bir hale getirir ¹³³.

Hankins ve Hankins (1998) öfkeyi, özelliklerinden yola çıkarak tanımlamakta ve sıralamaktadırlar;

1. Öfke, içsel bir yaşantı ve bir duygu durumu olup bu duygu kendiliğinden ifade edilmektedir. Planlı bir davranış değildir.

2. Evrensel bir duygudur.
3. Öfke tepkileri belirli bir saldırı, engellenme ya da eleştirisi sonucu ortaya çıkmakta ve kişi daha fazla saldırı ve eleştiriye açık hale gelmektedir.
- 4.Öfkenin ifade ediliş biçimi, kişiden kişiye toplumdan topluma değişebilmektedir ¹³⁴.

Öfke duygusu mantıklı olmak zorunda değildir ve kendisine kasıtlı olarak herhangi bir kötülük yapmayan kişilere, durumlara bile uygulanabilmektedir ¹³⁵.

Literatürde, öfke duygusal, bilişsel ve davranışsal öğeleri olan çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmaktadır. Öfkenin duygusal boyutu, öfkeye yol açan durumlara yönelik duygusal tepkilerin şiddeti ile ilişkilidir. Bilişsel boyut; bireyin dünyaya özellikle de diğer kişi ya da yerlere yönelik sahip olduğu olumsuz yüklemelere ilişkiliyken; davranışsal boyut, öfkenin ifadesinde kullanılan olumlu ya da yıkıcı başa çıkma mekanizmalarını içermektedir ⁷.

Öfkeye Kuramsal Bakış

James-Lang kuramı: Bu kurama göre, duygular çevredeki değişmelerin, organizma tarafından algılanmasıyla ortaya çıkarlar. Örneğin, bireyin çevresinde gördüğü korku ya da öfke yaratan bir durum, onun bedensel olarak tepkide bulunmasına yol açar. Bu bedensel fizyolojik tepkiler; kalp atışında hızlanma, gözbebeklerinde büyüme, terleme ve soluk alış verişinde hızlanma biçiminde olur. Verilen bu tepkilerin, birey tarafından, fark edilmesi ise onda korku ya da öfke duygusunu ortaya çıkarır. Bu açıklamada, davranışların duygulardan önce geldiği ve duyguların ortaya çıkmasını etkilediği vurgulanmaktadır¹³⁶.

Cannon-Bard Kuramı: Bu kurama göre, duygular ve bedensel tepkiler, birbirinden ayrı olarak ortaya çıkmazlar. Dışardan bir olay algılandığında beyin fizyolojik tepki ve duyguları aynı anda sürece dahil eder; bir sıralama yoktur ¹³⁶.

Psikanalitik Yaklaşım: Öfke duygusunu psikanalitik yaklaşım saldırganlığın bir boyutu olarak ele almaktadır. Organizmada herhangi bir gereksinim hissedildiğinde bir gerilim ortaya çıkar. Bu gerilimin ortadan kaldırılması amacıyla organizma gerginlik öncesi

duruma dönmek amacıyla; enerjinin boşaltılması için harekete geçer. Öfkenin ifade edilmesi bireyde biriken enerjinin yarattığı gerilimin azalmasına yol açacaktır. Biriken enerjinin ifade edilmesi bireyde bir boşalım (katarsis) ve rahatlama sağlayacaktır. Öfke, psikanalitik bakış açısıyla içgüdüsel bir güçtür. Psikanalitik yaklaşımda öfke duygusunun ortaya konulması, organizmaya ait bir katarsis aracı olarak yorumlanmaktadır ^{137,138}.

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım: Bilişsel yaklaşımda öfke duygusu, fizyolojik, davranışsal, bilişsel ve duygusal yapının ortak bir sonucu olarak görülmektedir. Öfkenin kontrol altına alınması; bireyin öfke içeren davranışının altında yatan temel düşüncenin değiştirilmesi yoluyla sağlanır. Bilişsel davranışçı yaklaşımlar öfkenin ifade edilme biçiminin, öğrenilmiş bir davranış olduğu görüşünde birleşirler ^{137,138}. Öfke duygusunun ifade edilişi, Spielberger tarafından üç boyutta kavramsallaştırılmıştır. Birincisi, içe dönük öfke (öfke-içte) yani kişi tarafından öfke duygularının bastırılmasıdır. İkincisi, öfke duygusunun çevredeki nesnelere ve insanlara doğru yönlendirilerek ifade edilmesidir (öfke-dışta). Üçüncüsü ise (öfke-kontrolü) bir kişinin öfke duygularını kontrol etme girişimlerini ne sıklıkla yaptığı ile ilgilidir. Bu kavramsallaştırmaya göre, bireylerin öfke duygularını öfke-içte ve öfke-dışta boyutlarında ifade etmeleri işlevsel olmayan ve uyumu bozucu bir durumu gösterirken, öfke-kontrolü boyutunun ise işlevsel ve uyuma yönelik bir niteliğe sahip olduğu söylenebilir.

Spielberger'e göre öfke dışı vurumu öfke duygusunun sözel veya davranışa vurularak dışarı aktarılmasıdır. Bu da öfkeyle baş etmede uyumsal bir davranıştır. Öfke içe vurumu ise kişinin gizleyerek veya öfkeyi içinde tutarak var olan öfke etkenlerine karşı kullandığı bir mekanizmadır ¹³⁹. Öfke eğer açık bir biçimde ifade edilemezse, bir süre sonra bu duygu kişinin kendine döner ve psikosomatik rahatsızlıklara ya da depresyon gibi sorunlara yol açabilir ¹⁴⁰. Klasik psikanalitik görüşe göre, içe dönük öfke; öfkenin bastırılması, var olan enerjinin içe döndürülmesi olarak değerlendirilmekte ve depresyonun etiyolojisinde rol oynadığı savunulmaktadır ¹⁴¹.

Beck'e göre bir kişide bir olayın kendisinden çok, kişinin olaya yüklediği anlamlar ve olayı değerlendirme biçimi kişide belirli duygulara yola açar. Buna göre olaya

gerçekçi olmayan ve abartılı bir anlam yükleyen bir kişinin duygusal tepkisi de muhtemelen uygunsuz ve aşırı olacaktır. Örneğin, öfkeyi harekete geçiren yaygın faktör, kişinin değerleri, ahlaki kodları ve kendisini koruyan kuralları da içeren kişisel alanına yönelik bir saldırıyı değerlendirmeye tabi tutmasıyla başlamaktadır. Öfkenin psikolojik dinamiğinde, kişi, öncelikle zararlı uyarıyı nitelendiren ve tanımlayan birincil bir değerlendirme yapmaktadır. İkincil değerlendirmede ise kişi eş zamanlı olarak, zararlı uyarının etkisine karşı koyma, onu nötralize etme veya püskürtme kapasitesini gözden geçirir ¹⁴².

Öfke için ilk uyarıcı; başka bir kişinin geçmişteki kasti yarattığı olaylardır ¹⁴³. Dışsal ve içsel nedenler öfkenin ortaya çıkmasını tetikleyebilmektedir ¹⁴³. Öfke ile ilişkili uzun süreli amaç zaferdir. Saldırgan davranışın temel nedeni öfkedir ve öfkenin hareket eğilimi vurmaktır. Öfke korkunun tam tersi olan bir yaklaşma davranışdır ¹⁴³. Kesen, Deniz ve Durmuşoğlu (2007), 201 ergenle yaptıkları çalışmada, öfke ve saldırganlık alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuştur. Çalışmada, ergenlerin öfke düzeyleri arttıkça saldırganlık düzeylerinin de arttığı sonucuna varılmıştır ¹⁴⁴. Kimi zaman öfke ve saldırganlık kavramları birbirine karışabilmektedir. Öfke, yoğunluğunda ve süreğenliğinde çeşitlilik gösteren içsel duygusal bir yaşantıyken; saldırganlık, kişiye, nesneye ya da sosyal sisteme zarar verebilen davranışlardır. Öfke ve saldırganlığın birlikte gittiği durumlar da söz konusu olabilmektedir ¹⁴⁵.

Öfke iyi yönetildiğinde psikososyal gelişimi, kişilerarası ilişkileri ve bireysel mutluluğu olumlu yönde etkilerken; iyi yönetilemediğinde bireyin kendisi, ailesi, çalıştığı iş yeri ve toplum için yıkıcı sonuçlar yaratabilmektedir ^{149, 150}.

Sağlıksız öfke yönetimi kullanan çocuk ve ergenler ise öfkelerini daha az kontrol edebilirler, düşmanlık ve saldırganlık tepkileri ile daha hızlı öfkelenirler. Böyle çocuklar başkalarını etkilemek için öfkelerini kullanabilirler. Ayrıca, yargıları/değerlendirmeleri bozulabilir ve öfkeli olmaya daha da yatkınlaşarak kronik bir öfke geliştirebilirler ¹⁴⁶.

Sürekli öfke gösteren bireylerin daha kolay öfkelenedikleri, daha yoğun ve güçlü öfke tepkisi verdikleri, öfkeyle baş etmede daha az iyi oldukları, daha az olumlu ya da daha az yapıcı yollar kullandıkları belirtilmiştir ¹⁴⁷. Öfke ve stres, bağışıklık sistemine zarar verdiğinden sağlık için risklidir. Kardiyovasküler bozukluk, otonom sinir sistemi, endokrin sistem üzerinde etkileri vardır ¹⁴⁸.

Öfke tepkilerinde cinsiyetler arasında birtakım farklılıklar bulunmaktadır. Erkeklerin öfke duygularını doğrudan, kadınların ise dolaylı olarak ifade ettikleri belirlenmiştir ¹³². Genel olarak öfke ve saldırgan davranışların kadınlara göre erkeklerde daha yaygın olduğu görülmektedir ¹⁵⁴. Kültürel olarak erkekten duygusal olmaması beklenirken, öfke erkeklerin yaşamalarına izin verilen, onaylanan, belki de desteklenen tek duygudur. Türk Kültüründe, başkasının üstünde güç ve baskı kurma sadece erkeklere uygun görülmekte ve öfkenin gösterilmesi erkeksi bir ifade olarak benimsenmektedir ¹⁴⁹.

Eğitimin öfkenin ifade edilmesi üzerindeki etkisine dair yapılan çalışmalarda, yüksek eğitim düzeyindeki bireylerin öfke düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir ^{150,151}.

Öfke Fizyolojisi

Öfkeye eşlik eden fizyolojik uyarılma örüntüsü (artan kalp hızı ve kan basıncı gibi) kültürler arasında aynıdır ¹³⁸. Öfkelenmenin fizyolojisinin çok belirgin olduğu söylenebilir. İnsanlar öfkelenirken bedenlerinde bir takım değişimler olmaktadır. Bunlar; kas geriliminin artması, kaşların çatılması, dişlerin gıcırdatılması, ters ters bakma, yumrukların sıkılması, kolların ve vücudun şeklinin değişmesi, kızarma (yüzde veya vücutta), benzin atması (renk kaybetme), kalp çarpıntısı, titreme, uyuşma, tıkanma, seğirme, terleme, kontrolün kaybedilmesi, sıcak hissedilmesi, hazımsızlık, soğuk hissetme gibi değişimlerdir ¹⁵².

Öfke Kontrolüne Yönelik Öneriler

Öfkenin kontrol edilmesi ya da öfke denetimi; kışkırtma, kışkırtmaya verilen fiziksel tepki ve öfkenin düzgün olarak ifade edilmesi konularına odaklanmaktadır ¹⁵³.

Tavris ve Wade (1993), öfkeyle başa çıkmak için bu önerileri sunmaktadırlar ¹⁵⁴ ;

- Öfkenin ateşiyle konuşulmamalı; bedende hareketlenmenin ortadan kalkması beklenilmeli.
- Problemin tekrar düşünülüp düşünülmeyeceği gözden geçirilmeli.
- İstenilen sonuçları almak için öfkenin nasıl ifade edileceği iyi düşünülmeli.

Saldırgan veya öfkeli davranışların değişimi zordur ve önleme önemlidir. Şiddet içeren bilgisayar oyunları gibi model olan saldırganlığa geçmişte maruz kalmış olma

saldırganlık için gelecek eğilimleri kolaylaştıran kurulu bir koşul olarak işlem görebilir ¹⁴³. Arkadaş grubu etkileri saldırgan davranışları teşvik etmede büyük bir faktör olarak belirir; bu yüzden mümkünse bu etkileri azaltmak saldırganlığı önleyebilir ¹⁴³.

Aşırı öfkeyi değiştirmede kullanılan teknikler; eğitim, saldırının yeniden değerlendirilmesi, şiddeti artırmadan kaçınma, alkol ve keyif verici ilaçlardan kaçınma, çözümün farklı yollarını bulmayı içerebilir ¹⁴³. Öfkeli bireyler psikiyatrik veya davranışsal yardım için geldiklerinde; davranışsal sistem görüşü; onların öncelikle terapisti saldırganı cezalandırmak için bir yandaş olarak kaydettiklerini tahmin eder. Buna rağmen ilk tepki; hasta açısından uzlaşılabilir bir öge bulunması ve gelecek adım da saldırının karakterini belirlemek olabilir. Örneğin öfkenin kaynağı ebeveyn ise; hastaya ebeveynin davranışsal analizini yapması için yardım etmek stratejik olabilir. Bu durum hastanın kızgınlaştırıcı davranışı daha az kasti görmesini sağlayabilir ¹⁴³.

Diğer yaklaşım hastayı öfkenin genel karakteri hakkında eğitmektir. Genellikle, belirli bir durumun (örn:kulak çınlaması) kişiyi engellenmiş veya öfkeli yapabileceğini işaret etmek yararlıdır. Hastaya öfkeli bir durumda seçici bir şekilde öfkeleneyeceği şeyleri aradığını ve küçük engelleyici olaylara daha çabuk ve kararlı tepki vereceğini (fakat daha dürtüsel) açıklamak gerekir. Alıngandırlar ve masum izleyicilere ani ve sert çıkışlar yaparlar. Öfke yönetiminin başka bir hedefi öfke hareket eğiliminin hizmet ettiği amacı değiştirmektir. Amaç affedicilik veya uzlaşmış çözümden bir tanesi ile yer değiştirilebilir. İlki Hristiyan dini öğretisini hatırlatırken ikincisi; yumrukların yerine kelimelerin kullanılmasını teşvik eden orta okul öğretmenleri arasında tercih edile bir yöntemdir. Uzlaşmacı davranışların yetersiz olduğu yetişkinlerde girişkenlik eğitimi tedavi yöntemi olarak sıkça kullanılır ¹⁴³.

Hasta akut öfke durumundayken bir eş veya izleyici karşı saldırganlıkla davranmamalıdır. Ortam sakinleşene kadar orayı tamamen terk etmek eş için en iyisi olabilir. Hastaya öz denetim modeli öğretilir. Örneğin; bir komedi programı izlemek(eğlence), balığa gitmek (genel arama davranışı), veya hoş kokular aramak (örn: kek pişirmek) ile öfkeli modu yatıştırabilir ¹⁴³.

Ellis (1977) öfkeyle başa çıkmak için farklı olarak şu yolları önermiştir ¹⁵⁵.

1. İŖe yarayan sonuçların yeniden incelenmesi: KiŖi, sinirlenmenin öfkeyi nasıl arttırabileceğini, öfkenin avantaj ve dezavantajlarını, amaca ulaŖtıran öfke “*zaferlerinin*” bile uzun dönemde doğuracağı sonuçları tahmin edebilmelidir. Daha sonra öfkeyle baŖa çıkmak için alternatifler üretilmelidir. rnek olarak sinir bozucu insanlara ve olaylara bakıŖ açısını deęiŖtirerek daha az sinirlendirmelerini sağlamak gibi.

2. Hayal kırıklığının azaltılması: nemli bir süre ciddi Ŗekilde engellenmiŖlik duygusu yaŖayan insanların çoğu kendilerini bu nedenle özlemek eğilimindedirler ve en sonunda kendilerini hayal kırıklığına uğratan durumlara ve insanlara öfke ile tepki göstermektedirler. Bu nedenle, hayal kırıklığı eŖięini yükseltmek yönünde de çaba gösterilebilmelidir.

3. Narsizme ve kendini büyük görmeye karŖı önlemler alınması: Narsizm ya da çocukça bir Ŗekilde kendini merkezde görme insanın doğasında vardır ve insan davranıŖlarının çoğunu etkileme eğilimindedir. Eğer narsizim öfkenin ana kaynaklarından birini oluŖturuyorsa, narsizmden vazgeçilmelidir.

4. Tutumların zgrleŖtirilmesi: Adil davranmayan kiŖiye karŖı verilecek tepkiler, insanlara karŖı sahip olunan genel tutumlar ve uymak zorunda olunan kurullarla yakından ilgilidir. Örneğin; geleneksel inançları olan erkeklerin, daha modern dŖnceleri olan erkeklere göre rakiplerine daha dŖmanca davranabildikleri gözlenmektedir. KiŖi eğer baŖkalarına karŖı olan öfkelenme eğilimini frenlemek ve öfkelenen kiŖilere karŖı olan saldırgan ve dŖmanca davranıŖlarını ortadan kaldırmak istiyorsa, dünyaya; genel olarak sahip olduğu tutucu, geleneksel veya tepkisel bakıŖ açısı yerine daha özgürce bakabilmelidir.

5. Öfke ve Ŗiddetin zararının farkında olunması: KiŖinin fke ve Ŗiddetin toplumlara ve kendisine verdiği zararın farkında olması gerekmektedir. Bu farkındalıkla kiŖiler, fkelendiklerinde kendilerine ve baŖkalarına zarar vermemeye alıŖmaldırlar.

6. Yükleme kuramının anlaşılması: Ellis bu maddeyi “Yükleme Kuramı” (Attribution Theory) olarak ifade etmektedir. Ellis, kişinin kendisine haksızlık eden ya da hayal kırıklığı yaratanların davranışlarının nedenlerini açıklamaya çalışmasını “yükleme kuramı” olarak adlandırmaktadır. Karşısındakinin öfke uyandırabilecek davranışlarının arkasındaki nedenler araştırıldığında, kişinin öfkesi azalmakta ya da öfkelenmesi engellenmektedir.

7. Aşinalık: Bazen kişiler kendini yabancılara ve onları da kendine aşına ederek öfkelerini azaltabilmektedirler. Kişiler, kendilerine yabancı olan kişi ve durumları ne kadar çok tanırorsa, onlardan o kadar az tehlike bekleme eğiliminde olmaktadır.

8. Adil bir şekilde tartışılması: Kişiler adil bir şekilde kendilerini öfkeliendiren kişilerle kavga etmek yerine tartışabildiklerinde öfkelerini kontrol edebilmektedirler. Karşıdaki kişiyi dikkatlice dinleme, öfkeliendiren kişiye cevap vermeye çalışmadan önce onun görüşlerini yeniden dile getirme, karşılıklı değişiklik istenip istemediği konusunda anlaşmaya varma ve bu anlaşmayı yeniden dile getirme, adil bir şekilde tartışabilmenin belirgin özellikleridir.

9. Uyuşturucudan ve alkolden uzak durulması: Bir dönem uyuşturucu ve alkol bağımlılığı olan kişilerin, bu maddeleri tamamen bıraksalar bile, sınırlı bir yapıya sahip oldukları gözlenmektedir. Uyuşturucu veya alkol bağımlılarının bir kısmı öfkeyle başa çıkmak için bu maddelere yönelmektedirler. Ancak alkol ve uyuşturucu maddeler, beklenenin aksine bu kişilerin daha öfkeli ve saldırgan olmalarına yol açmaktadır.

10. Öfkeli ve saldırgan davranışların pekiştirilmesi: Öfkeli ve saldırgan kişilerin olumsuz ve yıkıcı davranışları cezalandırılmaz ve hatta bu davranışları sonrasında istekleri hemen yerine getirilirse şiddet ve şiddetin sürekliliği desteklenmiş olur. Bu nedenle bu tür davranışların cezalandırılmasa bile pekiştirilmemesi gerekmektedir.

11. Affetme: Herkesin hata yapabileceğini kabul etmek ve onlara iyi davranma fırsatı vermek gerekmektedir. Bu fırsat aslında başkalarının öfke duygusu için tetikleyici olmalarını engellemekte ve böylece kişiler daha az öfkelenebilmektedirler.

Stres (zorlanma); birden çok sebeple ortaya çıkan zorlayıcı durumlara verilen genel bir addır. Korku, öfke, engellenme ve çaresizlik gibi psikojenik süreçler zorlanma oluşturabilir. Yaşar (2008), stresle başa çıkmanın bir çeşit stres yönetimi olduğunu ifade etmiş; ruh ve beden sağlığını korumak ve verimli bir yaşam sürdürebilmek için gerekli olduğunu belirtmiştir ¹⁵⁶.

Günlük yaşam stresine karşı da direnç geliştirmek üzere bazı relaksasyon teknikleri kullanılabilir; bunlar şu şekilde sıralanabilir ¹⁵⁷.

Akpunktur, aromaterapi, sanat terapisi, bireysel meditasyon, bireysel telkin, davranış tedavisi, biofeedback teknolojileri, solunum tedavileri, danışmak, dans tedavisi, hayal yönlendirme, homeopati, hidroterapi, masaj, müzik ile tedavi, refleksoloji, bağ dokusunu ovmak, shiatsu, su tedavisi, yoga egzersizi.

Stres ve gerginliğin, sağlıklı insanlarda beta adrenerjik reseptörlerin sayısı ve duyarlılığını azaltması ile ilişkili olduğu, ortaya çıkan bu değişiklikler sonrasında noradrenerjik sistemin aktive olup kardiyovasküler sistemle ilgili hastalıkların fizyopatolojisinde rol oynayabileceği belirtilmiştir. Benzer şekilde Çelik ve ark. esansiyel hipertansiyonlu hastalarda sürekli öfke düzeyini kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptamıştır ^{158,159}.

Çocukluk dönemindeki öfkeli davranışların, ileri yaş dönemlerinde madde kullanımına neden olabileceği, madde bağımlılığı olan hastalarda öfkenin, tekrar maddeye başlamak için bir risk faktörü olduğu çalışmalarda gösterilmiştir ^{160, 161}. Khakbaz ve ark. (2014) ile Ekinci ve ark.(2016) yaptığı çalışmada, madde bağımlılığı olan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyi ile öfke düzeyi arasında pozitif bir korelasyon olduğu gösterilmiştir ^{162,163}.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Araştırmanın Tipi :

Kesitsel, vaka kontrol çalışması

Araştırmanın Yer ve Zamanı:

Bu çalışma, 26.09.2015-26.09.2016 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılmıştır.

Belirtilen tarihler arasında Dermatoloji polikliniğine başvuran, yataklı servise yatırılan ya da ayaktan tedavi edilmekte olan 18 – 65 yaş arası, Kronik İdiyopatik /Spontan Ürtiker tanısı almış olan, hali hazırda depresif bozukluk veya anksiyete bozuklukları dışında major psikiyatrik bozukluk saptanmamış olan toplam 81 kronik ürtiker tanılı hasta dahil edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubuna ise hiç bir fiziksel rahatsızlığı veya DSM-IV ölçütlerinde saptanmış psikiyatrik bozukluğu bulunmayan, 18-65 yaşları arası sağlık çalışanları ve onların yakınları ile dermatoloji ve psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınları arasından 80 kişi alınmıştır. Kronik İdiyopatik/Spontan Ürtiker(KSÜ) tanılı hastalar yaş, cinsiyet, eğitim-gelir düzeyi, medeni durum, alkol, sigara madde kullanımı, hastalık başlangıç yaşı, ilaç kullanımı ve süresi, geçmişteki ruhsal rahatsızlıklar ve ilaç kullanımı, anksiyete –depresyon belirtileri, aleksitimi ve öfke düzeyleri açısından kendi içinde ve kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Hastaların ilaç kullanıyor olması çalışmaya alınması için engel değildir. Başvuran ve bilgilendirilmiş onamları alınan toplam 161 kişinin verileri değerlendirildi.

Değerlendirme Araçları:

Bu çalışmada hasta ve kontrol grubunda HAM-AÖ, HAM-DÖ, TAÖ-26, ÇBÖÖ uygulanmış; ayrıca çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacı ile 'Sosyodemografik Veri Formu' kullanılmıştır.

Sosyodemografik / Klinik Veri Formu:

Çalışmaya alınan tüm olguların sosyodemografik özelliklerini (cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir düzeyi, mesleği, sigara, alkol, madde kullanımı) sorgulayan sorular ve ek tıbbi durumlarla ilgili bilgilerin sorgulandığı bir “Veri Formu” hazırlandı. Formda ayrıca KSÜ hastalığının başlangıç yaşı, dermatolojik ilaç kullanımı, geçmişte ve halen psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik ilaç kullanımı, sistemik ya da ek dermatolojik hastalık öyküsü kaydedildi. Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun her ikisine de aynı form uygulanmıştır.

(Bkz.Ek-1)

Hamilton Anksiyete Ölçeği(HAM-AÖ):

Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amaçlı Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiş, Türkçe uyarlaması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0 - 4 arasında, ölçeğin toplam puanı 0 – 56 arasında değişmektedir ¹⁶⁴.

(Bkz.Ek-2)

Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-DÖ):

Depresyon hastalarının incelenmesi sonucu 1961’de Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir, Örsel, Dag, Türkçapar, İşcan ve Özbay tarafından 1996’da yapılmıştır. Puanlama klinisyen tarafından belirtilerin şiddetine göre yapılır. Her bir maddeye karşılık gelen puanların toplamı depresyonun varlığı ve şiddeti hakkında bilgi vermektedir.

Buna göre 0 – 16 arasında elde edilen toplam puan bir depresif sendrom oluşmadığını gösterirken, 16 – 25 arası hafif, 20 – 40 arası orta, 40 ve yukarısı ağır depresif durumu işaret etmektedir ¹⁶⁵.

(Bkz.Ek-3)

Toronto Aleksitimi Skalası Ölçeği (TAÖ):

Taylor ve arkadaşlarının (1989) geliştirip, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmış olduğu Toronto Aleksitimi Ölçeği 26 soruluk, doğru ya da yanlış olarak yanıtlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin kesme puanı 11 olarak değerlendirilmiştir. Türkçeye çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dereboy (1990) tarafından yapılmıştır⁹⁵.

(Bkz.Ek-4)

Çok Boyutlu Öfke Ölçeği(ÇBÖÖ):

Balkaya (2001) tarafından geliştirilen ve kişilerin öfke konusundaki duygu, düşünce ve tutumlarını belirlemeyi amaçlayan ve beş bölümden oluşan bir ölçektir¹³⁴.

Öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke gibi beş boyutta değerlendirilen ölçeğe, “Çok Boyutlu Öfke Ölçeği” (ÇBÖÖ) adı verilmiştir. Likert tipi, 1-5 arası puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar ilgili boyutun daha fazla düşünüldüğü/kullanıldığı anlamına gelmektedir. “Öfke Belirtileri” adı verilen boyutta, öfkeye yönelik belirtilerin yer aldığı 14 madde bulunmakta, bu belirtilerin ne sıklıkla ortaya çıktığı sorulmaktadır. “Öfkeye Yol Açan Durumlar” adı verilen ikinci boyutta, öfkenin oluşmasına neden olan toplam 41 ifade sıralanmakta, bu ifadelerin ne kadar öfke uyandırdığı sorulmaktadır. Yapılan faktor analizi sonucunda elde edilen alt boyutlar; “Ciddiye Alınmama” (20 madde), “Haksızlığa Uğrama” (17 madde) ve “Eleştirilme” (5 madde) olarak adlandırılmıştır. “Öfkeyle İlişkili Düşünceler” alt ölçeği kişinin yaşamında öfkesini neye yönelttiğini araştıran 30 sorudan oluşmaktadır ve faktör analizi sonucu; “Öfkesine Yönelik Düşünceler” (9 madde), “Diğerlerine Yönelik Öfke Düşünceleri” (9 madde), “Kendilerine Yönelik Öfke Düşünceleri” (7 madde) ve “Dünyaya Yönelik Öfke Düşünceleri” (5 madde) olarak adlandırılmıştır. “Öfkeyle ilişkili davranışlar” olarak adlandırılan boyutta “Sizi öfkeliendiren bir durumda kaldığınızda aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz” sorusu altında 26 ifade bulunmaktadır. Faktor analizi sonucunda, “Saldırgan

Davranışlar” (12 madde), “Sakin Davranışlar” (10 madde), “Kaygılı Davranışlar” (4 madde) adları altında üç alt ölçek geliştirilmiştir. “Kişilerarası Öfke” boyutunda ise kişilerin öfkelenedikleri kişi karşısındaki davranışlarını ölçmeye yönelik 47 madde bulunmaktadır. Faktör analiziyle “İntikam Tepkileri” (24 madde), “Pasif-agresif Tepkiler” (10 madde), “İçer dönük Tepkiler” (10 madde) ve “Umursamaz Tepkiler” (3 madde) olmak üzere dört alt ölçek oluşturulmuştur. Balkaya, 2003 yılında ölçeğin geçerliliği ve faktör yapısını incelemiştir. Türkiye’ de ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliğine ilişkin yeterli bilgiler mevcuttur (Balkaya ve Şahin 2003) ¹³².

Bölümler;

1.Öfke belirtileri

2.Öfkeye yol açan durumlar

- .Ciddiye alınmama
- .Haksızlığa uğrama
- .Eleştirilme

3.Öfkeyle ilişkili düşünceler

- .Öfkesine yönelik düşünceler
- .Diğerlerine yönelik öfke düşünceleri
- .Kendine yönelik öfke düşünceleri
- .Dünyaya yönelik öfke düşünceleri

4.Öfke ile ilgili davranışlar

- .Saldırgan
- .Sakin
- .Kaygılı

5.Kişiler arası öfke

- .İntikam tepkileri
- .Pasif-agresif tepkiler
- .İçer dönük tepkiler
- .Umursamaz tepkiler

(Bkz.Ek-5)

İstatistik Değerlendirme:

Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım varsayımı sağlayan değişkenler $ort \pm sd$ cinsinden özetlenirken, varsayımı sağlamayan değişkenler medyan[25P.-75P.] (P.=Persentil) şeklinde özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde cinsinden özetlenmiştir. Çapraz tabloların analizinde Ki kare testinden yararlanılmıştır. İlişki olması durumunda, ilişkinin kaynağını araştırmak amacıyla ikili oran karşılaştırılması yapılmıştır. Grup karşılaştırmalarında normal dağılım şartı sağlanmadığında iki grup için Mann Whitney U testi, varsayım sağlandığı durumda ise Independent Sample t testinden yararlanılmıştır. Kovaryant değişkenlerin etkisinin incelenebilmesi amacıyla kovaryans analizi uygulanmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla Pearson korelasyon katsayısından yararlanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Etik Açıklama:

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için Mersin Üniversitesi Tıp Etik Kurulu onayı alınmıştır (28.05.2015; 2015/160). Çalışma için tüm hastalardan önce sözel olarak çalışma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan gönüllülerin demografik özellikleri:

Çalışmamıza, Kronik İdiyopatik/Spontan Ürtiker hastası grubunda 81 , sağlıklı kontrol grubunda 80 olmak üzere 161 kişi alındı.

Araştırmaya katılan KSÜ hastalarının yaş ortalaması 36,82, sağlıklı kontrol grubunun(SKG) yaş ortalaması 34,90 idi (Tablo-6).

Yaş ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,174$).

Tablo 6: KSÜ Hastaları ve SKG Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanı	n(sayı)	Yaş Ortalama \pm ss	p
KSÜ	81	36,82 \pm 9.17	>0,174
SKG	80	34,90 \pm 8.38	

KSÜ hastalarının 57'si (%70,4) kadın, 24'u (%29,6) erkek cinsiyette; sağlıklı kontrol grubunun 47'si (%58,8) kadın, 33'ü (%41,3) erkek cinsiyette idi. Cinsiyet ile tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,123$). Her iki grup cinsiyet dağılımı açısından Tablo 7'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 7: KSÜ hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Cinsiyet Dağılımlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	KSÜ n=81(%)	SKG n=80(%)	p
Kadın	57(70,4)	47(58,8)	0,123
Erkek	24(29,6)	33(41,3)	

KSÜ hastalarının eğitim düzeyine baktığımızda %28,4'ünün ilkokul ve altı düzeyinde, %48,1'inin orta eğitim ve/veya lise düzeyinde ve %23,5'inin üniversite düzeyinde eğitim gördüğü tespit edildi.

Sağlıklı Kontrol grubunun eğitim düzeyine baktığımızda %18,8'inin ilkokul ve altı düzeyinde, %26,3'ünün orta eğitim ve/veya lise düzeyinde ve %55'inin üniversite düzeyinde eğitim gördüğü tespit edildi (Tablo 8).

Eğitim durumu ile tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Üniversite mezunu olanların oranı sağlıklı kontrol grubunda anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,001$). Her iki grup eğitim düzeyleri açısından Tablo 8'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 8: KSÜ ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Eğitim Düzeyleri Karşılaştırılması

Eğitim düzeyi	KSÜ n (%)	SKG n (%)	p
İlkokul ve altı	23(28,4)	15(23,6)	<0,001
Ortaokul ve/veya Lise	39(48,1)	21(37,3)	
Üniversite	19(23,5)	44(55)	

KSÜ hastalarının %53,1'i 1500 tl ve altında, %45,7'si 1500-6000 tl arası ve %1,2'si 6000 tl den daha fazla gelir düzeyin sahip olduğu tespit edilmiştir.

Sağlıklı Kontrol Grubunun %32,5'i 1500 tl ve altında, %63,8'i 1500-6000 tl arası ve %3,8'i 6000 tl den daha fazla gelir durumuna sahip olduğu tespit edilmiştir.

Gelir durumu ile tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,023$). Bu farklılık için ikili oran karşılaştırılması yapıldığında, KSÜ hastalarında yaklaşık asgari ücret ve altında (0-1500) gelir düzeyi olanların oranı Sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,008$).

KSÜ ve Sağlıklı Kontrol Grubunda kişi başına düşen aylık gelir düzeyi karşılaştırılmıştır (Tablo 9).

Tablo 9: KSÜ ve SKG'de Kişi Başına Düşen Aylık Gelir Düzeyi Karşılaştırılması

Gelir Düzeyi (tl)	KSÜ n%	SKG n%	p
0-1500	43(53,1)	26(32,5)	0,008
1500-6000	37(45,7)	41(63,8)	
>6000	1(1,2)	3(3,8)	

KSÜ hastalarının %76,5'sinin evli ,%23,5'unun evli olmadığı; sağlıklı kontrol grubunun %67,5'inin evli, %32,5'inin evli olmadığı tespit edilmiştir.

Medeni durum ile tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,201).

Her iki grup medeni durum açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 10).

TABLO 10: KSÜ ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Medeni Durum Karşılaştırılması

Medeni Durum	KSÜ n(%)	SKG n(%)	p
Evli olan	62(76,5)	54(67,5)	0,201
Evli olmayan	19(23,5)	26(32,5)	

Sigara, alkol, madde kullanım oranları açısından; her iki grup değerlendirildiğinde KSÜ grubunda 30; SKG' de 35 bireyin sigara ve/veya alkol kullanımı olduğu; sigara ve alkol dışında madde kullanımı olan bireyin bulunmadığı; KSÜ grubunda 51, SKG unda 45 bireyin sigara ve/veya alkol kullanımı olmadığı tespit edilmiş ve gruplar arası sigara, alkol, madde kullanımında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p=0,479).

Dermatolojik hastalık başlangıç yaşına ilişkin veriler Tablo 11' de özetlenmiştir. Tabloya bakıldığında KSÜ hastalarından 5 kişinin hastalık başlangıç yaşı (0-12) yaştr. On iki kişinin hastalık başlangıç yaşı (12-18) yaş iken, 57 kişinin hastalık başlangıç yaşı (19-45) ve 7 kişinin hastalık başlangıç yaşı (45-65) yaştr.

Tablo 11: KSÜ Grubunda Hastalık Başlangıç Yaşına İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

KSÜ Başlangıç Yaşı	n:81 (%)
0-12	5(%6,2)
12-18	12(%14,8)
19-45	57(%70,4)
45-65	7(%8,6)

KSÜ hasta grubunda; hasta beyanına göre 18 kişide komorbid psikiyatrik hastalık saptanmıştır: 11 kişide anksiyete bozukluğu, 6 kişide depresyon, 1 kişide anksiyete bozukluğu ve eş olarak depresyon.

Psikiyatrik ilaç kullanımı araştırıldığında; hasta beyanına göre 17 kişide halen antidepresan kullanımı olduğu öğrenilmiştir. Başka gruptan psikiyatrik ilaç kullanımı saptanmamıştır. Komorbid psikiyatrik hastalık ile ilgili veriler Tablo 12'de özetlenmiştir.

Tablo 12: KSÜ Grubunda Komorbid Psikiyatrik Hastalık İlişkili Verilerin Karşılaştırılması

KSÜ Grubunda Komorbid Psikiyatrik Hastalık ve Antidepresan Kullanımı	n(%)
Halen Psikiyatrik Hastalık Varlığı	18(%22,1)
•Anksiyete Bozukluğu	11(%13,5)
•Depresif Bozukluklar	6(%7,4)
•Anksiyete ve Depresyon	1(%1,2)
Ad kullanımı	17(%21)

HAM-AÖ ve HAM-DÖ Değişkenleri:

Kronik Spontan Ürtiker ve Sağlıklı Kontrol Grubu arasında HAM-DÖ ($p<0,001$) ve HAM-AÖ ($p<0,001$) ortalama puanları \pm standart sapma(ss) karşılaştırıldığında her iki grup için de istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu. Sağlıklı grubun HAM-AÖ ortalaması ve HAM-DÖ ortalaması hasta gruptan anlamlı derecede daha düşüktür($<0,001$) (Tablo 13).

Tablo 13: KSÜ ve SKG Arasında HAM-AÖ\ HAM-DÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	KSÜ Grubu	SKG	p
HAM-AÖ Ortalama \pm ss	20,33 (9,50-28,50)	9,32 (3,00-14,00)	$<0,001$
HAM-DÖ Ortalama \pm ss	11,77 (5,00-18,50)	4,63 (1,00-7,75)	$<0,001$

Hamilton Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden elde edilen puanlar bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (sırasıyla $p < 0,001$, $p < 0,001$). Ancak bu duruma gelir durumu ve eğitim durumu dağılımındaki dengesizliğin katkısı olabileceği düşünüldüğünden bu değişkenlerin etkisi düzeltilerek ilgili p değerleri kovaryans analizi ile tekrar hesaplandığında; HAM-AÖ ve HAM-DÖ belirtileri puanları bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamlılığını korumuştur (sırasıyla $p = 0,000$, $p = 0,000$). Bu sonuç bize söz konusu demografik özelliklerin HAM-AÖ ve HAM-DÖ puanları üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir.

KSÜ grubunda kadın ve erkeklerin HAM-AÖ ve HAM-DÖ puanları açısından karşılaştırılmasında farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$)

(Tablo 14).

Tablo 14: KSÜ grubunda Cinsiyet Açısından HAM-AÖ ve HAM-DÖ Karşılaştırılması

KSÜ(n:81)	Kadın(n:57)	Erkek(n:24)	p
HAM-AÖ Ortalama \pm ss	21,7 (14,00-28,00)	17,2 (4,00-29,75)	0,232
HAM-DÖ Ortalama \pm ss	11,6 (6,00-16,00)	12,2 (4,00-19,00)	0,717

KSÜ grubunda HAM-AÖ ve HAM-DÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır ($r = 0,491$, $p < 0,001$) (Tablo15).

Aleksitimi:

HAM-DÖ ile TAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r = 0,217$, $p = 0,052$).

HAM-AÖ ile TAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır ($r=0,311$, $p=0,005$) (Tablo 15).

Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla Pearson korelasyon katsayısından yararlanılmıştır.

Tablo 15: KSÜ Grubunda HAM-AÖ ve HAM-DÖ ile TAÖ Puanları Korelasyonu

Tanı			HAM-DÖ	TAÖ
KSÜ	HAM-AÖ	r	0,491**	0,311**
		p	0,000	0,005
		N	81	81
	HAM-DÖ	r		0,217
		p		0,052
		N		81

Çalışmamızda gruplarda TAÖ puan skoru ≥ 11 bulunanların aleksitimik olduğu kabul edilmiştir.

KSÜ ve SKG arasında TAÖ medyan puanları karşılaştırıldığında her iki grup için de istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ($p<0,001$).

KSÜ grubunun TAÖ ortalaması 10,9, SKG TAÖ ortalaması 6,70 olarak bulundu. (Tablo 16)

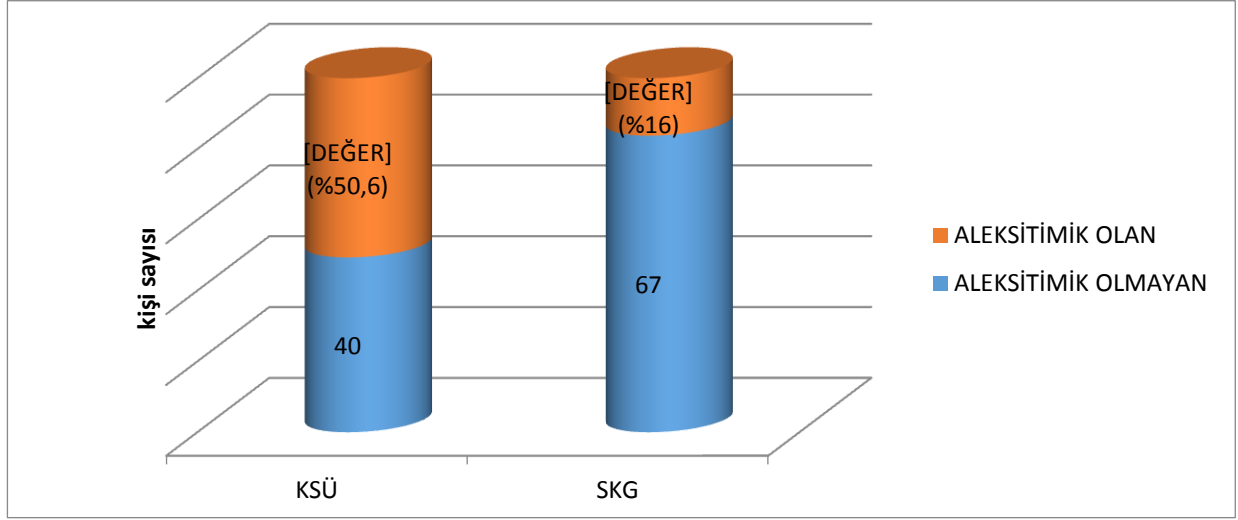
Bu sonuçlara göre KSÜ grubunun daha aleksitimik olduğu saptanmıştır.

Tablo 16: Grupların TAÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	KSÜ grubu	SKG	p
TAÖ Ortalama \pm ss	10,90 (9,00-14,00)	6,70 (3,25-9,00)	<0,001

Alektisitimi ölçeği (TAÖ) puanları bakımından tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,001$). Ancak bu durumun gelir durumu ya da eğitim durumu oranları farklılığından kaynaklanıp kaynaklanmadığını test etmek amacıyla kovaryans analizi yapılmıştır. Kovaryans analiz ile gelir durumu ve eğitim durumu için gerekli düzeltmeler yapılarak hesaplanan p değeri, 0,001 olarak istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Yani KSÜ hastalarında aleksitimi ölçeği puanı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir ve bu sonuç bize bu demografik özelliklerin aleksitimi düzeyi üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir.

KSÜ hastalarından 41 kişi, SKG'de ise 13 kişi olmak üzere TAÖ kesme puanının üstünde olduğu tespit edildi. Grupların aleksitimi oranı Şekil 2'de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan gruplarda toplam 54 kişinin TAÖ kesme puanının üstünde olduğu; kalan 107 kişinin aleksitimik olmadığı bulunmuştur. Gruplarda TAÖ kesme puanının üstünde olanların oranı Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 2: Gruplar Arası TAÖ Puanları Kesme Puanının Üstünde Olanların Karşılaştırılması



Şekil 3: TAÖ Puanları Kesme Puanının Üstünde Olanların Oranı

Çalışmaya alınan tüm katılımcıların, cinsiyet açısından aleksitimi ölçek puanları değerlendirildiğinde erkekler ve kadınlar arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p=0,483$).

Öfke:

ÇBÖÖ toplam puanları ile HAM-AÖ\ HAM-DÖ puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır; (sırasıyla $r=0,331$, $p=0,003$; $r=0,424$, $p=0,000$) (Tablo 17).

Toplam öfke ölçeği puanları ile TAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır ($r=0,339$, $p=0,002$) (Tablo 17).

Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla Pearson korelasyon katsayısından yararlanılmıştır.

Tablo 17: KSÜ Grubunda HAM-AÖ ve HAM-DÖ ile Öfke Ölçeği Toplam Puanları Korelasyonu

Tanı		ÇBÖÖ toplam puanı	
KSÜ	HAM-AÖ	r	0,331 ^{***}
		p	0,003 [*]
		N	81
	HAM-DÖ	r	0,424 ^{***}
		p	0,000 ^{**}
		N	81
	TAÖ	r	0,339 ^{***}
		p	0,002 [*]
		N	81

KSÜ grubu ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılmasında ÇBÖÖ toplam öfke puan ortalamaları açısından, istatistiki olarak anlamlı derecede farklılık bulunmuştur ($p<0,002$) (Tablo 18).

Tablo 18: Gruplar Arası “Öfke Ölçeği ” Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KSÜ Grubu Ortalama±ss	SKG Ortalama±ss	p
ÇBÖÖ Toplam Puanı	464,72(382-536)	422,35(368,5-469)	0,002

KSÜ grubunda, ÇBÖÖ toplam puan ortalamaları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur ($p=0,002$). Bu veri üzerinde gelir durumu ve eğitim durumu değişkenlerinin etkisini düzeltmek için uygulanan kovaryans analizi sonuçlarına göre, istatistiki anlamlılık devam etmiştir ($p=0,000$).

KSÜ grubunda, ÇBÖÖ toplam puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkekler ve kadınlar arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p=0,997$).

Kronik spontan ürtiker grubu ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılmasında ÇBÖÖ’ de ilk grup olan ‘Öfke Belirtileri’ puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak anlamlı ve fazla bulunmuştur ($p=0,004$) (Tablo 19).

Tablo 19: Gruplar Arası “Öfke Belirtileri” Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KSÜ Ortalama±ss	SKG Ortalama ± ss	p
Öfke Belirtileri Puanı	36,1(28-43)	30,9(24-37)	0,004

Öfke belirtileri ortalama puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p =0,004$). Ancak bu duruma gelir durumu ve eğitim

durumu dağılımındaki dengesizliğin katkısı olabileceği düşünüldüğünden bu değişkenlerin etkisi düzeltilerek ilgili p değerleri kovaryans analizi ile tekrar hesaplanmıştır. Bu sonuca göre Öfke Belirtileri puan ortalamaları bakımından gruplar arasında yine anlamlı derecede fark tespit edilmiştir (p=0,000). Bu sonuç bize bu demografik özelliklerin Öfke Belirtileri puan ortalamaları üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir. KSÜ grubunda cinsiyet açısından Öfke Belirtileri puanları değerlendirildiğinde erkekler ve kadınlar arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi (p=0,812).

Kronik spontan ürtiker grubu ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılmasında ÇBÖÖ' de ikinci grup olan "Öfkeye Yol Açan Durumlar" puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,060) (Tablo 20). "Öfkeye Yol Açan Durumlar" grubunun alt ölçeklerinden 'Eleştirilme' ve 'Haksızlığa uğrama' alt ölçeklerinde de istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sırasıyla (p=0,274, p=0,072). Fakat 'Ciddiye alınmama' alt ölçek puanları KSÜ grubunda istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,032).

Tablo 20: Gruplar Arası "Öfkeye Yol Açan Durumlar ve Alt ölçeklerinin" Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KSÜ Grubu Ortalama±ss	SKG Ortalama±ss	p
Öfkeye yol açan durumlar	148,1(124-172,5)	139(119,25-160)	0,060
Eleştirilme	62,76(53-73)	61,28(54-70)	0,274
Ciddiye alınmama	17,65(13-20)	15,2(12-18)	0,032
Haksızlığa uğrama	67,39(53-80,5)	62,42(51,25-71)	0,072

“Öfkeye yol açan durumlar” grubundan ‘Ciddiye alınmama’ alt ölçek ortalama puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık vardır ($p = 0,032$). Bu duruma gelir durumu ve eğitim durumu değişkenlerinin etkisi düzeltilerek ilgili p değerleri kovaryans analizi ile tekrar hesaplanmıştır. Bu sonuca göre ‘Ciddiye alınmama’ alt ölçeği puan ortalaması bakımından gruplar arasında anlamlı derecede fark tespit edilmemiştir ($p=0,179$). Bu sonuç bize söz konusu demografik özelliklerin, “Öfkeye yol açan durumlar” dan ‘Ciddiye alınmama’ alt ölçek puan ortalamaları üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir. “Öfkeye yol açan durumlar” grubu ve ‘Eleştirilme’, ‘Haksızlığa uğrama’ alt ölçekleri, kovaryans analizi ile değerlendirildikten sonra istatistiki sonuçta anlamlı değişiklik olmamıştır (sırasıyla $p=0,69$, $p=0,376$, $p=0,61$).

KSÜ grubunda cinsiyet açısından “Öfkeye yol açan durumlar” puanları değerlendirildiğinde erkekler ve kadınlar arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p=0,218$).

Kronik spontan ürtiker grubu ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılmasında ÇBÖÖ’de diğer bir grup olan “Öfke ile İlişkili Düşünceler” ve alt ölçeklerinden ‘Öfkesine yönelik düşünceler’, ‘Diğerlerine yönelik öfke düşünceleri’, ‘Dünyaya yönelik öfke düşünceleri’ puan ortalamaları açısından istatistiki olarak anlamlı derecede farklılık bulunmuştur (sırasıyla, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,002$). ‘Kendine yönelik öfke düşünceleri’ alt ölçeğinde ise istatistiki olarak anlamlı derecede fark saptanmamıştır ($p=0,383$) (Tablo 21).

Tablo 21: Gruplar Arası “Öfkesi ile İlişkili Düşünceler ve Alt ölçeklerinin” Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KSÜ Grubu Ortalama±ss	SKG Ortalama±ss	p
Öfke ile İlişkili Düşünceler	73,33(51,50-91)	58,23(4,25-67,75)	<0,001
Öfkesine Yönelik Düşünceler	22,51(16-28)	17,07(12-21,5)	<0,001
Diğerlerine Yönelik Öfke Düşünceleri	23,30(16-28)	16,85(13-20)	<0,001
Kendine Yönelik Öfke Düşünceleri	14,98(10,0-19)	13,7(11-16)	0,383
Dünyaya Yönelik Öfke Düşünceleri	13,38(8-16,5)	10,48(8-13)	0,002

Öfke ile ilişkili düşünceler ve alt ölçeklerinden ‘Öfkesine yönelik düşünceler’, ‘Diğerlerine yönelik öfke düşünceleri’, ‘Dünyaya yönelik öfke düşünceleri’ ortalama puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,002$). Ancak bu duruma gelir durumu ve eğitim durumu dağılımındaki dengesizliğin katkısı olabileceği düşünüldüğünden bu değişkenlerin etkisi düzeltilerek ilgili p değerleri kovaryans analizi ile tekrar hesaplanmıştır. Bu sonuca göre “Öfke ile ilişkili düşünceler” ve alt ölçeklerinden ‘Öfkesine yönelik düşünceler’, ‘Diğerlerine yönelik öfke düşünceleri’, ‘Dünyaya yönelik öfke düşünceleri’ puan ortalamaları bakımından gruplar arasında yine anlamlı fark tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,004$). Hatta kovaryans analiz neticesinde ‘ Kendine yönelik öfke düşünceleri’ anlamlı derecede farklılık kazanmıştır($p=0,004$). Bu sonuç bize sözkonusu demografik özelliklerin ‘kendine

yönelik öfke düşünceleri' dışındaki alt ölçekler puan ortalamaları üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir.

KSÜ grubunda cinsiyet açısından "Öfke ile ilişkili düşünceler" puanları değerlendirildiğinde erkekler ve kadınlar arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p=0,224$).

Kronik spontan ürtiker grubu ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılmasında ÇBÖÖ gruplarından biri olan "Öfke ile İlgili Davranışlar" ve alt ölçeklerinden 'Sakin davranışlar' ve 'Kaygılı davranışlar' puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır(sırasıyla $p=0,057$, $p=0,299$, $p=0,553$). Bununla beraber "Öfke ile ilgili davranışlar" ın alt ölçeği olan 'Saldırgan davranışlar' puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,049$) (Tablo 22).

Tablo 22: Gruplar Arası "Öfke ile İlgili Davranışlar" ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KSÜ Grubu Ortalama±ss	SKG Ortalama±ss	p
Öfkeye ile İlgili Davranışlar	72,37(63,50-81,5)	68,58(63,25-76,75)	0,057
Saldırgan	26,09(20-30)	23,77(19-26)	0,049
Sakin	13,53(11-16,5)	13,30(11-14)	0,299
Kaygılı	32,86(28,5-38)	32,03(26-37)	0,553

“Öfke ile ilgili davranışlar” ve alt ölçeklerinden ‘Sakin davranışlar’ ve ‘Kaygılı davranışlar’ ortalama puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmamıştır(sırasıyla $p=0,057$, $p=0,299$, $p=0,553$). ‘Saldırgan davranışlar’ puan ortalamaları açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,049$). Ancak bu duruma gelir durumu ve eğitim durumu dağılımındaki dengesizliğin katkısı olabileceği düşünüldüğünden bu değişkenlerin etkisi düzeltilerek ilgili p değerleri kovaryans analizi ile tekrar hesaplanmıştır. Bu sonuca göre ‘Saldırgan davranışlar’ puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir; ‘Öfke ile ilgili davranışlar’ puan ortalamaları bakımından ise gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,058$, $p=0,047$). Bu sonuç bize sözkonusu demografik özelliklerin ‘Öfke ile ilgili davranışlar’ ve ‘Saldırgan davranışlar’ puan ortalamaları üzerinde etkisi olduğunu; ‘Sakin davranışlar’ ve ‘Kaygılı davranışlar’ ortalama puanlarına etkisi olmadığını göstermektedir (sırasıyla $p=0,196$, $p=0,209$).

KSÜ grubunda cinsiyet açısından “Öfke ile ilgili davranışlar” puanları değerlendirildiğinde erkekler ve kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p=0,100$).

Kronik spontan ürtiker grubu ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılmasında ÇBÖÖ gruplarından biri olan “Kişiler arası öfke” ve alt ölçeklerinden ‘Pasif-agresif Tepkiler’, ‘Umursamaz Tepkiler’ ve ‘İntikam Tepkileri’ puan ortalamaları açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,664$, $p=0,576$, $p=0,308$, $p=0,705$). ‘İçedönük Tepkiler’ alt ölçeği puan ortalamaları açısından fark ise istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0,014$)(Tablo 23).

Tablo 23: Gruplar Arası “Kişiler Arası Öfke” Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	KSÜ Grubu Ortalama±ss	Kontrol grubu Ortalama±ss	p
Kişilerarası öfke	126,76(98,5-153,5)	124,48(106-146,25)	0,664
Pasif-agresif Tepkiler	31,86(26,5-39)	32,55(29-36)	0,576
Umursamaz Tepkiler	58,27(40,5-76)	53,86(39,25-64,5)	0,308
İntikam Tepkileri	30,50(25-37)	29,98(23,25-36)	0,705
İçe dönük Tepkiler	7,76(5-9)	8(6-10)	0,014

“Kişiler arası öfke” ve alt ölçeklerinden ‘Pasif-agresif Tepkiler’, ‘Umursamaz Tepkiler’ ve ‘İntikam Tepkileri’ puan ortalamaları açısından gruplar arası fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır(sırasıyla p=0,664, p=0,576, p=0,308, p=0,705). Ancak bu duruma gelir durumu ve eğitim durumu dağılımındaki dengesizliğin katkısı olabileceği düşünüldüğünden bu değişkenlerin etkisi düzeltilerek ilgili p değerleri

kovaryans analizi ile tekrar hesaplanmıştır. Bu sonuca göre 'Kişiler arası öfke' ve alt ölçeklerinden 'Pasif-agresif Tepkiler', 'Umursamaz Tepkiler' ve 'İntikam Tepkileri' puan ortalamaları bakımından gruplar arasında yine anlamlı fark tespit edilmemiştir (sırasıyla $p=0,975$, $p=0,988$, $p=0,718$, $p=0,308$). Bununla beraber daha önce sağlıklı kontrol grubundaki yüksekliğinde istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunan ($p=0,014$) 'İçedönük Tepkiler' de kovaryans analiz ile değişkenlerin etkisi düzeltilindiğinde yeni p değeri 0,203 olarak bulunmuş ve istatistiki farklılık ortadan kalkmıştır. Bu sonuç, söz konusu demografik özelliklerin 'Kişiler arası öfke' ve alt ölçeklerinden 'Pasif-agresif Tepkiler', 'Umursamaz Tepkiler' ve 'İntikam Tepkileri' puan ortalamaları üzerinde etkisi olmadığını; 'İçedönük Tepkiler' puanları üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir.

KSÜ grubunda cinsiyet açısından "Kişiler arası öfke" puanları değerlendirildiğinde erkekler ve kadınlar arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p=0,683$).

TARTIŞMA

Psikodermatoloji, beyin ve deri arasındaki etkileşimi konu almaktadır. Deri öfke, korku, utanç ve kızgınlık gibi duyguları ifade etme, emosyonel uyarılara yanıt verme, kişinin kendilik imajı ve özgüvenini sağlama ile bebeklikten yetişkinliğe doğru seyreden sosyalleşme sürecinde önemli rol oynamaktadır^{166,167}. Kaşıntı ve psikiyatrik morbidite arasındaki bağlantıyı açıklığa kavuşturmak ve deri hastalığı olmaksızın kronik bir kaşıntı geçiren hastalar için bir psikiyatrik konsültasyonun önemini vurgulamak amacı ile Caccavale ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınlanan derlemelerinde kaşıntı ile psikolojik durum arasındaki bağlantı vurgulanmış; kaşıntı şiddetini azaltmanın hastaların yaşam kalitelerini iyileştireceği bu nedenle dermatologların hastalıkların psikosomatik boyutlarını göz önünde bulundurmaları gerektiğini öne sürmüşlerdir¹⁶⁸. Ben-Shoshan ve ark., psikolojik faktörlerin KSÜ'ye katkısını değerlendirmeyi amaçlayarak 1 Ocak 1935'ten 1 Ocak 2012'ye kadar; 77 yıllık PubMed ve OVID / Medline veritabanlarının sistematik araştırmasını yaparak psikosozal faktörlerin % 46.09'lık prevalansı olduğunu ortaya koymuş ve gelecekteki araştırmaların KSÜ patogenezi ve alevlenmesi için psikosozal faktörlerin katkısını daha iyi belirleyeceğini öne sürmüştür¹⁶⁹. Cilt hastalıkları ve bozuklukları ile ilgili yapılan diğer bir çalışmada bu tür sorunların hastaların yaklaşık %40'inde sosyal hayat ve kişiler arası ilişkileri etkilediği sonucuna varılmıştır¹⁷⁰.

Çalışmamıza 81 KSÜ hastası ve 80 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu katılmıştır. KSÜ grubu ve SKG yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından benzer özelliklere sahiptir.

Çalışmamızda eğitim ve gelir durumu arasındaki farklılık için kovaryans analiz kullanarak; bu değişkenlerin etkisi düzeltilerek hesaplamalar yapılmıştır.

Çalışmamızda KSÜ hastalarının %30'u erkek, %70'i kadından oluşmaktadır. Literatürde KSÜ prevalansının cinsiyet açısından çalışmamızla benzer prevalans gösterdiği ve kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 2 kat olduğu bildirilmiştir³⁷.

KSÜ'nün ortalama başlangıç yaşının aktif çalışma hayatına denk gelen 20-40 yaş arası olduğu bildirilmektedir³⁷. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu bir şekilde

KSÜ hastalarının %70'inin hastalık başlangıç yaşının 19-45 yaş arası olduğu saptanmıştır.

KSÜ ile Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

Ürtikerli hastalarda psikiyatrik bozuklukların sık olduğu birçok çalışmada saptanmıştır ¹⁷¹. Kronik ürtikerli hastalarda yüksek bir oranda psikopatoloji bulunması, bu hastalığın psikokütanöz hastalıklar içerisinde değerlendirilmesine sebep olmaktadır. KSÜ'lü hastalarda psikiyatrik morbidite prevalansını saptamak amacı ile Özkan ve ark. yaptığı çalışmada İstanbul Üniversitesi, Alerji Bölümüne (1 Ocak - 30 Nisan 2005) başvuran 84 KSÜ hastası ve sosyodemografik olarak çalışma grubu ile uyumlu 75 sağlıklı kontrol grubuna SCID 1 uygulanarak yapılandırılmış görüşme uygulanmış ve çalışma grubunda psikiyatrik komorbiditenin daha fazla olduğu saptanmıştır ¹⁷².

Picardi ve ark.(2000), dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda psikiyatrik morbidite genel prevalansını % 25.2 saptamıştır ¹⁷³. Uzunali ve ark., yaptıkları retrospektif çalışmada 112 kronik ürtiker hastasının yarısından fazlasında (%52.6) psikopatoloji saptanmıştır; bu çalışmada en sık saptanan psikiyatrik komorbidite depresyon ve anksiyete bozukluğu idi ¹⁷⁴.

Bizim çalışmamızda psikiyatrik tanıya yönelik yapılandırılmış görüşme uygulanmamıştır. Ancak görüşme esnasında geçmişte psikiyatrik değerlendirme yapıp yapılmadığı, yapıldıysa tanısı ve kullandığı psikotrop ilaçları içeren sorulara verilen cevaplar kaydedilmiştir. Hastaların beyanına göre KSÜ grubunda olguların %13,5'inde olmak üzere en yüksek düzeyde anksiyete bozuklukları, % 7,4 oranında ikinci sırada depresif bozuklukların bulunduğu; toplam KSÜ grubunda %22 komorbid psikiyatrik hastalık olduğu bilgisi elde edilmiştir.

Kronik spontan ürtikeri olan hastalarda psikiyatrik bozuklukların prevalans ve spektrumunu araştıran Staubach ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmada KSÜ'sü olan 100 hastanın %48'inde psikosomatik hastalık saptanmış olup; en fazla anksiyete bozukluğu (özellikle fobiler) belirlenmiş, bunları depresif bozukluklar ve somatoform bozuklukların izlediği belirlenmiştir ⁷³. Benzer şekilde çocuklarda da Hergüner ve ark., psikiyatrik bozukluk sıklığını araştırmak; depresyon, anksiyete ve davranış sorunları düzeylerini belirlemek amacı ile 27 KSÜ hastası çocuk ile yaş ve

cinsiyetleri eşleştirilmiş 27 sağlıklı kontrol grubu karşılaştırmış ve KSÜ'lü çocuklarda depresyon, sürekli anksiyete, içselleştirme sorunları, somatik şikayet ve kaygı / depresyon skorları anlamlı olarak daha yüksek saptanmış ve sosyal anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve özgül fobi en sık rastlanılan psikiyatrik komorbid bozukluklar olduğunu saptamışlardır ¹⁷⁵.

Kronik Spontan Ürtiker hastalığının yarattığı yük ve hastalara verdiği sıkıntıyı değerlendirme amacı ile Mendelson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 747 KSÜ ve 5107 Psöriazis hastası değerlendirilmiş olup; KSÜ hastalarında daha fazla depresyon, anksiyete ve uyku bozukluklarının olduğu, mental ve fiziksel sağlık durumları ile işlevsellikte azalmanın orta-ağır derecelerdeki Psöriyazis hastalarına benzer olduğunu saptayarak KSÜ yükünü yansıtmışlardır ¹⁷⁶. Engin ve arkadaşlarının, 73 KSÜ ve 34 sağlıklı kontrol grupları ile yaptığı çalışmada KSÜ grubunda hayat kalitesinin istatistiksel önemli ölçüde azaldığı, anksiyete ve depresyon skorlarının da önemli derecede yüksek olduğu saptanmıştır ⁵.

Fava ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya ise 20 Psöriazis, 20 KSÜ ve 20 cilt mantar enfeksiyonu olan hasta dahil edilip bu hastalarda hastalık başlangıcından hemen önce olan stresli yaşam olayları, psikolojik sıkıntı seviyeleri araştırılmıştır. Psöriazis hastaları ve kronik ürtikerli hastalar diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla stresli yaşam durumlarına maruz kaldıkları ve daha yüksek anksiyete, depresyon ve yetersizlik duygusu yaşadıkları belirlenmiştir ¹⁷⁷. Benzer şekilde Hashiro ve Okumura, 30 kronik ürtikerli hasta ve 39 sağlıklı kontrol grubunda anksiyete, depresyon, psikosomatik semptomlar ve otonom sinir fonksiyonlarını belirlemek için yaptıkları çalışmada; elektrokardiyografi ile birlikte üç psikolojik test kullanarak kronik ürtikerli hastaların sağlıklı kontrollere göre daha endişeli, depresif ve psikosomatik semptomlara eğilimli olduğunu göstermiş ve kronik ürtiker hastalarının dermatolojik ve psikolojik olarak teşhis ve tedavi edilmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir ¹⁷⁸.

Yıldırım ve ark., 75 KSÜ hastası ve 51 sağlıklı kontrol grubunu aleksitimi, anksiyete ve depresyon ilişkisini açısından incelemiş ve KSÜ hastalarının Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, TAÖ puan ortalamaları, kontrol grubunun

ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek saptamıştır ¹⁷⁹. Barbosa ve ark., 54 KSÜ hastası ve sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış ve KSÜ grubunda anksiyete semptomlarının daha fazla olduğunu ve sosyal, duygusal, genel sağlık algısı ve kişilerarası ilişkiler olmak üzere çeşitli alanları güçleştirebilecek yüksek psikolojik sıkıntı düzeyine sahip olduklarını saptamıştır ¹⁸⁰. Conrad, KSÜ'sü olan 41 hasta, 44 Psöriazis hastası ve sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış ve KSÜ grubunda daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeyi saptamışlardır ¹⁸¹. Sperber ve ark., tarafından 19 Kronik Ürtikerli hasta ve sağlıklı kontrol grubu değerlendirildiğinde ve kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete skorları ile Somatizasyon Bozukluğu, Obsesif-Kompulsif Bozukluk sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür ¹⁸². Buffet' in 2013 yılında yaptığı derlemesinde KSÜ hastalarında psikolojik semptomların yüksek sıklıkta olması nedeniyle, bu hastalarda tamamlayıcı bir psikolojik tedavinin gerekli olduğu fakat bu konuda prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulduğu öne sürülmüştür ¹⁸³. Koo ve ark., cilt hastalıkları sonrası benlik saygısının azalması, depresyon veya sosyal fobi gibi psikolojik problemlerin gelişebileceği ve çoğu psikodermatolojik bozukluğun, kaygı azaltıcı tekniklerle veya psikotrop ilaçlarla tedavi edilebileceğini öne sürmüştür ¹⁸⁴. Benzer şekilde Consoli de derinin görünür bir organ olduğundan ayrıcalıklı olduğu ve KSÜ hastalarında hastalığın başlangıcında ve/veya şiddetlenmesinde psikolojik faktörlerin rolünün olduğu; bu sebeple daha ağır ürtiker tedavilerine geçmeden özellikle antidepresanlarla psikiyatrik tedavi kombinasyonunun uygun olabileceğini öne sürmüştür ¹⁸⁵.

Deri hastalığı olan kişilerin anksiyete ve depresyon puanlarıyla ilgili yapılan bazı çalışmaların sonuçları tutarsızlık göstermektedir. Topal ve arkadaşları, araştırmalarında kronik ürtiker ve sağlıklı kontrol grubu arasında depresyon skorları bakımından anlamlı farklılık saptamamışken; anksiyete skorlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamışlardır ¹⁸⁶. Sheehan Dare ve arkadaşları, 34 kronik ürtiker hastasında Beck Depresyon Skalasını kullanarak depresif semptomatolojiyi sorgulamışlar ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını görmüşlerdir ¹⁸⁷.

Çalışmamızda hastaların depresif ve anksiyete yatkınlıklarını değerlendirmek için HAM-DÖ ve HAM-AÖ' ni kullandık. Çalışmamızda KSÜ grubu ve SKG arasındaki

HAM-DÖ ve HAM-AÖ puanlarındaki farklılık; genel literatür ile uyumlu olarak KSÜ grubunda istatistiki olarak anlamlı derecede yüksekti.

KSÜ ile Aleksitimi İlişkisi:

Çalışmamızda amaçlarımızdan biri; KSÜ hastalarıyla sağlıklı kontrol grubunun aleksitimik özellikler açısından farklılıklarını değerlendirmektir. Aleksitimi kavramı psikosomatik hastaların tedavisinde, psikiyatristlerin klinik deneyimlerinin bir parçası olarak ortaya çıkmışsa da günümüzde yalnızca bu hastalarda değil, diğer ruhsal ve fiziksel hastalıklarda ve sağlıklı bireylerde de yaygın bir özellik olduğu vurgulanmaktadır¹⁸⁸. Taylor ve ark., aleksitiminin bütün insanlarda az ya da çok derecelerde görülen evrensel bir özellik olduğuna işaret etmişlerdir⁹³. Aleksitimi prevalansı ile ilgili yapılan çalışmada Mattila, 5454 kişiyle yaptığı çalışmada aleksitimi prevalansını % 9,9 olarak bulunmuştur¹¹⁷. Jouko K. ve ark. 1284 gönüllünün dahil edildiği Finlandiya’da yapılan çalışmada aleksitimi prevalansını %13 bulmuşlardır¹⁸⁹.

Çalışmamızdaki KSÜ hastalarından 41 (%51) kişi, sağlıklı kontrol grubumuzdan 13 (%16) kişi TAÖ kesme puanlarının üstündeydi. Sağlıklı kontrol grubumuzdaki aleksitimi oranları literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmalarda aleksitiminin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği halen net değildir. Kokkonen ve ark. nın aleksitimi prevalansına yönelik yaptıkları çalışmada erkeklerdeki prevalansın daha fazla ve %9 olduğu; kadınlardaki prevalansın %5 olduğu saptanmıştır¹⁹⁰. Mattila’ nın yaptığı prevalans çalışmasında aleksitiminin erkek cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, depresyon ve ileri yaş ile ilişkili olduğu saptanmıştır¹¹⁷. Cooper ve Halmstrom’un, “Aleksitimi ve Somatik Şikayetler Arasındaki İlişki” konulu araştırmalarında; kadınlarda aleksitimik özelliklerin erkeklere oranla daha fazla görüldüğünü tespit etmişlerdir¹⁹¹. Fukunishi I., aleksitimik özelliklerin kadın cinsiyet ve depresyonla ilişkili olduğunu belirtmektedir¹¹⁸.

Bizim çalışmamızda aleksitimik özellikler cinsiyet açısından istatistiki anlamlı farklılıklar teşkil etmiyordu.

Birçok çalışmada somatik rahatsızlıklarla aleksitimi arasında korelasyon bulunmuştur. Condrad ve ark., KSÜ hastalarında sağlıklı kontrollere göre aleksitimi düzeylerini KSÜ grubunda sağlıklı kontrollere göre daha yüksek saptamıştır¹⁸¹.

Kocaman ve ark.'nın KSÜ hastalarında aleksitimi ile anksiyete ve depresyon ilişkisini araştırdıkları çalışmada 75 KSÜ hastası ve 51 sağlıklı kontrol grubuna Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve TAÖ-26 uygulanmış ve KSÜ grubunda anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeyleri kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır¹⁰. Maniaci ve ark.'ının 40 KSÜ hastasında TAÖ-20 uygulayarak yaptığı bir çalışmada hastalarda aleksitimi düzeyi yüksek bulunmuştur¹⁹². Hunkin ve Cheung Chung (2012)'un 89 KSÜ hastasında; hastalık ve posttravmatik stres, aleksitimi ve psikiyatrik komorbidite arasındaki ilişkiyi gösterme amacı ile yaptıkları kontrollü çalışmada hastalık şiddeti ile Post Travmatik Stres Bozukluğu ve psikiyatrik komorbidite arasında anlamlı ilişki bulunmuş ve travma, aleksitimik özellikler ve savunma mekanizmalarındaki ilişki ile KSÜ hastalık şiddeti ve komorditenin değişken derecelerde etkilenebileceği ileri sürülmüştür¹⁹³.

Bizim çalışmamızda KSÜ hastaları ile sağlıklı kontrol grubu arasında aleksitimi düzeylerinde de istatistiki olarak anlamlı farklılık mevcuttu; KSÜ grubunda aleksitimi düzeyi sağlıklı kontrol grubuna göre yüksekti. Bu sonuç literatür ile uyumlu idi. KSÜ hastalarından 41 (%51) kişi, sağlıklı kontrol grubundan 13 (%16) kişinin TAÖ puanları kesme puanının üstündeydi.

KSÜ gibi diğer psikokütanöz hastalıklarda da aleksitimi birçok defa çalışılmıştır. Cordan Yazıcı ve ark., bir psikokütanöz hastalık olan Alopesi Areatalı hasta grup ile sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırarak; aleksitimi ilişkisini incelemiş; ve Alopesi Areatalı grupta aleksitimi düzeyinin anlamlı yüksek olduğunu bulmuşlardır¹⁹⁴. Tot Acar ve ark., Vitiligo ve aleksitimi ilişkisini araştıran çalışmalarında Vitiligo grubunda aleksitimi düzeyinin daha fazla olduğunu tespit etmiş ve aleksitimi ile Vitiligo arasında etiyolojik bir ilişki olabileceğini vurgulamışlardır¹⁹⁵. Richards ve ark. da başka bir psikokütanöz hastalık olan Psöriazis hastalarının kontrol grubuna göre daha aleksitimik olduğunu bulmuşlardır¹⁹⁶.

Bizim çalışmamızda da yapılan diğer psikokütanöz hastalıklarla aleksitimi ilişkisini araştıran çalışmalarla uyumlu olarak KSÜ grubunda aleksitimi düzeyi sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksekti.

Psikiyatrik Hastalıklar ve Aleksitimi İlişkisi:

Psikiyatrik hastalıklar ve aleksitimi ilişkisini inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Ruesch, psikosomatik ve travma sonrası sendromları olan hastalar üzerinde yaptığı gözlemlerden, psikosomatik hastaların gerginliklerini sözel veya simgesel yollarla boşaltamadıklarını, gerginlik içinde kaldıklarını ve bu gerginliği boşaltma yolu olarak da bedensel yolları kullandıkları çıkarımını yapmıştır ¹⁹⁷. Türk (1992), 542 üniversite öğrencisinin aleksitimik özellikleri ile ruh sağlıkları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında ruh sağlığı bozuldukça aleksitimi puanlarının ve somatik problemlerin arttığını bildirmektedir ¹⁹⁸. Cooper ve Halmstrom'un "Aleksitimi ve Somatik Şikayetler Arasındaki İlişki" konulu araştırmalarında duyguların sözel olarak ifade edilmesinin engellendiği durumlarda beden, çoğunluğu somatik yakınmalardan oluşan farklı tepkiler gösterdiği ve aleksitimik yatkınlığın arttığını ileri sürmüşlerdir ¹⁹¹. Duygulanımsal düzenleme bozukluğu ile ilgili güçlükler içeren aleksitimi, medikal ve psikiyatrik hastalıklar için risk faktörü oluşturmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar içerisinde en çok Majör Depresif Bozukluk, aleksitimi ile ilişkilendirilmiştir. Depresyon, anksiyete ve aleksitimi ilişkisini gösteren bir çok çalışma mevcuttur ^{199, 200, 201, 202}. Depresyon hastalarının %41-50'sinde aleksitimi saptanmıştır ^{200, 203}. Literatürde aleksitimik hastalarda depresyon şiddetinin daha fazla olduğu ve aleksitimi eş tanısının hastalık şiddeti üzerine negatif etkileri olduğu vurgulanmıştır ⁹⁰. Fukunishi ve arkadaşlarının (1997) TAÖ ile yaptığı bir çalışmada aleksitimi yaygınlığı PB için %54 ve sosyal fobi için %58 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada tedavi sonrası aleksitimi puanları düşme göstermiş ve bu düşme, depresyon puanlarında değil anksiyete puanlarında düşüşle ilişkili bulunmuştur ¹⁹⁹.

Honkalampi ve arkadaşları aleksitimi ile depresyon arasında sıkı ilişki olduğunu ve bu nedenle depresyonda aleksitiminin akılda tutulmasının önemli olduğunu belirtmektedir ²⁰⁴. Filiz İzci ve arkadaşları, aleksitimik olan depresif bozukluklu hastalarında intihar girişimi sıklığının daha yüksek olduğunu ve bu hasta grubunda intihar düşüncesi ve umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir ²⁰⁵. Luminet ve arkadaşları da 46 depresif hastada 14 haftalık antidepresan tedavisi sonrası aleksitimi skorlarında anlamlı düşüş saptamıştır ²⁰⁶.

Çalışmamızda KSÜ grubunda HAM-AÖ ve HAM-DÖ puan ortalamaları ile beraber TAÖ puan ortalamaları da sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti.

Ayrıca TAÖ puan ortalamaları ile HAM-AÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon vardı ($r=0,311$, $p=0,005$). Bu sonuçlar aleksitiminin KSÜ hastalığı ve anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu düşüncesini desteklemektedir

Literatürde Öfke ile İlgili Çalışmalar:

Literatürde öfke ve cinsiyet arasındaki ilişki net değildir. Örneğin Sharkin erkeklerin kadınlara kıyasla öfke duygularını daha doğrudan ifade ettiklerini öne sürmüştür²⁰⁷. Yöndem ve Bıçak ile Keskin ve ark. tarafından erkeklerin sürekli öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir^{208, 209}. Özmen ve ark. tarafından 6,7 ve 8. sınıfa giden 1798 sayıdaki öğrencide yapılan çalışmada erkek öğrenciler daha yüksek sürekli öfke düzeyine sahipken ve öfkelerini daha çok ifade ederken, kız öğrencilerin öfkelerini daha fazla kontrol edebildiği bulunmuştur²¹⁰. Averill ise öfkelenme sıklığı, şiddeti ve öfkeye neden olan durumlar bakımından kadınlar ve erkeklerin benzeştiğini göstermiştir²¹¹. Baygöl, Balkaya ve Şahin, Boman, Campano ve Munakata, öfke ölçümlerinde cinsiyet açısından yine anlamlı farklılıklara rastlamamışlardır^{7, 132, 212, 213}.

Bu bulgular çalışmamızdaki öfke puanlarının cinsiyete göre farklılaşmaması bulgusunu destekler niteliktedir. Bizim çalışmamızda ÇBÖÖ puanlarında cinsiyet açısından istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

KSÜ ile Öfke İlişkisi:

Conrad, KSÜ tanısı olan 41 hasta, 44 Psöriazis hastası ve sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış ve KSÜ grubunda daha yüksek aleksitimi, anksiyete, ve depresyon yanısıra daha yüksek öfke düzeyi saptamışlardır; aynı zamanda KSÜ'de kaşıntı seviyesi ile öfke düzeyi arasında ilişki olduğunu vurgulamışlardır¹⁸¹. Altınöz ve

ark. öfke ve KSÜ ilişkisini araştıran kohort çalışmasında; anksiyete ve depresyon skorları ile “öfke belirtileri”, “öfkeye neden olan durumlar” ve “öfke ile ilişkili düşünceler” skorlarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır⁸.

Çalışmamızda Altınöz ve ark.’nın çalışmasına benzer şekilde Öfke Ölçeği toplam puan ortalamaları (p=0,000), “öfke belirtileri” puanları (p=0,000), “öfke ile ilişkili düşünceler”(p=0,000) ve tüm alt grupları puanları ile “öfke ile ilgili davranışlar” puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; KSÜ hastalarında öfke puanları, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç KSÜ hastalarının birçok durumda daha yüksek öfke düzeyi ile yanıt verdikleri; düşünce ve davranış boyutunda öfke ile ilgili daha fazla sorun yaşayabildiklerini düşündürmektedir.

Öfke ile Diğer Psikiyatrik ve Psikosomatik Hastalıkların ilişkisi:

Diğer psikosomatik hastalıklar ve öfke ilişkisini araştıran çalışmalar da mevcuttur. Ayyıldız ve ark. 52 vitiligo hastası ve sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış ve sonuç olarak başka bir psikodermatolojik hastalık olan Vitiligo grubunda HAM-AÖ, HAM-DÖ ile belirlenen anksiyete, depresyon skorları ve aleksitimi yanı sıra öfke düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır²¹⁴. Benzer şekilde Aldemir ve arkadaşları (2015) psikokutanöz hastalıklardan olan Diffuz Alopesi Areatalı hastalarla sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış ve sonuçta Alopesili hastalarda sağlıklı kontrollere göre anksiyete ve depresif belirtilerle sürekli öfke puanlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir²¹⁵. Malhotra ve arkadaşlarının 50 Psöriazis ve 50 Kronik Ürtiker hastasında cilt hastalığının başlangıcından veya alevlenmesinden önceki bir yıllık yaşamın stresli olaylarını değerlendirmeyi amaçlayan çalışmasında gevşeme terapileri ve stres yönetim programlarının bireylerin olayları yeniden yorumlamasına ve stresli olaylarla baş etmeye yönelik stratejiler geliştirmesine yardımcı olabileceği ve morbiditeyi azaltacağı öne sürülmüştür²¹⁶.

Sinirlilik, anksiyete ve depresyonun herbirinin bir psikosomatik hastalık olan hipertansiyon üzerinde belirgin fakat orta derecede etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Öfke sempatik sinir sisteminin aktivasyonunu arttırarak kan basıncının yükselmesine neden olmakta, kan ve idrarda norepinefrin düzeyini

arttırmaktadır ⁽¹³⁴⁾. Hipertansiyonlu hastalarda bireysel stresle başa çıkma ile ilgili bir çalışmada, görüşmelerin sonunda, azalmış stres, sinirlilik ve artmış başa çıkma ile kan basıncında azalma olduğu gözlenmiştir ²¹⁷.

Çalışmamızda KSÜ hastalarında toplam 15 kişide ek kronik hastalık olduğu ve hastalıkların yine HT, DM, migren gibi psikosomatik hastalıklardan oluştuğu; 8(%53) kişi ile en fazla oranda hipertansiyonun eşlik ettiğini saptadık. Bu sonuç yüksek öfke düzeyi ile psikosomatik hastalıkların gelişimi arasında ilişki olduğunu ileri süren görüşleri destekler niteliktedir.

Literatürde öfke ile kaygı bozuklukları ve depresyon arasındaki ilişki vurgulanmıştır. Fava ve arkadaşları öfke atakları olan pek çok hastanın kaygı düzeyinin de yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Benzer şekilde, Hazaleus ve Deffenbacher, kaygının öfkenin sonuçlarından birisi olduğunu belirtmiş ve öfke düzeyi azaldıkça kaygı belirtilerinin de azaldığını göstermişlerdir ^{218, 219}. Mostovitch ve ark. genel olarak depresyonda öfkenin içe atıldığı ve daha az sözelleştirildiği ve anksiyete bozukluklarında öfke düzeyinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir ²²⁰. Koh KB ve ark. öfke ifade tarzı ve somatik belirtiler arasındaki ilişkiyi araştırmış ve öfkenin ifade edilmemesi, bastırılması; anksiyete, depresyon ve somatik belirtiler ile ilişkilendirilmiştir ²²¹.

Çalışmamızda KSÜ grubunda HAM-AÖ ve HAM-DÖ puan ortalamaları ve bazı ÇBÖÖ alt grupları puanları sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti.

Ayrıca ÇBÖÖ toplam puanları ile HAM-AÖ ve HAM-DÖ puanları da pozitif korelasyon göstermekteydi (sırasıyla HAM-AÖ ve HAM-DÖ r ve p değerleri= (r:0,331, p:0,003), (r:0,424, p:0,000).

Bu sonuç bize yüksek öfke düzeyi ile KSÜ arasında ilişki olduğunu; aynı zamanda öfke düzeyi ile depresif semptomlar ve anksiyete semptomları arasında da pozitif bir ilişki olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde aleksitimi ve öfke ilişkisini araştıran çalışmalar da mevcuttur. Batıgün ve Büyükşahin'in (2008) aleksitimi ve psikolojik belirtileri konu alan bir araştırmasında, aleksitimik olan bireylerin, olmayan bireylere göre öfke ve saldırganlığın yanı sıra kaygı, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon gibi psikolojik belirtileri daha fazla gösterdikleri saptanmıştır ¹²². Berenbaum ve Irvin, aleksitimi ve öfke arasında bir ilişki olduğunu doğrulamış, aleksitimik kişilerin sözel olmayan öfke sergilediklerini saptamışlardır ²²².

Literatürde aleksitimik bireylerde öfkenin daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur; Güz, Ay ve Dilbazın 33 dermatoloji hastası (Psöriazis, Ürtiker, Alopesia) ve 37 kontrol grubu ile yaptığı çalışmada aleksitimik kişilerin öfkelerini gösteremedikleri, özellikle sözel öfke yerine sözel olmayan yollar ile bu öfkeyi göstermeye çalıştıkları belirtilmiştir ^{223, 224}.

Çalışmamızda ÇBÖÖ toplam puanları ve TAÖ puanları pozitif korelasyon göstermekteydi (r:0,339, p:0,002).

Kısıtlılıklar:

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri, kesitsel bir çalışma olması dolayısıyla sebep-sonuç ilişkisini belirlemede zayıflığıdır.

KSÜ grubunda, kronik hastalığın doğası gereği depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olması bekleneceğinden, daha anlamlı bir karşılaştırma yapabilmek için, kontrol grubu olarak başka bir kronik hastalık grubunun çalışmaya alınmaması da diğer bir kısıtlılıktır.

Ölçeklerdeki soru sayısının fazlalığının katılımcıların dikkatini dağıtıcı ve motivasyonlarını azaltıcı bir faktör olabileceği düşünülebilir.

Bununla birlikte farklı sosyokültürel etkiler nedeniyle daha belirleyici sonuçlar için geniş ölçekli ve çok merkezli çalışmalara gereksinim vardır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamız öfke, aleksitimi ve anksiyete ile depresyonun birlikte değerlendirilmesi ve elde edilen sonuçların birbirleriyle karşılaştırılması bakımından önem arz etmektedir.

Deri hem iletişim hem de algı ile ilgili bir organ olduğundan psikosomatik etkilerin altında fazla kalır bu nedenle KSÜ hastalığının hem başlamasında hem de alevlenmesinde stres ve psikososyal nedenlerin etkisi belirgindir ²⁰. Dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların etkili tedavileri için emosyonel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bizim çalışmamızda KSÜ hastaları anksiyete, depresyon, aleksitimi ve öfke açısından değerlendirilmiştir.

-KSÜ hastalarında HAM-AÖ, HAM-DÖ puanları kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır.

-KSÜ hastalarında aleksitimik özellikler sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır

-KSÜ hastalarında toplam öfke puanları, öfke ile ilişkili düşünceler ve alt grupları ile öfke belirtileri puanları sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur.

KSÜ grubunda TAÖ-26 puan ortalamaları ve ÇBÖÖ gruplarından “öfke ile ilgili düşünceler” ve alt gruplarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunması; bir psikosomatik hastalık olarak kabul edilen KSÜ etiolojisinde öfke gibi negatif duyguların rol oynayabileceği, duyguların fark edilmesi ve ifade edilmesinin önemli olabileceği fikrini desteklemektedir.

Bulgularımız KSÜ'nün etiolojisinde psikolojik etkenlerin rol oynayabileceğini ve tedavisinde psikoterapotik yaklaşımların faydalı olabileceğini akla getirmektedir. Psikodermatoloji psikiyatrist ve dermatologların birlikte çalıştıkları bir alandır ve bu işbirliğinin pekçok dermatolojik hastalığın seyrini olumlu etkileyebileceğini düşündürmektedir. Gözlenen psikiyatrik eşhastalıkların kronik ürtikere mi bağlı geliştiği yoksa kronik ürtiker için bir yatkınlık mı oluşturduğu hala bilinmemektedir. Bu nedenle doktorların, hastaların geliştirdiği bazı savunma mekanizmalarının farkında olmaları ve deri hastalarına olan yaklaşımlarında bu durumları göz önünde bulundurmaları tedavide önemlidir.

Ancak KSÜ'ye eşlik edebilen psikiyatrik komorbid hastalıklar anksiyete ve depresif bozukluklarla sınırlı değildir; dolayısıyla bu hastaların tedavilerine destek olmak ve ruhsal durumlarında ürtikerin yarattığı etkiyi daha net gözlemlemek amacıyla diğer psikiyatrik parametreler açısından da değerlendirilmeleri gerektiğini savunup bu alanda ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.



KAYNAKLAR

1. Tüzün Y, Gürer M, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V(Yazarlar).Ürtiker ve Serum Hastalığı.Dermetoloji .Nobel Tıp Kitap Evi; İstanbul;2008 ;3.baskı; s:255-268.
2. Wedi B., Urticaria. J Dtsch Dermatol Ges 2008;6:306-17.
3. Kocatürk Göncü ve ark. Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2016 2016;50:82-98 .
4. Pasaoglu G., Bavbek S., Tugcu H., Abadoglu Ö. And Mısırlıgil Z. Psychological status of patients with chronic urticaria.The Journal of DermatologyVolume 33, Issue 11, November 2006, pages 765–771.
5. Engin B, Uguz F, Yilmaz E, Ozdemir M, Mevlitoglu I. The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008 Jan;22(1):36-40.
6. Soykan Ç (2003) Öfke ve öfke yönetimi. Kriz Derg, 11(2): 19-28.
7. Boman, P. (2003). Gender differences in school anger. International Education Journal, 4 (2), 71.
8. Altınöz AE, Taşkıntuna N, Altınöz ST, Ceran S. A cohort study of the relationship between anger and chronic spontaneous urticaria. Advances in Therapy September 2014, Volume 31, Issue 9, pp 1000-1007.
9. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P, Et Al. Stress, Social Support, Emotional Regulation, And Exacerbation Of Diffuse Plaque Psoriasis. Psychosomatics 2005; 46: 556–564.
10. Kocaman Yıldırım N., Özkan M., Özkan S., Batmaz Oflaz S., Gelincik A., Büyüköztürk S. Relationship among alexithymia, anxiety and depression in patients with chronic idiopathic urticaria Nobel Med 2012; 8(1): 46-51.

11. Conrad R, Geiser F, Haidl G, Hutmacher M, Liedtke R, Wermter F, Journal compilation © 2008 European Academy of Dermatology and Venereology 22, 1062–1069
12. Çevik, A. (2000). Ruh sağlığı ve hastalıkları. Sayı I, I. (Ed.) ANTIP A.S.
13. Ferrari S, Galeazzi GM, Mackinnon A, Rigatelli M. Frequent attenders in primary care: impact of medical, psychiatric and psychosomatic diagnoses. *Psychother Psychosom* 2008; 77:306–314.
14. Koptagel-İlal G. Psikosomatik: Psikonevroz Psikosomatik Psikoterapi, AB Ofset, Ankara, s.72–114. .
15. Stoudemire A, Hales RE. Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik etkenler ve DSM-IV Genel bir bakış: Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik faktörler, Ed. Stoudemire A. Compos Mentis Yayınları, Ankara, 1997. s.1–15.
16. Koptagel-ilal G. Günümüz Tıbbın da Psikosomatiğin yeri. *Psikiyatrik-Psikososyal Tıp: Konsülsültasyon Liyezyon Psikiyatrisi Sempozyumu II* ;1993. p.191-7.
17. Freedman, M.B.&B.S(1954)Some Spesific Features of Group Psychotherapy and Their Implications for Selection of Patients. *International Journal of Group Psychotherapy*,4.355–368.
18. Mac Lean, P.D.(1949).Psychosomatic Disease and the 'Visceral Brain'.*Psychosomatic Medicine*,11.338–353.
19. Karslı,E.(2008) , Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Psikosomatik bozukluklar, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Uygulamalı/klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara : s.n.
20. Koblenzer, CS: Psychosomatic concepts in dermatology; A dermatologist-psychoanalyst's Viewpoint. *Arch Dermatol*119-501,1983.

21. Domonkos AN (1971) Pruritus, Cutaneous Neuroses and Neurocutaneous Dermatoses. Andrew's Disease of the Skin, 6th ed. Philadelphia, WB Saunders C., s.61-76.
22. Fenichel O., (1974) Nevrozların psikoanalitik teorisi (çev) Tuncer S, Ege Ün matbaası, Bornova, İzmir, s.234-236.
23. Macek C., Of mind and morbidity: Can stress and grief depress immunity? J A M A 1982, 248:405-407.
24. Özkan S., Psikiyatrik Tıp, 1993, İstanbul s.113-115.
25. Brosig B, Niemeier V, Kupfer J, et al: Urticaria and the recall of sexual trauma. Dermatol Psychosom, 2000, 1:72-75.
26. Adkins E.R., (1993) Quality of Life after Stroke:Expering a Gap in Nursing Literature. Rehabilitation Nursing, 18(3) ;144-147.
27. Akkaya S., Köleman F., Akan T., ve ark. (1990) Dermatoloji El Kitabı Hacettepe Üniversitesi Yayını A/63 ,Ankara,Öztek Matbaacılık.
28. Koblenzer, C.S., Psychosomatic Disease as a Concept, in Psychocutaneous disease. 1987, Grune & Stratton.
29. Koo, J.K.Y.M. and C.S. Lee, General Approach to Evaluating Psychodermatological Disorders, in Psychocutaneous Medicine. 2003, Marcel Dekker.
30. Gaig P, Olona M, Muñoz Lejarazu D. et al. Epidemiology of urticaria in Spain. J Investig J Investig Allergol Clin Immunol 2004;14(3): 214-20.
31. Grattan CH,Sabroe RA,Greaves MW,Chronic urticaria.J Am Acat Dermatol 2002;46:645-657.
32. Darlenski R, Kazandjieva J, Zuberbier T,Tsankov N. Chronic urticaria as a systemic disease. Clin Dermatol 2014;32(3):420-3.

33. İşçimen A, Göksügür N. (2002). Ürtiker ve anjioödem etyoloji ve patogenez. *Dermatose*,1:43-51.
34. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al: The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014;69:868-887. .
35. Bülbül Başkan E., Kronik İdiyopatik Ürtikerde Tanısal Yaklaşım,Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2012;5(2):1-10.
36. Kaplan AP,Graves M. Pathogenesis of chronic urticaria.Clin Exp Allergy. 2009;39(6):777-87.
37. Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urtitaneous urticaria: a GA 2 LEN task force report. *Allergy* 2011; 66: 317–330.
38. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, et al: The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol* 2014;133:1270-7.
39. Kaplan AP. Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. *N Engl J Med* 2002;346(3): 175-9.
40. Bologna JL, Schafer JV, Jorizzo JL, eds. *Dermatology*,3rd ed. London: Mosby;2012;9:261-306.
41. Kozel M, Mekkes J, Bossuyt P, Bos J. Natural course of physical and chronic urticaria and angioedema in 220 patients. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:387–391.
42. Sanchez-Borges M, Asero R, Ansotegui IJ, et al: Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. *World Allergy Organ J* 2012;5:125-147.
43. Aoki K, Kojima M, Horiko T. Acute urticaria: history and natural course of 50 cases. *J Dermatol*1994;21(2):73-7.

44. Sackesen C, Sekerel BE, Orhan F, KocabasCN, Tuncer A, Adalioglu G. The etiology of different forms of urticaria in childhood. *Pediatr Dermatol* 2004;21(2):102-8.
45. Frigas E, Park MA. Acute urticaria and angioedema: diagnostic and treatment considerations. *Am J Clin Dermatol* 2009;10(4): 239-50.
46. Liu TH, Lin YR, Yang KC, Chou CC, Chang YJ, Wu HP. First attack of acute urticaria in pediatric emergency room. *Pediatr Neonatol* 2008;49(3):58-64.
47. ERDEM MT., Akut Ürtiker Türkiye Klinikleri *J Dermatol-Special Topics* 2015;8(1):7-12.
48. Önder M, Taşkapan O. Ürtiker ve serum hastalığı. *Dermatoloji'de*. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2008; 255-268.
49. Greaves MW. Pathophysiology of chronic urticaria. *Int Arch Allergy Immunol* 2002; 127: 3-9.
50. Bülbül Başkan, E., Kronik Spontan Ürtikerde Etiyoloji ve Patogenez Türkiye Klinikleri *J Dermatol-Special Topics* 2015;8(1):13-9.
51. Tüzün Y. Ürtiker. Ed: Tüzün Y, Kotogyan A, Aydemir EH, Baransü O, 2th Edition, pp. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, Türkiye, 1994:280-291.
52. Zuberbier T, Pfrommer C, Specht K, et al: Aromatic components of food as novel eliciting factors of pseudoallergic reactions in chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 2002;109:343-8.
53. Zuberbier T, Maurer M: Urticaria: current opinions about etiology, diagnosis and therapy. *Acta Derm Venereol* 2007;87:196-205.
54. Hide M, Francis DM, Grattan CEH, Hakimi J, Kochan JP, Greaves MW. Autoantibodies against the high-affinity IgE receptor as a cause of histamine release in chronic urticaria. *N Engl J Med* 1993;328(22): 1599-604.

55. Fiebiger E, Hammerschmid F, Stingl G, Maurer D. Anti-FcεR1a autoantibodies in autoimmune-mediated disorders: identification of a structure-function relationship. *J Clin Invest* 1998;101 (1): 243-51.
56. Bagnasco M, Minciullo PL, Schiavo M, Saraceno G, Gangemi S, Benvenga S: Urticaria and thyroid autoimmunity. *Thyroid* 2011; 21: 401–410.
57. Kaplan AP., Urticaria and angioedema. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. Ed. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Lefell DJ. 7. Baskı. New York, McGraw-Hill, 2008;330-43.
58. Akın A, Esin C, Çelik K. Kadın Sağlığı Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik stratejik eylem planı. *Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın*. Akın A (Ed.). Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003, s. 1.
59. Notelovitz M. Optimizing women's health: Adult women's health and medicine. *Climacteric*, 2005, 8: 205-209.
60. Baiardini I, Giardini A, Pasquali M, et al: Quality of life and patients' satisfaction in chronic urticaria and respiratory allergy. *Allergy* 2003;58:6213.
61. Maurer M, Ortonne JP, Zuberbier T: Chronic urticaria: a patient survey on quality-of-life, treatment usage and doctor-patient relation. *Allergy* 2009;64:581-8.
62. Zuberbier T, Balke M, Worm M, Edenharter G, Maurer M. Epidemiology of urticaria: a representative cross-sectional population survey. *Clin Exp Dermatol* 2010; (DOI: 10.1111/j.1365-2230.2010. 03840.x). Epub ahead of print.
63. Kulthanan K, Jiamton S, Thumpimukvatana ,Pinkaw S. Chronic idiopathic urticaria: prevalence and clinical course. *J Dermatol* 2007;34:294–301.
64. Kozel MM, Bossuyt PM, Mekkes JR, Bos JD. Laboratory tests and identified diagnoses in patients with physical and chronic urticaria and angioedema: a systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2003;48(3):409-16.

65. Powell RJ., Du Toit GL., Siddique N., Leech SC., Dixon TA., Clark AT., Mirakian R., Walker SM., Huber PAJ., Nasser SM. BSAIC guidelines for the management of chronic urticaria and angioedema, *Clinical and Experimental Allergy*. 2007; 37: 631-50.
66. Orfan NA, Kolski GB: Physical urticarias. *Ann Allergy* 1993;71:205-12; quiz 12-5.
67. Baiardini I, Braido F, Bindslev-Jensen C, et al: Recommendations for assessing patient-reported outcomes and health-related quality of life in patients with urticaria: a GA(2) LEN taskforce position paper. *Allergy* 2011;66:840-4.
68. Weller K, Groffik A, Church MK, et al: Development and validation of the Urticaria Control Test: a patient-reported outcome instrument for assessing urticaria control. *J Allergy Clin Immunol* 2014;133:1365-72
69. Taşkapan O. Akut ürtiker ve anjioödem. *T Klin J Surg Med Sci* 2006;2:1-5.
70. Humphreys F, Hunter JA. The characteristic of urticaria in 390 patients. *Br J Dermatol* 1998;138(4):635-8.
71. Mortureux P, Léauté-Labrèze C, Legrain-Lifermann V, Lamireau T, Sarlangue J, Taieb A, Acute urticaria in infancy and early childhood: a prospective study. *Arch Dermatol* 1998;134(3):319-23.
72. Varghese R, Rajappa M, Chandrashekar L, et al: Association among stress, hypocortisolism, systemic inflammation, and disease severity in chronic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2016;116:344-8 .
73. Staubach P, Dechene M, Metz M, et al: High prevalence of mental disorders and emotional distress in patients with chronic spontaneous urticaria. *Acta Derm Venereol* 2011;91:557-61.
74. Maurer M. Chronic urticaria. In: Zuberbier T, Grattan C, Maurer M, eds. Berlin: Springer;2010. p.45-56.

75. de Silva NL, Damayanthi H, Rajapakse AC, Rodrigo C, Rajapakse S: Leukotriene receptor antagonists for chronic urticaria: a systematic review. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2014;10:24.
76. Metz M, Maurer M: Omalizumab in chronic urticaria. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2012;12:406-11.
77. Holgate S, Buhl R, Bousquet J, Smith N, Panahloo Z, Jimenez P: The use of omalizumab in the treatment of severe allergic asthma: A clinical experience update. *Respir Med* 2009;103:1098-113.
78. Saavedra MC, Sur S: Down regulation of the high-affinity IgE receptor associated with successful treatment of chronic idiopathic urticaria with omalizumab. *Clin Mol Allergy* 2011;9:2.
79. Kaplan AP., Treatment of chronic spontaneous urticaria. *Allergy Asthma Immunol Res* 2012;4:326-31.
80. Stellato C, de Paulis A, Ciccarelli A, et al: Anti-inflammatory effect of cyclosporin A on human skin mast cells. *J Invest Dermatol* 1992;98:800-4.
81. M. Hashiro, Y. Yamatodani, A combination therapy of psychotropic drugs and antihistaminics or antiallergics in patients with chronic urticaria, *Journal of Dermatological Science* 11 (1996) 209-213 .
82. Goleman, D. (2003). *Duygusal zekâ*. İstanbul: Varlık Yayınları.
83. Koçak, R. (2003). Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve yalnızlığın bazı değişkenler açısından karşılaştırılması ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 19(2), 15-24.
84. Kuyumcu, B. (2012). Üniversite öğrencilerinin duygularını fark etmeleri ve ifade etmeleriyle psikolojik iyi oluşları: kültürlerarası bir karşılaştırma. *Yayınlanmış Doktora Tezi*, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

85. Mayer JD, DiPaolo M and Salovey P (1990). Perceiving affect content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781.
86. Velasco C, Fernández I, Páez D ve Campos M (2006). Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. *Psicothema*, 18, (supl.):89-94.
87. Aksu G, Hoccoğlu Ç. Mastalji Yakınmasıyla Radyolojik İncelemeye Alınan Bir Grup Hastada Aleksitimi, Anksiyete, Kaygı Ve Depresyon Düzeylerinin Araştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2004; 7 (2): 95-102.
88. Bankier B., Aigner M., & Bach M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, 42(3), 235-240.
89. Solmaz, M., Sayar, K., Özer, Ö. A., Öztürk, M. & Acar, B. (2000). Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 3(4), 235-241.
90. Parker JD, Bagby RM, Taylor GJ. Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Compr Psychiatry* 1991; 32:387-394.
91. Şahin, R. A. (1991). Peptik ülser ve aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(3), 25-30.
92. Dökmen Ü. (2000). Yarına kim kalacak? Evrenle uyumlaşma sürecinde varolmak, gelişmek, uzlaşmak. İstanbul: SistemYayıncılık.
93. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
94. Taylor, J.G., Bagby, R.M & Parker, G.A. (1997) A.g.e.
95. Dereboy İF .(1990) Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Bir Çalışma (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi.

96. Marty P. , M'uzan M. , David C. (1968). L'investigation psychosomatique. *Revue Philosophique de la France Et de l'Etranger* 158:143-144.
97. Lesser IM (1981) A Review Of The Alexithymia Concept. *Psychosomatic Medicine*, 43,(6): 531-543.
98. Durmuşoğlu Saltalı, N. ve Deniz, M.E. (2010). Duygu eğitim programının okulöncesi eğitime devam eden altı yaş çocuklarının duygusal becerilerine etkisi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri / Educational Sciences: Theory and Practice*, 10(4), 2105- 2140.
99. Koçak, R., (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 35 (2), 184-202.
100. Yurt E. Uzmanlık Tezi. “Şizofreni Hastalarında Aleksitimi; Negatif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, Depresyon Ve İç Görü İle İlişkisi” T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi. İstanbul , 2006.
101. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA ve Dickens SA (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 25-39.
102. Sayar K, Güleç H, Ak İ. Yirmi Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, İstanbul- 2001, ss: 130.
103. Kontrah, S., Novin, S., and Li, T. (2012). Is the Relationship Between Alexithymia and Aggression Context-Dependent? Impact of Group Membership and Belief Similarity. *Personality and Individual Differences*, 53, 329–334.
104. Keltikangas-Ja'rvinen, L. (1982). Alexithymia in Violent Offenders. *J Pers Assess.* 46:462Y467.
105. Vanheule S, Desmet M, Meganck R, Bogaerts S, Alexithymia And Interpersonal Problems. *Journal of Clinical Psychology* 2007; 63 (1): 109-117.

106. Vanheule S, Desmet M, Verhaeghe P ve Bogaerts S (2007b). Alexithymic depression: evidence for a depression subtype? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 315-316.
107. Wastell CA ve Taylor AJ (2002). Alexithymic mentalising: theory of mind and social adaptation. *Social Behavior and Personality*, 30, 141-148.
108. Hoppe K.D., Bogen J.E. (1977). Alexithymia in Twelve Commissurotomed Patients, *Psychotherapy Psychosomatics*, 28, 148-155. .
109. Kaplan, C.D.& Wogan, M.(1976/1977). Management of Pain Through Cerebral Activation: an Experimental Analog of Alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatics*,27, 144-153.
110. Lesser, I.M.(1985 b) "A Critique Of Contributions to The Alexithymia Symposium", *Psychotherapy Psychosomatics*, 44, 82-88.
111. Borens R., Grosse-Schultz E., Jaensch W. ve Kortemmm K. H. (1977). Is "alexithymia" but a social phenomenon? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 193-198.
112. Beck J.S.,(1995). *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*, New York: The Guilford Press.
113. Stoudemire, A. (1991). Somatothymia, Part 1 and 2", *Psychosomatics*, 32, (4), 365-381.
114. Lane , R.D., Schwatz, G.E. (1987). Levels of Emotional Awareness : A Cognitive Development Theory and Its Application to Psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
115. Krystal, H.J. (1979). Alexithymia and Psychotherapy",*American Journal of Psychotherapy*,33 (1) , 17-31.

116. Salminen JK, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res* 1999; 46:75-82.
117. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age Is Strongly Associated With Alexithymia In The General Population. *J Psychosom Res.* 2006 Nov;61(5):629-635.
118. Fukunishi I, Kawamura N, Ishikawa N. Mother's Love Care In The Development Of Alexithymia: A Preliminary Study In Japanese College Students. *Psychological Report* 1997; 80 (1): 143-146.
119. Joukamaa M, Taanila A, Miettunen J, Karvonen JT, Koskinen M ve Veijola J (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 373-376.
120. Luzumlu, U. (2013). Cinsiyetleri farklı üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzlarının aleksitimi düzeylerine göre incelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
121. Mason O, Tyson M, Jones C ve Potts S (2005). Alexithymia: its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychology and Psychotherapy*, 78, 113-125.
122. Batıgün A.D. ve Büyükşahin A. (2008). Aleksitimi: psikolojik belirtiler ve bağlanma stilleri. *Klinik Psikiyatri*, 11, 105-114.
123. Lemche E, Klann-Delius G, Koch R ve Joraschky P (2004). Mentalizing language development in a longitudinal attachment sample: implications for alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 366-374.
124. Frewen PA, Pain C, Dozois DJA ve Lanius RA (2006). Alexithymia in PTSD – psychometric and fMRI studies. *Annals of New York Academia of Sciences*, 1071, 397-400.

125. Hund AR ve Espelage DL (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse and Neglect*, 30, 393-407.
126. Joukamaa M, Luutonen S, von Reventlow H, Patterson P, Karlsson H ve Salokangas RKR (2008). Alexithymia and childhood abuse among patients attending primary and psychiatric care: results of the RADEP Study. *Psychosomatics*, 49, 317-325.
127. Scherer KR. Psychological Models of Emotion: In Borod JC (editor), *The Neuropsychology of Emotion* First Ed. Oxford/New York: Oxford University Press, 2000, 137-162.
128. Frijda NH. The Self and Emotions: In Bosma HA, Kunnen ES (editors). *Identity and Emotion: Development Through Self Organization*. First Ed. New York: Cambridge University Press, 2011, 39-57.
129. Lewis M, Allessandri SM, Sullivan MW (1990). Violation of expectancy, loss of control, and anger expression in young infants. *Developmental Psychology*, s:745-751.
130. Budak S. (2000) *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
131. Anderson L. S. ,(1992) *Dealing with Angry Child*, USA : Government Printing Office.
132. Balkaya F., Şahin NH. (2003). Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (3):192-202.
133. Novaco, R.W., *Anger control: the development and evaluation of an experimental treatment*. 1975: Lexington Books.
134. Balkaya F., (2001) “Öfke : Temel Boyutları, Nedenleri ve Sonuçları”, *Türk Psikoloji Yazıları*, IV,7: 21-45.
135. Cüceloğlu D. (1996) *İnsan ve Davranış – Psikolojinin Temel Kavramları*, İstanbul: Remzi Kitabevi, .

136. Morris, G.C. (2002).Psikolojiyi anlamak.(çev. H. Belgin Ayvaşık; Melike Sayıl). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. No:23 .
137. Dykeman, B. F. (1995). The social cognitive treatment of anger and aggression in four adolescents with conduct disorder. *Journal of Instructional Psychology*. (22). 194-203.
138. Mayne, T. J. & Ambrose, T. K. (1999). Research review on anger in psychotherapy. *Psychtherapy in practice*, 55(3), 353-363.
139. Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman SJ. Measuring the experience, expression, and control of anger. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1995; 18:207-232. [CrossRef].
140. Sahin, N. H. (1997). Öfke: o sizi kontrol edeceğine siz onu kontrol edin. (APA'nın aynı adlı broşüründen çeviri). *Türk Psikoloji Bülteni*, 7, 79-85.
141. Morgan CT. Psikolojiye giriş. Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü Yayınları. No:1, 1989, 22-28.
142. Beck AT. Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar. Öztürk V, Türkcan A. (Çeviri). 2. Baskı, İstanbul: Litera Yayıncılık, 2008.
143. Benjamin J. Sadock, Virginia A.Sadock .Kaplan&Sadock's Comprehensive Texbook of Psychiatry Davranış Tedavisi 2499-2547.
144. Kesen, N.F., Deniz, M.E. ve Durmuşoğlu, N. (2007). Ergenlerde saldırganlık ve öfke düzeyleri arasındaki ilişki: Yetiştirme yurtları üzerinde bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17: 353-364.
145. Dobson, K. S. & Craig, K. D. (1998). *Advances in Cognitive-Behavioral Therapy*. London: Sage Publications.
146. Golden B. *Healthy Anger: How to Help Children and Teens Manage Their Anger*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

147. Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Thwaites, G.A., et al , (1996). State-trait anger theory and the utility of the trait anger scale. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 131-148.
148. Suinn, R. M. (2001). The terrible twos-anger and anxiety. *American Psychologist*, 56(1), 27-36.
149. Şahin H. Öfke ve öfke denetiminin kuramsal temelleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi* 2005; 6:1-22.
150. Ene PM, Fitzmaurice G, Kubzansky LD, Rimm EB, Kawachil. Anger expression and risk of stroke and coronary heart disease among male health professionals. *Psychosom Med* 2003; 65:100-110.
151. Golden SH, Williams JE, Ford DE, Yeh HC, Sanford CP, Nieto FJ, Brancati FL. Anger temperament is modestly associated with the risk of type 2 diabetes mellitus: The atherosclerosis risk in communities study. *Psychoneuroendocrinology* 2006; 31:325- 332.
152. Tavis, C. (1982) *Anger, The Misunderstood Emotion*, New York, USA:Simon and Schuster.
153. Hollenhorst, P. S.(1998) "What Do We Know About Anger Management Programs in Corrections", *Federal Probation, USA: .Dec. , 62,2, :52-65.*
154. Tavis, C. & Wade, C.(1993) *Psychology*,(third edition), NewYork. USA: Herper College Publishers.
155. Ellis, A. A.(1977)*How to Live with and without it*. USA: instutue for Rational Living.
156. Yasar, G. (2008). *Beden Egitimi Öğretmenlerinin Okulla İlgili Sorunları ve Stresle Basa Çıkma Tarzlarının Bazı Degiskenler Açısından İncelenmesi*. Çukurova Üniversitesi. Adana.
157. Pelletier KR. *The best alternative medicine.Spirituality and Healing Part 1*. New York: Simoon and Schuster; 2002.

158. Suarez EC, Saab PG, Llabre MM, Kuhn CM, Zimmerman E. Ethnicity, gender, and age effects on adrenoceptors and physiological responses to emotional stress. *Psychophysiology* 2004; 41: 450-460.
159. Çelik C. , Özdemir B. , Çaycı T. , Aparcı M. ,Esansiyel hipertansiyonda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı, *Gülhane Tıp Dergisi* 2009; 51: 158-161.
160. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychol Rev* 1993; 100: 674-701.
161. Miller L. Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *J Subst Abuse Treat* 1991; 8 (4): 277-91.
162. Khakbaz H, Karami H, Shafi'e-Abadi A, et al. The relationship between depression, anxiety, stress and aggression in patients with drug dependence. *Journal of Rehabilitation* 2014; 14: 15-20.
163. Ekinci S., Uğur Kural H., Yalçınay M.Madde Bağımlılığı Olan Hastalarda Öfke Düzeyi; Bağımlılık Profili, Depresyon ve Anksiyete Düzeyi ile İlişkisi, *Bağımlılık Dergisi*, 2016, Cilt:17, Sayı:1, s:12-17 / *Journal of Dependence*, 2016, Vol:17, N.:1, pp.12-17.
164. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 9:114-7.
165. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4:251-9.
166. Mercan S, Altunay İK: Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17:305-313.
167. Koblenzer CS., *Psychodermatology of women*. *Clin Dermatol* 1997;15:127-141.

168. Caccavale S, Bove D, Bove RM, LA Montagna M. Skin and brain: itch and psychiatric disorders. *G Ital Dermatol Venereol*. 2016 Oct;151(5):525-9. Epub 2015 Apr 9.
169. Ben-Shoshan M, Blinderman I, Raz A. Psychosocial factors and chronic spontaneous urticaria: a systematic review. *Allergy*. 2013 Feb;68(2):131-41. doi: 10.1111/all.12068. Epub 2012 Nov 12.
170. Jovett S, Ryan T: Skin disease and handicap: An analysis of the impact of skin conditions. 1985, *Soc Sci Med* 20(4):425-429.
171. Johnson FYA, Mostaghimi H: Co-morbidity between dermatologic diseases and psychiatric disorders in Papua New Guinea. *International Jour of Dermatol*, 1995, 34:244-248.
172. Ozkan M, Oflaz SB, Kocaman N, ve ark., Psychiatric morbidity and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *Annals of Allergy, Asthma&Immunology* Volume 99, Issue 1, July 2007, Pages 29-33
173. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: An issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; 143: 983-991.
174. Uzunali E., Pişkin S., Görgülü A., Arıcan Ö., Kronik Ürtikerli Hastaların Psikiyatrik Durumu. *Dermatoz* 2011 ; 2(4) : 373-376.
175. Hergüner S, Kiliç G, Karakoç S, Tamay Z, Tüzün U, Güler N. Levels of depression, anxiety and behavioural problems and frequency of psychiatric disorders in children with chronic idiopathic urticaria. *Br J Dermatol*. 2011 Jun;164(6):1342-7. doi: 10.1111/j.1.
176. Mendelson MH, Bernstein JA, Gabriel S. et al, Patient-reported impact of chronic urticaria compared with psoriasis in the United States, *Dermatolog Treat*. 2016 Sep 15:1-8. [Epub ahead of print]).

177. Fava GA, Perini GI, Santonastaso P, Fornasa CV. Life events and psychological distress in dermatologic disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections.
178. Hashiro M, Okumura M. Anxiety, depression, psychosomatic symptoms and autonomic nervous function in patients with chronic urticaria. *J Dermatol Sci*. 1994 Oct;8(2):129-35.
179. Kocaman Yıldırım N., Özkan M., Özkan S. , Relationship Among Alexithymia, Anxiety, and Depression in Patients with Chronic Idiopathic Urticaria. *nobel medicus 22 | CİLT: 8, SAYI: 1 : s.n.*
180. Filipe Barbosa, João Freitas, António Barbos, Chronic idiopathic urticaria and anxiety symptoms, © The Author(s) 2011. *Journal of Health Psychology* 16(7) 1038–1047.
181. Conrad, R., et al., Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2008. 22(9): p. 1062-9.
182. Sperber J, Shaw J, Bruce S (1989) Psychological components and the role of adjunct interventions in chronic idiopathic urticaria. *Psychother Psychosom*, 51 (Suppl 3) 135-141.
183. Buffet M. Management of psychologic factors in chronic urticaria. When and how?. *Ann Dermatol Venereol*. 2003 May;130 Spec No 1:1S145-59.
184. Koo J, Lebwohl A., Psycho dermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician*. 2001 Dec 1;64(11):1873-8.
185. Consoli SG, Psychological factors in chronic urticaria, *Ann Dermatol Venereol*. 2003 May;130 Spec No 1:1S73-7.
186. Topal İO, Altunay İK, and M. S, Kronik Ürtikerli Hastalarda Kişilik Bozuklukları, Anksiyete ve Depresyo. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004.7(4): p. 199-209.

187. Sheehan Dare RA, Henderson MJ, Cotteril JA (1990) Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol*, 123 (Suppl 6) 769-774.
188. Şahin, R.A.(1992). Peptik Ülserli Hastalarda Aleksitimik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 3 (1), 26-30.
189. Salmınen JK., Rvı SS., Rela E. , Toikka T. and Kauhanen J., Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of finland, *Journal of Psychosomatic Research*, 1999 : s.n.Vol. 46, No. 1. pp. 75–82,
190. Kokkonen P., Karvonen JT., Veijola J., et all., Prevalence and Sociodemographic Correlates of Alexithymia in a Population Sample of Young Adults,. *Comprehensive Psychiatry* ,Vol. 42, No. 6 (November/December), 2001: pp 471-47.
191. Cooper E.D., Holmstrom R.W. (1984). ;“Relation Ship Between Alexihmia andSomatic Complaints in Normal Sample",*Psychother Psychosom*, 41, 20-24.
192. Maniaci G, Epifanio MS, Marino MA, Amoroso S (2006) The presence of alexithymia investigated by the TAS-20 in chronic urticaria patients: a preliminary report. *Allerg Immunol* 38: 15–19.
193. Hunkin V., Cheung Chung M., Chronic Idiopathic Urticaria, Psychological Co-morbidity and Posttraumatic Stress: The Impact of Alexithymia and Repression, Published online: 24 February 2012.
194. Cordan Yazıcı A., Başterzi A., Tot Acar Ş.,ve ark., Alopesi Areata ve Aleksitimi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(2):101-106.
195. Tot Acar Ş., Ayyıldız E., Camkurt A., Kaya T., Başterzi A., Yıldırım V., Vitiligo ve Aleksitimi, www.literaturesempozyum.com ocak/şubat/mart 2016 n sayı: 9.
196. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ (2005) Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 58: 89–96.

197. Ruesch, J.(1948) The infantile Personality: the Core Problem of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*,10.134–144.
198. Türk, M., (1992). Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimik Özellikler ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi,İZMİR.
199. Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J ve ark. (1997) Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry*, 38(3): 166-170.
200. Honkalampi K, Saarinen P, Hintikka J, Virtanen V, Viinamäki H. Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychother Psychosom* 1999; 68:270-275.
201. Bamonti PM, Heisel MJ, Topciu RA, Franus N, Talbot NL, Duberstein PR. Association of alexithymia and depression symptom severity in adults aged 50 years and older. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18:51-56.
202. Martinen, F. Otriz B. S. and Garcia, M. A. (2001). Subjective and Aotonomic Stres Responses in Alexithymia. University of Murcia.Psicothema: Vol;13. no:1. Spain.
203. Kim JH, Lee SJ, Rim HD, Kim HW, Bae GY, Chang SM. The relationship between alexithymia and general symptoms of patients with depressive disorders. *Psychiatry Investig* 2008; 5:179-185.
204. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression İs Strongly Associated With Alexithymia In The General Population. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 48 (1): 99-104.
205. Suicide Attempt, Suicidal Ideation and Hopelessness Levels in Major Depressive Patients with and Without Alexithymia. İzci F., Zincir S, Bozkurt Zincir S.ve ark. s.l. : Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2015;28:27-33.
206. Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychother Psychosom* 2001; 70:254-260.

207. Sharkin BS (1993) Anger and gender: theory, research and implications. *Journal of Counseling and Development*, 71: 386-389.
208. Yöndem ZD, Bıçak B. Öğretmen adaylarının öfke düzeyi ve öfke tarzları. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2008; 2:1-15.
209. Keskin G. , Babacan Gümüş A., Engin E., Bir grup sağlık çalışanında öfke ve mizaç özellikleri: İlişkisel bir inceleme *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011;24:199-208.
210. Özmen D., Özmen E., Çetinkaya A. ve ark. Ergenlerde sürekli öfke ve öfke ifade tarzları *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016; 17:65-73.
211. Averill JR (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *Am Psychol*, 38: 1145-1160.
212. Baygöl E., (1997). Ergenin öfke tepkilerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Bursa.
213. Campano J.P. ve Munakata T. (2004). Anger and aggression among filipino.
214. Ayyıldız E., Uzmanlık Tezi. Vitiligo Hastalarında Aleksitimi ve Öfkenin Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması, 2011, Mersin Üniversitesi, Mersin.
215. Aldemir S., Erpolat S., Dalbudak E., Tan S., Topcu M., Diffüz Alopesili Kadınlarda Öfke, Anksiyete Ve Depresyon, *Dicle Tıp Dergisi*, 2015; 42 (3): 335-341.
216. Malhotra SK, Mehta V. Role of stressful life events in induction or exacerbation of psoriasis and chronic urticaria. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008 Nov-Dec;74(6):594-9.
217. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 2007- 8. baskı 24.4 Kardiyovasküler Bozukluklar 2136-2147.
218. Fava M, Anderson K, Resenbaum JF (1990). "Anger attackcs": possible variants of panic and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147:867-870.

219. Hazaleus SL, Deffenbacher JL (1986). Relaxation and cognitive treatments of anger. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 222-226.
220. Mostovitch DA, McCabe RE, Antony MM, Rocca L, Swinson RP. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depression and Anxiety*: 25; 107-113.
221. Koh KY, Kim DK, Kim SY, Park JK, Han M, The relation between anger management style, mood and somatic symptoms in anxiety disorders and somatoform disorders, *Psychiatry Research*.
222. Berenbaum H.&Irvin S.(1996). Alexithymia, anger, and interpersonal behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(4), 203-208.
223. Rubino AI, Sorrtnio,ve ark. "Seperation-individuation, aggresion and alexithymia in psoriasis. *Acta Derin Venerol (Suppl)* 146:87-90, 1989.
224. Güz H., Ay M. , Dilbaz N. , Bir Grup Dermatolojik Hastalarda Aleksitimi, Depresyon ve Anksiyete. *Düşünen Adam*; 2000, 13(3): 161-165.

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

- ÇBÖÖ: Çok Boyutlu Öfke Ölçeği
HAM-AÖ: Hamilton Anksiyete Ölçeği
HAM-DÖ: Hamilton Depresyon Ölçeği
KIÜ: Kronik İdiyopatik Ürtiker
KSÜ: Kronik Spontan Ürtiker
SKG:Sağlıklı Kontrol Grubu
SS: Standart Sapma
SSRI : Selektif Serotonin Gerialım İhibitörü
TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği



TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1: Koblenzer Sınıflaması	13
Tablo 2: Koo ve Lee Sınıflaması	14
Tablo 3: Ürtiker Sınıflaması	16
Tablo 4: Akut ürtiker ve Anjiyoödemde Sık Görülen Nedenler	19
Tablo 5: Kronik Ürtikerde Sık Görülen Nedenler	20
Tablo 6: KSÜ Hastaları ve SKG Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 7: KSÜ hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Cinsiyet Dağılımlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 8: KSÜ ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Eğitim Düzeyleri Karşılaştırılması	51
Tablo 9: KSÜ ve SKG'de Kişi Başına Düşen Aylık Gelir Düzeyi Karşılaştırılması	51
Tablo 10: KSÜ ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Medeni Durum Karşılaştırılması	52
Tablo 11: KSÜ Grubunda Hastalık Başlangıç Yaşına İlişkin Verilerin Karşılaştırılması	53
Tablo 12: KSÜ Grubunda Komorbid Psikiyatrik Hastalık İlişkili Verilerin Karşılaştırılması	53
Tablo 13: KSÜ ve SKG Arasında HAM-AÖ ve HAM-DÖ Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 14: KSÜ Grubunda Cinsiyet Açısından HAM-AÖ ve HAM-DÖ Karşılaştırılması	55
Tablo 15: KSÜ Grubunda HAM-AÖ ve HAM-DÖ ile TAÖ Puanları Korelasyonu	56

Tablo 16: Grupların TAÖ Puanlarının Karşılaştırılması
58

Tablo 17: KSÜ Grubunda HAM-AÖ ve HAM-DÖ ile Öfke Ölçeği Toplam Puanları
Korelasyonu
59

Tablo 18: Gruplar Arası “Öfke Ölçeği ” Toplam Puan Ortalamalarının
Karşılaştırılması 59

Tablo 19: Gruplar Arası “Öfke Belirtileri” Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 60

Tablo 20: Gruplar Arası “Öfkeye Yol Açan Durumlar ve Alt ölçeklerinin” Puan
Ortalamalarının Karşılaştırılması 62

Tablo 21: Gruplar Arası “Öfkesi ile İlişkili Düşünceler ve Alt ölçeklerinin” Puan
Ortalamalarının Karşılaştırılması 63

Tablo 22: Gruplar Arası “Öfke ile İlgili Davranışlar” ve Alt Ölçekleri Puan
Ortalamalarının Karşılaştırılması 63

Tablo 23: Gruplar Arası “Kişiler Arası Öfke” Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 65

ŞEKİLLER ve RESİMLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 1: Ürtiker İçin Önerilen Tedavi Algoritması	24
Şekil 2: Gruplar Arası TAÖ Puanları Kesme Puanının Üstünde Olanların Karşılaştırılması	57
Şekil 3: TAÖ Puanları Kesme Puanının Üstünde Olanların Oranı	57



Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu

KRONİK İDİYOPATİK/SPONTAN ÜRTİKER HASTALARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİ ŞİDDETİ İLE ALEKSİTİMİ VE ÖFKENİN SAĞLIKLI KONTROL GRUBUYLA KARŞILAŞTIRILMASI'NA İLİŞKİN ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu Kronik İdiyopatik/Spontan Ürtiker Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Belirti Şiddeti ile Aleksitimi ve Öfkenin Sağlıklı Kontroller ile Karşılaştırılması adlı araştırma kapsamında Kronik İdiyopatik/Spontan ürtikerli hastalarda ruhsal hastalıklar ve ilişkili faktörler hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçlar kronik idiyopatik/spontan ürtiker hastaları ve sağlıklı kontrol grubunda depresyon, anksiyete, aleksitimi ve öfke düzeyindeki farklılıkları saptamaya yardımcı olacaktır.

Anket formunda 15 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 10 dakika/saattir. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı
Prof.Dr.Şenel TOT ACAR

Anket Soruları

-Tanı:

Kronik İdiyopatik/Spontan Ürtiker 1

Sağlıklı 2

-Yaş:

-Cinsiyet:

Kadın 1

Erkek 2

-Medeni Durumu:

Evli 1

Dul 2

Ayrı yaşıyor 3

Boşanmış 4

Hiç evlenmemiş 5

-Eğitim durumu

okuma yazma bilmiyor 1

ilkokul mezunu 2

ortaokul mezunu 3

lise mezunu 4

üniversite mezunu 5

-Gelir durumu

0-650TL 1

650-1500TL 2

1500-3500TL 3

3500-6000TL 4

6000TL 5

- Cilt hastalığınızın başlangıç yaşı?

0-12 yaş 1

12-18 yaş 2

19-45 yaş 3

46-64 yaş 4

65 yaş ve üzeri 5

-Cilt hastalığınız dışında başka fiziksel rahatsızlığınız var mı?

Var 1

Yok 2

Varsa yazınız.....

-Kronik idiyopatik ürtiker hastalığınız dışında başka bir dermatolojik hastalığınız var mı?

Evet 1

Hayır 2

Evetse açıklayınız.....

-Daha önceden geçirmiş olduğunuz ruhsal bir hastalığınız var mı?

Evet 1

Hayır 2

Evetse tanısını belirtiniz

-Daha önceden hiç psikiyatrik ilaç kullandınız mı?

Evet 1

Hayır 2

Evetse ismini belirtiniz

-Şu anda bir hekim tarafından tanısı konulmuş bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

Evet 1

Hayır 2

Evetse ismini belirtiniz.....

-Şu anda kullandığınız bir psikiyatrik bir ilaç var mı?

Evet 1

Hayır 2

Evetse ismini belirtiniz.....

-Alkol ,sigara ya da başka bir madde(ekstazi,esrar,eroin vs) kullanıyor musunuz?

Evet 1

Hayır 2

Evetse hangisi belirtiniz.....

Evetse sıklığını belirtiniz.....

**-Dermatolojik hastalığınız için kullandığınız sistemik bir ilaç var mı
(hap/şurup/iğne)?**

evet 1

hayır 2

evetse hangisi.....

evetse ne kadar

süredir?.....ay/yıl



EK-2 : HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-AÖ)

Aşağıdaki her bir maddeye ilişkin sorulardan herhangi birine EVET cevabı alırsanız, belirtinin şiddetini 1-4 arasında değerlendiriniz. Cevap HAYIR ise 0 puan (yok) veriniz. Her bir maddede, verilen cevaplar arasında en yüksek şiddet puanını, o maddenin puanı olarak kabul ediniz.

1.Anksiyeteli Duygudurum

- Geçtiğimiz hafta içinde ruh haliniz nasıldı?
- Kendinizi endişeli hissettiniz mi? Kötü bir şey olacak beklentisi oldu mu?
- Korkulacak bir şey olacak hissine kapıldığınız veya çabuk parladığınız oluyor mu?

PUAN:

2.Gerginlik

- Geçen hafta içinde gergin olduğunuz veya kolayca yorulduğunuz oldu mu?
- Sık sık irkildiniz mi?
- Kolayca ağlamaklı oldunuz mu?
- Titremeler oldu mu, yerinizde duramadığınızı veya bir türlü gevşeyemediğinizi hissettiniz mi?

PUAN:

3.Korkular

- Geçen hafta içinde karanlıktan korktunuz mu?
- Tanımadığınız insanlardan korktunuz mu?
- Yalnız kalmaktan çekindiniz mi, hayvanlardan, trafikten, kalabalıktan korktunuz mu?

PUAN:

4.Uykusuzluk

-Geçtiğimiz hafta içinde uykunuz nasıldı? Yatağa girince uykuya dalmakta zorlandınız mı?

-Uykuya dalmanız her zamankine göre nasıl, bazı geceler huzursuz, rahatsız uyuduğunuzu veya dinlenemediğinizi fark ettiniz mi, uykularınız bölündü mü?

-Sabah uyandığınızda kendinizi yorgun veya halsiz hissettiniz mi?

- Hiç kötü rüya veya kabus gördünüz mü?

PUAN:

5.Zihinsel (Bilişsel)

-Geçen hafta dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi? (örn: kitap veya dergi okurken, televizyon seyredirken, biriyle konuşurken, araba kullanırken)

Hatırlamakta zorlandığınız şeyler oldu mu?

-Her zamankine göre (sıkıntılarının başlamasından önceki halinize göre) hafızanızda bir değişiklik var mı?

PUAN:

6.Çökkün Duygudurum

-Geçtiğimiz hafta kendinizi çökkün (örn: üzüntülü, ümitsiz, ağlamaklı) hissettiniz mi?

-Her zaman ilgilendiğiniz şeylere karşı ilgisizlik veya zevk alamama durumu var mı? Hiç sabahları erken uyandınız mı?

-Günün belli saatlerinde, örn. Sabahları veya akşamları kendinizi daha iyi veya daha kötü hissediyor musunuz?

-Sabahları veya öğleden sonra kendinizi ne kadar daha kötü hissettiniz?

PUAN:

7.BEDENSEL (kas)

-Geçen hafta bedeninizi nasıl hissettiniz?

-Soracağım belirtilerden herhangi biri oldu mu: ağrılar, sızılar; kaslarda seğirme, tutulma (sertlik); diş gıcırdatma; sesin titremesi; kaslarda gerginlik; kaslarda kasılmalar veya sıçramalar?

PUAN:

8.SOMATİK (duyusal)

- Geçtiğimiz hafta içinde kulaklarınızda hiç çınlama oldu mu?
 - Vızıltı, tıkırtı veya gürlenme gibi sesler oldu mu?
 - Hiç görme bulanıklığı oldu mu?
 - Ateş basması veya üşüme; takatsızlık; iğnelenmeler oldu mu?
- PUAN:

9.KALP-DAMAR BELİRTİLERİ

- Geçen hafta nabzınızda hızlanma oldu mu? Kalbiniz hızlı atıyormuş gibi hissettiniz mi?
 - Hiç göğsünüzde ağrı hissettiniz mi?
 - Damarlarınızın attığını hissettiniz mi, hiç bayılacak gibi oldunuz mu? -Kalbinizin teklediğini hissettiniz mi?
- PUAN:

10.SOLUNUM BELİRTİLERİ

- Geçen hafta göğsünüzde baskı veya sıkışma hissettiniz mi, hiç boğuluyormuş gibi hissettiniz mi?
 - Her zamankinden daha fazla iç çektiniz mi?
 - Nefes alırken zorlandığınız, güçlükle nefes aldığınız oldu mu?
 - Nefesiniz yetmiyormuş gibi hissettiniz mi?
- PUAN:

11.MİDE-BARSAK

- Geçen hafta boyunca hiç midenizde veya karnınızda ağrı veya rahatsızlık hissi oldu mu? Yutkunma zorluğu oldu mu?
 - Her zamankinden fazla yellenme oldu mu? Hiç midenizde eksime, yanma hissettiniz mi?
 - Hiç karnınızda şişkinlik veya gerilme hissi oldu mu? Mide bulantısı oldu mu? Kustunuz mu?
 - Midenizde her zamankinden daha fazla guruldama oldu mu?
 - Bağırsaklarınızda gevşeklik veya ishal oldu mu? Peklik oldu mu?
 - Kilo kaybı oldu mu? (Kilo kaybı yarım kilodan azsa 0 olarak işaretleyin; 1=0.5-1 kgr, 2=1-2 kgr, 3=2 kgr", dan fazla, 4=güçsüzleştirir)
- PUAN:

12.ÜREME-BOŞALTMA

-Geçtiğimiz hafta her zaman olduğundan daha sık idrara çıktınız mı? Her zamankinden daha sık sıkıştığınızı hissettiniz mi? Adet gecikmesi veya kesilme oldu mu? Adetiniz boyunca aşırı kanama oldu mu?

-Geçtiğimiz hafta içinde kendinizi cinsel bakımdan soğuk veya tepkisiz hissettiniz mi? Cinsel dürtü veya isteğinizde azalma oldu mu? Erken boşalma

PUAN:

13.OTONOM BELİRTİLER

Geçtiğimiz bir hafta içinde aşağıdaki belirtilerden herhangi biri oldu mu?

-Ağız kuruluğu?

-Her zamankinden daha fazla terleme?

-Yüz kızarması, solgunluk, sersemlik/bas dönmesi, gerginlik, baş ağrısı, tüylerin diken diken olması?

PUAN:

14.GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞLAR

Görüşme sırasında aşağıdaki belirti ve/veya davranışlardan herhangi birinin olup olmadığını kaydediniz:

-Sürekli kıpırdanma, yerinde duramama veya gezinme, ellerde titreme, çatık kaslar, gergin yüz ifadesi, iç çekme veya sık soluk alıp verme, yüzde solukluk, şişme, geçirme, canlı refleksler, göz bebeklerinin büyümesi, gözlerin dışa doğru çıkması.

PUAN:

EK-3: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-DÖ)

Her maddede, hastayı en iyi karakterize eden cevabı belirleyen numarayı daire içerisine alın:

1. Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. Yok

1. Yalnızca soruları cevaplarırken anlaşılıyor 2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.

4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0. Yok

1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2. Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor.

3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırılmadır. Suçluluk hezeyanları.

4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

3. İntihar

0. Yok.

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.

3. İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.

4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puanla değerlendirilir)

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.

1. Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.

2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor .

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi 2. Gece yarısı uyanıyor.

Yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir (Herhangi bir neden olmaksızın)

6. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7. Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorunu yok.

1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).

3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

8. Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0. Düşünceleri ve konuşması normal.

1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3. Görüşmeyi yapabilmek, çok zor.

4. Tam stuporda

9. Ajitasyon

0. Yok
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10. Psikik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok.
1. Sübjektif gerilim ve iritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor.

11. Somatik anksiyete

0. Yok
1. Hafif
2. İlimli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli

12. Somatik semptomlar (Gastrointestinal)

0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Bağırsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13. Somatik semptomlar (Genel)

0. Yok.
1. Ekstremitelerinde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet, 2 puanla değerlendirilir.

14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları v.b.)

0. Yok. (libido kaybı, adet bozuklukları)
1. Hafif
2. Şiddetli
3. Anlaşılamadı.

15. Hipokondriyaklık

0. Yok.
1. Kuruntulu.
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor



EK-4: TORONTO ALEKSİTİMİ SKALASI (TAÖ-26)

Aşağıdaki maddeleri dikkatle okuyunuz. Kendi durumunuza göre uygun olan yanıtlarınızı her bir maddenin yanındaki uygun gördüğünüz boşluğu işaretleyerek belirtiniz.

		evet	hayır
1	Ağladığımda beni ağlatan şeyin nedenini hep bilirim		
2	Hayal kurmak boşa zaman harcamaktır		
3	Keşke bu kadar utangaç olmasaydım		
4	Çoğu zaman duygularımın ne olduğunu tam olarak bilemem		
5	Gelecek hakkında sıkça hayal kurarım		
6	Başkaları kadar kolay arkadaş buluyorum		
7	Bir sorunun çözümünü bilmek, o çözüme nasıl ulaşıldığını bilmekten daha önemlidir		
8	Duygularımı tam olarak anlatacak sözleri bulmak benim için zordur		
9	İnsanların belli konulardaki görüşümü ilmelerini isterim		
10	Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki; doktorlar bile ne olduğunu anlamıyor		
11	Benim için yalnızca bir işin yapılmış olması yetmez; nasıl ve neden yapıldığını bilmek isterim		
12	Duygularımı kolayca anlatabilirim		
13	Yalnızca sorunların neden olduğunu anlamaktan çok; onların nereden kaynaklandığını düşünmeyi tercih ederim		
14	Sinirim bozuk olduğunda; üzüntülü mü, korkulu mu yoksa öfkeli mi olduğumu bilmem		
15	Hayal gücümü bolca kullanırım		
16	Yapacak başka şeyim olmadığında zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm		
17	Bedenimde şaşkırtıcı hisler duyduğum olur		
18	Pek hayal kurmam		
19	Olayların niçin o şekilde sonuçlandığını anlamaktansa işleri olurlarına bırakmayı tercih ederim		
20	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var		
21	İnsanın duygularına yakın olması önemlidir		
22	İnsanlar hakkında neler hissettiğimi anlamak ve anlatmak benim için zordur		
23	Tanıdıklarım duygularımdan daha çok söz etmemi isterler		
24	İnsan olayların derinine inmelidir		
25	İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum		
26	Çoğu zaman kızgınlığımın farkına varmam		

EK – 5 ÇOK BOYUTLU ÖFKE ÖLÇEĞİ AÇIKLAMA

Bu ölçek, insanların öfke konusunda duygu ve düşüncelerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu kitapçıkta farklı bölümler halinde bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen HER BİR İFADEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, yandaki cevap bölümünde size uygun olan daireyi işaretleyin. Her sayfanın başında yer alan kısa açıklamayı mutlaka okuyun. Cevaplarınızı bu açıklamalara göre vermeniz gerekmektedir. Her madde için sadece size en uygun olan bir cevabı işaretleyin. Hiç bir maddenin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size en uygun gelen cevap doğru olan cevaptır. Çalışmanın sağlıklı olabilmesi için içtenlikle ve dürüst olarak cevap vermeniz çok önem taşımaktadır. Hiç bir şekilde isim ya da kimliğe ait bilgiler vermeniz gerekmemektedir. Katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

YAŞ: _____ MESLEK: _____ CİNSİYET: () Kadın () Erkek

EĞİTİM: () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisans Üstü

Öfkelendiğinizde aşağıdaki belirtiler sizde ne sıklıkla ortaya çıkar?

*Hiç Nadiren Arada Sıklıkla Her
sırada zaman*

	Hiç	Nadiren	Arada	Sıklıkla	Her
			sırada		zaman
1. Kendi kendine söylenmek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kontrol kaybı.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kanın beyne fırladığını hissetmek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Yumruklarını sıkma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Dişlerini sıkma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Beynin zonklanması.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Elin-ayağın titremesi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hareketlerin hızlanması.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nefesin daralması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Baş ağrısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Burnundan soluma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Zihnin allak bullak olması.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Mantıklı düşünememe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Dudaklarını ısırma başlamak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aşağıdaki durumlarda ne kadar kızarsınız?

	%0	%25	%50	%75	%100
1. Başkalarının önünde eleştirildiğinizde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eleştirildiğinizde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Geçmişte sizi öfkelen diren birşeyi hatırladığınızda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Bir işi yaparken engellendiğinizde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tehdit edildiğinizde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Haksızlığa uğradığınızda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Birisi sizi hep aynı konuda kızdırdığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Önem verdiğiniz şeyler küçümsendiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Söylediğiniz bir şey yapılmadığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Azarlandığınızda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Size hakaret edildiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Aldatıldığınızda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Yapmadığınız bir şeyden dolayı suçlandığınızda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sizin adınıza kararlar verildiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ailenize hakaret edildiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Size saldırıldığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sizin için değerli bir şeyi karşınızdaki anlamadığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Sudan sebepler yüzünden istedikleriniz yapılmadığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sizinle dalga geçildiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Randevulara sadık kalınmadığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. İnsanlar yetkilerini kötüye kullandıklarında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Size saygısız davranıldığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Önemsmediğinizde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Yalan söylendiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Arkanızdan konuşulduğunda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Sizi sömürmeye çalıştıklarında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Sizi görmezden geldiklerinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Karşınızdaki kendi sorumluluğunu almadığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Düşüncelerinizi ifade edemediğinizde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. İnsanlar başımızın etini yediklerinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Size değer verilmediğini hissettiğinizde..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Düşüncelerinize değer verilmediğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. İnsanlar hadlerini bilmediğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Kişisel haklarınıza saldırıldığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Söylediklerinizin tam tersi yapıldığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Yaptığımız bir iş takdir edilmediğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Değiştiremeyeceğiniz şeyler olduğunda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Birisi sizinle konuşurken konuşmasını bölüp başkasıyla konuştuğunda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. İşler ters gittiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Söyledikleriniz ters algılandığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. İnsanlar üzerlerine aldıkları bir işi yapmadıklarında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aşağıdaki düşünceler, aklınızdan ne sıklıkla geçer?

Hiç Nadiren Arada Sıklıkla Her
sırada zaman

1. İnsanlar beni olduğum gibi görürlerse, geçinilmesi zor biri olduğumu anlarlar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ne kadar çok pişmanlık duyacağım şey yapıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Bana neler oluyor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kendimden utanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ailem için yeterince bir şey yapamadım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hemen hemen hergün birşeylere öfkeleniyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. İnsanlar nedense hep arkamdan konuşuyorlar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Zaman zaman başkalarına zarar verme dürtümü kontrol edemeyebilirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. İstedğim gibi bir hayat sürdüremedim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Düşündüğümde daha da öfkeliyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Aslında insanların zannettiğinden daha çok öfkeliyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sevmediğim insanlara karşı kabalaşıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Öyle öfkeliyim ki, kontrolümü kaybedeceğimi hissediyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. İnsanlar bana genellikle patronluk taslıyor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. İnsanlar sınırlarımı çok zorluyor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Hayatta çok fazla haksızlığa uğradığıma inanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. İçimde öyle çok kin var ki, kimseye anlatamam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Haketmediğim şekilde yaşıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Son zamanlarda kendimi çok aksi birisi gibi hissediyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Başkalarına asla güvenmemeliyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Patlamaya hazır bir barut gibiyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ne kadar çok sevmediğim insan var.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Günahlarımdan dolayı affedilebilecek miyim?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Bazen insanlar benimle alay ediyorlar gibi geliyor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Sanki bütün dünyanın yükünü ben taşıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Bu yapılan iyi şeylerin altında acaba ne var?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Hoşlanmadığım kurallara neden uyayım diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Son günlerde ne kadar çok şeye öfkelendiğimi farkettim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Başarısızlıklarım beni utandırıyor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Herkes benim hiç öfkelenmediğimi sanır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sizi öfkeliendiren bir durumda kaldığınızda aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz?

	Hiç	Nadiren	Arada	Sıklıkla	Her
			sırada		zaman
1. Soğukkanlılığımı korurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sinirimi boşaltmaya çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Bana nasıl böyle bir haksızlık yapıldığını düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kontrolümü kaybedeceğim düşüncesine kapılırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Bunlar başıma neden geliyor diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ne yapacağımı düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sağa-sola vururum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Çözüme yönelik düşünmeye başlarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. İnsanlar bana bağırırsa ben de onlara bağırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Benimle aynı fikirde olmayan insanlarla tartışmaya girmekten kendimi alamam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Şiddet gösteririm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Gözüme bir şey gözükmmez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. En iyi savunma saldırıdır diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Unutmaya çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Herkes kadar ben de kavga ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Haklarımı korumak için fiziksel şiddete başvurmam gerekirse, yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Daha da sakinleşmeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Kendime sürekli sakin ol diye telkinlerde bulunurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sakinleşmek için olayın nedenlerini sorgularım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Kendi kendine geçmesini beklerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Kendimi sakinleştirmeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Hoşlanmadığım fikirlerimi örtbas etmeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Umutsuzluğa düşerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Kendimden başka bir şey düşünemem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Öfkemi göstermem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Soğukkanlılığımı kaybettiğim zaman, birine tokat atabilirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sizi öfkelenndiren bir insan karşısında aşğıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz?

Hiç Nadiren Arada Sıklıkla Her sırada zaman

	Hiç	Nadiren	Arada	Sıklıkla	Her sırada zaman
1. Kendini suçlu hissetmesi için uğraşırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Beni bu şekilde sinirlendirmeye hakkı yok diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Onu mahvetmek isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Onu hiç önemsemediğimi gösteren bir davranış yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Anında parlarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sonuna kadar götüremeyeceğim tehditleri sıkça savururum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hakaret ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Karşımdakini cezalandırmak isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Dedikodusunu yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Hakkında düşündüklerimi ona söylerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Burnunun ortasına bir yumruk hakediyor diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Bunu kasıtlı yapıyor diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Beni sevmediğini düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Beni önemsemediğini düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Karşımdakinden intikam almak isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ona her türlü kötülüğü yapmak isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. O anda öcümü almak isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Onu aşğılamak isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Bana böyle acı çektirmemeliydi diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. İstediklerinin tam tersini yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Gerekeceğince konuşmam, ilgi göstermem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Saatlerce öfkeli kalırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Beni hayal kırıklığına uğrattı diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Bana patronluk taslıyor diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Kendimi savunarak konuşurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Onu yaptığına pişman ettirmek isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Kendini ne sanıyor diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Yüksek sesle bağırırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Aklımdan neyi yanlış yaptım diye geçer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Nasıl tepkiler vereceğimi düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Sakin olmaya çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Kendimi kontrol etmem gerektiğini düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Onu yenmeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Ona, neye yolaçtığını iyice göstermeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. İçimden onun ne kadar aşğılık biri olduğu geçer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Benden istediklerini yapmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Ona mutlaka birşeyler söylemem gerektiğini düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Kim olduğumu ona gösteririm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Benimle alay ettiğini düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Ona gününü göstermek isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Canı kavga istiyor diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. İçime kapanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Gülerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. Hiç aldırmam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Görmezden gelirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Suçu kendimde ararım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Ben ondan bunun acısını çıkarırım diye düşünürüm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

