

**T.C  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
DERMATOLOJİ ANA BİLİMDALI**

**PSORİYAZİS HASTALARINDA DUYGU DIŞA VURUMUNUN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Sibel Berksoy Hayta  
UZMANLIK TEZİ**

**SİVAS  
2009**

**T.C  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
DERMATOLOJİ ANA BİLİMDALI**

**PSORİYAZİS HASTALARINDA DUYGU DIŞA VURUMUNUN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Sibel Berksoy Hayta  
UZMANLIK TEZİ**

**Prof. Dr. Melih Akyol  
TEZ DANIŞMANI**

**SİVAS**  
**2009**

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA**

Bu çalışma, jürimiz tarafından Dermatoloji Anabilim Dalı'nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN:

ÜYE :

ÜYE :

ÜYE :

ÜYE :

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../2009

DEKAN

Prof. Dr. Mehmet ŞENCAN

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fakülte kurulunun 12.03.2002 tarih ve 2002/1 sayılı kararı ve Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünün 28.03.2002 tarih ve 463 sayılı yazısı ile uygun görülen tez yazım klavuzuna göre yazılmıştır.

## TEŞEKKÜR

Cumhuriyet Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalındaki eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, yetişmemde büyük katkıları bulunan Anabilim Dalı başkanımız Sayın Prof.Dr. Sedat ÖZÇELİK'e, asistanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle bize her zaman destek olan, tez oluşumu ve gelişimi süresince ilgi ve bilgisini esirgemeyen Anabilim Dalımızın değerli öğretim üyelerinden tez danışmanım Sayın Prof.Dr. Melih AKYOL'a uzmanlık eğitimim boyunca yaptıkları akademik katkılarından dolayı teşekkür etmeyi bir borç bilir ve sonsuz saygılarımı sunarım. Ayrıca emeğini ve deneyimlerini esirgemeyen Psikiyatri Anabilim Dalı çalışanlarına da teşekkür ederim.

Aynı çalışma ortamını paylaştığım sevgili asistan arkadaşlarıma, hemşire ve tüm personelimize sonsuz teşekkür ederim.

Tüm asistanlık sürem boyunca bana gösterdiği destek ve yardımlarını hiçbirşeyle ödeyemeyeceğim eşim Dr.Emrullah HAYTA'ya ve tezi yazmamam konusunda beni hep ikna etmeye çalışan kızım Simay'a sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Sibel BERKSOY HAYTA

## ÖZET

**Amaç:** Psoriyaziste psikosomatik köken tam olarak ispatlanamasa da genel kabul gören bir etyolojik özelliştir. Hastaların önemli bir kısmı başlangıç ve alevlenme dönemlerinde stres ve diğer emosyonel travmalardan söz ederler. Psoriyazisli hastalar ile yapılan çalışmalarda çeşitli depresyon ve anksiyete ölçekleri kullanılarak depresyon, anksiyete ve psoriyazis arası ilişkiler incelenmiştir. Fakat hastaların aile ortamındaki duygu dışavurumundan etkilenip etkilenmediğini gösteren bir çalışma daha önce yapılmamıştır. Biz bu çalışmada Duygu Dışavurumu Düzeyi 'LEE' (Level of Expressed Emotion) ve Duygu Dışavurumu 'EE' (Expressed Emotion) ölçeklerini kullanarak, psoriyazisli hastaların aile ortamında maruz kaldıkları duygu dışavurumu ve algıladıkları duygu dışavurumu düzeyi ile hastalık arasındaki ilişkiyi göstermeyi amaçladık.

**Materyal ve Metod:** Çalışmaya psoriyazisli 62, egzemalı 32 hasta, dermatolojik hastalık öyküsü olmayan 35 sağlıklı birey ve bu kişilerin anahtar akraba olarak tanımladıkları yakınları alındı. LEE ölçeği psoriyazisli hastalar, egzemalı hastalar ve sağlıklı kontrol grubu tarafından dolduruldu. EE ölçeği psoriyazisli, egzemalı hasta yakınları ve sağlıklı kontrol grubu yakınları tarafından dolduruldu. Psoriyazisli hastaların hastalık şiddetleri PASİ skorlama sistemi ile hesaplandı. Psoriyazisli hastalar Hamilton depresyon ve anksiyete değerlendirme ölçekleri kullanılarak anksiyete ve depresyon varlığı açısından değerlendirildi. Çalışmaya alınan kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastalık süreleri kaydedildi.

**Sonuçlar:** Psoriyazisli ve egzemalı hastalar arasında LEE total puanı, LEE'nin alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamazken, LEE total puanı ve LEE'nin alt ölçeklerinden aşırı müdahalecilik 'İ' (intrusiveness), aşırı tepkisellik 'E' (emotional response), hastalığa karşı olumsuz tutumlar 'A' (attitude toward illness) puanları psoriyazisli hastalarda sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek bulundu. EE puanı açısından psoriyazisli ve egzemalı hasta yakınları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamazken, EE puanı psoriyazisli hasta yakınlarında sağlıklı kontrol grubu yakınlarından daha yüksek idi. Cinsiyetler açısından psoriyazis ve egzemalı hastalar arasında LEE,

LEE'nin alt ölçekleri ve EE puanları arasında istatistiksel fark bulunamazken, psoriyazisli erkek ve kadın hastaların LEE total puanı sağlıklı kontrol grubunda ki erkek ve kadınların puanlarından daha yüksek idi. Psoriyazisli erkeklerdeki İ ve E puanları sağlıklı kontrol grubundaki erkeklerden, psoriyazisli kadınlardaki E ve A puanları sağlıklı kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksek bulundu. Psoriyazisli kadın hasta yakınlarının EE puanı ile sağlıklı grubun yakınlarının EE puanları arasında istatistiksel bir fark bulunamazken, erkek hasta yakınlarının EE puanları sağlıklı grubun yakınlarının EE puanlarından daha yüksek bulundu. Eğitim düzeyinin ve anahtar akraba konumunda seçilen kişinin LEE ve hasta yakınlarındaki EE puanlarını etkilediği bulundu. Psoriyazisli hastalarda LEE puanlarının eğitim düzeyi ve yaştan etkilenirken EE puanlarının değerlendirilen parametrelerden etkilenmediği gösterildi.

**Yorum:** Psoriyazis kronik bir hastalık olması nedeniyle kişinin aile içi ilişkilerini etkiliyor veya hastalığın kendisi aile içi etkileşimden etkileniyor olabilir. Aile ortamı psoriyazisli hastalar için dikkate alınması gereken bir faktördür. Aile içi çatışmalar sürekli bir stres kaynağı olarak hastalığın seyrine olumsuz etki yapabilir. LEE ve EE ölçekleri hastaların aile ortamının değerlendirilmesinde kullanılabilir ve yüksek duygu dışı vurumu saptanan aile bireylerine ve hastaya yapılacak stres azaltıcı psikososyal müdahaleler ve sosyal yapıdaki değişiklikler hastalık seyrini olumlu yönde etkileyebilir.

**Anahtar kelimeler:** psoriyazis, duygu dışı vurumu

## SUMMARY

**Background and design:** Even if it has not been completely proven, psychosomatic factors are generally agreed. Most of the patients talk about stress and the other emotional traumas at the beginning of disease and at the attacks. In the study those dealing with psoriasis patients, the relationship between anxiety, depression and psoriasis is examined using various depression and anxiety scales. But no study has been made before showing whether patients were affected by expressed emotion of home atmosphere or not. We aimed to show the relationship between the illness and perceived level of expressed emotion and the patients with psoriasis who were exposed to expressed emotions at home atmosphere using the Level of Expressed Emotion (LEE) and Expressed Emotion (EE) scales.

**Material and Method:** Sixty two patients with psoriasis, 32 patients with eczema, 35 healthy people who have not been ill dermatologically and their relatives are taken into this study. LEE scale is filled by the patients with psoriasis, the patients with eczema and healthy control group. EE scale is filled by the relatives of the patients with psoriasis, eczema and relatives of healthy control group. The severity of illness of the patients with psoriasis is calculated with PASI. Patients with psoriasis are evaluated using Hamilton depression and anxiety evaluation scale from the perspective of presence of depression and anxiety. The duration of illness, education, sex and age of people who are taken into this study is saved.

**Results:** LEE total score between patients with psoriasis and eczema, while it cannot be statistically significant difference from the perspective of LEE's subscale scores, LEE total score and from LEE's subscales intrusiveness (I), emotional response (E), negative attitude toward illness (A) scores are found higher than healthy control group. While a statistically difference cannot be found between the relatives of the patients with psoriasis and eczema from the perspective of EE scores, EE score was higher at relatives of the patients with psoriasis than relatives of healthy control group. While a statistical difference between the patients with psoriasis and eczema LEE, LEE's subscales and EE scores, cannot be found from



the perspective of sexes, LEE total score of men and women patients with psoriasis was higher than scores of men and women in healthy group. Score of I and E of men patients with psoriasis were higher than men in healthy control group and score of E and A of women patients with psoriasis were higher than women in healthy control group. While a statistical difference cannot be found between EE scores of the relatives of women patients with psoriasis and EE scores of relatives of healthy group, EE scores of the relatives of men were higher than EE scores of the relatives of healthy group. It was found that education level and person who selected in the relative position affected LEE and EE scores of the relatives of patients. While the patients with psoriasis of LEE scores were affected by education and level of age, EE scores were not affected by the evaluation parameters.

**Comment:** Since psoriasis is a chronic illness it can affect man's relationship with his family or the illness itself can be affected by the relationship within the family. Home atmosphere is an important factor to the patients with psoriasis. The conflicts in family being a stress factor, it can have a negative effect on the prognosis of illness. LEE and EE scales can be used to evaluate the home atmosphere of the patients and family members who have high expressed emotions and to the psychosocial interventions to lessen the patient's stress and the changes in the social structure may affect the illness prognosis in a positive way.

**Key words:** psoriasis, expressed emotion

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
SUMMARY.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
I.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
II.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Psoriyazis:.....	3
2.1.1.Tanım:.....	3
2.1.2Tarihçe:.....	3
2.1.3.Epidemiyoloji:.....	3
2.1.4.Etyoloji:.....	4
2.1.4.1.Genetik Yatkınlık:.....	5
2.1.4.2.Tetikleyici Faktörler:.....	7
2.1.5 Patogenez:.....	9
2.1.5.1 İmmün Aktivasyon:.....	10
2.1.5.2 Keratinosit Aktivasyonu –Hiperproliferasyonu:.....	13
2.1.5.3.Vasküler / Endotelyal Aktivasyon:.....	14
2.1.6.Histopatoloji:.....	16
2.1.7.Klinik:.....	17
2.1.7.1.Psoriyazis Vulgaris:.....	17
2.1.7.2.Atipik Psoriyazis Tipleri:.....	19

2.1.8.Laboratuvar Bulguları: .....	21
2.1.9.Seyir ve Prognoz:.....	21
2.1.10.Ayırıcı Tanı: .....	22
2.1.11.Klinik Skorlama:.....	23
2.1.12.Tedavi:.....	24
2.1.12.1.Topikal Tedavi: .....	25
2.1.12.2.Fototerapi:.....	27
2.1.12.3.Sistemik tedavi:.....	28
2.2.Psoriyazis ve Psikonöroimmünolojik Mekanizmalar: .....	30
2.3.Duygu Dışavurumu (Expressed Emotion) Kavramı:.....	37
2.4.Çalışmada Kullanılacak Ölçekler Hakkında Bilgi: .....	39
III. MATERYAL VE METOD: .....	42
3.1.Çalışmaya Alınma Kriterleri: .....	42
3.2.Çalışmaya Alınmama Kriterleri: .....	43
3.3.Çalışma Yöntemi: .....	43
3.4.İstatistiksel Değerlendirme: .....	43
IV. BULGULAR: .....	46
V. TARTIŞMA:.....	59
VI. SONUÇLAR: .....	65
VII. KAYNAKLAR: .....	67
VIII. EKLER: .....	81
8.1. EK-I .....	81
8.2. EK-II.....	83
8.3. EK-III.....	85

## KISALTMALAR

<b>ASH</b>	: Antijen sunan hücreler
<b>CLA</b>	: Kutanöz lenfosit ilişkili antijen (Cutaneous lymphocyte-associated antigen)
<b>EGF</b>	: Epidermal büyüme faktörü (Epidermal growth factor)
<b>IFN</b>	: İnterferon (Interferon)
<b>ICAM</b>	: İntersellüler adezyon molekülü (Intercellular adhesion molecule)
<b>IL</b>	: İnterlökin (Interleukin)
<b>HLA</b>	: İnsan lökosit antijeni (Human leukocyte antigen)
<b>LFA</b>	: Lenfosit fonksiyon ilişkili antijen (Lymphocyte function associated antigen)
<b>MHC</b>	: Majör histokompatibilite kompleksi (Major histocompatibility complex)
<b>İNOS</b>	: İndüklenebilir nitrik oksit sentaz
<b>PASİ</b>	: Psoriyazis alan şiddet indeksi (Psoriasis area and severity index)
<b>UV</b>	: Ultraviyole (Ultraviolet)
<b>PUVA</b>	: Psoralen ve ultraviyole-A (Psoralens and ultraviolet A)
<b>TCR</b>	: T hücre reseptörü (T cell receptor)
<b>Th</b>	: Yardımcı T lenfosit (Hepler T cell)
<b>TNF</b>	: Tümör nekroz faktörü (Tumor necrosis factor )
<b>VCAM</b>	: Vasküler hücre adezyon molekülü (Vascular cell adhesion molecule)
<b>VEGF</b>	: Vasküler endotel büyüme faktörü (Vascular endothelial growth factor)
<b>VLA</b>	: Geç dönem antijen (Very late antigen)
<b>Ig</b>	: İmmünglobülin (Immunoglobulin)
<b>BSA</b>	: Vücut yüzey alanı (Body surface area)
<b>cAMP</b>	: Siklik adenzin monofosfat (Cyclic adenosine monophosphate)
<b>CD</b>	: Cluster of differentiation
<b>DLQI</b>	: Dermatoloji yaşam kalite indeksi (Dermatology life quality index)
<b>HIV</b>	: İnsan immün yetmezlik virüsü (Human immunodeficiency virus)

<b>SCID</b>	: Şiddetli kombine immün yetmezlik (Severe combined immuno deficiency)
<b>SPSS</b>	: Sosyal bilimler için istatistik paketi (Statistical package for social sciences)
<b>8-MOP</b>	: 8-metoksipsoralen
<b>ACE</b>	: Angiotensin Converting Enzyme
<b>HPV</b>	: Human papilloma virus
<b>VİP</b>	: Vazoaktif intestinal peptit
<b>VDR</b>	: Vitamin D reseptörü
<b>HSP</b>	: Isı şoku proteinleri (Heat shock proteins)
<b>TLR</b>	: Toll benzeri reseptör (Toll like receptor)
<b>TGF</b>	: Transforme edici büyüme faktörü (Transforming growth factor)
<b>KGF</b>	: Keratinosit büyüme faktörü (Keratinocyte growth factor)
<b>IGF</b>	: İnsülin benzeri büyüme faktörü ( Insulin like growth factor)
<b>DİF</b>	: Distal interfalengial eklem
<b>EE</b>	: Expressed Emotion (Duygu dışı vurumu)
<b>LEE</b>	: Level of Expressed Emotion (Duygu Dışavurumu Düzeyi)
<b>CFI</b>	: Camberwell Aile Görüşmesi (Camberwell family interview)
<b>HAM-D</b>	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
<b>HAM-A</b>	: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
<b>LT</b>	: Lökotrien
<b>İ</b>	: Aşırı müdahalecilik (İntrusiveness)
<b>E</b>	: Aşırı tepkisellik (Emotional response)
<b>A</b>	: Hastalığa karşı olumsuz tutumlar (Attitude toward illness)
<b>T</b>	: Hoşgörüsüzlük, yüksek beklenti (Tolerance/expectation)

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Psoriyazisle bağlantılı gen lokusları. ....	6
Tablo 2.2. Psoriyazis klinik formları ile HLA ilişkisi. ....	6
Tablo 2.3. Psoriyazis tedavisinde kullanılan ilaçlar. ....	24
Tablo 4.1. gruplar arası yaş, cinsiyet, eğitim durumu, anahtar akraba dağılımı. ....	47
Tablo 4.2. LEE, İ, E, A, T ve EE değerleri için ortalama ve standart deviasyonlar .	47
Tablo 4.3. Eğitim düzeyine göre gruplar arası LEE değerleri .....	51
Tablo 4.4. Eğitim düzeyine göre gruplar arası EE değerleri.....	51
Tablo 4.5. Eğitim düzeyine göre gruplar arası LEE alt ölçeği İ değerleri.....	52
Tablo 4.6. Eğitim düzeyine göre gruplar arası LEE alt ölçeği E değerleri.....	52
Tablo 4.7. Eğitim düzeyine göre gruplar arası LEE alt ölçeği A değerleri .....	53
Tablo 4.8. Eğitim düzeyine göre gruplar arası LEE alt ölçeği T değerleri.....	53
Tablo 4.9. Seçilen anahtar akraba durumuna göre gruplar arası LEE değerleri .....	54
Tablo 4.10. Seçilen anahtar akraba durumuna göre gruplar arası EE değerleri.....	54
Tablo 4.11. Seçilen anahtar akraba durumuna göre gruplar arası LEE alt ölçeği İ değerleri .....	55
Tablo 4.12. Seçilen anahtar akraba durumuna göre gruplar arası LEE alt ölçeği E değerleri .....	55
Tablo 4.13. Seçilen anahtar akraba durumuna göre gruplar arası LEE alt ölçeği A değerleri.....	56
Tablo 4.14. Seçilen anahtar akraba durumuna göre gruplar arası LEE alt ölçeği T değerleri .....	56
Tablo 4.15. Psoriyazisli hastalarda LEE için lojistik regresyon .....	57
Tablo 4.16. Psoriyazisli hastalarda EE için lojistik regresyon .....	58

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Psoriyazis patogenezi.....	15
---------------------------------------	----

## I.GİRİŞ VE AMAÇ

Psoriyazis; etyolojisi kesin olarak bilinmeyen, kronik seyirli, tekrarlayıcı, dünya popülasyonunun yaklaşık %2-3'ünü etkileyen inflamatuvar, hiperproliferatif, psikosomatik bir deri hastalığıdır (1).

Kronik bir hastalık olması, aralıklı tedavi gerektirmesi ve kozmetik problemlere yol açması nedeniyle hastaların yaşamlarını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (2, 3). Hastalara göre hastalığın en kötü tarafı dış görünümüdür, hastaların %89'u görünümünden utanç duyduklarını ifade etmişlerdir (4). Birçok hastada ortaya çıkan ruhsal durum, fiziksel rahatsızlıktan daha anlamlı kabul edilir (5).

Kronik deri hastalıklarının, hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde etkilediği gösterilmiştir (3). Psoriyazis yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanan en önemli deri hastalıklarından birisidir (6). İki yüz yıl önce olduğu gibi prognoz hala belirsiz olduğu bu hastalık genellikle hayati tehlike oluşturmasa da yol açtığı psikososyal sorunlar intihar eğilimine bile yol açmaktadır (3, 6-8). Hastalığın belirsiz gidişi, relapsların önceden tahmin edilip önlenememesi ve hala kesin bir tedavinin mümkün olmaması psoriyazis hastalarında büyük bir strese neden olmaktadır (8).

Psoriyazis depresyon ve kronik akciğer hastalığından sonra ruhsal etkileri en fazla olan üçüncü hastalık, konjestif kalp yetmezliğinden sonra da fiziksel etkileri en fazla olan ikinci hastalıktır (1, 9, 10).

Hastalığın başlangıcında veya alevlenmelerde ruhsal travmaların önemli bir rol oynadığı, psoriyatik olguların genellikle içine kapanık, duygusal gereksinimlerini yansıtmayan, kendine güvensiz, ve sosyal ilişkilerde başarısız kişilik yapılarına sahip olduğu bilinmekte, bu nedenle psoriyazis psikosomatik hastalıklar içinde değerlendirilmektedir (1, 8). Bir çalışma psoriyazis hastalarının kendilerini dışlanmış, suçlu ve utanç içinde hissettikleri ve bu nedenle büyük bir psikolojik ve sosyal baskı altında olduklarını göstermiştir (8). Major depresyon, sosyal fobi gibi psikiyatrik sendromların dermatolojik problemlerle birlikteliği gösterilmiştir (11). Deri hastalıklarının standart dermatolojik tedavilerine ek olarak hastaların



psikoterapötik görüşmeler ve ajanlar ile tedavilerden fayda görecekları bildirilmiştir (12).

Dışa vurulan duygulanım aile üyelerinin hasta aile bireyine karşı tutum ve davranışlarının ölçümüdür ve aile hayatının duygusal kalitesinin ölçümü olarak değerlendirilmektedir (13, 14). Bir çok çalışmada dışa vurulan duygulanımın şizofreni, depresyon, obsesif kompulsif hastalıklar, epilepsi, diyabet, astım, yeme bozuklukları gibi psikiyatrik ve fizyolojik bazı hastalıklarla ilişkisine bakılmış ve yüksek duygu dışa vurumu ile hastalıklar arasındaki ilişki gösterilmiştir (14-17). Yüksek duygu dışavurumu; hastaya karşı yüksek şiddette eleştiri, düşmanlık ya da duygusal aşırı ilgilenmeyi kapsamaktadır (18).

Hasta ve hasta yakınlarının arasındaki duygusal durumu anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini derecelendirmek üzerine geliştirilmiş bazı ölçekler kullanılabilir. Duygu dışavurumu düzeyi (LEE) ve duygu dışavurumu (EE) ölçekleri bunlardandır (19, 20).

Psoriyazisli hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek üzere birçok ölçek bulunmaktadır. Bu ölçeklerde yer alan sorular hastaların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ilişkileri, cinsel yaşamlarının bazı yönleri üzerine hastalığın etkilerini belirlemeye yönelik olarak hazırlanmaktadır (5). Yine yapılan çalışmalarda çeşitli depresyon ve anksiyete ölçekleri kullanılarak depresyon, anksiyete ve psoriyazis arası ilişkiler incelenmiştir (21, 22). Fakat hastaların aile ortamındaki duygu dışavurumundan etkilenip etkilenmediğini gösteren bir çalışma daha önce yapılmamıştır. Biz bu çalışmada psoriyazisli hastaların aile ortamında maruz kaldıkları duygu dışavurumu ve algıladıkları duygu dışavurumu düzeyi ile hastalık arasındaki ilişkiyi göstermeye çalıştık.

## II.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Psoriyazis:

#### 2.1.1.Tanım:

Psoriyazis; keskin sınırlı, eritemli plak veya papüller üzerinde yerleşmiş, parlak, sedefi-beyaz skuamlarla karakterize, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Skuamların renginden dolayı halk arasında “Sedef hastalığı” adıyla bilinmektedir (1).

#### 2.1.2Tarihçe:

Psoriyazis bilinen en eski hastalıklardan biridir. Psoriyazis’in tarihçesi Gaber Nohl, Nordelli ve Oscar Naegeli tarafından araştırılmıştır. Psoriyazis’in geçmişi Babiller, Asuriler, Mısırlılar, ve eski Yunanlılara kadar uzanmaktadır. Hipokrat, Herodot, Plutarch, Celsus, Galeneus psoriyazis ile ilgili bilgileri orta çağa ulaştıran bilim adamlarıdır. Lepra, Psora, Alphos ve Lichen terimleri ilk defa Hipokrat ve ondan sonra gelen hekimler tarafından kullanılmıştır. Bu terimler birbirlerine benzeyen klinik tablolar için kullanılmıştır. Zamanla tıbbın ilerlemesiyle birlikte her bir terim, özgü olduğu hastalık için kullanılmıştır. Literatürde psoriyazis ile lepra çok uzun süre aynı grup hastalık olarak ele alınmıştır. Lepra ile psoriyazis ayrımı ilk defa Robert Willan tarafından 18. yüzyılda yapılmıştır (23, 24). Psoriyazisi günümüzde tanımlanan şekliyle ilk kez tarifleyen ve hastalığı psoriyazis olarak adlandıran ilk isim Ferdinand Hebra (1841) olmuştur (25).

#### 2.1.3.Epidemiyoloji:

Tüm dünyada yaygın bir dermatoz olmasına rağmen psoriyazisin epidemiyolojisi ile ilgili veriler azdır. Dermatoloji kliniklerine başvuran hastaların % 6-8'ini psoriyazis hastaları oluşturmaktadır (26, 27). Psoriyazisin sıklığı çeşitli ülkeler ve ırklar arasında % 0.5-4.6 oranlarında değişmektedir. Avrupa, Kuzey Amerika ve Avusturalyada yapılan çalışmalar beyaz ırkın diğer ırklara göre daha çok etkilendiğini göstermektedir. Psoriyazisin; eskimolar, zenciler, Kızılderililer ve sarı ırkta daha az görüldüğü bildirilmiştir (26, 28, 29). Yapılan çalışmalarda psoriyazis

görülme sıklığı; Almanya'da % 6.5, İrlanda'da % 5.5, İskoçya'da % 4.8, Norveç'te % 4.8, Kanada'da % 4.7, Amerika'da % 4.6 (siyah ırkta % 0.7), Malezya'da % 4-5.5, Kuveyt'te % 3.1, İsveç'te % 2.3, Hırvatistan'da % 1.55, Hindistan'da % 0.5-1.5, Japonya'da % 0.29-1.8 oranında saptanmıştır (28, 29). Kundakçı ve arkadaşlarının (30), Türkiye'de yaptıkları bir çalışmada ise psoriyazis sıklığı % 1.3 olarak saptanmıştır.

Psoriyazis kadın ve erkeklerde hemen hemen eşit sıklıkta görülür (24, 26). Psoriyazis her yaş grubunda ortaya çıkabilir. Literatürde, doğumda ve 108 yaşında ortaya çıkan psoriyazis vakaları rapor edilmiştir (24). Çoğu hastada başlangıç lezyonları üçüncü dekatda ortaya çıkmaktadır. En sık ortaya çıktığı yaş, bayanlarda 27, erkeklerde 29'dur (24). İki bin dört yüz kişilik hasta ile yapılan bir çalışmada 22.5 yaş ve 55 yaş olmak üzere iki farklı pik insidans olduğu bildirilmiştir. İki yüz kırk beş psoriyazisli çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada ortalama ortaya çıkma yaşı 8.1 olarak bildirilmiştir. Psoriyazis 15 yaşından önce ortaya çıkmışsa daha ciddi seyretmektedir (24). Fernandiz ve arkadaşları (31), İspanyol popülasyonunda yaptıkları çalışmada, kadın ve erkek dağılımının eşit, etkilenen hasta yaşının ise 20-50 olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada, ülkedeki psoriyazis dağılımının homojen olmadığı, ülkenin orta kesimlerindeki kuru alanlarda daha yüksek prevalans saptandığı rapor edilmiştir.

Kuzey Hindistan'da psoriyazisli çocuk olgularda yapılan bir çalışmada, ortalama psoriyazis başlangıç yaşı erkeklerde 8.1, kızlarda 9.3 olarak saptanmıştır (32).

Kundakçı ve arkadaşları (30), Türkiye'de psoriyazisin kadınlarda 1.5 kat daha sık ve erken başlangıçlı olduğu bildirilmişlerdir.

#### **2.1.4.Etyoloji:**

Psoriyazis üzerinde çok çalışılmış olmasına karşın, günümüzde de hala nedeni bilinmeyen hastalıklar arasında yerini korumaktadır (1). Uzun yıllardan beri etyolojide genetik bir geçiş, psikosomatik bir mekanizma, ilaç, enfeksiyon, fiziksel ve kimyasal travma, iklim ve mevsimsel değişiklikler, beslenme, sigara gibi tetikleyici faktörler, biyokimyasal ve metabolik bozukluklar olabileceği fikirleri öne

sürülmüştür (1, 32). Günümüzde psoriyazis genetik, çevresel ve immünolojik faktörlerin kombinasyonu ile oluşan, insanlarda en sık görülen T hücre bağımlı inflamatuvar/otoimmün hastalık olarak kabul edilmektedir (33).

#### **2.1.4.1.Genetik Yatkınlık:**

Psoriyazisli hastaların yakınlarında, normal popülasyona oranla daha fazla psoriyazise rastlanması, hem annede hem babada psoriyazis olması durumunda çocuklarında çok daha yüksek sıklıkla psoriyazis ortaya çıkması ve monozigotik ikizlerde yüksek oranda birlikte psoriyazis görülmesi, psoriyaziste hereditenin rolünü akla getirmiştir (24). Yapılan çalışmalarda psoriyazisli yakınlarında psoriyazis sıklığı % 6.4 olarak bulunmuş. Bu oran normal popülasyonda görülen psoriyazis sıklığının, üç katından daha fazladır. Türkiye'deki psoriyazis popülasyonunda ailesel tutulum önemlidir, fakat oranlar genel olarak bilinen oranlardan daha azdır (34). Yüz on yedi monozigotik ve 112 dizigotik ikiz üzerinde yapılan çalışmada monozigotik ikizlerdeki konkordans % 65-72, dizigotik ikizlerdeki konkordans %15-30 olarak bildirilmiştir (24, 35). Ailesinde psoriyazis öyküsü olmayan çocuklarda psoriyazis görülme sıklığı %1-2 iken, anne veya babada birinde psoriyazis var ise bu oran %8.1-20, anne ve babanın ikisinde de psoriyazis var ise bu oran %41-50'nin üzerine çıkmaktadır (24, 36). Psoriyazis hastalarının birinci derece akrabalarında psoriyazis riski (10 kat), uzak akrabalarından (4 kat) yüksektir (33).

Yapılan araştırmalarda psoriyazis ile ilişkili birçok gen lokusu tespit edilmiştir (Tablo 2.1). Bunlardan PSORS1 lokusu psoriyazis riskini en çok belirleyen faktör olarak bildirilmiştir (24, 37, 38). Kromozom 6p21.3 üzerindeki bu lokusta çeşitli proteinleri kodlayan genler yer almaktadır. Bu proteinlerin keratinosit hiperproliferasyonu ve mononükleer hücre infiltrasyonunu belirledikleri bildirilmiştir (39, 40).

**Tablo 2.1.** Psoriyazisle bağlantılı gen lokusları.

Gen lokusu	Kromozom
PSORS1	6p21.3
PSORS2	17q24-q35, 19p13
PSORS3	4q34
PSORS4	1q21, 2p
PSORS5	3q21, 4q13
PSORS6	19p
PSORS7	1p35-p34
PSORS8	16q12-q13
PSORS9	4q28-q31

Psoriyazis ile Human Leukocyte Antigen (HLA) tipleri arasındaki ilişki de genetik yatkınlığı desteklemektedir. Psoriyazis hastalarının HLA'lerinden, HLA B13, B17, BW17, BW16, A30, BW6, CW6, BW37, BW57, klas II den de (HLA-DR) DR7'yi sık olarak taşıdığı gösterilmiştir (1, 24).

Erken başlangıçlı psoriyazis tipinde ( 40 yaşından önce) HLA-Cw6, -B57, -DR7 genel popülasyondan daha sık saptanır ve ailesel kalıtım vardır. Geç başlangıçlı tipte ise ( 40 yaşın üzerinde başlar), HLA birlikteliği zayıftır. En sık birliktelik HLA-Cw2 ile (23, 41, 42). HLA-B13 veya HLA-B17 taşıyan kişilerde, taşımayan kişilere göre psoriyazis gelişme riski 5 kat daha fazladır (27). Psoriyazisli Türk olgularda yapılan bir çalışmada, HLA-A30, -Cw3, -Cw6, -DR14, -DQ8, -DQ9 anlamlı derecede sık olarak saptanmıştır (43). Psoriyazisin bazı klinik formları ile HLA tipleri arasında pozitif bir ilişki mevcuttur (41) (Tablo 2.2).

**Tablo 2.2.** Psoriyazis klinik formları ile HLA ilişkisi.

Psoriyazis Klinik Formları	HLA Grupları
Psoriyatik artrit	B27
Eritrodermik psoriyazis	B13, B17
Guttat psoriyazis	Cw6
Püstüler psoriyazis	B17, B27

#### **2.1.4.2.Tetikleyici Faktörler:**

Genetik yatkınlığı olan kişilerde çeşitli endojen ve ekzojen faktörler, asıl neden olmamakla birlikte hastalığın başlamasına veya alevlenmesine neden olabilir. Bu faktörler çok çeşitli olup hastadan hastaya farklılık gösterirler (1, 24). Başlıca tetikleyici faktörler; fiziksel ve kimyasal travma, enfeksiyonlar, stres, ilaçlar, hipokalsemi, iklim, alkol, diyet, sigara, obezite, kardiyovasküler hastalık'tır (1, 24, 26, 32).

#### **Travma**

Çok sayıda travma çeşidinin psoriyazisi başlattığı bildirilmiştir (24). Fiziki travmalardan; radyasyon (Ultraviyole, x-ray), dermabrazyon, cerrahi girişimler, intradermal ve subkutan enjeksiyonlar, dövme, böcek ısırığı, yanık, akapunktur, kimyasal faktörlerden; şimik yanıklar, toksik maddelere maruziyet, kronik irritan dermatitler ve bazı topikal tedavi şekillerinin yanı sıra, inflamatuvar dermatozlardan varrisella benzeri virüs enfeksiyonları, pitriasis rosea, alerjik kontakt dermatit, prick ve patch testi gibi çok sayıda travma çeşidinin psoriyazisi tetiklediği bildirilmiştir (26).

Aktif psoriyazisli bir hastada deneysel olarak uygulanan travma sonucunda travma alanında 7-14 gün sonra tipik psoriyazis lezyonları ortaya çıkar, bu olaya Köbner fenomeni veya "izomorfik yanıt" adı verilir (44, 45). Bazen travmayı takiben psoriyazis lezyonları kaybolur, bu duruma "Revers Köbner" fenomeni denir. Yapılan çeşitli çalışmalarda Köbner fenomeni sıklığının % 38-76 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bir hastada travmaya uğrayan tüm alanlarda ya Köbner fenomeni oluşur ya da hiçbir alanda Köbner fenomeni oluşmaz. Buna "hep veya hiç fenomeni" adı verilir (45).

#### **İlaçlar**

İki yüzden fazla ilacın psoriyazis'i indüklediği veya alevlendirdiği bildirilmiştir. Psoriyazisi en sık indükleyen veya alevlendiren ilaçlar lityum, beta adrenerjik blokerler ve antimalaryalardır (26, 45). Son zamanlarda bunlara terbinafin, kalsiyum kanal blokerleri, tetrasiklinler, simetidin, interferonlar, interlokinler, granülosit koloni stimulan faktörler, nonsteroidal antiinflamatuvar

ilaçlar, Anjiotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, lipid düşürücü ilaçlar, iyot, progesteron, indometazin, nistatin gibi yeni ajanlarda eklenmiştir (1, 24, 26, 45). Sistemik steroid tedavisinin ve klobetazol propiyonat gibi potent topikal kortikosteroid tedavisinin kesilmesi gibi iyatrojenik faktörlerde psoriyazis lezyonlarının alevlenmesine yol açabilir (23, 41).

### **Enfeksiyonlar**

Enfeksiyöz etyolojinin rolü bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonlarla ilişkili vakaların bildirilmesiyle düşünülmüştür. Psoriyaziste Beta hemolitik streptokoklar kesin tanımlanmış olan, özellikle Cw 0602 aleli taşıyanlarda psoriyazis tetikleyicilerindedir (32). Özellikle de boğaza yerleşen streptokokal enfeksiyonların akut guttat psoriyazisi tetikledikleri bilinmektedir (1, 24, 26, 45). HIV enfeksiyonu psoriyazisi tetikleyen önemli bir faktör olup, insidansı oldukça değişkendir (24, 26, 32). Psoriyatik deri örneklerinde % 89-90 HPV DNA'larının bulunması etyolojide önemli olduğunu gösterebilir. Malassesia türlerinin psoriyaziste ki rolü hala tesbit edilememesine karşın, bazı çalışmalarda bu lipofilik mayaların deri lezyonu gelişimi ile ilişkisi gösterilmiştir (32).

### **Endokrin Faktörler ve Metabolik Faktörler**

Psoriyazis insidansının puberte ve menopoz döneminde pik yaptığı bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda psoriyazisli gebelerin % 40'ında klinik iyileşme, % 20'sinde klinik kötüye gidiş, % 40'ında da hiçbir değişiklik olmadığı bildirilmiştir (27, 45). Gebelik sonrasında, psoriyazis tedaviye daha dirençli hale gelebilir, relapslar görülebilir, nadiren de generalize püstüler psoriyazis ortaya çıkabilir (45, 46). Generalize püstüler psoriyazis premenstürel dönemde ve yüksek doz östrojen tedavisi ile aktiflenebilir (45).

Paratiroidektomi sonrası, kronik böbrek yetmezliği veya diyalize bağlı gelişen hipokalsemilerin psoriyazisi şiddetlendirdiği bildirilmektedir (1, 26, 45).

### **Güneş Işığı ve İklim**

Psoriyaziste, genel olarak, güneş ışığının faydalı etkisi olmasına karşın, psoriyazis hastalarının çok az bir kısmında, güçlü güneş ışığı ile hastalık aigre ve

olabilmektedir (47, 48). Stocholm'de 2000 hasta üzerinde yapılan bir anket çalışmasın da psoriyazislilerde fotosensitivite oranı % 5.5 olarak bulunmuştur. Psoriyazis genellikle yaz mevsiminde güneş ışınlarının etkisiyle düzelir ve kış mevsiminde de kötüleşir. Yüksek nem seviyesinin genellikle faydalı olduğu bildirilmiştir (45, 46).

Vitamin D prohormon olarak deride 7-dehidrokolesterolden UVB etkisiyle elde edilir. 1,25(OH)2D3'ün hedeflerinden biri derideki vitamin D reseptörü (VDR) olan keratinositlerdir. İnsan kültüre keratinositleri kalsitriole maruz kalınca büyüme ve matürasyon hızları inhibe olur (32).

### **Diyet ve Alışkanlıklar**

Sigara içimi ve alkol kullanımı hastalığı alevlendirebilmektedir (24, 26, 49). Düşük enerjili ve vejeteryan diyetin psoriyazis semptomlarını düzelttiği bazı çalışmalarda gösterilmiştir (32, 50). Omega-3'den zengin diyetin ise antiinflamatuvar mekanizma ile olumlu etki gösterebileceği bildirilmiştir (1, 32, 50). Psoriyazisle vücut kitle indeksi korale olduğundan, obez hastalara kilo vermesi önerilmektedir (32).

Psoriyazis ve Çölyak hastalığı olanlarda glutensiz diyetle psoriyazis semptomlarının düzelmesi gluten ile psoriyazis ilişkisine dikkat çekmiştir. Glutensiz diyet antigliadin antikoru olmayan hastalarda bile psoriyazis şiddetini düzeltebilir (32).

Oksidatif stres ve artmış serbest radikal oluşumu psoriyaziste deri inflamasyonu ile ilişkili bulunmuştur. Sebze ve meyve alımı karotenoid, flavonoid ve vitamin C gibi değişik antioksidan içeriklerinden dolayı psoriyaziste faydalı olabilir. Vitamin C, - E, selenyum ve beta karoten oksidatif stres imbalansını önleyerek psoriyaziste düzelmeye yardımcı olabilir (32, 50).

### **2.1.5 Patogenez:**

Psoriyazisin etyopatogenezini anlamaya yönelik yoğun çalışmalara rağmen lezyonların oluşumu hala büyük oranda anlaşılamamıştır. Keratinositler, T hücreleri, dendritik hücreler, monositler ve makrofajlar, endotel hücreleri, mast hücreleri,



nötrofiller gibi pek çok hücre, sitokinler, kemokinler, büyüme faktörleri, adezyon molekülleri, lipid mediatörler, nöropeptitler ve T hücre reseptörleri aracılığıyla karmaşık bir ilişki sergileyerek psoriyatik süreçte rol almaktadır (51). Psoriyazis genel olarak tip 1 sitokin üreten T hücrelerinin neden olduğu anormal bir epidermal proliferasyonun görüldüğü bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Ancak, bu hücrelerin ne şekilde ve neden aktive olduğu bilinmemektedir. Çok çeşitli hücreler (endotel hücreleri, mast hücreleri ve fibroblastlar) psoriyatik deride aktive olup T hücrelerinin tip 1 sitokin yapımını ve keratinosit proliferasyonunu hızlandırmaktadırlar (8). Ayrıca psoriyazisin erken döneminde endotel hücrelerinin de patogeneze rol oynayabileceğini destekleyen bulgular vardır. Primer rol oynayan hücre grubu ve mekanizmayla ilgili günümüzde geçerli olan üç temel hipotez vardır (51). Bunlar:

#### **2.1.5.1. İmmün Aktivasyon:**

İmmünolojik çalışmalarda psoriyatik hastalarda hem humoral hem de hücrel immün sistemle ilgili pek çok anormalliğin varlığı gösterilmiştir (52) Serum immünglobulin düzeylerinde değişiklikler saptanmışsa da humoral immün sistemin etyopatogeneze rol oynamadığı düşünülmektedir (53).

Psoriyazisin patogenezinde en çok üzerinde durulan mekanizma T hücre aktivasyonudur. T hücrelerinin psoriyazis patogenezindeki önemini destekleyen bulgular şu şekilde özetlenebilir (8):

-Köbner fenomeni nedeniyle ya da spontan gelişen yeni lezyonlarda ilk görülen değişiklik T hücrelerinin deriye göçüdür.

-İntradermal interferon (IFN)-gama (T hücreleri tarafından üretilen) enjeksiyonu lezyon oluşumuna yol açar.

- Spesifik T hücre süpresörleri psoriyazis tedavisinde etkilidir.

-Psoriyazis lezyonlarından izole edilen T hücre klonları keratinosit proliferasyonunu indükler.

-Psoriyazisli bir vericiden alınan kemik iliği alıcıda psoriyazis deri lezyonlarının oluşumuna neden olmuştur.

-İmmün yetmezlikli bir hayvan modelinde (SCID) fareye transplante edilen lezyonsuz deriye T hücrelerinin enjekte edilmesi sonrasında psoriyatik deri lezyonlarının geliştiği görülmüştür.

Yardımcı T (Th) hücreleri Tip 1 ve tip 2 sitokin üreten T hücreleri olarak iki ana grupta incelenebilir. Hem CD4<sup>+</sup> yardımcı hem de CD8<sup>+</sup> sitotoksik T hücreleri bu iki grupta yer alabilmektedirler. Tip 1 sitokinler arasında IFN-gama ve tumor nekroz faktörü (TNF)-alfa yer alırken, tip 2 sitokinler arasında interlökin (IL) -4 ve IL-5 yer alır. Tip 1 sitokin üreten Th hücreleri intrasellüler mikroorganizmaların ve tümör hücrelerinin, tip 2 sitokin üreten Th hücreleri ise ekstrasellüler mikroorganizmaların yok edilmesinde rol oynamaktadır (8, 54). Psoriyazis hastalarının lezyonlu derisinde ve periferik kanda tip1 sitokin yapımının arttığı tesbit edilmiştir. Normal deride T hücrelerinin çoğu damar içinde ve lenf nodlarının derinlerinde bulunurlar ve 'saf' T hücrelerini (CD45RA+) temsil ederler. Dermis ve epidermiste nadir bulunan T hücreleri ise daha önceki immün aktivasyonlardan kalma 'hafıza' T hücreleridir (CD45RO+). Th hücreler dermiste, T süpressör hücreler ise çoğunlukla epidermis veya dermoepidermal bileşkede yerleşirler (55).

Langerhans hücreleri ve dermal dentritik hücreler, deride bulunan özelleşmiş antijen sunan hücreler (ASH) 'dir. Antijeni yakalayan ASH'ler deri ile ilgili drenajı sağlayan lenf nodlarına göç eder. Lenf nodunda ASH'ler işlemde geçmiş antijeni saf T hücrelerine sunar. ASH'ler ve T hücreleri arasındaki ilişki antijen spesifik T hücre reseptörü (TCR) tarafından sağlanır. ASH; saf T hücrelerinin hafıza T hücrelerine ya da düzenleyici T hücrelerine dönüşümünü sağlayarak T hücre aktivasyonu başlatır (56-58).

Aktif T-hücreleri (CD45RO+) kutanöz lenfositik antijen (CLA) eksprese ederler. CLA, dermisteki endotel hücrelerde bulunan adezyon molekülleri E- ve P-selektin'e bağlanmayı sağlar. Bu bağlanma bir yandan T hücrelerini uyararak bu hücrelerin lenfosit fonksiyon antijeni (LFA)-1 ve geç dönem antijen (VLA)-4 eksprese etmelerine, diğer yandan da endotel hücrelerini uyararak intersellüler adezyon molekülü (ICAM) ve vasküler selüler adezyon molekülü (VCAM) eksprese etmelerine neden olur. Bu moleküllerin etkileşimi sonucu, aktif T hücrelerinin, postkapiller venüller yolu ile dermise göçü sağlanır. Aktif T hücreleri IFN-gama veya TNF-alfa gibi sitokinler

salarak n6trofilleri de i7eren di7er imm6n efekt6r h6crelerin inflamasyon alanına toplanmasını sa7ırlar (59, 60).

IFN-gama ve TNF-alfa, T h6cre/keratinosit etkileşimini daha da kolaylaştırır. TNF-alfa aynı zamanda keratinositlerden vask6ler endotel h6cre b6y6me fakt6r6 (VEGF) üretimini uyarır. VEGF, endotel h6cre proliferasyonunu, ICAM / VCAM ekspresyonunu uyarır ve sonu7ta da aktif T h6crelerin toplanmasına neden olur (59). IFN-gama ve TNF-alfa, keratinositlerden IL-6, IL-7, IL-8, IL-12, IL-15, IL-18, TNF-alfa ve di7er sitokinler ile b6y6me fakt6rlerinin üretimini başlatır. IL-18 ve IL-12 sinerjistik olarak dentritik h6creler 6zerinde etki g6stererek IFN-gama üretimini arttırır. Aktif T h6crelerin 6retti7i IL-17, keratinositlerden IL-6 ve IL-8'i i7eren proinflamatuvar sitokinlerin üretimini arttırmak i7in IFN-gama ile sinerjik etki g6sterir ve b6ylece T h6crelerinin cilde ge7işini arttırır (56, 57, 59, 60). TNF-alfa, IL-20, IFN-gama ve di7er sitokinler keratinositlerin aşın proliferasyonuna neden olur. IFN-gama ve IL-15, keratinositlerin apoptoza karşı direncini arttırır. İNFLAMATUAR h6creler ve keratinositler tarafından 6retilen kemokinler de psoriyazisde l6kositlerin toplanması, adhezyonu ve trafi7i i7in gereklidir (56, 57, 59).

T h6cre aktivasyonuna ek olarak, spesifik olmayan imm6n yanıtında psoriyazis patogenezinde 6nemli oldu7u g6sterilmiştir. Bu imm6n yanıt organizmanın mikroorganizmalarla s6rekli karşılaştı7ı solunum yolları, gastrointestinal sistem ve deride koruyucu fonksiyon oynar (61). Yapılan 7alışmalar keratinositlerin, spesifik olmayan imm6n yanıtta rol oynayan peptitler 6retebildi7ini g6stermiştir. Bu peptitler 13-defensinler ve katelisinler olmak 6zere iki ana gruba ayrılırlar ve bakteriyel, viral, fungal patojenlere karşı ilk savunmada yer alırlar. Psoriyazisli deride bu peptitlerin yapımının normal deriden farklılık g6sterdi7i g6r6lm6ştir. Defensinlerden Hbd-2 ve Hbd-3'6n ve katelisinlerin ps6riyatik deride arttı7ı g6zlenmiştir (62).

Bunun yanı sıra ps6riyatik deride ısı şoku proteinleri (HSP) -27, -60 ve -70'in ve ligandları CD91'in arttı7ı g6r6lm6ştir. Bu proteinler ve ligandları imm6n sistemi de7işik yollardan aktive edebilmektedir (32, 63).

Bir7ok mikroorganizma tarafından paylaşılan molek6ler yapıları tanıyan bir grup klonal olmayan tanıma resept6rleri tanımlanmıştır. Bu resept6r gruplarından biri Toll benzeri resept6rleri (TLR) i7ermektedir. TLR'ler mikrobiyal yapıların erken tanınmasında 6nemlidirler. Bu resept6rler oluşturdukları sinyaller ile bir7ok inflamatuvar geni aktive

etmektedirler ve bu reseptörlerden TLR1, TLR2 ve TLR5'in keratinositlerce yapıldıkları bulunmuştur. Bu reseptörlerin psoriyazisli deride normal deriye göre farklı lokalizasyon ve miktarda yapıldıkları görülmüştür (8, 32).

Psoriyazisli hastaların nötrofilleri normal kontrollere göre daha fazla nötrofil migrasyonunu sağlayan IL-8 reseptörü bulundurmaktadırlar. IL-8 ve indüklenmiş nitrik oksid sentetaz (İNOS) gibi faktörlerin de lezyonlu deride arttığı bilinmektedir (8). Psoriyazisli hastaların nötrofilleri, sağlıklı kişilerinkine göre 2-4 kat daha çok lökotriyen (LT) -B4 sentez etme yeteneğine sahiptirler (45).

### **2.1.5.2 Keratinosit Aktivasyonu –Hiperproliferasyonu:**

Psoriyazisde tutulan bölgelerdeki derinin karakteristik özelliklerinden biri hiperproliferasyondur (24). Proliferatif fazda olan hücre miktarı normalin iki katına çıkmıştır. Normal bir derideki germinatif tabakada hücrelerin % 60-70'i büyüme fazındayken, psoriyazisli deride germinatif hücrelerin % 100'ü büyüme fazına geçmiştir. Psoriyaziste epidermiste kök hücre oranının yüksek olması, bölünen hücrelerin hücre siklus sayılarının artması ve hücrelerin apoptoza normal deri keratinositlerini kıyasla daha dirençli olmaları ve apoptozun azalmasına bağlı olarak hiperplastik ve hiperkeratotik görünümün ortaya çıkmaktadır (24, 32, 45, 51, 61). Epidermal hücre döngüsü yaklaşık olarak sekiz kat kısalmıştır. Bu hızlanmış proliferasyondan sorumlu olan hücreler normal keratinositlere göre 6-7 kez daha fazla olarak hücre siklusünün S-G2+M fazına giren kök hücreleridir (8). Normal epidermal siklus 310 saat iken, psoriyazisli hastalarda siklus süresi 36 saate kadar düşmüştür (24, 32, 51, 57). Psoriyazis lezyonlarında, hücre proliferasyonunu ve lökosit adezyonunu uyarıcı etkisi olan C-GMP düzeyinin arttığı, inhibitör etki yapan C-AMP düzeyinin ise azaldığı saptanmıştır (32, 45, 51, 61). Keratinositlerin artmış proliferasyonunda transörme edici büyüme faktörü (TGF), amfiregülin, keratinosit büyüme faktörü (KGF), epidermal büyüme faktörü (EGF) ve insülin benzeri büyüme faktörü (IGF)-I gibi büyüme faktörlerinin ve bu faktörlerin artmış reseptörlerinin rol oynadığı düşünülmektedir (8). Çalışmalar epidermal proliferasyon ve kutanöz inflamasyonun lezyonlu deriyle sınırlı olmadığını, lezyonsuz deride de inflamasyon olduğunu göstermiştir (26, 51, 64). Uyarılmış keratinositler çeşitli mediatörler (IL-1

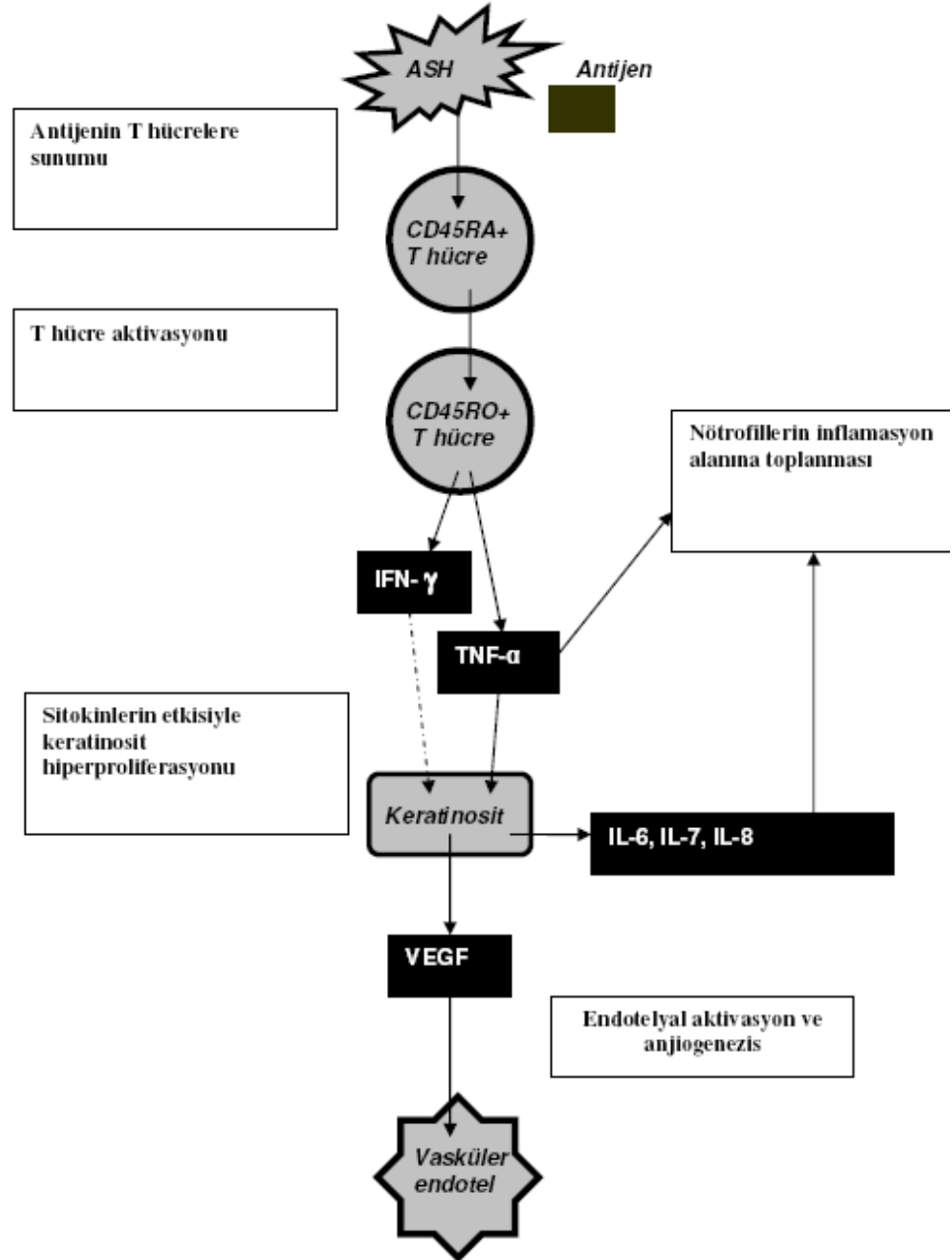
alfa, IL-1 beta, TNF-alfa, kompleman-5a, prostaglandin , lökotriyen) sekrete ederek endotel hücrelerinde adezyon molekülleri ekspresyonunu indükleyebilir ve dolaşan lenfositlerin dokuya göçüne yol açarak inflamatuvar olayları başlatabilir (51). Önceleri epidermal proliferasyonun nedeni olarak intrinsek keratinosit anormallikleri suçlanmış olsa da sonraları psoriyazisli deride pek çok sitokin, büyüme faktörü ve reseptörünün düzeyinde değişiklikler gibi ekstrinsek faktörler gösterilmiştir (51).

Ayrıca lezyonlu derideki keratinositler bir takım fenotipik değişimler göstermektedirler (8). Histolojik olarak keratinosit sayısı artmıştır. Stratum korneumda yer alan keratinositler anormal olup, çekirdeklerini kaybetmemişlerdir. Diferansiyasyonla ilişkili keratin proteinleri olan K 5/14, K 1/10 miktarları azalmış, proliferasyonla ilişkili K 6/16 miktarı artmıştır (65). Elektron mikroskobu incelemelerinde tonofilamentlerde azalma ve anormal desmozomal yapıların izlendiği belirtilmiştir. Keratinosit membranlarında da anormallik vardır. Membran proteinlerinden involucrin ve lorikrin düzeyleri anormal olarak saptanmıştır. Bu anormalliklerin hücre membran yapısının da bozuk olmasına yol açtığı bildirilmiştir (26, 45, 64).

### **2.1.5.3.Vasküler / Endotelyal Aktivasyon:**

Psoriyaziste deride inflamatuvar infiltratın varlığı, dermal vasküler yapılarıdaki değişikliklerin erken patofizyolojik olay olduğunu düşündürmüştür (51). Psoriyazisli hastalarda lezyonlu bölgelerde daha yoğun olmak üzere, hem lezyonlu hem de lezyonsuz deride kapillerlerde endotelyal yarıklar gösterilmiştir. Psoriyaziste üst dermal kapiller lupun vertikal uzantılarında anjiyogenez sonucu, belirgin bir şekilde endotelyal hücre proliferasyonu ve vasküler yatak genişlemeleri gözlenir (64). Ayrıca endotel hücrelerinde inflamatuvar hücrelerin adezyonunda rol oynayan ICAM 1 ve E selektin ekspresyonu olduğu saptanmıştır. Endotel hücreler için güçlü mitojen olan VEGF'nün endotel hücrelerinde proliferasyona neden olduğu ve psoriyaziste anjiyogenezin sürdürülmesinde rol oynadığı gösterilmiştir (51). Anjiyogenez ile kronik inflamasyonun birbirine bağımlı olduğu ve inflamasyonu kontrol edebilen ajanların anjiyogenezide kontrol edebildiği bildirilmiştir (26, 51).

Tüm bu olaylar zincirinin sonunda, çeşitli sitokinler, büyüme faktörleri, kemokinlerin açığa çıkması ve inflamasyonun ek uyarılarla büyütülmesi ile başta keratinosit hiperproliferasyonu olmak üzere belirgin patolojik sonuçlar ortaya çıkarlar (66). Psoriyazis patogenezi şekil 2.1’de şematize edilmiş olarak gösterilmektedir.



Şekil 2.1. Psoriyazis patogenezi.

### 2.1.6.Histopatoloji:

Psoriyazisin histopatolojik bulguları, hastalığın evresine göre çeşitli farklılıklar göstermektedir. Tanı koydurucu bulgular ancak ilk çıkan lezyonların kenarına yakın yerinden alınan biyopsilerle mümkündür (64). Erken evre lezyonlarda ilk göze çarpan dermatopatolojik bulgular dermiste hafif, yüzeysel perivasküler lenfositik infiltrasyon, dermal papillalarda kapiller dilatasyon, konjesyon ve ödem, tek tek eritrosit ekstrasvazyonudur. Üst epidermiste yer yer granüler hücrelerde vakuolizasyon ve takiben granüler hücrelerin kaybı görülür. Parakeratotik ve ortokeratotik alanlara yakın yerlerde mikro abselerin görülmesi çoğu zaman psoriyazis tanısı koydurur. Eğer stratum korneum tabakasına belirgin nötrofil göçü olur ve olaya spongiozda eşlik ederse bu oluşuma Kogoj'un spongioform püstülleri denir. Psoriyazisin başlangıç lezyonlarında epidermal hiperplazi minimaldir, papillamatoz ve uzamış Rete çıkıntıları da izlenmeyebilir (24, 45, 64, 67). Psoriyazis vulgarisin tam gelişmiş lezyonlarında;

1- Korneum katmanı hemen tamamen ya da geniş tabakalar halinde parakeratotiktir.

2- Munro mikroapseleri adı verilen nötrofilik debris parakeratotik korneum içinde yer alır. Epidermis içinde Kogoj'un spongioform mikropüstülleri izlenebilir.

3- Parakeratoz altındaki granüler katman incelmış ve hatta yer yer tamamen kaybolmuştur.

4- Psoriyaziform epidermal hiperplazi bu dönemdeki lezyonlarda en belirgin özelliğdir. Klasik psoriyazis dermatopatolojisinde tanımlanan; epidermal rete çıkıntılarının inceliği uzaması ve alt uçlarının baston biçiminde genişleyip kıvrılarak yer yer birbiri ile birleşmesi izlenir. Psoriyaziform epidermal hiperplazinin en belirgin özelliği; uzamış bu retelerin tümünün aşağı yukarı aynı boyda olmasıdır.

5-Dermal papillalarda uzama, uç kısımlarında çomaklaşma ve ödem gözlenmektedir.

6-Stratum malpighi tabakasında suprapapiller bölgelerde incelmeler vardır.

7-Dermisteki damarlar çevresinde lenfosit, makrofaj, nötrofil ve mast hücrelerinde artış gözlenmektedir (26, 46, 64, 67) .

### **2.1.7.Klinik:**

Psoriasis, klinik olarak psoriasis vulgaris ve atipik psoriasisler olmak üzere iki ana grupta sınıflandırılabilir (1).

#### **2.1.7.1.Psoriasis Vulgaris:**

Tüm yaş grupları içinde en yaygın görülen klinik form psoriasis vulgaristir. Klinik olarak keskin sınırlı, üzeri sedefi renkte skuamlarla kaplı eritemli plaklar şeklinde izlenir. Plakların kenarı hafifçe kabarıktır, bazen de soluk beyaz bir halka ile çevrelenmiştir (49, 67). Başlangıç lezyonu genellikle eritemli makül veya makülopapüller olup, çapı 2 mm gibi çok küçük olabileceği gibi, bu lezyonların giderek genişlemeleriyle, sonunda üzeri skuamlarla kaplı çok büyük plaklar haline de gelebilir (24, 65). Skuamlar kuru ve gevrekler. Skuamlar geniş yapraklar şeklinde ve çok katlı bir görünümde ve renkleri gümüşü-beyaz tonlardadır, nadiren sarı, çok katlı "rupoid psoriasis" olarak nitelendirilen tarzda lezyonlar da karşımıza çıkabilir(1,49). Skuamlı plağın üstü küt bir bisturi ile kazınacak olursa skuamlar kuru, beyaz lameller halinde dökülürler. Bu dökülme düz bir yüzey üzerine damlayıp kurumuş bir mum damlasının kazınması sırasındaki beyazlaşma ve tabaka tabaka kalkmasına benzetilerek mum lekesi fenomeni (Signe de tache de bouge) adını alır. Parakeratotik hiperkeratozun bir bulgusudur (1, 67). Plakta skuamların kaldırılmasından sonra kazımaya devam edilecek olursa, lezyondan yapışık, nemli, bir tabaka kaldırılabilir. Bu epidermin dermal papillalar üzerindeki son tabakası olup psoriasis için patognomonik bir bulgudur ve son zar fenomeni (Last cuticle phenomenon) olarak bilinir (26, 67). Plakta kazımaya devam edilirse skuamların altından önce eritemli bir zemin ortaya çıkar ve daha sonra küçük kırmızı noktacıklar şeklinde kanama odakları görülür. Bu kanama alanları uzamış dermal papillaların uçlarına uymaktadır ve Auspitz belirtisi (Sign de Auspitz) olarak bilinir (1, 24, 26, 67).

Psoriasisisteki lezyonlar boy ve şekillerine göre değişik isimler alırlar. Lezyonlar; nokta büyüklüğünde ise Psoriasis (P) punktata, damla şeklinde ise P. guttata, madeni para büyüklüğünde ise P. numularis, el ayası büyüklüğünde ise P.en plaka, el ayasından daha büyük ise P. en plakarda denir. Lezyonlar vücudun tümüne yakın kısmını kaplıyorsa P. universalis adı verilir (1). Lezyonların genişlemesi, birleşmesi veya involusyona uğraması sonucu birçok değişik şekiller oluşabilir. Lezyonların ortadan iyileşmesi,



veya birkaçının birleşmesi ile yarım halka şekli almasına P. annularis, düzensiz girintili çıkıntılı plak yapmasına P. geografika, merkezi involüsyon yapmaksızın solid lezyonlar oluşturmaya P. diskoidea adı verilir (1, 65).

Guttat psoriyazis özellikle çocuklarda sık görülen bir psoriyazis tipidir. Akut başlangıçlı çok sayıda küçük, eritematöz, yağmur damlası benzeri kırmızı-pembe renkli papüller olup, üzerleri kepekli olabilir. Sıklıkla HLA-CW6 ile birliktelik bildirilmiştir. Faringeal streptokoksik infeksiyonu bu döküntüleri tetikleyen en önemli etkindir. Uzun yıllar içinde spontan düzelme izlenebilmektedir.(26, 49).

Psoriyazisde lezyonlar tüm deri alanlarına yerleşebilmekle birlikte, karakteristik yerleşim yerleri: dizler, dirsekler, saçlı deri ve lumbosakral bölgelerdir. Sık tutulan alanlar vücudun ekstansör yüzleri olup, lezyonların bu bölgeleri tercih etmesinin nedeni en fazla travmaya uğrayan alanlar olması ile açıklanmaktadır (26, 67).

Psoriyazisde lezyonlar genellikle simetrik dağılım gösterirler. Hastalar subjektif olarak kaşınma ve yanma gibi yakınmalarda bulunabilirler (1). Psoriyazisde lezyonlarda ter retansiyonu vardır. Lezyonlar düzeliyor, normal görünümünü aldıktan sonra bile ter retansiyonu bir süre devam eder (24).

Psoriyazis lezyonları iyileşirken, hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon, veya depigmentasyon ortaya çıkabilir. Lezyonlar travmatize edilmedikçe skatris gelişmez (46). İyileşen psoriyazis plaklarının çevresinde milimetrelerle ölçülebilen eritemsiz hipopigmente bir zon gelişir. Bu belirti Woronoff halkası olarak bilinmektedir. Bu olayın prostoglandin-E2'nin lokal olarak sentez edilememesinden kaynaklandığı bildirilmiştir (45, 67).

Psoriyazis, lokalizasyonlarına göre değişik isimler alır ve yerleşim yerine göre farklı klinik özelliklerle ortaya çıkar (1).

Saçlı deri tutulumu, tek başına veya diğer bölge psoriyazisi ile birlikte olabilir. Özellikle çocuk ve gençlerde başlangıç lezyonu olarak görülebilir. Psoriyazisli hastaların yaklaşık % 50'sinde hastalığın seyrinin herhangi bir anında saçlı deri tutulması olmaktadır. Genellikle skuamlar saç çıkışını engellemez ve saçlar skuamları delerek çıkar. Plaklar genellikle alın da veya saçların bittiği çizgide sonlanır. Psoriyazis bazen seboreik dermatitle bir arada bulunabilir ve hastada sadece saçlı deri tutulumu varsa

hem klinik hem de histolojik olarak psoriyazis ve seboreik dermatiti ayırt etmek zordur. Bu gibi durumlarda "sebopsoriyazis" terimi uygun bulunmaktadır (26, 67).

Psoriyazis lezyonları aksilla, kasıklar, meme altları ve vücut kıvrımlarında izlendiğinde invers psoriyazis olarak tanımlanır. Sürtünme ve nemden dolayı skuam yoktur, bazen fissürler gelişebilir, genellikle kaşıntılıdır. Lokal travmatik faktörlerle birlikte dermatofit veya Candida albicans infeksiyonlarına bağlı izomorfik yanıt olabilir (24, 26, 49).

Kıl folikülleri ile ilişkili eritemli skuamlı lezyonlarla karakterize psoriyazis tipine foliküler psoriyazis denir. Genellikle gövde yerleşimlidirler. Küçük, düz lezyonlar liken planusu ve pitriasis rubra pilarisi andırır (26, 49).

Palmoplantar psoriyazis: el içi ve ayak tabanında kırmızı, simetrik, keskin kenarlı, üzerleri yapışık san renkli skuamlarla kaplı lezyonlarla karakterizedir. Sıklıkla ağnı fissürler de eşlik eder. Bu görünüm kronik dermatofit infeksiyonlarını ve kronik ekzemaları taklit eder. palmoplantar sifilid, hipertrofik liken, Reiter hastalığı ile karışabilir (26, 49). Palmoplantar psoriyazisli olgular el içi ve ayak tabanının tutulmadığı diğer psoriyazis hastalarına göre fiziksel olarak daha fazla kısıtlanmış durumdadırlar (49).

Psoriyazisde mukoza lezyonu yok kabul edilir, ancak püstüler psoriyazisli olgularda dilde migratuar eritematöz lezyonlar bildirilmiştir. Erkeklerde özellikle glans peniste ve kadınlarda vulvar bölgede iyi sınırlı, hafif kepekli, kırmızı plaklar izlenebilir (26, 49).

#### **2.1.7.2. Atipik Psoriyazis Tipleri:**

Psoriyazisin bu tipleri, ağır inatçı ve çoğu kez yaşamı tehdit edici biçimde seyrederek. Atipik psoriyazis tiplerinin birbirine geçişleri olabilir. Bunlar; eritrodermik psoriyazis, püstüler psoriyazis ve artropatik psoriyazistir (1, 45, 46).

**Eritrodermik Psoriyazis:** Çoğu kez psoriyazis vulgaris üzerinden bir komplikasyon olarak gelişebileceği gibi, bazen psoriyazis doğrudan bu şekilde aniden ortaya çıkabilir. Yüz dahil tüm deri yüzeyinde yaygın ve şiddetli eritem vardır. Eritem kronik plak tipe göre daha belirgin olup, skuamlar genellikle azdır.

Deri bulgularına ek olarak lenf nodlarında büyüme, ateş, ağrı, deride hassasiyet, halsizlik olabilir. Vazodilatasyon nedeniyle hipotermi, sıvı-elektrolit kaybı ve deskuamasyon nedeniyle protein kaybı, koruyucu deri bariyerinin ortadan kalkmasıyla sepsis gibi sistemik reaksiyonlar görülebilir. Tedaviye dirençli, ölümcül seyredebilen, ağır bir klinik olduğu için hastane koşullarında tedavi edilmelidir (1, 24, 46).

**Püstüler Psoriyazis:** Steril püstüllerle seyreden bir formdur. Lokalize ve generalize olmak üzere iki klinik tipi vardır.

Generalize form (Von Zumbusch) oldukça nadir görülen, akut başlangıçlı ve mortalite riski olan bir durumdur. Nötrofilik infiltrasyonun çok yoğun olması nedeniyle tabloya steril makroskopik püstüller hakimdir. Eritemli zemindeki nonfoliküler püstüller, yüksek ateş, halsizlik, poliartralji gibi genel semptomlarla birden bire ortaya çıkar. Püstüller birkaç günde kurur, bunu yeni püstül atakları izler. Tüm vücutta görülebilirse de özellikle kıvrım bölgeleri tutulur. Her iki cinsi de eşit olarak etkiler. Çocuklarda ve erişkinlerde görülebilir. Lökositoz, sedimentasyon yüksekliği ve hipokalsemi görülür. Hızla tedavi edilmesi gereken ağır bir tablodur. Tedavi edilmezse akut fazda hastaların 1/3'ünde fatal seyredebilir (1, 68, 69).

Lokalize form (Barber tipi) palmoplantar bölgelerde görülür. Primer lezyon normal görünümlü deri üzerinde ortaya çıkan 2-4 mm çaplı steril püstüllerdir. Beraberinde sarı-kahverengi maküller veya eritemli skuamlı plaklar görülebilir. Kronik ve relapslarla giden bir seyir izler (1, 24, 68).

**Psoriyatik Artrit:** Psoriyazis hastalarının ortalama % 5-8'inde artrit geliştiği kabul edilmektedir. Seronegatif spondiloartrit grubundadır. Psoriyazisin yaygınlığı ve tipi ile artrit şiddeti arasında bir ilişki yoktur. Hastaların % 75 kadarında cilt lezyonları, eklem tutulumundan daha önce başlar, % 15 kadarında eş zamanlıdır ve % 10 kadarında da cilt lezyonlarından önce başlar (1, 45, 70). Moll ve Wright tarafından tanımlanmış olan beş ayrı klinik tablo şeklinde görülür; asimmetrik oligoartiküler, simetrik poliartiküler, distal interfalangial (DİF) eklem tutulumu, spinal tutulum, artiritis mutilans. En sık görülen tipi asimmetrik oligoartrit olup bu tabloda diz, ayak bileği gibi bir büyük eklemlerle birlikte birkaç interfalangial eklem tutulumu bulunur. Simetrik poliartiküler tipte romatoid artrit teki gibi el ve ayakların küçük eklemleri, el ve ayak

bilekleri, dizler ve dirsekler tutulabilir. DIF eklemlerin inflamasyonu psoriyazis için oldukça özel bir tablodur. Tek başına DIF eklemlerin tutulumu olabileceği gibi diğer eklem tutulumlarına eşlik edebilir. Tırnak değişiklikleri en sık bu tipte birlikte (70). Psöriyazisli hastaların yaklaşık üçte birinde asemptomatik sakroileit gelişmektedir. Çoğunlukla asimetrik olan bu sakroileite spondilit de eşlik edebilir. Arthritis mutilans klinik olarak, eroziv artrit, deformite, dizilimi bozulmuş sublukse eklemlerin söz konusu olduğu bir klinik tablodur. Bu tablo, destrüksiyon sonucu kısalmış falanksların üzerinde oluşan deri kıvrımları nedeniyle ‘opera dirbünü ‘ deformitesi olarak bilinmektedir (70-72).

### **2.1.8.Laboratuar Bulguları:**

Psoriyaziste genellikle rutin laboratuar testleri normaldir. Özel bir laboratuar bulgusu olmamakla birlikte bazı hastalarda hızlı epidermal proliferasyon ve DNA'nın fazla yıkımına bağlı olarak serum ürik asit düzeylerinde artış görülebilir. Ciddi psoriyazis olgularında serum albümin düzeylerinde düşme görülür. Kronik hastalıklarda, deride folat metabolizması değişikliklerine bağlı bazen anemi ortaya çıkar (1, 27, 45).

### **2.1.9.Seyir ve Prognoz:**

Psoriyazisin seyri değişken olup, prognozun önceden tahmin edilmesi çok zordur (45). Hastalığın başlangıç yaşı, lezyonların lokalizasyonu, psoriyazisin klinik tipi, aile öyküsü, hastanın tedaviye uyumu prognoz açısından önemlidir (49). Lezyonlar belirsiz bir periyod süresince başlangıç bölgesinde lokalize kalabilir, tamamen kaybolabilir, tekrar edebilir veya diğer bölgelere yayılabilir. Guttat tip psoriyazis daha yavaş ilerleyişli, plak tipe göre, daha iyi prognoza sahip olup, remisyon süresi daha uzundur. Dizler, dirsekler, saçlı deride başlayan psoriyazis, gövdede başlayan psoriyazise göre daha iyi prognoza sahiptir (2, 3, 19). Psoriyazisin erken yaşta başlaması ve aile hikayesinin bulunması kötü prognozu gösterir. On yaşından önce başlayan hastalarda, hastalık, şiddetli ve dirençli olmaya, 25 yaşında sonra başlayan

hastalarda, daha hafif seyir göstermeye eğilimlidir. Eritrodermik ve generalize püstüler psoriyazis formlar kötü prognoza sahiptir. (26, 45, 65).

Psoriyazis vulgariste pek komplikasyon görülmez. Belli başlı komplikasyonu atipik formlara dönüşmesidir. İnvers psoriyaziste sekonder bakteriyel ve kandida enfeksiyonlar gelişebilir. Eritrodermik ve generalize püstüler psoriasis formlar kötü prognoza sahiptir. (1, 26, 45, 49).

Psoriyazis genel popülasyonda % 1-3 oranında görülen ve immün aracılı mekanizmalarla geliştiği için Immune Mediated Inflammatory Disease (IMID) olarak tanımlanan kronik inflamatuvar hastalıklardan birisidir ve bu grup hastalıklar içinde en sık görülenidir. Bu gruptaki diğer hastalıklar gibi psoriyazisde de komorbiditeler ortaya çıkmaktadır (25). Epidemiyolojik çalışmalarda psoriyazis ile psikolojik/psikiyatrik hastalıklar, psoriatik artrit, Crohn hastalığı, ateroskleroz, obezite, dislipidemi, hipertansiyon, insülin direnci ve tip 2 diyabet, kronik obstruktif akciğer hastalığı gibi hastalıklarla birlikteliği gösterilmiştir (25, 33, 73). Özellikle şiddetli seyreden psoriyazisin aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkların ve metabolik sendromun gelişme riskini arttırarak, hayatı tehdit edici özellik kazandığı görülmektedir (33). Ülkemizde yapılan bir çalışmada psoriyazisli hastaların % 8.2'sinde metabolik sendrom tanımlanmıştır (25). Psoriyazis ile birliktelik gösteren hastalıkların gelişimi açısından hastalar düzenli olarak izlenmeli, obezite, dislipidemi, hipertansiyon, sigara, alkol kullanımı gibi önlenabilir risk faktörleri belirlenip ortadan kaldırılmalıdır (33).

#### **2.1.10.Ayırıcı Tanı:**

Genellikle psoriyazis tanısında zorluk çekilmez. Ancak bazı lokalizasyonlarda ve atipik şekilde ortaya çıkan olgularda tanıda karışıklıklar olabilir (1). Seboreik dermatit, pitriasis rosea, liken planus, numuler ekzema, nörodermatit, kontakt dermatit, pitriyazis rubra pilaris, mikozis fungoides, dermatofit ve kandida enfeksiyonları, Bowen hastalığı, ilaç erüpsiyonları, sifiliz ikinci dönem lezyonları, lupus eritematozus, pitriyazis likenoides kronika, parapsoriyazis, subkorneal püstüler dermatoz, akut generalize ekzantamatöz

püstülozis, püstüler milarya, pemfigus folieseus gibi hastalıklar çeşitli klinik ve yerleşim alanları nedeni ile psoriasis ile ayırıcı tanıya girebilir (1, 24, 26, 74).

### **2.1.11.Klinik Skoring:**

Psoriasis hastalarının klinik durumunu belirlemek, tedavi ile birlikte iyileşme durumunu takip etmek için en sık kullanılan skoring sistemleri Psoriasis Alan ve şiddet indeksi (PASI), vücut yüzey alanı tutulumu (BSA) ve dermatoloji yaşam kalite indeksi (DLQI)'dir. Şiddetli psoriasis genellikle vücut yüzey alanının % 10'undan fazlasını tutan psoriasis olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda psoriasis şiddetini değerlendirirken PASI > 10, BSA > 10, DLQI > 10'un herhangi birisinin olması da şiddetli psoriasis olarak değerlendirilmekte ve bu 10'lar kuralı olarak adlandırılmaktadır (75).

PASI ile psoriasis şiddetini değerlendirirken psoriasisin 3 belirtisi olan eritem, skuam, indurasyon derecesine göre 0-4 arasında derecelendirilir, tutulan alan ile kombine edilerek hastalığın ciddiyet durumu ortaya konur (76).

PASI skoringunda tüm vücut, baş, gövde, üst ekstremiteler, alt ekstremiteler olmak üzere 4 bölgeye bölünür. Her bölgede tutulan alanı hesaplaması: lezyonlar bölgenin % 10'un dan azında varsa 1, % 10-30'unda varsa 2, % 30-50'sinde varsa 3, % 50-70'inde varsa 4, % 70-90'ında varsa 5, % 90'ından fazlasında lezyon varsa 6, olarak alanlar hesaplanır. Eritem, skuam, indurasyon için puanlama: hiç yoksa 0, hafif varsa 1, orta derecede ise 2, belirgin ise 3, çok belirgin ise 4 şeklinde puanlar verilerek hesaplanır. Her bir bölgenin eritem, skuam, endurasyon puanları toplanılır, alan puanları ile çarpılır, en sonunda baş için 0.1, üst ekstremiteler için 0.2, gövde için 0.3, alt ekstremiteler için 0.4 katsayıları ile çarpılır, tüm bölgelerde elde edilen sonuçlar toplanarak PASI skoru belirlenir (76). Maksimum PASI skoru 72'dir (77).

Tedavilerin etkinlikleri klinik olarak genellikle PASI skorları ile ölçülmekle birlikte; birçok ilaç tedavisi deri lezyonlarının şiddetinde azalmaya neden olsa da hastaların psikososyal durumlarında istenen düzelmeyi sağlamayabileceğinden, sadece PASI ölçümü hastanın sağlık durumunu her zaman tam olarak göstermez. Bu nedenle psoriasisli hastaların tedavi etkinliklerinin değerlendirilmesi ve

karşılaştırılmasında PASİ ölçümü ile birlikte psoriyazise spesifik ölçüm yöntemleri ve ayrıca genel yaşam kalitesi ölçüm yöntemleri, dermatolojiye spesifik ölçüm yöntemlerinin kullanılması uygun olabilir (77).

### 2.1.12.Tedavi:

Psoriyazisli olguları tedavi ederken amaç; hastalıkta erken ve hızlı kontrol sağlamak, hastalık tarafından tutulan vücut yüzey alanını azaltmak, plak lezyonları azaltmak, hastayı uzun süre remisyonda tutmak, relapsları önlemek, yan etkilerden kaçınmak ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmek olmalıdır. Genellikle lezyonların tamamen gerilemesi çok akılcı bir yaklaşım değildir (78). İlaç seçimi yaparken ilaçlara bağlı toksisite ve yan etkiler de göz önüne alınıp, kar-zarar oranları değerlendirilmelidir. Hafif olgularda topikal tedaviler yeterli olurken; orta ya da şiddetli psoriyazisli olgular, psoriyatik artrit, eritrodermik ve püstüler psoriyazisli olgularda sistemik ilaçlar tercih edilir (79, 80). Ancak hafif şiddetli psoriyaziste hasta topikal tedavilerden fayda görmüyorsa veya yan etkiler gelişmiş ise, hastanın yaşam kalitesinin düşüklüğü ve kullanılacak sistemik tedavinin riskleri birbirini dengeliyorsa fototerapi veya sistemik tedaviler kullanılabilir (81) (tablo 2.3).

**Tablo 2.3.** Psoriyazis tedavisinde kullanılan ilaçlar.

Topikal tedaviler	Sistemik tedaviler	Fototerapi
Kortikosteroidler	Metotreksat	PUVA
Salisilik asit	Asitretin	dbUVB
Nemlendiriciler	Siklosporin	UVB
Antralin	Hidroksiüre	
Kalsipotriol	6-tiyoguanin	
Tazoreten	Fumarik asit esterleri	
Takrolimus	Mikofenolat mofetil	
Pimekrolimus	Biyolojik ajanlar	
	-Alefasept	
	-Efalizumab	
	-Etanersept	
	-İnfliksımab	

Psoriyazisde tamamen iyileşme şansının olmaması ve sık nüks etmesi, tetikleyici faktörlerin ortadan kaldırmayı önemli kılmaktadır. Derinin kuru kalması önlenmeli, hastalığı alevlendirebilecek infeksiyon odakları ve ilaç kullanımı yönünden dikkatli olunmalı, hastada psişik stres varsa buna yönelik tedavi yapılmalıdır (45).

Genel ilke olarak yan etkisi en az olan yöntemlerle tedaviye başlanır. Tedavi ajanlarının etkileri, DNA sentezini inhibe ederek, mitotik aktiviteyi azaltarak, epidermal yenilenme zamanını normale döndürerek ve/veya antiinflamatuvar etki ile iyileşmeyi hızlandırmaktır (82, 83).

### **2.1.12.1.Topikal Tedavi:**

Uygulanacak ilaçların deride metabolik olarak aktif bir seviyeye ulaşması için, ilk yapılacak işlem lezyonların üzerindeki skuamların keratolitik ajanlarla uzaklaştırılmasıdır. Bu amaçla en çok kullanılan ajanlar salisilik asit, üre ve propilen alkoldür. Oklüzyon uygulandığında keratolitiklerin etkileri daha da artar (45, 78, 83).

Topikal kortikosteroidler en fazla kullanılan tedavi ajanları olup etkilerini antiproliferatif, antiinflamatuvar ve immunsupresif özellikleri ile gösterirler. Klinik tip ve lezyonları lokalizasyonuna göre topikal steroidin potensi ve formu belirlenir. Kutanoz atrofi, telenjektazi oluşumu, stria ve taşiflaksi gelişimi önemli yan etkileri arasındadır. Aralıklı kullanımı önerilmektedir. Topikal kortikosteroidlerin antralin, tazaroten ve vitamin D3 analogları ile kombinasyonları oldukça etkili olmuş ve kombinasyonlar sayesinde kullanılan kortikosteroid miktarı ve buna bağlı olarak da yan etkileri azalmıştır (78, 83).

Nemlendiriciler stratum korneumu hidrate ederek deskuamasyonu hızlandırır. Tedavi arası dönemlerde kullanılmaları kuruluşu engelliyerek relaps gelişmesini geciktirir (83).

Vitamin D analogları kortikosteroidlerden sonra en sık kullanılan ajanlar konumuna gelmişlerdir. Keratinosit proliferasyonunu inhibe eder ve differansiasyonu düzenler. Ek olarak immunmodülatör ve antiinflamatuvar etkileri de vardır. Kronik plak tip psoriyaziste diğer psoriyazis formlarına göre daha etkin bulunmuştur. Toplam deri yüzeyinin % 40'ından daha azının tutulduğu olgularda kullanılır. Topikal kortikosteroidler ile kombine edilebilir (78, 83).



Kullanılan en eski tedavilerinden biri katrandır. Hoş olmayan kokusu ve leke yapma özelliklerinden dolayı günümüzde kullanımı oldukça azalmıştır. Antiproliferatif ve antipruritik etkileri vardır. En sık kömür katranı kullanılır, fakat ihtiyol ve Cade yağı da kullanılmaktadır. Ultraviyole (UV) B ile topikal kortikosteroidler ve sistemik retinoidlerle birlikte kombine kullanılabilir (45).

Antralin, okside olarak serbest radikal bileşiklerinin oluşmasına sebep olur. Antipsoriatik antimitotik etkisinin bu radikallerin DNA sentezini inhibe etmesi ile oluştuğu düşünülmeyle beraber kesin olarak etki mekanizması bilinmemektedir. Son yıllarda antiinflamatuvar etkilerinin olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır. Deride irritasyon, deri ve elbiselerde boyanma yaptığı için kullanımı oldukça azalmıştır (83).

Tazaroten, topikal bir retinoiddir. Etkisini keratinosit diferansiyasyonunu artırıp, proliferasyonu azaltarak gösterir. Plak kalınlığını ve deskuamasyonu azaltır. Vücut yüzeyinin % 10'undan daha azını tutan vakalarda kullanılır (83).

Topikal antimetabolitler içinde en sık kullanılan topikal 5-florourasil'dir. Sınırlı lezyonları olan vakalar 5-florourasil ile tedavi edilebilir. Lezyon yerinde irritasyon oluşabilir, bunun yanında en büyük problem absorbe olabilmesidir, bu yüzden geniş alanlara sürülmemelidir (83).

Topikal makrolid immunsupresörler, kalsinörini inhibe ederek T hücre aktivasyonunu ve sonrasındaki sitokin yapımlarını bloke ederler. Buna karşın kortikosteroidlerin sebep olduğu atrofi gibi yan etkilere sebep olmazlar (83).

Psoriyazis tedavisinde yıllardan beri başvurulan tedavi şekillerinden biri de balneoterapidir. Balneolojik kaynaklardan termomineral sular, peloidler ve gazların banyo, içme ve solunum yoluyla hastalıkların tedavisinde kullanılmasına Balneoterapi-Kaplıca tedavisi adı verilir. Bu tedavinin temel elemanı yaşamın da temel elemanı olan sudur. Balneoterapinin psoriyazis ve diğer deri hastalıkları üzerindeki tedavi edici etkileri; suların fiziksel etkileri, hidrasyonun sağlanması, mineralli suların immünolojik etkisi (içilen, absorbe ve penetre olan sularda), noröendokrin sistem üzerine etkileri, mineralli suların antibakteriyel etkileri, keratoplastik etki, sulardaki elementlerin etkileri, balneoterapi ve doğal UV'nin ortak etkileri olarak gruplandırılabilir (84).

### 2.1.12.2.Fototerapi:

UV ışınları psoriyazis için kullanılan en eski tedavi yöntemlerinden birisidir. En basit formu olan klimatoterapide hastalar direk olarak güneş ışınlarına maruz bırakılmaktadır. UV etkinliğini arttırmak için kullanılan kombinasyonlardan; UVB'nin topikal kömür katranı ile kombinasyonu 'Goeckerman rejimi', antralin ile kombinasyonu ise 'Ingram yöntemi' adıyla bilinmektedir (85). Günümüzde yaygın olarak dar-band (311-313 nm), geniş-band (290-320 nm) ve psoralenli UVA (PUVA) tedavide kullanılmaktadır. PUVA ve dar-band UVB daha etkin ve sağladıkları remisyon süreleri daha uzun olduğundan geniş-band UVB eskiye nazaran daha az kullanılmaktadır (86).

PUVA, 8-metoksipsoralen (8-MOP) gibi güçlü bir fotoduyarlandırıcının oral olarak alımından yaklaşık 2 saat sonra UVA veren kabinlerde ışığa maruz kalınmasıyla yapılır. Tedavi haftada 2 veya 3 seans şeklinde uygulanmaktadır. Etki mekanizması kesin olarak bilinmese de; 8-MOP'un, DNA'ya bağlanarak, UVA'nın enerjisi ile DNA zincirleri arasında çift bağlar oluşturduğu ve DNA sentezi ve mitozu engellediği, böylelikle de keratinosit çoğalmasını baskıladığı ve T hücre apoptozunu artırdığı düşünülmektedir (86). Çok etkili olmasına rağmen kutanöz malinitelere yol açabileceği için deri kanseri riski bulunanlarda kullanılmamalıdır. Risk grubunda mutlaka kullanımı düşünülüyorsa oral retinoidlerle birlikte (Re-PUVA) uygulanmalıdır (87).

Dar-band UVB tedavisi, 311-313 nm dalga boyundaki UVB'nin antipsoriyatik etkinliğinin daha fazla olduğunun saptanmasıyla 1984 yılından itibaren psoriyazis tedavisinde kullanılmaktadır. Guttat ve kronik plak psoriyazis tedavisinde faydalıdır. Kronik plak psoriyaziste haftada 3 kez kullanılan dar-band UVB tedavisi haftada 2 kez uygulanan 8-MOP PUVA tedavisi kadar etkili bulunmuştur (88). Dar-band UVB tedavisi sonrası sağlanan remisyon süresinin PUVA tedavisine göre daha kısa olduğu bilinmekte ve bu nedenle remisyon süresini artırmak için idame tedavisi önerilebilmektedir (87, 89).

### 2.1.12.3.Sistemik tedavi:

Sistemik olarak en sık kullanılan tedaviler metotreksat, retinoidler ve siklosporin tedavileridir (90). Son yıllarda yapılan çalışmalarda, psoriyazisli hastaların % 20'sinin tedavi sonuçlarından tatmin olmadığını ve % 40'ının ağızdan uygulanan tedavilere uyum sağlayamadığının gösterilmesiyle birlikte yeni tedavi arayışlarına gidilmiştir. Bu arayışlar sonunda biyolojik ajanlar psoriyaziste kullanıma girmiştir (91).

**Metotreksat:** Psoriyazis tedavisinde en etkili ilaçlardan biridir. Özellikle psoriyatik artritte oldukça etkilidir (92). Ayrıca psoriyatik eritrodermide, akut püstüler psoriyaziste ve rutin tedavilere iyi cevap vermeyen plak tip psoriyazis olgularında da endikedir. Epidermal hücre proliferasyonunu, T lenfositlerin fonksiyonlarını, ve nötrofil kemotaksisini baskılar. Çeşitli tedavi rejimleri vardır. Hastaların karaciğer fonksiyon testleri ve tam kan sayımı ile sıkı takip edilmeleri gerekir. Total doz 1,5 gr. olduğunda karaciğer biyopsisi açısından, hastalar değerlendirilmelidir (27, 45, 82).

**Retinoidler:** Püstüler psoriyazis ve eritrodermik psoriyazis tedavisinde oldukça etkilidir. Plak ve guttat psoriyazisde yavaş etkilidir (92). Epidermal hücre farklılaşması üzerine düzenleyici ve immün sistemi modüle edici etkileri vardır. Retinoidlerden etretinat ve onun aktif metaboliti olan asitretin kullanılır. UVB ile kombine edildiklerinde etkinlikleri artar, retinoid dozu ihtiyacı azalır (45, 65, 82). Teratojenik etkisi göz önünde bulundurulmalı, hastaların karaciğer fonksiyon testleri, lipid düzeyleri belli aralıklarla kontrol edilmelidir (87).

**Siklosporin:** T hücrelerinden salgılanan lenfokinlerin üretimini baskılayan, antijen sunan hücrelerin sayı ve fonksiyonlarında azalma yapan, psoriyazisin her formunun tedavisinde etkili bir immünsupresif ajandır. Genellikle oral yolla hastaya verilir, intralezyoner de kullanılabilir. Hastalar, hipertansiyon ve böbrek fonksiyon bozukluğu açısından takip edilmelidir. İki yıldan fazla kullanılması önerilmemektedir (27, 92).

**Biyolojik ajanlar:** Psoriyazisin T hücre aracılı inflamatuvar bir hastalık olduğunun ve hastalık etyopatogenezindeki basamakların daha iyi anlaşılmasıyla yeni tedavi yaklaşımları geliştirilmiştir. Bunlar arasında ilk sırayı biyolojik tedaviler almaktadır. Biyolojikler canlı mikroorganizmalardan elde edilen protein yapısında ilaçlardır. İnsan proteinlerinin etkilerini taklit ederek ya da ekstraselüler hedeflerine bağlanarak moleküler aktivasyon basamaklarını bloke ederler (93).

Günümüzde kullanıma girmiş olan ajanlar iki ana gruba ayrılmaktadır: a- T hücreleri veya antijen sunan hücreleri hedef alan ajanlar (Alefacept, Efalizumab), b- TNF- alfa sitokinini hedef alan ajanlar (Etanersept, İnfliksimab, Adalimumab) (94).

a- T hücreleri veya antijen sunan hücreleri hedef alan ajanlar:

Alefacept, insan LFA-3 (CD 58)'ünün ekstraselüler kısmı ile insan immünglobülin (Ig) G1'inin Fc kısmının birleştirilmesi ile oluşturulan füzyon proteindir. T hücrelerindeki CD2'ye bağlanarak LFA-3 ile CD2 etkileşimini bloke ederek T hücre aktivasyonunu engeller. Ayrıca IgG1 kısmının sitostatik hücrelerdeki Ig reseptörlerine ve LFA-3 kısmının da T hücrelerindeki CD2'ye aynı anda bağlanmasıyla hafıza-efektör T hücrelerinin apoptozunu indükler. Dendritik hücreleri azalttığı, değişik kemokin ve sitokinler gibi proinflamatuvar genlerin ekspresyonunu azalttığı gösterilmiştir (95, 96).

Efalizumab, T hücre yüzeyindeki LFA-1'in bir bileşeni olan CD11a'ya karşı bir insan monoklonal antikordur. T hücrelerdeki LFA-1 ile ASH'lerdeki ICAM-1 arasındaki etkileşimi ve endotel hücrelerindeki ICAM-1 ile T hücrelerindeki LFA-1 ile etkileşimi bloke eder. Böylece T hücre aktivasyonunu önleyerek ve deriye T hücre göçünü bloke ederek psoriyazis gelişimini engeller (93, 96). Ayrıca psoriyatik lezyonlarda dendritik hücre sayısını azalttığı gösterilmiştir (96).

b- TNF- alfa sitokinini hedef alan ajanlar:

Etanersept, insan IgG1'inin Fc kısmıyla birleştirilmiş insan TNF-alfa reseptöründen oluşmaktadır. TNF-alfa ile birleşerek bu sitokinin aktivitesini inhibe eder. Hem solubl hem de membrana bağlı TNF-alfayı engeller. İnflamasyonu, hücre infiltrasyonunu, keratinosit proliferasyonunu, osteoklast aktivasyonunu ve metalloproteinaz sentezini inhibe eder (93, 96).

İnfliksimab, TNF-alfa'ya karşı geliştirilmiş monoklonal antikordur. Yapısal olarak değişik fare bölgelerinden ve insan IgG1 Fc bölgesinden üretilir. TNF'ün solubl

formlarına yüksek affinite ile bağlanarak TNF-alfanın reseptörleriyle etkileşimini engeller. Bu sayede T lenfosit aktivasyonu, T hücre göçü, keratinosit proliferasyonu azalır. Ayrıca hücre yüzeyine bağlı TNF- alfaya da bağlanarak TNF-alfa üreten hücrelerde komplemanla ilişkili lizisi uyarır (93, 96).

Adalimumab, TNF-alfaya karşı yüksek spesifite ve affinite gösteren insan IgG1'i için geliştirilmiş tamamen insan yapısında monoklonal bir antikordur (97). Hem solubl hem de membrana bağlı TNF'e bağlanır; komplemanı fiske ederek membrana bağlı TNF-alfa üreten hücrelerin lizisine yol açar (96).

Psoriasis tedavisinde tek ilaç ile tedavi etkisizse, çoklu tedavi (kombinasyon tedavisi), uzun süreli ilaç kullanımına bağlı birikici yan etkileri önlemek için dönüşümlü tedavi (rotasyon tedavisi), başlangıç tedavisinin sağladığı iyileşmeyi üst düzeyde tutmak ve uzun süreli toksisiteyi azaltmak için ardışık tedavi seçenekleri kullanılabilir (98).

## **2.2.Psoriasis ve Psikonöroimmünolojik Mekanizmalar:**

Fiziksel hastalıklarda ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklarda, doğrudan fiziksel hastalığa ve tedavide kullanılan ilaçlara bağlı nörobiyolojik, psikolojik ve psikopatolojik etkenler birlikte rol oynayarak tabloyu belirlerler. Öte yandan fiziksel hastalık hastanın vücut imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşam amaçlarını, ego bütünlüğünü, sosyal, ailesel ve çevresel ilişkilerini olumsuz etkileyerek psikopatoloji gelişimine katkıda bulunur. Psikopatolojinin gelişiminde fiziksel hastalığın niteliği, hastalığın ve etkilerinin hasta tarafından nasıl algılandığı, hastanın başetme stili, çevre destek sistemleri rol oynar. Fiziksel hastalıklar içerisinde emosyonel durum, psikososyal değişkenler ve çatışmalar ile deri hastalıkları etyolojisi, ortaya çıkışı, şiddeti ve seyri arasında ilişki olduğu ilk çağlardan bu yana dikkati çekmektedir (99).

Psşik hastalıklar ile deri hastalıkları arasındaki ilişki şu şekilde gruplandırılmıştır (100):

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

Dermatolojik hastalıklarla ilişkili olan psikolojik faktörler ise şöyle özetlenmeye çalışılmıştır (100):

1-Stres etkisi

2-Duygudurum ve anksiyete bozukluklarının etkisi

3-Sosyal desteğin etkisi

4-Kişilik özelliklerinin rolü (düşmanlık, mükemmellikçilik, benlik saygısında düşüklük gibi).

Deri, kişinin iç ve dış ortamları arasında bir sınır oluşturan, duygu ve davranışların yansımada önemli rolü olan bir organdır (101). Psikodinamik olarak benliğin organik bir örtüsü, en dış sınırı olarak kabul edilir. Açığa vurulmamış bilinçli ya da bilinçdışı ruhsal ve toplumsal sorunların yansıtıldığı, sözsüz iletişime aracılık eden bir organ olarak da değerlendirilebilir (99). Deri; öfke, korku, utanç ve kızgınlık gibi duyguları açıkça ifade etme, emosyonel uyaranlara yanıt verme, kişinin kendilik imajı ve özgüvenini sağlama ile bebeklikten yetişkinliğe doğru seyreden sosyalleşme sürecinde önemli rol oynar (102).

Pek çok deri hastalığının başlamasında ve alevlenmesinde ruhsal-toplumsal sorunların etkili olduğu ya da kronik deri hastalıklarında sekonder olarak ruhsal sorunların ortaya çıktığı artık benimsenen bir gerçektir. Dermatoloji kliniklerinde yapılan çalışmalarda yatan hastaların % 9-60'ında, ayaktan izlenen hastaların % 25.2-33.4'ünde ruhsal sorunlar bulunduğu belirlenmiştir (99, 101, 103). Derideki hastalıkların başkaları tarafından rahatlıkla görülmesi hastalarda hastalıkları yüzünden bazı psikolojik olumsuzlukları taşımalarına yol açmaktadır. Hastalığın derinin açık ya da kapalı bölgesinde olmasına göre hastalarda farklı algılanmaya neden olmaktadır. Bugün için tanımlanan 1000'in üzerindeki dermatolojik hastalık içinde dermatitler, mantarlar, akne, psoriyazis, pigmentasyon bozuklukları gibi hastalıkların özellikle estetik açıdan diğerlerinden daha önemli olduğundan söz edilebilir (99). Özellikle akne, psoriyazis, kronik egzema, vitiligo ve skatrizasyonla sonuçlanan görünür alanlardaki dermatozlar bireyin sosyal yaşamını etkilemekte ve zamanla sosyal ortamdan izole edebilmektedir. Bu nedenlerle deri hastalıkları ruhsal etkenlerden bağımsız olarak değerlendirilemez. Küçük bir deri lezyonunun varlığı ego'ya sığmamış bir leke olabilir (103).

Psikokutanöz hastalıkların birbirleri arasındaki geçişlerin kesin olmaması ve birbirleri ile çakışmaları nedeniyle değişik sınıflandırmalar yapılmıştır. Genel olarak psikodermatolojik ilişki temelinde değerlendirildiğinde; primer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili dermatolojik bozukluklar, psikosomatik faktörlerle ilişkili dermatolojik hastalıklar, sekonder psikiyatrik bozukluklar, psikotrop ilaçların kullanıldığı psikiyatrik olmayan durumlar olarak tanımlanabilir (99, 101). Psöriyazis, psikolojik olaylarla ilgisi en çok olan ve bu yönü de en çok çalışılıp en çok tartışılan, psikosomatik yönü ağır basan deri hastalıklarından birisidir (104).

DSM IV, dermatolojik sorunları etkileyen psikolojik faktörleri incelediğinde stres ile psoriyazis, dermatit, hiperhidroz, pruritis arasında ilişki olduğunu belirtmiştir (99). Psikojenik dermatozların kökeninde varolabilen psikolojik durumlar; anksiyete bozukluğu, depresyon, somatoform bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluklar, kişilik bozuklukları, sosyal fobi, distimik bozukluk, konversiyon bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, psikoz, bağımlılık durumları gibi önemli bir çeşitlilik içerir (11, 99, 101, 103).

Psikolojik olaylar ve psoriyazis arasındaki ilişki çift yönlü olup, çıkışında ve alevlenmesinde ruhsal faktörlerin etkisi genel kabul gören bir özellik olmakla birlikte aynı zamanda derilerinde var olan belirtilerin kendilerinde yarattığı anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozukluklarda bu hastalarda önemli bir sorun yaratmaktadır. Bu etkileşim ise sürekli kısır bir döngünün varlığına yol açar (104).

Psikosomatik hastalıklar içerisinde yer alan psoriyazisde literatürde duyguları ifade etme ve ayrıştırma zorluğu olarak da tanımlanan aleksitimi kavramı önemli yer tutmaktadır (99). Aleksitiminin standart psikiyatrik tanı kriterleri yoktur, ancak aleksitimik özellikler duyguları ayrıştırma ve tarif etmede zorluk, duygular ve beden duyuları arasındaki farkı ayırdetme zorluğu, düşlem yeteneğinde kısıtlılık ve fantezi yokluğu, dışa dönük ve somut düşünce biçimi ile formüle edilmiştir (99, 105). Psoriyazis hastalarında duyguların dışa vurumu duygusal streslerin tetiklediği fiziksel lezyonlarla belirlemektedir (99). Dermatolojik hastalıklar grubunda en çok psoriyazisli hastalarda aleksitimi ilişkisine bakılmış ve aralarındaki ilişkinin güçlü olduğu görülmüştür (105). Yaşam boyu süren böyle bir ilişkinin varlığı bu hastalarda kişilik bozukluğu olup olmadığını akla getirmektedir (99). Çalışmalarda hastalara özel belirgin bir kişilik yapısı bildirilmemekle birlikte bu hastaların anksiyetelerinin yüksek,

suçluluk duygusu, aşağılık duygusu ve bağımlılığın hakim olduğu, kaygısı ve sorumluluk duygusu yüksek nörotik ve fakir kişilikli, içe dönük, sosyal ilişkileri bozuk, çevreyle uyumsuz, depresif ve obsesif kişiler olduğu gösterilmiştir (99, 104).

Psoriyazise yönelik son 20 yılda yapılan deneysel çalışmalar hastalığın etyolojisinde psikoloji, nöroendokrinoloji ve immünolojinin birlikteliğine dikkat çekmektedir. Bu alandaki çalışmalar nörotransmitterler, nöropeptidler, adrenokortikotropinler, katekolaminler, kortikosteroidler, opioidler ve lenfokin ve monokinleri içeren sitokinleri kapsamaktadır (99). Epidermis ve nöral plağın aynı embriyonal yapaktan ektodermden köken alması deri ve santral sinir sistemi ilişkisinin kurulmasını sağlamıştır (99, 103). Birçok çalışmada psikonöroimmünolojik faktörlerin dermatolojik hastalıklardaki önemi vurgulanmıştır. Psikolojik stresörlerin etkisi ile artan nöropeptidler aynı zamanda hastalığın immünolojik komponentini tetiklemekte ve idiyopatik ürtiker, atopik dermatit, psoriyazis gibi hastalıkların alevlenmesine yol açmaktadır (99, 106).

Psoriyazisin başlamasında veya alevlenmesinde stresin önemli bir faktör olduğu yıllardır bilinmektedir. Yaşam stresi psoriyazisin hem sebebi hem de tetikleyicisi olabilir (107). Psoriyazisin başlaması ve alevlenmesinde stresin etkisi değişik çalışmalarda % 40-100 arası gösterilmiştir (104). Yapılan bir çalışmada hastaların %60'ından fazlası stresi hastalıklarının sebebi olarak göstermiştir (107). Hastalardaki stresin çok büyük bir stres olması gerekmemektedir, şekil bozukluğu olan bir hastalığı uzun süre çekmenin stresi gibi sürekli ve zayıf bir stresin de olabileceği bildirilmiştir (104).

Stresin psoriyazis üzerindeki etkisi uzun zamandır bilinmesine rağmen etki mekanizması tam olarak aydınlatılamamıştır. Ruhsal faktörlerin nasıl olup da organik bir hastalığa yol açtığı konusu hep tartışılmalıdır. Emosyonel stresin hem humoral hem de hücrel immün sistem üzerindeki etkileri bilinmektedir (104). Psikofizyolojik etkileşimle ilişkili üç mekanizma üzerinde durulmaktadır; hastalık süreçlerinin hipofiz adrenokortikal eksen üzerine etkileri, nöropeptitler, immün sistemin düzenlenmesinde stres ile oluşan etkiler (108). Strese karşı bedensel yanıt sadece adrenal/ön hipofiz eksenine değil, hipotalamus, limbik sistem ve beyin korteksi tarafından düzenlenmektedir. Stres yaşayan insanlarda lenfositlerdeki interferon sentezinin aktivasyonu, doğal öldürücü hücrelerin aktivitesinin azalması ve nötrofil fagositozunun



artışı bildirilmiştir (104). Beyin ve periferdeki stres sistemi hipotalamik-pituiter-adrenal aks, sempatik ve arosal sistemden oluşmaktadır. Stres ile aktiflendiğinde bu sistem davranışsal, nöroendokrin ve immün değişikliklere yol açar. Kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), arjinin-vasopressin, adrenokortikotropik hormon, glukokortikoidler, katekolaminler ve ek olarak birçok mediatör ve sitokinler stres cevabında önemli rol oynar (106).

Yapılan bir çalışmada psoriyazisi olan ve birebir eşlenmiş sağlıklı gönüllülerde standardize edilmiş stresör uygulanarak psikoendokrin ve metabolik reaksiyonlarına bakılmış, istirahat durumunda her iki grubun psikolojik ve biyokimyasal parametreleri (kortizol düzeyi, glukoz vb.) arasında anlamlı fark yokken, stresör maruziyetinde psoriyazis grubunda kan basıncı, nabız, plazma glukozu ve idrar adrenalalin salınımında anlamlı bir artma bildirilmiştir. Serum kortizol, prolaktin, progesteron ve idrar kortizol düzeyinde her iki grupta da düşme bildirilirken serum kortizolünde düşme psoriyazis grubunda daha anlamlı bulunmuştur. Bu durum psoriyazisli hastaların stresi kontrol grubuna göre daha belirgin algıladıkları hipotezi ile uyumludur (99). Richards ve arkadaşlarının (109), yaptığı bir çalışmada da standardize edilmiş stresör uygulanarak hastaların tükürük kortizol düzeylerine ve serum kortizol düzeylerine bakıldığında, hastalıklarının stres kaynaklı olduğunu düşünen grubun tükürük kortizol miktarı ve serum kortizol miktarları hastalıklarının stresten bağımsız olduğunu düşünen hastalarinkine göre anlamlı derecede düşük bulunurken, her iki grup arasında stres sonrası kalp hızı değişkenliğinde anlamlı fark bulunamamıştır. Yine aynı çalışmada kontrol grubunda stres sonrası kalp hızı ve serum kortizol seviyesi arasında anlamlı bir korelasyon gözlenirken psoriyaziste bu ilişki anlamsız olarak bulunmuş, bu da psoriyazis hastalarında sempatik adrenomedüller sistem ile hipotalamik-pituiter-adrenal aks arasında bağlantı bozukluğu olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Psoriyazisde nöropeptidlerin patojenik bir öneme sahip olduğunu bildiren yazarlar lezyonların ortaya çıkması ve sürmesinde nöromodulatör etkilerine dikkat çekmişlerdir. Stres ve intrapsişik çatışmalarla psoriyatik lezyonlarının tetiklenebileceğini öne süren yazarların teorisine göre psoriyazis lezyonunun stresle ortaya çıkması belirli bir takım nöropeptidlerin salınımı ile ve lezyonların simetrik bilateral olması ise derideki perifer sinirlerin bilateral dağılımı ile ilişkili bulunmuştur. Psoriyatik hastalarda substance P içeren sinir uçlarının daha yoğun olduğu

ve bu sınırların daha fazla inerve olduğu vurgulanmaktadır. Substance P ve vasoaktif intestinal peptid (VIP) gibi nöropeptidlerin psoriyatik lezyonlarda arttığı bildirilmiştir. Lokal olarak salınan bu nöropeptidler, nörojenik inflamasyonda nörotransmitter gibi rol alırlar. Substance P, dermal ve epidermal hücrelerle etkileşerek keratinosit proliferasyonuna neden olur, lenfomononükleer hücreleri uyararak, endotelial hücreleri değiştirerek ve mast hücrelerinin degranulasyonunu sağlayarak inflamatuvar cevabı etkiler. Bu durum inflamatuvar reaksiyonun vasküler fazında erken zamanda lökositlerin lokal olarak toplanmasına neden olur. VIP de aynı substance P gibi keratinosit proliferasyonunu uyarır. Bir taraftan bunlar olurken bir taraftan da sitokin ağında TNF-alfa ve IL-8 salınımı ile immünolojik cevap başlatılmış olur (99).

Klinik çalışmalarda strese bağlı hastalıkta alevlenme durumu: erişkinlerde % 40-80 iken, çocuklarda % 90'a kadar ulaşmaktadır (108). Stres sonrası hastalığın, başlaması veya etkilenmesi için geçen zamanın 1 gün ile 4 hafta arasında değiştiği bildirilmiştir (45, 104).

Epidemiyolojik çalışmalarda psoriyazis hastalarında depresyon, anksiyete, obsesyon, sosyal izolasyon ve öfke gibi psikolojik bozukluklar saptanmıştır (110). Yapılan çalışmalarda yaş, eğitim düzeyi ve hastalık şiddetinin, psikolojik sıkıntı açısından önemli belirleyiciler olduğu bildirilmiştir (111). Bir çalışmada psoriyazisi 5 yıldan kısa süredir olanların % 41'inde orta düzeyde depresyon, % 22'sinde ciddi düzeyde depresyon, 5-10 yıldır hastalığı olanların % 44'ünde orta düzeyde depresyon, % 23'ünde ciddi düzeyde depresyon, 10 yıldan uzun süredir hasta olanların % 7'sinde orta düzeyde depresyon, % 36'sında ciddi düzeyde depresyon saptanmıştır (99). Yapılan bir çalışmada psoriyazisli hasta popülasyonunda depresyon ve intihar girişimlerinin arttığı gösterilmiştir. Bu popülasyonun % 5'inden fazlasında depresyon ve aktif intihar girişimi gözlenir. Depresyon ile kaşıntı ve uyuma zorluğu arasında bağlantı bulunmuştur (4,107). Bazı çalışmalarda kaşıntı ve vücutta imaj bozukluğu ile depresyon arasında bağlantı kurulmuştur, kaşıntının fazla olduğu hastalarda depresyon bulguları daha fazla görülmüştür. Fakat depresyonun mu kaşıntıyı, kaşıntının mı depresyonu arttırdığını söylemek çok zordur. Depresif durum, kaşıntı eşliğini düşürerek kaşıntının algılanmasını kolaylaştırabilir (104). Stres ile başlayan veya aktiflenen nöroinflamatuvar deri hastalıkları mast hücre degranülasyonu ve aktivasyonu ile ilişkili olabilir. Yapılan bir araştırmada stres ile intrakranial mast hücre aktivasyonunda artış gösterilmiştir. Yine başka bir

araştırmada stres sonucu oluşan CRH aktivasyonu ile deri mast hücrelerinde degranülasyon ve vasküler geçirgenlikte artış tesbit edilmiştir (106).

Depresyon skorları ile hastalık şiddeti arasında korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, aksini gösteren çalışmalarda mevcuttur (4). Hastaların önemli bir kısmında sadece atak döneminde değil, remisyonunda da orta düzeyden şiddetli düzeye kadar anksiyete, depresyon ve kızgınlık bulunur. Sadece psoriyazis tanısı konması bile hastalarda belirgin psikolojik bozukluklara neden olabilir (77).

Yüz yirmi yedi psoriyazis hastasının alındığı bir çalışmada, hastaların % 5.5'inin aktif intihar fikrine sahip oldukları , % 9.7'sinin ölmeyi istediği bildirmiştir (77, 108). Deveci ve arkadaşlarının (112), 82 psoriyazis ve 88 diğer dermatolojik hastalığı olan iki hasta grubu arasında yaptığı çalışmada, psoriyazisli hastalarda Hamilton Depresyon Ölçeği puanları anlamlı olarak daha yüksek ve İntihar Olasılığı Ölçeği'ne göre psoriyazis hastalarının ölçek puan ortalamasının diğer gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Psoriyazisli hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu organik hastalıkların hemen hepsinden fazla bulunmuştur ve özellikle suçluluk ve damgalanma hisleriyle ilgili olduğu düşünülmektedir (104).

Bütün bunların sonucunda hastaların yaşam kalitelerinde önemli düşmeler saptanmaktadır. Genç hastalarda yaşlılardan, kadınlarda erkeklerden, eklem tutulumu olanlarda olmayanlardan daha fazla yaşam kalitesi bozulması vardır (104).

Psoriyaziste karmaşık ruhsal ve bedensel süreçler birbirleriyle etkileşim içindedir (99). Hastalarda ortaya çıkan psikolojik stres, hastanın mevcut tedaviye uyumunu bozarak, hastalığın standart tedavisinin etkinliğini etkileyebilmektedir (99). Bir çalışmada psoriyazis hastalarının %40'ının mevcut önerilen tedavi rejimlerine uymadıkları gösterilmiştir. Bu hastaların özelliğinin ise erken yaş başlangıçlı psoriyazislerinin olması ve günlük yaşantılarının hastalıktan büyük oranda etkilendiğini düşünen hastalar olması şeklinde ifade edilmiştir (107). Dermatolog, bir hastada psikokutanöz hastalık tanısı düşündüğünde öncelikle hastayı bir bütün olarak, bedensel ve ruhsal yönden birlikte değerlendirmelidir (99). Klinisyen hastadaki eşlik eden psikolojik rahatsızlıklar yönünden dikkatli olmalı hızlıca tanı ve tedavi yoluna gitmelidir (4). Gereken durumlarda psikiyatri ile yapılan işbirliği, konsültasyon-liyezon bağlamında kurulan ilişki ile psikokutanöz

hastalıklarda tedavi sonuca ulaşacaktır. Psikiyatrik yardım gereken durumları şu biçimde sıralanabilir (99):

- 1-Hastanın tedaviye yanıtı yeterli değilse,
- 2-Altta yatan fiziksel bir neden bulunamıyorsa,
- 3-Hastalığın nedeni hastanın yaşamındaki belirgin sorunlarla ilişkili ise,
- 4-Emosyonel destek ve psikotrop ilaç verilmesi yetersiz geliyorsa,
- 5-Tedaviye uyumsuzluk tedavinin başarısızlığının bir nedeni ise,
- 6-Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, psikoz gibi profesyonel yardım gerektiren durumlar varsa .

Güncel kanıtlar, seçilmiş hastalarda psikolojik yardım ve antidepresan tedavinin psoriyazisin seyrini ve ilişkili ruhsal durum rahatsızlığını düzeltebileceğini desteklemektedir (77). İlaç tedavisi gerekli görüldüğünde psikokutanöz hastalıkların tedavisinde sık kullanılan psikotrop ilaçların antidepresanlar, anksiyolitikler ve antipsikotikler olduğu bilinmelidir. Ayrıca psikodermatolojik sorunların tedavisinde bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, bilişsel davranışçı psikoterapi kullanılan ve yararlanan tedavi yöntemleridir. Son yıllarda psikokutanöz hastalıkların tedavisinde öğrenme teorisi temeline dayanan tedavi yöntemleri ön plana çıkmaktadır. Özellikle gevşeme egzersizleri anksiyeteyi azaltarak dermatolojik semptomların oluşmasında ya da alevlenmelerini önlemekte yararlı olmakta, belirtilere toleransı artırmakta, ağrı ya da kaşıntı gibi belirtilerle başetmesini kolaylaştırmaktadır. En yaygın olarak kullanılan yöntem değişik kas gruplarını kasmak ve gevşetmek suretiyle yapılan progresif relaksasyondur. Ayrıca nefes egzersizleri, self-hipnoz, hoş giden imaj çalışmaları ve müzik gibi yöntemler de kullanılabilir (99, 104).

Hastanın eğitimi psoriyazis tedavisinde önemli olup, hastanın kontrol duygusunu arttırır, hasta-hekim ilişkisinde olumlu çalışma ortamı sağlamaktadır (104).

### **2.3.Duygu Dışavurumu (Expressed Emotion) Kavramı:**

Expressed Emotion (dışa vurulan duygulanımlar) kavramı tarihsel olarak, İngiltere’de Tıbbi Araştırma Merkezi’nin şizofrenik hastalarda alınan sonuçlar hakkında yaklaşık 30 yıl yürüttüğü bir seri çalışmaya dayanır. Brown, Carstairs ve Topping’in 1958 yılında yaptıkları çalışmada üçte ikisi şizofren olan 229 erkek

hastanın toplum içinde başarılı ya da başarısız olmalarının taburculuktan sonra dönmüş oldukları ortamlardaki insanların yaşam biçimi ile her nasılsa ilişki gösterdiğini keşfetmişlerdir. Sonrasında Brown ve arkadaşları tarafından 1962 yılında yayımlanan başka bir çalışmada 129 şizofrenik hasta ve anahtar akraba konumundaki kişiler ile, taburculuk sırasında, taburculuktan 2 hafta sonra ve 1 yıl sonra görüşmeler düzenlenir. Bu görüşmeler sırasında ifade edilen duygular (expressed emotions) (EE) düşmanlık ve baskın oluş açısından değerlendirilir. Akrabalar yüksek EE gösteren ve göstermeyenler olarak iki gruba ayrılır. Bir yıllık izlem sonrasında yüksek EE gösteren akrabalar ile birlikte yaşayan hastaların düşük EE düzeyi akrabaların yanında yaşayan hastalardan daha fazla nüks riski taşıdıkları bulunur. Bu çalışma sonrasında hasta yakınlarından hastalara yönelen duygulanımların değerlendirilmesi ve ölçülmesi için yarı yapılandırılmış standart Camberwell Aile Görüşmesi (CFI) ortaya çıkarılır. Üç saat gibi uzun bir süre alan bu yöntem Vaughn ve Leff tarafından 1 saat gibi kısa bir süreye indirgediler. Görüşme sırasındaki aşırı koruyucu ve kollayıcılık, düşmanlık ve eleştirel cümlelerin EE'nin derecelendirilmesinin, semptomatik nükslerin en iyi yordayıcısı olduğunu gösterilmiştir. EE'nin değerlendirilmesi ve derecelendirilmesi sadece konuşmaların içeriğine dayanmaz. Konuşmanın hızı, sesin tonu, perdesi ve vurgulama gibi vokal özelliklerinde önemli olduğu kabul edilir. Zamanla EE düzeyini belirlemek için çeşitli görüşme teknikleri ve ölçekler geliştirilmiştir (20).

Hasta ve yakınları arasındaki olumsuz etkileşimler, hastaların semptom relapsına duyarlılığını arttırır, hastanın semptomlarının artmasının, hasta yakınlarındaki olumsuzluğu arttırmasıyla da kısır döngü oluşur. Şizofren bireylerin ev ortamındaki duygusal atmosfer ve hasta yakınlarının hastaya karşı tutumları hastalığın seyrini belirgin biçimde etkiler (113). Araştırmalarda EE düzeyinin aileye dönük tedavilerle veya eğitsel yöntemlerle düşürülmesinin nüks riskini azaltacağı iddia edilir (20).

Dışa vurulan duygulanım aile üyelerinin hasta aile bireyine karşı tutum ve davranışlarının ölçümüdür ve aile hayatının duygusal kalitesinin, ev ortamının duygusal atmosferinin ölçümü olarak değerlendirilmektedir (13, 14, 114). Günümüzde bir çok çalışmada dışa vurulan duygulanımın şizofreni dışında, depresyon, obsesif kompulsif hastalıklar, epilepsi, diyabet, astım, yeme bozuklukları

gibi psikiyatrik ve fizyolojik bazı hastalıklarla ilişkisine bakılmış ve yüksek duygu dışı vurumu ile hastalıklar arasındaki ilişki gösterilmiştir (14-17, 115). Yüksek duygu dışı vurumu; hastaya karşı yüksek şiddette eleştiri, düşmanlık ya da duygusal aşırı ilgilenmeyi kapsamaktadır (18).

Kültürel yapı, sosyoekonomik düzey ve ebeveynin cinsiyeti ile EE'nin ilişkili olduğu belirtilmiştir (14,15).

Şizofreni için yapılan çalışmalarda EE düzeyi düşük olan ailelerin sorunlarla daha iyi başa çıkabildiğini, EE düzeyi yüksek olan ailelerin sorunlarla, hastalık ve hastayla başa çıkmakta zorlandığını göstermiştir. Bazı aileler başa çıkabilecekleri durumlarda düşük EE, zorlandıkları durumlarda yüksek EE düzeyi gösterebilirler. Bu bilgiler EE'nin durağan bir yapı olmadığını göstermektedir. Ailelerin yeterli oldukları durumlarda uygun tepkiler verdikleri, yetersiz kaldıkları durumlarda ise yüksek EE gösterdikleri anlaşılmıştır. Yeterlilik ise hem hastalığın durumu, süresi, hastanın kişisel farklılığı hem de ailenin hastalık bilgisi, deneyimi ve aile bireylerinin kişiliği tarafından etkilenebilir. Ayrıca, hastadaki bozukluğun ailenin EE'sini etkilediği ve EE'nin zaman içinde oluşan bir tepki tarzı olduğu bildirilmiştir (15).

Stresli yaşam olayları, EE ve şizofrenik relapslar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, yüksek EE'nin sürekli bir stresöre eşit olabileceği belirtilmiştir (14). Yüksek duygu dışı vurumu olan akrabalarla yaşamak sürekli bir yaşam olayıdır. Duygu dışı vurumu, hasta yakınlarıyla etkileşim tarzını yansıtmasına rağmen, bu etkileşim paterninin ne dereceye kadar hasta yakınının kişiliği ile belirlendiği ve ne dereceye kadar hasta tarafından etkilendiği net değildir (15).

#### **2.4.Çalışmada Kullanılacak Ölçekler Hakkında Bilgi:**

##### **Level of Expressed Emotion 'LEE' (Duygu Dışavurumu Düzeyi) Ölçeği:**

Ölçek hastalara uygulanmaktadır. Hasta için önemli olan bir kişi ile hasta arasındaki duygusal durumu anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini derecelendirmek üzere Cole ve Kazarian (1988) tarafından geliştirilmiş olan bir özdeğerlendirme aracıdır. Maddeler doğru yanlış biçiminde, anahtar akraba konumunda olan kişi ile

son 3 ay içindeki ilişkiler göz önüne alınarak işaretlenmektedir. Toplam 60 madde içerir. On beşer maddelik aşırı müdahalecilik 'İ' (intrusiveness), aşırı tepkisellik 'E' (emotional response), hastalığa karşı olumsuz tutumlar 'A' (attitude toward illness), hoşgörüsüzlük ve yüksek beklenti 'T' (tolerance/expectation) alt ölçeklerinden oluşmuştur. Alt ölçek puanları 0-15, toplam puan 0-60 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlik çalışması Berksun (1992) tarafından yapılmıştır (15,18) (Ek-I).

Puanlar ne kadar yüksekse, ailenin duygu dışavurumu o düzeyde yüksek demektir (116).

### **Expressed Emotion 'EE' (Duygu Dışavurumu) Ölçeği:**

Ölçek hasta tarafından 'anahtar akraba' konumunda tanımlanan aile bireyine uygulanır. Kişiler arası ilişkilerde, hasta yakınlarının, hastasını ve kendisini algılayışına dayanan bu ölçek ilişkilerde etkileşime eşlik eden duygusal tonu nitelikle ve ölçmek için 'expressed emotion' kuramı ve kavramlarından yola çıkarak hazırlanmış bir ölçektir. Toplam 41 madde içerir. Eleştirici oluş, düşmanlık oluş, aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcılık-müdahalecilik olmak üzere kuramsal olarak 3 alt ölçekten oluşur. Ölçekte olumlu tutumları ve hissedişleri betimleyen maddeler olmasına karşın bunların cevapları ters olarak değerlendirilmeye alındığında bu maddeler eleştirici oluş ve düşmanlık oluş grupları içine girmiştir. Bu ölçek ülkemizde Berksun ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (15) (Ek II).

### **Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D):**

Depresif belirtileri olan hastalara klinisyen tarafından uygulanan, depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan, 17 sorudan oluşan bir form ile değerlendirilir. Sorulardan 0 ile 4 arasında puanlar alınabilir ve bunların toplamı ile asıl skora gidilir. En yüksek puan 53'tür. Hamilton M tarafından geliştirilmiş ve Williams B.W (1978) tarafından yapılandırılmıştır. Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır (117).

### **Hamilton Anksiyete Değerlendirme leği (HAM-A):**

Sağlıklı ya da psikiyatrik hasta gruplarında klinisyen tarafından uygulanan, anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve Şiddet değişimini ölçmek için kullanılan, hem ruhsal hem de bedensel belirtileri sorgulayan 14 sorudan oluşan bir form ile değerlendirilir. Son 72 saat içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek üzere kullanılır. Her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir. Hamilton M (1959) tarafından yapılandırılmıştır. Türkçeye uyarlaması ve geçerlilik-güvenirlik alışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (118).



### **III. MATERYAL VE METOD:**

Çalışmaya başlamadan önce, 2008-12/3 numaralı karar ile, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'nın onayı alındı.

Çalışmaya Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı'na başvuran, psoriyazis tanısı konulmuş 62, egzema tanısı konulmuş 32 hasta ve dermatolojik hastalık öyküsü olmayan 35 sağlıklı birey ve bu kişilerin en az 6 aydır birlikte yaşadıkları, kendileri için ilişkilerinde önemli gördükleri anahtar akraba olarak tanımladıkları hasta yakınları alındı.

#### **3.1.Çalışmaya Alınma Kriterleri:**

##### **Psoriyazis ve egzema hastaları için:**

- 1-Histopatolojik ve klinik olarak psoriyazis/egzema tanısı almış olmak
- 2-18 yaşından büyük olmak
- 3-Okuryazar olmak
- 4-Çağırıldığında gelebilecek birinci dereceden yakınının olması
- 5-Gönüllü olmak
- 6-Depresyon ve/veya anksiyeteye sebep olabilecek ek bir sağlık probleminin olmaması
- 7-Hastalığa ait lezyonların vücudun el, yüz, saçlı deri gibi görünür yerlerinde bulunması

##### **Sağlıklı kontrol grubu için:**

- 1-Bilinen herhangi bir sağlık probleminin olmaması
- 2-18 yaşından büyük olmak
- 3-Okuryazar olmak
- 4-Çağırıldığında gelebilecek birinci dereceden yakınının olması
- 5-Gönüllü olmak

##### **Hasta ve kontrol grubunun yakınları için:**

- 1-18 yaşından büyük olmak
- 2-Okuryazar olmak
- 3-Çağırıldığında gelebilecek durumda olmak
- 4-Bilinen psikiyatrik bir probleminin olmaması

5-Hasta tarafından anahtar akraba konumunda tanımlanmış olmak

6-Gönüllü olmak

### **3.2.Çalışmaya Alınmama Kriterleri:**

Tanıları kesinleşmeyen hastalar, 18 yaşından küçük olanlar, okuryazar olmayanlar, depresyon ve/veya anksiyeteye sebep olabilecek ek bir sağlık problemi bulunan hastalar, çağırıldığında gelebilecek birinci dereceden yakını olmayan hastalar ve psikiyatrik hastalık öyküsü olan hasta yakınları çalışmaya dahil edilmedi.

### **3.3.Çalışma Yöntemi:**

Hastalara ve yakınlarına, kontrol grubu ve yakınlarına çalışma hakkında bilgi verilip onay alınarak; hastaların, kontrol grubunun ve yakınlarının sosyodemografik verileri ve hastalığa ait özellikler hazırlanan veri formuna kaydedildi. Hastalara ve kontrol grubuna LEE; hastaların ve kontrol grubunun yakınlarına da EE ölçekleri uygulandı. Her iki ölçek için hesaplanan skorlar kaydedildi (LEE ölçeği, LEE alt ölçekleri ve EE ölçeği için değerlendirme bilgileri Ek III'te verilmiştir). Psöriyazisli hastaların hastalık şiddeti PASİ skora sistemi ile hesaplanıp kaydedildi. Ayrıca psöriyazisli hastalar psikiyatri kliniği tarafından HAM-D ve HAM-A Ölçekleri kullanılarak depresyon ve anksiyete varlığı açısından değerlendirildi.

### **3.4.İstatistiksel Değerlendirme:**

Çalışmanın verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programının 16.0 versiyonuna yüklenerek değerlendirmeye tabi tutuldu. Çalışmaya alınan hasta ve kontrol gruplarında yaş ortalamaları, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testiyle değerlendirildi.

LEE ölçeği, LEE'nin alt ölçekleri olan İ, E, A, T ve EE ölçeğinden alınan puanlar için ortalama ve standart deviasyonlar bulundu. Bulunan ortalamalara göre düşük değerler 0, büyük değerler ise 1 olarak yeniden kodlandı ve bu yeni kodlamalara göre ki-kare testiyle gruplar karşılaştırıldı. Psöriyazisli hastalarda, LEE ve EE ölçeklerinin skorlarını etkilemesi açısından, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, anksiyete varlığı, depresyon varlığı, PASİ skorları ve hastalık süreleri gibi

parametrelerle lojistik regresyon analizi yapıldı. Burada lojistik regresyon analizinden önce dikotomi oluşturmak için psoriyazisi olan grupta yaş için medyan değer hesaplandı. Yaşlara ait medyan değer 42.5 (18-75) idi. Buna göre hastalar medyan değerden küçük ve büyük olanlar olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Psoriyazisli hastalar eğitim durumuna göre ilköğretim mezunları ve lise-üniversite mezunları olarak, anksiyete ve depresyon varlığı durumuna göre de anksiyete var ve yok olanlar olarak, depresyon var ve yok olanlar olarak ikili gruplara ayrıldı.

Hastaların PASİ skorlarının medyan değeri 6.1 (0.9-25.8) idi. Psoriyazisli hastalar PASİ değerlerine göre medyan değerinin altında kalanlar ve üstünde kalanlar olarak iki gruba, hastalık sürelerine göre hastalığı 0-5 yıl olanlar ve 5 yıldan fazla süredir olanlar olarak 2 gruba ayrıldı.

Psoriyazisli hastalarda LEE sonuçlarının medyan değeri 16.0 (3-47) idi. Hastalar LEE değeri açısından medyan değerden küçük olanlar ve medyan değerden büyük olanlar olarak 2 gruba ayrıldı.

LEE değerleri bağımlı değişken; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, anksiyete varlığı, depresyon varlığı, PASİ skorları ve hastalık süreleri bağımsız değişkenler olmak üzere dikotomi yapılan değişkenler için lojistik regresyon analizi %95 güvenlik aralığında yapıldı.

Öncelikle bağımsız değişkenler için multikolarite değerlendirildi. Her bir bağımsız değişken için tolerans skorları saptandı. Hiçbir bağımsız değişken için multikolarite belirlenemedi. Böylece her bir bağımsız değişken lojistik regresyon analizine dahil edilerek analiz sonuçlandırıldı.

Psoriyazisli hastalarda EE sonuçlarının medyan değeri 15.0 (6-26) idi. Hastalar EE değeri açısından medyan değerden küçük olanlar ve medyan değerden büyük olanlar olarak 2 gruba ayrıldı.

EE değerleri bağımlı değişken; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, anksiyete varlığı, depresyon varlığı, PASİ skorları ve hastalık süreleri bağımsız değişkenler olmak üzere dikotomi yapılan değişkenler için lojistik regresyon analizi %95 güvenlik aralığında yapıldı.

Öncelikle bağımsız değişkenler için multikolarite değerlendirildi. Her bir bağımsız değişken için tolerans skorları saptandı. Korelasyon matrisi eğitim düzeyi

ve cinsiyet arasında güçlü bir korelasyona işaret etti ( $p=0.04$ ). Ayrıca cinsiyet için hesaplanan tolerans değeri (0.825)  $1-R^2$  (0.841) değerinden düşük olduğu için cinsiyet lojistik regresyon analizi dışında tutularak diğer değişkenlerle analiz gerçekleştirildi. Cinsiyet analiz dışı bırakılarak kalan değişkenler ile multikolarite değerlendirilmesi tekrarlandı. Bu analiz sonucunda anksiyete ve depresyon tolerans değerleri (0.869-0.862)  $1-R^2$  (0.906) değerinden düşük olduğu için tolerans değeri daha küçük olan depresyon değişkeni de analizden çıkarılarak kalan değişkenler ile lojistik regresyon analizi tamamlandı.

#### IV. BULGULAR:

Çalışmaya alınan 62 psoriyazisli hastanın minimum yaşı 18, maksimum yaşı 75 olup ortalama yaş değerleri  $41.64 \pm 1.35$  idi. Otuz iki egzemalı hastanın minimum yaşı 18, maksimum yaşı 66 olup ortalama yaş değerleri  $38.4 \pm 1.25$  idi. Otuz beş kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubunda minimum yaş 18, maksimum yaşı 59 olup ortalama yaş değerleri  $35.8 \pm 1.03$  idi. Yaş açısından istatistiksel olarak gruplar arası fark yoktu ( $p > 0.05$ ).

Psoriyazisli hastaların 38 (% 61.3)'i kadın, 24 (% 38.7)'ü erkek idi. Egzemalı hastaların 17 (% 53.1)'si kadın, 15 (% 46.9)'i erkek idi. Sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin 19 (% 54.3)'u kadın, 16 (% 45.7)'si erkek idi.

Psoriyazisli hastaların 43 (% 69.4)'ü ilköğretim, 11 (% 17.7)'i lise ve 8 (% 12.9) üniversite mezunu iken; egzemalı hastaların 19 (% 59.4)'u ilköğretim, 11 (% 34.4)'i lise ve 2 (% 6.2)'si üniversite mezunu, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin 18 (% 51.4)'i ilköğretim, 14 (% 40)'ü lise ve 3 (% 8.6)'ü üniversite mezunu idi.

Anahtar akraba olarak, psoriyazisli hastaların 30 (% 48.4)'u eşini, 10 (% 16.1)'u ebeveynini, 22 (% 35.5)'si çocuklarını seçerken; egzemalı hastaların 19 (% 59.4)'u eşini, 8 (% 25)'i ebeveynini, 5 (% 15.6)'i çocuklarını; sağlıklı bireylerin 25 (% 71.4)'i eşini, 8 (% 22.8)'i ebeveynini, 2 (% 5.7) 'si çocuklarını seçmişti (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1.** gruplar arası yaş, cinsiyet, eğitim durumu, anahtar akraba dağılımı.

		Psoriyazis	Egzema	Sağlıklı
Yaş	minimum	18	18	18
	maximum	75	66	59
	ortalama	41.6±1.35	38.4±1.25	35.8±1.03
Cinsiyet	kadın	38 (% 61.3)	17 (% 53.1)	19 (% 54.3)
	erkek	24 (% 38.7)	15 (% 46.9)	16 (% 45.7)
Eğitim	ilköğretim	43 (% 69.4)	19 (% 59.4)	18 (% 51.4)
	lise	11 (% 17.7)	11 (% 34.4)	14 (% 40)
	üniversite	8 (% 12.9)	2 (% 6.2)	3 (% 8.6)
Akraba	eş	30 (% 48.4)	19 (% 59.4)	25 (% 71.4)
	ebeveyn	10 (% 16.1)	8 (% 25)	8 (% 22.8)
	çocuk	22 (% 35.5)	15 (%15.6)	2 (% 5.7)

1- LEE ölçeği, LEE'nin alt ölçekleri olan İ, E, A, T ve EE ölçeğinden alınan puanlar için ortalama ve standart deviasyonlar tablo 4.2'deki gibiydi.

**Tablo 4.2.** LEE, İ, E, A, T ve EE değerleri için ortalama ve standart deviasyonlar

	Ortalama	Standart deviasyon
LEE	16, 04 (3-47)	9,68
İ	5,61 (0-13)	2,89
E	4,25 (0-12)	2,95
A	2,48 (0-13)	2,64
T	3, 58 (0-13)	2,99
EE	17, 79 (5-26)	4,78

2- Bulunan ortalamalara göre ki-kare testiyle psoriyazisli, egzemalı ve sağlıklı kontrol grupları karşılaştırıldı. Buna göre;

**a) LEE total için**

Psoriasis ve sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p= 0,003$ ), odds ratio: 4.33, %95 confidence.

Psoriasis ve ekzematılılar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.77$ ), odds ratio: 1.13.

**b) İ için**

Psoriasis ve sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p= 0,007$ ), odds ratio: 3.23.

Psoriasis ve ekzematılılar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.79$ ), odds ratio: 0.89.

**c) E için**

Psoriasis ve sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p= 0,002$ ), odds ratio: 4.27.

Psoriasis ve ekzematılılar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.46$ ), odds ratio: 1.37.

**d) A için**

Psoriasis ve sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p= 0,02$ ), odds ratio: 3.05.

Psoriasis ve ekzematılılar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.85$ ), odds ratio: 0.92.

**e) T için**

Psoriasis ve sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p= 0,35$ ), odds ratio: 1.49.

Psoriasis ve ekzematılılar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.56$ ), odds ratio: 1.28.

**f) EE için**

Psoriasis ve sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0.01$ ), odds ratio: 3.03.

Psoriasis ve ekzematılılar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.44$ ), odds ratio: 1.40.

**3- Cinsiyete göre** LEE, İ, E, A, T ve EE karşılaştırıldığında istatistiksel sonuçlar aşağıda verilmektedir:

**a) LEE total için**

Psoriasis ve sağlıklı kadınlar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,03$ ), odds ratio: 3.75, %95 confidence.

Psoriasis ve ekzemalı kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.31$ ), odds ratio: 1.83.

Psoriasis ve sağlıklı erkekler karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,01$ ), odds ratio: 7.00, %95 confidence.

Psoriasis ve ekzemalı erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.54$ ), odds ratio: 0.67.

**b) İ için;**

Psoriasis ve sağlıklı kadınlar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0,13$ ), odds ratio: 2.41, %95 confidence.

Psoriasis ve ekzemalı kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.98$ ), odds ratio: 0.99.

Psoriasis ve sağlıklı erkekler karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,01$ ), odds ratio: 5.34, %95 confidence.

Psoriasis ve ekzemalı erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.86$ ), odds ratio: 0.88.

**c) E için**

Psoriasis ve sağlıklı kadınlar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,03$ ), odds ratio: 3.75, %95 confidence.

Psoriasis ve ekzemalı kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.15$ ), odds ratio: 2.40.

Psoriasis ve sağlıklı erkekler karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,02$ ), odds ratio: 5.12, %95 confidence.

Psoriasis ve ekzemalı erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.72$ ), odds ratio: 0.79.

**d) A için**

Psoriasis ve sağlıklı kadınlar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,04$ ), odds ratio: 3.88, %95 confidence.



Psoriasis ve ekzematlı kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.37$ ), odds ratio: 1.75.

Psoriasis ve sağlıklı erkekler karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p= 0,31$ ), odds ratio: 2.17, %95 confidence.

Psoriasis ve ekzematlı erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.21$ ), odds ratio: 0.44.

#### **e) T için**

Psoriasis ve sağlıklı kadınlar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p= 0,13$ ), odds ratio: 2.41, %95 confidence.

Psoriasis ve ekzematlı kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.11$ ), odds ratio: 2.67.

Psoriasis ve sağlıklı erkekler karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p= 0,69$ ), odds ratio: 0.77, %95 confidence.

Psoriasis ve ekzematlı erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.33$ ), odds ratio: 0.52.

#### **f) EE için;**

Psoriasis ve sağlıklı kadınlar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p= 0,18$ ), odds ratio: 2.12, %95 confidence.

Psoriasis ve ekzematlı kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.87$ ), odds ratio: 1.10.

Psoriasis ve sağlıklı erkekler karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p= 0,01$ ), odds ratio: 5.34, %95 confidence.

Psoriasis ve ekzematlı erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ( $p=0.26$ ), odds ratio: 2.13.

#### **4- Eğitim durumuna göre LEE, İ, E, A, T ve EE karşılaştırıldığında;**

**a)** Eğitim düzeyi düşük olanlarda LEE'nin daha yüksek değerlere sahip olduğu saptanmıştır ( $p=0.01$ ) (tablo 4.3).

**Tablo 4.3.** Eğitim düzeyine göre gruplar arası LEE değerleri

Eğitim durumu			LEE		Toplam
			Minimum	Maximum	
İlköğretim	Grup	Psoriyazis	18	25	43
		Egzema	11	8	19
		Sağlıklı	15	3	18
	Toplam	44	36	80	
Lise	Grup	Psoriyazis	8	3	11
		Egzema	5	6	11
		Sağlıklı	12	2	14
	Toplam	25	11	36	
Üniversite	Grup	Psoriyazis	5	3	8
		Egzema	1	1	2
		Sağlıklı	2	1	3
	Toplam	8	5	13	

( $p=0.01$ )

**b)** Eğitim düzeyi düşük olanlarda EE daha yüksek değerlere sahiptir ( $p=0.003$ ) (tablo 4.4).

**Tablo 4.4.** Eğitim düzeyine göre gruplar arası EE değerleri

Eğitim durumu			EE		Toplam
			Minimum	Maximum	
İlköğretim	Grup	Psoriyazis	12	29	43
		Egzema	6	13	19
		Sağlıklı	14	4	18
	Toplam	34	46	80	
Lise	Grup	Psoriyazis	5	6	11
		Egzema	7	4	11
		Sağlıklı	7	7	14
	Toplam	19	17	36	
Üniversite	Grup	Psoriyazis	5	3	8
		Egzema	2	0	2
		Sağlıklı	2	1	3
	Toplam	9	4	13	

( $p=0.003$ )

**c)** Eğitim düzeyi düşük olanlarda İ değeri daha yüksektir ( $p=0.01$ ) (tablo 4.5).

**Tablo 4.5.** Eğitim düzeyine göre gruplar arası LEE alt ölçeği İ değerleri

Eğitim durumu			İ		Toplam
			Minimum	Maximum	
İlköğretim	Grup	Psoriyazis	16	27	43
		Egzema	8	11	19
		Sağlıklı	14	4	18
	Toplam	38	42	80	
Lise	Grup	Psoriyazis	4	7	11
		Egzema	3	8	11
		Sağlıklı	7	7	14
	Toplam	14	22	36	
Üniversite	Grup	Psoriyazis	5	3	8
		Egzema	1	1	2
		Sağlıklı	3	0	3
	Toplam	9	4	13	

( $p=0.01$ )

**d)** Eğitim düzeyi düşük olanlarda E değeri daha yüksektir ( $p=0.003$ ) (tablo 4.6).

**Tablo 4.6.** Eğitim düzeyine göre gruplar arası LEE alt ölçeği E değerleri

Eğitim durumu			E		Toplam
			Minimum	Maximum	
İlköğretim	Grup	Psoriyazis	17	26	43
		Egzema	13	6	19
		Sağlıklı	15	3	18
	Toplam	45	35	80	
Lise	Grup	Psoriyazis	8	3	11
		Egzema	5	6	11
		Sağlıklı	11	3	14
	Toplam	24	12	36	
Üniversite	Grup	Psoriyazis	5	3	8
		Egzema	0	2	2
		Sağlıklı	2	1	3
	Toplam	7	6	13	

( $p=0.003$ )

**e)** Eğitim düzeyi A değerini anlamlı derecede etkilememektedir ( $p>0.05$ ) (tablo 4.7).

**Tablo 4.7.** Eğitim düzeyine göre gruplar arası LEE alt ölçeği A değerleri

Eğitim durumu			A		Toplam
			Minimum	Maximum	
İlköğretim	Grup	Psoriyazis	25	18	43
		Egzema	11	8	19
		Sağlıklı	15	3	18
	Toplam		51	29	80
Lise	Grup	Psoriyazis	7	4	11
		Egzema	6	5	11
		Sağlıklı	12	2	14
	Toplam		25	11	36
Üniversite	Grup	Psoriyazis	6	2	8
		Egzema	2	0	2
		Sağlıklı	2	1	3
	Toplam		10	3	13

( $p > 0.05$ )

f) Eğitim düzeyi T değerini anlamlı derecede etkilememektedir ( $p > 0.05$ ) (tablo 4.8).

**Tablo 4.8.** Eğitim düzeyine göre gruplar arası LEE alt ölçeği T değerleri

Eğitim durumu			T		Toplam
			Minimum	Maximum	
İlköğretim	Grup	Psoriyazis	18	25	43
		Egzema	13	6	19
		Sağlıklı	12	6	18
	Toplam		43	37	80
Lise	Grup	Psoriyazis	9	2	11
		Egzema	6	6	11
		Sağlıklı	8	6	14
	Toplam		22	14	36
Üniversite	Grup	Psoriyazis	6	2	8
		Egzema	1	1	2
		Sağlıklı	2	1	3
	Toplam		9	4	13

( $p > 0.05$ )

**5- Anahtar akraba** konumuna göre LEE, İ, E, A, T ve EE karşılaştırıldığında;

a) Eşler daha fazla LEE düzeyi göstermişler ( $p = 0.03$ ) (tablo 4.9).

**Tablo 4.9.** Seçilen anahtar akraba durumuna göre gruplar arası LEE değerleri

Anahtar akraba durumu			LEE		Toplam
			Minimum	Maximum	
Eş	Grup	Psoriyazis	14	16	30
		Egzema	10	9	19
		Sağlıklı	20	5	25
	Toplam	44	30	74	
Ebeveyn	Grup	Psoriyazis	4	6	10
		Egzema	4	4	8
		Sağlıklı	7	1	8
	Toplam	15	11	26	
Çocuk	Grup	Psoriyazis	13	9	22
		Egzema	3	2	5
		Sağlıklı	2	0	2
	Toplam	18	11	29	

( $p=0.03$ )

**b)** Eşler daha fazla EE skoru vermişler ( $p=0.001$ ) (tablo 4.10).

**Tablo 4.10.** Seçilen anahtar akraba durumuna göre gruplar arası EE değerleri

Anahtar akraba durumu			EE		Toplam
			Minimum	Maximum	
Eş	Grup	Psoriyazis	6	24	30
		Egzema	10	9	19
		Sağlıklı	18	7	25
	Toplam	34	40	74	
Ebeveyn	Grup	Psoriyazis	3	7	10
		Egzema	3	5	8
		Sağlıklı	3	5	8
	Toplam	9	17	26	
Çocuk	Grup	Psoriyazis	15	7	22
		Egzema	2	3	5
		Sağlıklı	2	0	2
	Toplam	19	10	29	

( $p=0.001$ )

**c)** Eşler daha fazla İ skoru vermişler ( $p=0.01$ ) (tablo 4.11).

**Tablo 4.11.** Seçilen anahtar akraba durumuna göre gruplar arası LEE alt ölçeği İ değerleri

Anahtar akraba durumu			İ		Toplam
			Minimum	Maximum	
Eş	Grup	Psoriyazis	11	19	30
		Egzema	9	10	19
		Sağlıklı	19	6	25
	Toplam	39	35	74	
Ebeveyn	Grup	Psoriyazis	4	6	10
		Egzema	2	6	8
		Sağlıklı	3	5	8
	Toplam	9	17	26	
Çocuk	Grup	Psoriyazis	10	12	22
		Egzema	1	4	5
		Sağlıklı	2	0	2
	Toplam	13	16	29	

( $p=0.01$ )

d) Yakınlığa göre E skoru değişmemiş ( $p>0.05$ ) (tablo 4.12).

**Tablo 4.12.** Seçilen anahtar akraba durumuna göre gruplar arası LEE alt ölçeği E değerleri

Anahtar akraba durumu			E		Toplam
			Minimum	Maximum	
Eş	Grup	Psoriyazis	14	16	30
		Egzema	11	8	19
		Sağlıklı	19	6	25
	Toplam	44	30	74	
Ebeveyn	Grup	Psoriyazis	4	6	10
		Egzema	3	5	8
		Sağlıklı	7	1	8
	Toplam	14	12	26	
Çocuk	Grup	Psoriyazis	12	10	22
		Egzema	4	1	5
		Sağlıklı	2	0	2
	Toplam	18	11	29	

( $p>0.05$ )

e) Yakınlığa göre A skoru değişmemiş ( $p>0.05$ ) (tablo 4.13).

**Tablo 4.13.** Seçilen anahtar akraba durumuna göre gruplar arası LEE alt ölçeği A değerleri

Anahtar akraba durumu			A		Toplam
			Minimum	Maximum	
Eş	Grup	Psoriyazis	19	11	30
		Egzema	12	7	19
		Sağlıklı	19	6	25
	Toplam	50	24	74	
Ebeveyn	Grup	Psoriyazis	5	5	10
		Egzema	5	3	8
		Sağlıklı	8	0	8
	Toplam	18	8	26	
Çocuk	Grup	Psoriyazis	14	8	22
		Egzema	2	3	5
		Sağlıklı	2	0	2
	Toplam	18	11	29	

( $p>0.05$ )

f) Yakınlığa göre T skoru değişmemiş ( $p>0.05$ ) (tablo 4.14).

**Tablo 4.14.** Seçilen anahtar akraba durumuna göre gruplar arası LEE alt ölçeği T değerleri

Anahtar akraba durumu			T		Toplam
			Minimum	Maximum	
Eş	Grup	Psoriyazis	16	14	30
		Egzema	11	8	19
		Sağlıklı	13	12	25
	Toplam	40	34	74	
Ebeveyn	Grup	Psoriyazis	5	5	10
		Egzema	5	3	8
		Sağlıklı	7	1	8
	Toplam	17	9	26	
Çocuk	Grup	Psoriyazis	12	10	22
		Egzema	3	2	5
		Sağlıklı	2	0	2
	Toplam	17	12	29	

( $p>0.05$ )

6- Psoriyazisli hastalarda LEE için yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda psöriyazisli hastalarda yaş ve eğitim LEE değerlerini etkileyen en önemli değişkenler olarak saptandı (tablo 4.15).

**Tablo 4.15.** Psoriyazisli hastalarda LEE için lojistik regresyon

Değişkenler	Düzeyler	Lojistik Regresyon		
		Adj.odds ratio	%95 CI	p-değeri
Yaş	<42.5	<b>3.31</b>	0.05-0.70	<b>0.01</b>
	>42.5	0.31		
Cinsiyet	Kadın	1.00	0.60-8.76	0.22
	Erkek	1.00		
Eğitim	İlköğretim	<b>3.01</b>	0.03-0.60	<b>0.01</b>
	Lise- Üniversite	0.33		
Anksiyete	Var	0.59	0.17-2.96	0.64
	Yok	1.70		
Depresyon	Var	0.66	0.11-2.55	0.44
	Yok	1.52		
PASI	>medyan	0.88	0.29-3.24	0.97
	<medyan	1.14		
Hastalık Süresi	≥6	0.67	0.20-2.07	0.46
	≤5	1.50		

Lojistik regresyon analizinden sonra psoriyazisli hastalar ki-kare testiyle yaş ve eğitim düzeyine göre LEE grupları açısından karşılaştırıldı. I, E, A alt gruplarında yüksek ve düşük skorlar arasında yaş ve eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmezken ( $p > 0,05$ ), eğitim düzeyi düşük olanlarda istatistiksel olarak daha yüksek T skorları elde edilmiştir ( $p=0,012$ ).

7- Psoriyazisli hastalarda EE için yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda bu değişkenlerden hiç birinin EE skorlarını etkilemediği sonucuna varıldı (tablo 4.16).



**Tablo 4.16.** Psoriyazili hastalarda EE için lojistik regresyon

		Lojistik Regresyon		
Değişkenler	Düzeyler	Adj.odds ratio	%95 CI	p-değeri
Yaş	<42.5	1.73	0.18-1.68	0.30
	>42.5	0.58		
Eğitim	İlköğretim	2.30	0.11-1.14	0.08
	Lise-	0.43		
	Üniversite			
Anksiyete	Var	0.74	0.18-2.52	0.56
	Yok	1.36		
PASI	>medyan	1.00	0.37-3.26	0.85
	<medyan	1.00		
Hastalık Süresi	≥6	0.62	0.18-1.72	0.31
	≤5	1.62		

## V. TARTIŞMA:

Psoriyazis; etyolojisi kesin olarak bilinmeyen, kronik seyirli, tekrarlayıcı, dünya populasyonunun yaklaşık %2-3'ünü etkileyen inflamatuvar, hiperproliferatif, psikosomatik bir deri hastalığıdır (1). Psoriyazis kadın ve erkeklerde hemen hemen eşit sıklıkta görülür (24, 26). Psoriyazis her yaş grubunda ortaya çıkabilir (24).

Psoriyazisin kronik bir hastalık olması, aralıklı tedavi gerektirmesi ve kozmetik kaygılara yol açması nedeniyle hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (5). Psoriyazis yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanan en önemli deri hastalıklarından birisidir (6). Birçok hastada ortaya çıkan ruhsal durum, fiziksel rahatsızlıktan daha anlamlı olarak kabul edilmektedir (5).

Psoriyazis psikolojik olaylarla ilgisi çok yakın olan ve bu yönden yoğun çalışmalar yapıp, üzerinde çok tartışılan deri hastalıklarından birisidir (104). Psoriyazisin başlamasında veya alevlenmesinde stresin önemli bir faktör olduğu yıllardır bilinmektedir. Stres psoriyazisin hem sebebi hem de tetikleyicisi olabilir (107). Hastalığın belirsiz gidişi, relapsların önceden tahmin edilip önlenememesi ve hala kesin bir tedavinin mümkün olmaması psoriyazis hastalarında büyük bir strese neden olmaktadır (8). Bütün bunların dışında yapılan çalışmalarla psoriyazisli hastaların mevcut stresi sağlıklı kişilere göre daha belirgin algıladıkları gösterilmiştir (99, 109). Oluşan hastalık hastanın vücut imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşam amaçlarını, ego bütünlüğünü, sosyal, ailesel ve çevresel ilişkilerini olumsuz etkileyerek psikopatoloji gelişimine katkıda bulunabilmektedir (99).

Duygu dışavurumu, aile hayatının duygusal kalitesinin ve ev ortamının duygusal atmosferinin ölçümü olarak değerlendirilmektedir (13, 14, 114). Yüksek duygu dışavurumu durağan bir yapı olmayıp zaman içinde gelişen bir tepki tarzıdır. Yüksek duygu dışavurumu algılaması hastada sürekli bir stres hali oluşturabilir (15). Duygu dışavurumu birçok psikiyatrik hastalık grubunda relapsların belirleyicisi olarak kullanılmıştır. Orjinalinde duygu dışavurumu psikiyatrik hastalıkların değerlendirilmesinde kullanılsa da yeme içme bozuklukları, astım gibi bazı hastalıklarda da çalışılmıştır(16).

Şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalar da aile ortamının, ailedeki duygu dışavurumunun, şizofreninin ortaya çıkışı ya da nüks etmesinde belirleyici olduğu sonucuna varılmıştır (18).

Gartland ve arkadaşlarının (16), yaşları 5 ile 12 yaş arasında değişen 32 astımlı çocuk ve ebeveynleri ile yaptığı bir çalışmada astımı klinik olarak daha şiddetli olan çocuklarda algılanan duygu dışavurumu düzeyinin daha yüksek olduğu bulunurken; 1989 ve 1992 yıllarında astımlı çocuklar ve ebeveynleri ile yapılan iki ayrı çalışmada çocuk ve ebeveynlerin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek duygu dışavurumu sergiledikleri fakat bu durumun astım şiddeti ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir.

Kyriacou ve arkadaşlarının (17), 151 anoreksia nevrozalı hasta ve 93 sağlıklı kontrol grubu üzerinde yaptıkları bir çalışmada anoreksia nervozalıların %60'ında, sağlıklı grubun %3'ünde yüksek duygu dışavurumu tesbit edilmiştir.

Yapılan bu çalışmalar değişik hasta gruplarında duygu dışavurumunun hastalık üzerine etkisi olabileceğini veya mevcut hastalığın duygu dışavurumunu etkileyebileceğini göstermektedir.

Bizim çalışmamızda psoriyazisli hastalar ile egzemalı hastalar arasında LEE, LEE'nin alt ölçekleri ve EE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamazken; psoriyazisli hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında LEE, LEE'nin alt ölçekleri olan İ, E, A ve EE skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. İki dermatolojik hastalık grubu arasında duygu dışavurumu algılamaları arasında fark yokken sağlıklı grup ile psoriyazisli hasta grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır.

Hem psoriyazis hem de egzema kronik ve döküntülü hastalıklar olmaları açısından hasta ve hasta yakınlarında benzer duygusal tepkilere yol açabileceğinden çalışmamızda iki grup arasında LEE ve EE skorları açısından anlamlı bir fark ortaya çıkmamış olabilir.

Hale ve arkadaşlarının (119), yaptığı çalışmada LEE skorları ile yaş ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yine yapılan bir çalışmada kadınların LEE skorları erkeklerin LEE skorlarına göre biraz daha yüksek bulunsa da, cinsiyetler arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aynı çalışmada yaşlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamıştır (120). Her iki çalışma sonucunda yaş ve cinsiyetin hem erişkin hem de adolesanlarda LEE skorunu etkilemediği kararına varılmıştır (119, 120).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda birçok hastalıkta kadınların daha çok fiziksel bozukluk bildirdikleri ve daha düşük yaşam kalite skorları verdikleri gösterilmiştir. Kadınların daha çok ağrı, hastalık semptomu ve psikolojik problem tanımladıkları görülmüştür (121, 122).

Sampogna ve arkadaşları (121), 65 yaş altı ve üstü olarak ayrılan 936 psoriyazis hastası üzerinde yaptıkları çalışmada özellikle yaşlı kadınlarda anksiyete ve depresyonun daha çok görüldüğünü, yaşam kalitesi analizlerinin daha kötü olduğunu bulmuşlar ve bunu kadınların vücut algılamasının daha yüksek olmasına, dış görünüşlerine daha çok önem vermelerine bağlamışlardır.

Kadınların erkeklere göre daha fazla olumsuz duygu bildirmelerine karşın, kendi yaşamlarından daha fazla haz duyarlar. Cinsiyetler arasında doyum ya da mutluluk açısından çok az bir fark olduğu gözlenmiştir. Mutluluğu algılama açısından cinsiyetler arasında farklılaşma çok azdır (123).

Bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında LEE, LEE'nin alt ölçekleri ve EE skorları değerlendirildiğinde: psoriyazisli erkek ve kadın hastalar ile egzemalı erkek ve kadın hastalar arasında LEE, LEE'nin alt ölçekleri ve EE skorları arasında istatistiksel bir fark bulunamazken; psoriyazisli kadın hastaların LEE skoru sağlıklı kontrol grubundaki kadınların LEE skorundan daha yüksek, psoriyazisli erkek hastaların LEE skorları sağlıklı kontrol grubundaki erkeklerin LEE skorundan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. LEE'nin alt ölçekleri değerlendirildiğinde psoriyazisli erkeklerin İ ve E skorları sağlıklı kontrol grubundaki erkeklerin İ ve E skorlarından; psoriyazisli kadınların E ve A skorları sağlıklı kontrol grubundaki kadınların E ve A skorlarından daha yüksek idi.

Çalışmamızın sonucuna göre hastalık durumunda hem kadınlar hem de erkekler çevrelerinden yüksek duygu dışavurumu düzeyi algılamaktadırlar. Kadın veya erkek olmak duygu dışavurumu algılamasını etkilemiyor gözükmektedir. Farklılık olarak kadınlar hastalık durumunda ailelerini aşırı tepkisel ve hastalıklarına karşı olumsuz tutumlar sergiliyor şeklinde algılarken; erkekler ailelerini, kadınlarda olduğu gibi aşırı tepkisel ve kadınlardan farklı olarak daha müdahaleci şeklinde algılamaktadır.

Çalışmamız sonucunda psoriyazisli kadınların yakınlarının EE skorları ile sağlıklı kontrol grubunda ki kadınların yakınlarının EE skorları arasında istatistiksel olarak fark bulunamazken; psoriyazisli erkek hastaların yakınlarının EE skorları ile sağlıklı kontrol grubunda ki erkek hastaların yakınlarının EE skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Yapılan araştıma ve incelemelerin ortak sonucu; erkeğe kıyasla kadının aile-içi düşük statüsü üzerinde toplanmaktadır. Bu durum araştırma sonuçları ile öznel ve nesnel bulgularla desteklenmekte hem erkek hem de kadınlarca bilinmekte ve geniş çapta kabullenilmekte hatta onaylanmaktadır. ‘Erkeğin kadına üstünlüğü’ geleneksel yapıdan kaynaklanmaktadır. Türkiye’de gerek kent gerekse köy ailelerinde otorite, aile biçimlerine göre değişmesine rağmen, genellikle erkeğe aittir. Erkek çocuk soyun devamı açısından önem taşıdığı için daha değerlidir (124).

Çalışmamızda kadın ve erkek hasta gruplarının her ikisinde de LEE değerleri yüksek çıkarken, sadece erkeklerde EE değerlerinin yüksek çıkması; aile reisinin, ailedeki otoriter kişinin hastalığı durumunda aile bireylerinin kendilerini yetersiz, çaresiz hissederek yüksek duygu dışavurumu gösterdikleri şeklinde yorumlanabilir. Bu da ailelerin kendilerini yetersiz hissettikleri durumlarda daha yüksek duygu dışavurumu gösterecekleri bilgisi ile uyumludur (15).

Çalışmamızda eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde: eğitim düzeyi ilköğretim seviyesinde olanların LEE ve EE skorları eğitim düzeyi lise-üniversite seviyesinde olanlardan anlamlı olarak daha yüksek idi. LEE’nin alt ölçekleri içinde İ ve E daha yüksek idi. Yani eğitim düzeyi düşük olanların müdahalecilik ve aşırı tepkisellik açısından duygu dışavurumu algılaması yüksek bulundu. Aynı zamanda aileler eğitim düzeyi düşük olan hastalara karşı daha fazla duygu dışavurumu yansıtmaktadır.

Yüksek eğitim düzeyinin sağlıkla ilişkili olduğu bildirilmiştir (122). Hastaların eğitim durumu arttıkça hem hastalık hakkındaki bilgiler hem de hastalığa verilen önem ve önlemler artacağından eğitim durumunun hastanın yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu etkileyeceği bildirilmiştir (123). Bu nedenle çalışma sonucunda beklenen veri eğitim düzeyi düşük olanların daha yüksek LEE skorları almaları ve aile üyelerinin daha yüksek EE skorları vermeleri idi ve çalışmada bulduğumuz sonuç bu beklentiyi karşılayacak özelliğindedir.

Çalışmamızda anahtar akraba konumunda eşlerini seçenlerin LEE skorları, anahtar akraba konumunda ebeveynlerini veya çocuklarını seçenlerden daha yüksek idi. Eşlerin EE skorları, ebeveynlerin ve çocukların EE skorlarından daha yüksek idi. Eşlerini anahtar akraba olarak seçenlerde LEE'nin alt ölçekleri değerlendirildiğinde İ skoru daha yüksek bulundu. Çalışmaya alınan hastaların anahtar akraba konumundaki kişi olarak daha çok eşlerini seçmeleri bu sonucu getirmiş olabilir. Anahtar akraba konumunda seçilen diğer aile bireylerinin anne-baba olarak çocukları ile, çocuk olarak anne-baba ile daha iyi ilişkiler içerisinde oldukları, eşlerin ise özellikle müdahale ederek hasta ile arasındaki uyumsuzluğu yansıttığı şeklinde yorumlanabilir.

Hale ve arkadaşlarının (119), yaşları 11-15 arasında değişen 311 çocuk hasta ve ebeveynleri ile yaptığı çalışmada hastaların LEE skorları ile hastalara ait depresyon ve anksiyete skorları arasında korelasyon bulunmuştur.

Psoriyazisli hastalar kendi içlerinde değerlendirildiğinde (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, anksiyete varlığı, depresyon varlığı, PASİ skorları ve hastalık süreleri açısından) yaşın 42.5'ten küçük olması ve eğitim düzeyinin ilköğretim seviyesinde olması LEE'yi etkileyen (yükselten) değişkenler olarak bulunurken, EE skorları değişkenlerin hiç birinden etkilenmemiştir. Hastaların depresyon ve anksiyete değerleri ile LEE ve hasta yakınlarının EE değerleri arasında bir korelasyon bulunamamıştır.

Bazı çalışmalara göre psoriyazisin yaşam kalitesine etkisi yaş ile azalmaktadır, fakat tersine yorumlar yapan çalışmalarda vardır (122). Genel olarak yapılan çalışmalarda yaşlıların psoriyazisten fiziksel anlamda çok etkilendikleri, gençlerin ise hastalıktan daha çok psikososyal açıdan etkilendikleri gösterilmiştir. Sampogna ve arkadaşlarının (121) 65 yaş altı ve üstü olarak ayrılan 936 psoriyazis hastası üzerinde yaptıkları çalışmada yaşlı hastaların yaşam kalitelerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Yine bu çalışmada yaşlılarda daha çok psikolojik problem saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda gençlerin hem olumlu hem de olumsuz duyguları daha çok bildikleri; buna karşın yaşlıların daha fazla genel mutluluk ifadeleri ortaya koydukları bildirilmiştir (123). Daha önceki çalışmalarda yaşın erişkin ve adolesanlarda LEE skorunu etkilemediği kararına varılmış (119) olsa da bizim

çalışmamızda yaş, psoriyazisli hastaların LEE skorlarını etkiliyor gözükmektedir bu da psoriyazisin etkilerinin yaş ile azalıyor olması fikri ve genç hastaların olumlu-olumsuz duyguları daha iyi bildikleri fikirleri ile desteklenebilir.

Eğitim durumunun daha öncede belirtildiği gibi duygu dışavurumunu etkilemesi bekleniyordu. Psoriyazisli hastalarda eğitim düzeyi düşüklüğünün LEE'yi etkilemesi beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda eğitim düzeyi düşük olanların çevrelerini daha hoşgörüsüz ve yüksek beklentili olarak algıladıkları sonucu çıkmıştır.

Sonuç olarak aile ortamının, diğer sosyal ortamlar gibi ailede yaşayan bireyler üzerine etkisi bilinmektedir (18). Psoriyazis kronik bir hastalık olması nedeniyle kişinin aile içi ilişkilerini etkiliyor veya hastalığın kendisi aile içi etkileşimden etkileniyor olabilir. Aile ortamı psoriyazisli hastalar için dikkate alınması gereken bir faktördür. Aile içi çatışmalar sürekli bir stres kaynağı olarak hastalığın seyrine olumsuz etki yapabilir. LEE ve EE ölçekleri hastaların aile ortamının ve hasta aile etkileşiminin değerlendirilmesinde kullanılabilir. Yüksek duygu dışa vurumu saptanan aile bireylerine ve hastaya yapılacak stres azaltıcı psikososyal müdahalelerin ve sosyal yapıdaki değişikliklerin hastalık seyrini olumlu yönde etkileyebileceğini söyleyebiliriz.

## VI. SONUÇLAR:

1. LEE total puanı, LEE'nin alt ölçekleri olan İ, E, A ve T puanları açısından psoriyazisli hastalar ile egzemalı hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.
2. LEE total puanı ve LEE'nin alt ölçeklerinden İ, E ve A puanları psoriyazisli hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.
3. EE puanı açısından psoriyazisli hasta yakınları ve egzemalı hasta yakınları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.
4. EE puanı açısından psoriyazisli hasta yakınları ve sağlıklı kontrol grubu yakınları arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ve psoriyazisli hasta yakınlarında EE puanları daha yüksek bulundu.
5. Psoriyazisli kadın hastalarda ki LEE total puanı ve LEE'nin alt ölçekleri olan İ, E, A ve T puanları ile egzemalı kadın hastaların LEE, İ, E, A ve T puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.
6. Psoriyazisli kadın hastalarda ki LEE total puanı ve LEE'nin alt ölçekleri olan E ve A puanları sağlıklı kontrol grubundaki kadınların LEE, E, A puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.
7. Psoriyazisli erkek hastalarda ki LEE total puanı ve LEE'nin alt ölçekleri olan İ ve E puanları sağlıklı kontrol grubundaki erkeklerin LEE, İ, E puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.
8. Psoriyazisli kadın hastalar ile sağlıklı kadınların yakınlarının EE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.
9. Psoriyazisli erkek hastaların yakınlarının EE puanları sağlıklı kontrol grubunun yakınlarının EE puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.
10. Eğitim düzeyi açısından tüm hasta grupları beraber değerlendirildiğinde eğitim düzeyi ilköğretim seviyesinde olanlarda LEE total puanı ve LEE'nin alt ölçeklerinden İ ve E puanları eğitim seviyesi lise-üniversite olan grubun LEE, İ ve E puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.



- 11.** Anahtar akraba konumundaki kişi açısından tım gruplar birlikte değerlendirildiğinde eşlerini anahtar akraba olarak seçenlerin LEE total puanları, LEE'nin alt leklerinden İ punları, ocuk ve ebeveynlerini anahtar akraba olarak seçenlerin LEE, İ puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.
- 12.** Psoriyazisli hastalar kendi içlerinde LEE puanını etkileyebilecek değişkenler olarak alınan yaş, cinsiyet, eğitim durumu, anksiyete varlığı, depresyon varlığı, PASİ skorları ve hastalık süreleri açısından değerlendirildiğinde yaş (42.5'ten küçük olması) ve eğitim düzeyini (ilköğretim seviyesinde olması) LEE'yi etkileyen, yükselten değişkenler olarak saptandı.
- 13.** Psoriyazisli eğitim düzeyi düşük olan hastalar LEE'nin alt ölçekleri açısından değerlendirildiğinde bu grupta T puanlarının yüksek olduğu bulundu.
- 14.** Psoriyazisli hastalar kendi içlerinde EE puanını etkileyebilecek değişkenler olarak alınan yaş, cinsiyet, eğitim durumu, anksiyete varlığı, depresyon varlığı, PASİ skorları ve hastalık süreleri açısından değerlendirildiğinde bu değişkenlerden hiç birinin EE puanını etkilemediği saptandı.

## VII. KAYNAKLAR:

- 1- Gülekon A. Psoriasis ve benzeri dermatozlar. Editörler Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. 745-64.
- 2- Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, Thomas J, Rolstad T, Margolis DJ. Determinants of quality of life in patient with psoriasis: a study from US population. J Acad Dermatol 2004; 51: 704-8.
- 3- Mease PJ, Menter MA. Quality-of-life in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. J Acad Dermatol 2006; 54; 685-704.
- 4- AJ RussoP, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. Australas J Dermatol 2004; 45: 155-61.
- 5- Kaçar N, Ergin Ő, Erdoğan ŐB. Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesi. Türkderm 2007; 41: 117-20.
- 6- Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol 1998; 139: 846-50.
- 7- Akay A, Pekcanlar A, Bozdağ KE, Altıntaş L, Karaman A. Assesment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. J Eur Acad Dermatol Venerol; 16 : 347-52.
- 8- Pişkin G. Psoriyazisin patogenezi. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriyazis Özel Sayısı 2005; 1: 5-12.

- 9- Habif TP. Psoriasis and other papulosquamous diseases. In: Habif TP, editor. *Clinical Dermatology*. 3rd ed. Edinburg: Mosby; 1996. 235-239.
- 10- Sterry W, Barker J, Boehncke WH. Biological therapies in the systemic management of psoriasis: International Consensus Conference. *Br J Dermatol* 2004;151 (69): 3-17.
- 11- Gupta MA, Guptat AK. The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15 (6) : 512-8.
- 12- Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4 (12): 833-42.
- 13- Norman RMG, Malla AK. Stressful life events and schizophrenia. *Br J of psychiatry* 1993; 162: 161-74.
- 14- Hoste RR, le Grange D. Expressed emotion among white and ethnic minority families of adolescents with bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16 (5) : 395-400.
- 15- Erol A, Yazıcı F. İlk epizod şizofreni ve psikotik özellikli manide: duygu dışavurumunun karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi* 2000; 27(1): 7-15.
- 16- Gartland HJ, Day HD. Family predictors of the incidence of children's asthma symptoms: expressed emotion, medication, parent contact, and life events. *J Clin Psychol* 1999; 55 (5): 573-84.
- 17- Kyriacou O, Treasure J, Schmidt U. Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: an examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *Int J Eat Disord* 2008; 41 (1): 37-46.

- 18- Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2003; 6: 198-203.
- 19- Cole JD, Kazarian SS. The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. J Clin Psychol 1988; 44 (3): 392-7.
- 20- Berksun OE. Şizofrenide aile faktörü: expressed emotion ölçek geliştirme ve uyarılma denemesi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 1992.
- 21- Kumbasar H, Yılmaz A. Psoriyazis patogeneğinde psikonöroimmünolojik mekanizmalar ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkileri. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriyazis Özel Sayısı 2005; 1: 50-5.
- 22- Deveci A, Ermertcan AT, Deniz F, Madak BG, Öztürkcan S. Psoriasisli hasalarda alkol kullanımı ve intihar olasılığı. Türkiye’de Psikiyatri 2007; 9: 103-7.
- 23- Tat A.L. Psoriasis’in Tarihçesi ve İnsidansı. VII. Ulusal Dermatoloji Kongre Kitabı, Bursa: Bursa Üniversitesi Basımevi; 1980.1-5.
- 24- Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Editors. Fitzpatrick’s Dermatology in General Medicine. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. 407-27.
- 25- Gürer MA, Adışen E. Psoriasis, genel bilgiler, epidemiyoloji. Türkderm 2008; 42 özel sayı 2: 15-7.
- 26- Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Erythematopapulo-squamous Disease. Dermatology. 2th. ed. Berlin: Springer Verlag; 2000. 585-611.

- 27- Odom BR, James WD, Berger TG. Seborrheic Dermatitis, Psoriasis, Recalcitrant Palmoplantar Eruptions, Pustular Dermatitis, and Erythroderma. Andrews' Disease of the Skin. 9th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 2000. 218-35.
- 28- Raychaudhuri SP, Farber EM. The prevalence of psoriasis in the world. J Eur Acad Dermatol Venerol 2001; 15: 16-7.
- 29- Christophers E. Psoriasis epidemiology and clinical spectrum. Clin Dermatol 2001; 26: 314-20.
- 30- Kundakci N, Türsen U, Babiker MO, Gürey E. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. Int J Dermatol 2002; 41: 220-4.
- 31- Fernandez C, Bordas X, Garcia-Patos V. Prevalence of psoriasis in Spain. J Eur Acad Dermatol Venerol 2001; 15: 20-3.
- 32- Türsen Ü. Psoriasis etyolojisi. Dermatose 2007; 4: 195-214.
- 33- Erkek E. Psoriasis etyopatogenezi. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriasis Özel Sayısı 2008; 1: 1-14.
- 34- Aydemir E. H, Arzuhal N, Küçüköğlü S, Engin B, Mete A. Psoriasisde Ailevi Tutulum. Turkderm 2002; 36 (2): 102-104.
- 35- Tüzün Y, Engin B. Psoriasisde genetik. Dermatose 2002; 2: 16-9.
- 36- Henseler T. The genetics of psoriasis. J Am Acad Dermatol 1997; 37: 1-11.

- 37- Capon F, Munro M, Barker J, Trembath R. Searching for major histocompatibility complex psoriasis susceptibility gene. *J Invest Dermatol* 2002; 18: 745-51.
- 38- Burden AD, Javed S, Bailey M, Hodgins M, Connor M, Tillman D. Genetics of psoriasis. *J Invest Dermatol* 1998; 110: 958-60.
- 39- Asumalahti K, Laitinen T, Itkonen-Yatjus R, et al. A candidate gene for psoriasis near HLA-C, HCR (Pg8), is highly polymorphic with a disease-associated susceptibility allele. *Hum Mol Genet* 2000; 8: 51-6.
- 40- Yeal CD, Clough RL, Barber RC, et al. Identification of a novel psoriasis susceptibility locus at 1p and evidence of epistasis between PSORS1 and candidate loci. *J Med Genet* 2001; 38: 7-13.
- 41- Cassia FF, Carneiro SC, Marques MTQ, Pontes LF, Filgueria AL, Porto LCS. Psoriasis vulgaris and human leukocyte antigens. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2007; 21: 303-10.
- 42- Kim TG, Lee HJ, Youn JI, Kim TY, Han H. The association of psoriasis with human leukocyte antigens in Korean population and influence of age of onset and sex. *J Invest Dermatol* 2000; 114: 309-13.
- 43- Kundakçı N, Oskay T, Ölmez U, Tutkak H, Gürgey E. Association of psoriasis vulgaris with HLA class I and class II antigens in the Turkish population, according to the age onset. *Int J Dermatol* 2002; 41: 345-8.
- 44- Weiss G, Shemer A, Trau H. The koebner phenomenon: review of the literature. *J Acad Dermatol Venerol* 2002; 16: 241-8.

- 45- Camp RDR. Psoriasis. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathach SM Editors. Textbook of dermatology. 4th ed. United Kingdom: Blackwell Scientific Publication; 1998. 1589-649.
- 46- Çayır H. Kangal Balıklı Kaplıca'da Psoriasis Tedavisinin Etkinliği ve Psikolojik Değişimler. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas. 2004.
- 47- Memişoğlu H.R. Psoriasis tedavisinde Yenilikler. IX. Deri ve Zührevi Hastalıklarda Yenilikler Simpozyomu Kitabı. Ankara: Yargıçoğlu matbası; 1990. 1-16.
- 48- Koo J, Lebwohl M. Duration of remission of psoriasis therapies. J Am Acad Dermatol 1999; 41: 51-9.
- 49- Bilen N. Non-püstüler psoriyazis. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriyazis Özel Sayısı 2005; 1: 22-26.
- 50- Wolters M. Diet and psoriasis: experimental data and clinical evidence. British J Dermatol 2005; 153; 706-14.
- 51- Yazıcı CA, Karabulut AA. Psoriazisin Genetik Özellikleri ve Patogenezi. Dermatose 2003; 2: 95-102.
- 52- Guilhou JJ. Immunopathogenesis of psoriasis; news in an old concept dermatology 1998; 197; 310-2.
- 53- Valdimarsson H, Sigmundsdóttir H, Jónsdóttir I. Is psoriasis induced by streptococcal superantigens and maintained by M-protein-specific T cells that cross-react with keratin ?. C Exp Dermatol 1997 ;107 supp1 :21-4.
- 54- Mosmann TR, Sad S. The expanding universe of T-cell subsets: Th1, Th2 and more. Immunol Today 1996; 17: 138-46.

- 55- Friedrich M, Krammig S, Henze M, Docke WD, Sterry W, Asadullah K. Flow cytometric characterization of lesional T cells in psoriasis: intracellular cytokine and surface antigen expression indicates an activated, memory/effector type 1 immunophenotype. *Arch Dermatol Res* 2000; 292: 519-21.
- 56- Ozawa M, Aiba S. Immunopathogenesis of psoriasis. *CUIT Drug Targets Inflamm Allergy* 2004; 3: 137-44.
- 57- Gudjonsson JE, Johnston A, Sigmundsdottr H, Valdimarsson H. Immunopathogenic mechanisms in psoriasis. *Clin Exp Immunol* 2004; 135: 1-8.
- 58- Boyman O, Hefti HP, Conrad C, Nickoloff BJ, Suter M, Nestle FO. Spontaneous Development of Psoriasis in a New Animal Model Shows an Essential Role for Resident T Cells and Tumor Necrosis Factor- $\alpha$ . *J Exp Med* 2004; 199: 731-6.
- 59- Nickoloff BJ, Nestle FO. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. *J Cim Invest* 2004; 113 (12): 1664-75.
- 60- Walsh SRA, Shear NH. Psoriasis and the new biologic agents: interrupting a T-AP dance. *CMAJ* 2004; 170 (13): 1933-41.
- 61- Bos JD. Psoriasis, innate immunity and gene pools. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 468-71.
- 62- Pernet I, Reymermier C, Guezenec A, et al. Calcium triggers beta-defensin (Hbd-2 and Hbd-3) and chemokine macrophage inflammatory protein-3 alpha (MIP-3 alpha/CCL20) expression in monolayers of activated human keratinocytes. *Exp Dermatol* 2003; 12: 755-60.



- 63- Boyman O, Conrad C, Dudli, Kielhorn E, Nickoloff BJ, Nestle FO. Activation of dendritic antigen-presenting cells expressing common heat shock protein receptor CD91 during induction of psoriasis. *Br J Dermatol* 2005; 152: 1211-8.
- 64- Lever WF, Schaumberg Lever G. *Histopatology of the Skin*. 7 th ed. J.B. Philadelphia: Lippincott Company; 1990. 156-164.
- 65- Abel E.A, Farber EM. Psoriasis. In: Demis DJ, Thiers BH, Burgdorf WHC, Raimer SS, editors. *Clinical Dermatology*. 19th revision. Philadelphia: JB Lippincott Company Publ; 1992. 1-30.
- 66- Baker BS, Fry L. The immunology of psoriasis. *B J Dermatol* 1992; 126 (1) ; 1-9.
- 67- Anadolu Brasie RF. Psoriyaziste dermatopatolojik özellikler. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriyazis Özel Sayısı* 2005;1: 16-21.
- 68- Aktaş A. Püstüler psoriyazis ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriyazis Özel Sayısı* 2005; 1: 27-31.
- 69- Iizuka H, Takahaski H, Yamamoto AI. Pathophysiology of generalized pustular psoriasis. *Arch Dermatol Res* 2003; 295: 55-9.
- 70- Jones SM, Armas J, Cohen M et al. Psoriatic arthritis: outcome of disease subsets and relationship of joint disease to nail and skin disease. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 834-9.
- 71- Marsal S, Armadans-Gil L, Martinez M et al. Clinical, radio-graphic and HLA associations as markers for different patterns of psoriatic arthritis. *Br J Rheumatol* 1999; 38: 332-7.

72- Tuncer S. Psoriyatik artrit. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriyazis Özel Sayısı 2005; 1: 32-8.

73- Gulliver W. Long-term prognosis in patients with psoriasis. Br J Dermatol 2008;159 (2) : 2-9.

74- Akkaya BV, Ceyhan MA. Psoriyazis tanı ve ayırıcı tanı. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriyazis Özel Sayısı 2005; 1: 62-7.

75- Finlay AY. Current severe psoriasis and the rule of tens. Br J Dermatol 2005; 152: 861-7.

76- Harari M, Shani J, Hristakieva E, Stanimirovic A, Seidl W, Burdo A. Clinical evaluation of a more rapid and sensitive Psoriasis Assessment Severity Score (PASS), and its comparison with the classic method of Psoriasis Area and Severity Index (PASI), before and after climatotherapy at the Dead-Sea. Int J Dermatol 2000; 39: 913-8.

77- Öztürkcan S, Bilaç C. Psoriaziste yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriyazis Özel Sayısı 2008; 1: 82-90.

78- Mason J, Mason AR, Cork MJ. Topical preparations for the treatment of psoriasis: a systematic review. Br J Dermatol 2002; 146: 351-64.

79- Straube MD, Zesch A. Current guidelines applicable for the approval of topically applied dermatological drugs in the EU. Fundamental Clin Pharmacol 2004; 18: 503-11.

80- Sterry W, Barker J, Boehncke WH et al. Biological therapies in the systemic management of psoriasis: International Consensus Conference. Br J Dermatol 2004; 151: 3-17.

- 81- Lebwohl M, Menter A, Koo J, Feldman S. Case studies in severe psoriasis: a clinical strategy. *J Dermatolog Treat* 2003; 14: 26-46.
- 82- Lebwohl M, Ali S. Treatment of Psoriasis. Part 2. Systemic Therapies. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 649-61.
- 83- Lebwohl M, Ali S. Treatment of Psoriasis. Part 1. Topical Therapy. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 487-98.
- 84- Özçelik S, Akyol M. Psoriyaziste balneoterapi ve alternatif tedaviler ( Sivas kangal balıklı kaplıcası). *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriyazis Özel Sayısı* 2005;1: 89-94.
- 85- Koo J, Lebwohl M. Duration of remission of psoriasis therapies. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 51-9.
- 86- Coven TR, Walters IB, Cardinale I, Krueger JG. PUVA-induced lymphocyte apoptosis: mechanism of action in psoriasis. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 1999; 15: 22-7.
- 87- Onsun N. Psoriasis tedavi yöntemleri ve algoritmik yaklaşım. *Türkderm* 2008; 42 özel sayı 2: 31-41.
- 88- Markham T, Rogers S, Collins P. Narrowband UV-B (TL-01) Phototherapy vs Oral 8 -Methoxypsoralen Psoralen-UV-A for the Treatment of Chronic Plaque psoriasis. *Arch Dermatol* 2003; 139: 325-8.
- 89- Boztepe G, Karaduman A, Sahin S, Hayran M, Kolemen F. The effect of maintenance narrow-band ultraviolet B therapy on the duration of remission for psoriasis: a prospective randomized clinical trial. *Int J Dermatol* 2006; 45: 245-50.

90- Kerkhof PC. Therapeutic strategies: rotational therapy and combinations. Clin Exp Dermatol 2001; 26: 356-61.

91- Özarmağan G, Babuna G. Psoriasisde biyolojik ajan kullanım kılavuzları: ortak noktalar ve farklılıklar. Türkderm 2008; 42 özel sayı 2: 60-5.

92- Aytekin S. Psoriasisde tedavisinde sistemik ilaçlar ve tedavi rejimleri. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriasis Özel Sayısı 2005; 1: 74-9.

93- Erdem C. Psoriasisde biyolojik tedavi ajanları. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriasis Özel Sayısı 2005; 1: 84-8.

94- Başkan EB. Psoriasisde biyolojik ajanlar. Türkderm 2008; 42 özel sayı 2: 42-50.

95- Silva AJ, Brickelmaier M, Majeau GR, Li Z, Su L, Hsu YM, Hochman PS. Alefacept, an immunomodulatory recombinant LFA-3/IgG1 fusion protein, induces CD16 signaling and CD2/CD16- dependent apoptosis of CD2(+) cells. J Immunol 2002; 168 (9): 4462-71

96- Aktan Ş: Biyolojik ajanlar. Editörler Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. 2241-50.

97- Menter A et all. Adalimumab therapy for moderate to severe psoriasis: A randomized, controlled phase III trial. J Am Acad Dermatol 2008; 58 (1): 106-15.

98- Özarmağan G, Babuna G. Psoriasisde klasik sistemik tedaviler ve hasta seçimi. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriasis Özel Sayısı 2008; 1: 68-76.

99- Kumbasar H, Yılmaz A. Psoriasisde patogeneğinde psikonöroimmünolojik mekanizmalar ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkileri. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriasis Özel Sayısı 2005; 1: 50-5.

100- Yaluğ 1, Aydoğan G, Savrun M. Konversiyon Bozukluğu ve Psoriasisde Depresyon ve Eğitim Düzeyinin Primer ve Sekonder Aleksitimi Üzerine Etkisinin Araştırılması. Düşünen Adam 2003; 16 (2): 80-6.

101- Ermercan AT, Şahin MT, Kapulu N, Deveci A, Öztürkcan S. Dermatoloji kliniğinde yatarak tedavi gören hastalardan psikiyatrik konsültasyon gerektirenlerde saptanan ruhsal sorunlar. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 5 (2) :23-6.

102- Mercan S, Altunay İK. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji. Türk psikiyatri dergisi 2006; 17 (4): 305-13.

103- İşçimen A, Kayaalp L. Psikokutan hastalıklar: Dermatoloji. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL ( Ed.), 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008, İstanbul, ss: 2095-134.

104- Aydemir EH, Sukan MY. Psoriasisde psikosomatik faktörler, psikolojik durum ve psoriasisli hastaya yaklaşım. Türkderm 2008; 42 özel sayı 2: 26-30.

105- Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden j. Alexithymia and dermatology: the state of the art. Int J Dermatol 2008; 47 (9): 903-10.

106- Zoumakis E, Kalantaridou SN, Chrousos GP. The brain- skin connection: nerve growth factor- dependent pathways for stress-induced skin disorders. J Mol Med 2007; 85: 1347-9.

107- Griffiths CEM, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. Clinical and Experimental Dermatology 2001; 26: 338-42.

108- Özgünen HD, Kundakçı N, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. J Eur Acad Dermatol Venerol 2000; 14: 267-71.

- 109- Richards HL, Ray DW, Kirby B, Mason D, Main CJ, Fortune DG, Griffiths CEM. Response of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2005; 153: 1114-20.
- 110- Erkek E. Psoriasis etyopatogenezi. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Psoriyazis Özel Sayısı* 2008; 1: 1-14.
- 111- Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Health of life in patients with psoriasis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006; 4: 35.
- 112- Deveci A, Ermertcan AT, Deniz F, Madak BG, Öztürkcan S. Psoriasisli hastalarda alkol kullanımı ve intihar olasılığı. *Türkiye’de Psikiyatri* 2007; 9: 103-7.
- 113- Deniz H, İnem C. Şizofren bireyin algıladığı duygu dışavurum düzeyinin relapsla ve aile işlevleriyle ilişkisi. <http://psikoterapi.tripod.com/Sizofren.html>.
- 114- Karancı AN, İnandılar H. Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 80-88.
- 115- Hastings RP, Lloyd T. Expressed emotion in families of children and adults with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities* 2007; 13: 339-45.
- 116- Erbinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, Seçil M, Can S, Çobanoğlu N. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(1): 5-14.
- 117- Aydemir A, Koroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: MedioGraphics; 2006. 111-20.

118- Aydemir A, Koroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: MedioGraphics; 2006. 143-52.

119- Hale WW, Raaijmakers QAW, Gerlsma C, Meeus W. Does the level of expressed emotion (LEE) questionnaire have the same factor structure for adolescent as it has for adults?. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42: 215-20.

120- Gerlesma C, Lubbe PM, Nieuwenhuizen C. Factor analysis of the level of expressed emotion scale, a questionnaire intended to measure 'perceived expressed emotion'. Brit J Psychiatry 1992; 160: 385-389.

121- Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Tabolli S, Abeni D. Age, gender, quality life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. Br J Dermatol 2006; 154: 325-31.

122- Wolkenstein P. Living with psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venerol 2006; 20: 28-32.

123- Bayramova N. Psoriasisli hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir. 2000.

124- Yudulmaz S. Sosyoekonomik ve kültürel ölçütler açısından kentte aile (Sivas ili örneği). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas. 1992.

## VIII. EKLER:

### 8.1. EK-I

#### LEE Ölçeği:

Adınız:

Soyadınız:

Yaşınız:

**AÇIKLAMA:** Aşağıda, birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimde davranıp davranmadığınızı doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

- (D) (Y) 1-bazen konuşmak istemezsem eğer, beni anlar (zorlamaz)
- (D) (Y) 2-sinirlendiğimde o beni yatıştırır
- (D) (Y) 3-benim kendime ait kontrolümü o yitirdiğimi söyler
- (D) (Y) 4-beklentilerimi doyuramadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır
- (D) (Y) 5-ben konuşurken müdahale etmez
- (D) (Y) 6-benim sınırlarımı bozmaz
- (D) (Y) 7-iyi değilim dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler
- (D) (Y) 8-beklentilerimi doyuramadığım için suçluluk duymama neden olur
- (D) (Y) 9-bana karşı aşırı bir koruyuculu kollayıcılı yoktur
- (D) (Y) 10-kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda öfkelenir
- (D) (Y) 11-hasta ve keyifsiz olduğumda bana karşı anlayışlıdır
- (D) (Y) 12-benim olaylara bakış açımı anlayabilir
- (D) (Y) 13-her zaman müdahalecidir
- (D) (Y) 14-bir şeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz
- (D) (Y) 15-kendimi iyi hissetmediğimde bana dışardan aramam için cesaret verir
- (D) (Y) 16-ona birçok sorun yarattığımı düşünmez
- (D) (Y) 17-bir şeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez
- (D) (Y) 18-işler sarpa sarıcınca doğru dürüst düşünemez



- (D) (Y) 19-keyifsiz-huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz
- (D) (Y) 20-benden umduğunu bulamazsa beni aşağılar
- (D) (Y) 21-yanımdan ayrılmamak sürekli benimle olmak gibi bir düşüncesi yoktur
- (D) (Y) 22-yolunda gitmeyen işler için beni suçlar
- (D) (Y) 23-benim bir insan olarak değerli olduğumu hissettirir
- (D) (Y) 24-keyifsiz huzursuz ya da kafam karışık olduğunda bu duruma tahammül gösteremez
- (D) (Y) 25-beni çaresizliğim ve bunalımımınla öylece bir kenarda bırakır
- (D) (Y) 26-kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez
- (D) (Y) 27-sorunlarımı ondan öğ almak için yarattığımı söyler
- (D) (Y) 28-benim özelliklerimi (özelliklerimin sınırlarını) neyi becerip beceremeyeceğimi bilir
- (D) (Y) 29-ne yaptığımı bilmek için beni sık sık kontrol eder
- (D) (Y) 30-zor durumlar karşısında soğukkanlılığını ve kendine hakimiyetini koruyabilir
- (D) (Y) 31-hasta olduğumda benim kendimi iyi hissetmem için uğraşır
- (D) (Y) 32-benim neyi becerip beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir
- (D) (Y) 33-her zaman işlerime burnunu sokar
- (D) (Y) 34-söylediğim şeyleri sonuna kadar dinler
- (D) (Y) 35-uzman yardımı aramanın doğru olmayacağını söyler
- (D) (Y) 36-işler yolunda gitmedi zaman bana öfkelenir
- (D) (Y) 37-hakkımda mutlaka her şeyi öğrenmek ister
- (D) (Y) 38-o yanımda olduğu zaman huzurlu ve mutlu olmamı sağlar
- (D) (Y) 39-iyi olmadığımı söylediğimde beni abartmakla suçlar
- (D) (Y) 40-bir şeyler yolunda gitmese bile bana karşı hep sabırlıdır
- (D) (Y) 41-gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister
- (D) (Y) 42-bana sebepsiz yere öfkelenir
- (D) (Y) 43-hasta olduğum zaman ilgili biri olur
- (D) (Y) 44-desteğine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez
- (D) (Y) 45-benim özel meselelerime karışır
- (D) (Y) 46-zor (stres yaratan) bir durumla kolayca başa çıkar

- (D) (Y) 47-kendimi iyi hissetmiyorsam durumumu merak eder ve anlamak ister
- (D) (Y) 48-bir hata yaparsam anlayışla karşılar
- (D) (Y) 49-hayatıma burnunu sokmaz
- (D) (Y) 50-iyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur
- (D) (Y) 51-kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz
- (D) (Y) 52-benden çok fazla şey bekler
- (D) (Y) 53-şahsıma ait çok özel konularda çok soru sormaz
- (D) (Y) 54-işler yolunda gitmediği zamanlar o işleri daha da kötüleştirir
- (D) (Y) 55-kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar
- (D) (Y) 56-ben bir şeyi beceremeyince zıvanadan çıkar çok öfkelenir
- (D) (Y) 57-geliş gidiş saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem huzursuz olur
- (D) (Y) 58-işler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur
- (D) (Y) 59-kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda bana güven verir destek olur
- (D) (Y) 60-kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler

## 8.2. EK-II

### EE Ölçeği

Adınız:

Soyadınız:

Yaşınız:

Hastaya Yakınlığınız:

- a)Annesiyim
- b)Babasıyım
- c)Eşiyim
- d)Çocuğuyum

AÇIKLAMA: Aşağıda, birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

- (D) (Y) 1-onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum
- (D) (Y) 2-onun hasta olduğuna inanmıyorum
- (D) (Y) 3-onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum
- (D) (Y) 4-benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemlidir
- (D) (Y) 5-onunla ilgili her şeyi, kendine özel şahsi meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışırım
- (D) (Y) 6-onun varlığı beni deli ediyor
- (D) (Y) 7-düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye
- (D) (Y) 8-onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum
- (D) (Y) 9-ona sık sık öğüt veriyorum
- (D) (Y) 10-onunla uyuşamıyoruz
- (D) (Y) 11-bıraktım artık ne hali varsa görsün
- (D) (Y) 12-aile içinde onun her şeyiyle ben ilgilenirim
- (D) (Y) 13-ona kırılıyor güceniyorum
- (D) (Y) 14-onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim
- (D) (Y) 15-onun üstüne titrerim
- (D) (Y) 16-onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum ilgim sürekli onun üzerinde oluyor
- (D) (Y) 17-o benim hayatımı yaşamama engel oluyor
- (D) (Y) 18-dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum, o hasta oldu diye
- (D) (Y) 19-onun yaptığı işleri beğenmiyorum
- (D) (Y) 20-onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum
- (D) (Y) 21-ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum
- (D) (Y) 22-ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum

- (D) (Y) 23-onun her şeyiyle ben ilgileniyorum
- (D) (Y) 24-ondan ah bir kurtulsam diye düşündüğüm oluyor
- (D) (Y) 25-huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyorum ve ondan uzak duruyorum
- (D) (Y) 26-onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum
- (D) (Y) 27-hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum
- (D) (Y) 28-biz birbirimize benziyoruz
- (D) (Y) 29-onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum
- (D) (Y) 30-onunla iyi anlaşıyoruz
- (D) (Y) 31-aklım fikrim hep onda başka bir şey düşünemiyorum
- (D) (Y) 32-kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum
- (D) (Y) 33-ondan uzak kalmak istiyorum
- (D) (Y) 34-başıma bir sürü dert açıyor
- (D) (Y) 35-o olmasa bütün işler yoluna girecek
- (D) (Y) 36-bir zorlukla karşılaşsam bu zorlukla başa çıkabiliyorum
- (D) (Y) 37-onun her şeyiyle ilgilenmek bana zevk veriyor
- (D) (Y) 38-öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım
- (D) (Y) 39-huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya, sohbet etmeye çalışırım
- (D) (Y) 40-onun, hastalığını abarttığını düşünüyorum
- (D) (Y) 41-onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum

### 8.3. EK-III

#### EE ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRME:

3, 8, 14, 28, 36, 39, 40, 41. cümleler **yanlış (Y)** olarak işaretlendiğinde **1 puan** alınırken, diğer cümleler **doğru (D)** olarak işaretlendiğinde **1 puan** alacak. Alınan puanların toplamı EE ölçeğinin toplam puanı olarak kaydedilecek.

### LEE ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRME:

Aşağıdaki tabloya göre verilen cevaplar için **1 puan** verilecek. Alınan puanların toplamı LEE ölçeğinin toplam puanı olarak kaydedilecek.

1	Y		16	Y		31	Y		46	Y
2	Y		17	Y		32	Y		47	Y
3	D		18	D		33	D		48	Y
4	Y		19	D		34	Y		49	Y
5	Y		20	D		35	D		50	D
6	Y		21	Y		36	D		51	Y
7	D		22	D		37	D		52	D
8	D		23	Y		38	Y		53	Y
9	Y		24	D		39	D		54	D
10	D		25	D		40	Y		55	D
11	Y		26	D		41	D		56	D
12	Y		27	D		42	D		57	D
13	D		28	Y		43	Y		58	D
14	Y		29	D		44	Y		59	Y
15	Y		30	Y		45	D		60	D

### LEE ALT ÖLÇEKLERİNİ DEĞERLENDİRME:

**İntrusiveness** 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37, 41, 45, 49, 53, 57.

**Emotional response** 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38, 42, 46, 50, 54, 58.

**Attitude toward** 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39, 43, 47, 51, 55, 59.

**Tolerance/ expect** 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 52, 56, 60.

Cümleler belirtilen alt ölçeklere ait cümleler olup bunlardan alınan puanların toplamı alt ölçek puanını gösterir.