



T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PSORİASİSTE  
STRES, DEPRESYON, ÖFKE & ALEKSİTİMİ**

BÜŞRA UĞURCAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2018





T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PSORİASİSTE  
STRES, DEPRESYON, ÖFKE & ALEKSİTİMİ**

Büşra Uğurcan

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. F. Betül AYDIN

İstanbul, 2018

## Kabul ve Onay

Büşra Uğurcan tarafından hazırlanan ‘‘Psoriasiste Stres, Depresyon, Öfke & Aleksitimi’’ başlıklı bu çalışma, 18.05.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksel Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. F. Betül AYDIN (Başkan)

Prof. Dr. F. Betül AYDIN (Danışman)

Prof. Dr. Ayşe AYÇİÇEĞİ DİNN (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Ferda Şule KAYA (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

  
Dr. Öğr. Üyesi İrem ANLI

Enstitü Müdürü

### Bildirim

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezinin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

- Tezinin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Bilim Üniversitesi'nden erişime açılabilir.
- Tezinin 2 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezinin tamamı her yerden erişime açılabilir.

18/05/2018

  
Büşra Uğurcan

### Teşekkür

Öncelikle beni ben yapan değerlere sahip olmamda beni sevgiyle ve manevi değerlerle büyüten aileme; bu süreçte akademik anlamda benimle ilgi ve alakasını her zaman hissettiren değerli tez hocam Prof. Dr. F. Betül Aydın'a, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Bölümü Başkan'ı sayın Prof. Dr. Necmettin Akdeniz ve sayın Doç. Dr. Tuğba Kevser Üstünbaş hocalarıma verdikleri destekten dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Tez sürecimde bana hasta grubuna erişimimde en büyük desteği sağlayan, İngiltere'nin bana kazandırdığı en güzel arkadaşarımdan sevgili Uzm. Dr. Merve Taşyüz Polat'a, manevi dostluğunu her zaman hissettiren değerli arkadaşım Uzm. Psk. Aşkın Öykü Usta ve onun değerli ailesine, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen Uzm. Psk. Esra Köse'ye ve sevgili kuzenim Ayşenur Uğurcan'a teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak varlığıyla hayatıma anlam katan, saadet veren ve hiçbir konuda desteğini esirgemeyen hayat arkadaşım sevgili Hakan Hanözü'ne teşekkürlerimi sunarım.

*Sesinin çıkmasına müsaade edilmemiş, kendisini savunmaya dahi hak tanınmamış  
yaşadığı her şeyi içine atmayı erdem bilmiş  
lkemin gnl güzel kadınlarna..*

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>SAYFA NO</b>
KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR	iii
ADAMA	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
1.1 Psikosomatik Deri Hastalıkları	3
1.2 Psöriasis	4
1.2.1 Psoriasis Tanımı	4
1.2.2 Psoriasis Tarihçesi	4
1.2.3 Psoriasis Epidemiyoloji	5
1.2.4 Psoriasis Etiyolojisi	5
1.2.5 Psoriasis Klinik Görünümü ve Hastalığın Seyri	6
1.2.6 Psoriasis Tedavisi	6
1.2.7 Psoriasis ve Yaşam Kalitesi	7
1.3 Psikosomatik Hastalıkların Oluşum Mekanizmaları	7
1.3.1 Stres	8
1.3.1.1 Stresin Tanımı	8
1.3.1.2 Stres Belirtileri	9
1.3.1.3 Stres Kaynakları	9
1.3.1.4 Stresi Açıklamaya Çalışan Kuramlar	10
1.3.1.4.1 Tepki Merkezli Yaklaşım	10
1.3.1.4.2 Uyarı Merkezli Yaklaşım	11
1.3.1.4.3 Etkileşim Merkezli Yaklaşım	11
1.3.1.5 Stres ve Psoriasis	12
1.4 Depresyon	12
1.4.1 Depresyon Tanımı	12
1.4.2 Depresyon Belirtileri	13
1.4.3 Depresyon Nedenleri	13
1.4.4 Depresyon ve Psoriasis	15
1.5 Öfke	17
1.5.1 Öfkenin Tanımı	17
1.5.2 Öfke ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar	18
1.5.3 Öfkenin İfade Biçimi	19
1.5.4 Öfke ve Psoriasis	20



1.6	Aleksitimi	21
1.6.1	Aleksitiminin Tanımı	21
1.6.2	Aleksitimi Tarihçesi	22
1.6.3	Aleksitimik Belirtiler ve Özellikleri	22
1.6.4	Aleksitimi Tedavisi	24
1.6.5	Psikodermatoloji	25
1.7	Araştırmanın Temel Amacı ve Alt Amaçları	26
1.8	Araştırmanın Önemi	27
2.	ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	28
2.1	Deney Grubu ve Kontrol Grubu	28
2.2	Veri Toplama Araçları	33
2.2.1	Bilgi Formu ve Sosyo-Demografik Form	33
2.2.2	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)	33
2.2.3	Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)	34
2.2.4	Beck Depresyon Ölçeği	35
2.2.5	Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20)	35
2.3	İşlem	37
2.4	Veri Çözümleme Yöntemleri	37
3.	BULGULAR	38
4.	TARTIŞMA	50
4.1	Sınırlılıklar	54
4.2	Öneriler	54
	KAYNAKÇA	55
	EKLER	65
	EK A: Bilgi Formu	72
	EK B: Sosyo-Demografik Form	73
	EK C: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)	74
	EK D: Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)	76
	EK E: Beck Depresyon Ölçeği	78
	EK G: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20)	79
	EK H: İzin Belgesi	80

## Kısaltmalar Dizini

GAS:	Genel Adaptasyon Sendromu
SBTÖ:	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SÖÖTÖ:	Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği
BDÖ:	Beck Depresyon Ölçeği
TAS-20:	Toronto Aleksitimi Ölçeği



<b>TABLolar DİZİNİ</b>	<b>SAYFA NO</b>
Tablo 1.1. Olumlu ve Olumsuz Stresin Psikolojik ve Fizyolojik Sonuçları	8
Tablo 2.1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sıklık ve Yüzdelerik Dağılımları	29
Tablo 2.2. Katılımcıların Yaşa Göre Sıklık ve Yüzdelerik Dağılımları	29
Tablo 2.3. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Sıklık ve Yüzdelerik Dağılımları	30
Tablo 2.4. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Sıklık ve Yüzdelerik Dağılımları	30
Tablo 2.5. Katılımcıların Algıladıkları Ekonomik Gelir Durumlarına Göre Sıklık ve Yüzdelerik Dağılımları	31
Tablo 2.6. Psoriasis Hastalarının Hastalık Başlangıç Yaşları Yüzdelerik Dağılımları	32
Tablo 2.7. Psoriasis Hastalarının Hastalık Sürelerinin Yüzdelerik Dağılımları	32
Tablo 3.1. Stresle Başa Çıkma Yaklaşımının Hastalık Grubuna Göre Ortalamaları	38
Tablo 3.2. Sürekli Öfke ve Öfke Tarzlarının Hastalık Grubuna Göre Ortalamaları	39
Tablo 3.3. Depresyon Düzeyinin Hastalık Grubuna Göre Ortalamaları	40
Tablo 3.4. Aleksitimi Düzeylerinin Hastalık Grubuna Göre Ortalamaları	40
Tablo 3.5. Psoriasis Hastalarında Stresle Başa Çıkma Yaklaşımı Düzeylerinin Hastalık Süresine Göre Ortalamaları	46
Tablo 3.6. Psoriasis Hastalarında Sürekli Öfke ve Öfke Tarzlarının Hastalık Süresine Göre Ortalamaları	47
Tablo 3.7. Psoriasis Hastalarında Depresyon Düzeylerinin Hastalık Süresine Göre Ortalamaları	48
Tablo 3.8. Psoriasis Hastalarında Depresyon Düzeylerinin Hastalık Süresine Göre Ortalamaları	48

## Özet

Uğurcan, Büşra. Psoriasisde Stres, Depresyon, Öfke & Aleksitimi, Master Tezi. İstanbul, 2018.

Araştırmanın amacı; psöriasis tanısı almış hastalarda stres, öfke, depresyon ve aleksitimi arasında ilişkiyi incelemektir. Katılımcılar İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji bölümüne başvurmuş bireylerden oluşmaktadır. Katılımcılara; Spielberger ve ark. tarafından geliştirilen Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ), Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve son olarak da Türkiye uyarlaması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılan Toronto Aleksitimi Ölçeği verilmiştir. Araştırmanın sonucunda psoriasis hastalarında stres, öfke ve depresyon semptomlarında artış olduğu bunun yanı sıra bu hastalıklara sahip kişilerde Aleksitimi (duygu okur yazarlığı) puanlarının kontrol grupla kıyasla yüksek olduğu görülmektedir.

*Anahtar Sözcükler:* psoriasis, stres, öfke, depresyon & aleksitimi

### Abstract

Uğurcan, Büşra. Stress, Depression, Anxiety and Alexithymia in Psoriasis, Master Thesis, İstanbul, 2018.

The purpose of this research; patients diagnosed with psoriasis are examined to see as if there is a relationship between stress, anger, depression and alexithymia. Participants consist of individuals who have applied to the Department of Dermatology of Göztepe Education and Research Hospital of Istanbul Civilization University. Participants; Spielberger et al. The Beck Depression Inventory (BDI) developed by Beck et al. (BDI) and the Turkish adaptation of Beck et al. developed by Folkman and Lazarus and the Toronto Adaptation Scale Scale given. As a result of the current research, it is seen that psoriasis disease increases the symptoms of stress, anger and depression in the individuals as well as Alexithymia (emotional literacy) scores of those with these diseases are higher than the control group.

*Keywords:* psoriasis, stress, anger, depression & alexithymia.

## 1. Giriş

Deri hastalıkları ve psikoloji arasındaki ilişki son zamanların önemli tartışma konularından biridir. Bilindiği üzere psikopatolojik durumlar hem deri hastalıklarının gelişiminde rol oynayabilmekte hem de deri hastalıkları psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir (Basavaraj ve ark., 2010).

Stresin çeşitli dermatolojik hastalıkların ortaya çıkması ya da belirtilerinin güçlenmesine neden olduğu ileri sürülmektedir (Reich ve ark., 2010). Depresyon, stres ve öfke gibi psikopatolojik durumlar birçok deri hastalığı ile birlikte görülebilir. Özellikle psöriasis, vitiligo, alopesi areata, ürtiker, akne, atopik dermatit ve liken planus bulunan hastalarda bu psikopatolojik tablonun deri lezyonlarının meydana gelmesinde etkili olduğu bilinmektedir (Özmen, 2010).

Diğer taraftan çoğu zaman yaşamı tehdit edici olmadıkları için yeterince önem verilmeyen kronik birçok dermatolojik hastalığın, pek çok önemli psikososyal rahatsızlıklara neden olduğu bilinmektedir. Çalışmalara bakıldığında dermatoloji kliniklerine başvuran kişilerin beden algılarında bozukluk ve kendilik saygısında azalma, sosyal açıdan damgalanmayla karşı karşıya kalma, dolayısıyla sosyal ve cinsel yaşamlarında bozulma bununla birlikte ikincil olarak gelişen depresyon, anksiyete, kaygı bozukluğuyla diğer psikiyatrik durumlar ve yaşam kalitesinde belirgin azalma sıklıkla izlenmektedir (Fritzsche ve ark., 2001).

Alopesi areata, vitiligo, akne vulgaris, seboreik dermatit, atopik dermatit, psoriasis ve ürtiker etiyolojilerine bakıldığında stresin önemli rol oynadığı hastalıkların başında geldiği görülmektedir. Stresin, psöriasis hastalarının %44'ünde, atopik

dermatitli hastaların %70'inden fazlasında, ürtikerli hastaların %20'sinden fazlasında hastalığın ortaya çıkışı ve alevlenmesinde tetikleyici bir etken olduğu bildirilmiştir (Gupta, 1998). Ayrıca bu hastalıklardaki tetikleyici strese, anksiyete ve depresyon da sıklıkla eşlik etmektedir (Maniaci, 2006).

Aleksitimi kelimesi kökenini Yunanca kelimeler olan alexi/thymos'tan almaktadır. Anlamı "duyguları ifade etmek için kelime bulamamak" olarak tanımlanabilmektedir. Duyguları isimlendirmedeki yetersizliğe ek olarak, Sifneos (1996), bu tarz insanları duygularını tanımlamakta da zorlanan, düşlem dünyası yetersiz olan ve hayallerini yok sayan, katı bir düşünce yapısına sahip bireyler olarak tanımlar.

Dermatolojik hastalıklarla aleksitimi arasındaki ilişkiyi gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda Alopesi areata, psöriasis, vitiligo ve kronik ürtikerli hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre aleksitiminin daha yüksek oranda saptandığı bildirilmiştir (Willemsen ve ark., 2008).

Psoriasis en yaygın dermatolojik hastalıklardan biri olduğu bilinmektedir. 2016 Kasım itibariyle bakıldığında Pubmed'de '*psoriasis*' anahtar kelimesiyle 41533 yayına ulaşılmaktadır.

Aleksitiminin sıklığının dermatolojik sorunları olan bireylerde daha yoğun olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada psöriasis hastalarında aleksitimi olgusu sorgulanarak klinik bulgularda stres, öfke, depresyon ve aleksitimi arasında ilişki araştırılacaktır.

### 1.1. Psikosomatik Deri Hastalıkları

Psikosomatik hastalıklar ruhsal sorunların önemli rol oynadığı beden sağlığını etkileyen hastalıklardır. İnsan bünyesinin duygusal faktörlerin etkisiyle fizyolojik olarak zayıf düşmesi ve beden sağlığının kötüye gitmesi gibi sorunlar psikosomatik hastalıklara yol açar. İnsan zihni fiziksel hastalıkların gelişiminde büyük rol oynayabilir, beden biyolojik savunma mekanizmasını etkileyip hastalık hassasiyetini artırabilir (Martin, 1999, akt. Karslı, 2008).

Cilt ve merkezi sinir sistemi, ortak embriyolojik kökene sahiptir; bu sebeple de ortak nöromodülatörler ve biyokimyasal iç bilgi sistemleri vardır. Bu nedenle cildin duyguya güçlü tepki veren bir organ olduğu bilinmektedir. Cilt, vücudumuzun erişilebilir bir parçası olduğundan, birçok insanın deri yoluyla agresif dürtüler, endişe veya kendine zarar verici davranışlar sergilemesi, dermatolojik belirtileri provoke etmesi olasıdır. Öte yandan, kendi görünümünü olumsuz etkileyen cilt hastalıklarına sahip bireyler hastalıklarından dolayı üzülebilir, utanabilir veya endişeli hissedebilirler. Psikodermatoloji, görünüşte birbirleri ile ilgili olmayan bu iki disiplinin birleşmesinin sonucudur. Dermatoloji dıştan görülen cilt hastalıklarının tedavisiyle ilgiliyken psikoloji ve psikiyatri, dahili olarak ortaya çıkan zihinsel süreçlerin incelenmesiyle ilgilidir. Dolayısıyla psikişik ve somatik arasındaki ilişki ile ilgili bu farklı yaklaşımlar, temayla ilgili farklılıklardır: Davranış, düşünce ve duygu ile onları sürdüren biyoloji arasındaki ilişkiyle ilgilenmektedir.

Psoriasis psikolojik nedenlerle ilgisi olduğu düşünülen ve bu nedenle de çalışmalara konu olan bir cilt hastalığıdır. Hastalığın nüksetmesinde de pek çok ruhsal psikosomatik sebep araştırılabilir.



## 1.2. Psoriasis

Bu bölümde psoriasis hastalığının sırasıyla tanımı, tarihçesi, epidemiyolojisi, etiyojisi, psoriasisin klinik görünümü, hastalığın seyri, tedavisi ve yaşam kalitesi hakkında bilgi verilecektir.

**1.2.1. Psoriasis tanımı.** Psoriasis vücudun belli bölgelerinde ortaya çıkan, bulaşıcı olmayan, iltihaplı, kendini tekrarlayan kronik bir deri hastalığıdır. Deri üzerinde sedef rengi pullu kızarıklık alanlar görülmesinden dolayı halk arasında ‘sedef hastalığı’ olarak da adlandırılmaktadır. Psikosomatik hastalıklar arasında sınıflandırılmış olan psoriasis; insan yaşamında çok büyük negatif etkilere sahip olmaktadır ve bu hastalığın kesin tedavisi henüz bilinmemektedir (Korkoliakou ve ark., 2014). Dünya Sağlık Örgütü (2016) psoriasis hastalığının her yaş grubunda görülebileceği gibi 50-69 yaşları arasında daha yaygın olduğunu bildirmektedir.

**1.2.2. Psoriasis tarihçesi.** Bazı Roma imparatorlarının hekimi olan Bergamalı Galen (MS. 131-201) tarihte ‘psora’ terimini kullanan ilk kişidir; bu terimi, skrotum (testis torbası) ve göz kapağı çevresinde oluşan kaşıntılı, pullarla kaplı döküntü olarak açıklamaktadır (Brajac & Gruber, 2012).

Robert Willan (1757-1812) bugün algıladığımız şekliyle sedef hastalığını tanımlayan ilk kişidir (Holubar, 2003). Günümüze kadar birçok araştırmacı hastalığın nedenlerini araştırmış ve bu hastalığa farklı genlerin sebep olduğunu ileri sürmüşlerdir. Hastalığın aynı zamanda çevresel faktörlerden de etkilendiği de iddia edilmiştir

(Bowcock & Barker, 2003; Scarpa ve ark., 2010). Son yıllarda yapılan immünolojik araştırmalarda, sedef hastalarında da doğal ve adaptif immün yanıtının değişmesinin varlığına dair bulgular elde edilmiştir. Ayrıca psikolojik stresin de hastalığın seyrini etkilediği düşünölmektedir (Fortune, 2003).

**1.2.3. Psoriasis epidemiyoloji.** Psoriasis dünyanın her yerinde görölebilen; hem kadınları hem de erkekleri etkileyen bir cilt hastalığıdır. Vakaların çoğu yetişkinlerde görölrken; çocuklarda da görönmektedir (Parisi, Symmons, Griffiths ve Ashcroft, 2013). Çalışmalara bakıldığında yetişkinlerde görölme yaygınlığı %0.91 ile % 8.5 arasındayken çocuklarda ise %0 ile %2.1 arasındadır (Feldman, & Pearce, 2013).

Endüstriyel toplumlarda bu oran %1.5-5 arasındadır. Coğrafi konum ve yaşa göre bakıldığında ise psoriasisin ekvatorдан ne kadar uzaklaşırsa görölme olasılığının da o kadar arttığı görölmüştür (Parisi, ve ark., 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre (2016) psoriasis en fazla Kuzey Avrupa ölkelerinde görölrken Asya toplumlarında ise bu orana daha az rastlanmaktadır. Amerika'da yapılan bir araştırmada siyahi, hispanik ve diğer etnik gruplara göre beyaz ırkta psoriasisin iki kat daha fazla görölme olasılığı vardır (Rachakonda, ve ark., 2014).

**1.2.4. Psoriasis etiyolojisi.** Psoriasisin kaynağına bakıldığında, hastalığın ortaya çıkış nedeninin tam olarak bilinemediğini görölmektedir; fakat bunun yanı sıra genetik yatkınlığın, ilaçların ve enfeksiyonların, travmatik sebeplerin de bu hastalıkla ilişkili olabileceği düşünölmektedir (Gürer ve Adışen, 2008). Bu tarz tetikleyici etkenlere sahip bireylerde bağışıklık sisteminin uyarılması sebebiyle ciltte psoriasis

sebepe olabilmektedir (Sabat ve ark., 2007).

**1.2.5. Psoriasis klinik görünümü ve hastalığın seyri.** Klinik anlamda psoriasis; cilt üzerinde lezyonel sınırlı, üstü beyaz papüllerden oluşan, şekli iğne ucundan neredeyse tüm vücudu kaplayabilecek kadar büyük çaplı plaklar halinde olabilmektedir.

Lezyonların biçim ve boyutları da kişiden kişiye göre farklılık göstermektedir. Genel olarak vücutta saç, diz ve dirsek gibi eklem bölgelerinde yer almaktadır fakat meme altı, penis ve tırnak gibi vücudun farklı alanlarında da görülebilmektedir.

Hastalığın seyri de lezyonların büyüklüğü gibi kişiler arası farklılık gösterebilmektedir. Bazılarında bu lezyonlar gittikçe artarken bazılarında ise lokalize olabilmektedir (Carrasco, 2011).

**1.2.6. Psoriasis tedavisi.** Hastalığın tedavisine bakacak olursak; tedavilerin çok çeşitli olduğu ve tüm hastaları aynı şekilde tedavi edecek tek bir yöntemin bulunmadığı görülmektedir. Dahası aynı hasta grubundan aynı ilaca farklı klinik reaksiyonlar da meydana gelebilmektedir. Yani bir hastaya iyi geldiğini gördüğümüz bir ilaç ilerleyen zamanlarda farklı hastada beklenildiği şekilde tepki vermeyebilir ya da kısmen de olsa reaksiyon geliştirebilir (Alper ve ark., 2012).

Tedavi, hastalığın şiddeti, hastalığın tipi, süresi ve daha önce yaşanmışsa tedavi süresi ve tepkisine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bununla birlikte hastanın

kişisel özellikleri, komorbid hastalıklar, hastanın psikolojik durumu, tetikleyen etkenler, aile öyküsü hastalığın tedavisinde büyük önem taşımaktadır (Kutlubay ve ark., 2012).

Kısaca tedavilere bakacak olursak; psoriasis hastalarının %70'inde lokalize olduğundan tropikal tedavi edilirler. Bu tedavi şekli en önemli ve en yaygın tedavi şekli olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra daha güçlü lezyon tedavilerinde fototerapi ve sistematik tedavi yöntemleri de beraber kullanılabilir (Yaylı, 2016).

**1.2.7. Psoriasis ve yaşam kalitesi.** Psoriasis hastaların hayat kalitelerini doğrudan olumsuz etkilediği bilinmektedir. Amerika'da Yerel Psoriasis Kurumu'nun yaptığı bir anket çalışmasına katılan hastaların nerdeyse %75'nin hayatlarında büyük derece olumsuz etkilendiklerinden ve günlük yaşamlarını değiştirdiklerinden yakınmaktadırlar (Bhosle ve ark., 2006).

2004 yılında Hollanda'da yapılan bir araştırma sonucunda hastaların sosyal hayatlarında, sosyal aktivitelerinde, spor, cinsel birlikteliklerinde, kuaförde saç yapımlarında, iş ve kariyerlerinde de zorluk yaşadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca hastaların kamusal alanlarda örneğin halka açık plajlarda yüzmek, güneşlenmek gibi aktivitelerde kendilerini daha fazla sınırlandırdıklarını ve kişiler arası ilişkilerde de problemler yaşadıklarını, sonuç olarak hem kariyerleri hem de hayatlarının bir şekilde etkilendiği görülmektedir (De Korte ve ark., 2004).

### **1.3. Psikosomatik Hastalıkların Oluşum Mekanizmaları**

Bu bölümde psikosomatik hastalıkların oluşum mekanizmalarından stres tanımı, belirtileri, kaynakları, stres kuramları ve psoriasis ile ilişkisi irdelenecektir.

### 1.3.1 Stres

**1.3.1.1. Stresin tanımı.** Lazarus ve Folkman (1984); stresi; kişinin iyilik durumlarının tehdit altına girdiklerini algıladıkları, istenmeyen ve beklenmedik durumlarda meydana gelen psikolojik tepkime olarak tanımlamaktadır. Daha genel bakacak olursak kişide baskı yaratan, çıkmaza sokan, çaresizliğe sebebiyet verebilen ve bunaltı yaratan acı verici yaşam olayları da denilebilir (Tuğrul, 2000). Tablo 1’de olumlu ve olumsuz stresin psikolojik ve fizyolojik sonuçları kısaca gösterilmiştir.

Tablo 1.1.

#### *Olumlu ve Olumsuz Stresin Psikolojik ve Fizyolojik Sonuçları*

	Olumlu Stres	Olumsuz Stres	Şiddetli Olumsuz Stres
Psikolojik	Korku/Heyecan/Uyarılma Düzeyindeki Artış	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tedirginlik</li> <li>➤ Anksiyete</li> <li>➤ Hüzün</li> <li>➤ Depresyon</li> <li>➤ Karamsarlık</li> <li>➤ Özsaygıdaki eksiklik</li> <li>➤ Olumsuz davranışlar</li> <li>➤ Çabuk sinirlenme</li> <li>➤ Halsizlik</li> <li>➤ Sigara/alkol tüketimindeki artış</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kişilik dışı eylemde bulunma ve çözülme</li> <li>➤ Kişisel başarılarıdaki düşüş</li> </ul>
Fizyolojik	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Otonom uyarılma</li> <li>➤ Atardamar kan basıncındaki yükseliş</li> <li>➤ Nabzın artması</li> <li>➤ Tepki hızının artışı</li> <li>➤ Metabolik hormonların özellikle de kortizonun serbest kalması ve metabolizmadaki artış</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Atardamar kan basıncındaki sürekli artış</li> <li>➤ Sindirim sorunları</li> <li>➤ Kabızlık ve ishal</li> <li>➤ Kilo artış ya da azalışı</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Klinik düzeyde yüksek tansiyon</li> <li>➤ Kroner kalp rahatsızlıkları</li> <li>➤ Mide rahatsızlıkları</li> <li>➤ Regl sorunları</li> <li>➤ Sıtma ataklarında artış</li> </ul>

**Not.** McVicar, Andrew (2003). Workplace Stress In Nursing: A Literature Review, Journal of Advanced Nursing, 44(6).

**1.3.1.2. Stres belirtileri.** Gerginlik hali, devamlı duyulan endişe, sürekli içki ve sigara kullanımı, uyku problemleri, yetersizlik duygusu, sindirim sorunları gibi stresin kendine has birtakım semptomları vardır (Güçlü, 2001).

Bu semptomlar fiziksel duygusal, zihinsel ve sosyal olmak üzere dört ana başlıkta incelenebilir. *Fiziksel belirtiler*; baş ağrılarında artış, diş gıcırdatmaları, uyku problemleri, iştahta belirgin derecede değişiklikler, ciltte döküntüler ve aşırı terleme gibi semptomlardır. *Duygusal belirtiler*; ruhsal olarak kişideki birtakım değişikliklerdir. Örneğin gerginlik, huzursuzluk, kaygı, anksiyete, öfke ve agresif olarak meydana gelebilir. Bir diğer belirti de *zihinsel belirtilerdir*. Mesela kişinin karar vermesinde zorlanma, tek bir fikre sabit kalıp diğerlerini gözden kaçırma, muhakeme yeteneğinde azalma, bellek problemleri gibi bir takım problemlerin görülmesidir. Son olarak *sosyal belirtilere* bakıldığında kişinin diğer insanlara güvensiz olması, kendini sürekli haklı çıkarıp karşı tarafı suçlama eğiliminde olması, başkalarıyla tartışma halinde olması ve sözle karşısındakini tahrik edebilmesi gibi belirtilerdir (Güçlü, 2001).

Olağan durumların dışında bu belirtilerde artış varsa kişinin stres altına girmesi muhtemeldir. Bu bağlamda en önemli şey kişinin bu belirtileri fark edip stres yaratan durumu kavrayabilmesidir.

**1.3.1.3. Stres kaynakları.** Stres kaynakları, strese neden olan etkenlerdir. Stres, kişide hem psikolojik hem de fizyolojik sorunlar yarattığından dolayı stresin kaynağını bilmek stresle başa çıkmada önem taşımaktadır. Stres kaynakları üç grup altında toplanabilir. Bunların ilki 'günlük olaylar'dır. Örneğin sınavın iyi geçmemesi

bunun akabinde de kötü not alma düşüncesi ve ebeveyn baskısı öğrencide stres yaratabilmektedir. Diğer bir stresör ise ‘yaşam olayları’dır. Bu ise kişinin hayatında daha uzun vadeli değişikliklere de sebebiyet veren stresörlerdir. Örneğin eşlerden birinin kaybı, başka bir şehre taşınma, evlilik gibi kişinin hayatında uzun süreli değişimler olabilir. Son stresör ise ‘spesifik yaşam olayları’dır. Mesela ailede yaşanan kumar sorunu, aile içi şiddet, hamilelik gibi kronik durumlardan söz edilebilmektedir (Tuğrul, 2000).

**1.3.1.4. Stresi Açıklamaya Çalışan Kuramlar.** Bu bölümde stresi açıklamaya çalışan kuramlardan sırasıyla tepki merkezli yaklaşım, uyarı merkezli yaklaşım ve etkileşim merkezli yaklaşım aktarılacaktır.

**1.3.1.4.1. Tepki Merkezli Yaklaşım.** Stresi açıklayan kuramlara bakıldığında, stres olaylara karşı tepki olarak yorumlanır. Stresin bir tepki olarak tanımlanması Selye (1950) tarafından geliştirilmiştir. Selye’nin modeli Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) olarak adlandırılır. Tepki, stres yaratan terim anlamına gelir; bu nedenle herhangi bir faktör strese neden olabilir ve bireyin dengesini etkileyebilir (Papathanasiou ve ark., 2015). Selye; stresin vücudun bir hali olması gerçeğinden dolayı yalnızca içerisindeki değişiklikler içinde gözlemlenebilir. Bu, tam vücut tepki genel adaptasyon sendromu, (GAS) vücudun yapısında ve kimyasal kompozisyonunda değişikliğe neden olan bazı hormonların salınmasıyla kendini

gösterir. Bütün vücudun uyarılmasından ayrı olarak, vücudun veya organın bir kısmının reaksiyona girmesi de mümkündür (Papathanasiou ve ark., 2015).

*1.3.1.4.2. Uyarı merkezli yaklaşım.* Bu model stresi bir uyarı olarak görmektedir. Daha detaylı bakacak olursak bu modelde stres bir uyarı, bir yaşam olayı ya da hastalığa karşı kişinin hassasiyetini artırabilecek normal ve/veya psikolojik reaksiyonları uyandıran bir grup halinde olarak yorumlanır. Holmes'e (1967) göre, strese neden olabilen yaşam olayları ya da yaşam biçimi değişiklikleri vardır. Bu teoriye göre hem olumlu hem de olumsuz yaşam olayları stresli olarak kabul edilir. Stresli yaşam olaylarının ölçüğü, en son stres deneyimini kaydetmek için kullanılır (Stangor, & Walinga., 2010).

*1.3.1.4.3. Etkileşim merkezli yaklaşım.* Bu model stresi çevresel kaynakların bireyi tehdit etmesinden kaynaklandığını böylece kişinin refahının da olumsuz etkilendiğini ifade eder (Dewe ve ark., 2012). Stresin bu tanımı, stresin faaliyet niteliğini ve bunun doğasını en iyi ifade eden süreçleri yakalayan bir dizi temayı kapsar. Bu temalardan bazıları şunlardır:

- Stres, birey ve çevre arasındaki işlemin bir ürünüdür.
- İşlemin yetkisi ve gücü, kişiyi ve çevreyi bağlayan değerlendirme sürecinde yatmaktadır ve kişinin söz konusu kişiyi ve çevreyi bağladığı bu 'ilişkisel anlam'a dayanır (Lazarus, 1990).



**1.3.1.5. Stres ve Psoriasis.** Stres ve psoriasise bakıldığında aralarında güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Psoriasis, hasta bireylere büyük çapta bir duygusal yük yüklemektedir. Sıkıntılarının doğuşunu ele alma becerisi her kişide farklı etki göstermektedir. Hem iş hem de özel hayattaki günlük koşuşturmalar ekstra sıkıntılara sebep olmaktadır. Stresle sonuçlanan deneyimler, hastalarda başa çıkma becerilerini aşabilir bu da psikosomatik sendromlara neden olabilir (Werfel ve ark., 2015). Genel toplumla kıyaslandığında psoriasis hastalığı olan bireylerin stres, depresyon ve intihar düşüncelerine daha yatkın oldukları görülmektedir (Kurd, Troxel, Crits-Christoph, & Gelfand, 2010; Fordham ve ark., 2013). Açıkçası kişinin belli bir stresöre verdiği tepki onun stresi nasıl algıladığına bağlıdır. Bilişsel ve davranışsal olarak aralarında ortalama bir ilişki bulunduğu söylenebilir. Bireysel stres tepkiselliği tedavinin sonucunu da etkilediği görülmektedir (Hunter, Griffiths, & Kleyn, 2013).

#### **1.4. Depresyon**

Bu bölümde sırası ile depresyonun tanımı, belirtileri, nedenleri ve psoriasis ile ilişkisine değinilecektir.

**1.4.1. Depresyon tanımı.** Depresyon bir duygu durum bozukluğu, aşırı duygusallık, sinirlilik, tükenmişlik gibi sendromların baskın yaşanması gibi duygusal belirtilerin yanı sıra somatik belirtilerin de görüldüğü hem bedeni hem de zihni etkileyen ciddi bir tıbbi hastalıktır (Gong, & He., 2015). Major depresyon, yaygın ve

çok faktörlü psikiyatrik bir bozukluk olup dünya genelinde önemli bir problemdir (Murray, 1996, akt. Kendler ve ark., 2006; Singh & Mastana, 2015).

**1.4.2. Depresyon belirtileri.** Depresyon çeşitli belirtiler gösterir. En belirgin olanı ise üzgün bir ruh halidir. Hayattan zevk almama, günlük yaşantıda hareketlerin yavaşlaması, konsantrasyon ve uyku bozukluğu, iştah kaybı gibi semptomlar depresyonun en belirgin işaretleridir (Tichomirowa, 2005). Bu semptomları takip eden süre içinde kişi karamsar bir ruh hali içine girer, geleceğe dair umutlarını yitirir ve kendini çaresiz hisseder. Eskiden zevk aldığı şeyleri yapmaktan sıkılır ve ilgi duymaz hale gelir. Geçmişte yaşadığı olumsuzluklar sıklıkla aklına gelmeye başlar ve pişmanlık hissi yoğunlaşır, temeli olmayan suçluluk hisleri de depresyonun önemli belirtilerindendir. Depresyona, mide, bağırsak, sırt ve baş ağrıları gibi somatik semptomlar da eşlik edebilir (Tichomirowa, 2005; Silverstein, & Perlick, 1995).

**1.4.3. Depresyon nedenleri.** Diğer hastalıkların aksine depresyona neden olan basit bir açıklama yoktur. Genel olarak depresyon, değişik stres faktörleri, biyolojik, genetik ve psikolojik faktörlerden kaynaklanabilir. Genetik faktörlerin depresyona yönelik yatkınlıkta belirgin rol oynadığına dair güçlü kanıtlar vardır (Saveanu & Nemeroff, 2012). Çocukluk tecrübeleri ve mevcut psikososyal durum depresyona neden olabilir. Toplumsal ilişkiler, cinsiyet, sosyoekonomik durum veya bilişsel işlev bozukluklarındaki zorluklar da depresyonun gelişiminde rol oynayan önemli

faktörlerdir (Ciraulo & Shader., 2011; Durbin, 2014).

Depresyonun genetik yatkınlık, stresli yaşam olayları, ilaçlar ve tıbbi problemler gibi birçok olası nedeni vardır. Bu faktörlerin birçoğunun nedeninin depresyon ile alakalı olduğu bilinmektedir. Depresyonun biyolojik olarak en büyük nedeni; tüm nörotransmitterlerin düşük konsantrasyonudur, bu da nörotransmisyon eksikliği ile sonuçlanır, ancak bunun her zaman bir depresyon vakasına neden olmadığı da görülmektedir. Nörotransmitterler beyindeki düzgün işleyiş için gerekli olan ve sinaps boyunca bir nörondan diğerine dürtü aktarımına izin veren endojen kimyasallardır. Depresyonda ise üç ana nörotransmitterin etkileşimi rol oynar: serotonin, dopamin ve nöroepinefrin (Durbin, 2014; Singh & Mastana, 2015).

Serotonin: Merkezi sinir sisteminin çoklu bölgelerinde bulunan bir nörotransmitterdir. Yüksek seviyelerde mevcut olduğunda zevk ve sağlık hissi yaratır fakat az miktarda bulunduğu depresif bozukluklar, kaygı, agresif durumlar, uyku bozuklukları ve zihinsel dengesizlikler ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. İştahı düzenler, cinsel arzuyu dengeler ve vücut sıcaklığını, motor aktiviteyi ve algılama / bilişsel işlevleri kontrol etmede de etkilidir. Serotonin, dopamin ve noradrenalin ile birlikte sıkıntı, kaygı, korku, saldırganlık ve yeme bozuklukları süreçleriyle ilişkilidir. Beyindeki pineal bez tarafından üretilen ve uykudan sorumlu olan melatonin, hazırlama sürecine yardımcı olur. Vücudumuzun iç saati olarak işlev görür ve vücut ısısı, hormon stres ve uyku döngüsü gibi çeşitli biyolojik fonksiyonları koordine eder. Bu üç unsurun koordinasyonu doğru bir şekilde uyumamızı sağlar.

Dopamin: Bu hormon ve nörotransmitter merkezi sinir sisteminde spesifik fonksiyonlara sahip bir katekolamin'dir. Hipotalamus tarafından salınan ana

fonksiyonunun, prolaktin'in hipofiz bezi ön lobundan salınmasını önlemek olduğu adrenal bezler ve sinir dokusunda sentezlenir. Substantia nigra (Siyah madde)'daki büyük miktarlarda bulunur. İşlevlerinin çoğu beyinde geliştirilmiş olup, davranış, biliş, motor aktivite, motivasyon, süt üretiminin düzenlenmesi, uyku, ruh durumu, dikkat unsurları ve öğrenme gibi önemli faaliyetleri düzenlemektedir. Bağımlılıkla ilişkili, halüsinojenler veya dopaminerjik sistemi aktive eden kokain, afyon, eroin ve alkol gibi ilaçlar olarak bilinen de bir nörotransmitterdir. Eğer dopamin üretimi azalır, endorfin fonksiyonlarında azalma görülmektedir. Ayrıca stresli bir kişinin dopamin seviyesi de daha düşük olduğu görülmektedir. Dopamin açığı olan kişilerde Parkinson ve kas koordinasyonsuzluğu ve şizofreni veya halüsinasyonların artışı görülmektedir.

Norepinefrin: Noradrenalin (norepinefrin), bir hormon ve nörotransmitter olarak çift işlevli bir katekolamindir. Stres hormonu olarak, norepinefrin dikkatin ve tepki veren eylemlerin kontrol edildiği beyin bölümlerini etkiler. Sempatik sinir sistemini uyarır. Adrenalin yanında, noradrenalin, hareket etmeye hazırlanarak, kalp atış hızını artırarak, enerji depolarından glikoz salınımını tetikleyerek ve iskelet kasına artan kan akışını başlatan "savaş-kaç" tepkisine katılır. Dopamin korku ve kaygı ile ilişkili olduğundan hem iyi hem de kötü hatıralarla ilgilidir, fiziksel ve zihinsel bir yanıt hazırlar. Yoğun egzersiz ve tehlikeli durumlarda seviyeleri artar (Haddad, & Gunn, 2011; Wasserman, 2011).

**1.4.4. Depresyon ve psoriasis.** Psoriasisin hastaların yaşamları üzerinde büyük bir etkisi vardır ve sıklıkla depresyon ile ilişkilidir (NAPPP, 2018). Depresyon ve psoriasisin birlikte araştırıldığı makaleler incelendiğinde son yıllarda yapılan çalışmaların bir kısmı aralarında etkileşim olduğunu söylerken diğer bir yandan da

farklı çalışmalar bu ilişkinin desteklenmediğini göstermiştir. Çalışmalara kısaca bakacak olursak; Köşger ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada psoriasis hastaları ile kontrol grubu karşılaştırıldığında, depresyon puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Farklı bir çalışmada ise psoriasis hastalarında depresyonun daha sık görüldüğü fakat anksiyete düzeylerine bakıldığında ise kontrol grup ile aralarında anlamlı bir farka rastlanmadığı görülmüştür (Güleç ve ark., 2009).

Psoriasis hastalarında depresyon, anksiyete, yaşam doyumu ve duygulanım düzeylerinin başlaması ve alevlenmesi üzerine etkilerini ve psoriasisle ilişkili psikolojik risk faktörlerini belirlemek amacıyla elli hasta ile yapılan çalışmada psoriasis hastaları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek depresyon dereceleri olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, orta ve şiddetli depresyonu olan hastalarda sedef hastalığı gelişme riski anlamlı olarak artmıştır. Bu çalışmada semptom şiddeti ve öfke duygudurum ifadesi ile yüksek BDÖ puanları arasında da bir ilişki bulunmuştur (Devrimci-Ozguven, Kundakci, Kumbasar ve Boyvat, 2000).

Yurtdışında yapılan çalışmada ise depresyon ve anksiyeteye bakıldığında; sağlıklı grup ile psoriasis hastaları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmadığı görülmektedir (Korkoliakou ve ark., 2014).

Bir diğer çalışmada ise kişinin vücut görüntüsünün bozulması, psoriyasise sahip kişilerde depresif bozuklukların ortaya çıkmasıyla ilişkili buna ek olarak da cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadın ve erkekler, beden imajının ve kendi bildirdikleri depresif bozuklukların genel değerlendirmesinde farklı olmadığı görülmektedir (Rosińska, Rzepa, Szramka-Pawlak & Żaba, 2017).

Lamb ve arkadaşlarının (2017) psoriasisin klinik uygulaması olan hastalarda depresyon ve anksiyetenin sistematik olarak taranması ve psikiyatrik morbidite için risk altındaki grupları belirlenmesi amacıyla 607 psoriasis hastasıyla yapılan çalışmada ise hasta grubunun depresyon ve anksiyetesi özellikle de kadınlarda belirgin olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kronik infamatuar cilt hastalıkları ile hastaların duygusal durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışma ise 40 psoriasisli hasta, 40 ekzema, 40 akne ile birlikte, 40 sağlıklı kontrol alındı. Kronik deri hastalıkları olan hastalar, kontrol grubuna göre daha düşük duygusal iyilik hali ve genel sağlık derecelendirme puanlarına sahipti. Sonuç olarak, kronik cilt hastalıkları, duygusal sıkıntı, özellikle uykusuzluk ve genel kaygı belirtileri ile ilişkili ve kronik cilt hastalıklarının depresif semptomlar, genel anksiyete ve sosyal kaygı düzeyleriyle daha yüksek düzeyde birlikte olduğunu göstermektedir (Pärna, Aluoja ve Kingo, 2015).

## **1.5. Öfke**

Bu bölümde sırası ile öfkenin tanımı, kuramsal yaklaşımlar, ifade biçimi ve psoriasis ile ilişkisine değinilecektir.

**1.5.1. Öfkenin tanımı.** Öfke, bir veya birden fazla gelişen stres faktörünü etkileyen olaylar karşısında bireyin öfke öncesi durumlarına ve öfke ile baş etme kaynaklarına da bağlı olarak ortaya çıkan karmaşık bir duygudur (Deffenbacher, 2016). Öfke, kitle iletişim araçlarında olduğu kadar çeşitli sağlık alanlarında da ilgi çeken, toplumsal olarak çok önemli, duygu teorisyenlerine de ilginç kavramsal sorular sunan

bir duygudur (Berkowitz & Harmon-Jones, 2004). Biyolojik olarak öfkeyi takip eden tepki mekanizmaları genel olarak, sinirsel sistemin davranış ve baskı karşısında ortaya çıkardığı bir stres tepkisi olarak ifade edilir (Özmen, 2006).

**1.5.2. Öfke ile ilgili kuramsal yaklaşımlar.** Duygunun kuramsal olarak 1800'lü yıllarda incelenmeye başlanmış ve ilk kuramsal teoriler bu yıllardan sonra ortaya atılmıştır. Öfkenin ise duygu kuramları kapsamında değerlendirilmesi 1900'lü yılların ortalarında başlamıştır.

Psikanalitik yaklaşım öfkeyi saldırgan davranışların bir boyutu olarak ifade eder. Bu kurama göre bireylerin davranış şekilleri iki temel içgüdü, yaşam ve ölüm ile yönlendirilir. Psikanalizin kurucusu Freud'un ifadesine göre yaşamın bir parçası olan ölüm içgüdüsünün türevi saldırganlık, yaşam içgüdüsünün türevi ise cinselliktir. Psikanalitik kurama göre öfke bir boşalım kavramıdır. Öfkeyi tetikleyen faktörlerle karşı karşıya kalındığında bedenin önceki haline dönebilmesi için bedende biriken enerjinin boşaltılması durumu öfkeyi ortaya çıkarır (Özmen, 2006). Bu kurama göre öfke, içgüdüsel güç ve bir boşalım aracıdır (Dykeman, 1995; Mayne ve Ambrose, 1999; Lulofs ve Chan, 2000, akt., Özmen, 2006).

Engellenme-saldırganlık hipotezine göre, öfkenin oluşumunun iki yönü vardır. İlki engellenme, ikincisi ise doğuştan gelen bir saldırganlık dürtüsüdür. Bu kuramın öncüleri Freud'den farklı olarak saldırganlığı içgüdüsel olarak değil, tepkisel bir davranış biçimi olarak açıklamışlardır (Dollard ve ark., 1939, akt. Ulusoy, 2008).

Sosyal öğrenme kuramı ise öfkenin bireylerin çevrelerinde gözlemledikleri ve öğrendikleri bir duygudur. Öğrenilmiş olan öfke ve saldırganlık çevresel uyarıların etkisi ile ortaya çıkar (Özmen, 2006).

Bilişsel davranışçı *yaklaşım*a göre bireylerin hayatlarında karşılaştıkları durumlara göre verdikleri duygusal tepkiler değişkendir. Bu değişkenliği belirleyen ise bireylerin bu durumlara yükledikleri anlamlarla şekillenir. Bireylerin algılarını oluşturan bu anlamlara göre sinir sistemi uyarılır ve verdiği tepkinin nasıl olacağı da bu anlamlara ve çevresel uyarıların ne şekilde algılandığına göre değişir (Morris, 2002, akt. Özmen, 2006).

**1.5.3. Öfkenin ifade biçimi.** Öfkenin ifade biçimi ile ilgili bakış açılarından biri olan ‘hidrolik teori’ ye göre öfke insanda serbest olarak akma eğilimi gösteren enerjilerin engellenmeye çalışılması durumunda ortaya çıkan bir enerji patlaması, yapmak istenilen şeyin engellenmesi durumunda ortaya koyulan bir tepkidir. Diğer bir bakış açısı ise öfkenin ifade biçimini birbirleriyle iyi anlaşımayan bireylerin birbirleri üzerindeki etkileri olarak açıklar. Bu yaklaşıma göre bireyler, duygusal olarak kendilerinde kötü bir etki yaratmış olan insanlara öfkelenmeyi bu etkilerden kurtulmanın bir yolu olarak görür. Başka bir bakış açısına göre ise öfkeyi ifade etme biçimi, tanık olunan öfke ifadelerini taklit etme ile öğrenilen bir ifade biçimidir. (Şahin, 2005).



**1.5.4. Öfke ve psoriasis.** Öfke ve psoriasis ile ilgili alanyazına bakıldığında, bazı uluslararası çalışmalarda öfke ve psoriasis arasında ilişki olduğu görülmektedir. Psoriasis hastalarının genellikle daha öfkeli oldukları fakat bunu içsel yaşadıkları ve daha az sözel ataklarda buldukları görülmektedir (Conrad ve ark., 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya baktığımızda ise kontrol grubu ile kıyaslandığında psoriasis ve öfke arasında anlamlı bir fark görülmemiştir bunu da kültürlerarası fark olarak açıklanabileceğini ileri sürmüşlerdir (Doruk, Tunca & Erdem, 2009).

Bunların aksine Güleç ve arkadaşlarının (2009) bir çalışması ise hastalık şiddetiyle sürekli öfkenin ilişkili olabileceğidir. Hastalarda öfkenin devamlılığı ve çoğu zamanda hastaların öfkelerini içe attıkları görülmüştür (Güleç ve ark., 2009). Farklı bir çalışmada ise psikodrama ile psoriasis hastalarına etkisi araştırılmıştır. Psikodramanın hasta grubunda stresle başa çıkma tarzlarının değişip gelişmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Karadağ ve ark., 2010).

Psoriasisli hastalarda psikososyal sorunlarla karşılaşmaktadır. Sampogna ve arkadaşları (2012) bazı özgül psikososyal sorunların önceliklerini analiz etmek amacıyla 936 hastada en sık karşılaşılan utanç, öfke, endişe, günlük faaliyetlerde zorluklar ve sosyal hayat gibi sorunları araştırmıştır. Psoriasisli bireylerdeki tüm problemlerin depresyonla ilişkili olduğu ayrıca öfkenin ise düşük bir eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu görülmektedir. Bu bağlamda öfke analiz edilmesi gereken önemli bir konudur ve depresyonla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca öfkenin hastanın stresle başa çıkma kapasitesini olumsuz yönde etkileyebilecek kişilik özelliği olduğu da iddia edilmekte ve daha yüksek öfke ifadesinin psoriasis olma olasılığını artırdığı gözlenmiştir (Sampogna,

Tabolli & Abeni, 2012).

## 1.6. Aleksitimi

Bu bölümde sırası ile aleksitiminin tanımı, tarihçesi, aleksitimik belirti ve özellikleri, tedavisi ve psikodermatolojiye değinilecektir.

**1.6.1. Aleksitiminin tanımı.** Aleksitimi Sifneos tarafından literatüre kazandırılmış Yunanca kökenli bir kavramdır ve ‘duygular için söz yokluğu’ anlamı taşır (Şaşıoğlu ve ark., 2013). Genel olarak duyguları belirlemede, duygusal uyarılmanın fizyolojik duyularını fark etme ve duygularını sözel olarak dile getirmedeki güçlük olarak tanımlanmıştır. Önceleri aleksitimi psikosomatik bozukluklara özel bir terim gibi ruh hastalıkları çerçevesinde değerlendirilen bir kavram olmuş, daha sonra yapılan araştırmalar neticesinde psikosomatik hastaların yanı sıra bedenen sağlıklı bireylerde de yaygın olduğu görülmüştür (Şahin, 1991, akt. Koçak, 2002). Sifneos 1972’den bu tarihe kadar genel olarak psikosomatik hastalar üzerine yıllarca birçok klinik araştırmalarca çalışılan, duyguların tanınması ve sözel olarak ifade edilmesi güçlüğü problemlerinin fiziksel yakınmalar şeklinde yansıtılması durumlarını ‘aleksitimik özellikler’ olarak tanımlamıştır. Bu kavramı fiziksel olarak hasta olmayan ve duygularını ifade etmekte güçlük çeken bireylerdeki durumu tanımlamak için kullandığı bilinmektedir (Koçak, 2002).

**1.6.2. Aleksitimi tarihçesi.** Aleksitimi önceleri psikosomatik bozukluklara özel bazı karakteristik özellikleri ifade etmek amacıyla ortaya çıkmıştır. Aleksitimi sağlık ve sosyal bilimlerde çeşitli perspektiflerden incelenmiştir. Psikobiyotik çalışmalar aleksitiminin duygu regülasyonunda yer alan serebral bölgedeki fizyolojik açıklıkları işaret etmiş, nöropsikolojik çalışmalar ise aleksitiminin duyuşsal uyaranları tanımada başarısızlıklar, algısal bozukluklar olduğuna işaret etmiştir (Torrado ve ark., 2013). 1948’de Ruesch psikosomatik bozukluk şikâyetiyle başvuran hastalarına yaptığı gözlemler neticesinde, bu hastaların duygularını sözel olarak ifade edemediklerini ve bu durumlarını fiziksel yakınmalar olarak tarif etmeye çalışıp bedensel tepkiler şeklinde açığa vurduklarını gözlemlemiştir ve bu durumu ‘çocuksu kişilik’ olarak tarif etmiştir. Budan kısa bir süre sonra 1949’da MacLean ise, psikosomatik hastaların duyguları ifade etmede sözel olarak zorlandıklarından dolayı bunu fiziksel yollarla göstermeye çalıştıklarını ortaya koymuştur. (Lesser, 1981, akt. Koçak, 2002).

**1.6.3. Aleksitimik belirtiler ve özellikleri.** Aleksitimi kavramını ortaya koyan Sifneos, aleksitimik bireylerin duygusal fonksiyonlarında ve bireyler arası ilişkilerinde güçlükler yaşadığını, aleksitimik bireylerin toplumsal yaşantıda yabancı izlenimi verdiklerini ifade etmiştir. Aleksitiminin bireylerdeki en belirgin işareti duyguları fark etmeleri fakat ifade edememeleridir.

Taylor (1991) aleksitimik 4 kişilik özelliğini aşağıdaki gibi tarif etmiştir (Koçak 2002) :

- 1-Duyguları tanıyamama güçlük
- 2- Duygusal uyarılmanın bedensel duyularını ayırt etmede güçlük
- 3- Hayal kurmada kısıtlılık
- 4- Dışa dünyaya uyum sağlamaya yönelik tarz.

Duyularını tanıyamama aleksitimik bireylerin en karakteristik özelliğidir. Örneğin aleksitimik insanlara duyguları sorulduklarında bunu tarif edemezler, duyguları yüz ifadelerinden anlaşılmaz, konuşma şekilleri ise tekrarlayıcıdır ve çok fazla ayrıntı verirler (Sifneos, 1977, Lesser, 1981, akt. Koçak, 2002). Genellikle hayal kurmazlar, imgesel süreçleri kısadır. Hayal güçlerinin zayıf olması ve hemen hemen hiç hayal kurmamaları ise gerçek yaşamdaki olaylara daha çok dikkat etmelerine ve fonksiyonel düşünmelerine neden olur (Krystal, 1979, Sifneos, 1988, akt. Koçak, 2002). Aleksitimik bireyler çevreleriyle uyum içinde yaşayabilirler. Pragmatiktirler ve mekanik bir düşünme tarzları vardır. Bir sorunla karşılaştıklarında sorunu yüzeysel incelerler ve kısa yollu çözümler üretirler. İç dünyalarından uzak olduklarından aleksitimik bireyler dışa dönük insanlardır. Duygusal uyarınları tanımadıklarından dolayı dış dünya ile uyum sağlamaya çok fazla yoğunlaşırlar.

Aleksitimik bireylerin duygu yoksunluğu ve hayal güçlerindeki zayıflıktan dolayı çok genellikle az rüya görürler. Başkalarının duygularına anlam veremezler ve empati kurmada güçlük yaşarlar. (Krystal, 1982, akt. Koçak, 2002). Genel olarak insanlarla birlikte olmaktan hoşlanan paylaşmayı seven bireylermiş gibi görünmeye çalışırlar fakat bu durumda doğal davranmamaları dikkat çekebilir. Başkaları gibi

olmadıklarını bilirler bu sebeple uyum sağlamaya büyük çaba gösterirler.

**1.6.4. Aleksitimi tedavisi.** Aleksitimi ile ilgili yapılan araştırmalar bu hastalığın somatik belirtiler ve ruhsal sorunların aksine karakteristik bir özellik olduğunu ifade etmiştir (Salminen, 1994, Martinez-Sanchez, 1998, akt. Şaşıoğlu ve ark., 2014). Aleksitimi kavramının ortaya çıktığı ilk yıllarda hastalara farmakolojik tedaviler uygulanması önerilmiş, daha sonraları aleksitiminin sosyo-kültürel ve algısal yönünün keşfedilmesiyle psikoterapötik bir tedavi yaklaşımı ortaya çıkmıştır (Şaşıoğlu ve ark., 2014). Genel olarak psikoterapötik tedavi yaklaşımında hastaların duygusal açıdan bir farkındalıkları olduğu ve duygularına erişimleri olduğu düşüncesi baskındır. Bu sebeple aleksitimi hastaları psikoterapötik yaklaşımıyla tedavileri güç hastalar olarak görülmüşlerdir (Ogrodniczuk, 2009, akt. Şaşıoğlu ve ark., 2014). Bu sebeple psikoterapötik tedavilerin aleksitimi hastaları tedavi etmedeki yaklaşımı genel olarak, duygusal farkındalığı artırma ve aleksitimik özelliklerin azaltılmasında etkili olabilecek bir takım tedavi yöntemlerini kullanmak olmuştur. Örneğin, aleksitimik özelliklerin azaltılmasında Sifneos'un da yaptığı çalışmalar sonucunda grup terapilerinin faydalı olduğu görülmüştür (Sifneos, 1996, akt. Şaşıoğlu ve ark., 2014).

Bundan başka, bu özelliklerin azaltılmasını amaçlayan algısal terapiler, gevşeme eğitimleri ve bağlanma terapileri gibi yaklaşımların da faydalı olduğu kabul edilmiştir. Aleksitimide bulguyu kolaylaştırmak için Taylor ve arkadaşları aleksitimik özellikleri ölçmeye yönelik 26 sorudan oluşan Toronto Aleksitimi Skalası'nı (TAS-26)

geliştirmişlerdir (Yazıcı ve ark., 2006). Daha sonraları ise bu skalanın daha geçerli ve güvenilir sonuçlar vermesini sağlayan 20 soruluk versiyonu olan TAS-20 geliştirilmiş Türkiye’de de uygulaması yapılmaya başlanmıştır (Güleç ve ark., 2009).

Psoriasisli hastalarda aleksitiminin psikolojik stres, sıkıntı ve engelliliğe olan göreceli katkısını inceleyen bir çalışmada depresyon puanları ile hastaların durumlarının stresle başa çıkma biçimi olarak uzaklaşma ve yeniden değerlendirme kullanımı arasındaki ters ilişki, genellikle depresyonun güncel bilişsel kavramsallaştırmaları ilişkili olduğunu desteklemektedir. Aleksitiminin istatistiksel olarak anlamlıydı, ancak sedef hastalığından kaynaklanan endişe, depresyon ve streste biraz daha az öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır (Fortune, Richards, Griffiths ve Main, 2002).

**1.6.5. Psikodermatoloji.** 17. yüzyılda Descartes ruh ve bedenin birbirinden farklı olduğunu iddia etmesiyle bilim dünyasını etkileyen yıllarda Freud ruhsal ve bedensel hastalıklarda duygunun önemini vurgulamış bunun üzerine çalışmalar sürdürmüştür. Böylece duygusal meselelerle bilinçaltı çatışmalarının bedensel bir rahatsızlık şeklinde yani somatizasyon olduğu bildirilmiştir (Özen ve ark., 2009). Daha yakın tarihlere bakılacak olursa da psikosomatik terimini ‘American Psychosomatic Society’ tarafından kullanıldığını da görülmektedir (Altunay, 2010).

Psikodermatoloji; psikiyatri ve dermatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran ortak bir alan olarak ifade edilebilir. Bazı psikolojik hastalıkların (parasitöz gibi) maskelenerek cilt hastalığı (psoriasis gibi) şeklinde kendini gösterdiği bilinmektedir (Mercan & Altunay, 2006).

Bağışıklık ve nöroendokrin sistemleri ile cilt arasında da bir etkileşim vardır. Cilt çevresel ipuçlarını algılayıp birleştirdikten sonra içsel durumları dış dünyaya iletir. Cilt iç organlar ile dış çevre arasındaki koruyucu bir arayüz olarak çalışmaktadır. Bununla birlikte de cildin mikroplara karşı, fiziksel şiddete karşı ve çeşitli tiplerdeki toksinlere karşı da fiziksel bariyer işlevleri olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır (Jafferany & Franca, 2016).

### **1.7. Araştırmanın Temel Amacı ve Alt Amaçları**

Yapılan araştırmalara bakıldığında aleksitimi ve dermatoloji ile ilgili yapılan çalışmaların az sayıda olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bu çalışmalar daha çok dermatoloji alanında yapılmış olup psikolojik değerlendirmeler daha sınırlı kalmıştır. Bu bağlamdan yola çıkarak dermatolojik hastalıklar arasında popülaritesini kaybetmeyen ve en sık görülen cilt hastalıklarından olan psoriasisin aleksitimi olgusu ile birlikte sorgulanarak klinik bulgularla stres, öfke, depresyon ve aleksitimi arasında ilişkiyi araştırmak bu çalışmanın esas amacını oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın temel amaçları;

- I.** Psoriasis hastaları ile kontrol grubu arasında stres puanı açısından bir farklılık var mıdır?
- II.** Psoriasis hastaları ile kontrol grubu arasında öfke puanı açısından bir farklılık var mıdır?
- III.** Psoriasis hastaları ile kontrol grubu arasında depresyon açısından bir farklılık var mıdır?
- IV.** Psoriasis hastaları ile kontrol grubu arasında aleksitimi açısından bir farklılık var mıdır?
- V.** Psoriasis hastalarında stres ile aleksitimi arasında ilişki var mıdır?
  - a. Psoriasis hastalarında duygularını tanımada güçlük açısından kontrol

grubuyla farklılık göstermekte midir?

- b. Psoriasis hastalarında duygularını söze dökmede güçlük açısından kontrol grubuyla farklılık göstermekte midir?
- c. Psoriasis hastaları ile kontrol grubu toplam aleksitimi puanı açısından farklılık göstermekte midir?

**VI.** Psoriasis hastalarında depresyon ile aleksitimi ilişkisi var mıdır?

**VII.** Psoriasis hastalarında öfke ile aleksitimi ilişkisi var mıdır?

- a. Psoriasis hastalarında aleksitimi düzeyleri ile sürekli öfke alt ölçeği arasında bir ilişki var mıdır?
- b. Aleksitimi düzeyleri ile öfke içte alt ölçeği arasında bir ilişki var mıdır?
- c. Aleksitimi düzeyleri ile öfke dışta alt ölçeği arasında bir ilişki var mıdır?

**VIII.** Psoriasis hastalarında öfke ile hastalık süresi arasında ilişkisi var mıdır?

### **1.8. Araştırmanın Önemi**

Duygular, bilindiği üzere insan hayatında önemli yere sahiptir. Duyguların birçok psikosomatik hastalığın yordayıcısı olduğu artık netlik kazanmıştır. Buraya kadar aktarılan bilgilerin ışığında duyguların insanlık tarihinde ne denli önemli olduğu bilinmektedir. Stres, öfke ve depresyon ile birlikte yapılan gerek ülkemizde gerekse de dünya çapında araştırmaların sayısının az olması bu çalışmanın önemini arttırmaktadır. Araştırmalara bakıldığında zaman daha çok dermatolog ve psikiyatri servislerinin çalışmaları olduğundan dolayı psikoloji literatüründeki mevcut bu çalışmanın önemini arttırmaktadır. Bununla birlikte bu çalışmanın günümüzde hala psoriasis hastalığının tam olarak sebebinin bilinmemesinden dolayı daha sonra yapılacak çalışmalara da destek olması amaçlanmıştır. Literatürde göze çarpan araştırmaların farklı sonuçları değerlendirildiğinde bu çalışmanın gerek güncel olması gerekse literatürdeki dilemmanın çözümüne ilişkin bir veri sunması planlanmaktadır.



## II. Araştırmanın Yöntemi

Bu bölümde, sırasıyla çalışmanın deney grubu ve kontrol grubu, veri toplama araçları, işlem ile veri çözümleme yöntemleri bölümleri yer alacaktır. Bu çalışma yarı deneysel olarak planlanmıştır. Gruplar t test bağımsız grup analizi yapılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni psoriasis; bağımsız değişkenler ise; stres, aleksitimi ve alt boyutları, öfke ve alt boyutları, depresyon ve çeşitli sosyodemografik değişkenlerdir. Ayrıca çalışmada ilişkisel durumlar da test edilmek amacıyla korelasyon uygulanmıştır.

### 2.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubu

Araştırmanın örneklemini İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvuran psoriasis tanısı almış hastalar oluşturmuştur. Çalışmaya gönüllü katılım ve uygulanan testleri cevaplayabilecek bilişsel işlevlere sahip olma bu çalışmaya katılmadaki ana kriterlerdir. Bu kriterleri taşıyan 40 psoriasis hastasıyla çalışılmıştır. Diğer taraftan 40 gönüllü katılımcı da karşılaştırma grubunu oluşturmaktadır. Karşılaştırma grubu, demografik bilgi formundan edindiğimiz bilgilere göre, son bir yıldır herhangi bir psikiyatrik veya dermatolojik hastalık tanısı almamış kimselerden oluşmaktadır. Ayrıca eğitim ve sosyodemografik özellikleri açısından da iki grup birbirleriyle benzerdir.

Tablo 2.1.

*Katılımcıların Cinsiyete Göre Sıklık ve Yüzdeler Dağılımları*

		<b>Psoriasis</b>		<b>Kontrol</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cinsiyet	Kadın	23	%57,5	29	%72,5
	Erkek	17	%42,5	11	%27,5

Cinsiyet açısından bakıldığında psoriasis hastası olanların 23'ünün (%57,5) kadın, 17'si (%42,5) erkek; kontrol grubu olanların 29'unun (%72,5) kadın, 11'i (%27,5) erkek olduğu görülmektedir.

Tablo 2.2.

*Katılımcıların Yaşa Göre Sıklık ve Yüzdeler Dağılımları*

		<b>Psoriasis</b>		<b>Kontrol</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yaş	20-30 Yaş	17	%42,5	15	%37,5
	31-40 Yaş	5	%12,5	6	%15,0
	41-50 Yaş	4	%10,0	7	%17,5
	51-60 Yaş	8	%20,0	8	%20,0
	60 Yaş üzeri	6	%15,0	4	%10,0

Katılımcıların yaşlarına bakıldığında psoriasis hastası olanların 17'si (%42,5) 20-30 yaş, 5'i (%12,5) 31-40 yaş, 4'ünün (%10,0) 41-50 yaş, 8'i (%20,0) 51-60 yaş, 6'sının (%15,0) 60 yaş üzeri; kontrol grubu olanların 15'i (%37,5) 20-30 yaş, 6'sının

(%15,0) 31-40 yaş, 7'si (%17,5) 41-50 yaş, 8'i (%20,0) 51-60 yaş, 4'ünün (%10,0) 60 yaş üzeri olduğu görülmektedir.

Tablo 2.3.

*Katılımcıların Medeni Duruma Göre Sıklık ve Yüzdeler Dağılımları*

		Psoriasis		Kontrol	
		n	%	n	%
Medeni	Evli	24	%60,0	20	%50,0
Durum	Bekar	16	%40,0	20	%50,0

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında psoriasis hastası olanların 24'ünün (%60,0) evli, 16'sının (%40,0) bekar; kontrol grubu olanların 20'si (%50,0) evli, 20'si (%50,0) bekar olduğu görülmektedir.

Tablo 2.4.

*Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Sıklık ve Yüzdeler Dağılımları*

		Psoriasis		Kontrol	
		n	%	n	%
Eğitim	Okuryazar Değil	3	%7,5	2	%5,0
Durumu	Okuryazar	1	%2,5	1	%2,5
	İlköğretim	13	%32,5	10	%25,0
	Lise	6	%15,0	6	%15,0
	Yüksekokul Ve Üniversite	17	%42,5	21	%52,5

Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında psoriasis hastası olanların 3'ünün (%7,5) okuryazar değil, 1'i (%2,5) okuryazar, 13'ünün (%32,5) ilköğretim, 6'sının (%15,0) lise, 17'si (%42,5) yüksekokul ve üniversite; hastalık kontrol grubu olanların 2'si (%5,0) okuryazar değil, 1'i (%2,5) okuryazar, 10'unun (%25,0) ilköğretim, 6'sının (%15,0) lise, 21'i (%52,5) yüksekokul ve üniversite olduğu görülmektedir.

Tablo 2.5.

*Katılımcıların Algıladıkları Ekonomik Gelir Durumlarına Göre Sıklık ve Yüzdeler Dağılımları*

		Psoriasis		Kontrol	
		n	%	n	%
Algılanan Ekonomik Gelir Durumu	Düşük	8	%20,0	4	%10,0
	Orta	21	%52,5	26	%65,0
	İyi	11	%27,5	10	%25,0

Algılanan Ekonomik Gelir Durumu ile hastalık grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $X^2=1,91$ ;  $p=0,38>0,05$ ). Psoriasis hastası olanların 8'i (%20,0) düşük, 21'i (%52,5) orta, 11'i (%27,5) iyi; kontrol grubu olanların 4'ünün (%10,0) düşük, 26'sının (%65,0) orta, 10'unun (%25,0) iyi olduğu görülmektedir.

Tablo 2.6.

*Psoriasis Hastalarının Hastalık Başlangıç Yaşları Yüzdelerle Dağılımları*

		<b>Psoriasis</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
Hastalık Başlangıç Yaşı	1-10 Yaş	4	%10,0
	11-20 Yaş	14	%35,0
	21-30 Yaş	9	%22,5
	31-40 Yaş	4	%10,0
	41-50 Yaş	4	%10,0
	50 Yaş üzeri	5	%12,5

Araştırmaya katılan psoriasis hastası olanların 4'ünün (%10,0) 1-10 yaş, 14'ünün (%35,0) 11-20 yaş, 9'unun (%22,5) 21-30 yaş, 4'ünün (%10,0) 31-40 yaş, 4'ünün (%10,0) 41-50 yaş, 5'i (%12,5) 50 yaş üzeri olduğu görülmektedir.

Tablo 2.7.

*Psoriasis Hastalarının Hastalık Sürelerinin Yüzdelerle Dağılımları*

		<b>Psoriasis</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
Hastalık Süresi	1-10 Yıl	21	%52,5
	11-20 Yıl	9	%22,5
	20 Yıl üzeri	10	%25,0

Araştırmaya katılan psoriasis hastalarının hastalık süreleri 21'inin (%52,5) 1-10 yıl, 9'unun (%22,5) 11-20 yıl, 10'unun (%25,0) 20 yıl üzeri olduğu görülmektedir.

## 2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcılara, araştırmanın amacını anlatan Bilgi Formu ve kişisel bilgilerini edinmek amacıyla da Sosyo-Demografik Form verilmiştir. Bununla birlikte bireylerin hayatlarındaki güçlükler ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek adına da Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇT), kişilerin öfkelerini nasıl yansıttıklarını ölçmek için de Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ), kişinin depresyonda olup olmadığını ölçmek için Beck Depresyon Ölçeği, aleksitimi düzeylerini ölçmek için 20 sorudan oluşan Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20) uygulanmıştır.

**2.2.1. Bilgi formu ve sosyo-demografik form.** Çalışmada araştırmacı tarafından geliştirilen, araştırmayı anlatan kısa bir bilgi formu ve aynı şekilde araştırmacı tarafından geliştirilen; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, ebeveynlerin eğitimleri, sosyo-ekonomik durum gibi değişkenleri belirlemek amacıyla sosyo-demografik form hazırlanmıştır. Formun bir örneği Ek A ve Ek B’de verilmiştir.

**2.2.2. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBTÖ).** Lazarus ve Folkman (1986) tarafından geliştirilen ‘Ways of Coping Inventory’ ölçeği Türkçe’ye ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ olarak uyarlanmıştır, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (Şahin & Durak, 1995). Ölçek likert tarzında yüzdellik belirten 30 maddeden oluşmaktadır. 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır.

Ölçek beş alt boyuttan oluşmakla birlikte Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları ve madde numaraları şöyledir:

- I. Kendine güvenli yaklaşım ( $\alpha=0.80$ ): 8, 10, 14, 16, 20, 23, 26
- II. Çaresiz yaklaşım ( $\alpha=0.73$ ): 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28
- III. Boyun eğici yaklaşım ( $\alpha=0.70$ ): 5, 13, 15, 17, 21, 24
- IV. İyimser yaklaşım ( $\alpha=0.68$ ): 2, 4, 6, 12, 18
- V. Sosyal destek Arama yaklaşımı ( $\alpha=0.47$ ): 1, 9, 29, 30 (Varol ve ark., 2015).

Ölçekte toplam puan ve kesim puanı bulunmamaktadır. Her bir alt boyuttan alınan puan, madde sayısına bölünerek alt grup puanları oluşmaktadır. Alt boyutlardan alınan yüksek puan, kişinin hangi yaklaşımı daha fazla kullandığını ortaya koymaktadır (Dağlar, & Nur, 2014). Ölçeğin bir örneği Ek C’de verilmiştir.

**2.2.3. Sürekli öfke- öfke tarz ölçeği (SÖÖTÖ).** Spielberger (1988) tarafından geliştirilen ‘The State/Trait Anger Expression Scale’ ölçeklerinden Özer (1994); Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği’ni uyarlamış ve aynı zamanda da ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliği de kendisi tarafından yapılmıştır.

Ölçek 34 maddeden oluşan dördümlük likert tipinde oluşmaktadır. Sürekli öfke, öfke içte, öfke-dışa ve öfke kontrol olmak üzere dört farklı alt ölçeği de içermektedir. Alt ölçeklerin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları ve madde numaraları şöyledir:

- I. Sürekli öfke ( $\alpha=0.79$ ): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- II. Öfke İçte ( $\alpha=0.62$ ): 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27, 31
- III. Öfke Dışa ( $\alpha=0.78$ ): 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32, 33

IV. Öfke Kontrol ( $\alpha=0.84$ ): 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30, 34

Puanlamalar ise maddelerin toplamıyla elde edilmektedir, ölçekten alabilecek minimum puan 34 iken maksimum puanı ise 136'dır ve kesme puanı bulunmamaktadır (Bağcıoğlu ve ark., 2014). Alt ölçeklerden alınan fazla puanlar, öfke düzeylerini göstermektedir. Örnek vermek gerekirse öfke kontrol alt ölçeğinden alınan yüksek puan, öfkenin kontrol altına alınabildiğini gösterirken öfke içte'den alınan yüksek puanlar öfkenin birey tarafından bastırıldığını göstermektedir (Aldemir ve ark., 2015). Ölçeğin bir örneği Ek D'de verilmiştir.

**2.2.4. Beck depresyon ölçeği.** Orijinal adıyla 'The Beck Depression Inventory' Aaron T. Beck tarafından depresyonun varlığını ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Stark, 2016).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Hisli (1988) tarafından yapılmış ve kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Ölçek; 21 semptom kategorisinden 4 seçenektен oluşmaktadır ve her bir madde 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puan aralığı 0-63 arasındadır (Güleç ve ark., 2009). Ölçeğin bir örneği Ek E'de verilmiştir.

**2.2.5. Toronto aleksitimi ölçeği (TAS-20).** Bagby (1994) ve arkadaşları tarafından geliştirilen Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Türk uyarlaması Güleç ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır. Likert tipindeki ölçeğin Hiçbir Zaman, Nadiren, Bazen, Sık sık ve Her Zaman seçeneklerinden kişinin kendisine uygun olanını



işaretlemesi beklenmektedir. Yüksek puanlar, kişinin aleksitimi seviyesinin de yüksek olduğuna işaret etmektedir (Motan, 2007).

20 sorudan oluşan ölçeğin 4., 5., 10., 18. ve 19. maddelerin ters biçimde hesaplanması gerekmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 20 iken maksimum puan 100 puandır ve kesim noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin 3 farklı alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar:

*Duygularını Tanımada Güçlük:* Duyguları saptamak ve onları duygusal uyarılmayla birlikte fizyolojik duyumlardan ayırt etmede zorlanma olarak ifade edilmektedir.

*Duyguları Söze Dökmede Güçlük:* Günlük hayattaki duygularını bir başkasına aktarmada yaşanan zorluk olarak tanımlanmaktadır.

*Dışa Vuruk Düşünme:* Kişide içe dönük bir düşünce yapısının olduğunu ve düş gücünün zayıflığı olarak da ifade edilmektedir (Güleç & Yenel, 2010).

Alt ölçeklerin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları ve madde numaraları şöyledir:

- I. Duygularını Tanımada Güçlük ( $\alpha=0.80$ ): 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14
- II. Duyguları Söze Dökmede Güçlük ( $\alpha=0.57$ ): 2, 4, 11, 12, 17
- III. Dışa Vuruk Düşünme ( $\alpha=0.63$ ): 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20 (Güleç ve ark., 2009).

Ölçeğin bir örneği Ek G'de verilmiştir.

### 2.3. İşlem

Bu çalışma İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'nde psoriasis tanısı almış gönüllü katılımcılar ile sağlıklı gruba uygulanmıştır. Hastanenin dermatoloji servisi içerisinde yer alan bir poliklinik bu çalışma için katılımcılara ayrılmıştır.

Ölçekler katılımcılara verilmeden önce çalışmanın amacı aktarılmış daha sonra ise çalışmanın kapsamını açıklayan bir form ve yönergeler paylaşılmıştır (bkz. Ek 1). Katılımcılara anket değerlendirmesinin bilimsel amaçlı kullanılacağı, verilen cevapların gizlilik ilkesine dayanacağı, araştırmacı ve süpervizör dışında kimseyle paylaşılmayacağı belirtilip katılımcılardan kimlik bilgisi istenmemiştir.

### 2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri

Araştırmada ulaşılan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 22.0) programı kullanılarak çözümlenmiştir. Veriler analiz edilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlarından sayı, standart sapma, ortalama, yüzde kullanılmıştır.

Araştırmada gruplar arası niceliksel verileri karşılaştırmak adına Tek yönlü (One way) Anova testi, bunun sonucunda da farklılıkları analiz etmek için post-hoc analizi olarak Scheffé testi yapılmıştır. Ayrıca çalışmadaki sürekli değişkenler arasında Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Mevcut sonuçlar %95 güven ve %5 anlamlılık seviyesindedir.

### III. Bulgular

Bu bölümde araştırmamızın temel amacı ve bu bağlamdaki alt amaçları bulgularla desteklenecektir.

Tablo 3.1.

*Stresle Başa Çıkma Yaklaşımının Hastalık Grubuna Göre Ortalamaları*

Gruplar	Psoriasis (n=40)		Kontrol (n=40)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Kendine Güvenli Yaklaşım	3,24	0,55	3,09	0,42	1,38	0,17
İyimser Yaklaşım	2,84	0,64	2,77	0,53	0,50	0,62
Çaresiz Yaklaşım	2,38	0,66	2,14	0,55	1,78	0,08
Boyun Eğici Yaklaşım	2,10	0,66	1,91	0,45	1,52	0,13
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	2,85	0,68	2,63	0,46	1,64	0,11
Stresle Başa Çıkma Yaklaşımı Genel	2,67	0,41	2,49	0,30	2,22	0,03

Araştırmaya katılan hastaların stresle başa çıkma yaklaşımı genel puanları ortalamalarının hastalık grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2.22$ ;  $p=0.03<0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı puanları ortalamalarının hastalık grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.2.

*Sürekli Öfke ve Öfke Tarzlarının Hastalık Grubuna Göre Ortalamaları*

Gruplar	Psoriasis (n=40)		Kontrol (n=40)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Sürekli Öfke	21,96	6,81	19,70	3,89	1,81	0,08
Kontrol Altına Alınmış Öfke	23,20	4,89	22,83	3,52	0,39	0,70
Dışa Vurulan Öfke	15,30	4,96	14,28	2,69	1,15	0,26
İçte Tutulan Öfke	17,50	5,34	15,28	3,31	2,24	0,03

Araştırmaya katılan hastaların içte tutulan öfke puanları ortalamalarının hastalık grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2.24$ ;  $p=0.03<0,05$ ). Psoriasis hastası olanların içte tutulan öfke puanları ( $x=17,50$ ), kontrol grubunun içte tutulan öfke puanlarından ( $x=15,28$ ) önemli ölçüde yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların sürekli öfke, kontrol altına alınmış öfke, dışa vurulan öfke puanları ortalamalarının hastalık grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.3.

*Depresyon Düzeyinin Hastalık Grubuna Göre Ortalamaları*

Gruplar	Psoriasis (n=40)		Kontrol (n=40)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Depresyon	13,15	11,17	4,88	4,40	4,36	0,00

Araştırmaya katılan hastaların depresyon puanları ortalamalarının hastalık grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=4.36$ ;  $p=0.00<0,05$ ). Psoriasis hastası olanların depresyon puanları ( $x=13,15$ ), kontrol grubunun depresyon puanlarından ( $x=4,88$ ) yüksek bulunmuştur.

Tablo 3.4.

*Aleksitimi Düzeylerinin Hastalık Grubuna Göre Ortalamaları*

Gruplar	Psoriasis (n=40)		Kontrol (n=40)		t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Duygularını Tanımada Güçlük	17,38	7,80	13,13	4,99	2,90	0,01
Duyguları Söze Dökmede Güçlük	13,45	4,95	11,28	3,80	2,21	0,03
Dışa Dönük Düşünme	23,83	4,27	22,03	3,86	1,98	0,05
Aleksitimi Toplam	54,65	14,58	46,43	11,28	2,82	0,01

Araştırmaya katılan hastaların duygularını tanımada güçlük puanları ortalamalarının hastalık grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2.90$ ;  $p=0.01<0,05$ ).

Psoriasis hastası olanların duygularını tanımada günlük puanları ( $x=17,40$ ), kontrol grubunun duygularını tanımada günlük puanlarından ( $x=13,13$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların duyguları söze dökmede günlük puanları ortalamalarının hastalık grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2.21$ ;  $p=0.03<0,05$ ).

Psoriasis hastası olanların duyguları söze dökmede günlük puanları ( $x=13,45$ ), kontrol grubunun duyguları söze dökmede günlük puanlarından ( $x=11,28$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların aleksitimi toplam puanları ortalamalarının hastalık grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2.82$ ;  $p=0.01<0,05$ ).

Psoriasis hastası olanların aleksitimi toplam puanları ( $x=54,65$ ), kontrol grubunun aleksitimi toplam puanlarından ( $x=46,43$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların dışa dönük düşünme puanları ortalamalarının hastalık grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

İyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.57$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.68$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Sosyal destek arama yaklaşımı ve kendine güvenli yaklaşım arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.35$ ;  $p=0,03<0.05$ ).

Sosyal Destek Arama Yaklaşımı ve çaresiz yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.52$ ;  $p=0,001<0.05$ ). Sosyal destek arama yaklaşımı ve boyun eğici yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.66$ ;  $p=0,00<0.05$ ).

Stresle başa çıkma yaklaşımı genel ve kendine güvenli yaklaşım arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.45$ ;  $p=0,003<0.05$ ). Stresle başa çıkma yaklaşımı genel ve iyimser yaklaşım arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.47$ ;  $p=0,002<0.05$ ). Stresle başa çıkma yaklaşımı genel ve çaresiz yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.66$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Stresle başa çıkma yaklaşımı genel ve boyun eğici yaklaşım arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.80$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Stresle başa çıkma yaklaşımı genel ve sosyal destek arama yaklaşımı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.85$ ;  $p=0,00<0.05$ ).

Sürekli öfke ve çaresiz yaklaşım arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.45$ ;  $p=0,004<0.05$ ). Kontrol altına alınmış öfke ve kendine güvenli yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.5$ ;  $p=0,001<0.05$ ). Kontrol altına alınmış öfke ve iyimser yaklaşım arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.41$ ;  $p=0,01<0.05$ ). Kontrol altına alınmış öfke

ve sosyal destek arama yaklaşımı arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.42$ ;  $p=0,01<0.05$ ). Kontrol altına alınmış öfke ve stresle başa çıkma yaklaşımı genel arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.44$ ;  $p=0,004<0.05$ ). Dışa vurulan öfke ve iyimser yaklaşım arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=-0.34$ ;  $p=0,03<0.05$ ). Dışa vurulan öfke ve sürekli öfke arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.64$ ;  $p=0,00<0.05$ ). İçte tutulan öfke ve boyun eğici yaklaşım arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.33$ ;  $p=0,040<0.05$ ). İçte tutulan öfke ve sürekli öfke arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.49$ ;  $p=0,001<0.05$ ). İçte tutulan öfke ve dışa vurulan öfke arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.53$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Depresyon ve kendine güvenli yaklaşım arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=-0.48$ ;  $p=0,002<0.05$ ). Depresyon ve sürekli öfke arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.51$ ;  $p=0,001<0.05$ ). Depresyon ve dışa vurulan öfke arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.40$ ;  $p=0,01<0.05$ ). Depresyon ve içte tutulan öfke arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.42$ ;  $p=0,01<0.05$ ). Duygularını tanımada güçlük ve kendine güvenli yaklaşım arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=-0.34$ ;  $p=0,03<0.05$ ).

Duygularını tanımada güçlük ve çaresiz yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.62$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Duygularını tanımada güçlük ve boyun eğici yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.53$ ;  $p=0,001<0.05$ ). Duygularını tanımada güçlük ve sosyal destek arama yaklaşımı arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.316$ ;  $p=0,047<0.05$ ). Duygularını tanımada güçlük ve stresle başa çıkma yaklaşımı genel arasında zayıf, pozitif yönde



anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=0.38$ ;  $p=0,02<0.05$ ). Duygularını tanımada güçlük ve sürekli öfke arasında orta, pozitif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=0.51$ ;  $p=0,001<0.05$ ).

Duygularını tanımada güçlük ve dışa vurulan öfke arasında zayıf, pozitif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=0.46$ ;  $p=0,003<0.05$ ). Duygularını tanımada güçlük ve içte tutulan öfke arasında zayıf, pozitif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir( $r=0.49$ ;  $p=0,001<0.05$ ). Duygularını tanımada güçlük ve depresyon arasında orta, pozitif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=0.52$ ;  $p=0,001<0.05$ ). Duyguları söze dökmede güçlük ve kendine güvenli yaklaşım arasında , negatif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=-0.50$ ;  $p=0,001<0.05$ ). Duyguları söze dökmede güçlük ve çaresiz yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=0.59$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Duyguları söze dökmede güçlük ve boyun eğici yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=0.61$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Duyguları söze dökmede güçlük ve sürekli öfke arasında zayıf, pozitif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=0.42$ ;  $p=0,01<0.05$ ). Duyguları söze dökmede güçlük ve içte tutulan öfke arasında orta, pozitif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=0.51$ ;  $p=0,001<0.05$ ). Duyguları söze dökmede güçlük ve depresyon arasında orta, pozitif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=0.55$ ;  $p=0,00<0.05$ ).

Duyguları söze dökmede güçlük ve duygularını tanımada güçlük arasında yüksek, pozitif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=0.75$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Dışa dönük düşünme ve çaresiz yaklaşım arasında zayıf, pozitif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=0.36$ ;  $p=0,03<0.05$ ). Dışa dönük düşünme ve boyun eğici yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamli ilişki bulunmaktadir ( $r=0.59$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Dışa dönük düşünme ve sosyal destek arama yaklaşımı arasında zayıf, pozitif yönde anlamli ilişki

bulunmaktadır ( $r=0.37$ ;  $p=0,02<0.05$ ). Aleksitimi toplam ve kendine güvenli yaklaşım arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=-0.44$ ;  $p=0,01<0.05$ ).

Aleksitimi toplam ve çaresiz yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.64$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Aleksitimi toplam ve boyun eğici yaklaşım arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.66$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Aleksitimi toplam ve sosyal destek arama yaklaşımı arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.34$ ;  $p=0,03<0.05$ ). Aleksitimi toplam ve stresle başa çıkma yaklaşımı genel arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.41$ ;  $p=0,01<0.05$ ). Aleksitimi toplam ve sürekli öfke arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.45$ ;  $p=0,003<0.05$ ). Aleksitimi toplam ve içte tutulan öfke arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.52$ ;  $p=0,001<0.05$ ).

Aleksitimi toplam ve depresyon arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.55$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Aleksitimi toplam ve duygularını tanımada güçlük arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.90$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Aleksitimi toplam ve duyguları söze dökmede güçlük arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.92$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Aleksitimi toplam ve dışa dönük düşünme arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=0.70$ ;  $p=0,00<0.05$ ). Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Tablo 3.5.

*Psoriasis Hastalarında Stresle Başa Çıkma Yaklaşımı Düzeylerinin Hastalık Süresine Göre Ortalamaları*

		Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	Stresle Başa Çıkma Yaklaşımı Genel	Sürekli Öfke	Kontrol Altına Alınmış Öfke	Dışa Vurulan Öfke	İçte Tutulan Öfke	Depresyon	Duygularını Tanımadaki Güçlük	Duyguları Söze Dökmede Güçlük	Dışa Dönük Düşünme	Aleksitimi Toplam
Kendine Güvenli Yaklaşım	r	1,00														
	p	0,00														
İyimser Yaklaşım	r	0,57	1,00													
	p	0,00	0,00													
Çaresiz Yaklaşım	r	-0,12	-0,19	1,00												
	p	0,22	0,25	0,00												
Boyun Eğici Yaklaşım	r	-0,01	0,14	0,68	1,00											
	p	0,95	0,34	0,00	0,00											
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	r	0,35	0,29	0,52	0,66	1,00										
	p	0,03	0,07	0,001	0,00	0,00										
Stresle Başa Çıkma Yaklaşımı Genel	r	0,45	0,47	0,66	0,80	0,85	1,00									
	p	0,003	0,002	0,00	0,00	0,00	0,00									
Sürekli Öfke	r	-0,17	-0,30	0,45	0,26	0,15	0,18	1,00								
	p	0,30	0,06	0,004	0,10	0,36	0,26	0,00								
Kontrol Altına Alınmış Öfke	r	0,50	0,41	-0,01	0,27	0,42	0,44	-	1,00							
	p	0,001	0,01	0,97	0,01	0,01	0,004	0,12	0,25							
Dışa Vurulan Öfke	r	-0,16	-0,34	0,11	-0,03	-	-0,11	0,64	-	1,00						
	p	0,34	0,03	0,51	0,86	0,78	0,50	0,00	0,14	0,38						
İçte Tutulan Öfke	r	-0,17	-0,06	0,27	0,33	0,25	0,21	0,49	0,12	0,53	1,00					
	p	0,30	0,70	0,09	0,04	0,13	0,19	0,00	0,48	0,00	0,00					
Depresyon	r	-0,48	-0,24	0,28	0,19	0,02	-0,03	0,51	-	0,40	0,42	1,00				
	p	0,002	0,14	0,08	0,254	0,89	0,87	0,00	0,19	0,01	0,007	0,00				
Duygularını Tanımadaki Güçlük	r	-0,34	-0,09	0,62	0,53	0,31	0,38	0,51	-	0,46	0,49	0,52	1,00			
	p	0,03	0,59	0,00	0,001	0,05	0,02	0,00	0,06	0,003	0,001	0,001	0,00			
Duyguları Söze Dökmede Güçlük	r	-0,50	-0,15	0,59	0,61	0,19	0,30	0,42	-	0,28	0,51	0,55	0,75	1,00		
	p	0,001	0,34	0,00	0,00	0,23	0,06	0,01	0,11	0,48	0,08	0,00	0,00	0,00		
Dışa Dönük Düşünme	r	-0,29	0,09	0,36	0,59	0,37	0,36	0,13	0,17	-0,13	0,28	0,29	0,39	0,59	1,00	
	p	0,07	0,60	0,03	0,00	0,02	0,02	0,42	0,28	0,42	0,08	0,07	0,01	0,00	0,00	
Aleksitimi Toplam	r	-0,44	-0,07	0,64	0,66	0,34	0,41	0,45	-	0,30	0,52	0,55	0,90	0,92	0,70	1,00
	p	0,01	0,65	0,00	0,00	0,03	0,01	0,00	0,02	0,06	0,001	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Araştırmaya katılan hastaların kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı, stresle başa çıkma yaklaşımı genel puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 3.6.

*Psoriasis Hastalarında Sürekli Öfke ve Öfke Tarzlarının Hastalık Süresine Göre Ortalamaları*

	<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
Sürekli Öfke	1-10 Yıl	21	22,00	6,52	0,44	0,65	
	11-20 Yıl	9	20,33	5,55			
	20 Yıl üzeri	10	23,30	8,64			
Kontrol Altına Alınmış Öfke	1-10 Yıl	21	21,48	4,48	3,33	<b>0,05</b>	<b>p=0.02;</b>
	11-20 Yıl	9	25,89	4,23			<b>2 &gt; 1</b>
	20 Yıl üzeri	10	24,40	5,21			
Dışa Vurulan Öfke	1-10 Yıl	21	14,24	3,30	1,33	0,28	
	11-20 Yıl	9	15,56	4,75			
	20 Yıl üzeri	10	17,30	7,41			
İçte Tutulan Öfke	1-10 Yıl	21	16,33	4,49	1,13	0,34	
	11-20 Yıl	9	18,33	6,02			
	20 Yıl üzeri	10	19,20	6,29			

Araştırmaya katılan hastaların kontrol altına alınmış öfke puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,33$ ;  $p=0,05<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. hastalık süresi 11-20 yıl olanların kontrol altına alınmış öfke puanları ( $25,89 \pm 4,23$ ), hastalık süresi 1-10 yıl olanların kontrol altına alınmış öfke puanlarından ( $21,48 \pm 4,48$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların sürekli öfke, dışa vurulan öfke, içte tutulan öfke, puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 3.7.

*Psoriasis Hastalarında Depresyon Düzeylerinin Hastalık Süresine Göre Ortalamaları*

	<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Depresyon	1-10 Yıl	21	13,71	10,37	0,26	0,78
	11-20 Yıl	9	10,78	13,57		
	20 Yıl üzeri	10	14,10	11,45		

Araştırmaya katılan hastaların depresyon puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 3.8.

*Psoriasis Hastalarında Depresyon Düzeylerinin Hastalık Süresine Göre Ortalamaları*

	<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Duyularını Tanımada Güçlük	1-10 Yıl	21	16,33	6,95	0,39	0,68
	11-20 Yıl	9	18,78	6,82		
	20 Yıl üzeri	10	18,30	10,48		
Duyuları Söze Dökmede Güçlük	1-10 Yıl	21	12,29	4,22	1,26	0,30
	11-20 Yıl	9	15,00	5,36		
	20 Yıl üzeri	10	14,50	5,86		
Dışa Dönük Düşünme	1-10 Yıl	21	23,24	4,69	0,42	0,66
	11-20 Yıl	9	24,67	4,61		
	20 Yıl üzeri	10	24,30	3,09		
Aleksitimi Toplam	1-10 Yıl	21	51,86	13,85	0,823	0,45
	11-20 Yıl	9	58,44	14,63		
	20 Yıl üzeri	10	57,10	16,30		

Araştırmaya katılan hastaların duygularını tanımada güçlük, duyguları söze dökmede güçlük, dışa dönük düşünme, aleksitimi toplam puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

#### IV. Tartışma

Psoriasis, genetik ve çevresel faktörler de dahil olmak üzere, dermatolojik bir durum olan, tekrar eden, kronik inflamatuvar bir hastalıktır (Schmieder ve ark., 2015). Risk faktörleri arasında stresli yaşam olaylarının psoriasisli bireylerde etkisi olduğu düşünülmektedir. Manolache ve arkadaşları (2010) 165 psoriasisli hasta ile gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda sedef hastalığı üzerinde stresin etkisi olduğunu vurgulamaktadır. Diğer bir taraftan, diğer insanların psoriasisli olan tepkilerinden kaynaklanan stresin de hastaların günlük yaşantılarında bozulmalara yol açtığı görülmektedir (Milčić ve ark., 2015).

Araştırmalara bakıldığında, kişilerin belirli bir stres kaynağına verdikleri tepki, onu ne kadar stresli algıladığına bağlıdır. Bilhassa ilgi konusu, biliş ve davranış arasındaki farklılıklar, stres ile sedef arasındaki ilişkiyi nasıl ılımlı hale getirmesiyle de ilgilidir. Psoriasis hem endişe verici hem de görünürdeki lezyonlar sebebiyle, günlük stres düzeylerinin yüksek olduğu dönemlerde hastalık şiddetinde ve kaşıntıda bağımsız bir şekilde ilişkili olduğunu belirtmiştir (Hunter ve ark., 2013, Fordham ve ark., 2013). Bunlara ek olarak psoriasis, cinsel işlev, yakınlık, ortaklık ve sosyal sıkıntı gibi sosyal yönleri etkileyebilir ve bu da kişide ruhsal olarak yük olarak algılanabilmekte ve ayrıca önemli klinik etkilere neden olabilmektedir. Literatürde, etkilenen ciltten muztarip hastaların genellikle utanç duydukları ya da etkilenen cildi fark ederken kendilerinden tiksiniildiğine dair korku duymaları ve kişiler arası etkileşimlerde dokunmanın fiziksel keyfi rahatsızlık hissine dönüşebilmektedir (Lahousen ve ark., 2016, Eskin ve ark., 2015).

Bütün bu bilgilerin ışığında bizim hipotezimiz de literatürü desteklemektedir. Kontrol grubuna göre hasta grubunun stresle genel başa çıkma puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca hastaların duygularını tanımada günlük puanları ile stresle genel başa çıkma yaklaşımı arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Burada kişinin aleksitimi düzeyleri ile stres arasında pozitif yönde ilişki olduğunu görmekteyiz.

Yakın tarihli araştırmalara bakıldığında, psoriyasisli hastaların depresyona girme olasılığının daha fazla olduğu veya depresif kişilerin psoriasis geliştirme olasılığının olabileceğine dair iki yönlü ilişki ileri sürülmektedir (Dommasch ve ark., 2015). Egeberg ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2015) çalışmaya katılan hasta grubunda ciddi oranda depresyon görülmektedir. Çalışmada hafif derecedeki psoriasis hastalarının %59'unda ve ciddi derecedeki hastaların % 61'nde özellikle de kadınlarda depresyon olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmada ise kontrol grubu ile kıyaslandığında psoriasis hastalarının depresyona sahip oldukları görülmektedir. Bu durum mevcut belirtilerin depresyona etkili olabileceği gibi temelinde yatan depresif kişilikli yapının da olumsuz yaşam olayları ile başa çıkmada tetikleyici olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca bu durumun muhtemel uzun süreli tedavi gerektiren kronik koşullara duygusal bir reaksiyondan kaynaklandığı düşünülmektedir. Kişi görünür cilt semptomlarından mütevellit sosyal aktivitelerden kaçınabilir ve sonuç olarak, arkadaşları ve yakın ilişkileriyle birlikte günlük ilişkileri de etkilenebilir.

Psoriasis ile ilişkili deri lezyonları arasındaki ilişki ve kötüleşen sağlık, olumsuz görünüm ve bireysel vücut bölgelerinin görünümü ile tatmin olmama nedeniyle negatif benlik imajı gibi tipik depresif semptomların ortaya çıkması ile ilgili araştırma sonuçları



ile uyumludur. Semptomlar genellikle cinsel engellemelere ve bedensel aktiviteyi sınırlandırır, buna ek olarak vücut örtme ve sosyal izolasyon eğilimi eşlik edebilir bu da benlik saygısı üzerinde bir etkiye sahip olabilir ve sıkıntıyı artırabilir.

Diğer bir hipotezimiz ise psoriasis hastalarında öfke ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi sorgulamaktır. Bakıldığında aleksitimi ile toplam ve sürekli öfke arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ayrıca aleksitimi genel öfke ve içte tutulan öfke arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu da bize kendisini ifade etmekte zorlanan bireylerde psikosomatik düzeyde cilt hastalıklarından en yaygın olan psoriasis hastalığına neden olduğunu düşündürmektedir.

Son yıllarda yapılan araştırmalar gösteriyor ki sağlıklı kontrol grupla kıyaslandığında psoriasis hastaları daha fazla kızgınlık ve öfkeye sahip oldukları bildirilmektedir (Conrad ve ark., 2008). Duygularını tanımada günlük (aleksitimi) ve dışa vurulan öfke arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Çalışmamızda görüldüğü gibi benzer çalışmalarda psoriasisli hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek aleksitimi düzeylerine sahip oldukları görülmektedir. Bu hastalarda bireyin duygularını fark edememesi, tanımlayıp ifade edememesi, bedensel ifade yolu olarak dramatik belirtilere yol açtığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaları öfke açısından değerlendirdiğimizde; sürekli öfke, kontrol altına alınmış öfke, dışa vurulan öfke alt boyutlarının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öfke duygusunun sağlıklı başa çıkmayı engelleyerek muhtelif sorunlara neden olduğu değerlendirilmiştir.

Kontrol ve hasta grubunda klinik değişkenler ve demografik verilerin birbirleri ile

etkileşimine bakıldığında ise cinsiyet, yaş, eğitim durumu ile aleksitiminin, öfkenin ve stresin ilintili olduğu görülmektedir. Bu da toplumun her kesiminden bu hastalığa sahip olma olasılığını göstermektedir.

Araştırmamızda psoriasisli hastalar stres, depresyon, öfke ve aleksitimik duyarlılıkları açısından irdelenmiştir. Ancak bunlara ek olarak yaşayabilecekleri anksiyete, beden algı problemleri gibi çeşitli psikolojik hastalıklar da psoriasis hastalarında sıklıkla görülmektedir.

Hastanın cinsiyetine bakılmaksızın, beden algısı ile beliren depresif belirtiler arasında negatif bir ilişki olduğu ve eş zamanlı olarak vücut imajının tek tek bileşenlerine göre oldukça güçlü negatif ilişkiler olduğu bulunmuştur. Bu, görünüm ve sağlığın daha az değerlendirildiği ve bireysel vücut alanlarının ortaya çıkmasıyla ilgili memnuniyet azaldıkça, depresif bozukluk riskinin arttığı anlamına gelir. Dahası, görünüm yönelimi ile orta derecede pozitif bir korelasyon bulunmuştur, bu da muhtemelen kişinin artan psoriasis şiddetine bağlı olarak ortaya çıkmasıyla meydana gelen artışın depresif bozukluklarla ilişkili olabileceği anlamına gelir.

Ayrıca dikkat çeken bir diğer durum ise araştırmamızda istatistiksel verilerin anlamlı olmasına rağmen depresyon ham puanları itibarıyla bakıldığında kontrol grubu ve hasta grubu arasında pratik anlamda büyük fark olmadığı gözlemlenmektedir.

Kişinin bedenini ve onun olumlu imajını kabul etmesi ve tatmin etmesi, benlik saygısı, özsaygı ve kişisel mutluluk duygusu ile ilişkilendirilebilir. Kişinin vücuduyla ilgili hoşnutsuzluk, olumsuz zihinsel koşullara yol açabilir ve algısını bozabilir. Araştırma, psoriasis lezyonlarının şiddetinin, hem kadınlarda hem de erkeklerde depresif bozukluklarla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

#### 4.1. Sınırlılıklar

Bu çalışma deri hastalıklarından sadece psoriasis hastaları ile yapılmıştır. Bu çalışmanın tek bir hastanede yapılmış olması bir sınırlılıktır. Ayrıca bu çalışma 2015 yılında gerçekleştirilmiştir.

#### 4.2. Öneriler

Bu çalışma daha fazla psoriasis hasta grupları ile çalışıldığında daha anlamlı ve ayrıntılı sonuçlar doğabilir. Tarama türü çalışmalar yapılabilir ve açık uçlu sorular ve içerik analizi ile aleksitimi vakaları hakkında daha derinlemesine bilgi ve veri elde edilebilir. Ayrıca hastalığın süresi dikkate alınarak aleksitimi ile bağlantısı daha net olarak belirlenebilir.

Dermatoloji kliniklerine başvuran hastaların tedavilerine yardımcı olmak amacıyla psikolojik destek almalarını sağlayarak hayat kalitelerini arttırmaya yönelik yenilikçi çalışmalara ortam yaratılması gerektiği düşünülmektedir.

Dermatologlar öfke, utanç ve endişe ile sosyal sorunların kendileriyle klinik olarak ilgili sorunların daha yüksek bir olasılık taşıdığını bilmelidirler. Bu nedenle, psoriasis hastalarının değerlendirilmesinde, özellikle klinik dikkat gerektirebilecek tedavi öncesi ve tedavi sırasında yardımcı psikolojik müdahalelerden yararlanabilecekleri psikososyal destek verilmesine özellikle dikkat edilmelidir.

### Kaynakça

- Aldemir, S., Erpolat, S., Dalbudak, E., Tan, S., & Topcu, M. (2015). Diffüz alopesili kadınlarda öfke, anksiyete ve depresyon. *Dicle Medical Journal / Dicle Tip Dergisi*, 42(3), 335-341. doi:10.5798/diclemedj.0921.2015.03.0585.
- Alper, S., Akyol, M., Atakan, N., Baskan, E. B., Gürer, M. A., Koç, E., & Yaylı, S. (2012). Türkiye Psoriasis Tedavi Kilavuzu-2012/Turkish Guideline for the Treatment of Psoriasis-2012. *Turkderm*, 46, 1.
- Altunay, I. K. (2010). History of psychodermatology and a global view/Psikodermatoloji tarihçesi ve genel bakış. *Archives of the Turkish Dermatology and Venerology*.
- Bağcıoğlu, E., Bahçeci, B., Öztürk, A., Deveci, E., Şaşmaz, S., & Karaaslan, M. F. (2014). Akne hastalarında yaşam kalitesi, problem çözme, kontrol odağı ve öfke eğilimi/Quality of life, problem solving, focus of control and anger tendency in the patients with acne. *Turkderm*, 48(4), 177.
- Basavaraj, K.H., Navya, M.A., Rashmi, R. (2010) Relevance of psychiatry in dermatology: present concepts. *Indian J Psychiatry*.52:270–275
- Berkowitz, L., & Harmon-Jones, E. (2004). Toward an understanding of the determinants of anger. *Emotion*, 4(2), 107.

Bhosle, M. J., Kulkarni, A., Feldman, S. R., & Balkrishnan, R. (2006). Quality of life in patients with psoriasis. *Health and quality of life outcomes*, 4(1), 1.

Bowcock, A. M., & Barker, J. N. (2003). Genetics of psoriasis: the potential impact on new therapies. *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, 49(Supplement), 51-56. doi:10.1016/S0190-9622(03)01135-6.

Brajac, B., & Gruber, F. (2012). *History of Psoriasis, Psoriasis - A Systemic Disease*, Dr. Jose O' Daly (Ed.), ISBN: 978-953-51-0281-6.

Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I Item selection and cross validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38: 23-32.

Carrasco, J. A. (2011). *Psoriasis : Causes, Diagnosis and Treatment*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc.

Ciraulo, D. A., & Shader, R. I. (Eds.). (2011). *Pharmacotherapy of depression*. New York: Humana Press.

Conrad, R., Geiser, F., Haidl, G., Hutmacher, M., Liedtke, R., & Wermter, F. (2008). Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *Journal Of The European Academy Of*

Dermatology And Venereology: JEADV, 22(9), 1062-1069. doi:10.1111/j.1468-3083.2008.02714.x.

Dağlar, G. T., & Nur, N. T. (2014). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 36(4), 429.

De Korte, J., Mommers, F. M., Bos, J. D., & Sprangers, M. A. (2004). Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. In Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings (Vol. 9, No. 2, pp. 140-147). Elsevier.

Deffenbacher, J. L. (2016). Review: A review of interventions for the reduction of driving anger. Transportation Research Part F: Psychology And Behaviour, 42(Part 2), 411-421. doi:10.1016/j.trf.2015.10.024.

Devrimci-Ozguven, H., Kundakci, T. N., Kumbasar, H., & Boyvat, A. (2000). The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology: JEADV, 14(4), 267-271.

Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P., & Cooper, C. L. (2012). Theories of psychological stress at work. In Handbook of occupational health and wellness (pp. 23-38). Springer US.

- Drapeau, M., de Roten, Y., Beretta, V., Blake, E., Koerner, A., & Despland, J. (2008). Therapist technique and patient defensive functioning in ultra-brief psychodynamic psychotherapy: a LAG sequential analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(4), 247-255.
- Dommasch, E. D., Li, T., Okereke, O. I., Li, Y., Qureshi, A. A., & Cho, E. (2015). Risk of depression in women with psoriasis: a cohort study. *The British Journal Of Dermatology*, 173(4), 975-980. doi:10.1111/bjd.14032.
- Doruk, A., Tunca, M., & Erdem, M. (2009). Psöriyazis ve Alopesi Areatalı Erkek Olgularda Aleksitimi, Öfke-Öfke İfade Tarzı ve Mizaç-Karakter Özellikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1503-1509.
- Durbin, E. (2014). *Depression 101*. New York, NY/ Springer Publishing Company.pdf.
- Egeberg, A., Khalid, U., Gislason, G. H., Mallbris, L., Skov, L., & Hansen, P. R. (2015). Association between depression and risk of atrial fibrillation and stroke in patients with psoriasis: a Danish nationwide cohort study. *The British Journal Of Dermatology*, 173(2), 471-479. doi:10.1111/bjd.13778.
- Eskin, M., Savk, E., Uslu, M., & Küçükaydoğan, N. (2014). Social problem-solving, perceived stress, negative life events, depression and life satisfaction in psoriasis. *Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology: JEADV*, 28(11), 1553-1559. doi:10.1111/jdv.12355.

Feldman, S. R., & Pearce, D. (2013). Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of psoriasis. UpToDate, Waltham, MA.(Accessed 1 April 2016.).

Fritzsche K., Ott J., Zschocke I., Scheib P., Burger T., Augustin M. (2001). Psychosomatic liaison service in dermatology. *Dermatology*;203:27-31.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-

Fordham, B., Griffiths, C. E., & Bundy, C. (2013). Can stress reduction interventions improve psoriasis? A review. *Psychology, Health & Medicine*, 18(5), 501-514. doi:10.1080/13548506.2012.736625.

Fortune, D. G., Richards, H. L., Griffiths, C. M., & Main, C. J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *The British Journal Of Clinical Psychology*, 41(Pt 2), 157-174.

Fortune, D. G., Richards, H. L., Kirby, B., McElhone, K., Markham, T., Rogers, S., & ... Griffiths, C. M. (2003). Psychological Distress Impairs Clearance of Psoriasis in Patients Treated With Photochemotherapy. *Archives Of Dermatology*, 139(6), 752.



Gong, Q., & He, Y. (2015). Review: Depression, Neuroimaging and Connectomics: A Selective Overview. *Biological Psychiatry*, 77(The Development and Progression of Depression), 223-235. doi:10.1016/j.biopsych.2014.08.009.

Gupta A. & Gupta K. (1998) Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Dermatol*;139:846-850.

Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *GÜ Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21.

Güleç, H., & Yenel, A. (2010). 20 Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği Türkçe Uyarlamasının Kesme Noktalarına Göre Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 108-112.

Güleç, M. Y., Kılıç, A., Gül, Ü., & Güleç, H. (2009). Psoriasis Hastalarında Aleksitimi ve Öfke. *Archives Of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi*, 46(4), 169-174.

Gürer, M. A., & Adışen, E. (2008). Psoriasis, Genel Bilgiler, Epidemiyoloji. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 42.

Haddad, M., & Gunn, J. (2011). *Fast Facts/ Depression*. Abingdon, Oxford/ Health Press.

Hisli, N. (1988) Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma.

Psikoloji Dergisi, 6:118-126.

Holubar, K. (2003). Psoriasis and parapsoriasis: since 200 and 100 years, respectively. *Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology: JEADV*, 17(2), 126-127.

Hunter, H. A., Griffiths, C. M., & Kleyn, C. E. (2013). Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis?. *The British Journal Of Dermatology*, 169(5), 965-974. doi:10.1111/bjd.12478.

Jafferany, M., & Franca, K. (2016). Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta Dermato-Venereologica*, 96(217), 35-37. doi:10.2340/00015555-2378.

Karadağ, F. T., Oğuzhanoglu, N. T., Özdel, O. T., Ergin, Ş. T., & Kaçar, N. T. (2010). Psöriyazis Hastalarında Psikodrama: Stres ve Stresle Baş Etme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 220.

Karasar, N. (1986). Bilimsel araştırma yöntemi : kavramlar, ilkeler, teknikler. Ankara : Bilim Yayınları, 1986.

Karlı, E. (2008). Kişilerarası tarz, kendilik algısı, öfke ve psikosomatik bozukluklar. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara.

Kendler, K., Gatz, M., Gardner, C., Pedersen, N., Kendler, K. S., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2006). A Swedish national twin study of lifetime major depression. *American Journal Of Psychiatry*, 163(1), 109-114.

Koçak, R. T. (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 35(1-2), 183.

Korkoliakou, P., Christodoulou, C., Kouris, A., Porichi, E., Efstathiou, V., Kaloudi, E., ... Douzenis, A. (2014). Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Annals of General Psychiatry*, 13, 38.  
<http://doi.org/10.1186/s12991-014-0038-7>.

Köşger, F., Bilgili, M. E., Genek, M., Yıldız, B., Saraçoğlu, N., & Eşsizoglu, A. (2014). Psoriasis Hastalarında Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin Hastalığın Şiddeti ile İlişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 4(4), 157-62.

Kurd, S.K., Troxel, A.B., Crits-Christoph, P., & Gelfand, J.M. (2010). The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: A population-based cohort study. *Archives of Dermatology*, 146, 891-895.

Kutlubay, Z., Karakuş, Ö., Engin, B., & Serdaroglu, S. (2012). Psoriasis: klinik tiplere göre tedaviyaklaşımı. *Dermatoz*, 3(1), 33-8.

Lahousen, T., Kupfer, J., Gieler, U., Hofer, A., Linder, M. D., & Schut, C. (2016).

Differences Between Psoriasis Patients and Skin-healthy Controls Concerning Appraisal of Touching, Shame and Disgust. *Acta Dermato-Venereologica*, 96(217), 78-82. doi:10.2340/00015555-2373.

Lamb, R., Matcham, F., Turner, M., Rayner, L., Simpson, A., Hotopf, M., & ... Smith, C. (2017). Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting. *British Journal Of Dermatology*, 176(4), 1028. doi:10.1111/bjd.14833

Lazarus, R. S. (1990). Theory-Based Stress Measurement. *Psychological Inquiry*, (1), 3.

Lazarus R. S. & Folkman S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer.

Linder, D., & Forchetti, G. (2009). Psoriasis and Psyche - What's New? What is Clinically Relevant?. *Acta Dermatovenerologica Croatica*, 17(3), 198-203.

Makara-Studzińska, M., Partyka, I., Ziemecki, P., & Ziemecka, A. (2014). The occurrence of emotional problems in somatic diseases based on psychodermatology. *Archives Of Psychiatry & Psychotherapy*, 16(2), 23-28.

Maniaci G., Epifanio S., Marino A. (2006). The presence of alexithymia investigated by the TAS-20 in chronic urticaria patients: a preliminary report. *Allerg Immunol* 2006;38:15–19.

Manolache, L., Petrescu-Seceleanu, D., & Benea, V. (2010). Life events involvement in psoriasis onset/recurrence. *International Journal Of Dermatology*, 49(6), 636-641. doi:10.1111/j.1365-4632.2009.04367.x.

McVicar, A. (2003), Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44: 633–642. doi:10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x

Mercan, S., & Altunay, İK. (2006). Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 305-313.

Milčić, D., Janković, S., Vesić, S., Milinković, M., & Janković, J. (2015). Assessment of quality of life in patients with psoriasis: a study from Serbia. *International Journal Of Dermatology*, 54(5), 523-528. doi:10.1111/ijd.12391.

Motan, İ. T., & Gençöz, T. T. (2007). Aleksitimi Boyutlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile İlişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 333.

Nolte, S., Erdur, L., Fischer, H., Rose, M., & Palmowski, B. (2016). Course of self-reported symptoms of 342 outpatients receiving medium- versus long-term psychodynamic psychotherapy. *Biopsychosocial Medicine*, 10(1), doi:10.1186/s13030-016-0074-4.

Özen, E. M., Yeşilbursa, D., Belene, A., Türkcan, A. S., & Yurt, E. (2009). Şizofreni Hastalarında Somatizasyonun Psikodinamik Anlamının Değerlendirilmesi. *Archives Of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi*, 46(3), 110-114.

Özer, A. K. (1994). Sürekli Öfke (SL-Öfke) ve Öfke İfadesi Tarzı (Öfke-Tarz) Ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 26-35.

Özmen, A. (2006). Anger: The Theoretical Approaches and The Factors Causing the Emergence in Individuals. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences*, 39(1), 39-56.

Özmen M. (2010) Dermatolojik Hastalıklarda Psikosomatik Yaklaşımın Önemi. *Türkderm* 1:7-9.

Papathanasiou, I. V., Tsaras, K., Neroliatsiou, A., & Roupa, A. (2015). Stress: Concepts, theoretical models and nursing interventions. *American Journal of Nursing Science*, 4(2-1), 45-50.

- Parisi, R., Symmons, D. P., Griffiths, C. E., & Ashcroft, D. M. (2013). Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*, 133(2), 377-385.
- Paulus M. P., Fiedler J., Leckband S. G., & Quinlan A. (2010). Anger: definition, health consequences, and treatment approaches. *Veterans Affairs San Diego Health Care System*. p1-45.
- Pärna, E., Aluoja, A., & Kingo, K. (2015). Quality of life and emotional state in chronic skin disease. *Acta Dermato-Venereologica*, 95(3), 312-316.  
doi:10.2340/00015555-1920
- Petrocelli, J. V. (2003). Hierarchical multiple regression in counseling research: Common problems and possible remedies. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 36(1), 9-22.
- Psoriasis, Depression, and Inflammatory Overlap: A Review. *NAPPP Monthly Newsletter* [serial online]. January 2018;13(1):13. Available from: Education Source, Ipswich, MA. Accessed May 1, 2018.
- Rachakonda, T. D., Schupp, C. W., & Armstrong, A. W. (2014). Psoriasis prevalence among adults in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 70(3), 512-516.

Reich A, Wójcik-Maciejewicz A, Slominski T.(2010) Stress and the skin. *G Ital Dermatol Venereol*.145:213-219.

Rosińska, M., Rzepa, T., Szramka-Pawlak, B., & Żaba, R. (2017). Body image and depressive symptoms in person suffering from psoriasis. *Psychiatria Polska*, 51(6), 1145-1152. doi:10.12740/PP/68948.

Sabat, R., Philipp, S., Höflich, C., Kreutzer, S., Wallace, E., Asadullah, K., & Wolk, K. (2007). Immunopathogenesis of psoriasis. *Experimental dermatology*, 16(10), 779-798.

Sampogna, F., Tabolli, S., & Abeni, D. (2012). Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Dermato-Venereologica*, 92(3), 299-303. doi:10.2340/00015555-1273.

Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics Of North America*, 35(Depression), 51-71. doi:10.1016/j.psc.2011.12.001.

Scarpa, R., Altomare, G., Marchesoni, A., Balato, N., Matucci Cerinic, M., Lotti, T., & ... Giannetti, A. (2010). Psoriatic disease: concepts and implications. *Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology: JEADV*, 24(6), 627-630. doi:10.1111/j.1468-3083.2010.03574.x.



Schmieder, A., Poppe, M., Hametner, C., Meyer-Schraml, H., Schaarschmidt, M., Findeisen, P., & ... Ludwig-Peitsch, W. K. (2015). Impact of fumaric acid esters on cardiovascular risk factors and depression in psoriasis: a prospective pilot study. *Archives Of Dermatological Research*, 307(5), 413-424.  
doi:10.1007/s00403-015-1541-7.

Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383–1392.

Settineri, S., Guarneri, F., Saitta, A., Mento, C., & Cannavò, S. P. (2013). Depression profiles in skin disorders. *Open Journal of Psychiatry*, 3(01), 186.

Singh, P., & Mastana, S. (2015). *Depression : A Silent Culprit in Health and Disease*. Sharjah, U.A.E: Bentham Science Publishers.

Sifneos E. (1996). Alexithymia: Past and present. *American Journal of Psychiatry*.153:137–142.

Silverstein, B., & Perlick, D. (1995). *The Cost of Competence : Why Inequality Causes Depression, Eating Disorders, and Illness in Women*. New York: Oxford University Press.

Spielberger, C.D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Stangor, C., & Walinga, J. (2010). Introduction to psychology. Flat world Knowledge.

Stark, S. W. (2016). Beck Depression Inventory (BDI). Salem Press Encyclopedia Of Health, Research Starters, EBSCOhost (accessed January 2, 2017).

Strongman, K. T. (2003). The psychology of emotion: From everyday life to theory. Chichester, West Sussex, England: Wiley.

Şahin, H. (2005). Öfke ve öfke denetiminin kuramsal temelleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi, 6(10), 1-22.

Şahin, N. H. & Durak, A. (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi, 10(34), 56-73.

Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., & Tosun, A. (2013). Aleksitimi Kavramı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(4).

Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., & Tosun, A. (2014). Aleksitimi: Tedavi Girişimleri. Current Approaches In Psychiatry / Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(1), 22-31.  
doi:10.5455/cap.20130515054141.

Theories of personality, 7th ed. (2009). SciTech Book News.

Tichomirowa, M. A., Keck, M. E., Schneider, H. J., Paez-Pereda, M., Renner, U., Holsboer, F., & Stalla, G. K. (2005). Endocrine disturbances in depression. *Journal of endocrinological investigation*, 28(3), 89-99.

Torrado, M. V., Ouakinin, S. S., & Bacelar-Nicolau, L. (2013). Alexithymia, emotional awareness and perceived dysfunctional parental behaviors in heroin dependents. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(6), 703-718.

Tuğrul, C. D. (2000). Stres ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 4, 12-17.

Ulnik, J. (2013). Psychological evaluation of the dermatology patient: Apsychoanalyst's perspective. *Clinics In Dermatology*, 31(1), 11-17.  
doi:10.1016/j.clindermatol.2011.11.002.

Ulusoy, O. (2008). Ergenlerde bilişim teknolojileri kullanımı ve saldırganlık ilişkisi. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.

Varol, R., Karakaş, S., & Bedel, A. (2015). Stresle Başa Çıkma Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tarzlarına ve Otomatik Düşüncelerine Etkisi. *International Journal Of Eurasia Social Sciences / Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(19), 76-91.

Wasserman, D. (2011). *Depression*. Oxford/ OUP Oxford.

Werfel, T., Breuer, K., Schmid-Ott, G., Göldner, F., & Jäger, B. (2015). Chronic stress experience and burnout syndrome have appreciable influence on health-related quality of life in patients with psoriasis. *Journal Of The European Academy Of Dermatology & Venereology*, 29(10), 1898-1904. doi:10.1111/jdv.12999.

Willemsen R., Roseeuw D., Vanderlinden J. (2008) Alexithymia and dermatology: the state of the art *Int J Dermatol*; 47:903–910.

World Health Organization. Global report on psoriasis. Health Care. 2016.

Yaylı S. (2016). Tropikal Tedavi. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 50 (Suppl 1):7-12.

Yazıcı, A. C., Başterzi, A., Acar, Ş. T., Üstünsoy, D., İkizoğlu, G., Demirseren, D., & Kanık, A. (2006). Alopesi Areata ve Aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17, 101-6.

**Ekler****Ek A****Kişisel Bilgi Formu****Değerli katılımcı;**

Bu araştırma Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nda yapılan tez çalışması için uygulanmaktadır. Aşağıdaki her bir soruyu dikkatlice okuyarak kendiniz için uygun olan parantezin içerisine (X) işareti koyunuz ve boş olan yerlere uygun olan cevapları yazınız.

Araştırmamız açısından kimlik bilgileriniz önem taşımadığından, anket formları üzerine **ad ve soyadınız yazılmayacaktır**. Vereceğiniz yanıtlar sadece araştırmacı tarafından bilimsel veri amacıyla kullanılacaktır. **Ankette yer alan hiç bir sorunun doğru ya da yanlış cevabı yoktur**. Yapılan bilimsel çalışmanın geçerliği ve güvenilirliği vereceğiniz samimi cevaplara bağlıdır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Psk. Büşra UĞURCAN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Betül AYDIN

## Ek B

### Sosyo-Demografik Form

1. Cinsiyetiniz : Kadın ( ) Erkek ( )

2. Yaşınız :

3. Doğum yeriniz :

4. Eğitim durumunuz :

İlköğretim Ortaöğretim Lise Üniversite Yüksek lisans / Doktora Doktora ve üstü

5. Yaptığınız iş ya da meslek

Memur İşçi Esnaf-Tüccar Ev hanımı Öğrenci Çiftçi Emekli Yok

6. Annenizin eğitim durumu:

İlköğretim Ortaöğretim Lise Üniversite Yüksek lisans / Doktora Doktora ve üstü

7. Babanızın eğitim durumu

İlköğretim Ortaöğretim Lise Üniversite Yüksek lisans / Doktora Doktora ve üstü

8. Anne: Sağ ( ) Öldü ( )

9. Baba: Sağ ( ) Öldü ( )

10. Yaşadığınız yer: Ailele birlikte ( ) Yurtta ( ) Ayrı evde ( ) Diğer (\_\_\_\_\_)

11. Ailenizin ortalama aylık gelir durumu nasıldır?

0 – 1000 TL 1000-1500 TL 1500-2000 TL 2000-2500 TL 2500-3000 TL 3000 TL ve üstü

## Ek C

## Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

<i>Bir sıkıntım olduğunda..</i>	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
2- İyimser olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
3- Bir mucize olmasını beklerim	( )	( )	( )	( )
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum	( )	( )	( )	( )
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum	( )	( )	( )	( )
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	( )	( )	( )	( )
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum	( )	( )	( )	( )
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım	( )	( )	( )	( )
15- Problemin çözümü için adak adarım	( )	( )	( )	( )
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	( )	( )	( )	( )

	%0	%30	%70	%100
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
19- Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	( )	( )	( )	( )
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
21- Mücadeleden vazgeçerim	( )	( )	( )	( )
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	( )	( )	( )	( )
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	( )	( )	( )	( )
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	( )	( )	( )	( )
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim	( )	( )	( )	( )
27-“Benim suçum ne” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	( )	( )	( )	( )
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	( )	( )	( )	( )



**Ek D**  
**Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (Söötö)**

**I. BÖLÜM**

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında size en iyi tanımlayanı seçerek (x) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğini gösteren cevabı işaretleyiniz.

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Tümüyle

<i>Öfkelenişimde veya kızdığımda..</i>	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
1- Çabuk parlarım.	1	2	3	4
2- Kızgın mizaçlıyım.	1	2	3	4
3- Öfkesi burnunda bir insanımdır.	1	2	3	4
4- Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	1	2	3	4
5- Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.	1	2	3	4
6- Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4
7- Öfkelenişimde ağzıma geleni söylerim.	1	2	3	4
8- Başkalarının önünde eleştirilmek beni hiddetlendirir.	1	2	3	4
9- Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.	1	2	3	4
10- Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	1	2	3	4

## 2.BÖLÜM

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (x) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeyin.

<i>Öfkelendiğinizde veya kızdığınızda..</i>	Hiç	Biraz Oldukça	Tümü yle	
1- Öfkemi kontrol ederim.	1	2	3	4
2- Kızgınlığımı gösteririm.	1	2	3	4
3- Öfkemi içime atarım.	1	2	3	4
4- Başkalarına karşı sabırlıyım.	1	2	3	4
5- Somurtur ya da surat asarım.	1	2	3	4
6- İnsanlardan uzak dururum.	1	2	3	4
7- Başkalarına iğneli sözler söylerim.	1	2	3	4
8- Soğukkanlılığımı korurum.	1	2	3	4
9- Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	1	2	3	4
10- İçin için köpürürüm ama gösteremem.	1	2	3	4
11- Davranışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4
12- Başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
13- İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	1	2	3	4
14- Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	1	2	3	4
15- Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	1	2	3	4
16- Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	1	2	3	4
17- Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	1	2	3	4
18- Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	1	2	3	4
19- Kötü şeyler söylerim.	1	2	3	4
20- Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4
21- İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	1	2	3	4
22- Sinirlerime hâkim olamam.	1	2	3	4
23- Beni sinirlendirenlere, ne hissettiğimi söylerim.	1	2	3	4
24- Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	1	2	3	4

## Ek E

## Beck Depresyon

## Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>1</b> (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.<br/>(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.<br/>(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.<br/>(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.</p> <p><b>2</b> (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.<br/>(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.<br/>(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.<br/>(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.</p> <p><b>3</b> (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.<br/>(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.<br/>(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.<br/>(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.</p> <p><b>4</b> (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.<br/>(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.<br/>(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.<br/>(3) Herşeyden sıkılıyorum.</p> <p><b>5</b> (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.<br/>(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.<br/>(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.<br/>(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.</p> <p><b>6</b> (0) Kendimden memnunum.<br/>(1) Kendimden pek memnun değilim.<br/>(2) Kendime kızgınım.<br/>(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> <p><b>7</b> (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.<br/>(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.<br/>(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.<br/>(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.</p> <p><b>8</b> (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.<br/>(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.<br/>(2) Kendimi öldürmek isterdim.<br/>(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.</p> <p><b>9</b> (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.<br/>(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.<br/>(2) Çoğu zaman ağlıyorum.<br/>(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> <p><b>10</b> (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.<br/>(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.<br/>(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.<br/>(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.</p> <p><b>11</b> (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.<br/>(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.<br/>(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.<br/>(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.</p> | <p><b>12</b> (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.<br/>(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.<br/>(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.<br/>(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> <p><b>13</b> (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.<br/>(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.<br/>(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.<br/>(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> <p><b>14</b> (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.<br/>(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.<br/>(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.<br/>(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.</p> <p><b>15</b> (0) Uykum her zamanki gibi.<br/>(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.<br/>(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.<br/>(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.</p> <p><b>16</b> (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.<br/>(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.<br/>(2) Her şey beni yoruyor.<br/>(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.</p> <p><b>17</b> (0) İştahım her zamanki gibi.<br/>(1) Eskisinden daha iştahsızım.<br/>(2) İştahım çok azaldı.<br/>(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> <p><b>18</b> (0) Son zamanlarda zayıflamadım.<br/>(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.<br/>(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.<br/>(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.</p> <p><b>19</b> (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.<br/>(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.<br/>(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.<br/>(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> <p><b>20</b> (0) Sekse karşı ilgisimde herhangi bir değişiklik yok.<br/>(1) Eskisine oranla sekse ilgisizim.<br/>(2) Cinsel isteğim çok azaldı.<br/>(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> <p><b>21</b> (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.<br/>(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.<br/>(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.<br/>(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |
|---|--|

**Toplam BECK-D skoru:.....**

## Ek G Toronto Aleksitimi Ölçeği (Tas-20)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlenmeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazı azaltır.....	1	2	3	4	5


## Ek H

### İzin Belgesi

Turkce TAS-20  Gelen Kutusu x



**Samet Kose** <sametskose@gmail.com>

Alıcı: bana 

Merhaba Busra Hanım,

Elbette, Turkce TAS-20'ni tezinizde kullanmanız beni gonendirir. Turk toplumu normatif degerler, makale ve olcegi ekte gonderiyorum.

İctenlikle,  
Samet Kose

2016-06-01 14:46 GMT-05:00 busra u <busraugurcan@gmail.com>:  
> Hocam merhaba,  
> Ben İstanbul Bilim Üniversitesi'nde Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisansı  
> yapıyorum. "Bazı dermatolojik vakalarda stres, depresyon, öfke ve aleksitimi"  
> başlıklı tezimde izniniz olursa sizin güvenilirlik ve geçerliliğini  
> çalıştığınız Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)' ni kullanmak istiyorum.  
>  
> Teşekkürler, iyi çalışmalar.  
>  
>  
> Büşra Uğurcan  
>