

**T.C.**  
**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**PSÖRİAZİS HASTALARINDA, ÇOCUKLUK ÇAĞI**  
**TRAVMALARININ VARLIĞI İLE ERİŞKİN BAĞLANMA**  
**BİÇİMLERİ VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİ İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**DR. CEREN ARIBAKIR DOĞRUYOL**

**DANIŞMAN**  
**PROF. DR. OSMAN İSMAİL ÖZDEL**

**DENİZLİ – 2024**

**T.C.**  
**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**PSÖRİAZİS HASTALARINDA, ÇOCUKLUK ÇAĞI**  
**TRAVMALARININ VARLIĞI İLE ERİŞKİN BAĞLANMA**  
**BİÇİMLERİ VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİ İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**DR. CEREN ARIBAKIR DOĞRUYOL**

**DANIŞMAN**  
**PROF. DR. OSMAN İSMAİL ÖZDEL**

**DENİZLİ – 2024**

## ONAY SAYFASI

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi birikimi ve tecrübeleri ile gelişimimde önemli yere sahip olan, mesleki ve sosyal anlamda çok şey öğrendiğim, tezimin tüm aşamalarında emeği ve desteğini hissettiğim saygıdeğer hocam Prof. Dr. Osman İsmail ÖZDEL'e;

Eğitim sürecimde, bilgi, tecrübe ve yaklaşımlarından faydalandığım, birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU'na, Prof. Dr. Gülfizar VARMA'ya, Prof. Dr. Selim TÜMKAYA'ya, Doç. Dr. Ayşe Nur İNCİ KENAR'a, Doç. Dr. Tuğçe TOKER UĞURLU'ya, Doç. Dr. Bengü YÜCENS'e, Doç. Dr. Melike Ceyhan BALCI ŞENGÜL'e, Doç. Dr. Osman Zülkif Topak'a, Dr. Öğr. Üyesi Nilgün OKTAR ERDOĞAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Şahabettin ÇETİN'e;

Çalışmanın Dermatoloji alanındaki destekleri için değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Özge Sevil KARSTARLI BAKAY'a, tüm dermatoloji asistan hekim arkadaşlarıma ve Gülşen Hemşire'ye, tezimin istatistik alanındaki yardımlarından dolayı Dr. Hande ŞENOL'a;

Uzmanlık eğitimim süresince işin yanında hayatı da paylaştığım, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan hekim arkadaşlarıma;

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, tüm Psikiyatri Hastanesi hemşirelerimize, psikolog arkadaşlarıma, sekreterlerimize ve personellerimize;

Tamamen gönüllülük ilkesi içinde çalışmaya katılmayı kabul eden sağlıklı gönüllülere ve değerli hastalarımıza;

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, her zaman ve her koşulda sevgi ve desteklerini hissettiğim, bana güç veren değerli ailem; annem Gülşen ARIBAKIR, babam Mesut ARIBAKIR ve abim Caner ARIBAKIR'a;

Bu hayatı, bu yolculuğu benimle paylaşan, zorlu anlarımda varlığıyla yüzümü güldürebilen, çözüm olan, en iyi arkadaşım ve sevgili eşim Anıl DOĞRUYOL'a;

Sonsuz teşekkürler...

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI .....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
TABLolar DİZİNİ .....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	x
ÖZET .....	xi
SUMMARY .....	xiii
GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
GENEL BİLGİLER .....	4
PSİKOSOMATİK TIP .....	4
PSİKOSOMATİK VE PSİKANALİTİK AÇIDAN DERİ .....	4
PSİKİYATRİ VE DERMATOLOJİ İLİŞKİSİ .....	6
PSÖRIAZİS .....	8
Tanım .....	8
Tarihçe .....	8
Epidemiyoloji .....	8
Etiyopatogenez .....	9
Klinik Özellikler .....	10
Eşlik Eden Ruhsal Sorunlar .....	11
Tedavi .....	12
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI .....	13
Tanım .....	13
Tarihçe .....	13

Epidemiyoloji .....	14
Sınıflama.....	14
İstismar .....	15
Fiziksel İstismar.....	15
Cinsel İstismar .....	15
Duygusal İstismar .....	15
İhmal .....	15
Fiziksel İhmal .....	15
Duygusal İhmal.....	16
Risk Faktörleri .....	16
Toplumsal Faktörler.....	16
Ailesel Faktörler .....	16
Kişisel Faktörler.....	17
Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatrik Bozukluklar.....	17
Psöriazis ve Çocukluk Çağı Travmaları .....	17
<b>BAĞLANMA .....</b>	<b>18</b>
Tanım.....	18
Bağlanma Kuramı.....	19
Bağlanma Biçimleri.....	22
Erişkinlikte Bağlanma .....	23
Bağlanma ve Psikopatoloji .....	24
Bağlanma ve Kronik Hastalıklar .....	25
Bağlanma ve Psöriazis .....	25
<b>MİZAÇ .....</b>	<b>26</b>
Tanım.....	26
Tarihçe .....	27

Psöriazis Hastalarında Kişilik Özellikleri ve Mizaç.....	31
GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
ÖRNEKLEM .....	34
Gönüllüler İçin Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri: .....	34
Gönüllüler İçin Dışlama Kriterleri: .....	35
ÇALIŞMANIN AŞAMALARI .....	35
VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	36
Sosyodemografik Veri Formu .....	36
DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5-CV) .....	36
Psöriazis Alan Şiddeti İndeksi (PASI).....	36
Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) .....	37
Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) .....	37
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	38
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği .....	38
Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A).....	39
İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME.....	39
BULGULAR.....	41
TARTIŞMA.....	60
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
KAYNAKÇA .....	79
EKLER .....	107

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- CRH:** Corticotropin Releasing Hormone  
**ÇÇTÖ:** Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği  
**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
**GABA:** Gama Aminobutirik Asit  
**HAM-A:** Hamilton Anksiyete Ölçeği  
**HAM-D:** Hamilton Depresyon Ölçeği  
**HCII:** Heparin Kofaktör II  
**HLA:** Human Leucocyte Antigen  
**HPA:** Hipotalamopitüiter Aks  
**IL:** İnterlökin  
**MÖ:** Milattan Önce  
**MS:** Milattan Sonra  
**PASI:** Psoriasis Area Severity Index  
**PSORS:** Psöriazis Duyarlılık Geni  
**SCID-5-CV:** DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme  
**TEMPS-A:** Memphis,Pisa,Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi  
**TNF:** Tümör Nekroz Faktörü  
**WHO:** World Health Organization



## TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması.....	42
Tablo 2. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması-2 .....	44
Tablo 3. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması-3 .....	46
Tablo 4. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması-4 .....	47
Tablo 5. Psöriazis Grubundaki Hastalık Özellikleri .....	49
Tablo 6. Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması-5 .....	50
Tablo 7. Grupların ÇÇTÖ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 8. Grupların EBBÖ ve TEMPS-A Puanlarının Karşılaştırılması .....	53
Tablo 9. Tüm Katılımcıların ÇÇTÖ Ölçek Puanlarının Diğer Ölçek Puanları ile İlişkisi.....	56
Tablo 10. Tüm Katılımcılarda HAM-A ve HAM-D Puanlarının EBBÖ Ölçek Puanları ile İlişkisi.....	57
Tablo 11. Psöriazis Grubunda PASI Skorlarının Diğer Ölçek Puanları ile İlişkisi ...	57
Tablo 12. Regresyon Analizi.....	59

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Çalışma Durumu	
Şekil 2. Ek Hastalık Varlığı .....	43
Şekil 3. Göç Varlığı	
Şekil 4. Kayıp Bebek Varlığı ve Sayısı.....	45
Şekil 5. Stresli Yaşam Olayı Varlığı	
Şekil 6. Stresli Yaşam Olayının Devam Eden Etkilerinin Varlığı.....	47
Şekil 7. Stresli Yaşam Olayı Türleri .....	48
Şekil 8. Geçmişte Psikiyatrik Hastalık Varlığı	
Şekil 9. Devam Eden Psikiyatrik Hastalık Varlığı.....	51
Şekil 10. HAM-A Puanları.	
Şekil 11. Anksiyete Derecesi .....	51
Şekil 12. HAM-D Puanları	
Şekil 13. Depresyon Derecesi .....	52
Şekil 14. ÇÇTÖ Alt Ölçek Puanları	
Şekil 15. ÇÇTÖ Toplam Ölçek Puanı.....	53
Şekil 16. EBBÖ Ölçek Puanları .....	54
Şekil 17. TEMPS-A Ölçek Puanları.....	55

## ÖZET

### **Psöriazis Hastalarında, Çocukluk Çağı Travmalarının Varlığı ile Erişkin Bağlanma Biçimleri ve Mizaç Özellikleri İlişkisi**

Dr. Ceren ARIBAKIR DOĞRUYOL

Psöriazis derinin çeşitli bölgelerinde, değişken boyutlarda, keskin sınırlı, dairesel, eritemli plak veya papüller üzerine yerleşimli parlak, sedefi-beyaz renkte skuamlarla karakterize, kronik seyirli, yineleyici, inflamatuvar bir hastalıktır. Psöriazis psikojenik faktörlerle ilişkisi en çok olan psikosomatik yönü ağır basan bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı psöriazis hastalığına sahip vaka grupları ile sağlıklı kontroller arasında çocukluk çağı travmalarının varlığı, erişkin bağlanma biçimleri ve mizaç özellikleri açısından farklılıkları değerlendirmek, değerlendirme sırasındaki çökkünlük ve kaygı düzeylerini saptamak ve bu durumların hastalık özellikleri ve hastalık şiddetiyle ilişkisini araştırmak ve tedavide fiziksel semptomların yanında ruhsal sağlığa da odaklanılmasını sağlamaktır. Çalışmaya Pamukkale Üniversitesi Dermatoloji Polikliniğine ayaktan başvuran ve Pamukkale Üniversitesi Dermatoloji Servisinde yatarak tedavi gören 60 psöriazis olgusu dâhil edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubu, çalışma için gerekli koşulları sağlayan ve hasta grubu ile benzer yaş ve cinsiyet özelliklerine sahip 60 sağlıklı gönüllü bireyden oluşturulmuştur. Bilgilendirilmiş onamla çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara öncelikle Sosyodemografik Veri Formu, SCID-5-CV (DSM-5 Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme), Psöriazis Alan Şiddeti İndeksi (PASI), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Envanteri, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Psöriazis hastalığı olan bireylerde stresli yaşam olayları ve bunun günümüzde devam eden etkileri sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur. Psöriazis grubunda yer alan katılımcıların değerlendirme sırasında sağlıklı kontrollere göre çökkünlük ve kaygı düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek olup; fiziksel ihmal ve istismar puanları ile çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanları sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Psöriazis tanılı erişkinlerde güvensiz bağlanma biçimlerinden olan kaygılı/kararsız bağlanma puanları sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek

saptanmıştır. Ayrıca psöriazis grubunda depresif ve irritabl mizaç oranı kontrol grubundan anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur. Psöriazis ve sağlıklı kontrol grubu birlikte değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travmaları ve güvensiz bağlanma biçimleri ile anksiyete ve depresyon skorları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile güvensiz bağlanma biçimleri arasında da pozitif yönde korelasyon olduğu görülmüştür. Ancak bu bulgular ile hastalık şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bulgularımız yaşanan yerin, bebek kaybının, fiziksel istismara uğramış olmanın, stresli yaşam olayının günümüzde devam eden etkilerinin varlığının, ailede psöriazis öyküsü olmasının ve kaygılı/kararsız bağlanmanın psöriazis gelişiminde riski arttıran bir faktör olabileceğini göstermektedir. Bu çalışmanın sonucunda, psöriazis hastalarına yaklaşımda yalnızca deri semptomlarına odaklı tedavi yerine; bireyi biyopsikososyokültürel bir bütün olarak ele alan ve ruhsal sağlığına da odaklanan multidisipliner tedavi yaklaşımlarının benimsenmesi vurgulanmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Psöriazis, çocukluk çağı travmaları, bağlanma, mizaç

## SUMMARY

### **The Relationship Between the Presence of Childhood Traumas, Adult Attachment Styles, and Temperament Characteristics in Patients with Psoriasis**

Dr. Ceren ARIBAKIR DOGRUYOL

Psoriasis is a chronic, recurrent, inflammatory disease characterised by shiny, pearlescent-white squames located on sharply circumscribed, circular, erythematous plaques or papules of variable size in various parts of the skin. Psoriasis is a predominantly psychosomatic disease which is most commonly associated with psychogenic factors. The aim of this study was to evaluate the differences between cases with psoriasis and healthy controls in terms of the presence of childhood traumas, adult attachment styles and temperament characteristics, to determine the levels of depression and anxiety during the evaluation, to investigate the relationship of these conditions with disease characteristics and disease severity, and to focus on mental health as well as physical symptoms in treatment. The study included 60 psoriasis cases who were admitted to Pamukkale University Dermatology Outpatient Clinic and 60 psoriasis cases who were hospitalised in Pamukkale University Dermatology Service. The healthy control group consisted of 60 healthy volunteers who fulfilled the necessary conditions for the study and had similar age and gender characteristics with the patient group. Sociodemographic Data Form, SCID-5-CV (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version), Psoriasis Area and Severity Index (PASI), Childhood Trauma Questionnaire, Adult Attachment Scale, TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego – Autoquestionnaire), Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale were administered to the participants who agreed to participate in the study with informed consent. Stressful life events and their ongoing effects were found to be significantly higher in individuals with psoriasis than in the healthy control group. The participants in the psoriasis group had significantly higher levels of depression and anxiety during the evaluation compared to healthy controls, and their physical neglect and abuse scores and total scores on the childhood traumas scale were higher than the participants in the healthy control group. In adults diagnosed with psoriasis, anxious/ambivalent attachment scores, one of the insecure attachment styles, were

significantly higher than healthy controls. In addition, depressive and irritable temperament characteristics were significantly higher in the psoriasis group than in the control group. When psoriasis and healthy control groups were evaluated together, childhood traumas and insecure attachment styles were positively correlated with anxiety and depression scores. There was also a positive correlation between childhood traumas and insecure attachment styles. However, no significant relationship was found between these findings and disease severity. Our findings suggest that place of residence, loss of an infant, experiencing physical abuse, ongoing effects of stressful life events, a family history of psoriasis and anxious/ambivalent attachment may be factors that increase the risk of developing psoriasis. Based on the results of this study, it is emphasized that a multidisciplinary treatment approach, which addresses the individual as a biopsychosocial-cultural whole and focuses on mental health, should be adopted in the management of psoriasis patients, rather than treatment that solely focuses on skin symptoms.

**Key words:** Psoriasis, childhood trauma, attachment, temperament

## GİRİŞ VE AMAÇ

Psöriazis, psikosomatik hastalıklar sınıfında yer alan bir deri hastalığıdır. Psikosomatik Bozukluklar, kısmen duygusal etmenlerden kaynaklanan fizyolojik değişiklikler ile karakterize bozukluklar olarak tanımlanabilir (1). Fiziksel ve ruhsal stres, anksiyete ve depresyon; insan vücudunu psikofizyolojik açıdan büyük oranda etkilemektedir (2).

Deri vücudun en büyük organı olmasının yanı sıra; birey ve dış dünya arasında psikolojik, sosyal ve metabolik açıdan bir arayüzdür (3). Derinin; korku, kızgınlık, utanç, öfke gibi duyguları ifade etme, emosyonel uyaranlara yanıt verme, bebeğin anneye bağlanması, kendilik imajı ve özgüveni sağlama üzerindeki etkisi büyüktür (4), (5). Derinin beyinle olan ilişkisi embriyonik döneme kadar uzanır; deri ile beyin ektodermden köken alır ve aynı hormonlar ve nörotransmitterlerden etkilenir (5). Zihnin bir uzantısı olarak değerlendirilen bir organ olan derinin psikiyatride önemli bir yeri vardır (6). Çevre ile iletişimi sağlayan ve göz önünde bir organ olması nedeniyle duygularını ifade etmekte güçlük çeken ve somatizasyona yatkınlığı olan bireylerde, olumsuz duyguların dışa vurumu için en kolay yol deri lezyonlarıdır (7).

Psöriazis değişken boyutlarda, çoğunlukla saçlı deriyi, dirsekleri, dizleri, lumbosakral bölgeyi ve eklemlerin ekstansör yüzlerini etkileyen, keskin sınırlı, dairesel, eritemli plak veya papüller üzerine yerleşimli parlak, sedefi-beyaz renkte skuamlarla karakterize, kronik seyirli, yineleyici, inflamatuvar bir hastalıktır (8), (9). Psöriazis psikojenik faktörlerle ilişkisi en çok olan psikosomatik yönü ağır basan bir hastalıktır. Kalıtsal veya bireysel olarak yatkın bir zemin üzerinde multifaktöryel çevresel uyaranlar grubundan bir veya birkaçının hastalığı başlattığı ve alevlendirdiği düşünülmektedir (10). Akut bakteriyel ve viral infeksiyonlar, diyet, alkol ve sigara kullanımı, ilaçlar (lityum, antimalaryaller,  $\beta$ -adrenerjik blokerler vb.), psikojenik stres ve mekanik travmanın tetikleyici uyaranlar olarak rol aldığı düşünülmektedir (3), (11). Psikojenik stres ve psöriazis arasındaki bağlantı, stresin hem hücresel hem de humoral immün sistem üzerindeki etkisine dayanmaktadır.

Psöriazis ve psöriazisle ilişkili stres daha fazla ruhsal sorun ve psikiyatrik eştanı ile ilişkilendirilmektedir. Psöriazis hastalarında daha yüksek oranda majör depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve eşlik eden kişilik bozuklukları prevalansının olduğu

bildirilmiştir (3). Psikososyal stres, bu cilt hastalığı için bir risk faktörü oluşturmakla birlikte, diğer yandan psöriazisin kendisi hastaların kendilik imajını önemli ölçüde etkiler ve psikososyal morbiditeye neden olur (12), (13).

Çocukluk çağı travmaları, bireylerin 18 yaş öncesi maruz kaldıkları fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmalin yanı sıra ebeveynin kaybı, ebeveynden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler şeklinde tanımlanmaktadır (14). Uzamış ve ciddi travma, genelde yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkmakta, duygu düzenleme becerilerinde bozulmaya, bazı bireylerde de sosyal ilişkilerde zorlanmaya ve erişkin dönemde bazı psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (15). Travmatik çocukluk deneyimleri yalnızca mağdurların ruh sağlığını değil, aynı zamanda da fiziksel sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir (16), (17), (18). Simonic ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, psöriazisi genetik yatkınlığın mevcut olduğu çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin bedensel bir yansıması olarak kabul etmişlerdir (19). Geç çocukluk ve ergenlik dönemindeki olumsuz travmatik olaylar ve emosyonel immatürite psöriazisin erken başlangıcı için bir tetikleyici rolü üstlenmektedir (19), (20).

İnsan yaşamında bağlanma, bebek ile bakım vereni arasında oluşan ilk temasla birlikte bebeğin güvende hissetmesini, emniyetini, hayatta kalması için tehlikelerden kaçınmasını sağlamaya çalışan, devamlılığı ve tutarlılığı olan biyolojik temelli bir bağ olarak kendini gösterir (21). Bağlanma geliştirdiği kişiyle yakınlığın sağlanmasıyla bebek sevgi ve güven hisseder; bağlanma geliştirdiği kişiden ayrıldığı esnada ise üzüntü ve stres belirtileri gösterir.

Doğumdan itibaren bebek ile bakım vereni arasında gelişen bağlanma için derinin çok önemli bir rolü vardır. Sözsüz iletişimin önem kazandığı bu ilk dönemde genellikle hoş bir duygu yaratan deri-deriye temaslar ve buna eşlik eden beslenme ve bakım bağlanma gelişiminin temelini oluşturur.

Bağlanma kuramını ileri süren Bowlby'e göre, erken çocukluk döneminde oluşan bağlanma modeli yaşam boyunca çok fazla değişikliğe uğramadan devam etmektedir (22). Bireylerin stresle başa çıkma, duygularını düzenleyebilme becerileri ve erişkin dönemdeki romantik ilişkileri bağlanma örüntülerinden etkilenmektedir.

Güvenli bağlanma biçimine sahip kişiler, duygularını rahatça ifade edebilir, başkalarının onayına daha az ihtiyaç duyar, yakınlık kurma konusunda daha az kaygı



yaşar, stres kaynağı durumla baş edebileceklerine dair kendilerine güvenirler (23), (24). Kaçınan bağlanma biçimine sahip kişiler, kendilerini ifade etme konusunda çekinirler, hayal kırıklığına uğramamak için yakın ilişkilerden kaçınarak, özerkliklerine aşırı derecede önem verirler. Kaygılı/kararsız bağlanma biçimine sahip bireyler ise özgüveni düşük, partnerlerinin ona yeterince değer vermediğini düşünen, başkaları ile yakın ilişkiler kurmaktan kaçınarak diğerlerinden gelebilecek reddedilmeye karşı kendilerini korumaya çalışan bireylerdir. (23).

Bağlanma biçimleri ile kronik otoimmün hastalıkların, psikosomatik hastalıkların ve çeşitli deri hastalıklarının ilişkisini inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Güvensiz bağlanmanın strese karşı artmış duyarlılık, yetersiz sosyal destek ve azalan öz-değer yoluyla psöriazis ve diğer psikosomatik deri hastalıklarının gelişiminde ve alevlenmesinde rolü olduğu düşünülmektedir (25).

Mizaç, bir bireyin duygusal uyarılara karşı duyarlılığı, yanıt verme gücü ve hızı, hakim olan ruh halinin niteliği, dikkat ve aktivite düzeyindeki bireysel farklılıkları da içeren, kalıtsal, nörobiyolojik temelli, yaşam boyu neredeyse hiç değişmeyen, tekrarlayan davranış eğilimleri olarak tanımlanmaktadır (26), (27), (28). Akiskal hem teorik hem de klinik gözlemlerle geliştirilen depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz olmak üzere 5 temel mizaç tanımlamıştır (29). Psöriazisin başlangıcı ya da tetiklenmesinde kişilik özelliklerinin rolü bulunmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalarda “mizaç ve karakter özellikleri açısından fark olmadığı” ve “depresif, anksiyöz ve irritabl mizaç özelliklerinde daha yüksek puanlar saptandığı” şeklinde çelişkili sonuçlar bulunmasına rağmen, psikosomatik hastalıklarda eşlik eden kişilik değişikliklerinin dikkate alınması hastaların yaşam kalitesini arttırabilecek müdahalelerde bulunma yönünden önem taşımaktadır.

Çalışmamızda psöriazis ile ilişkili olduğu düşünülen çocukluk çağı travmaları, erişkin bağlanma biçimleri ve mizaç özellikleri incelenerek sosyodemografik verilerle birlikte bütüncül bir değerlendirme yapılması planlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı; psöriazis hastalığına sahip vaka grupları ile sağlıklı kontroller arasında çocukluk çağı travmalarının varlığı, erişkin bağlanma biçimleri ve mizaç özellikleri açısından farklılıkları değerlendirmek, değerlendirme sırasındaki çökkünlük ve kaygı düzeylerini saptamak ve bu durumların hastalık özellikleri ve hastalık şiddetiyle ilişkisini araştırmaktır.

## GENEL BİLGİLER

### PSİKOSOMATİK TIP

Yunancadan köken alan “psyche” (zihin) ve “soma” (beden) kelimelerinden türetilmiş bir kavram olan Psikosomatik terimi, ilk kez 1818 yılında Alman bir psikiyatrist olan Heinroth tarafından kullanılmıştır (30). “Psikosomatik Tıp” kavramı ise Felix Deutsch isimli Avusturyalı psikiyatrist tarafından 1922 yılında literatüre sunulmuştur (1). Psikosomatik tıp; insanı biyopsikososyal bir bütün olarak ele alan ve ruh ve beden ayırımına karşı gelen bir yaklaşımdır (31).

Psikosomatik Bozukluklar, kısmen duygusal etmenlerden kaynaklanan fizyolojik değişiklikler ile karakterize bozukluklar olarak tanımlanabilir (1). Ayrıca “Psikofizyolojik Bozukluklar”, “Stresle İlişkili Bozukluklar” ve DSM-5’te yer aldığı ismiyle “Tıbbi Durumları Etkileyen Psikolojik Etkenler” olarak da adlandırılır (32).

Fiziksel ve ruhsal stres, anksiyete ve depresyon; insan vücudunu psikofizyolojik açıdan büyük oranda etkilemektedir (2). Temelde nöral, endokrinolojik ve immünolojik mekanizmalar aracılığı ile bu psikofizyolojik yanıtlar gerçekleşir (1). Bu mekanizmalar yolu ile artan allostatik yük; bireylerin savunma mekanizmalarının yeterli olduğu durumlarda geri döndürülebilirken, yetersiz olduğu durumlarda ise homeostatik dengenin bozulmasına ve psikosomatik bozukluklar olarak adlandırdığımız çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına yol açar (1).

Psikosomatik tıp; kronik stresi, ruhsal iyilik halini, yaşam olaylarını, kişilik faktörlerini, sağlıkla ilgili davranış ve tutumları konu edinir (30). Psikosomatik tıp psikososyal faktörlerin tıbbi hastalıklar üzerindeki önemini vurgulamakta olup, insana olan bütüncül bakış açısı sayesinde hastalıkların önlenmesi, tanı konması ve tedavisine getirdiği yaklaşımlarla diğer tıp dallarını da etkilemiştir (33).

### PSİKOSOMATİK VE PSİKANALİTİK AÇIDAN DERİ

Deri vücudun en büyük organı olmasının yanı sıra; birey ve dış dünya arasında psikolojik, sosyal ve metabolik açıdan bir arayüzdür (3). Derinin; korku, kızgınlık, utanç, öfke gibi duyguları ifade etme, emosyonel uyaranlara yanıt verme, bebeğin anneye bağlanması, kendilik imajı ve özgüveni sağlama üzerindeki etkisi büyüktür (4), (5). Derinin beyinle olan ilişkisi embriyonik döneme kadar uzanır; deri ile beyin ektodermden köken alır ve aynı hormonlar ve nörotransmitterlerden etkilenir (5).

Zihnin bir uzantısı olarak değerlendirilen bir organ olan derinin psikiyatride önemli bir yeri vardır (6).

Milattan önceki çağlarda Hipokrat, duygusal strese yanıt olarak saçlarını yolan vakalar bildirerek stres ve deri ilişkisine dikkat çekmiştir (34). Aristoteles, zihin ve beden iki ayrı varlık değil, tamamlayıcı ve ayrılmaz olduğuna inanıyordu (34). M.S. 1155 yılında İran'da kişilerarası ilişkilerindeki çatışmalar ve anksiyeteye bağlı alevlenen psöriazis vakası tarihteki ilk yazılı psikosomatik deri hastalığı örneğidir (35). 1857'de William James Erasmus Wilson isimli İngiliz dermatolog ve cerrah "Derinin Hastalıkları" isimli kitabında sanırsal parazitoz, alopesi areata, kaşıntı ve hipopigmente lezyonlar gibi stresle alakalı deri lezyonlarını tanımlamıştır (36).

Deri, iç ve dış uyaranlara karşı koruyucu, birey ve dış dünya arasında bir sınır işlevi üstlenen, bu sebeple varoluşumuzda özel bir yeri olan organdır (37), (6). Deri aynı zamanda libidinal işlevi olan bir organdır. Bebeklik döneminden itibaren dokunma, okşama, ağrı, acı, ısı da erojen haz kaynaklarıdır (6). Freud, bebeklikte anne bedeniyle yakın temas, termal uyaranlar, tuvalet eğitimi sırasında bebeğin cinsel bölgesiyle olan temas, parmak emme gibi durumlarda derinin uyarılmasının cinsel uyarılmanın kaynağı olabileceğini keşfetmişti (38). Erotojenik bölgeler ve özellikle bunlara karşılık gelen mukoza zarları, cinsel organlar gibi davranabilir ve cinsel uyarılma altında yeni hislerin ve "içsel değişimlerin" veya ereksiyonla bile karşılaştırılabilecek süreçlerin kaynağı olabilir (38). Freud'un psikoseksüel gelişim kuramının temel ilkesi oral, anal ve fallik dönemdeki erojen bölgeler üzerinden şekillenmektedir.

Erojen bir bölge olup psikoseksüel gelişimde önemli rol almasının yanında deri ve kimlik ilişkisi de psikanalitik açıdan önem teşkil etmektedir. Anzieu'ya göre bebek ve bakım vereni arasında dokunma aracılığı ile kurulan ilişki tüm duyu organlarının algıladığı ve kaydettiği duyumların ilk formudur (39). Bu ilişki bebeğin arzu, gereksinim ve kaygılarının bakım veren tarafından anlaşıldığı, duygusal durumun aynası işlevini gören iki taraflı bir iletişim ağıdır. Bu iletişim ağı sayesinde egonun ilk uyarlaması olan "deri egosu" oluşur (39). Deri-ego kavramı Anzieu tarafından 1974 yılında tanıtılmıştır (40). Anzieu deri-egoyu psişik bir zar olarak görür; bu zar psişeyi içerir, sınırlarını belirler ve korur. Deri-egonun en önemli işlevlerinden biri, kendiliğe ait olanla olmayanı ayırt etmek, kişinin kendi istekleri, düşünceleri ve duyguları ile

diğer insanlarınkileri farklılaştırmak, içsel gerçekliği biyolojik beden ve dış dünyanın gerçekliğinden ayırmaktır. Anzieu'ya göre deri-ego dışarıdan fiziksel acı ve içeriden psikolojik acı tarafından tehdit edilebilir. Bedensel travma deri koruyucu kalkanının delinmesi anlamına gelirken; zihinsel travma da aşırı uyarılma ile deri-egonun delinmesi anlamına gelir. Derinin kapsama işlevi yeterince gelişmemişse veya bir travma sonrası çökmüşse yeniden sağlamaya yönelik bir yol, kendine gerçek bir acı uygulamak olabilir. Deri yolma, deri aracılığı ile kendine fiziksel zarar verme girişimleri bazı bireyler için gerçek olarak kendini deneyimlemenin ve dayanılmaz acıyı sabit bir yere sınırlamanın bir yolu olabilir. Anzieu, deri hastalıklarını varoluşun stresiyle, narsisistik eksikliklerle ve benin yapılaşmasındaki yetersizliklerle ilişkilendirmiştir (41).

Deri bir ifade organıdır ve kızarma, solgunluk, piloereksiyon ve terleme ile duygulara yanıt verir (3). Duygularını açıkça ifade etme, kendilik imajı oluşumu ve sosyalleşme sürecinde önemli rol oynar (42). Psikosomatik kurama göre; kişinin bütünlüğünü tehdit eden, kaygı oluşturan çatışma durumu ve çatışma ile ilgili duyguları tanımlama ve ifade etme kapasitesindeki gelişimin durması psikosomatik belirti oluşumuyla sonuçlanmaktadır (3). Çevre ile iletişimi sağlayan ve göz önünde bir organ olması nedeniyle duygularını ifade etmekte güçlük çeken ve somatizasyona yatkınlığı olan bireylerde, olumsuz duyguların dışı vurumu için en kolay yol deri lezyonlarıdır (7).

Sonuçta zihin, beyin ve deri arasındaki etkileşimin aşıkardığı; psikopatolojik faktörlerin deri hastalıkları gelişiminde etiyolojik bir rol aldığı ve mevcut deri hastalıklarını şiddetlendirebildiği çıkarımında bulunmak zor değildir.

## **PSİKİYATRİ VE DERMATOLOJİ İLİŞKİSİ**

Psikodermatoloji; embriyolojik olarak aynı germ yaprağından köken alan beyin ve deri arasındaki etkileşimi konu edinen ve psikiyatri ve dermatoloji dallarının her ikisini de ilgilendiren hastalıklarla çalışan bir alandır (43). Çeşitli çalışmalar dermatolojik hastaların en az %40'ının psikiyatrik bir komorbidite gösterdiğini ve iki disiplin arasındaki etkileşimin daha iyi anlaşılmasının gerektiğini göstermiştir (44).

Deri hastalığı olan bireyler görünüşü değiştiren koşullarla uğraşırken sıklıkla değişik derecelerde psikososyal stres yaşar. Hastalığın yeri, zamanı, başlangıcı, seyri,

dış görünümü, kültürel tutumlar ve damgalanma faktörleri de psikososyal strese katkıda bulunur (45).

Bebeklik döneminde kutanöz stimülasyon ve algının hücre büyümesi, farklılaşması ve merkezi sinir sistemi olgunlaşması için önemli rol oynadığı bilinmektedir (3). Harry Harlow maymunlarla yapılan bir çalışmada erken dönemde dokunma ve fiziksel rahatlıktan yoksun bırakmanın agresif davranışlar ve diğer psikolojik sorunlar geliştirdiğini göstermiştir (46).

Bebekler ve bakımverenleri arasındaki duygusal bağ ile yetişkinlerin yakın ilişkilerinde kurduğu duygusal ilişki ve partnerlerinden ayrıldıkları zaman sergiledikleri davranış kalıpları benzerlik gösterir. Bağlanma yapısı; deri bozukluğu olan bazı bireylerin utanç duygusu ve cinsel sorunlar gibi hastalıkla ilişkili stresle başa çıkmada yakın ilişkileri kullandığını; ancak diğerlerinin iletişim kurmakta zorlandığını ve üzüntülerini paylaşmaktan kaçındığını açıklar (3).

Kişisel görünümü değiştiren dermatolojik hastalıklar bireylerde utanca, damgalanmaya, reddedilmeye, izolasyon gibi birçok psikososyal zorluğa neden olur. Utanç, bireyin benlik algısını değiştirebilir ve ilişkilerinde güvenlik duygusunu tehlikeye sokabilir (3).

Bireyin yaş, cinsiyet ve kişilik yapısı da kronik bir hastalıkla baş etme becerisi üzerinde önemli bir yere sahiptir. Psöriazis tanısı olan yaşlı bir hastaya kıyasla genç bir kadının duygusal açıdan daha fazla sorun yaşaması olasıdır. Başkalarının onu nasıl gördüğü konusunda yoğun kaygıları, hayranlık ve ilgi beklentileri olan narsisistik örgütlenmesi olan bir kişi deri hastalığı nedeniyle küçük düşürülmüş hissedebilir. Borderline kişilik bozukluğundan muzdarip hastalar deri hastalığını kendilik imajı ve otonomi için tehdit olarak görüp kaygı ve terk edilme korkusu ile tepki gösterebilirken; Obsesif-Kompulsif kişilik özellikleri olan bireyler deri lezyonları ve topikal tedavilere bağlı olarak aşırı tikslenme ve kontrol eksikliği hissedebilirler (3).

Sonuç olarak tüm bu nedenlerle çoğu dermatolojik hastalığın psikososyal yönü psikiyatri ve dermatolojinin beraber çalışmasının ve bütünleştirici bir tedavi planının gerekliliğini göstermektedir.

## **PSÖRIAZİS**

### **Tanım**

Psöriazis değişken boyutlarda, çoğunlukla saçlı deriyi, dirsekleri, dizleri, lumbosakral bölgeyi ve eklemlerin ekstansör yüzlerini etkileyen, keskin sınırlı, dairesel, eritemli plak veya papüller üzerine yerleşimli parlak, sedefi-beyaz renkte skuamlarla karakterize, kronik seyirli, yineleyici, inflamatuvar bir hastalıktır (8), (9). Skuamların beyaz/gümüş renginden dolayı halk arasında “Sedef Hastalığı” olarak bilinmektedir (47).

### **Tarihçe**

Deri hastalıklarının birçoğunun olduğu gibi psöriazisin adı da antik çağlara değin uzanmaktadır. Hipokrat ve Celsus psöriazis ile ilgili ilk tanımlamaları yapmıştır. Hipokrat (M.Ö. 460-377) göz kapağı ve genital bölgede kaşıntılı ve kepekli deri bulgularını tanımlamak için “psora” terimini kullanmıştır. 1. Yüzyılda Celsus (M.Ö. 25-M.S. 45) ekstremitelerin derisinde ve tırnaklarda görülen psöriazisi impetigo grubu hastalıklar arasında değerlendirmiştir. Robert Willian 1798’de psoriazis ve leprayı “lepra greacorum” ve “psoralepra” adlarıyla iki ayrı antite olarak tanımlamıştır (47), (48). 1841’de Viyana’lı bir dermatolog olan Ferdinand von Hebra bu ayrımı yaparak, hastalığın tek bir antite olduğunu bildirmiş ve “psoriasis” ismini bu özel hastalığa veren ilk kişi olmuştur (49). Hastalığın sınıflandırılması 19. yüzyılda devam etmiş, Heinrich Köbner 1872’de Köbner fenomenini, Henrich Auspitz ise Austpitz fenomenini tanımlamıştır (48). 20. yüzyılda bazı otörler de genetik faktörleri araştırmış, kromozom yapılarındaki (PSOR1-PSOR10) farklılıkları ve hastalığın multifaktöryel özelliklerini vurgulamışlardır (50), (51), (52). Günümüzde halen daha genetik, immünolojik araştırmalar ve tedavi konusundaki çalışmalar devam etmektedir.

### **Epidemiyoloji**

Psoriazis prevalansı ülke ve etnik gruplar arasında önemli farklılıklar göstermekle birlikte, Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre, küresel nüfusun yaklaşık %0,09-11,43’ü sedef hastalığından muzdariptir ve bu da onu dünya çapında en yaygın kronik deri hastalıklarından biri yapar (53).

Psöriazis, infantil dönemden yaşlılığa, herhangi bir dönemde ortaya çıkabilmektedir. Hastalık başlangıcı için, 20-30 ve 50-60 yaşları, iki en yüksek sıklığı oluşturmaktadır. Çocuklarda görülme sıklığı daha az olmakla birlikte, hastaların dörtte üçünde hastalık genç erişkin dönemde, 40 yaş altında başlar. Yirmi yaşında altındaki başlangıç oranı %35-50 olarak ifade edilmektedir (48). Christophers ve Henseler, hastalığın 40 yaş altında başlayıp insan lökosit antijeni (HLA) ile ilişki olanını tip 1, 40 yaş üzerinde başlayıp HLA ile ilişkisiz olanını tip 2 psöriazis şeklinde tanımlamıştır (54).

Psöriazis sıklığını cinsiyete göre değerlendirdiğimizde ise Michalek ve ark.'nın derlemesinde, psöriazisin erişkin dönemde erkek cinsiyette daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar daha fazla olsa da; bu anlamda genel kabul gören görüş psöriazisin her iki cinsiyeti de benzer oranda etkilediğidir (48), (53).

### **Etiyopatogenez**

Psöriazisin etiyopatogenezi tam olarak bilinmemesine rağmen genetik, epigenetik faktörlerle epidermis-immün sistem ilişkisindeki patolojiler hastalığın gelişimine katkıda bulunmaktadır (55). Kalıtsal veya bireysel olarak yatkın bir zemin üzerinde multifaktöryel çevresel uyaranlar grubundan bir veya birkaçının hastalığı başlattığı ve alevlendirdiği düşünülmektedir (10). Akut bakteriyel ve viral enfeksiyonlar, diyet, alkol ve sigara kullanımı, ilaçlar (lityum, antimalaryaller,  $\beta$ -adrenerjik blokerler vb.), psikojenik stres ve mekanik travmanın tetikleyici uyaranlar olarak rol aldığı düşünülmektedir (3), (11).

Psöriazisli hastaların yaklaşık %30-40 kadarının birinci derece yakınlarında da psöriazise rastlanmıştır. İkizlerde yapılan çalışmalarda, çift yumurta ikizlerinde psöriazis görülme riski %15-30 iken; tek yumurta ikizlerinde %65-72 gibi yüksek bir oran saptanmıştır (56). Bu bulgular, güçlü bir genetik altyapıya işaret ettiği için sorumlu genler araştırılmış ve hastalıkla ilişkili 50'den fazla gen bölgesi saptanmıştır (57). Psöriazis duyarlılık genleri (PSORS 1-12) hastalıktaki genetik riskin %35-40'ını oluşturmaktadır (56), (57).

Psöriazisin karakteristik özellikleri keratinosit hiperproliferasyonu, epidermis ve dermiste inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve dermis damarlarında genişlemedir. Bu değişiklikler hem doğal (native) hem de kazanılmış (adaptive) immün sistem

aktivasyonu sonucunda ortaya çıkar (58), (59), (60), (61). Dolayısıyla psöriazisin T-lenfosit aracılı bir hastalık olduğu görüşüne karşın; bu hastalığın T-lenfositler, dendritik hücreler, nötrofiller, makrofajlar, mast hücreleri ve keratinositler arasındaki karmaşık ilişkiler sonucunda ortaya çıktığı görüşü güncel görüştür (62).

Psöriazis psikojenik faktörlerle ilişkisi en çok olan psikosomatik yönü ağır basan bir hastalıktır (63). Bir yandan psikojenik stres psöriazis oluşumunda ve alevlenmesinde rol oynamakta ancak diğer yandan psöriazis hastalığının kendisi hastaların kendilik imajını önemli ölçüde etkileyerek psikososyal morbiditeye neden olmaktadır (12), (13). Psikojenik stres ve psöriazis arasındaki bağlantı, stresin hem hücresel hem de humoral immün sistem üzerindeki etkisine dayanmaktadır. Strese verilen fizyolojik yanıtlar arasında artmış sempatik aktivite, Hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin aşırı aktivasyonu ve proinflamatuvar sitokinlerin salınımı yer alır. Bir organizma tekrar tekrar bir stresöre maruz kalır ve uyum sağlayamazsa yanıt mekanizmalarının uygun olmayan aşırı aktivasyonu, organizmayı patolojilere yatkınlaştırabilen allostatik yüke neden olur (64), (65), (66). Bu fenomen psöriazisi kalıcı hale getirebilir veya hastalığı şiddetlendirebilir (67), (68), (69).

Stres, immün sistemi doğrudan nöroendokrin değişiklikler aracılığıyla veya kişinin diyet, yaşam tarzı, alkol ve sigara kullanımı gibi dolaylı yollarla etkilemektedir (70). Literatürde 2014 yılında yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, hem eskiden hem de aktif olarak sigara kullanan kişilerin sigara kullanmayanlara kıyasla psöriazis geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca günlük içilen sigara sayısının artmasının ve sigara içme süresinin uzamasının bu olasılığı arttıran ek faktörler olduğu saptanmıştır (71). Benzer bir şekilde alkol tüketimi ve psöriazis riski arasındaki ilişki konusunda literatürde çelişkili sonuçlar olsa da, 2012 yılında yayınlanan bir meta-analizde alkol tüketiminin psöriazisin patogenezinde yer aldığına dair güçlü kanıtlar saptanmıştır (72).

### **Klinik Özellikler**

Toplumda sık görülen ve ataklarla beraber uzun süre devam eden, kronik inflamatuvar bir hastalık olan psöriazisin farklı klinik alt tipleri bulunmaktadır. Bunlar; plak tipi psöriazis (psöriazis vulgaris), yaygın püstüler psöriazis, invers ve genital psöriazis, tırnak psöriazisi ve eklem psöriazisidir (psöriatik artrit). Hastadan hastaya



linik tablo değişiklik gösterebilir. Bazen hastalarda eş zamanlı ya da farklı zaman dilimlerinde farklı klinik tablolar gözlenebilmektedir (48).

Psöriazis vulgaris olarak da bilinen plak tipi psöriazis, vakalarının yaklaşık %90'ını oluşturan en sık görülen klinik tablosudur (73). Kronik plak psöriazis, eritrodermik psöriazis, guttat psöriazis ve palmoplantar psöriazis bu başlık altında yer alır (74). Plak tipi psöriaziste klasik morfoloji, yüzeyi gümüş renkli skuamaların kapladığı eritemli ve keskin sınırlı simetrik yerleşimli plaklar şeklindedir (75). Eritrodermik psöriazis ise vücudun %90'ından fazlasının plaklarla kaplı olduğu şiddetli ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden psöriazis formudur (48) (76), (77). Guttat psöriazis gövde ve ekstremitelerin proksimalinde yaygın olarak yerleşen, damla büyüklüğünde birçok küçük papül ve plaklarla seyreder, hastaların yaklaşık üçte ikisinde geçirilmiş farenjit/tonsillit öyküsü bulunur (78). Palmoplantar psöriazis, avuç içi ve ayak tabanlarında lokalize, eritemli keskin sınırlı plakların görüldüğü bir psöriazis formudur (48).

Yaygın püstüler psöriazis (Von Zumbusch Hastalığı) kronik plak psöriazisten epidemiyolojik olarak farklı olan dönemsel alevlenmeler, steril püstüller ve ateş ile ilişkili bir otoinflamatuvar hastalık işaretlerine sahiptir (75).

Guttat, eritrodermik ve püstüler psöriazis formları belirgin morfolojilere sahipken, diğer psöriazis varyantları yerleşim yeri ile karakterizedir. Bunlar arasında ekstansör yüzeyleri değil fleksuraları tutmasıyla giden hastalık formu olan invers/ters psöriazis, vulva, penis gibi bölgeleri tutan genital psöriazis ve tırnak psöriazisi bulunmaktadır (75). Artrit, entezit, daktilit ve aksiyel tutulum ile zengin kas-iskelet sistemi bulguları yanında deri ve tırnak tutulumu yapan psöriatik artrit (eklem psöriazisi) ise kompleks sistemik bir inflamatuvar hastalıktır (48).

### **Eşlik Eden Ruhsal Sorunlar**

Sedef hastalığı olan John Updike isimli yazar, bu hastalığa sahip olmakla ilgili çarpıcı bir şekilde şöyle söylemiştir: “Ben gümüşü, pulluyum. Etimi dinlendirdiğim her yerde pul birikintileri oluşur. Keskin görüşlü olsak da, kendimizi görmekten nefret ederiz. Ruhsal olarak konuşursak, hastalığın ismi aşağılanmadır.” (3).

Psöriazis ve psöriazisle ilişkili stres daha fazla ruhsal sorun ve psikiyatrik eştanı ile ilişkilendirilmektedir. Psöriazis hastalarında daha yüksek oranda majör depresif

bozukluk, anksiyete bozukluğu ve eşlik eden kişilik bozuklukları prevalansının olduğu bildirilmiştir (3). Bazı yazarlar, cilt lezyonlarının şiddeti ne olursa olsun, depresyonun bağımsız olarak psöriazis ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (79). Artan kanıtlar psöriazisin depresyona yol açabileceği gibi depresyonun da psöriazisi şiddetlendirdiğini ve kısır döngüye neden olduğunu ileri sürmektedir (80). 2391 psöriazis hastası ile yapılan bir çalışmada %62'sinin depresif semptomları olduğu gösterilmiştir (81). Psöriazis hastalarında kaşıntının şiddeti daha yüksek depresyon skorları ve intihar riski ile ilişkili bulunmuş ve kaşıntıda iyileşme depresyon skorlarında düşmeye neden olmuştur. Psöriazis hastalık şiddetinin yüksek olduğu hastalarda da intihar düşüncelerine daha yaygın rastlanmıştır (3).

Psikososyal stres, bu cilt hastalığı için bir risk faktörü oluşturmakla birlikte, diğer yandan psöriazisin kendisi hastaların kendilik imajını önemli ölçüde etkiler ve psikososyal morbiditeye neden olur (12), (13). Psöriazisten muzdarip olmak, damgalanmak, utanç ve endişe yaşamak anlamına gelmektedir (82), (83). Birçok hastada utanç duyma, öfke, suçluluk, başkalarının kirli ve mikroplu olduğunu düşüneceği korkusu mevcuttur (10). Ayrıca psöriazis kişilerarası ilişkileri ve cinsel yaşamı önemli ölçüde etkilemektedir (84). Jobling, psöriazis hastalarının %84'ünün sosyal ilişki kurarken zorluk yaşadığını, %27'sinin utandığını, %23'ünün lezyonlarını gizleyecek şekilde giyinmeye gereksinim duyduğunu bildirmiştir (85). Ramsay ve O'Reagan da benzer sonuçlar bularak, bu hastaların %50'sinin cinsel yaşamının psöriazise bağlı aksadığını, %10'unun bu hastalığın çocuklarında ortaya çıkacağı korkusu ile çocuk yapmaktan kaçındığını saptamıştır (86), (87). Sosyal kaçınma, psöriazisin korkunç sonuçlarından biridir ve hastaların sosyal işleyişinde giderek artan bir bozulmaya yol açar (88).

## **Tedavi**

Psöriazisin tedavisi için çeşitli seçenekler mevcuttur. Tedavi stratejileri temel olarak hastalığın alt tipine, şiddetine, daha önceki tedavi yanıtına ve hastanın tercihine göre belirlenir (89). Psöriazis vücudun küçük bir bölgesiyle sınırlıysa (vücut yüzey alanının %3-5'inden az) tedavinin temelini kortikosteroidler, D vitamini analogları, kalsinörin inhibitörleri ve retinoidler dahil olmak üzere topikal ajanlar oluşturur (90). Ultraviyole B, psoralen ultraviyole A gibi fototerapi yöntemleri stabil psöriatik

lezyonları, refrakter psöriazis plakları ve orta-şiddetli sedef hastalarını tedavi etmek için kullanılır (91). Metotreksat, siklosporin, asitretin, fumaratlar ve apremilast orta-şiddetli psöriaziste yaygın olarak kullanılan oral ajanlardır (92), (93). Son 20 yılda geliştirilen, belirli inflamatuvar mediyatörleri hedef alan, genellikle rekombinant monoklonal antikorlar veya reseptör füzyon proteinleri olan biyolojik ajanlar tedavi sürecini köklü bir şekilde değiştirmiştir (75). Tüm bu tedavilere ek olarak, psöriazise eşlik eden psikiyatrik komorbiditenin sıklığı, psöriazisin stres kaynaklı alevlenmelerine ilişkin kanıtlar ve hastaların toplumda damgalanma ile karşı karşıya gelmelerinden dolayı psikososyal müdahalelere ve psikofarmakolojik tedavilere de yer verilmelidir (3).

## **ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI**

### **Tanım**

Anlamlandırma, ilişki kurma ve kontrol etme becerilerini bozan, savunma mekanizmaları ve baş etme yöntemleri ile altından kalkamayacak kadar ıstırap veren, ezici ve sarsıcı yaşantılara psikolojik travma denmektedir (94). Travmaya her yaşta maruziyet sorunlara yol açarken; bu travma ile nasıl baş edebileceğini bilmeyen çocuk yaş grupları için ruhsal travmaya uğrama riski daha yüksektir.

Çocukluk çağı travmaları, bireylerin 18 yaş öncesi maruz kaldıkları fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmalin yanı sıra ebeveynin kaybı, ebeveynden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler şeklinde tanımlanmaktadır (14). Çocukluk çağı travmaları her kültürde ve sosyoekonomik düzeyde, tüm etnik gruplarda karşımıza çıkabilmektedir (95). WHO, çocuk istismarını “Bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fizik gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar” olarak tanımlar. Bu tanımlamadaki önemli nokta yetişkinin niyeti değil, eylemin çocuk üzerindeki etkisidir (96).

### **Tarihçe**

Çocukluk çağı travmaları insanlık tarihi kadar eskidir. Eski çağlarda bebeklerin nehre atılması, köle olarak satılması, kız çocukların utanç kaynağı olarak görülüp diri diri gömülmesi, ilk çocuğun tanrıya kurban olarak sunulması farklı kültür ve

inanişlarda karşımıza çıkan örneklerdendir (97), (98). Çocukluk ağı travmalarının psikiyatrik hastalıklar üzerine olan etkileri ile ilgili kayıtlar, II. Dünya Savaşı sonrasında ebeveynleri kaybeden veya toplama kamplarındaki çocukların tepkilerinden oluşturulmuştur. Sonraki yıllarda doğal afetlerin çocuklar zerindekileri ruhsal etkilerine yönelik kayıtlar tutulmuştur. Oluşan toplumsal duyarlılık sonucu hem Dünya'da hem de Türkiye'de sivil toplum kuruluşları ocuk istismarı ve ihmalini önlemeye yönelik çalışmalar yürütmektedir (15).

### **Epidemiyoloji**

Çocukluk ağı travmaları konusundaki nüfus-temelli araştırmalar, istismar ve ihmal kavramındaki farklılıklar, örnek gruplarındaki farklılıklar, bölgesel ve kültürel farklar ve sosyal açıdan damgalanma nedeniyle farklı sonuçlar ortaya koymuştur (3), (99). Kessler'in bildirdiğine göre WHO anketleri, nüfusun üçte birinden fazlasının çocukluk ağı travması yaşadığını göstermektedir (100). WHO, yaptığı uluslararası çalışmalar sonucunda erkeklerin yaklaşık %5-10'unun, kadınların da yaklaşık %20'sinin çocukluğunda cinsel istismara maruz kaldığını, tüm çocukların %25-50'sinin ise fiziksel istismara uğradığını bildirmiştir (101). Ülkemizdeki araştırmalar son 20 yıl içinde yapılmaya başlanmıştır. Yapılan birçok çalışmayı gözden geçiren başka bir çalışmada, incelenen toplumdaki fiziksel istismar %15-75, cinsel istismar ise yaklaşık %20 oranında saptanmıştır (102), (103).

### **Sınıflama**

Çocukluk ağı travmaları; çocukluk ağı istismarları ve çocukluk ağı ihmali olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. İstismar; kasti olarak gerçekleştirilen, bedensel, cinsel, psikiyatrik veya toplumsal açıdan çocuğa zarar veren aktif bir süreç iken, ihmal; çocuğu korumak ve çocuğa bakım vermekle yükümlü kişilerin sorumluluklarını kısmen ya da hiç yerine getirmemesi sonucunda bedensel ve psikolojik açıdan çocuğun zarar gördüğü pasif bir süreç olarak tanımlanmaktadır. İstismar; fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olarak; ihmal ise fiziksel ve duygusal ihmal olarak ayrılmaktadır (104), (15).

## **İstismar**

### ***Fiziksel İstismar***

Fiziksel istismar itaati sağlama, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacıyla elle ve/veya aletle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak çocuğun vücudunun herhangi bir yerinde iz bırakacak şekilde ya da iz bırakmasa da şiddet uygulayarak çocuğa zarar verilmesidir. Dövme en sık görülen fiziksel istismar türüdür. (105), (106), (107), (108).

### ***Cinsel İstismar***

Cinsel istismar henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanma, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması olarak tanımlanmaktadır (109). İstismarcının doğrudan veya giysilerin üzerinden çocuğun bedenine veya cinsel bölgesine dokunması, kendisine dokunmaya zorlaması, cinsel penetrasyon gibi temas içeren cinsel istismarların yanında; cinsel içerikli konuşma, cinsel içerikli film seyrettirme, teşhircilik ve röntgencilik de cinsel istismar olarak değerlendirilmektedir (110).

### ***Duygusal İstismar***

Duygusal istismar, çocukların ihtiyaç duyduğu ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak psikolojik açıdan hasara uğratılması olarak tanımlanabilir. Çocuğa bağırma, aşağılama, küçük düşürme, korkutma, lakap takma, çocuğu reddetme, çocuktan yaşının üzerinde sorumluluklar bekleme, aşırı baskı ve otorite kurmanın yanında bağımlı kılma ve aşırı koruma rastlanılan duygusal istismar türleridir (111).

Duygusal istismar, fiziksel istismara göre çok daha sık görülmekle birlikte, farkına varılması ve kanıtlanması oldukça güç olup, diğer tüm çocukluk çağı ihmal ve istismarlarından potansiyel olarak daha yıkıcıdır (112), (113).

## **İhmal**

### ***Fiziksel İhmal***

Çocuğun ya da ergenin barınma, korunma, beslenme, giyim, hijyen, sağlık gibi temel gereksinimlerinin kısmi ya da hiç karşılanmaması fiziksel ihmal olarak

adlandırılmaktadır (114). Çocuk hastalandığı zaman gerekli olan sağlık hizmetlerinin sağlanmaması ya da geciktirilmesi ve çocuğun sağlıklı gelişimi için verilen önerilere dikkat edilmemesi gibi durumlar tıbbi ihmal tanımı altında fiziksel ihmal içerisinde değerlendirilmektedir (115), (116).

### ***Duygusal İhmal***

Çocuğun psikolojik gereksinimlerine yeterli cevap vermeme, çocuğa kişilik ve sosyal yönden gelişmesine katkısı olan sevgi ve şefkati göstermeme, sosyal kuralları öğretmeme duygusal ihmal olarak tanımlanır (115). Çocukla bakımvereni arasında duygusal bağın eksik olması, çocuğun ruhsal problemlerine çözüm aranmaması, çocuğun yaşına ve bulunduğu ortama uygunsuz davranışlar göstermesi ve suç işlemesi için teşvik edilmesi ve aile içi şiddete tanıklık etmesine bilinçli olarak izin verilmesi duygusal ihmalin göstergeleridir (117), (118).

### **Risk Faktörleri**

İstismarın direkt sebebi olmayan fakat ortaya çıkışını kolaylaştıran ailesel, toplumsal ve kişisel risk faktörleri bulunmaktadır (119), (120).

### ***Toplumsal Faktörler***

Kültürel bağlamda değerlendirildiğinde çocuğun değerini azaltan durumlar (cinsiyet, engellilik), kalabalık ve stresli yaşam koşulları, gelir düzey farklılıkları, toplumun anneliğe ilişkin tutumları, organize şiddet (savaşlar, kavgalar), medya şiddeti çocuğun istismar ve ihmal ile karşılaşma riskini arttıran toplumsal faktörlerdir (119), (120), (121).

### ***Ailesel Faktörler***

Tek ebeveynin olması, ebeveyn ve çocuk ilişkisindeki kopukluk, düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık aile, ebeveynlerde ruhsal bir bozukluk ya da alkol/madde kötüye kullanımı olması, aile içi şiddet çocuk istismarı ve ihmaliinde rol oynayan ailesel faktörlerdendir (119), (120).

### ***Kişisel Faktörler***

Çocuğa ilişkin etkenler; cinsiyet, prematürite, istenmeyen çocuk, bedensel yeti yitimi, mental gerilik ve kronik hastalığının olmasıdır (119). Hiperaktif olan çocuklar da özellikle ebeveynlerinin bakım verme becerileri kısıtlı ise istismar açısından risk altındadırlar (122).

Ebeveynlere ilişkin etkenler; düşük eğitim düzeyi, erken yaşta gebe kalınması, işsizlik, tek ebeveyn, ebeveyn rolü ile alakalı yetersizlik, ebeveynin çocukluğunda istismara uğrama öyküsü, empati yoksunluğu, düşük benlik saygısı, öfke kontrol problemleri, ebeveynde fiziksel ya da ruhsal bir hastalığın olması ve alkol/madde kullanımı şeklindedir (119).

### **Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatrik Bozukluklar**

Uzamış ve ciddi travma, genelde yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkmakta, duygu düzenleme becerilerinde bozulmaya, bazı bireylerde de sosyal ilişkilerde zorlanmaya sebep olmaktadır (15). Ek olarak erken travmatik yaşantılar, yetişkin dönemde görülen bazı psikiyatrik hastalıklarla ilişkili bulunmuştur (123), (124). Yapılan bir araştırmada, çocukluk çağında cinsel ve fiziksel istismara uğramış katılımcıların %80'inde en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı eşlik etmektedir (125). Çocukluk çağı travmalarının, yetişkin dönemde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Anksiyete Bozuklukları (Panik Bozukluk, Sosyal Anksiyete Bozukluğu), Depresyon, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Somatizasyon Bozukluğu, Kişilik Bozuklukları (özellikle Borderline Kişilik Bozukluğu), Yeme Bozuklukları, Madde Kullanım Bozukluğu, Psikotik Bozukluklar gibi psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi bulunduğu gösterilmiştir (15). Depresyon, anksiyete bozukluğu, psikotik bozukluk tanıli hastalarla yapılan çalışmalarda, erken travmatik yaşantıların yalnızca bir risk faktörü değil, ayrıca bu hastalıkların klinik seyri üzerinde de etkileri olduğu saptanmıştır (126), (127).

### **Psöriazis ve Çocukluk Çağı Travmaları**

Travmatik çocukluk deneyimleri yalnızca mağdurların ruh sağlığını değil, aynı zamanda fiziksel sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir (16), (17), (18). Psikofizyoloji ve etiyopatogenez üzerine yapılan çalışmalar, çevresel stresörlerin

özellikle erken çocukluk döneminde deneyimlendiğinde cilt üzerindeki önemini tanımlamıştır (128), (129), (130), (131), (132). Simonic ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, psöriazisi genetik yatkınlığın mevcut olduğu çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin bedensel bir yansıması olarak kabul etmişlerdir (19).

Çocukluk çağından yetişkinliğe uzanan süreçte çocukluk çağı travmaları etkisiyle görülen sorunlar toksik stres ve allostatik yük ile açıklanmıştır. Allostazis organizmanın akut stres durumlarında katekolamin ve glukokortikoidler aracılığıyla geliştirdiği fizyolojik adaptasyonları ifade eder ve toksik strese bağlı yüksek allostatik yük geliştiğinde stres hormonlarının aktivasyonu gerçekleşir (116). HPA eksenindeki düzensizliklerin, proinflamatuvar sitokinlerde artışın, adrenerjik ve kortikosteroid reseptör işleyişindeki anormalliklerin psöriazis ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkinin nedeni olabileceği düşünülmektedir (133).

Psöriazis, hastaların neredeyse üçte birinde 15 yaşına kadar olan dönemde ortaya çıkmaktadır. Geç çocukluk ve ergenlik dönemindeki olumsuz travmatik olaylar ve emosyonel immatürite psöriazisin erken başlangıcı için bir tetikleyici rolü üstlenmektedir (19), (20).

Erken travmatik yaşantılar nedeniyle ortaya çıkan stres ve salınan katekolaminler, kronik dönemde immünolojik, metabolik, kardiyovasküler ve nörolojik sistemler üzerinde olumsuz etkiler meydana getirmektedir (134), (135). Dahası çocukluk çağı travmaları optimal sağ beyin ve bağışıklık sistemi gelişimini etkileyerek hem duygu düzenlenme becerilerini ve hem de stres dayanıklılığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (136), (137).

İstismara maruz kalmış bir çocuğun duygudurumu ve psikososyal gelişimi sekteye uğramakta; planlama, problem çözme, davranış ve duygu yönetimi ile ilgili alanlarda gelişimsel bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (138), (139), (140). Bu sorunlara müdahale edilmezse yaşın ilerlemesi ile birlikte kötüleşme görülebilir (141).

## **BAĞLANMA**

### **Tanım**

Evrimsel anlamda bağlanma, yaklaşık 150 milyon yıl önce memelilerde gelişen, çok sayıda yavrunun kendi kaderlerine terk edilmesi yerine, sınırlı sayıda yavruya iyi bakım verildiği nispeten yeni bir üreme stratejisidir. Bağlanma yavruların ihtiyaç



duydıklarında, korku-ayrılık kaygısı hissederek uyarıldıklarında veya tehdit altında olduklarını sezdiklerinde tehlike sinyalleri vermelerine ve ebeveyn figürünün bakım ile karşılık vermesine bağlıdır. Normal durumda bu kişilerarası etkileşimler gelişim boyunca başarılı bir şekilde tekrarlandıkça iki taraf arasında pozitif yüklü bir duygusal bağ gelişir (22).

İnsan yaşamında bağlanma, bebek ile bakım vereni arasında oluşan ilk temasla birlikte bebeğin güvende hissetmesini, emniyetini, hayatta kalması için tehlikelerden kaçınmasını sağlamaya çalışan, devamlılığı ve tutarlılığı olan biyolojik temelli bir bağ olarak kendini gösterir. Bu ilk temasla birlikte gelişen ilk ilişkide oluşan yetersizlikler ve aksamalar bağlanmayı olumsuz yönde etkilemektedir (21).

Freud bebek ve bakımvereni arasındaki ilişkiyi “sonraki tüm aşk ilişkilerinin prototipi” olarak değerlendirmiştir. Bu bağlamda, yalnızca bebeklik dönemi ile sınırlı kalmayıp erişkin yaşamda da aşk ilişkileri, bir bebeğin doğumu, bir yakının kaybı, uzuv kaybı gibi çeşitli durumlarda bağlanma davranışları etkinleşebilir (21), (142).

### **Bağlanma Kuramı**

Bebek ile bakım vereni arasındaki ilişki üzerinden gelişen bağlanma ve erişkin dönemdeki etkileri üzerine ilk açıklamalar 1958 yılında John Bowlby tarafından yapılmıştır. Bu araştırmalara göre bebek doğum sonrası ilk 12 ay içerisinde kendisine bakım veren ebeveyn figürüne karşı yoğun libidinal bir bağ geliştirir. Bağlanma geliştirdiği kişiyle yakınlığın sağlanmasıyla bebek sevgi ve güven hisseder; bağlanma geliştirdiği kişiden ayrıldığı esnada ise üzüntü ve stres belirtileri gösterir. Bowlby bağlanmayı 4 farklı bileşenle açıklamaktadır (143):

İkincil Dürtü (Secondary Drive): Bebeğin güvende olma, beslenme, barınma ve tuvalet eğitimi gibi fizyolojik ihtiyaçları anne tarafından giderilmektedir (144).

Birincil Nesne Emme (Primary Object Sucking): Fizyolojik gereksinimlerden biri olan beslenme esnasında bebek, annesi ile fiziksel bir bağı olduğunu hisseder. Yeni dünyaya gelen bir bebek ilk fiziksel temasını emme davranışı esnasında anne ile kurmaktadır (144).

Birincil Nesneye Yapışma (Primary Object Clinging): Bebek kendisini daha güvende hissetmek için anne ile fiziksel temas kurmaya, sarılmaya ihtiyaç

duymaktadır. Annesine sarılan bebek, dış dünyanın tehlikelerinden korunduğu duygusunu yaşar (144).

Birincil Ana Rahmine Dönüş Özlemi (Primary Return to Womb Craving): Anne rahminden çıkan bebek dış dünyayı keşiften sonra oraya geri dönmeyi arzular (144).

Gelişimini oldukça geç tamamlayan ve bu yönüyle diğer canlı türlerine göre prematüre olarak da algılanabilecek olan insan yavrusunun kendi ihtiyaçlarını karşılamaya başlamasının uzun bir zaman aldığı göz önünde bulundurulduğunda, bebeğin bakım verenine karşı geliştireceği bağlanma davranışı son derece kaçınılmazdır (143).

Bağlanma kuramı üzerine araştırmalar yaparak kurama katkıda bulunan ve Bowlby'nin de esinlendiği isim Harry Harlow olmuştur. Harlow, yavru maymunlarla yürüttüğü çalışmalarda önemli bilgilere ulaşmıştır. Bir grup yavru maymunu doğumdan itibaren annelerinden ve diğer maymunlardan ayırarak izole bir ortamda bulunduran Harlow, bir kısmını 3 ay, bir kısmını 9 ay, bir kısmını da 12 ay süreyle izole bir ortamda beklettikten sonra diğer maymunların arasına yerleştirmiştir. İzole edilen maymunların izolasyon süreleri ile doğru orantılı olarak diğer yavrulara göre daha öfkeli, kaygılı ve saldırgan davranışlar gösterdiği gözlemlenmiştir. Bu araştırmanın sonuçları bakım veren ile kurulan bağlanmanın sosyal davranışlar üzerindeki olumlu etkilerini göstermektedir (145).

Harlow'un yürüttüğü bir başka çalışma ise bebek ve bakım veren arasında gelişen bağlanmanın nedenlerine yöneliktir. Bu çalışmada Harlow bir grup yavru maymunu annelerinden ayırarak iki farklı yapay annenin bulunduğu bir odaya koymuştur. Bu yapay annelerden birisi tellerden yapılmış iskelet şeklinde ancak göğüs bölgesinde sütle dolu bir biberon olan maket; diğeri ise metal üzerine yumuşak kumaşlarla kaplanmış, herhangi bir besin maddesi bulundurmeyen makettir. Yapılan gözlemler sonucunda yavru maymunların odadaki zamanın büyük kısmını yumuşak maket ile geçirdiği, biberon bulunduran tellerle kaplı makete sadece acıktıkları zaman gittiği görülmüştür. Korkutucu bir nesne gösterildiğinde yavru maymunların yumuşak maketle temasa geçtiği ve sarıldığı gözlemlenmiştir. Tehlike sinyalleri ortaya çıktığında rahat ve yumuşak bir kucağa olan ihtiyacın beslenme gereksiniminden ön plana geçtiği bu çalışma ile gösterilmiştir (145).

Bowlby'nin (1977) ilerleyen yıllarda geliştirmeye devam ettiği Bağlanma Teorisi'ne göre bağlanma davranışının evrensel olarak görülen bazı özellikleri vardır. Bunlardan ilki spesifiklik (özgüllük)'tür. Buna göre bağlanma, yalnızca bir ya da az sayıda kişiye yönelik geliştirilen bir davranıştır. Birden fazla kişiye yönelik bağlanma geliştirilmesi durumunda bağlanma davranışındaki yoğunluk hiyerarşik bir yapılanma oluşturacaktır (146). Bağlanmanın bir diğer özelliği süresidir. Çocukluk çağında geliştirilen bağlanma davranışları zamanla zayıflayabilmekte, yeni bağlanmalar oluşabilmektedir ancak çoğunlukla erken çocukluk döneminde geliştirilen bağlanmalar yaşam boyu sürmektedir. Bağlanmanın özelliklerinden bir diğeri ontogenez (birey oluş) özelliğidir. Doğum sonrası ilk 9 ayda bebek ile kendisine bakım veren arasında bağlanma gelişir. Adım adım birey olma yolunda ilerlerken çocukluk çağında ilişki içerisinde olunan diğer kişilere yönelik de bağlanma geliştirme eğilimi vardır. Bağlanma davranışının bir diğer önemli unsuru öğrenmedir. Bağlanma davranışının gelişmesi için temel koşullardan biri tanıdık ve yabancı ayrımının bebek tarafından öğrenilmesidir. İnsan için önemli bir yeri olan organizasyon (örgütlenme) davranışı bağlanmanın temelini oluşturan etmenlerden bir diğeridir. Açlık, dış dünyanın bebeğe yabancı gelen ortamı gibi stres yaratan durumlarda bebeğin bağlanma geliştirdiği bakımverenin sesi, yüzü, göz teması, dokunması bebek üzerinde yatıştırıcı bir etkiye sahiptir. Bu yönüyle Harlow'un yavru maymunlarla yaptığı deneylerde stres anında maymunların yumuşak maketle temasa geçmesi bağlanmanın organizasyon bileşeni ile açıklanabilir. Son olarak bağlanmanın bir diğer önemli özelliği biyolojik fonksiyonudur. Zayıf ve güçsüz olan yavru onu tehlikelerden ve diğer yırtıcılardan koruyarak hayatta kalmasına yardımcı olan güçlü yetişkin anneye bağlanma geliştirir. Bu hayatta kalma güdüsü ve güvenlik ihtiyacının bir sonucudur (145), (146), (147).

1979 yılında yaptığı çalışmada Mary Ainsworth bağlanma türlerini A, B ve C şeklinde 3 grupta incelemiştir. B grubunda yer alan bebekler, anneleri buldukları ortamı terk ettiğinde stres belirtileri göstermekte ancak bir süre sonra sakinleşerek anneleri geri döndüğünde neşeli bir tutumla onlarla yakınlık kurmaya çalışmaktadır. C grubundaki bebekler, anneleri ortamdaki ayrıldığında yoğun stres belirtileri göstermekte, sakinleşmeyi başaramamakta ve anneleri geri döndüğü zaman yakınlık kurmayı hem istemekte hem de reddetmektedir. A grubundaki bebekler ise anneleri

ortamı terk ettiğinde tepkisiz kalmakta, anneleri geri döndüğünde anneyi görmezden gelerek yakınlık kurmaya yönelik herhangi bir davranışta bulunmamaktadır (145).

Yapılan bu çalışmada B grubunda yer alan bebeklerin anneleri, A ve C gruplarına kıyasla bebeklerin iletişim ve gereksinim sinyallerine daha fazla yanıt vermiştir. Annenin bebeğin gereksinimlerine yanıt verme oranı bebeğin dış dünyadaki uyaranlara yönelik tepkilerini ve beklentilerini şekillendirmektedir. Bu ihtiyaçlara yeterli yanıt verilmesi durumunda bebek dış uyaranlara yönelik pozitif bir algı geliştirirken; yanıt alamayan bebek kaygılı bir davranış örüntüsü geliştirecektir (145).

Ainsworth, bağlanma biçimlerini 2 eksenli bir model kullanarak açıklamıştır. Bu eksenlerden biri güvenlik, diğeri ise fiziksel yakınlıktır. Kendisi ile fiziksel temas kurulmayan, kucaklanmayan bebek fiziksel yakınlık ekseninin eksi kısmında yer alarak kaçınan bağlanma türünü benimsemektedir (A grubu). Gereksinimlerine yeterince yanıt verilen, fiziksel yakınlık kurulan bebekler güvenli bağlanma türüne örnek davranışlar göstermektedir (B grubu). Yakınlık kurulan ancak bazı yaşamsal nedenlerle ihtiyaçlarına yanıt verilmenin geciktiği bebekler, yakınlık aramakta ancak kaygılı davranış biçimleri göstermekte ve ambivalan bağlanma türünü benimsemektedir (C grubu) (145).

### **Bağlanma Biçimleri**

Bartholomew ve Horowitz, Bowlby'nin bağlanma kuramını geliştirerek, kişinin kendisini ve başkalarının içsel çalışma modelini temel alan 4 farklı bağlanma biçimi oluşturmuştur (148), (149), (150). Bu 4 farklı model bireyin kendilik imajı ve başkalarının imajlarının pozitif ve negatif bileşenlerinin değerlendirilmesi sonucunda oluşur. Kendilik imajının pozitif ve negatif bileşenleri bireyin kendiliğinin sevmeye ve desteklenmeye değer olup olmadığını içerirken; başkaları imajının pozitif ve negatif bileşenleri diğerlerinin güvenilir ve ulaşılabilir olmasına karşılık, güvenilmez ve reddedici olmalarını içerir (23).

İlk tanımlanan prototip pozitif kendilik ve pozitif başkaları modelinin kesişimi ile oluşan güvenli bağlanma biçimidir. Bu bağlanma biçimine sahip kişiler, sevimli ve değerli olduğu duygusunu genellikle başkalarının güvenilir, destekleyici ve kabullenici olduğuna dair beklentileri ile birleştirir. Güvenli bireyler, stres yaratan durumları daha az tehdit edici olarak algılar, gerektiğinde başkalarından destek ve

yardım talep ederek stres kaynağı durumla baş edebileceklerine dair kendilerine güvenleri vardır. Sorunları açık bir şekilde tartışarak kaçınma yerine çözüm bulmayı tercih ederler. Duygularını rahatça ifade edebilirler. Başkalarının onayına daha az ihtiyaç duyar ve yakınlık kurma konusunda daha az kaygı yaşarlar. Bir belirsizlik olduğunda başkalarının tavırlarını daha az olumsuz algılayıp, kızgınlıklarını daha kontrollü ve düşmanca olmayan bir şekilde ifade ederler (23), (24).

Kalan üç bağlanma biçimi ise güvensiz bağlanma sınıfında yer almaktadır ve üçünde de kendilik ve/veya başkaları ile ilgili olumsuz bir model bulunmaktadır.

Kayıtsız bağlanma; pozitif kendilik ve negatif başkaları imajının kesişimidir; kendini sevme ve değerli olduğunu hissetme duygusunu başkalarına karşı olumsuz beklentilerle birleştirir. Bu bağlanma biçimine sahip kişiler, hayal kırıklığına uğramamak için yakın ilişkilerden kaçınırlar, özerkliklerine aşırı derecede önem verirler. Negatif duyguları baskı altında tutma eğilimleri vardır, kaçınma stratejilerini temel başa çıkma stratejisi olarak kullanarak incinemezliklerini sürdürmeye çalışırlar. Başkalarının güvenilmez ve reddedici olacağı düşüncesi, kendisine dair sevilme duygusunu ve beklentisini göstermektedir. (23).

Korkulu bağlanma; negatif kendilik ve negatif başkaları modelinin birleşimidir. Kendini seilmeye layık görmeme, değersiz hissetme duygusu, başkalarının güvensiz, reddedici olarak algılanmasına yönelik beklentilerle birleşir. Bu kişiler, başkaları ile yakın ilişkiler kurmaktan kaçınarak diğerlerinden gelebilecek reddedilmeye karşı kendilerini korumaya çalışırlar (23).

Saplantılı bağlanma; negatif kendilik ve pozitif başkaları imajının birleşimidir. Kendini seilmeye layık görmeme, değersiz hissetme duygusu ile başkalarına yönelik olumlu değerlendirmeler birlikte. Bu bağlanma biçimine sahip bireyler, özgüveni az, diğerlerini olumlu ve destekleyici olarak algılayan, bu sebeple yakın ilişkilerinde sevgi/değer görmek ve kendini kanıtlamak için çabalayan kişilerdir. Olumsuz duygularını abartılı ve sürekli bir şekilde eşlerinin onayını arayarak gösterirler, saplantılı ilişkilere ve ilişki içerisinde gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler (23).

### **Erişkinlikte Bağlanma**

Bowlby'e göre erken çocukluk döneminde oluşan bağlanma modeli yaşam boyunca çok fazla değişikliğe uğramadan devam etmektedir (22).

Weiss'e göre erişkin dönemdeki bağlanmayı çocukluktakinden ayıran üç özellik vardır:

1.Çocukluk döneminde bağlanma bebek ile bakım veren (ebeveyn figürü) arasında gelişirken, erişkinlikte tipik olarak eşler arasında gelişir.

2.Erişkinlikteki bağlanma çocukluk dönemindeki bağlanma gibi diğer davranışsal sistemlerin etkilenmesinden sorumlu değildir.

3.Erişkin dönemdeki bağlanma sıklıkla cinsel ilişki içerir (151).

Hazan ve Shaver, çocukluktaki bağlanma davranışlarının erişkin dönemdeki romantik ilişkileri öngörmeye kullanılabileceğini düşünmüştür. Erişkinlerin romantik ilişki yaşadıkları kişilere yönelik bağlanma tarzlarını sınıflandırmak üzere bir ölçek geliştirmişlerdir. Bu sınıflandırmada bağlanma güvenli ve güvensiz bağlanma biçiminde temelde ikiye ayrılmıştır. Güvensiz bağlanma ise kendi içinde "kaygılı bağlanma" ve "kaçınan bağlanma" şeklinde 2 gruba ayrılmıştır (152), (153).

Bağlanma kuramının kendilik ve ötekiler imajına ilişkin alt boyutları, kendilik imajıyla ilişkili kaygılı; başkaları imajıyla ilişkili kaçınan bağlanma olarak yeniden kavramsallaştırılmıştır. Negatif kendilik imajı reddedilme ve terk edilme korkusu nedeniyle bağlanma kaygısına karşılık gelirken; negatif başkaları imajı ise bağlanmadan kaçınmaya karşılık gelmektedir (154).

### **Bağlanma ve Psikopatoloji**

Anne-çocuk arasında oluşan bağlanma ve bu ilişkideki süreklilik sonraki yaşantıların temelini oluşturmaktadır (155). Anne ve baba ile kurulan sağlıklı bir ilişki, erişkin bireyin ruh sağlığında önemli bir rol oynamaktadır (156). Bowlby'nin çalışmaları ile birlikte güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilirken; güvensiz bağlanma ilerleyen dönemde psikopatoloji gelişimi ile ilişkilendirilmiştir (157).

Güvensiz bağlanma biçimlerinden olan kaygılı/kararsız bağlanma anksiyete bozukluğu ve depresyon ile, kaçınan bağlanma davranış bozukluğu ve diğer dışa vuruk patolojilerle ilişkilendirilmiştir. Dağınık (dezorganize) bağlanmanın ise dissosiyatif bozukluklarla birlikteliğinden söz edilmektedir (142).

İleriye dönük yapılan bir çalışmada, kaygılı/kararsız bağlanan çocukların, çocukluk çağı ve ergenlik döneminde anksiyete bozuklukları geliştirme açısından

yüksek riskli oldukları saptanmıştır (158). Yapılan bir başka ileriye dönük çalışmada erişkin dönemdeki olumsuz ilişkiler açısından ergenlik dönemindeki güvensiz bağlanma biçimlerinin (özellikle de kaçınan bağlanmanın) risk faktörü olduğu gösterilmiştir (159).

Yapılan araştırmalarda, güvensiz bağlanma stillerinin depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, alkol-madde kullanımı, kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, psikosomatik hastalıklar ve kronik ağrı bozukluğu ile ilişkisi gösterilmiştir (160), (161), (162), (163).

### **Bağlanma ve Kronik Hastalıklar**

Kronik hastalıklarla bağlanma arasındaki ilişki çift yönlüdür. Kronik bir hastalığa sahip olmak bireyin bağlanma biçimini etkileyebileceği gibi, bağlanma biçimleri de kronik hastalıklara yatkınlık oluşturabilmektedir.

Yapılan araştırmalarda çocukluk dönemindeki kronik hastalıkların bağlanma oluşumunu olumsuz olarak etkilediği gösterilmiştir. Örneğin hasta bir bebeğe bakım vermenin ebeveynler üzerinde yarattığı stres, bağlanma sürecinde kesintiye yol açıp güvensiz bağlanma gelişmesi riskini arttırabilir (164). Ayrıca ciddi bir tıbbi durumu olan bebeğin dış görünümündeki değişiklikler, ebeveynin bakış açısını ve bebekle olan etkileşimlerini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (165).

Bağlanma ve kronik hastalıklarla ilgili literatürün sistematik bir incelemesinin ardından Maunder ve Hunter bağlanma ile ilgili üç mekanizmanın daha fazla hastalık geliştirme riskine sahip olduğu bir model önermişlerdir. Bu model; strese karşı artan duyarlılık, dış duygu düzenleyicilerin artan kullanımı ve değişen yardım arama davranışdır (166). Güvensiz bağlanma biçimine sahip kişiler, olayları stresli olarak algılayan, daha az sosyal desteğe sahip olan ve kendini düzenleyebilme olasılığı daha az olan kişilerdir. Bu yönler, stres faktörlerine karşı daha düzensiz bir fizyolojik tepki ile sonuçlanır (25). Böylece kronik hastalıklara yatkınlıkta artışa sebep olmaktadır (167).

### **Bağlanma ve Psörazis**

Doğumla birlikte deri erken dönem bağlanmada çok önemli bir rol üstlenir ve hayat boyu dokunma, temas etme aracılığı ile sözsüz iletişimde aracıdır. Bağlanma

biçimi son zamanlarda kronik otoimmün hastalıkların, psikosomatik hastalıkların ve çeşitli deri hastalıklarının altında yatan mekanizmaları anlamak için önemli bir rehber olmuştur. Bununla birlikte psöriazis üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalar sınırlı sayıda (168), (169).

Russiello tarafından yürütülen bir vaka-kontrol çalışmasının sonuçlarına göre, psikosomatik cilt hastalıklarından muzdarip kişilerde en tehlikeli yatkınlık faktörünün, önemli figürlere güvensiz bağlanma yaşayan bir yetişkin olmak olduğu ortaya çıkmıştır (170).

Esposito tarafından yapılan çalışmada, 105 psöriazis hastasında bağlanma stilleri incelenmiş ve kaygılı/kararsız bağlanma stiline daha yüksek düzeyde engellilik ve daha kötü yaşam kalitesinin bir belirleyicisi olduğu bulunmuştur (171).

Psikosomatik bozukluklar alanında yapılan diğer araştırmalar, bu hastaların aleksitimi fenomenini kontrollerde gözlemlenenden daha yüksek oranda gösterdiğini belirlemiştir. En yüksek aleksitimi prevalansı psöriatik artrit hastalarında, şiddetli psöriazis hastalarında ve görünür deri lezyonları olan psöriazis hastalarında bulunmuştur (172), (173), (174), (175).

Picardi ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, son 3 ay içerisinde şiddetlenen diffüz plak psöriazis hastalığı olan 33 hastada psikosomatik faktörlerin rolü araştırılmış olup, kaçınan bağlanma stiline ve yetersiz sosyal desteğin duygu düzenleme bozukluğu aracılığıyla diffüz plak psöriazisin alevlenmesine karşı duyarlılığı arttırabileceği bulunmuştur (131). Ayrıca Jankovic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 6 ay boyunca alevlenme yaşayan psöriazis hastalarında daha fazla stresli yaşam olayı, daha az sosyal destek ve güvensiz bağlanma stillerine rastlanmıştır (168). Bağlanma güvensizliğinin, strese karşı artmış duyarlılık, yetersiz sosyal destek ve azalan öz-değer yoluyla bazı cilt hastalıklarına yol açtığına inanılmaktadır.

## **MİZAÇ**

### **Tanım**

Mizaç (huy), karakter ve kişilik kavramları bireyin temel doğasına atıfta bulunan örtüşen kavramlardır (176). Mizaç, bir bireyin duygusal uyarılara karşı duyarlılığı, yanıt verme gücü ve hızı, hakim olan ruh halinin niteliği, dikkat ve aktivite



düzeyindeki bireysel farklılıkları da içeren, kalıtsal, nörobiyolojik temelli, yaşam boyu neredeyse hiç değişmeyen, tekrarlayan davranış eğilimleri olarak tanımlanmaktadır (26), (27), (28). Karakter, bireyin içinde bulunduğu kültürel yapı, toplum, eğitim gibi dış ortam ile etkileşimi sonucu gelişen, zamanla değişime uğrayabilen, öğrenilmiş tutumlardır. Mizaç, dışarıdan gelen uyarılara karşı otomatik bir duygusal yanıt iken; dış çevre ile etkileşimler sonucu oluşan karakter, mizacın oluşturduğu otomatik yanıtı kontrol eder. Kişilik ise mizaç ve karakterin sentezinden oluşmaktadır (28). Kişilik doğum öncesi, doğum sonrası ve çocukluk dönemindeki fiziki ve ruhsal koşullar, maturasyon, öğrenme, toplumsallaşma etkenleri ile biçimlenmektedir. Çocukluk çağından erişkinliğe giderek yerleşmiş bir kişilik yapısı oluşur. Kişilik ve kimlik kavramları sıklıkla birbiri ile karıştırılır. Kişilik, bireye özgü, kalıcı özellikleri tanımlayıp, bireyin “nasıl bir kişi” olduğunu betimlerken; kimlik ise bireyin kişisel, toplumsal, mesleki konumunu, yani bireyin “kim” olduğunu tanımlar. Kimlik duygusu, bireyin kendiliğinde süreklilik taşıyan, “ben kimim” sorusuna karşılık bütün yanıtları içeren bir bilişsel-duygusal algılayıştır (177).

### **Tarihçe**

Eski çağlardan beri mizaç özelliklerini tanımlama ve sınıflandırma çabaları süregelmektedir. Hipokrat mizacın dört vücut sıvısından ileri geldiğini öne sürerek, kanlı (sanguine), sarı safralı (choleric), kara safralı (melancholic) ve balgamlı (phlegmatic) mizaç olarak sınıflandırmıştır (177). Birçok psikopatolojinin, bu 4 salgının vücutta denge durumunun bozulmasından kaynaklandığı belirtilmiş, bu teori 16. yüzyıla kadar ana teori olarak kalmıştır. Avicenna (M.S. 980-1037) “Tıbbın Kanunu” adlı eserinde kişilik teorisini geliştirerek “duyguyu, zihinsel kapasiteyi, ahlaki tutumları, öz farkındalığı, rüyaları” dahil etmiştir (178).

Kişilik teorisi, felsefi düşünceleri etkilemiş ve beşeri bilimlerin şekillenmesinde baskın bir rol oynamıştır. Fizyoloji ve tıp alanında Rudolf Steiner (1861-1925), Ernst Kretschmer (1888-1964) ve Erich Fromm (1900-1980) insan tiplerini ve kişiliklerini tanımlamışlardır. Ernst Kretschmer, atletik tip-normal kişilik, piknik tip-siklotimik kişilik, astenik tip-şizoid kişilik ve displastik tip şeklinde belli beden tiplerine uyan kişilik tiplerini tanımlamıştır (177), (178).

Kişilik tipleri psikoanalitik çalışmalarda da yer almıştır. Çocukluk döneminde psikoseksüel gelişim evrelerine fiksasyon sonucu oluşan kişilik özellikleri oral, anal, genital kişilik türleri adı altında sınıflandırılmıştır. Jung, canlıların iki temel uyum biçimini içe yönelme ve koruma, dışa yönelme ve üretme olarak görmüş ve bu kavramlar üzerinden iki farklı kişilik yapısı tanımlamıştır. Bunlardan ilki olan dışa-dönük (ekstrovert) kişilik, algı, duyu, düşünce ve davranışları dış uyaranlara bağımlı olan; ikincisi içe-dönük (introvert) kişilik ise öznel iç uyaranlara bağımlı olan tiptir. Dışa-dönük olan kişiliğin anormal derecesi siklotimik, içe-dönük kişiliğin anormal derecesi şizoid kişiliklerdir (177).

Hans Eysenck (1916-1997), kişilik farklılıklarını ampirik/istatistiksel yöntem kullanarak analiz eden ilk kişidir (178). Eysenck'in üç boyutlu kişilik kuramı; nörotiklik-dengellik (stabilite), dışa dönüklük-içe dönüklük ve psikotiklik boyutlarını içermektedir. Nörotiklik boyutu duygusal stabiliteyi ya da aşırı tepkiselliği, dışa dönüklük boyutu insanlarla iletişim kurmayı sevme, yalnızlıktan hoşlanmama, girişkenlik ve dürtüsellik, psikotiklik boyutu ise mesafeli, güvensiz, duygusuz, çevredeki insanlara duyarsızlık ve empati kuramama gibi daha sıradışı kişilik özelliklerini içermektedir (179), (180).

McCrae ve Costa, Eysenck'in teorisini genişleterek Beş Faktör Modeli'ni önermişlerdir (181). Bu model Nörotizm, Dışa Dönüklük, Uyumluluk, Deneyime Açıklık ve Sorumluluk boyutlarını içerir. Eysenck'in kuramındaki Psikotiklik boyutu Uyumluluk ve Sorumluluk ile değiştirilmiştir (182).

Robert Cloninger çalışmalarında kişilik özelliklerini genetik farklılıklar, nörotransmitterler ve davranışsal bağımlılıklarla ilişkilendirmeye çalışmıştır. Bu kuram hem normal kişiliği hem de patolojik durumları açıklamaya uygun bir modeldir. Bu modelde kişilik yapısı mizaç (huy) ve karakter şeklinde iki bileşenden oluşmaktadır. Huy "kişiliğin duygusal özü" olup biyolojik ve kalıtsal tarafı baskın, insan yaşamı boyunca değişmeyen kısımdır. Karakter "kişiliğin kavramsal özü" olup kültürel çevreden, olgunlaşmadan etkilenen, istemli tutum ve davranışları etkileyen ve kişinin farkında olduğu kısımdır. Mizaç, kortiko-striato- limbik sistem tarafından düzenlenen işlemsel belleğe; karakter sembolizasyon ve soyutlama gibi yüksek bilişsel işlevleri kapsayan önermesel belleğe dayanmaktadır (183).

Cloninger, mizacı farklı nörotransmitter devrelerinin etkilediğini düşündüğü yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme şeklinde 4 boyuta ayırmıştır (183).

Yenilik arayışında çabuk sinirlenme, dürtüsellik, savurganlık, potansiyel ödüllerin peşinde keşif faaliyetinde bulunma ve engellenmeden kaçınma gibi davranışlara kalıtsal yatkınlık olduğu düşünülmektedir. Bu mizaç dopamin nörotransmitteri ile ilişkilendirilmiştir (177).

Zarardan kaçınma, gelecekte ortaya çıkabilecek problemlere ve tehlike sinyallerine yönelik kaygı, yabancılardan çekinme, çabuk yorulma, kaçınan davranışları içeren boyuttur. Serotonin ve GABA ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (177).

Ödül bağımlılığı, ödül sinyallerine (sosyal onay, duygu ve sözel başarı sinyalleri) yoğun yanıt verme, aşırı duygusallık, başkalarının onayına bağımlılık gibi davranışları içeren kalıtsal eğilimdir. Noradrenalin ve serotonin ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (177).

Sebat etme, kararlılık, mükemmeliyetçilik, çalışkanlık, yorgunluğa rağmen dayanıklılık özelliklerinin görüldüğü kalıtsal eğilimdir. Glutamat ve serotonin ile ilişkilendirilmektedir (177).

Kişiliğin bu boyutları yaşamın erken evrelerinde ortaya çıktığı, kalıtsal olduğu, bireyin ergenlik ve yetişkinlik dönemindeki davranışlarını orta düzeyde belirlediği ve öğrenmede kavram öncesi veya bilindiği önyargıları içerdiği için genellikle mizaç faktörleri olarak kabul edilir (184).

Kişiliğin bir diğer bileşeni olan karakter ise üç boyutta incelenmektedir:

Kendini yönetme; kişinin bireysel tercihleri konusunda sorumluluk alması, sorunlarını çözmede beceri ve güvenin yeterince gelişmiş olması, gerçekçi olma ve kendini kabul etme özelliklerini içerir.

İş birliği yapma; empati yeteneği olan, yardımsever, destekleyici, şefkatli, sosyal olarak hoşgörülü ve erdemli gibi özellikleri içerir. Kişilik bozuklukları başlığındaki tüm kategoriler düşük işbirliği ile bağlantılandırılır.

Kendini aşma; kişinin manevi inançlara ve ülkülere yatkınlık gibi özellikleri içerir. Kendini aşan bireyler manevi duygulara önem veren, öngörülü, sadece kendini düşünmeyen idealist kişilerdir (177), (185).

Kraepelin ve Kretschmer, duygusal patolojiler ile premorbid mizaçlar arasında bir süreklilik olduğunu varsaymış ve bunları manik-depresif psikozun yaşam boyu süren, erken başlangıçlı, hafifletilmiş, subklinik formları olarak adlandırmıştır (186), (187). Akiskal ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda hem teorik hem de klinik gözlemlerle geliştirilen modern duygusal mizaç kavramı, öncelikle Kraepelin ve Kretschmer'in çalışmalarına dayanmaktaydı (29). Bu kavram, ilk olarak depresif, siklotimik, hipertimik ve irritabl mizaçları değerlendirmek için yarı yapılandırılmış bir araç olan TEMPS-I adlı bir değerlendirmeye dönüştü (188), (189). Daha sonra, endişeli mizacın da eklendiği TEMPS-A halini aldı (190), (191).

Depresif mizaç; çökkün ruh hali, genellikle günün erken saatlerinde belirgin olan keyifsizlik, içe dönüklük, düşük enerji seviyesi ile ayırt edilir. Genellikle uyku süreleri 9 saatten fazladır. Bazı dönemlerde başka bir duruma sekonder gelişmeyen hafif düzeylerde depresyon eşlik edebilir. Depresif kişilik özellikleri (neşesiz, sessiz, ümitsiz, kararsız, kendini eleştiren ve cezalandıran, yetersizlik ve karamsarlık düşünceleri olan) görülebilir (192), (193).

Hipertimik mizaç; dışa dönüklük, yüksek enerji seviyesi, duygusal yoğunluk gösterir. Uyku süreleri hafta sonları da dahil olmak üzere genellikle 6 saatten kısadır. Hipomanik kişilik özellikleri (coşkulu, neşeli, konuşkan, abartılı, irritabl, yüksek enerji seviyesi, baskılanamama, müdahalecilik, rastgele cinsel ilişkilerde bulunma) gözlenebilir (192), (193).

Siklotimik mizaç; nadiren ötimik dönemlerin eşlik ettiği, ruh halindeki hızlı dalgalanmalar ve duygusal istikrarsızlık ile karakterize edilir. Öznel görünüm; canlılık veya uyuşukluk, zihinsel yaratıcılık veya durgunluk, aşırı özgüven veya düşük özsaygı, iyimserlik veya kötümserlik gibi değişken kendilik algısını içerir. Davranışsal görünüm ise; aşırı uyuma veya uyanıklık, neşe-coşku hali veya nedensiz ağlamalar, azalmış sözel dışa vurum veya konuşkanlık, üretkenlikte miktar ve kalite açısından belirgin düzensizlikler gibi farklılıklar gösterebilmektedir (192), (193).

Anksiyöz mizaç; sıradan olay ve durumlara karşı aşırı kaygı duyma, felaketleştirme, ayrılmaya karşı aşırı duyarlılık, tanıdık ve güvenli ortamından ayrılmakta zorluk, belirgin güvence ihtiyacı, ilaçlara ve maddelere karşı aşırı duyarlılığı içermektedir. Gerginliğe artan sempatik aktiviteye bağlı olarak

gastrointestinal belirtiler, huzursuzluk, yerinde duramama gibi otonomik ve davranışsal semptomlar eşlik edebilir (192), (193).

İrritabl mizaç; diğerlerine göre daha az tutarlıdır. Kolay öfkelenme, agresif davranışlar, karamsarlık, aşırı eleştirme, dürtüsellik ve kişiler arası ilişkilerinde zorluk yaşama eğilimi ile karakterizedir. Eleştiren, imalı şakalar yapan, sürekli yakınan kişilerdir. İstenmeyen yerlerde bulduklarında etrafındaki kişilere rahatsızlık verebilirler (192), (193).

Toplumun %20'sinde bir çeşit duygusal mizaç belirgindir. Erkeklerde hipertimik ve iritabl mizaç daha yaygınken; kadınlarda depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç daha sık görülmektedir. Nörokimyasal ve genetik çalışmalarda depresif, anksiyöz, siklotimik ve iritabl mizaç özellikleri serotonerjik sistem ile, hipertimik mizaç özellikleri ise dopaminerjik sistemle ilişkili bulunmuştur (29).

Literatürde çeşitli mizaç özelliklerinin, hem somatik hem de psikiyatrik bozukluklar dahil olmak üzere çeşitli patolojik durumlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Psikiyatrik bozukluklar sadece duygudurum bozukluklarını değil; aynı zamanda madde bağımlılığını ve yeme bozukluklarını da içermektedir (193).

### **Psöriazis Hastalarında Kişilik Özellikleri ve Mizaç**

Psöriazis ve mizacın her ikisinin de genetik temellere sahip olduğu düşünülmektedir. Psöriazisin başlangıcı ya tetiklenmesinde kişilik özelliklerinin rolü bulunmaktadır. Dermatolojik alanda yapılan çalışmalarda birkaç araştırmacı psöriazis hastalarına özgü bir kişilik tarzını vurgulamaya çalışmış ancak böyle bir kişilik yapısı tanımlanamasa da, psöriazis hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha fazla obsesif-kompulsif, kaçınan, şizoid ve pasif-agresif özelliklere sahip olduğu bildirilmiştir (194), (195).

Ak ve arkadaşlarının Cloninger'in mizaç ve karakter envanterini kullanarak erkek psöriazis hastaları ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırdığı bir çalışmada, yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve kendini aşma puanlarının psöriazis grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (196). Kılıç ve arkadaşları psöriazis hastalarında sağlıklı kontrollerden daha yüksek zarardan kaçınma puanları ve daha düşük kendi kendini yönetme puanları olduğunu saptamıştır (194).

Birbiri ile korele sonuçların yanı sıra psöriazis, vitiligo ve nörodermatitli hastaların kendi arasında ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada mizaç ve karakter özellikleri açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (197). Yine benzer şekilde Doruk ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, psöriazis hastalarının mizaç ve karakter özelliklerinin sağlıklı kontrollerden farklı olmadığı öne sürülmüştür (172).

Marek-Jozefowicz tarafından afektif mizaç özellikleri ile depresif semptomların yoğunluğunun değerlendirildiği 208 psöriazis hastası ile yapılan çalışmada depresif, anksiyöz ve irritabl mizaç özelliklerinde daha yüksek puanlar tespit edilmiştir (198).

Pancar Yuksel, psöriazisi olan bireylerde mizaç profili ile algılanan stres arasındaki ilişkiyi incelemiş, depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaçların daha yüksek düzeyde algılanan stresle önemli ölçüde ilişkili olduğunu saptamıştır (199).

Litaiem tarafından 65 psöriazis hastası ile yapılan çalışmada kadınlar depresif ve anksiyöz mizaçlarda daha yüksek puanlar bildirirken, sağlıklı kontrollerin mizaç puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştı. Psöriazis tanısını aldıktan sonra geçen süre uzadıkça irritabl mizaç puanları azalma eğilimindeydi (200).

Janowski, dermatolojik hastalığın şiddetinin ve psöriazis tanısı olan 150 hastanın yaşam kalitesinin bazı mizaç özellikleri tarafından hafifletildiğini ve bu nedenle mizacın bir risk faktörü olarak kabul edilebileceğini öne sürmüştür (201).

Psöriazis gibi psikosomatik hastalıklarda hastalığı tetikleyen faktörleri ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları değerlendirirken kişilik değişikliklerinin de dikkate alınması, hastaların yaşam kalitesini arttıracak müdahalelerde bulunma yönünden önem taşımaktadır.

Tüm bu nedenlerle biz de psöriazis hastalarında çocukluk çağı travmalarının varlığı ya da yokluğunun bağlanma biçimlerini ve mizaç özelliklerini ne ölçüde etkilediğini, değerlendirme sırasında eşlik eden çökkünlük ve kaygı düzeylerini saptamayı ve bu durumların hastalık özellikleri ve hastalık şiddetiyle ilişkisini araştırmayı amaçladık.

#### Araştırmanın Hipotezleri

1. Dermatoloji polikliniğine başvuran psöriazis tanısı alan hastalarda, çocukluk çağı travmaları (fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) sağlıklı kontrollerden daha sık görülmektedir.

2. Psöriazis hastalarının bağlanma biçimleri sağlıklı kontrollerden farklıdır. Psöriazis hastalarında kaygılı/kararsız ve kaçınan bağlanma biçimleri sağlıklı kontrollere göre daha sıktır.
3. Psöriazis tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre depresif, anksiyöz ve irritabl mizaç özelliklerine daha sık rastlanmaktadır.
4. Psöriazis hastalarında değerlendirme sırasında çökkünlük ve kaygı düzeyleri sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir. Psöriazis hastalık şiddeti arttıkça çökkünlük ve kaygı düzeyi de artmaktadır.
5. Psöriazis için stresli yaşam olayları ve çocukluk çağı travmalarının varlığı hastalık gelişme riskini arttırmaktadır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### ÖRNEKLEM

Çalışmaya Mart 2023-Ekim 2024 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Dermatoloji Polikliniğine ayaktan başvuran ve Pamukkale Üniversitesi Dermatoloji Servisinde yatarak tedavi gören 60 psöriazis olgusu dâhil edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubu, çalışma için gerekli koşulları sağlayan ve hasta grubu ile benzer yaş ve cinsiyet özelliklerine sahip 60 sağlıklı gönüllü bireyden oluşturulmuştur.

Tüm katılımcılar çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş, gönüllü olanlardan sözel ve yazılı onam alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma projesi Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayına sunulmuş, 14.03.2023 tarih ve 60116787-020-345065 sayılı karar yazısıyla etik kurul onayı alınmıştır. Araştırma projesinde 25.10.2023 tarih ve E-60116787-020-439918 sayılı karar yazısıyla yardımcı araştırmacı değişikliği için, 02.10.2024 tarih ve E-60116787-020-590847 sayılı karar yazısı ile çalışma adının değişikliği için etik kurul onayı alınmıştır.

### **Gönüllüler İçin Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:**

#### ***Çalışma grubu:***

1. 18-65 yaşları arasında, psöriazis tanısı ile hastaneye başvurmuş olmak
2. Okur-yazar olmak
3. Psöriazis dışında stresle tetiklenebilen dermatolojik hastalığa (Ürtiker, Alopesi, Vitiligo vb) sahip olmamak
4. Kronik psikiyatrik hastalığa (Bipolar Bozukluk, Psikotik Bozukluk, Demans vb) sahip olmamak
5. İletişimi engelleyen fiziksel ve bilişsel bir sorunu olmayan, mental kapasitesi olağan olmak
6. Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmaya onay vermek

#### ***Kontrol grubu:***

1. 18-65 yaşları arasında olmak
2. Psöriazis başta olmak üzere stresle tetiklenebilen dermatolojik hastalığa (Ürtiker, Alopesi, Vitiligo vb) sahip olmamak



3. Okur-yazar olmak
4. DSM-5'e göre herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmamak
5. İletişimi engelleyen fiziksel ve bilişsel bir sorunu olmayan, mental kapasitesi olağan olmak
6. Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmaya onay vermek

### **Gönüllüler İçin Dışlama Kriterleri:**

#### ***Hasta grubu:***

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
2. 18 yaş altı veya 65 yaş üstü olmak
3. Okur-yazar olmamak
4. Psikotik bozukluk, Bipolar bozukluk, Demans gibi kronik psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmak
5. Psikotik özellikler gösteren Majör depresif bozukluk tanısına sahip olmak
6. Zekâ geriliği tanısı almış olmak
7. İletişimi engelleyen fiziksel ya da bilişsel bir soruna sahip olmak

#### ***Kontrol grubu:***

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
2. Yaşın 18'in altında ya da 65'in üstünde olması
3. Okur-yazar olmamak
4. Psöriazis başta olmak üzere stresle tetiklenebilen dermatolojik hastalığa (Ürtiker, Alopesi, Vitiligo vb) sahip olmak
5. DSM-5'e göre psikiyatrik hastalık tanısı olması
6. İletişimi engelleyen fiziksel ya da bilişsel bir soruna sahip olmak

### **ÇALIŞMANIN AŞAMALARI**

Çalışmaya katılım ölçütlerini karşılayan, çalışma ile ilgili bilgilendirilen ve onam veren hastaların ve sağlıklı kontrollerin psikiyatrik muayeneleri yapıldı, DSM-5 tanı ölçütlerine göre değerlendirildi. Bilgilendirilmiş onamla çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara öncelikle Sosyodemografik Veri Formu, SCID-5-CV (DSM-

5 Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme), Psöriazis Alan Şiddeti İndeksi (PASI), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, TEMPS-A Mizaç Değerlendirme Envanteri, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği uygulandı.

Çalışma psöriazis tanısı ile başvuran 60 hasta grubu ile benzer yaş ve cinsiyet özelliklerine sahip 60 sağlıklı birey ile tamamlanmıştır.

## **VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

### **Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini sorgulamaya yönelik olarak olguların sosyodemografik verilerinin ve klinik özelliklerinin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan bir bilgi formudur. Çalışmaya dahil edilen hasta ve sağlıklı bireylere yüz yüze görüşme yapılarak uygulanmıştır.

### **DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5-CV)**

DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV), DSM-5 tanılarını tespit etmek için oluşturulmuş, yarı yapılandırılmış bir görüşmecî rehberidir. SCID-5, 2015 senesinde First ve arkadaşlarınca oluşturulmuştur. Bu rehber, DSM-5 klasifikasyonu ve tanısal kriterleri bilgilerine haiz klinisyenler ya da yeterli eğitime sahip ruh sağlığı profesyonellerince uygulanabilmektedir. Ülkemiz toplumu için uyarlaması ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Elbir ve arkadaşlarınca yapılarak yayımlanmıştır (202).

### **Psöriazis Alan Şiddeti İndeksi (PASI)**

Fredriksson ve Petterson'un 1978 yılında geliştirdiği PASI, psoriatik lezyonların şiddetini derecelendirmeye, hastalık progresyonunu ve tedaviye yanıtı değerlendirmeye yarayan bir araçtır (203). Psöriatik lezyonların bulunduğu dört anatomik bölgede (baş-boyun, gövde, üst ve alt ekstremiteler) eritem, skuam ve endurasyon şiddetine göre PASI hesaplanmaktadır. Bu skor 0-72 arasında puanlanabilir ve skor arttıkça hastalığın şiddetinin de arttığını göstermektedir (204).

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

Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiş, Akdemir ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (205), (206). Depresyon düzeyini, belirti dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan en yaygın yöntemdir. 17 maddelik ölçek olup, klinisyen tarafından uygulanmaktadır. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında puanlanır ve alınacak toplam maksimum puan 53'tür. Her maddedeki belirtinin hastada bulunup bulunmadığının ve hafif, orta, ağır gibi şiddet derecesinin, o madde için var olan soruların yöneltilmesi ve yanıtlarının esas alınmasıyla klinisyen tarafından belirlenmesi suretiyle kullanılmaktadır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 puan arası orta derecede depresyonu, 29 puan ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir (207).

### **Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)**

Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Max Hamilton tarafından 1959 yılında anksiyete şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (208), (209). 14 sorudan oluşan HAM-A, her sorunun 0-4 puan (0-yok, 4-çok şiddetli) arasında değerlendirildiği beşli likert tipi ölçüm sağlar. Tüm anksiyete bozukluğu tanıları için kullanılabilirken en sık yaygın anksiyete bozukluğu için kullanılır. Psişik ve somatik alt ölçekleri bulunur. Psişik alt ölçeği (1-6 ve 14. maddeler) subjektif bilişsel ve duygudurum belirtilerini (anksiyeteli duygudurum, gerginlik, korku, uykusuzluk, entelektüel-kognitif işlev, depresif duygudurum ve görüşme esnasındaki davranış) değerlendirirken somatik alt ölçek (7-13. maddeler) ise somatik, otonomik ve çeşitli sistemlere ait fiziksel belirtileri içerir (208), (210). Toplam skoru ise bu iki alt skorun toplam puanı vermektedir. Değerlendirmede toplam skora göre 17 puan ve altı hafif, 18-24 puan arası orta, 25 puan ve üzeri ise şiddetli olarak derecelendirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (208).

### **Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği**

Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek, kişilerin 20 yaşına kadar olan yaşamlarında deneyimlemiş olabilecekleri istismar ve ihmal yaşantılarını ve bunların şiddetini saptamayı amaçlar. Başlangıçta 53 sorudan oluşacak şekilde tasarlanmış olup süreçte kısaltılarak 28 sorudan ibaret son haline gelmiş, Beşli likert tipinde özbildirim ölçeğidir. Fiziksel / duygusal / cinsel istismar, fiziksel /duygusal ihmal ve travmanın inkârının değerlendirildiği minimizasyon olmak üzere altı alt kategorisi bulunmaktadır. Bu alt ölçekler travmanın türlerini göstermekte olup ilgili madde numaraları ile birlikte; cinsel istismar (20, 21, 23, 24, 27), fiziksel istismar (9, 11, 12, 15, 17), duygusal istismar (3, 8, 14, 18, 25), fiziksel ihmal (1, 4, 6, 2, 26), duygusal ihmal (5, 7, 13, 19, 28) şeklindedir. Ölçeğin skoru hesaplanırken pozitif önermeleri olan maddeler (2, 5, 7, 13, 19, 26, 28. maddeler) tersten skorlanır (211). Minimizasyon dışındaki alt ölçeklerin her biri 5 ile 25 arasında, toplam ölçek puanı ise 25 ile 125 arasında bir değer alır. Minimizasyon alt ölçeği puanı, toplam puanı etkilememektedir. Travmanın inkârı üç soruyla değerlendirilmektedir. Kişinin bu sorulardan kaç tanesine beş puan verdiği hesaplanarak minimizasyon puanı elde edilir. Türkiye’de ölçek puanlarının kesim noktaları konusunda herhangi bir düzey bildirilmemiştir. Ancak Şar ve arkadaşları (2012) cinsel ve fiziksel istismar alt ölçeklerinde beş puanın, fiziksel ihmal ve duygusal istismar alt ölçeklerinde yedi puanın, duygusal ihmal alt ölçeğinde 12 puanın aşılmasının, toplam ölçeğin değerlendirilmesi için de 35 puanın aşılmasının pozitif bildirim olarak kabul edilebileceğini önermektedirler. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır (212).

### **Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği**

İki kısımdan meydana gelmektedir. Hazan Shaver tarafından geliştirilen A, B, C şıklarını içeren ilk bölüm her biri sırasıyla erişkinleri güvenli, kaçınan ve kaygılı/kararsız olarak sınıflamaya yarayan, çocuklukta ebeveynle ilişki özellikleri ve genel davranış özellikleri hakkında tanımlar içeren üç farklı ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin Mikulincer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ikinci kısmı katılımcıdan her birini 1-7 arasında puanlaması istenen 15 maddeden oluşmaktadır.

Her bir bağlanma biçimi 5 madde ile temsil edilmektedir ve en yüksek puan hangisinden alındıysa ölçeği dolduran bireyin bağlanma biçimini belirlemektedir. Bu bölümde 1,3,7,10,15 numaralı sorular Güvenli Bağlanma, 2,4,8,12,13 numaralı sorular Kaçınan Bağlanma (Avoidant Style), 5,6,9,11,14 numaralı sorular Kaygılı/Kararsız Bağlanma (Ambivalent Style)'yı göstermektedir. Türkçe'ye uyarlaması Sabuncuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (213).

### **Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A)**

Bireylerde depresif, hipertimik, irritabl, siklotimik ve anksiyöz gibi baskın affektif mizaçları değerlendirmek üzere kullanılabilir. Hagop A. Akiskal tarafından 1998'de geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması ile geçerlilik güvenirlik çalışması Vahip ve arkadaşları tarafından 2005'te yapılmıştır (214). Başta duygudurum bozukluğu olmak üzere tüm psikiyatrik hasta grupları ve sağlıklı toplumu değerlendirmede kullanılan, "evet/hayır" biçiminde değerlendirilmek üzere 99 maddeden oluşan bir özbebildirim ölçeğidir. Her madde için "evet" yanıtı 1, "hayır" yanıtı 0 olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının toplam puanı madde puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Ölçeğin alt boyutlarının kesme puanları depresif (18 madde) için 13, siklotimik (19 madde) için 18, hipertimik (20 madde) için 20, irritabl (18 madde) için 13, anksiyöz (24 madde) için 18 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun test-yeniden test güvenilirliği (0,73-0,91) ve iç tutarlılığı (0,77-0,85) iyi düzeyde bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda tüm boyutlar faktörlerde temsil edilmiştir. Ayrıca ölçüt geçerliliği için tüm alt boyutların kesme puanları hesaplanmıştır.

### **İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME**

Araştırmanın başlangıç aşamasında güç analizi yapılmıştır. Referans çalışmada (Crosta, Maria Luigia ve arkadaşları, 2018) kullanılan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'ne göre elde edilen etki büyüklüğünün kuvvetli düzeyde olduğu ( $d=0.562$ ) görülmüştür. Bu düzeyde bir etki büyüklüğü elde edilebileceği düşünülerek yapılan güç analizi sonucundan; çalışmaya en az 102 kişi (her grup için en az 51 kişi) alındığında %95 güven düzeyinde %80 güç elde edilebileceği hesaplanmıştır.

İstatiksel analizlerde SPSS 28.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov, shapiro-wilk test ile ölçüldü. Dağılımı normal olan nicel bağımsız verilerin analizinde bağımsız örneklem t test kullanıldı. Dağılımı normal olmayan nicel bağımsız verilerin analizinde mann-whitney u test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında fischer test kullanıldı. Korelasyon analizinde spearman korelasyon analizi kullanıldı. Etki düzeyi tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon ile araştırıldı. Tüm incelemelerde  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Çalışma Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniği'ne başvuran, 18-65 yaş aralığında, 60 psöriazis tanısı olan birey (vaka grubu) ve vaka grubu ile benzer yaş ve cinsiyet özelliklerine sahip, psöriazis tanısı olmayan, sağlıklı 60 birey (kontrol grubu) ile tamamlanmıştır.

Kontrol ve vaka grupları arasında *hastaların yaşı, cinsiyet dağılımı* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Kontrol ve vaka grupları arasında *medeni durum* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda *eğitim durumu* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha düşüktü (Tablo 1).

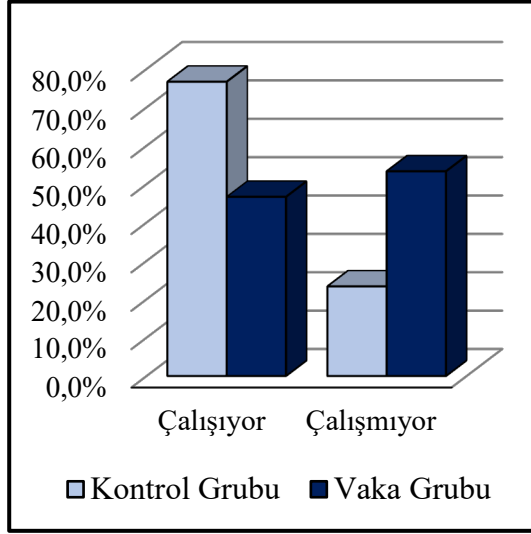
Vaka grubunda *çalışmayanların oranı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti. Vaka grubunda *memur, emekli olanların oranı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha düşüktü. Kontrol ve vaka grupları arasında *işçi, serbest meslek, öğrenci, işsiz, diğer meslek çalışanlarının oranı* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda *esnaf olanların oranı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti. Kontrol ve vaka grupları arasında *gelir durumu* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 1). Vaka grubunda *ek hastalık oranı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti. Kontrol ve vaka grupları arasında *sigara, alkol kullanım oranı* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

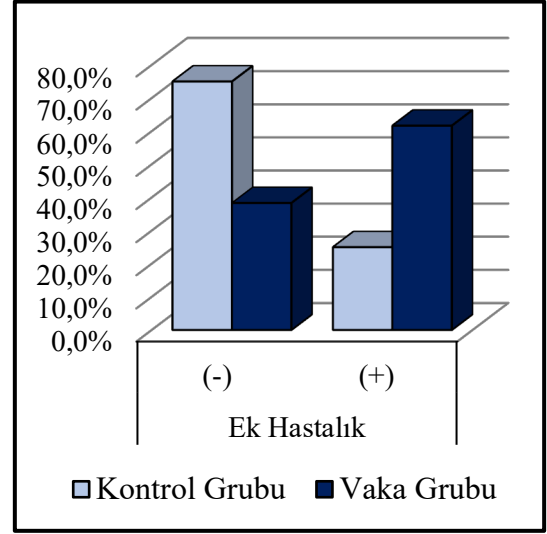
		Kontrol Grubu (n=60)		Vaka Grubu (n=60)		P
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
Yaş		44,9 ± 12,6	48,0	45,1 ± 12,6	48,0	0,875 <sup>m</sup>
Cinsiyet	Kadın	32	53,3%	33	55,0%	0,855 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Erkek	28	46,7%	27	45,0%	
Medeni Durum	Evli	43	71,7%	43	71,7%	1,000 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Bekar	13	21,7%	10	16,7%	
	Eş Vefatı	0	0,0%	2	3,3%	
	Boşanmış	4	6,7%	5	8,3%	
<b><i>Eğitim Durumu</i></b>						
	Okuryazar	0	0,0%	1	1,7%	0,000 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	İlkokul	3	5,0%	22	36,7%	
	Ortaokul	3	5,0%	10	16,7%	
	Lise	10	16,7%	12	20,0%	
	Üniversite	36	60,0%	13	21,7%	
	Yüksek Lisans	8	13,3%	2	3,3%	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	46	76,7%	28	46,7%	
	Çalışmıyor	14	23,3%	32	53,3%	
<b><i>Meslek</i></b>						
	Memur	29	48,3%	11	18,3%	0,000 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	İşçi	7	11,7%	12	20,0%	0,211 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Esnaf	0	0,0%	5	8,3%	0,022 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Emekli	14	23,3%	5	8,3%	0,024 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Serbest Meslek	6	10,0%	13	21,7%	0,080 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Öğrenci	2	3,3%	4	6,7%	0,402 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	İşsiz	0	0,0%	3	5,0%	0,244 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Diğer	2	3,3%	7	11,7%	0,083 <sup>X<sup>2</sup></sup>
<b><i>Gelir Durumu</i></b>						
	≤ 3000 TL	1	1,7%	1	1,7%	0,093 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	3000-5000 TL	4	6,7%	3	5,0%	
	5000-8000 TL	2	3,3%	10	16,7%	
	≥ 8000 TL	53	88,3%	46	76,7%	
Ek Hastalık	(-)	45	75,0%	23	38,3%	0,000 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	15	25,0%	37	61,7%	
Sigara Kullanımı	(-)	43	71,7%	36	60,0%	0,178 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	17	28,3%	24	40,0%	
Alkol Kullanımı	(-)	45	75,0%	44	73,3%	0,835 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	15	25,0%	16	26,7%	

<sup>m</sup> Mann-whitney u test / <sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test (Fischer test)





Şekil 1. Çalışma Durumu



Şekil 2. Ek Hastalık Varlığı

Vaka grubunda *kentte yaşayanların oranı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha düşüktü. Vaka grubunda *göç oranı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti (Tablo 2).

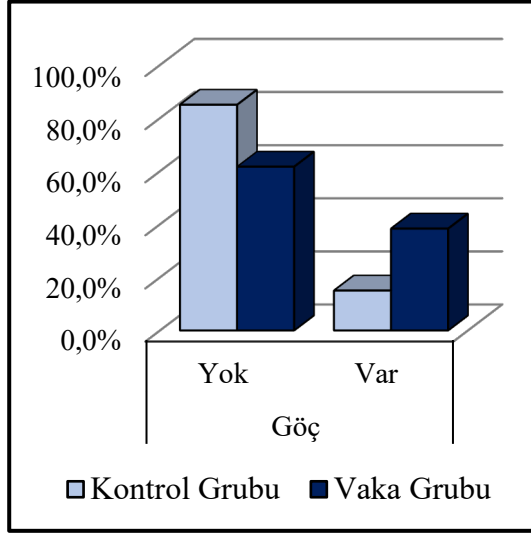
Kontrol ve vaka grupları arasında *çocuk varlığı* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda *çocuk sayısı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti. Vaka grubunda *bebek kaybı oranı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti (Tablo 2).

Kontrol ve vaka grupları arasında *ailesi ile yaşayanların oranı* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Kontrol ve vaka grupları arasında *aile yapısı, yetiştirme ortamı* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Kontrol ve vaka grupları arasında *kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 2).

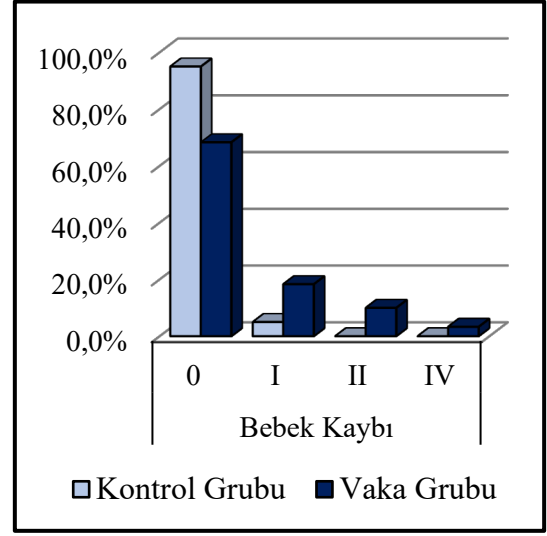
**Tablo 2.** Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması-2

		Kontrol Grubu (n=60)		Vaka Grubu (n=60)		p
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
<b><i>Yaşadığı Yer</i></b>						
Kent-Merkez		56	93,3%	43	71,7%	
Kent-Kenar Mahalle		2	3,3%	0	0,0%	<b>0,000</b> X <sup>2</sup>
İlçe		1	1,7%	16	26,7%	
Kırsal-Köy		1	1,7%	1	1,7%	
Göç						
Yok		51	85,0%	37	61,7%	<b>0,004</b> X <sup>2</sup>
	Var	9	15,0%	23	38,3%	
Çocuk	(-)	18	30,0%	12	20,0%	0,206 X <sup>2</sup>
	(+)	42	70,0%	48	80,0%	
Çocuk Sayısı		1,7 ± 0,6	2,0	2,1 ± 0,8	2,0	<b>0,014</b> <sup>m</sup>
0		57	95,0%	41	68,3%	
Bebek Kaybı	I	3	5,0%	11	18,3%	<b>0,000</b> X <sup>2</sup>
	II	0	0,0%	6	10,0%	
	IV	0	0,0%	2	3,3%	
<b><i>Birlikte Yaşadığı Kişiler</i></b>						
Ailesiyle		53	88,3%	50	83,3%	
Yalnız		5	8,3%	9	15,0%	0,432 X <sup>2</sup>
Arkadaşlarıyla		1	1,7%	1	1,7%	
Öğrenci Yurdu		1	1,7%	0	0,0%	
Aile Yapısı	Çekirdek	57	95,0%	57	95,0%	1,000 X <sup>2</sup>
	Kalabalık	3	5,0%	3	5,0%	
<b><i>Yetiştirme Ortamı</i></b>						
Çekirdek		46	76,7%	42	70,0%	
Kalabalık		14	23,3%	16	26,7%	0,409 X <sup>2</sup>
Akraba Yanı		0	0,0%	2	3,3%	
Kardeş Sayısı		3,3 ± 1,6	3,0	3,6 ± 1,8	3,0	0,295 <sup>m</sup>
Kaçmıcı Çocuk		2,1 ± 1,2	2,0	2,1 ± 1,3	2,0	0,993 <sup>m</sup>

<sup>m</sup> Mann-whitney u test / X<sup>2</sup> Ki-kare test



Şekil 3. Göç Varlığı



Şekil 4. Kayıp Bebek Varlığı ve Sayısı

Kontrol ve vaka grupları arasında *anne eğitim durumu* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda *baba eğitim durumu* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha düşüktü (Tablo 3).

Kontrol ve vaka grupları arasında *anne-baba kaybı* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Kontrol ve vaka grupları arasında *anne-baba ayrılığı* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Kontrol ve vaka grupları arasında *anne-baba ayrıldığındaki yaş* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması-3

	Kontrol Grubu (n=60)		Vaka Grubu (n=60)		p	
	Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan		
<b><i>Anne Eğitim Durumu</i></b>						
Okuryazar Değil	11	18,3%	16	26,7%	0,114 <sup>X<sup>2</sup></sup>	
Okuryazar	7	11,7%	1	1,7%		
İlkokul	23	38,3%	34	56,7%		
Ortaokul	6	10,0%	3	5,0%		
Lise	5	8,3%	3	5,0%		
Üniversite	6	10,0%	3	5,0%		
Yüksek Lisans	2	3,3%	0	0,0%		
<b><i>Baba Eğitim Durumu</i></b>						
Okuryazar Değil	1	1,7%	4	6,7%	0,023 <sup>X<sup>2</sup></sup>	
Okuryazar	4	6,7%	2	3,3%		
İlkokul	27	45,0%	36	60,0%		
Ortaokul	9	15,0%	6	10,0%		
Lise	8	13,3%	9	15,0%		
Üniversite	9	15,0%	3	5,0%		
Yüksek Lisans	2	3,3%	0	0,0%		
	Yok	55	91,7%	53	88,3%	0,543 <sup>X<sup>2</sup></sup>
Anne Baba Kaybı	Anne	2	3,3%	1	1,7%	
	Baba	3	5,0%	6	10,0%	
Anne Baba Ayrılığı	(-)	56	93,3%	53	88,3%	0,343 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	4	6,7%	7	11,7%	
Ayrıldıklarındaki Yaşı		18,3 ± 17,3	17,5	9,2 ± 11,6	2,0	0,154 <sup>m</sup>

<sup>m</sup> Mann-whitney u test / <sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test

Vaka grubunda ***fiziksel, duygusal istismar oranı*** kontrol grubundan anlamlı (p<0.05) olarak daha yüksekti. Kontrol ve vaka grupları arasında ***cinsel istismar oranı*** anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir (Tablo 4).

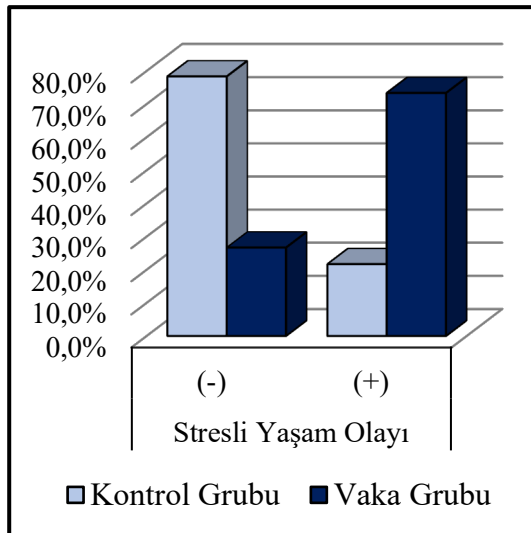
Vaka grubunda ***stresli yaşam olayı oranı*** kontrol grubundan anlamlı (p<0.05) olarak daha yüksekti. Vaka grubunda ***yakın vefatı oranı*** kontrol grubundan anlamlı (p<0.05) olarak daha yüksekti. Kontrol ve vaka grupları arasında ***trafik kazası, ailevi stresör, maddi stresör, diğer stresli yaşam olayı oranı*** anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda ***doğal afetten etkilenme oranı*** kontrol grubundan anlamlı (p<0.05) olarak daha düşüktü (Tablo 4).

Vaka grubunda *stresli yaşam olayının devam eden etkilerinin varlığı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti. Vaka grubunda *ailede psöriazis öyküsü oranı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti (Tablo 4).

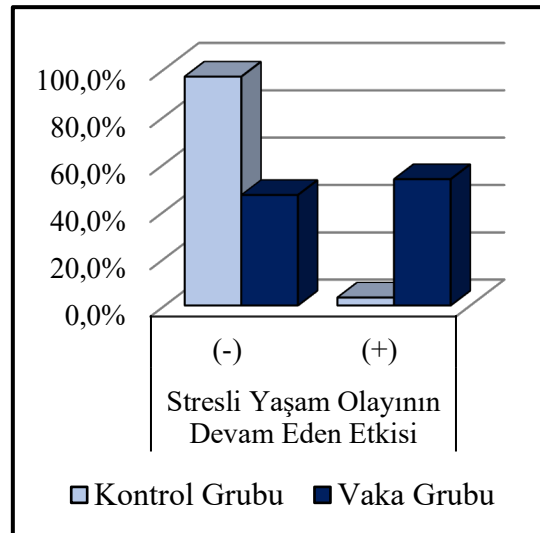
**Tablo 4.** Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması-4

	Kontrol Grubu (n=60)		Vaka Grubu (n=60)		p	
	n	%	n	%		
<b><i>İstismar Türü</i></b>						
Fiziksel	1	1,7%	11	18,3%	<b>0,002</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>	
Duygusal	1	1,7%	15	25,0%	<b>0,000</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>	
Cinsel	1	1,7%	0	0,0%	1,000 <sup>X<sup>2</sup></sup>	
Stresli Yaşam Olayı	(-)	47	78,3%	16	26,7%	<b>0,000</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	13	21,7%	44	73,3%	
Yakın Vefatı	2	15,4%	22	52,4%	<b>0,019</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>	
Trafik Kazası	2	15,4%	6	14,3%	1,000 <sup>X<sup>2</sup></sup>	
Doğal Afet	10	76,9%	7	16,7%	<b>0,000</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>	
Ailevi Stresör	0	0,0%	5	11,9%	0,324 <sup>X<sup>2</sup></sup>	
Maddi Stresör	0	0,0%	2	4,8%	1,000 <sup>X<sup>2</sup></sup>	
Diğer Stresli Yaşam Olayı	0	0,0%	6	14,3%	0,317 <sup>X<sup>2</sup></sup>	
Stresli Yaşam Olayının Devam Eden Etkisi	(-)	58	96,7%	28	46,7%	<b>0,000</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	2	3,3%	32	53,3%	
Ailede Psöriazis	(-)	59	98,3%	39	65,0%	<b>0,000</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	1	1,7%	21	35,0%	

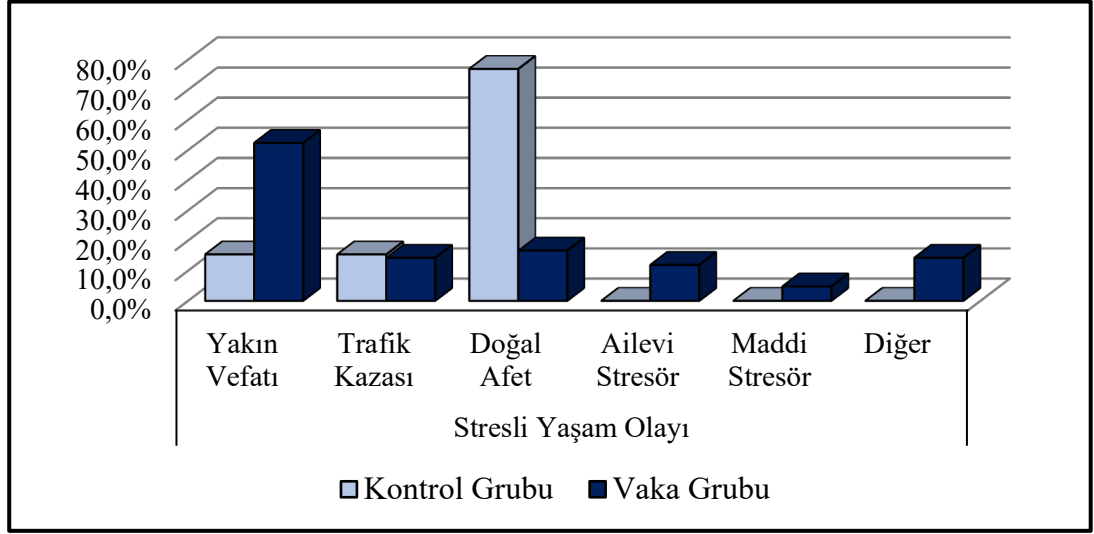
<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test (Fischer test)



**Şekil 5.** Stresli Yaşam Olayı Varlığı



**Şekil 6.** Stresli Yaşam Olayının Devam Eden Etkilerinin Varlığı



Şekil 7. Stresli Yaşam Olayı Türleri

Vaka grubundaki katılımcılarının *psöriazis tanı sürelerinin* 1-42 yıl arasında değişmekle birlikte, ortalama tanı süresinin  $13,9 \pm 11,6$  yıl olduğu, %86,7'sinde *lezyonların* bacak bölgesinde yer aldığı, %73,3'ünde değerlendirme esnasında *aktif lezyonun* bulunduğu, %78,3'ünün vücudunun *görünen kısımlarında lezyon* olduğu, %40'ının lezyonların varlığı ile ilgili ağır düzeyde *estetik kaygı* yaşadığı, %26,7'sinin tedavisinde *secukinumab* kullanıldığı, *PASI skorlarının* 0-35,8 arasında değişmekle birlikte, ortalama değerinin  $4,0 \pm 7,3$  olduğu belirlendi (Tablo 5).

**Tablo 5.** Psöriazis Grubundaki Hastalık Özellikleri

	Min-Mak	Medyan	Ort.±ss/n-%
Psöriazis Tanı Süresi	1,0 - 42,0	11,0	13,9 ± 11,6
<b><i>Psöriazis Yeri</i></b>			
Saçlı Deri			29 48,3%
Yüz			13 21,7%
Boyun			12 20,0%
Kollar			45 75,0%
Bacaklar			52 86,7%
Sırt			25 41,7%
Göğüs			25 41,7%
Genital Bölge			15 25,0%
Aktif Lezyon	(-)		16 26,7%
	(+)		44 73,3%
Görünür Lezyon	Görünür Yerde		47 78,3%
	Örtülebilir Yerde		13 21,7%
	Hiç		12 20,0%
Estetik Kaygı	Hafif		18 30,0%
	Orta		6 10,0%
	Ağır		24 40,0%
<b><i>Tedavi Şekli</i></b>			
Topikal Tedavi			8 13,3%
Metotreksat			5 8,3%
İxezumab			11 18,3%
Secukinumab			16 26,7%
Apremilast			1 1,7%
Ustekinumab			4 6,7%
Guselkumab			5 8,3%
Sertolizumab			3 5,0%
Baricitinib			1 1,7%
Risankizumab			4 6,7%
PASI Skoru	0,0 - 35,8	0,9	4,0 ± 7,3

Kontrol ve vaka grupları arasında **ilk psikiyatri başvuru yaşı** anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda **geçmişte psikiyatrik hastalık varlığı** kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti. Kontrol ve vaka grupları arasında **psikiyatride yatış sayısı** anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 6).

Vaka grubunda **devam eden psikiyatrik hastalık varlığı** kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti. Vaka grubundaki psikiyatrik hastalık tanısı olan katılımcıların %75'inin ( $n=9$ ) Depresyon, %25'inin Anksiyete Bozukluğu tanısı

olduğu belirlendi. Kontrol ve vaka grupları arasında *ailede psikiyatrik hastalık varlığı* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 6).

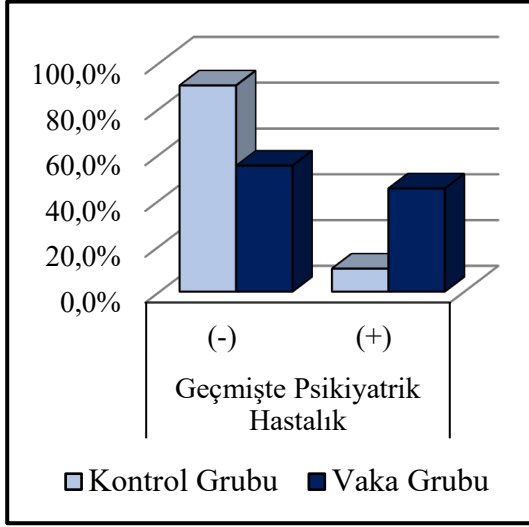
Vaka grubunda *Hamilton anksiyete puanı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti. Vaka grubunda *anksiyete derecesi* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti. Vaka grubunda *Hamilton depresyon puanı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti. Vaka grubunda *depresyon derecesi* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti (Tablo 6).

**Tablo 6.** Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması-5

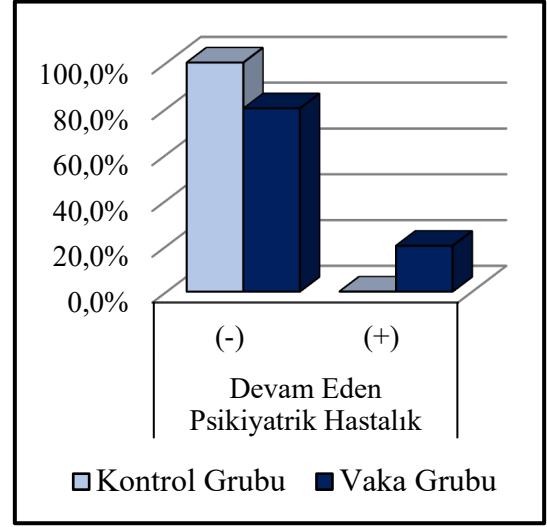
		Kontrol Grubu (n=60)		Vaka Grubu (n=60)		P
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
İlk Psikiyatri Başvuru Yaşı		27,3 ± 11,4	24,5	34,8 ± 15,7	36,0	0,279 <sup>t</sup>
Geçmişte Psikiyatrik Hastalık	(-)	54	90,0%	33	55,0%	<b>0,000</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	6	10,0%	27	45,0%	
Psikiyatride Yatış Sayısı	0	6	100,0%	24	88,9%	1,000 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	1	0	0,0%	2	7,4%	
	3	0	0,0%	1	3,7%	
Devam Eden Psikiyatrik Hastalık	(-)	60	100,0%	48	80,0%	<b>0,000</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	0	0,0%	12	20,0%	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	(-)	52	86,7%	47	78,3%	0,230 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(+)	8	13,3%	13	21,7%	
Hamilton Anksiyete Puanı		3,9 ± 3,6	3,0	8,8 ± 7,5	6,5	<b>0,000</b> <sup>m</sup>
Anksiyete	Hafif	60	100,0%	52	86,7%	<b>0,003</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Orta	0	0,0%	6	10,0%	
	Şiddetli	0	0,0%	2	3,3%	
Hamilton Depresyon Puanı		1,9 ± 2,4	1,0	6,2 ± 5,5	4,5	<b>0,000</b> <sup>m</sup>
Depresyon	(-)	58	96,7%	38	63,3%	<b>0,000</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Hafif	2	3,3%	16	26,7%	
	Orta	0	0,0%	6	10,0%	

<sup>t</sup> Bağımsız örneklem t test / <sup>m</sup> Mann-whitney u test / <sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test (Fischer test)

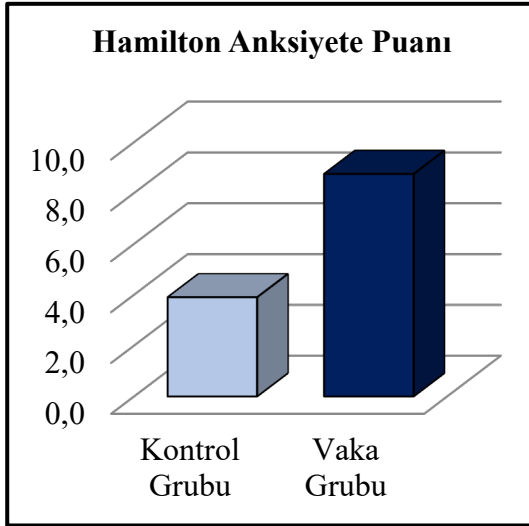




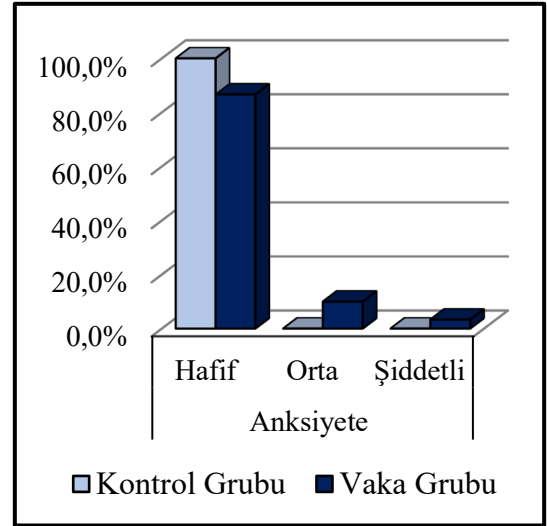
Şekil 8. Geçmişte Psikiyatrik Hastalık Varlığı



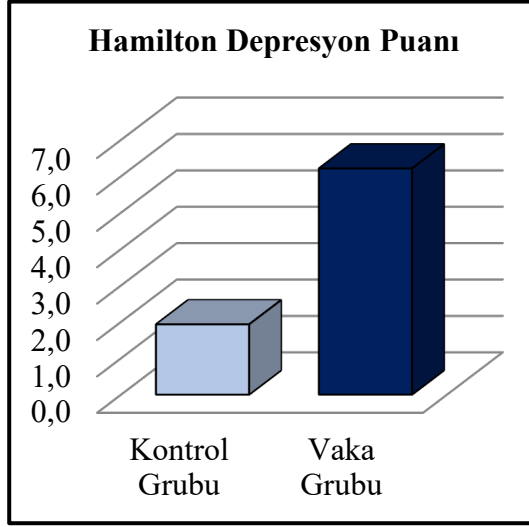
Şekil 9. Devam Eden Psikiyatrik Hastalık Varlığı



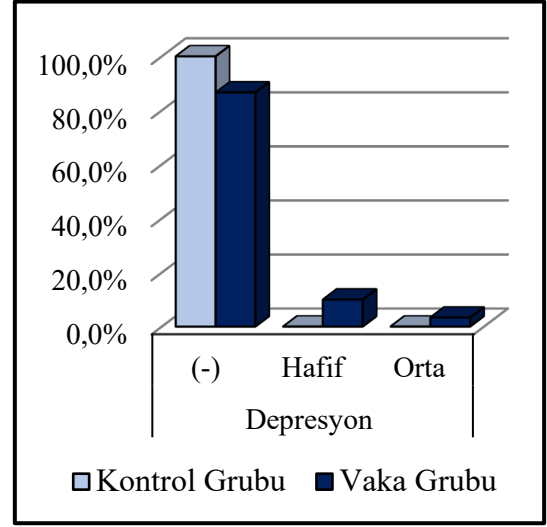
Şekil 10. HAM-A Puanları



Şekil 11. Anksiyete Derecesi



Şekil 12. HAM-D Puanları



Şekil 13. Depresyon Derecesi

Kontrol ve vaka grupları arasında *ÇÇTÖ ölçeği duygusal istismar, cinsel istismar puanı* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda *ÇÇTÖ ölçeği fiziksel istismar puanı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti (Tablo 7).

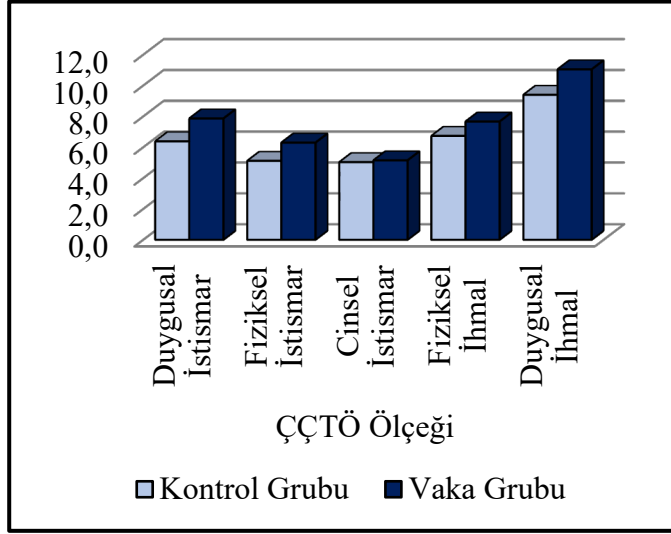
Vaka grubunda *ÇÇTÖ ölçeği fiziksel ihmal puanı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti. Kontrol ve vaka grupları arasında *ÇÇTÖ ölçeği duygusal ihmal puanı* anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 7).

Vaka grubunda *ÇÇTÖ ölçeği toplam puanı* kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti (Tablo 7).

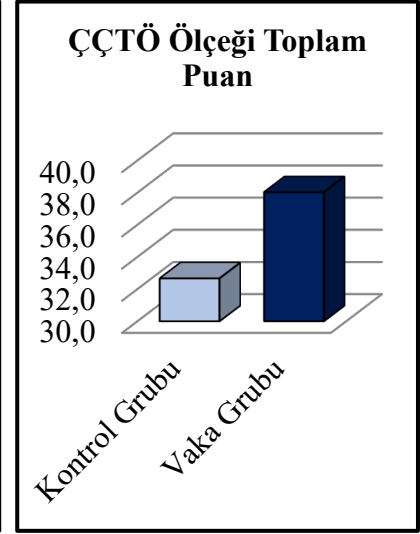
Tablo 7. Grupların ÇÇTÖ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (n=60)		Vaka Grubu (n=60)		p
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
<b>ÇÇTÖ Ölçeği</b>					
Duygusal İstismar Puanı	6,4 ± 2,0	6,0	7,9 ± 3,7	7,0	0,072 <sup>m</sup>
Fiziksel İstismar Puanı	5,1 ± 0,5	5,0	6,3 ± 2,7	5,0	<b>0,001</b> <sup>m</sup>
Cinsel İstismar Puanı	5,0 ± 0,3	5,0	5,2 ± 0,6	5,0	0,170 <sup>m</sup>
Fiziksel İhmal Puanı	6,7 ± 2,2	6,0	7,7 ± 2,7	7,0	<b>0,029</b> <sup>m</sup>
Duygusal İhmal Puanı	9,4 ± 4,1	8,0	11,1 ± 5,1	10,5	0,116 <sup>m</sup>
Toplam Puan	32,7 ± 7,3	30,0	38,0 ± 11,6	36,0	<b>0,005</b> <sup>m</sup>

<sup>m</sup> Mann-whitney u test



Şekil 14. ÇÇTÖ Alt Ölçek Puanları



Şekil 15. ÇÇTÖ Toplam Ölçek Puanı

Kontrol ve vaka grupları arasında **bağlanma tipi** anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 8).

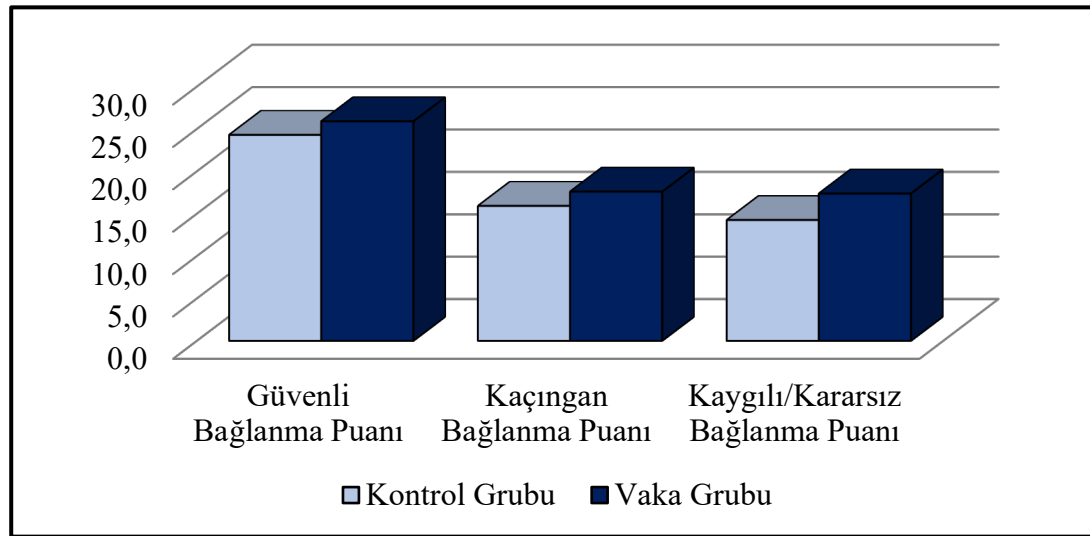
Kontrol ve vaka grupları arasında **güvenli bağlanma, kaçınan bağlanma puanı** anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda **kaygılı/kaçınan bağlanma puanı** kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti (Tablo 8).

Vaka grubunda **depresif mizaç, irritable mizaç oranı** kontrol grubundan anlamlı ( $p<0.05$ ) olarak daha yüksekti. Kontrol ve vaka grupları arasında **siklotimik mizaç, anksiyöz mizaç oranı** anlamlı ( $p>0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 8).

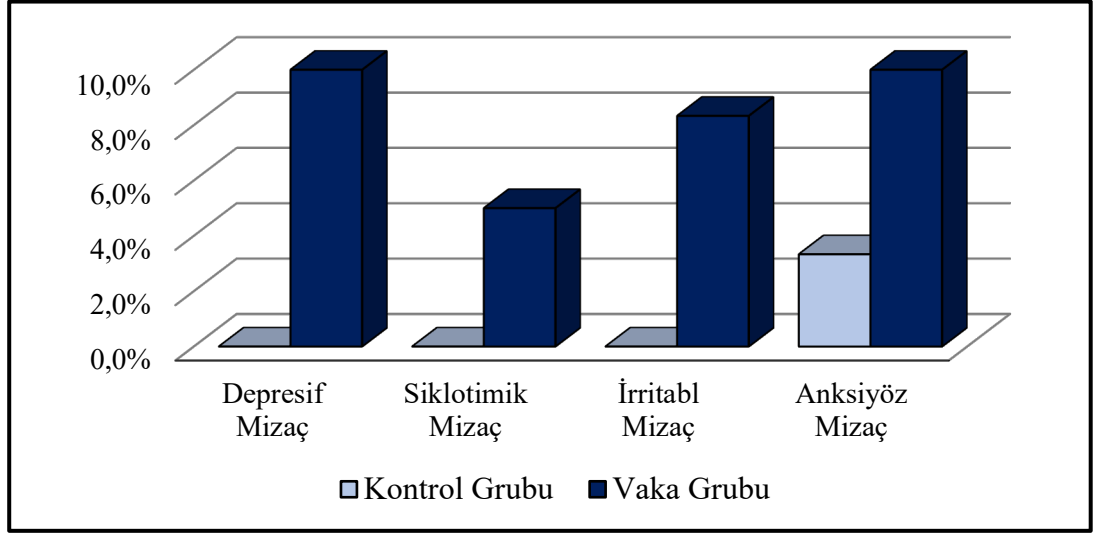
**Tablo 8.** Grupların EBBÖ ve TEMPS-A Puanlarının Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu (n=60)		Vaka Grubu (n=60)		p
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
Bağlanma Tipi	Güvenli	51	85,0%	42	70,0%	0,140 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Kaçınan	4	6,7%	9	15,0%	
	Kaygılı/Kararsız	5	8,3%	9	15,0%	
Güvenli Bağlanma Puanı		24,3 ± 4,5	24,5	25,9 ± 5,6	26,0	0,087 <sup>t</sup>
Kaçınan Bağlanma Puanı		15,9 ± 5,0	16,5	17,6 ± 7,1	18,0	0,192 <sup>m</sup>
Kaygılı/Kararsız Bağlanma Puanı		14,3 ± 5,3	13,5	17,4 ± 7,3	17,0	<b>0,017</b> <sup>m</sup>
<b>Mizaçlar</b>						
Depresif	(-)	60	100,0%	54	90,0%	<b>0,012</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
Mizaç	(+)	0	0,0%	6	10,0%	
Siklotimik	(-)	60	100,0%	57	95,0%	0,244 <sup>X<sup>2</sup></sup>
Mizaç	(+)	0	0,0%	3	5,0%	
İrritabl	(-)	60	100,0%	55	91,7%	<b>0,022</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
Mizaç	(+)	0	0,0%	5	8,3%	
Anksiyöz	(-)	58	96,7%	54	90,0%	0,143 <sup>X<sup>2</sup></sup>
Mizaç	(+)	2	3,3%	6	10,0%	

<sup>t</sup> Bağımsız örneklem t test / <sup>m</sup> Mann-whitney u test / <sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test (Fischer test)



**Şekil 16.** EBBÖ Ölçek Puanları



Şekil 17. TEMPS-A Ölçek Puanları

ÇÇTÖ ölçeği duygusal istismar puanı ile *PASI skoru* arasında anlamlı ( $p>0.05$ ) korelasyon gözlenmemiştir. ÇÇTÖ ölçeği duygusal istismar puanı ile *Hamilton anksiyete puanı*, *Hamilton depresyon puanı*, *kaçıngan bağlanma puanı*, *kaygılı/kararsız bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) pozitif korelasyon gözlenmiştir. ÇÇTÖ ölçeği duygusal istismar puanı ile *güvenli bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) negatif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 9).

ÇÇTÖ ölçeği fiziksel istismar puanı ile *PASI skoru*, *güvenli bağlanma puanı*, *kaçıngan bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p>0.05$ ) korelasyon gözlenmemiştir. ÇÇTÖ ölçeği fiziksel istismar puanı ile *Hamilton anksiyete puanı*, *Hamilton depresyon puanı*, *kaygılı/kararsız bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 9).

ÇÇTÖ ölçeği cinsel istismar puanı ile *PASI skoru*, *Hamilton anksiyete puanı*, *Hamilton depresyon puanı*, *güvenli bağlanma puanı*, *kaçıngan bağlanma puanı*, *kaygılı/kararsız bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p>0.05$ ) korelasyon gözlenmemiştir (Tablo 9).

ÇÇTÖ ölçeği fiziksel ihmal puanı ile *PASI skoru*, *güvenli bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p>0.05$ ) korelasyon gözlenmemiştir. ÇÇTÖ ölçeği fiziksel ihmal puanı ile *Hamilton anksiyete puanı*, *Hamilton depresyon puanı*, *kaçıngan bağlanma puanı*, *kaygılı/kararsız bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 9).

ÇÇTÖ ölçeği duygusal ihmal puanı ile *PASI skoru*, *Hamilton depresyon puanı* arasında anlamlı ( $p>0.05$ ) korelasyon gözlenmemiştir. ÇÇTÖ ölçeği duygusal ihmal puanı ile *Hamilton anksiyete puanı*, *kaçınan bağlanma puanı*, *kaygılı/kararsız bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) pozitif korelasyon gözlenmiştir. ÇÇTÖ ölçeği duygusal ihmal puanı ile *güvenli bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) negatif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 9).

ÇÇTÖ ölçeği toplam puanı ile *PASI skoru* arasında anlamlı ( $p>0.05$ ) korelasyon gözlenmemiştir. ÇÇTÖ ölçeği toplam puanı ile *Hamilton anksiyete puanı*, *Hamilton depresyon puanı*, *kaçınan bağlanma puanı*, *kaygılı/kararsız bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) pozitif korelasyon gözlenmiştir. ÇÇTÖ ölçeği toplam puanı ile *güvenli bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) negatif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 9).

**Tablo 9.** Tüm Katılımcıların ÇÇTÖ Ölçek Puanlarının Diğer Ölçek Puanları ile İlişkisi

		PASI Skoru	Hamilton Anksiyete Puanı	Hamilton Depresyon Puanı	Güvenli Bağlanma Puanı	Kaçınan Bağlanma Puanı	Kaygılı/Kararsız Bağlanma Puanı
<b>ÇÇTÖ Ölçeği</b>							
Duygusal	r	0,166	0,377	0,417	-0,261	0,263	0,217
İstismar Puanı	p	0,214	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,004</b>	<b>0,004</b>	<b>0,017</b>
Fiziksel	r	0,137	0,288	0,374	-0,059	0,131	0,195
İstismar Puanı	p	0,306	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	0,523	0,154	<b>0,033</b>
Cinsel	r	-0,251	0,087	0,071	-0,179	0,141	0,071
İstismar Puanı	p	0,057	0,347	0,440	0,051	0,125	0,439
Fiziksel İhmal Puanı	r	-0,132	0,317	0,190	-0,079	0,264	0,251
	p	0,322	<b>0,000</b>	<b>0,038</b>	0,390	<b>0,004</b>	<b>0,006</b>
Duygusal İhmal Puanı	r	0,074	0,231	0,164	-0,298	0,260	0,269
	p	0,579	<b>0,011</b>	0,074	<b>0,001</b>	<b>0,004</b>	<b>0,003</b>
Toplam Puanı	r	0,089	0,363	0,289	-0,221	0,299	0,328
	p	0,506	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,015</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>

Spearman Korelasyon

Hamilton anksiyete puanı ile *güvenli bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p>0.05$ ) korelasyon gözlenmemiştir. Hamilton anksiyete puanı ile *kaçınan bağlanma puanı*,

*kaygılı/kararsız bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 10).

Hamilton depresyon puanı ile *güvenli bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p>0.05$ ) korelasyon gözlenmemiştir. Hamilton depresyon puanı ile *kaçıngan bağlanma puanı, kaygılı/kararsız bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) pozitif korelasyon gözlenmiştir (Tablo 10).

**Tablo 10.** Tüm Katılımcılarda HAM-A ve HAM-D Puanlarının EBBÖ Ölçek Puanları ile İlişkisi

		Güvenli Bağlanma Puanı	Kaçıngan Bağlanma Puanı	Kaygılı/Kararsız Bağlanma Puanı
Hamilton Anksiyete Puanı	r	-0,007	0,380	0,372
	p	0,936	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
Hamilton Depresyon Puanı	r	-0,062	0,208	0,279
	p	0,500	<b>0,023</b>	<b>0,002</b>

Spearman Korelasyon

PASI skoru ile *Hamilton anksiyete puanı, Hamilton depresyon puanı, güvenli bağlanma puanı, kaçıngan bağlanma puanı, kaygılı/kararsız bağlanma puanı* arasında anlamlı ( $p>0.05$ ) korelasyon gözlenmemiştir (Tablo 11).

**Tablo 11.** Psöriazis Grubunda PASI Skorlarının Diğer Ölçek Puanları ile İlişkisi

		Hamilton Anksiyete Puanı	Hamilton Depresyon Puanı	Güvenli Bağlanma Puanı	Kaçıngan Bağlanma Puanı	Kaygılı/Kararsız Bağlanma Puanı
PASI Skoru	r	0,034	0,100	0,154	-0,066	-0,103
	p	0,797	0,456	0,247	0,625	0,440

Spearman Korelasyon

Tek değişkenli modelde vaka ve kontrol grubu hastaların ayırımında eğitim durumunun, çalışma durumunun, memur, emekli, ek hastalık oranının, yaşanan yerin, göç varlığının, çocuk sayısının, bebek kaybının, baba eğitim durumunun, fiziksel istismar, duygusal istismar olmasının, stresli yaşam olayı varlığının, yakın vefatı, doğal afet oranının, stresli yaşam olayının devam eden etkilerinin varlığı, ailede psöriazis öyküsü, geçmişte psikiyatrik hastalık oranının, Hamilton anksiyete puanının, Hamilton depresyon puanının, depresyon derecesinin, ÇÇTÖ ölçeği fiziksel istismar, fiziksel ihmal, toplam puanının, kaygılı/kararsız bağlanma puanının anlamlı ( $p<0.05$ ) etkinliği gözlenmiştir (Tablo 12).

Çok değişkenli modelde vaka ve kontrol grubu hastaların ayırımında yaşanan yerin, bebek kaybının, fiziksel istismar olmasının, stresli yaşam olayının devam eden etkilerinin varlığının, ailede psöriazis öyküsü oranının, kaygılı/kararsız bağlanma puanının *anlamlı-bağımsız* ( $p<0.05$ ) etkinliği gözlenmiştir (Tablo 12).



**Tablo 12.** Regresyon Analizi

	Tek Değişkenli Model			Çok Değişkenli Model		
	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p
Eğitim Durumu	0,121	0,054 - 0,275	<b>0,000</b>			
Çalışma Durumu	0,266	0,122 - 0,583	<b>0,001</b>			
Memur	0,240	0,105 - 0,549	<b>0,001</b>			
Emekli	0,299	0,100 - 0,892	<b>0,030</b>			
Ek Hastalık	4,826	2,207 - 10,554	<b>0,000</b>			
Yaşadığı Yer	0,087	0,019 - 0,398	<b>0,002</b>	0,063	0,006 - 0,649	<b>0,020</b>
Göç Durumu	3,523	1,462 - 8,486	<b>0,005</b>			
Çocuk Sayısı	2,279	1,211 - 4,291	<b>0,011</b>			
Bebek Kaybı	6,228	1,888 - 20,543	<b>0,003</b>	20,242	3,245 - >100	<b>0,001</b>
Baba Eğitim	0,234	0,062 - 0,889	<b>0,033</b>			
Fiziksel İstismar	13,245	1,652 - >100	<b>0,015</b>	18,344	1,456 - >100	<b>0,024</b>
Duygusal İstismar	19,667	2,504 - >100	<b>0,005</b>			
Stresli Yaşam Olayı	9,942	4,295 - 23,017	<b>0,000</b>			
Yakın Vefatı	6,050	1,193 - 30,687	<b>0,030</b>			
Doğal Afet	0,060	0,013 - 0,275	<b>0,000</b>			
Stresli Yaşam Olayının Devam Eden Etkisi	33,143	7,409 - >100	<b>0,000</b>	42,961	7,051 - >100	<b>0,000</b>
Ailede Psöriazis Öyküsü	31,769	4,104 - >100	<b>0,001</b>	>100	11,561 - >100	<b>0,000</b>
Geçmişte Psikiyatrik Hastalık	7,364	2,750 - 19,717	<b>0,000</b>			
Hamilton Anksiyete Puanı	1,177	1,082 - 1,282	<b>0,000</b>			
Hamilton Depresyon Puanı	1,347	1,174 - 1,546	<b>0,000</b>			
Depresyon Derecesi	16,789	3,730 - 75,563	<b>0,000</b>			
<b>ÇÇTÖ Ölçeği</b>						
Fiziksel İstismar Puanı	1,966	1,137 - 3,398	<b>0,015</b>			
Fiziksel İhmal Puanı	1,176	1,005 - 1,376	<b>0,044</b>			
Toplam Puan	1,066	1,019 - 1,114	<b>0,005</b>			
Kaygılı/Kararsız Bağlanma Puanı	1,081	1,018 - 1,148	<b>0,011</b>	1,132	1,022 - 1,253	<b>0,017</b>

Lojistik Regresyon (Forward LR)

## TARTIŞMA

Bu çalışmada psöriazis hastalarında, çocukluk çağı travmalarının varlığı ya da yokluğunun bağlanma biçimlerini ve mizaç özelliklerini ne ölçüde etkilediğini, değerlendirme sırasında eşlik eden çökkünlük ve kaygı düzeylerini saptamayı ve tüm bu durumların hastalık özellikleri ve hastalık şiddetiyle ilişkisini araştırmayı amaçladık. Bu bağlamda psöriazis tanısı alan bireyler sosyodemografik özellikleri, anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri, çocukluk çağı travmatik yaşantıları, erişkin bağlanma stilleri ve mizaç özellikleri açısından sağlıklı kontroller ile kıyaslanmıştır. Çalışmadan elde edilecek bulgular eşliğinde hem psikosomatik deri hastalıkları sınıfında yer alan psöriazis hastalığına eşlik edebilecek psikiyatrik belirtilerin, hem de bu belirtilere yol açabilecek ve hastaları fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz etkileyebilecek psikolojik etmenlerin aydınlatılması amaçlanmıştır.

Araştırmaya 60 kişi psöriazis tanılı vaka grubunu, 60 kişi sağlıklı kontrol grubunu oluşturacak şekilde toplamda 120 kişi alınmış olup yaş ve cinsiyet açısından iki grup eşleştirilmiştir.

Çalışmaya alınan psöriazis tanılı vaka grubu ile eşleştirilen kontrol grubunda kadın ve erkek cinsiyet açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Literatürde cinsiyetler arasında psöriazis görülme sıklığıyla ilgili veriler her yaşta tutarlı olmamakla birlikte (215), psöriazisin erişkin dönemde erkek cinsiyette daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar daha fazladır (216), (217), (218), (219), (220), (221), (222). Bu anlamda cinsiyetler arasındaki farkın mutlak büyüklüğünün, Avustralya'da yapılan bir çalışma dışında (223), küçük olması nedeniyle genel kabul gören görüş mevcut çalışmaya da benzer şekilde psöriazisin her iki cinsiyeti de benzer oranda etkilediğidir (48), (53).

Psöriazis tanısı alan 60 katılımcının yaş ortalaması 45,13 yıldır. Literatürde, psöriazis için 30-39 ve 60-69 yaşları arasında zirveye ulaşan bimodal yaş modeli olduğu bildirilmiştir (215). Psöriazis erken çocukluk ve geç yetişkinlikte nadiren görülmektedir (224), (225). Hastaların dörtte üçünde hastalık mevcut çalışma ile de uyumlu olarak genç erişkin dönemde ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada medeni durum ve gelir seviyeleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Psöriazis tanılı vaka grubundaki katılımcıların büyük çoğunluğu (%71,7 n=43) evli bireylerden oluşmaktadır.

Literatürde psöriazis hastalarında daha yüksek boşanma oranlarına rastlandığına dair çalışmalar mevcuttur (226). Psöriazisin getirdiği duygusal yük nedeniyle hastaların özellikle yakın ilişkilerini sürdürme noktasında birtakım zorluklarla karşılaştığı düşünülmektedir. Daha geniş çaplı başka bir çalışmada bu araştırmaya benzer şekilde medeni durum veya gelir seviyeleri arasında psöriazis görülme sıklığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (227). Bu durum psöriazisin bireylerde yarattığı duygusal yükün kişilerarası ilişkileri derinden etkileyebileceğini ancak farklı demografik gruplar arasında görülme sıklığının tutarlı kaldığını göstermektedir.

Çalışmada psöriazis hastalığına sahip bireylerde çocuk sayısı, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. Psöriazisin görülme sıklığı veya şiddeti ile çocuk sayısı arasındaki ilişki, literatürde kapsamlı bir şekilde belgelenmemiştir. Ryan ve ark tarafından yapılan bir çalışmada, psöriazisi olan annelerde beklenenden önemli ölçüde daha az doğum gözlemlenmiştir. Ağrı, rahatsızlık ve utanca neden olabilecek genital psöriazisin neden olduğu yakınlıktan ve cinsel ilişkiden kaçınmanın bu duruma sebep olabileceği düşünülmüştür (228). Aksine mevcut çalışmada kontrol grubuna göre çocuk sayısının daha fazla bulunması; kronik hastalığı olan bireylerde, ileride bakım görme konusundaki kaygılarından dolayı çocuk sahibi olmayı arttırmaları ile ilişkili olabilir. Psöriazisle ilişkili olumsuz gebelik sonuçlarıyla karşılaşma da ebeveynleri daha çok çocuk sahibi olmaya sevk edebilir. Aynı zamanda mevcut çalışmada psöriazis tanılı grupta eğitim seviyelerinin kontrol grubuna göre daha düşük olması kontrasepsiyon ve aile planlama yöntemlerinin yeterli uygulanamamasına yol açarak planlanmayan gebelikleri arttırmış olabilir. Bir diğer bakış açısıyla aile dinamikleri ve psikososyal stresle ilgili birkaç faktörün psöriazis lezyonlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Evde birden fazla çocuğun bulunması, çocukların bakım gereksinimleri nedeniyle ebeveynler için artan stres kaynağı olabilir. Benzer şekilde ebeveynlerden biri veya her ikisi için de planlı olmayan, beklenmeyen gebelikler de kişide stres yaratabilir. Stres, psöriazis atağını tetiklediği bilinen bir faktördür. Bu alanda daha objektif değerlendirmeler yapabilmek için, daha büyük örneklemden oluşan gruplarda, daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Psöriazis tanılı vaka grubu ile kontrol grubu arasında olumsuz gebelik sonuçları (düşük, ölü doğum) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. Bu çalışmada psöriazis tanılı bireylerde olumsuz gebelik sonuçlarına daha sık rastlanmıştır. 1998-

2019 yılları arasında Birleşik Krallık'ta yapılan bir nüfus temelli kohort çalışmasında, mevcut çalışma ile benzer şekilde psöriazis olmayan eşleştirilmiş katılımcılara kıyasla psöriazis hastalarında gebelik kaybı riski daha yüksek, orta ile şiddetli psöriazisi olan katılımcıların doğurganlık oranı daha düşük bulunmuştur (229). Danimarka'da yapılan kayıt tabanlı vaka kontrol çalışmasında ise ektopik gebelik psöriazis hastalığı ile ilişkili olduğu tespit edilen olumsuz gebelik sonuçlarından biri olarak bulunmuştur (230). Psöriazis tanısı alan kişilerin yarısı, tanı yaşı genellikle 40 yaş altında olan kadınlardır (215). Psöriazisin üreme dönemi ile çakışması, doğurganlık potansiyelini etkileyebilmektedir. İnflamatuvar ve otoimmün hastalıklar, olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Proinflamatuvar sitokinlerin endotel hücrelerini etkileyerek sistemik ve plasental vaskülopatiyeye yol açabileceği hipotezi öne sürülmüştür (231). Sigara tüketimi gibi sağlıklı olmayan yaşam tarzı davranışları, depresyon ve metabolik sendrom gibi eşlik eden komorbiditeler psöriazis hastaları arasında daha yaygındır ve aynı zamanda olumsuz gebelik sonuçlarıyla da bağlantılıdır (232). Ayrıca mevcut çalışmada çok değişkenli lojistik regresyon analizinde bebek kaybı, psöriazis görülme riski üzerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde riski yükseltici etki yapmaktadır. Biyolojik bakış açısını bir kenara bırakıp psikososyal açıdan değerlendirdiğimizde, psöriazis ile olumsuz gebelik sonuçları arasında iki yönlü bir ilişki olabileceği, bebek kaybının yarattığı stresin ve yas tepkisinin psöriazis gelişiminde rolü olabileceği düşünülebilir.

Mevcut çalışmada psöriazis tanılı grubun eğitim düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlenmiştir. İsveç'te yapılan toplamda 109.803 psöriazis hastasının ve 1,08 milyon kontrolün dahil edildiği bir kohort çalışmasında her iki grubun eğitim düzeyleri benzer bulunmuştur (233). Bu alanda literatürdeki çalışmalar psöriazis grubu ve kontrol grupları arasında benzer sosyodemografik verilere sahip olunduğu yönündedir. Çalışmada iki grup arasındaki eğitim düzeyleri açısından olan fark kontrol grubunun bir kısmının çalışan bireyler arasından oluşturulmasından kaynaklanıyor olabilir.

Psöriazis olan grubun istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük çalışma durumuna sahip olduğu görülmüştür. Bu durumun çeşitli nedenlerden kaynaklandığı söylenebilir. Benlik saygısında azalma, utanç duyguları, stigmatizasyon, depresyon ve sosyal izolasyon bunlardan birkaçıdır (234). Psöriazis hastalarının bu duyguların

etkisinde sosyal ortamlardan kaçınacağını, aktivitelere katılımını azaltacağını, kıyafet seçimlerini sınırlandıracağını ve istihdam fırsatlarını değerlendirmekte zorlanacağını söylemek zor olmayacaktır. İsveç'te yapılan toplamda 109.803 psöriazis hastasının ve 1,08 milyon kontrolün dahil edildiği bir kohort çalışmasında mevcut çalışmaya benzer şekilde psöriazis tanılı hastalar arasında istihdam oranı, takiplerin ilk 6 yılında kontrollere kıyasla azalmış ve bu hastalar %10'dan daha az istihdam edilmiştir (233). Psöriazis hastaları arasında yaşam kalitesi ve iş verimliliğini inceleyen bir çalışmada işsiz hastaların %92'si çalışmamanın tek nedeni olarak psöriazis veya psoriatik artriti göstermiştir. Çalışan hastaların %49'u ise psöriazis ve psöriazis ile ilgili tedaviler nedeniyle düzenli olarak iş günlerini kaçırdığını belirtmiştir (235). Bir diğer neden ve bu çalışmanın kısıtlılığı olarak sağlıklı kontrol grubunun bir kısmının çalışan bireyler arasından oluşturulması nedeniyle bu gruptaki çalışma oranlarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada psöriazis tanılı bireylerin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla göç öyküsünün olduğu görülmüştür. Göç deneyimi çeşitli zorlukları barındıran, zihinsel sağlığı etkileyen farklı stres faktörleri ile ilişkilidir. Kültürel farklılıklar, sosyoekonomik durum, kişilik yapısı, stresle başa çıkma yeteneği, kötü seyahat koşulları, barınma yetersizliği, sosyal desteklerden izolasyon, sağlık hizmetlerine erişimin zor olması bu faktörlerden bazılarıdır (236). Bu bağlamda, göçün organizmada yarattığı stres, inflamatuvar yolakları tetikleyerek psöriazis gelişiminde rol oynayabilir. Yapılan bir çalışmada göç esnasındaki psikolojik ve fizyolojik stres veya ilaç eksikliği nedeniyle önceden var olan psöriazis veya akne gibi cilt hastalıklarının daha da kötüleşebildiği görülmüştür (237). Göç öyküsü, psikiyatrik hastalıklar için başlı başına bir stresör faktör olarak değerlendirilirken; bunun psöriazis için yatkınlaştırıcı olup olmadığını söylemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Psöriazis tanılı vaka grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında ailede psöriazis öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Vaka grubunun %35'inin (n=21) ailesinde psöriazis öyküsü pozitif. Araştırmalar mevcut çalışmayla benzer şekilde psöriazis tanısı almış hastaların yaklaşık %40'ının bu hastalıkla ilgili bir aile geçmişine sahip olduğunu göstermektedir (238). Türkiye'de Bahçetepe ve ark. %56, Aykol ve ark. %25,6, Kundakçı ve ark. %30 oranında aile öyküsü bildirmişlerdir (239), (240), (241). Ayrıca bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizinde,

psöriazis için aile öyküsü varlığı, yokluğuna göre hastalık gelişme riskini anlamlı düzeyde arttırmaktadır. Bütün bu bilgiler ışığında psöriazisin güçlü bir genetik bileşene sahip olan kronik inflamatuvar bir cilt hastalığı olduğu söylenebilir.

Literatürde psöriazisin özellikle kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, kronik böbrek hastalığı, gastrointestinal hastalıklar, psoriatik artrit, enfeksiyon ve maligniteler olmak üzere çoklu komorbiditelerle ilişkili sistemik bir hastalık olduğu çok defa vurgulanmıştır (242), (243), (244), (245), (246). Psöriazis, yetişkinlerde her iki cinsiyette de hipertansiyon, dislipidemi ve diabetes mellitus ile birlikte miyokard enfarktüsü ile bağımsız olarak ilişkilidir (247). Psöriazis tanılı bireylerde metabolik sendrom prevalansı %14,3 ile %50 arasında değişmektedir (248), (249), (250). Psoriatik hastaların psoriatik olmayan bireylere kıyasla en az iki kat metabolik sendrom riski vardır (250). Psöriazis hastalarında gastrointestinal belirti ve semptomların (şişkinlik hissi, karın ağrısı, ishal, kilo kaybı) daha sık görüldüğü, çölyak hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalıkları olan ülseratif kolit ve crohn hastalığı ile arasında çift yönlü ilişkiler bulunduğu bildirilmiştir (251), (252), (253). Literatürle uyumlu olarak bu çalışmada da, psöriazis tanılı katılımcılarda kontrol grubuna göre komorbid hastalıklara daha sık rastlanmıştır. Komorbid hastalıklardan vaka grubunda en sık %20 (n=12) oranında hipertansiyon, ikinci sıklıkta %18,3 (n=11) oranında diabetes mellitus ve üçüncü sıklıkta %13,3 (n=8) oranında hiperlipidemi görülmüştür.

Sigara genetik, çevresel ve sosyal faktörlerden etkilenen karmaşık bir çevresel maruziyettir. Nikotin, sigaranın bağımlılık yapıcı etkilerine aracılık eden tütündeki başlıca alkaloiddir. Sigara tüketimi, kardiyovasküler, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve çeşitli kanser türleri de dahil olmak üzere insanlarda birçok hastalık için bir risk faktörü olarak kabul edilir ve önlenemez küresel ölüm oranının en önemli kaynağıdır. Psöriazis dahil olmak üzere birçok kronik bağışıklık aracılı inflamatuvar durum sigara ile ilişkilendirilmektedir. Sigara içmek psöriazis başlangıcını etkiler. Toplam 25 vaka-kontrol çalışmasının analiz edildiği bir meta-analizde, sigara içenler arasında psöriazis hastalığının “odds ratio (OR)” oranı 1,78 idi. Üç kohort çalışmasının analizinde, günde 1-14 tane sigara içen kişilerde psöriazis riski 1,81 ve günde  $\geq 25$  sigara içenlerde 2,29 idi. Sigara içmek yalnızca psöriazisin başlangıcı ile ilişkili değil; aynı zamanda hastalığın şiddeti ve tedaviye verilen yanıtla da ilişkilendirilmiştir. Kesitsel bir çalışmada, günde  $>20$  sigara içen hastaların, günde  $<10$  sigara içenlere

göre şiddetli psöriazis hastalığı görülme riskinin iki kat fazla olduğu belgelenmiştir (254). Bir sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında toplamda 25 çalışma, 146.934 psöriazis hastası ve 529.111 psöriazis tanısı olmayan birey üzerinde sigara tüketim prevalansı incelenmiştir. Bu çalışmalardan üçü hariç tümü, psöriazis ile sigara tüketim prevalansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bildirmiştir (71). Mevcut çalışmada ise sigara tüketimi açısından vaka grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Bu durum literatürde yapılan çalışmalara kıyasla, çalışmamızda incelenen örneklem sayısının kısıtlılığından kaynaklanıyor olabilir.

Alkol kullanımı, enfeksiyonlara karşı artmış duyarlılık, lenfosit ve keratinosit proliferasyonunun uyarılması ve proinflamatuvar sitokinlerin üretimi gibi çeşitli mekanizmalar yoluyla psöriazisi etkileyebilir (255). Alkol tüketiminin psöriazis hastalarında genel popülasyona kıyasla daha yaygın olup olmadığını amaçlayan sistematik bir literatür taramasında 23 çalışma seçilmiş, bunlardan 18 tanesinde psöriazis hastalarında alkol tüketiminin daha yaygın olduğu, buna karşın beş çalışmada psöriazis hastaları ile genel popülasyon arasında alkol tüketimi açısından anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür (256). Bu çalışmada da alkol tüketimi açısından psöriazis hastaları ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanamamıştır. Bunun nedeninin örneklem sayısının kısıtlı olmasının yanında, katılımcıların damgalanma ile ilgili kaygılardan dolayı alkol kullanımını gizleme ihtiyacı olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada psöriazis tanılı bireyler ve kontrol grubu arasında geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü ve halihazırda eşlik eden psikiyatrik hastalık ek tanısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Psöriazis hastalarında geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü ve psikiyatrik başvuruda bulunma oranı %45 (n=27) olup, kontrol grubunda bu oran %10 (n=6)'dur. Psöriazis tanılı bireylerde eşlik eden psikiyatrik hastalık %20 oranında bulunmuş olup sırasıyla en sık depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılarına rastlandığı görülmüştür. Sağlıklı kontrol grubunda ise bu oran beklediğimiz üzere %0 olup, psikiyatrik hastalığın olması dışlama kriteri olarak kabul edilmiştir. Literatürde psöriazis ve psikiyatrik bozuklukların eş zamanlı görülme sıklığını araştıran çalışmalarda, psikiyatrik komorbiditelerin yaygınlığının %10 ile %90 arasında değiştiği bildirilmektedir. Psöriazis hastaları, depresyon yaşama olasılığı açısından bir buçuk kat daha fazla risk altındadır, intihar düşünceleri bildirme

olasılıkları ise neredeyse iki katıdır ve anksiyete bozuklukları hastaların %16'sında görülebilir (257), (258). Psöriazisin patofizyolojisinde önemli rol oynayan pro-inflamatuar belirteçlerin, depresyon, anksiyete ve şizofreni gibi hastalıklarla ilişkili olarak arttığı ve HCII gibi bağışıklıkla ilgili genlerin hem psöriazis hem de ruhsal hastalıklarda rol oynayabileceği gösterilmiştir (259), (260). HPA ekseninin aşırı aktivasyonu, glukokortikoid duyarsızlığını ve sitokin üretimini tetikleyebilir, bu sitokinlerin beyin üzerindeki etkisi depresyon semptomlarını indükler ve HPA eksenini ve sempatik sistemi yeniden harekete geçirerek kısır bir döngü oluşturur (261), (262). İnflamatuar yolları hedef alan biyolojik tedaviler depresyon semptomlarını azaltır ve bu da ortak bir patofizyolojik mekanizmayı desteklemektedir. Psikiyatrik hastalık ile psöriazis arasında bir bağlantı olduğu yönünde gözlemsel veriler ve biyolojik olasılık bulunsa da; hem psöriazis hem de ruhsal bozukluklar sosyal, çevresel ve genetik faktörlerin karmaşık bir etkileşimini içerir. Bu faktörlerin ne kadar katkıda bulunduğunu ayırt etmek hala bizi zorlamaktadır.

Çalışmada vaka grubu ile kontrol grubu arasında stresli yaşam olayı varlığı ve stresli yaşam olayının günümüzde devam eden etkileri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Psöriazis hastalarından oluşan grubun %73,3'ü (n=44) hayatlarının bir döneminde stresli yaşam olayı yaşamış ve %53,3'ünde (n=32) bu stresli yaşam olayının günümüzdeki etkileri devam etmekteydi. Çok değişkenli modelde de stresli yaşam olayının günümüzde devam eden etkilerinin varlığı, psöriazis için anlamlı şekilde hastalık riskini yükseltici etki göstermiştir. Stresli yaşam olaylarının psöriazisin başlangıcı ve seyri üzerinde nedensel bir etki olasılığı uzun zamandır varsayılmıştır. Nadli ve ark. guttat psöriazis ile stresli yaşam olayları arasındaki ilişkiyi ilk belgeleyen kişilerdir (263). İtalyan araştırmacılar, stresli yaşam olaylarının diğer psöriazis türleriyle de bağımsız olarak ilişkili olduğunu doğruladılar (264). Literatürde yer alan bir epidemiyolojik çalışmada, İtalya'da 7992 psöriazis tanısı incelendi, psöriazisin başlangıcı ve nüksünün vakaların %27'sinde stresli olaylar tarafından tetiklendiği şeklinde raporlandı (265). Diğer büyük bir İskandinav çalışmasında, hastaların %35'inde hastalığın başlangıcının stresli bir dönemde gerçekleştiği ve %66-71'inde psöriazisin stresle kötüleştiği bildirildi (266). Manolache ve ark. yaptığı bir kontrollü çalışmada, mevcut çalışmaya benzer şekilde tüm psöriazis tipleri için hastalar ve kontrol grupları arasında stresli olayların sayısında anlamlı bir



fark bulmuşlardır ve bu fark hastalığın başlangıcı ve/veya kötüleşmesiyle ilişkilendirilmiştir (132). Bu çalışmada stresli yaşam olaylarının türü açısından psöriazis grubundaki en sık bildirilen olay bir aile üyesinin ölümüydü. Mevcut çalışmadaki bulguya benzer şekilde literatürde yapılan bir çalışmada; stresli olay türleri ile ilgili olarak psöriazis tanılı hasta grubundaki en önemli konular aile ile ilgili olup, bunlar arasında da en sık bir aile üyesinin ölümü/hastalığıydı (132). Yine başka bir çalışmada, psöriazis hastaları tarafından bir aile üyesinin ölümü, boşanma, yakın bir arkadaşın ölümü ve çalışma koşullarındaki değişiklikler kontrollere göre daha sık bildirilen yaşam olaylarından (267). Karadağ ve ark'nın yaptığı çalışma, psöriazis hastalarının hastalıkları ile ilişkilendirdikleri stresli olay ve yaşantıları psikodramada sahneleyerek hem hastalıkta stresin rolüne hem de stresi kontrol edebilme becerilerinin geliştirilmesine katkı sağlamıştır (268). Stresle tetiklendiği vurgulanan bu hastalık için psikoterapötik müdahalelerin artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada psöriazis tanılı grupta HAM-A puanları kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Psöriazis tanılı grupta %86,7 hafif düzeyde, %10 orta düzeyde ve %3,3 şiddetli düzeyde anksiyete belirtilerinin bulunduğu belirlenmiştir. Literatürde psöriazisin psikiyatrik yükünün araştırıldığı çalışmalarda anksiyete ve depresyon varlığı sıkça vurgulanmıştır (269). Psikiyatrik semptomların birçok kronik cilt hastalığıyla ilişkisi iyi bir şekilde raporlanmış olsa da; bu durum psöriazis hastalarında daha belirgin olabilir (270). Parafianowicz ve ark. psöriazis hastalarında ruhsal bozuklukların yaygınlığının, diğer cilt hastalıkları olan bireylere kıyasla dört kat daha yüksek olduğunu göstermiştir (271). Yapılan bir sistematik derlemede anksiyete prevalansının değerlendirilen çalışmalarda %11 ile %43 arasında değiştiğini bulunmuştur (272). Yapılan başka bir çalışmada psöriazis hastalarında anksiyete prevalansı depresyondan daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada psöriazis hastaları, kanser gibi diğer kronik hastalıklara göre önemli ölçüde daha yüksek derecede anksiyete bildirmiş ve anksiyetenin şiddeti palmar bölge ve plantar bölge tutulumu olan hastalarda daha fazla saptanmıştır (273). Jing ve ark. Çinli hastaları değerlendirildiği bir vaka-kontrol çalışmasında, bu çalışmadan farklı olarak, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında psöriazis hastalarında istatistiksel olarak anlamlı bir anksiyete riski olmadığı bulunmuştur (274).

Mevcut çalışmada psöriazis grubunda HAM-D puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Psöriazis grubunun %63,3'ünde depresyon belirtileri saptanmazken; %26,7'sinde hafif düzeyde, %10'unda orta düzeyde depresyon belirtilerinin bulunduğu saptanmıştır. Bu oran kontrol grubunda %96,7'sinde depresyon belirtilerinin görülmediği, %3,3'ünde hafif düzeyde depresyon belirtilerine rastlandığı şeklinde belirlenmiştir. Literatürde psöriazis hastalığı için depresyon prevalansı çalışma tasarımına, çalışma popülasyonuna, örneklem büyüklüğüne ve depresyon için sonuç tanımına bağlı olarak %6-%62 arasında değişmektedir (275), (276), (81). Sistemik inceleme ve meta-analiz çalışmasında benzer şekilde, psöriazis hastalarının sağlıklı kontrollere kıyasla klinik depresyon belirtileri gösterme olasılığının en az bir buçuk kat daha fazla olduğu, psöriazis hastalarının dörtte birinden fazlasında depresyon belirtileri görüldüğü ve yaklaşık onda birinde klinik depresyon belirtileri olduğu belirtilmiştir (277). Bazı çalışmalar, psöriazis grubundaki ortalama depresyon ve anksiyete puanlarının orta düzeyde şiddete sahip olduğunu bildirmiştir; bu da psöriazis hastalarının, dermatolojik hastalıklarla ilişki ruhsal bozukluklarla yakından bağlantılı olarak, negatif psikolojik duruma yatkın olduklarını bir kez daha kanıtlamaktadır (278), (279).

Psöriazis ve anksiyete arasındaki ilişkinin, tümör nekroz faktörü- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), interleokin 17A (IL-17A) ve IL-23'ün artışıyla bağlantılı olduğu bildirilmiştir; bu durum da psöriazis hastalarındaki anksiyete ve depresyonu yansıtabilir. İnflamatuar sitokinlerin bağışıklık, iltihap ve HPA eksenini gibi çeşitli yollarla anksiyete ve depresyona aracılık ettiği gösterilmiştir (280) Deri hastalıklarına yol açan zihinsel faktörlerin mekanizması stresin amigdala aktivitesini artırmasıyla ilişkili olabilir; bu da prefrontal korteks ve hipokampusün dejenerasyonuna yol açarak duygusal düzenleme, bilişsel fonksiyon, anksiyete ve depresyonu etkileyebilir. Amigdala aktivitesindeki artış aynı zamanda HPA eksenini aktive eder, kortikotropin salıverici hormonun (CRH) salınımını uyarır, mast hücrelerinin degranülasyonu yoluyla deri iltihabını tetikler ve vasküler geçirgenliği artırır. Stres ayrıca derideki dendritik hücreleri aktive edebilir, sinir uçları yoluyla nörotransmitter ve katekolaminlerin salınımını tetikleyerek deri hastalıklarını şiddetlendirebilir (281).

Bu çalışmada psöriazis tanılı ve sağlıklı kontrol gruplarının çocukluk çağı travmaları ölçeği incelendiğinde; psöriazis grubunda fiziksel ihmal puanı, fiziksel

istismar puanı ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çok değişkenli regresyon analizinde fiziksel istismara uğramış olmanın, psöriazis görülme riskini anlamlı şekilde arttırdığı saptanmıştır.

Literatüre bakıldığında; çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile psöriazis arasındaki ilişkiyi değerlendiren sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmüştür. Akamine ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada psöriazis ve psoriatik artrit tanılı hastaların çocukluk döneminde genel popülasyona göre daha fazla sayıda travmatik deneyim bildirdiği bulunmuştur (282). Çocukluk çağı travmaları ve psikososyal stresin psöriazis hastalarında tedavi üzerindeki etkilerini araştıran bir çalışmada, psöriazis hastalarında sağlıklı kontrollere göre fiziksel ihmal puanları ve çocukluk çağı travmaları toplam ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır (283). Crosta ve ark yaptığı çalışmada psöriazis hastalarının fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar alt ölçek puanlarının ve çocukluk çağı travmaları toplam ölçek puanlarının kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Bu bağlamda literatürdeki çalışmalarla mevcut çalışmanın bulguları paralellik göstermektedir.

Çocukluk çağında kronik stres maruziyeti, endojen stres yanıt hormonlarının önemli ölçüde bozulmasına yol açar. Ayrıca travmaya maruz kalan kişilerin kortizol üretiminde azalma olduğu kanıtlanmıştır; bu hormonun işlevi diğer stresle ilgili yanıtların (örn; katekolaminerjik sistem) baskılanmasını sağlamaktır (284). Kronik olarak yüksek düzeyde günlük stresörler algılayan psöriazis hastaları, daha düşük ortalama kortizol seviyelerine sahip olup, stresörlerin psöriazis üzerindeki etkilerine karşı daha savunmasızdırlar (262). Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, travmatik stresin, nörobiyolojik düzeyde de dayanıklılığı aktif olarak zayıflatabileceğini göstermektedir.

Araştırmaların sonuçlarındaki farklılıklar, çalışmalarda kullanılan ölçek ve popülasyon farklılığı, utanma, damgalanma, verilen bilgilerinin gizliliğinden şüphe duyma gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabilir. Mevcut çalışmanın da bu nedenlerle diğer istismar türlerinin yanında özellikle cinsel istismar puanları açısından gerçek travma oranını yansıtmıyor olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada fiziksel istismar ve duygusal istismar varlığı açısından psöriazis grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklılık saptanmışken; bu farklılık

çocukluk çağı travmaları ölçeğindeki duygusal istismar ve ihmal puanlarına yansımamıştır. Bu durum kişilerin öznel algılarıyla ilgili olabileceği gibi duygusal istismar ve ihmalin toplumda en sık görülen travmalardan biri olmasından dolayı gruplar arasında farklılık görülmediğini düşündürmektedir.

Yetersiz erken bağlanma deneyimleri, bağlanma güvensizliklerine yol açar ve dolayısıyla bireylerin stres yanıtlarını, yardım arama davranışlarını ve istemsiz stres düzenlemesini yöneten HPA aksını bozar (285). Mevcut çalışmanın analiz sonuçlarına göre; psöriazis grubunda kaygılı/kararsız bağlanma puanının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, ancak kaçınan ve güvenli bağlanma puanları açısından anlamlılık bulunmadığı görülmüştür.

Literatürde bu çalışmaya benzer şekilde psöriazis, atopik dermatit, alopesi areata, vitiligo ve kronik ürtiker gibi otoimmün deri hastalıkları olan hastalarda bağlanma güvensizliğini kontrollere kıyasla daha yaygın bulan çalışmaların yanında (131), (168), (169); güvenli, kaçınan ve kaygılı/kararsız bağlanma stilleri için nispeten benzer puanların bulunduğu çalışmalar da yer almaktadır (161). Psöriazis grubunda kaygılı/kararsız bağlanma puanının sağlıklı kontrollere göre yüksek olması dikkat çekicidir. Bağlanma biçimleri, bireylerin tehditlere ve tehlikeye karşı savunma tepkilerini tahmin eder, stresle başa çıkmalarını ve duygularını düzenleyebilmelerini etkiler. Güvenli bağlanma biçimine sahip bireyler, zorlu durumlarda stresi düzenlemek için başkalarından destek isteyerek öz değer duygusunu korumayı ve strese yanıt vermeyi başarırlar. Öte yandan güvensiz bağlanma biçimine sahip bireyler, etkileşimlerinden olumsuz beklentilere sahip olma, kaybı ve reddedilmeyi önlemek için yakın ilişkilerden kaçınma ve duygularını düzenlemede yetersiz hissetme eğilimindedirler (22). Kaçınan bağlanma biçimine sahip kişiler başkaları hakkında olumsuz düşüncelere sahiptir ve bu nedenle yakın ilişkilerden kaçınırlar, kaygılı/kararsız bağlanma biçimine sahip kişiler ise kendilerine karşı olumsuz düşüncelere sahip olmalarına rağmen başkalarını değerli görürler; bu da sürekli olarak başkalarından sevgi ve onay arayışına yol açar (23). Ayrıca kaygılı/kararsız bağlanma biçimine sahip bireylerin olumsuz bir deneyimin ardından istemsiz ve tekrar eden düşüncelere sahip oldukları tespit edilmiştir (286). Mevcut çalışmada çok değişkenli modelde kaygılı/kararsız bağlanmanın psöriazis görülme riski üzerinde anlamlı-bağımsız etkinliği bulunmuştur. Bu bilgilerden yola çıkarak psikosomatik deri

hastalıklarından biri olan psöriazis için, hastalığın ortaya çıkışı ve alevlenmeleri açısından güvensiz bağlanma biçimine sahip olan kişilerin daha fazla risk altında olduğu düşünülebilir.

Literatür incelendiğinde psöriazis hastalarındaki bağlanma biçimleri konusunda farklı sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Bağlanma biçimleri erken çocuklukta oluşmuş olsa da, yaşam boyu gelişmeye devam eder (166). Stresli yaşam olaylarının bağlanma biçimlerinde değişikliğe neden olabileceği düşünülmektedir (287), (288). Araştırmalara son dönemde stresli yaşam olaylarına bağlı psöriazis semptomlarında kötüleşme yaşayan hastaların dahil edilmesinin bu farklılıkları etkileyebileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırmalardaki örneklem sayısı ve öz bildirime dayalı anketlerin kullanılması da bu farklılıkları ortaya çıkarabilmektedir.

Psöriazis tanılu grupta depresif mizaç ve irritabl mizaç oranı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Mevcut çalışmada mizaç profillerini belirlemek için TEMPS-A ölçeği kullanılmıştır. TEMPS-A genellikle literatürde esas olarak bipolar bozukluğu olan hastalar ve hasta yakınları arasında afektif mizaç özelliklerini tanımlamak için kullanılmıştır (289), (290). Ayrıca psöriazis de dahil olmak üzere kronik hastalıklar üzerine yapılan araştırmalarda da çok değerli bir araçtır. Literatürde TEMPS-A'nın kullanıldığı bir çalışmada, psöriazis hastalığı olan hasta grubunda sağlıklı kontrollere kıyasla depresif, anksiyöz ve siklotimik mizaç profiline sahip olma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu hastaların daha yüksek algılanan stres seviyelerine sahip olduğu görülmüştür (199). Başka bir çalışma psöriazis hastalarında kontrol grubuna kıyasla depresif ve anksiyöz mizaçların daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Mevcut çalışmayla uyumlu olarak literatürde psöriazis hastalığı olan bireylerin yüksek oranda depresif, anksiyöz ve irritabl mizaçlara sahip belirli bir afektif mizaç profili sundukları görülmüştür (291). Aksine psöriazis hastaları ile sağlıklı kontroller arasında mizaç boyutlarının belirgin şekilde farklılık göstermediğini bulan araştırmalar da literatürde yer almaktadır (200), (292).

Stresli yaşam olaylarıyla başa çıkabilme yeteneğini belirlemek psöriazis hastaları için önemlidir. Stres yaratan bir duruma maruz kalındığında daha adaptif mizaç özelliklerine sahip olan bireyler, daha az adaptif mizaç özellikleri olanlara göre stresli durumun olumsuz sonuçlarını daha az göstermektedirler (293). Belirli mizaç özellikleri, bireyi stresin olumsuz sonuçlarına karşı daha savunmasız kılan risk faktörü

olabilir. Depresif mizaçlı psöriazis hastalarının stres ve psikolojik etkenlerin hastalıklarının nedeni olduğuna inanma olasılıkları daha yüksektir (294). Ayrıca depresif ve anksiyöz mizaç özelliği olan psöriazis hastalarının depresif tepkilere daha güçlü bir eğilime sahip olduğu düşünülmektedir. Öte yandan hipertimik mizaç, daha düşük şiddette depresyon belirtileri ile ilişkilendirilmiş; hipertimik mizaç özelliğine sahip bireylerin depresyon geliştirme olasılığı daha düşük bulunmuştur (295). Mevcut çalışmada tüm katılımcılar arasında hipertimik mizaç özelliğine sahip katılımcı bulunmamaktadır. Hipertimik özellikler, genellikle içinde bulunulan durumun daha iyimser bir değerlendirmesini, kişinin işlev görme yeteneğini ve hedefe ulaşmada daha ısrarcı oluşunu desteklediği için hastalıkla başa çıkmada yardımcı olabileceği düşünülmektedir (291). Dolayısıyla hipertimik mizacın psöriazis hastalığında duygudurum bozukluğu riskini azaltan koruyucu bir faktör olabileceği düşünülebilir.

Literatüre bakıldığında mevcut çalışma ile paralel olarak genellikle psöriazis hastalarında kontrollere göre farklı mizaç profillerinin görüldüğünü destekleyen çalışmaların yanında; desteklemeyen sonuçların da bulunması aynı zamanda bu çalışmanın da sınırlılığı olarak örneklem sayısının az olması, farklı mizaç ölçeklerinin kullanılması, kesitsel bir tasarımla gerçekleştirilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Ek olarak öz bildirime dayalı mizaç ölçekleri, bireylerin daha iyi kişilik profili sergileme niyetinden etkilenebilmektedir.

Bu çalışmada HAM-A puanları ile kaçınan ve kaygılı/kararsız bağlanma puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre güvensiz bağlanma puanları yüksek olan kişilerin anksiyete skorları da yüksek bulunmuştur. Güvensiz bağlanma ile anksiyete bozuklukları arasında bir ilişki vardır. Warren ve ark., kaygılı/kararsız bağlanma biçimine sahip çocukların ve ergenlerin anksiyete bozuklukları geliştirme konusunda yüksek risk taşıdıklarını öne sürmüştür (158). Kaçınan bağlanma tarzına sahip bireyler ise başkalarıyla ilişki kurmaktan kaçındıkları için sosyal anksiyete bozukluğu geliştirme eğilimindedirler (142).

Çalışmada katılımcıların HAM-D puanları ile kaçınan ve kaygılı/kararsız bağlanma puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatürdeki veriler, kaygılı/kararsız bağlanma biçiminin kendilikle ilgili olumsuz bakış açısı, düşmanlık duyguları ve depresyona yatkınlıkla ilişkili olduğunu göstermiştir (296). Güvensiz bağlanma ile depresyon arasındaki ilişki, düşük benlik saygısı ve işlevsel

olmayan tutumlar tarafından etkilenmektedir (297). Ayrıca başkalarından onay alma arayışının kaygılı/kararsız bağlanma biçiminin bir modeli olduğu ve depresyona yakınlıkla bağlantılı olduğu düşünülmektedir (298), (299). Kaçıngan bağlanma tarzının ise bireyi başkalarının olumsuz değerlendirmelerine duyarlılığını azaltarak depresyondan koruduğu görüşlerinin yanında; reddedilme duyarlılığı ve depresyona yakınlıkla ilişkili olduğunu kanıtlayan bulgular da bulunmaktadır (299), (300). Tüm bu nedenlerle güvensiz bağlanma psikopatoloji gelişimi için bir risk faktörü olarak görülmektedir.

Mevcut çalışmada HAM-A puanı ile ÇÇTÖ ölçeği duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve toplam ölçek puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmişken; cinsel istismar puanı arasında anlamlı korelasyon gözlenmemiştir. Çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılar, baş etme mekanizmalarını etkileyerek stres ve duygu düzenleme becerilerini etkileyebilir. Bu durum ilerleyen süreçte anksiyeteye karşı savunmasızlığı artırır. Literatürde yapılan bir çalışmada; çocukluk çağı travmaları ve alt ölçekleri ile (duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal) anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (301). 16 yaşından önce fiziksel ve cinsel istismara uğrayan kişilerin, yetişkinlik döneminde anksiyete ve depresyon belirtileri geliştirmesini araştıran bir meta-analizde, fiziksel ve cinsel istismarın yaşam boyu anksiyete ve depresyonla bağlantılı olduğu saptanmıştır (302). Driessen ve ark.'nın yaptığı çalışmada, çocukluk çağı travmalarında artış olan kişilerin anksiyete düzeylerinin de arttığı görülmüştür (303). Tüm bu bulgular mevcut çalışma verilerinin literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmada HAM-D puanı ile ÇÇTÖ ölçeği duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, ve toplam ölçek puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmişken; duygusal ihmal ve cinsel istismar puanı arasında anlamlı korelasyon gözlenmemiştir. Çocukluk çağı travmalarının depresyon riskini arttırmasının altında; stres yanıtlarını etkileyen biyolojik mekanizmaları tetiklemesi, düşük benlik değeri, içe çekilme gibi psikososyal problemler ve sosyal destek eksikliği yer alabilir (107), (304). Literatür incelendiğinde mevcut çalışmada ulaşılan verileri destekleyen sonuçlara ulaşılmıştır. Yapılan bir çalışmada çocukluk döneminde duygusal ihmal, duygusal, fiziksel ve cinsel istismarın tümü yetişkinlikte anksiyete ve depresif

bozuklukların varlığı ile ilişkilidir. Sonuçlar maruz kalınan çocukluk çağı travması türü ve sıklığı ile psikopatolojinin varlığı arasında güçlü bir doz-yanıt ilişkisi göstermiştir (305). Ülkemizde de çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile depresyon arasındaki ilişkiyi gösteren araştırmalar bulunmaktadır (301).

Çalışmada ÇÇTÖ ölçeği duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam ölçek puanları ile kaçınan bağlanma ve kaygılı/kararsız bağlanma puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmış, ÇÇTÖ ölçeği fiziksel istismar puanı ile kaygılı/kararsız bağlanma puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmış; cinsel istismar puanı ile kaçınan ve kaygılı/kararsız bağlanma puanları arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Ayrıca ÇÇTÖ ölçeği duygusal istismar, duygusal ihmal ve toplam ölçek puanları ile güvenli bağlanma puanları arasında anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur. Çocukluk döneminde travmatik yaşantılara maruziyeti olan bireylerin, temel güven duygusu erken dönemlerde sarsıldığından ve bakım verilme, korunma beklentilerini yitirdiklerinden, başkalarıyla ilişkilerinde güvenli bağlar kurması zorlaşmaktadır. Bakımveren çocuğun ihtiyaçlarını yeterince karşılamıyorsa veya tutarsız davranıyorsa, çocuk kendi yaşamını devam ettirebilmek için güvensiz bağlanma biçimleri geliştirmektedir. İhtiyaçları yeterince giderilmeyen, ebeveyni tarafından duygusal yakınlık hissetmeyen ve fiziksel/duygusal ihmale uğramış çocuk, incinme ve reddedilmeyi önlemek adına sosyal ortamlardan ve diğer kişilerle yakınlıktan uzak durarak kaçınan bağlanma biçimi geliştirecektir. Ebeveynlerinin tutarsız davranışlarını benimseyen, terk edilme korkusu ile onaylanma ve sevilme ihtiyacı hisseden çocuk ise kaygılı/kararsız bağlanma biçimi geliştirecektir (194). Çocuğa istismar uygulayanın genelde en yakın aile üyelerinden biri olması ve istismara uğrayan çocuğun sağlıklı bir ayrılma-bireyselleşme sürecini gerçekleştirememesi de kaygılı/kararsız bağlanma gelişimini kolaylaştırmaktadır (306), (307). Yapılan bir çalışmada fiziksel ve duygusal ihmal ile fiziksel ve duygusal istismarın kaçınan ve kaygılı/kararsız bağlanma ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (308). Sezer ve ark tarafından yapılan bir çalışmada çocukluk çağı ihmal ve istismarlarının kaçınan ve kaygılı/kararsız bağlanma ile pozitif yönde; güvenli bağlanma ile negatif yönde ilişkisi olduğu görülmüştür (309). Literatürdeki bu sonuçlar mevcut çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir. Bu çalışmada cinsel istismar puanları ile bağlanma biçimleri arasında ilişki bulunamamasının nedeni



katılımcı sayısının az olması ve bazı bilgileri gizlilik konusunda şüphe duyma, utanma gibi nedenlerle saklama eğiliminden kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada PASI skoru ile HAM-A, HAM-D, ÇÇTÖ ölçeği alt ölçek ve toplam puanları, güvenli bağlanma puanı, kaçınan bağlanma puanı, kaygılı/kararsız bağlanma puanı arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır. Bu durum psöriazis hastalık şiddeti ile anksiyete ve depresyon belirtileri, çocukluk çağı travmaları ve güvenli/güvensiz bağlanma biçimleri arasında bu çalışmada anlamlı bir ilişki bulunmadığını göstermektedir.

Psöriazis hastalarında hastalık şiddeti ve süresi ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Köşger ve ark., psöriazis hastalarında PASI skorları ile anksiyete skorları arasında pozitif bir korelasyon bulmuş ancak PASI skorları ile depresyon skorları arasında bir korelasyon saptamamıştır (310). Özgüven ve ark.'nın çalışması, psöriazis şiddeti ile depresyon skorları arasında pozitif bir korelasyon gösterirken, anksiyete skorları ile bir ilişki bulamamıştır (311). Bazı çalışmalarda ise mevcut çalışmaya benzer şekilde psöriazis hastalarında PASI skorları ile hastalık süresi ve anksiyete ile depresyon düzeyleri arasında bir korelasyon bulunmadığı bildirilmiştir (194), (312), (313). Genel olarak, hastaların öz değerlendirmelerine dayalı subjektif hastalık şiddeti, PASI skoruna kıyasla anksiyete ve depresyonla daha güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir (314). Bu nedenle, hastanın hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi hakkındaki öznel algısı, hastalığın şiddetiyle ilgili objektif ölçeklerden daha faydalı olabilir ve hastanın psikiyatrik iyilik halini tahmin etmede daha etkili olabilir (315). Ayrıca çalışmalar arasındaki farklılıklar, depresyon ve anksiyete semptom düzeylerini etkileyen yaş dağılımı, cinsiyet ve sosyal destek gibi diğer faktörlerden etkilenmiş olabilir.

Erfanian ve ark, fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve duygusal ihmal düzeylerindeki artışın psöriazis hastalığının şiddetindeki artışla korele olduğunu bulmuştur (316). Crosta ve ark.'nın yaptığı çalışmada çocukluk çağı travmaları ölçeği ile psöriazis şiddeti ve hastalık süresi arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (128). Simonic ve ark. da, mevcut çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde psöriazis hastalık şiddeti ile travmatik deneyimler arasında korelasyon bulamadıklarını bildirmişlerdir (19). Psikolojik faktörler ve hastalığın etkisi her zaman birbirine bağlı değildir; bu nedenle her zaman psöriazis şiddeti ile pozitif korelasyon göstermeyebilir.

Mevcut çalışmanın birtakım sınırlılıkları olduğu söylenebilir. Küçük bir örneklem grubunda yapılmış olması çalışmanın sonuçlarının evreni temsil etmesi adına kısıtlılık oluşturmaktadır.

Kesitsel bir çalışma olması nedeniyle kronik seyirli bir hastalık olan psöriazisin, bireyleri daha uzun vadeli izlendiği süreçte nasıl etkilediğine dair veri elde edilmesi mümkün olmamıştır.

Araştırma örnekleminde vaka grubu oluşturulurken tedavisi başlanmış ve takipte olan hastaların dahil edilmesinin, psöriazis hastalık şiddetini ve PASI skorlarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle gelecekteki araştırmalarda yeni tanı almış ve henüz tedavisi başlanmamış psöriazis hastalarının dahil edilmesi ile bu sınırlılığın üstesinden gelinebilir.

Çalışmanın verileri psikosomatik bir hastalık olan psöriazis grubu ve sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılmasından elde edilmiştir. Araştırmaya üçüncü grup olarak psikosomatik hastalıklar grubundan olmayan ve stresle tetiklendiği bildirilmeyen bir deri hastalığının da dahil edilmesi, hastalığı başlatabilecek ya da alevlendirebilecek stres faktörlerinin daha iyi anlaşılmasına ve tedavide dermatolojik müdahalelerin yanında psikoterapötik müdahalelerin gerekliliğine daha fazla ışık tutabilir.

Bu çalışmanın güçlü yanları ise psöriazis ile ilişkili olduğu düşünülen çocukluk çağı travmaları, erişkin bağlanma biçimleri, mizaç özellikleri ve değerlendirme sırasında eşlik eden anksiyete ve çökkünlük belirtileri incelenerek sosyodemografik verilerle birlikte bütüncül bir değerlendirme yapılmış olmasıdır. Literatür incelendiğinde, psöriazis tanımlı bireyleri kontrol grubu ile birlikte çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimleri ve mizaç özellikleri açısından değerlendiren ilk çalışma olduğu görülmüştür. Çalışmanın önemli sonuçlarından biri de psöriazis gelişme riskini arttıran bir faktör olan stres ve travmanın rolünü açıkça ortaya çıkarmasıdır. Bu bağlamda psikosomatik hastalıklar için multidisipliner bir yaklaşımı benimsemek, bedensel belirtilerin yanında ruhsal belirtilere de odaklanmak ve psikoterapötik müdahalelerde bulunmak stresi kontrol etmeyi sağlayarak hastalık seyrini iyileştirmeye yardımcı olabilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikosomatik deri hastalıklarından biri olan psöriazisi etkin olarak tedavi edebilmek ve hastaların yaşam kalitesini arttırmak için psikososyal faktör ve stres etmenlerine odaklanan bu çalışmadan elde edilen sonuçlara baktığımızda; psöriazis hastalığı olan bireylerde stresli yaşam olayları ve bunun günümüzde devam eden etkileri sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur. Psöriazis grubunda yer alan katılımcıların değerlendirme sırasında sağlıklı kontrollere göre çökkünlük ve kaygı düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek olup; fiziksel ihmal ve istismar puanları ile çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanları sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Psöriazis tanılı erişkinlerde güvensiz bağlanma biçimlerinden olan kaygılı/kararsız bağlanma puanları sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıca psöriazis grubunda depresif ve irritabl mizaç oranı kontrol grubundan anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur. Psöriazis ve sağlıklı kontrol grubu birlikte değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travmaları ve güvensiz bağlanma biçimleri ile anksiyete ve depresyon skorları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile güvensiz bağlanma biçimleri arasında da pozitif yönde korelasyon olduğu görülmüştür. Ancak bu bulgular ile hastalık şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışmanın verileri yaşanan yerin, bebek kaybının, fiziksel istismara uğramış olmanın, stresli yaşam olayının günümüzde devam eden etkilerinin varlığının, ailede psöriazis öyküsü olmasının ve kaygılı/kararsız bağlanmanın psöriazis gelişiminde riski arttıran bir faktör olabileceğini göstermiştir.

Sonuç olarak, hem fiziksel hem de ruhsal faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan psikosomatik deri hastalıklarından biri olan psöriazis için stresin patofizyoloji üzerindeki rolü, net olarak açıklanamamış da olsa, hastalığı tetiklediği ya da alevlenmesine neden olduğu bilinmektedir. Bu hastalara yaklaşımda yalnızca deri semptomlarına odaklı tedavi yerine; bireyi biyopsikososyokültürel bir bütün olarak ele alan ve ruhsal sağlığına da odaklanan multidisipliner tedavi yaklaşımları benimsenmelidir. Psikoterapi, farmakoterapi, stres yönetimi teknikleri ve sosyal destek tedavi yaklaşımları arasında yerini almalıdır. Bu konuda yapılacak daha geniş ölçekli araştırmalar, psikolojik ve dermatolojik tedavi yaklaşımlarının entegrasyonunu daha etkin hale getirebilir, bu hastalıkların tedavi sürecinde daha başarılı sonuçlar elde

edilmesine katkı sağlayarak hastaların prognozlarını iyileştirebilir, yaşam kalitelerini arttırabilir.

## KAYNAKÇA

1. Nisar H, Srivastava R. Fundamental concept of psychosomatic disorders: a review. *International Journal of contemporary Medicine surgery and radiology* 2018;3(1):12-18.
2. Desai KM, Kale AD, Shah PU, Rana S. Psychosomatic Disorders: A Clinical Perspective and Proposed Classification System. *Archives of Iranian Medicine (AIM)* 2018;21(1).
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (10 th ed.). Wolters Kluwer 2022.
4. Domonkos AN. Pruritus, Cutaneous neuroses and Neurocutaneous dermatoses: In Andrews GC, Domonkos AN. *Andrew's Disease of the skin: clinical dermatology*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders Co 1971:61-76.
5. CS K. Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Arch Dermatol* 1983;119:501-512.
6. Mercan S, İK A. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006,17(4):305-313.
7. Gupta MA. Somatization disorders in dermatology. *International review of Psychiatry* 2006;18(1):41-47.
8. Freedberg IM, Eisen AZ, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI. "Fitzpatrick's *Dermatology in General Medicine*" 6. Baskı 2003.
9. Luca M, Luca A, Musumeci ML, Fiorentini F, Micali G, Calandra C. Psychopathological variables and sleep quality in psoriatic patients. *International journal of molecular sciences* 2016;17(7):1184.
10. Aydemir EH, Sukan MY. Psoriasisste Psikosomatik Faktörler, Psikolojik Durum ve Psoriasisli Hastaya Yaklaşım. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm* 2008:42.
11. Islam MT, Paul HK, Zakaria SM, Islam MM, Shafiquzzaman M. Epidemiological determinants of psoriasis. *Mymensingh medical journal: MMJ* 2011;20(1):9-15.
12. De Brouwer SJM, Van Middendorp H, Stormink C, Kraaimaat FW, Sweep FCGJ, De Jong EMGJ, Evers AWM. The psychophysiological stress response in

psoriasis and rheumatoid arthritis. *British Journal of Dermatology* 2014;170(4):824-831.

13. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *American journal of clinical dermatology* 2005;6:383-392.

14. Herman J. *Travma ve iyileşme* (Tosun, T., Ed.). İstanbul: Literatür Yayıncılık 2007.

15. Çelik FGH, Hocaoğlu Ç. Çocukluk çağı travmaları: bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi* 2018;8(4):695-711.

16. Baumeister D, Akhtar R, Ciufolini S, Pariante CM, Mondelli V. Childhood trauma and adulthood inflammation: a meta-analysis of peripheral C-reactive protein, interleukin-6 and tumour necrosis factor- $\alpha$ . *Molecular psychiatry* 2016;21(5): 642-649.

17. Messina N, Grella C. Childhood trauma and women's health outcomes in a California prison population. *American journal of public health* 2006;96(10):1842-1848.

18. Goodwin RD, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological medicine* 2004;34(3):509-520.

19. Simonić E, Kaštelan M, Peternel S, Pernar M, Brajac I, RONČEVIĆ-GRŽETA I, Kardum I. Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *The Journal of dermatology* 2010;37(9):793-800.

20. Seyhan M, Coşkun BK, Sağlam H, Özcan H, Karıncaoğlu Y. Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. *Pediatrics International* 2006;48(6):525-530.

21. Köşkdere AA. *Psikanalitik Psikoterapiler*. Hazırlayan: Türkiye Psikiyatri Derneği Psikanalitik Psikoterapiler Bilimsel Çalışma Birimi. Ankara: Tuna 2011.

22. Bowlby J. *Attachment and loss* (No. 79). Random House 1969.

23. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology* 1991;61(2):226.

24. Locke KD. Attachment styles and interpersonal approach and avoidance goals in everyday couple interactions. *Personal Relationships* 2008;15(3):359-374.

25. Pietromonaco PR, Powers SI. Attachment and health-related physiological stress processes. *Current opinion in psychology* 2015;1:34-39.
26. Rothbart MK, Bates JE. Temperament. *Handbook of child psychology* 2007:3.
27. Shiner RL, Buss KA, McClowry SG, Putnam SP, Saudino KJ, Zentner M. (2012). What is temperament now? Assessing progress in temperament research on the Twenty-Fifth Anniversary of Goldsmith et al.(). *Child Development Perspectives* 2012;6(4):436-444.
28. Kim JW, Lee HK, Lee K. Influence of temperament and character on resilience. *Comprehensive Psychiatry* 2013;54(7):1105-1110.
29. Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS. Current research on affective temperaments. *Current opinion in psychiatry* 2010;23(1):12-18.
30. Menkü B, Coşar, B. Psikosomatik Bozukluklar. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics* 2021;14(4):32-36.
31. Özcan YD. Tıbbi Sorunları Etkileyen Psikolojik Faktörler (Psikosomatik Bozukluklar). *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2001;1(2).
32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 th ed.) 2013.
33. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock psikiyatri davranış bilimleri. *Güneş Tıp Kitabevi* 2016.
34. França K, Chacon A, Ledon J, Savas J, Nouri K. Psychodermatology: a trip through history. *Anais brasileiros de dermatologia* 2013;88(5):842-843.
35. Shafii M, Shafii SL. Exploratory psychotherapy in the treatment of psoriasis: Twelve hundred years ago. *Archives of general psychiatry* 1979;36(11):1242-1245.
36. Koo JY, Pham CT. Psychodermatology: practical guidelines on pharmacotherapy. *Archives of dermatology* 1992;128(3):381-388.
37. Whitelaw WA. *HISTORY OF MEDICINE DAYS*. Health Sciences 2001.
38. Ulnik J. *Skin in psychoanalysis*. Routledge 2020.
39. Anzieu D, Tarrab G. *A skin for thought: Interviews with Gilbert Tarrab on psychology and psychoanalysis*. Routledge 2018.

40. Werbart A. "The skin is the cradle of the soul": Didier Anzieu on the skin-ego, boundaries, and boundlessness. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2019;67(1):37-58.
41. Anzieu D. *The skin-ego: A new translation by Naomi Segal*. Routledge 2018.
42. Coşar B. *Psikodermatoloji*, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri 2021.
43. Altunay İK. *Psikodermatoloji Tarihiçesi ve Genel Bakış*. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm* 2010:44.
44. Seale L, Gaulding JV, Porto D, Prabhakar D, Kerr H. Implementation of a psychodermatology clinic at a major health system in Detroit. *International Journal of Women's Dermatology* 2018;4(4):227-229.
45. Jafferany M, Patel A. Understanding psychocutaneous disease: psychosocial & psychoneuroimmunologic perspectives. *International journal of dermatology* 2020;59(1):8-15.
46. Van Rosmalen L, van der Horst FC, van der Veer R. Of monkeys and men: Spitz and Harlow on the consequences of maternal deprivation. *Attachment & human development* 2012;14(4):425-437.
47. Gürer MA, Adışen E. Psoriasis, Genel Bilgiler, Epidemiyoloji. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm* 2008:42.
48. Alpsoy E, Ergun T, Şendur N. Tüm Yönleriyle Psoriasis. *Türk Dermatoloji Derneği Yayınları* 2020.
49. Güneş AT, ALTINER D. Psoriyazisin Tarihiçesi ve Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences* 2005;1(13):1-4.
50. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology* 1985;13(3):450-456.
51. Krueger JG. The immunologic basis for the treatment of psoriasis with new biologic agents. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2002;46(1):1-26.
52. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clinics in dermatology* 2007;25(6):535-546.
53. Michalek IM, Loring B, John SM. *Global report on psoriasis*. World Health Organization 2016.



54. Christophers E, Henseler T. Psoriasis type I and II as subtypes of nonpustular psoriasis. In *Seminars in Dermatology* 1992;261-266).
55. Benhadou F, Mintoff D, Del Marmol V. Psoriasis: keratinocytes or immune cells—which is the trigger?. *Dermatology* 2019;235(2):91-100.
56. Bowcock AM. The genetics of psoriasis and autoimmunity. *Annu. Rev. Genomics Hum. Genet.* 2005;6(1):93-122.
57. Mahil SK, Capon F, Barker JN. Genetics of psoriasis. *Dermatologic clinics* 2015;33(1):1-11.
58. Bos JD, De Rie MA, Teunissen MBM, Piskin G. Psoriasis: dysregulation of innate immunity. *British Journal of Dermatology* 2005;152(6):1098-1107.
59. Li YYY, Zollner TM, Schön MP. Targeting leukocyte recruitment in the treatment of psoriasis. *Clinics in dermatology* 2008;26(5):527-538.
60. Lowes MA, Bowcock AM, Krueger JG. Pathogenesis and therapy of psoriasis. *Nature*, 2007;445(7130):866-873.
61. Sabat R, Philipp S, Höflich C, Kreutzer S, Wallace E, Asadullah K, Wolk K. Immunopathogenesis of psoriasis. *Experimental dermatology* 2007;16(10):779-798.
62. Ergun T. Psoriasisin Etyopatogenezi. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm* 2008;42.
63. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology: A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Archives of dermatology* 1983;119(6):501-512.
64. Korte SM, Koolhaas JM, Wingfield JC, McEwen BS. The Darwinian concept of stress: benefits of allostasis and costs of allostatic load and the trade-offs in health and disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2005;29(1):3-38.
65. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine* 1998;338(3):171-179.
66. Juster RP, McEwen BS, Lupien SJ. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2010;35(1):2-16.
67. Yang H, Zheng J. Influence of stress on the development of psoriasis. *Clinical and experimental dermatology* 2020;45(3):284-288.

68. Hunter HJA, Griffiths CEM, Kleyn CE. Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis?. *British Journal of Dermatology* 2013;169(5):965-974.
69. Connor CJ, Liu V, Fiedorowicz JG. Exploring the physiological link between psoriasis and mood disorders. *Dermatology research and practice* 2015;2015(1):409637.
70. Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *British Journal of Dermatology* 1994;130(2):199-203.
71. Armstrong AW, Harskamp CT, Dhillon JS, Armstrong EJ. Psoriasis and smoking: a systematic review and meta-analysis. *British journal of dermatology* 2014;170(2):304-314.
72. ZHU KJ, ZHU CY, FAN YM. Alcohol consumption and psoriatic risk: a meta-analysis of case-control studies. *The Journal of dermatology* 2012;39(9):770-773.
73. Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. *Clinics in dermatology* 2007;25(6):510-518.
74. Romiti R. (2017). Plaque-type psoriasis—chronic plaque, guttate, and erythrodermic phenotypes. In *Psoriasis* CRC Press 2017:45-54.
75. Griffiths CE, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JN. Psoriasis. *Lancet* (London, England) 2021;397(10281):1301-1315.
76. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *The Lancet* 2007;370(9583):263-271.
77. Singh RK, Lee KM, Ucmak D, Brodsky M, Atanelov Z, Farahnik B, Liao W. Erythrodermic psoriasis: pathophysiology and current treatment perspectives. *Psoriasis: Targets and Therapy* 2016:93-104.
78. Dupire G, Droitcourt C, Hughes C, Le Cleach L. Antistreptococcal interventions for guttate and chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019;(3).
79. Cohen BE, Martires KJ, Ho RS. Psoriasis and the risk of depression in the US population: National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2012. *JAMA dermatology* 2016;152(1):73-79.

80. González-Parra S, Daudén E. Psoriasis and Depression: The Role of Inflammation. *Actas Dermo-sifiliograficas* 2018;110(1):12-19.
81. Esposito M, Saraceno R, Giunta A, Maccarone M, Chimenti S. An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology* 2006;212(2):123-127.
82. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta dermato-venereologica* 2012;92(1):67-72.
83. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta dermato-venereologica* 2012;92(3):299-303.
84. Feldman SR, Malakouti M, Koo JY. Social impact of the burden of psoriasis: effects on patients and practice. *Dermatology Online Journal* 2014;20(8).
85. Jobling RG. Psoriasis—a preliminary questionnaire study of sufferers' subjective experience. *Clinical and Experimental Dermatology* 1976;1(3):233-236.
86. Ramsay B, O'REAGAN MYRA. A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *British Journal of Dermatology* 1988;118(2):195-201.
87. Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International journal of dermatology* 1993;32(8):587-591.
88. Schneider G, Heuft G, Hockmann J. Determinants of social anxiety and social avoidance in psoriasis outpatients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2013;27(3):383-386.
89. Chen WY, Chen SC, Hsu SY, Lin YA, Shih CM, Huang CY, Lee AW. Annoying psoriasis and atopic dermatitis: a narrative review. *International journal of molecular sciences* 2022;23(9):4898.
90. Menter, Alan, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2009;60(4):643
91. Zhang P, Wu MX. A clinical review of phototherapy for psoriasis. *Lasers in medical science* 2018;33:173-180.
92. Golbari NM, Porter ML, Kimball AB. Current guidelines for psoriasis treatment: a work in progress. *Cutis* 2018;101(3S):10-12.
93. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *Jama* 2020;323(19):1945-1960.

94. Türksoy N. Psikolojik travma ve tanım sorunları. Psikolojik travma ve sonuçları 2003;1:9-21.
95. Bostancı N, Albayrak B, Bakoğlu İ, Çoban Ş. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. Yeni Sempozyum Dergisi 2006;44(2):100-106.
96. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):51-65.
97. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2009;9(1):49-62.
98. Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı. Seçkin 2007.
99. World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization 2006.
100. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Williams DR. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. The British journal of psychiatry 2010;197(5):378-385.
101. World Health Organization. World health statistics 2010. World Health Organization 2010.
102. Aksel Ş, Yılmaz Irmak T. Review of child abuse and neglect literature in Turkey. In Xth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect 2005:4.
103. TCBS Hizmetler, ÇE Kurumu, UNICEF. Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması. Ankara: SHÇEK 2010.
104. Yurdakök K. Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. Katkı Pediatri Dergisi 2010;32(5):537-546.
105. Hancı İH. Adli tıp ve adli bilimler. Seçkin Yayıncılık 2002.
106. Topbaş M. İnsanın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004;3(4):76-80.
107. Mandelli L, Petrelli C, Serretti A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. European psychiatry 2015;30(6):665-680.

108. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004;47(2):140-51.
109. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009;1(2):95-119.
110. Kanbur N, Akgül S. Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatriğin rolü. Çocuk İhmal ve İstismarı-I 2010;32(4):491-502.
111. Lynch MA, Saralidze L, Gogvadze N, Zolotor A. The National Study on Violence Against Children in Georgia: The nature and extent of violence experienced by children in the home 2008.
112. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. Acta Medica 2004;35(2):82-86.
113. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. Milli Eğitim Dergisi 2001;151(5):27-54.
114. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1999;38(10):1214-1222.
115. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. Psikiyatri temel kitabı 1998;2:823-833.
116. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. Jama 2009;301(21):2252-2259.
117. Kütük MÖ, Bilaç Ö. Çocuklarda ve adölesanlarda duygusal istismar ve ihmal. Türkiye Klinikleri 2017;3(3):181-187.
118. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR, Van Ijzendoorn MH. The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 2012;21(8):870-890.
119. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002;24(3):128-134.
120. Armağan E. Çocuk ihmali ve istismarı: Psikoz tablosu sergileyen bir istismar olgusu. In New Symposium Journal 2007;45:170-173.

121. Odag C. Nevrozlar-2. Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Yayınları 2023.
122. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins 2008.
123. Famularo R, Fenton T, Kinscherff R, Augustyn M. Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child abuse & neglect* 1996;20(10):953-961.
124. Donnelly CL. Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics* 2003;12(2):251-269.
125. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child abuse & neglect* 1996;20(8):709-723.
126. Kelleher I, Keeley H, Corcoran P, Ramsay H, Wasserman C, Carli V, Cannon M. Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: cause, effect, and directionality. *American journal of psychiatry* 2013;170(7):734-741.
127. Hovens JG, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta psychiatrica scandinavica* 2012;126(3):198-207.
128. Crosta ML, De Simone C, Di Pietro S, Acanfora M, Caldarola G, Moccia L, Di Nicola M. Childhood trauma and resilience in psoriatic patients: A preliminary report. *Journal of Psychosomatic Research* 2018;106:25-28.
129. Campolmi E, Zanieri F, Santosuosso U, D'erme AM, Betti S, Lotti T, Cossidente A. The importance of stressful family events in psoriatic patients: a retrospective study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2012;26(10):1236-1239.
130. Malhotra SK, Mehta V. Role of stressful life events in induction or exacerbation of psoriasis and chronic urticaria. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology* 2008;74:594.
131. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P, Cattaruzza MS, Baliva G, Melchi CF, Pasquini P. Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics* 2005;46(6):556-564.

132. Manolache L, Petrescu-Seceleanu D, Benea V. Life events involvement in psoriasis onset/recurrence. *International journal of dermatology* 2010;49(6):636-641.
133. Ferreira BIRC, Abreu JLPDC, Dos Reis JPG, Figueiredo AMDC. Psoriasis and associated psychiatric disorders: a systematic review on etiopathogenesis and clinical correlation. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology* 2016;9(6):36.
134. Sterling P. Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. *Handbook of life stress, cognition and health* 1988.
135. Stress T. Center on the Developing Child at Harvard University. Center on the Developing Child 2018.
136. Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health* 2001;22(1-2):201-269.
137. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics* 2014;23(2):185-222.
138. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB, Edwards VJ, Giles WH. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect* 2001;25(12):1627-1640.
139. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders* 2004;82(2):217-225.
140. Rogosch FA, Dackis MN, Cicchetti D. Child maltreatment and allostatic load: Consequences for physical and mental health in children from low-income families. *Development and psychopathology* 2011;23(4):1107-1124.
141. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet* 2009;373(9657):68-81.
142. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar* 2011;3(2):321-342.
143. Öztürk E, Türel Fİ, Oğur E. Psikotarih ve bağlanma kuramı. Öztürk E, editör. *Psikotarih* 2020;1:63-71.

144. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother 1. In *Influential Papers from the 1950s*. Routledge 2018:222-273
145. Ainsworth MS. Infant-mother attachment. *American psychologist* 1979;34(10):932.
146. Bowlby J. The Making and Breaking of Affectional Bonds: I. Aetiology and Psychopathology in the Light of Attachment Theory. *The British Journal of Psychiatry* 1977;130(3):201-10.
147. Öztürk E. Travma ve dissosiyasyon: Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi ve aile dinamikleri. Nobel Tıp Kitabevi 2017.
148. Çalışır M. Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar* 2009;1(3):240-255.
149. Bowlby, J. Attachment and loss. Vol. III. Loss: Sadness and depression. Hogarth 1980.
150. Bowlby J. edition 2. Attachment and loss: Vol. 1. Attachment 1982.
151. West M. Patterns of relating: An adult attachment perspective. Guilford Press 1994.
152. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. In *Interpersonal development*. Routledge 2017:283-296.
153. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry* 1994;5(1):1-22.
154. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion* 2003;27:77-102.
155. Pearson JL, Cowan PA, Cowan CP, Cohn DA. Adult attachment and adult child-older parent relationships. *American Journal of Orthopsychiatry* 1993;63(4):606-613.
156. LeCroy CW. Parent-adolescent intimacy: Impact on adolescent functioning. *Adolescence* 1988;23(89):137.
157. Nakash-Eisikovits ORA, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2002;41(9):1111-1123.



158. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(5):637-644.
159. Collins NL, Cooper ML, Albino A, Allard L. Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: A prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. *Journal of personality* 2002;70(6):965-1008.
160. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 2001;1(4):365.
161. Demirci OO, Ates B, Sagaltici E, Ocak ZG, Altunay IK. Association of the attachment styles with depression, anxiety, and quality of life in patients with psoriasis. *Dermatologica Sinica* 2020;38(2):81-87.
162. Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain* 2003;104(3):627-637.
163. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109(6):447-456.
164. Clements M, Barnett, D. Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies: Examining the Strange Situation and attachment Q-sort. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health* 2002;23(6):625-642.
165. Barden RC, Ford ME, Jensen AG, Rogers-Salyer M, Salyer KE. Effects of craniofacial deformity in infancy on the quality of mother-infant interactions. *Child development* 1989:819-824.
166. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic medicine* 2001;63(4):556-567.
167. Meredith PJ, Strong J. Attachment and chronic illness. *Current opinion in psychology* 2019;25:132-138.

168. Jankovic S, Raznatovic M, Marinkovic J, Maksimovic N, Jankovic J, Djikanovic B. Relevance of psychosomatic factors in psoriasis: a case-control study. *Acta Derm Venereol* 2009;89(4):364-368.
169. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, Biondi M. Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis: Results from a case-control study. *Journal of psychosomatic research* 2003;55(3):189-196.
170. Russiello F, Arciero G, Decaminada F, Corona R, Ferrigno L, Fucci M, Pasquini P. Stress, attachment and skin diseases: a case-control study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 1995;5(3):234-239.
171. Esposito M, Giunta A, Nanni RC, Criscuolo S, Manfreda V, Del Duca E, Troisi A. Depressive symptoms and insecure attachment predict disability and quality of life in psoriasis independently from disease severity. *Archives of Dermatological Research* 2021;313:431-437.
172. DORUK A, TUNCA M, KOÇ E, ERDEM M, UZUN Ö. Psöriyazis ve Alopesi Areatalı Erkek Olgularda Aleksitimi, Öfke-Öfke İfade Tarzı ve Mizaç-Karakter Özellikleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2009;29(6):1503-1509.
173. Tang FY, Xiong Q, Gan T, Yuan L, Liao Q, Yu YF. The prevalence of alexithymia in psoriasis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2022;161:111017.
174. Cingöz K, Gündüz K, İnanır I. Patients' knowledge about psoriasis and comorbidities; their participation in treatment decisions. *Journal of Dermatological Treatment* 2021;32(2):212-214.
175. Gupta MA, Jarosz P, Gupta AK. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and the dermatology patient. *Clinics in dermatology* 2017;35(3):260-266.
176. Von Zerssen D, Akiskal HS. Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *Journal of affective disorders* 1998;51(1):1-5.
177. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh sağlığı ve bozuklukları. *Nobel Tıp Kitabevleri* 2020.

178. Koufaki I, Polizoidou V, Fountoulakis KN. The concept of temperament and its contribution to the understanding of the bipolar spectrum. *Psychiatrike= Psychiatriki* 2017;28(2):142-155.
179. Eysenck SB, Eysenck HJ, Barrett P. A revised version of the psychoticism scale. *Personality and individual differences* 1985;6(1):21-29.
180. Karancı A, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş kısaltılmış formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(3):1-8.
181. McCrae RR, Costa PT. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of personality and social psychology* 1987;52(1):81.
182. Markon KE, Krueger RF, Watson D. Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *Journal of personality and social psychology* 2005;88(1):139.
183. Heim A, Westen D. Theories of personality and personality disorders. *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders. DSM-* 2014:13-38.
184. Sigvardsson S, Bohman M, Cloninger CR. Structure and stability of childhood personality: prediction of later social adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1987;28(6):929-946.
185. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry* 1993;50(12):975-990.
186. Kraepelin E. *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. E & S Livingstone 1921.
187. Kretschmer E. *Physique and Character*. Harcourt, Brace 1925.
188. Akiskal HS, Placidi GF, Maremmani I, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Puzantian VR. TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient population. *Journal of Affective Disorders* 1998;51(1):7-19.
189. Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, Maremmani I, Akiskal HS. The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I): reliability and

psychometric properties in 1010 14–26-year-old students. *Journal of Affective Disorders* 1998;47(1-3):1-10.

190. Akiskal HS, Akiskal K, Allilaire JF, Azorin JM, Bourgeois ML, Sechter D, Hantouche EG. Validating affective temperaments in their subaffective and socially positive attributes: psychometric, clinical and familial data from a French national study. *Journal of Affective Disorders* 2005;85(1-2):29-36.

191. Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *Journal of Affective Disorders* 2005;85(1-2):3-16.

192. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Archives of general psychiatry* 1983;40(7):801-810.

193. Rovai L, Maremmani AG, Rugani F, Bacciardi S, Pacini M, Dell’Osso L. Do Akiskal & Mallya’s affective temperaments belong to the domain of pathology or to that of normality. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2013;17(15):2065-2079.

194. Kılıç A, Güleç MY, Gül Ü, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2008;22(5):537-542.

195. Rubino IA, Sonnino A, Pezzarossa B, Ciani N, Bassi R. Personality disorders and psychiatric symptoms in psoriasis. *Psychological Reports* 1995;77(2):547-553.

196. Ak M, Hacıomeroglu B, Turan Y, Lapsekili N, Doruk A, Bozkurt A, Akar A. Temperament and character properties of male psoriasis patients. *Journal of health psychology* 2012;17(5):774-781.

197. Karaca S, Emul M, Kulac M, Yuksel S, Ozbulut O, Guler O, Gecici O. Temperament and character profile in patients with essential hyperhidrosis. *Dermatology* 2007;214(3):240-245.

198. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: basics concepts. *Acta dermato-venereologica* 2016;96(217):35-37.

199. Pancar Yuksel E, Durmus D, Sarisoy G. Perceived stress, life events, fatigue and temperament in patients with psoriasis. *Journal of International Medical Research* 2019;47(9):4284-4291.
200. Litaïem N, Youssef S, Jabeur K, Dhaoui MR, Doss N. Affective temperament profile in psoriasis patients in Tunisia using TEMPS-A. *Journal of affective disorders* 2013;151(1):321-324.
201. Janowski K, Steuden S. The temperament risk factor, disease severity, and quality of life in patients with psoriasis. *Annals of dermatology* 2020;32(6):452.
202. Elbir M, Alp Topbaş O, Bayad S, Kocabaş T, Topak Z, Çetin Ş, Aydemir Ö. Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders-clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language 2019.
203. Ramsay B, Lawrence CM. Measurement of involved surface area in patients with psoriasis. *British journal of dermatology* 1991;124(6):565-570.
204. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis—oral therapy with a new retinoid. *Dermatology* 1978;157(4):238-244.
205. Akdemir A, ÖRSEL DS, DAĞ İ, TÜRKÇAPAR MH, İŞCAN N, ÖZBAY H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4(4):251-259.
206. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 1960;23(1):56.
207. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry* 1988;45(8):742-747.
208. YAZICI MK, DEMİR B, TANRIVERDİ N, KARAAĞAOĞLU E, YOLAÇ P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9(2):114-117.
209. Hamilton MAX. The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology* 1959.
210. Shear MK, Vander Bilt J, Rucci P, Endicott J, Lydiard B, Otto MW, Frank DM. Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A). *Depression and anxiety* 2001;13(4):166-178.

211. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry* 1994;151(8):1132-1136.

212. Şar V, ÖZTÜRK PE, İKİKARDEŞ E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2012;32(4):1054-1063.

213. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4):252-258.

214. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazıcı O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *Journal of affective disorders* 2005;85(1-2):113-125.

215. Iskandar IYK, Parisi R, Griffiths CEM, Ashcroft DM, Global Psoriasis Atlas. Systematic review examining changes over time and variation in the incidence and prevalence of psoriasis by age and gender. *British Journal of Dermatology* 2021;184(2):243-258.

216. Ding X, Wang T, Shen Y, Wang X, Zhou C, Tian S, Zhang J. Prevalence of psoriasis in China: a population-based study in six cities. *European Journal of Dermatology* 2012;22(5):663-667.

217. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Neimann AL, Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Archives of dermatology* 2005;141(12):1537-1541.

218. Romiti R, Amone M, Menter A, Miot HA. Prevalence of psoriasis in Brazil--a geographical survey. *International journal of dermatology* 2017;56(8).

219. Schäfer I, Rustenbach SJ, Radtke M, Augustin J, Glaeske G, Augustin M. Epidemiology of psoriasis in Germany--analysis of secondary health insurance data. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 2011;73(5):308-313.

220. Fernández-Armenteros JM, Gómez-Arbonés X, Buti-Solé M, Betriu-Bars A, Sanmartin-Novell V, Ortega-Bravo M, Casanova-Seuma JM. Epidemiology of psoriasis. A population-based study. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)* 2019;110(5):385-392.

221. Javitz HS, Ward MM, Farber E, Nail L, Vallow SG. The direct cost of care for psoriasis and psoriatic arthritis in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2002;46(6):850-860.
222. Serdaroğlu S, Parlak AH, Engin B, Bahçetepe N, Keskin S, Antonova M, Tüzün Y. The prevalence of psoriasis and vitiligo in a rural area in Turkey. *Journal of the Turkish Academy of Dermatology* 2012;6(1).
223. Plunkett A, Merlin K, Gill D, Zuo Y, Jolley D, Marks R. The frequency of common nonmalignant skin conditions in adults in central Victoria, Australia. *International journal of dermatology* 1999;38(12):901-908.
224. Kaur I, Handa S, Kumar B. Natural history of psoriasis: a study from the Indian subcontinent. *The Journal of dermatology* 1997;24(4):230-234.
225. Nyfors A, Lemholt K. Psoriasis in children: a short review and a survey of 245 cases. *British Journal of dermatology* 1975;92(4):437-442.
226. Vara G, Filippi F, Sacchelli L, Patrizi A, Bardazzi F. The impact of psoriasis on marriage. *Italian Journal of Dermatology and Venereology* 2021;157(3):235-239.
227. Armstrong AW, Mehta MD, Schupp CW, Gondo GC, Bell SJ, Griffiths CE. Psoriasis prevalence in adults in the United States. *JAMA dermatology* 2021;157(8):940-946.
228. Ryan C, Sadlier M, De Vol E, Patel M, Lloyd AA, Day A, Menter A. Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2015;72(6):978-983.
229. Chen TC, Iskandar IY, Parisi R, Pierce M, Tower C, Kleyn CE, Atlas GP. Fertility trends and adverse pregnancy outcomes in female patients with psoriasis in the UK. *JAMA dermatology* 2023;159(7):736-744.
230. Johansen CB, Egeberg A, Jimenez-Solem E, Skov L, Thomsen SF. Psoriasis and adverse pregnancy outcomes: A nationwide case-control study in 491,274 women in Denmark. *JAAD international* 2022;7:146-155.
231. Bowden AP, Barrett JH, Fallow WENDY, Silman AJ. Women with inflammatory polyarthritis have babies of lower birth weight. *The Journal of rheumatology* 2001;28(2):355-359.

232. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *Jama* 2006;296(14):1735-1741.
233. Häbel H, Wettermark B, Hägg D, Villacorta R, Wennerström ECM, Linder M. Societal impact for patients with psoriasis: A nationwide Swedish register study. *JAAD international* 2021;3:63-75.
234. Ayala F, Sampogna F, Romano GV, Merolla R, Guida G, Gualberti G, Daniele Study Group. The impact of psoriasis on work-related problems: a multicenter cross-sectional survey. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2014;28(12):1623-1632.
235. Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the National Psoriasis Foundation survey data 2003–2011. *PloS one* 2012;7(12):e52935.
236. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, Pottie K. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj* 2011;183(12):E959-E967.
237. Elfaituri SS. Skin diseases among internally displaced Tawerghans living in camps in Benghazi, Libya. *International journal of dermatology* 2016;55(9):1000-1004.
238. Rahman P, Schentag CT, Beaton M, Gladman DD. Comparison of clinical and immunogenetic features in familial versus sporadic psoriatic arthritis. *Clinical and experimental rheumatology* 2000;18(1):7-12.
239. Bahcetepe N, Kutlubay Z, Yilmaz E, Tuzun Y, Eren B. The role of HLA antigens in the aetiology of psoriasis. *Med Glas (Zenica)* 2013;10(2):339-342.
240. Aykol C, Mevlitoglu I, Ozdemir M, Unal M. Evaluation of clinical and sociodemographic features of patients with psoriasis in the Konya region 2011.
241. Kundakci N, Türsen Ü, Babiker MO, Gürgey E. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. *International journal of dermatology* 2002;41(4):220-224.
242. Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB, Gelfand JM. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2006;55(5):829-835.



243. Gelfand JM, Shin DB, Neimann AL, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. The risk of lymphoma in patients with psoriasis. *Journal of investigative dermatology* 2006;126(10):2194-2201.
244. Brauchli YB, Jick SS, Miret M, Meier CR. Psoriasis and risk of incident cancer: an inception cohort study with a nested case-control analysis. *Journal of investigative dermatology* 2009;129(11):2604-2612.
245. Alsufyani MA, Golant AK, Lebwohl M. (2010). Psoriasis and the metabolic syndrome. *Dermatologic Therapy* 2010;23(2):137-143.
246. Takeshita J, Grewal S, Langan SM, Mehta NN, Ogdie A, Van Voorhees AS, Gelfand JM. Psoriasis and comorbid diseases: epidemiology. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2017;76(3):377-390.
247. Shiba M, Kato T, Izumi T, Miyamoto S, Nakane E, Haruna T, Inoko M. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis: A cross-sectional patient-population study in a Japanese hospital. *Journal of Cardiology* 2019;73(4):276-279.
248. Rodríguez-Zúñiga MJM, García-Perdomo HA. Systematic review and meta-analysis of the association between psoriasis and metabolic syndrome. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2017;77(4):657-666.
249. Gui XY, Yu XL, Jin HZ, Zuo YG, Wu C. Prevalence of metabolic syndrome in Chinese psoriasis patients: A hospital-based cross-sectional study. *Journal of diabetes investigation* 2018;9(1):39-43.
250. Gisondi P, Fostini AC, Fossà I, Girolomoni G, Targher G. Psoriasis and the metabolic syndrome. *Clinics in dermatology* 2018;36(1):21-28.
251. Alinaghi F, Tekin HG, Burisch J, Wu JJ, Thyssen JP, Egeberg A. Global prevalence and bidirectional association between psoriasis and inflammatory bowel disease—a systematic review and meta-analysis. *Journal of Crohn's and Colitis* 2020;14(3):351-360.
252. Feldman SR, Srivastava B, Abell J, Hoops T, Fakharzadeh S, Chakravarty S, Kappelman M. Gastrointestinal signs and symptoms related to inflammatory bowel disease in patients with moderate-to-severe psoriasis. *Journal of Drugs in Dermatology: JDD* 2018;17(12):1298-1308.

253. Acharya P, Mathur M. Association between psoriasis and celiac disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2020;82(6):1376-1385.
254. Naldi L. Psoriasis and smoking: links and risks. *Psoriasis: Targets and Therapy* 2016:65-71.
255. Svanström C, Lonne-Rahm SB, Nordlind K. Psoriasis and alcohol. *Psoriasis: Targets and Therapy* 2019:75-79.
256. Brenaut E, Horreau C, Pouplard C, Barnetche T, Paul C, Richard MA, Misery L. Alcohol consumption and psoriasis: a systematic literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2013;27:30-35.
257. Fleming P, Bai JW, Pratt M, Sibbald C, Lynde C, Gulliver WP. The prevalence of anxiety in patients with psoriasis: a systematic review of observational studies and clinical trials. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2017;31(5):798-807.
258. Gupta MA, Pur DR, Vujcic B, Gupta AK. Suicidal behaviors in the dermatology patient. *Clinics in dermatology* 2017;35(3):302-311.
259. Ungprasert P, Wijarnpreecha K, Cheungpasitporn W. Patients with psoriasis have a higher risk of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Postgraduate Medicine* 2019;65(3):141-145.
260. Yu S, Yu CL, Huang YC, Tu HP, Lan CC. Risk of developing psoriasis in patients with schizophrenia: a nationwide retrospective cohort study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2017;31(9):1497-1504.
261. Heller MM, Lee ES, Koo JY. Stress as an influencing factor in psoriasis. *Skin therapy letter* 2011;16(5):1-4.
262. Evers AWM, Verhoeven EWM, Kraaimaat FW, De Jong EMGJ, De Brouwer SJM, Schalkwijk J, Van De Kerkhof PCM. How stress gets under the skin: cortisol and stress reactivity in psoriasis. *British Journal of Dermatology* 2010;163(5):986-991.
263. Naldi L, Peli L, Parazzini F, Carrel CF, Psoriasis Study Group of the Italian Group for Epidemiological Research in Dermatology. Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infectious disease are risk factors for a first episode of

acute guttate psoriasis: result of a case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:433-438.

264. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, Fortina AB, Peserico A, Virgili AR, La Vecchia C. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *Journal of Investigative Dermatology* 2005;125(1):61-67.

265. Finzi AF, Benelli C. A clinical survey of psoriasis in Italy: 1st AISP report. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 1998;10(2):125-129.

266. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mørk C, Sigurgeirsson B. Self-reported stress reactivity and psoriasis-related stress of Nordic psoriasis sufferers. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2004;18(1):27-36.

267. Jankovic S, Raznatovic M, Marinkovic J, Jankovic J, Maksimovic N. (2009). Risk factors for psoriasis: a case-control study. *The Journal of Dermatology* 2009;36(6):328-334.

268. Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Özdel O, Ergin Ş, Kaçar N. Psöriyazis hastalarında psikodrama: Stres ve stresle baş etme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010;11(3):220-227.

269. Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australasian journal of dermatology* 2004;45(3):155-161.

270. Jowett S, Ryan T. Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Social science & medicine* 1985;20(4):425-429.

271. Parafianowicz K, Sicińska J, Moran A, Szumański J, Staniszewski K, Rudnicka L, Kokoszka A. Psychiatric comorbidities of psoriasis: pilot study. *Psychiatria Polska* 2010;44(1):119-126.

272. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD, Working Group on Comorbidity in Psoriasis. Clinical practice guideline for an integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2013;27(11):1387-1404.

273. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, McElhone K, Markham T, Rogers S, Griffiths CE. Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Archives of Dermatology* 2003;139(6):752-756.
274. Jing D, Xiao H, Shen M, Chen X, Han X, Kuang Y, Xiao Y. Association of Psoriasis with Anxiety and Depression: A Case–Control Study in Chinese Patients. *Frontiers in Medicine* 2021;8:771645.
275. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *Journal of psychosomatic research* 2001;50(1):11-15.
276. Fortune DG, Richards HL, Corrin A, Taylor RJ, Griffiths CE, Main CJ. Attentional bias for psoriasis-specific and psychosocial threat in patients with psoriasis. *Journal of behavioral medicine* 2003;26:211-224.
277. Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Investigative Dermatology* 2014;134(6):1542-15.
278. Damiani G, Tacastacas JD, Wuerz T, Miller L, Fastenau P, Bailey C, Lerner AJ. Cognition/Psychological Burden and Resilience in Cutaneous T-Cell Lymphoma and Psoriasis Patients: Real-Life Data and Implications for the Treatment. *BioMed Research International* 2022;2022(1):8802469.
279. Abebe G, Ayano G, Andargie G, Getachew M, Tesfaw GJJP. Prevalence and factors associated with anxiety among patients with common skin disease on follow up at Alert Referral Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *J Psychiatry* 2016;19(3):367.
280. Kussainova A, Kassym L, Akhmetova A, Dvoryankova E, Glushkova N, Khismetova Z, Semenova Y. Associations between serum levels of brain-derived neurotrophic factor, corticotropin releasing hormone and mental distress in vitiligo patients. *Scientific Reports* 2022;12(1):7260.
281. Sun C, Ren Y, Zhang W. Association between skin disease and anxiety: a logistic analysis and prediction. *Annals of Translational Medicine* 2023;11(2).

282. Akamine AA, Rusch GDS, Nisihara R, Skare TL. Adverse childhood experiences in patients with psoriasis. *Trends in psychiatry and psychotherapy* 2022;44:e20210251.
283. Wintermann GB, Bierling AL, Peters EM, Abraham S, Beisert S, Weidner K. Childhood trauma and psychosocial stress affect treatment outcome in patients with psoriasis starting a new treatment episode. *Frontiers in Psychiatry* 2022;13:848708.
284. Yehuda R, Giller EL, Southwick SM, Lowy MT, Mason JW. Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry* 1991;30(10):1031-1048.
285. Pines D. Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. *The International Journal of Psycho-Analysis* 1980;61:315.
286. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. Guilford Publications 2010.
287. Kirkpatrick LA, Hazan C. Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal relationships* 1994;1(2):123-142.
288. Davila J, Burge D, Hammen C. Why does attachment style change?. *Journal of personality and social psychology* 1997;73(4):826.
289. Perugi G, Toni C, Marenmani I, Tusini G, Ramacciotti S, Madia A, Akiskal HS. The influence of affective temperaments and psychopathological traits on the definition of bipolar disorder subtypes: a study on bipolar I Italian national sample. *Journal of Affective Disorders* 2012;136(1-2):e41-e49.
290. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z, Alkan M, Akiskal H. Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study. *Journal of Affective Disorders* 2005;85(1-2):127-133.
291. Marek-Józefowicz L, Jaracz M, Borkowska A. Affective temperament, depressive symptoms and interleukins in patients with psoriasis. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii* 2021;38(1):137-143.
292. Gilbert AR, Rodgers DA, Roenigk Jr HH. Personality evaluation in psoriasis. *Cleveland Clinic Quarterly* 1973;40(3):147-152.

293. Janowski K, Steuden S. Severity of psoriasis and health-related quality of life: the moderating effects of temperament. *British Journal of Dermatology* 2008;158(3):633-635.
294. O'Leary CJ, Creamer D, Higgins E, Weinman J. Perceived stress, stress attributions and psychological distress in psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research* 2004;57(5):465-471.
295. Marek L, Placek W, Borkowska A. Cognitive impairment and affective temperament in patients with psoriasis. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny* 2011;98(6):483-490.
296. Carnelley KB, Pietromonaco PR, Jaffe K. Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of personality and social psychology* 1994;6(1):127.
297. Roberts JE, Gotlib IH, Kassel JD. Adult attachment security and symptoms of depression: the mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of personality and social psychology* 1996;70(2):310.
298. Bifulco A, Moran PM, Ball C, Lillie A. Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology* 2002;37:60-67.
299. Meyer B, Pilkonis PA, Proietti JM, Heape CL, Egan M. Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of personality disorders* 2001;15(5):371-389.
300. Bigras M, Crepaldi MA, Lima MLCD. A mother-child secure attachment to prevent interpersonal violence among young people. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2011;11:15-20.
301. Kartal E. Çocukluk çağı travmalarının depresyon ve anksiyete ile ilişkisinin incelenmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2021.
302. Lindert J, von Ehrenstein OS, Grashow R, Gal G, Braehler E, Weisskopf MG. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International journal of public health* 2014;59:359-372.

303. Driessen M, Schroeder T, Widmann B, Von Schonfeld C, Schneider F. Childhood trauma, psychiatric disorders, and criminal behavior in prisoners in Germany: a comparative study in incarcerated women and men. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006;67(10):1486-1492.

304. Ekinçi S, Kandemir H. Childhood trauma in the lives of substance-dependent patients: The relationship between depression, anxiety and self-esteem. *Nordic Journal of Psychiatry* 2015;69(4):249-253.

305. Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, Van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, Zitman FG. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta psychiatrica scandinavica* 2010;122(1):66-74.

306. Çelebi BM, Polat, A. Çocukluk çağı travmatik yaşantıların, yetişkin bağlanma stillerinin ve psikolojik iyi oluşun evlilik doyumu üzerindeki etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;5(1):29-34.

307. Woike BA, Osier TJ, Candela K. Attachment styles and violent imagery in thematic stories about relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1996;22(10):1030-1034.

308. Muşdal Çelebi B. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, yetişkin bağlanma stilleri ve psikolojik iyi oluşun evlilik doyumu üzerindeki etkisi. Master's thesis, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* 2019.

309. Sezer T, Sapancı A, Kuzgun TB. Çocukluk çağı ruhsal travma düzeyi ile savunma biçimleri arasındaki ilişkide bağlanma boyutlarının düzenleyici rolü. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi* 2023;10(1):57-82.

310. Köşger F, Bilgili ME, Genek M, Yıldız B, Saraçoğlu N, Eşsizoglu A. Psoriasis hastalarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin hastalığın şiddeti ile ilişkisi. *Journal of Mood Disorders* 2014;4(4):157-62.

311. Devrimci-Ozguven H, Kundakci N, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Journal of the European Academy of dermatology and venereology* 2000;14(4):267-271.

312. Taner E, Coşar B, Burhanoglu S, Çalıkoğlu E, Önder M, Arıkan Z. Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis. *International journal of dermatology* 2007;46(11):1118-1124.
313. Tuman B, Şereflican B, Tuman TC. Anxiety, Depression, Social Anxiety, Anxiety Sensitivity, and Perceived Stress in Psoriasis Patients. *Journal of Contemporary Medicine* 2021;11(6):875-882.
314. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *International Journal of Dermatology* 1993;32(3):188-190.
315. Tee SI, Lim ZV, Theng CT, Chan KL, Giam YC. A prospective cross-sectional study of anxiety and depression in patients with psoriasis in Singapore. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2016;30(7):1159-116.
316. Erfanian M. Çocukluk çağı travması: sedef hastalığı olan hastalarda majör depresyon riski. *Psikiyatri ve Klinik Psikofarmakoloji* 2018;28(4):378-385.



## EKLER

### EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

#### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

**Adı-Soyadı:**

**Tarih:**

**Dosya no:**

**Telefon:**

**Adres:**

**1. Yaşınız:**

<29

30-39

40-49

50-59

>60

**2. Cinsiyetiniz:**

Kadın

Erkek

Diğer

**3. Medeni durum:**

Evli

Bekar

Eş-vefat

Boşanmış-Ayrı

**4. Çocuk**

Yok

Var (sayı:....)

**5. Kayıp bebek/çocuk:**

Yok

Var (sayı:....)

**6. Eğitim durumu:**

Okuryazar değil

Okuryazar

- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite mezunu
- Yüksek lisans mezunu

**7. Çalışma durumu:**

- Çalışıyor
- Çalışmıyor

**8. Meslek:**

- Memur
- İşçi
- Esnaf
- Emekli
- Serbest meslek
- Öğrenci
- İşsiz
- Diğer (belirtiniz.....)

**9. Son dönemdeki aile gelir durumunuz:**

- 3000 TL ve altı
- 3000-5000 TL
- 5000-8000 TL
- 8000 TL ve üstü

**10. Yaşadığı yer:**

- Kent-Merkez
- Kent-Kenar Mah.
- İlçe
- Kırsal (Köy)

**11. Göç Öyküsü:**

- Yok
- Var

**12. Birlikte yaşadığı kişiler:**

- Yalnız

- Ailesiyle
- Arkadaşlarıyla
- Öğrenci Yurdu

**13. Aile Yapısı:**

- Çekirdek aile
- Kalabalık aile

**14. Yetiştirme ortamınız:**

- Çekirdek aile
- Geniş aile
- Akraba yanı
- Yetiştirme yurdu
- Diğer (belirtiniz....)

**15. Kaç kardeşiniz, siz kaçınıcı çocuksunuz?**

.....

**16. Çocukluk döneminde (18 yaş altı) anne-baba kaybınız var mı?**

- Yok
- Anne kaybı
- Baba kaybı
- İkisinin de kaybı

**17. Anne-baba ayrılığı var mı?**

- Yok
- Var

**18. Varsa siz kaç yaşındayken ayrıldılar?**

.....

**19. Çocukluk döneminde ihmal ya da istismara uğradınız mı?**

- Yok
- Fiziksel
- Duygusal
- Cinsel

**20. Herhangi bir stresli yaşam olayı (deprem, sel, kaza vs) yaşadınız ya da tanıklık ettiniz mi?**

- Yok

Var (belirtiniz...)

**21. Geçmişte yaşadığınız günümüzde hala devam eden bir stresli yaşam olayı var mı?**

Yok

Var (belirtiniz...)

**22. Annenizin eğitim düzeyi:**

Okuryazar değil

Okuryazar

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Üniversite mezunu

Yüksek lisans mezunu

**23. Babanızın eğitim düzeyi:**

Okuryazar değil

Okuryazar

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Üniversite mezunu

Yüksek lisans mezunu

**24. Sigara kullanımınız var mı?**

Yok

Var

**25. Alkol kullanımınız var mı?**

Yok

Var

**26. Madde kullanımınız var mı?**

Yok

Var

**27. Bilinen kronik tıbbi hastalığınız var mı?**

Yok

Var (belirtiniz.....)

**28. Psöriazis tanısı aldıktan sonra geçen süre:**

**29. Ailede psöriazis öyküsü:**

Yok

Var

**30. Lezyon bölgeleri:**

Saçlı deri

Yüz

Boyun

Kollar

Bacaklar

Sırt

Göğüs

Genital Bölge

Diğer (belirtiniz.....)

**31. Lezyon bölgesinin görünür olup olmaması:**

Görünür (saklanamaz) yerde

Saçla ya da giysi ile örtülebilir yerde

**32. Estetik açıdan rahatsız olma derecesi (saklama ihtiyacı, utanç):**

Hiç

Hafif

Orta

Ağır

**33. Psöriazis tedavisi alıyor mu, geçmiş ve şimdiki tedaviler:**

**34. PASI skoru:**

**35. Geçmişte destek/tedavi aldığınız psikiyatrik hastalığınız oldu mu?**

Yok

Var (belirtiniz.....)

**36. Halen destek/tedavi aldığınız psikiyatrik hastalığınız var mı?**

Yok

Var (belirtiniz.....)

**37. İlk psikiyatri başvuru yaşı:**

**38. Daha önce kullandığı psikiyatrik ilaçlar:**

**39. Şu anda kullandığı psikiyatrik ilaçlar:**

**40. Psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatış sayısı:**

**41. Birinci derece yakınında psikiyatrik hastalık var mı?**

Yok

Var (belirtiniz.....)

**EK 2: ÇALIŞMA GRUBU İÇİN GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ**  
**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ**  
**(Çalışma grubu için)**

“Psöriazis hastalarında çocukluk çağı travmaları, erişkin bağlanma biçimi ve mizaç özellikleri” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Psöriazis uzun süredir psikosomatik bir hastalık olarak açıklanmaktadır. Stres ve psikososyal etmenler sedef hastalığının hem başlamasında hem de şiddetlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Sedef hastalığının psikolojik ve zihinsel sağlık üzerindeki etkisi, hastalığın sosyal refah ve tedavi üzerindeki etkileri nedeniyle şu anda önemli bir husustur. Çalışmamızda psöriazis hastalığında eşlik eden depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddeti, çocukluk çağı travma öyküsü; bu travmaların kişinin bağlanma örüntüleri ve mizaç özellikleri ile ilişkisi; bu ilişkilerin psikopatolojiye yansımalarının araştırılması hedeflenmiştir. Araştırmaya 60 kişinin katılımı planlanmıştır. Araştırma Pamukkale Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Pamukkale Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı’nda yapılacaktır.

- **Bu çalışmaya katılmalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya

çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Araştırmaya dahil edilme nedeniniz 18-65 yaş arası psöriazis tanısı almış bir birey olmanızdır. Bu çalışmada size görüşmeci tarafından DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5) uygulandıktan sonra Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Tipi Bağlanma Ölçeği, TEMPS-A Mizaç Ölçeklerini doldurmanız istenecektir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler, diğer hastalardan elde edilen bilgilerle karşılaştırılacak ve psikosomatik bir hastalık olan psöriazis hastalığının tedavi sürecinde hangi belirteçlere dikkat edilmesi gerektiği ve ruhsal travma konusunda farkındalığı arttırmak konusunda klinik pratiğe katkı sağlayacaktır.

- **Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Çalışmamız daha çok araştırma amaçlıdır. Ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar, hastalığın önemini daha iyi anlamamıza ve nedenleri ile ilgili daha detaylı bilgi edinmemize yarayacak, dolayısıyla başka hastaların yararına kullanılabilir.

- **Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırmamız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmamız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Ceren Arıbakır  
GÖREVİ : Arş. Gör. Dr  
TELEFON : 02582964613



**(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)**

Pamukkale Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalında / Kliniğinde, Dr. Ceren Arıbakır tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

a. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

b. Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).*

c. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

d. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

e. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

f. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Görüşme tanığı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Bilgilendiren Araştırmacı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

## EK 3: SAĞLIKLI KONTROL GRUBU İÇİN GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

### PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ (Sağlıklı kontrol grubu için)

Prof. Dr. Osman İsmail Özdel'in sorumlu araştırmacısı olduğu, "Psöriazis hastalarında çocukluk çağı travmaları, erişkin bağlanma biçimi ve mizaç özellikleri" isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Çalışmanın amacı psöriazis hastalarında eşlik eden depresyon ve anksiyete semptomlarını belirlemek, psöriazis ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları, bağlanma örüntüleri ile mizaç özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu çalışmaya, "**sağlıklı kontrol grubu**" olarak katılmayı kabul ederseniz, sizden istenen tek şey, bu çalışmanın bilimsel olarak yürütülebilmesi için, araştırmaya katılan hasta kişiler dışında, sağlıklı kişilere görüşmeci tarafından DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5) uygulanacak olup, sağlıklı kişilerin Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Tipi Bağlanma Ölçeği, TEMPS-A Mizaç Ölçeğini doldurmalarına gereksinim vardır. Bu sayede, hasta kişilerin verileri, siz sağlıklı kişiler ile karşılaştırılabilecektir.

Bu çalışmaya, "**sağlıklı kontrol grubu**" olarak katılmayı kabul ederseniz, sizden istenen tek şey, görüşmeci tarafından DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5) uygulandıktan sonra Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Tipi Bağlanma Ölçeği, TEMPS-A Mizaç Ölçeklerini doldurmanızdır.

Araştırmamız sizden elde edilen sonuçları, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimliğiniz gizli tutulacaktır.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir.

***(Katılımcının Beyanı)***

Pamukkale Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalında / Kliniğinde, Dr Ceren Arıbakır tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu koşullarla “sağlıklı kontrol grubu” olarak, Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Tipi Bağlanma Ölçeği, TEMPS-A Mizaç Ölçeklerini doldurmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı:**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Katılımcı ile görüşen araştırmacı:**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

#### EK 4: TEMPS-A MİZAÇ ÖLÇEĞİ

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size "kesinlikle uyuyorsa" → ( D ) Doğru

"tam olarak uymuyor" ya da

"yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa" → ( Y ) Yanlış

- D Y Üzgün, mutsuz bir insanım.
- D Y İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
- D Y Hayatım boyunca çok çektim.
- D Y İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
- D Y Kolay pes ederim.
- D Y Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
- D Y Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
- D Y Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
- D Y Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
- D Y Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
- D Y Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
- D Y Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
- D Y Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
- D Y Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
- D Y Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
- D Y İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
- D Y Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
- D Y Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
- D Y Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
- D Y Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
- D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
- D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
- D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
- D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
- D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.

- D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
- D Y Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
- D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
- D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
- D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
- D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
- D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
- D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
- D Y Bazen herşeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
- D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
- D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
- D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
- D Y Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
- D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
- D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
- D Y Herşeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
- D Y Kendime müthiş güvenirim.
- D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
- D Y Her zaman birşeylerle meşgulümdür.
- D Y Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.
- D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
- D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
- D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
- D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
- D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
- D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
- D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
- D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
- D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissedirim.
- D Y İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.

- D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
- D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
- D Y Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
- D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
- D Y Çok yakınıyorum.
- D Y Başkalarını çok eleştiririm.
- D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
- D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
- D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
- D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiç bir şey görmüyor.
- D Y Terslendiğimde kavga edebilirim.
- D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
- D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
- D Y İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
- D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
- D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
- D Y Küfürbaz olarak bilinirim.
- D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
- D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
- D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğunudur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
- D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
- D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
- D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
- D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
- D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
- D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
- D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
- D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.
- D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
- D Y Sık sık midem bozulur.
- D Y Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
- D Y Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.
- D Y Heyecanlandığımda tualete dah sık gitmek zorunda kalırım.
- D Y Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
- D Y Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye

- çok korkarım.
- D Y Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
  - D Y Uykum dinlendirici değil.
  - D Y Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
  - D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
  - D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
  - D Y Kendimi güvende hissetmiyorum.
  - D Y Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
  - D Y Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
  - D Y Ani sesler beni kolayca irkiltir.

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatta bir kişiyim.

## EK 5: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

### HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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



## EK 6: HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

### HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

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

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

## EK 7: ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ

### ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ (I. Bölüm)

Aşağıdaki açıklamalar çocukluğunuzda anne-babanızla ve şu anda bir yetişkin olarak çevrenizdeki diğer insanlarla yakın ilişkilerinizde neler hissettiğinizi tanımlar. Lütfen hepsini dikkatlice okuyup sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz, **A, B veya C**.

- A)** Bir çocuk olarak, annem ve babam bana karşı genellikle sıcak davranırdı ve eğer zorluklarla karşılaşsam onlardan yardım isteyebilirdim. Başkalarıyla yakın ilişki kurmak ve onlara rahatlıkla güvenmek (ve onların da bana güvenmesi) benim için kolaydır. Terk edilmekten veya bir başkasının bana aşırı yakınlığından endişe duymam.
- B)** Annem ve babam bakım konusunda genelde ilgisizdi, benden birçok istemleri vardı, çoğu kez yaptıklarımı eleştirirler ve bana birey olarak saygı göstermezlerdi. Başkalarına yakın olmakta pek rahat değilimdir; onlara tam anlamıyla güvenmekte ve dayanmakta zorlanırım. Herhangi bir kimse bana çok yakınlık gösterdiği zaman veya birlikte olduğum insan (eş veya diğerleri) bana daha yakın olmak istediğinde kendimi rahat hissetmem, sıkıntılı hissederim.
- C)** Annemin ve babamın ne yapacağı öngörülemezdi (yaşadığım zorluklara bazen ilgi gösterirler, bazen göstermezlerdi) çoğu kez haksız davranırlar ve özel hayatıma karışırlardı. Diğer insanları benim istediğim kadar yakın olma konusunda isteksiz buluyorum. Birlikte olduğum kişinin beni sevmediği ve benimle kalıp yaşamak istemeyeceği hakkında çoğu kez endişe duyarım. Birlikte olduğum kişiyle çoğu kez daha yakın olmak isterim (onunla bir bütün olmak) ve bu isteğim kimi zaman onu ve diğer insanları ürkütüp uzaklaştırır.

## (II. Bölüm)

Aşağıda 15 tane cümle bulunmaktadır, lütfen bu cümlelerin sizin kişisel görüş ve davranışlarınızı ne kadar yansıttığını değerlendirin. Yanıtlarınız yalnız sizin kişisel yorumunuza dayanmalıdır. Her sorunun yanında 7 numaralı bir dizi bulunmaktadır. Sizin durumunuza en uygun olan rakamı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle Doğru değil	Doğru değil	Pek doğru sayılmaz	Bazen doğru bazen yanlış	Hemen hemen doğru	Doğru	Kesinlikle doğru

<b>1. Kolaylıkla yakın ilişkiler kurarım.</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7</b>
2. Diğer insanlara yaklaşırken kendimi rahat hissetmem	1 2 3 4 5 6 7
<b>3. Yakın bir ilişki çerçevesinde kendimi diğer insanlara bağlı hissetmekle ilgili zorluğum yok.</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7</b>
4. Birlikte olduğum insan kendisine sağlayabileceğim yakınlıktan çok daha samimi bir ilişki istiyor.	1 2 3 4 5 6 7
<b>5. Birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceğinden sık sık endişe duyuyorum.</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7</b>
6. Belli insanlarla çok güçlü ilişkiler kurmak istiyorum	1 2 3 4 5 6 7
<b>7. Yakın bir ilişki çerçevesinde birlikte olduğum insan bana dayanıyorsa herhangi bir zorluk yaşamıyorum.</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7</b>
8. Birlikte olduğum insana tam olarak güvenmekte zorlanırım	1 2 3 4 5 6 7
<b>9. Diğer insanların benimle benim istediğim kadar yakın bir ilişki kurmadıklarını düşünürüm.</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7</b>
10. Bana yakın birisinin beni aşırı üzebileceği gibi endişelerim yok.	1 2 3 4 5 6 7
<b>11. Bazen birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesine kapılıyorum.</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7</b>
12. Bir başkasının bana yaklaştığını hissettiğimde gerginleşiyorum.	1 2 3 4 5 6 7
<b>13. Yakın ilişkiler çerçevesinde diğer insanlara güvenmekle ilgili zorluklarım vardır.</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7</b>
14. Tam ve eksiksiz bir ilişki kurma konusundaki isteğim insanları benden uzaklaştırıyor.	1 2 3 4 5 6 7
<b>15. Bir başkasının bana çok yaklaşılabileceği ihtimali beni endişelendirmiyor.</b>	<b>1 2 3 4 5 6 7</b>

## EK 8: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan kutuyu (X) ile işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık
<b>Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...</b>	1	2	3	4	5
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökkük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevildiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu					
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi					
14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.					

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22 . Benim ailem dünyanın en iyisiydi					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekti birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					