

**T. C.  
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**KRONİK İDİYOPATİK ÜRTİKER HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI  
OLUMSUZ YAŞANTI, YAKIN İLİŞKİLER VE DUYGU REGÜLASYONU  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Kübra ÜNAL**

**Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı**

**ARALIK 2020**

**T. C.  
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**KRONİK İDİYOPATİK ÜRTİKER HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI  
OLUMSUZ YAŞANTI, YAKIN İLİŞKİLER VE DUYGU REGÜLASYONU  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Kübra ÜNAL  
(181287004)**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fatma Sibel MERCAN**

**Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı**

**ARALIK 2020**



**T.C.**  
**İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**Yüksek Lisans Tez Onay Belgesi**

Enstitümüz, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı 181287004 numaralı öğrencisi **Kübra ÜNAL**'ın “Kronik İdiyopatik Ürtiker Hastalarında Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantı, Yakın İlişkiler ve Duygu Regülasyonu Arasındaki İlişki” adlı tez çalışması Enstitümüz Yönetim Kurulunun 27.11.2020 tarih ve 2020/01 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliği ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

İmzası

Tez Savunma Tarihi :23.12.2020

1)Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fatma Sibel MERCAN

.....

2) Jüri Üyesi : Prof. Dr. İlknur ALTUNAY

.....

3) Jüri Üyesi : Doç. Dr. Fatma Yeşim CAN

.....

**Not:** Öğrencinin Tez savunmasında **Başarılı** olması halinde bu form **imzalanacaktır**. Aksi halde geçersizdir.

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Kronik İdiyopatik Ürtiker Hastalarında Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları, Yakın İlişkiler ve Duygu Regülasyonu Arasındaki İlişki” adlı çalışmamın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar olan bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazdığımı ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla beyan ederim. (.../.../2020)

Kübra ÜNAL

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve bu çalışmanın başından sonuna kadar araştırılmasında ve yürütülmesinde desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yoğun çalışma süreçlerinde beni anlayışla yönlendiren, bana kıymetli zamanlarını ayıran değerli hocalarım Prof. Dr. Fatma Sibel MERCAN 'a ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği Eğitim Sorumlusu Prof. Dr. İlknur ALTUNAY'a katılımcılara ulaşmamı sağlamanın yanı sıra her türlü desteğini hissetmemden dolayı kıymetli hocalarıma teşekkür ederim. Doç. Dr. Tuna USLU, Dr. Yasemin ERDEM ve Dr. Öğr. Üyesi Nurgül YAVUZER verdiği geribildirim ve önerilerle çalışmama olan katkılarından ötürü ayrıca teşekkür ederim.

**Aralık 2020**

**Kübra ÜNAL**

---

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>ÇİZELGE LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>x</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1 Araştırmanın Konusu .....	3
1.2 Araştırmanın Amacı .....	4
1.3 Araştırmanın Hipotezi .....	4
1.4 Araştırmanın Önemi .....	4
1.5 Araştırmada Karşılaşılan Sınır ve Sayılıtlar .....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1 Ürtiker .....	6
2.1.1 Tanım .....	6
2.1.2 Tarihçe ve epidemiyoloji .....	6
2.1.3 Klinik sınıflama.....	7
2.1.3.1 Akut ürtiker .....	7
2.1.3.2 Kronik ürtiker .....	7
Kronik uyarılabilir ürtiker (KUÜ).....	8
Kronik spontan ürtiker (KSÜ).....	8
Kronik ürtiker ile ilgili literatürde yapılan çalışmalar.....	8
Etiyoloji ve tedavi .....	10
2.2 Deri ve Psikoloji.....	11
2.3 Bağlanma.....	17
2.4 Duygu Düzenleme Güçlüğü .....	25
2.5 Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantısı .....	28
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>34</b>
3.1 Örneklem.....	34
3.2 Veri Toplama Araçları .....	34
3.2.1 Bilgilendirme ve onam formu .....	34
3.2.2 Sosyodemografik veri formu .....	35
3.2.3 Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği türkçe formu (ACE-TR).....	35
3.2.4 Yakın ilişki ölçeği (İÖA) .....	35
3.2.5 Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği-kısa form (DDGÖ-16).....	36
3.2.6 Kısa semptom envanteri (KSE).....	36
3.3 Veri Analizi ve İşlem .....	37

<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>38</b>
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>60</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>66</b>
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>68</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>76</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>85</b>

## KISALTMALAR

<b>ACE-TR</b>	: Adverse Childhood Experiences Turkish Form
<b>AÖ</b>	: Anjioödem
<b>ÇÇOY</b>	: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları
<b>DDGÖ</b>	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
<b>İÖA</b>	: Yakın İlişki ölçeği
<b>KİÜ</b>	: Kronik İndüklenabilir Ürtiker
<b>KNT</b>	: Kontrol Grubu
<b>KSE</b>	: Kısa Semptom Envanteri
<b>KSÜ</b>	: Kronik Spontan Ürtiker
<b>KÜ</b>	: Kronik Ürtiker
<b>N</b>	: Kişi sayısı
<b>NASEM</b>	: National Academies of Sciences Engineering and Medicine (Ulusal Bilim, Eğitim ve Tıp Akademisi)
<b>NSCH</b>	: National Survey of Children's Health ( Ulusal Çocuk Sağlığı Araştırması)
<b>Ort</b>	: Ortalama
<b>P</b>	: Anlamlılık düzeyi
<b>RSQ</b>	: Relationship Scales Questionnaire
<b>SBÜ</b>	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
<b>SPSS</b>	: Statistical Package of Social Science (Sosyal Bilimler için İstatistiksel Program)
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>WHO</b>	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



## ÇİZELGE LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 2.1: Ürtikerin sınıflandırılması .....	7
Çizelge 2.2: Psikodermatolojik bozuklukların sınıflandırılması .....	15
Çizelge 2.3: Olumsuz çocukluk çağı deneyimine sahip bireylerin temel kişilik özellikleri.....	30
Çizelge 2.4: Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri .....	31
Çizelge 4.1: Hasta grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler .....	38
Çizelge 4.2: Kontrol grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler.....	41
Çizelge 4.3: Hasta ve Kontrol grupları ile cinsiyet arasındaki ilişki .....	43
Çizelge 4.4: Hasta ve kontrol grupları ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki .....	43
Çizelge 4.5: Hasta ve Kontrol Gruplarının Yaş Açısından Karşılaştırılması .....	44
Çizelge 4.6: Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (N=80) .....	44
Çizelge 4.7: Hasta ve Kontrol Gruplarının Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	45
Çizelge 4.8: Hasta grubuna uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler. ....	47
Çizelge 4.9: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması .....	51
Çizelge 4.10: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanı Açısından Karşılaştırılması .....	53
Çizelge 4.11: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Açısından Karşılaştırılması .....	54
Çizelge 4.12: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaşadıkları Kişiler Açısından Karşılaştırılması .....	56
Çizelge 4.13: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Açısından Karşılaştırılması .....	58

## ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2. 1: Dörtlü bağlanma modeli .....	22

# KRONİK İDİYOPATİK ÜRTİKER HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTI, YAKIN İLİŞKİLER VE DUYGU REGÜLASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ

## ÖZET

**Amaç:** Ürtiker toplumda çok sık karşılaşılan deride kaşıntı, kabarma, kızarıklık gibi belirtilerle giden dermatolojik bir hastalıktır. Günümüzde etyolojisi halen tam olarak bilinmemekte ve heterojen bir şekilde sınıflanmaktadır. Emosyonel faktörlerle sıkı ilişki içerisinde olması nedeniyle psikodermatolojik, psikosomatik hastalıklar grubunda değerlendirilmektedir. Prevelansı %0.5-%5 arasında değişmektedir (Bernstein ve ark. 2014). Bu çalışmada Kronik İdiyopatik Ürtiker Hastalarında Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları, Yakın İlişkiler ve Duygu Regülasyonu Arasındaki İlişki değerlendirilecektir.

**Yöntem:** Bu çalışmaya Aralık 2019 ile Nisan 2020 tarihleri arasında İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği'ne vücudunun herhangi bir yerinde en az altı hafta veya daha fazla süredir kabarma, kızarıklık ve kaşıntı yakınması ile başvuran klinik olarak kronik idiyopatik ürtiker tanısı alan kişilerden seçilen 80 hasta ve 80 sağlıklı gönüllü birey kontrol grubu olarak dahil edilmiştir. Katılımcılar on sekiz yaş ve üstüdür. Daha önce psikiyatrik tanısı almış ve tedavi görmüş bireyler, iletişim engelliler ve etyolojisi bilinenler (enfeksiyon, besin, ilaç vb. kaynaklı ürtiker hastaları) araştırmadan çıkarılmıştır. Hasta ve kontrol grubuna katılımcılardan bilgilendirme ve onam formu, araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Semptom Envanteri, Yakın İlişki Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-Kısa Form ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği uygulanmıştır.

**Bulgular:** Kronik ürtiker hasta grubu ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ( $p > 0.05$ ). Ancak hasta ve kontrol grubu arasında eğitim düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < 0.004$ ). Hastaların yaş ortalaması 36, 42 iken kontrol grubundaki katılımcının yaş ortalaması ise 34, 28 olarak bulundu. Hasta grubunda atağı tetikleyen nedenler incelendiğinde, %84, 2'sinin ( $n=80$ ) kronik idiyopatik ürtiker, %15, 8 kronik indüklenabilir ürtiker olarak tespit edildi. Kronik ürtiker hastaları ile kontrol grubu çocukluk çağı olumsuz yaşantı, yakın ilişkiler ve duygu regülasyonu ölçekleri ve alt boyutları karşılaştırıldığında hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmadığı saptandı. Bununla birlikte hasta grubunda semptom dağılımı değerlendirildiğinde kadınlarda erkeklere kıyasla depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Kronik ürtiker hastalarında depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilete ile DDGÖ ve ÇÇÖYÖ arasında anlamlı pozitif bir ilişki tespit edildi. Duygu düzenleme güçlüğü toplam puanı, DDGÖ alt boyutlarından amaçlar, dürtü, strateji, kabul etmeme puanları ile ÇÇÖYÖ toplam puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edildi. Güvensiz bağlanan kronik ürtiker hastaları ile DDGÖ alt boyutu "Dürtü" puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmesi hastaların dürtü kontrolünü sağlayamadıkları ile somatize ettikleri kanaatine varılmıştır. KSE alt boyutu olan somatizasyon ve DDGÖ arasında anlamlı pozitif

ilişki bulunması da bu bulguyu desteklemektedir. Kronik Ürtiker hastalarının yakın ilişkiler ölçeği toplam puanları ( $p=0.045$ ) ve ÇÇÖYÖ toplam puanları ( $p<0.001$ ) psikiyatrik tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Psikosomatik kategorisinde değerlendirilen deri hastalıklarının oluşumunda ve gelişiminde organik, psikolojik ve sosyal faktörler yer almaktadır. Bu hastalık ile ilgili sorunların altında yatan emosyonel faktörlerin rolünün açıklanabilmesi ve bu konuda yapılan bilimsel çalışmaların artırılması için geniş ve ayrıntılı çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** *Kronik İdiyopatik Ürtiker, Duygu Düzenleme, Yakın İlişki, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantı*

# THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD ADVERSE EXPERIENCES, CLOSE RELATIONSHIPS AND EMOTION REGULATION IN CHRONIC URTICARIA PATIENTS

## ABSTRACT

**Objective:** Urticaria is a dermatological disease that causes itching, blistering, redness of the skin that is very common in general population. Etiologic factors for urticaria is still unknown and it is classified in a heterogeneous way. Urticaria is considered a psychodermatological, psychosomatic disease category due to its close relationship with emotional factors. Its prevalence varies between 0.5% and 5% (Bernstein et al. 2014). In this study, the relationship between childhood adverse experiences, relationship questionnaire scale and emotion regulation in chronic idiopathic urticaria patients will be evaluated.

**Method:** Eighty healthy volunteers and 80 patients has been included for this research. Patient group was selected from clinically diagnosed chronic idiopathic urticaria cases from Istanbul Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Dermatology Clinic between December 2019 and April 2020. They had swelling, redness and itching symptoms for at least six weeks or more. Participants were eighteen years old or older. Individuals who have previously been diagnosed and treated with psychiatric diseases, people with communication disabilities and those with known etiology (urticaria patients from infection, food, medicine, etc.) were excluded from this study. Inform consent, Sociodemographic Form, Brief Symptom Inventory, Relationship Scales Questionnaire, Difficulty in Emotion Regulation-Short Form and Childhood Adverse Experiences Scale were applied to the patient and control groups.

**Findings:** There was no statistically significant difference between the chronic urticaria patient group and the control group in terms of age and gender distribution ( $p>0.05$ ). However, there was a significant difference in the education level between the patient and the control group ( $p<0.004$ ). The average age of the patients was 36.42, and the average age of the participant in the control group was 34, 28. When the causes of the attack were examined in the patient group, 84.2% ( $n = 80$ ) of them were identified as chronic idiopathic urticaria and 15.8% of chronic inducible urticaria. Patients with chronic urticaria and control group with childhood adverse life, relationship scales questionnaire and emotion regulation scales and sub-dimensions were compared and the patient group was found to be significantly higher scores compared with the control group. However, when the distribution of symptoms in the patient group was evaluated, depression, anxiety, negative self and somatization were statistically significant and higher in women compared to men. "In chronic urticaria patients, a significant positive relationship was found between depression, anxiety, negative ego, hostility and emotion regulation difficulty scale and adverse childhood experience scale. A statistically significant positive relationship was determined between emotion regulation difficulty total score, emotion regulation difficulty scale sub-dimensions, goals, impulse, strategy, non-acceptance scores and adverse childhood experience scale total scores. A statistically significant positive association was found between emotion regulation difficulty

scale “impulse” scores and chronic urticaria patients with insecure attachments. With this result, it was concluded that patients could not achieve impulse control and somatize them. There was a significant positive correlation between the brief symptom inventory sub-dimension, somatization and the emotion regulation difficulty scale. Total scores of relationship scales questionnaire ( $p = 0.045$ ) and adverse childhood experience scale total scores ( $p < 0.001$ ) of patients with chronic urticaria were higher in those with no psychiatric diagnosis.

**Conclusion:** Organic, psychological and social factors are involved in the formation and development of skin diseases evaluated in the psychosomatic category. It is thought that detailed further studies should be conducted in order to explain the role of emotional factors underlying the problems related to this disease and to increase the scientific studies on this subject.

**Keywords:** *Chronic Idiopathic Urticaria, Emotion Regulation, Relationship Scales Questionnaire, Childhood Adverse Experience*

## 1. GİRİŞ

Ürtiker, deride kaşınma, kabarma, kırmızı plak oluşumu ile ortaya çıkmaktadır. Bu lezyonlar altı haftadan kısa sürdüğünde akut, daha uzun süre boyunca devam ettiğinde ise kronik ürtiker adı verilmektedir. Olguların yaklaşık yarısında anjioödem eşlik etmektedir. Popülasyonun %15-20'si gibi büyük bir kesimi yaşamının belli bir döneminde en az bir kez ürtiker atağı geçirmektedir. Etiyolojisinin idiyopatik olduğu ve emosyonel faktörlerle sıkı ilişki içerisinde olan bir dermatolojik hastalık olduğu düşünülmektedir. Hastalığın kronik seyretmesi, kaşıntılı lezyonlar olması kişinin fiziksel, duygusal iyi oluşunu, sosyal ilişkilerini, günlük yaşamını etkilediği düşünülmektedir. Hastalığın ortaya çıkışına bakıldığında enfeksiyonlar, fiziksel etmenler (sıcak, soğuk, basınç gibi), besin katkı maddeleri ve otoimmün rahatsızlıkları bu reaksiyona sebep olmaktadır. Buna rağmen ürtiker hastalarında %79'unda organik neden bulunamamaktadır. Ürtikerde emosyonel stresin, bu bozuklukların başlangıcında psikolojik etmenlerin doğrudan rol oynadığı, alevlendirdiği ve seyrini etkilediği bilinmektedir (Koblenzer, 1983). Hastalığın ortaya çıkışı çok faktörlüdür. Psikolojik etmenlerin kronik ürtikerle ilişkili olma durumu bu hastalığı psikosomatik kategorisinde yer almasında etkindir. Bu hastalıklarda karmaşık ruhsal ve bedensel süreçler birbirleriyle etkileşim içerisinde.

Deri hastalıkları ile psikoloji arasındaki bağ çok eski zamanlardan beri bilinmektedir. Hipokrat (M. Ö. 460–377) ve Aristoteles (M. Ö. 384-322) zihin ve bedenin birbirini tamamlayan iki unsur olduğunu savunurken, yakın geçmişte ise psikoloji bilimini derinden etkileyen bir kuram olan psikanalizin babası sayılan Sigmund Freud zihin ve beden ikilemine yeni bir boyut katmıştır.

Son yıllarda psikoloji ile deri hastalıkları arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaya yönelik yapılan çok sayıda çalışmalar depresyon ve stres gibi psikolojik faktörlerin deri hastalıkları üzerinde farklı etkileri olduğunu göstermiştir. Cilt bozukluklarının başlangıcı ve ilerlemesi ile ilgili olarak zihin ve beden arasındaki etkileşimin kişinin

günlük yaşamını ve algısını olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir (Walker ve Papadopoulos, 2005).

Jafferany ve Franca (2016) nın psikodermatolojik hastalıkların sınıflandırmasında psikofizyolojik bozukluklar grubunda yer alan kronik ürtiker rahatsızlığı psikolojik stres tarafından tetiklenen ve şiddetlenen bir rahatsızlık türü olarak görülmektedir. Stres ve kronik ürtiker rahatsızlığı arasındaki ilişkinin kronolojik bir ilişki olduğu yapılan araştırmalarda görülmektedir. Bu rahatsızlık bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı başta olmak üzere bireyin yaşamının tüm yönleri üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir.

İki birey arasında kurulan güçlü karşılıklı bağımlılık olarak tanımlanan (Kirkpatrick ve Davis, 1994) yakın ilişki, kişinin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir fenomen olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk dönemlerinde başlayıp yaşam boyu devam edecek olan bu davranışsal yapı; sosyal algıda, ilişkisel davranışlarda, başkalarıyla ilgili beklenti, inanç ve sosyal kapasite kullanımında temel belirleyici olarak ortaya çıkmaktadır. İçgüdüsel bir eğilim olarak çocukluk dönemlerinde kurulan bu bağlanma davranışı bireyin yaşam boyunca sosyal etkileşimlerini nasıl şekillendirdiğini ortaya çıkarmak amacı ile geliştirilmiştir (Bowly, 1973).

Bireyin yaşadığı toplumda deneyimlediği bir olay karşısında vermiş olduğu bedensel ve davranışsal reaksiyonlar olarak tanımlanan duygunun (Sadock, 2011) doğru bir şekilde ifade edilememesi ve olumsuz duyguların yönetilmesinde zorlanması durumunda yaşanan ruhsal durum ile mücadelede duygu regülasyonu gereklilik arz eder. Duyguların doğru bir şekilde ifade edilememesi, bireyin tecrübe ettiği ve yaşadığı duygusal yoğunluğa karşı göstermiş olduğu uygunsuz ifade bireyi olumsuz etkilemektedir. Çoğu zaman yaşanan bu olumsuz durum kişide sağlık problemlerine ve davranışsal tepkilere yol açabilmekte ve kişinin somatik bozukluklara karşı duyarlılık düzeyini arttırmaktadır (Martin ve Pihl, 1985).

Duygu düzenleme güçlüğünde okul öncesi dönem kilit bir rol oynadığından bu dönemde aile içi ilişki, çevre koşulları ve çocuğun deneyimlemiş olduğu olumsuz yaşantıların duygu düzenleme becerileri üzerindeki etkisi kaçınılmazdır (Wolfe ve ark. 2001).



Kişinin çocukluğunda meydana gelen fiziksel veya duygusal istismar, ihmal ve ev içi iletişim bozuklukları gibi travmatik yaşantıları kapsayan Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları (ÇÇOY) kişide gelecekte ruhsal, psikiyatrik veya fiziksel rahatsızlığın ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Kalmakis ve Chandler, 2014).

Bunun yanı sıra erken yaşlarda bu olumsuz deneyimleri yaşayanlar, kronik hastalıklar, zihinsel sağlık bozuklukları ve genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde düşüş riski de dahil olmak üzere yaşamları boyunca olumsuz sağlık sonuçları ile mücadele etmek zorunda kalabilirler (Hunt ve ark. 2017). Erken yaşlarda yaşanan olumsuz çocukluk deneyimlerine engel olmaya yönelik yapılan müdahalelerin kronik ürtiker oluşumu ve kalıcılığı riskini azalttığı düşünüldüğünden olumsuz çocukluk deneyimlerini önlemeye yönelik adımların atılması toplum sağlığı için önem arz etmektedir.

Bu çalışma ile toplumda çok sık olarak rastlanan bir deri rahatsızlığı olan kronik ürtiker hastalığının altında yatan duygusal faktörler araştırılarak, psikosomatik kategorisinde değerlendirilen deri hastalıklarının oluşumundaki psikolojik ve sosyal faktörler incelenecektir. İncelenen faktörlerin kronik ürtiker hastalarının hastalık aktivitesine olan etkisinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir. Bu kapsamda, kronik ürtiker rahatsızlığı ile bu hastaların çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, yakın ilişkiler ve duygu regülasyonu arasındaki ilişkiler değerlendirilerek dermatolojik ve psikiyatrik çalışmaları birleştiren bir çalışma ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Bu bölümde araştırmanın konusu açıklanarak, çalışmanın amaç, hipotez, önem, sınır ve sayıltılarına yer verilmiştir.

### **1.1 Araştırmanın Konusu**

Araştırmanın konusu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Hastanesine başvuran kronik idiyopatik ürtiker hastalığı bulunanlardan rastgele olarak seçilen 80 birey ile rastgele seçilen kronik idiyopatik ürtiker hastalığı bulunmayan 80 bireyin, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar, Yakın İlişkiler ve Duygu Regülasyonu Arasındaki İlişkinin değerlendirilmesini kapsamaktadır.

## 1.2 Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı Kronik İdiyopatik Ürtiker Hastalarında Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının, bireyde yetişkinlik döneminde yakın ilişkiler kurma ve duygu düzenlemesine etkisi olup olmadığına bakmaktır.

## 1.3 Araştırmanın Hipotezi

**Hipotez1:** Kronik Ürtiker hasta grubu ve kontrol grubu arasında kısa semptom envanteri, duygu düzenleme güçlüğü, yakın ilişki ve çocukluk çağı olumsuz yaşantıları açısından fark vardır.

**Hipotez2:** Kronik ürtiker hasta grubunda kısa semptom envanteri, duygu düzenleme güçlüğü, yakın ilişki ve çocukluk çağı olumsuz yaşantı arasında bir ilişki vardır.

**Hipotez3:** Kronik Ürtiker hasta grubunun sosyodemografik özellikleri (eğitim, cinsiyet, kimlerle yaşadığı, ailede psikiyatrik tanı olup olmadığı) ile kısa semptom envanteri, duygu düzenleme güçlüğü, yakın ilişki ve çocukluk çağı olumsuz yaşantıları arasında fark vardır.

## 1.4 Araştırmanın Önemi

Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile yakın ilişkiler kurmak için kullanılan bağlanma biçimleri ve duygu düzenlenmesi arasındaki ilişkinin bir bütün olarak değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bu değişkenlerin kronik ürtiker hastalarındaki somatizasyonla ilişkisinin belirlenmesi somatizasyonun doğasını anlamamıza da katkıda bulunabilir. Somatik yakınmalarla gelen kişilerde erken dönem duygusal deneyimler ve bununla bağlantılı ilişki kurma ve ilişkideki çatışmaları dile dökme gibi konuların çalışılması bu hastalara çok faydalı olabilir.

Bu hasta grubunda daha önce yapılmış olan çalışmalarda özellikle aleksitimi, anksiyete, içe dönüklük, öfke, kolay incinebilirlik ve genel olarak duygu düzenlemesinde güçlük dikkat çekmektedir (Erdemli ve ark. 1994, Graham & Wolff 1950, Musaph 1964). Bireyin emosyonel, sosyal alanlarda çevreye uyumsuzluğu, güvensiz bağlanma ile aleksitimik özellikler göstermesi ve daha az ilişki kurması ya da kişilerarası ilişkilerde anksiyetenin arttığına bulunması diğer önemli bulgulardır

(Barbosa ve ark. 2011, Lindemayr ve ark.1981, Erdemli ve ark. 1994). Kronik idiyoPATİK őrtikeri olan bireylerde TSSB tanısı ile komorbid bulunmuştur. Gündüz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocukluk dönemi travma sayısı arttıkça, buna bağlı olarak somatizasyon, anksiyete, depresyon ve paranoid düşünme şiddetlerinde artış görölmesi geçmişten gelen travmaların çocukluk çağı olumsuz yaşantılarıyla ilişkili olabileceği düşünölmektedir.

### **1.5 Araştırmada Karşılaşılan Sınır ve Sayıltılar**

1. Araştırma, sadece İstanbul'da yaşayan, SBÜ şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran 18 yaş üstü 80 kronik őrtiker hastası ve 80 sağlıklı birey olmak üzere 160 kişi ile sınırlandırılmıştır.
2. İstanbul şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran 18 yaş üzeri kronik őrtiker hastaların evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
3. Araştırma amaçlardaki sorular ile sınırlıdır.
4. Araştırma SBÜ şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran ve dermatolog takibinde olan hasta grubu ile sınırlıdır.
5. Araştırma, örneklem grubunun veri toplama araçları kapsamındaki ölçeklere verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.
6. Belirlenen ölçme araçlarına katılımcılar tarafından verilen cevapların yansız, samimi ve gerçek düşüncelerini yansıtacak şekilde olduğu varsayılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Ürtiker

#### 2.1.1 Tanım

Ürtiker, en sık görülen dermatolojik hastalıklardan birisidir. Halk arasında kurdeşen ismiyle de bilinmektedir. Deri yüzeyinin hemen altındaki kan damarlarından sızan küçük miktarda sıvının neden olduğu kabarık, kızarık ve kaşıntılı döküntü ile karakterizedir. Genellikle ani yanma ve kaşıntı hissi ile başlayan ataklar şeklinde küçük lezyonlarla ortaya çıkıp 1 mm'den 20-30 cm'e kadar hızla büyüme gösterebilmektedir. Lezyonlar aniden ortaya çıktığı gibi hızlı bir şekilde 15-20 dakika ile 3-4 saat arasında kaybolmaktadır. Tüm vücutta görülebilir ve en önemli özelliği yirmi dört saat gibi kısa sürede kendiliğinden kaybolmasıdır. 6 haftadan kısa süren tipine akut, uzun süren tipine ise kronik ürtiker (KÜ) adı verilmektedir (Fitzpatrick ve ark., 2008). Ürtiker anjioödem olarak deri (el içi, ayak tabanı) ve mukozalarda da (dil, dudak, ağız, genital bölge) şişlik ile kendini gösterebilmektedir. Anjioödem (AÖ) daha şiddetli seyreden, patolojik olarak derinin daha derin tabakalarını tutan formu olmakla birlikte gerilemesi yetmiş iki saati bulabilmektedir.

#### 2.1.2 Tarihçe ve epidemiyoloji

Ürtiker kelimesi temas ile kızarıklık, kabarma ve kaşıntıya sebep olan latince *Urtica Urens* olarak geçen ısırgan otundan gelmektedir. Hipokrat zamanından bu yana bilinen ürtiker 1771 tarihinde ilk olarak Johan Peter Frank tarafından günümüzde kullanılan şekliyle isimlendirilmiştir (Champion, 1988).

Araştırmalar toplumun %15-20'si yaşamının belli bir döneminde en az bir kez olmak üzere ürtiker atağı geçirdiğini ortaya koymaktadır (Gupta, 2009). Ürtiker, %50 oranında sadece ürtiker, %40 oranında ürtiker ve anjioödem, %10 oranında sadece anjioödem çizelgesi şeklinde kendini göstermektedir (Lowell ve ark., 2007). Kronik ürtikerin genel popülasyondaki prevalansı %0, 5 ile %5 arasında değişmektedir (Bernstein ve ark., 2014). Veriler erişkinler üzerinde kronik ürtikerin etkin olduğunu

göstermektedir. (Arıkoğlu ve ark., 2017). Akut Ürtiker çocuklarda ve genç erişkinlerde görülürken, kronik ürtikere orta yaşlı kadınlarda daha sık rastlanmaktadır (Arıcan ve Kutluk 2005; Nettis ve ark., 2003; Onder ve Taskapan 2008). Kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir (Zuberbier ve Maurer, 2007; Sanchez-Borges ve ark., 2012).

### 2.1.3 Klinik sınıflama

Avrupa klinik sınıflandırma yönergesi kapsamında “Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu - 2016” ya göre ürtiker ortaya çıkan semptomların süresine ve uyarının olup olmamasına bağlı olarak akut ve kronik olarak iki başlıkta incelenmektedir (Kocatürk ve ark., 2016).

**Çizelge 0.1: Ürtikerin sınıflandırılması**

<b>Akut ürtiker</b>	<b>Kronik ürtiker</b>
<b>&lt;6 hafta</b>	<b>&gt;6 hafta</b>
<b>Kronik spontan ürtiker</b>	<b>Kronik uyarılabilir ürtiker</b>
	Semptomatik dermografizm
	Soğuk ürtikeri
	Geç basınç ürtikeri
	Solar ürtiker
	Sıcak ürtikeri
	Titreşim anjiyoödem
	Kolinerjik ürtiker
	Akuajenik ürtiker
	Temas ürtikeri

#### 2.1.3.1 Akut ürtiker

Akut Ürtiker, kaşıntılı, eritemli, ödemli, papül ve plaklarla seyreden 6 haftadan kısa süren kaşıntılı döküntülerdir. Akut ürtiker ve anjiyoödem daha tanımlanabilir koşullar ile ilişkili olup altı haftadan daha az bir sürede ortaya çıkar ve kaybolur.

#### 2.1.3.2 Kronik ürtiker

Kronik ürtiker; bu cilt lezyonlarının haftada en az 2 kez tekrarlayıp altı haftadan daha uzun süre boyunca devam etmesidir. Ürtiker ataklar halinde görülür. Atakların arasında birkaç günlük latent dönemler vardır. Bu dönemlerle birlikte ataklar 6 haftadan uzun sürdüğünde kronikleşmeden bahsedilir (Fitzpatrick ve ark., 2008). Bu hastalık kronik hale geldiğinde tanımlanabilir bir hastalıkla ilişkilendirilmesi daha

zordur. Lezyonların ortaya çıkış sıklığı her gün ise kronik-devamlı, aralıklarla çıkıyorsa kronik-aralıklı olarak adlandırılmaktadır.

'Kronik uyarılabilir ürtiker' ve 'kronik spontan ürtiker' olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.

#### **Kronik uyarılabilir ürtiker (KUÜ)**

Belirlenebilir fiziksel nedenler ile tetiklenen veya diğer uyarıların varlığı ile ortaya çıkan ürtikerlerin tanımlanmasıdır. Fiziksel ürtikerlerde etken belirgindir. Semptomatik dermografik, geç, basınç, solar, sıcak ve vibrasyon gibi spesifik uyarımlarla oluşur. Kolinerjik, akuajenik ve kontakt ürtiker fiziksel olmayan indüklenebilir ürtiker tipleridir (Maurer ve ark., 2013). İndüklenebilir ürtiker toplumun %2-5'inde, tüm kronik ürtiker hastalarının ise %35'inde görülmektedir (Dibbern ve ark., 2004).

#### **Kronik spontan ürtiker (KSÜ)**

Kronik otoimmün ürtiker veya kronik idiyopatik ürtiker olarak sınıflandırılmaktadır (Kaplan 2004; Fonacier ve ark., 2010). Kronik otoimmün ürtiker (yaklaşık %45) ve kesin bir etiyoloji saptanamayan ürtikere kronik idiyopatik ürtiker (yaklaşık %55) adı verilmektedir (Kaplan, 2008). Kronik idiyopatik ürtikerli hastaların %50'sinde neden bilinmemekle beraber otoimmünite kanıtı bulunmamaktadır (Kocatürk Göncü ve ark., 2016). KSÜ hastalarının yaklaşık %20'sinde eşlik edebilen fiziksel ürtiker bulunmaktadır (Orfan ve Kolski 1993). Kronik ürtiker hastalarının 1/2-3/4 oranları arasında kronik spontan ürtiker olarak, 1/3 oranında ise indüklenebilir ürtiker olarak görüldüğü tespit edilmiştir (Maurer ve ark., 2011; Sanchez-Borges, 2012).

#### **Kronik ürtiker ile ilgili literatürde yapılan çalışmalar**

Yapılan bir çalışmaya göre kronik idiyopatik hastalarda anksiyete semptomlarına bakıldığında sosyal alanlarda, emosyonel alanlarda, genel sağlık algısı ve kişilerarası ilişkilerde anksiyete düzeyinin arttığı ve artan anksiyete semptomları ile bazı kişilik boyutları, güvensiz bağlanma ve aleksitimi arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur (Barbosa ve ark., 2011a). Aleksitimiye bakılan başka bir çalışmalarında ise aleksitimi özellikleri güvensiz bağlanma, psikopatolojik semptomlar ve kişinin savunma mekanizması ile doğru orantılı olduğu, bu hastaların duygusal uyarılmada güçlük yaşadığı bulunmuştur (Barbosa ve ark., 2011b).

Kronik idiyopatik hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), psikiyatrik komorbidite ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye bakılan çalışmada kronik idiyopatik hastaları TSSB tanısı ve nevrotik kişilik özellikleri ile ilişkili bulunmuştur (Chung ve ark., 2010)

Ruhsal yapı değerlendirmesinde ürtiker grubunda nevrotik yapı çok fazla, semptom olarak ise çevreye uyumsuzluk, endişe, hipokondri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Erdemli ve ark., 1994).

Başka bir çalışmada ürtikerli hastalarda içe dönüklük, sinirlilik, psikosomatik bozuklukların daha fazla olduğu, bu kişilerin daha az ilişki kuran ve daha agresif bir yapıda olduklarını göstermişlerdir (Lindemayr ve ark., 1981).

Ürtikerli hastaların edilgen tutum takındıklarını, kolay incinebilir, gücenebilir yapıda olduklarını, öfke gibi duygularını geçiştirdikleri bulunmuştur (Graham ve Wolff, 1950; Musaph, 1964). Kraft ve Blumenthal (1959) yaptıkları çalışmada Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterini ürtikerli hastalara verdiklerinde, birçoğunun kişilerarası ilişkilerde oldukça pasif olduklarını, öfke ve kızgınlıklarını bastırdıklarını, bağımlı davrandıklarını, düşmanlık duygularını yok saydıklarını bildirmişlerdir.

Lyketsos ve arkadaşları 1985 yılında 28 kronik idiyopatik ürtiker, 26 alopesi ve 26 psoriasis hastasını, 38 kişilik diğer deri hastalıkları olan kontrol grubundaki bireylerle düşmanca kişilik özellikleri, anksiyete ve depresyon durumları açısından karşılaştırarak yaptıkları çalışmada kontrol grubuna göre öfkelerini kendilerine daha çok yansıtan, daha az baskın ve nörotik bireyler olduklarını saptamışlardır. Aynı çalışmada ürtiker hastalarının kontrol grubuna göre anksiyetelerinin fazla olduğu bulunmuştur.

Kronik idiyopatik ürtiker hastası olan 19 kişiye ve sağlıklı kontrol grubuna Belirti Tarama Listesi-90 testi uygulandığında, ürtiker hastalarında somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete ölçütlerinde anlamlı olarak daha yüksek puanlar bulunmuş ve genel olarak ürtiker hastalarının daha kaygılı olduğu, kişilerarası ilişkilerde belirgin huzursuzluk yaşadıklarını tespit edilmiştir (Sperber ve ark., 1989).

Kronik ürtikeri olan 30 hasta ve kontrol grubunda yer alan 39 kişiye psikolojik ve fizyolojik testlerin uygulandığı çalışmada, hastaların yaklaşık %70'inin kaygı, depresyon ve psikosomatik belirtilere eğilimli olduğu ve kontrol grubunda bu oranın %25.6'da kaldığı bulunmuştur (Hashiro ve Okumura, 1994).

Psikolojik ya da organik etiyolojik durumların ruhsal semptomların gelişmesine katkısını yapılan çalışmalar göstermektedir. Yapılan çalışmalarda spesifik olarak aleksitimi, anksiyete, içe dönüklük, öfke, kolay incinebilirlik ortaya çıkmış ve genel olarak duygu düzenlemesinde güçlük ön plana çıkmaktadır. Bireyin emosyonel, sosyal alanlarda çevreye uyumsuzluğu, güvensiz bağlanma ile aleksitimik özellikler ve daha az ilişki kurması, kişilerarası ilişkilerde anksiyetenin arttığına bulunması yakın ilişkilerdeki bağlanma biçimlerini düşündürmektedir. Kronik idiyopatik ürtikeri olan bireylerde TSSB tanısı ile komorbid bulunmuş ve geçmişten gelen negatif deneyimlerin çocukluk çağı olumsuz yaşantılarıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle kronik ürtiker hastalarında çocukluk çağı olumsuz yaşantı, yakın ilişkiler ve duygu regülasyonu arasındaki ilişkiye bakılacaktır.

#### **Etiyoloji ve tedavi**

Ürtiker hastalığının ortaya çıkışı çok faktörlüdür. Çocuklarda gıdalar, erişkinlerde ilaçlar akut ürtikerin ortaya çıkmasına daha çok neden olur. Ürtikerin etiyolojisinde ilaçlar, allerjenler, enfeksiyonlar, fiziksel etmenler (sıcak, soğuk, basınç gibi), besin katkı maddeleri ve otoimmün hastalıkların rol oynadığının bilinmesine rağmen hastaların %79'unda neden halen bulunamamaktadır (Mathelier-Fusade, 2006). Yine ürtiker hastalarının %5-20'sini oluşturan kronik ürtikerde %70-90 oranında bir neden bulunamaz, bu nedenle bu grup spesifik etiyolojik faktörün belirlenemediği hasta grubu olarak bilinmektedir. Psikolojik etmenlerin ürtikerin ortaya çıkışında doğrudan etkili olduğu hasta oranı %11-21 iken hastaların %24-68'inde de direk ortaya çıkarıcı olmasa da kolaylaştırıcı ve alevlendirici rolü olduğu bilinmektedir (Champion ve ark., 1969; Michaelsson, 1969).

Tedavisinde temel nokta nedenin ortadan kaldırılması ve semptomların giderilmesidir. Kronik Ürtikerde hastaların sadece %10-30 kadarında nedenin saptanabilir olması semptomların ortadan kaldırılmasını güçleştirmektedir (Kaplan, 1998). Hastalığın etiyolojisindeki karmaşık mekanizmalar, fizyolojik ve psikolojik savunma mekanizmaları hastalığın idiyopatik ve emosyonel faktörlerle sıkı ilişki



içerisinde olduğu düşünülmesi bu hastalığın psikosomatik kategorisinde olarak değerlendirilmesinde etkindir. Genetik ve çevresel faktörlerin hastalığın ortaya çıkışını etkilemesine karşın, ruhsal etkenlerin dermatolojik hastalıkların ortaya çıkmasında, şiddetlenmesinde, süregelenleşmesinde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (Picardi ve ark., 2000).

Dolayısıyla kronik idiyopatik ürtikerin psikokütanöz hastalıklar arasında yer almakta ve bu grubun tedavisinde tanı ve tedavide biyopsikososyal olarak bütüncül bir yaklaşım daha iyi tedavi yanıtı almak açısından ele almak gerekmektedir.

## **2.2 Deri ve Psikoloji**

Deri vücudun en geniş ve en görünür organıdır ve dünya ile ara yüzümüz olarak işlev görmektedir. Bu nedenle cildin kişisel algılarla ve kişinin psikolojik iyi oluşu üzerinde büyük bir etkisi vardır (Marshall ve ark., 2016).

Deri; kolay ulaşılabilirliği ile iç ve dış ortamlarımız arasında, erken dönemden yetişkinliğe doğru seyreden etkileşim ve sosyalleşme sürecinde öfke, heyecan, utanç, üzüntü gibi duyguları ve tepkileri açıkça ifade etmede, emosyonel uyaranlara yanıt vermede, kişinin kendilik algısı ve özgüvenini sağlama gibi temel olarak önemli bir yere sahiptir (Domonkos, 1971; Koblenzer, 1983). Derinin beyinle olan ilişkisi embriyo gelişiminin başlangıç dönemindeki ektodermden köken almakta, aynı hormon ve aynı nörotransmitterlerden etkilenmektedir (Koblenzer, 1983).

Bireyin davranışı sadece söylemleri, dıştan görünen hareket ve tavırlarından ibaret değildir. Hastalıkta bir davranış olarak kabul görmekte ve organların işlevlerindeki herhangi bir değişim kendilerine ait oldukları bireye göre bir davranışı ortaya koymaktadır. Psikosomatik bozukluklarda sindirim sistemi, solunum sistemi, deri vb. organlar belirtiyi işaret etmektedirler. Herkesin genetik ve çevresel etmenlerle belirlenen zorluklara duyarlı bir şok organı bulunmaktadır. Beden imajının en yoğun olarak somutlaştığı, diğer insanlarla olan iletişimimizin temel organı olarak değerlendirilen, bedensel ve ruhsal süreçler arasındaki ilişkinin yaşandığı yapı ise deridir. Deneyimlenen stresle dermatolojik belirtiler gösteren kişilerde bu organ deri olarak değerlendirilmektedir. Deri organizma ile dış dünya arasında bağlantılarımızın başladığı bir sınır olarak tanımlanmaktadır (Fenichel, 1974).

Deri hastalıkları, kişinin benlik saygısını, vücut imajını, algısını, hastaların günlük yaşamını ve psikolojisini etkileyebilmektedir. Son yıllarda deri hastalığının hastalar ve aileleri üzerindeki psikolojik etkileri ile ilgili yapılan araştırmaların artış göstermesi toplum tarafından deri hastalığı ile psikoloji kavramlarının ilişkili olduğunun göstergesi olmuştur (Walker ve Papadopoulos, 2005).

Zihin ve beden arasındaki ilişki tarih boyunca insanların zihnini meşgul eden, üzerine düşünülen ve araştırmalar yapılan bir konu olmuştur. Modern tıbbın babası olarak bilinen Hipokrat; anatomi, fizyoloji ve psikolojiyi bütünleyen bir yaklaşımı ortaya koyan ilk hekim olarak bilinmektedir. Kişinin bedeni, ruhsal durumu ve çevresi arasında homeostatik dengenin olmaması hastalıklara yol açmaktadır (Özkan, 1993).

Eski zamanlardan beri, filozoflar psikoloji ve deri hastalıklarının arasındaki bağın varlığını bildirmişlerdir. Hipokrat (M. Ö. 460–377) yazılarında stresin deri üzerindeki etkilerinden bahsetmiştir. Duygusal strese tepki olarak saçlarını parçalayan insanlara atıfta bulunmuştur. Aristoteles (M. Ö. 384-322), zihnin ve bedenin daha önce önerildiği gibi, birbirini tamamlayan iki tamamlayıcı varlık olduğunu ve birbirinden ayrı değerlendirilemeyeceğini öne sürmüştür (França ve ark., 2013).

Psikanaliz 19. yüzyılın sonunda Viyana'da Sigmund Freud tarafından kurulmuş bir psikolojik kuramdır. Zihinsel durumun biyolojik olarak karmaşıklığını vurgulayan Freud'un Alman öğrencilerinden ve çağdaşlarından G. Groddeck ise özellikle somatik hastalıkların psikanalitik yorumlarıyla ilgilenmiştir. Birkaç yıl sonra, J. Bowlby, D. Winnicott, D. Anzieu ve etolojik bir yaklaşımdan etkilenen diğer psikanalistler, anne figürü ile erken dokunsal değişimlerin özellikle çocukların bireyselleştirilmesi ve ahenkli kişiliğin gelişimi için önemli olduğunu göstermiştir (Consoli, 2002). 'Le Moi-peau' (Ben ve Deri) adlı kitapta, D. Anzieu ve Séchaud (1985) bir bebeğin cildinin güvenli bağlanma ilişkisinde annesiyle bedensel temas yoluyla bir yüzey olduğunu öğrendiğini öne sürmüştür. Ben ve Deri, küçük çocuğun vücut yüzeyinin deneyimlerine dayanarak kendisinin mecazi temsilini ifade eder. 'L'Investigation Psychosomatique (Psikosomatik Araştırma)' adlı kitaplarında psikanalist Marty ve arkadaşları (1962), psikosomatik hastalıkları orijinal ve temel bir disiplin olarak tanımlayan ilk kişilerdir. Özellikle, psikanalistlerle yapılan

görüşmeler sırasında organik hastalıkları olan hastaların nörotiklerden farklı davrandığını göstermişlerdir.

Psikodermatoloji her ne kadar son 20 yılda popüleritesi artan bir disiplin olsa da, geçmiş tarihini analiz ettiğimiz zaman filozofların, cerrahların, dermatologların ve psikiyatristlerin uzun zamandır çeşitli vakalarda psikoloji-deri hastalıklarının varlığının farkında olduklarını görmekteyiz. Etkilenen kişinin vücut imgesi ve fiziksel özelliklerinin algılanan kusurları ile meşgul olma konusunda aşırı endişe duyduğu bir somatoform bozukluğu olan vücut dismorfik bozukluğu bilimsel olarak 1886'da İtalyan psikopatolog Enrique Morselli tarafından "dismopatobi" yani fiziksel sakatlık yanılısamaları adı altında belgelenmiştir. Daha sonra Sigmund Freud ayrıca beden dismorfik bozukluğu olan bir vakayı da tanımlamıştır. Freud, "Wolf Man ve Diğer Vakalar" (1909) başlıklı kitabında burnunun görünümünden ve bu algılanan fiziksel kusurun sosyal hayatını nasıl olumsuz etkilediğini sürekli olarak rahatsız olan bir Rus aristokratının hikâyesini anlatarak göstermiştir (Freud, 2003). Psikolojik rahatsızlıkların deri hastalıklarına ve deri hastalıklarının psikolojik bozukluklara neden olduğu bir döngünün varlığının anlaşılması, dermatolojik uygulamanın temelini oluşturmaktadır (França ve ark., 2013).

Yunanca kelimelerin birleştirilmesi ile ortaya çıkan psikosomatik deyimini "Psiko" ruh ve "soma" beden anlamına gelen bedenle ruh arasındaki karşılıklı iletişim ve etkileşimi ortaya koymakta olan bir kavram 1818 yılında ilk kez Heinhort tarafından ortaya atılmıştır. 12. yüzyıldan bu yana bilinmekte olan fakat tam olarak adlandırılmayan deride psikosomatizasyon varlığı bir gerçektir (Shafii ve Shafii, 1979). Fiziksel ve mental bulguların birbirini tamamladığı bir rahatsızlık olan psikosomatik hastalıklar duygusal çatışmaların bedene yansıtılması neticesinde tıbben açıklanamayan şikayetler olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca etiyojisi incelendiğinde psikososyal streslerle ruhsal bunalımların rol aldığı bedenselleştirme bir bütün olarak görülür (Çevik, 2000).

Düşünce, davranış ve algı bozukluklarının deriyi hedef edindiği psikiyatrik hastalıkları, stres ve psikiyatrik belirtilerden etkilenen çeşitli dermatolojik hastalıkları içeren, psikiyatri ile dermatolojinin ortak çalışma alanına psikodermatoloji adı verilmektedir. Psikokutanöz hastalıkların birbirleri arasındaki geçişlerin net olmaması nedeni ile psikodermatolojik hastalıklarda farklı sınıflamalar ortaya

çıkmasına rağmen temelde kullanılan sınıflama 1987'de Koblenzer tarafından yapılmıştır. Bu sınıflama kollaboratif (birlikte görülen) hastalıklar, ikincil psikiyatrik hastalıklar ve birincil psikiyatrik hastalıklar olmak üzere üç grupta incelenmektedir (Koblenzer, 1987). Kollaboratif hastalıklar, psikiyatrik bir hastalıkla korelasyonu olan deri hastalıkları olarak ağır düzeyde akne, süreğen ürtiker, vitiligo veya genital herpes gibi hastalıkları kapsamaktadır. İkincil psikiyatrik hastalıklar, fizyolojik bir temele sahip ve stres gibi etkenler hastalığın ortaya çıkışını tetiklemekte hastalığın gidişatını etkileyebilmektedir. Bu gruba dahil olan hastalıklara bakıldığında; akne, alopecia areata, ekzema veya dermatit, herpes, hiperhidroz, pruritus, psoriasis, rosacea, siğiller ve ürtiker yer almaktadır. Birincil psikiyatrik deri hastalıkları, psikiyatrik bir hastalığın sonucunda gelişmiş olanlardır. Saç yolma veya bedenin bir kısmında eksikliğin veya bozulmanın olması delüzyonu birincil psikiyatrik hastalık örnekleridir (Koblenzer, 1987).

Psikodermatolojik hastalıkların çeşitli sınıflandırma türlerinden bir diğeri ise Jafferany ve Franca (2016) en sık kullanılanları Çizelge 0.2'de sunmuştur.

Deri hastalıkları depresyon, anksiyete ve strese neden olurken, depresyon, anksiyete ve stres, kısır döngü olarak kabul edilen ürtiker etiolojisinin bir parçasıdır (Aslan, 2015).

Deri hastalıkları dünyadaki en yaygın ve külfetli hastalıklar arasındadır. Deri hastalıkları (dermatoloji) akut veya kronik olabilir ve egzama, sedef hastalığı, akne vulgaris, rosacea ve uticaria gibi deri, kafa derisi, saç veya tırnakları etkileyen geniş bir spektrum koşulunu kapsamaktadır. Bu hastalıklar tipik olarak ölümcül olmamasına rağmen, kronik deri koşulları önemli rahatsızlık ile ilişkilidir (Basra ve Shahrukh, 2009). Deri hastalığının geniş ekonomik ve sağlık yükünün yanı sıra, birçok dermatoloji hastası önemli ölçüde psikososyal bozukluk ve psikolojik sorunlar yaşamaktadır (Nguyen ve ark., 2016).

**Çizelge 0.2: Psikodermatolojik bozuklukların sınıflandırılması**

SINIFLANDIRMA	TANIM	ÖRNEKLER
Psikofizyolojik bozukluklar	Deri hastalıkları psikolojik stres tarafından tetiklenir veya şiddetlenir. Hastalar stres ve alevlenme arasında açık ve kronolojik bir ilişki yaşarlar.	Acne Alopecia areata Atopic dermatitis Psoriasis Psychogenic purpura Rosacea Seborrheic dermatitis Urticaria (hives)
Dermatolojik semptomları olan psikiyatrik bozukluklar	Cilt rahatsızlığı yoktur ve cilde görülen her şey kendiliğinden etkilenir. Bu bozukluklar her zaman altında yatan psikopatoloji ile ilişkilidir ve psikodermatolojik hastalıklara stereotipleri olarak bilinir	Body dysmorphic disorder Delusions of parasitosis Eating Disorders Factitial dermatitis Neurotic excoriations Obsessive Compulsive Disorders Trichotilomania
Psikiyatrik semptomları olan dermatolojik bozukluklar	Duygusal problemler cilt hastalığına bağlı olarak daha belirgindir ve psikolojik sonuçlar fiziksel semptomlardan daha şiddetlidir.	Alopecia areata Albinism Chronic eczema Hemangiomas Ichthyosis Psoriasis Rhinophyma Vitiligo
Çeşitli	Diğer bazı bozukluklar çeşitli koşullar altında tanımlanmış ve gruplandırılmıştır. Hem psikiyatrik hem de dermatolojik ilaçların ilaca bağlı yan etkileri, psikodermatolojik bozukluklara geniş sınıflandırmasına da dahil edilmiştir.	Psychogenic Purpura Syndrome Cutaneous Sensory Syndrome

**Kaynak:** Jafferany ve Franca (2016).

Kronik deri hastalığı, bir kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde yıkıcı bir etkiye sahiptir ve okuldan, ilişkilerden ve kariyer seçimlerinden sosyal aktivitelere, cinsel yaşamdan ve boş zaman aktivitelerine kadar yaşamın tüm yönlerini etkiler. Fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlar sadece hastaları değil, aynı zamanda bakıcıları ve aile üyelerini de etkiler. Deri hastalığı ile ilişkili yaygın psikolojik sorunlar arasında, bunlarla sınırlı olmamak üzere, stres, kaygı, öfke, depresyon, utanç, sosyal izolasyon, düşük benlik saygısı ve utanç hissi bulunur (Jafferany ve Pasolero, 2018). 1984 yılında Emiliano Panconesi “Stres ve Deri Hastalıkları” kitabında Psikosomatik Dermatoloji terimini önererek deri hastalığının hastalığın psikolojik etkilerinden koşulsuz olarak dışlanamayacağını savunmuştur (Panconesi, 1984). Birçok çalışma, sedef hastalığı, atopik dermatit, akne, vitiligo, alopesi areata ve diğer birçok durum ile hastanın psikolojik durumu gibi yaygın deri koşulları arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Çalışmalar hem yerel hem de merkezi düzeylerde bağışıklık,

endokrin ve sinir sistemlerinin, psikolojik hastalığın nedeninde önemli bir rol oynadığını göstermiştir (França ve Lotti, 2017).

Psikolojik etkenlerin, birçok deri hastalığının başlamasında, alevlenmesinde ve tekrarlamasında da önemli bir yeri vardır. Stres, kaygı duyarlılığı yüksek sosyal kaygıları olan bireyler arasında deri hastalığı ile ilişkili duygusal ve fonksiyonel bozukluklarla bağlantılıdır. Dixon ve ark. (2018) yapmış olduğu çalışma ile psikolojik stresin, sosyal kaygılara yüksek anksiyete duyarlılığı olan bireyler arasında cilt hastalığı ile ilişkili duygusal ve fonksiyonel bozukluğu artırabileceğini göstermektedir. Atopik dermatit ve sedef hastalığı gibi kronik cilt hastalıkları psikolojik sıkıntıyı artırarak yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir.

Birçok çalışma deri hastalığı ve depresyon arasında bir bağlantı olduğunu göstermiştir. Richards ve ark. (2001) bu popülasyondaki psikolojik faktörlerin önemini ölçmüş ve hastaların %43 ve %10'unun anksiyete ve depresyona eğilimli olduğunu göstermişlerdir. Anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif semptomatoloji olmak üzere daha fazla psikopatolojik semptomu olan bu hastalar, duygusal düzenlemede daha fazla zorluk çekmişlerdir. Duygu düzenleme ve psikopatoloji belirtileri arasındaki bu korelasyon paterni travmatik stres ve uzamış keder gibi diğer klinik koşullarda da gözlenmiştir (Almeida ve ark., 2017).

Jafferany ve ark. (2010), psikiyatrik bileşeni olan en yaygın dermatolojik bozuklukların akne, atopik dermatit, sedef hastalığı, alopesi areata, vitiligo ve hiperhidrozu içerdiğini bulmuşlardır. Ayrıca dermatologların psikiyatristlere yönelttiği ilk beş tanının parazitoz, nevrotik eksizyonlar, trikotillomani, kronik deri hastalıkları ile ilişkili depresyon ve cilde bağlı obsesif-kompulsif davranış sanrıları olduğunu bildirmişlerdir.

Dalgard ve ark. (2020) bir psikodermatoloji ünitesinde görülen hastaların özelliklerini tanımlamak amacı ile yapmış oldukları çalışmada önemli bulgulara ulaşmışlardır. İsveç, Malmö, Skåne Üniversite Hastanesi psikodermatoloji birimindeki hasta kayıtlarından temin ettikleri bilgiler ile tüm hastalar duygudurum bozuklukları ve yaşam kalitesi açısından incelenmişlerdir. 1 yıllık bir sürede bu birimde yaş ortalaması 44 olmak üzere %86 kadın ve toplamda 50 hasta tedavi edilmiştir. Hastaların %72'si kaşıntı problemi yaşarken, %42'sinde duygudurum

bozuklukları, %30'u kişilik bozuklukları ve %16'sı da sanrısız bozukluk problemleri yaşamaktadırlar. Bu çalışma aynı zamanda önemli bir hasta grubunun yaşadığı önemli semptomatolojiyi ve psikiyatrik hastalığı ele almak için gerekli eğitimi almamış dermatologların standart bir dermatoloji kliniğinde karşılaştığı zorlukları göstermektedir.

Kökçam ve Dilek (2010) Dermatoloji kliniğinde yatan toplam 892 hastadan psikiyatri konsültasyonu istenen 156 hastanın psikiyatrik tanımlar ile dermatolojik tanımları değerlendirildiğinde en çok konsültasyonun (%16, 2) psikiyatri kliniğinden istendiği ve hastaların %91, 7'sinde psikiyatrik patoloji olduğunu yapmış oldukları çalışmada tespit etmişlerdir. Depresyon (%48, 1) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%31, 4) en sık konulan tanımlar arasında yer almaktadır. Ürtiker grubu dermatozlu hastaların %50'sinde depresyon, %37'sinde yaygın anksiyete bozukluğu, inflamatuvar dermatozlu olguların %40'ında depresyon, %29, 5'inde ise yaygın anksiyete bozukluğu tanımlarının konulduğu görülmüştür. Bu sonuçlar dermatoloji kliniğinde yatan hastalarda psikişik sorunları olduğu düşünülenlerde, psikiyatrik bozukluk görülme oranının (%91, 7) çok yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

### **2.3 Bağlanma**

Yakın ilişkiler kavramı yaşamın büyük bir alanını kaplamaktadır. Aşk, evlilik, dostluk, kardeşlik, ebeveynlik, arkadaşlık gibi karşılıklı etkileşimin olduğu alanlar buna örnek olarak verilebilmektedir. Kirkpatrick ve Davis (1994) yakın ilişki kavramını iki birey arasında kurulan güçlü karşılıklı bağımlılık; yani ilişki içerisinde bireyin herhangi bir duygu, düşünce ya da davranış değişikliğinin diğerlerini etkilemesi durumunu içeren ilişki türü olarak tanımlamaktadır. İlişki kurma türleri her bireyde farklılık göstermektedir. Bu ilişki farklılıklarının temeli ise bireyin dünyaya geldikten sonra bakım veren kişi ile kurdukları ilişkiyle açıklanmakta ve bağlanma kuramına dayanmaktadır. Yakın ilişkilerin nasıl oluştuğu ve sonrasında ne şekilde devam ettiği konusunda fizyolojik, duygusal, bilişsel ve davranışsal süreçleri içine alan bu kuram bireysel farklılıkları anlamak açısından önemlidir (Sümer N., 2006). Aynı zamanda insanın davranışlarının tahmin edilebilir, açıklanabilir olmasına ve yaşam boyunca ilişkilerdeki değişiklikleri anlamamıza yardımcı olmaktadır.

Bağlanma kişinin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir fenomen olarak tanımlanmaktadır. Gelecekteki ilişki kurma biçiminin, erken dönem ilişkilerinde birincil bakım veren (çoğunlukla annesi) ile kurulan ilk ilişkinin sonraki yaşantıların temeli oluşturduğunu ileri sürülmüş ve aradaki bu bağlam birçok araştırmacının çalışmalarında yer almıştır. (Bowlby, 1973; Ainsworth ve ark., 1978; Bartholomew ve Horowitz, 1991).

Bağlanma teorisi ve bağlanma üzerine yapılan araştırmalar, ilk temel ilişki olan bakım veren-çocuk ilişkisinin boyutlarının evrimsel işlevini açıklamak ve bireylerin yaşam boyunca sosyal etkileşimlerini nasıl şekillendirdiğini ortaya çıkarmak amacıyla John Bowlby tarafından geliştirilmiştir. Bağlanma kuramı kurulan ilk temel ilişkide bebeğin özellikle stres altındayken değerli gördüklerine karşı tutarlılığı ve sürekliliği olan yakınlık arayışı, hayatta kalmasına yönelik adaptif bir sürecin parçası olarak ortaya çıkmaktadır (Thompson, 2002). Genellikle daha güçlü algılanan, hayatını daha iyi yöneten kişilere karşı duygusal bağ kurma eğilimi, yakınlık kurma isteği ve kurulan yakınlığı koruma olarak ta tanımlanmaktadır. Bowlby bağlanma davranışını içgüdüsel bir eğilim olarak değerlendirmekte ve temel olarak bu içgüdüsel ihtiyaçların karşılanması gelebilecek tehlikelerden korunma amacı taşımaktadır.

Çocuğun gereksinimleri ebeveyni tarafından karşılandığında, ihtiyaç duyulduğunda ebeveynin ulaşılabilir ve destekleyici olduğu takdirde bebek bakım verenine güvenli bir şekilde bağlanır. Ancak bakım veren kişi bu ihtiyaçlara destek olmuyor, çocuğu reddediyorsa çocuk kendisiyle ilişkili olarak değersizlik duyar ve sağlıklı bağlanma gerçekleşmemiş olur. Bu davranışsal yapı erken dönemlerde başlayıp yaşam boyu devam edecek olan sosyal algıda, ilişkisel davranışlarda, başkalarıyla ilgili beklenti, inanç ve sosyal kapasite kullanımında temel belirleyici olarak ortaya çıkmaktadır (Bowlby, 1979; Bowlby, 1973; Collins ve Read, 1990). İyi bir bağlanma ilişkisi ise çocuğun duygusal ve temel ihtiyaçlarının karşılanması ile gerçekleşmektedir (Bowlby, 1973). Bağlanma sürecine etki eden faktörler arasında bakım verenin sosyal desteği, ebeveyn ilişkisi, babanın geleneksel rolü ve kültürel farklılıklar da yer almaktadır (Bowlby, 1969).

Ainsworth bağlanma ilişkisindeki bireysel farklılıkları inceleyerek bağlanma teorisine önemli katkılarda bulunmuştur. 1978 yılında arkadaşları ile yaptığı



“yabancı durum” adlı çalışma bebekler ve annelerin bir laboratuvar odasına alınması ile başlayarak sekiz aşamada gerçekleştirilmiştir (Ainsworth ve ark., 1978). Bebek kısa aralıklarla anneden ayrılıp bir yabancıyla aynı odada bırakılmış ve ardından tekrar anne odaya geri alınmıştır. Sonuç olarak hem çocuğun hem de annenin davranışları ayrılmadan önce ve ayrıldıktan sonra gözlenmiştir. Amacı bağlanma davranışlarını inceleme olan çalışmada bebeklerin güvenlik hissini, yakınlık arayışını sürdürmek istediklerini dikkate alarak bağlanmayı üç temel örüntü olarak güvenli, kaygılı ve kaçınmacı olarak tanımlamışlardır (Sümer M., 2006). Deney sonucunda bakım verene ihtiyaç duyulduğunda ve bakım veren karşılık verebilir olduğunda ilişkileri güvenilir olarak deneyimlemekte olan bebekte “güvenli bağlanma” gerçekleşmektedir. Bakım veren bebeğin ihtiyaçlarını karşılamada tahmin edilemez tepkiler verdiğinde, tutarsız davrandığında ya da bebeğin yapmak istediği aktivitelere devamlı olarak engel olduğunda bebekte “kaygılı/ikircikli bağlanma” gelişir. Bu bağlanma biçimini geliştirenler ilişkilerinde tutarsızlığı devam ettirir ve yakınlık korkusu geliştirebilmektedir. Fiziksel yakınlık kurmayı reddeden ya da duyarsız bir bakım verenle karşılaşan bebek ise “kaçınmacı bağlanma” geliştirerek kaybetme ya da reddedilme ihtimalinden dolayı kaygılarını kontrol etmek için yakınlıktan çekinme eğilimi göstermektedir.

Hazan ve Shaver (1987) yakın ilişkiler kapsamında ele alınan ve bu ilişkilerin özel bir bölümünü oluşturan romantik ilişkileri, bebeklik dönemi için tasarlanmış olan bağlanma kuramının yetişkin romantik ilişkiler üzerindeki etkilerini keşfetmek ve kanıtlamak amacıyla iki aşamalı bir çalışma yapmışlardır. Yetişkinlikteki romantik ilişki, tıpkı çocuklukta birincil bakım verenle olduğu gibi Ainsworth’un ortaya koymuş olduğu üçlü bağlanma biçimini yetişkin yaşamı bağlamında ele alarak bağlanma biçimlerini güvenli, kaygılı-kararsız ve kaygılı-kaçınan olarak üç boyutta tanımlamışlardır. Güvenli bağlanan yetişkinler özgüven sahibi, girişken, yakın ilişki kurabilmekte olmasına rağmen kaygılı-kararsız yetişkinler terkedilmekten korkmakta, kıskanç ve duygusal yakınlığa saplantılı derecede düşkün olarak görülmektedirler. Kaygılı-kaçınan yetişkinler ise kendilerini açmaktan rahatsız oldukları için yakın ilişkilerden kaçınmaktadırlar.

Bağlanma kuramına göre erken çocukluk döneminde ebeveynlerin istikrarlı davranışları ve etkileşim biçimleri ile zihnimizde belirli bir örüntü haline gelmektedir

(Bowlby, 1969; Bowlby, 1979). Bebeğin ihtiyaç duyması halinde bakım verenin ihtiyaca karşılık verir olması bakım verenin güvenilir, kendisinin ise önemli olduğuna dair bir inanç ve örüntü oluştururken, bebeğin ihtiyaçlarının karşılanmaması veya bakım verenin reddedici tutumu karşısında ise önemsiz ben ve güvenilmeyen çevre (bakım veren) şeklinde başka bir örüntü ile bağlanma gerçekleşmektedir. Bu örüntüler kişinin zihninde, kendisi ile bağlandığı nesnelere arasındaki etkileşime bağlı genelleşerek bütünleşip zihinsel temsiller haline gelmekte, “değerli ben” ve “güvenilir o” olmak üzere iki temele dayanarak zihin modeli oluşturmaktadır. Bu iki temel zihin temsilleri birbirini tamamlayıcı ve doğrulayıcı nitelikte olup başka bir ifadeyle olaylara nasıl anlamlar verileceğini ve onların zihinde nasıl kodlanacağını belirler. Zihinde kodlanan bu yaşantılar sonrasında kurulacak olan yakın ilişkileri değerlendirmede kullanılan temsiller olup “içsel çalışma modelleri” olarak adlandırılmaktadır. Bu model ebeveynle (bakım verenle) kurulan temel ilişkinin niteliğinin kendilik imajı ve başkaları hakkında yaşam boyu beklenti, inanç, tutumlarını yönlendirerek gelecekteki sosyal ilişkiler için bir prototip oluşturduğunu ileri sürmektedir (Bowlby, 1980). Meins ve arkadaşları bireylerin erken dönem deneyimlerinin, kendilerini ve başkalarını algılama şeklini belirlemekte, dünyayı içsel temsil yollarıyla yapılandırmalarında ve yeni durumlara yönelik tepkilerine rehberlik etmesinin yakın ilişkilere yansıdığını ifade etmiştir. (Meins ve ark., 2008).

Bağlanma kuramına baktığımızda yapılan çalışmaların ilk olarak bebeklik ve çocukluk dönemlerini kapsadığı görülmektedir. Yetişkin hayatındaki bağlanma davranışı ise çocuklukta, ergenlikte ve gençlikte gösterilen bağlanma davranışının bir devamı niteliğinde değerlendirilmektedir (Bowlby, 1969). Bebeklik, çocukluk ve yetişkinlikte de kişi stres altında hissettiği zaman bağlandığı kişinin yanında olma arzusu duyar, güven hisseder, bağlandığı kişi yanında yoksa kaygı hissetmesine neden olur. Dolayısı ile yetişkinlikte bağlanma stilleri ve yakın ilişkilerin birçok yönü Bowlby'nin bağlanma kuramı temeline dayanarak açıklanabilmektedir. Yetişkinlik dönemindeki bağlanma, karşılıklı olarak bireylerin bazen bağlanılan bazen bağlanan yerinde olması ile çocukluk dönemindeki bağlanmanın tamamlayıcı olması noktasından ayrılmaktadır (Weiss, 1982).

Brennan ve ark., (1998) yaptıkları çalışmada yetişkin bağlanma stilinin kaygılı bağlanma ve kaçınan bağlanma olarak iki boyutlu olduğunu göstererek günümüzde kullanılan yetişkin modeli, Bartholomew ve Horowitz (1991) tarafından geliştirilen dörtlü yetişkin bağlanma biçimini tanımlamıştır. Kaygılı bağlanan bireyler reddedilme ve terkedilme korkusu yaşarken, kaçınan bağlanan bireyler başkalarıyla yakınlık kurmaktan rahatsızlık duymaktadırlar. Çatışma çözme davranışlarından kaçındıkları bilinmektedir (Shi, 2003). Mikulincer ve arkadaşları kaçınan bağlanma biçimine sahip olanların da uyumsuz olduğunu belirlemişlerdir. En düşük kaygı ve kaçınma eğilimi olanlar güvenli, en yüksek kaygı ve kaçınma eğiliminde olanlar korkulu, düşük kaygı seviyesi, yüksek kaçınma seviyesi olan bireyler kayıtsız, yüksek kaygı seviyesi, düşük kaçınma seviyesi olan bireyler ise saplantılı bağlanma biçimine sahiptir (Brennan ve ark., 1998). Oluşan tüm bu bağlanma şekilleri ise kişilerarası ilişkilerde belirleyici bir rol oynamaktadır (Mikulincer ve Shaver 2005).

Bowlby'nin temel olarak tasarladığı bağlanma kuramını, çocuklardaki (Ainsworth ve ark., 1978), romantik ilişkilerdeki (Hazan ve Shaver, 1987) bağlanma süreci üzerine yapılan çalışmalar desteklemiş ve güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaçınmacı olarak üç bağlanma örüntüsü belirlenmiştir. Bartholomew ve Horowitz ise sınıflandırmayı genişleterek benlik imajı ve başkalarının içsel çalışma modellerinin olumlu ya da olumsuz olmasına göre dört ayrı bağlanma biçimi tanımlamıştır (Bowlby, 1980; Bowlby, 1982; Çalışır 2009). Bu dört bağlanma yetişkin bağlanma biçimi bireyin kendini pozitif ya da negatif değerlendirmesi ile oluşturduğu benlik imajı ve başkaları hakkındaki genel inançların pozitif ya da negatif değerlendirilmesi üzerine kurulan başkaları modelinin birleşimini kapsamaktadır. Güvenli, saplantılı, kayıtsız-kaçınmacı, korkulu-kaçınmacı olarak değerlendirilmekte olan bağlanma biçimleri kaygı, kaçınma boyutlarını da içermektedir (Stanojevic, 2004).

		BENLİK MODELİ (Bağımlılık)	
		Olumlu (Düşük)	Olumsuz (Yüksek)
BAŞKALARI MODELİ (Kaçınma)	Olumlu (Düşük)	GÜVENLİ Yakınlık kurma konusunda rahat ve özerk	SAPLANTILI İlişkilere takıntılı
	Olumsuz (Yüksek)	KAYITSIZ Yakınlığa karşı kayıtsız ve karşıt-bağımlı	KORKULU Yakınlıktan korkan ve sosyal açıdan kaçınan

**Şekil 0. 1:** Dörtlü bağlanma modeli

**Not:** Bartholomew ve Horowitz'den (1991) uyarlanmıştır.

1-Güvenli bağlanma biçimi olumlu benlik ve olumlu başkaları modeli olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlanma biçimine sahip bireyler hem içselleştirilmiş oldukları benlik imajı ile hem de yakın ilişkilerde diğerlerini kabul etme ve onları destekleyici görme ile karakterizedir. (Bartholomew ve Horowitz, 1991). Başkalarıyla yakınlık kurmakta zorlanmazlar, kaygı seviyeleri düşüktür. İhtiyaç duyduklarında destek alma konusunda rahattırlar, kaçınmazlar. İçselleştirmiş oldukları özdeğer kendine saygı, özgüven olarak ortaya çıkmaktadır. Diğerleri ile yakın bağ kurma ve sürdürme eğilimindedirler. Shi (2003) de güvenli bağlanma biçimine sahip bireylerin çatışma çözme yetilerini geliştirdiklerini ileri sürmüştür. Üçlü bağlanma örüntüsünde güvenli bağlanma ile paraleldir.

2-Saplantılı bağlanma biçimi olumsuz benlik ve olumlu başkaları modeli olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlanma biçimine sahip bireyler düşük benlik değeri ile kendilerinde derin bir değersizlik duyma ve kendilerini sevilmeye değer görmeme eğilimindedirler. Başkalarının görüşüne ve onayına bağımlı durumdadırlar. Diğerlerinin iyi olduklarını düşünüp yakın olmayı isterler, kaçınma davranışları oldukça düşüktür, fakat reddedilme veya terk edilme konusunda yüksek düzeyde anksiyete yaşarlar (Collins ve Feeney, 2004). Sürekli olarak ilişkileri konusunda takıntılıdır ve ilişkilerinde pek gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler. Yakın ilişkilerde aşırı onaya tutulan bu kişiler zorlu kişilerarası tarzı ile karakterizedir. Üçlü bağlanma örüntüsünde kaygılı-ikircikli ile paraleldir.

3-Kayıtsız-Kaçınmacı bağlanma biçimi olumlu benlik modeli ve olumsuz başkaları modeli olarak tanımlanmaktadır (Stanojevic, 2004). Bu bağlanma biçimine sahip

bireyler başkalarına karşı güvensiz, reddeder bir tutum sergilemekte ve yakınlık kurmaktan fazlasıyla kaçınmaktadırlar. Olası reddedilmeye karşı olumlu kendiliklerini korumaktadırlar. (Collins ve Feeney, 2004). Özerkliğin önemini aşırı vurgulayarak savunucu şekilde yüksek benlik değerini sürdürmeleriyle beraber akranları tarafından düşmanca algılandıkları bulunmuştur. Kaygı düzeyleri düşüktür. Bağlanma figürünü sorumsuz olarak kabul etmekte ve başkalarını destekleyici algılamamaktadırlar. Üçlü bağlanma örüntüsünde kaçınmacı örüntü ile paralellik göstermektedir.

4-Korkulu-Kaçınmacı bağlanma biçimi olumsuz benlik ve olumsuz başkaları modeli olarak tanımlanmaktadır. (Stanojevic, 2004). Kendilerini değersiz ve sevilmez olarak algılayan, başkalarını reddedici olarak kabul ederler. Başkalarını kaybetme ve reddedilme korkularından dolayı yakınlıktan kaçarlar (Bartholomew ve Horowitz, 1991). Kendine güvenlerinin az olması ile beraber zorlu durumlarda destek isteme konusunda rahat değildirler. Kendilerini başkalarına açma, yakınlık kurma konusunda aşırı kaygı duyarlar. Aynı zamanda sosyal ortamlarda atılgan olmadıkları ve kaçınma eğiliminde oldukları bulunmuştur (Bartholomew ve Horowitz, 1991). Üçlü bağlanma örüntüsünde kaçınmacı örüntüye karşılık gelmektedir.

Bu örüntü biçimlerine yaklaşımların temel amacı bireylerin geçmiş bağlanma deneyimleri ile bugünkü bağlanma paternleri arasındaki ilişkiyi araştırmak ve bağlanma paternleri ile çeşitli psikolojik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmektir. Güvenli bağlanma biçimine sahip bireyler stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında güvensiz bağlanma biçimine sahip bireylere göre baş etme becerilerini daha işlevsel kullanabilmekte, problem çözme becerisini geliştirebilmekte ve yakın ilişkiler kurabilmektedir (Mikulincer, Sheffi 2000). Güvenli bağlanma olmayan bağlanma biçimlerinde ise kendini ifade etme, aile ilişkileri ve diğer sosyal ilişkilerde bozulmalar olarak ortaya çıkmakta ve bireyin ilişkilerine yansımaktadır.

Güvenli bağlanma biçimine sahip bireyler benlik değerlerine dair önemli ve değerli biri oldukları zihin temsilleri oluşturmaktadır (Bowlby, 1988). 1990 yılında Collins ve Read'in yapmış oldukları çalışmalarında ise bu olumlu benlik değeri ile yakın ilişkiler kurmaktan memnun olma arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Çocukluk çağında deneyimlenen olumlu olmayan yaşantılar bireyin kendilik ve çevre algısı üzerinde olumsuz etkiler bırakmaktadır. Bireyin kendine ve çevresine dair oluşturduğu olumsuz algı güvensiz bağlanmaya, yakın ilişkilerde problemlere, kaygılı ya da kaçınan bağlanma biçimine sahip kişilik özelliklerine zemin oluşturmaktadır. Destekleyici ilişkiler kurmakta güçlük yaşamaktadır. Armsden ve arkadaşlarının psikiyatrik tanılarla bağlanma stillerinin ilişkisini araştırdıkları kontrollü bir çalışmada çocukluk çağında olumsuz yaşantı deneyimleyen güvenli bağlanma biçimine sahip olmayan bireylerde, eksen I ve eksen II bozuklukları kontrol grubuna göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (Armsden ve ark., 1990). Normalde tehdit oluşturmayan durumlar karşısında Eksen I kaygı bozukluğu yaşayan bireyler aşırı tepkiler vermektedirler. Verdikleri aşırı tepkilerin erken dönemde kurulan bağlanma süreçlerindeki tutarsızlık ve istikrarsızlıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Yetişkinlikte bu bireyler ilişkilerinde ayrılma ihtimali üzerinde durarak kontrolcü davranışlarda bulunarak kaçınmaktadırlar.

Bartholomew (1990) çalışmasında kaçınan bireylerin ilişkilerdeki negatif olan durumlardan etkilenmekte olduğunu fakat bunu sözel ifadeler yerine somatik şikayetler ile ortaya koyduklarını gözlemlemiştir.

O'Connor ve Elklit (2008) tarafından yapılan çalışmada TSSB belirtileri görülen kadın hastaların korkulu bağlanma biçimine sahip olmaları ile sosyal destek isteyememe ve duygusal başa çıkmada zorluk yaşamaları, travmatik olaylar karşısında çaresizlik ve korku hissini daha fazla yaşadıkları ifade edilerek, güvenli bağlanmanın TSSB gelişimi üzerine koruyucu bir etkiye sahip olabileceği tespit etmiştir.

Ciechanowski ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birincil sağlık bakımı alan kadınlardan oluşan bir örneklem grubunda, güvenli bağlanma biçimine sahip olanların, kaygılı ya da korkulu bağlanma biçimine sahip olanlara göre daha az sayıda fiziksel belirtiyeye sahip olduğu rapor edilmiştir (Ciechanowski ve ark., 2002).

Mikulincer ve Shaver yaptıkları çalışmada bakım vereni tarafından desteklenen çocukların duygularını ifade ettikleri, sağlıklı iletişim kurabilme yetilerini geliştirebildiklerini tespit etmiştir. (Mikulincer ve Shaver, 2007). Güvenli bağlanan ve duygu düzenlemede güçlük yaşamayan bireylerde olumsuz duyguları tanımada,

kabullenmede farkındalıkları daha fazla olduğu bilinmekle birlikte fizyolojik uyarılma ile daha az yanıt verdikleri görülmektedir.

#### **2.4 Duygu Düzenleme Güçlüğü**

Günlük yaşam içerisinde tüm bireylerin yaşadığı çok çeşitli duygu ve duygudurum hali bulunmaktadır. Duygular ruhumuzun, beynimizin, sinir ağlarımızın, toplumsal oluşumuzun ve insan oluşumuzun bir parçası olarak kişinin yaşamsal işlevselliği açısından önem arz etmektedir. Bu duygulardan bazıları mutluluk, neşe gibi haz veren olumlu duygularken; öfke, korku, endişe gibi duygular olumsuz duyguları yansıtmaktadır. Hem olumlu hem olumsuz olan bu duygular tehlikeler karşısında bireyi uyarma, değişim için bireyi harekete geçirme ya da bireyi memnun eden şeyleri bireye haber verme gibi çeşitli mesajlar içermektedir. Birey yaşadığı bir olay karşısında deneyimlediği duygusu sayesinde çevreye göre kendisini hazırlamakta ve yapacağı davranışı çevreye uygun olarak gerçekleştirebilmektedir (Denollet ve ark., 2008).

Duygunun ne olduğunu tanımlayabilmek duygu düzenleme güçlüğü kavramını anlayabilmek ve yorumlayabilmek için önceliklidir. Ancak duygu çok bileşenli bir yapıya sahip olmasından dolayı tanımlanması güçtür (Leahy ve ark., 2011). Sadock ve Sadock'a (2011) göre duygu, bedensel ve davranışsal reaksiyonlara sahip bir his durumu olarak tanımlanmaktadır. Denollet ve ark. (2008) duyguyu bireyin içinde bulunduğu ortam ve çevresindeki kişilere bağlı olarak bilişsel, davranışsal ve fizyolojik uyarılma hali üzerine tepkiler göstermesi ile yeni durumlara uyum sağlaması olarak yapılan değişimlerdir. Duyguyu her birey farklı yoldan tecrübe etmekte ve işlevselliği olup olmaması fark etmeksizin onun üstesinden gelmeye çalışmaktadır. Bazı bireyler korku, kaygı, endişe gibi duyguların davranışlarını engellediğini düşündüğünden duygularla başa çıkabilme noktasında güçlük yaşamaktadır. Hissettikleri bu duyguların üstesinden gelmek çok karmaşık bir deneyim haline gelmektedir (Leahy ve ark., 2011). Kişinin sadece duygusunu hissetmesi değil, duygusunu tanıyabilmesi, kabul etmesi ve eğer yaşamsal işlevselliği varsa duygusunu geliştirme, güçlendirme ve yine o duyguyu kullanma yetisine sahip olmasıdır (Leahy ve ark., 2011).

Bireyin yaşamında duyguların rolü önemli iken, uzun yıllar önce Aristoteles, duyguların diğerlerine yansıtılması sırasında yeterli sürede, uygun şekilde, uygun zamanda, uygun şartlarda ifade edilmesi, yaşanan durumla ilgili olması durumunda uyarlayıcı ve işlevsel olduğunu ifade etmektedir. Yoğun ve uzun yaşanan duygular var olan durumlar ile uyumlu olmadığı takdirde probleme yol açmakta ve bireyi etkilemektedir (Werner ve Gross, 2010).

Tüm duygu durumlarını kapsayan ruhsal durum ve zorlanmalarla baş edilmesi 'duygu düzenleme' olarak adlandırılmaktadır (Koole, 2009). Gross (1998) tarafından duygu düzenleme bireylerin sahip oldukları, deneyimledikleri duygulardan nasıl etkilendiklerini, bu duyguları nasıl ifade ettiklerini içeren süreç olarak tanımlanmaktadır. Duyguların regüle edilememesi sonucunda, deneyimlenen ve reaksiyon verilen duygusal yoğunluğa karşı bireyin uygunsuz ifadesi hayatını işlevsiz hale getirebilmektedir (Gross ve Thompson, 2006).

Duygu düzenleme ile kişi rahatsız olduğu bir duyguyla karşılaştığında bu duyguyu rahatsız olmayacağı bir düzeye getirebilmek için; duygunun yoğunluğunu arttırılabilir, duygunun etkisini azaltabilir veya devamını sağlayabilir olması ile duygular yönetilebilir ve baş edilebilir hale gelmesini sağlayabilmektedir. Duygu düzenlemenin iki farklı amacı vardır. Bunlardan ilki öfke ve üzüntü gibi olumsuz duyguların yoğunluğunu ve süresini azaltmak iken, ikincisi sevgi, ilgi gibi olumlu duyguların yoğunluğunu ve süresini arttırmaktır (Gross, 1999). Bireyler olumsuz duyguların negatif etkilerini azaltmak için kaçınma eğilimi gösterirken, olumlu deneyimlerini mümkün olduğunca sürdürmek için duygularını düzenlemeye çalışmaktadır (Greenberg 2004, Duy ve Yıldız, 2014).

Erken dönem duygusal olarak uyarılmanın ilk düzenlendiği dönem olarak kilit noktası kabul edilmektedir. Duygu düzenleme güçlüğü gelişiminde çocukluk döneminde yaşanan aile koşulları, ihmal ve istismar durumları önemli bir yer taşımaktadır. Bu dönemde ebeveynlerin çocuğun içinde bulunduğu duruma göre ya da duygusuna verdiği tepkiyle; örneğin çocuklarının mutsuzluk, kızgınlık, öfke, üzüntü gibi bazı olumsuz duygularına göstermiş oldukları tepkileriyle onların kendilerine dair geleceğe yönelik farkındalık düzeylerini etkileyebilmektedir. Çocuk deneyimlemiş olduğu duygularını düzenleyerek anlamlandırmada, olumsuz duygularını yönetebilmede ve bunlarla baş etme becerilerinde olumsuz duyguların



yerine işlevsel olumlu duyguları koyabilme yetisini şekillendirebilmektedir. Wolfe ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışmada bireyin çocukluğunda deneyimlediği olumsuz yaşantıların, istismara maruz kalmış olmanın duygu düzenleme becerileri üzerindeki etkisinin kaçınılmaz olduğu bulunmuş ve duygularını yönetme, uyum sağlayıcı davranma, sosyal çevreyle kurulan ilişkilerin olumsuz etkilenmesi şeklinde ortaya konmuştur. Cinsel istismara uğrayan ve uğramayan grupla yürütülen bir araştırmada, cinsel istismara uğrayanların daha çok kaçınmayı kullandıkları ve duygusal düzenleme güçlüğüne, istismara uğramayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Shipman ve ark., 2003).

Gratz ve Roemer (2004) duygu düzenleme güçlüğünde; olumsuz duyguların deneyimlenmesi esnasında dürtü kontrollerinin sağlanmasında amaca uygun hareket etmekte zorluklar, duyguların anlaşılabilmesi, yaşanan duyguların kabul edilmemesi ve duygulara yönelik farkındalık bulunmaması hali söz konusudur. Duygu düzenleme becerisi; duygularını anlayan, farkında olan, kabul eden bireyler başkalarına verdiği tepkileri etkilemekle beraber sosyal bir süreçten oluşmaktadır (Einsberg ve ark., 2000).

Rugancı (2008) tarafından yapılan çalışmada duygu düzenleyememe halinin, ruhsal sorunlarla ve bağlanma stilleriyle bağlantılı olduğu bulunmuştur. Okul öncesi dönemdeki çocukların, bağlanma biçimi ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada duygu düzenleme güçlüğünün bağlanma biçimlerine göre farklılık gösterdiğini ve güvensiz bağlanan çocukların anksiyete düzeylerinin yüksek olması ile daha fazla zorlandıkları ortaya çıkmıştır (Ural ve ark., 2015). Güvenli bağlanma figürüne sahip bireyler, istemedikleri duygularla karşılaştıklarında planlama, problem çözme becerisine sahiptir. Erken dönemde maruz kalınan tutarsız ve duyarsız bağlanma figürleriyle olan ilişkiler zorlu yaşam olaylarına karşı direnci azaltarak duygu düzenleme güçlüğüne karşı bireyin duyarlılığının artmasına neden olur (Mikulincer ve Shaver, 2012).

Bireylerin duygularını ifade edememesi, duyguların yok olması manasına gelmemektedir. Aksine kişinin duygularını anlamak ve düzenlemek için kullanılan bilişsel mekanizmadaki performansının etkilenmesine sebep olarak başkalarıyla kurduğu ilişkilerde iletişime kısıtlılık getirmektedir (Gross ve Levenson, 1997). Duyguların ifade edilmesi konusunda zorluk yaşayan bireyler duygusal sıkıntının

olumsuz fizyolojik aktivite sorunlarına yol açtığı sonucuna varsayılmıştır (Waller ve Scheidt, 2006). Bireylerin zorlu dönemlerde duygu düzenleme güçlüğü abartılı fiziksel sağlık problemlerine ve davranışsal tepkilere yol açabilmekte ve somatik bozukluklara karşı duyarlılık düzeyi artmaktadır (Martin ve Pihl, 1985). Duygu düzenlemede bireyler öfke, üzüntü, kaygı gibi istemedikleri negatif duyguları bastırmaya yönelik olarak duygularını düzenleme eğilimi gösterirler (Gross ve Thompson, 2007). Bastırma ise kişinin devam etmekte olan bu duygusal davranışın engellenmesi ile fizyolojik uyarılmanın artmasına, anksiyeteye, negatif etki ve etkileşimlere yol açmaktadır (Gross ve Levenson, 1993; Gross ve John, 2003).

Waller ve Scheidt tarafından 2006 yılında yapılan çalışmada somatoform bozuklukları olan bireylerde duyguların ifade edilmesinin engellendiği ve bununda duygu regülasyonunda güçlükler, eksiklere neden olduğu ve duygusal uyarılmaya eşlik eden beden duyularına fazlası ile odaklanıp bu duyuları yanlış yorumlamakta olduğu bulunmuştur.

## **2.5 Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantısı**

Çocukluk çağı deneyimleri, kişinin gelecekte ruhsal, psikiyatrik ya da fiziksel hastalık yaşamasına neden olabilmektedir. Bu olumlu veya olumsuz olabilecek deneyimlerin yaşam boyu iyilik halinin korunabilmesine yönelik araştırmalar yapılmıştır. Çocukluk çağı olumsuz yaşantısı terimi, kişinin çocukluğunda meydana gelen fiziksel/duygusal istismar, ihmal ve ev içi işlev bozukluklarını kapsayan geniş bir kavramı belirtmektedir. Bir çocuğun ailesi veya sosyal ortamında zarar veya sıkıntıya neden olan, böylece çocuğun fiziksel veya psikolojik sağlığını ve gelişimini bozan, değişen içgüdü ve genellikle kronik olan çocukluk olayları şeklinde tanımlanabilir (Kalmakis ve Chandler, 2014). Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları (ÇÇÖY) duygusal, cinsel istismar, duygusal, fiziksel ihmal, şiddet, kötüye kullanım gibi travmatik yaşantıları kapsamaktadır.

Travma ise çocuğun yaşamını veya bedensel bütünlüğünü tehdit eden tehlikeli, dehşet veren veya şiddetli bir olay olarak tanımlanmaktadır. İnsan yaşamında travmatik bir olaya maruz kalmak oldukça yaygındır (Van der Kolk ve McFalane, 1996). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) çocuğa kötü muameleyi şu şekilde tanımlamaktadır: çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve gururunu olumsuz

etkisi eden veya olumsuz etkileme ihtimali olan fiziksel ve/veya duygusal kötü davranışı, cinsel istismar, ihmal ya da ihmalkâr davranışı veya ticari olan ya da olmayan her türlü sömürüdür. İstismar çocuğa yönelik bilerek yapılan fiziksel, cinsel, ruhsal ve sosyal olarak zarar verme davranışını içeren aktif bir eylem iken; ihmal, bakım verenin çocuğun beslenme, eğitim, korunma gibi temel ihtiyaçlarını karşılamaması neticesinde çocuğun fiziksel ve ruhsal iyi oluşunun zarara uğratılmasına yönelik pasif bir eylemdir (Yurdakök, 2010).

Olumsuz çocukluk deneyimleri, 18 yaşından önce meydana gelen travmatik olaylar olarak nitelendirilirken, konuyla ilgili çalışmalar, olumsuz çocukluk deneyimlerinin yaygın olduğunu, çocukların yaklaşık %10'unun yüksek gelirli ülkelerde ihmal edildiğini veya psikolojik olarak kötüye kullanıldığını göstermiştir (Gilbert ve ark., 2009). Bu çocukların, olumsuz çocukluk deneyimlere maruz kalmaları nedeniyle, yetişkinlikte depresyon, yeme bozuklukları ve madde kullanımı gibi davranışsal ve psikolojik problemler geliştirme riskleri yüksek olmaktadır. Bu açıdan da çok çeşitli ve uzun vadeli sağlık ve sosyal sonuçları olması nedeniyle, olumsuz çocukluk deneyimlerin, ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak gören otoriterde bulunmaktadır (Kwong ve Hayes, 2017).

Yakın tarihte, Ulusal Bilim, Eğitim ve Tıp Akademisi (NASEM, 2019) tarafından yayınlanan bir raporda, olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin gençlerin olumlu gelişimini engelleyen önemli bağlamsal faktörlerden biri olduğunu vurgulamıştır. 2016 Ulusal Çocuk Sağlığı Araştırması'nda (NSCH) yer alan analizlere göre ise sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde, 18 yaşın altındaki çocukların %46, 3'ü en az bir çocukluk çağı olumsuz yaşantısı bildirirken, %21.7" sinin iki veya daha fazla çocukluk çağı olumsuz yaşantısı vakası bildirilmiştir (Bethell ve ark., 2017). Burada yer alan bulgulara dayanılarak ortaya çıkan Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimine sahip bireylerin temel kişilik özellikleri Çizelge 2.3'de sunulmuştur:

**Çizelge 0.3:** Olumsuz çocukluk çağı deneyimine sahip bireylerin temel kişilik özellikleri

OLUMSUZ ÇOCUKLUK ÇAĞI DENEYİMLERİ	Çocuk Yaşına Göre Ulusal Yaygınlık (National Prevalence, by Age of Child)			
	Tüm çocuklar (All Children)	Yaş(age)		
		0-5	6-11	12-17
Bir adet Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimi rapor eden	46. 3%	35. 0%	47. 6%	55. 7%
İki adet ya da daha fazla Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimi rapor eden	21. 7%	12. 1%	22. 6%	29. 9%
<b>Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimine sahip bireylerin temel kişilik özellikleri</b>				
Gelir elde etmekte sık sık zorluk yaşama	25. 5%	24. 1%	25. 7%	26. 5%
Ebeveyn/Vasisi boşanmış veya ayrılmış olma	25. 0%	12. 8%	27. 5%	34. 2%
Ebeveyn/Vasisi vefat etmiş olma	3. 3%	1. 2%	2. 9%	5. 9%
Ebeveyn/Vasisi cezaevinde yatmış olma	8. 2%	4. 5%	9. 2%	10. 6%
Evde şiddet görme ya da maruz kalma	5. 7%	3. 0%	6. 1%	8. 0%
Şiddete tanık olma	3. 9%	1. 2%	3. 7%	6. 5%
Akıl hastası, intihar veya depresyonda olan herhangi biriyle yaşama	7. 8%	4. 4%	8. 6%	10. 3%
Alkol veya uyuşturucu sorunu olan biriyle yaşama	9. 0%	5. 0%	9. 3%	12. 7%
Çoğunlukla ırk / etnik köken nedeniyle haksız yere muamele görme veya yargılanma	3. 7%	1. 2%	4. 1%	5. 7%

**Kaynak:** Bethell ve ark., (2017).

Olumsuz çocukluk çağı deneyimine sahip olan bireyler kronik hastalıklar, zihinsel sağlık bozuklukları ve genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde düşüş riski de dahil olmak üzere yaşam süreleri boyunca olumsuz sağlık sonuçları ile yaşamak zorunda kalabilmektedirler. Araştırmacılar, çocuklara kötü muamelenin uzun vadeli sağlık etkilerinin genellikle alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, aile içi şiddet ve suç işlemeye daha fazla meyilli olma gibi sonuçlarının yanı sıra kanser, karaciğer hastalığı ve depresyon gibi olumsuz etkilere de maruz kalabileceklerini belirtmektedirler (Hunt ve ark., 2017).

Kalmakis ve Chandler (2014) literatürde olumsuz çocukluk deneyimlerini konu alan makaleleri inceleyerek Çizelge 0.4' de yer alan sınıflandırmayı oluşturmuşlardır. Bu sınıflandırmaya göre olumsuz çocukluk deneyimleri aile içi ve sosyal çevre faktörleri olarak iki gruba ayrılmakta olup, konuya holistik bir bakış açısı ile bakabilmek açısından önemli olduğu için aşağıda verilmiştir:

**Çizelge 0.4: Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri**

<b>Faktör</b>	<b>Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri</b>
Aile içi faktörler	Fiziksel istismar
	Cinsel istismar
	Duygusal istismar
	Fiziksel ihmal
	Duygusal ihmal
	Fiziksel ceza
	Aile içi şiddete tanık olmak
	Aile içinde madde bağımlılığı
	Aile içinde hastalık
	Aile içinden birinin hapsedilmesi
	Ebeveyn ayrılığı / boşanma
	Çocukların aileden ayrılması
Sosyal çevre faktörleri	Yoksulluk / Sosyoekonomik tabakalaşma
	İrk ayrımcılığı
	Siyasi çatışma
	Hastaneye yatırılma
	Topluluk şiddeti
	Okulda şiddet / zorbalık
	Öğretmen tarafından kötü muamele
Doğal afete maruz kalma	

**Kaynak :** Kalmakis ve Chandler (2014)

Olumsuz çocukluk deneyimleri de daha az ile daha şiddetli arasında değişmektedir. Çocukluktaki fiziksel ve cinsel istismar gibi olumsuz çocukluk deneyimlerinin bazı biçimlerinin diğerlerinden daha şiddetli olduğu düşünülmüştür. Ancak şiddete tanık olmak, çocukların gelişimi ve davranışları üzerinde şiddetin mağduru olmakla aynı etkiye sahiptir (Benedetti ve ark., 2011).

Kalmakis ve Chandler (2014) aile ve sosyal ortamlarda ortaya çıktığını ileri sürmekte oldukları olumsuz çocukluk deneyimlerinin tanımlanan beş özellik ile ayırt edici konumunda olduğunu belirtmişlerdir. Bunlar;

- Çocuğa zarar verir.
- Akut travmaların veya daha az şiddetli olaylara tekrarlanan maruz kalmaların sonucu ortaya çıkar.
- Bireye sıkıntı verir.
- Genellikle kümülatiftir
- Farklı şiddetlerde gerçekleşebilir.

Bununla birlikte, yaşanan deneyimin şiddeti ve verdiği zarar objektif derecelendirmeyle ölçülememekte, daha ziyade çocuğun bireysel yorumuna göre değişmektedir. Olumsuz bir çocukluk deneyiminin şiddeti kolayca belirlenemez ve en azından kısmen bireysel olarak çocuğa bağlı gibi görünmektedir. Bu yorum, aynı evde büyüyen ve aynı sıkıntıları yaşayan ancak deneyimlerini farklı şekilde yorumlayan, kronik depresif atakların sayısı ve psikopatolojinin gelişiminde farklılık gösteren raporlarla da desteklenmektedir (Brown ve ark., 2007).

Olumsuz çocukluk çağı deneyimleri bu tür olumsuz sağlık ve sosyal sonuçlara yol açabileceğinden, olumsuz deneyimler karşısında çocukları korumaya hizmet edebilecek faktörleri tanımlamak önemlidir. Önceki araştırmalarda gösterildiği gibi, bir çocuğun olumsuz olaylara tepkisi aile bağlamından büyük ölçüde etkilenir, böylece kümülatif olumsuzluğun ergen sağlığı ve refahı üzerindeki etkisi ebeveynin (bakım verenin) yaklaşım düzeyine bağlı olarak değişebilmektedir (Sameroff, 2000).

Bakım verenin yaklaşımının konuya etkisinin ölçüldüğü bir araştırma grubu verilerine göre genellikle pozitif ebeveyn-çocuk iletişimi ve düşük ebeveyn stresi olarak ölçülen yüksek düzeyde aile işlevinin, daha iyi ergen ruh sağlığı, daha yüksek okul katılım seviyeleri ve daha düşük alkol ve madde kullanımı seviyeleri ile doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Pozitif ebeveyn işlevinin aynı zamanda ekonomik sıkıntı karşısında bile bir koruma şekli olarak hizmet ettiği söylenebilir. Ayrıca sosyal çevreden gelen rahatsızlıklar, ebeveyn boşanması ve ergen ruh sağlığı gibi olumsuz özellikler ile oluşan atmosferi, pozitif ebeveyn-çocuk iletişiminin hafiflettiği tespit edilmiştir (Balistreri ve Alvira-Hammond, 2016).

Çocuklukta sıkıntı çeşitli mekanizmalarla ileri yaşlarda hastalığa dönüşebilmektedir. Giderek artan kanıtlar, olumsuz çocukluk deneyimlerinin hem davranışsal hem de sosyal düzeylerde yıkıcı etkilerini vurgulamaktadır. Örneğin, çocuklukta çoklu travmatik deneyimler yaşayan ergenlerin daha genç yaşta alkol tüketimine başlama ve alkolü stresle başa çıkmanın bir yolu olarak kullandıklarını bildirmeleri daha olasıdır (Rothman ve ark., 2008). Ayrıca sağlıksız davranışları benimseme eğilimindeki bu artış, olumsuz çocukluk deneyimlerine yüksek maruziyet ile birleştiğinde; tütün kullanımı, yasadışı uyuşturucu kullanımı, şüça meyil ve kumar bağımlılığı gibi daha büyük olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Bu sağlıksız yaşam tarzlarının benimsenmesi, davranışsal ve psikolojik sorunları olan kişilerin işsizlik,

evsizlik ve hapsedilme riski daha yüksek olduğu için sosyoekonomik eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir. Bu durumdaki en büyük risk ise nesiller arası bir toksik stres döngüsü oluşmasıdır. Çünkü yaşamlarında sosyal destek ve istikrardan yoksun olarak büyümüş çocukların, karşılaştıkları sıkıntıları ileride kendi çocuklarına da maruz bırakma riskleri çok yüksektir (Shonkoff ve Garner, 2012).

Shahab ve Taklavi (2019) olumsuz çocukluk deneyimleri ile birçok araştırmacı tarafından psikolojik değişkenlerden biri olarak kabul edilen duygu düzenleme ve bilişsel esneklik arasında anlamlı bir ilişki olduğunu yapmış oldukları çalışma ile ortaya koymuşlardır. Çocukluktaki olumsuz deneyimler arasında cinsel istismar, duygusal istismar ve ebeveyn boşanma duygu düzenleme ve bilişsel esneklik ile en yüksek negatif korelasyona sahiptir.

Olumsuz çocukluk deneyimlerinin genç yetişkinlerde ruh sağlığı üzerinde uzun vadeli zararlı etkilere katkıda bulunduğu bilinmektedir. Araştırmalar, kronik bir tıbbi duruma sahip olmanın potansiyel olarak travmatik bir deneyim olarak kavramsallaştırılabileceğini ve kronik bir tıbbi durumu olan genç yetişkinlerin de olumsuz uyum riski altında olduğunu göstermiştir. Duygu düzensizliği veya duygularını tanımlama ve düzenleme zorluğu, olumsuz çocukluk deneyimleri olan bireyler arasında yaygındır ve genç yetişkin uyumunun bir göstergesidir. Olumsuz çocukluk deneyimleri, duygu düzensizliği ve genç erişkin uyumu arasındaki bağlantı göz önüne alındığında, duygu düzensizliğinin kronik rahatsızlığı olan bireylerdeki etkisi kolaylıkla görülebilmektedir (Garland ve ark., 2019).

Garland ve ark. (2019) olumsuz çocukluk deneyimlerinin ve kronik bir rahatsızlık durumunun depresif ve endişeli semptomlar üzerindeki etkilerini karşılaştırırken, aynı zamanda hem olumsuz çocukluk deneyimleri hem de kronik tıbbi durumunun sonuçlarını, özellikle depresif ve endişeli semptomlar için olası bir aracı olarak duygu düzensizliğini incelemişlerdir. Yapılan analizler olumsuz çocukluk deneyimleri ile depresif ve endişeli semptomlar arasında anlamlı bir korelasyon olduğunu, duygu düzensizliğinin olumsuz çocukluk deneyimleri ile negatif uyum içerisinde olduğunu göstermiştir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1 Örneklem

Bu çalışmaya Aralık 2019 ile Nisan 2020 tarihleri arasında İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği'ne vücudunun herhangi bir yerinde en az altı hafta veya daha fazla süredir kabarma, kızarıklık ve kaşıntı yakınması ile başvuran klinik olarak kronik idiyopatik ürtiker tanısı alan vakalardan seçilen 80 hasta alınmıştır. 80 sağlıklı gönüllü birey kontrol grubu olarak çalışmamıza dahil edilmiştir. Katılımcılar on sekiz yaş ve üstü olma kriteri ile çalışmada yer almışlardır. Çalışmamızdan psikiyatrik tanısı olan, enfeksiyon, besin, ilaç vb. kaynaklı ürtiker hastası olan, iletişim engeli olan bireyler çıkarılmıştır.

#### 3.2 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, her bir katılımcıya bireysel olarak uygulanan ölçek bataryasından elde edilmiştir. Bu çalışmada katılımcılardan bilgilendirme ve onam formu, araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Semptom Envanteri, Yakın İlişki Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-Kısa Form ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

##### 3.2.1 Bilgilendirme ve onam formu

Katılımcılara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi vermek için araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, araştırma sorularını cevaplandırırken herhangi bir rahatsızlık halinde katılımcıların ayrılma hakkına sahip olduklarına dair bilgileri içeren bilgilendirme ve onam formu hazırlanmıştır. Ayrıca, katılımcıların araştırmada yer almayı kabul ettikleri takdirde bütün cevaplarının gizli tutulup sonuçların bilimsel amaçlarla kullanılacağı da ifade edilmiştir.

Bilgilendirme formu **EK 1**'de, onam formu **EK 2**' sunulmuştur.



### 3.2.2 Sosyodemografik veri formu

Kronik İdiyopatik Ürtiker Hastalarında Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar, Yakın İlişkiler ve Duygu Regülasyonu arasında ilişki olduğu düşünülen bazı değişkenlere ait verilerin elde edilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu veri formunda her bir katılımcıya cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumları, kimlerle yaşadığı, düzenli kullanılan ilaç, kronik ürtiker hastalık süresi, nüks sıklığı, atağı tetikleyen şeyler, başka bir organik hastalığın varlığı, katılımcıda ailede psikiyatrik bir hastalık ve deri hastalığı olup olmadığına yönelik sorular yer almaktadır.

Sosyodemografik veri formu **EK 3**'de bulunmaktadır.

### 3.2.3 Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği türkçe formu (ACE-TR)

1997'de CDC ve Permanente tarafından kişinin yaşamının ilk 18 yılında aile içi duygusal şiddet, fiziksel ve/ya da cinsel kötüye kullanım, duygusal ve fiziksel ihmal edilme olup olmadığını sorgulanmak amacı ile alt ölçekleri geliştirilmiştir. Alanda çalışan deneyimli kişilerce kolay anlaşılır olmasına ve anlam yitirmemesine dikkat edilerek Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Gündüz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (2018). Bu ölçek 10 maddeden oluşmakta ve evet-hayır şeklinde yanıtlanmaktadır. Cronbach alfa değeri 0. 742 olarak bulunmuştur.

Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Türkçe Formu **EK 4**'de sunulmuştur.

### 3.2.4 Yakın ilişki ölçeği (İÖA)

1994 yılında Griffin ve Bartholomew tarafından geliştirilmiş 30 maddelik bir ölçek olup, Türkçe uyarlaması standardizasyon çalışması Sümer ve Güngör tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Uyarlanan bu ölçekte 17 madde bulunmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0. 54 ve maddeler arasındaki içsel tutarlılık katsayısı 0. 78 dir (Sümer ve Güngör, 1999). Yakın ilişkilerdeki dörtlü bağlanma stilini ölçmeyi amaçlayan güvenli, kayıtsız, korkulu ve saplantılı bağlanma olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır. Korkulu bağlanmayı ifade eden sorular (1, 4, 9, 14) ; kayıtsız bağlanmayı ifade eden sorular (2, 5, 12, 13, 16) ; güvenli bağlanmayı ifade eden sorular (3, 7, 8, 10, 17) ; saplantılı bağlanmayı ifade eden sorular (5, 6, 11, 15) olarak belirlenmiştir. Ölçekte yer alan 5. madde ters kodlanarak hem saplantılı hem de kayıtsız bağlanma stili için kullanılmaktadır. Ölçekteki ters maddeler 5, 7 ve 17 dir.

Katılımcılar, her bir maddenin kendilerini ve yakın ilişkilerdeki genel tutumlarını ne derece tanımladığını 7 derece üzerinden işaretlemektedirler (1= beni hiç tanımlamıyor; 7 = tamamıyla beni tanımlıyor). Her boyuta ait sorulardan alınan toplam puanların ortalaması alınarak hesaplanmakta, diğerlerinden daha yüksek olan bağlanma boyutu kişinin yetişkin bağlanma stili olarak kaydedilmektedir. “Güvenli bağlanma” boyutu dışındaki faktörlerde puan artışı sağlıklı bağlanmayı işaret etmektedir. Griffin ve Bartholomew’un araştırmasında, İÖA alt ölçeklerinin alfa değerleri 41 ile 71 arasında olması alt ölçeklerinin güvenilirliklerinin görece düşük düzeyde olduğunu göstermiş olsada alt ölçeklerin az sayıda maddeyle ölçülmesinden kaynaklandığı belirtilmiştir (Griffin ve Bartholomew, 1994). Fakat alt ölçeklerin güvenilirliklerinin düşük olmasına rağmen yapı geçerliliklerinin yeterli olduğu gösterilmiştir.

Yakın İlişki Ölçeği **EK 5**’de yer almaktadır.

### **3.2.5 Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği-kısa form (DDGÖ-16)**

Bireylerin duygu düzenleme güçlüklerini belirlemek ve ölçmek amacıyla Gratz ve Roemer (2004) tarafından 36 maddelik bir ölçek olarak geliştirilmiş ve 2016 yılında Bjureberg ve arkadaşları tarafından DDGÖ’nin kısa bir formu oluşturulmuştur. Yiğit ve Yiğit (2017) tarafından ölçeğin 16 maddeden oluşan kısa formunun Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Her madde “Hemen hemen hiç” ile “Hemen hemen her zaman” arasında derecelendirilen 5’li Likert tipinde değerlendirilmektedir. DDGÖ-16 açıklık, amaçlar, dürtü, strateji ve kabul etmeme olmak üzere 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar duygu düzenleme güçlüğüne işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılık katsayısı 0. 92, alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının ise 0. 78 ile 0. 87 arasındadır. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0. 92 olarak bulunmuştur.

Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-Kısa Form **EK 6**’te verilmiştir.

### **3.2.6 Kısa semptom envanteri (KSE)**

Derogatis (1993) tarafından psikiyatrik belirtileri ve bireyin içinde bulunduğu çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla geliştirilen SCL-90-R’nin kısa formudur. SCL-90-R’nin dokuz faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en

yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilerek kısa form elde edilmiştir. KSE, “Hiç” (0), “Biraz” (1), “Orta Derecede” (2), “Epey” (3), “Çok Fazla” (4) şeklinde yanıtlanan 5’li Likert tipi bir ölçektir. İki ölçek arasındaki Pearson Korelasyon katsayılarının 50 ile 59 arasında değişim gösterdiği görülmüştür. Brief Symptom Inventory adıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır (1994). “Depresyon” (9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39), “anksiyete” (12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49), “olumsuz benlik” (15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52, 53), “somatizasyon” (2, 5, 41, 7, 8, 11, 23, 29, 30, 33) ve “hostalite” (1, 3, 4, 6, 10, 40, 41) olmak üzere 5 alt boyut belirlenmiştir. Ölçeğin ergen örnekleminde alınan iç tutarlılık kat sayısı .70 ile .88 iken yetişkin örnekleminde alınan iç tutarlılık kat sayısı .75 ile .87 arasında değişmektedir. Bu çalışmada, ölçeğin toplam puanının Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .97 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı anksiyete alt boyutu için .90, depresyon alt boyutu için .92, olumsuz benlik alt boyutu için .90, somatizasyon alt boyutu için .85 ve hostalite alt boyutu için .79 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada KSE’den alınan puanlar ‘Toplam Semptom Puanı’ olarak isimlendirilmiştir.

Kısa Semptom Envanteri **EK 7**’da bulunmaktadır.

### **3.3 Veri Analizi ve İşlem**

Tez önerisi ile İstanbul Gedik Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul Başkanlığına yapılan başvuru ve 29. 01. 2020 tarihinde alınan 20788822-050. 01. 04/155199 nolu onay ile araştırmanın etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. SBÜ İstanbul Hamidiye Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği’nde örneklem yolu ile gönüllü katılımcılara ulaşılmış ve bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Çalışmamızda bulgular değerlendirilirken istatistiksel analiz için SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Verilerimizin normal dağılıp dağılmadığını bulmak için Shapiro-Wilk anlamlılık değerine bakılmıştır. Verilerimizin normal dağılmaması üzerine nonparametrik testler kullanılmış ve parametrelerin iki grup karşılaştırılmasında Man Whitney U testi ve üç grup ve daha fazlası karşılaştırıldığında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ve değişkenler arası ilişki varlığına baktığımızda spearman korelasyon kullanılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Çizelge 0.1'de hasta grubuna ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir.

**Çizelge 0.1:** Hasta grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler

Demografik değişkenler (Hasta grubu)	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	55	68,8
Erkek	25	31,3
Toplam	80	100,0
<b>Yaş Grup (Min:19 Max:73 <math>\bar{x}</math>: 36,42 Std. Sapma:10,87)</b>		
18-24	11	13,8
25-34	25	31,3
35-44	27	33,8
45 ve Üstü	17	21,3
Toplam	80	100,0
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuma Yazar	22	27,5
Ortaokul Mezunu	11	13,8
Lise Mezunu	26	32,5
Üniversite Mezunu	21	26,3
Toplam	80	100,0
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	52	65,0
Bekar	28	35,0
Toplam	80	100,0
<b>Çocuk Sayısı</b>		
2 ve altı	65	81,3
3 ve Üstü	15	18,8
Total	80	100,0
<b>Kardeş Sayısı</b>		
2 ve altı	17	48,6
3 ve üstü	18	51,4
Toplam	35	100,0
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışmıyor	32	40,0
Düzenli işi var	37	46,3
Düzensiz işi var	4	5,0
Öğrenci	7	8,8
Toplam	80	100,0
<b>Kiminle Yaşıyor</b>		
Eş/Çocuklar	54	67,5
Anne/Baba/kardeş	18	22,5
Yalnız	8	10,0
Toplam	80	100,0

**Çizelge 4.1: Devamı**

<b>Hastalık Süresi (Ay)</b>		
0-36 ay	50	62, 5
37-72 ay	15	18, 8
73-108 ay	6	7, 5
109-144 ay	7	8, 8
145 ay ve üstü	2	2, 6
Toplam	80	100, 0
<b>Demografik değişkenler (Hasta grubu)</b>		
	N	%
<b>Nüks Sıklığı</b>		
Kronik Aralıklı	43	53, 8
Kronik Devamlı	37	46, 3
Toplam	80	100, 0
<b>Ek Organik Rahatsızlık</b>		
Var	22	27, 5
Yok	58	72, 5
Toplam	80	100, 0
<b>Düzenli İlaç Kullanımı</b>		
Var	62	77, 5
Yok	18	22, 5
Toplam	80	100, 0
<b>Ailede Başka Deri Hastalığı</b>		
Var	28	35, 0
Yok	52	65, 0
Toplam	80	100, 0
<b>Ailede Psikiyatrik Tanı</b>		
Var	24	30, 0
Yok	56	70, 0
Toplam	80	100, 0
<b>Ürtiker Şiddeti</b>		
Hafif	18	22, 5
Orta	38	47, 5
Şiddetli	24	30, 0
Toplam	80	100, 0
<b>Atak Tetikleyen Nedenler</b>		
Stres, Nedensiz	80	84, 2
Hava, Su	7	7, 4
Gıda	2	2, 1
Fizyolojik Nedenler	6	6, 3
Toplam	95	100, 0

Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde %31, 3'ünün (n=25) erkek olduğu ve %68, 8'sinin (n=55) ise kadın olduğu belirlenmiştir.

Hasta grubunun yaş ortalamalarına ait veriler incelendiğinde, 80 katılımcının genel yaş ortalaması 36, 42'dir (SS=10, 87). Minimum yaş 19, maximum yaş ise 73'tür. Hasta grubunun yaş durumları incelendiğinde, %13, 8'inin (n=11) 18-24 yaşları arasında olduğu %31, 3'ünün (n=25) 25-34 yaşları arasında olduğu, %33, 8'inin (n=27) 35-44 yaşları arasında olduğu, %21, 3'ünün (n=17) 45 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır.

Hasta grubunun eğitim durumları incelendiğinde %27, 5'inin (n=22) okuryazar olduğu, %13, 8'inin (n=11) ortaokul mezunu olduğu, %32, 5'inin (n=26) lise mezunu olduğu, %26, 3'ünün (n=21) üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Hasta grubunun medeni durumları incelendiğinde %65, 0'sının (n=52) evli olduğu, %35, 0'ının (n=28) bekar olduğu saptanmıştır.

Hasta grubunun çocuk sayısı incelendiğinde %81, 3'ünün (n=65) 2 ve altı çocuğa sahip olduğu, %18, 8'inin (n=15) 3 ve üstü çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir.

Hasta grubunun kardeş sayısı incelendiğinde %48, 6'sının (n=17) 2 ve altı kardeşi olduğu, %51, 4'ünün (n=18) 3 ve üstü kardeşe sahip olduğu saptanmıştır.

Hasta grubunun çalışma durumu incelendiğinde, %40, 0'ının (n=32) çalışmadığı, %46, 3'ünün (n=37) düzenli işi olduğu, %5, 0'ının (n=4) düzensiz işi olduğu, %8, 8'inin (n=7) Öğrenci olduğu tespit edilmiştir.

Hasta grubunun kiminle yaşadığı incelendiğinde, %67, 5'inin (n=54) eş ve çocuklar ile yaşadığı, %22, 5'inin (n=18) anne, baba ve kardeşleri ile yaşadığı, %10, 0'ının (n=8) yalnız yaşadığı belirlenmiştir.

Hasta grubunun hastalık süresi incelendiğinde, %62, 5'inin (n=50) 0-36 ay arasında hasta olduğu, %18, 8'inin (n=15) 37-72 ay arasında hasta olduğu, %7, 5'inin (n=6) 73-108 ay arasında hasta olduğu, %8, 8'inin (n=7) 109-144 ay arasında hasta olduğu, %2, 6'sının (n=2) 145 ay ve üstü hasta olduğu belirlenmiştir.

Hasta grubunda hastalığın nüks sıklığı incelendiğinde, %53, 8'inin (n=43) kronik aralıklı olduğu, %46, 3'ünün (n=37) kronik devamlı olduğu saptanmıştır.

Hasta grubunun ek organik rahatsızlıkları incelendiğinde, %27, 5'inin (n=22) ek organik rahatsızlıkları olduğu, %72, 5'inin (n=58) ek organik rahatsızlıkları olmadığı saptanmıştır.

Hasta grubunun düzenli ilaç kullanma durumları incelendiğinde, %77, 5'inin (n=62) düzenli ilaç kullandığı, %22, 5'inin (n=18) düzenli ilaç kullanmadığı saptanmıştır.

Hasta grubunun ailedeki diğer deri hastalıklarının varlığı incelendiğinde, %35, 0'ının (n=28) başka deri hastalığı olduğu, %65, 0'ının (n=52) başka deri hastalığı olmadığı saptanmıştır.

Hasta grubunun ailedeki psikiyatrik tanı durumları incelendiğinde, %30, 0'ının (n=24) ailede psikiyatrik tanı olduğu, %70, 0'ının (n=56) ailede psikiyatrik tanı olmadığı saptanmıştır.

Hasta grubunun ürtiker şiddeti incelendiğinde, %22, 5'inin (n=18) hafif şiddette olduğu, %47, 5'inin (n=38) orta şiddette olduğu, %24, 0'ının (n=30) şiddetli olduğu saptanmıştır.

Hasta grubunun atak tetikleyen nedenleri incelendiğinde, %84, 2'sinin (n=80) nedensiz ve stres dediği, %7, 4'ünün (n=7) hava ve su dediği, %2, 1'inin (n=2) gıda dediği, %6, 3'ünün (n=6) fizyolojik nedenler belirttiği saptanmıştır.

Çizelge 0.2'de kontrol grubuna ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir.

**Çizelge 0.2:** Kontrol grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler

Demografik değişkenler (Kontrol grubu)	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	55	68, 8
Erkek	25	31, 3
Toplam	80	100, 0
<b>YaşGrup (Min:23 Max:53<math>\bar{x}</math>: 34, 28Std. Sapma:8, 68)</b>		
18-24	9	11, 3
25-34	37	46, 3
35-44	22	27, 5
45 ve Üstü	12	15, 0
Toplam	80	100, 0
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur Yazar	10	12, 5
Ortaokul Mezunu	13	16, 3
Lise Mezunu	16	20, 0
Üniversite Mezunu	41	51, 2
Toplam	80	100, 0
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	54	67, 5
Bekar	26	32, 5
Toplam	80	100, 0
<b>Çocuk Sayısı</b>		
2 ve altı	71	88, 8
3 ve Üstü	9	11, 3
Total	80	100, 0
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışmıyor	27	33, 8
Düzenli işi var	41	51, 2
Düzensiz işi var	5	6, 3
Öğrenci	7	8, 8
Toplam	80	100, 0

**Çizelge 4.2: Devamı**

<b>Kiminle Yaşıyor</b>		
Eş/Çocuklar	53	66,3
Anne/Baba/kardeş	21	26,3
Yalnız	6	7,5
Toplam	80	100,0

  

<b>Ailede Psikiyatrik Tanı</b>		
Var	20	25,0
Yok	60	75,0
Toplam	80	100,0

Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde %31,3'ünün (n=25) erkek olduğu ve %68,8'sinin (n=55) ise kadın olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun yaş ortalamalarına ait veriler incelendiğinde, 80 katılımcının genel yaş ortalaması 34,28'dir (SS=8,68). Minimum yaş 23, maximum yaş ise 53'tür. Kontrol grubunun yaş durumları incelendiğinde, %11,3'ünün (n=9) 18-24 yaşları arasında olduğu %46,3'ünün (n=37) 25-34 yaşları arasında olduğu, %27,5'inin (n=22) 35-44 yaşları arasında olduğu, %12,0'min (n=15) 45 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunun eğitim durumları incelendiğinde %12,5'inin (n=10) okuryazar olduğu, %16,3'ünün (n=13) ortaokul mezunu olduğu, %20,0'min (n=16) lise mezunu olduğu, %51,2'sinin (n=41) üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubunun medeni durumları incelendiğinde %67,5'inin (n=54) evli olduğu, %32,5'inin (n=26) bekar olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunun çocuk sayısı incelendiğinde %88,8'inin (n=71) 2 ve altı çocuğa sahip olduğu, %11,3'ünün (n=9) 3 ve üstü çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun çalışma durumu incelendiğinde, %33,8'inin (n=27) çalışmadığı, %51,2'sinin (n=41) düzenli işi olduğu, %6,3'ünün (n=5) düzensiz işi olduğu, %8,8'inin (n=7) Öğrenci olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubunun kiminle yaşadığı incelendiğinde, %66,3'ünün (n=53) eş ve çocuklar ile yaşadığı, %26,3'inin (n=21) anne, baba ve kardeşleri ile yaşadığı, %7,5'inin (n=6) yalnız yaşadığı belirlenmiştir.

Kontrol grubunun ailedeki psikiyatrik tanı durumları incelendiğinde, %25,0'min (n=20) ailede psikiyatrik tanı olduğu, %75,0'min (n=60) ailede psikiyatrik tanı olmadığı saptanmıştır.



**Çizelge 0.3:** Hasta ve Kontrol grupları ile cinsiyet arasındaki ilişki

		Gruplar		Toplam	p	
		Hasta	Kontrol			
Cinsiyet	Erkek	N	25	25	50	1. 000
		%Cinsiyet	50, 0%	50, 0%	100, 0%	
		%gruplar	31, 3%	31, 3%	31, 3%	
	%Toplam	15, 6%	15, 6%	31, 3%		
	Kadın	N	55	55	110	
		%Cinsiyet	50, 0%	50, 0%	100, 0%	
%gruplar		68, 8%	68, 8%	68, 8%		
Toplam	%Toplam	34, 4%	34, 4%	68, 8%		
	N	80	80	160		
	%Cinsiyet	50, 0%	50, 0%	100, 0%		
	%gruplar	100, 0%	100, 0%	100, 0%		
	%Toplam	50, 0%	50, 0%	100, 0%		

Ki-kare test

Çizelge 0.3'te görüldüğü gibi hasta ve kontrol grupları ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=1. 000).

**Çizelge 0.4:** Hasta ve kontrol grupları ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki

		Gruplar		Toplam	p
		Hasta	Kontrol		
Okur Yazar	N	22	10	32	0. 004
	%Eğitim	68, 8%	31, 3%	100, 0%	
	%gruplar	27, 5%	12, 5%	20, 0%	
	%Toplam	13, 8%	6, 3%	20, 0%	
Ortaokul Mezunu	N	11	13	24	0. 004
	%Eğitim	45, 8%	54, 2%	100, 0%	
	%gruplar	13, 8%	16, 3%	15, 0%	
	%Toplam	6, 9%	8, 1%	15, 0%	
Eğitim Lise Mezunu	N	26	16	42	0. 004
	%Eğitim	61, 9%	38, 1%	100, 0%	
	%gruplar	32, 5%	20, 0%	26, 3%	
	%Toplam	16, 3%	10, 0%	26, 3%	
Üniversite Mezunu	N	18	28	46	0. 004
	%Eğitim	39, 1%	60, 9%	100, 0%	
	%gruplar	22, 5%	35, 0%	28, 7%	
	%Toplam	11, 3%	17, 5%	28, 7%	
Lisans Üstü	N	3	13	16	0. 004
	%Eğitim	18, 8%	81, 3%	100, 0%	
	%gruplar	3, 8%	16, 3%	10, 0%	
	%Toplam	1, 9%	8, 1%	10, 0%	
Toplam	N	80	80	160	0. 004
	%Eğitim	50, 0%	50, 0%	100, 0%	
	%gruplar	100, 0%	100, 0%	100, 0%	
	%Toplam	50, 0%	50, 0%	100, 0%	

Ki-kare test

Çizelge 0.4'te görüldüğü gibi hasta ve kontrol grupları ile eğitim düzeyleri arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < 0.004$ )

**Çizelge 0.5:** Hasta ve Kontrol Gruplarının Yaş Açısından Karşılaştırılması

Yaş	Ort.	N	SS	Z	P
<b>Hasta Grubu</b>	36,42	80	10,87	-1,224	0,221
<b>Kontrol grubu</b>	34,28	80	8,68		

Mann Whitney U test

Çizelge 0.5'te görüldüğü gibi katılımcıların yaşları, hasta ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermemiştir ( $p = 0.221$ ).

**Çizelge 0.6:** Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (N=80)

	Min.	Max.	Ort.	Std. Sapma
HASTA Kısa Semptom Envanteri Toplam	2	133	37,64	25,74
HASTADepresyon	0	31	10,83	7,38
HASTAAksiyete	0	30	7,78	6,30
HASTA Olumsuz Benlik	0	31	7,25	6,39
HASTA Somatizasyon	0	27	6,05	5,43
HASTA Hostalite	0	18	5,74	3,93
HASTA Yakın İlişki Ölçeği Toplam	46	96	72,85	10,82
HASTA Güvenli	11	35	21,33	4,48
HASTA Korku	4	25	15,46	5,57
HASTA Kayıtsız	11	35	22,38	5,47
HASTA Saplantı	6	22	13,69	3,94
HASTA Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Toplam	17	67	30,50	10,42
HASTA Açıklık	2	9	4,40	1,69
HASTA Amaçlar	3	15	7,26	3,17
HASTA Dürtü	3	15	5,20	2,51
HASTA Stratejiler	5	21	8,61	3,38
HASTA Kabul Etmeme	3	14	5,03	2,46
HASTA Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği Toplam	0	7	2,13	1,82
KNT Kısa Semptom Envanteri Toplam	3	126	40,51	27,80
KNT Depresyon	0	40	11,95	8,74
KNT Aksiyete	0	36	8,13	6,94
KNT Olumsuz Benlik	0	40	9,94	8,34
KNT Somatizasyon	0	18	4,89	4,04
KNT Hostalite	0	20	6,15	4,52
KNT Yakın İlişki Ölçeği Toplam	46	95	73,74	8,16
KNT Güvenli	11	35	22,31	5,42
KNT Korku	4	25	14,99	4,86

**Çizelge 4.6: Devamı**

KNTKayıtsız	11	32	23,00	4,65
KNTSaplantı	4	24	13,44	4,38
KNT Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Toplam	16	73	33,33	12,48
KNTAçıklık	2	10	4,03	1,94
KNTAmaçlar	3	15	8,36	3,20
KNTDürtü	3	15	5,78	3,06
KNTStratejiler	5	24	9,65	4,19
KNTKabulEtmeme	3	15	5,51	2,70
KNT Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği Toplam	0	8	1,80	1,72

Çizelge 0.6'da Hasta ve Kontrol gruplarının Kısa Semptom Envanteri ve Alt boyutlarından, Yakın İlişki Ölçeği ve Alt boyutlarından, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Alt boyutlarından, Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği ve Alt boyutlarından aldıkları min, max, ort. ve Std. sapma değerleri yer almaktadır.

**Çizelge 0.7: Hasta ve Kontrol Gruplarının Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

	Ort.	N	SS	Z	P
HASTAKısa Semptom Envanteri Toplam	37,64	80	25,74	-0,630	0,529
KNT Kısa Semptom Envanteri Toplam	40,51	80	27,80		
HASTA Depresyon	10,83	80	7,38	-0,674	0,500
KNT Depresyon	11,95	80	8,74		
HASTA Anksiyete	7,78	80	6,30	-0,050	0,960
KNT Anksiyete	8,13	80	6,94		
HASTA Olumsuz Benlik	7,25	80	6,39	-2,166	<b>0,030</b>
KNT Olumsuz Benlik	9,94	80	8,34		
HASTA Somatizasyon	6,05	80	5,43	-1,220	0,222
KNT Somatizasyon	4,89	80	4,04		
HASTA Hostalite	5,74	80	3,93	-0,478	0,633
KNT Hostalite	6,15	80	4,52		
HASTA Yakın İlişki Ölçeği Toplam	72,85	80	10,82	-0,440	0,660
KNT Yakın İlişki Ölçeği Toplam	73,74	80	8,16		
HASTA Güvenli	21,33	80	4,48	-1,260	0,208
KNT Güvenli	22,31	80	5,42		
HASTA Korku	15,46	80	5,57	-0,614	0,539
KNT Korku	14,99	80	4,86		
HASTA Kayıtsız	22,38	80	5,47	-0,541	0,589
KNT Kayıtsız	23,00	80	4,65		
HASTA Saplantı	13,69	80	3,94	-0,399	0,690
KNT Saplantı	13,44	80	4,38		
HASTADDG Ölçeği Toplam	30,50	80	10,42	-1,936	<b>0,049</b>

**Çizelge 4.7: Devamı**

KNT DDG Ölçeği Toplam	33, 33	80	12, 48		
HASTA Açıklık	4, 40	80	1, 69	-1, 506	0 . 132
KNT Açıklık	4, 03	80	1, 94		
HASTA Amaçlar	7, 26	80	3, 17	-2, 341	<b>0 . 019</b>
KNT Amaçlar	8, 36	80	3, 20		
HASTA Dürtü	5, 20	80	2, 51	-1, 676	0 . 094
KNT Dürtü	5, 78	80	3, 06		
HASTA Stratejiler	8, 61	80	3, 38	-1, 816	0 . 069
KNT Stratejiler	9, 65	80	4, 19		
HASTA Kabul Etmeme	5, 03	80	2, 46	-1, 551	0 . 121
KNT Kabul Etmeme	5, 51	80	2, 70		
HASTA ÇÇÖY Ölçeği Toplam	2, 13	80	1, 82	-1, 298	0 . 194
KNT ÇÇÖY Ölçeği Toplam	1, 80	80	1, 72		

Çizelge 0.7’de görüldüğü gibi Kısa Semptom Envanteri alt boyutlarından “Olumsuz Benlik” puanları hasta ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Olumsuz Benlik” puanları kontrol grubunda hasta grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.030$ ).

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanları da hasta ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği puanları kontrol grubunda hasta grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.049$ ).

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyutlarından “Amaçlar” puanları da hasta ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Amaçlar” puanları kontrol grubunda hasta grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.019$ ).

**Çizelge 0.8:** Hasta grubuna uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler.

Q	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Deney Grubu	1-Kısa Semptom Envanteri Toplam	r 1																	
		p .																	
	2-Depresyon	r .925**	1																
		p <0.001	.																
	3-Anksiyete	r .929**	.823**	1															
		p <0.001	<0.001	.															
	4-Olumsuz Benlik	r .831**	.777**	.744**	1														
		p <0.001	<0.001	<0.001	.														
	5-Somatizasyon	r .749**	.581**	.720**	.421**	1													
		p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	.													
	6-Hostalite	r .855**	.720**	.727**	.702**	.622**	1												
		p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	.												
	7-Yakın İlişki Ölçeği Toplam	r 0,129	0,088	0,095	0,212	0,068	0,156	1											
		p 0,255	0,437	0,404	0,059	0,548	0,166	.											
	8-Güvenli	r -0,081	-0,091	-0,008	-0,154	0,035	-0,077	0,133	1										
		p 0,473	0,42	0,942	0,172	0,759	0,499	0,238	.										
	9-Korku	r 0,174	0,148	0,06	.288**	-0,001	.313**	.637**	.363**	1									
		p 0,123	0,189	0,597	0,01	0,994	0,005	<0.001	0,001	.									
	10-Kayıtsız	r 0,175	0,142	0,149	.257*	0,055	0,145	.735**	-0,159	.471**	1								
		p 0,12	0,207	0,186	0,021	0,626	0,199	<0.001	0,16	<0.001	.								

Çizelge 4.8: Devamı

11-Saplantı	r	0,084	0,081	0,092	0,098	0,129	-0,012	526**	0,152	0,07	0,084	1						
	p	0,458	0,477	0,418	0,388	0,254	0,915	<0,001	0,18	0,536	0,461	.						
12-DDG Ölçeği Toplam	r	641**	512**	623**	613**	434**	577**	343**	-0,107	441**	,284*	0,153	1					
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	0,344	<0,001	0,011	0,175	.					
13-Açıklık	r	450**	448**	444**	359**	310**	,272*	0,114	-0,119	0,210	0,082	0,144	589**	1				
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,005	0,015	0,313	0,291	0,062	0,47	0,202	<0,001	.				
14-Amaçlar	r	521**	376**	496**	536**	360**	500**	,231*	-0,149	339**	291**	0,02	846**	451**	1			
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,04	0,186	0,002	0,009	0,859	<0,001	<0,001	.			
15-Dürtü	r	400**	,273*	411**	376**	,257*	405**	416**	0,032	289**	,274*	318**	671**	0,165	491**	1		
	p	<0,001	0,014	<0,001	<0,001	0,021	<0,001	<0,001	0,781	0,009	0,014	0,004	<0,001	0,143	<0,001	.		
16-Stratejiler	r	571**	476**	524**	558**	357**	534**	365**	-0,058	455**	,248*	0,148	834**	351**	582**	570**	1	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	0,001	0,607	<0,001	0,026	0,191	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	.	
17-Kabul Etmeme	r	392**	338**	386**	450**	,235*	325**	292**	-0,151	429**	331**	0,042	710**	350**	479**	388**	605**	1
	p	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	0,036	0,003	0,009	0,183	<0,001	0,003	0,714	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.
18-ÇÇÖY Ölçeği Toplam	r	319**	,235*	298**	299**	0,213	403**	337**	0,132	,285*	0,209	0,088	447**	0,113	382**	407**	364**	,282* 1
	p	0,004	0,036	0,007	0,007	0,058	<0,001	0,002	0,243	0,010	0,063	0,436	<0,001	0,320	<0,001	<0,001	0,001	0,011 .

\*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi), \*\* Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi)

Çizelge 0.8’de Hasta grubuna uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler spearman korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

Bu analize göre, Kısa semptom envanteri toplam puanı ile Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği toplam puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.641$ ), DDG Ölçeği alt boyutlarından “Açıklık” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.450$ ), “Amaçlar” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.521$ ), “Dürtü” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.400$ ), “Stratejiler” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.571$ ), “Kabul Etmeme” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.392$ ) ve ÇÇOY Ölçeği toplam puanı ( $p < 0.004$ ,  $\rho = 0.319$ ) arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Kısa semptom envanteri alt boyutlarından “Depresyon” ile Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği toplam puanları ile ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.512$ ), DDG Ölçeği alt boyutlarından “Açıklık” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.448$ ), “Amaçlar” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.376$ ), “Dürtü” puanları ( $p < 0.014$ ,  $\rho = 0.273$ ), “Stratejiler” puanları ile ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.476$ ), “Kabul Etmeme” puanları ( $p < 0.002$ ,  $\rho = 0.338$ ) ve ÇÇOY Ölçeği toplam puanı ile arasında ( $p < 0.036$ ,  $\rho = 0.235$ ) istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Kısa semptom envanteri alt boyutlarından “Anksiyete” ile Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği toplam puanları ile ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.623$ ), DDG Ölçeği alt boyutlarından “Açıklık” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.444$ ), “Amaçlar” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.496$ ), “Dürtü” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.411$ ), “Stratejiler” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.524$ ), “Kabul Etmeme” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.386$ ) ve ÇÇOY Ölçeği toplam puanı ile arasında ( $p < 0.007$ ,  $\rho = 0.297$ ) istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Kısa semptom envanteri alt boyutlarından “Olumsuz Benlik” ile Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği toplam puanları ile ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.613$ ), DDG Ölçeği alt boyutlarından “Açıklık” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.359$ ), “Amaçlar” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.536$ ), “Dürtü” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.376$ ), “Stratejiler” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.558$ ), “Kabul Etmeme” puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.450$ ) ve ÇÇOY Ölçeği toplam puanı ile arasında ( $p < 0.007$ ,  $\rho = 0.299$ ) istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Kısa semptom envanteri alt boyutlarından "Somatizasyon" ile Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği toplam puanları ile ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.434$ ), DDG Ölçeği alt boyutlarından "Açıklık" puanları ( $p < 0.005$ ,  $\rho = 0.310$ ), "Amaçlar" puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.360$ ), "Dürtü" puanları ( $p < 0.021$ ,  $\rho = 0.157$ ), "Stratejiler" puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.357$ ), "Kabul Etmeme" puanları ( $p < 0.036$ ,  $\rho = 0.235$ ) arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Kısa semptom envanteri alt boyutlarından "Hostalite" ile Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği toplam puanları ile ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.577$ ), DDG Ölçeği alt boyutlarından "Açıklık" puanları ( $p < 0.015$ ,  $\rho = 0.272$ ), "Amaçlar" puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.500$ ), "Dürtü" puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.405$ ), "Stratejiler" puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.534$ ), "Kabul Etmeme" puanları ( $p < 0.003$ ,  $\rho = 0.325$ ) ve ÇÇOY Ölçeği toplam puanı ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.403$ ) arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Yakın İlişki Ölçeği alt boyutlarından "Korku" ile Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği toplam puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.441$ ), DDG Ölçeği alt boyutlarından "Amaçlar" puanları ( $p < 0.002$ ,  $\rho = 0.339$ ), "Dürtü" puanları ( $p < 0.009$ ,  $\rho = 0.289$ ), "Stratejiler" puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.455$ ), "Kabul Etmeme" puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.429$ ) ve ÇÇOY Ölçeği toplam puanı ile arasında ( $p < 0.010$ ,  $\rho = 0.285$ ) istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Yakın İlişki Ölçeği alt boyutlarından "Kayıtsız" ile DDG Ölçeği alt boyutlarından "Amaçlar" puanları ( $p < 0.009$ ,  $\rho = 0.291$ ), "Dürtü" puanları ( $p < 0.014$ ,  $\rho = 0.274$ ), "Stratejiler" puanları ( $p < 0.026$ ,  $\rho = 0.248$ ) ve "Kabul Etmeme" puanları ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.331$ ) arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Yakın İlişki Ölçeği alt boyutlarından "Saplantı" ile DDG Ölçeği alt "Dürtü" puanları ile arasında ( $p < 0.004$ ,  $\rho = 0.318$ ) istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği toplam puanları ile ÇÇOY Ölçeği toplam puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.447$ ).

Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği alt boyutlarından "Amaçlar" puanları ile ÇÇOY Ölçeği toplam puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.382$ ).



Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği alt boyutlarından “Dürtü” puanları ile ÇÇÖY Ölçeği toplam puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.407$ ).

Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği alt boyutlarından “Stratejiler” puanları ile ÇÇÖY Ölçeği toplam puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ,  $\rho = 0.364$ ).

Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği alt boyutlarından “Kabul Etmeme” puanları ile ÇÇÖY Ölçeği toplam puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0.011$ ,  $\rho = 0.282$ ).

**Çizelge 0.9:** Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	Z	p
KSE	Erkek	25	25,56	-3,001	0.003
	Kadın	55	43,12		
Depresyon	Erkek	25	7,64	-2,735	0.006
	Kadın	55	12,27		
Anksiyete	Erkek	25	4,96	-2,738	0.006
	Kadın	55	9,05		
Olumsuz benlik	Erkek	25	4,44	-2,820	0.005
	Kadın	55	8,52		
Somatizasyon	Erkek	25	3,84	-2,819	0.005
	Kadın	55	7,05		
Hostilite	Erkek	25	4,68	-1,775	0.076
	Kadın	55	6,21		
Yakın İlişkiler ölçeği	Erkek	25	72,20	-0,280	0.779
	Kadın	55	73,10		
Güvenli	Erkek	25	21,96	-1,132	0.258
	Kadın	55	21,03		
Korkulu	Erkek	25	15,68	-0,260	0.795
	Kadın	55	15,36		
Kayıtsız	Erkek	25	21,36	-1,061	0.289
	Kadın	55	22,83		
Saplantılı	Erkek	25	27,48	-0,823	0.411
	Kadın	55	31,87		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Erkek	25	3,96	-1,237	0.216
	Kadın	55	4,60		
Açıklılık	Erkek	25	6,28	-1,200	0.230
	Kadın	55	7,70		
Amaçlar	Erkek	25	5,00	-1,726	0.084
	Kadın	55	5,29		
Dürtü	Erkek	25	7,64	-0,292	0.771
	Kadın	55	9,05		
Stratejiler	Erkek	25	4,60	-1,279	0.201
	Kadın	55	5,21		
Kabul Etme	Erkek	25	1,88	-1.193	0.233
	Kadın	55	2,23		
ÇÇÖYÖ	Erkek	25	25,56	0.714	0.475
	Kadın	55	43,12		

Mann-Whitney U test

Çizelge 0.9' da yer aldığı gibi kronik ürtiker hastalarının Kısa Semptom Envanteri ölçeği ve alt boyutlarından “Depresyon”, “Anksiyete”, “Olumsuz benlik”, “Somatizasyon”, “Hostilite” puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır.

KSE ölçeği puanları erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. KSE ölçeği puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ( $Z=-3.001$ ,  $p=0.003$ ).

KSE ölçeği alt boyutlarından “Depresyon” puanları erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Depresyon” puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ( $Z=-2.735$ ,  $p=0.006$ ).

KSE ölçeği alt boyutlarından “Anksiyete” puanları erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Anksiyete” puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ( $Z=-2.738$ ,  $p=0.006$ ).

KSE ölçeği alt boyutlarından “Olumsuz benlik” puanları erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “Olumsuz benlik” puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ( $Z=-2.820$ ,  $p=0.005$ ).

KSE ölçeği alt boyutlarından “somatizasyon” puanları da erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. “somatizasyon” puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ( $Z=-2.819$ ,  $p=0.005$ ).

Ancak Yakın ilişkiler ölçeği ve alt boyutları, Duygu düzenleme Güçlüğü ölçeği ve alt boyutları ile ÇÇOYÖ toplam puanları erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Çizelge 9).

**Çizelge 0.10:** Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanı Açısından Karşılaştırılması

	Psikiyatrik Tanı	N	Ort.	Z	p
KSE	Var	24	40, 58	-0, 672	0. 501
	Yok	56	36, 37		
Depresyon	Var	24	11, 12	-0, 373	0. 709
	Yok	56	10, 69		
Anksiyete	Var	24	8, 66	-1, 011	0. 312
	Yok	56	7, 39		
Olumsuz benlik	Var	24	6, 54	-0, 437	0. 662
	Yok	56	7, 55		
Somatizasyon	Var	24	7, 66	-1, 558	0. 119
	Yok	56	5, 35		
Hostilite	Var	24	6, 58	-0, 929	0. 353
	Yok	56	5, 37		
Yakın İlişkiler ölçeği	Var	24	76, 66	-2, 002	0. 045
	Yok	56	71, 21		
Güvenli	Var	24	22, 12	-1, 118	0. 263
	Yok	56	20, 98		
Korkulu	Var	24	16, 70	-1, 326	0. 185
	Yok	56	14, 92		
Kayıtsız	Var	24	23, 91	-1, 478	0. 139
	Yok	56	21, 71		
Saplantılı	Var	24	13, 91	-0, 142	0. 887
	Yok	56	13, 58		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Var	24	32, 70	-1, 146	0. 252
	Yok	56	29, 55		
Açıklık	Var	24	4, 25	-0, 419	0. 675
	Yok	56	4, 46		
Amaçlar	Var	24	8, 08	-1, 529	0. 126
	Yok	56	6, 91		
Dürtü	Var	24	5, 91	-1, 765	0. 078
	Yok	56	4, 89		
Stratejiler	Var	24	9, 54	-1, 235	0. 217
	Yok	56	8, 21		
Kabul Etme	Var	24	4, 91	-0. 503	0. 615
	Yok	56	5, 07		
ÇÇOYÖ	Var	24	3, 25	-3. 747	<0. 001
	Yok	56	1, 64		

Mann-Whitney U test

Çizelge 0.10' da yer aldığı gibi Kronik Ürtiker hastalarının KSE ölçeği ve alt boyut puanları psikiyatrik tanısı olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Çizelge 10).

Yakın ilişkiler ölçeği toplam puanları psikiyatrik tanısı olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermiştir. Yakın ilişkiler ölçeği toplam puanları psikiyatrik tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur ( $Z=-2. 002$ ,  $p=0. 045$ ).

Duygu Düzenleme Güçlüğü ölçeği ve alt boyut puanları psikiyatrik tanısı olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Çizelge 10).

Ancak ÇÇOYÖ puanları psikiyatrik tanısı olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermiştir. ÇÇOYÖ toplam puanları psikiyatrik tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur ( $Z=-3.747$ ,  $p<0.001$ ).

**Çizelge 0.11:** Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Açısından Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	N	Ort.	KV	p
KSE	Okuryazar	22	40,90	1,760	0,624
	Ortaokul mezunu	11	27,18		
	Lise mezunu	26	39,88		
	Üniversite mezunu	21	36,90		
Depresyon	Okuryazar	22	11,13	0,346	0,951
	Ortaokul mezunu	11	8,63		
	Lise mezunu	26	11,42		
	Üniversite mezunu	21	10,90		
Anksiyete	Okuryazar	22	8,86	2,471	0,481
	Ortaokul mezunu	11	4,81		
	Lise mezunu	26	8,00		
	Üniversite mezunu	21	7,90		
Olumsuz benlik	Okuryazar	22	6,40	3,064	0,382
	Ortaokul mezunu	11	4,54		
	Lise mezunu	26	8,53		
	Üniversite mezunu	21	7,95		
Somatizasyon	Okuryazar	22	8,59	5,702	0,127
	Ortaokul mezunu	11	4,81		
	Lise mezunu	26	5,76		
	Üniversite mezunu	21	4,38		
Hostilite	Okuryazar	22	5,90	1,396	0,706
	Ortaokul mezunu	11	4,36		
	Lise mezunu	26	6,15		
	Üniversite mezunu	21	5,76		
Yakın ilişkiler Ölçeği	Okuryazar	22	72,00	1,343	0,719
	Ortaokul mezunu	11	70,27		
	Lise mezunu	26	72,69		
	Üniversite mezunu	21	75,28		
Güvenli	Okuryazar	22	22,77	4,325	0,228
	Ortaokul mezunu	11	20,45		
	Lise mezunu	26	20,19		
	Üniversite mezunu	21	21,66		

**Çizelge 4.11: Devamı**

Korkulu	Okuryazar	22	14, 18	2. 202	0. 532
	Ortaokul mezunu	11	15, 45		
	Lise mezunu	26	16, 53		
	Üniversite mezunu	21	15, 47		
Kayıtsız	Okuryazar	22	20, 72	5. 438	0. 142
	Ortaokul mezunu	11	20, 45		
	Lise mezunu	26	23, 19		
	Üniversite mezunu	21	24, 09		
Saplantılı	Okuryazar	22	14, 31	2. 213	0. 529
	Ortaokul mezunu	11	13, 90		
	Lise mezunu	26	12, 76		
	Üniversite mezunu	21	14, 04		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Okuryazar	22	31, 90	4. 819	0. 186
	Ortaokul mezunu	11	25, 09		
	Lise mezunu	26	32, 38		
	Üniversite mezunu	21	29, 52		
Açıklık	Okuryazar	22	4, 68	4. 908	0. 179
	Ortaokul mezunu	11	3, 72		
	Lise mezunu	26	4, 65		
	Üniversite mezunu	21	4, 14		
Amaçlar	Okuryazar	22	7, 09	6. 455	0. 091
	Ortaokul mezunu	11	5, 27		
	Lise mezunu	26	8, 15		
	Üniversite mezunu	21	7, 38		
Dürtü	Okuryazar	22	6, 18	1. 655	0. 647
	Ortaokul mezunu	11	4, 63		
	Lise mezunu	26	5, 00		
	Üniversite mezunu	21	4, 71		
Stratejiler	Okuryazar	22	8, 95	3. 014	0. 389
	Ortaokul mezunu	11	7, 27		
	Lise mezunu	26	9, 19		
	Üniversite mezunu	21	8, 23		
Kabul Etmeme	Okuryazar	22	5, 00	2. 323	0. 508
	Ortaokul mezunu	11	4, 18		
	Lise mezunu	26	5, 38		
	Üniversite mezunu	21	5, 04		
ÇÇÖYÖ	Okuryazar	22	2, 09	3. 444	0. 328
	Ortaokul mezunu	11	1, 36		
	Lise mezunu	26	2, 19		
	Üniversite mezunu	21	2, 47		

KV=Kruskall Wallis test

Çizelge 0.11’de görüldüğü gibi Kronik Ürtiker Hastalarının KSE ölçek ve alt ölçek puanları, Yakın ilişkiler Ölçeği ve alt ölçek puanları, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Alt boyutları, ÇÇOYÖ toplam puanları ile eğitim durumu arasındaki ilişki Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Test sonuçlarında yapılan ölçeklerin toplam puanı ve alt boyut puanları ile eğitim durumu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 0.11).

**Çizelge 0.12:** Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaşadıkları Kişiler Açısından Karşılaştırılması

	Kiminle yaşıyor	N	Ort.	KV	p
KSE	Eş/Çocuklar	54	37, 40	0, 203	0. 904
	Anne/baba/Kardeş	18	38, 88		
	Yalnız	8	36, 37		
Depresyon	Eş/Çocuklar	54	10, 61	0, 182	0. 913
	Anne/baba/Kardeş	18	11, 88		
	Yalnız	8	9, 87		
Anksiyete	Eş/Çocuklar	54	7, 59	0, 457	0. 796
	Anne/baba/Kardeş	18	8, 83		
	Yalnız	8	6, 62		
Olumsuz benlik	Eş/Çocuklar	54	6, 85	1, 435	0. 488
	Anne/baba/Kardeş	18	7, 94		
	Yalnız	8	8, 37		
Somatizasyon	Eş/Çocuklar	54	6, 75	2, 041	0. 360
	Anne/baba/Kardeş	18	4, 77		
	Yalnız	8	4, 12		
Hostilite	Eş/Çocuklar	54	5, 59	1, 953	0. 377
	Anne/baba/Kardeş	18	5, 44		
	Yalnız	8	7, 37		
Yakın ilişkiler Ölçeği	Eş/Çocuklar	54	73, 27	4, 711	0. 095
	Anne/baba/Kardeş	18	69, 33		
	Yalnız	8	78, 12		
Güvenli	Eş/Çocuklar	54	22, 20	7, 774	0. 021
	Anne/baba/Kardeş	18	19, 50		
	Yalnız	8	19, 50		
Korkulu	Eş/Çocuklar	54	14, 85	6. 531	0. 038
	Anne/baba/Kardeş	18	15, 27		
	Yalnız	8	20, 00		
Kayıtsız	Eş/Çocuklar	54	21, 83	6. 458	0. 040
	Anne/baba/Kardeş	18	21, 94		
	Yalnız	8	27, 00		
Saplantılı	Eş/Çocuklar	54	14, 35	4. 805	0. 090
	Anne/baba/Kardeş	18	12, 61		
	Yalnız	8	11, 62		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Eş/Çocuklar	54	30, 40	0. 935	0. 627
	Anne/baba/Kardeş	18	30, 33		
	Yalnız	8	31, 50		
Açıklık	Eş/Çocuklar	54	4, 14	7. 698	0. 021
	Anne/baba/Kardeş	18	5, 38		
	Yalnız	8	3, 87		

**Çizelge 4.12: Devamı**

Amaçlar	Eş/Çocuklar	54	7, 14	0. 750	0. 687
	Anne/baba/Kardeş	18	7, 50		
	Yalnız	8	7, 50		
Dürtü	Eş/Çocuklar	54	5, 48	1. 773	0. 412
	Anne/baba/Kardeş	18	4, 33		
	Yalnız	8	5, 25		
Stratejiler	Eş/Çocuklar	54	8, 61	2. 196	0. 333
	Anne/baba/Kardeş	18	8, 33		
	Yalnız	8	9, 25		
Kabul Etmeme	Eş/Çocuklar	54	5, 01	2. 717	0. 257
	Anne/baba/Kardeş	18	4, 77		
	Yalnız	8	5, 62		
ÇÇOYÖ	Eş/Çocuklar	54	2, 18	1. 163	0. 559
	Anne/baba/Kardeş	18	1, 77		
	Yalnız	8	2, 50		

KV=Kruskall Wallis test

Çizelge 0.12’de görüldüğü gibi Kronik Ürtiker Hastalarının KSE ölçek ve alt ölçek puanları, Yakın ilişkiler Ölçeği ve alt ölçek puanları, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Alt boyutları, ÇÇOYÖ toplam puanları ile yaşadıkları kişiler arasındaki ilişki Kruskall Wallis testi ile incelenmiştir.

Test sonuçlarında Yakın İlişkiler ölçeği alt Boyutlarından “Güvenli bağlanma” puanları ile yaşadıkları kişiler arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. (KV=7. 774, p=0. 021). Yapılan Post-hoc testleri sonucunda Güvenli bağlanma puanları eş/çocuklar ile yaşayanlarla yalnız yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir (p=0. 049)

Yakın İlişkiler ölçeği alt Boyutlarından “Korkulu bağlanma” puanları ile yaşadıkları kişiler arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. (KV=6. 531, p=0. 038). Yapılan Post-hoc testleri sonucunda Korkulu bağlanma puanları yalnız yaşayanlar ile eş/çocuklar ve Anne/baba/kardeşle yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir (sırasıyla p=0. 003; p=0. 021)

Yakın İlişkiler ölçeği alt Boyutlarından “Kayıtsız bağlanma” puanları ile yaşadıkları kişiler arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. (KV=6. 458, p=0. 040). Yapılan Post-hoc testleri sonucunda Kayıtsız bağlanma puanları yalnız yaşayanlar ile eş/çocuklar ve Anne/baba/kardeşle yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir (sırasıyla p=0. 021; p=0. 033)

Duygu düzenleme Güçlüğü ölçeği alt boyutlarından “Açıklık” puanları yaşadıkları kişiler arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. (KV=7. 698, p=0. 021). Yapılan Post-hoc testleri sonucunda “açıklık” puanları eş/çocuklarla yaşayanlar ile Anne/baba/kardeşle yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir (p=0. 039) ÇÇOYÖ ile yaşadıkları kişiler arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 0.12).

**Çizelge 0.13:** Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Açısından Karşılaştırılması

	Değişkenler	N	Ort.	Z/KV	p
<b>Cinsiyet</b>					
KSE	Erkek	25	25, 56	-3, 001	0. 003
	Kadın	55	43, 12		
KSE -Depresyon	Erkek	25	7, 64	-2, 735	0. 006
	Kadın	55	12, 27		
KSE -Anksiyete	Erkek	25	4, 96	-2, 738	0. 006
	Kadın	55	9, 05		
KSE -Olumsuz benlik	Erkek	25	4, 44	-2, 820	0. 005
	Kadın	55	8, 52		
KSE -Somatizasyon	Erkek	25	3, 84	-2, 819	0. 005
	Kadın	55	7, 05		
<b>Psikiyatrik Tanı</b>					
Yakın İlişkiler ölçeği	Var	24	76, 66	-2, 002	0. 045
	Yok	56	71, 21		
ÇÇOYÖ	Var	24	3, 25	-3. 747	<0. 001
	Yok	56	1, 64		
<b>Kiminle yaşıyor</b>					
Yakın ilişkiler Ölçeği-Güvenli	Eş/Çocuklar	54	22, 20	7, 774	0. 021
	Anne/baba/Kardeş	18	19, 50		
	Yalnız	8	19, 50		
Yakın ilişkiler Ölçeği-Korkulu	Eş/Çocuklar	54	14, 85	6. 531	0. 038
	Anne/baba/Kardeş	18	15, 27		
	Yalnız	8	20, 00		
Yakın ilişkiler Ölçeği-Kayıtsız	Eş/Çocuklar	54	21, 83	6. 458	0. 040
	Anne/baba/Kardeş	18	21, 94		
	Yalnız	8	27, 00		
Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği- Açıklık	Eş/Çocuklar	54	4, 14	7. 698	0. 021
	Anne/baba/Kardeş	18	5, 38		
	Yalnız	8	3, 87		



Çizelge 13' te Çizelge 9-10-11-12'de yer alan anlamlı farklılıklar birleştirilmiş ve bir bütün olarak gösterilmiştir. Kronik ürtiker hastalarının Kısa Semptom Envanteri ölçeği ve alt boyutlarından “Depresyon”, “Anksiyete”, “Olumsuz benlik”, “Somatizasyon”, “Hostilite” puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında KSE ölçeği puanları erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. KSE ölçeği puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ( $Z=-3.001$ ,  $p=0.003$ ). KSE ölçeği alt boyutlarından “Depresyon ( $Z=-2.735$ ,  $p=0.006$ ), Anksiyete ( $Z=-2.738$ ,  $p=0.006$ ), Olumsuz Benlik ( $Z=-2.820$ ,  $p=0.005$ ), Somatizasyon ( $Z=-2.819$ ,  $p=0.005$ )” puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek tespit edilmiştir.

Ancak Yakın ilişkiler ölçeği ve alt boyutları, Duygu düzenleme Güçlüğü ölçeği ve alt boyutları ile ÇÇÖYÖ toplam puanları erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Kronik Ürtiker hastalarının KSE ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü ölçeği ve alt boyut puanları psikiyatrik tanısı olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemesine rağmen yakın ilişkiler ölçeği toplam puanları ( $Z=-2.002$ ,  $p=0.045$ ) ve ÇÇÖYÖ toplam puanları ( $Z=-3.747$ ,  $p<0.001$ ) psikiyatrik tanısı olmayanlara kıyasla olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Kronik Ürtiker Hastalarının KSE ölçek ve alt ölçek puanları, Yakın ilişkiler Ölçeği ve alt ölçek puanları, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve alt ölçek puanları, ÇÇÖYÖ toplam puanları ile yaşadıkları kişiler arasındaki ilişki Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Duygu Düzenleme Güçlüğü ölçeği alt boyutlarından “Açıklık” puanları, Yakın İlişkiler ölçeği alt boyutlarından “Güvenli, Korkulu ve Kayıtsız bağlanma” puanları ile yaşadıkları kişiler arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (sırasıyla  $KV=7.698$ ,  $p=0.021$ ,  $KV=7.774$ ,  $p=0.021$ ,  $KV=6.531$ ,  $p=0.038$ ,  $KV=6.458$ ,  $p=0.040$ ). Yapılan Post-hoc testleri sonucunda “açıklık” puanları eş/çocuklarla yaşayanlar ile Anne/baba/kardeşle yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir ( $p=0.039$ ). Güvenli bağlanma puanları eş/çocuklar ile yaşayanlarla yalnız yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık gösterirken ( $p=0.049$ ) Korkulu ve Kayıtsız bağlanma puanları yalnız yaşayanlar ile eş/çocuklar ve Anne/baba/kardeşle yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir (sırasıyla  $p=0.003$ ,  $p=0.021$ ,  $p=0.033$  )

## 5. TARTIŞMA

Kronik ürtiker en sık orta yaşlarda, 20-40 yaş aralığında görülmektedir (Zuberbier ve Maurer,2007). Hastalarımızın yaş ortalaması 36,42 idi. Bizim çalışma sonucumuz literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Deri hastalıklarından biri olan kronik ürtiker incelendiğinde, klinik özellikleri nedeniyle fiziksel ve duygusal rahatlık, sosyal ilişkiler ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkili birçok araştırma sonucu ile konunun ilişkilendirildiği görülmüştür (Baiardini ve ark., 2010). Örneğin Michaelsson'a göre (1969), kronik ürtiker hastalığının başlangıcında psikolojik etmenlerin %11-21 oranında doğrudan rol oynadığı, Champion ve Ark.'na göre ise (1969) %24-68 oranında kolaylaştırıcı ve alevlendirici rolü olduğu ortaya konmuş ve kronik ürtikerde %70-90 oranında organik bir neden bulunamadığı belirtilmiştir. Bizim araştırma bulgularımız açısından hasta grubu ile ilgili atak tetikleyen nedenler incelendiğinde, hastaların %84, 2'sinin nedensiz yere ya da stres nedeniyle, %7, 4'ünün hava ve su nedeniyle, %2, 1'inin gıda nedeniyle, %6, 3'ünün ise fizyolojik nedenler sebebiyle hastalıklarının arttığını belirtilmiş olup; %84,2 neden bulunamaması diğer araştırma bulguları ile uyumludur (Champion, 1969).

İlgili alan yazın incelendiğinde, kronik ürtiker, atopik dermatit, sedef hastalığı, alopesi areata ve vitiligo gibi psikodermatolojik hastalıklarda kişilerarası ilişkiye dair birçok bilimsel rapor bulunmaktadır. Bu raporlar incelendiğinde dermatolojik problemleri olan hastalarda bağlanma güvensizliklerinin daha yaygın olduğunu göstermektedir. Janković ve ark. (2009) deri hastalıklarından toplumda çok yaygın olan sedef hastalarının daha yüksek anksiyete ile ilgili bağlanma ile daha yüksek kaçınma ile ilgili bağlanmaya sahip olduklarını ayrıca güvensiz bağlanmanın bazı deri hastalıklarında bedene dair duyarlılığı arttırabileceğini gösteren çalışmalar ile benzerlik göstermiştir. Kaçınan bağlanan bireylerin ilişkilerde olumsuz durumlardan etkilenerek bedene olan duyarlılığı fazlaşmakta ve bedenselleştirme ortaya çıkmaktadır. (Bartholomew, 1990). Deri rahatsızlığı olan hastaların, sağlıklı

bireylere kıyasla daha yüksek sürekli kaygı düzeylerine sahip olduğu, sosyal desteklerini daha yüksek olarak algılayan hastalarda daha düşük depresyon ve anksiyete düzeyleri olduğu görülmüştür. Bizim araştırmamızda da kronik ürtiker hastalarının ölçek ve alt ölçek puanları, yaşadıkları kişiler arasındaki ilişki incelendiğinde; yakın ilişkiler ölçeği alt boyutlarından “güvenli bağlanma” puanları ile yaşadıkları kişiler arasında istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. (KV=7. 774, p=0. 021). Yapılan Post-hoc testleri güvenli bağlanma puanları eş/çocuklar ile yaşayanlarla yalnız yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir (p=0. 049). Demirci ve ark. (2020) ise sedef hastalığı olan kişilerde güvensiz bağlanma stilleri ile depresyon, anksiyete ve düşük yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu yapmış oldukları çalışma ile ortaya çıkarmış ayrıca bağlanma güvensizliklerinin bu hastalarda algılanan stresi artırarak fizyolojik stres tepkisini bozabileceği fikrini desteklemişlerdir.

Avrupa Dermatoloji ve Psikiyatri Derneği tarafından düzenlenen 13 Avrupa ülkesinde yürütülen çok merkezli bir çalışma çerçevesinde dermatolojik poliklinik hastalarının bağlanma stilleri ve dermatologlarından memnuniyetleri araştırılmıştır. Toplam 3. 635 yetişkin hastanın dahil edildiği bu çalışmaya göre dermatolojik poliklinik hastalarının diğer hastalara nazaran daha az bağımlı olduğu, yakın ilişkiden daha az rahatsız olduğu ve ilişkilerde de benzer oranda anksiyete yaşadığı görülmüştür. Güvenli bağlanma stilleri olan katılımcılar son 6 ay boyunca güvensiz bağlanma stilleri olanlardan önemli ölçüde daha az stresli yaşam olayları bildirmişlerdir. Güvenli bağlanma stilleri olan hastalar dermatologlarından güvensiz hastalardan daha memnun olma eğilimindeydi. Bu sonuçlar dermatolojik poliklinik hastalarının güvenli bir şekilde bağlanmasının stres yönetiminde koruyucu bir faktör olabileceğini düşündürmektedir (Szabó ve ark., 2017). Bizim çalışmamızda güvensiz bağlanan kronik ürtiker hastaları ile duygu düzenleme güçlüğü alt boyutu olan dürtü arasında anlamlı pozitif ilişki ortaya çıkmıştır. Korkulu, kayıtsız ve saplantılı bağlanma biçimine sahip kronik ürtiker hastaları duygu düzenleme noktasında olumsuz duyguları deneyimlerken dürtü kontrolünde güçlük yaşama eğilimindedirler. Güvensiz bağlanma geliştirmiş olan bu hastalar, DDG ile ürtiker ortaya çıkışı arasında ilişki olabileceğini düşündürmüştür.

Depresif semptomlar kronik ürtiker ve idiyopatik kaşıntıda önemli bir rol oynamaktadır. Kaşıntı hem depresyon hem de anksiyete belirtilerine neden olabilir ve ayrıca stres, anksiyete veya depresyondan da kaynaklanabilmektedir. Deri ile ilgili tüm vakaların en az yarısında psikolojik faktörler dikkate alınmazsa tedavinin sonucunun yetersiz olacağını söyleyen ünlü dermatolog Arthur Rook'un haklılığı uzun yıllar yapılan çalışmalarda ortaya çıkmaktadır (Guerra-Tapia ve ark., 2015). Bu durumda psikolojik semptomların sıklığı nedeniyle kronik ürtiker hastalığından mustarip hastaların tamamlayıcı bir psikolojik tedavisi gerekli görülmektedir (Buffet, 2003). Örneğin deri hastalığı ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada hastaların %43'ünün anksiyete ve depresyona eğilimli kişilerden oluştuğu tespit edilmiştir (Richards ve ark., 2001). Kökçam ve Dilek (2010) ise yaptıkları çalışmada dermatoloji kliniğinde depresyon (%48, 1) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%31, 4) en sık konulan tanılar arasında yer aldığını ortaya koymuşlardır. Engin ve ark. (2008) nin kronik ürtiker hastalarının yaşadığı anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemeye yönelik çalışmasında literatürde yer alan çalışmaları destekler şekilde yüksek anksiyete ve depresyon değerlerini ortaya çıkarmışlardır. Lyketsos ve arkadaşlarının (1985) yapmış oldukları çalışmada kronik idiyopatik ürtiker hastalarının %29'unda depresyon, %68'inde anksiyete belirtileri saptamışlardır. Bizim çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında kısa semptom envanteri alt boyutlarından depresyon, anksiyete açısından fark bulunamamışken olumsuz benlik puanları kontrol grubunda hasta grubuna kıyasla anlamlı ölçüde farklılık tespit edilmiştir (p=0.030). Bu durumun sınırlı katılımcı ile yapılan bir çalışma olması, hastaların kontrol altında takipli hastalar olması, kültürel farklar olması, hastaların iç görülerinin az olması, hastaların aleksitimi nedeniyle duyguları açıklamakta veya tanımlamakta zorluk yaşamasından kaynaklandığı ve depresyon anksiyetelerini tanıyamamakta oldukları düşünülmektedir. Ayrıca zorlu dönemlerde duyguların ifade edilmesi konusunda güçlük yaşayan bireyler emosyonel zorluklarını fiziksel sağlıklarına karşı duyarlılık olarak deneyimleyebilmektedir (Waller ve Scheidt, 2006; Martin ve Pihl, 1985). Bizim çalışmamızda duygu düzenleme güçlüğü arttıkça somatizasyonun arttığı tespit edilmiştir. Ürtiker hastalarının depresyonu ya da kaygıyı ifade etmek yerine somatize ettikleri düşünülmektedir.

İngiliz Dermatologlar Birliği, deri hastalığı olan hastaların %85'inin hastalıklarının psikososyal etkilerinin hastalığın önemli bir bileşeni olduğunu ve aile içerisindeki psikiyatrik vakaların da bu durumu doğrudan etkileyebilecek bir alt bileşen olabileceğini bildirmiştir (Zhang ve ark., 2019). Çünkü kronik ürtiker genellikle depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik semptomlarla ve hastalığın oluşumunda ve evriminde rol oynayabilecek stres ile ilişkilidir (Berrino ve ark., 2006). Stres ve anksiyete gibi duygusal faktörler de bazı deri rahatsızlıklarında etkin rol oynadığı bilinmektedir (Arndt ve ark., 2008). Hashiro ve Okumura (1994) nın elde ettiği veriler kronik ürtiker hastalarının normal hastalardan daha endişeli, depresif ve psikosomatik semptomlara eğilimli olduğunu göstermiştir. Bizim araştırmamızda ise kronik ürtiker hastalarının KSE ölçeği ve alt boyut puanları ile (depresyon, anksiyete) psikiyatrik tanısı olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamasına rağmen aile içerisinde psikiyatrik tanı almış yakınları olanların fazla olduğu ürtiker hastalarının yakın ilişkilerinde zorluk yaşadığı ve çocukluk çağı olumsuz yaşantı deneyiminin fazla olduğu tespit edilmiştir.

Her ne kadar dermatolojide duygu düzenlemesine yönelik araştırmalar hala az olsa da ve çelişkili sonuçlar ortaya koysa da, ön veriler bu rahatsızlığın alopesi areata, sedef hastalığı, atopik dermatit, vitiligo veya kronik ürtiker ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Willemsen ve ark. (2008) nin yapmış oldukları sonuçlar Dermatoloji alanındaki aleksitimi ile ilgili mevcut araştırma bulguları, bazı spesifik dermatolojik bozuklukların tedavisi için önemli sonuçlar ortaya koymaktadır. Bizim çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından yaşadığı olumsuz duyguların reddedilmesinde, bu duygusal tepkilerin anlaşılmasında, dürtülerin kontrolünde güçlük yaşamada, algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim konusunda fark bulunamamasına rağmen olumsuz duygular deneyimlerken amaca uygun odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama konusundaki puanları kontrol grubunda hasta grubuna kıyasla anlamlı ölçüde farklılık tespit edilmiştir( $p=0.019$ ). Bunun nedeninin ise bazı gözlemciler tarafından ürtiker hastalarının kişilik özelliklerine bakıldığında aceleci, aşırı gerilimli, kusursuz ve hata yapmaktan korkan, mükemmeliyetçi, yarışmacı olarak tanımlanmaları ile uyumludur (Koblenzer, 1987).

Günümüze kadar yapılan birçok araştırma incelendiğinde, çocukluk çağı olumsuz yaşantılar olarak bilinen travmatik ve stresli çocukluk deneyimlerinin, birçok rahatsızlık ile ilişkilendirildiği görülmektedir. Bununla birlikte, kronik ürtiker gibi deri rahatsızlığı hastaları ile çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının etkileri hakkında ise çok az şey bilinmektedir. Bizim çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında fark bulunamamasına rağmen hasta grubuna uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde ÇÇÖY deneyimi arttıkça korkulu bağlanma biçimine sahip ürtiker hastaları yaşadığı olumsuz duyguların reddedilmesinde, dürtü kontrolünde, amaca uygun davranışta bulunmada ve strateji geliştirme güçlük yaşamaktadır. ÇÇÖY deneyimlemiş bireylerin duygularını düzenlemede zorluk yaşamaları somatize ederek ürtikeri ortaya çıkarıyor olabileceği düşünülmüştür. McKenzie ve Silverberg (2020) çocukluk çağı olumsuz yaşantılar maruziyetlerinin bir deri hastalığı olan atopik dermatit hastalığı ile olan ilişkisini incelemişler ve daha fazla sayıda çocukluk çağı olumsuz yaşantısına maruz kalan bireylerin daha yüksek atopik dermatit prevalansına sahip olduklarını ortaya çıkarmışlardır. Ayrıca bir dizi deri hastalığının klinik süreci incelendiğinde, deri hastalıklarının oluşumunda ve gelişiminde rol oynayabilen biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler arasında karmaşık ve bazen karşılıklı etkileşim olabildiği görülmüştür (Zhang ve ark., 2019).

Erfanian'ın (2018) yapmış olduğu çalışmanın bulguları çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile majör depresyon, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve bir deri hastalığı olan sedef hastalığı arasındaki ilişkinin altını çizmektedir. Duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve duygusal ihmalin artan seviyesi, sedef hastalığının şiddetinin artmasıyla bağlantılıdır. Benzer şekilde, tüm çocukluk çağı travma alt tiplerinin majör depresyonu olan sedef hastaları grubunda daha şiddetli olduğu görülmüştür. Bu çalışma ile çocuklukta kötüye kullanım ve ihmalin, sedef hastalığı olan hastalarda majör depresyonun gelişmesinde önemli bir psikososyal problemlerin ortaya çıkmasında katkısı olduğunu öne süren diğer popülasyonlarda yapılan çalışmalarla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Picardi ve Abeni (2001) kişilerin yaşamış oldukları stresli yaşam olaylarının, cilt rahatsızlıklarını tetikleme veya şiddetlendirmedeki rolü hakkındaki mevcut kanıtları gözden geçirdiklerinde sedef hastalığı, alopesi areata, atopik dermatit ve ürtiker hastalarındaki olumsuz etkilerini

açıkça görmüşlerdir. Bizim çalışmamızda çocukluk çağı olumsuz deneyimi fazla olan kronik ürtiker hastalarının KSE toplam puanının arttığı, olumsuz benliğin, depresyonun, kaygının ve hostilitenin arttığı görülmüştür.

Barbosa ve ark. (2011a) nin çalışmasında ise, kronik ürtiker hastalarında depresif belirtilerden daha fazla kaygı belirtilerinin anlamlı bir prevalansı gözlemlenmiştir. Ayrıca anksiyete semptomlarının kapsamlı çalışmasından, kişilik boyutları, güvensiz bağlanma stilleri, aleksitimi ve yaşam kalitesi boyutları ile önemli ilişkiler gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar kronik ürtiker hastalarını daha iyi anlamak için psikososyal değişkenlere ulaşmanın önemini vurgulamaktadır. Anksiyete belirtileri gösteren kronik ürtiker hastaları ile klinik temasta dikkat edilmesi gereken hususları belirtmişlerdir. Bunlar; kişilik özellikleri (nevrotiklik, dışa dönüklük); sosyal ağlarıyla nasıl ilişki kurdukları (ortak, aile üyeleri, yakın arkadaşlar), nasıl sosyal destek istedikleri ve nasıl yardım istedikleri ve duygularla nasıl başa çıktıklarını ve onları başkalarına, özellikle de hekime nasıl ifade ettikleridir. Bizim çalışmamızda duyu düzenleme güçlüğü ve çocukluk çağı olumsuz yaşantısı fazla olan kronik ürtiker hastalarında depresyonun, anksiyetenin, olumsuz benlik değerinin, hostilitenin ve KSE toplam puanının arttığı gözlemlenmiştir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik ürtiker hastalarında çocukluk çağı olumsuz yaşantı, yakın ilişkiler ve duygu regülasyonu arasındaki ilişkiyi araştıran ilgili alan yazınında çok fazla bilimsel yayına rastlanmamıştır. Bu sebeple, bu hastalık ile ilgili sorunların altında yatan nedenlerin araştırılması ve bu konuda yapılan bilimsel çalışmaların artırılması büyük önem arz etmektedir.

Sonuç olarak, çoklu çocukluk çağı olumsuz deneyimi olan bireylerin duygularını düzenleme konusunda güçlük çektiklerinde somatize ederek daha kalıcı kronik ürtiker hastalığına sahiptir. Bu bulguların klinik önemi, sağlık profesyonellerini pediatrik popülasyonlardaki olumsuz çocukluk deneyimlerini tanımlayan tarama araçlarını kullanmayı düşünmeye teşvik etmelidir. Ayrıca, olumsuz çocukluk deneyimlerini önlemeye veya mevcut sorunları ele almaya yönelik müdahaleler, kronik ürtiker oluşumu ve kalıcılığı riskini azaltabilir. Bu ilişkilerin doğrulanması, mekanizmalarının belirlenmesi ve kronik ürtiker hastalarının bu alt kümesinde optimal önleme ve tedavi stratejilerinin belirlenmesi için gelecekteki araştırmalara ihtiyaç vardır.

Kronik Ürtiker klinik özellikleri nedeniyle fiziksel ve emosyonel iyi oluşa, sosyal ilişkiler ve günlük yaşam aktivitelerine derinden müdahale ettiğinden yapılan bu çalışma dermatoloji hastasının bir psikiyatriste sevk edilmesi için kriterler sadece hastalığın teşhisini değil, hastanın kişiliği ve sosyal durumu da dahil olmak üzere ilgili tüm koşulları dikkate alınması gerektiğini ortaya koymuştur.

Bizim çalışmamızda güvensiz bağlanan ürtiker hastalarının olumsuz duygu deneyimi esnasında dürtü kontrolünü sağlayamayıp somatize ettiklerini göstermektedir. Dolayısı ile bu çalışma, kronik ürtiker hastalığına sahip kişilerin hastalık seyrinde bağlanma çeşitleri ile olan etkileşimini doğrulamaktadır. Bağlanma çeşitleri erken çocukluk döneminde oluşmasına ve tutarlı kalmasına rağmen, yine de etkileşim ile gelişmektedir. Bu nedenle, bu bulgular doktor-hasta ilişkisine ve altta yatan psikososyal faktörlere yönelik psikososyal ve psikofarmakolojik müdahalelerle



tedavi planına katkıda bulunabilir ve ürtiker hastalığını daha etkili bir şekilde tedavi edilebilir.

Kronik idiyopatik ürtiker hastalarında incelenen ve ilişkilerine bakılan yakın ilişkiler kurmanın temeli için kullanılan bağlanma stilleri, çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, duygu regülasyonu, kısa semptom envanteri değişkenlerinin daha fazla sayıda katılımcı ile ele alınması önemli görülmektedir. Kronik ürtiker hastalarında her bir değişkenin kapsamlı çalışılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Bizim çalışmamız SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran, dermatolog takibinde olan hasta grubu ile sınırlıdır. Dolayısı ile kaşıntı şiddetinin değerlendirildiği, doktor kontrolünde takipli olmayan ve takipli olan kronik ürtiker hastaları arasında yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Kronik ürtiker hastaları ile yapılan çalışmalarda daha geniş hasta sayılı ve kontrol grubu olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Depresyon ve anksiyete düzeylerinin kronik ürtiker hastalarında hastalık aktivitesine olan etkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için dermatolojik ve psikiyatrik değerlendirmeyi birleştiren disiplinlerarası incelemeye ihtiyaç duyulmaktadır.

## KAYNAKLAR

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. ve Wall, S.** (1978). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Almeida, V., Taveira, S., Teixeira, M., Almeida, I., Rocha, J. ve Teixeira, A.** (2017). Emotion regulation in patients with psoriasis: correlates of disability, clinical dimensions, and psychopathology symptoms. *International journal of behavioral medicine*, 24(4), 563-570.
- Anzieu, D. ve Séchaud, E.** (1985). Le moi-peau.
- Arıcan, Ö., Kutluk, R.** (2005). Ürtikerde etyopatogenez. *Kartal Devlet Hastanesi Derg.* 16(1) :46-52.
- Arıkoğlu, T., Aydoğdu, A., Batmaz, S., Tezol, Ö. ve Kuyucu, S.** (2017). Çocukluk Çağındaki Kronik Ürtikerli Olguların Etiyolojik Açıdan Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi.* 12(4), 251-257.
- Armsden, G.C., McCauley, E., Greenberg, M.T., Burke, P.M. ve Mitchell, J.R.** (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of abnormal child psychology*, 18(6), 683-697.
- Arndt, J., Smith, N. ve Tausk, F.** (2008). Stress and atopic dermatitis. *Current allergy and asthma reports*, 8(4), 312-317.
- Aslan, A.** (2015). Kronik ürtiker ve atopik dermatitte deri prick test ve total ige sonuçlarının değerlendirilmesi. *Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*, Eskişehir.
- Baiardini, I., Braidò, F. ve Canonica, G.W.** (2010). Impact of Urticaria: QOL and Performance. In *Urticaria and Angioedema* (pp. 33-36). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Balistreri, K.S. ve Alvira-Hammond, M.** (2016). Adverse childhood experiences, family functioning and adolescent health and emotional well-being. *Public Health*, 132, 72-78.
- Barbosa, F., Freitas, J. ve Barbosa, A.** (2011a). Chronic Idiopathic Urticaria and Anxiety Symptoms. *Journal of Health Psychology*, 16(7), 1038-1047.
- Barbosa, F., Freitas, J. ve Barbosa, A.** (2011b). Alexithymia in chronic urticaria patients, *Psychology and Medicine* 16(2) :215-25 March
- Bartholomew, K.** (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships*, 7(2), 147-178.
- Bartholomew, K. ve Horowitz, L.M.** (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Basra, M.K. ve Shahrukh, M.** (2009). Burden of skin diseases. *Expert Review of Pharmacoeconomics ve Outcomes research.* 9(3), 271-283.
- Benedetti F., Radaelli D., Poletti S., Falini A., Cavallaro R., Dallspezia S., Riccaboni R., Scotti G. ve Smeraldi E.** (2011). Emotional reactivity in chronic schizophrenia: structural and functional brain correlates and the influence of adverse childhood experiences. *Psychological Medicine*, 41(3), 509-519. doi:10.1017/S0033291710001108
- Bernstein, JA., Lang, DM., Khan, DA., ve diğ. (2014).** The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: update. *J Allergy Clin Immunol*, 133:1270-77

- Berrino, A.M., Voltolini, S., Fiaschi, D., Pellegrini, S., Bignardi, D., Minale, P., ve Maura, E.** (2006). Chronic urticaria: importance of a medical-psychological approach. *European annals of allergy and clinical immunology*, 38(5), 149-152.
- Bethell, C. D., Davis, M. B., Gombojav, N., Stumbo, S. ve Powers, K.** (2017). Issue Brief: A national and across state profile on adverse childhood experiences among children and possibilities to heal and thrive. *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, October 2017.
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.G. ve diğ.** (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284–296.
- Bowlby, J.** (1969). *Attachment and Loss*, 1st Ed. London, Hogarth Press.
- Bowlby, J.** (1973). *Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Anger*. New York, Basic Books.
- Bowlby, J.** (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London, Tavistock Publications, 1979.
- Bowlby, J.** (1980). *Attachment and Loss: Sadness and Depression*, New York, Basic Books,.
- Bowlby, J.** (1982). *Attachment*, 2nd Ed. New York, Basic Books,.
- Bowlby, J.** (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Brennan, K.A., Clark, C.L. ve Shaver, P.R.** (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson ve W. S. Rholes (Eds. ), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York, NY: Guilford Press.
- Brown G.W., Craig T. K.J., Harris T.O., Handley R.V. ve Harvey A.L.** (2007) Development of a retrospective interview measure of parental maltreatment using the Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) instrument: a life-course study of adult chronic depression. *Journal of Affective Disorders*, 103(1–3), 205–215. doi:10. 1016/j. jad. 2007. 05. 022.
- Buffet, M.** (2003). Management of psychologic factors in chronic urticaria. When and how?. In *Annales de dermatologie et de venerologie* (Vol. 130, pp. 1S145-59).
- Champion R.H.** (1988). Urticaria: then and now. *Br J Dermatol*; 119:427-436.
- Champion, R.H., Roberts, S.O., Carpenter, R.G. ve diğ.** (1969). Urticaria and angio-oedema: a review of 554 patients. *Br J Dermatol*, 81:588-597.
- Chung, M., Symmons, C., Gilliam, C., Kaminski, E.** (2010). The relationship between posttraumatic stress disorder, psychiatric comorbidity, and personality traits among patients with chronic idiopathic urticaria. *Comprehensive psychiatry*. 51(1), 55-63.
- Ciechanowski, P.S., Walker, E.A., Katon, W.J. ve Russo, J.E.** (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med*, 64:660-667.
- Collins, N.L. ve Feeney, B.C.** (2004). An attachment theory perspective on closeness and intimacy. In D. J. Mashek ve A. Aron (Eds. ), *Handbook of Closeness and Intimacy* (pp. 163 – 187). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Collins, N.L. ve Read, S.J.** (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.
- Consoli, S.G.** (2002). Dermatologists and Psychoanalysts—the State of the Question. *Dermatology and Psychosomatics/Dermatologie und Psychosomatik*, 3(3), 144-147.
- Çalışır, M.** (2009). Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1:240-255.
- Çevik, A.** (2000). *Ruh sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: ANTIP A. Ş. Yayınları. Derleyen: Işık Sayıl.

- Dalgard, F.J., Sjöström, K., Fhager, J., Svensson, Å., Wallin, E. ve Hauksson, I.** (2020). Subjective and Objective Characteristics of Patients Seen at a Psychodermatology Unit: One-year Experience in Malmö, Sweden. *Acta Dermato-Venereologica*, 100(6-7), 1-6.
- Demirci, O.O., Ates, B., Sagaltici, E., Ocak, Z.G. ve Altunay, I.K.** (2020). Association of the attachment styles with depression, anxiety, and quality of life in patients with psoriasis. *Dermatologica Sinica*, 38(2), 81.
- Denollet, J., Nykliček, I. ve Vingerhoets, A.J.** (2008). Emotion regulation. J Denollet, I Nykliček, AJ Vingerhoets (Eds. ), New York: Springer, pp. 3-11.
- Derogatis L.R.** (1993). The Brief Symptom Inventory-BSI administration, scoring and precedures manual-II. USA, Clinical Pschometric Research.
- Dibbern D.A., Dreskin S.C.** (2004). Urticaria and angioedema: an Overview. *Immunol Allergy Clin N Am.* 24:141-162.
- Dixon, L.J., Witcraft, S.M., McCowan, N.K. ve Brodell, R.T.** (2018). Stress and skin disease quality of life: the moderating role of anxiety sensitivity social concerns. *British Journal of Dermatology*, 178(4), 951-957.
- Domonkos, A.N.** (1971). Pruritus, Cutaneous Neuroses and Neurocutaneous Dermatoses. Andrew's Disease of the Skin, 6th ed. Philadelphia, WB Saunders C., s. 61-76.
- Duy, B. ve Yıldız, M.A.** (2014). Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(41), 23-35.
- Einsberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K. and Reiser, M.** (2000). Dispositional Emotionality and Regulation: Their Role In Predicting Quality of Social Functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-157.
- Erfanian, M.** (2018). Childhood trauma: a risk for major depression in patients with psoriasis. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(4), 378-385.
- Engin, B., Uguz, F., Yilmaz, E., Özdemir, M. ve Mevritoglu, I.** (2008). The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22(1), 36-40.
- Erdemli N., Kırpınar İ., Parlak M. ve diğ.** (1994). Ürtikerli Hastalarda Cornell Index Testi ile Ölçülen Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi: *XV Ulusal Dermatoloji Kongresi Bildiri Kitabı*. 391-394.
- Fenichel, O.** (1974). Nevrozların psikoanalitik teorisi (çev.) Tuncer S., Ege. n matbaası, Bornova, İzmir, s. 234-236.
- Fitzpatrick, T.B., Eisen, A.Z., Wolff, K., Freedberg, I.M. Austen, K.F.** (2008). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Seventh Edition. Volume one. New York, McGraw Hill, 330-342
- Fonacier L. S., Dreskin S.C., Leung D.Y.** (2010). Allergic skin diseases. *J Allergy ClinImmunol.* 125(2 Suppl 2). S. 138-149.
- França, K. ve Lotti, T.M.** (2017). Psycho-Neuro-Endocrine-Immunology: A Psychobiological Concept. In *Ultraviolet Light in Human Health, Diseases and Environment* (pp. 123-134). Springer, Cham.
- França, K., Chacon, A., Ledon, J., Savas, J. ve Nouri, K.** (2013). Pyschodermatology: a trip through history. *Anais brasileiros de dermatologia.* 88(5), 842-843.
- Freud, S.** (2003). The Wolfman and other cases. Penguin.
- Garland, E. L., Reese, S. E., Bedford, C. E. ve Baker, A. K.** (2019). Adverse childhood experiences predict autonomic indices of emotion dysregulation and negative emotional cue-elicited craving among female opioid-treated chronic pain patients. *Development and psychopathology*, 31(3), 1101-1110.

- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. ve Janson, S.** (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68–81. Doi:10. 1016/S0140-6736(08) 61706-7
- Graham, DT., Wolff, S.** (1950). Pathogenesis of urticaria. *J Am Med Assoc*, 143:1396.
- Gratz, K. L. ve Roemer, L.** (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology ve Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Greenberg, L. S.** (2004). Emotion–focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16.
- Griffin, D. ve Bartholomew, K.** (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew and D. Perlman (Eds. ), *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships* (Vol. 5, pp. 17-52). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Gross, J.J.** (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573. doi: 10. 1080/026999399379186
- Gross, J.J. ve John, O. P.** (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi: 10. 1037/0022- 3514. 85. 2. 348
- Gross, J.J. ve Levenson, R. W.** (1993). Emotion alsuppression : Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970±986.
- Gross, J.J. ve Levenson, R. W.** (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95–103. Doi:10. 1037/0021-843X. 106. 1. 95
- Gross, J.J. ve Thompson, R.A.** (2006). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed. ), *Handbook of emotion regulation*. (pp. 87-145), New York: Guilford Press.
- Gross, J.J.** (1998). The Emerging Field Of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Guerra-Tapia, A., Asensio Martinez, A. ve Garcia Campayo, J.** (2015). The emotional impact of skin diseases. *Actas Dermosifiliogr*, 106(9), 699-702.
- Gupta M. A.** (2009). Stress and Urticaria. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Neuroimmunology of the Skin pp 209-217.
- Gupta, M.A., Gupta, A.K., Schork, N.J. ve Ellis, C.N.** (1994). Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine*.
- Gündüz, A., Yaşar, B., Gündoğmuş, İ., Savran, C. ve Konuk, E.** (2018). Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 19: 68-75
- Hashiro, M., Okumura, M.** (1994) Anxiety, depression, psychosomatic symptoms and autonomic nervous function in patients with chronic urticaria. *J Dermatol Sci*, 8:129-135.
- Hazan, C., Shaver, P.** (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*, 52: 511-524.
- Hunt, T.K., Slack, K.S. ve Berger, L.M.** (2017). Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child abuse ve neglect*, 67, 391-402.
- Jafferany, M. ve Pastolero, P.** (2018). Psychiatric and Psychological Impact of Chronic Skin Disease. *The primary care companion for CNS disorders*, 20(2).
- Jafferany, M., Franca, K.** (2016). Psychodermatology: basics concepts. *Acta dermato-venereologica*. 96(217), 35-37.

- Jafferany, M., Stoep, A.V., Dumitrescu, A. ve Hornung, R.L.** (2010). The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. *International journal of dermatology*, 49(7), 784-789.
- Janković, S., Raznatović, M., Marinković, J., Maksimović, N., Janković, J. ve Djikanović, B.** (2009). Relevance of psychosomatic factors in psoriasis: a case-control study. *Acta dermato-venereologica*, 89(4), 364-368.
- Kalmakis, K.A. ve Chandler, G.E.** (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of advanced nursing*, 70(7), 1489-1501.
- Kaplan A.P.** (1998). Urticaria and angioedema. In *Allergy: Principles and Practice*. 5th ed. Middleton E, Reed CE, Ellis EF, Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW eds. St Louis, MO: CV Mosby, p1104-1122.
- Kaplan A.P.** (2004). Chronic urticaria: Pathogenesis and Treatment. *J Allergy Clin Immunol*. 114:465-474.
- Kaplan, A.P.** (2008). Urticaria and angioedema. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ (Eds). *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 7th ed. New York: Mc Graw Hill Co; p. 330-43
- Kirkpatrick, L.A., Davis, K.E.** (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: a longitudinal analysis. *Pers Soc Psychol*, 66:502-512.
- Koblentz, C. S.** (1987) Psychocutaneous Disease. First ed., Orlando, Grune Stratton s:77-78.
- Koblentz, C.S.** (1983) Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol*. 119:501-512.
- Kocatürk Göncü, E., Aktan, Ş., Atakan, N., Bülbül Başkan, E., Erdem, T., Koca, R. ve Utaş, A. A. H. C. O.** (2016). Türkiye ürtiker tanı ve tedavi kılavuzu-2016. *Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*, 50(3), 82-98.
- Koole S.L.** (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and emotion*, 23(1), 4-41.
- Kökçam, İ. ve Dilek, N.** (2010). Dermatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Hastalar İçin İstenen Psikiyatri Konsültasyonları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. Cilt 24, Sayı 1, 021-024.
- Kraft, B., Blumenthal, D.L.** (1959) Psychological components in chronic urticaria. *Acta Allergol*, 13: 469-475.
- Kwong, T.Y. ve Hayes, D.K.** (2017). Adverse family experiences and flourishing amongst children ages 6–17 years: 2011/12 National Survey of Children's Health. *Child abuse ve neglect*, 70, 240-246.
- Leahy, R.L., Tirsch, D. ve Napolitano, L.A.** (2011). Why is Emotion Regulation Important? Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide içinde (s. 1-16). Guilford Press.
- Lindemayr H., Gathmann P., Cermak T. ve diğ.** (1981). Is chronic recurrent urticaria a psychosomatic disease? *Z Hautkr*. 56:28- 40.
- Lowell A. Goldsmith, Stephen I. Katz, Barbara A. Gilchrest.** (2007). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*
- Lyketsos, G.C., Stratigos, J., Tawil G., Psaras, M., Lyketsos, C.G.** (1985). Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. *Psychother Psychosom*, 44(3) :122-31.
- Marshall, C., Taylor, R. ve Bewley, A.** (2016). Psychodermatology in clinical practice: main principles. *Acta dermato-venereologica*. 96(217), 30-34.
- Martin, J. B. ve Pihl, R.** (1985). The stress–alexithymia hypothesis: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(4) :169-176.
- Marty. P., de M'Uzan M., David C.** (1962). L'investigation psy-chosomatique. Paris, P. U. F.

- Mathelier-Fusade P.** (2006). Drug-induced urticarias. *Clin Rev Allergy Immunol.* 30:19-23.
- Maurer, M., Rosén, K., Hsieh, H.J., Saini, S., Grattan, C., Giménez-Arnau, A., ve diğ.** (2013). Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. *N Engl J Med.* 368(10) :924-935.
- Maurer, M., Weller, K., Bindslev-Jensen, C., ve diğ.** (2011). Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA(2) LEN task force report. *Allergy.* 66: 317-30.
- McKenzie, C. ve Silverberg, J.I.** (2020). Association of Adverse Childhood Experiences With Childhood Atopic Dermatitis in the United States. *Dermatitis,* 31(2), 147-152.
- Meins, E., Jones, S.R., Fernyhough, C., Hurndall, S. ve Koronis, P.** (2008). Attachment dimensions and schizotypy in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences,* 44(4), 1000-1011.
- Michaelsson, G.** (1969). Chronic urticaria. *Acta Dermatol Venereol,* 49:404-416.
- Mikulincer, M. ve Shaver, P.R.** (2005). Attachment security, compassion, and altruism. *Current Directions in Psychological Science,* 14, 34-38.
- Mikulincer, M. ve Shaver, P.R.** (2007). Attachment in Adulthood Structure Dynamics, and Change. New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M. ve Shaver, P.R.** (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry,* 11(1), 11-15.
- Mikulincer, M., Sheffi, E.** (2000). Adult attachment style and cognitive reactions to positive affect: A test of mental categorization and creative problem solving. *Motivation and Emotion,* 24(3) :149-74.
- Musaph, H.** (1964). Itching and scratching: Psychodynamics in Dermatology. S. Karger. Basel- New York
- NASEM.** (2019). Vibrant and Healthy Kids: Aligning Science, Practice and Policy to Advance Health Equity. National Academies Press.
- Nettis, E., Pannofino, A., D'Aprile, C., Ferrannini, A., Tursi, A.** (2003). Clinical and aetiological aspects in urticaria and angio-oedema. *Br J Dermatol.* 148(3) :501-6
- Nguyen, C.M., Beroukhi, K., Danesh, M.J., Babikian, A. ve Koo, J.** (2016). The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: A review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology.* 9, 383.
- O'Connor, M. ve Elklit, A.** (2008). Attachment styles, traumatic events, and PTSD: A cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. *Attachment & human development,* 10(1), 59-71.
- Onder M, Taskapan O.** (2008). Ürtiker ve serum hastalığı. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatolojide. 3. Baskı. Cilt 1,* Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. 255-268.
- Orfan N.A., Kolski G.B.** (1993). Physical urticarias. *Ann Allergy.* 71:205-12. quiz 12-5.
- Özkan, S.** (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezyon Psikiyatrisi, İstanbul: Roche Müstahzarları Sanayi A. Ş.
- Panconesi, E.** (1984). Psychosomatic dermatology. *Clinics in dermatology,* 2(4), 94-179.
- Picardi, A., & Abeni, D.** (2001). Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychotherapy and psychosomatics,* 70(3), 118-136.
- Picardi, A., Abeni, D., Melchi, C.F., Puddu, P., Pasquini, P.** (2000). Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol.* 143(5) :983-91.
- Richards, H.L., Fortune, D.G., Griffiths, C.E. ve Main, C.J.** (2001). The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *Journal of psychosomatic research,* 50(1), 11-15.

- Rothman, E.F., Edwards, E.M., Heeren, T. ve Hingson, R.W.** (2008). Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: Results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*, 122(2), e298–304. Doi: 10. 1542/peds. 2007-3412
- Rugancı, N.R.** (2008). Bağlanma Biçimi, Duygu Regülasyonu, Psikolojik Rahatsızlık Ve İlişkisel Dünyanın Zihinsel Yapılanması Arasındaki İlişki, Doktora Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sadock, B.J. ve Sadock, V.A.** (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams and Wilkins
- Sameroff, A.J.** (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and psychopathology*, 12(3), 297-312.
- Sanchez-Borges, M., Asero, R., Ansotegui, I.J., ve diğ.** (2012). Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: A worldwide perspective. *World Allergy Organ J.* 5:125-47.
- Shafii, M., Shafii, S.L.** (1979). Exploratory psychotherapy in the treatment of psoriasis: Twelve hundred years ago. *Arch of Gen Psychiatry*. 36(11) : 1242-5.
- Shahab, M. ve Taklavi, S.** (2019). The Relationship Between the Effects of Adverse Childhood Experiences with Emotion Regulation and Cognitive Flexibility in Teenage Students. *Int. J. School. Health*, 6(4).
- Shi, L.** (2003). The association between adult attachment styles and conflict resolution in romantic relationships. *The American Journal of Family Therapy*, 31, 143-157.
- Shipman, K., Zeman, J., Fitzgerald, M. ve Swisher, L. M.** (2003). Regulation Emotion In Parent-Child and Peer Relationships: A Comparison Of Sexually Maltreated and Nonmaltreated Girls. *Child Maltreatment*, 8:163-172.
- Shonkoff, J.P. ve Garner, A.S.** (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1e), 232–246. Doi:10. 1542/peds. 2011-2663.
- Sperber J., Shaw J., Bruce S.** (1989). Psychological components and the role of adjunct interventions in chronic idiopathic urticaria. *Psychother Psychosom.* 51(3) :135-41.
- Stanojevic, Y.S.** (2004). Adult attachment and prediction of close relationships. *Facta Universitatis*, 3, 67-81.
- Sümer, M.** (2006). Yetişkinlerin bağlanma stillerinin, duygusal zeka, ilişkiye bağlılık, ilişkide algılanan tatmin ve bazı değişkenlere göre incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Sümer, N.** (2006). Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21(57), 1.
- Sümer, N., Güngör, D.** (1999). Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirilmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(43), 71-106.
- Szabó, C., Altmayer, A., Lien, L., Poot, F., Gieler, U., Tomas-Aragones, L. ve Sampogna, F.** (2017). Attachment styles of dermatological patients in europe: A multi-centre study in 13 countries. *Acta dermato-venereologica*, 97(6-7), 813-818.
- Şahin, N.H. ve Durak, A.** (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31) : 44-56.
- Thompson RA.** (2002). Attachment theory and research. In *Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd Ed. (Ed M Lewis) :164-172. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins.
- Ural, O., Güven, G., Sezer, T. ve diğ.** (2015). Okul öncesi dönemdeki çocukların bağlanma biçimleri ile sosyal yetkinlik ve duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 1(2), 589-98.



- Van der Kolk, B.A. ve McFarlane, A.C.** (1996). The Black Hole of Trauma. Bessel A.B.A. Van der Kolk, A.C. MacFarlane ve L. Weisaeth (Eds. ), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society içinde* (3-23). New York, NY: The Guilford.
- Walker, C. ve Papadopoulos, L. (Eds.)**. (2005). *Psychodermatology: The psychological impact of skin disorders*. Cambridge University Press.
- Waller, E. ve Scheidt, C.E.** (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1) :13-24.
- Weiss, R.S.** (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes ve J. Stevenson-Hinde (Eds. ), *The Place of Attachment in Human Behavior* (pp. 171-184). New York: Basic Books.
- Werner, K. ve Gross, J. J.** (2010). Emotion Regulation and Psychopathology, Ed. A. M. Kringand and D. M. Sloan, *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach To Etiology and Treatment* (pp. 13-37), The Guilford Press, New York.
- Willemsen, R., Roseeuw, D., & Vanderlinden, J.** (2008). Alexithymia and dermatology: the state of the art. *International journal of dermatology*, 47(9), 903-910.
- Wolfe D. A., Scott K., Wekerle C., Pitman, A. L.** (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*. 40(3) : 282-289.
- Yiğit, İ. ve Yiğit, G.M.** (2017). Psychometric properties of Turkish version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 1-9.
- Yurdakök, K.** (2010). Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32 (5), 537-546.
- Zhang, X.J., Wang, A.P., Shi, T. Y., Zhang, J., Xu, H., Wang, D.Q. ve Feng, L.** (2019). The psychosocial adaptation of patients with skin disease: a scoping review. *BMC public health*, 19(1), 1404.
- Zuberbier, T., Maurer, M.** (2007). Urticaria Current opinions about etiology, diagnosis and therapy. *Acta Derm Venereol*. 87: 196-205.

## EKLER

### EK 1: Gönüllü Bilgilendirme Formu



# T.C. İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kurulu

## GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

**1. Çalışmanın adı:** Kronik İdiyopatik Ürtiker Hastalarında Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar, Yakın İlişkiler ve Duygu Regülasyonu Arasındaki İlişki

**2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.**

İstanbul Gedik Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Bölümü

Sorumlu Araştırmacı/ Akademik Danışmanı: Prof. Dr. Sibel Mercan / sibelmerc@yahoo.com.tr

Yardımcı Araştırmacı: Kübra Ünal / kubra-psy@hotmail.com

**3. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:** Kronik ürtiker, cilt lezyonlarının altı haftadan daha uzun süre boyunca devam etmesidir. Etiyolojisinin idiyopatik olduğu ve emosyonel faktörlerle sıkı ilişki içerisinde olan bir dermatolojik hastalık olduğu düşünülmektedir. Hastalığın ortaya çıkışına bakıldığında enfeksiyonlar, fiziksel etmenler (sıcak, soğuk, basınç gibi), besin katkı maddeleri ve otoimmün rahatsızlıklar bu reaksiyona sebep olmaktadır. Buna rağmen ürtiker hastalarında %79'unda neden bulunamamaktadır. Hastalığın başlangıcında psikolojik etmenlerin doğrudan rol oynadığı, ayrıca kolaylaştırıcı ve alevlendirici rolü olduğu bilinmektedir. Hastalığın ortaya çıkışı çok faktörlüdür. Psikolojik etmenlerin kronik ürtikerle ilişkili olma durumu bu hastalığı psikosomatik kategorisinde yer almasında etkindir. Bu hastalıklarda karmaşık ruhsal ve bedensel süreçler birbirleriyle etkileşim içerisinde.

Bu çalışmada Kronik İdiyopatik Ürtiker Hastalarında Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar, Yakın İlişkiler ve Duygu Regülasyonu Arasındaki İlişki değerlendirilerek incelenecektir.

**4. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?**

İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği'ne altı hafta veya daha fazla süredir vücutta kabarma, kızamık ve kaşıntı yakınması ile başvuran, kronik ürtiker tanılı 80 hasta alınacaktır. 80 sağlıklı gönüllü birey kontrol grubu olarak çalışmamıza dahil edilecektir. Katılımcılar on sekiz yaş ve üstü olma kriteri ile çalışmada yer alabileceklerdir.

**5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?**

Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.

**6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**

## **EK-1: Gönüllü Bilgilendirme Formu (Devam)**

Bu çalışmaya katıldığımız takdirde size doldurmanız gereken beş adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde bazı sosyodemografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır. Diğer formlar ise araştırmamızda kronik ürtiker ile ilişkili olduğunu düşündüğümüz değerlendirme formlarıdır. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

### **7. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?**

Çalışmaya katılmamız durumunda fiziksel ya da ruhsal sağlığınıza zarar verecek herhangi bir risk bulunmamaktadır. Katılımcıların özel bilgileri korunmaktadır.

### **8. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?**

Araştırmaya katılarak tez çalışmasına yardımcı olmuş olacaksınız.

### **9. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?**

Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

### **10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?**

Katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup, çalışmaya katılan kişilerin cevapları gizli tutulacaktır. Anketin üzerine isim yazmamaları gerektiği belirtilip anket sonuçlarının sadece bu çalışmada kullanılacağına güvencesi verilmektedir. Kişisel bilgileriniz etik gereği gizli tutulacaktır. Uygulanan ölçekler, isimsiz olarak değerlendirilecektir.

### **11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?**

Çalışmaya katılmamız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

### **12. Araştırma sonuçlarına ne olacak?**

Anket çalışmaları tez çalışmasında kullanılmak üzere değerlendirilecektir.

### **Daha ayrıntılı bilgi için,**

Kübra ÜNAL

e-posta: kubra-psy@hotmail.com

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.



T.C.  
**İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kurulu**

ONAM FORMU

**Araştırmanın Adı:** Kronik İdiyopatik Ürtiker Hastalarında Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar, Yakın İlişkiler ve Duygu Regülasyonu Arasındaki İlişki

	Evet	Hayır
Katılımcı Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

**T.C. İstanbul Gedik Üniversitesi**  
Cumhuriyet Mahallesi İkbahar Sk. No:1 Yakacık Kartal 34876 İSTANBUL  
T +90 216 452 45 85 F +90 216 452 87 17  
info@gedik.edu.tr

GEV  
444 5 438  
gedik.edu.tr

**EK 3: Sosyodemografik Bilgi Formu**

**SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

Tarih:

Cinsiyet: Erkek  Kadın

Doğum Yılımız:.....

Medeni durum : Evli  Bekar  Diğer .....

Çocuk: var  yok  varsa çocuk sayısı: .....

Çalışma durumu: Çalışmıyor  Düzenli işi var  Düzensiz işi var  Emekli  Öğrenci

Eğitim Düzeyi: Okuma yazması yok

Okuryazar

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Üniversite mezunu

Lisansüstü

Kimlerle yaşıyor?

1)Eş/Çocuklar

2) Anne/Baba/Kardeş

3) Yanlız

4) Yakını/Arkadaşı

5) Diğer

Kronik Ürtikere dair hastalık süresi:

Nüks sıklığı:.....

Atak tetikleyen nedenler:.....

Ek organik hastalık: var  yok  varsa:.....

Düzenli kullanılan ilaç:.....

Ailede ürtikere yatkınlık/deri hastalığı: var  yok  varsa:.....

Ailede psikiyatrik tanısı olan: var  yok  varsa:.....

#### EK 4: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Ölçeği

##### ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI ÖLÇEĞİ (ACE)

18 yaşından küçük iken,

1. Yaşadığınız ortamda ana ya da babanız ya da başka bir erişkin sizi **sıklıkla** eleştirmiş, küfredmiş, aşağılamış, utandırmış mıdır? Ya da size karşı saldırganca davranmış ve bedence zarar vereceği korkusunu yaşatmış mıdır?

Evet  Hayır

2. Yaşadığınız ortamda ana ya da babanız ya da başka bir erişkin sizi **sıklıkla** itme, vurma, tokatlama, ya da üstünüze bir şey fırlatma yolu ile rahatsız etmiş ya da size iz bırakacak ya da yaralayacak kadar şiddetle **hiç** vurmuş mudur?

Evet  Hayır

3. Sizden en az 5 yaş büyük bir kişi **hiç** sizin bedeninize cinsel olarak dokunmuş, ellemiş ya da size kendi bedenini elletmiş midir? **Ya da** sizinle ağız, makat ya da vajinal yolla cinsel ilişki kurmaya kalkmış ya da kurmuş mudur?

Evet  Hayır

4. Ailenizde hiç kimsenin sizi sevmediğini ya da sizi önemli ya da özel bulmadığını **ya da** aile fertlerinizin birbirleriyle ilgilenmediğini, birbirlerine karşı yakınlık hissetmediklerini ve desteklemediklerini **sıklıkla** hissettiniz mi ?

Evet  Hayır

5. Yeterince yemek bulamadığınızı, kirli kıyafetler içersinde gezdiğinizi, ve sizi koruyan kimsenin olmadığını **ya da** ana ya da babanızın aşırı sarhoşluk ya da başka maddeler kullanmaları nedeniyle sizinle ilgilenemediklerini ya da ihtiyaç olduğunda doktora götürmediklerini **sıklıkla** hissettiniz mi?

Evet  Hayır

6. Ana babanız **hiç** ayrı yaşamış ya da boşanmış mıdır?

Evet  Hayır

7. Anne ya da üvey anneniz sizi **sıklıkla** itmiş, vurmuş, sürüklemiş ya da size bir şeyler fırlatmış mıdır? **Ya da bazen, sıklıkla ya da çok sık olarak** tekme ya da yumruk atmış, ya da sert bir cisimle vurmuş mudur? Ya da **hiç** tekrarlayıcı biçimde en az bir kaç dakika vurmuş ya da bir silah ya da bıçakla tehdit etmiş midir?

Evet  Hayır

8. Çok içki içen, alkolik olan ya da uyuşturucu kullanan birisiyle yaşadınız mı?

Evet  Hayır

9. Ev halkından depresyonda ya da akıl hastası olan ya da intihar girişiminde bulunan birisi var mıydı?

Evet  Hayır

10. Ev halkından cezaevine giren oldu mu?

Evet  Hayır

## EK 5: Yakın İlişki Ölçeği

### YAKIN İLİŞKİ ÖLÇEĞİ RELATIONSHIP SCALES QUESTIONNAIRE RSQ-T-17

Aşağıda **yakın ilişkilerinizde** hissedebileceğiniz bazı duygular tanımlanmaktadır. Bunların size ne kadar uyduğunu değerlendirerek her biri için uygun olan rakamı işaretleyiniz.

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

	1	2	3	4	5	6	7
1.Başkalarına kolaylıkla güvenemem.							
2.Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.							
3.Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.							
4.Başkalarıyla çok yakınlığa girersem incitileceğimden korkuyorum.							
5.Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.							
6.Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.							
7.Yalnız kalmaktan korkarım.							
8.Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.							
9.Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.							
10.Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.							
11.Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.							
12.Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.							
13.Başkalarının bana bağlanmamaları tercih ederim.							
14.Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.							
15.Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.							
16.Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.							
17.Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.							

**EK 6: Duygu Düzenleme G c l g   l eği-Kısa Form****DUYGU DÜZENLEME G C L G  ÖLÇEĞİ-KISA FORM (DDGÖ-16)**

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (% 0-10)	Bazen (% 11-35)	Yaklaşık Yarı yarıya (% 36-65)	�oğu zaman (% 66-90)	Hemen hemen her zaman (% 91-100)
1. Duyularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden �ıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka Őeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir Şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir Şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					



**EK 7: Kısa Semptom Envanteri**

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra, o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki

bölmede uygun olan yere işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı siliniz.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz: Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

**0.** Hiç yok **1.** Biraz var **2.** Orta derecede var **3.** Epey var **4.** Çok fazla var

**Aşağıdaki belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?**

		0	1	2	3	4
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2	Baygınlık, baş dönmesi					
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4	Başımıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5	Olayları hatırlamada güçlük					
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11	İştahta bozukluklar					
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek					
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					
16	Yalnızlık hissetmek					
17	Hüzünlü, kederli hissetmek					
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19	Ağlamaklı hissetmek					
20	Kolayca incinebilme, kırılmak					
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23	Mide bozukluğu, bulantı					
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25	Uykuya dalmada güçlük					
26	Yaptığımız şeyler tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					
27	Karar vermede güçlükler					
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30	Sıcak-soğuk basmaları					
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					

**EK-8: Kısa Semptom Envanteri(Devam)**

32	Kafanızın “bomboş” kalması						
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar						
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği						
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları						
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak						
37	Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi						
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek						
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler						
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği						
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği						
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak						
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak						
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak						
45	Dehşet ve panik nöbetleri						
46	Sık sık tartışmaya girmek						
47	Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirli hissetmek						
48	Başarılarımız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek						
49	Yerinde duramayacak kadar kendini tedirgin hissetmek						
50	Kendini değersiz görmek						
51	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu						
52	Suçluluk duyguları						
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri						

## ÖZGEÇMİŞ

### KÜBRA ÜNAL

Ünalın Mahallesi No: 9 Üsküdar/ İSTANBUL

+90 (541) 693 2382

kubra-psy@hotmail.com



### EĞİTİM

---

2019(devam etmekte)	<b>European Family Therapy Association – Training Institute Chamber</b> <i>İstanbul Aile ve Çift Terapileri Enstitüsü Çift ve Aile Terapisi</i>
2018-	<b>İstanbul Gedik Üniversitesi (Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans)</b>
2017-2018	<b>İstanbul Üniversitesi Pedagojik Formasyon</b>
2017	<b>Bilişsel Davranış Terapi Eğitimi (6 ay)</b> <i>Bilgelik Enstitüsü</i>
2015-2016	<b>İleri Derece Bağımlılık Eğitmenliği Eğitimi (6 ay)</b> <i>Hasan Kalyoncu Sürekli Eğitim Merkezi</i>
2011 - 2016	<b>İstanbul Medeniyet Üniversitesi</b> <i>Psikoloji Bölümü (İngilizce Lisans)</i>

### TECRÜBE

---

2020	Özel bir Klinikte danışan almaya devam etmekteyim.
2019-2020	<b>Şişli Belediyesi Sosyal Destek Hizmetlerinde</b> Stajyer Psikolog
2019-2020	<b>Maltepe Belediyesi Kent Konseyi</b> Gönüllü Psikolog
2019	<b>Şişli Etfal Hastanesi poliklinikte</b> stajyer
2018	<b>Birikim Okulları</b> Stajyer Rehberlik öğretmenliği
2016	<b>Maya Vakfı Projectlift</b> Projectlift Projesinde gönüllü
Kasım 2016	<b>Çocuklarla Birebir Oyun Çalışmaları</b>
Ekim 2016- Mart 2017	<b>Kartal Psiko teknik Merkezi</b> Yönetici Psikolog
Temmuz 2015	<b>İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi</b> Psikiyatri Kliniğinde Gönüllü Stajyer