

**T.C.**  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**KRONİK SPONTAN ÜRTİKERLİ HASTALARDA  
ALEKSİTİMİ VE ANKSİYETE DUYARLILIĞININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Ali İĞREK**

**Deri ve Zührevi Hastalıkları**  
**Anabilim Dalı**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ESKİŞEHİR**

**2021**



**T.C.**  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**KRONİK SPONTAN ÜRTİKERLİ HASTALARDA**  
**ALEKSİTİMİ VE ANKSİYETE DUYARLILIĞININ**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Ali İĞREK**

**Deri ve Zührevi Hastalıkları**

**Anabilim Dalı**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŐMANI**

**Prof. Dr. Zeynep Nurhan SARAĐOĐLU**

**ESKİŞEHİR**

**2021**

**TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI**

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Ali İĞREK'e ait, "Kronik spontan ürtikerli hastalarda aleksitimi ve anksiyete duyarlılığının değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:

Jüri Başkanı	Prof. Dr. Zeynep Nurhan SARAÇOĞLU	imza
	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	
	Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı	
Üye	Doç. Dr. Ersoy ACER	imza
	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	
	Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı	
Üye	Doç. Dr. Gülhan GÜREL	imza
	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi	
	Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı	

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun ..... Tarih ve ..... Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. İ. Özkan ALATAŞ

Dekan

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez dönemim süresince, destek ve birikimlerini esirgemeyen değerli hocam, tez danışmanım, Prof. Dr. Zeynep Nurhan SARAÇOĞLU'na, Mesleki eğitimime katkılarından dolayı Doç. Dr. Hilal KAYA ERDOĞAN'a ve Doç. Dr. Ersoy ACER'e, tezimin hazırlık aşamasında yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Ali Ercan ALTINÖZ'e ve istatistiksel değerlendirilmesinde katkısı olan Araş. Gör. Dr. Hülya YILMAZ'a, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum sevgili asistan arkadaşlarım Dr. Esra AĞAOĞLU'na, Dr. Nihan YÜKSEL ÇANAKÇI'ya, Dr. Hatice PARLAK SUBAŞI'na, Dr. Tayfun BATAN'a, Dr. Esra KAYMAZ KARACAN'a, Dr. Halil İbrahim YANIK'a, Dr. Halime AKPINAR'a, canımdan çok sevdiğim annem, babam ve sevgili eşim Uzm. Dt. Canan ASLAN İĞREK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**İĞREK ALİ. Kronik Spontan Ürtikerli Hastalarda Aleksitimi ve Anksiyete Duyarlılığının Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir 2021.** Bu çalışmaya 01.06.2019-01.06.2020 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran 126 Kronik Spontan Ürtiker (KSÜ) hastası ve kontrol grubu olarak da 90 sağlıklı gönüllü ile 86 psikodermatolojik özelliği olmayan dermatolojik hastalığı olan hastalar dahil edildi. Bir sosyodemografik veri formu hazırlanarak hasta ve kontrol gruplarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, özgeçmiş, alkol ve sigara kullanım alışkanlıkları gibi demografik verileri kaydedildi. KSÜ hastalarında ayrıca kullandıkları tedaviler, hastalık şiddeti, Kronik Ürtiker Yaşam Kalite Anketi (KÜYKA), hastalık süresi kaydedildi. Hasta ve kontrol grupları Beck Anksiyete Ölçeği (BEÖ), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) ve alt ölçekleri, Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) ve alt ölçekleri ile değerlendirildi. Çalışmamızda yaş ve cinsiyet bakımından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. KSÜ hastalarının BAÖ, ADİ-3 ve alt ölçekleri, TAÖ-20 ve alt ölçekleri ortalama puanları her iki kontrol grubundan da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. KSÜ hastaları kullandığı omalizumab ve antihistamin tedavisine göre değerlendirildiğinde BAÖ, ADİ-3 ve alt ölçekleri, TAÖ-20 ve alt ölçekleri ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı. KSÜ hastalarının hastalık şiddeti BAÖ, ADİ-3 ve alt ölçekleri ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişkilirken, TAÖ-20 ve alt ölçekleri ile anlamlı bir ilişki saptanmadı. KSÜ hastalarının hastalık süreleri ile hastalık şiddeti, yaşam kalitesi ve psikometrik ölçekler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sonuç olarak çalışmamızda KSÜ hastalarının anksiyete, anksiyete duyarlılığı ve aleksitimi düzeylerinin yüksek saptanması, KSÜ hastalarının yönetiminde dermatologlar ile psikiyatristlerin birlikte çalışmasının hastalığın seyrine olumlu etki oluşturabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: aleksitimi, anksiyete, anksiyete duyarlılığı, kronik spontan ürtiker

## ABSTRACT

**İĞREK ALİ. Evaluation of Anxiety Sensitivity and Alexithymia in patients with Chronic Spontaneous Urticaria. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Department of Dermatology and Venerology Thesis. Eskişehir 2021.**

This study was conducted with 126 Chronic Spontaneous Urticaria (CSU) patients, 90 healthy volunteers and 86 patients with dermatological diseases without psychodermatological features, who applied to Eskişehir Osmangazi University Medical Faculty Department of Dermatology between 01.06.2019-01.06.2020. A sociodemographic data form was prepared and the demographic information of the patient and control groups such as age, gender, educational status, medical history, alcohol and smoking habits were recorded. Treatments used in patients with CSU, disease severity, Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL) and disease duration were recorded. Patients and control groups were evaluated with Beck Anxiety Inventory (BAI), Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3) and its subscales, Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) and its subscales. In our study, there was no statistically significant difference between the groups in terms of age and gender. The mean scores of CSU patients in the BAI, ASI-3 and subscales, TAS-20 and subscales were statistically significantly higher than both control groups. According to the omalizumab and antihistamine treatment used by CSU patients, there was no statistically significant difference in terms of mean scores of BAI, ASI-3 and subscales, TAS-20 and subscales. While the severity of the disease of CSU patients showed a statistically significant correlation with BAI, ASI-3 and its subscales, there was no significant correlation with TAS-20 and subscales. There was no significant relationship between disease duration and disease severity, quality of life, psychometric scales in CSU patients. In conclusion, the higher levels of anxiety, anxiety sensitivity and alexithymia of the CSU patients in our study suggest that cooperation of dermatologists and psychiatrists in the management of CSU patients may have a positive effect on the course of the disease.

**Key Words:** Alexithymia, Anxiety, Anxiety sensitivity, Chronic Spontaneous Urticaria

**İÇİNDEKİLER**

	sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ürtiker	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji	3
2.1.3. Etiyoloji	3
2.1.4. Sınıflandırma	3
2.1.5. Patogenez	4
2.1.6. Tanı	6
2.1.7. Ayırıcı Tanı	7
2.1.8. Ürtiker Hastalık Şiddetinin Değerlendirilmesi	8
2.1.9. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	8
2.1.10. Tedavi	9
2.1.11. Prognoz	12



2.2. Psikodermatoloji	12
2.2.1. Anksiyete	13
2.2.2. Anksiyete Duyarlılığı	14
2.2.3. Aleksitimi	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	43
KAYNAKLAR	44
EKLER	

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

AD	Anksiyete duyarlılığı
ADİ	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi
ADİ-B	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Bilişsel
ADİ-F	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Fiziksel
ADİ-T	Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Toplumsal
AÜ	Akut ürtiker
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
DYKA	Dermatolojik Yaşam Kalite Anketi
GM-CSF	Granülosit makrofaj koloni uyarıcı faktör
HADS	Hastane Anksiyete Depresyon Skalası
İL	İnterlökin
İg	İmmünglobulin
KİÜ	Kronik indüklenabilir ürtiker
KSÜ	Kronik spontan ürtiker
KÜ	Kronik ürtiker
KÜYKA	Kronik Ürtiker Yaşam Kalite Anketi
LT	Lökotrien
LTRA	Lökotrien reseptör antagonist
OSDT	Otolog serum deri testi
PAF	Trombosit aktive edici faktör
PG	Prostaglandin
SS	Standart sapma

TNF	Tümör nekrozis faktör
ÜAS	Ürtiker Aktive Skoru
TAÖ	Toronto Aleksitimi Ölçeği

**ŞEKİLLER**

sayfa

2.1. Mast hücre mediyatörleri	5
2.2. Ürtiker tedavi algoritması	11
4.1. KSÜ hastalarının aldıkları tedaviye göre yüzdeleri	22
4.2. Hastalık şiddetlerine göre KSÜ hastalarının dağılımı	31

**TABLULAR**

	sayfa
2.1. Ürtiker sınıflandırması	4
2.2. Kronik spontan ürtikerde testler	6
2.3. Kronik indüklenbilir ürtiker deri testleri	7
2.4. Ürtiker ve ürtikeryal vaskülitin klinik özellikleri karşılaştırması	8
2.5. Ürtiker aktive skoru	8
2.6. Psikodermatolojik hastalıkların sınıflandırılması	13
4.1. KSÜ hastaları ve kontrol gruplarının yaş ortalamalarının karşılaştırılması	19
4.2. KSÜ hastaları ve kontrol gruplarının cinsiyet dağılımlarının karşılaştırılması	20
4.3. KSÜ hastaları ve kontrol gruplarının eğitim düzeylerinin karşılaştırılması	20
4.4. KSÜ hastaları ve kontrol gruplarının sigara içme oranlarının karşılaştırılması	21
4.5. KSÜ hastaları ve kontrol gruplarının alkol kullanım oranlarının karşılaştırılması	21
4.6. KSÜ hastalarının hastalık sürelerine göre oranları	22
4.7. KSÜ hastalarına anjioödem eşlik etme oranı	23
4.8. KSÜ hastaları ve kontrol gruplarında psikiyatrik parametrelerinin karşılaştırılması	25
4.9. KSÜ hastalarının aldıkları tedaviye göre psikiyatrik parametrelerinin karşılaştırılması	27

4.10. KSÜ hastalarının hastalık sürelerine göre psikiyatrik parametrelerin ve hastalık şiddet ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması	29
4.11. Tüm katılımcılarda psikiyatrik ölçeklerin birbiri ile ilişkisi	30
4.12. KSÜ hastalarının klinik ölçeklerinin psikiyatrik parametrelerle ilişkisi	31
4.13. KSÜ hastalarının hastalık şiddet gruplarına göre psikiyatrik parametrelerinin karşılaştırılması	33

## 1. GİRİŞ

Ürtiker, kaşıntılı kabarıklıklar, anjioödem veya her ikisinin birden oluşumuyla karakterize bir hastalıktır. Ürtikeryal kabarıklıklar genellikle 24 saat içinde kaybolur. Ürtiker belirtileri 6 haftadan kısa sürerse akut ürtiker (AÜ), 6 haftadan uzun sürerse kronik ürtiker (KÜ) olarak adlandırılır. KÜ ise kronik spontan ürtiker (KSÜ) ve kronik indüklenebilir ürtiker (KİÜ) olarak iki grupta incelenmektedir. KSÜ sebebi olarak gıdalar, gıda katkı maddeleri, ilaçlar, enfeksiyonlar, alerjenler, iç hastalıklar ve maligniteler sayılabilir.

Psikodermatoloji deri ve zihin arasındaki karmaşık etkileşimi ele alan, psikiyatri ve dermatoloji alanlarının birleşmesiyle ortaya çıkan bir bilim dalıdır. Cilt hastalıkları nedeniyle hastalar utanç, öz güven eksikliği gibi duygusal problemler yaşayabilmektedirler. Psikodermatolojik cilt hastalıklarında nörotik semptomlar, distimik durumlar ve uyumsuz kişilik özellikleri gözlenebilir. Psikodermatolojik hastalıklar grubunda ürtiker, psöriyazis, alopesi areata, vitiligo gibi çok fazla hastalık mevcut olup bir çok farklı sınıflama vardır.

Anksiyete, hoş olmayan genellikle belirsiz ve öznel bir duygulanımdır. Bunaltı veya kaygı olarak da adlandırılmaktadır. Literatürde KSÜ hastalığı ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ilişki olduğunu ileri süren bir çok çalışma mevcuttur. Hergüner ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada KSÜ hastalarında sosyal anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve özgül fobi gibi psikiyatrik hastalıklar daha sık gözlenirken, hastaların anksiyete düzeylerinde de yükseklik saptanmıştır.

Anksiyete duyarlılığı (AD), anksiyeteye karşı korku olarak tanımlanmıştır. AD'nin fiziksel, bilişsel ve toplumsal olmak üzere 3 alt ölçeği mevcuttur. Yapılan çalışmalarda psikodermatolojik hastalarda kontrol grubuna göre AD ve toplumsal alt ölçeğinin daha anlamlı düzeyde yüksek çıktığı saptanmıştır.

Aleksitimi duygularını fark etme , tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır. Aleksitiminin bütün insanlarda az ya da çok derecede görülen evrensel bir özellik olduğuna işaret edilmiştir. Literatürde KSÜ hastalarının aleksitimi düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir.

Bu alışmada KSÜ hastalarının kontrol gruplarına göre anksiyete, AD ve aleksitimi düzeylerini ve KSÜ hastalarının aldıkları tedaviye, hastalık süresine ve hastalık şiddetine göre bu psikometrik ölçeklerin değerlendirilmesi amaçlandı.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ürtiker

#### 2.1.1. Tanım

Ürtiker, kaşıntılı kabarıklıklar, anjioödem veya her ikisinin birden oluşumuyla karakterize bir hastalıktır. Ürtikeryal kabarıklıklar genellikle 24 saat içinde kaybolur. Anjioödem ise subkutis tabaka ve mukozaları tutar ve 72 saate kadar sürebilir (1). Ürtiker belirtileri 6 haftadan kısa sürerse akut ürtiker (AÜ), 6 haftadan uzun sürerse kronik ürtiker (KÜ) olarak adlandırılır (2).

#### 2.1.2. Epidemiyoloji

Ürtikerin yaşam boyu sıklığı %8,8'dir. Ürtiker hastalarının %30-45'inde KÜ gelişir. Ürtiker vakalarında, %50 oranında sadece ürtiker, %40 oranında ürtiker ve anjioödem, %10 oranında sadece anjioödem görülür (2). KÜ en sık 20-40 yaş arasında ve kadınlarda 2 kat daha sık izlenir (3).

#### 2.1.3. Etiyoloji

Ürtiker etiyolojisinde çok sayıda faktör rol oynamaktadır. Bunların bazıları birincil neden iken, bazıları ürtikeri alevlendiren faktörlerdir. Fiziksel ürtikerde neden genellikle belli iken KSÜ'de %50 oranında neden bulunabilmektedir. KSÜ sebebi olarak gıdalar, gıda katkı maddeleri, ilaçlar, enfeksiyonlar, alerjenler, iç hastalıkları, maligniteler sayılabilir. İlaçlar ve enfeksiyonlar, AÜ'de genelde birincil sebep iken, KÜ'de lezyonları alevlendiren bir sebeptir. Gıdalar çoğunlukla psödoalerjik reaksiyon ile kronik ürtikeri tetiklemektedir. Depresyon, anksiyete ve psikolojik stres de ürtiker lezyonlarının alevlenmesinde ve ürtiker etyolojisinde rol oynarlar (4).

#### 2.1.4. Sınıflandırma

Hastalık 6 haftadan kısa sürerse AÜ, 6 haftadan uzun sürerse KÜ olarak adlandırılır. KÜ ise KSÜ ve KIÜ olarak iki grupta incelenmektedir. KSÜ'ye %20 oranında indüklenbilir ürtiker eşlik eder. KIÜ'nün alt sınıfları semptomatik dermografizm, soğuk ürtikeri, geç basınç ürtikeri, solar ürtiker, titreşim anjioödem, kolinerjik ürtiker, akuajenik ürtiker ve temas ürtikeridir (Tablo-2.1) (1).

KİÜ lezyonları geç basınç ürtikeri hariç uyarıdan dakikalar sonra başlayıp dakikalar ve birkaç saat içinde geriler. Oysa, geç basınç ürtiker lezyonları uyarıdan 4-8 saat sonra başlayıp daha uzun süre kalıcı olmaktadır. KİÜ'ye anaflaksi, anjioödem de eşlik edebilmektedir (5).

**Tablo 2.1.** Ürtiker sınıflandırması.

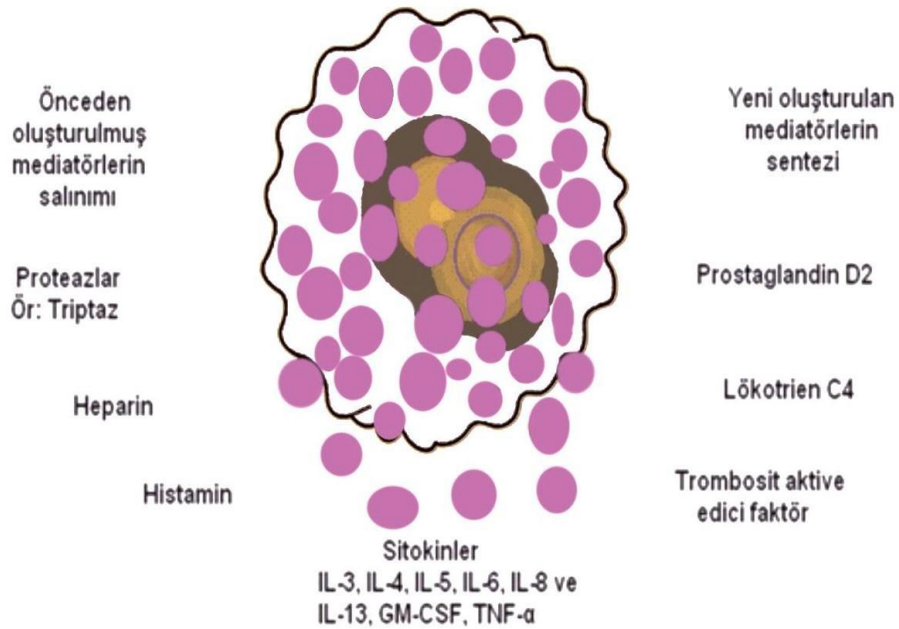
<b>Akut ürtiker &lt; 6 hafta</b>	
<b>Kronik ürtiker &gt; 6 hafta</b>	<b>Kronik spontan ürtiker</b>
	<b>Kronik indüklenbilir ürtiker</b>
	Semptomatik dermografizm
	Soğuk ürtikeri
	Geç basınç ürtikeri
	Solar ürtiker
	Sıcak ürtikeri
	Titreşim anjioödemi
	Kolinerjik ürtiker
	Akuajenik ürtiker
	Temas ürtikeri

### 2.1.5. Patogenez

Ürtiker mast hücre kaynaklı bir hastalıktır, ancak mast hücrelerine ait sinyaller net olarak gösterilememiştir. Aktive olmuş mast hücrelerinden histamin, trombosit aktive edici faktör (PAF) ve diğer sitokinler salınır ve duyu sinir aktivasyonu, plazma ekstravazasyonu, vazodilatasyon ile ürtikeryal lezyonlar oluşur. Ürtiker histopatolojisinde üst ve orta dermiste ödem, postkapiller damarlarda genişleme ve perivasküler infiltrasyon ile serumun dokuya sızması mevcuttur. Anjioödem de ise bu değişiklikler alt dermis ve subkutan dokuda meydana gelmektedir (1).

Mast hücrelerinden mediyatör salınımı immunglobulin (Ig) E bağımlı immünolojik ve IgE bağımsız nonimmünolojik mekanizmalar ile olur. Ürtikere sebep olan klasik yolak IgE aracılı immünolojik mekanizmadır. Substans P, kalsitonin gen ilişkili peptit, nörokinin A gibi nöropeptitler ve opioidler gibi ilaçlar bazofil ve mast hücrelerinin spesifik reseptörlerine bağlanarak bu hücreleri nonimmünolojik yolla direkt aktive ederler. Siklooksijenaz inhibitörleri (aspirin, NSAİİ, vb) ise lökotrien yolağını aktive ederek nonimmünolojik yolla indirekt olarak mast hücrelerini aktive eder ve mediyatör salınımına neden olur (6).

Mast hücreleri; depolanan, uyarı sonrası üretilen, inflamasyonu başlatan ve devam ettiren mediyatörler içerir. Bu mediyatörlerin en önemlisi histamin olup diğerleri; tümör nekrozis faktör-alfa (TNFalfa), interlökin (IL) -3, -4, -5, -6, -8 ve -13, PAF, granülosit makrofaj koloni uyarıcı faktör (GM-CSF), prostaglandinler ve lökotrienlerdir (LT). Prostaglandin (PG) D2, LT C4, D4, ve E4 mast hücrelerinden salınan en önemli eikozanoidlerdir (Şekil-2.1) (7).



Şekil 2.1. Mast hücre mediyatörleri

### 2.1.6. Tanı

Ürtikerli her hasta için kapsamlı bir anamnez alınmalıdır. Bu anamnez hastalık süresini, lezyonların süresini, atak sıklığını, daha önce tekrarlayıp tekrarlamadığını, aldığı tüm tedavileri, özgeçmiş ve soygeçmiş, hastalığın hastanın hayat kalitesi üzerine etkilerini ve ek semptomları içermelidir (7).

AÜ’de laboratuvar tetkikleri yapılması zorunlu değildir. KÜ’de ise KSÜ ve KIÜ alt tipleri belirlenmelidir. KSÜ tanısı konulan hastanın anamnez ve fizik muayenesine göre ilgili kısıtlı sayıda tetkikler istenir (Tablo 2.2) (1, 8). KIÜ tanısı için tablo 2.3’de gösterilen ilgili uyaranlar şüphelenilen hastalara uygulanmalıdır (1, 5).

**Tablo 2.2.** Kronik spontan ürtikerde testler.

	<b>Rutin tanısal tetkikler</b>	<b>Öyküye dayalı ileri tanısal tetkikler</b>
<b>Kronik ürtiker</b>	Tam kan	H.pylori vb enfeksiyon hastalıkları
	Sedimentasyon	Tiroid hormon ve otoantikörleri
	C-reaktif protein	Üç hafta psödoalerjensiz diyet
		Deri biyopsisi
		Otolog serum deri testi

**Tablo 2.3.** Kronik indüklenebilir ürtiker deri testleri.

<b>Semptomatik dermografizm</b>	Üst sırt veya ön kol künt bir cisimle çizim sonrası ürtiker ve kaşıntı oluşumu değerlendirilir.
<b>Kolinerjik ürtiker</b>	Sıcak banyo veya egzersiz sonrası ürtiker ve kaşıntı oluşumu değerlendirilir.
<b>Soğuk ürtikeri</b>	Ön kola direkt temas etmeyecek şekilde soğuk bir buz küpü uygulaması sonrası ürtiker oluşumu değerlendirilir.
<b>Sıcak ürtikeri</b>	Ön kola sıcak bir termofor uygulaması sonrası ürtiker oluşumu değerlendirilir.
<b>Solar ürtiker</b>	Gluteal bölgeye görünür ışık, UVA veya UVB uygulaması sonrası ürtiker oluşumu değerlendirilir.
<b>Gecikmiş basınç ürtikeri</b>	Üst sırt, omuz veya uyluğa ağır yük asılması sonrası 6 saat sonra eritem ve ödem oluşumu değerlendirilir.
<b>Akuajenik ürtiker</b>	Vücut ısısında ıslak kıyafet giyimi sonrası ürtiker oluşumu değerlendirilir.
<b>Temas ürtikeri</b>	Deri yama ve prick testleri sonuçları değerlendirilir.
<b>Titreşim anjioödem</b>	Ön kola titreşim uygulaması sonrası anjioödem oluşumu değerlendirilir.

### 2.1.7. Ayırıcı Tanı

Ürtiker tanısını koymak için çoğu kez iyi bir öykü ve fizik muayene yeterlidir. Ayırıcı tanıda ilk düşünülmesi gereken hastalıklardan biri ürtikeryal vaskülitir. Ürtikeryal vaskülitte lezyonlar ürtikere göre daha uzun süre devam edip genelde 24 saatten sonra geriler. Lezyonlar gerilerken yerlerinde purpura ve pigmentasyon bırakmaya eğilimlidir. Ürtikeryal vaskülit hastalarının lezyonlarında kaşıntıdan çok yanma hissi mevcut olup; ateş, artralji, artrit ve eritrosit sedimentasyon hızı artışı gibi bulgular da olabilir (Tablo 2.4). Aktif döküntüden alınan biyopsinin histopatolojisinde, lökositoklastik vaskülit bulguları görülmektedir. Hastada sadece anjioödem olup ürtikeryal lezyonlar yoksa ve beraberinde karın ağrısı eşlik ediyorsa herediter ve kazanılmış anjioödem dışlanmalıdır. Yirmi dört saatten uzun süren lezyonlar, sistemik semptomlar ve ilgili hastalıklara ait klinik bulgular mevcut ise otoinflamatuvar hastalıklar da ayırıcı tanı açısından akılda tutulmalıdır. Ayırıcı tanıda akılda tutulması

gereken diğ er hastalıklar gebeliğ in polimorfik erüpsiyonu, figüre eritemler, eritema multiforme, böcek ısırıkları, büllöz pemfigoid ve Wells sendromudur (9, 10).

**Tablo 2.4.** Ürtiker ve ürtikeryal vaskülitin klinik özellikleri karşılaştırması.

Özellik	Ürtiker	Ürtikeryal vaskülit
<b>Belirti</b>	Kaşıntı	Ağrı, yanma, hassasiyet, kaşıntı
<b>Lezyon süresi</b>	8-24 saat	24-72 saat
<b>Lezyon sonrası</b>	Yok	Purpura veya pigmentasyon
<b>Tutulmuş bölgesi</b>	Tüm vücut	Genellikle alt ekstremiteler

### 2.1.8. Ürtiker Hastalık Şiddetinin Değerlendirilmesi

Ürtikerli hastalarda hastalık şiddetini değerlendirmek için Ürtiker Aktive Skoru (ÜAS) yaygın olarak kullanılır. Hastalar kaşıntı şiddetlerini ve kabarıklık sayılarını günlük olarak kaydederler. Kaşıntı ve kabarıklıklar için 0-3 arası puanlandırma yapılmaktadır (Tablo 2.5). Son 7 gün puanlandırmayı içeren ÜAS7 önerilen bir uygulamadır. ÜAS7’de en az 0, en fazla 42 puan elde edilir. ÜAS7 skorunun 6’dan küçük olması iyi kontrollü, 7-15 arasında olması hafif, 16-27 arası olması orta, 28-42 arası olması şiddetli ürtiker olarak değerlendirilir (11).

**Tablo 2.5.** Ürtiker Aktive Skoru.

Skor	Kabarıklık	Kaşıntı
<b>0</b>	0 (24 saat)	Yok
<b>1</b>	<20 (24 saat)	Hafif
<b>2</b>	20-50 (24 saat)	Orta
<b>3</b>	>50 (24 saat)	Şiddetli

### 2.1.9. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

KÜ’nün kaşıntı ve kabarıklık semptomları hastaların uyku düzenlerini, iş performanslarını, kişisel bakımlarını ve sosyal hayatlarını etkilemektedir. Fiziksel ve

sosyal fonksiyonlar hastalık şiddeti ile ilişkili olarak bozulmalar gösterir. Diğer cilt hastalıklarında da kullanılan Dermatolojik Yaşam Kalite Anketi (DYKA) ürtiker hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılabilir (11). Ayrıca KÜ'lü hastalar için, özel olarak yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla Kronik Ürtiker Yaşam Kalite Anketi (KÜYKA) geliştirilmiştir. KÜYKA'da hastaların son 2 hafta içindeki şikayetleri puanlandırılır ve hastaların şikayetlerinin yaygınlığı araştırılır. Her bir soruya en fazla 5 puan verilerek 23 soru içeren ankette en fazla 115 puan verilebilir (12).

### **2.1.10. Tedavi**

Ürtiker hastalığında, hastalığa neden olan faktörlerden kaçınmak ve şikayetleri iyileştirmeye yönelik medikal tedaviler hastalığın tedavisinde ana unsurlardır. AÜ'de, neden çoğu kez belli iken KÜ'de nedenin bulunması güç olabilir (13). KÜ'lü hastada tedaviye bir an önce başlanılmasının yanı sıra, hastanın bazı önlemler alması da hastalık kontrolü açısından son derece önemlidir. Alkol, ACE inhibitörleri, aspirin ve diğer NSAİ ilaçlardan kaçınma, hastanın hekim tarafından eğitimi ve karşılıklı güven duygusu ile iyi bir diyalog oluşması, günlük hayatını etkileyen stres ve fiziksel aktiviteden kaçınma, soğuk ve sıcak ortamlardan kaçınma, uykusuz kalmaktan kaçınma, vücut yorgunluğu yapacak aktivitelerden kaçınma, dar, sıkı ve vücudunu tahriş eden kıyafetlerden kaçınma, hastalık kontrolü için oldukça önemli uygulamalardır (14).

KÜ'lü hastalarda medikal tedavide ikinci kuşak H1 antihistamin tedavisine standart dozda başlanır. Şikayetlerde 1-2 hafta süresince yeterli gerileme olmaz ise mevcut antihistamin tedavisi 4 katına kadar çıkartılır. Şikayetlerde 1-2 hafta süresince yeterli gerileme olmaz ise son antihistamin dozda başka bir ikinci kuşak H1 antihistamin tedavisine geçilir. Hastalık 1-2 hafta boyunca yeterli düzeyde kontrol altına alınamaz ise tedaviye omalizumab eklenir (Şekil 2.2) (4).

#### **a. Antihistaminler**

İkinci nesil H1 antihistaminler, orta ve şiddetli KÜ tedavisinde ilk basamak tedavi olarak kullanılmaktadır. İyi klinik yanıt ve yaşam kalitesini yükseltmek için

günde bir kez önerilmektedir. Fakat KÜ'lü hastaların yaklaşık yarısı bu tedaviye yanıt vermemektedir. Bu durumda verilen antihistamin dozunun 4 kata kadar çıkarılması önerilmektedir. Bu tedavi dozunun yüksek düzeyde etkili, güvenli ve tolere edilebilir olduğu gösterilmiştir. Tedavi sürecinde, antihistamin tedavisinin düzenli olarak kullanılması semptomların kontrol altında tutulmasında önemli bir etmen olarak gözlenmektedir. Birinci nesil antihistaminler klinik olarak etkili olmasına rağmen, kan beyin bariyerlerini geçmelerinden dolayı sedasyon ve motor becerilerin bozulmasına neden olabilmektedirler (15).

#### **b. Lökotrien Reseptör Antagonistleri (LTRA)**

İyi tolere edilen düşük yan etki profillerine sahip zafirlukast ve montelukast gibi LTRA'ların ikinci kuşak antihistaminlerle kombine bir şekilde KÜ'lü hastalarda kullanımları etkili bulunmuştur. Antihistamin dirençli KÜ hastaları için antihistaminler ile beraber kullanımı önerilmektedir (16). Fakat, bu tedavinin etkisiz olduğuna dair yayınlar da mevcuttur (17).

#### **c. Sistemik Kortikosteroidler**

Sistemik kortikosteroidlerin KÜ tedavisinde uzun süre kullanımı önerilmemektedir. AÜ'de ve KÜ'nün akut alevlenmelerinde etkili en düşük doz ile kullanılmalıdır (1).

#### **d. Siklosporin**

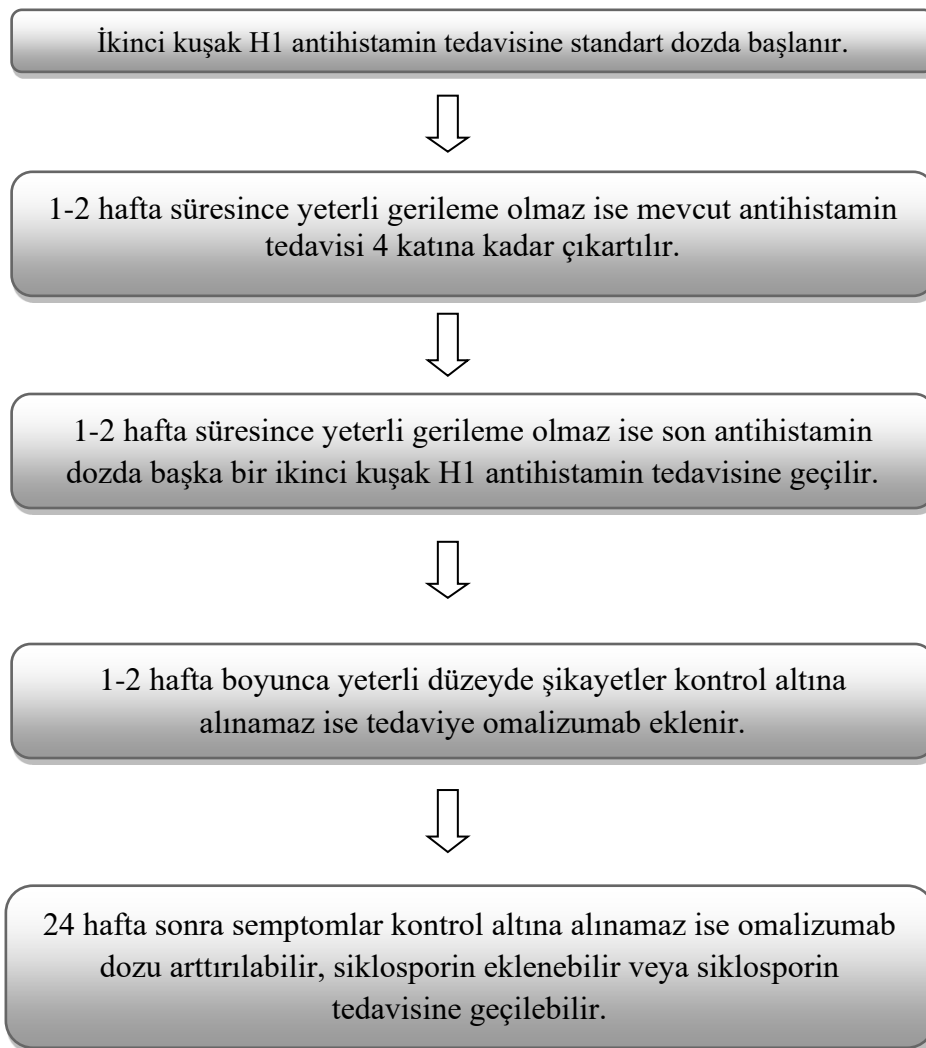
Kalsinörin inhibitörü olan siklosporin immünsüpresif bir ajandır. Antihistamin tedavisine dirençli uygun endikasyonu olan KÜ'lü hastalarda iyi klinik yanıtlar bildirilmiştir (18).

#### **e. Omalizumab**

İlk olarak şiddetli alerjik astım tedavisi için onay almış olan omalizumab, IgE'ye karşı geliştirilmiş rekombinan humanize monoklonal IgG antikorudur. KSÜ'lü hastalarda 300 mg aylık tedavisi etkili bulunmuştur (19). Hastalarda 6 ay süreyle kullanımı sonrası ara verildiğinde hastaların şikayetleri nüks ederse tekrar başlanabilmektedir. Küratif bir tedavi seçeneği olmadığı için hastanın şikayetleri devam ettiği sürece kullanılmalıdır. Hastaların şikayetleri üzerine yeniden



omalizumab tedavisi başlananların %90'ında ilk ay içinde hastalık kontrol altına alınabilmektedir. Sadece KSÜ için değil, kolinerjik ve diğer ürtiker tipleri için de etkili bir tedavi seçeneğidir. Omalizumab tedavisi genellikle iyi tolere edilmektedir (20). Omalizumab tedavisinin; ÜAS7, DYKİ, anksiyete ve depresyon üzerine etkilerini araştıran çalışmalar mevcut olup, bu tedaviyi alan hastalarda hem ÜAS7 ve DYKİ'nin hem de anksiyete ve depresyon düzeylerinin önemli ölçüde azalabildiği gösterilmiştir (21, 22).



**Şekil 2.2.** Ürtiker tedavi algoritması.

### 2.1.11. Prognoz

KSÜ kendi kendini sınırlayan ve ortalama süresi 2-5 yıl olan bir hastalıktır. Hastaların %30-50'sinde 1 yıl içinde spontan remisyon oluşmakta, %20'sinde ise hastalık 5 yıldan uzun sürmektedir. Otolog Serum Deri Testi (OSDT) pozitifliği, anjioödem varlığı, tiroid otoantikör pozitifliği, ürtiker lezyonlarının yaygınlığı, KSÜ süresi ve şiddeti ile ilişkili bulunmuştur (23).

### 2.2. Psikodermatoloji

Psikodermatoloji deri ve zihin arasındaki karmaşık etkileşimi ele alan, psikiyatri ve dermatoloji alanlarının birleşmesiyle ortaya çıkan bir bilim dalıdır. Deri ve sinirin embriyogenik kökenleri aynı olup, ektodermden gelişmektedir. Derinin çevresel faktörlerden iç organları koruyucu bir görevi vardır. Çevresel uyaranlara karşı veya iç uyaranların sonucu nörotransmitter, nöropeptitler ve çeşitli hormonlar üreterek ilgili sistemler ile etkileşime girer. İmmün sistem, nöroendokrin sistem ve deri arasında karmaşık bir etkileşim mevcuttur (24).

Cilt hastalıkları nedeniyle hastalar utanç, öz güven eksikliği gibi duygusal problemler yaşayabilmektedirler. Psöriyazis, ürtiker ve alopesi gibi cilt hastalıklarında nörotik semptomlar, distimik durumlar ve uyumsuz kişilik özellikleri gözlenebilir. Bu hastaların psikososyal özellikleri ailesel ve kişisel kültüre, özgeçmişe, demografik özelliklere ve yaşadığı topluma göre değişiklikler göstermektedir (25).

Psikodermatolojik hastalıklar grubunda çok fazla hastalık olması nedeniyle bir çok farklı sınıflama mevcuttur. Yaygın olarak kabul gören Koo ve Lee tarafından geliştirilen sınıflamadır (25). Bu sınıflandırmada yer alan gruplar; stresle oluşan veya semptomları stres ile artan psikofizyolojik hastalıklar, primeri dermatolojik olup psikiyatrik problemlere yol açan hastalıklar, primeri psikiyatrik olup deri belirtileri ile seyreden hastalıklar ve çeşitli karışık hastalıklardır (Tablo 2.6) (26).

**Tablo 2.6.** Psikodermatolojik hastalıkların sınıflandırılması.

<b>Hastalık grubu</b>	<b>Örnekler</b>
<b>1-Psikofizyolojik hastalıklar</b>	Akne
	Alopesi areata
	Atopik dermatit
	Psöriyazis
	Ürtiker
	Rozasea
	Seboreik dermatit
Herpes simpleks enfeksiyonu	
<b>2-Primeri dermatolojik hastalık olup psikiyatrik problemlere yol açan hastalıklar</b>	Alopesi areata
	Vitiligo
	Albinizm
	Psöriyazis
	Rinofima
	İktiyozis
<b>3-Primeri psikiyatrik olup deri belirtilerine yol açan hastalıklar</b>	Kronik ekzema
	Beden dismorfik bozukluğu
	Dermatitis artefakta
	Nörotik ekskoryasyonlar
	Trikotillomani
	Onikotillomani
	Sanrısız parazitoz
Psikojenik pruritus	
<b>4-Karışık</b>	Obsesif kompulsif bozukluklar
	Psikojenik Purpura Sendromu Kutanöz Duyusal Sendrom

### 2.2.1. Anksiyete

Anksiyete, hoş olmayan genellikle belirsiz ve öznel bir duygulanımdır. Bunaltı ve kaygı olarak da adlandırılmaktadır. Fizyolojik olarak hızlı ve zor nefes alma,

ayaklarda ve ellerde titreme, çarpıntı hissi, aşırı terleme, psikolojik olarak kötü bir şey olacakmış korkusu, başa çıkılmayan heyecan ve sıkıntı gibi belirtileri olur. Anksiyete kişinin yaşamını engelleyici bir işlev görebildiği gibi, kişinin yeni koşullara uyum sağlamasını ve ruhsal gelişimini olumlu yönde etkileyebilir. Yani kişinin savunma mekanizmaları bu anksiyete duygusu ile başa çıkabilir. Fakat kişinin günlük hayatta verimini düşüren, sosyal hayatını bozan ve belirtilen fiziksel semptomların da eşlik ettiği anksiyete durumları patolojik olarak adlandırılır (27).

Anksiyete bozuklukları en yaygın psikiyatrik hastalıklardandır. Kadınlarda erkeklerden 1,5 kat daha sık rastlanmaktadır. Anksiyete bozuklukları en sık çocukluk döneminde başlamaktadır. Elli yaşından sonra anksiyete bozukluklarının sıklığında belirgin azalma olmakla beraber yaygın anksiyete bozukluğu 50 yaş ve üzerinde de yaygın olabilen tek anksiyete bozukluğudur (28).

### **2.2.2. Anksiyete Duyarlılığı**

Anksiyete Duyarlılığı (AD), anksiyeteye karşı korku olarak tanımlanmıştır. AD, insanların korkuya sebep olan bir durumdan kaçınma güdüsünün temelinde rol oynamaktadır. Kişide süreklilik arz eden temel bir korku olan AD, mevcut olduğu kişide diğer anksiyete bozukluklarına eğilim yaratabilmektedir. AD'si yüksek olan bireyler ortaya çıkan anksiyetelerini daha fazla rahatsız edici ve daha tehlikeli yorumlama eğiliminde olup, anksiyetelerinden kaçınma çabasındadırlar (29). Örneğin, AD'si yüksek bir birey terlemeden korkabilir, terlemenin ciddi bir hastalığın belirtisi olduğunu ve başkaları tarafından korkunç bir durum olarak görüldüğünü düşünebilir (30).

Psikolojik stresin dermatolojik hastalıkların bazılarını arttırabildiği ve başlatabildiği düşünüldüğünde, yüksek AD, hastaların anksiyeteye tepkilerini ve dermatolojik semptomların şiddetini arttırabilmektedir (30). AD'i değerlendirmek amacıyla Toylar ve arkadaşları tarafından Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) geliştirilmiştir (31).

### **2.2.3. Aleksitimi**

Yunanca'da aleksitimi, kelime anlamı olarak a:yok, lexis:söz, thymos:duygu anlamına gelen kelimelerin birleşmesiyle oluşur. Türkçe'ye "duygular için söz

yokluğu” şeklinde çevrilebilir. Yani aleksitimi duygularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır ve terim klinik olarak ortaya çıkmıştır. Aleksitimi sadece psikiyatri hastalarında değil, sağlıklı bireylerde de sıklıkla görülmektedir (32).

Aleksitimik bireyler duyguları tanımada, ayırt etmede, tanımlama ve duygularını söze dökmede sorunlar yaşamaktadırlar. Duygusal farkındalık hem duygulara dikkat etme, hem de duyguların netliğini fark edebilme olarak tanımlanır. Duygusal farkındalık otokontrolü ve sosyalleşmeyi etkiler, olumsuz duygunun olumlu duygu ile sonuçlanabilmesi için harekete geçmeyi kolaylaştırır. Kişinin duygusal farkındalık düzeyi hayata uyum sağlama becerisini de etkilemektedir (32).

Aleksitimi değerlendirme için çeşitli yöntemler mevcuttur. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), modern psikometrik araştırmalara göre onaylanan ilk aleksitimi ölçeğidir ve 20 maddelik versiyonu (TAÖ-20), özellikle uluslararası alanda kullanılan bir aleksitimi ölçeğidir (33).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, 01.06.2019-01.06.2020 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapıldı. Belirtilen tarihler arasında Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran 126 KSÜ hastası ve kontrol grubu olarak da 90 sağlıklı gönüllü ile 86 psikodermatolojik özelliği olmayan dermatolojik hastalığı olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu çalışma 28.05.2019 tarihli ve 10 sayılı karar ile ESOGÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınarak gerçekleştirildi. Hastalar ve kontrol grubu çalışmaya alınmadan önce sözlü olarak bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı.

Sağlıklı gönüllü kontrol grubu, kar topu metoduyla hasta grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilerek oluşturuldu. Tüm olgularda en az okur-yazar, 18-65 yaş arasında olma ve bilişsel olarak tek başına anketleri doldurma yetisi olması koşulu arandı. Psikiyatrik hastalığı olanlar, psikiyatrik tedavi alanlar, merkezi sinir sistemini etkileyen tıbbi hastalığı olanlar, son 1 ay içinde sistemik steroid tedavisi alanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Hastalara ve kontrol grubuna özgeçmiş, kullandığı ilaçlar, sigara, alkol alışkanlığı gibi demografik bilgileri içeren bir form dolduruldu. KSÜ'lü hastaların detaylı dermatolojik muayeneleri yapıldı ve KÜYKA ve hastalık klinik şiddetini belirlemek için ÜAS7 formu KSÜ hastaları tarafından dolduruldu. Hastalık şiddetini belirlemek için ÜAS7 skoru hesaplandı. Hasta grubu ve kontrol grupları tarafından Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) dolduruldu. Tüm grupların psikometrik test sonuçları karşılaştırıldı ve ayrıca KSÜ hastalarının aldıkları tedaviye, hastalık şiddetine ve hastalık sürelerine göre psikometrik ölçek puanları karşılaştırıldı.

#### **Ürtiker Aktive Skoru-7 (ÜAS7)**

Hastalık şiddetini değerlendirmek için ÜAS yaygın olarak kullanılmaktadır. Kabarıklık sayısı ve kaşıntı şiddeti her gün doldurularak hesaplama yapılır. Son 7 günü içeren skora ÜAS7 olarak tanımlanmıştır. Kabarıklık sayısı 24 saatte <20 adet ise 1 puan, 20-50 arası ise 2 puan, >50 adet ise 3 puan almaktadır. Kaşıntı şiddeti hafif ise 1 puan, orta ise 2 puan, şiddetli ise 3 puan almaktadır (4).

ÜAS7 skoru en fazla 42 puan alabilmektedir. ÜAS7 skoru 6 ve daha küçük olması iyi kontrollü, 7-15 arası olması hafif, 16-27 arası olması orta, 28-42 arası olması şiddetli ürtiker anlamına gelmektedir (4).

### **Kronik Ürtiker Yaşam Kalite Anketi (KÜYKA)**

KÜYKA, KÜ'nün son iki hafta içinde hastalar üzerindeki fiziksel, psikososyal ve gündelik etkilerini değerlendirmek üzere geliştirilmiş ve Kocatürk ve ark. tarafından Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olan bir ölçektir. Toplam 23 sorudan oluşur ve her bir soruya 1-5 arası puan verilmektedir (12).

### **Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)**

BAÖ, Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş olup testin Türkçe uyarlaması Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır (34).

Bu ölçek 21 sorudan oluşmakta olup, her soruya 0-3 arası puan verilebilmektedir. Hastaların bu test sonrası alabileceği en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. BAÖ'nün değerlendirilmesinde 8-15 puan hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan orta düzeyde anksiyete, 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete olarak gruplandırılmıştır (34).

### **Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)**

Tylor ve ark. tarafından AD'nin etkin bir biçimde ve çok boyutlu olarak değerlendirilebilmesi için ADİ-3 geliştirilmiştir. ADİ-3'ün fiziksel (ADİ-F), toplumsal (ADİ-T) ve bilişsel olmak (ADİ-B) üzere 3 alt ölçeği mevcuttur. Her bir ölçekte 6 soru mevcut olup toplam 18 soru vardır. Her bir soru için '0' çok az, '1' az, '2' biraz, '3' fazla, '4' çok fazla anlamına gelmekte olup toplam ölçek puanı 0-72 arasındadır. Ölçeği uygulayanların, her bir madde için kendi deneyimlerine göre cevap vermesi, eğer herhangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığı bir şeyle ilgiliyse böyle bir deneyimi yaşaması halinde nasıl hissedebileceğini temel alarak cevaplaması istenmektedir (31). ADİ-3'ün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Mantar ve ark. tarafından yapılmıştır (29).

### **Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)**

TAÖ-20 her sorunun 1-5 arası puanlandırıldığı 20 maddeden oluşan aleksitimiye değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-A), duygularını söze dökmede güçlük (TAÖ-B), dışa dönük düşünmede güçlük (TAÖ-C) alt ölçekleri vardır. Bireyler her bir madde için “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık” ve “her zaman” seçeneklerinden birini işaretleyebilmektedir. TAÖ-20 puanları 20-100 arasında değişmektedir. 51’in altındaki değerler normal, 51-61 arası sınırdaki aleksitimik, 61 ve üzeri değerler aleksitimik olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve ark. tarafından yapılmıştır (33).

### **İstatistiksel Değerlendirmeler**

Verilerin analizi, IBM SPSS 21 programı ile yapıldı. Nicel (nümerik) değişkenlere ait özet değerler ortalama±standart sapma ya da medyan (Q1-Q3) olarak, nitel (kategorik) değişkenlere ait özet değerler ise frekans ve yüzde ile gösterildi. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, Shapiro Wilk testi ile belirlendi. Normal dağılıma uyan iki grubun karşılaştırılması t testi ile, dağılmayan iki grubun karşılaştırılması ise Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan ikiden fazla grup karşılaştırması Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), uymayanlar ise Kruskal Wallis testi ile gerçekleştirildi. Anlamli çıkan sonuçlar için grupların ikili karşılaştırılması Tek yönlü varyans analizinde Bonferroni testi, Kruskal Wallis testi için ise Dunn testi ile yapıldı. Nicel değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirildi. Nitel değişkenler arası ilişki ise Pearson Ki kare analizi ile incelendi. Analiz sonucu  $P < 0.05$  olarak elde edilen durumlar anlamlı kabul edildi.



#### 4. BULGULAR

Çalışmamıza, KSÜ hastası grubunda 126, dermatoloji polikliniğine başvuran kontrol grubunda (Kontrol 1) 86, sağlıklı kontrol grubunda (Kontrol 2) ise 90 olmak üzere toplam 302 kişi alındı.

Araştırmaya katılan KSÜ hastalarının yaş ortalaması 37,57 yıl, kontrol 1 grubunun yaş ortalaması 37,58, kontrol 2 grubunun yaş ortalaması 33,68 idi. Yaş ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ( $p=0,154$ ) (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1** KSÜ hastaları ve kontrol gruplarının yaş ortalamalarının karşılaştırılması.

Tanı	n(sayı)	Yaş ortalama $\pm$ ss	P
<b>KSÜ</b>	126	37,57 $\pm$ 12,60	0,154*
<b>Kontrol 1</b>	86	37,58 $\pm$ 14,68	
<b>Kontrol 2</b>	90	33,68 $\pm$ 9,91	

\*Kruskal Wallis Testi

KSÜ hastalarının 87'si (%69) kadın, 39'u (%31) erkek; kontrol 1 grubunun 54'ü (%62,8) kadın, 32'si (%37,2) erkek; kontrol 2 grubunun 66'sı (%73,3) kadın, 24'ü (%26,7) erkekti. Cinsiyet bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ( $p=0,318$ ) (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2.** KSÜ hastaları ve kontrol gruplarının cinsiyet dağılımlarının karşılaştırılması.

Cinsiyet	KSÜ n:126(%)	Kontrol 1 n:86 (%)	Kontrol 2 n:90(%)	P
<b>Kadın</b>	87 (%69)	54 (%62,8)	66 (%73,3)	0,318*
<b>Erkek</b>	39 (%31)	32 (%37,2)	24 (%26,7)	

\*PearsonKi Kare Testi

KSÜ hastalarının eğitim düzeylerine baktığımızda 47'sinin (%37,3) ilkokul ve altı düzeyinde, 44'ünün (%34,9) ortaokul ve lise düzeyinde ve 35'inin (%27,8) üniversite düzeyinde eğitim gördüğü tespit edildi. Kontrol 1 grubunun eğitim düzeyine bakıldığında 40'ının (%46,5) ilkokul ve altı düzeyinde, 32'sinin (%37,2) ortaokul ve lise düzeyinde, 14'ünün (%16,3) üniversite düzeyinde eğitim gördüğü tespit edildi. Kontrol 2 grubunun 35'inin (%38,9) ilkokul ve altı düzeyinde, 31'inin ortaokul ve lise düzeyinde, 24'ünün (%26,7) üniversite düzeyinde eğitim gördüğü tespit edildi. Eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p=0,357$ ) (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3.** KSÜ hastaları ve kontrol gruplarının eğitim düzeylerinin karşılaştırılması.

Eğitim düzeyi	KSÜ n(%)	Kontrol 1 n(%)	Kontrol 2 n(%)	P
<b>İlkokul ve altı</b>	47 (%37,3)	40 (%46,5)	35 (%38,9)	0,357*
<b>Ortaokul ve lise</b>	44 (%34,9)	32 (%37,2)	31 (%34,4)	
<b>Üniversite</b>	35 (%27,8)	14 (%16,3)	24 (%26,7)	

\*PersonKi Kare Testi

KSÜ hastalarının 60'ının (%47,6) sigara içtiği, 66'sının (%52,4) içmediği tespit edildi. Kontrol 1 grubunun 33'ünün sigara (%38,4) içtiği, 53'ünün (%61,6) içmediği tespit edildi. Kontrol 2 grubunun 27'sinin sigara (%30) içtiği, 63'ünün (%70) içmediği tespit edildi. Sigara içme açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel

değerlendirildiğinde KSÜ hastalarında sigara içenlerin sayısı, her iki kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazlaydı ( $p=0,032$ ) (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4.** KSÜ hastaları ve kontrol gruplarının sigara içme oranlarının karşılaştırılması.

<b>Sigara kullanımı</b>	<b>Hasta n(%)</b>	<b>Kontrol-1 n (%)</b>	<b>Kontrol-2 n(%)</b>	<b>P</b>
<b>Var</b>	60 (%47,6)	33 (%38,4)	27 (%30)	0,032*
<b>Yok</b>	66 (%52,4)	53 (%61,6)	63 (%70)	

\*PearsonKi Kare Testi

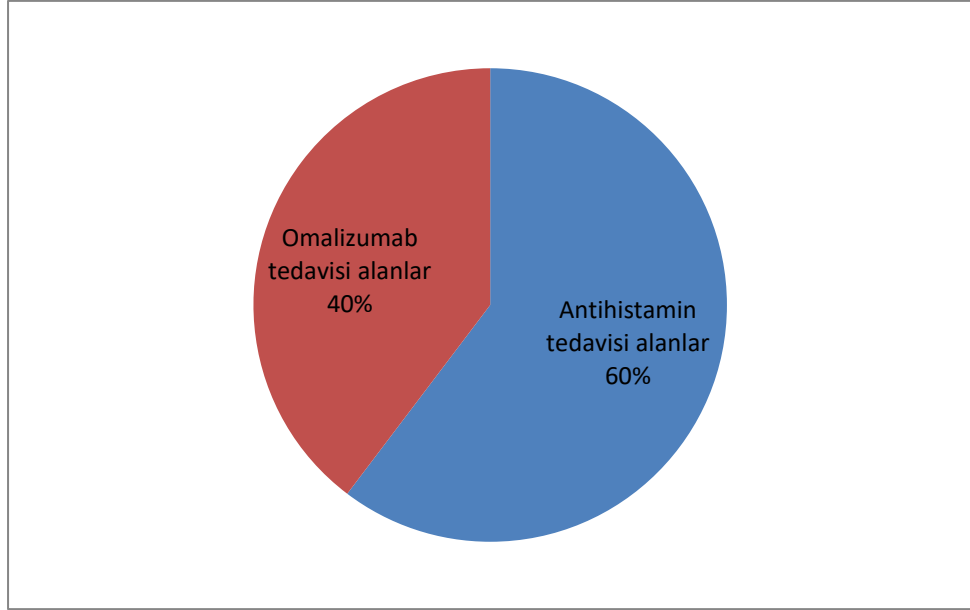
KSÜ hastalarının alkol kullanım oranlarına bakıldığında, 6'sı (%4,8) düzenli alkol kullanmakta iken 120'si (%95,2) alkol kullanmıyordu. Kontrol 1 grubunun 3'ü düzenli alkol (%3,5) kullanmakta iken 83'ü (%96,5) kullanmamaktaydı. Kontrol 2 grubunun 8'i düzenli alkol (%8,9) kullanmakta iken 82'si (%91,1) kullanmamaktaydı. Düzenli alkol kullanma ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p=0,257$ ) (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5.** KSÜ hastaları ve kontrol gruplarının alkol kullanım oranlarının karşılaştırılması.

<b>Alkol kullanımı</b>	<b>Hasta n(%)</b>	<b>Kontrol-1 n (%)</b>	<b>Kontrol-2 n(%)</b>	<b>P</b>
<b>Var</b>	6 (%4,8)	3 (%3,5)	8 (%8,9)	0,257*
<b>Yok</b>	120 (%95,2)	83 (%96,5)	82 (%91,1)	

\*PearsonKi Kare Testi

KSÜ hastalarında, antihistamin tedavisi alan 76 (%60) ve omalizumab tedavisi alan 50 (%40) hasta mevcuttu (Şekil 4.1).



**Şekil 4.1** KSÜ hastalarının aldıkları tedaviye göre yüzdeleri.

KSÜ hastalarının hastalık süreleri 1,5 ay ile 180 ay arasında idi. Hastalık süresi 1,5-12 ay arası olanların oranı %38,9 (49), 12-60 ay olanların oranı %36,5 (46), >60 ay olanların oranı %24,6 (31) saptandı (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6.** KSÜ hastalarının hastalık sürelerine göre oranları.

Hastalık süresi	n:126(%)
1,5-12 ay	49 (%38,9)
12-60 ay	46 (%36,5)
>60 ay	31 (%24,6)

KSÜ hastalarında hayatının bir döneminde anjioödem eşlik edenlerin oranı %71,4 (90) iken, anjioödem eşlik etmeyenlerin oranı %28,6 (36)'ydı (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7** KSÜ hastalarına anjioödem eşlik etme oranı.

<b>Anjioödem</b>	<b>n:126(%)</b>
<b>Var</b>	90 (%71,4)
<b>Yok</b>	36 (%28,6)

KSÜ hastalarının özgeçmişlerine bakıldığında; 17 hastada (%13) hipertansiyon, 13 (%10) hastada Haşimato tiroidit, 11 hastada (%9) astım, 6 hastada (%5) hiperlipidemi, 5 hastada (%4) demir eksikliği anemisi, 4 hastada (%3) kalp yetmezliği, 4 hastada (%3) diyabet, 4 hastada (%3) Graves hastalığı, 3 hastada (%2) koroner arter hastalığı, 3 hastada (%2) epilepsi, 1 hastada (%1) multiple skleroz, 1 hastada (%1) kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve 1 hastada (%1) ailesel akdeniz ateşi tanıları mevcut olup, 78 hastanın (%61) özgeçmişinde özellik yoktu.

Kontrol 1 grubunun dermatolojik tanıları değerlendirildiğinde; verruka vulgaris 20 kişi (%23), tinea pedis 15 kişi (%17), melanositik nevüs 10 kişi (%12), folikülit 8 kişi (%9), kallus 8 kişi (%9), kontakt dermatit 6 kişi (%7), akne vulgaris 5 kişi (%6), tırnak batması 2 kişi (%2), seboreik keratoz 2 kişi (%2), ekrin hiperhidroz 2 kişi (%2), solar lentigo 1 kişi (%1), kiraz anjiom 1 kişi (%1), androjenik alopesi 1 kişi (%1), coğrafik dil 1 kişi (%1), lipom 1 kişi (%1), postinflamatuar hiperpigmentasyon 1 kişi (%1), keloid 1 kişi (%1), aktinik keratoz 1 kişi idi (%1).

Grupların BAÖ puanları hesaplandı. KSÜ hastalarının ortalama puanı 17, kontrol 1 hastalarının 10, kontrol 2 hastalarının 8,5'di. KSÜ hastalarının BAÖ puanları kontrol gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0,001$ ).

Hasta ve kontrol grupları ADİ-3 skorları açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldı. KSÜ hastalarının ortalaması 24, kontrol 1 grubunun 15, kontrol 2 grubunun 14,50'di. KSÜ hastalarının ortalama ADİ-3 puanı kontrol gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0,001$ ). Aynı zamanda ADİ-F, ADİ-B, ADİ-T puanları gruplar arasında karşılaştırıldı. Tüm bu alt ölçekler açısından KSÜ hastalarının puanları kontrol gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. (sırasıyla  $p=0,002$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,003$  )

Hasta ve kontrol grupları TAÖ-20 skorları açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldı. KSÜ hastalarının ortalaması 49, kontrol 1 grubun ortalaması 45, kontrol 2 grubunun ortalaması 45 puan idi. KSÜ hastalarının ortalama TAÖ puanı kontrol gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,001$ ).

KSÜ hastalarının, TAÖ-A ve TAÖ-C puanları kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0,001$ ). TAÖ-B puanı, KSÜ hastalarında kontrol 1 grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek iken ( $p<0,001$ ), kontrol 2 grubu ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,053$ ) (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8.** KSÜ hastaları ve kontrol gruplarında psikiyatrik parametrelerin karşılaştırılması.

	Medyan (Q1-Q3)				
	KSÜ (1)	Kontrol -1(2)	Kontrol-2(3)	P	Karşılaştırma
<b>BAÖ</b>	17.00 (9.00-28.00)	10.00 (4.00-15.00)	8.50 (5.00-16.00)	<0,001*	1-2 1-3
<b>ADİ</b>	24.00 (12.00-39.00)	15.00 (10.00-24.00)	14.50 (8.00-23.00)	<0,001*	1-2 1-3
<b>ADİ-F</b>	10.00 (5.00-14.00)	7.00 (4.00-9.00)	5.00 (2.00-9.00)	0,002* <0,001*	1-2 1-3
<b>ADİ-B</b>	9.00 (4.00-14.00)	5.00 (3.00-9.00)	5.00 (3.00-8.00)	<0,001*	1-2 1-3
<b>ADİ-T</b>	6.00 (2.00-11.00)	3.00 (2.00-6.00)	4.00 (2.00-6.00)	0,001* 0,003*	1-2 1-3
<b>TAÖ</b>	49.00 (42.00-58.00)	45.00 (36.00-49.00)	45.00 (37.00-51.00)	<0,001*	1-2 1-3
<b>TAÖ-A</b>	16.00 (12.00-19.00)	13.00(9.00-17.00)	13.00 (10.00-16.00)	<0,001*	1-2 1-3
<b>TAÖ-B</b>	12.50 (10.00-16.00)	11.00 (8.00-13.00)	11.00 (9.00-13.00)	0,001* 0,053*	1-2 1-3
<b>TAÖ-C</b>	22.00 (19.00-25.00)	19.00 (17.00-21.00)	20.00 (17.00-22.00)	0,001*	1-2 1-3

\*Mann-Whitney U Testi

KSÜ hastalarının psikometrik test ölçeklerinin puanları antihistamin ve omalizumab tedavisi alanlar olarak 2 ayrı grup şeklinde, istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BAÖ puanlarına bakıldığında; antihistamin tedavisi alan hasta grubunun ortalama puanı 18, omalizumab tedavisi alan hasta grubunun ortalama puanı 14'dü. İki hasta grubunda, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,374$ ).

Antihistamin tedavisi alan hasta grubunun ADİ-3 ortalama puanı 22,5, omalizumab tedavisi alan hasta grubunun ortalama puanı 26,5 idi. Gruplar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,290$ ). Gruplar arasında ADİ-F,

ADİ-B, ADİ-T puanları için de istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla  $p=0,536$ ;  $p=0,180$ ;  $p=0,440$ ).

Gruplar arasında, ortalama TAÖ-20 puanları karşılaştırıldığında; antihistamin tedavisi alan hasta grubu ortalama TAÖ-20 değeri 50,48, omalizumab tedavisi alan hasta grubunun ortalama değeri 50,12 idi. İki hasta grubunun ortalama TAÖ-20 puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,849$ ). Ayrıca her iki hasta grubunda ortalama TAÖ-A, TAÖ-B, TAÖ-C puanlarında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla  $p=0,940$ ;  $p=0,869$ ;  $p=0,268$ ) (Tablo 4.9).



**Tablo 4.9.** KSÜ hastalarının aldıkları tedaviye göre psikiyatrik parametrelerinin karşılaştırılması.

	Medyan (Q1-Q3) Ortalama ± Standart Sapma		P
	Antihistamin	Omalizumab	
<b>BAÖ</b>	18.00 (9,50-28.00)	14.00 (9.00-24.00)	0,374*
<b>ADİ</b>	22.50 (12.00-35.50)	26.50 (12.00-43.00)	0,290*
<b>ADİ-F</b>	10.00 (5.00-13.00)	9.50 (4.00-16.00)	0,536*
<b>ADİ-B</b>	9.00 (4.00-15.50)	9.50 (5.00-16.00)	0,180*
<b>ADİ-T</b>	6.00 (2.00-10.00)	7.00 (2.00-12.00)	0,440*
<b>TAÖ</b>	50.48±10.33	50.12±10.44	0,846**
<b>TAÖ-A</b>	16.00 (12.00-19.00)	16.00(11.00-20.00)	0,940*
<b>TAÖ-B</b>	13.00 (10.00-15.50)	12.00 (10.00-16.00)	0,869*
<b>TAÖ-C</b>	22.19±3.85	21.44±3.55	0,268**

\*Mann-Whitney U Testi

\*\* Bağımsız T Testi

KSÜ hastaları, hastalık sürelerine göre 1,5-12 ay (1. grup), 12-60 ay (2. grup) ve >60 ay (3. grup) psikometrik ölçeklerinin ortalama puanları istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Birinci grubun BAÖ puanı ortalama 18, 2. grubun 17, 3. grubun ise 16 idi. Gruplar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,472).

ADİ-3 puanı 1. grubun ortalama 26, 2. grubun 29,5, 3. grubun 16 idi. 2. grubun ADİ-3 puanı 3. Gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,028). Her üç grup arasında da ADİ-F ve ADİ-B puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken (sırasıyla p=0,071; p=0,06), ortalama ADİ-T puanı 2. grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,009).

Birinci grubun TAÖ-20 puanı ortalama 48,95, 2. grubun 53,32 ve 3. grubun 49,58'di. TAÖ-20 puanı açısından gruplar arasında, anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,256$ ). TAÖ-A, TAÖ-B, TAÖ-C puanları da gruplar için hesaplandı ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla  $p=0,748$ ;  $p=0,451$ ,  $p=0,109$ ).

ÜAS7 puanlarına göre, üç grup karşılaştırıldığında 1. grubun ortalama puanı 14, 2. grubun 22, 3. grubun ise 15 idi. Gruplar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,142$ ).

ÜYKA puanlarına göre, üç grup karşılaştırıldığında 1. grubun ortalama puanı 59,77, 2. grubun 63,47, 3. grubun 66 idi. Üç grup arasında, ortalama ÜYKA puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,289$ ) (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10.** KSÜ hastalarının hastalık sürelerine göre psikiyatrik parametrelerin ve hastalık şiddet ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması.

	Medyan (Q1-Q3) Ortalama ± Standart Sapma			P	Karşılaştırma
	<12 Ay,49 (1. grup)	12-60 Ay,46(2. grup)	>60 Ay,31(3. grup)		
ÜAS7	14.00 (7.00-29.00)	22.00 (9.00-30.00)	15.00 (4.00-24.00)	0,142*	
ÜYKA	59.77±17.33	63.47±17.41	66.00±18.59	0,289**	
BAÖ	18.00 (9.00-26.00)	17.00 (11.00-31.00)	16.00 (11.00-33.00)	0,472*	
ADİ	26.00 (11.00-38.00)	29.50 (19.00-44.00)	16.00 (11.00-33.00)	0,028***	2-3
ADİ-F	10.00 (4.00-13.00)	12.00(6.00-16.00)	8.00 (4.00-13.00)	0,071*	
ADİ-B	9.00 (4.00-14.00)	10.50 (5.00-16.00)	7.00 (3.00-10.00)	0,06*	
ADİ-T	6.00 (2.00-11.00)	8.00 (4.00-13.00)	4.00 (1.00-8.00)	0,009***	2-3
TAÖ	48.95±9.02	52.32±11.67	49.58±10.01	0,256**	
TAÖ-A	15.00(12.00-18.00)	16.50 (12.00-21.00)	17.00(10.00-19.00)	0,748*	
TAÖ-B	12.16±4.04	13.21±4.25	12.51±3.94	0,451**	
TAÖ-C	21.24±3.21	22.80±4.32	21.58±3.40	0,109	

\*Kruskal Wallis Testi

\*\*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

\*\*\* Dunn Testi

Tüm katılımcılarda, psikometrik ölçeklerin birbiri arasındaki ilişkiler Speraman Korelasyon Analizi ile değerlendirildi. Tüm psikometrik ölçekler (BAÖ, ADİ, ADİ-F, ADİ-B, ADİ-T, TAÖ-A, TAÖ-B, TAÖ-C) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif ilişki saptandı ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11.** Tüm katılımcılarda psikiyatrik ölçeklerin birbiri ile ilişkisi.

	BAÖ	ADİ	ADİF	ADİB	ADİT	TAÖ	TAÖA	TAÖB	TAÖC
BAÖ		0,680 <0,001*	0,655 <0,001*	0,631 <0,001*	0,542 <0,001*	0,576 <0,001*	0,589 <0,001*	0,426 <0,001*	0,359 <0,001*
ADİ			0,917 <0,001*	0,895 <0,001*	0,899 <0,001*	0,645 <0,001*	0,646 <0,001*	0,546 <0,001*	0,356 <0,001*
ADİF				0,721 <0,001*	0,724 <0,001*	0,591 <0,001*	0,584 <0,001*	0,479 <0,001*	0,361 <0,001*
ADİB					0,735 <0,001*	0,580 <0,001*	0,618 <0,001*	0,486 <0,001*	0,262 <0,001*
ADİT						0,558 <0,001*	0,530 <0,001*	0,510 <0,001*	0,322 <0,001*
TAÖ							0,853 <0,001*	0,816 <0,001*	0,673 <0,001*
TAÖA								0,638 <0,001*	0,368 <0,001*
TAÖB									0,404 <0,001*
TAÖC									

\*Spearman Korelasyon Analizi (üstteki sonuç r değerini, alttaki değerler p değerini göstermektedir)

KSÜ hastalarında ÜAS7 ve ÜYKA'nın psikometrik ölçekler ile arasındaki ilişkiye istatistiksel olarak bakıldı. ÜAS7 ile ÜYKA arasında pozitif korelasyon saptandı ( $p < 0,001$ ;  $r = 0,349$ ).

ÜAS7 ile BAÖ, ADİ, ADİ-F, ADİ-B ve ADİ-T arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmışken (sırasıyla  $p < 0,001$ ;  $p = 0,002$ ;  $p = 0,023$ ;  $p = 0,005$ ;  $p = 0,001$ ) (sırasıyla  $r = 0,340$ ;  $r = 0,270$ ;  $r = 0,202$ ;  $r = 0,247$ ;  $r = 0,283$ ), ÜAS7 ile TAÖ, TAÖ-A, TAÖ-B, TAÖ-C arasında herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (sırasıyla  $p = 0,284$ ;  $p = 0,149$ ;  $p = 0,968$ ;  $p = 0,487$ ) ( $r = 0,96$ ;  $r = 0,129$ ;  $r = 0,004$ ;  $r = 0,062$ ).

ÜYKA ile BAÖ, ADİ, ADİ-F, ADİ-B, ADİ-T, TAÖ, TAÖ-A ve TAÖ-B arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmışken (sırasıyla  $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ;  $p < 0,001$ ;  $p = 0,003$ ;  $p < 0,001$ ;  $p = 0,017$ ) (sırasıyla

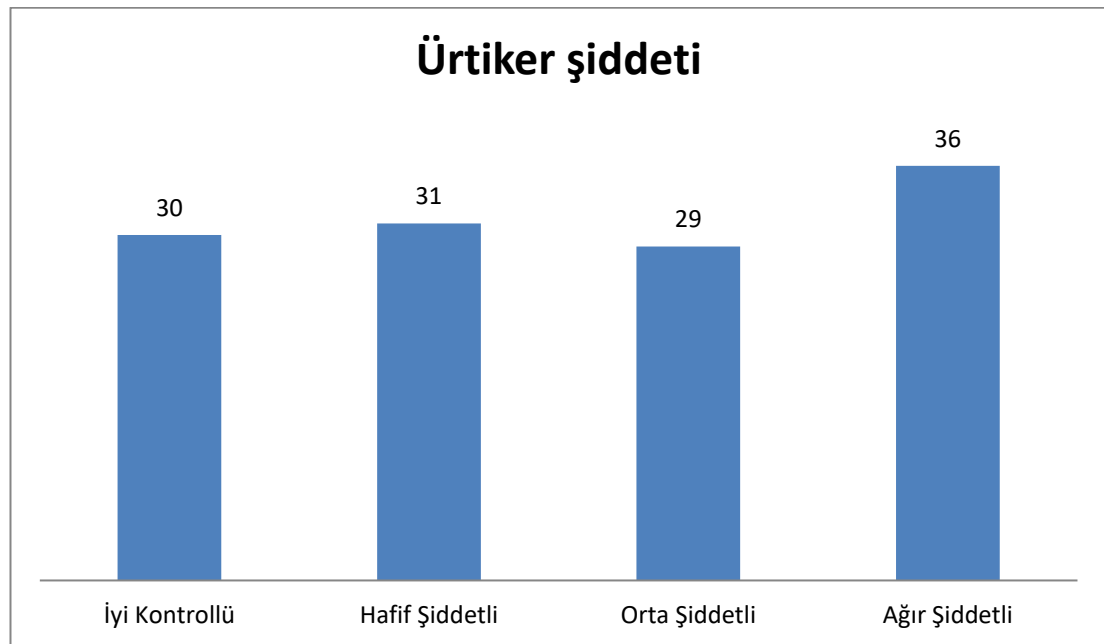
$r=0,563$ ;  $r=0,583$ ;  $r=0,533$ ;  $r=0,596$ ;  $r=0,457$ ;  $r=0,259$ ;  $r=0,317$ ;  $r=0,213$ ), ÜYKA ile TAÖ-C arasında herhangi bir anlamlı ilişki istatistiksel olarak saptanmadı ( $p=0,929$ ;  $r=-0,008$ ) (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12.** KSÜ hastalarının klinik ölçeklerinin psikiyatrik parametreler ile ilişkisi.

	ÜAS7	ÜYKA	BAÖ	ADİ	ADİF	ADİB	ADİT	TAÖ	TAÖA	TAÖB	TAÖC
ÜAS7		0,349 <0,001*	0,340 <0,001*	0,270 0,002*	0,202 0,023*	0,247 0,005*	0,283 0,001*	0,96 0,284*	0,129 0,149*	0,004 0,968*	0,062 0,487*
ÜYKA			0,563 <0,001*	0,583 <0,001*	0,533 <0,001*	0,596 <0,001*	0,457 <0,001*	0,259 0,003*	0,317 <0,001*	0,213 0,017*	-0,008 0,929*

\*Spearman Korelasyon analizi (üstteki sonuç r değerini, alttaki değerler p değerini göstermektedir)

KSÜ hastalarından, ÜAS7 puanı 6 ve daha düşük olup iyi kontrollü hastalığı olan 30 (%24), 7-15 arası olup hastalığı hafif şiddetli olan 31 (%25), 16-27 arası olup hastalığı orta şiddetli 29 (%23), 28-42 arası olup hastalığı şiddetli olan 36 kişi (%28) saptandı (Şekil 4.2).



**Şekil 4.2.** Hastalık şiddetlerine göre KSÜ hastalarının dağılımı.

ÜAS7 skoruna göre iyi kontrollü, hafif şiddetli, orta şiddetli, ağır şiddetli hastaların ölçek puanları hesaplandı. ÜAS7 skoruna göre belirlenen bu grupların ADİ-F, ADİ-B, TAÖ, TAÖ-A, TAÖ-B, TAÖ-C puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla  $p=0,112$ ;  $p=0,082$ ;  $p=0,378$ ;  $p=0,121$ ;  $p=0,685$ ;  $p=0,947$ ).

ÜAS7 skoruna göre, ağır şiddetli olanların ortalama ÜYKA skorları iyi kontrollü ve hafif şiddetli olanlara göre anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla  $p=0,006$ ;  $p=0,001$ ).

Ağır şiddetli KSÜ hastalarının ortalama BAÖ puanları iyi kontrollü ve hafif şiddetli olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla  $p=0,009$ ;  $p=0,008$ ).

Ortalama ADİ puanları ağır şiddetli KSÜ hastalarında iyi kontrollülere göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p=0,038$ ) (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13.** KSÜ hastalarının hastalık şiddet gruplarına göre psikiyatrik parametrelerinin karşılaştırılması.

	Medyan (Q1-Q3) Ortalama ± Standart Sapma				P	Karşılaştırma
	İyi kontrollü (1)	Hafif şiddetli (2)	Orta şiddetli (3)	Ağır şiddetli (4)		
ÜYKA	58,20±19,38	56,38±15,13	62,17±13,65	72,16±17,85	0,001* 0,006*** 0,001***	1-4 2-4
BAÖ	12.00 (7.00-27.00)	14.00 (7.00-21.00)	17.00 (9.00-23.00)	25.00 (14.00-35.50)	0,003** 0,009*** 0,008***	1-4 2-4
ADİ	19.50 (7.00-33.00)	23.00 (13.00-39.00)	22.00 (12.00-36.00)	31.50 (21.00-45.50)	0,047** 0,038	1-4
ADİ-F	8.50±6,33	9,96±5,62	8,55±5,84	11,50±5,14	0,112*	
ADİ-B	7.50 (2.00-11.00)	8.00 (5.00-14.00)	8.00 (5.00-11.00)	12.00 (6.50-15.50)	0,082**	
ADİ-T	4.00 (0-9.00)	5.00 (2.00-9.00)	7.00 (2.00-12.00)	8.00 (4.50-13.50)	0,039** 0,032***	1-4
TAÖ	50,83±11,87	48,83±8,62	48,68±9,97	52,55±10,33	0,378*	
TAÖA	15,96±6,44	15,09±4,26	14,65±5,78	17,80±6,16	0,121*	
TAÖB	13,13±4,45	12,41±4,75	11,96±3,97	12,94±3,26	0,685*	
TAÖC	21,73±4,34	21,64±4,16	22,10±2,63	22,08±3,69	0,947*	

\*Tek Yönlü Varyans Analizi(ANOVA)

\*\* Kruskal Wallis Testi

\*\*\*Bonferroni Testi

\*\*\*\*Dunn Testi

## 5. TARTIŞMA

Psikodermatoloji psikiyatri ile dermatoloji arasındaki ilişki ve etkileşime dayanan ortak bir çalışma alanıdır. Derinin rahatlıkla görülebilen ve dokunulabilen bir organ olarak psikiyatride özel bir yeri vardır. Deri; öfke, korku, kızgınlık ve utanç gibi duyguları açıkça ifade etme, duygusal uyaranlara yanıt oluşturma, kişinin özgüvenini ve benlik imajını sağlama ile bebeklikten yetişkinliğe doğru sosyalleşme sürecinde önemli bir role sahiptir. Deri ve merkezi sinir sisteminin aynı embriyojenik kökenden farklılaşması bu ilişkiye işaret etmektedir. Deri ve merkezi sinir sistemi ortak olarak aynı hormon, nörotransmitter ve reseptörlere sahiptirler. Psikiyatrik ve psikososyal faktörler bir çok dermatolojik hastalığın gelişmesinde rol oynamaktadır. Koo ve Lee tarafından yapılan psikodermatolojik hastalıklar sınıflandırmasında ürtiker de psöriyazis, atopik dermatit, rozasea gibi psikodermatolojik hastalıklar sınıflandırmasında yer almaktadır (26, 35).

Yüz on vakalık KSÜ hasta serisinde anksiyete ve depresyon semptomları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (36). Benzer şekilde Emre ve ark. anksiyete ve depresyon seviyelerini KSÜ hastalarında daha yüksek olduğunu ve ÜAS7 ve DYKİ bakarak hastalık şiddeti arttığında yaşam kalitesinin bozulduğunu göstermişlerdir (37). Ben-Shoshan ve ark. 77 yıllık PubMed ve OVID/Medline verilerine dayanan psikolojik faktörlerin KSÜ'ye etkisini araştıran sistematik derlemede, psikososyal bozuklukların %46,09'luk prevalansı olduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca gelecekteki araştırmaların KSÜ patogenezi ve alevlenmesi için psikososyal faktörlerin katkısını daha iyi belirleyeceğini öne sürmüşlerdir (38). Benzer şekilde Ocak 2000 ile Ocak 2019 arasında PubMed, Web of Science, CNKI, CQVIP veritabanlarında yayınlanan makaleler taranarak yapılan bir metaanalizde KSÜ hastalığının anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (39).

Çalışmamızda, KSÜ'lü hastalarda anksiyete ve aleksitimi düzeyleri, hastalık aktivitesi ve kontrol grupları ile karşılaştırıldı. Çalışmamıza 126 KSÜ hastası ve toplam 176 kişiden oluşan 2 kontrol grubu katıldı. KSÜ grubu ve kontrol grupları yaş, cinsiyet, eğitim durumu açısından benzer özelliklere sahipti.



Bilgiri ve ark.'nın 302 KÜ'lü hasta ile yaptığı çalışmada KSÜ hastalarının yaş ortalaması 40,26 (40), Önder ve ark. yaptığı çalışmada 44 (41), Paoudele ve ark. yaptığı çalışmada 32,86 (42), Fusel ve ark. yaptığı çalışmada 39,8 bulunmuştur (43). Çalışmamızda da benzer şekilde KSÜ hastalarının yaş ortalaması 37,57 idi. Çalışmamızdaki yaş profilinin, KÜ'nün özellikle orta yaşlarda sık görülmesi ile ilgili literatür bilgileri ile uyumlu olduğu saptandı. (1, 40).

Çalışmamızda KSÜ hastalarının %69'u kadın, %31'i erkeklerden oluşmaktaydı. Literatürde KSÜ prevalansının cinsiyet açısından çalışmamızla benzer prevalans gösterdiği ve kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (40, 42).

Hasta grubumuzda hastalık süresi 1,5-180 ay arasındaydı. Hastalık süresi 1-5 yıl olanlar %36,5 bulunmuş olup, hastaların %24,6'sı 5 yıldan uzun süredir KSÜ hastalığına sahipti. Pauele ve ark. yaptıkları bir çalışmada hastalık süresini 1,5-120 ay olarak bildirmiştir (42). KSÜ'nün literatürde ortalama süresi 3-5 yıl olarak bildirilmiş olup hastaların % 8,7'si 1-5 yıl arası %11'nin 5 yıldan uzun süre devam ettiği bildirilmiştir (4, 40, 44). Çalışmamızda hastalık süresi literatüre göre daha uzun olarak bulundu.

Anjioödem KSÜ hastalarında %40-50 oranında görülmektedir (44). Çalışmamızdaki KSÜ hastalarının hayatının bir döneminde anjioödem olanların oranı ise %71,4 olup literatüre göre daha yüksek saptandı.

Stabuach ve ark. tarafından yapılan KSÜ hastalarında psikiyatrik bozukluklar prevalansını araştıran bir çalışmada, 100 hastanın 48'inde psikosomatik hastalık saptanmış olup; en fazla anksiyete bozukluğu belirlenmiştir (45). Barbosa ve ark. KSÜ hastalarının %47,3'ünde anksiyete semptomları saptamışken, KSÜ hastalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde anksiyete düzeylerinde artış bulmuşlardır. KSÜ hastalarının sosyal, duygusal, genel sağlık algısı ve kişilerarası ilişkiler olmak üzere çeşitli alanları güçleştirebilecek yüksek psikolojik sıkıntı düzeyine sahip olduklarını saptamışlardır (46). Engin ve ark.'nın BAÖ ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), DYKİ kullanarak 73 KSÜ hastası ve 34 sağlıklı kontrol grubu ile yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyon skorlarının KSÜ hastalarında anlamlı ölçüde daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada, anksiyete ve depresyon şiddeti, hastalık şiddeti ve hastalık

süresi ile ilişkili bulunmamışken, yaşam kalite bozukluğu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (47). Hergüner ve ark.'ının yaptığı çalışmada anksiyete, depresyon ve psikiyatrik bozukluk sıklığını araştırmak için 27 KSÜ hastası çocuk ile 27 sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmış ve en sık sosyal anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve özgül fobi olmak üzere hasta grubunda psikiyatrik hastalıklar daha sık saptanmıştır. Hasta grubunda depresyon, sürekli anksiyete, içselleştirme sorunları, somatik şikayet ve kaygı skorları anlamlı olarak daha yüksek saptanmış ve bu skorlar hastalık süresi ve şiddeti ile ilişkili bulunmamıştır (48).

Elli KSÜ hastası ve 60 sağlıklı gönüllü ile yapılan bir çalışmada, Hastane Anksiyete Depresyon Skalası'na (HADS) göre KSÜ'lü 24 hastada anksiyete semptomlarına rastlanmış ve kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete skor puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ürtiker hastalarının hastalık şiddetleri ÜAS7 ile hesaplanıp anksiyete ve depresyon skorları ile kıyaslandığında aralarında pozitif ilişki saptanmışken, hastalık süresi ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (36). Sheehan ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, KÜ'lü hastaların kontrol grubuna göre daha fazla depresyon semptomlarına sahip olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, Durumluk-Süreklilik Kaygı envanteri kullanarak, ürtiker veya kaşıntılı hastalar ile kontrol grubu arasında bu ölçek için anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır. Fakat bu çalışma, 1990 yılında yapılmış olup, 34 hastanın olduğu büyük olmayan bir gruptan oluşmaktadır (49). Sperber ve ark. tarafından yapılan farklı bir çalışmada 19 KSÜ hastasına semptom kontrol listesi 90, psikolojik değerlendirme için uygulanmış ve ürtikerli hastaların kontrol grubuna göre somatizasyon, obsesif kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon ve anksiyete ölçeklerinde anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (50). Yapılan başka bir çalışmada 30 KSÜ hastası, 30 alopesi areata hastası ve 39 sağlıklı kontrol grubunun anksiyete ve depresyon skorları kıyaslanmıştır. KSÜ grubunun anksiyete ve depresyon skorları, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş, öfke belirti ve düşünceleri ve öfkeye neden olan durumlar alopesi areata ve sağlıklı kontrol grubuna göre KSÜ hastalarında anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (51).

Orgaraczyk ve ark. KÜ'lü hastalarında kontrol grubuna kıyasla anksiyete düzeylerinde anlamlı yükseklik saptamışken, hastalık süresi ve dermatolojik yaşam

kalitesi ile anksiyete düzeyleri arasında ilişki saptamamışlardır. Fakat bu çalışmada, hastalık şiddeti ile dermatolojik yaşam kalitesi ilişkili bulunmuştur (52). 2003 ile 2013 yılları arasından 174 KSÜ hastanın katıldığı Gattet ve ark.'nın yaptığı çalışmada kaşıntı, uyku bozukluğu ve anksiyete yaygın görülen semptomlar olarak saptanmış ve hastaların %70'den fazlasında okul ve iş hayatını, hastalığına bağlı olarak düzenli yürütememe sorunu meydana gelmiştir (53).

747 KSÜ ve 5107 psöriyazis olmak üzere 2 hasta grubunun karşılaştırıldığı Mendelson ve ark.'ının yaptığı çalışmada KSÜ hastalarında daha fazla anksiyete, depresyon ve uyku bozukluğu saptanmıştır (54). Yine aynı şekilde 3 grup dermatolojik hastaların karşılaştırıldığı Fava ve ark.'ı tarafından yapılan çalışmada psöriyazis ve KSÜ hastalarının mantar enfeksiyonlu hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde stresli yaşam durumlarına maruz kaldıkları ve daha yüksek anksiyete, depresyon ve yetersizlik duyguları yaşadıkları belirlenmiştir (55). Kırkbir KSÜ hastası, 44 psöriyazis ve 49 sağlıklı kontrol grubu ile yapılan çalışmada KSÜ ve psöriyazis hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeyi saptanmıştır (56).

Weldon ve ark. tarafından KSÜ hastalarında semptomların yoğunluğu ve sıklığına bağlı olarak kaşıntı, özellikle görünür vücut bölgelerinde oluşan kabarıklık, sıklıkla yüksek doz antihistaminik tedavi almaya bağlı yorgunluk, uykusuzluk ve ağrının anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik semptomların oluşmasına neden olduğu gösterilmiştir (57). Zachariae ve ark. da KSÜ'nün kendisinin değil, hastalığın günlük aktivite ve sosyal ilişkiler üzerine etkisinin psikiyatrik komorbiditenin artmasına neden olduğunu belirtmektedirler (58). Bir çok araştırmacı psikososyal faktörlerin KSÜ semptomlarının şiddetlenmesine katkıda bulunduğunu belirtmektedir. Bir çok alerji uzmanı KSÜ patogenezinde psikososyal faktörlerin de rol oynadığını bildirmektedir (59).

Çalışmamızda hasta ve kontrol gruplarının anksiyete düzeylerini karşılaştırmak amacıyla BAÖ'yü kullandık. Çalışmamızda, KSÜ hasta grubu ve iki kontrol grubu arasında BAÖ puanlarındaki farklılık; genel literatürler ile uyumlu olarak, KSÜ grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Kontrol grupları arasında ise fark gözlenmedi.

AD, anksiyete belirtilerinin fiziksel, sosyal ve bilişsel gibi zararlı etkilerinden korkma biçiminde tanımlanabilir. Örneğin, yüksek AD'ye sahip bir birey terlemekten korkabilir ve terlemenin ciddi bir hastalık belirtisi olduğunu veya başkaları tarafından kendisinde saptanan terlemenin bir zayıflık belirtisi olarak değerlendirileceğini düşünebilir (30). KSÜ hastalarında AD'yi araştıran bir çalışma bilgimize göre literatürde yoktur.

Dixon ve ark.'nın dermatoloji hastalarında AD'yi ölçmeyi amaçladığı çalışmaya KSÜ ve psöriyazis gibi psikodermatolojik tanısı olan 62 hasta ve 52 psikodermatolojik hastalık tanısı olmayan dermatoloji hastaları dahil edilmiştir. Psikodermatolojik hastalarda ADİ-3 ortalama puanı 21.10, ADİ-F 7.57, ADİ-T 7.98, ADİ-B 5.48 saptanmıştır. Psikodermatolojik hastaların AD, AD'nin toplumsal ve bilişsel bileşeni değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (30). Yine Dixon ve ark.'nın AD'nin sosyal endişesinin dermatolojik hastalarda yaşam kalitesi ve stres üzerine etkisini araştırdığı başka bir çalışmada dermatoloji hastalarının AD'nin toplumsal bileşeni, DYKİ ve hastaların stres ölçüsüyle ilişkili bulunmuştur. Fakat hastaların semptom şiddetleri ile AD toplumsal endişesi ilişkili bulunmamıştır (60). AD'nin toplumsal anksiyete belirtilerindeki rolünü araştırmak amacıyla Ellison ve ark. tarafından yapılan çalışmada, AD toplumsal endişeleri ile sosyal anksiyete semptomları arasında çok güçlü anlamlı ilişkiler gösterilirken, AD bilişsel ve fiziksel endişeleri ile orta ölçüde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (61). Psöriyazis hastalarında, AD'yi değerlendirmeyi amaçlayan başka bir çalışmada psöriyazis hastaları ile psikodermatolojik olmayan dermatolojik hastalıklar ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Psöriyazis hastalarında AD skorları kontrol gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu çalışmada psöriyazis hastalarında AD toplumsal bileşeni her iki gruba kıyasla anlamlı derecede yüksek saptanmışken, AD bilişsel ve fiziksel bileşenleri sağlıklı kontrol grubu ile anlamlı fark saptanmayıp, psikodermatolojik hastalığı olmayan dermatoloji hastalarından anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (62).

Çalışmamızda hasta ve kontrol gruplarında AD'yi değerlendirmek amacıyla ADİ-3 indeksi ve alt grupları olan ADİ-F, ADİ-B, ADİ-T'yi kullandık. Çalışmamızda KSÜ hasta grubunun tüm AD ölçek puanları iki kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Literatürde ADİ ve ADİ-T'nin

psikodermatolojik hastalarda kontrol grubuna göre çalışmamızla benzer şekilde anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmışken, ADİ-F ve ADİ-B skorlarının çalışmamızdan farklı olarak psikodermatolojik hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olan ve olmayan çalışmalar mevcuttur (30, 60-62) .

Çalışmamızın amaçlarından biri de KSÜ hastalarının ve kontrol gruplarının aleksitimi düzeylerini karşılaştırmaktır. Aleksitimi kavramı psikosomatik hastaların tedavisinde, psikiyatristlerin klinik deneyimlerinin bir parçası olarak ortaya çıkmışsa da, günümüzde yalnızca bu hastalarda değil, diğer ruhsal ve fiziksel hastalıklarda ve sağlıklı bireylerde de yaygın bir özellik olduğu vurgulanmaktadır. Aleksitiminin bütün insanlarda az ya da çok derecede görülen evrensel bir özellik olduğuna işaret edilmiştir. Aleksitimi prevalansı ile ilgili 5454 kişiyle yapılan bir çalışmada, aleksitimi prevalansı %9,9 olarak bulunmuştur (63, 64).

Kocaman ve ark. 75 KSÜ ve 51 sağlıklı kontrol grubuna BAÖ, BDÖ ve TAÖ-26 uygulamış ve KSÜ hastalarının anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıca aleksitimi puanları depresyon ve anksiyete puanları ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur (65). Hunkin ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada, KSÜ hastalarının TAÖ-20 ile ölçülen aleksitimi değerleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmış olup, aleksitimi değerleri, KSÜ hastalık şiddeti ile korele bulunmamıştır. Bu çalışma, hastalık şiddeti ve psikolojik komorbiditenin travma, aleksitimik özellikler ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiden etkilendiğini göstermektedir (66).

Conrad ve ark. TAÖ-20 ile ölçülen aleksitimi skorlarını, KSÜ hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptamıştır. TAÖ-20 tüm alt ölçeklerinde de KSÜ hastaları daha yüksek puan almışken hastalık süresi ile aleksitimi arasında ilişki saptanmamıştır (56). Yapılan başka bir çalışmada, KSÜ hastaları normal popülasyon ile kıyaslandığında, aleksitimi seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmış ve KSÜ hastalarının tedavisinde normal medikal tedavinin yanında, duygularını nasıl düzenleyebileceklerini öğrenmelerinden fayda sağlayabileceği belirtilmiştir (67). Barbosa ve ark. tarafından yapılan KÜ’de aleksitimiye değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada, KÜ hastalarının aleksitimik olanlarının oranı %50,9, orta düzey aleksitimik olanların oranı %25,5 olup, KÜ hastaları kontrol

grubuna göre istatistiksel olarak daha fazla aleksitimik olarak saptanmıştır. Aleksitimi düzeyleri hastalık süresi ve yaşam kalitesi ile ilişkisiz bulunmuştur (68).

KSÜ dışında birçok psikokütanöz hastalıkta da aleksitimi birçok defa çalışılmıştır. Acar ve ark. vitiligo hastalarında TAÖ puanlarını kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek bulmuş olup, vitiligo hastalarının %38, kontrol grubunun %18 aleksitimik olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada, aleksitimik bireylerin kronik strese maruz kaldıklarını ve aleksitimi ile vitiligo arasında etiyolojik bir ilişki olabileceğini vurgulamışlardır (69). Dermatoloji hastalarında aleksitimi değerlendirmek için yapılan bir çalışmada; psöriyazis, alopesi areata ve vitiligo hastalarının kontrol grubuna göre aleksitimi skorlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Aleksitimi değerlendirilmesi ve yönetimi bu hastaların tedavisinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir yer tuttuğu belirtilmiştir (70). Bu çalışmanın aksine 33 ürtiker, psöriyazis ve alopesi hastasından oluşan Güz ve ark.'nın yaptığı başka bir çalışmada, depresyon ve anksiyete skorları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmışken, aleksitimi skorları arasında gruplar arasında fark saptanmamıştır (71).

Çalışmamızda da KSÜ hastaları ile kontrol grupları arasında aleksitimi ve alt grupları düzeylerinde de istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. KSÜ grubunun aleksitimi düzeyleri kontrol gruplarına göre yüksekti ve bu sonuçlar literatürler ile uyumluydu.

Diluvio ve ark. omalizumab tedavisi sonrası, KSÜ hastalarının psikososyal ve biomarker düzey değişimlerini saptamak amacıyla 15 omalizumab tedavisi alan KSÜ hastası ve 15 sağlıklı kontrol grubu kullanarak yaptığı çalışmada katılımcıların anksiyete ve depresyon skorlarını karşılaştırmak için HADS kullanmıştır. Altı aylık omalizumab tedavisi öncesine göre, sonrasında KSÜ hastalarının anksiyete skorlarında anlamlı bir azalma saptanmışken, depresyon skorlarında anlamlı bir düşüş saptanmamıştır (72). Patella ve ark. da HADS'ı kullanarak 68 KSÜ hastasının 24 haftalık omalizumab tedavisi öncesi ve sonrası anksiyete ve depresyon skorlarını karşılaştırmıştır. KSÜ hastalarının anksiyete ve depresyon skorlarında tedavi sonrası anlamlı derecede azalma saptanmıştır (73).

Ürtiker dışında omalizumab tedavisi alan astımlı hastalara bakıldığında, Üzer ve ark. 20 ağır astımlı hastanın omalizumab tedavisi öncesi ve sonrası depresyon ve anksiyete düzeylerini ölçerek tedavi ile depresyon ve anksiyete düzeylerinin azalıp azalmadığını araştırmayı amaçladığı çalışmada, tedavi ile ölçek puanlarının anlamlı düzeyde düştüğünü saptamışlardır (22).

Çalışmamızda antihistamin tedavisi ve omalizumab tedavisi alan KSÜ hastalarının BAÖ, ADİ ve TAÖ ölçek puanlarını karşılaştırdık. Gruplar arasında bu ölçekler ve alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, literatürde anksiyete düzeylerinin omalizumab tedavisi alan hastalarda gerilediği gösterilmiştir (72, 73).

Tat ve ark.'nın 50 KSÜ hastası ve 60 sağlıklı kontrol grubu ile yaptığı çalışmada katılımcıların anksiyete ve depresyon değerlendirmesi HADS, ürtiker şiddeti ise ÜAS7 kullanılarak yapılmış olup, KSÜ hastalarının hastalık şiddeti ile anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki saptanmışken, hastalık süresi ile istatistiksel olarak anlamda bir ilişki saptanmamıştır (36). Engin ve ark. KSÜ hastalarında anksiyete ve depresyon değerlendirmelerini BAÖ ve BDÖ kullanarak yaptığı çalışmada, hastalık şiddeti ve süresi ile bu ölçekler arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (47). Yine aynı şekilde Hergüner ve ark. da anksiyete skorları ile KSÜ hastalık şiddeti ve süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (48). Yapılan diğer çalışmalarda da KSÜ hastalarının hastalık süreleri ile anksiyete düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır (46, 52). Bilgimize göre ürtiker hastalarında AD'yi değerlendiren bir çalışma bulunmadığı için ürtiker hastalık süresi ve şiddetiyle AD ile ilgili bir veri literatürde mevcut değildir.

Hunkin ve ark.'nın 89 KSÜ ve 105 kontrol grubu ile yaptığı çalışmada, KSÜ hastalık şiddeti ile aleksitimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (66). Conrad ve ark. TAÖ-20 ile ölçülen aleksitimi ile KSÜ hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (56). Aynı şekilde Barbosa ve ark. da hastalık süresi ile aleksitimi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır (68).

Çalışmamızda, hastalık süreleri 3 grupta incelendiğinde; literatür ile benzer olarak bu grupların psikometrik ölçekleri, hastalık şiddeti ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Ürtiker şiddeti ile BAÖ, ADİ ve alt grupları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmışken, TAÖ ve alt grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Literatürde KSÜ hastalık şiddeti ile anksiyete düzeyleri arasında çelişkili bilgiler mevcuttur (36, 47, 48).

Kocaman ve ark.'nın KSÜ hastalarında BAÖ, BDÖ, TAÖ-26'yı değerlendirdikleri çalışmada; aleksitimi, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır (65). Barbosa ve ark.'nın KSÜ hastalarında yaptığı çalışmada da anksiyete semptomları TAÖ-20 ile ölçülen aleksitimi total ve tüm alt ölçek puanları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif ilişkili saptanmıştır (46). Ürtiker, psöriyazis ve vitiligo hastalarında yapılan başka bir çalışmada, aleksitimik olanların anksiyete düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek saptanmışken, kontrol grubunda aleksitimik olan ve olmayanlar arasında, anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (71). Dixon ve ark. dermatoloji hastalarında yaptığı çalışmada; ADİ-3, ADİ-B, ADİ-T puanlarını anksiyete düzeyleri ile ilişkili bulurken ADİ-F ile ilişki saptanmamıştır (30).

Yaptığımız çalışmada; literatürler ile benzer şekilde, BAÖ, ADİ-3 ve alt ölçekler, TAÖ-20 ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı.



## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Psikolojik stres, depresyon ve anksiyetenin hem KSÜ'nün etiyolojisinde özellikle de akut atakların alevlenmesinde ve tetiklenmesinde rol oynadığı, hem de KSÜ'ye ikincil olarak gelişebileceği düşünülmektedir. Bu yüzden dermatoloji polikliniğine başvuran KSÜ hastalarının etkili tedavi ve yönetimi için emosyonel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

KSÜ hastalarının BAÖ, TAÖ-20 ve alt ölçekleri, ADİ-3 ve alt ölçekleri puanları kontrol gruplarından yüksek saptanmıştır.

KSÜ hastalarının aldıkları omalizumab ve antihistamin tedavisine göre psikometrik ölçek puanlarında bir fark saptanmamıştır.

Hastalık süresi ile psikometrik ölçekler arasında ilişki saptanmazken, hastalık şiddeti ile BAÖ, ADİ-3 ve alt ölçekleri arasında pozitif bir ilişki saptanıp, TAÖ-20 ve alt ölçekleri arasında ilişki saptanmamıştır.

Bulgularımız anksiyete, AD ve aleksitimi'nin KSÜ hastalarında normal popülasyona göre daha sık olabileceğini göstermektedir. Diğer psikodermatolojik hastalıklarda olduğu gibi KSÜ hastalarının yönetiminde de bulgularımız dermatologlar ile psikiyatristlerin birlikte çalışmasının hastalığın seyrine olumlu etki oluşturabileceğini düşündürmektedir.

Bu konuda, KSÜ ile AD ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi aydınlatmak için yapılacak daha geniş ve detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*. 2018;73(7):1393-414.
2. Powell R, Leech S, Till S, Huber P, Nasser S, Clark A. BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema. *Clin Exp Allergy*. 2015;45(3):547-65.
3. Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, Giménez-Arnau A, Bousquet P, Bousquet J, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA2LEN task force report 1. *Allergy*. 2011;66(3):317-30.
4. Kocatürk Göncü E, Aktan Ş, Atakan N, Bülbül Başkan E, Erdem T, Koca R, et al. Türkiye ürtiker tanı ve tedavi kılavuzu-2016. *Turkderm*. 2016;50(3):82-98.
5. Abajian M, Schoepke N, Altrichter S, Zuberbier T, Maurer M. Physical urticarias and cholinergic urticaria. *Immunol Allergy Clin N Am*. 2014;34(1):73-88.
6. Fine LM, Bernstein JA. Guideline of chronic urticaria beyond. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2016;8(5):396-403.
7. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, eds. In: Grattan CEH. *Urticaria and angioedema*. Dermatology, 3rd ed. London: Mosby; 2012. p.291-306.
8. Chow SK. Management of chronic urticaria in Asia: 2010 AADV consensus guidelines. *Asia Pac Allergy*. 2012;2(2):149-60.
9. Kocatürk E. Ürtikerde Ayırıcı Tanı: Ürtikeryal Vaskülit, Nötrofilik Ürtikeryal Dermatoz ve Ürtikeryal Dermatit. *Türkiye Klinikleri J Dermatol Special Topics*. 2015;8(1)26-33.
10. Marzano A, Tavecchio S, Venturini M, Sala R, Calzavara-Pinton P, Gattorno M. Urticarial vasculitis and urticarial autoinflammatory syndromes. *G Ital Dermatol Venereol*. 2015;150(1):41-50.

11. Jáuregui I, Ortiz de Frutos F, Ferrer M, Giménez-Arnau A, Sastre J, Bartra J, et al. Assessment of severity and quality of life in chronic urticaria. *J Invest Allergol Clin Immunol*. 2014;24(2):80-6.
12. Kocatürk E, Weller K, Martus P, Aktaş S, Kavala M, Sarigul Ş, et al. Turkish version of the chronic urticaria quality of life questionnaire: cultural adaptation, assessment of reliability and validity. *Acta Derm Venereol*. 2012;92(4):419-25.
13. Ortonne JP. Chronic urticaria: a comparison of management guidelines. *Expert Opin Pharmacother*. 2011;12(17):2683-93.
14. Utaş S. Kronik İdiyopatik Ürtikerde Tedavi Prensipleri. *Türkiye Klinikleri J Dermatol- Special Topics*. 2012;5(2):11-5.
15. Antia C, Baquerizo K, Korman A, Alikhan A, Bernstein JA. Urticaria: a comprehensive review: treatment of chronic urticaria, special populations, and disease outcomes. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79(4):617-33.
16. de Silva NL, Damayanthi H, Rajapakse AC, Rodrigo C, Rajapakse S. Leukotriene receptor antagonists for chronic urticaria: a systematic review. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2014;10(1):24.
17. Reimers A, Pichler C, Helbling A, Pichler WJ, Yawalkar N. Zafirlukast has no beneficial effects in the treatment of chronic urticaria. *Clin Exp Allergy*. 2002;32(12):1763-8.
18. Kessel A, Toubi E. Cyclosporine-A in severe chronic urticaria: the option for long-term therapy. *Allergy*. 2010;65(11):1478-82.
19. Saini SS, Bindslev-Jensen C, Maurer M, Grob JJ, Baskan EB, Bradley MS, et al. Efficacy and safety of omalizumab in patients with chronic idiopathic/spontaneous urticaria who remain symptomatic on H1 antihistamines: a randomized, placebo-controlled study. *J Invest Dermatol*. 2015;135(1):67-75.
20. Metz M, Ohanyan T, Church MK, Maurer M. Retreatment with omalizumab results in rapid remission in chronic spontaneous and inducible urticaria. *JAMA dermatol*. 2014;150(3):288-90.

21. Turkmen M, Çoban M, Dogan S, Uygur F, Soylu İH. Kronik spontan ürtikerde omalizumab tedavisinin etkinliği: Retrospektif değerlendirilme. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol*. 2019;53(2):65-7.
22. Uzer F, Ozbudak O. Benefits of omalizumab on anxiety and depression in patients with severe asthma. *Caspian J Intern Med*. 2018;9(3):228-231.
23. Saini SS. Chronic spontaneous urticaria: etiology and pathogenesis. *Immunol Allergy Clin N Am*. 2014;34(1):33-52.
24. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: basics concepts. *Acta Derm Venereol*. 2016;96(217):35-7.
25. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care companion J Clin psychiatry*. 2007;9(3):203-13.
26. Koo JY, Lee CS. General approach to evaluating psychodermatological disorders. *Psychocutaneous Medicine*. Boca Raton: CRC Press; 2003. p. 17-26.
27. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45(2):65-74.
28. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):93-107.
29. Mantar A. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 2008.
30. Dixon LJ, Lee AA, Viana AG, McCowan NK, Brodell RT, Tull MT. Anxiety sensitivity in dermatological patients. *Psychosomatics*. 2016;57(5):498-504.
31. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*. 2007;19(2):176-188.
32. Kemerli B, Çelik T. Aleksitimi ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *J Eur Education*. 2015;5(2).

33. Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borekardt J, et al. Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2009;19(3):214-220.
34. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother*. 1998;12(2):163-72.
35. Mercan FS, Altunay Kİ. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):305-13.
36. Tat TS. Higher levels of depression and anxiety in patients with chronic urticaria. *Med Sci Monit*. 2019;25:115-120.
37. Emre E, Tazegul G. Evaluation of Anxiety, Depression and Quality of Life in Patients with Chronic Urticaria. *Asthma Allergy Immunol*. 2020.
38. Ben-Shoshan M, Blinderman I, Raz A. Psychosocial factors and chronic spontaneous urticaria: a systematic review. *Allergy*. 2013;68(2):131-41.
39. Huang Y, Xiao Y, Zhang X, Li J, Chen X, Shen M. A meta-analysis of observational studies on the association of chronic urticaria with symptoms of depression and anxiety. *Front Med*. 2020;7:39.
40. Bilgir F, Özdemir RB, Değirmenci P, Dede B, Kırmaz C. Clinical Features of Patients with Chronic Urticaria and the Results of the Skin Prick Tests. *Asthma Allergy Immunol*. 2019;17(2):91-6.
41. Önder S, Ozturk M. How does omalizumab affect the immunoinflammatory response in patients with chronic spontaneous urticaria? *Cutan Ocul Toxicol*. 2020;39(1):31-5.
42. Paudel S, Parajuli N, Sharma RP, Dahal S, Paudel S. Chronic Urticaria and Its Impact on the Quality of Life of Nepalese Patients. *Dermatol Res Pract*. 2020;2020.
43. Ue APF, Souza PK, Rotta O, Furlani WJ, Lima ARM, Sabbag DSOV. Quality of life assessment in patients with chronic urticaria. *An Bras Dermatol*. 2011;86(5):879-904.
44. Sánchez-Borges M, Asero R, Ansotegui IJ, Baiardini I, Bernstein JA, Canonica GW, et al. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. *World Allergy Organ J*. 2012;5(11):125-47.

45. Staubach P, Dechene M, Metz M, Magerl M, Siebenhaar F, Weller K, et al. High prevalence of mental disorders and emotional distress in patients with chronic spontaneous urticaria. *Acta Derm Venereol.* 2011;91(5):557-61.
46. Barbosa F, Freitas J, Barbosa A. Chronic idiopathic urticaria and anxiety symptoms. *J Health Psychol.* 2011;16(7):1038-47.
47. Engin B, Uguz F, Yilmaz E, Özdemir M, Mevlitoglu I. The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22(1):36-40.
48. Hergüner S, Kılıç G, Karakoc S, Tamay Z, Tüzün Ü, Güler N. Levels of depression, anxiety and behavioural problems and frequency of psychiatric disorders in children with chronic idiopathic urticaria. *Br J Dermatol.* 2011;164(6):1342-7.
49. Lsheelan-Dare R, Henderson M, A. Cotterill J. Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol.* 1990;123(6):769-74.
50. Sperber J, Shaw J, Bruce S. Psychological components and the role of adjunct interventions in chronic idiopathic urticaria. *Psychother Psychosom.* 1989;51(3):135-41.
51. Altınöz AE, Taşkıntuna N, Altınöz ŞT, Ceran S. A cohort study of the relationship between anger and chronic spontaneous urticaria. *Adv Ther.* 2014;31(9):1000-7.
52. Ograczyk A, Miniszewska J, Pietrzak A, Zalewska-Janowska A. Sense of coherence as a protective factor in chronic urticaria. *Postepy Dermatol Alergol.* 2017;34(2):168.
53. Gattey N, Bahrani B, Hull PR. Chronic spontaneous urticaria: a questionnaire survey. *J Cutan Med Surg.* 2016;20(3):241-3.
54. Mendelson MH, Bernstein JA, Gabriel S, Balp M-M, Tian H, Vietri J, et al. Patient-reported impact of chronic urticaria compared with psoriasis in the United States. *J Dermatol Treat.* 2017;28(3):229-36.
55. Fava GA, Perini GI, Santonastaso P, Fornasa CV. Life events and psychological distress in dermatologic disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *Br J Med Psychol.* 1980;53(3):277-82.

56. Conrad R, Geiser F, Haidl G, Hutmacher M, Liedtke R, Wermter F. Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22(9):1062-9.
57. Weldon DR. Quality of life in patients with urticaria. *Allergy Asthma Proc.* 2006;27(2):96-9
58. Zachariae R, Zachariae C, Ibsen HHW, Mortensen JT, Wulf HC. Psychological symptoms and quality of life of dermatology outpatients and hospitalized dermatology patients. *Acta Derm Venereol.* 2004;84(3):205-12.
59. Ben-Shoshan M, Clarke A, Raz A. Psychosocial factors and the pathogenesis of chronic hives: a survey of Canadian physicians. *J Allergy Therapy.* 2012;3:1.
60. Dixon L, Witcraft S, McCowan N, Brodell R. Stress and skin disease quality of life: the moderating role of anxiety sensitivity social concerns. *Br J Dermatol.* 2018;178(4):951-7.
61. Ellison L, Witcraft SM, Dixon LJ. Anxiety sensitivity and social anxiety in adults with psychodermatological symptoms. *Arch Dermatol Res.* 2020:1-7.
62. Erdogan HK, Altinoz AE, Acer E, Saracoglu ZN, Bilgin M. Evaluation of anxiety sensitivity in patients with psoriasis. *Dermatol Sin.* 2019;37:28-32
63. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics.* 1991;32(2):153-64.
64. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res.* 2006;61(5):629-35.
65. Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, Oflaz SB, Gelincik A, Büyüköztürk S. Relationship among alexithymia, anxiety, and depression in patients with chronic idiopathic urticaria. *Nobel Med.* 2012;8(1):46-51.
66. Hunkin V, Chung MC. Chronic idiopathic urticaria, psychological comorbidity and posttraumatic stress: the impact of alexithymia and repression. *Psychiatr Q.* 2012;83(4):431-47.
67. Maniaci G, Epifanio M, Marino M, Amoroso S. The presence of alexithymia investigated by the TAS-20 in chronic urticaria patients: a preliminary report. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2006;38(1):15-9.

68. Barbosa F, Freitas J, Barbosa A. Alexithymia in chronic urticaria patients. *Psychol Health Med.* 2011;16(2):215-24.
69. Acar ŞT, Ayyıldız E, Camkurt A, Kaya Tİ, Baştırzi AD, Yıldırım V. Vitiligo ve Aleksitimi. *Psikiyatri Nöroloji Davranış Bilimleri Dergisi.* 2016;9:5-10
70. Dehghani F, Dehghani F, Kafaie P, Taghizadeh MR. Alexithymia in different dermatologic patients. *Asian J Psychiat.* 2017;25:42-5.
71. Güz H, Ay M, Dilbaz N. Bir grup dermatolojik hastalarda aleksitimi, depresyon ve anksiyete. *Düşünen Adam.* 2000;13(3):161-165.
72. Diluvio L, Piccolo A, Marasco F, Vollono L, Lanna C, Chiaramonte B, et al. Improving of psychological status and inflammatory biomarkers during omalizumab for chronic spontaneous urticaria. *Future Sci OA.* 2020;6(9):FSO618.
73. Patella V, Zunno R, Florio G, Palmieri M, Palmieri S, Brancaccio R. Omalizumab improves perceived stress, anxiety and depression in Chronic Spontaneous Urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020:S2213-198 (20) 31247-2.



