



# Psoriasis Hastalarında Uyumsuz Hayal Kurma Bozukluğu

## Maladaptive Daydreaming in Psoriasis Patients

Özge ZORLU<sup>1</sup>, Elmas BEYAZÜZ<sup>2</sup>, Sema AYTEKİN<sup>1</sup>, Hülya ALBAYRAK<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

<sup>2</sup>Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

### ÖZ

**Amaç:** Birçok psikiyatrik bozukluk psoriasis ile ilişkilidir. On altı maddeden oluşan uyumsuz hayal kurma (MD) ölçeği (MDS-16), MD bozukluğu için bir tarama aracı olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada, psoriasisli bireylerde daha yüksek MDS-16 skorları ve olası uyumsuz hayal kurma bozukluğu oranı görüleceği hipotezinden yola çıkılarak, psoriasisli hastalar ile sağlıklı bireylerin MDS-16 skorları arasında fark olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Bu kesitsel, ankete dayalı, olgu-kontrol çalışmasına 184 psoriasis hastası ve herhangi bir deri hastalığı olmayan, yaş ve cinsiyet açısından uyumlu 93 kişi dahil edildi. Türkçe Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği (TDYKÖ) ve MDS-16 uygulandı. Toplam MDS-16 puanı  $\geq 50$  olan katılımcılar olası MD bozukluğuna sahip bireyler olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam MDS-16 skoru psoriasis grubunda daha yüksekti ( $p=0,038$ ). Ancak, olası MD bozukluğuna sahip bireylerin sıklığı arasında anlamlı fark yoktu ( $p=0,234$ ). Çok değişkenli analize göre, psoriasis, MD bozukluğu açısından bağımsız bir risk faktörü olarak saptanmadı. Psoriasis grubunda; MDS-16 skorları, TDYKÖ skorları ile pozitif korelasyon gösterirken ( $r_s=0,259$ ,  $p=0,001$ ), olası MD bozukluğuna sahip bireylerde TDYKÖ skorları daha yüksekti ( $p=0,032$ ).

**Sonuç:** Psoriasis ile MD bozukluğu arasındaki ilişki, psoriasisin YK üzerindeki etki düzeyi ile ilişkili olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Uyumsuz hayal kurma, psoriasis, yaşam kalitesi

### ABSTRACT

**Aim:** Many psychiatric disorders are associated with psoriasis. A 16-item self-report maladaptive daydreaming (MD) scale (MDS-16) is described as a screening tool for MD. We aimed to explore whether MDS-16 scores differed in psoriasis patients compared to healthy individuals, hypothesizing higher scores and higher rates of probable maladaptive daydreamers (MDers) among psoriasis patients.

**Materials and Methods:** We included 184 psoriasis patients and 93 age- and sex-matched people without any cutaneous disorders in this case-control, cross-sectional, and questionnaire-based study. Dermatology Quality of Life Instrument in Turkish (TQoL) and MDS-16 were applied. We considered the participants with a total MDS-16 score  $\geq 50$  as probable MDers.

**Results:** Total MDS-16 score was higher in the psoriasis group ( $p=0,038$ ). However, the difference between the frequencies of probable MDers was not significant ( $p=0,234$ ). According to the multivariable analysis, psoriasis was not found as an independent risk factor for being probable MDer. In the psoriasis group, total MDS-16 scores were positively correlated with TQoL scores ( $r_s=0,259$ ,  $p=0,001$ ), which were significantly higher in probable MDers ( $p=0,032$ ).

**Conclusion:** The association between psoriasis and MD may be related to the level of the impact of psoriasis on the quality of life.

**Keywords:** Maladaptive daydreaming, psoriasis, quality of life

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Özge ZORLU, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

**Tel.:** +90 554 334 38 02 **E-posta:** zorluzg@gmail.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0001-5555-130X

**Geliş tarihi/Received:** 21.11.2023 **Kabul tarihi/Accepted:** 19.04.2024



©Telif Hakkı 2024 Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi / Namık Kemal Tıp Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.  
©Copyright 2024 by Tekirdağ Namık Kemal University / Namık Kemal Medical Journal is published by Galenos Publishing House.  
Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

## GİRİŞ

Uyumsuz hayal kurma (MD), insan etkileşiminin yerini alan ve/veya yaşamın çeşitli alanlarında işlevselliğe müdahale eden ve ciddi sıkıntılara yol açabilen kapsamlı bir fantezi aktivitesidir<sup>1</sup>. Psikolojik stres ve gerçek yaşam sorunları nedeniyle bir başa çıkma stratejisi olarak ortaya çıkabilir<sup>2,3</sup>. Buna ek olarak, MD'li hastalarda depresyon, anksiyete, dissosiyasyon ve obsesif-kompulsif ilişkili bozukluklarla ilgili başka semptomlar da görülebilir<sup>4</sup>.

Somer ve ark.<sup>4</sup>, MD olan ve olmayan bireyler arasında ayırım yapmak için 16 maddelik bir öz bildirim MD ölçeği (MDS-16) tanımlamıştır. MDS-16 şu anda tarama aracı olarak kullanılmakta olup çeşitli dillere çevrilmiş ve geçerliliği onaylanmıştır<sup>5,6</sup>.

Psoriasis, yaşam kalitesi (YK) üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilen ve psikolojik ve sosyal morbiditeye neden olabilen kronik inflamatuvar sistemik bir hastalıktır. Psoriasis ile başa çıkmak kronik strese yol açabilir. Psikolojik sıkıntı, bir kısır döngü içinde psoriazisi tetikleyebilir veya kötüleştirir. Hastalar hastalık seyri sırasında yeni başa çıkma stratejileri geliştirebilirler<sup>7-9</sup>.

Anksiyete, yeme, duygudurum (depresyon veya bipolar bozukluk), uyku, somatoform bozukluklar, cinsel işlev bozukluğu ve madde bağımlılığı gibi birçok psikiyatrik bozukluk psoriasis ile ilişkilidir<sup>10,11</sup>. Psikososyal komorbiditelerin değerlendirilmesi, hastalık seyri sırasında psoriazisin şiddetini değerlendirmek için esastır. Şimdiye kadar, literatürde psoriasis ve MD arasındaki ilişkiye dair bir rapor bulunmamaktadır.

Psoriazisin bir başa çıkma stratejisi olarak MD'yi tetikleyebileceğini veya artırabileceğini varsaydık. Psoriasis hastalarında MDS-16 skorlarının sağlıklı bireylere kıyasla farklılık gösterip göstermediğini araştırmayı amaçladık ve psoriasis hastaları arasında daha yüksek skorlar ve daha yüksek oranda olası MD bozukluğuna sahip bireyler olduğunu varsaydık.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Katılımcılar

Bu olgu-kontrol, kesitsel ve ankete dayalı çalışma Ağustos 2022 ile Ocak 2023 tarihleri arasında üçüncü basamak sevk hastanemizdeki dermatoloji polikliniğinde yürütülmüştür. Katılımcılar psoriasis ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Psoriasis grubuna 184 psoriasis hastası dahil edilirken, aynı coğrafi bölgeden yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş ve herhangi bir deri hastalığı olmayan 93 kişi kontrol grubunda yer aldı. On sekiz yaşından küçük olanlar ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler çalışma dışı bırakıldı.

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alındı (onay numarası: 2022.131.06.21, tarih: 28.06.2022). Tüm katılımcılar çalışmaya katılmadan önce bilgilendirilmiş onam verdi.

### Ölçümler

#### Sosyodemografik ve Klinik Veriler

Tüm katılımcılar için yaş, cinsiyet, sigara, alkol kullanımı, vücut kitle indeksi (VKİ), eşlik eden hastalıklar, düzenli olarak kullanılan ilaçlar, medeni durum (bekar, evli, boşanmış, dul), eğitim düzeyleri (ilkokul/ortaokul, lise, lisans/yüksek lisans), meslek durumu, gelir düzeyi (düşük, orta, yüksek) ve ikamet alanı verileri kaydedilmiştir. Ayrıca, psoriasis grubunda psoriazis başlangıç yaşı, hastalık süresi, özel bölgelerin tutulumu (saçlı deri, tırnak, genital, fleksural ve palmoplantar bölgeler) ve psoriasis için kullanılan tedaviler kaydedilmiştir.

#### Psoriasis Alan Şiddeti İndeksi

Psoriasis alan şiddeti indeksi (PASI), psoriasis şiddetini değerlendirmek için en sık kullanılan ölçektir<sup>12</sup>. PASI skoru  $\geq 10$  veya vücut yüzey alanı  $\geq 10\%$  olan hastaların orta-şiddetli psoriazisi olduğu kabul edilir. Ancak bazı hastalarda hastalığın YK üzerindeki etkisi nedeniyle PASI skorları hastalık şiddetini tam olarak yansıtmayabilir. PASI skoru  $< 10$  olmasına rağmen psoriatik artrit, görünür veya özel alanların tutulumu, dirençli plakların varlığı, kaşıntı/ağrı/yanma hissi veya Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi  $> 10$  olan hastalar da orta-şiddetli psoriasis olarak kabul edilir<sup>13,14</sup>. Psoriasis grubunda, psoriazisin şiddetini bu bilgiler ışığında tanımladık.

#### Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

Psoriazisin son bir ay içinde katılımcıların YK üzerindeki etkisini değerlendirmek için Türkçe Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeğini (TDYKÖ) kullandık. TDYKÖ, her biri bilişsel, duygusal, sosyal, günlük aktivite, cinsel yaşam ve semptomlar dahil olmak üzere farklı alanları ölçmek için kavramsallaştırılmış 11 maddeden oluşan, onaylanmış, beşli Likert tipi (0=hiçbir zaman - 4=her zaman) bir öz bildirim anketidir. Toplam olası puan 0 ile 44 arasında değişmektedir. Puan ne kadar düşükse, YK o kadar iyidir<sup>15,16</sup>.

#### MDS-16 Ölçeği

Potansiyel MD olgularını değerlendirmek için MDS-16 kullanılmıştır. Likert tipi bir ölçekte  $10\%$ 'luk artışlarla  $0\%$ 'dan (hiçbir zaman/asla)  $100\%$ 'e (her zaman/aşırı sık) kadar değişen 16 maddelik bir öz bildirim anketidir. Toplam puan 16 maddenin ortalamasıdır<sup>4,6</sup>. Daha yüksek puanlar MD için daha yüksek bir potansiyelle işaret etmektedir. Metin ve ark.<sup>5</sup> MDS-16'nın Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır.

Somer ve ark.<sup>6</sup>, MD'li hastaların taranmasında en uygun kesme puanını 40 olarak ve mükemmele yakın bir duyarlılıkla bildirmişlerdir. Bununla birlikte, bu çalışmada 50 kesme puanı %100 özgüllüğe (yanlış pozitif olgu yok) ve çok doğru duyarlılığa sahipti<sup>6</sup>. Klinik görüşme yapmadığımız için, toplam skor  $\geq 50$  olanlar olası MD'li olarak kabul edilmiştir<sup>17,18</sup>. Bu çalışmada MDS-16 için Cronbach  $\alpha$  değeri 0,913'tür.

### İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences v.25 yazılımı (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) kullanılmıştır.  $P < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Sürekli değişkenlerin dağılımının normalliği Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler medyan (çeyrekler arası aralık) veya ortalama $\pm$ standart sapma olarak, kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde olarak sunulmuştur.

MDS-16 anketinin iç tutarlılığı için Cronbach  $\alpha$  ölçülmüştür. Normalite testi sonuçlarına göre, iki grup arasındaki karşılaştırmalar için bağımsız örneklem t-testi veya Mann-Whitney U testi, grup sayısı ikiden fazla ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testinden sonra çoklu karşılaştırmalar için Dunn-Bonferroni yaklaşımı uygulanmıştır. Kategorik değişkenleri karşılaştırmak için Pearson's veya Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler

arasındaki korelasyonlar Spearman korelasyon testi kullanılarak incelenmiştir.

Bağımsız risk faktörleri ile MD arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için çok değişkenli lojistik regresyon analizinin enter yöntemini uyguladık. Modelin verilere uyup uymadığını doğrulamak için Hosmer-Lemeshow testini kullandık. Tek değişkenli lojistik regresyon testinde  $p < 0,05$  olan bağımsız değişkenler daha sonra çok değişkenli lojistik regresyona dahil edilmiştir. Bağımlı değişkeni olası MD'liler (toplam MDS-16 skoru  $\geq 50$ ) ve olası olmayan MD'liler (toplam MDS-16 skoru  $< 50$ ) olarak ikiye ayırarak tanımladık. Bağımsız değişkenler çalışma grubu (psoriasis veya kontrol), yaş, cinsiyet, sigara, alkol kullanımı, VKİ, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek durumu, gelir düzeyi, ikamet alanı ve psikiyatrik komorbiditelerdi. Ayrıca, psoriasis grubunda psoriasis başlangıç yaşı, psoriasis süresi, özel bölgelerin tutulumu, TDYKÖ skoru, PASI ve psoriasis için kullanılan tedavi bağımsız değişkenler olarak tanımlanmıştır.

### BULGULAR

#### Çalışma Grupları Arasında Sosyodemografik Özelliklerin ve Toplam MDS-16 Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışma gruplarının verileri yaş, cinsiyet, medeni durum, VKİ ve gelir düzeyleri açısından istatistiksel olarak benzerdi. Grupların sosyodemografik ve klinik verilerinin karşılaştırmaları Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1. Çalışma grupları arasında sosyodemografik ve klinik verilerin karşılaştırılması**

	Değişkenler	Psoriasis grubu (n=184)	Kontrol grubu (n=93)	p
Yaş	Ortalama $\pm$ SS Medyan (IQR)	42,51 $\pm$ 13,42 42 (21)	41,34 $\pm$ 11,27 42 (17)	0,562 <sup>a</sup>
Cinsiyet (n, %)	Kadın Erkek	91, %49,5 93, %50,5	50, %53,8 43, %46,2	0,498 <sup>b</sup>
Medeni durum (n, %)	Bekar Evli Boşanmış Dul	43, %23,4 129, %70,1 7, %3,8 5, %2,7	19, %20,4 69, %74,2 5, %5,4 0	0,386 <sup>c</sup>
VKİ (n, %)	<18,5 (zayıf) $\geq 18,5$ ve <25 (normal) $\geq 25$ ve <30 (fazla kilolu) $\geq 30$ ve <40 (obez) $\geq 40$ (ileri obezite)	4, %2,2 51, %27,7 82, %44,6 39, %21,2 8, %4,3	1, %1,1 30, %32,6 42, %45,7 18, %19,6 1, %1,1	0,630 <sup>c</sup>
Eğitim düzeyi (n, %)	İlkokul/ortaokul Lise Lisans/yüksek Lisans derecesi	63, %34,2 67, %36,4 54, %29,3	16, %17,2 12, %12,9 65, %69,9	<0,001 <sup>b</sup>
Gelir düzeyi (n, %)	Düşük (I<0) Orta (I=0) Yüksek (I>0)	67, %37,2 92, %51,1 21, %11,7	27, %29,3 47, %51,1 18, %19,6	0,154 <sup>b</sup>

Tablo 1. Devamı

	Değişkenler	Psoriazis grubu (n=184)	Kontrol grubu (n=93)	p
Tütün kullanımı (n, %)	Kullanıyor Kullanmıyor	85, %46,2 99, %53,8	63, %67,7 30, %32,3	0,001 <sup>b</sup>
Alkol kullanımı (n, %)	Hayır Evet	154, %83,7 30, %16,3	59, %63,4 34, %36,6	<0,001 <sup>b</sup>
Meslek (n, %)	Yok Var	77, %44 98, %56	20, %23 67, %77	0,001 <sup>b</sup>
İkamet yeri (n, %)	Köy Kasaba Şehir	9, %4,9 125, %67,9 50, %27,2	3 %3,2 16 %17,2 74 %79,6	<0,001 <sup>b</sup>
Psikiyatrik bozukluklar (n, %)	Yok Var - Depresyon - Kaygı bozukluğu - Şizofreni - Alkol bağımlılığı	173, %94 11, %6 7 3 1 1	83, %94,3 5, %5,7 2 3	0,923 <sup>b</sup>
Olası MD'liler (n, %)		20 (%10,9)	6 (%6,5)	0,234 <sup>b</sup>
Toplam MDS-16 skoru	Ortalama±SS Medyan (IQR)	26,13±17,16 23,75 (25,63)	21,82±15,83 18,12 (21,56)	0,038 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>Mann-Whitney U testi; <sup>b</sup>Pearson's ki-kare testi; <sup>c</sup>Fisher-Freeman-Halton testi.  
SS: Standart sapma, IQR: Çeyrekler arası aralık, MDS-16: Uyumsuz hayal kurma ölçeği, I: Gelir, O: Sonuç, MDers: Uyumsuz hayal kuranlar

## Toplam MDS-16 Skorları ile Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki

Her iki grupta da toplam MDS-16 skoru ile cinsiyet, medeni durum, obezite, eğitim düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, meslek durumu ve eşlik eden komorbiditeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Toplam MDS-16 skorunun gelir düzeyi, yerleşim yeri ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi sadece psoriazis grubunda anlamlıydı (Tablo 2).

Sadece kontrol grubunda yaş ile toplam MDS-16 skoru arasında zayıf bir negatif korelasyon vardı ( $r_s = -0,215$ ,  $p = 0,042$ ).

Psoriazis grubunda, toplam MDS-16 skorları ile psoriazis şiddeti veya özel bölgelerin tutulumu arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Toplam MDS-16 skorları sistemik ajanlarla tedavi edilmeyen hastalarda daha yüksekti, ancak aradaki fark anlamlı değildi (Tablo 3). Ayrıca, toplam MDS-16 skorları ile VKİ, yaş, PASI, hastalık süresi veya psoriazis başlangıç yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. TDYKÖ ile toplam MDS-16 skorları arasında zayıf bir pozitif korelasyon vardı ( $r_s = 0,259$ ,  $p = 0,001$ ).

## Olası MD'lilerin Sosyodemografik Özellikleri

Her iki grupta da cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sigara, alkol kullanımı, meslek durumu, VKİ, gelir düzeyi veya psikiyatrik bozukluk varlığı olası MD'liler ile diğerleri arasında anlamlı farklılık göstermemiştir.

Yüz seksen dört psoriazis hastasının 20'si (%10,9) olası MD'liydi. Olası MD'lilerin 17'si (%85) kasabada ve 3'ü (%15)

köyde ikamet ederken, olası olmayan MD'lilerin 108'i (%65,9) kasabada, 50'si (%30,5) şehirde ve 6'sı (%3,7) köyde ikamet etmekteydi ( $p = 0,003$ ).

Psoriazis grubunda, hastalık süresi veya şiddeti, psoriazisin başlangıç yaşı, PASI veya özel bölge tutulumları, olası MD'liler arasında olası olmayan MD'lilere kıyasla önemli ölçüde farklılık göstermemiştir. TDYKÖ skorları olası MD'lilerde anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 4). Sadece topikal ajanlar veya fototerapi ile tedavi edilen hastaların çok daha büyük bir kısmı olası MD'liydi (Tablo 3).

## Çok Değişkenli Analiz

Enter yöntemi kullanılarak yapılan çok değişkenli analizler tüm katılımcılar (Model 1), psoriazis grubu (Model 2) ve kontrol grubu (Model 3) için gerçekleştirilmiştir. Hosmer-Lemeshow testlerinin sonuçlarına göre (Model 1, Model 2 ve Model 3 için sırasıyla  $p = 0,064$ ,  $p = 0,789$  ve  $p = 0,767$ ), modeller verilere uymaktadır ve daha fazla yorumlanabilir. Açıklanan sözde varyans (Nagelkerke,  $R^2$ ) Model 1 için %21,3, Model 2 için %16,3 ve Model 3 için %33,7'dir. Doğru sınıflandırılan olguların yüzdesi Model 1'de %90,8, Model 2'de %89,4 ve Model 3'te %95,3'tür.

Çok değişkenli analiz, tüm katılımcılar için yerleşim yeri ve psikiyatrik bozuklukların, psoriazis hastaları için TDYKÖ skoru ve tedavi türünün ve kontrol grubu için yaşın olası MD'li olmak için bağımsız risk faktörleri olduğunu ortaya koymuştur. Psoriazis MD için bağımsız bir risk faktörü olarak bulunmamıştır.

**Tablo 2. MDS-16 toplam puanları ile sosyodemografik/klınik özellikler arasındaki ilişki**

Değişkenler	Toplam MDS-16 skoru					
	Psoriazis grubu			Kontrol grubu		
	n	Medyan (IQR)	p	n	Medyan (IQR)	p
Gelir düzeyi <sup>a</sup>						
- Düşük (I<O)	67	26,3 (28,1)	0,018	27	19,4 (30,63)	0,447
- Orta (I=O)	92	24,4 (25,3)		47	17,5 (18,13)	
- Yüksek (I>O)	21	11,3 (20,9)		18	16,3 (19,7)	
İkamet yeri <sup>b</sup>						
- Köy	9	32,5 (28,13)	0,016	3	10	0,665
- Kasaba	125	26,3 (28,75)		16	20,3 (20,8)	
- Şehir	50	19,1 (21,56)		74	17,8 (22,8)	
Psikiyatrik bozukluklar <sup>c</sup>						
- Yok	173	23,1 (24,7)	0,033	83	18,1 (21,3)	0,685
- Var	11	41,3 (30)		5	18,1 (47,5)	

<sup>a</sup>Kruskal-Wallis testi. İkili karşılaştırmalar; I<O ile I>O (p=0,018) ve I=O ile I>O (p=0,028) arasındaki farklar anlamlıdır.  
<sup>b</sup>Kruskal-Wallis testi. İkili karşılaştırmalar; kasaba ile şehir (p=0,018), köy ile şehir (p=0,016) arasındaki farklar anlamlıdır.  
<sup>c</sup>Mann-Whitney U testi.  
IQR: Çeyrekler arası aralık, I: Gelir, O: Sonuç, MDS-16: Uyumsuz hayal kurma ölçeği

**Tablo 3. Psoriazis grubunda MDS-16 sonuçları ile tedavi türleri arasındaki ilişki**

Tedavi türleri	Olası MD'liler (n, %)	Toplam MDS-16 skorları Ortalama±SS Medyan (IQR)
Topikal veya fototerapi (n=34)	8 (%23,5)	32,5±19,2 32,2 (29,8)
Sistemik konvansiyonel (n=58)	4 (%6,9)	23,1±15,3 21,6 (19,06)
Biyolojik ajanlar (n=92)	8 (%8,7)	25,7±17,1 22,2 (27,97)
p	0,030 <sup>a</sup>	0,058 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>Pearson's ki-kare testi, <sup>b</sup>Kruskal-Wallis testi.  
MDers: Uyumsuz hayal kurma bozukluğuna sahip bireyler, MDS-16: Uyumsuz hayal kurma bozukluğu ölçeği, IQR: Çeyrekler arası aralık, SS: Standart sapma

[odds oranı (OR): 0,681; %95 güven aralığı (GA): 0,169-2,75; p=0,590]. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinin sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

## TARTIŞMA

Birçok psikiyatrik bozukluğun psoriazis ile ilişkili olduğu bilgisine dayanarak, psoriazis hastalarının toplam MDS-16 skorlarının daha yüksek olup olmadığını ve psoriazis hastaları arasında olası MD'lilerin daha sık olup olmadığını araştırdık. Hipotezimizi takiben, toplam MDS-16 skorları psoriazis grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,038). Ancak, çalışma grupları arasında olası MD'lilerin sıklığındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,234). Ayrıca, çok değişkenli analizlere göre psoriazis, MD için bağımsız bir risk faktörü değildi.

Psoriazis, hastaların sosyal, kişisel ve cinsel yaşamlarının kalitesini etkileyebilir. Bu nedenle, hastalar anksiyete, depresyon veya diğer psikolojik bozukluklara yatkındır, ancak tüm hastalar hastalıklarına uyum sağlamakta zorluk çekmez<sup>7,8</sup>. Önceki raporlara göre, YK, psikolojik sıkıntı veya stres, psoriazis şiddeti ve süresi veya tedavi yöntemleri ile ilişkili değildir<sup>7,9,19-21</sup>. Psoriazisin kozmetik şekil bozukluğunun ötesinde, psikolojik faktörler ve stresle baş edememe psoriazis hastalarında engelliliğin güçlü belirleyicileridir<sup>9</sup>. TDYKÖ ile toplam MDS-16 skorları arasında zayıf bir pozitif korelasyon gözlemledik ( $r_s=0,259$ , p=0,001) ve TDYKÖ skorları olası MD'ler arasında daha yüksekti (p=0,032). Ayrıca, çok değişkenli analize göre, daha yüksek TKY puanları psoriazis grubunda daha yüksek olası MD'li olma riski ile ilişkilendirilmiştir (OR: 1,055; %95 GA: 1,002-1,110). Öte yandan, toplam MDS-16 skorları psoriazis grubunda anlamlı derecede yüksek olmasına rağmen, çalışma

**Tablo 4. Olası MD bozukluğu ve olası olmayan MD bozukluğu arasındaki yaş, BMI ve TQoL puanlarının karşılaştırılması**

Değişkenler	Olası olmayan MD'liler Ortalama±SS Medyan (IQR)	Olası MD'liler Ortalama±SS Medyan (IQR)	p
Yaş	42,2±11,05	29,33±6,98	0,006 <sup>a</sup>
- Kontrol grubu	44 (16)	26,5 (13)	
- Psoriazis grubu	42,53±13,27 42 (21)	42,37±15,06 42 (26)	0,961 <sup>b</sup>
VKİ	26,64±4,6	27,34±2,67	0,481 <sup>b</sup>
- Kontrol grubu	25,7 (5,4)	28,4 (4,8)	
- Psoriazis grubu	27,46±4,98 26,95 (5,1)	29,63±7,78 29,35 (12,6)	0,119 <sup>b</sup>
TDYKÖ skorları	18,03±10,87	23,65±9,37	0,032 <sup>b</sup>
- Psoriazis grubu	16,5 (19)	22 (15)	
PASI	2,7±4,6	3,1±6,5	0,806 <sup>b</sup>
- Psoriazis grubu	1 (2,4)	1 (1,7)	

<sup>a</sup>Bağımsız örneklem t-testi, <sup>b</sup>Mann-Whitney U testi.  
MDS-16: Uyumsuz hayal kurma ölçeği, IQR: Çeyrekler arası aralık, VKİ: Vücut kitle indeksi, TDYKÖ: Türkçe Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği, PASI: Psoriazis alan şiddeti indeksi, SS: Standart sapma

**Tablo 5. Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları**

Risk faktörleri	OR	95% GA	p
<b>Tüm katılımcılar</b>			
İkamet yeri			
- Köy	Referans		
- Kasaba	0,616	0,110-3,447	0,581
- Şehir	0,106	0,012-0,955	0,045
Psikiyatrik bozukluk			
- Yok	Referans		
- Var	4,88	1,118-21,3	0,035
Psoriazis grubu			
Yüksek TQoL skorları	1,055	1,002-1,110	0,042
Tedavi türleri			
- Topikal veya fototerapi	Referans		
- Sistemik konvansiyonel	0,162	0,036-0,738	0,019
- Biyolojik ajanlar	0,250	0,073-0,854	0,027
Kontrol grubu			
- İleri yaş	0,838	0,728-0,966	0,015

OR: Odds oranı, GA: Güven aralığı, TQoL: Türkçe Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği

grupları arasında olası MD'li sıklığındaki fark anlamlı değildi ve psoriazis olası MD'li olmanın risk faktörleri arasında yer almıyordu. Ayrıca, MD ile psoriazis şiddeti, süresi veya yeri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Tedavi modaliteleri arasında, deriye yönelik tedavilerle (topikal veya fototerapi) tedavi edilen hastaların daha büyük bir oranı olası MD'liydi. Benzer şekilde, sistemik konvansiyonel (OR: 0,162; %95 GA: 0,036-0,738) veya

biyolojik ajanlarla (OR: 0,250; %95 GA: 0,073-0,854) tedavi, orta/şiddetli psoriazis için kullanılmasına rağmen YK üzerindeki uzun vadeli olumlu etkilerine atfedilebilecek şekilde, olası MD'li olma riskinin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir. Dolayısıyla, hayal kurma veya MD, diğer hastalık şiddeti ölçütlerinden bağımsız olarak YK'si bozulmuş psoriazis hastaları için bir başa çıkma stratejisi olabilir.

Bildirilen eşlik eden psikopatolojiler psoriazis lezyonlarının kapsamı ile uyumlu olmayabilir<sup>11</sup>. Psoriazis ve ruhsal bozukluklar arasındaki korelasyon nöroimmün, serotonerjik veya dopaminerjik sistemlerdeki değişiklikleri içerir<sup>10,22,23</sup>. Düşük serotonin ve yüksek dopamin seviyelerinin psoriazis ile ilişkili olduğu bulunmuştur<sup>22</sup>. Ayrıca, psoriazis hastalarında serotonin geri alım inhibitörlerinin kullanımı, sistemik psoriazis tedavisi ihtiyacının azalması ile ilişkili bulunmuştur<sup>24</sup>. Öte yandan, MD'ye eşlik eden anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk, obsesif-kompulsif ilişkili bozukluklar gibi psikiyatrik komorbiditeler bildirilmiştir<sup>4,25-27</sup>. Bağımlılık özellikleri gösteren MD, obsesif-kompulsif bozukluk veya dissosiyasyon ile ortak mekanizmalara sahiptir<sup>27,28</sup>. Dolayısıyla, serotonerjik ve dopaminerjik sistemler psoriazis gibi MD'nin gelişiminde de rol oynuyor olabilir. Bu çalışmada, toplam MDS-16 skorları psoriazis grubunda bilinen psikiyatrik bozuklukları olan katılımcılar arasında anlamlı derecede yüksek olmasına rağmen, psikiyatrik bozukluklar her iki gruptaki olası MD'lilerle ilişkili değildi. Bununla birlikte, çok değişkenli bir analizde her iki grubu birlikte incelediğimizde, psikiyatrik bozukluğu olan katılımcıların, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayanlara kıyasla olası MD'li olma riski 4,88 kat daha fazlaydı (%95 GA: 1,118-21,3; p=0,035).

Önceki çalışmalarla uyumlu olarak, olası MD'liler kontrol grubundaki daha genç yaşta yetişkinlerdir<sup>28,29</sup>. Ayrıca, yaş ve toplam MDS-16 skorları ters orantılıydı ve ileri yaş MD için daha düşük riskle ilişkiliydi (OR: 0,838; %95 GA: 0,728-0,966). Ancak, psoriazis grubunda yaş ile olası MD'liler arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Önceki çalışmalarda MD'nin eğitim düzeyi düşük bireylerde daha yaygın olduğu bildirilmiştir<sup>18,30</sup>. Çalışma gruplarımız eğitim düzeyi açısından benzer değildi. Kontrol grubundaki katılımcıların çoğunluğu yüksek eğitimliydi. Ancak, her iki grupta da MD ile eğitim düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Psoriazis grubunda, köyde/kasabada yaşayan katılımcılar arasında toplam MDS-16 skorları ve olası MD'lilerin sıklığı daha yüksekti. Benzer şekilde, şehirde yaşamak olası MD'li olma riskinin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (OR: 0,106; %95 GA: 0,012-0,955); ancak tüm katılımcılar birlikte analiz edildiğinde böyle bir ilişki gözlenmemiştir. Bu fark, katılımcıların ikamet ettikleri bölgelerin çalışma grupları arasındaki orantısızlığına bağlanabilir. Ayrıca, toplam MDS-16 puanları düşük/orta gelirli katılımcılar arasında daha yüksek olmasına rağmen, olası MD'lilerin sıklığı önemli ölçüde farklı değildi.

### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın ilk kısıtlılığı kesitsel niteliğidir. İkincisi, ölçek puanlarını tanısal yapılandırılmış klinik görüşmelerle ilişkilendirmediğimiz için verilerimizde potansiyel yanlış pozitifler olabilir. Üçüncü olarak, çalışma gruplarının bazı sosyodemografik özellikleri (eğitim düzeyi, meslek ve ikamet)

benzer değildi. Toplam MDS-16 puanları ile eğitim düzeyi veya meslek durumu arasında bir korelasyon bulunmamasına rağmen, psoriazis grubunda düşük/orta gelirli veya köyde/ilçede ikamet eden katılımcılarda toplam puanlar anlamlı derecede yüksekti. Ayrıca, psoriazis ve MD arasındaki ilişkiyi diğer psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak daha iyi anlamak için psikiyatrik bozukluğu olan olguların ilk etapta çalışma dışı bırakılması daha iyi olurdu.

### SONUÇ

Psoriazis bağımsız bir risk faktörü olarak bulunmamasına rağmen, olası MD'liler arasında TKY skorları daha yüksekti ve TKY skoru ne kadar yüksekse, sedef hastalığı grubunda MD riski de o kadar yüksekti. Bu nedenle, psoriazis ve MD arasındaki ilişki, psoriazisin YK üzerindeki etki düzeyine bağlı olabilir. Klinisyenler, psoriazis ve bozulmuş YK olan hastaları takip ederken, eşlik eden potansiyel bir psikopatoloji olarak MD'nin daha iyi farkında olmalıdır. Bulgularımızı doğrulamak ve genişletmek için klinik görüşmelerle daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

### Etik

**Etik Kurul Onayı:** Çalışma için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alındı (onay numarası: 2022.131.06.21, tarih: 28.06.2022).

**Hasta Onayı:** Tüm katılımcılar çalışmaya katılmadan önce bilgilendirilmiş onam verdi.

### Yazarlık Katkıları

Konsept: Ö.Z., E.B., S.A., H.A., Dizayn: Ö.Z., E.B., S.A., H.A., Veri Toplama veya İşleme: Ö.Z., E.B., S.A., H.A., Analiz veya Yorumlama: Ö.Z., Literatür Arama: Ö.Z., E.B., Yazan: Ö.Z., E.B.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

**Finansal Destek:** Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

### KAYNAKLAR

1. Somer E. Maladaptive Daydreaming: A Qualitative Inquiry. *J Contemp Psychother.* 2002;32:197-212.
2. Schimmenti A, Somer E, Regis M. Maladaptive daydreaming: Towards a nosological definition. *Annales Médico-psychologiques.* 2019;177:865-74.
3. Metin B, Somer E, Abu-Rayya HM, Schimmenti A, Göçmen B. Perceived Stress During the COVID-19 Pandemic Mediates the Association Between Self-quarantine Factors and Psychological Characteristics and Elevated Maladaptive Daydreaming. *Int J Ment Health Addict.* 2021;1-13.
4. Somer E, Soffer-Dudek N, Ross CA. The Comorbidity of Daydreaming Disorder (Maladaptive Daydreaming). *J Nerv Ment Dis.* 2017;205:525-30.
5. Metin S, Gocmen B, Metin B. Turkish Validity and Reliability Study of Maladaptive Daydreaming Scale. *Psychiatry and Behavioral Sciences.* 2022;12:1-6.

6. Somer E, Soffer-Dudek N, Ross CA, Halpern N. Maladaptive Daydreaming: Proposed Diagnostic Criteria and Their Assessment With a Structured Clinical Interview. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2017;4:176-89.
7. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2002;27:177-84.
8. Finzi A, Colombo D, Caputo A, Andreassi L, Chimenti S, Vena G, et al. Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:1161-9.
9. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res*. 2001;50:11-5.
10. Ferreira BI, Abreu JL, Reis JP, Figueiredo AM. Psoriasis and Associated Psychiatric Disorders: A Systematic Review on Etiopathogenesis and Clinical Correlation. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2016;9:36-43.
11. Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol*. 2012;51:12-26.
12. Oji V, Luger TA. The skin in psoriasis: assessment and challenges. *Clin Exp Rheumatol*. 2015;33:S14-9.
13. Nast A, Boehncke WH, Mrowietz U, Ockenfels HM, Philipp S, Reich K, et al. S3 - Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version). Update. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2012;10 Suppl 2:S1-95.
14. Strober B, Ryan C, van de Kerkhof P, van der Walt J, Kimball AB, Barker J, et al. Recategorization of psoriasis severity: Delphi consensus from the International Psoriasis Council. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:117-22.
15. Gurel MS, Yanik M, Simsek Z, Kati M, Karaman A. Quality of life instrument for Turkish people with skin diseases. *Int J Dermatol*. 2005;44:933-8.
16. Gonul M, Cemil BC, Ayvaz HH, Cankurtaran E, Ergin C, Gurel MS. Comparison of quality of life in patients with androgenetic alopecia and alopecia areata. *An Bras Dermatol*. 2018;93:651-8.
17. Schimmenti A, Sideli L, La Marca L, Gori A, Terrone G. Reliability, Validity, and Factor Structure of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16) in an Italian Sample. *J Pers Assess*. 2020;102:689-701.
18. Musetti A, Franceschini C, Pingani L, Freda MF, Saita E, Vegni E, et al. Maladaptive Daydreaming in an Adult Italian Population During the COVID-19 Lockdown. *Front Psychol*. 2021;12:631979.
19. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol*. 1997;137:755-60.
20. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Assessing illness-related stress in psoriasis: the psychometric properties of the Psoriasis Life Stress Inventory. *J Psychosom Res*. 1997;42:467-75.
21. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE, Main CJ. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Br J Clin Psychol*. 2002;41:157-74.
22. Wardhana M, Windari M, Puspasari N, Suryawati N. Role of Serotonin and Dopamine in Psoriasis: A Case-Control Study. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7:1138-42.
23. Thorslund K, Amatya B, Dufva AE, Nordlind K. The expression of serotonin transporter protein correlates with the severity of psoriasis and chronic stress. *Arch Dermatol Res*. 2013;305:99-104.
24. Thorslund K, Svensson T, Nordlind K, Ekbohm A, Fored CM. Use of serotonin reuptake inhibitors in patients with psoriasis is associated with a decreased need for systemic psoriasis treatment: a population-based cohort study. *J Intern Med*. 2013;274:281-7.
25. Salomon-Small G, Somer E, Harel-Schwarzmann M, Soffer-Dudek N. Maladaptive Daydreaming and Obsessive-Compulsive Symptoms: A confirmatory and exploratory investigation of shared mechanisms. *J Psychiatr Res*. 2021;136:343-50.
26. Somer E, Abu-Rayya HM, Schimmenti A, Metin B, Brenner R, Ferrante E, et al. Heightened Levels of Maladaptive Daydreaming Are Associated With COVID-19 Lockdown, Pre-existing Psychiatric Diagnoses, and Intensified Psychological Dysfunctions: A Multi-country Study. *Front Psychiatry*. 2020;11:587455.
27. Alenizi MM, Alenazi SD, Almushir S, Alosaimi A, Alqarni A, Anjum I, et al. Impact of Maladaptive Daydreaming on Grade Point Average (GPA) and the Association Between Maladaptive Daydreaming and Generalized Anxiety Disorder (GAD). *Cureus*. 2020;12:e10776.
28. Soffer-Dudek N, Somer E. Trapped in a Daydream: Daily Elevations in Maladaptive Daydreaming Are Associated With Daily Psychopathological Symptoms. *Front Psychiatry*. 2018;9:194.
29. Soffer-Dudek N, Theodor-Katz N. Maladaptive Daydreaming: Epidemiological Data on a Newly Identified Syndrome. *Front Psychiatry*. 2022;13:871041.
30. Somer E, Lehrfeld JM, Bigelsen J, Jopp DS. Development and validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS). *Conscious Cogn*. 2016;39:77-91.