

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



**PSORİAZİS HASTALIĞI OLAN VE OLMAYAN BİREYLERİN AYRILMA
BİREYLEŞME, ANNENİN ALGILANAN REDDİ VE SAVUNMA
MEKANİZMALARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ece TUNCER

Klinik Psikoloji

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

ARALIK 2021

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



**PSORİAZİS HASTALIĞI OLAN VE OLMAYAN BİREYLERİN AYRILMA
BİREYLEŞME, ANNENİN ALGILANAN REDDİ VE SAVUNMA
MEKANİZMALARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Ece TUNCER
191287017**

Klinik Psikoloji

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fatma Sibel MERCAN

ARALIK 2021



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Yüksek Lisans Tez Onay Belgesi

Enstitümüz, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı 191287017 numaralı öğrencisi Ece TUNCER'in "Psoriasis Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması" adlı tez çalışması 22/12/2021 tarihinde yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından *Oy Birliği* ile Yüksek Lisans tezi olarak *Kabul* edilmiştir.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

1) Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sibel MERCAN

2) Jüri Üyesi: Doç. Dr. Yeşim CAN

3) Jüri Üyesi: Doç. Dr. Selime ÇELİK

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum ‘Psoriasis Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması’ adlı çalışmamın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar olan bütün süreçlerinde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazdığımı ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla beyan ederim. (22/12/2021)

Ece TUNCER

ÖNSÖZ

Lisansüstü eğitim hayatıma başladığım ilk günden itibaren her türlü desteği veren, meslek hayatım boyunca kendime örnek alacağım saygıdeğer tez danışmanım Prof. Dr. Sibel Mercan hocama, tez sürecimle ilgili desteğini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Yavuzer hocama, Şişli Etfal Hastanesi Sedef Kliniği'nde tez araştırmam için veri toplamama olanak sağlayan Prof. Dr. İlknur Altunay hocama, yardımına çekinmeden başvurabildiğim değerli hocam Doç. Dr. Yeşim Can'a, veri toplamama ve psoriasis ile ilgili kazanımlarıma canıgönülden yardımcı olan arkadaşım Dr. Onur Şivaz'a, hayatımın her alanında koşulsuzca destek olan meslaktaşım babam Uzm. Psk. Mustafa Tuncer'e, kapsayıcılığı ve kucaklayıcılığıyla orada olduğunu bilmenin huzuru ve gücünü her zaman olduğu gibi tez sürecimde de içimde hissetmemi sağlayan annem Şule Tuncer'e, hayatıma girdiklerinden beri en büyük neşe kaynağım olan kardeşlerim Nil Tuncer ve Işık Tuncer'e, akademik hayatımda yardıma koşmaya her an gönüllü olan ve veri toplamamda yardımcı olan canım arkadaşlarım Çağla Duman, Halise Hayrullahoğlu, Mert Yiğit, Mia Öcal, Özgün Yeşiltepe, Murat Özbek ve Pelin Kumsal'a, yüksek lisans öğrenimim boyunca derslerini aldığım ve çok kıymetli bilgiler öğrenmeme yardımcı olan tüm hocalarıma, tez çalışmasına gönüllü olarak katılmayı kabul eden değerli katılımcılara ve ailelerine en içten teşekkürlerimi sunarım.

Aralık 2021

Ece TUNCER

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vi
ÇİZELGE LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
1.2 Araştırmanın Konusu, Amacı ve Önemi	2
1.3 Araştırma Soruları ve Hipotezleri	3
1.4. Sınırlılıklar ve Varsayımlar	4
2. PSORİAZİS VULVARİS	5
2.1 Psoriasis Vulvaris Etiyolojisi	5
2.2 Psoriasis ve Psikiyatrik Bozukluklar	7
2.3 Psikodermatoloji	8
2.3.1 Psikodermatolojide deri hastalıklarını sınıflandırma	8
2.3.2 Psoriasisde psikodermatoloji araştırmaları	9
2.2 Annenin Kabul ve Reddi	10
2.2.1 Ebeveyn kabul red kuramı	11
2.3 Ayrılma Bireyleşme	11
2.3.1 Ayrılma bireyleşme kuramı	12
2.3.1.1 Ayrılma bireyleşme evreleri.....	12
2.4 Savunma Mekanizmaları.....	14
2.4.1 Benliğin savunma mekanizmaları tanım ve tarihçesi	14
2.4.2 Savunma mekanizmalarının sınıflandırılması.....	16
2.5 Değişkenler Arası İlişki.....	19
2.5.1 Savunma mekanizmaları, ayrılma bireyleşme ve annenin reddi arasındaki ilişki.....	19
2.5.2 Psikanalitik yaklaşımlara göre deri ve psoriasis	22
2.5.3 Deri hastalıklarının diğer değişkenlerle ilişkisi	26
3. YÖNTEM	32
3.1 Araştırmanın Modeli	32
3.2 Evren ve Örneklem	32
3.3 Veri Toplama Araçları	32
3.3.1 Sosyodemografik form.....	33
3.3.2 Yetişkin ebeveyn kabul-red ölçeği – kısa formu (EKRÖ).....	33
3.3.3 Savunma biçimleri testi (SBÖ)	33
3.3.4 Ayrılma bireyleşme ölçeği (ABÖ).....	34
3.4 Verilerin Toplanması	34
3.5 Verilerin Analizi.....	34
4. BULGULAR	36
4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	36

4.2 Katılımcıların Bedensel Hastalık, Psikiyatrik Durum ve Sigara, Alkol ve Madde Kullanımına Göre Dağılımı	37
4.3 Annenin Algılanan Reddinin, Ayrılma Bireyleşmenin ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Psoriasis Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Karşılaştırılması	40
4.3.1 Annenin algılanan reddi	40
4.3.2 Ayrılma bireyleşme	40
4.3.3 Savunma mekanizmaları kullanımı	41
4.4 Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde, Ayrılma Bireyleşmenin, Annenin Algılanan Reddinin ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	42
4.4.1 Cinsiyet	42
4.4.2 Yaş	43
4.4.3 Medeni durum	44
4.4.4 Eğitim durumu	44
4.4.5 Gelir düzeyi	45
4.4.6 Bedensel hastalık olup olmaması	46
4.4.7 Psikiyatrik tanı olup olmaması	47
4.4.8 Psikoterapi hizmeti alıp almama	48
4.4.9 Psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmama	49
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR	60
EKLER.....	75
ÖZGEÇMİŞ.....	84

KISALTMALAR

Akt	: Aktaran
Ort.	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
ABÖ	: Ayrılma Bireyleşme Ölçeği
SBÖ	: Savunma Biçimleri Testi
EKRÖ	: Yetişkin Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği – Kısa Formu
EKAR	: Ebeveyn Kabul Red Kuramı
PASI	: Psoriazis Alan ve Şiddet İndeksi

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 3.1: Bağımlı Değişkenlere Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.....	35
Çizelge 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	36
Çizelge 4.2: Katılımcıların Bedensel Hastalık, Psikiyatrik Durum ve İlaç Kullanımına Göre Dağılımı.....	38
Çizelge 4.3: Katılımcıların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımına Göre Dağılımı	39
Çizelge 4.4: Annenin Algılanan Reddinin Psoriasis Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Karşılaştırılması.....	40
Çizelge 4.5: Ayrılma Bireyleşmenin Psoriasis Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Karşılaştırılması	40
Çizelge 4.6: Patolojik Düzeyde Ayrılma Bireyleşme Güçlüğü Yaşamının Psoriasis Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Karşılaştırılması	41
Çizelge 4.7: Savunma Mekanizmaları Kullanımının Psoriasis Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Karşılaştırılması	41
Çizelge 4.8: Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma-Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	42
Çizelge 4.9: Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Yaşa Göre Karşılaştırılması	43
Çizelge 4.10: Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	44
Çizelge 4.11: Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	45
Çizelge 4.12: Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması	45
Çizelge 4.13: Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Bedensel Hastalık Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması	47
Çizelge 4.14: Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Psikiyatrik Tanı Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması	47
Çizelge 4.15: Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Psikoterapi Hizmeti Alıp Almamaya Göre Karşılaştırılması	48
Çizelge 4.16: Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Psikiyatrik İlaç Kullanıp Kullanmamaya Göre Karşılaştırılması	49

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1: Modern Psikosomatiğe göre deri hastalıkları patojenezleri	6

PSORİAZİS HASTALIĞI OLAN VE OLMAYAN BİREYLERİN AYRILMA BİREYLEŞME, ANNENİN ALGILANAN REDDİ VE SAVUNMA MEKANİZMALARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

ÖZET

Psoriasis hastalığı biyopsikososyal etmenlerle ortaya çıkan, kişinin yaşam kalitesini etkileyen, damgalanmaya, sosyal izolasyona ve sosyal ilişkilerde sorunlara yol açan yaygın bir deri hastalığıdır. Bu araştırmanın temel amacı psoriasis hastaları ile deri hastalığı olmayan bireylerden oluşan iki ayrı grubun altta yatan psikolojik ve gelişimsel değişkenler açısından karşılaştırılmasıdır. Psoriasis hastalarının erken dönem anne bebek ilişkilerinde sorunlar olduğu araştırmalarda gösterilmektedir. Daha önce yapılmış çalışmalarda, erken dönemde annenin yeterince kapsayamaması, anne ile ilişkinin aniden kopması ya da yeterince kurulamaması gibi durumlar, bebeğin ayrılma bireyleşme güçlüğü yaşamasını ve ruhsal yapılanmasında sorunlar ortaya çıkmasını sağlayabilmektedir. Annenin bilinçdışı nefreti ve bebeği reddetmesinin sonucunda bebeğe yeterince dokunamama, kapsayamama ve kucaklayamaması erken dönem iletişim yolu olan deride çeşitli sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu çalışmada, anne ile erken dönem ilişkinin etkilerini keşfetmek amacıyla, ayrılma bireyleşme, savunma mekanizmaları ve annenin algılanan reddi açısından psoriasis hastalığı olan ve olmayan iki grup arası farklılıklar araştırılmıştır.

Araştırmada şu hipotezler test edilmiştir: (1) Psoriasis hastalığı olan bireylerin olmayan bireylere göre annelerinin reddediciliğine yönelik algısı daha yüksektir; (2) Psoriasis hastası olan bireylerin olmayan bireylere göre ayrılma bireyleşme güçlüğü daha fazladır; (3) Psoriasis hastalığı olan bireylerin olmayan bireylere göre daha fazla immatür (ilkel) ve nevrotik savunma mekanizmaları kullanmaktadır. Araştırmanın evreni psoriasis hastalarından ve bir deri hastalığı olmayan bireylerden oluşmaktadır. Kartopu örnekleme yöntemi ile seçilen katılımcılar çevirim içi link üzerinden anket sorularının yanıtlamışlardır. Çalışma, “örneklem üzerinde koşulları değiştirici herhangi bir müdahalede bulunmadan mevcut özellikleri ile betimlenmesi” olarak tanımlanan (Karasar, 2016) tarama modelinde yürütülmüştür. 91 psoriasis hastası ve 84 deri hastalığı olmayan bireyin katıldığı bu çalışmaya toplam 175 kişi katılmıştır. Psoriasis hastalarını, Şişli Devlet Hastanesi Psoriasis Kliniği'ne başvuran, dermatologlar tarafından psoriasis tanısı almış hastalar oluştururken, kontrol grubu rastgele şekilde çevreden toplanmıştır. Katılımcılara, Bilgilendirilmiş Onam Formu ve Rıza Formu verilmiştir. Veri toplama araçları olarak Demografik Bilgi Formu, Yetişkin Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği – Kısa Formu (EKRÖ), Savunma Biçimleri Testi (SBÖ) ve Ayrılma Bireyleşme Ölçeği (ABÖ) kullanılmıştır. Elde edilen bulguların analizi SPSS 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda, EKRÖ ortalama puanları incelendiğinde, psoriasis hastası olan bireylerin olmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde annelerini daha reddedici olarak algıladıkları bulunmuştur ($p<0.05$). ABÖ ortalama puanlar karşılaştırıldığında, psoriasis hastalığı olan bireylerin, hastalığı olmayan bireylere göre ayrılma bireyleşme güçlüklerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Ayrıca ABÖ'ye göre kesme puanı 190 üstünde olan toplam puan patolojik sınır olarak kabul edilmiş ve gruplar buna

göre karşılaştırılmıştır. Psoriasis hastalarında patolojik düzeyde ayrılma bireyleşme gücünü yaşayanlar %44 iken kontrol grubunda bu oran %14,3 bulunmuştur ve bu da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Savunma biçimleri açısından farklılıklar için, SBÖ'nün matür, nevrotik ve immatür savunmalar olarak ayrılan üç düzeyinin ayrı ayrı ortalama puanları karşılaştırılmış ve matür ve immatür savunmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Psoriasis hastalığı olanlar, olmayan bireylere göre immatür savunmaları daha fazla kullandıkları; psoriasis hastalığı olmayan bireylerin ise hastalığı olan bireylere göre matür savunma mekanizmalarını daha fazla kullandıkları bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sosyodemografik değişkenlere bakıldığında, deney ve kontrol grupları psikiyatrik tanı ve ilaç kullanma, psikoterapi alma, bedensel hastalık türü, sigara kullanımı, bağımlılık tanısı, bedensel hastalık oranı, sigara, alkol, madde ve ilaç kullanımı bakımından anlamlı farklılık göstermemiştir.

Araştırma sonuçları, araştırmada ele alınan hipotezler, literatürde yer alan çalışma sonuçları ve ortaya atılan kuramlar doğrultusunda tartışılmıştır. Çalışmanın, ortaya atılan kuram ve literatürdeki çalışmalarla desteklendiği bulunmuştur. Bu anlamda çalışmanın hem psikoloji ve dermatoloji alanında uzmanlara ışık tutacağı hem de bu alanda yapılan çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: *Ayrılma bireyleşme, Annenin algılanan reddi, Savunma mekanizmaları, Psoriasis*

**THE COMPARISON OF INDIVIDUALS WITH AND WITHOUT
PSORIASIS IN TERMS OF SEPARATION-INDIVIDUATION, PERCEIVED
MATERNAL REJECTION AND DEFENSE MECHANISMS**

ABSTRACT

Psoriasis is a common skin disease that occurs with biopsychosocial factors, affects the quality of life of the person, causes stigma, social isolation and problems in social relations. The main purpose of this study is to compare two separate groups consisting of psoriasis patients and individuals without skin disease in terms of underlying psychological and developmental variables. Studies have shown that psoriasis patients have problems in early mother-infant relationships. In previous studies, situations such as the mother's inability containment of the child in the early period, the sudden rupture of the relationship with the mother or the inability to establish sufficient bonding may cause the infant to have separation-individuation difficulties and problems in his/her mental structuring. As a result of the mother's unconscious hatred and rejection of the baby, the inability to adequately touch, contain and hold the baby can cause various problems in the skin, which is the early communication way. In this study, the differences between the two groups with and without psoriasis were investigated in terms of separation individuation, defense mechanisms and perceived rejection of the mother in order to explore the effects of early relationship with the mother.

The following hypotheses were tested in the study: (1) Individuals with psoriasis have more perceived maternal rejection than those without psoriasis; (2) Individuals with psoriasis have more separation-individuation difficulties than individuals without psoriasis; (3) Individuals with psoriasis use more immature (primitive) and neurotic defense mechanisms than individuals without psoriasis. The population of the study consists of psoriasis patients and individuals who do not have a skin disease. Participants selected by the snowball sampling method answered the survey questions via the online link. The study was carried out in the survey model (Karasar, 2016), which is defined as "describing the sample with its existing features without any intervention that changes the conditions". A total of 175 people participated in this study, in which 91 patients with psoriasis and 84 individuals without skin disease participated. The psoriasis patients consisted of patients who applied to Şişli State Hospital Psoriasis Clinic and were diagnosed with psoriasis by dermatologists, while the control group was randomly collected from the environment. Participants were given an Informed Consent Form and Consent Form. Demographic Information Form, Adult Parental Acceptance-Rejection Scale-Short Form (PARS), Defense Style Questionnaire (DSQ), and Separation Individuation Inventory (SII) were used as data collection tools. The analysis of the obtained findings was made using the SPSS 25.0 program.

As a result of the analysis, when the mean PARQ scores were examined, it was found that individuals with psoriasis perceived their mothers as more rejecting than individuals without psoriasis with a statistically significant difference ($p < 0.05$). When the mean SII scores were compared, it was observed that individuals with psoriasis had statistically significantly more separation-individuation difficulties than

individuals without the disease ($p < 0.05$). In addition, individuals with a total score above 190 considered as pathological according to the SII, and the groups were compared based on this cut-off point. While 44% of psoriasis patients had pathological separation and individuation difficulties, this rate was 14.3% in the control group, which is statistically significant ($p < 0.05$). For differences in defense mechanisms styles, the mean scores of the three levels of DSQ, which are divided into mature, neurotic and immature defenses, were compared and statistically significant differences were found in mature and immature defenses ($p < 0.05$). Sample with psoriasis use immature defenses more than those without psoriasis; It was found that individuals without psoriasis used mature defense mechanisms more than individuals with the disease, and this difference was found to be statistically significant. Considering the sociodemographic variables, the experimental and control groups did not differ significantly in terms of psychiatric diagnosis, drug use, psychotherapy, type of physical illness, smoking, addiction diagnosis, rate of somatic disease, smoking, alcohol, substance and drug use.

The results of the research were discussed in line with the hypotheses put forward in the research, the results of the studies in the literature and the theories. It has been found that the study is supported by the theories and studies in the literature. In this sense, it is thought that the study will both shed light on the experts in the field of psychology and dermatology and contribute to the studies in this field.

Keywords: *Separation-individuation, Perceived maternal rejection, Defense mechanisms, Psoriasis*

1. GİRİŞ

Deri ve ruhsal yapının çift yönlü etkileşimini ve dermatoloji, psikiyatri ve psikolojinin kesiştiği noktaların çalışıldığı psikodermatoloji literatüründe, psoriasis hastalığının psikiyatrik tablolarla, özellikle depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları ile eştanısı ve intihar riski ile ilişkili çok sayıda çalışma bulunmaktadır.

Psikiyatrik bozukluklar ile psoriasisin komorbiditesine yönelik geniş bir literatür bulunmasına rağmen bu hastalığın altında yatması muhtemel iç ruhsal yapının süreçlerini çalışan araştırma sınırlı sayıdadır. Bu nedenle bu çalışma, erken dönemdeki anne ile etkileşimdeki sorunların, ayrılma bireyleşme güçlüğünün ve savunma mekanizmaları düzeylerindeki ilkeliliğin psikik gelişimdeki kusurun bir göstergesi olduğunu öne süren psikanalitik literatürden ilham alarak, psoriasisin altında yatması olası gelişimsel sorunları ve iç ruhsal yapısal mekanizmaları aydınlatmayı amaçlamaktadır.

Freud, ruhsal zarin bedensel zara yaslanma yoluyla oluştuğunu, başka bir deyişle benliğin kaynağını bedenün yüzeyi olan duyumlardan alarak geliştiğini ifade eder. Burada bedenün yüzeyinin deri olduğunu, benliğin ise 'dokunma' bedensel deneyiminden kaynağını alarak geliştiğini açıklar (Anzieu, 2008). Marty, erken dönemde anneleri tarafından yeterince dokunulmayan ya da aşırı uyarılan bebeklerin stresle tetiklenen deri hastalıkları geliştirdiğini ve bunun benliği koruma amacı taşıdığını ifade eder (1968). Pines, annenin bebeğiyle derisine dokunarak kurduğı iletişimde sevgi, sıcaklık gibi olumlu duygular yanında iğrenme ve nefret gibi olumsuz duyguları da geçirdiğini belirtir (1980). Annenin duyguları olumlu, kapsayıcı, destekleyici olduğunda bebek refah ve iyilik duygularıyla yatıştır. Annenin duyguları olumsuz olduğunda ya da bebeğin duygularını yeterince kapsayamadığında ise bebekte çeşitli şekillerde deri hastalıklarının ortaya çıktığını ifade eder. Bu bebekler, anneleri tarafından yeterince ilgi ve bakım görmemelerinin kendi kusurları olduğunu düşünürler. Buna bir de vücudun en görünür yeri olan deride oluşan deri hastalıkları eklenince, yeterince iyi olmadıkları duygusu artarak narsistik zedelenme durumu ortaya çıkar.

Psikanalitik literatürde, birincil bakım veren ile etkileşimlerde, bebeğin gelişen ruhsal yapısının derinin merkezi bir öneme sahip olduğu, bakım veren ile duygusal, bilişsel ve sosyal gelişim için gerekli bağın kurulmasının erken dönemde deri deneyimleri ile olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Anzieu, 2008; Bick, 1968; Freud, 1905; Spitz 1951; Szwec, 2008). Derinin ruhsal yapı ile çift yönlü etkileşimi, başka bir deyişle, derinin psişik gelişimi etkilediği gibi, psişik gelişimdeki eksikliklerin deride sorunlara yol açacağı vurgulanır. Anne ve bebeğin arasında erken dönemde yaşanan travmatik deneyimler ve kırılmalar, benliğin gelişimini kesintiye uğratabilir ve bu kırılmalar deri üzerinden ifade bulabilir, “deri kaşınabilir, deri ağlayabilir ve deri öfkelenebilir” (Pines, 1980, s. 315; Koblenzer, 1997).

Psikanalitik literatürde ve deri ile ilgili yapılan gözlem çalışmalarında, benlik işleyişindeki bozukluklara, kullanılan ilkel savunma mekanizmalarına, özdeşim sorunları, benlik ve öteki ile ilişkili sınırlardaki kafa karışıklıklarına, nesneden ayrışabilme ve bireyselleşebilme sorunlarına, bağımsız bir kimlik inşa edememe ve simgeleştirme kapasitesindeki eksikliklere çok sayıda atıf yapılmaktadır. Bu hastaların preoidipal dönemde anneleri ile bağlanmada yaşanan sorunlar sayesinde saplanmaya uğradıklarını, sadizm/mazoşizm ve saldırganlığın belirgin olduğu bölme, yansıtma, yansıtımlı özdeşim gibi ilkel savunma mekanizmalarını kullandıkları öne sürülmektedir (Meltzer, 1975).

1.2 Araştırmanın Konusu, Amacı ve Önemi

Psoriasis hastası olan ve olmayan bireylerin ayrılma bireyleşme, savunma mekanizmaları ve annenin algılanan reddi açısından karşılaştırılması araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

Psikanalitik kuramcılar erken dönem deneyimlere, özellikle nesne ile ilişkinin sonucunda oluşan psikopatolojilere önemli bir yer verir. Benzer şekilde, derinin ruhsal yapı ile yakın bir bağı olduğu ve karşılıklı olarak birbirlerinden etkilendikleri vurgulanır. Literatürde, ayrılma bireyleşme sorunları, savunma mekanizmaları düzeyleri ve erken dönem annesel eksikliklerin oluşumu ve sonuçları açısından pek çok kuram öne sürülmüş ve çalışmalar yapılmıştır. Benzer şekilde bu değişkenlerin deri hastalıkları ile ilişkisi klinik gözlemler sonucunda kuramsal olarak tartışılmıştır. Ancak psoriasis hastalarında ayrılma bireyleşme gücü, kullanılan savunma mekanizmaları düzeyleri ve annenin kapsama işlevindeki yetersizlik üzerine

çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan, bu çalışmanın amacı psoriasis hastalarının annenin reddediciliği, ayrışma bireyleşme ve kullanılan savunma mekanizmaları gibi ruhsal yapılanmalarının sağlıklı kontrol grubundan farklı olup olmadığını değerlendirmektir.

Psikanalitik kuramcılara göre, ayrılma bireyleşme dönemi sağlıklı bir şekilde atlatıldığında, kişi nesne sürekliliği kazanır ve yaygın olarak daha olgun savunma mekanizmaları kullanmaya başlar. Ayrılma bireyleşme döneminde, anne bebeğin kendilik ihtiyaçlarını karşılamazsa çocuk o dönemde saplanır, dolayısıyla daha ilkel savunma mekanizmalarını kullanır ve deri hastalıkları geliştirmesine zemin hazırlar (Meltzer, 1975). Bu açıdan, çalışmanın bir diğer amacı ve önemi de, psikanalitik kuramların öne sürdüğü gibi, psoriasis hastalarının deri hastalığı olmayan grupla arasında gelişimsel psikopatolojik değişkenler açısından farklılık olup olmadığını araştırmaktır.

Araştırmanın başka bir önemi de psoriasis hastalarına bütünsel bir bakış açısı katma amacıyla literatüre katkı sağlamaktır. Psoriasis hastalarının, interdisipliner takım çalışması yapılarak gelişimsel ve psikolojik olarak değerlendirilmesi, dermatolojik tedaviye ek olarak psikoterapiler ve psikiyatrik ilaç tedavileri ile desteklenebilmesi için literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

1.3 Araştırma Soruları ve Hipotezleri

Soru 1: Psoriasis hastası olan ve olmayan bireyler arasında annenin algılanan reddi açısından farklılık bulunmakta mıdır?

- a. Psoriasis hastalığı olan bireylerin olmayan bireylere göre annelerinin reddediciliğine yönelik algısı daha fazladır.

Soru 2: Psoriasis hastası olan ve olmayan bireyler arasında ayrılma bireyleşme açısından farklılık bulunmakta mıdır?

- a. Psoriasis hastası olan bireylerin olmayan bireylere göre ayrılma bireyleşme güçlüğü daha fazladır.

Soru 3: Psoriasis hastası olan ve olmayan bireyler arasında kullanılan savunma mekanizmaları düzeyi açısından farklılık bulunmakta mıdır?

- a. Psoriasis hastalığı olan bireylerin olmayan bireylere göre daha fazla immatür (ilkel) ve nevrotik savunma mekanizmaları kullanmaktadır.

1.4. Sınırlılıklar ve Varsayımlar

Araştırmadaki sınırlılıkları ve varsayımları şunlar olabilir:

- Araştırmada kullanılacak ölçekler çevrimiçi olarak sunulacaktır.
- Bir deri hastalığı bulunan katılımcılar kontrol örneklem grubundan çıkarılacaktır.
- Araştırma, Yetişkin Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği – Kısa Formu (EKRÖ), Savunma Biçimleri Testi (SBÖ) ve Ayrılma Bireyleşme Ölçeği (ABÖ) için verilen bilgiler ile sınırlı olacaktır.
- Demografik Bilgi Formu'nda verilen bilgilerin doğru olduğu varsayılacaktır.

2. PSORİAZİS VULVARİS

Psoriasis (sedef hastalığı), bağışıklık sistemini, genetik faktörleri ve dış / iç tetikleyicileri içeren karmaşık ve tam olarak bilinmeyen bir etiyolojiye sahip, psikosomatik yönleri olan yuvarlak eritemli ve kuru pul pul yamalar ile karakterize kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır (Crosta ve ark., 2018). Kronik bir hastalık olup, remisyon ve nüks dönemleriyle hayat süresince devam edip tam iyileşme nadir olarak sağlanabilmektedir (Küçükunal, 2013).

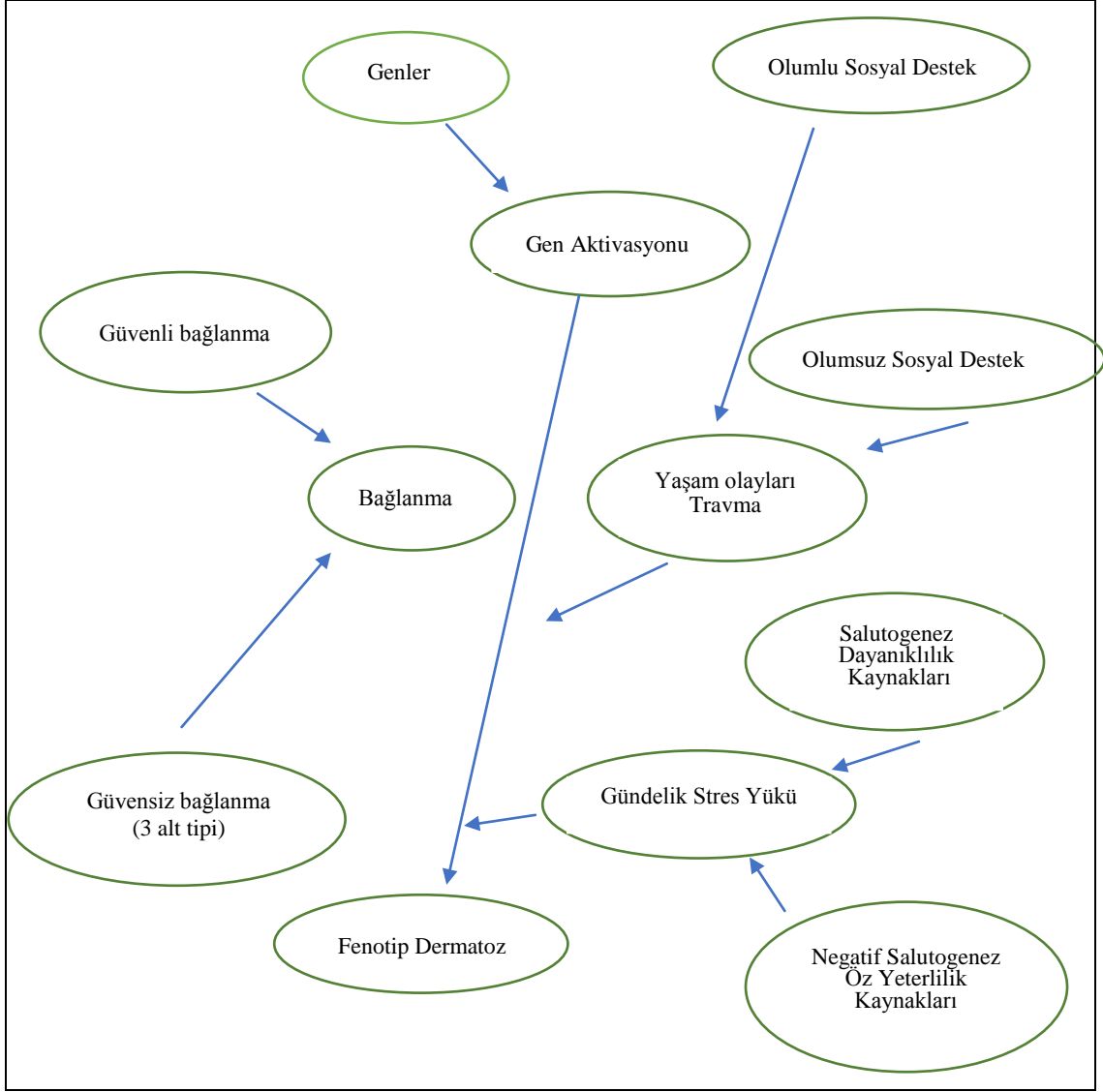
Psoriasis ülkeler ve ırklara göre farklılık göstermekle birlikte prevalansı %0.5 ile %4.6 arasındadır (Lebwohl vd., 2003; Güneş & Altın, 2005). Genellikle eritematöz bir dermatozdur (Rubino vd., 1995). Tek yumurta ikizlerinde beraber görülme oranı %35, çift yumurta ikizlerinde beraber görülme oranı %12'dir (Duffy vd., 1993).

2.1 Psoriasis Vulvaris Etiyolojisi

Etiyoloji tam olarak bilinmemesine rağmen, normal olmayan keratinosit proliferasyon/diferansiasyonunun ve vasküler değişikliklerin, T (Th1 ve Th17) hücrelerini etkinleştirmesine, yani dermal inflamasyona sekonder olarak oluştuğu kanıta dayalı olarak gösterilebilmektedir (Erkek, 2008; Şentürk, 2012).

İmmün sistemi uyaran tek faktör yoktur; hem çevresel hem sistemik faktörler, genetik yatkınlığı olan bireylerde hastalığın ortaya çıkması ve alevlenmesine neden olabilir. Çevresel faktörler fiziksel ve kimyasal hasar (Ergün, 2008; Erkek, 2008); Sistemik faktörler ise enfeksiyonlar, gebelik, psikolojik değişkenler, diyet, alkol ve sigara kullanımı gibi (Fry & Baker, 2007) çeşitli faktörlerdir.

Aşağıda gösterilen bağlantılar, psikonöroimmünolojik mekanizmaların dermatozların patogenezinde sıklıkla yer almasının nedeni olduğu tespit edilmiştir (Gieler ve ark., 2020) (Şekil 2.1.1).



Şekil 2.1: Modern Psikosomatığe göre deri hastalıkları patojenezleri

Kaynak: Gieler ve ark., 2020

Hasta ve hekim gözlemleri, psikososyal faktörlerin ve stresli yaşam olaylarının hastalığı ortaya çıkarma ve alevlendirme üzerinde rol oynadığını göstermiştir. Consoli ve ark. (2006), stresin, lezyonların ortaya çıkışındaki en önemli faktör olduğunu öne sürmüşlerdir. Altunay (2010), hastalığın ortaya çıkışında stresin etkisi %44, alevlenme döneminde stresin etkisinin %80'e kadar etki edebileceğini göstermiş; 40lı yaşlardan önce başlayan psoriasis hastalarının stresten daha fazla etkilendiğini ve daha ciddi eklem ve deri tutulumları olduğunu göstermiştir.

2.2 Psoriasis ve Psikiyatrik Bozukluklar

Yapılan çalışmalar, psoriazisin duygulanım bozuklukları ve tedavileri ile ilişkisinin çok yönlü olduğu belirtilmektedir (Mercan ve Altunay, 2006). Bu hastalarla yapılan pek çok araştırmada, depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluklar ve alkol bağımlılığı en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır (Vidoni vd., 1989, Rubino ve ark. 1989, Higgins ve du Vivier 1994, Devrimci-Özgüven vd., 2000). Hastaların %44 ila %80'inde depresyon, %55'inde ise anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir (Russo vd., 2004). Mazzetti ve arkadaşları (1994)'nın yaptığı diğer bir çalışmada ise psoriasis hastalarının %17.5'si depresif, %12.5'i anksiyöz ve %6.25'inde şizofrenik özellikler bulunmuştur. Ek olarak, psoriasis normalde kaşıntılı bir hastalık olmadığı halde, depresyonun şiddeti kaşıntının şiddetini de artırmakta, intihar riskini yükseltmektedir. Bu durumda antidepresan kullanımı ile kaşıntı ve uykusuzluk şikayetlerinin ortadan kalktığı görülmüştür (Gupta vd., 1988; Gupta vd., 1993; Gupta vd., 1994).

Rubino ve ark. (1995), psoriasis hastaları, diş ve cerrahi hastaları olmak üzere üç klinik grubun kişilik özelliklerini Millon Çok Eksenli Klinik Envanteri (Millon, 1992) kullanarak karşılaştırmıştır. Çalışmada, psoriasisli hastaların envanterdeki tüm ölçeklerde diş ve cerrahi hasta gruplarına göre daha yüksek puan aldıklarını göstermiştir. Psoriaziste, diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha fazla şizoid, kaçınan, bağımlı ve kompulsif kişilik bozukluğu bulunmuştur. Ayrıca, Psikotik Belirtiler Değerlendirme Ölçeğinde (Foulds & Bedford, 1978) psoriasis hastalarının sadece %18,2'sinde herhangi bir kişilik bozukluğu olmadığı bulunmuştur.

Başka bir çalışmada, psoriasis hastalığının 40 yaşından önce başlaması durumunda hastaların stresle başa çıkma yeteneklerinin olumsuz etkilendiği ve duygu düzenleme yeteneklerinde azalmaya yol açtığı öne sürülmüştür (Gupta vd., 1996). Kotrulja ve arkadaşları (2010) ise geç başlangıçlı (ortalama yaş 52) psoriasis hastalığının histrionik ve obsesif kişilik özellikleri ile ilişkili bulmuş ve obsesif kişilik özelliklerinin hipokondriya riskini arttıracaklarını vurgulamıştır. Başka bir çalışmada, psoriasis hastalarında duyguları ifade etme güçlüğü bulunmuş (Gupta ve ark., 1996), özellikle erken başlangıçlı psoriaziste öfkeyi ifade etmedeki güçlüğü, hastaları strese daha eğilimli hale getiren bir kişilik özelliği olduğu öne sürülmüştür (Vidoni ve D'Aronco, 1989). Aleksitimi ise psoriasisli hastalarda sağlıklı gruba göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunan bir kişilik özelliği olmuş ve duyguları tanıma ve ifade

etme eksikliğinin hastalığın üzerinde ağırlaştırıcı bir etkisi olduğu öne sürölmüştür (Korkoliakou ve ark. 2014).

Psoriasis ve çeşitli deri hastalıklarında intihar riski de göz önünde bulundurulduğunda, ruhsal sorunların araştırılmasının önemi vurgulanmaktadır (Gupta ve Gupta, 2001).

2.3 Psikodermatoloji

Psikodermatoloji, biyo-psiko-sosyal hastalık modeline dayanan, dermatolojik ve psikiyatrik hastalıklar / psikolojik etmenler arasında neden sonuç ilişkilerinin kurulması ve etiyolojilerin araştırılması amacıyla gelişmiş bir alandır.

Bebeklikten yetişkinliğe doğru ilerleyen gelişim sürecinde deri, duyguları ifade etme, duygusal uyarılara yanıt verme, kendilik imajı oluşturma ve özgüven sağlama gibi pek çok şekilde ruhsallıkta rol oynar (Domonkos 1971, Koblenzer 1983). Koblenzer (1983) derinin beyinle ilişkisini bebeğin anne karnındaki dönemine kadar uzandığını söyler ve beyinle derinin aynı ektodermden köken aldığını, aynı hormon ve nörotransmitterlerden etkilendiğini belirtir. Bu bakış açısıyla derinin zihnin uzantısı olduğundan dolayı kişilik değerlendirmesinde önemli bir yeri olduğundan söz edilir (Ingram, 1933).

2.3.1 Psikodermatolojide deri hastalıklarını sınıflandırma

Hem dermatolog hem de psikanalist olan Koblenzer'in deri hastalıklarına yönelik getirdiği sınıflandırılma önerisi, sonradan başka yazarlar tarafından bazı değişiklikler yapılarak kullanılmaya devam etmektedir (1987). Sınıflandırma, birincil psikiyatrik hastalıklar, ikincil psikiyatrik hastalıklar ve birlikte görölen grup olarak üç gruba ayrılmıştır.

Birincil psikiyatrik hastalıklar

Bu grupta deri şikayetinin altında yatan neden birincil olarak psikolojik bozukluklardır. Hastalar bilinç dışı savunma mekanizmalarıyla derilerine zarar verirler. Ağır vakalar, psikopatolojilerini "inkar" savunma mekanizması yoluyla reddederler. Bu savunmaların doğrudan yıkılıp psikiyatri birimine yönlendirmek daha ağır psikiyatrik tabloların ve intihar eğiliminin gelişme olasılığını arttırabilir.

Bu grupta delüzyonel parazitoz, artefakt dermatit, trikotillomani, nörotik deri yolma ve deriye yönelik hipokondriya bulunmaktadır (Mercan ve Altunay, 2006)

İkincil psikiyatrik hastalıklar

Bu grupta fizyolojik nedenlerle tetiklenen deri hastalıkları bulunmakta fakat bu hastalıklar psikosomatik faktörlerden yoğun şekilde etkilenmektedir. Fizyolojik faktörlerin hastalığı ortaya çıkarmasına karşın, psikolojik faktörler dermatolojik semptomları alevlendirmekte ve stresin artmasına yol açmaktadır (Mercan ve Altunay, 2006). Biçim bozukluğu yaratan ve yaşamı tehdit eden dermatozların bir sonucu olarak psikolojik ve psikososyal sorunlar ortaya çıkar (Gupta ve ark., 1987). Hastalarda sosyal uyum güçlükleri görülür ve yoğunlukla depresyon, anksiyete, sosyal anksiyete gibi ruhsal bozukluklar görülmektedir (Higgins ve Du Vivier 1994). Ortaya çıkan dermatolojik semptomun şiddeti ne olursa olsun verilen ruhsal tepkiler farklılık gösterebilir. Medansky ve Handler (1981)'e göre verilen tepkinin şiddeti de altta yatan psikopatolojinin şiddeti ile ilişkilidir.

Birlikte görülen grup (kollaboratif)

Hastalığın ortaya çıkışı çok faktörlüdür ve psikolojik faktörlerden önemli ölçüde etkilenir (Mercan, 2010; Gupta ve ark.,1987). Hastalık hem karmaşık fizyolojik faktörler hem de psikolojik savunma mekanizmalarından etkilenmektedir. Bu açıdan tedavisi en zor olduğu grup olarak değerlendirilir. Bu karmaşık yapıyı anlamak için çeşitli kuramlar öne sürülmüştür. Psoriasis vulvaris, atopik dermatit, alopesi areata, süregen idiyomatik ürtiker ve liken planus gibi hastalıklar bu gruptadır (Mercan ve Altunay, 2006). Bu hastalıkların büyük bir çoğunluğunda psikonöroimmünolojik etmenler rol oynamaktadır (Gupta ve Voorhees 1990). P maddesi ve bazı nöropeptitlerin hem psoriasis hastalığında hem de majör depresyon gibi psikopatolojilerde rol oynamaktadır (Anand vd., 1991)

2.3.2 Psoriasisde psikodermatoloji araştırmaları

Psikolojik ve psikiyatrik faktörlerin dermatolojik hastalıklar üzerine etkisi konusunda farklı oranlar verilmekle beraber en az %30 rol oynadığı belirtilmektedir (Gupta ve Gupta, 1998). Psoriasis hastalarında psikolojik faktörlerin etkisinin yetişkinlerde % 40- 80 arasında (Griffiths ve Richards, 2001; Gupta ve ark., 1987), çocuklarda ise % 90 (Gupta ve ark. 1987, Çetin ve ark. 1991) oranında etkili olduğu bulunmuştur.

Tüm dermatolojik hastalıklar arasında, psikiyatrik bozuklukların (duygu durum, anksiyete ve kişilik bozuklukları) en fazla görüldüğü hastalık psoriasisdir (Pompili ve ark., 2016; Pompili ve ark., 2017). Hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin düzensizliği, proinflatuvar sitokin düzeylerinin artması ve hem adrenerjik hem de kortikosteroid reseptörlerinin işleyişindeki anormallikler de dahil olmak üzere birçok paylaşılan biyolojik etiyopatogenik mekanizma, psoriasis ve psikiyatrik hastalık arasındaki ilişkinin temelini oluşturduğu düşünülmektedir (Ferreira ve ark., 2016). Son araştırmalar derinin, zihin, beyin, endokrin, bağışıklık (Gordon-Elliott ve Muskin, 2013) ve sinir sistemiyle anatomik, fizyolojik ve fonksiyonel bağlantıları olduğunu göstermektedir (Gieler ve ark., 2020).

2.2 Annenin Kabul ve Reddi

Garcia ve arkadaşları (2002)'ya göre, çocukların özerk birer birey olup kişilik geliştirmelerini sağlayan en önemli referansın aileleri olduğu şüphe götürmez bir gerçektir. Ailede çocuğa karşı gösterilen ve takınılan tutumlar, çocuğun kişilik gelişimi üzerinde oldukça büyük rol oynamakta (Kaya vd., 2012) ve ebeveynler tarafından reddedilme çocuğun kişilik gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (Rohner, 1975).

Rohner ve arkadaşları (2008), ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumları ve bu tutumların çocuk tarafından algılama biçimini, çocuğun bağlanma stiline gelişiminde önemli bir yeri olduğunu öne sürer. Buna göre, ebeveynler ne kadar reddediciyse ve çocuk ebeveynlerini ne kadar reddedici algılıyorsa, güvensiz bağlanma stili ve ayrılma bireyleşme güçlüğü oluşma ihtimali de o kadar artar (Sobrinho vd., 2016).

Literatürde, ebeveyn tarafından reddedilme sadece ayrılma bireyleşme güçlüğü ve güvensiz bağlanma ile değil (Delhaye vd., 2012), pek çok psikopatoloji (Sentse vd., 2010), suça yönelme, intihara yatkınlık (Sobrinho vd., 2016), akademik başarı (Starkey, 1980) gibi çok sayıda değişkenle ilişkili bulunmuştur. Ancak ebeveyn reddi daha önce psoriasis ve herhangi bir deri hastalığı ile çalışılmamıştır. Ancak ebeveyn reddi daha önce psoriasis ve diğer deri hastalıklarında çalışılmamıştır. Bir sonraki bölümde Ebeveyn Kabul Red Kuramı tanımlanacak, annenin reddine yönelik kuramlara savunma mekanizmaları ve ayrılma bireyleşme dönemi bağlamında 2.5.1 bölümde yer verilecektir.

2.2.1 Ebeveyn kabul red kuramı

Ebeveyn Kabul Red Kuramı(EKAR) 1975’de Ronald Rohner tarafından ortaya atılmıştır. Kuram, çocukların ebeveynlerinden sıcaklık hissetmeye ihtiyaç duyduklarını öne sürer ve bu sıcaklığa coğrafya, yaş, ırk, cinsiyet, kültür ve diğer pek çok değişkenden bağımsız şekilde ihtiyaç duyulduğunu ortaya koyar (Rohner vd, 2005). Rohner (1994), çocuğun ebeveynleri tarafından kabul edildiğine yönelik algısının onun duygusal, sosyal ve ruhsal gelişimini etkilediğini öne sürer.

Ebeveynleri tarafından reddedildiğine yönelik algısı olan bireylerde 7 ana özellik öne çıkmaktadır. Bu özellikleri; problemlerle karşılaşıldığında ortaya çıkan öfke ve saldırganlık, duygusal tepkisizlik, düşün öz yeterlilik ve öz saygı, duygusal dengesizlik, bağımlılık ve negatif dünya görüşüdür. Kabul gördüğüne yönelik algısı olan bireyler ise kendine güvenli, bağımsız olabilen, geleceğe pozitif bakan, sosyal ve duygusal açıdan uyumlulardır (Khaleque & Rohner, 2002; Rohner vd, 2005).

Ebeveyn ile çocuğun ilişkisinin alt boyutlarından biri sıcaklık boyutudur. Çocukların ailelerinden aldıkları ilgi, sevgi, şefkat, destek gibi kabul görme duygusu yaratan etkileşimleri kapsar. Bu etkileşimleri yaşayan çocuk kabul gördüğünü hissederken, bunları yaşamayan ya da ebeveynlerinden incitici davranışlar ve duygular alan çocuklar reddedildiğini hissederek. Bir ucunda kabul görme ve sevilme; öbür ucunda reddedilme, sevilmemeye ve istenmemenin olduğu bir spektruma yayılan çocuğun duyguları, hem gerçek etkileşimi hem de çocuğun zihnindeki ebeveyn tasarımı ortaya koyar (Rohner, 2001).

Bu kuramın bir başka alt boyutu da kontrol boyutudur. Bir ucunda özerklik, diğer ucunda kontrolün olduğu bu boyut, ebeveynin aşırı kısıtlama ve aşırı vericiliğini yansıtır. Ebeveynin çocuğu ne kadar kısıtladığı ve sınırladığı çocuğun üzerindeki kontrolü belirler. Aşırı kısıtlayıcı ebeveynler çocuklarını aşırı kontrol eder, kısıtlama ve sınırlarla bulunur, çocuklarından talep ve isteklerde bulunurlar. Çocuğun özerklik kazanmasına alan tanımazlar. Aşırı izin verici ebeveynler ise hiçbir kontrolde bulunmaz, kural koymaz (Rohner ve Rohner, 1981; Rohner, 2005; Rohner, 2001).

2.3 Ayrılma Bireyleşme

Literatürde psoriasis ve herhangi bir deri hastalığı ile ayrılma bireyleşme dönemi daha önce çalışılmamıştır. Bu sebeple bu bölümde Margaret Mahler ve

arkadaşlarının (1967, 1971, 1974, 1975) çocuklarla yaptığı çalışmasından yola çıkarak geliştirmiş olduğu Ayrılma Bireyleşme Kuramı'na yer verilecektir. Ayrılma bireyleşme sürecinin savunma mekanizmaları ve annenin reddi ile ilişkisini ele alan kuram ve görüşlerle ilişkisine 2.5.1. bölümde yer verilecektir.

2.3.1 Ayrılma bireyleşme kuramı

Mahler, insanların biyolojik doğumuyla psikolojik doğumunun aynı anda olmadığını gözlemlemiş, psikolojik doğumun olduğu zamana kadar olan süreçte bir bebeğin çeşitli dönemlerden geçtiğini öne sürmüştür. Bu çalışma çocuğun, annenin varlığıyla işlev görürken zamanla ayrı bir kendilik temsilini nasıl geliştirdiğini, bağımsız ve bireysel kimliğine yönelik algısını nasıl kazandığını keşfetmeyi amaçlamıştır. Bebeğin psikolojik doğumu için nesneden ayrılabilmesi (annesinden farklı ve ayrı bir kendilik tasarımı geliştirebilmesi) ve sonrasında bireyleşebilmesi (kendine özgü, içinden gelen bireysel ve süreklilik kazanmış bir kendilik duygusu oluşturabilmesi) gerekmektedir. Bunun için de bir gelişimsel duraklama olmaksızın bu fazlardan geçilmesi ve nesne sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir (Mahler, 1974).

2.3.1.1 Ayrılma bireyleşme evreleri

Kurama göre bebeğin biyolojik olarak doğumunu takip eden ilk dönem normal otistik dönemdir. Bu dönemde bebek yarı uyur yarı uyanık bir durumdadır. Artık anne karnında olmayışından dolayı bozulan homeostatik dengeyi korumaya çalışır. Bu dönemde bebekte ‘‘uyaran bariyeri’’ olduğu gözlemlenmiş, bebeğin sadece içten gelen duyumları algıladığı, dışarı karşı yanıtsızlık sergilediği görülmüştür (Mahler ve arkadaşları, 1975).

Yaklaşık 2. Aydan itibaren, bebeklerin bazı uyarıların içten bazı uyarıların dıştan geldiğini anlamaya başlamasıyla beraber normal sembiyotik dönem başlamış olarak kabul edilir. Bebek henüz hala ‘‘kendilik’’, ‘‘nesne’’, ‘‘ben’’, ‘‘ben olmayan’’ gibi ayrımları yapamamakta, ancak annenin varlığını sezinlemektedir. Bu dönemde bebek tüm yatırımı anneye yapar, nesne ile tam bir sembiyoz halindedir. Bebek ihtiyaçları karşılandığında haz alır ve bunları ‘‘iyi’’ deneyimler, karşılanmadığında ise acı ve huzursuzluk hisseder ve bunları ‘‘kötü’’ deneyimler olarak ayrı tutar. Bu deneyimler bölme savunma mekanizmasının oluşmasını sağlar (Mahler vd, 1975, 1989).

Yaklaşık 6. Aydan itibaren bebek aşamalı olarak dikey pozisyonda durmaya, emeklemeye, ayakta durmaya, yürümeye başlar. Bu durum bebeğin etrafı keşfetmesine olanak tanıyacaktır. 4 alt evreden oluşan bu evre ayrılma bireyleşme evresidir. İlk alt evre olan ayrışma/farklılaşma evresini “kabuktan çıkma” olarak tanımlamışlardır. Bu evrede bebek gözleriyle çevreyi taramaya başlar, özellikle annenin kucağındaiken geri çekilip annenin yüzünü inceler (Mahler ve McDewitt, 1989), daha uyanık duyuşal tepkiler verirler. Bu dönemde ayrıca karşılaştırmalı tarama yetisini kazanır, yani annesi ile öteki insanları ayırt etmeye başlar. Diğer insanları hem merak eder, hem onlardan korkar; ki bu dönemin karakteristik kaygısı da “yabancı kaygısı”dır (Mahler ve arkadaşları, 1975).

Ayrılma bireyleşme döneminin ikinci alt evresi ise alıştıırma/egzersiz dönemidir. Bu dönem bebeğin yatar pozisyondan dikey pozisyona geçmesiyle başlar, özerkleşmeye yönelik adımlarda artış görülür. Bebeğin hareketi iyice artmıştır, etrafı coşuklu bir şekilde keşfetmeye yönelir; tüm ilgi ve libidinal yatırımını kendi yetileri ve yapabilirliğine yöneltmiştir. Narsisizm doruk noktasındadır (Mahler ve McDevitt 1989). Çocuğun özerkleşmeye yönelik gösterdiği cesaret ise annenin desteği ile doğru orantılıdır. Bu dönemde çocuk annesinin kendisini desteklemeyeceğine yönelik bir korku olan “yutulma korkusu” yaşamaya başlar, ancak bu korku asıl bir sonraki alt evrede kendini gösterir.

Bir diğer alt evre ise yeniden yakınlaşma dönemidir. Bu dönemde bebek anneye olan fiziksel ayrılığın iyice farkına varmış, bu farkındalık ile panikleymeye başlamış ve önceki evrenin aksine coşuklu duygu durumunda azalmalar başlamıştır. Anneden uzaklaşmanın en net görüldüğü bir önceki evreye göre, bu evrede anneye geri dönüş çok belirgindir. Çocuk bir yandan anne ile kaynaşma arzusu, bir yandan anneden ayrılma arzusu arasında kalarak rahatsızlık hisseder. (St. Clair, 1986; Lamb, 1986; Bertolomucci and Taylor, 1991) Bir tarafta anneye kalma arzusu ve dış dünyayı keşfetme isteği, diğer yanda anneyi mutlu etme isteği ve ona yönelen öfkesi ile boğuşur (Vahip, 1993). Bu ikircikliklerin ve kararsızlıkların yarattığı kaygıdan uzaklaşabilmek için “iyi” ve “kötü” olan anneyi ve duyguları bölme eğilimi vardır. Bu eğilim, “bölme” savunma mekanizmasının bir prototipidir. Aynı zamanda bu durum çocuğun anneye bir yapışan, bir kaçıp giden tutumuyla belirli bir krize yol açar. Yakınlaşma krizindeyken çocuk, bir yandan destek bekleyip bir yandan bu desteği görmez. Bu dönemde annenin, çocuğun bireyselleşme girişimlerine karşı

duygusal olarak geri çekilmemesi, onu desteklerken davranışlarında tutarlı olması, bireyselleşmeye yönelik hafifçe zorlaması önemlidir (Vahip, 199; Lamb, 1986; Bertolomucci and Taylor, 1991).

Annenin desteği sayesinde, yeniden yakınlaşma krizi çözülür, çocuğun bir yandan anneden bağımsız bireysel olarak hareket edebileceğine dair inancı gelişirken, bir yandan deneyim yoluyla kendi yapabileceklerini keşfetmesi ile gerçeklik duygusu gelişir. Böylece nesne sürekliliğine adım atılmış olur. Son alt evre olan nesne sürekliliği kazanıldığında, çocuk artık nesneyi, kendini ve dünyayı ‘‘iyi’’ ‘‘kötü’’ şeklinde bölmek zorunda kalmaksızın sentezleme yaparak algılayabilir. Güvenilir, sabit, seven, kollayan ve destekleyen anne içselleşir, artık bedensel olarak orada olmasa da çocuk annenin desteğini ve kendi yapabilirliğini içsel olarak hissetmektedir. Yani artık anne içselleşmiş bir imge olarak içeridedir, dışarıda bedensel olarak var olmasına gerek yoktur (Vahip, 1993)

2.4 Savunma Mekanizmaları

Literatürde psoriasis ve herhangi bir deri hastalığı ile savunma mekanizmaları ilişkisine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple bu bölümde savunma mekanizmalarının tanım ve tarihçesi, sınıflandırılması yer verilecek, diğer değişkenlerle ilişkisine 2.5.1. bölümde yer verilecektir.

2.4.1 Benliğin savunma mekanizmaları tanım ve tarihçesi

Savunmalar, bilinç dışında var olan, hoş gitmeyen, bilinç düzeyinde kabulü güç ve kaygıya yol açacak olan duygulanımların, çatışmaların, dürtüsel isteklerin ve bunların bazı bileşenlerinin (düşünce, duyumsama veya ikisini birden) bilinçli farkındalıktan uzak tutmayı sağlayan benliğin kullandığı düzeneklerdir. Amaç ruhsal aygıtı aşırı yük sonucu parçalanmaktan, dağılmaktan korumaktır. Çatışma yaratan durum semptom oluşturarak kabul edilebilir formlara dönüştürülür, böylece ruhsal denge korunmuş olur (Blackman, 2004). DSM-IV (1994)’de savunmalar şu şekilde tanımlanmıştır: ‘‘kişinin içsel veya dışsal tehlikelerin ya da stresörlerin farkına varmasını önleyerek, anksiyeteye karşı koruyan otomatik süreçlerdir.’’

Uluslararası Psikanaliz Sözlüğü’nde (2005) ise, ‘‘anksiyete ve ruhsal huzursuzlukla başa çıkmak için optimal psişik koşulları düzenleyen ve sürdüren, organize benlik işlevi olan psişik süreçler’’ olarak tanımlanmıştır.

Kavramın tarihi Psikanalizin kurucusu Sigmund Freud'da dayanmakta olup, savunma mekanizmalarından Freud ilk kez 1894'de "Savunma Psikonevrozları" makalesinde söz etmiştir. Freud bu makalede savunmanın ortaya çıkışını, "benliğin o andaki gücüyle çözemeyeceği stres verici bir deneyim, fikir ya da hisle karşılaşım bunu unutmaya ya da uzağa iterek düşünmemeye karar vermesiyle" olduğunu açıklamıştır (Freud, 1894). Bu tanım yalnızca bastırma savunma mekanizmasına işaret ettiğinden ilerleyen dönemlerinde bu tanımı bastırma savunma mekanizması için kullanmıştır. Savunma düzenekleri ile yaptığı çalışmalarla bilinen Anna Freud (1936) ise şöyle tanımlar: "ister saldırgan ister özgeci olsun benlik; altbenlik, üstbenlik ve çevre ile etkileşimdeki çatışmaları modüle etmeye çalışır".

Freud ruhsal aygıtı anlamak için topografik ve yapısal modeller tanımlamıştır. İlk olarak topografik modeli geliştirmiş, daha sonra yetersiz kaldığını düşünerek yapısal modeli geliştirmiştir.

Topografik modele göre, zihin üç farklı modelden oluşmaktadır. Bilinçdışı kabul edilemeyecek düzeyde anksiyete yaratacak duygu, düşünce ve duyumları içermekte; önbilinç (ya da bilinç öncesi) nispeten kolayca bilinçli hale gelme ihtimali olan duygu, duyum ve düşünceleri içermekte; bilinç ise herhangi bir anda farkındalığında bulunan duygu, duyum ve düşünceleri içermektedir (Mitchell & Black, 2016).

Daha sonradan geliştirdiği yapısal modelde ise altbenlik (id), benlik (ego) ve üstbenlik (süperego) tanımlamıştır. İd terimini ruhsal yapının ilkel dürtüleri, itkileri, rasyonel düşünce öncesi eğilimleri, istek ve korku bileşimlerini ve fantezileri içeren kısmı için kullanmıştır. Ham ve yapılanmamış olan bu yapı, haz ilkesine ve birincil süreç düşünceye dayanır; bilinç dışındadır; dil öncesi nitelikte olup imgeler ve sembollerle ifade edilir; mantık dışıdır ve doyum arar (Lingiardi ve McWilliams, 2017).

Üstbenlik ise, Freud'un ruhsal yapının durum ve olayları ahlaki açıdan denetleyen kısmı için kullandığı bir terimdir. Bir kısmı bilinçdışı bir kısmı bilinçtedir. Freud üstbenliğin, ödipal dönemde ebeveynlerin değer ve standartlarıyla özdeşleşilerek geliştiğine inanıyordu, ancak sonrasındaki takipçileri daha erken dönemlerde ilkel bir nitelikte içeride gelişmeyi bekleyen bir üstbenliğin olduğunu öne sürmüştür. Kuramcılar arasında, üstbenliğin gelişim dönemine dair fikir ayrılıkları olmasına rağmen, içselleştirilmiş ebeveyn imagoları çevresinde örgütlenmiş değerler dizisi olduğu kabul edilmektedir (Lingiardi ve McWilliams, 2017).

Benlik terimi ise dış dünyaya uyumu sağlamaya çalışan, gerçeklik ilkesine ve ikincil süreç düşünceye (bilginin gerçek ve mantık yönelimli eğilimleri) dayanan düzenleyici işlevleri içeren kısmı için kullanılır. Böylece hem altbenlikten gelen talepleri hem üstbenlikten gelen ahlaki sınırlama ve yasakları uygun yollar bulma, uzlaşa sağlama rolünü üstlenir. Bir kısmı bilinçte, bir kısmı bilinçdışındadır. Bilinçdışı olan kısmı (çoğunlukla) savunma mekanizmalarını içerirken (Freud, 1937), bilinçli kısmı diğer düzenleyici bilişsel fonksiyonları içermektedir. Bu fonksiyonlar gerçekliği anlama ve gerçekliğe uyumu içinde barındıran ‘benlik gücü’ olarak kullanılan psikanalitik terimin de kaynağını oluşturur (Mitchell & Black, 1995). Hartmann (1939), benliğin çatışmadan bağımsız kısımları da olduğunu vurgular ve dil, dikkat, algı ve öğrenme gibi bilişsel süreçleri barındırdığını öne sürer.

Freud, 1896’da nevroitik semptomların oluşumunun, hastanın benliğine karşıtlık oluşturmaya başlayan rahatsız edici ve kabul edilemez fikri bastırma girişiminin bu bilinçdışı savunma mekanizması ile mümkün olduğunu söylemiştir. Yani aslında, altbenlikten gelen talepler ve üstbenliğin baskısına benliğin uzlaşa sağlama çabası sonucu nevroitik semptomların ortaya çıktığını fark etmiştir.

Anna Freud (1937) farklı gelişimsel dönemlerde ilerleyen gelişimle beraber, altbenlikten ve üstbenlikten gelen taleplerin benliği zorladığını ve böylece benliği savunma mekanizmalarını kullanmaya daha çok ittiğini öne sürmektedir. Anna Freud, sadece psikopatolojisi olan bireylerin değil, her bireyin huzursuz edici gerçeklikten, yoğun içgüdüsel dürtülerden ve suçluluk duygularının yarattığı kaygı ile başa çıkmak için savunmalara başvurmak durumunda olduğunu ortaya koymuştur. Freud, bu çalışma ile bastırmayı da bir savunma mekanizması olarak ele almış, ayrıca gerileme, tepki oluşturma, yapıp bozma, yansıtma, içe yansıtma gibi çeşitli savunmaları da tanımlamıştır.

2.4.2 Savunma mekanizmalarının sınıflandırılması

Anna Freud’un benliğin işleyişini ve savunmaları anlamak için yaptığı çalışması sonucunda, bireyin güncel durumuna bakarak, bunu yansıtan gelişimsel döneme göre bireyi değerlendirme ve kaygıyla başa çıkmak için kullandıkları savunma tarzlarına göre sınıflandırma yapılabilmektedir (McWilliams, 1994). Ona göre, karakter örgütlenmesindeki ana yapılanma savunma süreçlerinden kaynaklanıyor olabilir. Anna Freud, belli savunmaların belirli gelişimsel dönemlerde ortaya çıktığını, bu

savunmaların çocuklukta görülmesinin normal olduğunu fakat bu savunmalardan bazılarının gelecekte hala devam ediyor olmasının ağır patolojilere işaret ettiğini ve savunmaların köklerinin erken gelişim dönemlerindeki bazı bozukluklara işaret ettiğini vurgulamıştır. Ona göre, yansıtma, inkar, çarpıtma ve içe atma oral döneme özgü narsisistik savunmalar; özdeşleşme, yalıtma, bastırma, yapma-bozma ve tersine çevirme anal savunmalar; entellektüelizasyon oidipal savunma; yüceltme ve sembolizasyon gelişmiş savunmalardır (Mitchell & Black, 1995).

Laplanche ve Pontalis (1988)'e göre psikoseksüel gelişim evrelerinde yaşanan deneyimler, hangi savunma mekanizmalarının etkin kullanılacağına ilişkin belirleyicidir. Kullanılan savunma mekanizmalarının olgunluk düzeyi kişinin ruhsal işlevselliği ile ilgili olup kullanılan savunmalar kişilik örgütlenmesinde de belirleyicidir.

Psikanalitik kuramcılar arasında, savunma mekanizmalarının psikopatolojileri yordayıcılığına yönelik kavramsallaştırmalar yaygındır. Ayrıca, bireyin benlik gelişimi ve nesne ile kendiliği ayrıştırabilme düzeyi ile bulunduğu kişilik örgütlenmesinin düzeyi (sağlıklıdan patolojiye doğru spektrum şeklinde) arasında ilişki olduğunu destekleyen ciddi miktarda klinik kanıt ve deneysel çalışmalar bulunmaktadır (Silverman vd., 1982). Savunmalarla beraber otonom benlik işlevleri de teşhis için değerlendirilir (Hartmann, 1939), özellikle sınır durum ve nevrotik örgütlenmeyi ayırt etmek için benliğin işlevlerine bakılır (Kernberg, 1975; Goldstein, 1997). Benlik işlevleri ve stresle başa çıkma kapasitesi ne kadar bozursa, kişi o kadar psikoza yaklaşır (Bellak, 1989); kendiliği ve nesne sürekliliği sağlama yetisi (Mahler vd., 1975; Settlege, 1977; Kramer, 1988) ne kadar zayıfsa, sınır ve psikotik bozukluğu olma ihtimali o denli artar.

Vaillant (1992), savunmaların olgunluk düzeylerini, ortaya çıktıkları psikoseksüel gelişim dönemlerine göre sınıflandırmış ve daha olgun savunmaların kullanılmasının daha sağlıklı zihinsel yapılara işaret ettiğini öne sürmüştür. Ona göre, yüceltme, mizah, bilinçli bastırma gibi mekanizmalar olgun savunmalar olup normal kişiler tarafından kullanılan ve uyumu arttıran savunmalardır. Bastırma, yalıtma, entellektüelizasyon ve tersine çevirme nevrotik savunmalar olup stres altında olduğunda herkesin kullanabileceği ve nevrotik bireylerin kullandığı savunmalardır. Eyleme vurma, içe atma, yansıtma ve regresyon ise olgun olmayan savunmalar olup ergenler ve psikotik olmayan hastaların kullandığı savunmalardır.

Çarpıtma, yansıtımlı özdeşim ve bölme gibi savunmalar narsisistik savunmalar olup en ilkel savunmalardır ve küçük çocuklarla psikotik hastalar tarafından kullanılır. Başka bir çalışmada ise, DSM IV’de tanımlanan A kümesi bozuklukları yansıtma ve şizoid fantezi; B kümesi bozukluklar eyleme koyma, bölme, dissosiasyon ve değersizleştirme; C kümesi bozukluklar ise pasif agresyon ve hipokondriya savunmalarını daha çok kullandığı gözlemlenmiştir (Vaillant, 1994).

McWilliams (1994)’a göre, yansıtma ve otistik fantezi paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik yapılarında; bölme, eyleme koyma, idealizasyon, çözülme ve değersizleştirme sınır, antisosyal, narsistik ve histriyonik kişilik yapılarında; bedenselleştirme ve pasif saldırganlık bağımlı, kaçından ve obsesif kompulsif kişilik yapılarında daha sık görülmektedir.

Kernberg (1975) savunmaların belli kişilik örgütlenme düzeylerinde daha yoğun olarak kullanıldığını öne sürer. Ona göre, gerçeklik testi bozuk olan psikotik örgütlenmede yoğun ilkel inkar ve bölme mekanizması kullanılır. Bu savunmalar kişiyi kaynaşma deneyimleri ve benlik sınırlarının kaybolmasından korur. Sınır durum yani sınır örgütlenmedeki bireylerde gerçeklik testi bulunsa da, hafif duygulanımlar bile benliğin işlevlerini bozabilir. Bu yapılanmada yoğunlukla değersizleştirme, büyükenmecilik, idealizasyon, yansıtımlı özdeşim ve inkar savunmaları kullanılır. Bu düzeyde savunmalar bölme ve yansıtma etrafında organize olmuştur. En yüksek düzeyde olan nevrotik düzey kişilik örgütlenmesinde ise savunmalar bastırma mekanizması etrafında organize olmuştur.

Vaillant (1994)’e göre nevrotik semptomlar başa çıkılamaz dürtülerle bağlantılıysa kişilik bozukluklarının semptomları geçmişteki ya da şimdideki önemli kişilerin verdikleri tepkilerle başa çıkmakla bağlantılıdır. Bu nedenle ilkel savunma mekanizmalarını kavramak için dürtülere odaklanmaktansa bağlanma ve ilişkisel süreçlerin incelenmesi gerektiğini öne sürmüştür. Bu sebeple erken dönem nesne ilişkilerinin niteliğini araştırmak önemlidir.

Mahler (1975), ayrılma bireyleşme döneminin bir alt evresi olan yeniden yakınlaşma döneminde, anneye yaşanan yeniden yakınlaşma krizinin çözülmesiyle normal psikolojik gelişimin tamamlanacağını, eğer kriz çözülmezse bölme savunması başta olmak üzere ilkel savunmaların kullanımının devam edeceğini öne sürer. Bu bağlamda nesne sürekliliği kazanmış bireylerin daha olgun, kazanmamış bireylerin daha ilkel savunma mekanizmaları kullandığından söz eder.

2.5 Değişkenler Arası İlişki

2.5.1 Savunma mekanizmaları, ayrılma bireyleşme ve annenin reddi arasındaki ilişki

Mahler'in ayrılma bireyleşme üzerine çalışması, annenin libidinal ulaşılabilirliğinin önemine dair çokça vurgu yapmaktadır. Ona göre, annenin görevi, çocuğun hem dış gerçeklik hem de iç psişesinin ortam koşullarına uymasında ışık tutmak, bir ara bellek oluşturmaktır (Mahler ve arkadaşlar, 1975). Çocuğun kendisinden ayrı ve farklı olan bir nesne temsilinin giderek bilinç düzeyine girmesini ve ayrılık anksiyetesiyle başa çıkmasını sağlayan şey, annenin ulaşılabilir olduğu bir atmosferde bağımsızca hareket edebilmenin keyfini yaşayabilmesidir. Ona göre annenin sunduğu hizmet hayatidir ve bu destekler olmadan çocuk hayatını sürdüremez (Vahip, 1993).

Eğer anne en önemli görevi olan ‘‘aynalama işlevi’’ kestirilemez, dengesiz, kaygı verici ve düşmanca ise, bireyleşmekte olan çocuk duygularını düzenleyebilmek için güvenilir bir düşünce çerçevesi geliştiremez; bunun sonucunda ilkel kendilik durumunda kalır (Mahler ve arkadaşları, 1975). Mahler'in kuramından sonra pek çok psikanalitik kuramcıya göre, annenin libidinal ulaşılabilirliği çocuğun intrapsişik yapısının gelişmesinde belirleyici bir rol oynar; çocuğun kendilik ve nesne temsilleri yaratabilmesi için anne ile olan ilişkiyel etkileşimin içselleştirilmesi gerekmektedir. Bu durum, benlik bütünleşmesi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (Jacobson, 1957; Kernberg, 1972; Mahler vd., 1975; Masterson & Rinsley, 1975).

Mahler (1963), çocuğun iç dünyasını düzenleyecek yetilerinin henüz gelişmemiş olmasından dolayı, annenin, çocuğun karşılaşacağı hem iç hem dış uyarılar için tampon görevi gördüğü, bu uyarıları onun için düzenlemesi, böylece çocuğun iç ve dış dünyasındaki çatışmalara onu alıştırmaya gerektiğine işaret eder. Bu evrede ihtiyaç duyduğu yardımcı benlik işlevi sayesinde çocuk zamanla kendi benlik işlevlerini gerçekleştirmeye başlayabilecektir.

Mahler (1963), ayrılma bireyleşme döneminde annesinden gerekli desteği alamamış bireylerin ayrılma bireyleşme patolojisi geliştireceğini, bu bireylerin daha ilkel savunma mekanizmaları kullandıklarını ve ruhsallığın daha ilkel bir örgütlenmede işlev gördüğünü öne sürer. Ona göre, yoksunluk ne kadar erken olursa, savunmalar ve kendilik organizasyonu o kadar ilkel olur. Mahler'in kuramında tanımladığı ikinci

evre olan simbiyotik evreyi benlik gelişimi için önemli bir evre olarak tanımlar. Ona göre anne ile çocuğun duygusal enerjisi ve birbirlerini uyaran deneyimleri etkileşim içindedir ve bu etkileşim sayesinde çocuk dağarcığına daha karmaşık tecrübeler katacak ve tepkilerinin çeşitliliğini artıracaktır. Annenin kişilik yapısı, çocuğu ödüllendirmesi, bireysel yetenekleri, çocuğun hareketlerinden anlam çıkarıp o ipuçlarına göre davranarak ihtiyaçlarını karşılama kapasitesi çocuğun benlik gelişiminin gerçekleşmesi için “verimli bir toprak” gibidir. Ona göre annenin bu dönemdeki işlevi çocuğa yardımcı ego olmaktır.

Ayrılma bireyleşme evresine gelindiğinde, çocuk hareket kabiliyetinin artması ile bağımsızlığın tadını çıkararak dünyayı keşfetmeye ve değişik tecrübeler yaşamaya başlar. Bu deneyimlerle birlikte, bedensel dürtü ve algılar sayesinde bir kendilik hissi -bir nesne olarak kendilik imgesi- ve kimlik duyguları gelişmeye başlar. Çocuk anneden intrapsişik olarak ayrılma sürecine girer ve kendi imagosunu tamamen ayrı olarak algılamaya başlar. Ona göre, çocuğun kendi özerk imgesinin oluşumu bu evrenin sağlıklı atlatılıp atlatılmamasına bağlıdır. Bu sürecin sağlıklı atlatılması için en önemli etken annenin çocuğun “birincil süreç” dilini anlayabilmesidir. Çocuk anneden yeterli ölçüde “iletişimsel örtüşme” (annenin çocuğun sözsüz ifadelerindeki ihtiyaçları anladığı iletişimsel uygunluk ve bu ihtiyaca cevap verdiği süreci tanımlamak için kullanılır) duygusu aldığı takdirde, benliğindeki özerklik duygusu gelişecektir (Masterson & Rinsley, 1975)

Anneden ayrılma sürecinde olan çocuk, özdeşim ve içe atma mekanizmaları ile annenin yardımcı benlik fonksiyonu içselleşmeye başlar; böylece çocuğun benliği yeni işlevler kazanmaya başlar. Bu işlevler; benliğin savunma mekanizmalarının bölme gibi ilkel mekanizmalardansa bastırma gibi daha olgun mekanizmalara başvurması, uyarılara (iç-dış) karşı gelişen benlik sınırları, gerçeklik algısının daha çok gelişmesi, dürtü kontrolü ve engellenmeye karşı toleranstır (Masterson & Rinsley, 1975). Artık çocuk, yalnız kalma (Winnicott, 1965), depresyon ve kaygıya dayanma gücü (Zetzel, 1965), anksiyete gösterebilme ve suçluluk duygusu hissetme (Winnicott, 1965a; 1965b) gibi kapasiteler geliştirir.

Masterson (2013), çocuğun sadece benliğin işlevlerinin gelişimi için değil, bireysel ve özerk bir kendilik (gerçek kendilik) geliştirebilmesi için de annenin libidinal desteğine ihtiyaç duyduğunu öne sürer. Öyle ki bu destek tedarik edilmezse çocuk özerk ve gerçek bir kendilik geliştirme girişimlerinde bulunamayacaktır. Ona göre,

ayrılma bireyleşme sürecinde çocuk dış dünyaya açılmak istediğinde annesinden ‘‘yapabilirsin, sen bu atılımı yaptın diye seni terk etmeyeceğim, girişkenliğini destekliyorum’’ mesajını almayı umar. Bu destek sayesinde yapabilirliğini keşfedebilecek cesareti bulur.

Ayrılma bireyleşme döneminde ihtiyacı olan duygusal desteği annesinden alamayan çocuklar (çocuğa annesinin onu artık sevmeyeceği, önemsemeyeceği, değer vermeyeceği, onu terk edeceği, sevimlik için kendi istekleri ve meraklarından vazgeçmesi gerektiği gibi mesajlar gittiğinde), kendilik aktivasyonu yaparak bir girişimde bulunamazlar çünkü eğer bir girişimde bulunurlarsa anneden alamadıkları destek (ya da aldıkları baltalayıcı bir tepki) karşısında acı verici duygular yaşayacaklardır. Libidinal desteği alamamaya bağlantılı olarak ortaya çıkan bu acı verici duygulardan korunmak için ise savunma sistemine başvururlar (Masterson, 2013).

Bu savunma mekanizmaları ilkindir, çünkü nesne sürekliliğinin tamamlanmadığı ve bölmenin kullanıldığı gelişimsel dönemde saplanma olmuştur. Annesinden yeterli desteği alamadığından dolayı ego ve kendilik gelişmemiştir, bu yüzden birey ilkel savunmaları ilerleyen dönemlerde de kullanmak durumunda kalacaktır. Böylece kişi hem kendilik duygusu ve faaliyetlerinden vazgeçecek hem de ilkel savunmalar yoluyla acı verici duygulanımlardan kaçmaya çalıştığı için işlevselliği düşecektir (Masterson, 2013).

Bunlara ek olarak, ayrılma bireyleşme patolojisi olan bireylerde, savunmaların ve yoğunlukta olarak bölme savunmasının patolojik sürekliliği artar; kişi bütünleşmiş bir kendilik algısı geliştirmede başarısızlık yaşar; dışarıdaki nesnelere yönelik kronik aşırı bağımlı olma hali artar; ötekilerle etkileşimde karmaşık ilişkilerle sonuçlanan, dengesiz benlik durumlarına bağlı gelişen tutarsız kişilik özellikleri görülür (Kernberg, 1967).

Özet olarak, bireyin bütünlüklü bir kendilik ve nesne imgesi oluşturup olgun bir benliğe sahip olabilmesi için ayrılma bireyleşme dönemini sağlıklı bir şekilde atlatıp, nesne sürekliliğinin kazanılması gerekmektedir, bu da erken gelişim dönemlerinde annesinden aldığı libidinal desteğe bağlıdır.

2.5.2 Psikanalitik yaklaşımlara göre deri ve psoriasis

Bu bölümde deri ve psoriasis hastalığı ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiye vurgu yapan farklı psikanalitik kuramlara yer verilecektir.

Psikanalizde sadece deri hastalıklarını çalışmak için değil, aynı zamanda zihnin işleyişini anlamak için de derinin önemli bir yeri vardır (Freud, 1900). Derinin, zihnin bölümleri ve süreçleri için hayati bir etkinleştirici olduğunu öne sürmüştür. Ona göre benlik her şeyden önce bedensel bir benliktir, kaynağını bedenden almış ve bedensel duyumlardan türemiştir (Freud, 1923)

Anzieu (1995)'ye göre Freud, deriyi refere ederek, dokunma duyusunun dönüşümlü yapısından bahsetmiştir. Ona göre dokunma duyusu çift yönlüdür: bebek kendisine dokunduğunda, hem dokunan bir deri olma duygusunu, hem de dokunulan bir deri olma duyumlarını yaşar. Anzieu, bireyin bir benlik duygusu oluşturabilmesinin erken dönem deriyle ilişkili deneyimler yoluyla olduğunu öne sürmüştür. Ona göre, anne ve bebek arasındaki temas yoluyla kurulan iletişim sayesinde bebeğin duyu organlarına yönelik duyumları ve algıları gelişmeye başlar. Böylece benliğin ilk uyarılması olan ‘‘Deri-benlik’’, primer bakım verenle fiziksel deneyimler ve dokunsal temaslar yoluyla gelişmeye başlar. Bebek annesi ile güven veren bir ilişki içerisindeyken, kendisi ve annesinin bedenlerinin temas etmesi ile bir yüzey olarak kendi derisini algılamaya başlar.

Anne bebeği dış uyaranlardan koruma işlevi görür. Anzieu'ye göre, deri-benin dokuz işlevi vardır, bunlar: tutma, içirme (kapsama), özgünleştirme, uyaranlara karşı koruma (uyarılma engeli), duyumları bütünleştirme, cinsel uyarılmaları destekleme, libidinal yeniden yükleme, dokusal verileri kaydetme ve saldırganlığın kendisine döndürülmesidir. Bu işlevler bakım verenle ilişkide gelişir. Bu işlevler yetersiz olduğunda deri-benlikte oluşan hasar sayesinde deri hastalıkları meydana gelir. Duyusal basınçlar ve narsisistik eksiklikler sonucu deri-benlik hasarlı gelişir. Deri reaksiyonlarının, aşırı uyarılma, yetersiz uyarılma, bağımlılık ihtiyacına olan tahammülsüzlük, terk edilme korkusu, içeri girilme korkusu, ortak deri fantezisi, primer dokunma tabusu gibi deri-benlikteki zayıflıklarla ilişkili olduğunu vurgular (Anzieu, 1995).

Spitz (1951)'e göre yaşamın 6. Ayından itibaren altbenlik ve benlik ayrışmaya başlar. Altbenlik, kaynağını beden duyumlarından almaktadır. Bu ayırmadan dolayı,

uygun gelişim koşulları sağlanmazsa, bedensel ve ruhsal süreçlerin ayrı ayrı gelişimi söz konusu olabilir. Spitz (1965) egzamalı çocuklarla yaptığı çalışmasından yola çıkarak, egzaması olan çocuklarda iki temel durumun söz konusu olduğunu öne sürer. Bu çocuklar ya annesi yeterince dokunmadığı için dokunulma ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla anneye bir talep yöneltme girişimi olarak egzama geliştirirler; ya da annenin dokunmaması sonucu oluşan uyarı eksikliğini egzama yoluyla narsisistik olarak kendi kendine gidermeye çalışırlar.

Bick (1968)'e göre, yaşamın başlarında bebeğin beden ve ruhsal yapısı henüz bütünleşmemiştir. Bu bütünleşmenin sağlanması için bebeğin, annenin kapsama işlevine ihtiyacı vardır. Bu işlev yapıldığında bebek annenin becerilerini içe atabilir, derisi içerisinde parçalanmadan kendini tutabilir hale gelir. Çocuklarla yaptığı gözlemlerin sonucunda Bick, annenin bebek tarafından bedeni (ve ruhsal yapıyı) saran, koruyan, 'tutan' ve sınır oluşturan bir deri olarak algılandığı sonucuna varır. Bu durumda deri, iç ve dış, ben ve nesne arasında sınır görevi gören fiziksel bir organ; kelimenin tam anlamıyla vücudu saran ve bir arada tutan bir yapı; annenin zihnini içinde metaforik olarak barındıran bir yapı olarak işlev görür. Eğer anne kapsama işlevlerini yerine getiremezse; dış nesne içe yansıtılamaz, bebekteki 'parçalanma' duygularında artış görülür, benlik gücü zayıf kalır, bağımlılık ve ayrılık sorunları ve ilkel savunmacı operasyonlarda (başta yansıtımlı özdeşim olmak üzere yansıtma, bölme, idealizasyon gibi) artışa sebep olur.

Winnicott (1960)'a göre, deri, hem sınır işlevi görerek bireyin kendini diğerlerinden ayırt etmesini, hem de içsel ile dışsal olanı ayırt etmesini sağlar. Yaşamın erken döneminde anne ve bebek bir ünedir ve bebeğin hem fiziksel hem ruhsal ihtiyaçları 'yeterince iyi anne' tarafından karşılanmalıdır. Bu dönemde bebek 'düşünülemez bir kaygı'nın eşiğindedir ve bu kaygının üstesinden gelmesi için annenin tutma ve kucaklama işlevlerine ihtiyaç duyar. Bu sayede dağınık ve kaygı dolu intrapsişik yapı giderek bütünleşir, ruh ve beden birliği sağlanabilir ve çocuğun bireyleşmesi için gerekli zemin hazırlanabilir. Annenin bu işlevlerindeki yetersizlik ise kişiliğin dağılması ve ruhsal yapı-soma bağının kopmasına sebep olur. Kişiliğin dağılması ise psikozun gizlendiği psikosomatik tabloları ya da psikozun ortaya çıkmasını sağlar. Deri hastalıklarını psikotik bir temele oturtur ve bunu annenin kapsama işlevindeki yetersizliğe bağlar (Winnicott, 1969). Özellikle egzama, ürtiker, pruritus gibi hastalıklarda ruh ile beden arasında bir ayrışma olduğunu öne sürer (Jaeger, 2006).

Pines (1980), egzamayı erken dönem anne bebek ilişkisindeki sorunlarla ilişkilendirmiştir. Ona göre temelde anne bebek arasındaki ilişkideki sorun daha sonra hayatına giren kişilere aktarılır ve bu ilişkideki tekrarlayan sorunlar sayesinde hastalık tekrarlayıcı şekilde alevlenir. Erken dönemde anne çocuğun tutulma, sakinleştirilme ve yatıştırılma ihtiyaçlarını karşılamadığından dolayı kendiliğin bozulup yok olması kaygısı baki kalır. Bu kaygının varlığı, kendiliğin bütün olarak muhafaza edilme ve tutulma ihtiyacının karşılanmamış olması kişilik oluşumunu kötü yönde etkiler. Kendiliğin narsistik ihtiyaçları karşılanmamıştır ve nesne ilişkilerinde çok kırılganlardır, bu yüzden gerçek kendilikte sorunlar ortaya çıkmaktadır.

McDougall (1989)'a göre, her insanın psişik acı ve çatışmalarla başa çıkma metodları yetersiz kaldığında bedensel belirtilere başvurur. Ona göre, hayat boyu karşılaşılan acılarla başa çıkmamızı sağlayan şey simgeleştirme kapasitesidir ve bedenselleştirmelerde bu kapasitedeki kusur öne çıkmaktadır. Dilin gelişmediği erken dönemlerde bebeğin henüz hem beden imgesi, hem de ben ve öteki ayrımı - anne ile bedeni simbiyotik bir birlik halinde olduğundan dolayı- henüz gelişmemiştir. Annenin, bebeğin yaşadığı bu birlik duygusunu sıcaklık, ritm, ses ve koruyucu bedensel yakınlık ile desteklemesi gerekir. Bu sayede bebek annenin imgesini içe alır ve sürekli kalmasını sağlayabilir. Aynı şekilde, zamanla bebeğin anne ile olan birlikten ayrışabilmesi de gerekir. Eğer anne, kendi bilinçdışı çatışmaları sebebiyle bebeğin kendi bedeninden ayrılmasına izin vermezse "Meme-evren", "iki kişi için bir ruhsallık" oluşur ve bebeğin bedeni anne ile yapışık kalır, beden ve ruhsal yapı ayrışamaz. Eğer yetişkinin de bebeklikten beri zihni anneden ayrılamamışsa, "Meme-evren" durumunda kalır. Bu durum, bedensel hastalığın temellerini atar ve ruhsal çatışmayı ya da erken dönem travmaları tetikleyecek bir olay, ciddi bir bedensel tepki verilmesiyle sonuçlanabilir (McDougall, 1974, 1989, 1982)

McDougall (1982)'ın psikoz için, ayrışamayan anne-çocuk ruhsallığını refere ederek kullandığı "iki kişi için bir ruhsallık" ifadesini Press (2015), psoriasis hastaları için "iki kişi için bir beden" olarak değiştirerek kullanmıştır. Bu ifade, çocuğun bedensel ihtiyaçları ve beden imgesini işgal eden anne çocuk ilişkisini temsil etmektedir. Press (2015), psoriasis hastası olan analizanından yola çıkarak, bu hastaların tamamen bağımlı oluşu ve bu bağımlılıktan hiç haberlerinin olmayışına dikkat çeker. Bu bağımlılık, kırılganlık ve yapışma-ayrılma döngüsündeki lezyonların oluşum ve

kayboluşunu gözlemlemiş; buradan yola çıkararak psoriazis hastalarının sınır durum örgütlenmede işlev gördüğünü ve hastalığın ayrılıkla ve erken dönem nesne ilişkilerindeki sorunlarla ilişkili olduğunu aktarmıştır.

Bucci (1997)'ye göre, erken dönem primer nesne ile olumlu deneyimlerin eksikliği, simgealtı somatik temsiller ile sembolik temsiller arasında dağılma ve bütünlüşememeye sebep olur, bu da bedensel belirtilere yol açar. Normal gelişimde, kendiliğin temelini, duygusal yaşamı organize eden, yaşamın başında sözel olmayan, duygusal ve içgüdüsel duyular temelinde ötekiyle ilişkide gelişen ‘‘duygusal şemalar’’ oluşturur. ‘‘Simgealtı’’ düzlemde farklı algı kanallarından veriler gelir ve işlenirler. Bu simgealtı düzlemde gelen veriler sembolik temsillere ve dile bağlanır, böylece kendilik algısı gelişmeye başlar. Bu noktada bebeğin, onun ortaya çıkmakta olan sembolik yaşamını düzenleyen bir ötekine ihtiyaç duyduğundan söz eder. Ötekinin eksikliğinde ise simgealtı somatik temsiller sembolize edilemez ve dil yerine bedensel belirtilerle ifade edilir.

Mucci (2019)'ye göre çocuğun önce bedensel tepkileri, sonra duyu ve duygularını bakım veren tarafından ne kadar iyi fark edip söze dkebilirse hastalık yolu ile kendini ifade etmek zorunda o kadar kalmaz. Bebeğin kendiliğinin sağlıklı bir şekilde gelişip duyu düzenleme ve sembolizasyon yapabilme yetilerini ancak bakım verenin bebeğin duygularını düzenleme işlevlerini (yatıştırıcı, teselli edici, güven verici bir nesne) yeterince yapabilmesi sonucunda bakım verenin duyu düzenleme yetisini işelleştirmesi ile mümkün olduğunu vurgular. Kuramını, nörogörüntüleme yöntemleri ile yapılan çalışmalara dayandırarak şu sonuca varır: öznelerarası dinamik sürecin erken dönemlerinde annenin çocuğun duygularını düzenlemesi o kadar hayatidir ki, anne bunu yapmadığında ocuk annenin zihninde kendini bulamaz, böylece kendilik temsilini geliştiremediğinden dolayı benlik, bütünlüklü bir kimlik oluşturamaz, güvenlik duygusu hissedemez. Bununla beraber dilsel ifade, soyut düşünce ve sözel ifade gelişemez. Sözel ifadenin gelişmemesi ve duyguların sembolize edilememesi sayesinde duygular, bedensel hastalıklar yoluyla ifade edilirler. Ek olarak, duygulanım düzenlemesi yapamama, duygularda düzensizlik, önbeyin alanlarında ketleme eksikliği sonucu yıkıcı davranışlar, dürtüsellik ve empati eksikliğine yol açar.

2.5.3 Deri hastalıklarının diğer değişkenlerle ilişkisi

Bu bölümde annesel destek, savunma mekanizmaları ve ayrılma bireyleşme değişkenlerine ilişkin çalışmaların deri hastalıklarıyla ilişkisine yer verilecektir. Literatürde bu değişkenler üzerine çalışmalar sınırlı sayıda olduğundan dolayı, bu değişkenlere benzer kavramlar ile yapılan çalışmalara yer verilecektir.

İkiz ve arkadaşlarının (2006) Türkiye’de yaptığı bir çalışmada, psoriasis, liken simpleks kronikus, alopesi universalis hastası olan ve dermatolojik tanı almamış bireylere Rorschach testi uygulanmış ve verdikleri yanıtlar değerlendirilmiştir. Özellikle psoriasis olan bireylerin, kartlara sadece nesnel ve somut cevaplar vererek sadece tanımlama yaptıkları, fantazmatik iç dünyalarının kısıtlı olduğunu bulmuşlardır. Yanıtların içerikten yoksun, yalın ve kuru bir anlatım tarzı olduğu vurgulanmıştır. Bu durumu Marty (1963)’nin tanımladığı ‘işlemsel düşünce’ nin çok etkin kullanımı, önbilincin yeterince iyi çalışmadığı için bilinçdışı materyalin ketlenerek bilince çıkamadığı ve ‘şey’lerin kelimelerle ilişkilendirilemediği bulunmuştur. Diğer tüm gruplara göre sembolizasyon ve hayal gücü kapasitesinin çok daha yetersiz olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca ‘post’ yanıt kategorisinde anlamlı şekilde daha çok yanıt vermişlerdir. Bu durum Anzie’nün ‘deri-benlik’ kavramına atıf yapılarak erken nesne ilişkilerindeki yetersizlikten ötürü psoriasis hastalarının daha fazla tutunma, korunma ve dayanağa duyduğu ihtiyacı gösteriyor olduğu düşünülmüştür.

Aydın (2013), yüksek lisans tezi olarak psikojenik kaşıntı (pruritus) tanısı almış 17 katılımcı ile bir çalışma yapılmıştır. Rorschach testi ile erken dönem nesne ilişkileri, ruhsal işleyiş ve bilinçdışı süreçler incelenmiştir. Bulguların anne ile ilişkili olan kısmında, hastalar annelerinin sevgilerini belli etmeyen, mesafeli ve uzak olmalarından, fiziksel temasa izin vermemelerinden bahsetmişlerdir. Kendilerinin ise anne ile sürekli birlikte olma ve her şeyi birlikte yapma isteğinden söz etmişlerdir. Bu durum nesnenin yok olması endişesi ile simbiyotik ilişkiyi sürdürme çabası olarak değerlendirilmiştir. Annelerin kapsama kapasitesindeki yetersizliği; ayrılmanın gerçekleşmediği bir nesne ilişkisini (füzyonel bir ilişki) düşündürmüş; annenin tutarlı ve güvenli bir nesne olarak içselleşmediğini gösterdiği vurgulanmıştır. Ayrıca, nesne ile ilişkide saldırgan dürtülerin varlığından söz edilmiştir. Bu saldırgan dürtülerin bebeğin bireyleşme sürecinde algı ve duyu farklılıklarını kabullenmesini engelleyen zihinselleştirme kapasitesindeki aksaklık ve

zorlukların sebebiyet verdiği düşünülmüştür. Ek olarak, katılımcıların içsel olanla dışsal olanı ayırt etmekte, kendilik sınırlarını belirlemede de güçlük çektikleri, benliklerinin kırılgan ve belirsiz olduğu görülmüştür. Sembolizasyon kapasitesindeki yetersizliklerin de erken nesne ilişkisindeki sorunlarla bağlantılı olduğu düşünülmüştür. Tutarsız duyguları ve erken nesne ilişkileri ile ilgili çatışmalı fakat simbiyotik ilişki, kontrol altına alma ve desteğe olan ihtiyaçları şimdiki ilişkilerine de yansımıştır. Katılımcılar beraberlikleri tatmin edici değil simbiyotik olarak tanımlamışlar, mutsuz olmalarına rağmen eşlerinden ayrılma düşüncesinin kaygıyı artırdığı gözlemlenmiştir. Tüm bu sonuçlar ile ilgili Aydın (2013), katılımcıların ruhsal işleyişlerinin sınır durumla ilişkili olan yönler içerdiğini gözlemlenmiştir.

Bağlanma kuramı erken dönem anne çocuk ilişkisinde oluşan güvenli ilişkinin önemini vurgular. Pek çok alanda çalışılan bağlanma kuramı psikosomatik semptomlarla da çalışılmıştır. Literatürde, güvensiz bağlanma stillerine sahip hastaların, güvenli bireylere kıyasla daha fazla sayıda fiziksel belirtiyeye sahip olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (Ciechanowski vd., 2002). Psikosomatik hastalıklarda da güvensiz bağlanmanın daha yaygın görüldüğü pek çok çalışmada bulunmuştur (Jankovic ve ark., 2009; Picardi ve ark.,2013). Ek olarak deri hastalıklarında da az sayıda da olsa bağlanma stilleri çalışılmıştır. Örneğin, psoriasis hastalarında kaçınan bağlanmanın daha yoğun olduğu (Picardi ve ark., 2013), daha fazla stresli yaşam olayları yaşadıkları, daha az sosyal desteği olduğu ve güvensiz bağlanma stilleri olduğu (Jankovic ve ark., 2009) bulunmuştur.

Demirci ve arkadaşlarının (2020) ülkemizde yaptığı bir çalışmada ise kaygılı bağlanan psoriasis hastalarının güvenli bağlanan psoriasis hastalarına göre hayat kalitesinin daha düşük olduğunu bulmuş, bağlanma stillerinin hayat kalitesi üzerinde etkisi olduğunu bulmuşlardır. Bulgulara göre, güvenli bağlanan bireylerin stresli durumlarla başa çıkmak için iç kaynaklarına güvenme ya da streslerini düzenlemek için başkalarından destek alma yetenekleri yaşam kalitelerini arttırırken, kaygılı bağlanan bireylerin hastalıkla karşılaştıklarında abartılı anksiyeteleri nedeniyle yaşam kalitesi azalmaktadır.

Szabo ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada, arasında Türkiye'nin de olduğu, 13 farklı ülkede 4994 deri hastasının (868 psoriasis hastası) bağlanma stilleri araştırılmıştır. Yakınlık (yakınlık duymaktaki rahatlık), bağımlılık (ötekine bağlanma kapasitesi) ve ilişkilerde anksiyete (terk edilmekten korkma) boyutları olan Yetişkin

Bağlanma Ölçeği'nde, deri hastası olan bireylerin kontrol grubuna göre bağımlılık ve yakınlık boyutundaki puanları anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Psoriasis hastaları, bacak ülseri ve iyi huylu deri tümörü olan gruplar bağımlılık boyutunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Yakınlık boyutunda ise atopik egzama ve psoriasis hastaları anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Güvenli ve güvensiz bağlanma biçimleri arasında hastalar ve kontroller arasında önemli bir fark bulunmamış, ancak psoriasis hastalığı olan bireylerde, kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha sık güvensiz bağlanma stili olduğu bulunmuş. Diğer tüm hastalıklara göre psoriasis hastalığında bulunan bu anlamlı fark sebebiyle, psoriasis hastaları için psikolojik müdahalenin tedavi sürecine entegre edilmesi gerektiği araştırma sonucunda önerilmiştir (Szabo ve ark., 2017)

Ring ve Palos (1986), atopik dermatiti olan çocukların anneleri ile kontrol grubundaki annelerin çocuklarına yönelik davranışları ile ilgili bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada atopik dermatiti olan çocukların annelerinin kontrol grubuna göre daha katı bir tutum sergilediği, çocuklarının sevinçlerini göstermelerini daha az onayladıkları bulunmuştur. Ek olarak bu çocukların daha az dostane bir çevrede büyüdükleri de belirtilmiştir.

Absolon ve arkadaşları (2003) atopik egzaması olan çocuklar ve annelerinin ruh sağlığına yönelik bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada çocukların annelerinde bir ruhsal sorun bulunmamış ancak orta ve yüksek düzeyde atopik dermatiti olan çocuklarda, olmayan çocuklara göre ruhsal sorunların iki kat daha fazla görüldüğü bulunmuştur.

Psoriasis hastalığı olan 245 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada, stresin bu çocukların % 90'ı arasında provakatif bir faktör olduğu görülmüştür. (Nyfors ve Lemholt, 1975) Başka bir çalışmada, stres ve nüks arasında doğrudan bir ilişki bulunamamış ve durumun stresli yaşam olaylarıyla başa çıkma stratejilerindeki bireysel farklar ve kişinin bu olaylara öznel duygusal yapısındaki farklılıklardan ötürü verdikleri tepkilerle alakalı olabileceği tartışılmıştır (Al'Abadie ve ark., 1994; Mazzetti ve ark., 1994). Benzer bir çalışmada, hastalıklarının strese duyarlı olduğunu bildiren psoriasis hastaları, hastalıklarını strese-duyarsız olarak bildiren psoriasis hastalarına göre daha fazla kişilerarası bağımlılık göstermiş ve başkalarının onayını bekleme eğilimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ek olarak, strese duyarlı gruptaki hastalar, stresli durumlarla başa çıkma yeteneklerini olumsuz yönde

etkileyebilecek bir faktör olan öfkeyi ifade etmede daha fazla zorluk yaşadıklarını bildirmişlerdir (Gupta ve ark. 1996). Ayrıca strese duyarlılığın yüksekliği, daha erken yaşta psoriasis hastalığının başlamasıyla da ilişkilendirilmiştir (Gupta ve ark. 1996; Niemeier ve ark. 2002)

Crosta ve arkadaşları (2018)'nin yaptığı bir çalışmada Çocukluk Travma Ölçeği'nde psoriatik hastalar, sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır. Ölçeğin "Cinsel istismar", "Duygusal ihmal" ve "Fiziksel ihmal" alt ölçeklerinde önemli farklılıklar bulunmuştur. Ayrıca, psoriatik hastalar, Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin toplam puanlarına göre sağlıklı kontrollere göre daha düşük esneklik düzeyleri göstermiştir. Özellikle "Kontrol" alt ölçeğinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu bulgular çocukluk çağı travmasının temel semptomatolojisi olan yetişkinlikte duygulanım düzensizliği, kendilik algısı ve ilişkilenede bozukluklar ve somatizasyonlarla ilişkisi açısından tartışılmıştır. Çocukluk çağında kronik strese maruz kalmanın endojen strese duyarlı hormonlarda ve kortizol üretimlerinde önemli bozulmalara sebebiyet vermesi ile ilişkilendirerek (Yehuda ve ark., 1991) erken dönem travmaların psoriasis hastalığı ile benzer nörobiyolojik düzeneklerden etkilendiğini tartışmışlardır. Boscarino (2004)'nin yaptığı bir çalışmada da benzer sonuçlara varılmış, çocuklukta travmatik stresörlere maruz kalmanın, psoriasis hastalığı dahil çeşitli otoimmün hastalıkların başlangıcı ile birlikte bir dizi psikopatolojik özellik ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür.

Beşiroğlu ve arkadaşları (2009), psikosomatik deri hastalığı olan bireyleri, psikosomatik deri hastalığı olmayan bireyleri ve sağlıklı kontrol grubunun çocukluk çağı travmaları, disosiyasyon deneyimleri ve istenmeyen düşünceleri bastırma üzerine bir araştırma yapmıştır. Çocukluk çağı travmalarına bakıldığında, psikosomatik grubun çocukluk çağı travmalarının alt boyutu olan "duygusal ihmal" değerleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunurken diğer alt boyutlarda gruplar arası bir fark bulunmamıştır. Dissosiyasyon deneyimleri ve istenmeyen düşünceleri bastırmada ise psikosomatik grupta kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek değerler bulunmuştur.

Simonic ve arkadaşları (2010), erken çocukluktan erişkinliğe kadar farklı gelişim dönemlerinde (erken çocukluk, ergenlik, yetişkinlik) yaşanan olumlu ve olumsuz/travmatik yaşam olayları ile psoriasis ilişkili olup olmadığını araştırmışlardır. Ayrıca, farklı gelişim dönemlerinde yaşanan olumsuz/travmatik

yaşantılara göre erken ve geç başlangıçlı psoriasis hastaları arasındaki farklılıklarına ve olumsuz/travmatik deneyimlerin hastalık şiddeti ile ilişkisine bakmışlardır. “Travmatik Yaşantı Ölçeği” ile erken çocukluktan yetişkinliğe kadar olumlu kişisel deneyimleri (yetkinlik ve güvenlik) ve olumsuz/travmatik yaşam deneyimleri (ihmal, ayrılık, sırlar, duygusal, fiziksel ve cinsel istismar, travmaya tanık olmak, diğer travmalar ve alkol / uyuşturuculara maruz kalma) değerlendirilmiştir. Bir deri hastalığı olmayan kontrol grubuna göre olumsuz/travmatik yaşam deneyimleri psoriasis hastalarında daha sık yaşanırken, olumlu yaşam olayları kontrol deneklerine göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Ek olarak, tüm gelişim dönemlerinde (erken çocukluk, ergenlik, yetişkinlikte yaşanan) yaşanan olumsuz/travmatik deneyimlerin psoriasis hastalarında kontrol grubuna göre daha sık olduğu bulunmuştur. Psoriasis hastalığının şiddeti, “Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI)” ile değerlendirilmiştir. Erken ve geç başlangıçlı olmak üzere ikiye ayrılmış olan psoriasis grubunun hastalık şiddeti karşılaştırıldığında önemli ölçüde farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde psoriasis hastalığının şiddeti ile olumsuz/travmatik deneyimler arasında bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmalarının travmatik deneyimler ve psoriasis hastalığı arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu ve sadece kalıtsal faktörlerin psoriasis ortaya çıkmasında yeterli olmadığını gösterdiğini; hastalığın başlangıcının kalıtsal yatkınlık, şuan ki mevcut durum ve erken dönem deneyimleri gibi farklı olaylara bağlı olduğunu öne sürmüşlerdir (Simonic vd., 2010).

Burden-Teh ve arkadaşlarının (2016)’da psoriasis hastalığı olan çocuklarla yaptığı bir çalışmada, duygusal veya psikolojik stresin çocuklarda % 66,7 gibi yüksek seviyelerde psoriasis hastalığı için tetikleyici bir faktör olduğunu bildirmiştir. Tangtaco ve arkadaşlarının (2017) çocuklarda psoriasis hastalığını tetikleyen stres faktörlerinin neyle ilişkili olduğunu araştırdıkları bir çalışmada, ebeveynlerden ayrılma anksiyetesinin, okulla ilişkili stresin ve kardeşin doğumunun ve ebeveynlerin ayrılmasının hastalığı tetiklediğini bildirmişlerdir. Bunun nedenlerinden biri olarak da çocukların duygusal olarak yetişkinlere göre daha az ruhsal olgunluğa sahip olmaları ile açıklamışlardır.

Yeterince sağlam olmayan desenlerle yapılmış çalışmalarda kişilik özellikleri ve psikiyatrik bozuklukların hastalığın ortaya çıkışını tetiklediği ifade edilmiştir. Psoriasis hastalarında belirgin bir psikopatoloji olduğu gösterilemese de hastalığın ortaya çıkışı ile ilgili şu özellikler ileri sürülmüştür: duygusal şok sonrası psoriasis

ortaya çıkıyor olabilir, deri lezyonlarının artışı ile kaygı, endişe, güvensizlik ve duygusal dengesizlikte artış olabilir, psoriazisi ortaya çıkaran tek bir kişilik bulunamamıştır, nevrotik belirtiler fazla bulunmuş ve orta derecede somatopsişik reaksiyonlar bulunmuştur. Hastalarda, kaşıntının ruhsal durumla yakın ilgisinin olması, fazlaca bozulmuş aile çevresi, kronik manevi hastalık, şizoid kişiliğin sıkça görülmesi, saldırganlığın bastırılması sonucu depresyonun ortaya çıkması sıktır (Rubino vd., 1995)

3. YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Modeli

Psoriasis hastası olan ve olmayan bireylerin ayrılma bireyleşme süreçleri, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmaları açısından karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilen bu araştırma, “yürütülen konunun, evren veya evrenden seçilen örneklem üzerinde koşulları değiştirici herhangi bir müdahalede bulunmadan mevcut özellikleri ile betimlenmesi” olarak tanımlanan (Karasar, 2016) tarama modelinde yürütülmüştür. Ayrıca tarama modeline uygun olarak yürütülen araştırma, deney ve kontrol gruplu deneysel desene göre tasarlanmıştır.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul’da yaşayan ve psoriasis hastası olan bireyler oluşturmaktadır. Örneklem ise Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Dermatoloji Birimi Sedef Hastalığı Polikliniği’ne başvuran, 18 yaş ve üzeri psoriasis hastaları arasından rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen toplam 91 psoriasis hastası bireyden (deney grubu) ve yine rastgele örnekleme yöntemi ile çevrimiçi anket yoluyla ulaşılan hiçbir deri hastalığı olmayan 18 yaş üstü toplam 84 bireyden (kontrol grubu) oluşmuştur. Dolayısıyla araştırmaya toplam 175 birey dahil edilmiştir.

3.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmada dört bölümden oluşan veri toplama uygulanmıştır. Anketin bölümleri sırasıyla şunlardır: 1- Kişisel Bilgi Formu, 2- Yetişkin Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği – Kısa Formu (EKRÖ), 3- Savunma Biçimleri Testi (SBÖ), 4- Ayrılma Bireyleşme Ölçeği (ABÖ) (Ek-1).

3.3.1 Sosyodemografik form

Bu formunda katılımcılara cinsiyet, yaş, medeni durum, bedensel hastalık, psikiyatrik tanı, alkol ve sigara kullanımı gibi sosyodemografik özelliklerini araştıran sorular yöneltilmiştir.

3.3.2 Yetişkin ebeveyn kabul-red ölçeği – kısa formu (EKRÖ)

EKRÖ, Rohner (2005) tarafından geliştirilmiş ve Dedeler, Akün ve Durak-Batıgün (2017) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. 24 maddeden oluşan ölçek 4'lü Likert tipte hazırlanmıştır (1: Hiçbir zaman, 4: Hemen her zaman) ve ölçekten alınan toplam puan 24-96 arasında değişmektedir. Toplam puan arttıkça bireyin ebeveyni ile ilişkisinde algıladığı red artmaktadır. Ancak puanlama sırasında toplam 9 maddede (1, 3, 9, 12, 13, 17, 19, 22 ve 24. maddeler) ters puanlama yapılmaktadır. Dedeler, Akün ve Durak-Batıgün (2017), ölçeğin geçerli (%62,72) ve güvenilir ($\alpha=0,92$) olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırmada tekrarlanan Cronbach Alpha güvenilirlik analizi sonucunda ise EKRÖ'nün güvenilirliği $\alpha=0,931$ ile mükemmel derecede (George ve Mallery, 2003) bulunmuştur.

3.3.3 Savunma biçimleri testi (SBÖ)

SBÖ, Andrews ve ark. (1993) tarafından geliştirilmiş ve Yılmaz, Gençöz ve Ak (2007) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. 40 maddeden oluşan ölçek 9'lu Likert tipte hazırlanmıştır (1: Hiç uygun değil, 9: Çok uygun). Ölçek, matür savunma (2, 3, 5, 25, 26, 30, 35, 38. maddeler), nevrotik savunma (1, 7, 21, 24, 28, 32, 39, 40. maddeler) ve immatür savunma (6, 29, 23, 36, 11, 20, 34, 37, 10, 13, 14, 17, 8, 18, 31, 33, 9, 15, 19, 22, 4, 16, 12, 27. maddeler) olarak adlandırılan üç alt boyuta ayrılmakta ve bu alt boyutlardan alınan toplam puan arttıkça ilgili savunma mekanizmalarının kullanımı artmaktadır. Matür savunma ve nevrotik savunma puanları 8-72, immatür savunma puanı ise 24-216 arasında değişmektedir.

Yılmaz, Gençöz ve Ak (2007) tarafından SBÖ'nün geçerli olduğu ve alt boyutlara ait güvenilirliğin $\alpha=0,58-0,80$ arasında bulunduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada yapılan Cronbach Alfa güvenilirlik analizi sonucunda ise SBÖ'nün alt boyutlarına ait

güvenirlilik katsayıları $\alpha=0,59-0,78$ arasında değişmiştir. Dolayısıyla ölçek kabul edilebilir derecede güvenilir (George ve Mallery, 2003) olarak değerlendirilmiştir.

3.3.4 Ayrılma bireyleşme ölçeği (ABÖ)

ABÖ, Christenson ve Wilson (1985) tarafından geliştirilmiş ve Göral (2002) tarafından geçerlik ve güvenirlilik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. 39 maddeden oluşan ölçek 10'lu Likert tipte hazırlanmıştır (1: Hiç katılmıyorum, 10: Tamamen katılıyorum) ve ölçekten alınan toplam puan 39-390 arasında değişmektedir. Toplam puan arttıkça bireyin ayrılma bireyleşme güçlüğü (problemleri) artmaktadır. Ancak puanlama sırasında toplam 3 maddede (7, 15 ve 18. maddeler) ters puanlama yapılmaktadır. Ayrıca 190 puan kesme puanı olarak kabul edilmekte ve 190 puan üstünde toplam puan alan bireyler patolojik olarak kabul edilmektedir. Göral (2002), ölçeğin güvenirliliğini $\alpha=0,85$ olarak bulmuştur. Bu araştırmada tekrarlanan Cronbach Alpha güvenirlilik analizi sonucunda ise ABÖ'nün güvenirliliği $\alpha=0,907$ ile mükemmel derecede (George ve Mallery, 2003) bulunmuştur.

3.4 Verilerin Toplanması

Veri toplamada kullanılacak ölçekler, çevrimiçi olarak ulaşılabilecek şekilde bir "Google Forms" sayfası oluşturularak toplanmıştır. Çalışmaya katılacak kişilerin bilgilerinin gizlilik ilkesine bağlı kalınarak toplandığı ve verilen bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağına yönelik bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur ve çalışmaya gönüllü olarak katılan kişilerin verileri kullanılarak çalışma yürütülmüştür. Araştırmacı ölçeklere ve araştırmaya dair gerekli açıklamaları aynı Google Forms sayfası içinde yapmıştır.

3.5 Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında toplanan verilerin analizi SPSS 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bedensel hastalık, psikiyatrik durum ve sigara, alkol ve madde kullanımına göre dağılımına ilişkin bulguların tespitinde frekans ve yüzde analizi ile aritmetik ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Annenin algılanan reddinin, ayrılma-bireyleşmenin ve savunma mekanizmaları kullanımının psoriazis hastalığı olan ve olmayan bireylerde karşılaştırılması ilişkisiz örneklem t-testi ve ki-kare testi ile yapılmıştır.

Ayrılma Bireyleşmenin, annenin algılanan reddinin ve savunma mekanizmaları kullanımının çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılmasında ise verilerin parametrik özellik göstermesinden dolayı ilişkisiz örneklem t-testi, varyans analizi (ANOVA) ve Tukey-HSD çoklu karşılaştırma (post-hoc) testinden faydalanılmıştır. Ancak karşılaştırılan gruplara ait birey sayılarının (n'lerin) 30'un altına düştüğü durumlarda Kruskal-Wallis H ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Ayrıca analizlerin tamamı %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde uygulanmıştır.

Toplanan verilerin parametrik analizler kullanılmasına uygun olup olmadığına çarpıklık ve basıklık değerleri incelenerek karar verilmiştir. Çünkü sosyal bilimlerde yürütülen araştırmalarda bu değerlerin $\pm 1,50$ aralığında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Tabachnick & Fidell, 2013) (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1: Bağımlı Değişkenlere Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	Kontrol Grubu			Deney Grubu		
	n	Çarpıklık	Basıklık	n	Çarpıklık	Basıklık
Ayrılma-Bireyleşme	84	1,153	1,000	91	-0,052	-0,927
Annenin Algılanan Reddi	84	1,460	1,231	91	0,964	0,280
Matür Savunma	84	-0,263	-0,162	91	0,006	0,043
Nevrotik Savunma	84	0,216	0,125	91	-0,106	-0,356
İmmatür Savunma	84	1,014	1,266	91	0,002	-0,787

Çizelge 3.1'de görüldüğü üzere çarpıklık ve basıklık değerleri $\pm 1,50$ aralığında bulunmuş ve normal dağılımın sağlandığına karar verilmiştir

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya 84'ü (%48) psoriasis hastası olmayıp kontrol grubunda yer alan ve 91'i (%52) psoriasis hastası olup deney grubunda yer alan toplam 175 birey katılmıştır. Çizelge 4.1'de katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı gruplara göre karşılaştırılarak verilmiştir.

Çizelge 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		Kontrol Grubu		Psoriasis Grubu		X ²	df	p
		n	%	n	%			
Cinsiyet	Kadın	48	57,1	48	52,7	0,341	1	0,559
	Erkek	36	42,9	43	47,3			
Yaş	32 yaş ve altı	30	35,7	30	33,0	1,861	2	0,394
	33-41 yaş	20	23,8	30	33,0			
	42 yaş ve üzeri	34	40,5	31	34,1			
Medeni Durum	Evli	51	60,7	60	65,9	0,513	1	0,474
	Bekar	33	39,3	31	34,1			
Eğitim Durumu	İlkokul	14	16,7	11	12,1	8,171	5	0,147
	Orta okul	9	10,7	10	11,0			
	Lise	19	22,6	20	22,0			
	Lisans	42	50,0	42	46,2			
	Y. Lisans	0	0,0	7	7,7			
Gelir Düzeyi	Doktora	0	0,0	1	1,1	2,707	3	0,439
	3000 TL ve altı	32	38,1	27	29,7			
	3001-6000 TL	30	35,7	43	47,3			
	6001-9000 TL	11	13,1	12	13,2			
	9001 TL ve üzeri	11	13,1	9	9,9			
Toplam		84	48,0	91	52,0	-	-	-

Çizelge 4.1'de görüldüğü üzere kontrol grubundaki bireylerin %57,1'i, psoriasis grubundaki bireylerin ise %52,7'si kadındır. Erkeklerin oranı ise sırasıyla %42,9 ve

%47,3'tür. Yapılan ki-kare testi sonucunda deney ve kontrol grupları arasında cinsiyete göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Yaşa göre de deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Deney grubunda 32 yaş ve altında, 33-41 yaş arasında ve 42 yaş ve üzerinde bulunanların oranı %33-34,1 arasında, kontrol grubunda ise %23,8-40,5 arasında değişmiştir. Ancak gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ayrıca deney grubunun yaş ortalaması 37,9; kontrol grubunun yaş ortalaması ise 39,5 olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla yaş ortalamaları da birbirine oldukça yakındır.

Medeni duruma göre de deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunun %39,3'ü bekar iken bu oran deney grubunda %34,1'dir. Ayrıca kontrol grubunun %60,7'si evli iken bu oran deney grubunda %65,9 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla deney ve kontrol grupları birbirine yakın oranlarda sahiptir.

Eğitim durumu bakımından da yine deney ve kontrol grupları anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunun %50'si lisans ve üzeri mezuniyete sahip iken bu oran deney grubunda %46,2'dir. Dolayısıyla oranlar birbirine yakın bulunmuştur.

Gelir düzeyi olarak ise deney ve kontrol grupları yine birbirinden anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Deney grubunun %77'si, kontrol grubunun %73,8'i 6000 TL altında gelire sahiptir. Oranlar birbirine yakındır.

4.2 Katılımcıların Bedensel Hastalık, Psikiyatrik Durum ve Sigara, Alkol ve Madde Kullanımına Göre Dağılımı

Çizelge 4.2'de katılımcıların bedensel hastalık, psikiyatrik durum ve ilaç kullanımına göre dağılımı verilmiştir.

Çizelge 4.2: Katılımcıların Bedensel Hastalık, Psikiyatrik Durum ve İlaç Kullanımına Göre Dağılımı

		Kontrol Grubu		Psoriazis Grubu		X²	df	p
		n	%	n	%			
Ek bedensel bir hastalığınız var mı?	Yok	75	89,3	72	79,1	3,358	1	0,067
	Var	9	10,7	19	20,9			
	Otoimmün	0	0,0	6	33,3	9,152	5	0,103
	Ortopedik	3	25,0	5	27,8			
Dolaşım	5	41,7	2	11,1				
Nörolojik	3	25,0	2	11,1				
Bedensel Hastalıklar	Ürogenital	0	0,0	2	11,1	2,057	1	0,152
	Endokrin	1	8,3	1	5,6			
	Yok	77	91,7	77	84,6			
	Var	7	8,3	14	15,4			
Psikiyatrik tanınız var mı?	Anksiyete Bozukluğu	4	57,1	8	57,1	2,625	4	0,622
	Duygudurum Bozukluğu	1	14,3	3	21,4			
	OKB	1	14,3	2	14,3			
	Kişilik Bozukluğu	0	0,0	1	7,1			
Psikiyatrik Tanı	Psikotik Bozukluk	1	14,3	0	0,0	0,391	1	0,532
	Almıyor	67	79,8	69	75,8			
	Alıyor	17	20,2	22	24,2			
	Kullanmıyor	74	88,1	71	78,0			
Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?	Kullanıyor	10	11,9	20	22,0	3,120	1	0,077
	Farklı ilaç kullanıyor musunuz?	67	79,8	62	68,1			
Farklı ilaç kullanıyor musunuz?	Kullanıyor	17	20,2	29	31,9	3,049	1	0,081
	Toplam	84	48,0	91	52,0			

Çizelge 4.2’de görüldüğü üzere kontrol grubundaki bireylerin %10,7’sinde ve deney grubundaki bireylerin %20,9’unda ek olarak bedensel hastalık bulunmaktadır ancak gruplar anlamlı olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hastalık türü bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ancak en yaygın hastalık kontrol grubunda dolaşım hastalıkları (%41,7), deney grubunda otoimmün hastalıklardır (%33,3).

Psikiyatrik tanı oranı kontrol grubunda %8,3, deney grubunda ise %15,4'tür ancak gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). En yaygın psikiyatrik tanı türleri ise anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve OKB'dir. Bu üç hastalığın oranı deney ve kontrol gruplarında sırasıyla %92,8 ve %85,7'dir.

Psikoterapi hizmeti alma ve psikiyatrik ilaç kullanımı yönünden gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak deney grubunda; psikoterapi hizmeti alma %24,2 ile, psikiyatrik ilaç kullanma ise %22 ile kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur.

Farklı ilaç kullanımına göre de gruplar anlamlı olarak farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Ancak bu oran kontrol grubunda %20,2, deney grubunda ise %31,9 olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.3'te ise katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanımına göre dağılımı verilmiştir.

Buna göre, deney ve kontrol grupları sigara ve alkol kullanımı ile madde bağımlılığı bakımından anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Sigara kullanımı %42-55, alkol kullanımı %18-23, madde kullanımı %0-1,2 düzeyindedir. Alkol ve/veya bağımlısı ise her iki grupta da bulunmamaktadır.

Çizelge 4.3: Katılımcıların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımına Göre Dağılımı

	Kontrol Grubu		Psoriasis Grubu		X ²	df	p
	n	%	n	%			
Sigara kullanıyor musunuz?	49	58,3	41	45,1	3,083	1	0,079
Hayır	35	41,7	50	54,9			
Alkol kullanıyor musunuz?	65	77,4	75	82,4	0,693	1	0,405
Hayır	19	22,6	16	17,6			
Madde kullanıyor musunuz?	83	98,8	91	100,0	1,090	1	0,297
Hayır	1	1,2	0	0,0			
Alkol ve/veya madde bağımlılığı tanısı aldınız mı?	84	100,0	91	100,0	-	-	-
Almadı	0	0,0	0	0,0	-	-	-
Toplam	84	48,0	91	52,0	-	-	-

4.3 Annenin Algılanan Reddinin, Ayrılma Bireyleşmenin ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Psoriasis Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Karşılaştırılması

4.3.1 Annenin algılanan reddi

Çizelge 4.4'te annenin algılanan reddinin psoriasis hastalığı olan ve olmayan bireylerde karşılaştırılması amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 4.4: Annenin Algılanan Reddinin Psoriasis Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Karşılaştırılması

	Grup	n	\bar{x}	s	t	Sd	p
Annenin Algılanan Reddi	Kontrol	84	34,95	13,15	-2,873	172,317	0,005
	Psoriasis	91	41,11	15,19			

Buna göre annenin algılanan reddi, psoriasis hastalığı olan ve olmayan bireylerde anlamlı farklılık göstermiştir ($t(172,317)=-2,873$; $p<0,01$). Ortalama puanlar incelendiğinde psoriasis hastalığı olan bireylerin, hastalığı olmayan bireylere göre annelerini daha fazla reddedici olarak algıladıkları görülmüştür. Aradaki fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

4.3.2 Ayrılma bireyleşme

Çizelge 4.5'te ayrılma-bireyleşmenin psoriasis hastalığı olan ve olmayan bireylerde karşılaştırılması amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 4.5: Ayrılma Bireyleşmenin Psoriasis Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Karşılaştırılması

	Grup	n	\bar{x}	s	t	Sd	p
Ayrılma-Bireyleşme	Kontrol	84	141,44	55,81	-4,346	173	0,000
	Psoriasis	91	178,46	56,74			

Buna göre ayrılma-bireyleşme, psoriasis hastalığı olan ve olmayan bireylerde anlamlı farklılık göstermiştir ($t(173)=-4,346$; $p<0,001$). Ortalama puanlar incelendiğinde psoriasis hastalığı olan bireylerin, hastalığı olmayan bireylere göre

ayrılma bireyleşme güçlüklerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Aradaki fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Ayrıca ABÖ'nün kesme puanı olan 190 üstünde toplam puan alan bireyler patolojik olarak kabul edilmiş ve bunların gruplardaki oranları ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6: Patolojik Düzeyde Ayrılma Bireyleşme Güçlüğü Yaşamayanın Psoriasis Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu		Psoriasis Grubu		X ²	df	p
		n	%	n	%			
Ayrılma- Bireyleşme	Normal	72	85,7	51	56,0	18,412	1	0,000
	Patolojik	12	14,3	40	44,0			

Yapılan karşılaştırma sonucunda patolojik düzeyde ayrılma-bireyleşme güçlüğü yaşayan bireylerin oranının gruplara göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($\chi^2(1)=18,412$; $p<0,001$). Patolojik düzeyde yer alanların oranı kontrol grubunda %14,3 iken deney grubunda %44'tür ve anlamlı olarak farklılık göstermiştir.

4.3.3 Savunma mekanizmaları kullanımı

Çizelge 4.7'de savunma mekanizmaları kullanımının psoriasis hastalığı olan ve olmayan bireylerde karşılaştırılması amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 4.7: Savunma Mekanizmaları Kullanımının Psoriasis Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Karşılaştırılması

	Grup	n	\bar{x}	s	t	Sd	p
Matür Savunma	Kontrol	84	52,70	11,70	1,991	173	0,048
	Psoriasis	91	49,15	11,86			
Nevrotik Savunma	Kontrol	84	45,64	12,24	-1,498	173	0,136
	Psoriasis	91	48,42	12,25			
İmmatür Savunma	Kontrol	84	96,99	33,37	-4,893	173	0,000
	Psoriasis	91	120,87	31,20			

Buna göre matür ve immatür savunma mekanizmaları, psoriasis hastalığı olan ve olmayan bireylerde anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Ortalama puanlar incelendiğinde psoriasis hastalığı olan bireylerin, hastalığı olmayan bireylere göre

immatür savunmaları daha fazla kullandıkları; psoriasis hastalığı olmayan bireylerin ise hastalığı olan bireylere göre matür savunma mekanizmalarını daha fazla kullandıkları görülmüştür. Nevrotik savunma ise gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

4.4 Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde, Ayrılma Bireyleşmenin, Annenin Algılanan Reddinin ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Çeşitli Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

4.4.1 Cinsiyet

Çizelge 4.8’de psoriasis hastalığı olan bireylerde ayrılma-bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmaları kullanımının cinsiyete göre karşılaştırılması amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 4.8: Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma-Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	\bar{x}	s	t	Sd	p																																												
Ayrılma-Bireyleşme	Kadın	48	173,42	55,61	-0,895	89	0,373																																												
	Erkek	43	184,09	58,10				Annenin Algılanan Reddi	Kadın	48	42,50	15,96	0,922	89	0,359	Erkek	43	39,56	14,30	Matür Savunma	Kadın	48	44,92	12,48	-3,937	85,736	0,000	Erkek	43	53,88	9,14	Nevrotik Savunma	Kadın	48	47,44	13,21	-0,805	89	0,423	Erkek	43	49,51	11,14	İmmatür Savunma	Kadın	48	115,77	32,21	-1,663	89	0,100
Annenin Algılanan Reddi	Kadın	48	42,50	15,96	0,922	89	0,359																																												
	Erkek	43	39,56	14,30				Matür Savunma	Kadın	48	44,92	12,48	-3,937	85,736	0,000	Erkek	43	53,88	9,14	Nevrotik Savunma	Kadın	48	47,44	13,21	-0,805	89	0,423	Erkek	43	49,51	11,14	İmmatür Savunma	Kadın	48	115,77	32,21	-1,663	89	0,100	Erkek	43	126,56	29,37								
Matür Savunma	Kadın	48	44,92	12,48	-3,937	85,736	0,000																																												
	Erkek	43	53,88	9,14				Nevrotik Savunma	Kadın	48	47,44	13,21	-0,805	89	0,423	Erkek	43	49,51	11,14	İmmatür Savunma	Kadın	48	115,77	32,21	-1,663	89	0,100	Erkek	43	126,56	29,37																				
Nevrotik Savunma	Kadın	48	47,44	13,21	-0,805	89	0,423																																												
	Erkek	43	49,51	11,14				İmmatür Savunma	Kadın	48	115,77	32,21	-1,663	89	0,100	Erkek	43	126,56	29,37																																
İmmatür Savunma	Kadın	48	115,77	32,21	-1,663	89	0,100																																												
	Erkek	43	126,56	29,37																																															

Buna göre ayrılma-bireyleşme, annenin algılanan reddi ile nevrotik ve immatür savunmaların kullanımı cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Kadın ve erkekler benzer özelliklere sahiptir. Ancak erkeklerin matür savunmaları kullanım düzeyi kadınlardan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0,001$).

4.4.2 Yaş

Çizelge 4.9’da psoriasis hastalığı olan bireylerde ayrılma bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmaları kullanımının yaşa göre karşılaştırılması amacıyla yapılan ANOVA (varyans analizi) bulguları verilmiştir.

Çizelge 4.9: Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Yaşa Göre Karşılaştırılması

	Yaş	n	\bar{x}	s	Varyans	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	p
AB	32 yaş ve altı	30	188,40	61,74	G. Arası	15651,029	2	7825,515	2,513	0,087
	33-41 yaş	30	187,37	52,78	G. İçi	274067,586	88	3114,404		
	42 yaş ve üzeri	31	160,23	52,52	Toplam	289718,615	90			
AAR	32 yaş ve altı	30	36,30	12,25	G. Arası	1224,799	2	612,399	2,759	0,069
	33-41 yaş	30	45,27	17,75	G. İçi	19530,102	88	221,933		
	42 yaş ve üzeri	31	41,74	14,19	Toplam	20754,901	90			
MS	32 yaş ve altı	30	48,27	12,10	G. Arası	93,102	2	46,551	0,326	0,723
	33-41 yaş	30	48,60	11,70	G. İçi	12558,744	88	142,713		
	42 yaş ve üzeri	31	50,55	12,03	Toplam	12651,846	90			
NS	32 yaş ve altı	30	47,00	13,15	G. Arası	244,588	2	122,294	0,811	0,448
	33-41 yaş	30	50,73	11,07	G. İçi	13265,544	88	150,745		
	42 yaş ve üzeri	31	47,55	12,52	Toplam	13510,132	90			
İS	32 yaş ve altı	30	123,37	26,84	G. Arası	4605,554	2	2302,777	2,441	0,093
	33-41 yaş	30	128,20	36,69	G. İçi	83014,863	88	943,351		
	42 yaş ve üzeri	31	111,35	27,74	Toplam	87620,418	90			

*AB: Ayrılma-bireyleşme, AAR: Annenin algılanan reddi, MS: Matür savunma, NS: Nevrotik savunma, İS: İmmatür savunma

Buna göre ayrılma-bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmalarının kullanımı yaşa göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Tüm yaş gruplarındaki bireyler benzer özelliklere sahiptir.

4.4.3 Medeni durum

Çizelge 4.10'da psoriasis hastalığı olan bireylerde ayrılma bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmaları kullanımının medeni duruma göre karşılaştırılması amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 4.10: Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	Medeni Durum	n	\bar{x}	s	t	Sd	p
Ayrılma-Bireyleşme	Evli	60	170,97	53,27	-1,774	89	0,079
	Bekar	31	192,97	61,22			
Annenin Algılanan Reddi	Evli	60	42,75	14,98	1,442	89	0,153
	Bekar	31	37,94	15,32			
Matür Savunma	Evli	60	49,18	11,56	0,033	89	0,974
	Bekar	31	49,10	12,60			
Nevrotik Savunma	Evli	60	49,45	11,51	1,120	89	0,266
	Bekar	31	46,42	13,54			
İmmatür Savunma	Evli	60	119,78	32,56	-0,459	89	0,647
	Bekar	31	122,97	28,79			

Buna göre ayrılma-bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmalarının kullanımı medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Evli olan ve olmayan bekar bireyler benzer özelliklere sahiptir.

4.4.4 Eğitim durumu

Çizelge 4.11'de psoriasis hastalığı olan bireylerde ayrılma bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmaları kullanımının eğitim durumuna göre karşılaştırılması amacıyla yapılan ilişkisiz örneklem t-testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 4.11: Psoriazis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n	\bar{x}	s	t	Sd	p
Ayrılma-Bireyleşme	İlkokul/Ortaokul/Lise	41	179,07	52,38	0,093	89	0,926
	Lisans ve üzeri	50	177,96	60,60			
Annenin Algılanan Reddi	İlkokul/Ortaokul/Lise	41	44,63	16,13	2,040	89	0,044
	Lisans ve üzeri	50	38,22	13,86			
Matür Savunma	İlkokul/Ortaokul/Lise	41	50,44	13,93	0,936	89	0,352
	Lisans ve üzeri	50	48,10	9,86			
Nevrotik Savunma	İlkokul/Ortaokul/Lise	41	49,85	13,68	1,013	89	0,314
	Lisans ve üzeri	50	47,24	10,95			
İmmatür Savunma	İlkokul/Ortaokul/Lise	41	127,71	30,62	1,922	89	0,058
	Lisans ve üzeri	50	115,26	30,85			

Buna göre ayrılma bireyleşme ve savunma mekanizmalarının kullanımı eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Ancak ilkokul, orta okul veya lise mezunlarının annenin algılanan reddi düzeyi lisans ve üzeri mezuniyete sahip olanlardan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$).

4.4.5 Gelir düzeyi

Çizelge 4.12’de psoriazis hastalığı olan bireylerde ayrılma-bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmaları kullanımının gelir düzeyine göre karşılaştırılması amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 4.12: Psoriazis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması

	Gelir Düzeyi	n	Ortalama Sıra	K-W	df	p	Fark
Ayrılma-Bireyleşme	3000 TL ve altı	27	47,74	4,255	2	0,119	-
	3001-6000 TL	43	49,93				
	6001 TL ve üzeri	21	35,71				
Annenin Algılanan Reddi	3000 TL ve altı	27	45,04	3,766	2	0,152	-
	3001-6000 TL	43	50,85				
	6001 TL ve üzeri	21	37,31				

Çizelge 4.12: (Devamı) Psoriasis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması

	Gelir Düzeyi	n	Ortalama Sıra	K-W	df	p	Fark
Matür Savunma	3000 TL ve altı	27	52,30	3,311	2	0,191	-
	3001-6000 TL	43	40,90				
	6001 TL ve üzeri	21	48,36				
Nevrotik Savunma	3000 TL ve altı	27	48,87	1,316	2	0,518	-
	3001-6000 TL	43	46,93				
	6001 TL ve üzeri	21	40,40				
İmmatür Savunma	3000 TL ve altı	27	56,70	6,307	2	0,043	1>2,3
	3001-6000 TL	43	41,50				
	6001 TL ve üzeri	21	41,45				

Buna göre ayrılma bireyleşme, annenin algılanan reddi ile matür ve nevrotik savunmaların kullanımı gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Ancak immatür savunmaların kullanımı anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Bunun üzerine farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Mann-Whitney U Testi ile çoklu karşılaştırmalar (post-hoc) yapılmıştır. Sonuç olarak, 3000 TL ve altında gelire sahip olanların immatür savunma kullanımları daha fazla gelire sahip olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

4.4.6 Bedensel hastalık olup olmaması

Çizelge 4.13'te psoriasis hastalığı olan bireylerde ayrılma-bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmaları kullanımının bedensel hastalık olup olmamasına göre karşılaştırılması amacıyla yapılan Mann-Whitney U Testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 4.13: Psoriazis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Bedensel Hastalık Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması

Ek bedensel bir hastalığınız var mı?		n	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	U	z	p
Ayrılma-	Yok	72	48,02	3457,50	538,500	-1,421	0,155
Bireyleşme	Var	19	38,34	728,50			
Annenin	Yok	72	46,61	3356,00	640,000	-0,430	0,667
Algılanan Reddi	Var	19	43,68	830,00			
Matür	Yok	72	43,91	3161,50	533,500	-1,470	0,141
Savunma	Var	19	53,92	1024,50			
Nevrotik	Yok	72	45,44	3271,50	643,500	-0,396	0,692
Savunma	Var	19	48,13	914,50			
İmmatür	Yok	72	47,10	3391,00	605,000	-0,772	0,440
Savunma	Var	19	41,84	795,00			

Buna göre ayrılma bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmalarının kullanımı bedensel hastalık olup olmamasına göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Bedensel bir hastalığı olan ve olmayan bireyler benzer özelliklere sahiptir.

4.4.7 Psikiyatrik tanı olup olmaması

Çizelge 4.14'te psoriazis hastalığı olan bireylerde ayrılma-bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmaları kullanımının psikiyatrik tanı olup olmamasına göre karşılaştırılması amacıyla yapılan Mann-Whitney U Testi bulguları verilmiştir.

Çizelge 4.14: Psoriazis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Psikiyatrik Tanı Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması

Psikiyatrik tanınız var mı?		n	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	U	z	p
Ayrılma-	Yok	77	44,27	3408,50	405,500	-1,469	0,142
Bireyleşme	Var	14	55,54	777,50			
Annenin	Yok	77	44,65	3438,00	435,000	-1,145	0,252
Algılanan Reddi	Var	14	53,43	748,00			
Matür	Yok	77	46,58	3587,00	494,000	-0,495	0,620
Savunma	Var	14	42,79	599,00			

Çizelge 4.14: (Devamı) Psoriazis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Psikiyatrik Tanı Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması

Psikiyatrik tanınız var mı?		n	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	U	z	p
Nevrotik Savunma	Yok	77	46,12	3551,00	530,000	-0,099	0,921
	Var	14	45,36	635,00			
İmmatür Savunma	Yok	77	45,71	3519,50	516,500	-0,248	0,804
	Var	14	47,61	666,50			

Buna göre ayrılma bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmalarının kullanımı psikiyatrik tanı olup olmamasına göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Psikiyatrik tanısı olan ve olmayan bireyler benzer özelliklere sahiptir.

4.4.8 Psikoterapi hizmeti alıp almama

Çizelge 4.15'te psoriazis hastalığı olan bireylerde ayrılma-bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmaları kullanımının psikoterapi hizmeti alıp almamaya göre karşılaştırılması amacıyla yapılan Mann-Whitney U Testi bulguları verilmiştir.

Buna göre ayrılma bireyleşme, annenin algılanan reddi ile nevroitik ve immatür savunmaların kullanımı psikoterapi hizmeti alıp almamaya göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Psikoterapi hizmeti alan ve almayan bireyler benzer özelliklere sahiptir. Ancak psikoterapi hizmeti almayanların matür savunmaları kullanım düzeyi alanlardan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.15: Psoriazis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Psikoterapi Hizmeti Alıp Almamaya Göre Karşılaştırılması

Psikoterapi hizmeti alıyor musunuz?		n	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	U	z	p
Ayrılma-Bireyleşme	Almıyor	69	44,99	3104,00	689,000	-0,649	0,516
	Alıyor	22	49,18	1082,00			
Annenin Algılanan Reddi	Almıyor	69	43,78	3021,00	606,000	-1,420	0,156
	Alıyor	22	52,95	1165,00			
Matür Savunma	Almıyor	69	49,20	3395,00	538,000	-2,050	0,040
	Alıyor	22	35,95	791,00			

Çizelge 4.15: (Devamı)Psoriazis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Psikoterapi Hizmeti Alıp Almamaya Göre Karşılaştırılması

Psikoterapi hizmeti alıyor musunuz?		n	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	U	z	p
Nevrotik Savunma	Almıyor	69	46,88	3235,00	698,000	-0,566	0,572
	Alıyor	22	43,23	951,00			
İmmatür Savunma	Almıyor	69	46,15	3184,50	748,500	-0,097	0,922
	Alıyor	22	45,52	1001,50			

4.4.9 Psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmama

Çizelge 4.16’da psoriazis hastalığı olan bireylerde ayrılma-bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmaları kullanımının psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmamaya göre karşılaştırılması amacıyla yapılan Mann-Whitney U Testi bulguları verilmiştir.

Buna göre ayrılma bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmalarının kullanımı psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Psikiyatrik ilaç kullanan ve kullanmayan bireyler benzer özelliklere sahiptir.

Çizelge 4.16: Psoriazis Hastalığı Olan Bireylerde Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Kullanımının Psikiyatrik İlaç Kullanıp Kullanmamaya Göre Karşılaştırılması

Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?		n	Ortalama Sıra	Sıralar Toplamı	U	z	p
Ayrılma-Bireyleşme	Kullanmıyor	71	47,60	3379,50	596,500	-1,088	0,277
	Kullanıyor	20	40,33	806,50			
Annenin Algılanan Reddi	Kullanmıyor	71	46,92	3331,00	645,000	-0,624	0,533
	Kullanıyor	20	42,75	855,00			
Matür Savunma	Kullanmıyor	71	47,68	3385,50	590,500	-1,146	0,252
	Kullanıyor	20	40,03	800,50			
Nevrotik Savunma	Kullanmıyor	71	46,99	3336,00	640,000	-0,671	0,502
	Kullanıyor	20	42,50	850,00			
İmmatür Savunma	Kullanmıyor	71	47,54	3375,50	600,500	-1,050	0,294
	Kullanıyor	20	40,53	810,50			

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada psoriasis hastası olan ve olmayan bireylerin ayrılma bireyleşme, savunma mekanizmaları ve annelerinin algılanan reddi açısından karşılaştırılması hedeflenmiştir. Çalışmanın araştırma sorusu, ayrılma bireyleşme, savunma mekanizmaları ve annelerinin algılanan reddi değişkenleri açısından psoriasis hastası olan bireyler ve olmayan bireylerin farklılık gösterip göstermediğidir. Bu bölümde, bu araştırmadan elde edilen bulgular, literatürdeki bulgular ve kuramlar ile karşılaştırılarak tartışılmaya çalışılmıştır.

Araştırmaya, 84'ü (%48) psoriasis hastası olmayıp kontrol grubunda yer alan ve 91'i (%52) psoriasis hastası olup deney grubunda yer alan toplam 175 birey katılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında, psoriasis hastası olan bireylerin yaklaşık yarısı kadın, yarısı erkektir ve genel olarak orta yaşlarda yer alan, evli, en az lisans mezunu ve aylık olarak 3000-6000 TL arası gelire sahip bir örneklem özelliği göstermektedir. Yaş ortalaması 39,5 olan ve üçte biri 32 yaş ve altında bulunan deney grubu katılımcılarının yaklaşık üçte ikisinin evli, yarısının en az lisans mezunu ve yaklaşık yarısının 3000-6000 TL arası aylık gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Deney grubu, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyi bakımından kontrol grubuna benzer özellik göstermiştir.

Ayrıca psoriasis hastası olan bireylerin beşte biri, daha çok otoimmün ve ortopedik olmak üzere ek bir bedensel rahatsızlığa sahiptir ve yaklaşık dörtte biri ilaç kullanmaktadır. Psikiyatrik tanıya sahip olanların oranı %15,4 olarak bulunmuştur ve bunların yaklaşık %80'i anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozukluğu tanısı almıştır. Ayrıca yaklaşık dört psoriasis hastasından biri psikoterapi almakta ve psikiyatrik ilaç kullanmaktadır. Bunun yanında yaklaşık %54,9 gibi önemli bir oranda sigara kullanımı ve %17,6 oranında alkol kullanımı tespit edilmiştir. Madde kullanımı ise bulunmamaktadır ve bağımlılık tanısı tespit edilmemiştir. Deney ve kontrol grupları psikiyatrik tanı ve ilaç kullanma, psikoterapi alma, bedensel hastalık türü, sigara kullanımı, bağımlılık tanısı, bedensel hastalık oranı, sigara, alkol, madde ve ilaç kullanımı bakımından anlamlı farklılık göstermemiştir.

Literatürde, psoriazis hastalarının alkol ve sigara kullanımının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu literatürde sıkça rastlanmaktadır (Morse vd., 1985; Mills vd., 1992). Bu çalışmada psoriazis hastaları ile kontrol grubu arasında sigara ve alkol kullanımı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu bulguyu değerlendirirken, araştırmanın COVID-19 pandemisinde yapılmış olmasının etkisi olabileceği düşünülmüştür. Vanderbruggen ve arkadaşları (2020)'nin yaptığı bir çalışmada, pandemi eve kapanmasında bireylerde alkol ve sigara kullanımında artış olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu ile deney grubu arasında fark olmaması, kontrol grubunun da sigara ve alkol kullanımındaki artıştan ötürü olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların demografik verileri karşılaştırıldığında, ayrılma-bireyleşme, annenin algılanan reddi ile nevrotik ve immatür savunmaların kullanımı cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Ancak erkeklerin matür savunmaları kullanım düzeyi kadınlardan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0,001$). Petralgia ve arkadaşları (2009), yaptıkları çalışmada savunma mekanizmaları düzeylerini cinsiyete göre karşılaştırmışlar ve erkeklerin kadınlara göre daha olgun savunmalar kullandıklarını bulmuşlardır. Diğer bu konuda yapılan araştırmalara da atıf yaparak, savunma mekanizmaları kullanımının ve düzeylerinin kadın ve erkeklerde farklılaşabildiği, bu farklılıkların neye göre ve nasıl olduğuna yönelik tartışmaların sürmesine rağmen net bir önermenin yapılmadığını öne sürmüşlerdir.

Ayrılma-bireyleşme ve savunma mekanizmalarının kullanımı eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Ancak ilkökul, orta okul veya lise mezunlarının annenin algılanan reddi düzeyi lisans ve üzeri mezuniyete sahip olanlardan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Campo ve Rohner (1992), genç yetişkinlerde annenin algılanan reddi, psikolojik uyum ve madde kullanımı üzerine yaptığı çalışmada, eğitim durumunun değişkenler üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu bulmuştur. Annenin algılanan reddi eğitim durumu daha düşük olan gruplarda daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da bu bulgu literatüre uyumludur.

Çalışmamızda, ayrılma-bireyleşme, annenin algılanan reddi ile matür ve nevrotik savunmaların kullanımı gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Ancak immatür savunmaların kullanımı gelir düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). 3000 TL ve altında gelire sahip olanların immatür savunma kullanımları daha fazla gelire sahip olanlardan anlamlı olarak daha yüksek

bulunmuştur. Literatürde, yüksek maaşa sahip olmaya göre, düşük maaş ve işsizliğin immatür savunmaları yordadığı bulunmuştur (Vaillant & Drake, 1985), bu açıdan bu bulgu literatüre uyumludur.

Ayrılma-bireyleşme, annenin algılanan reddi ile nevrotik ve immatür savunmaların kullanımını psikoterapi hizmeti alıp almamaya göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Ancak psikoterapi hizmeti almayanların matür savunmaları kullanım düzeyi alanlardan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Literatüde, matür savunma kullanan bireylerin daha az psikiyatrik değerlendirme ve psikoterapi hizmeti almak için başvurdukları ve daha az psikiyatrik tanı aldıkları yönündeki çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir (Vaillant & Drake, 1985; Lingardi vd, 1999).

Araştırmanın ilk hipotezinde, psoriasis hastası olan ve olmayan bireylerin annenin algılanan reddi açısından anlamlı fark bulunmuştur. Psoriasis hastası olan bireylerin olmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde annelerini daha reddidici olarak algıladıkları bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmanın literatür bölümünde aktarıldığı üzere, erken dönem anne bebek etkileşimleri sayesinde bebeğin ruhsal yapısının gelişiminde derinin özel bir yeri olduğu öne sürülmüş ve bu ilişkinin içselleşmesi sonucu, yetişkin yaşamında erken nesne ilişkileri deri yoluyla yeniden etkinleştiriliyor olabileceği ortaya atılmıştır. Bununla beraber deri bozulmaları, erken nesne ilişkilerindeki, benlik işlevleri ve benlik sınırlarındaki, kendilik oluşturma ve kendilik sınırlarındaki bozulmaları iletmenin bir yolu olabilir.

Psikanalitik kuramcılar annenin çocuğa olan tutumları ile deri hastalıkları arasındaki ilişkiye yönelik çeşitli kuramlar öne sürmüşlerdir. Winnicott (1962), derinin, bebeğin zihin-beden bütünleştirmesi için önemini ve bu bütünleştirme için bakım verenin önemini vurgulamıştır. Ona göre, deri hastalıkları, ruhsallık ve beden arasındaki ayrışmanın henüz olmadığı dönemde, annenin kapsama işlevindeki yetersizlik sonucunda oluşur. “Yeterince iyi anne” tarafından giderilen ruhsal ve bedensel ihtiyaçlara vurgu yapan Winnicott, erken dönemde annesel yoksunluk, annenin işlevlerindeki yoksunluk, annenin aşırı kaygılı ya da aşırı koruyucu olması sonucunda çocukta ağır ruhsal ve bedensel sorunların ortaya çıkabileceğini öne sürer.

Bion (1962, 1967) derinin, bebeğin düşünme kapasitesinin duyuşal-algısal temeli

olduğunu öne sürmüştür. Ona göre annenin “kapsama işlevi” sayesinde, bebeğin işlenmemiş, ham olan duyusallıklarını (“beta elementler”) annenin kapsayarak ve işlemleyerek “alfa elementleri”ne dönüştürmesi ile rüya, düşünme ve düşünceler gelişir. Ona göre, bedensel hastalıklar annenin “kapsama işlevi”nin yetersizliğinin sonucunda oluşurlar (Bion, 1962). Mucci (2019) ise, bedensel belirtileri (özellikle bebeğin, anne ve kendisinin duygularının farklı olduğunu keşfettiğinde) annelerinin duygu tanımlaması yapmaması ve çocuğun duygusunu ifade etmesi yönünde teşvik etmemesi ile açıklar.

Psoriasis hastalarının annelerinin reddediciliği üzerine kontrollü bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır, ancak Spitz (1965) egzamalı çocuklar ile annelerinin ilişkisini gözlemlemiştir. Bu çalışmada, anneleri tarafından yeterince dokunulmayan çocukların diğerlerine göre daha fazla egzama geliştirdiği gözlemlenmiştir. Spitz (1951), bu durumu doğuştan gelen yatkınlık ve anne bebek ilişkisindeki sorunların etkisine dayandırmıştır. Ona göre, anne ile bebek ilişkisindeki sorunlar ortaya psikotoksik hastalıklar çıkarabilmektedir. Özellikle çocukluk nörodermatitinde annede endişeli görünümün altında örtük düşmanlık olduğunu, ayrıca çocuklarına yeterince dokunmadıklarını gözlemlenmiştir. Bu bağlamda annenin örtük düşmanlığı ve ihmalinin bedensel hastalıklar üzerindeki etkisini vurgulamıştır. Szwec (2008) ise benzer şekilde, annesi tarafından yeterince dokunulmamış, kaygılı bir şekilde dokunulmuş ve hiç dokunulmamış bebeklerde egzamanın daha fazla ortaya çıktığını gözlemlemiştir. Fain (1971) astımı ve alerjileri olan bebekleri gözlemlemiş, anneleri tarafından kendileriyle temasa geçilmeyen bebeklerde astım ve alerjinin daha yaygın olduğunu gözlemlemiştir. Bunun sebebinin, annelerin çocuklarını kendi bedeninin içindeki, eskiden olan birlik halini yaşamayı arzuladıklarından dolayı olduğunu öne sürmüştür (akt. Özmen, 2015).

Simonic ve arkadaşları (2010), yaptığı çalışmada psoriasis hastalığı ile erken dönem travmaların ilişkisini tartışmıştır. Aşırı ihmal, yetersiz uyarılma (uyaran alma) ya da uygunsuz uyarılmanın optimal gelişimin üzerinde geri döndürülemez bir etkisi olduğunu vurgulamış ve fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının erken dönem travmaların yarattığı duygusal hasarların bir sonucu olarak ortaya çıkabileceğini vurgulamışlardır. Erken dönem travmatik yaşantıların gelişim üzerinde sürekli etkisi olduğunu (Wisner Fries ve ark. 2008; Pollak, 2008); strese yanıt veren duygu düzenleyici sistemdeki bozukluğun bağışıklık sisteminde kusurlara yol açmasını,

yani kusurlu bir hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksen yanıtının, psoriasis hastalığı gibi inflamatuvar otoimmün durumların patogeneziye katkıda bulunabildiği (Richards ve ark. 2005) öne sürülmüştür.

Aktarıldığı üzere, literatürde annenin tutumlarının deri hastalığı ve psoriasis ile ilişkisine yönelik çalışmalar ve kuramlar, bu çalışmanın sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.

Araştırmanın ikinci hipotezi için, ayrılma-bireyleşmenin psoriasis hastalığı olan ve olmayan bireylerde karşılaştırılması sonucunda, psoriasis hastalığı olan bireylerin, hastalığı olmayan bireylere göre ayrılma bireyleşme güçlüklerinin anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Patolojik düzeyde ayrılma-bireyleşme güçlüğü yaşayan bireylerin oranı da kontrol grubunda %22,6 iken deney grubunda %47,3 olarak tespit edilmiş ve anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Literatürde, kendilik, nesne ve dış dünya arasında derinin bir sınır işlevi görmesi, nesneden ayrılma, bireyleşip ayrılıklı bir kendilik oluşturma sürecinde derinin önemine yönelik çok sayıda kuram yer almaktadır. Benzer şekilde deri hastalıklarında da, kişinin beden sınırlarını korumak için hastalığın gelişmiş olabileceği öne sürülmüştür. Ancak, psoriasis hastalarının ayrılma bireyleşme dönemlerine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Schur (1955), deri hastalıkları olan hastaların kendilik ve dış dünya arasında sınırlar oluşturma ve kendini diğerinden ayıramama konusunda yaşadıkları zorluklara vurgu yapar. Canteros (1981), alerjik hastaların kendileri için bağımsız bir yaşam yaratamayacak gibi göründüklerini ve bu nedenle bağımsız bir kimliğin maruz kaldığı sorumlulukları almakta sorunlar yaşadıklarını öne sürer (akt. Ulnik, 2020).

Gupta ve arkadaşları (1989)'nın yaptığı bir çalışmada, strese duyarlı olan psoriasis hastalarında, stres ve psoriasis arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmeyen hastalara göre daha fazla kişilerarası bağımlılık ve ötekilerin onayını bekleme eğilimde oldukları bulunmuştur. Benzer şekilde, Kernberg (1967)'e göre, ayrılma bireyleşme patolojisi olan bireylerde, patolojik bölme savunmasının yoğunluğu ile beraber dış nesnelere kronik olarak bağımlı olma hali görülür. Bu çalışmadaki bulgu, Kernberg (1967)'in öne sürdüğü gibi ve literatürde bulunan araştırmalarla uyumlu şekilde, ayrılma bireyleşme patolojisi olan bireylerde görülen kişilerarası bağımlılık gibi özelliklerin, psoriasis hastalarında da bulunduğunu göstermektedir.

Press (2015), psoriazis hastası olan bir analizanın vakasını sunmuştur. Bu vakada, analizan babasından ayrışamamış, ona yapışık bir şekilde tüm hayatı boyunca babasıyla beraber yaşamış ve psoriazisin ortaya çıkışı ise evi terk ettiğinde başlamıştır. Press, analizanın annesinden hiç söz etmeyişi göz önünde bulundurarak, psoriazis hastalığı geliştirme yoluyla, kendisini annesel yokluğun yaratacağı boşluğu deneyimlemekten muaf kıldığını öne sürmüştür. Bu bağlamda psoriazis, simgesel olarak ayrışamamış bir bireyi, ayrılmanın yaratacağı hayal kırıklığından koruyan bir uzlaşma aracı gibi görünmektedir.

McDougall (1982)'a göre ise, yoğun ve acı verici duygular karşılaştığında her birey bedensel semptomlara başvurabilir. Ancak bedenselleştirmelerdeki temel sorun, eylem alanının beden olması ve ortaya çıkan hastalığın ise eylem yolu ile kendini ifade etme şekli olmasıdır. Bu hastalık, kişinin beden sınırlarını koruma işlevi görür. Çünkü erken dönemde anne bebek arasındaki bozuk ilişkide duygusal yakınlıkla ortaya çıkan birlik olma ve kaynaşma korkuları, terk edilme ve yutulma korkuları vardır ve bu korkular ileride ötekiyle ilişkilere aktarılır ve onlarda da tetiklenir. Böylece hastalık süreklilik kazanır. Bu bakımdan psikoz ve strese duyarlı bedensel hastalıklar benzerlik taşıdığını, çünkü ikisinde de altta yatan, yabancı ve tanımlanamayan, iç dünyanın dehşete kapılmasını sağlayan tehlikeli duyguları onarmaya çalıştıklarını öne sürer (McDougall, 1982, 1989).

Ek olarak, Ayrılma Bireyleşme Ölçeği (ABÖ)'nin ayrılma bireyleşme sürecinde yaşanan güçlüklerle ilgili olarak geliştiği düşünülen borderline kişilik bozukluğu hastalarını psikiyatrik tanısı olmayan kontrol grubundan ayırdettiği bildirilmiştir (Christenson ve Wilson, 1985). Bu kuramlar ve bulgular doğrultusunda, çalışmada psoriazis hastalarının kontrol grubuna göre nesne sürekliliğinin tamamlanmadığı bir evrede, ayrılma ve bireyleşme güçlüğünün bir sonucu olarak daha ilkel bir düzeydeki ruhsal örgütlenmede (normal ya da nevrotik yerine, borderline örgütlenme düzeyinde) fonksiyon gösterdikleri düşünülebilir.

Savunma mekanizmaları kullanımının psoriazis hastalığı olan ve olmayan bireylerde karşılaştırılması sonucunda, psoriazis hastalığı olan bireylerin, hastalığı olmayan bireylere göre matür ve immatür savunmaları anlamlı olarak daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Nevrotik savunma kullanımı ise anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Bu bulgular psoriazis hastalığı olan bireylerin daha çok sağlıklı yetişkinlerce başvurulan matür savunmalar yerine daha ilkel olan immatür

savunma mekanizmalarını kullandıklarını göstermiştir.

Literatürde, psoriasis hastalığı olan bireylerin savunma mekanizmaları düzeyleriyle ilgili doğrudan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak gelişen deri hastalıklarının, ilkel savunma mekanizmaları yoluyla geliştiği yönünde kuramlar öne sürülmüştür. Ogden (1989), bazı bedensel hastalıkların, işlenmemiş ve ham kalmış duyguların deriye yansıtılarak ifade aracı haline geldiğinden söz eder. Benzer şekilde Bronstein, somatizasyonun, primer nesneye olan işlenmemiş ilkel duyguları uyaran bir olayın akabinde ortaya çıktığını öne sürer (2018). Bu açıdan bulgular literatüre uyumludur.

Klein ve takipçileri, erken dönem anne bebek ilişkisindeki sorunlardan ötürü gelişen ilkel savunma mekanizmalarının (bölme, yansıtma, yansıtımlı özdeşim gibi) yarattığı çatışmanın sonucunda bedenselleştirmelerin oluştuğundan söz eder (Klein, 1958; Garma, 1959). Rosenfeld, kendiliğin işlenmemiş kısımlarının ilkel savunmalar yoluyla sadece dış dünyaya değil, bedene ya da bir organa da yansıtılabileceğini öne sürer (2001). Bu çalışmada, psoriasis hastalarının kontrol grubuna göre daha fazla ilkel savunmalar kullanıyor olmaları, kendiliğin ham kısımlarının yansıtma gibi ilkel savunmalar yoluyla bedene yansıtılıyor olması ile açıklanabilir.

Kernberg (1975), ilkel savunmaların yoğun kullanımı, erken dönem nesne ilişkilerinin kusurlu olması ve ayrılma bireyleşme güçlüğü'nün daha ilkel bir kişilik örgütlenmesine işaret ettiğini öne sürer. Bick (1968)'e göre, bebeğin bedeni ve kendiliğini parçalanmadan bir arada tutabilmesi için annesinin kapsamasına ihtiyaç duyar. Eğer anne kapsama işlevleri yerine getiremezse; dış nesne içe yansıtılamaz, bebekteki "parçalanma" duygularında artış görülür, benlik gücü zayıf kalır, bağımlılık ve ayrılık sorunları ve savunmacı operasyonlarda (başta yansıtımlı özdeşim olmak üzere yansıtma, bölme, idealizasyon gibi) artışa sebep olur. Bu açıdan psoriasis hastalarının ilkel savunma mekanizmaları kullanımı yoğunluğu ve matür savunma mekanizmaları kullanım azlığı kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklılaştığı için, literatürle bulguları değerlendirdiğimizde, daha ilkel bir kişilik örgütlenmesinde bulunmaları ile açıklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bulguları değerlendirildiğinde, anneden alınamayan destek ve/veya reddedilme, ayrılma bireyleşme patolojisi ve ilkel savunmaların kullanımı psoriasis hastalarında, deri hastalığı olmayan bireylere göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Bu açıdan, tüm bulguları literatürle ilişkilendirerek değerlendirdiğimizde, psoriasis hastaları, bir deri hastalığı olmayan gruba göre daha ilkel bir düzeydeki ruhsal örgütlenmede işlev görüyor olabilir. İlkel ruhsal işlevsellik, psoriasis hastalarında sıklıkla görülen psikiyatrik bozukluklar ile ilişkili olabilir. Bu açıdan psoriasis hastalarını gelişimsel bir bakış açısı ile değerlendirme ve dermatolojik tedavinin akabinde psikolojik ve psikiyatrik tedavilerin hastalığın seyrini etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu sebeple bu çalışmanın gelecekteki araştırmalara ve bu alanda çalışan uzmanlara yol göstereceği düşünülmektedir.

Çalışmayı daha güvenilir ve genellenebilir hale getirmek için örneklem boyutu artırılabilir. Bu çalışmaya 175 birey katılmıştır, ancak gelecekte bu çalışmanın daha fazla katılımcı ile yapılması önerilir. Ek olarak, bu çalışmada alkol, madde ve sigara kullanımının sadece varlığına bakılmış ancak tüketim miktarı sorulmamıştır. İleride yapılacak çalışmalarda kullanım sıklığı, miktarı ve ne zaman başladığı (örneğin hastalık öncesi mi sonrası mı tüketime başladığı) sorulması gruplar arası farkı anlamak adına daha faydalı olacağı düşünülmüştür. Benzer şekilde, hastalığın başlangıcı, hastalığın şiddeti ve ailede psoriasis öyküsünün varlığı da araştırmalara dahil edilebilir. Ek olarak, kişilik ve ruhsal örgütlenmenin düzeyini anlamak için daha doğrudan sonuçlar elde etmek adına kişilik örgütlenme düzeyi ölçülebilir.

Bunlara ek olarak, ileride yapılacak çalışmalara nörobiyolojik parametreler dahil edilerek daha kapsamlı bir çalışma yürütülebilir. Mucci (2019), stresle ilişkili bedensel hastalıkları gelişimsel, psikanalitik ve nörobiyolojik boyutlarının bir birleşimi olarak ele almıştır. Daha önce de belirtildiği gibi, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin düzensizliği gibi başka birçok paylaşılan biyolojik etyopatogenik mekanizma, psoriasis ve psikiyatrik hastalık arasındaki ilişkinin temelini oluşturduğu düşünülmektedir (Ferreira vd, 2016). Son araştırmalar derinin,

zihin, beyin, endokrin, bağıklık ve sinir sistemiyle anatomik, fizyolojik ve fonksiyonel bağlantıları olduğunu göstermiştir (Gieler vd, 2020; Gordon-Elliott ve Muskin, 2013). Mucci (2019), psikososyal etmenlerden etkilenen bedensel bozulmaların, erken dönemde yaşanan travmaların şiddetli olması (kötü muamele, yoksunluk gibi) sebebiyle bozulmuş bir kendilik gelişimi, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin ve kortizol ve nöropeptid seviyelerinin bozulması ile ortaya çıktığını belirtmiştir. Ona göre, stresle tetiklenen bedensel hastalıklar, zaten yatkınlığı olan hedef organları vuran kalıcı / kronik bir duygusal sıkıntının bir sonucu olarak ortaya çıkar. Bozukluk, erken nesne ilişkilerindeki kronikleşmiş duygu düzensizlikleri ve bu ilişkinin sonradan diğer ilişkilerde yeniden canlandırılması ile oluşan duygu düzensizlikleri sayesinde süreklilik kazanır (Sifneos, 1973; Porcelli, 2009; Todarello & Porcelli, 2002, 2006). Erken dönem bakım veren ile öznelarası ilişkinin niteliği ve ilişkiel travmalar duygu düzensizliğini sağlayan temel sebeplerdendir. Ona göre bebeğin, sağlıklı bir kendilik gelişimi, duygu düzenleme ve sembolizasyon yetilerini geliştirebilmesi için duygularını düzenleme işlevlerini (yatıştırıcı, teselli edici, güven verici bir nesne) yeterince yapabilen bir bakım verenin bu işlevlerini içselleştirebilmesine bağlıdır.

Literatürde, bebeğin nöronal gelişimini primer olarak etkileyen etmenlerin nesneye bağlanma biçimleri ve duygu ile ilişkili süreçler olduğu destekleyen araştırmalar son yıllarda artmaktadır (akt. Mercan, 2015; Watt, 2000). Bu bağlamda, annenin bebeğin duygularını düzenleme işlevlerini yerine getirmemesinin çocuğun nöronal gelişimi üzerindeki negatif etkisi ve beyin-zihin-deri arasındaki ilişki ve etyolojik benzerlik göz önünde bulundurulduğunda, psoriasis gibi psikiyatrik hastalıklarla sıklıkla beraber görülen deri hastalıklarında erken dönem anne bebek ilişkisinin niteliğinin araştırılması önemli gibi görünmektedir.

İleride yapılacak çalışmalarda, aleksitimi düzeyine bakılması önerilir. İstenmeyen duygularla baş etmekten kaçınmak için kullanılan bir savunma olarak görülen aleksitimi, psoriasis hastalarında, diğer pek çok psikosomatik hastalıkta ve çeşitli ruhsal bozukluklarla beraber yaygın olarak görülmektedir. Yine pek çok çalışmada aleksitimik özellikler genellikle erken travmatik deneyimlerle ilişkili bulunmuş ve birçok psoriatik hastanın çocukluk çağı istismarı veya ihmali öyküleri bulunmuştur (Krystal, 1988; Picardi vd, 2003, 2005; Innamorati vd, 2016; Sampogna vd, 2017; Talamonti vd, 2017; Taylor vd, 1991; Taylor, 2000; Panayiotou vd, 2015; Simonic

vd 2010). Travmanın, etiopatogenezi ve psoriasisin biyolojik ilerlemesini etkilediği, bunun da muhtemelen HPA eksenindeki ve bağışıklık sisteminin işleyişindeki değişiklikler ve katekolaminlerdeki anormallikler ve nöropeptid salınımları yoluyla olduğu açıklanmıştır (Reich vd 2007; Morgan vd 2001). Dahası, çocukluk çağı travmalarının optimal sağ beyin ve bağışıklık sistemi gelişimini etkileyerek, hem duygu düzenleme becerisini hem de strese olan direnci olumsuz etkilediği bulunmuştur (Schore, 2001; Bellis, 2014). Benzer bir çalışmada, aleksitimi düzeyi yüksek olan ve olmayan kişiler karşılaştırılmış, aleksitimi düzeyi yüksek bireylerde, olmayan bireylere göre daha yüksek düzeyde somatizasyon, kişilerarası hassasiyet, anksiyete ve fobik anksiyete bulunmuştur (Korkoliakou vd, 2014, 2017).

Yukarıda bahsedilen, psoriasis ile sıklıkla beraber görülen değişkenler (aleksitimi, erken dönem travmalar vb.) bu araştırmada çalışılmamıştır. Ancak literatürdeki pek çok çalışmanın gösterdiği gibi, bu değişkenler arasında birbirini etkileyen pek çok mekanizma olduğu düşünülmektedir. İleride bu alanda yapılacak çalışmalara bu değişkenlerin de katılmasını, ek olarak daha kapsamlı biyopsikososyal bir araştırma yapmak adına, nörobiyolojik parametrelerin de araştırmaya dahil edilmesi önerilir. Ek olarak, psoriasisin kronik bir hastalık olduğunu göz önünde bulundurarak, daha kontrollü bir çalışma yapmak adına, tüm bu değişkenlerin boylamsal bir çalışma yaparak araştırılması önerilir.

Daha önce de belirtildiği gibi, dermatoloji hastalarında eşlik eden psikiyatrik bozukluk tedavi edilmediğinde bedensel hastalığa yanıt azalmaktadır. Psikolojik destek hem bedensel tedavilere yanıtı artırmakta hem de hastaların ruhsal hastalıklarının çözümüne yardımcı olmaktadır. Bu alanda daha fazla çalışma yapılarak bulgular doğrultusunda tedavi yöntemleri genişletilebilir, dermatoloji polikliniklerine başvuru yapan psoriasis hastalarının, interdisipliner takım çalışması yapılarak gelişimsel ve psikolojik olarak değerlendirilip, psikoterapiler ve psikiyatrik ilaç tedavileri ile psoriasisin dermatolojik tedavisine destek verilebilir.

KAYNAKLAR

- Absolon, C. M., Cottrell, D., Eldridge, S. M., & Glover, M. T. (1997).** Psychological disturbance in atopic eczema: the extent of the problem in schoolaged children. *British Journal of Dermatology*, 137(2), 241-245.
- Aktan, Ö. (2009).** *Depresyon tanısı konulmuş hastalar ile depresif şikayetleri olmayan kişilerin kullandıkları savunma mekanizmaları açısından karşılaştırılması* (Master tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Al'Abadie, M. S., Kent, G. G., & Gawkrödger, D. J. (1994).** The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *British Journal of Dermatology*, 130(2), 199-203.
- Altunay, I. K. (2010).** Psikodermatoloji Tarihçesi ve Genel Bakış/History of Psychodermatology and a Global View. *Türkderm: Türk Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi, Turkderm: Turkish Archives of Dermatology and Venereology*, 44, 4.
- Altunay, İ. K. (2010).** Psikodermatoloji Tarihçesi ve Genel Bakış. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 44.
- Altunay, İ. K. (2010).** Psikonöroimmünoloji ve Multifaktöryel Psikodermatolojik Hastalıklar. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 44.
- Anand, P., Springall, D. R., Blank, M. A., Sellu, D., Polak, J. M., & Bloom, S. R. (1991).** Neuropeptides in skin disease: increased VIP in eczema and psoriasis but not axillary hyperhidrosis. *British journal of dermatology*, 124(6), 547-549.
- Andrews, G., Singh, M., ve Bond, M. (1993).** The defense style questionnaire, *Journal of Mental Disorders*, 181: 246-256.
- Anzieu, D. (1995).** *Deri-Ben*, Çev. Nesrin Tura Demiryontan, İstanbul, Metis, 2008.
- Aydın, Ç. (2013).** *Psikojenik Pruritus Hastalarının Erken Dönem Nesne İlişkilerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Unpublished master dissertation. İstanbul University: İstanbul.
- Bartolomucci, E., & Taylor, J. (1991).** Preliminary reliability and validity of an instrument measuring separation-individuation outcomes. *Psychological reports*, 69(2), 391-398.
- Bellak, L. (1989).** *Ego Function Assessment*. CPS, Incorporated.
- Bellis, M. A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., & Harrison, D. (2014).** Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of public health*, 36(1), 81-91.

- Besiroglu, L., Akdeniz, N., Agargun, M. Y., Calka, O., Ozdemir, O., & Bilgili, S. G. (2009).** Childhood traumatic experiences, dissociation and thought suppression in patients with 'Psychosomatic' skin diseases. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(1), 121-125.
- Besiroglu, L., Akdeniz, N., Agargun, M. Y., Calka, O., Ozdemir, O., & Bilgili, S. G. (2009).** Childhood traumatic experiences, dissociation and thought suppression in patients with 'Psychosomatic' skin diseases. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(1), 121-125.
- Bick, E. (1968).** The experience of the skin in early object-relations. *Bott-Spillius, Elizabeth. Melanie Klein today: developments in theory and practice: mainly theory*, 5, 187-191.
- Bion, W. R. (1962).** The psycho-analytic study of thinking. *International journal of psycho-analysis*, 43, 306-310.
- Bion, W. R. (1962).** The psycho-analytic study of thinking. *International journal of psycho-analysis*, 43, 306-310.
- Bion, W. R. (1967).** Notes on memory and desire. *Classics in psychoanalytic technique*, 259-260.
- Bion, W. R. (1967).** Notes on memory and desire. *Classics in psychoanalytic technique*, 259-260.
- Blackman, J. S. (2004).** *101 defenses: How the mind shields itself*. Psychology Press.
- Boscarino, J. A. (2004).** Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies. *Annals of the New York Academy of sciences*, 1032(1), 141-153.
- Bronstein, C. (2018).** Bridging the gap: From soma-psychosis to psychosomatics. In *The WR Bion Tradition* (pp. 239-249). Routledge.
- Bucci, W. (1997).** Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 151-172.
- Burden- Teh, E., Thomas, K. S., Ratib, S., Grindlay, D., Adaji, E., & Murphy, R. (2016).** The epidemiology of childhood psoriasis: a scoping review. *British Journal of Dermatology*, 174(6), 1242-1257.
- Campo, A. T., & Rohner, R. P. (1992).** Relationships between perceived parental acceptance-rejection, psychological adjustment, and substance abuse among young adults. *Child abuse & neglect*, 16(3), 429-440.
- Christenson, R. M., ve Wilson, W. P. (1985).** Assessing pathology in the separation-individuation process by an inventory. a preliminary report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(9): 561-572.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002).** Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic medicine*, 64(4), 660-667.

- Ciuluvica, C., Amerio, P., & Fulcheri, M. (2014).** Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 127, 661-665.
- Ciuluvica, C., Fulcheri, M., & Amerio, P. (2019).** Expressive suppression and negative affect, pathways of emotional dysregulation in psoriasis patients. *Frontiers in psychology*, 10, 1907.
- Consoli SM, Rolhion S, Martin C, Ruel K, Cambazard F, Pellet J, Misery L. (2006).** Low levels of emotional awareness predicts a better response to dermatological treatment in patients with psoriasis. *Dermatology*. 212:128-36.
- Crosta, M. L., De Simone, C., Di Pietro, S., Acanfora, M., Caldarola, G., Moccia, L., ... & Di Nicola, M. (2018).** Childhood trauma and resilience in psoriatic patients: A preliminary report. *Journal of psychosomatic research*, 106, 25-28.
- Crosta, M. L., De Simone, C., Di Pietro, S., Acanfora, M., Caldarola, G., Moccia, L., ... & Di Nicola, M. (2018).** Childhood trauma and resilience in psoriatic patients: A preliminary report. *Journal of psychosomatic research*, 106, 25-28.
- Çetin M, Doğruöz K, Tarkan N, Ceylan ME (1991).** Psoriasis olgularının kişilik özellikleri ve psöriasisin etyopatogenezinde psikososyal stresörlerin rolü. 27. *Ulusal psikiyatrik bilimler kongresi, Bildiri kitabı, Antalya.*
- De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014).** The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 185-222.
- Dedeler, M., Akün, E., ve Durak-Batıgün, A. (2017).** Yetişkin ebeveyn kabul-red ölçeği-kısa form'un uyarılma çalışması. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30(3): 181-193.
- Delhayé, M., Kempnaers, C., Linkowski, P., Stroobants, R., & Goossens, L. (2012).** Perceived parenting and separation-individuation in Belgian college students: Associations with emotional adjustment. *The Journal of psychology*, 146(4), 353-370.
- Demirci, O. O., Ates, B., Sagaltici, E., Ocak, Z. G., & Altunay, I. K. (2020).** Association of the attachment styles with depression, anxiety, and quality of life in patients with psoriasis. *Dermatologica Sinica*, 38(2), 81.
- Devrimci-Özguven H, Kundakçı N, Kumbasar H, Boyvat A (2000).** The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 14:267-271.
- Devrimci, Ozguven, H., Kundakci, N., Kumbasar, H., & Boyvat, A. (2000).** The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Journal of the European Academy of dermatology and venereology*, 14(4), 267-271.
- Domonkos, A.N. (1971).** Pruritus, Cutaneous Neuroses and Neurocutaneous Dermatoses. Andrew's Disease of the Skin, 6th ed. Philadelphia, WB Saunders C., s.61-76.

- Duffy, D. L., Spelman, L. S., & Martin, N. G. (1993).** Psoriasis in Australian twins. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 29(3), 428-434.
- Ergun, T. (2008).** Psoriasisin Etyopatogenezi. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 42.
- Erkek, E. (2008).** Psoriasis etyopatogenezi. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji*, 1, 1-14.
- Fain, M. (1971).** Prélude à la vie fantasmatique. *Revue française de psychanalyse*, 35(2-3), 291-364.
- Ferreira, B. R., Santiago, L., Simões, J., Ramos, L., Brites, M. M., Reis, J. P., & Figueiredo, A. (2017).** Psoríase, psicofármacos e comorbilidades psiquiátricas: Um estudo de caso-controlo numa população de doentes hospitalizados. *Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology*, 75(1), 43-48.
- Frances, A., First, M. B., & Pincus, H. A. (1995).** *DSM-IV guidebook*. American Psychiatric Association.
- Frank, O., Nestle, M., Daniel, H., Kaplan, M., & Barker, J. (2009).** Mechanisms of Disease: Psoriasis. *N Engl J Med*, 361, 496-509.
- Freud, A. (1937).** *Ben ve savunma mekanizmaları*, (Y. Erim, Çev.) 4. Basım, İstanbul: Metis Yayıncılık, 2015.
- Freud, S. (1894).** Les psychonévroses de défense, trad. A. Berman, Paris, PUF, 1946
- Freud, S. (1894).** The Neuro-Psychoses of Defence. Standard Edition, Vol. 3. Hogarth Press, London, 45, 61.
- Freud, S. (1896).** 1962. "Further remarks on the neuro-psychoses of defence." *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 3, 157-85.
- Freud, S. (1905).** Three Essays on the Theory of Sexuality. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. VII. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, London.
- Freud, S. (1923).** Certain neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 4, 1-10.
- Fries, A. B. W., Shirtcliff, E. A., & Pollak, S. D. (2008).** Neuroendocrine dysregulation following early social deprivation in children. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 50(6), 588-599.
- Fry, L., & Baker, B. S. (2007).** Triggering psoriasis: the role of infections and medications. *Clinics in dermatology*, 25(6), 606-615.
- Garcia, M. F. M., Ramirez, M. G., & Jariego I. M. (2002).** Social support and locus of control as predictors of psychological well-being in Moroccan and Peruvian immigrant women in Spain. *International Journal of Intercultural Relations*, 26(3), 287-310.
- Garma, E. (1959).** The predisposing situation to peptic ulcer in children. *International Journal of Psycho-Analysis*, 40, 73-97.

- George, D., ve Mallery, M. (2010).** SPSS for windows step by step: a simple guide and reference (10a ed.). Boston: Pearson.
- Gieler, U., Gieler, T., Peters, E. M. J., & Linder, D. (2020).** Skin and Psychosomatics–Psychodermatology today. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 18(11), 1280-1298.
- Goldstein, J. (1997).** Embracing the random in the self-organizing psyche. *Nonlinear dynamics, psychology, and life sciences*, 1(3), 181-202.
- Gordon-Elliott, J. S., & Muskin, P. R. (2013).** Managing the patient with psychiatric issues in dermatologic practice. *Clinics in dermatology*, 31(1), 3-10.
- Göral, F. S. (2002).** The second separation-individuation process of the Turkish young adults: The relationships between the perceived maternal parenting attitudes, second separation individuation, expanding self and experiences in the romantic relationships (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- Griffiths CEM, Richards HL. (2001).** Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol.* 26:338-42.
- Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. (1987).** Psoriasis and psychiatry: anupdate. *Gen Hosp Psychiatry.* 9:157-66.
- Gupta MA, Gupta AK. (1998).** Depression and suicidal ideation in dermatologic patient with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 139:846-850.
- Gupta MA, Voorhees JJ (1990).** Psychosomatic dermatology: is it relevant? *Arch Dermatol*, 126:90-93.
- Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2001).** The use of antidepressant drugs in dermatology. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 15(6), 512-518.
- Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2003).** Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders. *American journal of clinical dermatology*, 4(12), 833-842.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., & Wattlel, G. N. (1996).** Early onset (< 40 years age) psoriasis is comorbid with greater psychopathology than late onset psoriasis: a study of 137 patients. *Acta dermato-venereologica*, 76(6), 464-466.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., Kirkby, S., Schork, N. J., Gorr, S. K., Ellis, C. N., & Voorhees, J. J. (1989).** A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors: a study of 127 patients. *General hospital psychiatry*, 11(3), 166-173.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., Kirkby, S., Weiner, H. K., Mace, T. M., Schork, N. J., ... & Voorhees, J. J. (1988).** Pruritus in psoriasis: a prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Archives of dermatology*, 124(7), 1052-1057.

- Gupta, M. A., Gupta, A. K., Schork, N. J., & Ellis, C. N. (1994).** Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic medicine*.
- Gupta, M. A., Schork, N. J., Gupta, A. K., Kirkby, S., & Ellis, C. N. (1993).** Suicidal ideation in psoriasis. *International Journal of Dermatology*, 32(3), 188-190.
- Güneş, A., & Altın, D. (2005).** Psoriyazisin tarihçesi ve epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1, 1-4.
- Hartmann, H. (1939).** Ich-psychologie und anpassungsproblem. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 24(1-2), 62-135.
- Higgins EM, Du Vivier AW (1994).** Cutaneous disease and alcohol misuse. *Br Med Bull*, 50:85-98.
- Ingram JT (1933).** The personality of the skin. *Lancet*, 1:889.
- Innamorati, M., Quinto, R. M., Imperatori, C., Lora, V., Graceffa, D., Fabbri, M., ... & Bonifati, C. (2016).** Health-related quality of life and its association with alexithymia and difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. *Comprehensive psychiatry*, 70, 200-208.
- Jacobson, E. (1957).** Denial and repression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 5(1), 61-92.
- Jaeger, P. (2006).** Pruritus, Chronic Irritations of the Skin and Urticaria. *Revue française de psychosomatique*, (1), 51-66.
- Janković, S., Rznatović, M., Marinković, J., Maksimović, N., Janković, J., & Djikanović, B. (2009).** Relevance of psychosomatic factors in psoriasis: a case-control study. *Acta dermato-venereologica*, 89(4), 364-368.
- Karasar N. (2016).** Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar, ilkeler, teknikler. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kaya, A., Bozaslan, H., & Gülten, G. E. N. Ç. (2012).** Üniversite Öğrencilerinin Anne-Baba Tutumlarının Problem Çözme Becerilerine, Sosyal Kaygı Düzeylerine ve Akademik Başarılarına Etkisi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, (18), 208-225.
- Kernberg, O. (1967).** Borderline personality organization. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F. (1972).** Early ego integration and object relations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 193(1), 233-247.
- Kernberg, O. F. (1975).** A systems approach to priority setting of interventions in groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 25(3), 251-275.
- Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2002).** Perceived parental acceptance- rejection and psychological adjustment: A meta- analysis of cross- cultural and intracultural studies. *Journal of Marriage and Family*, 64(1), 54-64.
- Klein, M. (1958).** On the development of mental functioning. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 84-90.

- Koblenzer, C. S. (1997).** Psychodermatology of women. *Clinics in dermatology*, 15(1), 127-141.
- Koblenzer, C.S. (1983).** Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol*, 119:501-512.
- Koblenzer, C.S. (1987).** Psychocutaneous Disease. First ed., Orlando, Grune Stratton s:77-78.
- Korkoliakou, P., Christodoulou, C., Kouris, A., Porichi, E., Efstathiou, V., Kaloudi, E., ... & Douzenis, A. (2014).** Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Annals of general psychiatry*, 13(1), 1-6.
- Korkoliakou, P., Efstathiou, V., Giannopoulou, I., Christodoulou, C., Kouris, A., Rigopoulos, D., et al. (2017).** Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis. *An. Bras. Dermatol.* 92, 510-515. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175660
- Kotrulja, L., Tadinac, M., JokIć-BegIć, N., & Gregurek, R. (2010).** A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta dermato-venereologica*, 90(3), 251-256.
- Kramer, S., & Akhtar, S. (1988).** The developmental context of internalized preoedipal object relations: Clinical applications of Mahler's theory of symbiosis and separation-individuation. *The Psychoanalytic Quarterly*, 57(4), 547-576.
- Krystal, H. (1988).** On some roots of creativity. *Psychiatric Clinics of North America*, 11(3), 475-491.
- Krystal, H., Krystal, J. H. (1988).** Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia, Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Küçükünal, A., Kıvanç Altunay, İ., Aktaş, E., & Tükenmez Demirci, G. (2013).** Psoriasis hastalarının hastalıklarıyla ilgili bilgi, inanış ve tutumları. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 47(2).
- Lafrance, M. (2009).** Skin and the self: Cultural theory and Anglo-American psychoanalysis. *Body & Society*, 15(3), 3-24.
- Lamb, J. M. (1986).** The rapprochement subphase of the separation-individuation process. *Maternal-child nursing journal*, 15(3), 129-138.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1988).** Vocabulário da psicanálise. In *Vocabulário da psicanálise* (pp. 707-707).
- Larsen, A., Boggild, H., Mortensen, T. J., Foldager, L., Hansen, J., Christensen, A. ve diğerleri (2015).** Psychopathology, defence mechanisms and the psychosocial work environment. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(6), 563-577. doi: 10.1177/0020764008099555.
- Laughlin, H. P. (1970).** The ego and its defenses. New York: Appleton

- Lebwohl, M., Christophers, E., Langley, R., Ortonne, J. P., Roberts, J., & Griffiths, C. E. (2003).** An international, randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial of intramuscular alefacept in patients with chronic plaque psoriasis. *Archives of dermatology*, *139*(6), 719-727.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017).** *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Lingiardi, V., Lonati, C., Delucchi, F., Fossati, A., Vanzulli, L., & Maffei, C. (1999).** Defense mechanisms and personality disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, *187*(4), 224-228.
- Mahler, F., Ross Jr, J., O'Rourke, R. A., & Covell, J. W. (1975).** Effects of changes in preload, afterload and inotropic state on ejection and isovolumic phase measures of contractility in the conscious dog. *The American journal of cardiology*, *35*(5), 626-634.
- Mahler, M. S. (1963).** Thoughts about development and individuation. *The psychoanalytic study of the child*, *18*(1), 307-324.
- Mahler, M. S. (1967).** On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *15*(4), 740-763.
- Mahler, M. S. (1971).** A study of the separation-individuation process: And its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *The psychoanalytic study of the child*, *26*(1), 403-424.
- Mahler, M. S. (1974).** Symbiosis and individuation: The psychological birth of the human infant. *The psychoanalytic study of the child*, *29*(1), 89-106.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975).** *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*. New York (Basic Books) 1975.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975).** *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*. New York (Basic Books) 1975.
- Marty, P. (1963).** La" pensée opératoire". *Revue Francaise de Psychanalyse*, *27*, 1345-1356.
- Marty, P. (1968).** A major process of somatization: *The progressive disorganization*. *International Journal of Psycho-Analysis*, *49*, 246-249
- Masterson, J. (1972).** Intensive psychotherapy of the adolescent with a borderline syndrome *Cuad. Argent. Soc. PPIA*, *3*, 15-50.
- Masterson, J. (1972).** *Treatment of the bor derline adolescent: A developmental approach* New York: Wiley
- Masterson, J. F. (2013).** *The real self: A developmental, self and object relations approach*. Routledge.
- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975).** The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psycho-Analysis*, *56*, 163-177.

- Mazzetti, M., Mozzetta, A., Soavi, G. C., Andreoli, E., Puddu, P., & Decaminada, F. (1994).** Psoriasis, stress and psychiatry: psychodynamic characteristics of stressors. *Acta dermato-venereologica. Supplementum, 186*, 62-64.
- McDougall, J. (1974).** The psychosoma and the psychoanalytic process. *International Review of Psycho-Analysis, 1*, 437-459.
- McDougall, J. (1982).** Alexithymia, psychosomatosis, and psychosis.
- McDougall, J. (1989).** *Theaters of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness.* WW Norton & Co.
- McWilliams, N., & Kalem, E. (1994).** *Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak.* İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Medansky RS, Handler RM (1981).** Dermatopsychosomatics: classification, physiology, and therapeutic approaches. *J Am Acad Dermatol, 5(2)*:125-136.
- Meltzer, D. (1975).** Adhesive identification. *Contemporary Psychoanalysis, 11(3)*, 289-310.
- Mercan, F. S., & Altunay, K. İ. (2006).** Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi, 17(4)*, 305-313.
- Mercan, S. (2010).** Primer Psikiyatrik Hastalıklar/Primary Psychiatric Diseases. *Turkderm, 44*, 16.
- Mijolla, A. D. E. (2005).** International Dictionary of Psychoanalysis, Volume 2: G-Pr. Macmillan Reference USA.
- Millon, T. (1992).** Millon clinical multiaxial inventory: I & II. *Journal of Counseling & Development, 70(3)*, 421-426.
- Mills, C. M., Srivastava, E. D., Harvey, I. M., Swift, G. L., Newcombe, R. G., Holt, P. J. A., & Rhodes, J. (1992).** Smoking habits in psoriasis: a case control study. *British Journal of Dermatology, 127(1)*, 18-21.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (2016).** *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought.* Hachette UK.
- Morgan I, C. A., Wang, S., Rasmusson, A., Hazlett, G., Anderson, G., & Charney, D. S. (2001).** Relationship among plasma cortisol, catecholamines, neuropeptide Y, and human performance during exposure to uncontrollable stress. *Psychosomatic medicine, 63(3)*, 412-422.
- Morgan I, C. A., Wang, S., Rasmusson, A., Hazlett, G., Anderson, G., & Charney, D. S. (2001).** Relationship among plasma cortisol, catecholamines, neuropeptide Y, and human performance during exposure to uncontrollable stress. *Psychosomatic medicine, 63(3)*, 412-422.
- Morse, R. M., Perry, H. O., & Hurt, R. D. (1985).** Alcoholism and psoriasis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 9(5)*, 396-399.

- Niemeier, V., Nippesen, M., Kupfer, J., Schill, W. B., & Gieler, U. (2002).** Psychological factors associated with hand dermatoses: which subgroup needs additional psychological care?. *British Journal of Dermatology*, 146(6), 1031-1037.
- Nyfors, A., & Lemholt, K. (1975).** Psoriasis in children: a short review and a survey of 245 cases. *British Journal of dermatology*, 92(4), 437-442.
- Ogden, T. H. (1989).** Playing, dreaming, and interpreting experience: Comments on potential space.
- Özmen, M., (2015).** Dolaşan Dölyatağından Konuşan, Acı Çeken Bedene; Hipokrat'tan Çağdaş Psikanalistlere Psikosomatik Kavramı. *Acıyan Beden: Psikosomatiğe Psikanalitik Bakışlar*, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2829.
- Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K. L., Sy, J. T., et al. (2015).** Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Compr. Psychiatry* 56, 206–216. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.09.006
- Panksepp, J. (1998).** The periconscious substrates of consciousness: Affective states and the evolutionary origins of the self. *Journal of consciousness studies*, 5(5-6), 566-582.
- Petraglia, J., Thygesen, K. L., Lecours, S., & Drapeau, M. (2009).** Gender differences in self-reported defense mechanisms: a study using the new Defense Style Questionnaire-60. *American Journal of Psychotherapy*, 63(1), 87-99.
- Petraglia, J., Thygesen, K. L., Lecours, S., & Drapeau, M. (2009).** Gender differences in self-reported defense mechanisms: a study using the new Defense Style Questionnaire-60. *American Journal of Psychotherapy*, 63(1), 87-99.
- Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M. S., Baliva, G., Melchi, C. F., et al. (2005).** Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics* 46, 556–564. doi: 10.1176/appi.psy.46.6.556
- Picardi, A., Miglio, R., Tarsitani, L., Battisti, F., Baldassari, M., Copertaro, A., ... & Biondi, M. (2013).** Attachment style and immunity: A 1-year longitudinal study. *Biological psychology*, 92(2), 353-358.
- Picardi, A., Pasquini, P., Sofia, M., Gaetano, P., Baliva, G., Franco, C., et al. (2003).** Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis. *Results from a case-control study. J. Psychosom. Res.* 55, 189–196. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00574-3
- Pines, D. (1980).** Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 315-323.

- Pollak, S. D. (2008).** Mechanisms linking early experience and the emergence of emotions: Illustrations from the study of maltreated children. *Current directions in psychological science*, 17(6), 370-375.
- Pompili, M., Innamorati, M., Forte, A., Erbuto, D., Lamis, D. A., Narcisi, A., ... & Girardi, P. (2017).** Psychiatric comorbidity and suicidal ideation in psoriasis, melanoma and allergic disorders. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 21(3), 209-214.
- Pompili, M., Innamorati, M., Trovarelli, S., Narcisi, A., Bellini, S., Orsini, D., ... & Costanzo, A. (2016).** Suicide risk and psychiatric comorbidity in patients with psoriasis. *Journal of international medical research*, (44), 61-66.
- Porcelli, P. (2009).** Medicina psicosomatica e psicologia clinica. Modelli teorici, diagnosi, trattamento. Milan: Raffaello Cortina Editore.”
- Press, J. (2015).** Somatik Hastalarla Çalışmak: Bazı Kuramsal ve Karşıaktarımsal Meseleler, B. Erdal (Çev.), *Acıyan Beden: Psikosomatiğe Psikanalitik Bakışlar*, Y. Cengiz. (Der), İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2829.
- Reich, A., & Szepietowski, J. C. (2008).** Vasoactive peptides in the pathogenesis of psoriasis. *Giornale italiano di dermatologia e venerologia: organo ufficiale, Societa italiana di dermatologia e sifilografia*, 143(5), 289-298.
- Reich, A., Orda, A., Wiśnicka, B., & Szepietowski, J. C. (2007).** Plasma concentration of selected neuropeptides in patients suffering from psoriasis. *Experimental dermatology*, 16(5), 421-428.
- Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2005).** Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of psychosomatic research*, 58(1), 89-96.
- Richards, H. L., Ray, D. W., Kirby, B., Mason, D., Plant, D., Main, C. J., ... & Griffiths, C. E. M. (2005).** Response of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 153(6), 1114-1120.
- Ring, J., & Palos, E. (1986).** Psychosomatic aspects of parent-child relations in atopic eczema in childhood. II. Child-rearing style, the family situation in a drawing test and structured interview. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*, 37(11), 609-617.
- Rohner R. (2005).** Parental acceptance-rejection questionnaire (PARQ): Test manual. In Rohner RP, Khaleque A (editors). Handbook for The Study of Parental Acceptance and Rejection. Storrs, CT: Rohner Research Publications.
- Rohner, R. P. (1975).** Parental acceptance-rejection and personality development: A universalist approach to behavioral science. *Cross-cultural perspectives on learning*, 251-269.

- Rohner, R. P., & Cournoyer, D. E. (1994).** Universals in youths' perceptions of parental acceptance and rejection: Evidence from factor analyses within eight sociocultural groups worldwide. *Cross-Cultural Research*, 28(4), 371-383.
- Rohner, R. P., & Rohner, E. C. (1981).** Parental acceptance-rejection and parental control: Cross-cultural codes. *Ethnology*, 20(3), 245-260.
- Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2005).** Parental acceptance- rejection: Theory, methods, cross- cultural evidence, and implications. *Ethos*, 33(3), 299-334.
- Rohner, R. P., Melendez, T., & Kraimer-Rickaby, L. (2008).** Intimate partner acceptance, parental acceptance in childhood, and psychological adjustment among American adults in ongoing attachment relationships. *Cross-Cultural Research*, 42(1), 13-22.
- Rosenfeld, H. (2001).** The relationship between psychosomatic symptoms and latent psychotic states. In *Herbert Rosenfeld at work: The italian seminars* (pp. 24-44). London: Karnac.
- Rubino, I. A., Sonnino, A., Pezzarossa, B., Ciani, N., & Bassi, R. (1995).** Personality disorders and psychiatric symptoms in psoriasis. *Psychological Reports*, 77(2), 547-553.
- Russo PAJ, Ilchef R, Cooper AJ. (2004).** Psychiatric morbidity of psoriasis:a rewiev. *Australasian Journal Of Dermatology*. 45:155-161.
- Sampogna, F., Puig, L., Spuls, P., Girolomoni, G., Radtke, M. A., Kirby, B., ... & Ziv, M. (2017).** Prevalence of alexithymia in patients with psoriasis and its association with disease burden: a multicentre observational study. *British Journal of Dermatology*, 176(5), 1195-1203.
- Schore, A. N. (2001).** Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1- 2), 7-66.
- Schore, A. N. (2001).** The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1- 2), 201-269.
- Schur, M. (1955).** Comments on the metapsychology of somatization. *The psychoanalytic study of the child*, 10(1), 119-164.
- Sentse, M., Lindenberg, S., Omvlee, A., Ormel, J., & Veenstra, R. (2010).** Rejection and acceptance across contexts: Parents and peers as risks and buffers for early adolescent psychopathology. The TRAILS study. *Journal of abnormal child psychology*, 38(1), 119-130.
- Settlage, C. F. (1977).** The psychoanalytic understanding of narcissistic and borderline personality disorders: Advances in developmental theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25(4), 805-833.

- Sifneos, P. E. (1973).** The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2–6), 255–262.”
- Silverman, L. H., Lachmann, F. M., & Milich, R. (1982).** *The search for oneness*. International Universities Press.
- Simonić, E., Kaštelan, M., Peternel, S., Pernar, M., Brajac, I., RONČEVIĆ- GRŽETA, I., & Kardum, I. (2010).** Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *The Journal of dermatology*, 37(9), 793-800
- Sobrinho, A. T., Campos, R. C., & Holden, R. R. (2016).** Parental rejection, personality, and depression in the prediction of suicidality in a sample of nonclinical young adults. *Psychoanalytic Psychology*, 33(4), 554.
- Spitz, R. A. (1951).** The psychogenic diseases in infancy: An attempt at their etiologic classification. *The psychoanalytic study of the child*, 6(1), 255-275.
- Spitz, R. A. (1951).** The psychogenic diseases in infancy: An attempt at their etiologic classification. *The psychoanalytic study of the child*, 6(1), 255-275.
- Spitz, R. A. (1965).** The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations.
- Starkey, S. L. (1980).** The relationship between parental acceptance-rejection and the academic performance of fourth and fifth graders. *Behavior Science Research*, 15(1), 67-80.
- Szabó, C., Altmayer, A., Lien, L., Poot, F., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., ... & Dalgard, F. (2017).** Attachment styles of dermatological patients in Europe: a multi-centre study in 13 countries. *Acta dermatovenereologica*, 97(6-7), 813-818.
- Szwec, G. (2008).** Bazı Psikosomatik Modellere Göre Deri Hastalıkları, Çev. Neslihan Zabcı, Psikanaliz Buluşmaları 3, İstanbul, Bağlam Yayınları, 29-47.
- Şentürk N. (2012).** Psoriyazis Etyopatogenezi, Son görüşler. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics*, 5(3), 8-20.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2013).** *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Talamonti, M., Galluzzo, M., Servoli, S., D’Adamio, S., and Bianchi, L. (2017).** Alexithymia and plaque psoriasis: preliminary investigation in a clinical sample of 250 Patients. *Dermatology* 232, 648–654. doi: 10.1159/000453661
- Tangtatco, J. A. A., & Lara-Corrales, I. (2017).** Update in the management of pediatric psoriasis. *Current opinion in pediatrics*, 29(4), 434-442.
- Taylor, G. J. (2000).** Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991).** The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991).** The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999).** *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Todarello, O., & Porcelli, P. (2002).** *Medicina psicosomatica. Valutazione scientifica, integrazione organizzativa e costo sociale*. Milan, Italy: FrancoAngeli.
- Todarello, O., & Porcelli, P. (2006).** *Trattamenti in medicina psicosomatica. Psicoterapie, farmacoterapie e neuroscienze*. Milan, Italy: FrancoAngeli.”
- Tunaboylu-ikiz, T., İşçimen, A., Pirim, B., Yavuz, A. E., & Atak, İ. E. (2006).** Psoriasis, liken simpleks kronikus ve alopesi universalis hastalarında ruhsal süreçlerin Rorschach testi ile incelenmesi. *Dermotose Dergisi*, 5 (1), 45-50.
- Ulnik, J. (2020).** *Skin in psychoanalysis*. Routledge.
- Vahip, I. (1993).** Separation and individuation theory. *Turk Psikiyatri Derg*, 4, 60-66.
- Vaillant, G. E. (1992).** *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Pub.
- Vaillant, G. E. (1994).** Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 44
- Vaillant, G. E., & Drake, R. E. (1985).** Maturity of ego defenses in relation to DSM-III axis II personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 42(6), 597-601.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005).** Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399.
- Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., Zeeuws, D., Santermans, L., Van den Aemele, S., & Crunelle, C. L. (2020).** Self-reported alcohol, tobacco, and cannabis use during COVID-19 lockdown measures: results from a web-based survey. *European addiction research*, 26(6), 309-315.
- Vari, C., Velotti, P., Zavattini, G. C., Richetta, A. G., & Calvieri, S. (2013).** Emotion regulation strategies in patients with psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(6).
- Vidoni D, Campiutti E, D’Aronco R ve ark. (1989).** Psoriasis and alexithymia. *Acta Derm Venereol*, 146:91-92.
- Watt, D. (2000).** The dialogue between psychoanalysis and neuroscience: Alienation and reparation. *Neuropsychoanalysis*, 2(2), 183-192.

- Winnicott, D. W. (1960).** The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-595.
- Winnicott, D. W. (1962).** The theory of the parent-infant relationship—further remarks. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 238-239.
- Winnicott, D. W. (1965)a.** A clinical study of the effect of a failure of the average expectable environment on a child's mental functioning. *International Journal of Psycho-Analysis*, 46, 81-87.
- Winnicott, D. W. (1965)b.** The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. *The International Psycho-Analytical Library*, 64, 1-276.
- Winnicott, D. W. (1969).** The use of an object. *International journal of psycho-analysis*, 50, 711-716.
- Yehuda, R., Giller, E. L., Southwick, S. M., Lowy, M. T., & Mason, J. W. (1991).** Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 30(10), 1031-1048.
- Yılmaz, N., Gençöz, T., ve Ak, M. (2007).** Savunma biçimleri testi'nin psikometrik özellikleri: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3): 244-253.
- Zetzel, E. R. (1965).** The theory of therapy in relation to a developmental model of the psychic apparatus. *International Journal of Psycho-Analysis*, 46, 39-52.

EKLER

EK 1. İstanbul Gedik Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul Başkanlığı Kararı



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ -
REKTÖRLÜK
Tarih: 26.04.2021 17:00
Sayı: E-71457743-050.01.04.2021.2.376
0000195140

Sayı : E-71457743-050.01.04-2021.2.376-1864
Konu : Etik Kurul Kararı (Ece TUNCER)

26/04/2021

Sayın Prof. Dr. Fatma Sibel MERCAN

Üniversitemiz Etik Kurulunun 21.04.2021 tarihli 2021/04 sayılı toplantısında; “Sedef Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması” adlı başvurunuz görüşüldü. Yapılan görüşme sonunda: “Sedef Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması” adlı başvurunuzun etik olarak uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Berin ERGİN
Etik Kurul Kararı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:

7986136A-8E0B-4155-B3DD-4EACE0F54D61

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-gedik-universitesi-ebys>

Adres: T.C. İstanbul Gedik Üniversitesi Cumhuriyet
Mahallesi İlbahar Sokak No: 1-3-5 34876 Yakacık Kartal
İstanbul

Telefon No: 444 5 438 / Dahili: 1196

Faks No: 0216 452 87 17

e-Posta: info@gedik.edu.tr

KEP Adresi: gedikuniversitesi@hs01.kep.tr

Ayrıntılı bilgi için: Ozan YILDIZ
Uzman

Telefon No: 444 5 438 / Dahili: 1196



EK 2. Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

Gedik Üniversitesi Klinik Psikoloji öğrencisi Ece Tuncer tarafından ‘‘Sedef Hastası Olan ve Olmayan Bireylerin Ayrılma Bireyleşme, Annenin Algılanan Reddi ve Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması’’ konusunda Prof. Dr. Sibel Mercan danışmanlığında yürütülen tez araştırmasına katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmada katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Bu çalışmanın amacı sedef hastalarının ayrılma bireyleşme, savunma mekanizmaları ve annenin algılanan reddini değerlendirmektir. Sizler için hazırlamış olduğumuz soruları yanıtlamanız beklenmektedir. Toplam 10-15 dakika sürmektedir. Araştırma sonucu herhangi bir risk bulunmamaktadır. Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3.kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz ile ifşa edilecektir. Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamı ile bağımsız ve etki altında kalmadan karar verebilirsiniz. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmaya karar vermeniz halinde dahi, sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir cezaya maruz kalmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Çalışmadan çekilmek isterseniz bir cezası yoktur ve sahip olduğunuz faydaları kaybetmezsiniz. Araştırmanın sizler için herhangi bir masrafı olmayacaktır.

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz: psk.ecetuncer@gmail.com

EK 3. Sosyodemografik Bilgi Formu

- 1) Sedef Hastalığınız var mı?
var yok
- 2) Cinsiyetiniz?
kadın erkek diğer:
- 3) Yaşınız
- 4) Medeni durumunuz
Evli Bekar Dul Boşanmış
- 5) Eğitim Düzeyiniz
Hiç okumamış İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
Yüksek Lisans Doktora
- 6) Aylık Kazancınız
3000 TL ve altı 3001-6000 TL 6001-9000 TL 9001 ve
üzeri
- 7) Ek bedensel hastalığınız var mı?
var yok
- 8) Varsa belirtiniz
- 9) Psikiyatrik tanınız var mı?
var yok
- 10) Varsa belirtiniz
- 11) Psikoterapi Hizmeti aldınız mı?
evet hayır
- 12) Psikiyatrik ilaç kullanımı var mı?
var yok
- 13) Varsa belirtiniz
- 14) Diğer ilaç kullanımı var mı?
- 15) Sigara kullanımı var mı? var yok
- 16) Alkol kullanımı var mı? var yok
- 17) Madde kullanımı var mı? var yok
- 18) Alkol ve/veya madde bağımlılığı tanısı aldınız mı? evet hayır

EK 4. Yetişkin Ebeveyn Kabul Red Ölçeği Anne Kısa Form (EKRÖ)

Yönerge: Bu sayfada anne- çocuk ilişkisini içeren ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelerin annenizin size olan davranışlarıyla benzer olup olmadığını düşünün. Sonrasında “Hemen Hemen Her Zaman Doğru”, “Bazen Doğru”, “Nadiren Doğru”, “Hiçbir Zaman Doğru Değil” şıklarından sizin için en uygun olanı işaretleyin.

Hemen her zaman Bazen Nadiren Hiçbir zaman

- 1) Benim hakkımda güzel şeyler söylerdi.
- 2) Bana hiç ilgi göstermezdi.
- 3) Benim için önemli olan şeyleri anlatabilmemi kolaylaştırırdı.
- 4) Hak etmediğim zaman bile bana vururdu.
- 5) Beni tam bir baş belası olarak görürdü.
- 6) Kızdığı zaman beni cezalandırırdı.
- 7) Sorularımı cevaplayamayacak kadar meşguldü.
- 8) Benden hoşlanmıyor gibiydi.
- 9) Yaptığım şeylerle gerçekten ilgilenirdi.
- 10) Bana bir sürü kırıncı söz söylerdi.
- 11) Ondan yardım istediğimde beni duymazlıktan gelirdi.
- 12) İstenilen ve ihtiyaç duyulan biri olduğumu bana hissettirirdi.
- 13) Bana çok ilgi gösterirdi. 14 Beni kırmak için elinden geleni yapardı.
- 15) Hatırlaması gerekir diye düşündüğüm önemli şeyleri unutturdu.
- 16) Yanlış davrandığımda benden hoşlanmadığımı hissettirirdi.
- 17) Yaptığım şeylerin önemli olduğunu bana hissettirirdi.
- 18) Yanlış bir şey yaptığımda beni korkutur veya tehdit ederdi.
- 19) Benim ne düşündüğüme önem verir ve düşüncelerimi ifade etmemden hoşlanırdı.
- 20) Ne yaparsam yapayım, diğer çocukların benden daha iyi olduklarını düşünürdü.
- 21) İstenmediğimi bana belli ederdi.
- 22) Beni sevdiğini belli ederdi.
- 23) Onu rahatsız etmediğim sürece benimle ilgilenmezdi.
- 24) Bana karşı yumuşak ve iyi kalpliydi.

EK 5. Savunma Biçimleri Testi (SBÖ)

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (×) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

-Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun -

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.
2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.
3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)
4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.
5. Kendime çok kolay gülerim.
6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimliler.
7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim. Bana
8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.
9. Süpermen" mişim gibi tehlikelere aldırım.
10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.
11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.
12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.
13. Çok tutuk bir insanım.
14. Hayallerimden gerçek hayatta olduğundan daha çok tatmin sağlarım.
15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.
16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm
17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim
18. Hiçbir şeyden korkmam.
19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm
20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.
21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.
22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.
23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.
25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.
26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.
27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.
28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum
29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim
30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım
31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar
32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.
33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır
34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.
35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim
36. Ne kadar yakınırsam yakınyım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum
37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum
38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.
39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.
40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım

EK 6. Ayrılma Bireyleşme Ölçeği (ABÖ)

Aşağıda bazı duygular ve deneyimler hakkında bir dizi ifade yer almaktadır. Lütfen ifadelerin sizi ne kadar yansıttığını ifadelerin yanına 1 ile 10 arasında bir sayı yazarak belirtin. (1=Hiç katılmıyorum, 5=Kararsızım, 10=Tamamen katılıyorum). Sorular üzerinde çok durmadan ilk aklınıza gelen derecelendirmeyi yapın.

1. İnsanlar birbirine gerçekten çok değer verip bağlandığında, sıklıkla kendileri hakkında daha kötü hissederler.
2. Bir kişi, başka birine duygusal olarak aşırı yaklaştığında çoğu zaman kendini kaybolmuş hisseder.
3. İnsanlar birine gerçekten öfkelenildiğinde genelde kendilerini değersiz hisseder.
4. İnsanların birine karşı duygusal olarak çok fazla yakınlaşmaya başladıkları zaman, büyük bir olasılıkla incinmeye en açık oldukları zamandır.
5. İnsanlar zarar görmemek için başkaları üzerindeki kontrolü elinde tutmaya ihtiyaç duyar.
6. İnsanları tanıdıkça değişmeye başladıklarını hissederim.
7. Hem iyi hem kötü yanlarımı aynı anda görebilmek benim için kolaydır.
8. Bana öyle geliyor ki insanlar benden ya gerçekten hoşlanıyor ya da nefret ediyorlar.
9. İnsanlar bana karşı çoğu zaman sanki ben yalnızca onların her isteğini yerine getirmek için oradaymışım gibi davranıyor.
10. Kendimden gerçekten hoşlanmak ile kendimi hiç beğenmemek arasında ciddi anlamda gidip geliyorum.
11. Kendi başıma olduğumda bir şeylerin eksik olduğunu hissederim.
12. İçimde bir boşluk hissetmemek için etrafımda başka insanların olmasına ihtiyaç duyarım.
13. Başka biriyle aynı fikirde olduğumda bazen kendime ait bir parçamı kaybetmiş gibi hissederim.
14. Herkes gibi ben de, ne zaman gerçekten saygı duyduğum ve hürmet ettiğim biriyle karşılaşırsam kendimi daha kötü görürüm, kendimle ilgili daha kötü hissederim.
15. Kendimi ayrı bir birey olarak görmek benim için kolaydır.
16. Anne babamdan ne kadar farklı olduğumu fark ettiğim zamanlarda çok rahatsızlık duyarım.

17. Önemli bir karar almadan önce neredeyse her zaman anneme danışırım.
18. Diğer insanlarla bağıllık kurup bunun gereklerini yerine getirmek benim için oldukça kolaydır.
19. Duygusal yönden biriyle yakınlaştığımda ara sıra kendime zarar veriyormuşum gibi hissediyorum.
20. Ya birini çok sevdiğimi ya da kimseye katlanamadığımı hissediyorum.
21. Sıklıkla, düşmekle ilgili beni korkutup tedirgin eden rüyalar görürüm.
22. Gözlerimi kapatıp, benim için anlamı olan kişileri zihnimde canlandırmak bana zor geliyor.
23. Birden fazla kere nasıl ya da neden olduğunu anlayamadığım şekilde, uykudan uyanır gibi kendimi biriyle bir ilişkide buldum.
24. Kabul etmeliyim ki kendimi yalnız hissettiğimde çoğunlukla sarhoş olmak isterim.
25. Ne zaman biriyle kavgalı ya da birine çok kızgın olsam kendimi değersiz hissederim.
26. En derin düşüncelerimi söyleyip paylaşacak olsaydım içimde bir boşluk hissederdim.
27. İnsanların benden hep nefret edermiş gibi olduklarını hissederim.
28. Anne-babama ne kadar çok benzediğimi fark ettiğim zamanlarda kendimi çok rahatsız hissediyorum.
29. Biriyle yakın bir ilişki içinde olduğumda sıklıkla kim olduğum duygusunun kaybolduğunu hissederim.
30. Başkalarını aynı anda hem iyi hem kötü özelliklere sahip insanlar olarak görmek benim için zordur.
31. Bana öyle geliyor ki kendim olabilmenin tek yolu diğerlerinden farklı olmaktır.
32. Duygusal açıdan birine aşırı yakınlaştığımda, benliğimin bir parçasını kaybettiğimi hissediyorum.
33. Ne zaman ailemden uzakta olsam kendimi çok rahatsız hissediyorum.
34. Fiziksel yakınlığı ve şefkati almak, kendi başına, ona bana kimin verdiğinden daha önemliymiş gibi olabiliyor.
35. Bir başka insanı gerçekten iyi tanımak bana zor geliyor.
36. Bir karar vermeden önce annemin onayını almak benim için önemlidir.
37. İtiraf etmeliyim ki, başka birinin kusurlarını gördüğümde kendimi daha iyi hissediyorum.

38. Diğer insanları yakınımnda tutabilmek için, içimde onları kontrol etme dürtüsü duyarım.

39. İtiraf etmeliyim ki birine duygusal olarak yakınlaştığımda, bazen onlara acı çektirme isteği duyarım.

ÖZGEÇMİŞ

EĞİTİM:

- 2019-2021 : **İstanbul Gedik Üniversitesi** Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
2014-2019 : **Bahçeşehir Üniversitesi** Psikoloji Lisans

MESLEKİ DENEYİM:

- 2019-2021 : Prof. Dr. Sibel Mercan'ın - Araştırma Asistanlığı
2020 : Prof. Dr. Sibel Mercan'ın Kliniği - Stajyer Psikolog
2019-2021 : Sarıyer Anaokulu - Psikolog
2019-2021 : Anne Çocuk Merkezi - Proje Yaratıcı, Psikolog
2018-halen : Uzak Yakın Film - Senaryo Danışmanı
2018 : Psikoterapi Enstitüsü'nde Stajyer Psikolog - Organizasyon Birimi
2018 : Bahçelievler Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği -Stajyer Psikolog
2018 : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi - Stajyer Psikolog
2016 : Bağlanma Laboratuvarı - Araştırma Asistanı