

T.C.  
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



PSİKODERMATOLOJİK BELİRTİLERİ OLAN VE OLMAYAN  
KİŞİLERDE TEMEL DEPRESYON, ALEKSİTİMİ, ZİHİNSELLEŞTİRME  
KAPASİTESİ VE SOMATİZASYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hilal CURA

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

TEMMUZ 2024  
İSTANBUL

T.C.  
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



PSİKODERMATOLOJİK BELİRTİLERİ OLAN VE OLMAYAN  
KİŞİLERDE TEMEL DEPRESYON, ALEKSİTİMİ, ZİHİNSELLEŞTİRME  
KAPASİTESİ VE SOMATİZASYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hilal CURA  
211287009  
(0009-0001-5399-2993)

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nurgül YAVUZER

İstanbul 2024



T.C.  
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Jüri Tez Onay Formu

16.07.2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Bu çalışma 16.07.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji (Tezli Yüksek Lisans) Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

**Dr. Öğr. Üyesi Nurgül YAVUZER**

Danışman

İstanbul Gedik Üniversitesi

**Dr. Öğr. Üyesi Hakan DUMAN**

Üye (İmza)

İstanbul Gedik Üniversitesi

**Dr. Öğr. Üyesi Selçuk ASLAN**

Üye (İmza)

İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Psikodermatolojik Belirtileri Olan ve Olmayan Kişilerde Temel Depresyon, Aleksitimi ve Zihinselleştirme Kapasitesi Arasındaki İlişkinin” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını, patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım (16/07/2024).

Hilal CURA

## ÖNSÖZ

Tez yazma sürecim boyunca, ihtiyacım olduğunda her zaman kendisine ulaşabildiğim ve yardım alabildiğim, tüm bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Yavuzer'e,

Veri toplama sürecinde bana yardımcı olan tüm arkadaşlarıma, aileme ve bu çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülere,

Akademik eğitimime katkıda bulunan ve her dersimi emekleriyle değerli kılan tüm bölüm hocalarıma ve verdikleri psikanalitik kuram ve klinik eğitimleri, seminerleriyle değerli birikimlerini bizlere aktaran meslektaşlarıma, hocalarıma,

Sevgili babam Aykut Cura ve sevgili annem Sema Geyve'ye, sevgili kardeşlerim Saruhan, Batuhan, Cem, Saygı, Emre ve sevgili eşleri başta olmak üzere tüm aileme,

Bu süreçte tüm desteğiyle yanımda olan biricik hayat arkadaşım Cenan'a ve sevgili arkadaşlarım Özge, İdil, Süha ve diğer tüm can dostlarıma teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunar, çalışmamı henüz ilkokula giden canım yeğenlerim Deren, Derin, Melisa, Aslan ve Mila'ya ve onların gelecek güzel günlerine ithaf ederim.

Temmuz 2024

Hilal CURA

Psikolog

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>ÇİZELGE LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1 Problem Durumu .....	1
1.2 Araştırmanın Amacı .....	4
1.3 Araştırmanın Önemi .....	5
1.4 Araştırmanın Sayıltıları .....	5
1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları .....	6
<b>2. KURAMSAL ÇERÇEVE</b> .....	<b>7</b>
2.1. Psikosomatik Tıp.....	7
2.1.1 Modern psikosomatik tıbbın tarihçesi .....	7
2.1.2 Psikosomatik hastalıklar .....	8
2.2 Psikodermatoloji.....	10
2.2.1 Psikodermatolojik hastalıkların sınıflandırılması .....	11
2.2.2 Psikodermatoloji ile ilgili literatür çalışmaları .....	12
2.3 Psikanalitik Psikosomatik Kuramları .....	14
2.3.1 Freud'un psikosomatik ile ilgili kavram ve açıklamaları .....	14
2.3.2 Psikanalitik psikosomatik kuramlarında başlıca isimler .....	17
2.3.3 Paris psikosomatik okulu psikosomatik kuramı .....	19
2.3.3.1 Temel depresyon (nesnesiz depresyon) .....	20
2.3.3.2 İşlemsel düşünce .....	20
2.3.3.3 Zihinselleştirme .....	21
2.4 Çalışmanın Temel Değişkenleri .....	22
2.4.1 Temel depresyon.....	22

2.4.2 Aleksitimi .....	23
2.4.3 Zihinselleştirme .....	25
<b>3. YÖNTEM.....</b>	<b>28</b>
3.1 Araştırma Modeli .....	28
3.2 Araştırma Grubu.....	28
3.3 Veri Toplama Araçları .....	31
3.3.1 Demografik bilgi formu.....	31
3.3.2 Psikiyatrik ve psikosomatik belirtiler bilgi formu.....	31
3.3.3 Temel depresyon ölçeği.....	31
3.3.4 Toronto Aleksitimi ölçeği-20 (TAÖ - 20) .....	32
3.3.5 Zihinselleştirme ölçeği .....	33
3.3.6 SCL-90 Psikolojik belirti tarama listesi depresyon, anksiyete, somatizasyon alt ölçekleri .....	34
3.4 Verilerin Toplanması.....	35
3.5 Verilerin Analizi.....	35
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>38</b>
4.1 Bağımsız Örneklem T-Test Analizi .....	38
4.1.1 Psikiyatrik belirtilere sahip olma değişkenine göre t-test analizi ..	38
4.1.2 Cinsiyet değişkenine göre t-test analizi.....	40
4.2 Pearson Korelasyon Analizi .....	42
4.3 Regresyon Analizi Sonuçları.....	45
4.3.1 Somatizasyon bağımlı değişkeni için regresyon analizi sonuçları .....	45
4.3.2 Aleksitimi bağımlı değişkeni için regresyon analizi sonuçları.....	48
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>51</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>64</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>66</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>72</b>
Ek - 1: Temel Depresyon Ölçeği.....	72
Ek – 2: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20).....	73
Ek – 3: Zihinselleştirme Ölçeği (MentS) .....	74
Ek – 4: SCL-90 Psikolojik Belirti Tarama Testi Somatizasyon, Depresyon ve Anksiyete Alt Ölçekleri.....	76
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>78</b>

## KISALTMALAR

<b>akt.</b>	: Aktaran
<b>çev.</b>	: Çeviren
<b>IPSO</b>	: Paris Psikosomatik Okulu
<b>MentS</b>	: Mentalization Scale Zihinselleştirme Ölçeği
<b>s.</b>	: Sayfa/sayfalar
<b>SCL-90</b>	: Psikolojik Belirti Listesi Ölçeği
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>TAÖ-21</b>	: Toronto Aleksitimi Ölçeği
<b>vd.</b>	: Çok Yazarlı Eserlerde İlk Yazardan Sonrakiler

## ÇİZELGE LİSTESİ

### Sayfa No:

Çizelge 2.1: Psikosomatik Alt Kavramlarının DSM-V Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar (163) Kategorisindeki Karşılıkları .....	9
Çizelge 2.2: DCPR Psikosomatik Teşhis Kriterleri .....	10
Çizelge 2.3: Vücut Sistemlerine Göre Başlıca Psikosomatik Hastalıklar .....	10
Çizelge 2.4: Koo and Lee Psikodermatolojik Hastalıklar Sınıflandırması .....	12
Çizelge 3.1: Araştırma Grubuna Ait Demografik Bilgiler .....	28
Çizelge 3.2: Araştırma Grubunda Psikodermatolojik Belirtileri Olan ve Olmayanların Frekans ve Yüzdesel Değerleri .....	29
Çizelge 3.3: Psikodermatolojik Belirtileri Olan Katılımcıların Deri Hastalıklarına İlişkin İlişkin Betimsel İstatistikler* .....	30
Çizelge 3.4: Psikodermatolojik Deri Belirtileri Olan ve Olmayan Katılımcıların Mevcut Psikosomatik Belirtilerine İlişkin Betimsel İstatistikler .....	30
Çizelge 3.5: Ölçeklere ve Yaş Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistikler .....	36
Çizelge 3.6: Ölçeklerin Grup 1 ve 2'ye Göre Çarpıklık ve Basıklık Değerleri .....	36
Çizelge 4.1: Psikodermatolojik Belirtilere Sahip Olma Değişkenine Göre T-Test Çizelgesi .....	38
Çizelge 4.2: Cinsiyet Değişkenine Göre T-Test Çizelgesi .....	40
Çizelge 4.3: Pearson Korelasyon Testi Bulguları: Ölçekler Arasında .....	42
Çizelge 4.4: Somatizasyon için Doğrusal Regresyon Analizi (Tüm Katılımcılar) ....	46
Çizelge 4.5: Somatizasyon için Doğrusal Regresyon Analizi (Psikodermatolojik Belirtileri Olanlar) .....	47
Çizelge 4.6: Somatizasyon için Doğrusal Regresyon Analizi (Psikodermatolojik Belirtileri Olmayanlar) .....	48
Çizelge 4.7: Aleksitimi için Doğrusal Regresyon Analizi (Tüm Katılımcılar) .....	49
Çizelge 4.8: Aleksitimi için Doğrusal Regresyon Analizi (Psikodermatolojik Belirtileri Olanlar) .....	49
Çizelge 4.9: Aleksitimi için Regresyon Analizi (Psikodermatolojik Belirtileri Olmayanlar) .....	50

# PSİKODERMATOLOJİK BELİRTİLERİ OLAN VE OLMAYAN KİŞİLERDE TEMEL DEPRESYON, ALEKSİTİMİ, ZİHİNSELLEŞTİRME KAPASİTESİ VE SOMATİZASYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

## ÖZET

Bu çalışma ile psikodermatolojik belirtileri olan kişilerin ruhsal işleyiş ve dinamiklerinin psikanalitik kuramlarda yer alan kavramlar çerçevesinde incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda psikodermatolojik belirtileri olan ve olmayan kişilerde temel depresyon, aleksitimi, zihinselleştirme kapasitesi ve somatizasyon arasındaki ilişkinin, ilişkisel tarama modeli kullanılarak araştırılması hedeflenmiştir. Bu amaçla 261 psikodermatolojik belirtileri olan ve 202 psikodermatolojik belirtileri olmayan olmak üzere toplam 463 kişi çalışmaya katılarak, Demografik Bilgi Formu, Psikodermatolojik ve Psikosomatik Hastalıklar Bilgi Formu, Psikolojik Belirti Tarama Listesi Somatizasyon, Depresyon ve Anksiyete Alt Ölçekleri (SCL-90), Temel Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-21) ve Zihinselleştirme (MentS) ölçeklerini yanıtlamıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, psikodermatolojik belirtileri olan katılımcılarda, psikodermatolojik belirtileri olmayan katılımcılara kıyasla daha yüksek temel depresyon, aleksitimi, depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeyleri olduğu görülmüştür. Ayrıca temel depresyon, aleksitimi ve somatizasyon düzeyleri arasında pozitif yönlü, zihinselleştirme ile temel depresyon, aleksitimi ve somatizasyon düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Yapılan regresyon analizlerinde bağımsız değişkenlerin somatizasyon ve aleksitimiye yordadığı bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar literatür kapsamında tartışılmış ve klinik açıdan önemine değinilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** *Psikosomatik, Psikodermatoloji, Somatizasyon, Aleksitimi, Zihinselleştirme*

**EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN BASIC  
DEPRESSION, ALEXHYTIMIA, MENTALIZATION CAPACITY AND  
SOMATIZATION IN INDIVIDUALS WITH AND WITHOUT  
PYSCHODERMATOLOGICAL SYMPTOMS**

**ABSTRACT**

This study aims to examine the psychological functioning and dynamics of people with psychodermatological symptoms within the framework of concepts in psychoanalytic theories. In this regard, it was aimed to investigate the relationship between basic depression, alexithymia, mentalization capacity and somatization in people with and without psychodermatological symptoms, using the correlational survey design. For this purpose, a total of 463 people, 261 with psychodermatological symptoms and 202 without psychodermatological symptoms, participated in the study and answered Demographic Information Form, Psychodermatological and Psychosomatic Diseases Information Form, Psychological Symptom Checklist-90 Somatization, Depression and Anxiety Sub-Scales (SCL-90), Basic Depression Scale, Toronto Alexithymia Scale (TAS-21) and Mentalization (MentS) scales. According to the results of the study, it was observed that the group with psychodermatological symptoms had higher levels of basic depression, alexithymia, depression, anxiety and somatization compared to the second group. Additionally, it was found that there was a positive relationship between basic depression, alexithymia and somatization levels, and a negative relationship between mentalization and core depression, alexithymia and somatization levels. Regression analyses showed that independent variables predicted somatization and alexithymia. The results obtained were discussed within the scope of the literature and their clinical importance was mentioned.

**Keywords:** *Psychosomatics, Psychodermatology, Somatization, Alexithymia, Mentalization*

## 1. GİRİŞ

Literatürün ve ayrıca klinik deneyimin de bize gösterdiği üzere bedensel olanla ruhsal olan arasında kuvvetli bir ilişki bulunmakta; ruhsal acılar bastırıldığı, sembolize edilemediği ve söze dökülemediği ölçüde kişinin bedeni aracılığı ile ifade bulmaktadır. Birçok psikoterapi ekolünde, özellikle de psikanalitik terapilerde, tedavinin ana amacının ‘Kişinin zihinselleştirme kapasitesinin artırılması; yaşadığı acıları, kayıpları söze dökebilir, psikoterapist ile konuşarak işleyebilir, dönüştürebilir hale gelmesi ve bu sayede bedensel semptomlarından ruhsal bir genişlemeye doğru yeni bir özgürlük alanına sahip olması’ olduğu söylenebilir.

### 1.1 Problem Durumu

“Ruh” anlamına gelen “Psike” ve “Beden” anlamına gelen “Soma” sözcüklerinin birleşiminden oluşan ”Psikosomatik” ruhsallıkla bedenin bütüncül etkileşimini işaret eden bir kavramdır ve ilk defa 1818 yılında Alman psikiyatrist Heinroth tarafından insomnia hastaları ile ilgili yeni bir tıp modeli olarak ortaya konularak hasta insana yeni bir bakış açısı getirmiştir. Psikosomatik araştırmalar psikosomatik rahatsızlıkların, somatizasyon olarak adlandırılan günlük bedensel yakınmalardan, egzama, ülser, alerjik astım, romatoid artrit gibi hastalıklardan, birçok otoimmün hastalığa ve kanser gibi ölümcül patolojilere uzanan geniş bir organik hastalık yelpazesini kapsadığını göstermiştir (Baudin 2002; İkiz, 2001).

Psikosomatik tıbbın bir alt branşı olan psikodermatoloji, hastaların teşhis ve tedavisini psikolojik, psikiyatrik ve dermatolojik olarak bütüncül bir yaklaşımla ele alır ve ortaya çıkışında, alevlenmesinde ve seyrinde ruhsal işleyişin ve psikolojik etkenlerin rol aldığı deri hastalıkları ile ilgilenir (Mercan ve Altunay, 2006). Psikodermatoloji ve psikanalitik psikosomatik literatüründe, alopesi areata (saçkıran), psoriasis (sedef), atopik dermatit (egzama) ve ürtiker gibi hastalıklara sahip kişilerde temel depresif, distimik, kişiler arası duyarlılığı yüksek ve aleksitimik bir yapının sıklıkla görüldüğü ortaya konulmuş, bu kişilerin duygularını tanımakta ve ifade etmekte zorlandıkları, öfkelerini bastırdıkları ve zihinselleştirme, içgörü

kapasitelerinde yetersizlikler yaşadıkları gözlemlenmiş ve bu tip kişilik özelliklerinin, bu hastalarda, duygusal bir tetikleyicinin ardından hastalığın ortaya çıkışı ve alevlenmesinde bir rolü olduğu tespit edilmiştir (Koblenzer, 1983; Jafferany, 2007; Korkoliakou, 2017; Çetin, 2021).

Temel Depresyon, psikanalitik psikosomatik kuramları tarafından ortaya konulmuş, psikosomatik ruhsal işleyişin öncülü olduğu düşünülen ve psikosomatik hastalarda sık rastlanan, klasik depresyon ve melankoliden farklı olarak, bir arzu eksikliği, heyecansızlık, ruhsal yorgunluk, boşluk hissi ve duygulanım/düşlem kapasitesinde bir fakirlikle karakterize, kronik bir depresyon türüdür ve kökenini yaşam ilk evrelerinde anne-bebek arasındaki ilişkideki yetersizlik veya aksamalardan aldığı düşünülmektedir . Temel depresyon halinde bir kişinin adeta bilinçdışı ve geçmiş öyküsü ile bağlantıları kesilmiş, zihinsel düzleminde bir sessizlik hakim olmuştur (Aisenstein, 2006; Pirlot ve Corcos, 2012; Marty, 2012; Yazıcı, 2015). Psikanalitik tanılarda, temel depresyonun en yakın olduğu kavram sessiz bir hüzün halinin hakim olduğu, boşluk, umutsuzluk ve yalnızlık duygularının ön planda olduğu ve temel depresyon gibi kökenini anne-bebek ilişkisinden aldığı düşünülen anaklitik depresyondur (McWilliams, çev. Kalem, 2020). Psikiyatrik tanıda ise temel depresyonla en fazla ilişkili tanı “sürekli düşük bir ruh hali ve keyif alamama durumu” olarak tarif edilen distimidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Psikanalitik psikosomatik literatüründe yapılan çalışmalarda, alopesi areata, psoriasis gibi deri hastalıkları olan kişilerde, belirgin temel depresif özellikler görüldüğü ve temel depresyonun aleksitimik bir yapının öncülü olduğu tespit edilmiştir (İkiz vd., 2006; Yaya, 2016; Erbudak, 2018).

Psikosomatik hastalıkların ortaya çıkışında önemli bir rolü olduğu düşünülen Aleksitimi, Yunanca kökenli bir kelimedir (a = eksiklik, lexis = kelime, thymos = duygu, ruh hali veya his) ve öznel duyguları tanıma ve tarif etme güçlüğü, kısıtlı bir düşlem kapasitesini ve dış dünyada olan günlük, önemsiz, somut olaylarla aşırı bir meşguliyet halini ifade etmektedir (Pirlot ve Corcos, 2012; Sago ve Babic, 2019). Psikosomatik hastalarla yapılan çalışmalarda, bu hastaların, sağlıklı kişilere göre yüksek aleksitimik özellikler gösterdikleri tespit edilmiştir (Allegranti, 1994; Linder, 2009; Willemsen vd., 2009, Deghani vd., 2017; Yazıcı vd., 2006 akt. Demirgil, 2023). Klinik gözlemlere göre, bu hastalar duygusal durumlarını ya hiç fark edemedikleri ya da duygularını birbirinden ayıramadıkları için onları tanımlayacak

sözcük bulamamakta, çöküntü, kaygı, kızgınlık gibi duygular arasında ayırım yapamamaktadırlar (Yaya, 2016; Erbudak, 2018; Salman, 2019). Bu kişilerin içsel ıstırap ve çatışmalarını düşünmemek veya derinden hissetmemek için adeta ‘sahte bir normallik’le kendilerini kamufle ettikleri düşünülmektedir (Pirlot ve Corcos, 2012; McDougall, 1989, akt. Cığeroğlu, 2015). Aleksitimik kişilik özelliklerinin duygusal tetikleyici bir olay ardından psikodermatolojik hastalıkların ortaya çıkışında etken olduğu ortaya konulmuştur; kişinin bastırıldığı, tanıyamadığı, söze dökmediği ruhsal acı ve çatışmalarının getirdiği stresin vücutta otoimmün yanıtları artırarak semptomların alevlenmesine yol açtığı gözlemlenmiştir (Koblenzer, 1983; Jafferany, 2007; Korkoliakou, 2017; Çetin, 2021). Aleksitimik yapının, zihinselleştirme kapasitesindeki eksiklikler ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (Pirlot ve Corcos, 2012; Sago ve Babic, 2019).

Zihinselleştirme, psikosomatik literatüründe birbirleriyle ilişkili ama iki farklı kavramsallaştırmaya sahiptir. Psikanalitik psikosomatik kuramında, anahtar bir kavram olan zihinselleştirme, kişinin ruhsal temsil kapasitesini gösterir. Kişinin zihinselleştirme kapasitesi, bilinçdışından gelen dürtüsel enerjiyi, önbilincinde nicelik ve nitelik olarak yeterli ruhsal temsillere dönüştürebilme yetisi ile ilgilidir ve zihinselleştirme yetersizliğinin kökenini anne-bebek ilişkisindeki bir eksiklik/aksama sonucunda ortaya çıkan temel depresyondan aldığı düşünülmektedir (Baudin, 2002; İkiz, 2008; Marty, 2012; Yazıcı, 2015). Diğer yandan, Fonagy tarafından genişletilen ve operasyonelleştirilen zihinselleştirme kavramı, kişinin kendisinin ve başkalarının davranışlarının arkasında yatan düşünce, istek, niyet, ihtiyaç ve duygu gibi zihin durumlarını anlama ve bunları birbirine bağlayabilme yetisi ile ilgilidir (Dimitrijevic vd., 2017; Havle, 2023). Özetle, ilki daha bilinçdışı/bilinçöncesi süreçleri, ikincisi daha bilinç düzeyinde süreçleri tarif etmektedir. Ancak iki tanımıyla da, psikosomatik hastalıklarda zihinselleştirmede yaşanan güçlüklerin, somatik işleyişte düzensizliğe ve bedensel bozulmaya yol açtığı düşünülmekte ve gözlemlenmektedir.

Bütün bu bilgiler ışığında, temel depresyon, aleksitimi ve zihinselleştirmenin ‘psikosomatik işleyiş’ olarak adlandırılan, psikosomatik hastaların ruhsal işleyişinde ve dinamiklerinde, birbiri ile ilişkili temel kavramlar oldukları ve psikosomatik hastalığın ortaya çıkışında önemli rolleri olduğu görülmektedir. Buna göre, bu kavram ve kuramlar çerçevesinde ‘psikosomatik işleyiş’ şöyle formüleleştirilebilir: Duygularını tanımakta ve ifade etmekte güçlük çeken ve içgörü/empati özellikleri

yeteri kadar gelişmemiş, aleksitimik ve zihinselleştirme kapasitesi yetersiz kişiler, bilinçdışı dürtülerini, iç çatışmalarını ve zorlayıcı duygularını sembolik bir düzlemde işleyememekte ve kişinin taşıyamadığı dürtüsel enerji bedensel bozulmaya yok açmaktadır.

Bu çalışma ile, psikodermatolojik belirtileri olan kişilerde yukarıda sözü geçen 'psikosomatik işleyiş'in olup olmadığı ve belirtileri olmayan kişilere göre nasıl bir farklılık gösterdiği, yukarıdaki değişkenler kullanılarak sorgulanmıştır.

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma ile psikodermatolojik belirtileri olan ve olmayan kişilerin ruhsal işleyişinin temel depresyon, aleksitimi, zihinselleştirme değişkenleri dahilinde araştırılması ve kıyaslanması amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında, ayrıca literatürde, psikodermatolojik belirtileri veya hastalıkları olan kişilerde en sık rastlanılan psikolojik belirti değişkenlerinin (somatizasyon, depresyon ve anksiyete), çalışmanın temel değişkenleri ile ilişkileri bağlamında incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaçlar doğrultusunda, bu çalışma ile aşağıdaki soruların cevapları araştırılmıştır:

1. Temel depresyon, aleksitimi ve alt boyutları, zihinselleştirme ve alt boyutları, somatizasyon, depresyon ve anksiyete arasında nasıl bir ilişki vardır?
2. Psikodermatolojik belirtileri olan ve olmayan kişilerde, temel depresyon, aleksitimi ve alt boyutları, zihinselleştirme ve alt boyutları, somatizasyon, depresyon ve anksiyete açısından anlamlı bir fark var mıdır?
3. Çalışmada kullanılan diğer değişkenlerin somatizasyonu yordama durumu nedir ve bu psikodermatolojik belirtileri olan ve olmayan kişilerde nasıl bir farklılık göstermektedir?
4. Çalışmada kullanılan diğer değişkenlerin aleksitimi yordama durumu nedir ve bu psikodermatolojik belirtileri olan ve olmayan kişilerde nasıl bir farklılık göstermektedir?

5. Cinsiyete göre, temel depresyon, aleksitimi ve alt boyutları, zihinselleştirme ve alt boyutları, somatizasyon, depresyon ve anksiyete açısından anlamlı bir fark var mıdır?

Literatür bilgisi çerçevesinde araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

H1: Psikodermatolojik belirtileri olan kişilerde, olmayan kişilere göre temel depresyon ve aleksitimi düzeyleri daha yüksek, zihinselleştirme düzeyleri daha düşüktür.

H2: Psikodermatolojik belirtileri olan ve olmayan kişilerde, temel depresyon ile aleksitimi arasında pozitif yönde, temel depresyon ve aleksitimi ile zihinselleştirme arasında negatif yönde bir ilişki vardır.

### **1.3 Araştırmanın Önemi**

Literatürde, psikosomatik deri hastalıkları olan kişilerin ruhsal dinamiklerini ve işleyişlerini, psikanalitik kavramlar çerçevesinde inceleyen nitel yöntemler kullanılarak yapılmış çalışmalar mevcut olmasına karşın, geniş bir örneklemede nicel yöntemle yapılmış temel depresyon, aleksitimi ve zihinselleştirme kavramlarını bir arada inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca yapılan çalışmaların çoğu Psoriasis ve Alopesi Areata hastalarından oluşan klinik örneklemlerde yapılmıştır. Geniş ve klinik olmayan bir örneklemede, nicel ölçüm araçlarıyla bu kavramları test etmesi ve Psoriasis, Alopesi Areata, Egzama, Ürtiker, Zona ve Rozasae olmak üzere 6 hastalık grubunu kapsamı bakımından bu çalışma bu anlamda bir ilk oluşturacaktır. Çalışmanın bulgularının psikoloji literatürünün yanı sıra, psikodermatoloji alanına da faydalı olması umulmaktadır.

### **1.4 Araştırmanın Sayıtları**

1. Araştırmaya katılan kişilerin kullanılan veri toplama araçlarını samimiyetle cevapladıkları varsayılmaktadır.
2. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının “Psikodermatolojik Belirtileri Olan ve Olmayan Kişilerde Temel Depresyon, Aleksitimi ve Zihinselleştirme Kapasitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” konusunun ölçümünde geçerli ve güvenilir yöntemler olduğu varsayılmaktadır.

### 1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma grubu 18 yaş ve üzeri 463 katılımcıdan oluşmaktadır ve araştırma sonucu elde edilen bulgular katılımcıların örneklemini ile sınırlıdır.
2. Araştırmada kadın ve erkek katılımcı sayısı eşit değildir.
3. Araştırma soruları kapsamında katılımcılardan elde edilen bilgiler araştırmada Temel Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Zihinselleştirme Ölçeği ve SCL-90 Belirti Tarama Listesi Ölçeğinin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.
4. Araştırmanın değişkeni olan psikodermatolojik belirtiler, hastalıklar Koo and Lee psikodermatoloji sınıflandırması içerisinde, sadece teşhis edilebilecek Ürtiker, Alopesi Areatata (Saçkıran), Atopik veya Nörodermatit (Egzama), Psoriasis (Sedef), Zona ve Gül hastalıkları ile sınırlandırılmıştır ve araştırma grubu klinik bir örneklem değildir, bu belirtilere/hastalıklara sahip olup olmadıkları kişisel beyanlarına göre tespit edilmiştir.

## 2. KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde çalışmanın amacı doğrultusunda psikosomatik tıp, psikodermatoloji ve psikanalitik psikosomatik kuramları literatüründen ilgili kısımlara yer verilmiş, çalışmanın temel değişkenleri olan ‘Aleksitimi’, ‘Zihinselleştirme’, ve ‘Temel Depresyon’ kavramları ilgili psikosomatik ve psikodermatolojik araştırma literatürüyle birlikte incelenmiştir.

### 2.1. Psikosomatik Tıp

“Ruh” anlamına gelen “Psike” ve “Beden” anlamına gelen “Soma” sözcüklerinin birleşiminden oluşan ”Psikosomatik” ruhsallıkla bedenin bütüncül etkileşimini işaret eden bir kavramdır. Her ne kadar tıp tarihinin başından beri ruhsallık ve beden arasında ilişki kuran bütüncül yaklaşımlar ve buna karşıt görüşler süregelmiş olsa da, “Psikosomatik” kavramı, ilk defa 1818 yılında Alman psikiyatrist Heinroth tarafından insomnia hastaları ile ilgili yeni bir tıp modeli olarak ifade edilmiş ve hasta insana yeni bir bakış açısı getirmiştir (Baudin 2002; İkiz, 2001).

#### 2.1.1 Modern psikosomatik tıbbın tarihçesi

20. Yüzyılın ilk yarısında, nörobilim alanındaki gelişmelerden ve Freud’un psikanaliz kuramındaki varsayım ve kavramlardan yola çıkan çok sayıda klinisyen ve araştırmacı, ruhsallık ve beden arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik çalışmalar yapmıştır. Ferenczi’nin 1920’li yıllarda otonom sinir sisteminin kontrolü altındaki organlarda konversiyon reaksiyonları inceleyen çalışmaları ve ardından Cannon’un homoeostaz çalışmaları ile ilk bilimsel çıkarımlar ortaya konulmaya başlanmıştır. Cannon’a göre insanın ruhsallığı ve bedeni, girişik bir bütünlük halinde, psikososyal çevreyle sürekli etkileşim halinde olan ve sürekli bir denge durumunu (homeostaz) arayan bir sistemdir. Dıştan veya içten gelen bir uyaran dengeyi bozduğunda, sistem homeostaz durumuna dönmek için bir çözüm arayışına girmekte ve bunda başarılı olamadığında bir işlev bozukluğuna uğramaktadır. Bu bozukluğun derecesi ve

sürekliğine bağlı olarak ise psikosomatik hastalık ortaya çıkmaktadır (Karakılıç, 2012).

Ferenczi ve Canon'un ardından, Dunbar ve Alexander gibi klinisyenler psikosomatik tıp disiplinin oluşumuna 1940'lı ve 1950'li yıllarda öncülük etmişlerdir. Dunbar, ruhsal faktörlerin hastalıkların ortaya çıkışı ve seyrinde rol oynadığını ortaya koyarak, ruhsal ve fiziksel tedavileri aynı çerçevede topladığı psikosomatik tıp ve konsültasyon-liyezon psikiyatrisini kurmuş, Alexander ise kurucusu olduğu Chicago Psikanaliz Enstitüsünde psikosomatik çalışmalarını ilerletmiştir. Alexander, psikosomatik hastalıkların ortaya çıkışı ve seyrinde kişinin yaşadığı stresi bastırması sonucunda otonom sistem yanıtlarının arttığı veya parasempatik yanıtlar ve vejetatif işlevlerde değişiklik olduğunu ve bu uzun süreli otonomik uyarılma ve gerilimlerin kişilerde peptik ülser, gastrit, hipertansiyon, migren veya romatoid artrit gibi hastalıklara yol açtığını gözlemlemiştir. Ayrıca, 1950'lerde Selye'nin stresin beden üzerindeki etkilerini inceleyen laboratuvar çalışmaları, psikosomatik tıbbın gelişimine katkıda bulunmuştur. 1970'li yıllarda ise, Lipowski psikosomatik tıbbı psikolojik, fizyolojik ve sosyal etmenlerin birbirleriyle ilişkisini inceleyen, kapsamlı ve bütünsel bir yaklaşıma sahip bir disiplin olarak ortaya koymuştur (Debray vd., 2015; Karakılıç 2012).

### 2.1.2 Psikosomatik hastalıklar

Bedensel bir belirti veya bir hastalığın psikosomatik olduğunu söylemek, yaşanan rahatsızlığın köklerinin beden ve ruhsallığın iç içe geçmiş bütünlüğünde yattığını kastetmek demektir (İkiz, 2001). Parman'a göre "*hissettiğimiz her olgunun bedensel bir yankısı, bedensel her hissedilişin ruhsal dünyada bir karşılığı vardır*" (Parman, 2008, s.133, akt. Uncu, 2017).

Psikosomatik araştırmalar psikosomatik rahatsızlıkların, somatizasyon olarak adlandırılan günlük bedensel yakınmalardan, baş ağrılarına ve fibromiyalji gibi fiziksel nedeni olmayan ağrılara, egzama, ülser, kolit, migren, alerjik astım, romatoid artrit gibi hastalıklardan, birçok otoimmün hastalığa ve kanser gibi ölümcül patolojilere uzanan geniş bir organik hastalık yelpazesini kapsadığını göstermiştir (Baudin, 2002; İkiz, 2001). Psikodermatoloji literatüründe, özellikle, psoriasis (sedef), alopesi areata (saçkıran), atopik veya nörodermatit (egzama), ürtiker gibi deri hastalıklarının, stres ve zorlayıcı yaşam olaylarıyla veya kayıp gibi ani ruhsal

travmalarla akut olarak ortaya çıkmaları ve alevlenmeleri sebebiyle psikosomatik işleyişin en gözle görülür olduğu durumlar olduğu bilinmektedir (Jafferany, 2007).

Psikiyatrik sınıflandırmada, psikosomatik belirtiler ve ilişkili durumlar, DSM'nin (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) son güncellenen versiyonu olan DSM-V'te "Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar" altında yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği; çev. Köroğlu, 2014). Aşağıda Çizelge 2.1'de bu çalışmada 'Psikosomatik' şemsiye kavramı altında psikosomatik kuramlarda sözü geçen, psikosomatik belirtiler, somatizasyon, konversiyon, hipokondriya gibi alt kavramların DSM-V'teki karşılıkları verilmiştir.

**Çizelge 2.1: Psikosomatik Alt Kavramlarının DSM-V Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar (163) Kategorisindeki Karşılıkları**

Psikosomatik Kavramı	DSM-V (163) Alt Kategorisi	DSM-V Tanımı
Psikosomatik Belirtiler, Somatizasyonlar	300.82	Bedensel Belirti Bozukluğu (163)
Hipokondriyak Uğraşlar	300.7	Hastalık Kaygısı Bozukluğu (164)
Konversiyon, Histerik Konversiyonlar	300.11	Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu (İşlevgören Nöroloji Belirtisi Bozukluğu) (165)

Çizelge 2.1'de görüldüğü üzere, DSM-V'te Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar (163) kategorisi altında yer alan 300.82 Bedensel Belirti Bozukluğu tanımlaması, yapılan tıbbi incelemeler sonucunda yeterli fizyolojik sebeplerin tespit edilemediği ve tekrarlayıcı bedensel belirtilerle seyreden ruhsal bozuklukları ifade etmektedir ve ruhsal etmenlerin rol oynadığı, bedensel bozulmanın görüldüğü, örneğin, psoriasis, ülseratif kolit, romatoid artrit gibi psikosomatik hastalıkları içermemektedir.

DSM ve ICD (Uluslararası İstatistiksel Hastalık Sınıflandırması ve İlgili Sağlık Sorunları) gibi mevcut psikiyatrik tanı sistemlerinin, günlük bedensel belirtilerden ağır organik hastalıklara çok geniş bir skalayı kapsayan psikosomatik rahatsızlıkları açıklamakta yetersiz kalmasından hareketle 1995 yılında DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research: Psikosomatik Araştırmalar İçin Teşhis Kriterleri) psikosomatik tanı sistemi geliştirilmiştir ve psikosomatik alanında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Tanı için semptom odaklı bir sınıflandırma yapan DSM ve ICD'nin aksine, DCPR hangi ruhsal faktörlerin (değişkenlerin) hangi klinik Çizelgede rol aldığını sorgulayan yeni bir yaklaşımdır ve Çizelge 2.2'de görülen 3 grup altında 12 değişkenden oluşmaktadır (Gürbüz, 2015).

**Çizelge 2.2: DCPR Psikosomatik Teşhis Kriterleri**

<b>Grup</b>	<b>Değişken</b>
Grup 1: Anormal Hastalık Davranışı	Sağlık Anksiyetesi, Fobik Bozukluk, Tanatofobi, Hastalık İnkarı
Grup 2: Somatizasyon*	Psikiyatrik Hastalıklara İkincil Fonksiyonel Somatik Semptomlar, Israrlı Süreğen Persistan Somatizasyon, Konversiyon Belirtileri, Yıl Dönümü Reaksiyonu
Grup3: Tıbbi Hastalıkları Olan Bireylerde Sıklıkla ve Dirençli Biçimde Görülen Psikolojik Boyutlar	Tip A Kişilik, İrritabl Duygudurum, Demoralizasyon, Aleksitimi

\* Lipowski'nin 'Somatizasyon' kavramını baz alır

Psikosomatik kuramın öncülerinden olan Chicago Okulu'nun sınıflandırmasını baz alarak, günümüz psikosomatik tıp modelinde psikosomatik hastalıklar vücut sistemlerine göre 7 kategori altında değerlendirilmektedir (Çizelge 2.3) (Gürbüz, 2015; Menkü, 2021).

**Çizelge 2.3: Vücut Sistemlerine Göre Başlıca Psikosomatik Hastalıklar**

<b>Vücut Sistemi</b>	<b>Başlıca Psikosomatik Hastalıklar</b>
Kardiyovasküler Sistem	Hipertansiyon, Koroner Arter Hastalığı, Mitral Valv Prolapsusu, Aritmiler, Ani Kardiyak Ölüm, Senkop
Solunum Sistemi	Astım, Hiperventilasyon Sendromu, Rinit, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
Gastrointestinal Sistem	Gastroözefageal Reflü, Peptik Ülser, Ülseratif Kolit, İrritabl Barsak Sendromu
Endokrin Sistem	Diabetes Mellitus, Hipertiroidizm, Premenstrüel Sendrom, Cushing Send
Deri Hastalıkları	Akne, Alopesi Areata, Egzama, Psoriasis, Pruritus, Ürtiker, Atopik Dermatit, Rozasae, Hiperhidrozis, Zona
Kas-İskelet Sistemi	Romatoid Artrit, Fibromiyalji, Sırt Ağrısı, Pelvik Ağrı, Ankilozan Spondilit
Bağ Ağrısı	Migren, Küme Baş Ağrısı, Gerilim Tipi Baş ağrısı

## **2.2 Psikodermatoloji**

Psikodermatoloji etiolojisinde, ortaya çıkışında, alevlenmesinde ve ilerleyişinde ruhsal işleyişin ve psikolojik/psikiyatrik etkenlerin rol oynadığı ya da ikincil olarak psikolojik/psikiyatrik semptomlara yol açan deri hastalıkları ile ilgilenir.

Deri ve beynin aynı embriyolojik tabakadan, ektodermden köken alması ve nöroendokrin, immün sistemler aracılığıyla çok yakın, çift yönlü bir iletişim ve etkileşim halinde olması psikodermatolojik semptomların bir kısmını anlamayı ve açıklamayı olanaklı kılmaktadır. Birçok dermatolojik ve psikiyatrik hastalıkta bu etkileşimin dengesi bozulmakta veya değişmektedir. Bu bölümün sonunda bazı örnekleri verilecek olan literatür çalışmalarında, psoriasis, alopesi areata, atopik

dermatit gibi deri hastalıklarının ortaya çıkışında ve alevlenmesinde zorlayıcı yaşam olaylarının yol açtığı stres ve ruhsal sebepler ekten olduğunu dair geniş kanıtlar sunulmuştur. Diğer yandan çoğunlukla kronolojik bir seyir izleyen dermatolojik hastalıklar, kişilerde depresyon, anksiyete gibi ikincil psikiyatrik semptomların ortaya çıkışında etkili olmaktadır. Bu sebeplerle, psikosomatik tıbbın bir alt branşı olan psikodermatoloji, hastaların teşhis ve tedavisini psikolojik, psikiyatrik ve dermatolojik olarak bütüncül bir yaklaşımla ele alır (Mercan ve Altunay, 2006).

Psikodermatolojik araştırmalar, üç grup altında yapılmaktadır: Stres araştırmaları, deri hastalıkları ile ilgili psikanalitik ve psikodinamik çalışmalar ve psikosomatik deri hastalıklarının klinik değerlendirme ve tedavisine yönelik çalışmalar. Son yıllarda psikodermatolojinin önemi birçok ülkede fark edilmeye başlanmış ve psikodermatoloji klinikleri kurularak, psikiyatristler, dermatologlar ve psikologlar birlikte çalışarak tanı ve tedavi planları düzenlemeye başlamıştır (Mercan ve Altunay, 2006).

### **2.2.1 Psikodermatolojik hastalıkların sınıflandırılması**

Dermatolog, klinik dermatoloji profesörü ve aynı zamanda psikanalist olan Koblenzer, psikodermatoloji alanında en fazla çalışan klinisyen ve araştırmacılardan biridir. Koblenzer, 1983 yılında geliştirdiği sınıflandırmasında, deri hastalıklarını ortaya çıkışında, alevlenmesinde ve seyirinde rol oynayan psikojenik faktörlere göre üç ana gruba ayırmıştır: Tamamen psikolojik kökenli durumlar, güçlü psikojenik faktörlerin atfedildiği durumlar ve seyri duygusal stresten etkilenebilecek durumlar. Benzer bir gruplandırmaya sahip olan Koo and Lee (2001) ve Harth (2008) sınıflandırmaları da, Koblenzer sınıflandırması ile birlikte psikodermatoloji klinik ve araştırmalarında yaygın bir şekilde kabul görmektedir (Çizelge 2.4) (Jafferany, 2016; Mercan ve Altunay 2006; Uzun 2014).

**Çizelge 2.4: Koo and Lee Psikodermatolojik Hastalıklar Sınıflandırması**

Grup	Açıklama	Başlıca Örnekleri
Psikofizyolojik (Psikojenik) Deri Hastalıkları	Ortaya çıkışı, alevlenmesi ve seyri stres ve güçlü psikolojik faktörlerden etkilenen fizyolojik deri hastalıkları	Psoriasis (Sedef Hastalığı), Alopesi Areata (Saçkıran), Atopik Dermatit (Egzama), Ürtiker, Rozasae, Pruritus (Sinirsel Kaşıntı), Zona Hastalığı
Dermatolojik Semptomlarla Birlikte Görülen Birincil Psikiyatrik Hastalıklar	Psikiyatrik bir hastalık veya durumun yol açtığı, hastaların davranışsal eylemleri (saç yolma, sanrisal paraziti dışarı çıkarmaya çalışma gibi) sonucunda deri lezyonlarına yol açtığı durumlar.	Artefakt Dermatiti, Sanrisal Parazitoz, Triktollamani (Saç Yolma), Nörotik Deri Yolma, Prurigo Nodularis ve Nörodermatit
Psikiyatrik Semptomların İkincil Olarak Ortaya Çıktığı Psikofizyolojik Deri Hastalıkları	Dış görünüşü sebebiyle hastaların stigmatizasyona uğradığı, sosyal geri çekilme, depresyon ve anksiyete gibi belirtiler gösterdikleri psikofizyolojik deri hastalıkları	Vitiligo, Alopesi Areata, Liken Planus, Süregelen İdiyopatik Ürtiker, Generalize Psoriasis, Akne Eksoriye

### 2.2.2 Psikodermatoloji ile ilgili literatür çalışmaları

Psikodermatoloji cilt hastalıklarını biyolojik, sosyal ve psikolojik mekanizmaların karmaşık etkileşiminden oluşan bir yaklaşımla ele alır. Psikolojik etkiyi anlamak, genetik yatkınlık, hastalığın seyri, kişilik yapısı, kişisel geçmiş, demografik faktörler, hastalığın kişinin ailevi ve toplumsal dinamiklerindeki yeri, mevcut yaşam durumları gibi çeşitli faktörlerin dikkate alınmasını gerektirir. Ayrıca çeşitli araştırmalardan elde edilen sonuçlar, kişinin yaşam durumundaki değişiklik ile cilt hastalıklarının başlangıcı ve şiddeti arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Koblenzer, 1983; Jafferany, 2007).

Koblenzer'in gözlemlerine göre psikofizyolojik deri hastalıklarında semptomlar sıklıkla, zorlayıcı yaşam olayları ardından onlarla başa çıkmakta zorlanılan dönemlerde ortaya çıkarlar; kliniğe gelen kişiler psikolojik olarak rahatsız hissetmekte, umutsuzluk, çaresizlik, ilişki sorunları, hayattan zevk alamama, geçmiş duyguların yeniden canlanması ile karakterize bir ruh halinde olmaktadır. Koblenzer'e göre başa çıkma mekanizmalarındaki bozulma, nöronal olarak iletilen acil durum önlemlerini etkinleştirerek biyolojik dengeyi değiştirmekte ve hastalığın gelişmesine, alevlenmesine yol açmaktadır (Koblenzer, 1983; Köksal, 2017).

Psikodermatoloji alanında günümüzde geniş literatür çalışmaları yapan klinisyen ve araştırmacılardan biri de psikiyatrist ve psikodermatoloji profesörü Jafferany'dir. Jafferany, 1951 ve 2004 yılları arasında yayınlanmış makaleleri inceleyerek psikodermatolojik araştırmaları özetlediği çalışmasında, dermatolojik

hastaların %40 ila %100'ünün, cilt reaksiyonlarının başlangıcı ve/veya alevlenmesi ile ilişkili duygusal tetikleyiciler yaşadıklarını bildirdiklerini tespit etmiştir: Bu oran psoriaziste %44, akne eksoriyede %50, ürtikerde %68, atopik dermatitte %70, alopesi areata, rozasae ve nörodermatitte %90, hiperhidrozitte %100 olarak görülmüştür. Jafferany'e göre stres deri hastalıklarında bir neden değil, duygusal tetikleyicilerle başa çıkmada yaşanan zorluklarla ilgili hastalığı tetikleyici bir biyolojik tepki olarak ortaya çıkmaktadır: Stres nöroendokrin sistemi tetikleyerek bağışıklık sistemi tepkisinde bozulmalar yaratmakta ve bunun sonucunda ciltte iltihaplanma meydana gelmektedir (Jafferany, 2007).

Jafferany, ayrıca bu çalışmasında, psoriazis, alopesi areata, ürtiker ve atopik dermatit hastalarında depresyon ve anksiyetenin komorbidite oranlarının %35 ile %60 arasında değişen oranlarda görüldüğünü tespit etmiştir. Çalışmada, özellikle bu dört hasta grubunda, zorlayıcı ve hastalığı duygusal olarak tetikleyici yaşam olaylarının çoğunlukla ailevi veya kişiler arası sorunlarla ilgili olduğu ve kişilik özelliklerinde hostilite ve distimik unsurların ön plana çıktığı ve nevrotik semptomlara rastlandığı yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Bu hasta gruplarına dair çalışmadan ortaya çıkan önemli bir bulgu da, bastırılmış agresyon, öfke ifadesinde güçlük ve ötekinin onayına duyulan yüksek ihtiyacın kişilerde öne çıktığı yönündedir (Jafferany, 2007).

Koblenzer ve Jafferany'nin çalışmalarında psoriazis, alopesi areata, ürtiker ve atopik dermatit başta olmak üzere psikodermatolojik deri hastalıklarının oluşumunda ve seyrinde rol oynayan duygusal ve psikolojik etkenlere, yatkınlık oluşturan kişilik özelliklerine ve psikiyatrik komorbiditelere yönelik bulgulara diğer uluslararası literatürde de rastlanmaktadır. Bu çalışmalardan bazı örnekler aşağıdaki gibidir.

Uluslararası literatürde mevcut araştırmalar, dermatolojik hastalıkları olan kişilerin yaklaşık %25'inin aynı zamanda depresyon, anksiyete veya somatoform reaksiyonlar gösterdiğini bildirmektedir. 3.700 kişinin dahil edildiği 13 Avrupa ülkesinde yapılan çok merkezli bir çalışmada Dalgard ve arkadaşları, deri hastalıkları olan kişilerde, stigmatizasyonun (damgalanma) etkisi ile depresyon ve anksiyete prevalansı hakkında kanıtlar ortaya koymuştur. HADS (Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği) sonuçlarına göre depresyon ve anksiyete prevalansı deri hastalıklarına sahip olan grupta sırasıyla %10,1 ve %17,2 olarak bildirilirken, sağlıklı kontrollerde %4,3 ve %11,1 olarak bildirilmiştir. Bu çalışma, benzer sonuçlar bulan

daha eski, tek merkezli epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarını doğrulamaktadır. Deri hastalıkları olan tüm kişilerin en az %17'sinde tedavi gerektiren psikiyatrik bir komorbidite görülmektedir (Gieler 2020; Dalgard, 2015).

Psoriasis, akne, vitiligo ve egzama hasta grubunda görülen psikiyatrik belirtileri (ICD-10 kriterlerine göre) diğer dermatolojik hasta grubu ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmayı amaçlayan 200 katılımcının yer aldığı başka bir araştırmada ise dermatoloji hastalarının %52,3'ünün ilişkili bir ICD-10 tanısına sahip olduğunu göstermiştir; en sık anksiyete bozuklukları (%28,6) ve depresyon (%21,9) görülmektedir (Jafferany, 2007).

Psoriasis hastalarında hastalık algısı ile ilgili 300 katılımcı ile yapılan bir çalışmada hastaların sadece %50'sinin öfke hislerini tarif edebildiği, %38'inin ise duygusal durumlarını tanımlayamadığı tespit edilmiştir. Psoriasis hastalarında 104 katılımcı ile yapılan bir diğer çalışmada, Toronto Aleksitimi Ölçeği skorları ile SCL-90 Belirti Tarama Testi Alt Ölçekleri somatizasyon, depresyon, anksiyete ve fobik anksiyete ve kişilerarası duyarlılık psikolojik belirtileri arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiş, Toronto Aleksitimi Ölçeği alt boyutları olan duygularını tanımlama ve ifade etme zorluğunun ilişki sorunlarına, başarısızlık, aşağılık ve kendini küçümseme duygularına neden olduğu sonucuna varılmıştır (Çetin, 2021; Korkoliakou, 2017).

### **2.3 Psikanalitik Psikosomatik Kuramları**

Bu bölümde çalışmanın temel değişkenlerini oluşturan 'Aleksitimi', 'Temel Depresyon' ve 'Zihinselleştirme' kavramlarının kuramsal alt yapısı, Freud ve Paris Psikosomatik Okulu (IPSO) kurucu psikanalistlerinden Pierre Marty ve Michele de M'Uzan'ın psikosomatik ruhsal işleyişi açıklayan kavramları çerçevesinde incelenecek ve bu kavramlarla ilişkili diğer kuramcıların çalışmalarına da kısaca yer verilecektir.

#### **2.3.1 Freud'un psikosomatik ile ilgili kavram ve açıklamaları**

Freud psikosomatik bir kuram geliştirmemiştir ancak çalışmalarında psikosomatik hastalıkların işleyişine dair kavramsallaştırmalar mevcuttur ve farklı zamanlarda geliştirdiği topografik modeli (ruhsal aygıtın bilinçdışı, bilinçöncesi, bilinç bölmeleri), dürtü kuramı ve dürtü ekonomisi perspektifi, 'ölüm dürtüsü' gibi

kavramları onun çalışmalarını baz alan Marty gibi psikosomatik kuramcılara bir temel oluşturmuştur (Smadja, 2011; Özçürümez, 2015).

1923 yılında yazdığı 'Ego ve İd'te Freud, egonun (benliğin;) her şeyden önce bedensel olduğunu, bedensel duyumlardan türediğini belirterek bedensel deneyimlerin egonun oluşumu ve gelişimindeki temel önemini tartışmıştır. Freud'a göre bedensel organizasyon bilinçdışının çekirdeğini oluşturmaktadır ve kökeninde erken dönem nesne ilişkileri yer almaktadır (Özçürümez, 2015). 1938 yılında yazdığı 'Some Elementary Lessons in Psychoanalysis' (Psikanalizde Bazı Temel Dersler) makalesinde Freud ruhsal olguların bedensel etkilerden yüksek derecede etkilenecek beden üzerinde en şiddetli eylemleri geliştirdiğini ifade etmiştir (İkiz, 2008).

Freud'un çalışmalarında psikosomatik semptomlar dört kategoride tanımlanmıştır. Bu kategoriler, günümüzde tıpta kullanılan karşılıklarıyla birlikte aşağıda görülebilir (Baudin 2002, İkiz, 2001).

1. Histerik Konversiyonlar: Bilinçdışı fantezi ve çatışmaların simgesel olarak bedende dışavurumları. (Tıpta 'Konversiyon' olarak tanımlanmaktadır.)
2. Aktüel Nevrozlarda Somatik Semptomlar: Histerik konversiyonların aksine sembolik bir anlamı olmayan, psişik çatışmaların yeterli bastırma düzeninde ele alınmadığı anksiyete ile birlikte seyreden bedensel semptomlar. (Tıpta çeşitli ağrı ve diğer bedensel rahatsızlık duyumları anlamına gelen 'Somatizasyon', 'Nevrasteni' tanımlarıyla yer almaktadır)
3. Hipokondriyak Semptomlar: Freud'a göre zihinde işlenmemiş narsisistik libidonun birikmesinden kaynaklanan herhangi bir organik patolojinin bulunmadığı paranoya hissi ile karakterize somatik yakınma ve uğraşlar. (Tıpta 'Hipokondriya', 'Hipokondriyak Uğraşlar' olarak tanımlanmaktadır)
4. Organik Hastalıklar: Kronik deri hastalıklarından, otoimmün bozukluklara, kansere kadar geniş bir yelpazede uzanan hastalıklar. (Tıpta 'Psikosomatik Hastalıklar' olarak tanımlanmaktadır)

Freud, dördüncü kategoride yer alan organik (psikosomatik) hastalıkların ortaya çıkışının ve bedensel bozulmanın psişik dinamiklerini iki farklı düzlemde ele alır: Birinci düzlemde hastalık bedene yerleştikten sonra narsisistik gerilemenin oluştuğunu, ikinci düzlemde ise 1920 yılında geliştirdiği dürtü kuramında yer alan yaşam ve ölüm dürtüleri arasındaki karşıtlığın ve ayrışmanın bedensel bozulmaya yol

açarak organik hastalığın ortaya çıkmasına ve ilerlemesine neden olduğunu öne sürer (Parman, 2005; Smadja, 2011).

Freud'a göre histerik konversiyonlarda bedende ortaya çıkan belirtiler bilinçdışı düşlem ve çatışmaların beden üzerinde bir simgeleştirmesi olarak ortaya çıkar ve bedensel bir hasara yol açmazlar. Organik (psikosomatik) hastalıklarda ise, histerik konversiyonların aksine, bedensel semptomların Freud'a göre bir anlamı yoktur; hastalık bastırılan dürtülerin ve duygulanımların bedene sapsması (gerilemesi) sonucu oluşur (Debray vd., 2015). Parman 2005 yılında kaleme aldığı 'Psikosomatik Tarihi ve Çocuk Psikosomatiği' makalesinde, Freud'un histerik konversiyonlar ve psikosomatik hastalıklar arasındaki bu ayrımını şöyle ifade eder: "*Beden histerik için bir alettir, oysa psikosomatik hasta için bir kurbandır. Birincisi bedeniyle konuşuyorsa, ikincisi bedeniyle acı çeker.*" (Parman, 2005).

Son olarak, Freud'un topografik modelinde yer alan 'Ruhsal Aygıt' kavramından kısaca bahsetmek, ileriki bölümlerde Marty'nin kuramında psikosomatik işleyişin ve zihinselleştirme kapasitesi gibi kavramlarının anlaşılması açısından faydalı olacaktır. Freud'un topografik modeline göre ruhsal aygıt, bilinç, bilinç öncesi ve bilinç dışı olarak üç bölümden oluşur (Parman, 2005).

1. Bilinçdışı, işlenmemiş, birincil süreçlerin hakim olduğu, ruhsal aygıtın en ilkel bölümüdür ve yapıtaşını dürtüler oluşturur.
2. Bilinçöncesi ruhsal aygıtta bilinç ve bilinçdışı arasında, ham malzemeyi, 'şeyleri', rüyalar, düşlemler, sakar eylemler vb. aracılığı ile ruhsal tasarımlara dönüştüren, bilince çıkmaması gereken malzemeyi ise algılamayan veya sansürleyen bir ara bölme, geçiş alanıdır.
3. Bilinç ise, insan gelişiminde en son ortaya çıkar ve bilinçöncesi tarafından yapılan ruhsal tasarımların, kelime tasarımlarına dönüştüğü bölümdür.

Freud, daha sonra bu üç bölümün birbirinden ayrı düşünüldüğü topografik modeli terk ederek, yapısal kuramını (id-ego-superego) oluşturmuştur.

Sonraki bölümlerde psikosomatik kuramları detaylı biçimde incelenecek olan Marty ve Uzan, psikosomatik hastalıkların ortaya çıkışı ve ilerlemesindeki ruhsal dinamikleri ve psişik mekanizmayı, Freud'un dürtü kuramı, dürtü ekonomisi ve topografik modeli perspektiflerinden ele alır: Psikosomatik hastalarla yaptıkları çalışmalarda, bu hastalarda zihinsel bir sessizlik ve arzusuzluk: 'temel depresyon' ve

fakir bir düşlemsel ve sözel kapasite ile karakterize bir 'işlemsel düşünce' hali olduğunu gözlemleyen Marty ve Uzan, bu hastalarda 'önbilinç'in 'zihinselleştirme', yani ruhsal tasarım işlevini, nitelik ve nicelik olarak yeteri kadar yerine getiremediğini, bunun sonucunda bilinçdışından boşalmak isteyen dürtüsel enerjinin, simgeleştirilemeden doğrudan bedene atlayarak bedensel bozulmaya yol açtığını öne sürerler (İkiz, 2001).

### **2.3.2 Psikanalitik psikosomatik kuramlarında başlıca isimler**

Temellerini Freud ve psikanalizin kavram ve modellerinden alan psikosomatik disiplinin oluşumuna çalışmalarıyla öncülük eden başlıca klinisyen ve kuramcılar George Groddeck, Sándor Ferenczi, Felix Deutsch ve Wilhelm Reich'tir. Psikosomatik kuramlar üç büyük ekol altında ele alınmaktadır (Parman, 2005):

1. Klein Okulu: Melanie Klein, Ángel Garma ve Melitta Sperling
2. Chicago Okulu: Franz Alexander ve öğrencileri
3. Paris Psikosomatik Okulu (IPSO): Pierre Marty, Michele de M'Uzan, Michel Fain, Christian David, Rosine Debray ve Pierre Fedida.

Freud'u takiben, Deutsch, Groddeck ve Ferenczi'nin yaptığı çalışma ve gözlemler, psikosomatik kuramların gelişmesinde etkili olmuşlardır. Freud'un öğrencisi olan Deutsch somatik hastalıkların psikanalitik tedaviyle ele alınabileceğini düşünen ilk isimlerden biri olmuş ve Heinroth'un psikosomatik kavramını tekrar gündeme getirmiştir. Groddeck, bedensel ve ruhsal hastalıkların bir bütün olarak düşünülmesi gerektiğini savunmuş ve bedensel hastalıkların güçlü bir nedeni olarak alt benliği ele almıştır (Smadja, 2011). Psikanalitik literatüre önemli katkıları olan Ferenczi ise çalışmalarının bir bölümünü organik hastalıklar sonrasında hayatta kalan nevrotik, narsisistik veya psikotik yapılanmaya sahip kişilerin psikanalizine ayırmış ve Freud gibi aktüel ve psikonevrozlar arasında bir ayrıma giderek, libidinal enerjinin kişinin hasta kısmına yönelerek semptomlarında yarattığı artışı ifade eden 'patonevroz' kavramını oluşturmuştur (İkiz, 2008; Smadja, 2011; Parman, 2005; Özçürümez, 2015).

Freud, Deutsch, Groddeck ve Ferenczi tarafından temelleri atılan psikosomatik kuramları, Klein, Chicago ve Paris Psikosomatik okulları tarafından geliştirilmiştir. Paris Psikosomatik okulundan farklı olarak Freud'un

kavramsallaştırdığı histerik konversiyon modelini izleyen Klein ve Chicago okullarına göre psikosomatik hastalıklarda bedensel semptomların birer anlamı vardır. Klein okuluna göre psikosomatik hastalık ilkel fantezilerin beden aracılığı ile simgeleştirilmesidir. Chicago Okulunun kurucusu olan Alexander psikosomatik kuramında psikanaliz ve fizyopatolojiyi birleştirmiştir. Alexander'ın psikosomatik hastalıklarla ilgili temel varsayımı belirli kişilik tiplerinde yaşanan özgül çatışmaların ve baskılanan duygulanımların, fizyolojik bir yatkınlık da bulunması durumunda, otonom sinir sistemi aracılığı ile organlara iletilerek belirli hastalıklara yol açtığıdır. Alexander'a göre yedi temel psikosomatik hastalık alerjik astım, peptik ülser, ülseratif kolit, hipertansiyon, romatoid artrit, atopik dermatit ve hipertiroid'tir (Debray, 2015; Smadja 2011).

Diğer yandan, İkinci Dünya Savaşı sonrasında René Spitz, Serge Lebovici ve Michel Soulé gibi isimler çocuk psikosomatigi alanında önemli çalışmalar yapmış ve psikosomatik kuramları, Klein'in yanı sıra nesne ilişkileri ekolünün önde gelen isimlerinden Bion, Tustin, Winnicot gibi klinisyenlerin söz-öncesi, arkaik zihinsel durumlar ile ilgili çalışmalarıyla zenginleşmiştir. Bu çalışmalarından hareketle ilkel zihinsel durumlar ile ilgili psikanalitik kavramları genişleten ve günümüzde hala çalışmalarına devam eden isimlerden biri klinik psikolog ve psikanalist Judith Mitrani'dir. Mitrani'nin 'Zihinselleştirilememiş Deneyim' terimi, ruhsallıkta sembolik olarak işlenememiş; zihinsel temsillere dönüştürülememiş ve anksiyete gibi sinyal duyumlara dönüştürülememiş içsel ve dışsal temel duyu verilerini ifade eder. Mitrani'ye göre zihinselleştirilemeyen bu acı verici deneyimler ezici bir kaygı, yıkıcı bir kayıp ve acı dolu bir özlem hissiyle doğrudan bedende duyumsanmakta veya eyleme dökülmektedir. Mitrani, psikosomatik hastalarla yapılan psikanalitik terapilerde, deneyimlerin zihinselleştirilmesinin terapinin başlıca amaç ve araçlarından biri olarak ortaya çıktığını belirtmektedir: Terapist, hastanın iç çatışmalarını, ruhsal sıkıntılarını, acılarını ve acı verici anılarını sözel bir düzleme taşımaya aracılık ederek, eyleme dökmeler ve bedenselleştirmelerden kendisi üzerine düşünebileceği sözel ve temsili bir alan oluşturmasına yardımcı olmaktadır. Mitrani'nin zihinselleştirilememiş deneyim kavramsallaştırması Bion'un 'İsimsiz Dehşet', Winnicot'un 'Düşünülemez Kaygılar' ve Marty ve Uzan'ın işaret ettiği önbilincin zihinselleştirme kapasitesindeki eksikliklerle yakında ilişkilidir (Mitrani ve McDougall, 2008; Parman, 2005; Özçürümez, 2015).

### 2.3.3 Paris psikosomatik okulu psikosomatik kuramı

1940'ların sonunda Paris Psikanaliz Kurumu (SPP) psikanalistleri P. Marty, M. De M'uzan, C.David ve M. Fain bir araya gelerek Paris psikosomatik okulunun temelini oluşturmuştur. 1972'de kurulan Paris Psikosomatik Okulu (IPSO)'nun kuramsal çerçevesi içerisinde yer alan kavramlar; "Temel (Nesnesiz) Depresyon", "İşlemsel Düşünce", 'Libidinal Ekonomide Gerileme ve İlerleyici Düzensizleşme' ve "Zihinselleştirme"dir.

Marty'nin başlıca makaleleri "Alerjik Nesne İlişkisi" (1958), "İşlemsel Düşünce" (1968), ve kitapları Psikosomatik Araştırma (1963), Temel Depresyon (1968), Yaşam ve Ölümün Bireysel Devinimleri (1976), Psikosomatik Düzen (1980) ve Yetişkin Psikosomatiği (1990)'dir. İlk çalışmalara cephalaljik (migrene kadar uzanan kronik baş ağrılarına sahip olan) ve alerjik hastalarla başlanmış, bu hastalarda nevrotik savunmaların ve semptomların sembolik anlamlarının eksik olduğu, kendilerini düşünsel ve sözel olarak ifade edemedikleri tespit edilmiştir (İkiz, 2001; Yazıcı, 2015).

Psikosomatik okulları içerisinde IPSO, Freud'un konversiyon modelini baz alan Klein ve Chicago okullarından farklı olarak, Freud'un konversiyon ve organik (psikosomatik) hastalıklar arasındaki ayrımını benimsemiş ve kuramını Freud'un dürtü kuramı etrafında şekillendirmiştir. Marty, psikosomatik hastaların zihinselleştirme kapasitelerinin eksik, önbilinçte derinlemesine çalışmakta yetersiz, kırılğan, kendilerini ifade edemeyen ve düşlemsel fakirlik içerisinde olan, işlemsel düşünce tarzında, heyecansız ve arzusuz kişiler olduklarını, adeta zihinsel bir sessizlik içerisinde durduklarını gözlemlemiştir (İkiz, 2008).

Bu gözlemleri sonucunda geliştirdiği, işlemsel düşünce, libidinal ekonomide ilerleme ve gerileme devinimleri, temel depresyon, zihinselleştirme Marty'nin geliştirdiği önemli psikosomatik kavramlarıdır. Marty'e göre psikosomatik hastalarda ruhsal işleyiş şu şekilde gerçekleşmektedir: Kişide önce infantil dönemden, anne bebek ilişkisindeki aksaklıklardan kökenini alan temel depresyon ve kişinin önbilincinin zihinselleştirme kapasitesinde eksiklikler ortaya çıkmakta, psişik çatışmalar arttığında kişi yaşantısını dil içerisinde temsil edip dürtüsel enerjiye bir tasarım kazandıramamakta; diğer bir deyişle 'zihinselleştirememekte' ve simgeleştirme yoluyla boşaltılamayan dürtüsel enerji, doğrudan beden üzerine

atlayarak bedensel bozulmaya yol açmaktadır (Baudin, 2002; İkiz 2001; Yazıcı, 2015; Ciğeroğlu, 2015).

### **2.3.3.1 Temel depresyon (nesnesiz depresyon)**

Marty ve M'Uzan'a göre psişe ve beden arasındaki ayrılma bebeğin ilk nesne ilişkilerinde yaşadığı sevgi kaybına dayanmaktadır. Bebek annenin veya ilk bakım verenin depresyonunu ani sevgi kaybı olarak yorumlamakta, bununla birlikte bir anlam kaybı yaşamaktadır. Yaşamdaki bu ilk süreci Green, 1980 yılında yazdığı "Ölü Anne" makalesinde şu şekilde anlatmıştır: 'Bebek sevgi kaybı algılamaya başladıktan sonra anneye olan zihinsel yatırımını geri çeker; anne artık yok hükmündedir, bir nevi 'ölü anne'dir. Bu bebeğin psişik düzeninde bir delik oluşturur ve anlamlandırma, simgeleştirme yetisinin gelişimini engeller. Green'e göre bu, yetişkinlikte 'Temel Depresyon'un temelini oluşturur (Milton vd.2004, akt. Uncu, 2017; Yazıcı, 2015; Aisenstein, 2006; Marty, 2012; Pirlot ve Corcos, 2012).

Marty'e göre temel depresyon (nesnesiz veya beyaz depresyon olarak da adlandırılır) psikosomatik işleyişe neden olan ve psikosomatik hastalarda sık karşılaşılan bir olgudur. Psikosomatik hastaların bedenselleştirme süreci Marty'e göre temel depresyondan sonra ortaya çıkmaktadır. Klasik (zihinselleştirilmiş; nevrotik) depresyondan ve melankolik depresyondan farklı olarak, temel depresyonda, acı, hüznün, suçluluk, cezalandırılma beklentileri görülmez. Daha ziyade bir arzu eksikliği, yorgunluk, hiçbir şey istememe, hatta bedensel şikayetler dışında hiçbir şeyden şikayetçi olmama hali göze çarpar. Duygulanım ve düşlemler fakirleşmiştir. Nesnesiz depresyon olarak da adlandırılmasının sebebi, kişi, birini ve bir şeyi kaybettiğini, özlediğini inkar etmekte, sadece bir boşluk hissetmektedir (Marty, 2012; Yazıcı, 2015; Aisenstein, 2006). Temel depresyon halindeki kişi adeta bilinçdışı ile olan bağlantılarını kesmiş ve kendi geçmiş öyküsünden kopmuştur; zihinsel düzleminde bir sessizlik hali hakimdir. Marty'e göre temel depresyon 'işlemsel düşünce' biçiminin öncülüdür (İkiz, 2005; Pirlot ve Corcos, 2012).

### **2.3.3.2 İşlemsel düşünce**

Psikosomatik hastalarda gündelik ve somut düşüncelerin baskın olduğu, duygulanımlardan arındırılmış, çağrışım fakirliği ve düşlemsel hayatın neredeyse yokluğu ile karakterize bir düşünce ve ifade tarzı gözlemlenmektedir. Söylem içeriklerinde daha çok bedensel şikayetler, bazen nedensiz kaygı, yorgunluk,

bıkkınlık, stres ifadeleri göze çarpar. Bu hastalar sanki kendi içsel ruhsal gerçeklikleriyle bağlarını tümüyle koparmış gibidirler. Bunun içerideki çatışmalı ve fazla gelen uyarılara karşı bir savunma vazifesi gördüğü düşünülmektedir (İkiz, 2005; Aisenstein, 2006; Pirlot ve Corcos, 2012).

Marty, işlemsel düşüncenin psikosomatik hastalığı anlamak için en iyi yol olduğunu düşünür; işlemsel düşünce halinde kişi kendisinde hiçbir düşünme ve hayal gücüne izin vermemektedir ve bunun sonucunda libido, arzu tamamen yok olmakta ve bedende hastalık ortaya çıkmaktadır (Marty, 2012; İkiz, 2005).

### **2.3.3.3 Zihinselleştirme**

Psikosomatik psikanalitik yaklaşımın anahtar kavramı olan zihinselleştirme, psikosomatik kuramında 'kişinin içsel ve diğer kişiler ile olan çatışmalarını, depresyonunu ve kaygısını kontrol altına alma, dayanabilme ve anlaşma sağlama kapasitesi' olarak tanımlanır ve ruhsal aygıtın gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Zihinselleştirme ruhsal aygıtın içgüdüsel, dürtüsel, libidinal ve saldırgan enerjilerin düzenlenmesi için kullandığı simgesel işlemlerin tümüdür ve psikosomatik hastalarda belirgin olarak iyi zihinselleştiremememe durumu söz konusudur (Baudin 2002; Parman, 2006; İkiz, 2008; Pirlot ve Corcos, 2012).

Zihinselleştirme kapasitesinin yüksek olması, ruhsal tasarımların, düşlemsel işlevlerin hem sayıca bol ama hem niteliksel olarak gelişmiş olması anlamına gelir. Ayrıca bilinç ve bilinçdışı arasında arabulucu bir sistem olarak, iyi işleyen, içsel çatışmaları dengede tutan bir önbilincin varlığı da önemlidir; dürtü tatmin olmalıdır, bir başka deyişle, ya boşaltılmalı ya da temsillere bağlanmalıdır ve bu temsiller birbirine düzenli olarak eklenmelidir. Önbilincin esnekliği ve akışkanlığı sayesinde nesnelere tasarımını bilinçdışından getirerek kelimelerle bağlantılandırıp dil oluşumunu sağlar. Bu süreci bozan ise psikoafektif açıdan uyarıların sürekli tekrar etmesi ve eklemleyebilme kapasitesinin ortadan kalkmasıdır (Baudin 2002; İkiz, 2001; Yazıcı, 2015; Marty, 2012).

Zihinselleştirme yeterli olmadığında bu kişiyi bedensel düzensizleştirmeye götürür: İlk önce zihinsel çözümleme yapılamayan ve davranışsal çıkışlar bulunamayan uyarımlar birikir, bunu temel depresyon takip eder, simgeleştirme/zihinselleştirme gerçekleştirilemediği için yoğun kaygı ortaya çıkar ve bedensel düzensizleşme başlar. Ve tüm bunların sonucunda ilerleyici ağır, bedensel

bir hastalık ortaya çıkar. Diğer yandan yeterli zihinselleştirme kapasitesine sahip bir birey de tüm temsili sistemini alt üst edecek, ölüm, kayıp gibi sarsıcı, travmatik bir yaşam olayı karşısında bedensel düzensizleştirmeye sürüklenip hasta olabilmektedir (Baudin 2002; Yazıcı, 2015; Leader, 2008).

Psikosomatik hastaların analitik terapilerinde zihinselleştirme kapasitesinin hem nitelik hem de nicelik olarak artırılması terapistin/analistin başlıca amaç ve aracı olarak görülmektedir. Aisenstein psikosomatik hastalarla “görüşme sanatından” söz eder. “Böyle bir hasta ile ilgilenirken hasta ile birlikte düşünmek ve onu işlemin içine almak önemlidir, hastanın emosyonel yaşantısının inşa edilmesi, keşfedebilmesi ve paylaşabilmesi için önbilinci desteklemek ve uyarmak için gereken her şey yapılmalıdır” (Yazıcı, 2015; Aisenstein, 2006; Pirlot ve Corcos, 2012).

## **2.4 Çalışmanın Temel Değişkenleri**

Bu bölümde çalışmanın temel değişkenleri ile ilgili bilgiler verilmiştir.

### **2.4.1 Temel depresyon**

Önceki kısımda Marty'nin psikosomatik kuramı çerçevesinde ‘Temel Depresyon’ kavramından bahsedilmişti. Kısaca tekrar özetlemek gerekirse, psikanalitik psikosomatik bakış açısına göre temel depresyon, kişilerde zihinsel bir sessizliğin, ruhsal yorgunluğun, mutsuzluğun, heyecansızlığın ve arzu eksikliğinin hakim olduğu, klasik depresyon ve melankoliden farklı bir depresyon türü, daha doğru ifadelerle ‘depresif bir yapılanmadır’ ve kökenini yaşam ilk evrelerinde anne-bebek arasındaki ilişkide bir yetersizlik veya aksamadan aldığı düşünülmektedir.

Marty'nin bu kavramsallaştırması, psikanalitik yaklaşımda en çok Nancy McWilliams'ın Psikanalitik Tanı adlı referans kitabında belirttiği, sessiz bir hüznün halinin hakim olduğu, boşluk, umutsuzluk ve yalnızlık duygularının ön planda olduğu, ‘Anaklitik Depresif Kişilik’ tanımlaması ile bağdaşmaktadır ancak yine de iki kavram arasında tam bir örtüşme mevcut değildir. Yunanca bir kelime olan “Anaklitik” yaslanmak anlamına gelmektedir ve Merriam Webster sözlüğünde anlamı, açlık gibi cinsel olmayan ihtiyaçları karşılayan bir nesneye (anne gibi) yönelik sevginin yönü olarak belirtilmektedir. Spitz tarafından bebek/çocuk depresyonu olarak öne sürülen anaklitik depresyonun annenin (veya ilk bakım verenin) yetersizliği veya yokluğu nedeniyle çocuğun fiziksel ve duygusal

ihtiyaçlarının karşılanamadığı durumlarda ortaya çıktığı düşünölmektedir. Psikanalitik literatürde bu kavramlarla en ilişkili olan kuram Bowlby'nin 'Bağlanma Kuramı'dır (McWilliams, çev. Kalem, 2020).

Temel depresif veya anaklitik depresif kişilik özellikleri, psikanalitik ve psikoloji literatüründe nitel yöntemlerle yapılan çalışmalarda veya bağlanma kuramının kavramlarıyla ölçölebilen bir durum olsa da bu kavramları tam olarak karşılayabilecek psikiyatrik tanımlar veya nicel ölçüm araçları mevcut değildir.

Psikiyatride 'Temel Depresyon' kavramına en yakın tanı distimidir. APA (Amerikan Psikiyatri Birliğı) tanımlamasına göre 'distimi' kişinin en az iki yıl boyunca sürekli düşük bir ruh hali ve keyif alamama durumu yaşadığı, diğer depresif duygu durum bozukluklarına göre belirtileri daha hafif seyreden ve kişinin işlevselliğinin fazla etkilenmediğı kronik bir depresyon türüdür. Ancak, Marty'nin tanımlamalarını göz önünde bulundurduğumuzda, yakın bir kavram olmakla birlikte distimi de temel depresyonla tam örtüşmemektedir (McWilliams, çev. Kalem, 2020).

Bu açıklamalar ışığında, bu çalışmanın temel depresyon değışkeni, geçerlilik ve güvenilirlik alışmaları Türkiye'de de tamamlanmış olan Temel Depresyon Ölçeğı (Cuestionario Básico de Depresión, CBD; Peñate, 2001b) ile operasyonelleştirilmiştir. Yöntem bölümünde psikometrik özellikleri ve diğer detayları verilen ölçeğın bu çalışma için seğılmesinin sebebi, ölçeğın, Becks Depression Inventory (BDI) gibi yaygın kullanılan diğer depresyon ölçeklerinden farklı olarak, üzüntü, anhedoni (zevk alamamak) ve düşük özsaygı depresyon spesifik semptomlarını izole ederek, anksiyete unsurlarından arındırılmış bir depresyon düzeyini ölçmek üzere geliştirilmiş olmasıdır. Temel Depresyon Ölçeğı ayrıca, akut depresyon ile distimi (kronik depresyon) arasında ayırım yapma kapasitesine de sahiptir (Tekindal, 2021).

#### **2.4.2 Aleksitimi**

Marty'nin işlemsel düşünce kavramıyla ilişkili bulgularının dikkatlerini çekmesiyle Nemiah ve Sifneos gibi psikosomatik kuramcılar 1972 yılında ''Aleksitimi'' kavramını geliştirmişlerdir. Yunanca kökenli bir kelime olan Aleksitimi (a = eksiklik, lexis = kelime, thymos = duygu, ruh hali veya his), öznel duyguları tanıma ve tarif etme güçlüğünü, kısıtlı bir düşünme kapasitesini ve dış dünyada olan günlük, önemsiz, somut olaylarla aşırı bir meşguliyet halini ifade

etmektedir (Sago ve Babic, 2019). Aleksitimi kavramı Türkçe'ye "Duygu Körlüğü", "Duygu Ahrazlığı" (Ahraz kelimesi işitme ve konuşma engelli kimse anlamında gelmektedir) olarak çevrilmiştir. Nemiah ve Sifneos, 1960'lı yılların sonlarında, Alexander tarafından belirtilen klasik psikosomatik hastalıklara (peptik ülser, bronşiyal astım, romatoid artrit, ülseratif kolit, hipertansiyon, hipertiroidizm ve atopik dermatit) sahip kişilerle yaptıkları çalışmalarda, bu kişilerin nevrotik hastalardaki çatışma patolojisine sahip olmadıklarını, bunun yerine duygularını deneyimleme yeteneğinde eksiklikler gösterdiklerini; duygularını tanımak ve tanımlamakta zorluk yaşadıklarını gözlemlemişlerdir. Ayrıca bu hastaların çoğunun, Marty'nin "işlemsel düşünce" kavramı ile tutarlı bir düşünce içeriğini gösterdiklerini belirtmişlerdir. Nemiah ve Sifneos'a göre, bu hastaların temel sorunu, duygularının yokluğu değil, onları zihinselleştirememeleridir; bu anlamda, aleksitimi kavramı, Marty'nin zihinselleştirme kavramı ile de yakın bir şekilde ilişkilidir (Sago ve Babic, 2019; Pirlot ve Corcos, 2012).

McDougall (1989), psikosomatik hastalarla yaptığı çalışmalarında, aleksitimik özellikler ile ilgili klinik gözlemlerini şu şekilde belirtmiştir: Bu hastalar duygusal durumlarını ya hiç fark edemedikleri ya da duygularını birbirinden ayıramadıkları için onları tanımlayacak sözcük bulamamakta, çöküntü, kaygı, kızgınlık gibi duygular arasında ayırım yapamamaktadırlar. Yok denecek kadar az nevrotik belirtiyeye sahip bu kişiler, zihnin örgütlenmesini bozabilecek içsel ıstırapı ve çatışmaları düşünmemek veya derinden hissetmemek için adeta 'sahte bir normallik'le kendilerini kamufle etmektedirler. Örneğin aleksitimik kişilerin çoğu iyi tanımlanmış psikosomatik hastalıklara sahip olmalarına karşın hastalıkları ve onları ruhsal olarak rahatsız eden olaylar arasındaki bağı kuramazlar (McDougall, 1989, akt. Ciğeroğlu, 2015; Pirlot ve Corcos, 2012).

Klinik bakış açısıyla tanımlanan başlıca dört aleksitimik özellik şunlardır: (Porcelli, çev. Atak, 2005)

1. Öznel duyguları belirleme ve tanımda güçlük: Örneğin kişi mutsuz hissetmektedir, hatta ağlar veya öfke patlaması geçirir ama bu duyguları anıları, düşlemleri veya özgün durumlarıyla bağlantılandıramaz.

2. Duygularını ve duygusal canlanmanın bedensel duyularını ayırtmada güçlük: Kişinin duygulanımını fizyolojik taraflarıyla gösterir çünkü öznel, bilişsel yanı ayırtamaz.
3. Kısıtlanmış hayal gücü işlevleri: Kişinin iç dünyası bir düşlemsel fakirlik halindedir. Örneğin, çok ender rüya görür ve rüya içeriği kuru ve cansızdır, masalsi değildir, günlük rutin işlerin gerçek olgularından oluşur.
4. Dışarıya dönük bilişsel yapı: Kişi seçici olarak dışarıdaki, gerçeklere dayanan, somut şeylere odaklanır. Düşünce biçimi tüm belirsizliklerden ve içsel dünyanın duygusal nüanslarından uzak, basitleştirilmiştir.

Psikanalitik literatürde, psikolojide ve ayrıca psikiyatride yaygın bir şekilde çalışılan aleksitimi sıklıkla psikosomatik işleyişi olan kişilerde görülse de, sadece psikosomatik hastalara özgü bir durum değildir, farklı psikiyatrik hasta popülasyonlarında ve hatta sağlıklı kişilerde de aleksitimik özellikler görülebilmektedir. Literatürde aleksitimi, bir bozukluk ya da patolojiden ziyade, karakteristik bir özellik olarak görülmektedir ve kaygı ve altta yatan nevrotik çatışmalara karşı geliştirilmiş bir savunma mekanizması ve aynı zamanda da duygusal ve bilişsel gelişmede duraklamadan kaynaklanan yapısal bir eksiklik olduğu düşünülmektedir (Sago ve Babic, 2019; Çetin, 2021). Bu çalışmanın aleksitimi değişkeni, diğer detayları ve psikometrik özellikleri yöntem kısmında verilecek olan ve literatürde yaygın bir şekilde kullanılan Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ile operasyonelleştirilmiştir. TAÖ-20 kişilerde aleksitimik özellikleri duygu tanıma güçlüğü, duygu ifade güçlüğü ve dışarıya yönelik düşünme alt boyutları ile ölçen bir ölçektir.

### **2.4.3 Zihinselleştirme**

Önceki kısımda Marty'nin psikosomatik kuramı çerçevesinde 'Zihinselleştirme' kavramından bahsedilmişti. Kısaca tekrar özetlemek gerekirse, Marty'nin psikosomatik kuramında anahtar bir kavram olan zihinselleştirme kişinin ruhsal temsil kapasitesini gösterir. Kişinin zihinselleştirme kapasitesi, bilinçdışından gelen dürtüsel enerjiyi, önbilincinde nicelik ve nitelik olarak yeterli ruhsal temsillere dönüştürebilme yetkinliği ile ilgilidir ve zihinselleştirme yetersizliğinin kökenini anne-bebek ilişkisindeki bir eksiklik/aksam sonucunda ortaya çıkan temel depresyondan aldığı düşünülmektedir. Psikosomatik hastalıklarda zihinselleştirmede

yaşanan güçlükler somatik işleyişte düzensizliğe ve bedensel bozulmaya yol açmaktadır.

Diğer yandan zihinselleştirme, Marty'nin psikosomatik kuramına özgü bir kavram değildir. Bu alanda en geniş çalışmaları, bağlanma teorisi ile de ilişkilendirerek 'Zihinselleştirme Temelli Terapi'nin kurucusu olan Fonagy ve Bateman yapmışlardır. Marty'nin kavramsallaştırmasından ardından, Fonagy 1989 yılında zihinselleştirme tanımını genişletmiş ve operasyonelleştirmiştir. Fonagy'nin tanımına göre zihinselleştirme 'Kişinin kendisinin ve başkalarının davranışlarının arkasında yatan düşünce, istek, niyet, ihtiyaç ve duygu gibi zihin durumlarını anlama ve bunları birbirine bağlayabilme yetisidir. Zihinselleştirme kapasitesinin ölçülebilmesi ise Fonagy ve arkadaşlarının yansıtıcı işlev kavramını meydana çıkarmalarıyla ve yansıtıcı işlev ölçeğini (RFQ) geliştirmeleriyle mümkün olmuştur. Kişinin kendisine ve ötekilere yönelik zihinselleştirme kapasitesini ölçen RFQ'da hipomentalizasyon (yanlış ve düşük zihinselleştirme) ve hipermentalizasyon (yanlış ve aşırı zihinselleştirme) çarpık ve kalitesiz zihinselleştirme durumları olarak tanımlanmıştır. Hipomentalizasyon daha çok sınır durum ve depresif psikopatolojilerde daha çok görülen bir durumdur (Dimitrijevic vd., 2017; Havle, 2023).

Fonagy'e göre zihinselleştirme kavramının bazı temel özellikleri şöyledir: Çarpık ve kalitesiz zihinselleştirme kişinin gelişimsel süreci ile ilgilidir ve güvensiz bağlanma, ebeveynleri duyarsızlığı veya eksikliği ile ilintili olduğu düşünülebilir. İyi gelişmiş bir zihinselleştirme kapasitesinin göstergeleri arasında, zihinsel durumların doğasına ilişkin farkındalık ve belirli davranışların altında yatan zihinsel durumları belirlemeye yönelik açık çabalar yer alır. Yetersiz zihinselleştirme belirtileri arasında ise zihinsel durumlara ilgi eksikliği, başkalarının zihinsel dünyası hakkında hayal gücü eksikliği, dış faktörlere ve davranışsal tanımlara yapılan aşırı vurgu ve iç ve dış gerçeklik arasındaki ilişkiye dair farkındalık kaybı yer alır. Eksik bir zihinselleştirmenin çeşitli psikopatolojilerde özellikle de borderline ve depresif bozukluklarda önemli bir rol oynadığı görülmektedir (Dimitrijevic vd., 2017).

Bu bilgiler ışığında bakıldığında Marty ve Fonagy'nin zihinselleştirme kavramsallaştırmalarındaki temel farkın, Marty'nin zihinselleştirme kavramının bilinç öncesi süreçler ile ilgiliyken, Fonagy'nin kavramının bilinçli süreçleri incelemeye yönelik olduğu görülmektedir. Fonagy'nin zihinselleştirmesi empati

yeteneği, duygusal zeka gibi kavramlarla ve daha yakından ilişkilidir. Bilinçdışı/öncesi süreçleri işaret ettiği için Marty'nin zihinselleştirme kavramının nicel yöntemlerle ölçülmesi pek mümkün olmamaktadır; ancak Rocharch testi veya vaka analizi gibi nitel yöntemlerle yapılan, psikosomatik hastalarda zihinselleştirme kapasitesini araştıran, bir sonraki bölümde bazı örnekleri görülebilecek olan çalışmalar mevcuttur.

Mevcut çalışmada, nicel yöntem kullanılması sebebiyle, Marty'nin zihinselleştirme kavramını nitel çalışmalardaki gibi operasyonelleştirmenin olanağı yoktur. Ancak Fonagy'nin tanımı çerçevesinde yer alan zihinselleştirme kapasitesinin ölçülmesinin, yine de kişilerde bilinçöncesi süreçte zihinselleştirme kapasitesi ile ilgili bir fikir verebileceği düşünölmüştür. Fonagy'nin geliştirdiği RFQ-54 ölçeğinin Türkiye'de henüz geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları tam tamamlanmadığından, bu çalışmanın zihinselleştirme değişkeni, diğer detayları ve psikometrik özellikleri yöntem kısmında verilecek olan ve Fonagy'nin kavramından yola çıkan benzer bir ölçek olan Zihinselleştirme Ölçeği (MentS) ile operasyonelleştirilmiştir. MentS kişilerin zihinselleştirme kapasitesini kendine yönelik zihinselleştirme, diğerlerine yönelik zihinselleştirme ve zihinselleştirme motivasyonu alt boyutları ile ölçen bir ölçektir (Dimitrijevic vd., 2017).

### 3. YÖNTEM

Bu bölümünde araştırma modeli, araştırma grubu bilgisi, veri toplama araçları ve verilerin toplanma, analiz edilme süreçleriyle ilgili bilgiler yer almaktadır.

#### 3.1 Araştırma Modeli

Bu araştırma betimsel türde, ilişkisel tarama modelinde yapılmıştır. Belli bir evren üzerinde genelleme yapılabilmesine imkan sağlayan bu model birden çok değişken arasında değişkenliğin olup olmadığı ve değişimin yönü ve vurgusunun ne olduğunun ortaya çıkarılmasında kullanılır. İlişkisel tarama modeli gerçek bir neden-sonuç ilişkisi sağlamasa da, nedensellik üzerine ipuçları verir ve tahmin yapabilmeye olanak sağlar (Karasar, 2012).

#### 3.2 Araştırma Grubu

Araştırmaya Türkiye genelinde 18 yaş üzeri 463 kişi katılmıştır. Katılan kişilerin 358'i (%77,3) Kadın, 105'i (%22,7) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 36,2'dir, katılımcılara ait en küçük yaş 19, en büyük yaş ise 72'dir. Katılımcıların, 20'si (%4,3) ilköğretim mezunu, 85'i (%18,4) lise mezunu, 258'i (%55,7) üniversite ve 100'ü (%21,6) yüksek lisans / doktora mezunudur.

**Çizelge 3.1: Araştırma Grubuna Ait Demografik Bilgiler**

<b>Cinsiyet</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Erkek	105	22,7
Kadın	358	77,3
Toplam	463	100
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
İlköğretim	20	4,3
Lise	85	18,4
Üniversite	258	55,7
Yüksek Lisans ve Üzeri	100	21,6
Toplam	463	100

Katılımcılara online şekilde, kolayda örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Bilgilendirilmiş onam formunu dolduran gönüllü katılımcılar araştırmaya dahil olmuştur. Veri kontrolleri yapılmış ve hatalı veriler iptal edilmiştir. Katılımcılara demografik bilgi formu, psikodermatolojik ve psikosomatik belirtiler envanterinden sonra sırasıyla Temel Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Zihinselleştirme Ölçeği, SCL-90 Psikolojik Belirti Listesi Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete Alt Ölçekleri uygulanmış ve çalışma ortalama olarak 15 dakika sürmüştür.

Araştırma konusu psikodermatolojik belirtiler olanlar ve olmayan kişiler arasında değişkenler bakımından kıyaslama gerektirdiği için veri toplandıktan sonra araştırma grubu iki ayrı gruba ayrılmıştır.

Grup 1: Psikodermatolojik belirtileri olan grup: Koo and Lee psikodermatolojik hastalıklar sınıflandırmasında yer alan Ürtiker, Psoriasis (Sedef Hastalığı), Alopesi Areata (Saçkıran), Atopik Dermatit (Egzama), Rozasae (Gül Hastalığı), Varicella Zoster (Zona Hastalığı), en az birini geçmişte yaşadığını veya çalışmaya katıldığı esnada yaşamakta olduğunu belirtenler.

Grup 2: Psikodermatolojik belirtileri olmayan grup: Ürtiker, Psoriasis, Alopesi Areata, Atopik Dermatit, Rozasae veya Varicella Zoster hastalıklarının hiçbirini yaşamadığını belirtenler.

Buna göre, toplam 463 katılımcının 261'i (%56,4'ü) psikodermatolojik belirtileri olan grupta, 202'si (%43,6'sı) psikodermatolojik belirtileri olmayan grupta sayılmıştır (Çizelge 3.2).

**Çizelge 3.2: Araştırma Grubunda Psikodermatolojik Belirtileri Olan ve Olmayanların Frekans ve Yüzdesel Değerleri**

	N	%
Psikodermatolojik Belirtileri Olanlar	261	56,4
Psikodermatolojik Belirtileri Olmayanlar	202	43,6
Toplam	463	100

Psikodermatolojik belirtileri olan grupta yer alan 261 katılımcının 182'si (%69,5'i) egzama, 75'i (%28,6'sı) ürtiker, 41'i (%15,6'sı) zona, 36'sı (%13,7'si) alopesi areata, 36'sı (%13,7'si) gül, 20'si (%7,6'sı) psoriasis hastalıklarından en az birini geçmişte veya bugün yaşadığını belirtmiştir (Çizelge 3.3).

**Çizelge 3.3: Psikodermatolojik Belirtileri Olan Katılımcıların Deri Hastalıklarına İlişkin İlişkin Betimsel İstatistikler\***

Psikodermatolojik Hastalık	N	%
Egzama	182	69,5
Ürtiker	75	28,6
Zona Hastalığı	41	15,6
Alopesi Areata	36	13,7
Gül Hastalığı	36	13,7
Psoriasis	20	7,6

\* Bazı katılımcılar birden fazla hastalığı yaşadığı için toplam N>262 ve Toplam % Değeri >%100

Araştırma grubunun diğer psikosomatik hastalıklarla ilgili verileri Çizelge 8'de görülebilir. Katılımcıların 100'ü (%21,6'sı) migren, 99'u (%21,4'ü) bruksizm (diş sıkma), 86'sı (%18,6'sı) nevrojji, 75'i (%16,2'si) fibromiyalji, 52'si (%11,2'si) hiper tansiyon, 45'i (%9,7'si) mide veya bağırsak ülseri, 44'ü (%9,5'i) alerjik astım, 22'si (%4,8'i) anoreksiya veya blumia, 18'i (%3,9'u) ülseratif kolit, 16'sı (%3,5'i) vertigo, 15'i (%3,2'si) romatoid artrit, 10'u (%2,2) ankilozan spondilit hastalıklarını çalışmaya katıldıkları sırada yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ankilozan spondilit hariç tüm psikosomatik hastalıkların psikodermatolojik deri belirtileri olan katılımcılarda daha yüksek bir yüzdesel oranda olduğu görülmektedir.

**Çizelge 3.4: Psikodermatolojik Deri Belirtileri Olan ve Olmayan Katılımcıların Mevcut Psikosomatik Belirtilerine İlişkin Betimsel İstatistikler**

	Tüm Katılımcılar		Psikodermatolojik Deri Belirtileri Olanlar		Psikodermatolojik Deri Belirtileri Olmayanlar	
	N	%	N	%	N	%
Migren	100	21,6	67	25,7	33	16,3
Bruksizm (Diş Sıkma)	99	21,4	60	23,0	39	19,3
Nevralji	86	18,6	60	23,0	26	12,9
Fibromiyalji	75	16,2	53	20,3	22	10,9
Hiper Tansiyon	52	11,2	37	14,2	13	6,4
Mide, bağırsak ülseri	45	9,7	32	12,3	15	7,4
Alerjik Astım	44	9,5	29	11,1	13	6,4
Anoreksiya veya Blumia	22	4,8	17	6,5	5	2,5
Ülseratif Kolit	18	3,9	15	5,7	3	1,5
Vertigo	16	3,5	11	4,2	5	2,5
Romatoid Artrit	15	3,2	9	3,4	6	3,0
Ankilozan Spondilit	10	2,2	5	1,9	5	2,5

### **3.3 Veri Toplama Araçları**

Demografik Bilgi Formu, Psikodermatolojik ve Bedensel Belirtiler Bilgi Formu, Temel Depresyon Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Zihinselleştirme Ölçeği ve SCL-90 Psikolojik Belirti Tarama Listesinin somatizasyon, depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinden oluşan bir Google Form oluşturulmuş ve internet yoluyla katılımcılara gönderilmiştir.

#### **3.3.1 Demografik bilgi formu**

Yaş, cinsiyet ve eğitim durumu yer almıştır.

#### **3.3.2 Psikodermatolojik ve psikosomatik belirtiler bilgi formu**

Araştırmanın konusu çerçevesinde, literatür değerlendirmesi ve uzman görüşü alınarak oluşturulmuştur. Kişilerin geçmişte veya mevcut durumda yaşadıkları psikodermatolojik ve psikosomatik hastalıkları sorulmuştur. Psikodermatolojik belirtiler/hastalıklar kısmında Koo and Lee sınıflandırmasına göre psikolojik /psikiyatrik etmenlerin hastalığın etiolojisinde önemli rol oynadığı belirtilen Ürtiker, Saçkıran, Egzama, Sedef, Zona, Gül, Vitiligo, Pruritus gibi hastalıklar yer almıştır. Psikosomatik belirtiler/hastalıklar kısmında psikosomatik literatüründe psikolojik /psikiyatrik etmenlerin hastalığın etiolojisinde önemli rol oynadığı belirtilen ülser, kolit, alerjik astım, hipertansiyon, romatoid artrit gibi hastalıklar yer almıştır (Jafferany, 2007; Mercan ve Altunay, 2006; Uzun, 2014).

#### **3.3.3 Temel depresyon ölçeği\*\***

Temel Depresyon Ölçeği, klasik depresyon ölçeklerinde yer alan, üzüntü, anhedoni ve düşük özsaygı semptomlarını kaygı, akut depresyon atağı gibi semptomlarda izole etmek için tasarlanmış bir ölçektir. Tek faktörlü olan bu ölçek, 21 maddeye sahiptir ve 4'lü likert tipindedir. Ölçekten en fazla 84, en az 21 puan alınabilir. Toplam puan yükseldikçe depresyon düzeyi yükselmektedir.

Ölçeğin hem yetişkinlerde hem de ergenlerde ayırt edici geçerliliği vardır ve akut depresyon atakları ile distimi arasında ayırım yapabilmektedir. Ölçek, ayrıca

---

\*\* (Cuestionario Básico de Depresión, CBD; Peñate, 2001b)

psikolojik tedavide, semptomatik azalmaları saptama konusunda yüksek duyarlılığa sahiptir (Tekindal, 2021).

Ölçeğin Türkçe çevirisi ve güvenilirlik/geçerlik çalışması 2021 yılında Tekindal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır; açıklayıcı faktör analizi Kaiser Meyer Olkin (KMO) testine göre yeterli dağılıma sahip olduğu görülmüştür. Ölçeğin varyans oranları yeterlidir ve Cronbach alfa( $\alpha$ ) değerinin 0,70'in üstünde olduğu bulunmuştur. Buna göre, Temel Depresyon Ölçeği'nin üniversite öğrencileri üzerinde geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır.

Bu araştırmada Temel Depresyon Ölçeği'nin Cronbach alfa( $\alpha$ ) değeri 0,91 bulunmuş, Türkiye genelinde 18 yaş üzeri katılımcılar üzerinde geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. *Ölçeğin bir örneği Ek-1'de sunulmuştur.*

### **3.3.4 Toronto Aleksitimi ölçeği-20 (TAÖ - 20)\***

TAÖ-20, TAÖ-26 ölçeğinin 1994 yılında Taylor ve ark. tarafından yapılan düzenleme ile oluşturulmuş 20 sorudan oluşan kısa formudur. TAÖ-20'nin geliştirilmesinde teorik bilgilere uygun bir ölçüm yapılabilmesi, cevaplardaki toplumsal istenirlik yanlılığının engellenmesi ve yüksek iç tutarlılığın sağlanması göz önünde bulundurulmuştur.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Güleç ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır. 5'li Likert tipinde maddelerden (1= Hiçbir zaman, 5= Her zaman) oluşan ölçekte, katılımcıların her bir maddenin onları ne kadar tanımladığını seçmesi beklenmektedir.

Ölçek duyguları tanımada güçlük (DTG), duyguları söze dökmeye güçlük (DSDG) ve dışa dönük düşünme (DDD) olarak 3 alt boyuta sahiptir ve alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan 20'dir. Ölçekten 51 ve üzeri puan alanlarda aleksitimi olduğu söylenebileceği, ancak sadece 59 puan ve üzeri alanların saf aleksitimik olarak değerlendirilebileceği belirtilmiştir. Ölçeğin toplam Cronbach alfa( $\alpha$ ) değeri 0,78'dir (Bolat vd. 2017; Güleç vd. 2009)

Bu araştırmada Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin toplam Cronbach alfa( $\alpha$ ) değeri 0,852 bulunmuş, Türkiye genelinde 18 yaş üzeri katılımcılar üzerinde geçerli

---

\* (The Twenty Item Toronto Alexithymia Scale, TAS-20; Taylor vd., 1994)

ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Mevcut araştırmada ölçek alt boyutları Cronbach alfa( $\alpha$ ) değerleri DTG için 0,89, DSDG için 0,73, DDD 0,57 bulunmuş, DTG ve DSDG alt boyutlarının geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. *Ölçeğin bir örneği Ek-2’de sunulmuştur.*

### **3.3.5 Zihinselleştirme ölçeği\***

Literatürde zihinselleştirmenin incelendiği çalışmalar son yıllarda artmasına rağmen, uygun bir ölçek bulunmamasından dolayı bu kavram benzer/yakın kavramlar için oluşturulmuş, Empati Ölçeği, Mayer-Salovey-Caruso Duygusal Zeka Testleri gibi ölçeklerle ölçülüyordu. Diğer yandan, Fonagy tarafından zihinselleştirmenin ölçümü için oluşturulmuş Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği (Reflective Function Questionnaire; RFQ; Fonagy vd., 2016) uygulama için uzmanlık gerektirmesi ve mülakata dayalı olması sebebiyle büyük örneklemelerde uygulanamıyordu.

Zihinselleştirme kavramının ölçümüyle ilgili bu eksiklikler göz önüne alınarak, 2018 yılında Dimitrijevic ve arkadaşları tarafından Zihinselleştirme Ölçeği (Mentalization Scale; MentS), katılımcılar tarafından tek başına yanıtlanabilen bir kalem kağıt ölçeği olarak geliştirilmiştir.

Ölçeğin psikometrik çalışmaları hem sağlıklı yetişkin örneklemelerinde (278 üniversite öğrencisi ve 288 çalışan yetişkin) hem de klinik örneklemelerde (62 borderline bozukluk tanısı almış kişi ve 62 sağlıklı kontrol) yapılmıştır.

Toplam 28 madde ve 3 alt boyuttan (kendilik temelli zihinselleştirme, diğerleri temelli zihinselleştirme, zihinselleştirme motivasyonu) oluşan ölçek 5’li likert tipindedir (1- Tamamen doğru, 5- Tamamen yanlış). Ölçeğin orijinal formunun toplam Cronbach alfa( $\alpha$ ) değeri 0,84, kendilik temelli, diğerleri temelli zihinselleştirme ve zihinselleştirme motivasyon alt boyutları 0,76, 0,77 ve 0,77 olarak bildirilmiştir. (Dimitrijevic vd., 2017).

MentS Zihinselleştirme ölçeğinin (ZÖ) Türkçe uyarlaması Kaya ve arkadaşları (2023) tarafından yapılmıştır ve toplam 25 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılara ZÖ yanında Duygusal Zekâ Özelliği Ölçeği - Kısa Formu (DZÖ) ve Borderline Kişilik Envanteri (BKE) uygulanmıştır.

---

\* (Mentalization Scale – MentS; Dimitrijevic vd., 2018)

Orijinal ölçekte olduğu gibi Türkçe versiyonda da ölçek üçlü bir faktör yapısı göstermektedir : kendilik (ZÖ-K), ötekiler (ZÖ-Ö) ve güdülenme (ZÖ-G). Ölçeğin tümü için Cronbach alfa( $\alpha$ ) değerinin 0,84, ZÖ-K için 0,78, ZÖ-Ö için 0,80 ve ZÖ-G için 0,79 olduğu bulunmuştur.

Bu bulgular 25 maddelik MentS zihinselleştirme ölçeğinin Türkçe formunun yeterli düzeyde psikometrik özelliklere sahip olduğunu ve zihinselleştirme düzeyini değerlendirmek için yapılacak çalışmalarda bir ölçme aracı olarak kullanılabilceğini desteklemiştir (Kaya vd., 2023).

Bu araştırmada Zihinselleştirme Ölçeği'nin toplam Cronbach alfa( $\alpha$ ) değeri 0,850 bulunmuş, Türkiye genelinde 18 yaş üzeri katılımcılar üzerinde geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Mevcut araştırmada ölçek alt boyutları Cronbach alfa( $\alpha$ ) değerleri ZÖ-K için 0,83, ZÖ-Ö için 0,85 ve ZÖ-G için 0,71 bulunmuş, tüm alt boyutların geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. *Ölçeğin bir örneği Ek-3'te sunulmuştur.*

### **3.3.6 SCL-90 Psikolojik belirti tarama listesi depresyon, anksiyete, somatizasyon alt ölçekleri**

Symptom Check List-90 Psikolojik Belirti Tarama Listesi, Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, son hali 1977 yılında yapılandırılmış, eski ve çok yaygın kullanılan, 9 belirti alt boyutu ve 90 maddeden oluşan bir ölçektir. Türkçe'ye İhsan Dağ tarafından 1991 yılında uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1991 yılında Mustafa Kılıç tarafından yapılmıştır.

Ölçek, klinik olmayan örneklerde psikolojik belirti düzeylerini tespit etmek, bu düzeylerdeki değişimleri saptamak, klinik yordamalara destek olmak ve psikiyatri hastalarında gruplandırma yapabilmek amacıyla geliştirilmiş ve öz değerlendirme yapılabilecek bir şekilde, 5'li likert tipinde tasarlanmıştır.

Orijinal ölçekte alt ölçek Cronbach alfa( $\alpha$ ) değerlerinin 0,77 ile 0,90 arasında değiştiği görülmüştür. Dağ'ın (1991) üniversite öğrencileri (N=91) ile yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında toplam Cronbach alfa( $\alpha$ ) değeri 0,97 olarak bulunmuştur (Kılıç, 1991).

Bu araştırmada SCL-90 Belirti Tarama Listesi Somatizasyon, Anksiyete ve Depresyon alt ölçeklerinin Cronbach alfa( $\alpha$ ) değerleri 0,92, 0,93 ve 0,92 bulunmuş,

Türkiye genelinde 18 yaş üzeri katılımcılar üzerinde geçerli ve güvenilir oldukları sonucuna varılmıştır. *Ölçeğin bir örneği Ek-4'te sunulmuştur.*

### **3.4 Verilerin Toplanması**

İzin alınarak araştırmada kullanılan ölçüm araçları bir araya getirilerek veri toplama seti oluşturulmuş, içerisinde araştırmacının amacı ve toplanan verilerin anonim olacağı, yalnızca araştırmanın amacına uygun olarak kullanılacağı belirtilmiş ve verilerin ne şekilde doldurulacağı açıklanmıştır. Gönüllü onam formunu dijital olarak onaylayan katılımcılara, istedikleri an çalışmayı bırakabilecekleri bildirilmiştir. Veri toplama araçları google forms oluşturularak online olarak katılımcılara gönderilmiştir.

Araştırma kapsamında 18 yaş üzeri 497 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcılardan, kontrol sorularını yanlış işaretleyenlerin verisi geçersiz kabul edilmiş, 463 katılımcının yanıtlarının geçerli olduğu görülmüştür.

### **3.5 Verilerin Analizi**

Veriler SPSS-27 programı kullanılarak analiz edilmiş ve değişkenlerin grup ortalamalarındaki farklılıkları görebilmek için 2 gruplu değişkenlerde bağımsız örneklem T-test Analizi uygulanmıştır.

Ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü tespit edebilmek için pearson korelasyon analizi, değişkenlerin yordama durumunu tespit etmek için doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analizler  $\alpha=0,05$  seviyesinde uygulanmıştır.

Normalliği test etmek için uç değerler incelenmiştir. Değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin kontrolü sağlanmıştır. Normal dağılım için basıklık ve çarpıklık değerlerinin +2 ve -2 arasında olması gerekir. Kolmogorov-Smirnov Analizi incelendiğinde tüm değişkenlerin normal dağılım gösterdiği ancak zihinselleştirme değişkeninin normal dağılım göstermediği görülmektedir ( $p>0,05$ ) (Çizelge 3.5) (Çizelge 3.6). Ancak zihinselleştirme ölçeğinin basıklık ve çarpıklık değerleri -3; +3 sınırları içinde kaldığından ve diğer ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri -2; +2 sınırını aşmadığından analizlerde parametrik testler kullanılmıştır (George ve Mallery, 2010).

**Çizelge 3.5: Ölçklere ve Yaş Değişkenine İlişkin Betimsel İstatistikler**

Ölçek	n	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach Alpha
<b>Temel Depresyon Ölçeği</b>	463	38,08	13,289	,000	1,085	,333	,907
<b>Toronto Aleksitimi Ölçeği</b>	463	49,56	12,730	,000	,609	,275	,852
Duyguları Tanımda Güçlük Alt Boyutu	463	14,63	6,446	,000	,893	,236	,892
Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Boyutu	463	11,74	4,375	,000	,458	-,422	,732
Dışa Dönük Düşünme Alt Boyutu	463	23,20	5,156	,003	-,050	,344	,577
<b>Zihinselleştirme Ölçeği</b>	463	94,32	13,112	,007	,049	-,134	,850
Kendilik Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	463	27,83	7,126	,000	-,349	-,322	,830
Diğerleri Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	463	35,81	5,750	,000	-,484	,366	,849
Zihinselleştirme Motivasyonu Alt Boyutu	463	30,68	5,027	,000	-,265	-,145	,705
<b>SCL-90 Somatizasyon Alt Ölçeği</b>	463	24,44	9,715	,000	,999	,577	,915
<b>SCL-90 Depresyon Alt Ölçeği</b>	463	30,30	12,005	,000	,553	-,606	,931
<b>SCL-90 Anksiyete Alt Ölçeği</b>	463	19,15	8,512	,000	1,125	,670	,923
<b>Yaş</b>	202	36,24	11,429	,002	,866	,543	-

**Çizelge 3.6: Ölçeklerin Grup 1 ve 2'ye Göre Çarpıklık ve Basıklık Değerleri**

Ölçek	Grup 1: Psikodermatolojik Belirtileri Olanlar				Grup 2: Psikodermatolojik Belirtileri Olmayanlar			
	n	Ort.	Çarpıklık	Basıklık	n	Ort.	Çarpıklık	Basıklık
<b>Temel Depresyon Ölçeği</b>	261	39,21	,930	-,172	202	36,61	1,320	1,314
<b>Toronto Aleksitimi Ölçeği</b>	261	50,61	,557	,275	202	48,21	,725	,394
Duyguları Tanımda Güçlük Alt Boyutu	261	15,13	,810	,180	202	13,97	1,042	,456
Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Boyutu	261	12,01	,423	-,496	202	11,39	,506	-,294
Dışa Dönük Düşünme Alt Boyutu	261	23,46	-,037	,486	202	22,86	-,036	,207

**Çizelge 3.6: (Devamı) Ölçeklerin Grup 1 ve 2'ye Göre Çarpıklık ve Basıklık Değerleri**

Ölçek	Grup 1: Psikodermatolojik Belirtileri Olanlar				Grup 2: Psikodermatolojik Belirtileri Olmayanlar			
	n	Ort.	Çarpıklık	Basıklık	n	Ort.	Çarpıklık	Basıklık
<b>Zihinselleştirme Ölçeği</b>	261	93,74	-,018	-,233	202	95,06	,098	-,068
Kendilik Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	261	27,67	-,308	-,383	202	28,03	-,403	-,284
Diğerleri Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	261	35,63	-,530	,357	202	36,04	-,434	,405
Zihinselleştirme Motivasyonu Alt Boyutu	261	30,44	-,242	-,221	202	31,00	-,316	-,042
<b>SCL-90 Somatizasyon</b>	261	25,77	,799	,064	202	22,72	1,340	1,817
<b>SCL-90 Depresyon</b>	261	31,38	,432	-,826	202	28,91	,720	-,179
<b>SCL-90 Anksiyete</b>	261	19,85	,966	,356	202	18,25	1,375	1,333

## 4. BULGULAR

Bu bölümde değişkenlere dair istatistiksel analizlere yer verilerek araştırma amaçları kapsamında elde edilen bulgular açıklanmıştır.

### 4.1 Bağımsız Örneklem T-Test Analizi

Bu kısımda psikodermatolojik belirtilere sahip olma ve cinsiyet değişkenlerinin ölçek puanları üzerinde anlamlı bir fark oluşturup oluşturmadığına yönelik bağımsız örneklem T-test analizi yapılmıştır.

#### 4.1.1 Psikodermatolojik belirtilere sahip olma değişkenine göre t-test analizi

Bu kısımda psikodermatolojik belirtilere sahip olan ve olmayan katılımcılar arasında değişkenlerin ortalama puanları t-test analiziyle kıyaslanmıştır.

**Çizelge 4.1: Psikodermatolojik Belirtilere Sahip Olma Değişkenine Göre T-Test Çizelgesi**

Değişken	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p
Temel Depresyon	Grup 1	261	39,21	13,725	2,116	447,910	,035*
	Grup 2	202	36,61	12,587			
Aleksitimi	Grup 1	261	50,61	12,248	2,015	461	,044*
	Grup 2	202	48,21	13,235			
Duyguları Tanımada Güçlük Alt Boyutu	Grup 1	261	15,13	6,264	1,932	461	,054
	Grup 2	202	13,97	6,632			
Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Boyutu	Grup 1	261	12,01	4,419	1,527	461	,127
	Grup 2	202	11,39	4,303			
Dışa Dönük Düşünme Alt Boyutu	Grup 1	261	23,46	4,976	1,257	461	,209
	Grup 2	202	22,86	5,373			
Zihinselleştirme	Grup 1	261	93,74	12,700	-	461	,283
	Grup 2	202	95,06	13,621			
Kendilik Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Grup 1	261	27,67	6,803	-,537	461	,591
	Grup 2	202	28,03	7,536			
Diğerleri Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Grup 1	261	35,63	5,731	-,763	461	,446
	Grup 2	202	36,04	5,780			

**Çizelge 4.1: (Devamı) Psikodermatolojik Belirtilere Sahip Olma Değişkenine Göre T-Test Çizelgesi**

Değişken	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p
Zihinselleştirme Motivasyonu Alt Boyutu	Grup 1	261	30,44	4,879	-	461	,243
	Grup 2	202	31,00	5,207			
<b>Somatizasyon</b>	Grup 1	261	25,77	9,860	3,381	461	,001*
	Grup 2	202	22,72	9,270			
<b>Depresyon</b>	Grup 1	261	31,38	12,258	2,200	461	,028*
	Grup 2	202	28,91	11,552			
<b>Anksiyete</b>	Grup 1	261	19,85	8,500	2,016	461	,044*
	Grup 2	202	18,25	8,463			

\*p<0,05 **Grup 1:** Psikodermatolojik Belirtileri Olan **Grup 2:** Psikodermatolojik Deri Belirtileri Olmayan

Psikodermatolojik belirtileri olan ve olmayan bireyler arasında,

Temel depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ( $p=,035<0,05$ ). Psikodermatolojik belirtiler yaşayan bireylerin temel depresyon düzeyi (Ort.=39,21), psikodermatolojik belirtiler yaşamayan bireylerden (Ort.=36,21) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksektir.

Aleksitimi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ( $p=,044<0,05$ ). Psikodermatolojik belirtiler yaşayan bireylerin aleksitimi düzeyi (Ort.=50,61), psikodermatolojik belirtiler yaşamayan bireylerden (Ort.=48,21) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksektir.

Duyguları tanımada güçlük ( $p=,054>0,05$ ), duyguları söze dökmeye güçlük ( $p=,127>0,05$ ) ve dışa dönük düşünme ( $p=,209>0,05$ ) düzeylerinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir.

Zihinselleştirme ( $p=,283>0,05$ ), kendilik temelli zihinselleştirme ( $p=,591>0,05$ ), diğerleri temelli zihinselleştirme ( $p=,446>0,05$ ) ve zihinselleştirme motivasyonu ( $p=,243>0,05$ ) düzeylerinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir.

Somatizasyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ( $p=,001<0,05$ ). Psikodermatolojik belirtiler yaşayan bireylerin somatizasyon düzeyi (Ort.=25,77), psikodermatolojik belirtiler yaşamayan bireylerden (Ort.=22,72) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksektir.

Depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ( $p=,028<0,05$ ). Psikodermatolojik belirtiler yaşayan bireylerin depresyon düzeyi (Ort.=31,38), psikodermatolojik belirtiler yaşamayan bireylerden (Ort=28,91) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksektir.

Anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ( $p=,028<0,05$ ). Psikodermatolojik belirtiler yaşayan bireylerin depresyon düzeyi (Ort.=19,85), psikodermatolojik belirtiler yaşamayan bireylerden (Ort=18,25) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksektir.

#### 4.1.2 Cinsiyet değişkenine göre t-test analizi

Bu kısımda kadın ve erkek katılımcılar arasında değişkenlerin ortalama puanları t-test analiziyle kıyaslanmıştır.

**Çizelge 4.2:** Cinsiyet Değişkenine Göre T-Test Çizelgesi

Değişken	Grup	n	Ort.	SS	t	Sd	p																																																																																																																																
<b>Temel Depresyon</b>	Kadın	358	38,76	13,581	2,046	461	,041*																																																																																																																																
	Erkek	105	35,75	12,015				<b>Aleksitimi</b>	Kadın	358	50,32	12,907	2,376	461	,018*	Erkek	105	46,98	11,801	Duyguları Tanımada Güçlük Alt Boyutu	Kadın	358	15,16	6,609	3,687	200,196	,000*	Erkek	105	12,80	5,502	Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Boyutu	Kadın	358	11,95	4,435	1,897	461	,058	Erkek	105	11,03	4,105	Dışa Dönük Düşünme Alt Boyutu	Kadın	358	23,21	5,244	,105	461	,917	Erkek	105	23,15	4,869	<b>Zihinselleştirme</b>	Kadın	358	94,17	13,066	-,443	461	,658	Erkek	105	94,82	13,316	Kendilik Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	27,42	7,153	-2,286	461	,023*	Erkek	105	29,22	6,886	Diğerleri Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	35,91	5,755	,710	461	,478	Erkek	105	35,46	5,746	Zihinselleştirme Motivasyonu Alt Boyutu	Kadın	358	30,84	5,034	1,257	461	,209	Erkek	105	30,14	4,987	<b>Somatizasyon</b>	Kadın	358	25,35	9,838	3,790	461	,000*	Erkek	105	21,32	8,623	<b>Depresyon</b>	Kadın	358	31,24	12,200	3,150	461	,002*	Erkek	105	27,09	10,761	<b>Anksiyete</b>	Kadın	358	20,11	8,793	5,340	225,531	,000*
<b>Aleksitimi</b>	Kadın	358	50,32	12,907	2,376	461	,018*																																																																																																																																
	Erkek	105	46,98	11,801				Duyguları Tanımada Güçlük Alt Boyutu	Kadın	358	15,16	6,609	3,687	200,196	,000*	Erkek	105	12,80	5,502	Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Boyutu	Kadın	358	11,95	4,435	1,897	461	,058	Erkek	105	11,03	4,105	Dışa Dönük Düşünme Alt Boyutu	Kadın	358	23,21	5,244	,105	461	,917	Erkek	105	23,15	4,869	<b>Zihinselleştirme</b>	Kadın	358	94,17	13,066	-,443	461	,658	Erkek	105	94,82	13,316	Kendilik Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	27,42	7,153	-2,286	461	,023*	Erkek	105	29,22	6,886	Diğerleri Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	35,91	5,755	,710	461	,478	Erkek	105	35,46	5,746	Zihinselleştirme Motivasyonu Alt Boyutu	Kadın	358	30,84	5,034	1,257	461	,209	Erkek	105	30,14	4,987	<b>Somatizasyon</b>	Kadın	358	25,35	9,838	3,790	461	,000*	Erkek	105	21,32	8,623	<b>Depresyon</b>	Kadın	358	31,24	12,200	3,150	461	,002*	Erkek	105	27,09	10,761	<b>Anksiyete</b>	Kadın	358	20,11	8,793	5,340	225,531	,000*	Erkek	105	15,90	6,528								
Duyguları Tanımada Güçlük Alt Boyutu	Kadın	358	15,16	6,609	3,687	200,196	,000*																																																																																																																																
	Erkek	105	12,80	5,502				Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Boyutu	Kadın	358	11,95	4,435	1,897	461	,058	Erkek	105	11,03	4,105	Dışa Dönük Düşünme Alt Boyutu	Kadın	358	23,21	5,244	,105	461	,917	Erkek	105	23,15	4,869	<b>Zihinselleştirme</b>	Kadın	358	94,17	13,066	-,443	461	,658	Erkek	105	94,82	13,316	Kendilik Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	27,42	7,153	-2,286	461	,023*	Erkek	105	29,22	6,886	Diğerleri Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	35,91	5,755	,710	461	,478	Erkek	105	35,46	5,746	Zihinselleştirme Motivasyonu Alt Boyutu	Kadın	358	30,84	5,034	1,257	461	,209	Erkek	105	30,14	4,987	<b>Somatizasyon</b>	Kadın	358	25,35	9,838	3,790	461	,000*	Erkek	105	21,32	8,623	<b>Depresyon</b>	Kadın	358	31,24	12,200	3,150	461	,002*	Erkek	105	27,09	10,761	<b>Anksiyete</b>	Kadın	358	20,11	8,793	5,340	225,531	,000*	Erkek	105	15,90	6,528																				
Duyguları Söze Dökmede Güçlük Alt Boyutu	Kadın	358	11,95	4,435	1,897	461	,058																																																																																																																																
	Erkek	105	11,03	4,105				Dışa Dönük Düşünme Alt Boyutu	Kadın	358	23,21	5,244	,105	461	,917	Erkek	105	23,15	4,869	<b>Zihinselleştirme</b>	Kadın	358	94,17	13,066	-,443	461	,658	Erkek	105	94,82	13,316	Kendilik Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	27,42	7,153	-2,286	461	,023*	Erkek	105	29,22	6,886	Diğerleri Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	35,91	5,755	,710	461	,478	Erkek	105	35,46	5,746	Zihinselleştirme Motivasyonu Alt Boyutu	Kadın	358	30,84	5,034	1,257	461	,209	Erkek	105	30,14	4,987	<b>Somatizasyon</b>	Kadın	358	25,35	9,838	3,790	461	,000*	Erkek	105	21,32	8,623	<b>Depresyon</b>	Kadın	358	31,24	12,200	3,150	461	,002*	Erkek	105	27,09	10,761	<b>Anksiyete</b>	Kadın	358	20,11	8,793	5,340	225,531	,000*	Erkek	105	15,90	6,528																																
Dışa Dönük Düşünme Alt Boyutu	Kadın	358	23,21	5,244	,105	461	,917																																																																																																																																
	Erkek	105	23,15	4,869				<b>Zihinselleştirme</b>	Kadın	358	94,17	13,066	-,443	461	,658	Erkek	105	94,82	13,316	Kendilik Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	27,42	7,153	-2,286	461	,023*	Erkek	105	29,22	6,886	Diğerleri Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	35,91	5,755	,710	461	,478	Erkek	105	35,46	5,746	Zihinselleştirme Motivasyonu Alt Boyutu	Kadın	358	30,84	5,034	1,257	461	,209	Erkek	105	30,14	4,987	<b>Somatizasyon</b>	Kadın	358	25,35	9,838	3,790	461	,000*	Erkek	105	21,32	8,623	<b>Depresyon</b>	Kadın	358	31,24	12,200	3,150	461	,002*	Erkek	105	27,09	10,761	<b>Anksiyete</b>	Kadın	358	20,11	8,793	5,340	225,531	,000*	Erkek	105	15,90	6,528																																												
<b>Zihinselleştirme</b>	Kadın	358	94,17	13,066	-,443	461	,658																																																																																																																																
	Erkek	105	94,82	13,316				Kendilik Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	27,42	7,153	-2,286	461	,023*	Erkek	105	29,22	6,886	Diğerleri Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	35,91	5,755	,710	461	,478	Erkek	105	35,46	5,746	Zihinselleştirme Motivasyonu Alt Boyutu	Kadın	358	30,84	5,034	1,257	461	,209	Erkek	105	30,14	4,987	<b>Somatizasyon</b>	Kadın	358	25,35	9,838	3,790	461	,000*	Erkek	105	21,32	8,623	<b>Depresyon</b>	Kadın	358	31,24	12,200	3,150	461	,002*	Erkek	105	27,09	10,761	<b>Anksiyete</b>	Kadın	358	20,11	8,793	5,340	225,531	,000*	Erkek	105	15,90	6,528																																																								
Kendilik Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	27,42	7,153	-2,286	461	,023*																																																																																																																																
	Erkek	105	29,22	6,886				Diğerleri Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	35,91	5,755	,710	461	,478	Erkek	105	35,46	5,746	Zihinselleştirme Motivasyonu Alt Boyutu	Kadın	358	30,84	5,034	1,257	461	,209	Erkek	105	30,14	4,987	<b>Somatizasyon</b>	Kadın	358	25,35	9,838	3,790	461	,000*	Erkek	105	21,32	8,623	<b>Depresyon</b>	Kadın	358	31,24	12,200	3,150	461	,002*	Erkek	105	27,09	10,761	<b>Anksiyete</b>	Kadın	358	20,11	8,793	5,340	225,531	,000*	Erkek	105	15,90	6,528																																																																				
Diğerleri Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	Kadın	358	35,91	5,755	,710	461	,478																																																																																																																																
	Erkek	105	35,46	5,746				Zihinselleştirme Motivasyonu Alt Boyutu	Kadın	358	30,84	5,034	1,257	461	,209	Erkek	105	30,14	4,987	<b>Somatizasyon</b>	Kadın	358	25,35	9,838	3,790	461	,000*	Erkek	105	21,32	8,623	<b>Depresyon</b>	Kadın	358	31,24	12,200	3,150	461	,002*	Erkek	105	27,09	10,761	<b>Anksiyete</b>	Kadın	358	20,11	8,793	5,340	225,531	,000*	Erkek	105	15,90	6,528																																																																																
Zihinselleştirme Motivasyonu Alt Boyutu	Kadın	358	30,84	5,034	1,257	461	,209																																																																																																																																
	Erkek	105	30,14	4,987				<b>Somatizasyon</b>	Kadın	358	25,35	9,838	3,790	461	,000*	Erkek	105	21,32	8,623	<b>Depresyon</b>	Kadın	358	31,24	12,200	3,150	461	,002*	Erkek	105	27,09	10,761	<b>Anksiyete</b>	Kadın	358	20,11	8,793	5,340	225,531	,000*	Erkek	105	15,90	6,528																																																																																												
<b>Somatizasyon</b>	Kadın	358	25,35	9,838	3,790	461	,000*																																																																																																																																
	Erkek	105	21,32	8,623				<b>Depresyon</b>	Kadın	358	31,24	12,200	3,150	461	,002*	Erkek	105	27,09	10,761	<b>Anksiyete</b>	Kadın	358	20,11	8,793	5,340	225,531	,000*	Erkek	105	15,90	6,528																																																																																																								
<b>Depresyon</b>	Kadın	358	31,24	12,200	3,150	461	,002*																																																																																																																																
	Erkek	105	27,09	10,761				<b>Anksiyete</b>	Kadın	358	20,11	8,793	5,340	225,531	,000*	Erkek	105	15,90	6,528																																																																																																																				
<b>Anksiyete</b>	Kadın	358	20,11	8,793	5,340	225,531	,000*																																																																																																																																
	Erkek	105	15,90	6,528																																																																																																																																			

Kadınlar ve erkekler arasında,

Temel depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ( $p=,041<0,05$ ). Kadınların temel depresyon düzeyi (Ort.=38,76), erkeklerden (Ort.=35,75) olarak anlamlı bir şekilde farklı ve yüksektir.

Aleksitimi düzeyi ( $p=,018<0,05$ ) ve duyguları tanımada güçlük düzeyi ( $p=,000<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir. Kadınların aleksitimi düzeyi (Ort.=50,32) ve duyguları tanımada güçlük düzeyi (Ort.=15,16), erkeklerin aleksitimi düzeyi (Ort.=46,98) ve duyguları tanımada güçlük düzeyinden (Ort.=12,80) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksektir.

Duyguları söze dökmede güçlük ( $p=,058>0,05$ ) ve dışa dönük düşünme ( $p=,917>0,05$ ) düzeyleri kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Kendilik temelli zihinselleştirme düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ( $p=,023<0,05$ ). Erkeklerin kendilik temelli zihinselleştirme düzeyi (Ort.=29,27) kadınlardan (Ort.=27,42) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksektir.

Zihinselleştirme ( $p=,658>0,05$ ), diğerleri temelli zihinselleştirme ( $p=,478>0,05$ ) ve zihinselleştirme motivasyonu ( $p=,209>0,05$ ) düzeyleri kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Somatizasyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ( $p=,000<0,05$ ). Kadınların somatizasyon düzeyi (Ort.=25,35), erkeklerin somatizasyon düzeyinden (Ort.=21,32) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksektir.

Depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ( $p=,002<0,05$ ). Kadınların depresyon düzeyi (Ort.=31,24), erkeklerden (Ort.=27,09) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksektir.

Anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ( $p=,000<0,05$ ). Kadınların anksiyete düzeyi (Ort.=20,11) erkeklerden (Ort.=15,90) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksektir.

## 4.2 Pearson Korelasyon Analizi

Bu kısımda çalışmanın değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

**Çizelge 4.3: Pearson Korelasyon Testi Bulguları: Ölçekler Arasında**

Değişken	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Somatizasyon</b>	1											
<b>Depresyon</b>	,710** ,000	1										
<b>Anksiyete</b>	,795** ,000	,828** ,000	1									
<b>Temel Depresyon</b>	,518** ,000	,753** ,000	,598** ,000	1								
Aleksitimi Duyguları Tanımada Güçlük Alt Boyutu	,583** ,000	,590** ,000	,613** ,000	,581** ,000	1							
Aleksitimi Duyguları Dökmeye Güçlük Alt Boyutu	,365** ,000	,480** ,000	,424** ,000	,480** ,000	,745** ,000	1						
Aleksitimi Dönük Düşünme Alt Boyutu	,149** ,001	,105* ,024	,133** ,004	,170** ,000	,298** ,000	,286** ,000	1					
<b>Aleksitimi</b>	,481** ,000	,506** ,000	,510** ,000	,528** ,000	,883** ,000	,837** ,000	,654** ,000	1				
Zihinselleştirme Kendilik Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	-,361** ,000	-,391** ,000	-,410** ,000	-,365** ,000	-,645** ,000	-,627** ,000	-,157** ,001	-,606** ,000	1			
Zihinselleştirme Diğerleri Temelli Zihinselleştirme Alt Boyutu	-,010 ,827	-,057 ,218	-,036 ,439	-,015 ,744	-,150** ,001	-,239** ,000	,181** ,000	-,085 ,067	,122** ,009	1		
Zihinselleştirme Zihinselleştirme Motivasyonu	-,040 ,390	-,025 ,591	-,013 ,774	-,013 ,786	-,129** ,005	-,213** ,000	,093* ,045	-,101* ,030	,223** ,000	,637** ,000	1	
<b>Zihinselleştirme</b>	-,207** ,000	-,247** ,000	-,244** ,000	-,210** ,000	-,466** ,000	-,527** ,000	,030 ,524	-,405** ,000	,683** ,000	,749** ,000	,784** ,000	1

\*\*p<0,01 \*p<0,05

### Temel Depresyon, Aleksitimi ve Zihinselleştirme Arasındaki İlişki:

Temel depresyon ve aleksitimi arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=,528$ ;  $p=,000$ ). Aleksitimi ile zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-,405$ ;  $p=,000$ ). Temel depresyon

ile zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-,210$ ;  $p=,000$ ).

Temel Depresyon ile Aleksitimi ve Alt Boyutları, Zihinselleştirme ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki:

Temel depresyon ve aleksitimi arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=,528$ ;  $p=,000$ ). Temel depresyon ile duyguları tanımada güçlük arasında pozitif yönlü ve orta seviyede ( $r=,581$ ;  $p=,000$ ), duyguları söze dökmede güçlük arasında pozitif yönlü ve orta seviyede ( $r=,480$ ;  $p=,000$ ), dışa dönük düşünme arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede ( $r=,170$ ;  $p=,000$ ) anlamlı bir ilişki vardır.

Temel depresyon ile zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-,210$ ;  $p=,000$ ). Temel depresyon ile kendilik temelli zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-,365$ ;  $p=,000$ ).

Aleksitimi ve Alt Boyutları ile Zihinselleştirme ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki:

Aleksitimi ile zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-,405$ ;  $p=,000$ ).

Aleksitimi ile kendilik temelli zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede ( $r=-,606$ ;  $p=,000$ ), zihinselleştirme motivasyonu arasında negatif yönlü ve çok zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-,101$ ;  $p=,030$ ).

Zihinselleştirme ile duyguları tanımada güçlük arasında negatif yönlü ve orta seviyede ( $r=-,490$ ;  $p=,000$ ), duyguları söze dökmede güçlük arasında negatif yönlü ve orta seviyede ( $r=-,565$ ;  $p=,000$ ) anlamlı bir ilişki vardır.

Duyguları tanımada güçlük ile kendilik temelli zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede ( $r=-,645$ ;  $p=,000$ ), diğerleri temelli zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve çok zayıf seviyede ( $r=-,150$ ;  $p=,005$ ), zihinselleştirme motivasyonu arasında negatif yönlü ve çok zayıf seviyede ( $r=-,129$ ;  $p=,005$ ) anlamlı bir ilişki vardır.

Duyguları söze dökmede güçlük ile kendilik temelli zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede ( $r=-,627$ ;  $p=,000$ ), diğerleri temelli zihinselleştirme

arasında negatif yönlü ve çok zayıf seviyede ( $r=-,239$ ;  $p=,000$ ), zihinselleştirme motivasyonu arasında negatif yönlü ve çok zayıf seviyede ( $r=-,213$ ;  $p=,000$ ) anlamlı bir ilişki vardır.

Dışa dönük düşünme ile kendilik temelli zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve çok zayıf seviyede ( $r=-,157$ ;  $p=,000$ ), diğerleri temelli zihinselleştirme arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede ( $r=,181$ ;  $p=,000$ ), zihinselleştirme motivasyonu arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede ( $r=-,093$ ;  $p=,000$ ) anlamlı bir ilişki vardır.

#### Somatizasyon, Depresyon ve Anksiyete Arasındaki İlişki:

Somatizasyon ile depresyon arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede ( $r=,710$ ;  $p=,000$ ), somatizasyon ile anksiyete arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede ( $r=,795$ ;  $p=,000$ ), depresyon ile anksiyete arasında pozitif yönlü ve çok güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=,828$ ;  $p=,000$ ).

#### Somatizasyon ile Temel Depresyon, Aleksitimi ve Alt Boyutları, Zihinselleştirme ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki:

Somatizasyon ile temel depresyon arasında pozitif yönlü ve orta seviyede ( $r=,518$ ;  $p=,000$ ), aleksitimi arasında pozitif yönlü ve orta seviyede ( $r=,481$ ;  $p=,000$ ), zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-,207$ ;  $p=,000$ ).

Somatizasyon ile duyguları tanımada güçlük arasında pozitif yönlü ve orta seviyede ( $r=,583$ ;  $p=,000$ ), duyguları söze dökmeye güçlük arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede ( $r=,365$ ;  $p=,000$ ), dışa dönük düşünme arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede ( $r=,149$ ;  $p=,001$ ) anlamlı bir ilişki vardır.

Somatizasyon ile kendilik temelli zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-,361$   $p=,000$ ).

#### Depresyon ile Temel Depresyon, Toronto Aleksitimi ve Alt Boyutları, Zihinselleştirme ve Alt Boyutları ile Arasındaki İlişki:

Depresyon ile temel depresyon arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede ( $r=,753$ ;  $p=,000$ ), aleksitimi arasında pozitif yönlü ve orta seviyede ( $r=,506$ ;  $p=,000$ ), zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede ( $r=-,247$ ;  $p=,000$ ) anlamlı bir ilişki vardır.

Depresyon ile duyguları tanımada güçlük arasında pozitif yönlü ve orta seviyede ( $r=,590$ ;  $p=,000$ ), duyguları söze dökmede güçlük arasında pozitif yönlü ve orta seviyede ( $r=,480$ ;  $p=,000$ ), dışa dönük düşünme arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede ( $r=,105$ ;  $p=,024$ ) anlamlı bir ilişki vardır.

Depresyon ile kendilik temelli zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-,391$   $p=,000$ ).

#### Anksiyete ile Temel Depresyon, Toronto Aleksitimi ve Alt Boyutları, Zihinselleştirme ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki:

Anksiyete ile temel depresyon arasında pozitif yönlü ve orta seviyede ( $r=,598$ ;  $p=,000$ ), aleksitimi arasında pozitif yönlü ve orta seviyede ( $r=,510$ ;  $p=,000$ ), zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede ( $r=-,244$ ;  $p=,000$ ) anlamlı bir ilişki vardır.

Anksiyete ile duyguları tanımada güçlük arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede ( $r=,613$ ;  $p=,000$ ), duyguları söze dökmede güçlük arasında pozitif yönlü ve orta seviyede ( $r=,424$ ;  $p=,000$ ), dışa dönük düşünme arasında pozitif yönlü ve çok zayıf seviyede ( $r=,133$ ;  $p=,004$ ) anlamlı bir ilişki vardır.

Anksiyete ile kendilik temelli zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-,410$   $p=,000$ ).

### **4.3 Regresyon Analizi Sonuçları**

Bu kısımda somatizasyon ve aleksitimi bağımlı değişkenlerini, diğer bağımsız değişkenlerin yordama durumunu tespit etmek için doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Regresyon analizi hem araştırma grubu için hem de deri belirtileri olan ve olmayan gruplar için ayrı ayrı yapılmıştır.

#### **4.3.1 Somatizasyon bağımlı değişkeni için regresyon analizi sonuçları**

Somatizasyon bağımlı değişkenini, depresyon, anksiyete, temel depresyon, aleksitimi alt boyutları duyguları tanımada güçlük, duyguları söze dökmede güçlük, dışa dönük düşünme ve zihinselleştirme alt boyutları kendilik temelli zihinselleştirme, diğerleri temelleri zihinselleştirme ve zihinselleştirme motivasyonu bağımsız değişkenlerinin ne derece açıkladığına ve yordadığına dair doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

**Çizelge 4.4: Somatizasyon için Doğrusal Regresyon Analizi (Tüm Katılımcılar)**

Yordanan	Yordayan	Std. Olm. B	Std. S.H.	Std. B	t	p	F (p)	R AdjR <sup>2</sup>
Somatizasyon(Sabit)		3,342	2,967		1,126	,261	101,156 (0,000*)	0,817 (0,661)
	Depresyon	,164	,048	,203	3,384	,001*		
	Anksiyete	,648	,059	,568	11,001	,000*		
	Temel Depresyon	-,042	,032	-,057	-1,312	,190		
	Duyguları Tanımada Güçlük	,383	,076	,254	5,035	,000*		
	Duyguları Söze Dökmede Güçlük	-,251	,100	-,113	-2,524	,012*		
	Dışa Dönük Düşünme	,026	,056	,014	,467	,641		
	Kendilik Temelli Zihinselleştirme	,045	,052	,033	,875	,382		
	Diğerleri Temelli Zihinselleştirme	,182	,062	,108	2,914	,004*		
	Zihinselleştirme Motivasyonu	-,187	,070	-,097	-2,681	,008*		

Çizelge 4.4'te tüm katılımcılar için somatizasyon puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bağımsız değişkenler, somatizasyonun %66,1'ini açıklamaktadır.

Depresyon puanı somatizasyon puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,164$ ;  $p<0,05$ ). Anksiyete puanı somatizasyon puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,648$ ;  $p<0,05$ ).

Duyguları tanımada güçlük puanı somatizasyon puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,383$ ;  $p<0,05$ ). Duyguları söze dökmede güçlük puanı somatizasyon puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ( $\beta=-,251$ ;  $p<0,05$ ).

Diğerleri temelli zihinselleştirme puanı somatizasyon puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,182$ ;  $p<0,05$ ). Zihinselleştirme motivasyonu puanı somatizasyon puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ( $\beta=-,187$ ;  $p<0,05$ ).

**Çizelge 4.5: Somatizasyon için Doğrusal Regresyon Analizi (Psikodermatolojik Belirtileri Olanlar)**

Yordanan	Yordayan	Std. Olm.		Std.	t	p	F	R
		B	S.H.					
	Somatizasyon(Sabit)	6,039	4,185		1,443	,150	51,295 (0,000)	0,805 (0,635)
	Depresyon	,217	,063	,270	3,449	,001*		
	Anksiyete	,616	,083	,531	7,392	,000*		
	Duyguları Tanımada Güçlük	,372	,110	,236	3,374	,001*		
	Duyguları Söze Dökmede Güçlük	-,327	,141	-,147	-2,328	,021*		
	Dışa Dönük Düşünme	-,020	,082	-,010	-,244	,808		
	Kendilik Temelli Zihinselleştirme	,036	,077	,025	,463	,644		
	Diğerleri Temelli Zihinselleştirme	,250	,089	,146	2,797	,006*		
	Zihinselleştirme Motivasyonu	-,280	,101	-,139	-2,780	,006*		
	Temel Depresyon	-,049	,042	-,068	-1,159	,247		

Çizelge 4.5'te psikodermatolojik belirtileri olan katılımcılar için somatizasyon puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bağımsız değişkenler, somatizasyonun %63,5'ini açıklamaktadır.

Depresyon puanı somatizasyon puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,217$ ;  $p<0,05$ ). Anksiyete puanı somatizasyon puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,616$ ;  $p<0,05$ ).

Duyguları tanımada güçlük puanı somatizasyon puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,372$ ;  $p<0,05$ ). Duyguları söze dökmede güçlük puanı somatizasyon puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ( $\beta=-,327$ ;  $p<0,05$ ).

Diğerleri temelli zihinselleştirme puanı somatizasyon puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,250$ ;  $p<0,05$ ). Zihinselleştirme motivasyonu puanı somatizasyon puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ( $\beta=-,280$ ;  $p<0,05$ ).

**Çizelge 4.6: Somatizasyon için Doğrusal Regresyon Analizi (Psikodermatolojik Belirtileri Olmayanlar)**

Yordanan	Yordayan	Std. Olm.		t	p	F	R	
		B	S.H.					B
	Somatizasyon(Sabit)	1,053	4,113		,256	,798	51,081 (0,000)	0,840 (0,692)
	Depresyon	,040	,077	,050	,526	,600		
	Anksiyete	,723	,084	,660	8,624	,000*		
	Duyguları Tanımada Güçlük	,381	,105	,273	3,618	,000*		
	Duyguları Söze Dökmede Güçlük	-,087	,140	-,040	-,620	,536		
	Dışa Dönük Düşünme	,040	,076	,023	,523	,601		
	Kendilik Temelli Zihinselleştirme	,036	,068	,029	,526	,600		
	Diğerleri Temelli Zihinselleştirme	,105	,085	,065	1,242	,216		
	Zihinselleştirme Motivasyonu	-,056	,094	-,032	-,595	,552		
	Temel Depresyon	-,027	,049	-,036	-,551	,582		

Çizelge 4.6’da psikodermatolojik belirtileri olmayan katılımcılar için somatizasyon puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bağımsız değişkenler, somatizasyonun %69,2’sini açıklamaktadır.

Anksiyete puanı somatizasyon puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,723$ ;  $p<0,05$ ).

Duyguları tanımada güçlük puanı somatizasyon puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,381$ ;  $p<0,05$ ).

#### 4.3.2 Aleksitimi bağımlı değişkeni için regresyon analizi sonuçları

Aleksitimi bağımlı değişkenini, temel depresyon, zihinselleştirme alt boyutları kendilik temelli zihinselleştirme, diğerleri temelleri zihinselleştirme ve zihinselleştirme motivasyonu, somatizasyon, depresyon, anksiyete bağımsız değişkenlerinin yordama durumuna dair doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

**Çizelge 4.7: Aleksitimi için Doğrusal Regresyon Analizi (Tüm Katılımcılar)**

Yordanan	Yordayan	Std. Olm.		Std.	t	p	F	R
		B	S.H.					
Aleksitimi	(Sabit)	56,746	3,726		15,231	,000	65,571 (0,000)	0,709 (0,495)
	Temel Depresyon	,270	,049	,282	5,539	,000*		
	Kendilik Temelli Zihinselleştirme	-,781	,068	-,437	-11,527	,000*		
	Diğerleri Temelli Zihinselleştirme	-,123	,096	-,055	-1,275	,203		
	Zihinselleştirme Motivasyonu	,104	,112	,041	,932	,352		
	Somatizasyon	,196	,073	,150	2,684	,008*		
	Depresyon	-,067	,077	-,063	-,870	,385		
	Anksiyete	,141	,105	,094	1,343	,180		

Çizelge 4.7’de tüm katılımcılar için aleksitimi puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bağımsız değişkenler, aleksitiminin %49,5’ini açıklamaktadır. Temel depresyon puanı aleksitimi puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,270$ ;  $p<0,05$ ). Kendilik temelli zihinselleştirme puanı aleksitimi puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ( $\beta=-,781$ ;  $p<0,05$ ). Somatizasyon puanı aleksitimi puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,196$ ;  $p<0,05$ ).

**Çizelge 4.8: Aleksitimi için Doğrusal Regresyon Analizi (Psikodermatolojik Belirtileri Olanlar)**

Yordanan	Yordayan	Std. Olm.		Std.	t	p	F	R
		B	S.H.					
Aleksitimi	(Sabit)	57,854	4,813		12,021	,000	35,483 (0,000)	0,704 (0,481)
	Somatizasyon	,067	,091	,054	,732	,465		
	Depresyon	-,100	,094	-,100	-1,067	,287		
	Anksiyete	,291	,133	,202	2,199	,029*		
	Kendilik Temelli Zihinselleştirme	-,831	,090	-,461	-9,217	,000*		
	Diğerleri Temelli Zihinselleştirme	-,046	,127	-,021	-,361	,718		
	Zihinselleştirme Motivasyonu	,113	,151	,045	,750	,454		
	Temel Depresyon	,244	,061	,273	4,007	,000*		

Çizelge 4.8’de psikodermatolojik belirtileri olan katılımcılar için aleksitimi puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bağımsız değişkenler, aleksitiminin %48,1’ini açıklamaktadır.

Anksiyete puanı aleksitimi puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,291$ ;  $p<0,05$ ). Kendilik Temelli zihinselleştirme puanı aleksitimi puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ( $\beta=-,831$ ;  $p<0,05$ ). Temel depresyon puanı aleksitimi puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,244$ ;  $p<0,05$ ).

**Çizelge 4.9: Aleksitimi için Regresyon Analizi (Psikodermatolojik Belirtileri Olmayanlar)**

Yordanan	Yordayan		Std. B	t	p	F (p)	R AdjR <sup>2</sup>
	Std. B	Std. S.H.					
Aleksitimi (Sabit)	53,786	5,956		9,031	,000	30,290 (0,000)	0,723 (0,505)
Somatizasyon	,401	,125	,281	3,206	,002*		
Depresyon	,029	,136	,025	,214	,831		
Anksiyete	-,115	,177	-,073	-,650	,517		
Kendilik Temelli Zihinselleştirme	-,692	,104	-,394	-6,631	,000*		
Diğerleri Temelli Zihinselleştirme	-,185	,148	-,081	-1,245	,215		
Zihinselleştirme Motivasyonu	,077	,169	,030	,454	,650		
Temel Depresyon	,280	,083	,266	3,386	,001*		

Çizelge 4.9'da psikodermatolojik belirtileri olmayan katılımcılar için aleksitimi puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bağımsız değişkenler, aleksitiminin %50,5'ini açıklamaktadır.

Somatizasyon puanı aleksitimi puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,401$ ;  $p<0,05$ ). Kendilik temelli zihinselleştirme puanı aleksitimi puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ( $\beta=-,692$ ;  $p<0,05$ ). Temel depresyon puanı Aleksitimi puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta=,280$ ;  $p<0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma ile psikodermatolojik belirtileri olan ve olmayan kişilerin ruhsal işleyişlerinin psikanalitik psikosomatik kavramları çerçevesinde incelenmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda, çalışmanın temel değişkenleri olan temel depresyon, aleksitimi, zihinselleştirme ve psikolojik belirtiler (somatizasyon, depresyon, anksiyete) arasındaki ilişkiler ile ilgili pearson korelasyon analizleri yapılmış, bağımsız örneklem t-test analizleri ile iki grup arasında bir kıyaslama yapılmıştır. Çalışmada ayrıca, diğer değişkenlerin somatizasyon ve aleksitimiye yordama durumları yapılan doğrusal regresyon analizleriyle incelenmiştir. Elde edilen bulgular literatür ve kuramlar ışığında aşağıda tartışılmıştır.

### 1. Çalışmanın Temel Değişkenleri ile İlgili Yapılan T-Test ve Pearson Korelasyon Analizleri

Yapılan t-test analizinde temel depresyon ve aleksitimi düzeylerinin psikodermatolojik belirtileri olan kişilerde daha yüksek olduğu, zihinselleştirme düzeyleri bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu bulgular literatür ile kısmen uyumludur.

On üç Avrupa ülkesinde yapılan, 3.700 kişinin dahil edildiği, çok merkezli bir prevalans çalışmasında ortaya konulan sonuçlar, depresyon prevalansının deri hastalıklarına sahip olan grupta %10,1, sağlıklı kontrol grubunda %4,3 olduğunu ortaya koymuştur (Gieler, 2020; Dalgard, 2015). Daha önce çalışmanın değişkenler bölümünde anlatıldığı gibi, 'Temel Depresyon' kavramını, bu çalışmada kullanılan Temel Depresyon Ölçeği (Cuestionario Básico de Depresión, CBD; Peñate, 2001b) dışında, kavramın tam karşılığı olarak ölçebilecek nicel bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Ancak mevcut çalışmada, Temel Depresyon ölçeği ile SCL-90 Depresyon Alt Ölçeği arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyon tespit edilmiştir ( $r=,753$ ,  $p=,000$ ) ve literatürde de temel depresyonu inceleyen çalışmalarda, nicel bir ölçüm aracı olarak klasik depresyon ölçekleri tercih edilmiştir (Erbudak, 2018; Yaya, 2016). Buna dayanarak psikosomatik deri hastalıkları olan kişilerde depresyon düzeylerini tespit etmeye ve sağlıklı kontrollerle kıyaslamaya yönelik çalışmaların

bulguları, temel depresyon değişkeninin niceliksel ölçümü açısından da bir fikir verebilecek durumdadır.

Temel depresyon ile benzerlik gösteren, distimi veya uyumsuz şemalar gibi psikolojik işleyişleri inceleyen bazı çalışmalarda ise, bu çalışmanın bulgularıyla uyumlu sonuçlar ortaya çıkmıştır. Nörodermatit hastalarıyla yapılan bir çalışmada, nörodermatit hastalarında en yaygın psikiyatrik durumların major depresyon (%32), distimi (%18) ve anksiyete bozukluğu (%12) olduğu, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yalçın vd., 2020). 55'i psoriasis hastası olmak 185 kişiyle yapılan başka bir çalışmada ise, psoriasis grubunda özellikle emosyonel inhibisyon, emosyonel yoksunluk, sosyal izolasyon gibi uyumsuz erken dönem şemaların ön plana çıktığı tespit edilmiştir. Bu şemaların ayrıca anksiyete, depresyon ve stresin yordayıcıları olduğu ve emosyonel inhibisyonun ihtiyaçların ve duyguların ifadesinde güçlülere yol açarak yüksek aleksitimi skorlarının nedeni olduğu anlaşılmıştır (Mizara vd., 2012).

Aleksitimi ise, psikosomatik ve psikodermatoloji literatüründe sıklıkla çalışılan bir kavram olmuştur ve yapılan çalışmaların sonuçları, bu çalışmanın bulgularıyla uyumludur. Psoriasis, Alopesi Areata ve Ürtiker hastalarında TAÖ aleksitimi düzeylerini sağlıklı kontrollerle kıyaslayan 144 katılımcının yer aldığı bir çalışmada, 3 hasta grubunun da TAÖ aleksitimi ve alt boyutları duyguları tanımada ve söze dökmeye güçlük ve ifade etme düzeylerinin sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu bulunmuştur (Yükrük, 2022). Psoriasis tanılı 300 kişide hastalık algısını inceleyen bir başka çalışmada, katılımcıların %38'inin duygusal durumlarını tarif edemedikleri tespit edilmiştir (Linder, 2009).

Psoriasis ve Alopesi Areata hastalarıyla yapılan diğer bazı çalışmalarda, bu kişilerin TAÖ puanlarına göre aleksitimi düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu bulunmuştur (Allegranti, 1994; Dehghani vd., 2017, Willemsen vd., 2009, Yazici vd., 2006 akt. Demirgil, 2023).

Yapılan pearson korelasyon analizinde katılımcıların temel depresyon ve aleksitimi düzeyleri arasında pozitif yönlü ve orta seviyede, aleksitimi ve

zihinselleştirme düzeyleri arasında negatif yönlü ve orta seviyede ve temel depresyon ile zihinselleştirme düzeyleri arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgular literatür ile uyumludur.

Literatürde, bu üç değişkenin birbiri ile ilişkisinin, Marty'nin psikanalitik psikosomatik kavramsallaştırması çerçevesinde bir arada inceleyen nicel yöntemle yapılmış bir çalışma mevcut değildir ve dolayısıyla niceliksel olarak bu bulguları doğrulayabilecek bir literatür bulunmamaktadır. Ancak, Türkiye'de nitel/nicel yöntemlerin bir arada kullanıldığı Marty'nin psikosomatik kavramları çerçevesinde psikodermatolojik hastalıkları olan kişilerin ruhsal işleyişlerini inceleyen klinik örneklerle yapılan çalışmalarda, bu kişilerde temel depresif özellikler, depresif duygu durumları, işlemsel bir düşünce tarzı, aleksitimik özellikler ve zihinselleştirme kapasitesinde yetersizlikler gözlemlenmiş ve bu kavramlar birbiri ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmalardan bazı örnekler aşağıdaki gibidir.

Alopesi Areata tanısı almış 12 katılımcıyla klinik görüşmeler ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) uygulanarak yapılan bir çalışmada katılımcıların %83,3'ünde aleksitimik özellikler görülmüştür. Yapılan klinik görüşmelerde elde edilen katılımcıların rüya, anı ve düşlem kapasitesine ilişkin yetersizlikleri, günlük yaşamın somut öğelerinden oluşan ve duygu içermeyen monoton söylemleri ve hastalıkları ile ruhsal durumları arasında bir bağlantı kurmakta zorlanmaları gibi bulgularını ile ilgili yapılan analizlerde, katılımcılarda işlemsel düşünce/aleksitimi özellikleri ve zihinselleştirme kapasitesinde ve başa çıkma tutumlarında yetersizlikler olduğu gözlemlenmiştir (Salman, 2019). Alopesi Areata ve Psoriasis tanısı almış kişilerle yapılan iki ayrı çalışmada Rorschach testi, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDI)'den elde edilen bulgularda hasta gruplarının sağlıklı kontrollere göre TAÖ ve BDI puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu ve hasta gruplarında psikosomatik işleyişlere özgü sembolizasyon ve düşlem kapasitelerinde yetersizlikle karakterize bir şekilde zihinselleştirme kapasitesi eksikliği, işlemsel düşünce ve temel depresyon öğeleri görüldüğü tespit edilmiştir (Erbudak, 2018; Yaya, 2016). Psoriasis, alopesi areata, nörodermatit hastaları ile yapılan başka bir çalışmada ise bu hastaların ruhsal süreçleri, işlemsel düşünce ve temel depresyon özellikleri araştırılmış, yapılan Rorschach testleri sonuçlarına göre, çalışılan tüm hasta gruplarında içsel yaşantıların

fakirleştığı ve sembolizasyon kapasitesinin yetersiz olduğu gözlenmiştir (İkiz vd., 2006).

Mevcut çalışmada elde edilen psikodermatolojik belirtileri olan katılımcılarda temel depresyon ve aleksitiminin, dermatolojik belirtileri olmayan katılımcılara göre anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olmasına ve değişkenler arasındaki ilişkilere dair elde edilen bulgular ve yukarıda verilen literatür sonuçları Marty ve arkadaşlarının psikanalitik psikosomatik kuramını kısmen doğrulamakta, diğer psikanalitik kuramcılarının çıkarımlarıyla uyum göstermektedir. Marty ve arkadaşları, psikosomatik hastalarla yaptıkları çalışmalarda, bu hastalarda, umutsuz, karamsar, heyecansız bir ruh hali olarak tanımladıkları temel depresyon özellikleri, fakir bir düşlemsel ve sözel kapasite ile karakterize işlemsel bir düşünce şekli ve düşük bir zihinselleştirme kapasitesi olduğunu gözlemlemişlerdir. Marty'e göre, bu hastalar, zihinselleştirme kapasitelerindeki yetersizlikler sebebiyle bilinçdışı dürtülerini ve çatışmalarını, ayrıca kayıp, ayrılık gibi yaşam olaylarının getirdiği zorlayıcı duygusal deneyimleri ruhsallıklarında işleyememekte, bunun sonucunda bilinçdışından boşalmak isteyen dürtüsel enerji doğrudan simgeleştirilemeden bedene atlayarak bedensel bozulmaya yol açmaktadır (İkiz, 2001). Freud'a göre ise, organik (psikosomatik) hastalıklarda, hastalık bastırılan ve simgeleştirilemeyen dürtülerin ve duygulanımların bedene saparak bedensel bozulma yaratması sonucu oluşur (Debray vd., 2015). Diğer yandan, Mitrani'ye göre 'zihinselleştirilememiş' acı verici deneyimler ruhsallıkta sembolik olarak işlenememekte, zihinsel olarak temsil edilememekte ve ezici bir kaygı, yıkıcı bir kayıp ve acı dolu bir özlem hissiyle doğrudan bedende duyumsanmakta veya eyleme dökülmektedir. Mitrani, bu sebeple, psikosomatik hastalarla yapılan psikanalitik terapilerde, terapistin hastanın iç çatışmalarını, ruhsal sıkıntılarını, acılarını ve acı verici anılarını sözel bir düzleme taşımaya aracılık ederek, eyleme dökmeler ve bedenselleştirmelerden kendisi üzerine düşünebileceği sözel ve temsili bir alan oluşturmasına yardımcı olmasının, terapinin esas amacı ve aracı olduğunu belirtmektedir (Mitrani ve McDougall, 2008).

Mevcut çalışmada elde edilen bu bulgular, Koblenzer'in psikodermatolojik hastalıkları olan kişilerle ilgili yaptıkları gözlemlerle de uyumludur. Koblenzer'e göre, bu hastalarda, semptomlar sıklıkla, zorlayıcı yaşam olayları ardından onlarla başa çıkmakta zorlanılan dönemlerde ortaya çıkmaktadır; kliniğe gelen kişiler psikolojik olarak rahatsız hissetmekte, umutsuz, çaresiz, hayattan zevk alamayan bir

ruh halinde olmaktadır. Koblenzer'e göre başa çıkma mekanizmalarındaki bozulma, nöronal olarak iletilen acil durum önlemlerini etkinleştirerek biyolojik dengeyi değiştirmekte ve hastalığın gelişmesine, alevlenmesine yol açmaktadır (Koblenzer, 1983). Koblenzer'in bu gözlemleri, psikosomatik kuramın temel depresyon ve zihinselleştirme kapasitesindeki eksikliklerin, hastalığın çıkışın ve seyirindeki rolüne dair açıklamaları ile uyum göstermektedir.

Diğer yandan Jafferany'nin çalışmaları ve gözlemleri de mevcut çalışmanın bulgularıyla uyumludur. 1951 – 2004 yılları arasında yayınlanmış psikodermatolojik araştırmaları incelediği bir çalışmada, Jafferany, ürtiker, atopik ve nörodermatit, alopesi areata ve rozasae gibi, mevcut çalışmanın kapsamında incelenmiş olan hastalık gruplarında, kişilerin %68 ila %100'ünün cilt reaksiyonlarının başlangıcı ve/veya alevlenmesi ile ilişkili duygusal tetikleyiciler yaşadıklarını belirttiklerini ortaya koymuştur. Jafferany'e göre stres deri hastalıklarında bir neden değil, duygusal tetikleyicilerle başa çıkmada yaşanan zorluklarla ilgili hastalığı tetikleyici bir biyolojik tepki olarak ortaya çıkmaktadır: Stres nöroendokrin sistemi tetikleyerek bağışıklık sistemi tepkisinde bozulmalar yaratmakta ve bunun sonucunda ciltte iltihaplanma meydana gelmektedir (Jafferany, 2007). Bu bulgular, kişilerin duygusal tetikleyicilerle ruhsallıklarında başa çıkmada zorluklar yaşamasının yarattığı stresin bedensel bir bozulmaya yok açarak, deri hastalığının ortaya çıkışında ve alevlenmesinde oynadığı rolü göstermesi açısından önemlidir ve Marty'nin kuramı çerçevesinde kavramsallaştırılan psikosomatik işleyişin bedensel bozulmaya doğru kişiyi nasıl sürüklediğine dair bir temel oluşturmaktadır.

Jafferany'nin ayrıca, psoriasis, alopesi areata, ürtiker ve atopik dermatit hastaları ile ilgili gözlemleri, bu çalışmanın temel depresyon ve aleksitimi ile ilgili bulguları ile uyumludur: Jafferany bu hastalarda çoğunlukla, distimik özelliklerin görüldüğünü, bastırılmış agresyon ve öfke ifadesinde güçlüğü ön plana çıktığını gözlemlemiştir.

Özetle, çalışmanın temel değişkenleri ile ilgili yapılan bu analizlerde, psikosomatik literatürünü, Marty ve diğer bazı psikanalitik psikosomatik kuramlarını, ve ayrıca psikodermatoloji literatürü ile uyumlu bulgular elde edilmiştir. Psikodermatolojik belirtileri olan kişilerde, temel depresif (kronik depresif, distimik) ve aleksitimik özellikler belirtileri olmayanlara göre daha fazla görülmektedir ve temel depresyon ile aleksitimi arasında pozitif yönde, zihinselleştirme ile bu iki

değişken arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Tüm bu bulgular, psikosomatik kökenli deri hastalıklarının ortaya çıkışının ve seyrinin, kişilerin yaşadıkları acıları, duygulanımları, içsel çatışmaları fazlasıyla baskılamaları, duygularını yeteri kadar tanıyamamaları ve sözel olarak yeterli şekilde ifade edememeleri ile ilişkili olabileceğine dair bir fikir vermektedir.

## **2. Çalışmanın Psikolojik Belirti Değişkenleri (Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete) ile İlgili Yapılan T-Test ve Temel Değişkenlerle İlişkilerini İnceleyen Pearson Korelasyon Analizleri**

Psikodermatolojik belirtileri olan grupta somatizasyon, depresyon ve anksiyete puanlarının ikinci gruba göre anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular literatür ile uyumludur.

Yapılan çalışmalarda, Alopesi Areata ve/veya Psoriasis hastalarının sağlıklı gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeyleri gösterdikleri bulunmuştur. (Aghaei vd. 2014; Alfani vd., 2012, Arı vd., 2011, Ataseven, 2015, akt. Yaya, 2016; Dalgard vd., 2015; Şahiner, 2010). Ayrıca, Jafferany, çalışmalarında, psoriasis, alopesi areata, ürtiker ve atopik dermatit hastalarında depresyon ve anksiyetenin komorbidite oranlarının %35 ile %60 arasında değişen oranlarda görüldüğünü tespit etmiştir (Jafferany, 2007).

Çalışmanın tüm değişkenleri (temel depresyon, aleksitimi, zihinselleştirme, somatizasyon, depresyon, anksiyete) ve alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir: Somatizasyon ile depresyon ve anksiyete arasında pozitif yönlü ve güçlü; somatizasyon ile temel depresyon, aleksitimi arasında pozitif yönlü ve orta seviyede, zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede; somatizasyon ile aleksitimi alt boyutlarından duyguları tanımada güçlük ile pozitif yönlü ve orta seviyede, diğer aleksitimi alt boyutlarıyla (duyguları söze dökmeye güçlük ve dışa dönük düşünme) pozitif yönlü ve zayıf seviyede; somatizasyon ile zihinselleştirme alt boyutu kendilik temelli zihinselleştirme arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulgular literatür ile uyumludur.

Psikodermatoloji ve psikosomatik literatüründe, tüm bu değişkenlerin ve alt boyutlarının ilişkisini bir arada inceleyen bir çalışma mevcut değildir ancak bu bulgularla uyumlu olarak, klinik ve sağlıklı örneklerde aleksitimi, somatizasyon, depresyon, anksiyete arasında pozitif yönlü ve bu değişkenlerle zihinselleştirme

arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmalardan bazı örnekler aşağıdaki gibidir.

Psikodermatolojik klinik örneklerinde aleksitimi, somatizasyon, anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik belirtiler arasında ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalarda bu değişkenler arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişkiler bulunmuştur: Psoriasis tanısı almış 104 katılımcı ile yapılan bir çalışmada TAÖ aleksitimi puanları ile SCL-90 Psikolojik Belirti Tarama Testi alt ölçekleri somatizasyon, anksiyete, fobik anksiyete ve kişilerarası duyarlılık puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuş ve TAÖ alt boyutları olan duyguları tanımada ve söze dökmede güçlüğü ilişki sorunlarına, başarısızlık, aşağılık ve kendini küçümseme duygularına sebep olduğu tespit edilmiştir (Korkoliakou vd., 2017). 46 katılımcıyla yapılan bir diğer çalışmada psoriasis ve nörodermatit hastalarının aleksitimi ve somatizasyon puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu çalışmada ayrıca, aleksitimik özellikler gösteren hastaların SCL-90 Psikolojik Belirti Tarama Testi sonuçlarına göre yüksek öfke ve kişilerarası duyarlılık belirtileri gösterdikleri tespit edilmiştir (Çetin, 2021).

Psikosomatik klinik ve sağlıklı örneklerde somatizasyon, aleksitimi ve zihinselleştirme arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalar mevcuttur. Ancak öncelikle belirtmek gerekir ki, mevcut çalışmada veya aşağıda örnekleri verilecek olan çalışmalarda kullanılan, RFQ-54 Yansıtıcı İşleyiş veya MentS Zihinselleştirme ölçekleriyle operasyonelleştirilmiş olan zihinselleştirme değişkeni, Fonagy'nin kavramsallaştırması dahilindedir ve Marty'nin psikanalitik psikosomatik kuramındaki zihinselleştirme kavramından farklıdır. Marty'nin zihinselleştirme kavramı, kişinin sembolizasyon, düşlem kapasitesini işaret etmektedir ve bilinçdışı/önbilinç süreçleriyle ilgili olduğu için bu kavram ancak Rorschach testi, klinik görüşmelerde söylem analizi gibi nitel yöntemlerle, daha önce örnekleri verilen çalışmalardaki gibi operasyonelleştirilebilmektedir. Diğer yandan RFQ-54 veya MentS Zihinselleştirme ölçekleri, Fonagy'nin, empati, duygusal zeka, içgörü gibi kavramlarla daha yakından ilişkili olan ve bilinçdışı süreçlerden ziyade bilinç düzeyinde bir zihinselleştirme kapasitesini işaret eden zihinselleştirme /yansıtıcı işleyiş kavramı baz alınarak oluşturulmuş nicel ölçüm araçlarıdır (Kaya vd., 2023; Dimitrijevic vd., 2017).

Buna göre, psikosomatik literatüründe zihinselleştirme, somatizasyon ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi ve psikosomatik hasta grupları ile sağlıklı kontroller arasındaki farklılıkları inceleyen bazı çalışmalarda, psikosomatik gruplarda aleksitimik özelliklerin daha fazla, zihinselleştirme kapasitesinin daha yetersiz olduğu görülmüş ve düşük zihinselleştirme kapasitesi ile somatizasyon ve aleksitimi arasında pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur: Psikosomatik deri reaksiyonlarının ayrışma-bireyleşme ve zihinselleştirme ile ilişkisini inceleyen, 672 katılımcı ile yapılan başka bir çalışmada ise, zihinselleştirme kapasitesinde bir zayıflığın göstergesi olan RFQ-54 ölçeği hipermentalizasyon (aşırı ve yanlış zihinselleştirme), katılımcıların deri şikayetleri sayısı ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği tespit edilmiştir (Kızılkaya, 2018). Anoreksiya Nevroza veya Blumia yeme bozukluğu tanısı olan kişilerde aleksitimik özelliklerin ve zihinselleştirme kapasitesinin sağlıklı kontrollerle kıyaslandığı 81 çalışmayı inceleyen bir meta-analizde Anoreksiya Nevroza ve Blumia hastalarında MentS Zihinselleştirme Ölçeği kendilik temelli zihinselleştirme alt boyut puanlarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı ve düşük olduğu, diğerleri temelli zihinselleştirmede ise bir fark görülmediği bulunmuştur (Simonsen vd., 2020). Yeme bozukluklarında zihinselleştirme ve aleksitimi gibi ruhsal işleyiş ile ilgili değişkenleri inceleyen, diğer çalışmalarda hasta gruplarında, sağlıklı kontrollere göre daha yüksek aleksitimi ve daha düşük zihinselleştirme düzeyleri olduğu, bu hastaların çoğunlukla duygu düzenleme güçlükleri yaşadıkları ve duygularını baskıladıkları ve zihinselleştirme kapasitesi zayıflığı ile aleksitimi arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu görülmüştür (Raffagnato vd., 2020; Rothschild-Yakar vd., 2018; Sacchetti vd., 2019; Taheri vd., 2021).

Fibromiyalji tanısı olan kişilerin sağlıklı kontrollerle kıyaslandığı başka bir çalışmada ise, zihinselleştirme kapasitesinde bir zayıflığın göstergesi olan RFQ-54 ölçeği hipomentalizasyon (eksik zihinselleştirme) puanlarının fibromiyalji grubunda sağlıklı gruba göre anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu bulunmuştur (Havle, 2023). Ergenlerle yürütülen bir çalışmada psikosomatik şikayetlerin, düşük zihinselleştirme kapasitesi ve çocukluk çağı travmaları ile pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Aydoğan, 2018, akt. Gürkan, 2020). Üniversite öğrencileri ile yürütülen başka bir çalışmada ise somatizasyon, aleksitimi ve duygu düzenleme

güçlüğü arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür (Özden, 2015, akt. Gürkan, 2020).

Özetle, çalışmanın tüm değişkenleri ile ilgili yapılan analizlerde, psikodermatoloji ve diğer psikosomatik literatürü ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bu bulgulara göre kişilerde somatizasyon yani bedenselleştirme davranışının en çok depresyon, anksiyete, temel depresyon ve duyguları tanımada güçlük ile ilişkili olduğu görülmektedir. Diğer yandan kendilik temeli zihinselleştirme ve somatizasyon arasındaki negatif yönlü ilişki, zayıf seviyede görülmüş olsa da, kişilerde içgörü yüksekliği ile bedenselleştirme davranışı arasında ters bir orantı olduğunu göstermektedir. Tüm bu bulgular, kişilerde somatizasyon (bedenselleştirme) eğiliminin kişinin duygularını tanıyabilmesi ve dile getirebilmesi ile yakinen ilişkili olduğuna; sembolize edilemeyen, söze dökülemeyenin bedende kendisini gösterebileceğine dair bir fikir vermektedir. Araştırma grubu betimsel istatistikleri de bu bulguları desteklemektedir; psikodermatolojik belirtileri olan kişilerde, diğer tüm psikosomatik kökenli hastalıkların, ikinci gruba göre yüzdesel olarak belirgin bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.

### **3. Çalışmanın Değişkenlerinin Somatizasyonu Ne Ölçüde Açıkladığı ve Yordama Durumlarına Dair Doğrusal Regresyon Analizleri**

Yapılan doğrusal regresyon analizinde, çalışmada kullanılan diğer değişkenlerin ve alt boyutlarının somatizasyonun %66,1'ini açıkladığı ve anksiyete, duygu tanımada güçlük, depresyon ve diğerleri temelli zihinselleştirmenin somatizasyonu pozitif yönlü, zihinselleştirme motivasyonu ve duyguları söze dökmede güçlüğüne negatif yönlü yordadığı bulundu. Bu bulgulara göre, somatizasyonu en fazla yordayan değişkenlerin anksiyete ile duygu tanımada güçlük olduğu görülmekte.

Diğer yandan iki grup arasındaki farklara bakıldığında, bağımsız değişkenlerin psikodermatolojik belirtileri olan grupta somatizasyonun %63,5'ini açıkladığı ve psikodermatolojik belirtileri olmayan grupta somatizasyonun %69'2 sini açıkladığı görüldü. İki grup arasındaki farka ilişkin önemli bir bulgu, psikodermatolojik belirtileri olmayan grupta, somatizasyonu yordayan değişkenlerin, psikodermatolojik ve toplam grubun bulgularının aksine, sadece anksiyete ve duygu tanımada güçlük olduğu yönündeydi. Buna göre, anksiyete ve duygu tanımada

güçlük hem psikodermatolojik belirtileri olan hem de olmayan grupta önemli pozitif yordayıcı değişkenler olarak ön plana çıkarken, psikodermatolojik belirtileri olan grupta, depresyonun ve diğerleri temelli zihinselleştirmenin de pozitif yordayıcı bir değişken olarak yer aldığı ve ayrıca duyguları söze dökmeye güçlük ve zihinselleştirme motivasyonunun negatif yordayıcılar olarak bulunduğu görülmektedir.

Bu bulgular özetle şunu göstermektedir: Psikodermatolojik belirtileri olan ve olmayan kişilerde, somatizasyonun (yani ruhsal sıkıntılarının bedensel semptomları tetiklemesinin) onu %66,1 oranında açıklayabilen çalışmanın mevcut değişkenleri arasında en önemli yordayıcıları anksiyete ve kişilerin duygularını tanımalarında, anlamlandırmalarında zorluk yaşamalarıdır. Ancak, psikodermatolojik belirtileri olan kişilerde depresyon ve diğerleri temelli zihinselleştirme de önemli yordayıcılar olarak ön plana çıkmaktadır.

Aradaki bu fark, mevcut çalışmada ve daha önce örnekleri verilen literatür çalışmalarında, psikodermatolojik hasta gruplarında sağlıklı kontrollere göre daha yüksek depresyon oranları görülmesiyle ve diğerleri temelli zihinselleştirmenin, kişilerarası duyarlılıkla da ilgisi olan bir değişken olmasıyla açıklanabilir. Örneğin, psoriasis hastalarıyla yapılmış bir çalışmada katılımcıların TAÖ aleksitimi puanlarıyla, SCL-90 Psikolojik Belirti Tarama Testi alt ölçekleri somatizasyon, anksiyete, fobik anksiyete ve kişilerarası duyarlılık puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (Korkoliakou vd., 2017). Diğer bir çalışmada ise kızgınlık gibi duyguları bastırma ve aleksitimi durumu, aşırı özverili kişilik yapısına sahip kişilerde kronik kaşıntı etiyojisiyle ilişkilendirilmiş; kaşıntının bu hastalarda depresyonun dolaylı bir dışa vurumu, baskılanmış ruhsal çatışmaların bedensel bir yansıması olduğu düşünülmüştür (Altunay ve Köşlü, 2008, akt. Çetin, 2021). Bu bulgular, ayrıca, daha önceden sözü edilen, Koblenzer ve Jafferany'nin psikodermatolojik hastalarla ilgili gözlemlerine göre ve Jafferany'nin psikodermatoloji araştırmaları meta-analizinde ortaya çıkan, psikodermatoloji hastalarının çoğunlukla duygularını tanımakta ve ifade etmekte zorlanan, kişiler arası duyarlılığı yüksek olan kişiler oldukları tespitleriyle de uyumludur (Koblenzer, 1983; Jafferany, 2007).

#### **4. Çalışmanın Değişkenlerinin Aleksitimiye Ne Ölçüde Açıkladığı ve Yordama Durumlarına Dair Doğrusal Regresyon Analizleri**

Yapılan doğrusal regresyon analizinde, çalışmada diğer değişkenlerin ve alt boyutlarının aleksitiminin %49,5'ini açıkladığı ve temel depresyon ve somatizasyonun aleksitimiye pozitif yönlü ve kendilik temelli zihinselleştirmenin aleksitimiye negatif yönlü yordadığı bulundu. Buna göre, kendilik temelli zihinselleştirmenin aleksitimide önemli bir negatif yordayıcı olduğu görülmekte. Diğer yandan iki grup arasındaki farklara bakıldığında bağımsız değişkenlerin aleksitimiye açıklama oranı bakımından kayda değer bir fark görülmediği, iki grupta da temel depresyon (pozitif yönde) ve kendilik temelli zihinselleştirmenin (negatif yönde) aleksitimiye yordadığı, ancak, bu iki değişken dışında psikodermatolojik belirtileri olan grupta anksiyetenin pozitif bir yordayıcı olduğu görülürken, belirtileri olmayan grupta somatizasyonun pozitif yönlü güçlü bir yordayıcı olarak belirdiği görülmektedir.

Bu bulgular özetle şunu göstermektedir: Aleksitiminin %50'sini açıklayabilen çalışmanın değişkenleri arasında, psikodermatolojik belirtileri olan grupta anksiyete ve temel depresyon, aleksitimiye pozitif yönde, kendilik temelli zihinselleştirmeyi negatif yönde yordamaktadır. Bu bulgular Marty'nin psikosomatik işleyiş modeli ile örtüşmektedir. Yeniden hatırlanacak olursa, Marty'e göre psikosomatik hastalarda önce temel depresyon ve ardından aleksitimik özellikler ortaya çıkmakta, kişinin zihinselleştiremediği acı verici duygular ve dürtüler, sembolik olarak işlenemediği için bedene atlamakta ve bedensel bozulmaya ve hastalığa yol açmaktadır.

#### **5. Cinsiyet Değişkeni Bakımından Katılımcıların Temel Depresyon, Aleksitimi, Zihinselleştirme ve Psikolojik Belirti Düzeyleri Arasında Anlamlı Bir Fark Olup Olmadığına Dair Yapılan T-Test Analizi**

Yapılan t-test analizinde, kadınların, temel depresyon, aleksitimi, somatizasyon, anksiyete ve depresyon düzeylerinin erkeklerden anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu görüldü. Aleksitimi alt boyutları içerisinde duyguları tanımada güçlük düzeyinin kadınlarda daha yüksek bulunmasına karşın, duyguları söze dökmeye güçlük ve dışa dönük düşünme bakımından erkekler ile kadınlar arasında bir fark görülmedi. Toplam zihinselleştirme, diğerleri temelli zihinselleştirme ve zihinselleştirme motivasyonu bakımından da bir fark

görülmezken, erkeklerin kendilik temelli zihinselleştirme düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu bulundu. Ayrıca, araştırma grubu betimsel istatistiklerine göre araştırmaya katılan kadınların %59'u psikodermatolojik belirtileri olan grupta yer alırken, erkeklerin sadece %48'i bu grupta yer aldığı görüldü.

Bu bulguların psikodermatoloji alanında Koblenzer ve Jafferany'nin gözlemleri ve çalışmalarıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Koblenzer atopik dermatit, ürtiker, psoriasis, pruritus gibi psikodermatolojik hastalıkların prevalansının kadın popülasyonunda daha yüksek oranda görüldüğünü belirtmiştir. Koblenzer'e göre psikosomatik kökenli deri hastalıkları ve şikayetlerinin kadınlarda daha fazla görülmesi, birçok toplumda kadınların öfke gibi olumsuz duygularını baskılamalarına yol açan yetiştirilme tarzları ile de ilgilidir. Çalışmanın böyle bir yetiştirilme tarzının yaygın olduğu Türkiye'de bir örnekleme yürütüldüğü göz önüne alındığında, Koblenzer'in gözlemlediği bu durumun bulgular üzerinde geçerli olabileceği düşünülebilir. Diğer yandan, Jafferany psikodermatolojik hastalıklarda, kadınlarda anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik komorbiditelerin daha sık görüldüğünü bildirmiştir (Koblenzer 1997; Jafferany 2007). Psoriasis tanısı olan 607 katılımcı ile, depresyon ve anksiyete komorbiditesinin taranması amacıyla yapılan bir çalışmada, depresyon ve anksiyete düzeylerinin kadınlarda belirgin olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Lamb vd., 2017). Diğer yandan, psikodermatolojik hastalıkların, anksiyete ve depresyonun kadınlarda daha sık görülmesinin kadınların stres hormonlarına karşı daha duyarlı olmaları ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir: Psikosomatik ve psikiyatrik bozuklukların belirtilerinin, işlevsiz bir HPA (Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal) eksenini ile ilişkili olduğu, HPA hiperaktivitesinin major depresyon, sosyal fobi, panik bozukluk, genel anksiyete, multipl skleroz ve nörodermatitte yaygın bir bulgu olduğu bildirilmiştir (Verma vd., 2011).

Bu çalışmanın bulgularının aksine, zihinselleştirme ile ilgili yapılan çalışmalarda ise, zihinselleştirme kapasitesinin veya zihinselleştirme motivasyonunun kadınlarda daha yüksek olduğu görülmektedir (Dimitrijevic, 2017). Mevcut çalışmada, toplam zihinselleştirme kapasitesi ve diğer alt boyutları arasında kadınlar ve erkekler arasında, bir fark görülmemiş olmakla birlikte, kendilik temelli zihinselleştirmenin erkeklerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu, mevcut çalışmada, kendilik temelli zihinselleştirme ile yakından alakalı bir kavram olan

aleksitiminin kadınlarda, erkeklere göre anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek çıkmış olmasıyla açıklanabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikodermatolojik belirtileri olan ve olmayan katılımcılarda, temel depresyon, aleksitimi, zihinselleştirme ve somatizasyonun incelenmesi sonucunda, çalışmanın bulguları, değişkenler arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ve iki grup arasında arasında anlamlı farklar olduğunu göstermiştir. Çalışmada psikodermatolojik belirtileri olan kişilerde temel depresyon ve aleksitimi düzeylerinin belirtileri olmayan kişilere göre daha yüksek olduğu ve aleksitimi ile temel depresyon arasında pozitif yönde, zihinselleştirme kapasitesi arasında ise negatif yönde bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Ayrıca duyguları tanımada güçlük, depresyon ve anksiyetenin, somatizasyonun en önemli yordayıcıları olduğu çalışmanın önemli bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır.

Bu sonuçlar, psikodermatolojik ve psikosomatik hastalıklara sahip kişilerde sağlıklı gruplara göre daha yüksek aleksitimi düzeyleri görüldüğüne ve aleksitimi ile zihinselleştirme kapasitesi arasında negatif yönlü bir ilişki bulunduğuna dair literatür sonuçlarıyla uyumludur.

Ayrıca, Marty ve arkadaşları başta olmak üzere psikanalitik psikosomatik kuramları ve psikodermatoloji kliniğinde yapılan gözlemlerle de örtüşmektedir. Psikosomatik deri hastalıkları olan kişilerin, sıklıkla distimik bir ruh hali, depresif duygu durumu, yüksek kişilerarası duyarlılık gösterdikleri ve duygularını bastırma, ifade edememe eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir. Alopesi Areata, Egzama, Ürtiker gibi hasta gruplarında %70'ten %100'e varan oranlarda hastalığın duygusal olarak zorlayıcı, çoğunlukla kişilerarası ilişkiler ilgili bir yaşam olayının ardından alevlendiği ve bu kişilerde yüksek oranda bastırılmış bir öfke/ agresyon görüldüğü bildirilmiştir.

Bu bilgilerle birlikte değerlendirildiğinde, psikosomatik şikayetleri ve hastalıkları olan kişilerin baskıladığı duygularını, iç çatışmalarını tanınması, sembolize edebilmesi ve ifade edebilir hale gelmesine yardımcı olan farklı ekollerde psikoterapilerin bu hastalarda önemine ve gerekliliğine işaret etmektedir. Kişilerin zihinselleştirme kapasitesini arttırmayı hedefleyen psikoterapilerin bu kişilerin

hastalıklarının prognozunda etkisini ölçümleyen ileri çalışmalar yapılması önerilebilir.

Çalışmanın diğer bir bulgusu, psikosomatik tıp alanındaki araştırmalara göre başlıca psikosomatik rahatsızlıklardan oldukları ortaya konulan migren, fibromiyalji, bruksizm (diş sıkma), nevralji, fibromiyalji, hiper tansiyon, mide veya bağırsak ülseri, alerjik astım, anoreksiya, blumia, ülseratif kolit, vertigo ve romatoid artrit'in psikodermatolojik belirtileri olan katılımcılarda psikodermatolojik belirtileri olmayanlara göre belirgin bir şekilde daha yüksek yüzdesel oranda görüldüğü yönünde olmuştur. Buna göre, mevcut çalışmanın bu hastalık gruplarını kapsayacak şekilde tekrar edilmesi önerilebilir.



## KAYNAKLAR

- Aghaei, S., Saki, N., Daneshmand, E., & Kardeh, B. (2014). Prevalence of psychological disorders in patients with alopecia areata in comparison with normal subjects. *ISRN dermatology*, 2014, 304370. <https://doi.org/10.1155/2014/304370>
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Aisenstein, M. (2006). The indissociable unity of psyche and soma: A view from the ParisPsychosomatic School 1. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(3), 667-680
- Aisenstein, M. & De Aisemberg, E.R. (2022). *Psychosomatics Today: A Psychoanalytic Perspective (2nd ed.)*. (Eds.). Routledge.
- Baudin M. (2002). Histeri ve/veya somatik hastalıklarda yatırım olarak beden. Türk-Fransız Rocharch Günleri Sunumu. Çev. İrem Erdem Atak. *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi, Psikosomatik Sayısı (2005)*.
- Bolat, N., Yavuz, M., Eliacik, K., Zorlu, A., Evren, C., & Kose, S. (2017). Psychometric properties of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale in a Turkish adolescent sample. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 362-368. doi: 10.5455/apd.239284
- Ciğeroğlu B. (2015). Vücut Tiyatrosu - Joyce McDougall. *Acıyan Beden: Psikosomatiğe Psikanalitik Bakışlar, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları*
- Çetin E. (2021). Sedef ve nörodermatit hastalarında genel psikopatoloji, stres, benlik saygısı, aleksitimi ve travma. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi / Tıp Fakültesi. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*
- Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B. E., Misery, L., Szabo, C., Linder, D., Sampogna, F., Evers, A. W. M., Halvorsen, J. A., Balieva, F., Szepietowski, J., Romanov, D., Marron, S. E., Altunay, I. K., Finlay, A. Y., Salek, S. S., & Kupfer, J. (2015). The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *The Journal of investigative dermatology*, 135(4), 984-991. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.530>
- Debray, R., Dejours C. & Fedida P.(2015). *Psikopatoloji ve somatizasyon*, çev. Alemdar, Ö. İstanbul: Bağlam Yayınları.

- Demirgil F. (2023). Alopesi areata hastalarında travmatik yaşantılar, dissosiyatif belirtiler ve aleksitimi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi / Tıp Fakültesi. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2017). The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268–280. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Erbudak I. (2018). Alopesi Areata ile depresyon ilişkisi. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü / Psikoloji Ana Bilim Dalı. *Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*
- Gieler, U., Gieler, T., Peters, E. M. J. & Linder, D.(2020). Skin and Psychosomatics - Psychodermatology today. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG*, 18(11), 1280–1298.
- George, D. and Mallery, M. (2010) SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 Update, 10th Edition, Pearson, Boston.
- Göçer K. (2019). Ekzema hastalarında psikosomatik işleyişin deri-benlik kuramı bağlamında araştırılması. İstanbul Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü / Psikoloji Ana Bilim Dalı / Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*
- Güleç, H., Köse, S., Güleç, Y.M., Çitak, S., Evren C., Borckardt, J. ve Sayar, K. (2009). Reliability and Factorial Validity of The Turkish Version of The 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19, 214-220.
- Gürbüz M. & Coşar B., (2015). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Yeni Sınıflandırmaya Doğru: Psikosomatik Araştırmalar İçin Tanı Ölçütleri (DCPR)., *Literatür Sempozyum* , vol.7.
- Gürkan Y., (2020). Geç ergenlikte narsisistik özellikler ve psikosomatik şikayetler arasındaki ilişkide zihinselleştirmenin rolünün araştırılması. İstanbul Bilgi Üniversitesi / Lisansüstü Programlar Enstitüsü. *Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*.
- Havle İ. (2023). Fibromiyalji sendromunda somatizasyonun, zihinselleştirmenin ve temel duygulanım özelliklerinin rolü. İstanbul Arel Üniversitesi / Lisansüstü Eğitim Enstitüsü / Psikoloji Ana Bilim Dalı. *Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*.
- İkiz T. (2001). Psikosomatik hastalıklarda psikosomatik psikoterapi, II. Türk-Fransız Rocharch Günleri Sunumu. *Psikanaliz Konuşmaları (2016)*. İstanbul, Bağlam Yayınları.
- İkiz T. (2005). *Psikosomatik Hastalıklarda Psikanalitik Psikoterapi*. Psikanaliz Konuşmaları. İstanbul, Bağlam Yayınları.
- İkiz, T., İşçimen, A., Pirim, B., Yavuz, E., & Erdem Atak, İ. (2006). Psoriasis, liken simpleks kronikus ve alopesi universalis hastalarında ruhsal süreçlerin Rorschach Testi ile incelenmesi. *Dermatose* 2006/1, ISSN 1303-7358, s. 45-49

- İkiz T. (2008). Paris Psikosomatik Okulu (ipso). Psikanaliz Buluşmaları 3, Psikosomatik. *İstanbul, Bağlam Yayınları*.
- Jafferany M. (2007). Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 9(3), 203–213. <https://doi.org/10.4088/pcc.v09n0306>
- Jafferany, M., & Franca, K. (2016). Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta dermato-venereologica*, 96(217), 35–37. <https://doi.org/10.2340/00015555-2378>
- Karakılıç Ç. (2012). Psoriasis hastalarının kontrol grupları ile psikiyatrik değişkenler açısından karşılaştırılması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi / Tıp Fakültesi, *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*
- Karasar, N. (2012). Bilimsel araştırma yöntemi (24. baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kaya Z., Alpay E., Yenigüç Ş., Özçürümez G. (2023). Zihinselleştirme Ölçeği'nin Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2023;34(2):118–124 <https://doi.org/10.5080/u25692>
- Kılıç, M. (1991). “Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin geçerlilik ve güvenirliliği”, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1(2), 45-52.
- Koblenzer C. S. (1983). Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Archives of dermatology*, 119(6), 501–512.
- Koblenzer C. S. (1997). Psychodermatology of women. *Clinics in dermatology*, 15(1), 127–141. [https://doi.org/10.1016/s0738-081x\(96\)00115-0](https://doi.org/10.1016/s0738-081x(96)00115-0)
- Korkoliakou, P., Efstathiou, V., Giannopoulou, I., Christodoulou, C., Kouris, A., Rigopoulos, D., & Douzenis, A. (2017). Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis. *Anais brasileiros de dermatologia*, 92(4), 510–515. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175660>
- Kızılkaya Z. (2018). Psikosomatik Deri Reaksiyonlarının Ayrışma-Bireyleşme ve Mentalizasyon ile İlişkisi. İstanbul Bilgi Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü. *Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*
- Köksal, G. (2017). Zihinselleştirme kapasitesinin bağlanma stili ve somatizasyon düzeyi ilişkisindeki moderatör rolü. İstanbul Bilgi Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü. *Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı Doktora Tezi*
- Lamb, R. C., Matcham, F., Turner, M. A., Rayner, L., Simpson, A., Hotopf, M., Barker, J. N. W. N., Jackson, K., & Smith, C. H. (2017). Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting. *The British journal of dermatology*, 176(4), 1028–1034. <https://doi.org/10.1111/bjd.14833>
- Leader D. (2008). *Depresyon, Yas ve Melankoli*. Encore Yayınları.
- Linder, D., Dall'olio, E., Gisondi, P., Berardesca, E., Gennaro, E. D., Pennella, A. R., Giannetti, A., Peserico, A., & Girolomoni, G. (2009). Perception of disease and doctor-patient relationship experienced by patients with psoriasis: a questionnaire-based study. *American journal of clinical*

*dermatology*, 10(5), 325–330. <https://doi.org/10.2165/11311190-000000000-00000>

- Marty, P. (2012). Zihinselleştirme ve psikosomatik. AE Yavuz Sever (çev.), İstanbul: Bağlam Yayınları.
- McWilliams N. (2020). *Psikanalitik Tanı* çev. Kalem E. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Mercan, S., & Altunay, İ. K. (2006). *Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji*. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4):305-313
- Mitrani, J.L. & McDougall J. (2008). *A Framework for the Imaginary: Clinical Explorations in Primitive States of Being*. S.207-247. Karnac Books. <https://doi.org/10.4324/9780429471308>
- Mizara, A., Papadopoulos, L., & McBride, S. R. (2012). Core beliefs and psychological distress in patients with psoriasis and atopic eczema attending secondary care: the role of schemas in chronic skin disease. *The British journal of dermatology*, 166(5), 986–993. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10799.x>
- Menkü, B. (2021). Psikosomatik Bozukluklar, Psychosomatic Disorders. Menkü, B. & Coşar, Türkiye Klinikleri Somatik Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar Özel Sayısı.
- Özçürümez, G. (2015). *Psikanalitik Yönelimli Dinamik Psikoterapinin Bugünü*. Psychoanalytically Oriented Dynamic Psychotherapy's Today Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2015;8(2):1-9
- Parman, T. (2005). Psikosomatik Tarihi Ve Çocuk Psikosomatığı, 2. Çocuk Psikanalizi Günleri Sunumu. İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Pirlot, G., & Corcos, M. (2012). Understanding alexithymia within a psychoanalytical framework. *The International journal of psychoanalysis*, 93(6), 1403–1425. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2012.00657.x>
- Porcelli P. (2005). Aleksitimi Yapısı ve Rocharch Testi. Çev İrem Erdem Atak. *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi, Psikosomatik*
- Raffagnato, A., Angelico, C., Valentini, P., Miscioscia, M., & Gatta, M. (2020). Using the Body When There Are No Words for Feelings: Alexithymia and Somatization in Self-Harming Adolescents. *Frontiers in psychiatry*, 11, 262. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00262>
- Rothschild-Yakar, L., Peled, M., Enoch-Levy, A., Gur, E., & Stein, D. (2018). "Eating Me Up from Inside": A Pilot Study of Mentalization of Self and Others and Emotion Regulation Strategies among Young Women with Eating Disorders. *Israel journal of psychiatry*, 55(1), 35–43.
- Sacchetti, S., Robinson, P., Bogaardt, A., Clare, A., Ouellet-Courtois, C., Luyten, P., Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Reduced mentalizing in patients with bulimia nervosa and features of borderline personality disorder: A case-control study. *BMC psychiatry*, 19(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2112-9>

- Sago D, Babic G. (2019). Roots of Alexithymia. *Archives of Psychiatry Research* 2019;55:71-84 DOI: 10.20471/may.2019.55.01.06
- Salman U. (2019). Alopesi areata hastalarında işlemsel düşünce/aleksitimi ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi. İstanbul Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / *Uygulamalı Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*
- Simonsen, C. B., Jakobsen, A. G., Grøntved, S., & Kjaersdam Telléus, G. (2020). The mentalization profile in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(5), 311–322. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1707869>
- Smadja, C. (2011). Psychoanalytic psychosomatics. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92(1), 221–230. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00390.x>
- Şahiner, V. İ. (2010). Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve yaşam olaylarının alopesi areata ile ilişkisi. Başkent Üniversitesi / Tıp Fakültesi / *Psikiyatri Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*.
- Taheri, Alaleh & Mazaheri, M. Ali & Zabihzadeh, Abbas & Robinson, Paul. (2021). Obese Adolescents Have Reduced Mentalizing Ability. 10.21203/rs.3.rs-252931/v1.
- Tekindal, M., Tekindal, M. A. (2021). Validity and Reliability of Basic Depression Scale For Turkey. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 5 (3), 452-463. DOI: 10.29058/mjwbs.906629.
- Tuncer E. (2021). Psoriasis hastalığı olan ve olmayan bireylerin ayrılma bireyleşme, annenin algılanan reddi ve savunma mekanizmaları açısından karşılaştırılması. İstanbul Gedik Üniversitesi / Lisansüstü Eğitim Enstitüsü / Psikoloji Ana Bilim Dalı. *Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*
- Uncu Ş. (2017). Alopesi Areata Hastalarının Zihinselleştirme Yetilerinin Dil Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. İstanbul Arel Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü. *Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*
- Uğurcan B. (2018). Psoriasis stes, depresyon, öfke & aleksitimi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. *Uygulamalı Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*
- Uzun S. & Erturan İ. (2014), *Primer Psikokütan Hastalıklar*. Türk Dermatoloji Dergisi 2014; 1: 1-6
- Verma, R., Balhara, Y. P., & Gupta, C. S. (2011). Gender differences in stress response: Role of developmental and biological determinants. *Industrial psychiatry journal*, 20(1), 4–10. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.98407>
- Yalçın, M., Baş, A., Ergelen, M., Gökçe, E., Usta Sağlam, N. G., Öcek Baş, T., & Gıynaş, F. F. (2020). Psychiatric comorbidity and temperament-character traits of the patients with lichen simplex chronicus: The relation with the symptom severity of the disease. *Dermatologic therapy*, 33(6), e14389. <https://doi.org/10.1111/dth.14389>
- Yaya G. (2016). Alopesi areatada psikanalitik psikosomatik kuramın kavramları ile erken dönem nesne ilişkileri ve narsisizmin araştırılması. Maltepe

Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü / Psikoloji Ana Bilim Dalı. *Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*

- Yazıcı A. (2015). Paris Psikosomatik Okulu (IPSO) ve Pierre Marty. *Acıyan Beden: Psikosomatiğe Psikanalitik Bakışlar*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları
- Yükrük İ. (2019). Psikosomatik deri hastalığı (psöriazis, alopesi areata, kronik spontan/idiopatik ürtiker) tanısı alan erişkinlerde bağlanma stillerinin, öfke ve öfke ifade tarzı ve aleksitimi ile ilişkisinin incelenmesi, sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi / İstanbul Sultan Abdülhamid Eğt. ve Arş. Hastanesi, *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*

## EKLER

### Ek - 1: Temel Depresyon Ölçeği

Lütfen size uygun olduğunu düşündüğünüz maddeyi işaretleyiniz	Şu Anda Yok	Haftalardır	Aylardır	Yıllardır
1. Kendimi neşeli bir insan olarak görüyorum				
2. Kendimi suçlu hissediyorum				
3. Kendimi başarısız hissediyorum				
4. Kendimi mutsuz hissediyorum				
5. Yaşamak bana zor geliyor				
6. Kendimi üzgün hissediyorum				
7. İstirap/acı çekiyorum				
8. Başkalarının başına gelenler konusunda kendimi suçlu hissediyorum				
9. Kendimi zayıf bir insan olarak görüyorum				
10. Hayattan korkuyorum				
11. Kendimi yalnız hissediyorum				
12. Şanssız biri olduğumu düşünüyorum				
13. Başkalarının benden daha iyi olduğunu düşünüyorum				
14. Olduğumdan farklı biri olmak istiyorum				
15. Çekici olduğumu düşünüyorum				
16. İyi yanlarımdan ziyade kusurlu yanlarımı görüyorum				
17. Hiçbir değerim olmadığını düşünüyorum				
18. Hiçbir şey ilgimi çekmiyor				
19. Eskiden hoşlandığım şeylerden artık hoşlanmıyorum				
20. Genel motivasyonum çok az ya da hiç yok				
21. Hiçbir şeyden zevk alamıyorum veya eğlenemiyorum				

**Ek – 2: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)**

<b>Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz. Hiçbir zaman (1)...Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Ne hissettiğimi çoğu kez bilemem					
2. Duyguları için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.					
3. Bedenimde doktorların bile anlamadığı duygular oluyor					
4. Duygularımı kolayca tanımlayabilirim					
5. Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözmeyi yeğlerim					
6. Keyfim kaçtığında üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem					
7. Bedenimdeki duygular çoğu kez kafamı karıştırır					
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim					
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var					
10. İnsanların duygularını tanıması zordur					
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur					
12. İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler					
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum					
14. Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem					
15. İnsanlarla duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim					
16. Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim					
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşım bile açıklamak zor gelir					
18. Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim					
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum					
20. Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak onlardan alınacak hazzı azaltır					

**Ek – 3: Zihinselleştirme Ölçeği (MentS)**

<p><b>Bu ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve size en uygun seçeneği 1 ile 5 arasında işaretleyiniz</b></p>	<p><b>1 Tamamen Yanlış</b></p>	<p><b>2 Çoğunlukla Yanlış</b></p>	<p><b>3 Hem doğru hem yanlış</b></p>	<p><b>4 Çoğunlukla Doğru</b></p>	<p><b>5 Tamamen Doğru</b></p>
1. Davranışlarıma yol açan nedenleri anlamayı önemserim					
2. Başkalarının kişilik özellikleri hakkında karar verirken ne söyleyip ne yaptıklarını dikkatlice gözlemlerim					
3. Başkalarının duygularını kolayca tanıyabilirim					
4. Çoğunlukla başkaları ve onların davranışları üzerine düşünürüm					
5. Genellikle insanları neyin rahatsız ettiğini ayırt edebilirim					
6. Başkalarının duygularını paylaşabilirim (örn. acısını/sevincini paylaşmak gibi)					
7. Birisi beni sınırlendirdiğinde neden o şekilde tepki verdiğimi anlamaya çalışırım					
8. Kendimi kötü hissettiğimde üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumdan emin olamam					
9. Başkalarının davranışlarını anlamaya çalışarak vaktimi harcamayı sevmem					
10. Başkalarının düşünce ve duygularını bildiğimde davranışları hakkında doğru tahminlerde bulunabilirim					
11. Çoğu kez kendime bile neden öyle bir şey yaptığımı izah edemem					
12. Bazen bir başkasının duygularını o bana henüz bir şey söylemeden anlayabilirim					
13. Yakın olduğum insanlarla ilişkilerimde ne olup bittiğini önemserim					
14. Kendimle ilgili hoşuma gitmeyecek bir şeyi keşfetmek istemem					
15. Yakın olduğum insanlarla sık sık duygular hakkında konuşurum					
16. Üzüldüğümü, incindiğimi ya da koktuğumu kendime itiraf etmeyi güç bulurum					
17. Sorunlarım hakkında düşünmekten hoşlanmam					
18. Yakın olduğum insanların belirgin özelliklerini doğru ve ayrıntılı biçimde tarif edebilirim					
19. Tam olarak nasıl hissettiğim konusunda sıklıkla kafam karışıktır					
20. Duygularımı ifade etmek konusunda uygun sözcükleri					

benim için bulmak zordur					
21. İnsanlar bana kendilerini anladığımı ve akıllıca tavsiyeler verdiğimi söyler					
22. İnsanların neden belirli şekillerde davrandıkları hep ilgimi çekmiştir					
23. Ne hissettiğimi kolayca tanımlayabilirim					
24. İnsanlar kendi duyguları ve ihtiyaçları hakkında konuşurlarken aklım başka şeylere kayar					
25. Hepimiz hayat şartlarına tabi olduğumuz için başkalarının niyetlerini veya isteklerini düşünmek anlamsızdır					



**Ek – 4: SCL-90 Psikolojik Belirti Tarama Testi Somatizasyon,  
Depresyon ve Anksiyete Alt Ölçekleri**

<b>Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her bir durumun, SON 3 AY İÇİNDE sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini (A) Hiç, (B) Çok az, (C) Orta derecede, (D) Oldukça fazla, (E) Aşırı düzeyde seçenekleri arasından birini işaretleyerek belirtiniz.</b>	<b>(A) Hiç</b>	<b>(B) Çok az</b>	<b>(C) Orta derecede</b>	<b>(D) Oldukça fazla</b>	<b>(E) Aşırı düzeyde</b>
1. Baş ağrısı					
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi					
3. Baygınlık veya baş dönmesi					
4. Cinsel arzu ve ilginin kaybı					
5. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar					
6. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali					
7. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri					
8. Titreme					
9. Kolayca ağlama					
10. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi					
11. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
12. Olanlar için kendini suçlama					
13. Belin alt kısmında ağrılar					
14. Yalnızlık hissi					
15. Karamsarlık hissi					
16. Her şey için çok fazla endişe duyma					
17. Her şeye karşı ilgisizlik hali					
18. Korku hissi					
19. Kalbin çok hızlı çarpması					
20. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi					
21. Adele (kas) ağrıları					
22. Nefes almada güçlük					
23. Soğuk veya sıcak basması					
24. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma olması					
25. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi					
26. Gelecek konusunda ümitsizlik					
27. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
28. Gerginlik veya coşku hissi					
29. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					
30. Her şeyin bir yük gibi görünmesi					

31. Dehşet ve panik nöbetleri					
32. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk hissi					
33. Değersizlik duygusu					
34. Size kötü bir şey olacakmış duygusu					
35. Korkutucu türden düşünce ve hayaller					



## ÖZGEÇMİŞ

### ÖĞRENİM DURUMU

- Lisans: 2020, Bilgi Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimleri Fakültesi, Psikoloji (İngilizce)
- Yüksek Lisans: 2024, Gedik Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji

### MESLEKİ DENEYİM

- Psikoterapist, Nisan Psikiyatri ve Psikoterapi / Mart 2024 – Devam Ediyor
- Psikoterapist, Kartal Belediyesi Kadın Danışma Merkezi / Eylül 2022 – Nisan 2024

### PSİKOTERAPİ EĞİTİMLERİ

- Psikanalizden Dinamik Terapilere – Psikanalitik Kuram ve Psikoterapi Teknikleri Eğitimi ve Vaka Konsültasyonu (Psikanalist Yavuz Erten) (2022 – 2024)
- Psikanalitik Psikoterapi Eğitimi (Psikiyatrist Dr. Erdoğan Özmen) (2023 – 2024)
- Psikanalize Giriş Seminerleri, Çeşitli Psikanaliz Seminer ve Konferansları (Psike İstanbul, İstanbul Psikanaliz Derneği) (2018 – 2022)
- Freud ve Lacancı Psikanaliz Teorik Dersleri (Psikanaliz Araştırmaları Derneği) (2018 – 2024)