

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ALOPESİ AREATA HASTALARINDA İŞLEMSEL
DÜŞÜNCE/ALEKSİTİMİ VE BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARININ İNCELENMESİ

UĞUR SALMAN
2501141271

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞRETİM ÜYESİ AYŞE ELİF YAVUZ SEVER

İSTANBUL-2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAYI



ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : UĞUR SALMAN Numarası : 2501141271
Anabilim Dalı / Anasanat Dalı / Programı : PSIKOLOJİ ANABİLİM DALI Danışmanı : DR.ÖĞR.ÜYESİ AYŞE ELİF YAVUZ SEVER
Tez Savunma Tarihi : 26.06.2019 Saati : 10:00
Tez Başlığı : "ALOPESİ AREATA HASTALARINDA İŞLEMSEL DÜŞÜNCE/ALEKSİTİMİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ İNCELENMESİ"

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 36. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜNE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
DOÇ.DR.FERZAN CURUN		KABUL
DR.ÖĞR.ÜYESİ AYŞE ELİF YAVUZ SEVER		KABUL
DR.ÖĞR.ÜYESİ BENGİ PİRİM DÜŞGÖR		KABUL

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
DR.ÖĞR.ÜYESİ GÖKLEM TEKDEMİR		
DR.ÖĞR.ÜYESİ AYNUR FEYZİOĞLU		

ÖZ

ALOPEŞİ AREATA HASTALARINDA İŞLEMSEL DÜŞÜNCE/ALEKSİTİMİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ İNCELENMESİ

UĞUR SALMAN

Bu çalışma, alopesi areatalı (AA) hastalarda işlemsel düşünce/aleksitimi özellikleri ile başa çıkma tutumlarını incelemeyi hedeflemiştir. Çalışmanın örneklemini, çok büyük oranda İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı-Saç Kliniği'nde ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalında tedavi gören, alopesi areata tanısı almış, yaşları 19-62 yaş aralığında değişen, 6 kadın ve 6 erkek olmak üzere, toplam 12 gönüllü katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 32,5'tir. Çalışma kapsamında katılımcıların sosyo-demografik bilgileri alınmış, katılımcılarla araştırma hipotezleri doğrultusunda psikanalitik yönelimli klinik görüşmeler yapılmış, Rorschach testi ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ile Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) uygulanmıştır. Toplanan veriler; hem niceliksel, hem de niteliksel analize tabi tutulmuştur. Rorschach testinin içerik analizi Fransız Okulu sistemine göre ve kullanılan ölçeklerin niceliksel analizi ise SPSS paket programı ile yapılmıştır.

Niceliksel veri analizinde; TAÖ sonuçlarına göre katılımcıların önemli bir kısmının aleksitimik özellikler gösterdiği anlaşılmıştır. COPE test; problem odaklı, duygu odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları şeklinde üç genel başlık altında ele alındığında, katılımcılar tarafından toplam puan ortalamalarına göre, en fazla problem odaklı başa çıkma tutumlarına başvurulduğu, en az ise işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarına başvurulduğu görülmüştür. Niteliksel veri analizinde; klinik görüşme bulguları incelendiğinde, rüya kapasitesine ilişkin eksiklikler, anı bilgisi vermede sıkıntılar, güncel yaşamda monotonluk ve söylemde duygunun olmayışı ile gelecek planlarına ilişkin hayal kurmada yetersizlikler gibi işlemsel düşünceye işaret eden bazı bulgular saptanmıştır. Başa çıkma konusunda ise bazı katılımcıların yetersiz kaldıkları vurgusu dikkat çekmiş olup; genel olarak kullanılan başa çıkma tutumları ele alınmıştır. Bunlara ek olarak, katılımcıların önemli bir çoğunluğunun hastalık öncesi travmatik yaşantılar üzerinde durduğu görülmüştür. Hastalıkla ilgili söylemler incelendiğinde, hastaların genellikle kendi ruhsal dünyaları ile bağlantı kurmakta zorlandıkları

görülmüştür. Rorschach testinde; işlemsel düşünceye ilişkin bulgular incelendiğinde, özellikle anket yanıtlarında eksiklikler görülmüş olup, bunun ardından hareket yanıtlarında ve renk yanıtlarındaki eksiklikler dikkat çekmiştir. Hasta grubunda genel olarak işlemsel düşünce/aleksitimi özelliklerinin görüldüğü, bazı hastaların başa çıkmada yetersiz kaldıkları anlaşılmıştır. Bulgular literatür kapsamında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Alopesi Areata, İşlemsel düşünce, Aleksitimi, Rorschach testi, Başa Çıkma



ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE OPERATIONAL THINKING/ALEXITHIMIA AND COPE STRATEGIES ON ALOPECIA AREATA PATIENTS

UĞUR SALMAN

The aim of this study was to investigate operational thinking/alexithymia characteristics and coping attitudes of the patients with alopecia areata (AA). The sample of the study consisted of 12 volunteer patients with alopecia areata (6 of them are women and 6 of them are male). Most of them are being treated in the Department of Dermatology of Istanbul University-Cerrahpaşa Medical Faculty and the Department of Dermatology of Istanbul University Istanbul Medicine Faculty. The age of the participants varied between the ages of 19-62 and the mean age of the participants was 32,5. Within the scope of the study, socio-demographic information of the participants were taken and psychoanalytically oriented clinical interviews were conducted with the participants in accordance with the research hypotheses and Rorschach test and the Toronto Alexithymia Scale (TAS) and COPE Inventory were applied. The collected data were assessed with both quantitative and qualitative analysis. The content analysis of the Rorschach test was carried out according to the French School system and the quantitative analysis of the scales used were done by SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

In quantitative data analysis; according to TAS results, a significant portion of the participants showed alexithymic characteristics. When the COPE test is considered under three general headings as problem-oriented, emotion-focused and non-functional coping attitudes; according to the total score averages, the most problem-oriented coping strategies were used by the participants and it was observed that the least non-functional coping strategies were used among the participants. In qualitative data analysis; when the clinical interview findings were examined, some findings indicating operational thinking problems such as deficiencies related to dream capacity, difficulties in giving information about memories, monotonousness in current life and lack of emotion in discourse and lack of imagination about future plans were found. As for coping, it was understood that some participants were insufficient and coping strategies

used in general were discussed. In addition, it was observed that a significant majority of the participants focused on pre-disease traumatic experiences. When the discourses about the disease were examined, it was found that patients had generally difficulty in connecting with their inner worlds. In Rorschach test; when the findings related to operational thought were examined, there were deficiencies in the questionnaire responses. This was followed by deficiencies in motion responses and color responses. Generally, the patient group had operational thought/alexithymia characteristics and some patients were insufficient to cope. The results were discussed in the literature.

Key Words: Alopecia Areata, Operational thinking, Alexithymia, Rorschach test, Cope



Rahmetli babam Mehmet Ali Salman'a ithaf ediyorum.

ÖNSÖZ

Bu yüksek lisans tez çalışması ile alopesi areata hastalarında işlemsel düşünce/aleksitimi ile başa çıkma tutumlarının incelenmesi hedeflenmiştir. Çalışma AA hastalarının ruhsal dünyalarının anlaşılması yoluyla hem dermatologların ve klinisyenlerin tedavine sürecine, hem de hastaların yaşam kalitesine katkı sağlayacaktır.

Çalışma kapsamında, tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Ayşe Elif Yavuz SEVER'e sürecimin en başından itibaren özel yaklaşımı ve destekleri nedeniyle teşekkür ederim.

Başta Prof. Dr. Tevfika İKİZ olmak üzere, bölüm derslerimi aldığım diğer hocalarım Dr. Öğretim Üyesi Bengi Pirim DÜŞGÖR ve Prof. Dr. Burak DOĞANGÜN'e teşekkür ederim.

Rorschach ve TAT eğitimlerindeki katkılarından ötürü hocam Doç. Dr. İrem Erdem ATAĞ'a ve desteklerini esirgemeyen kurs arkadaşlarım Uzman Klinik Psikolog Melis UĞURLUKOL ve Uzman Klinik Psikolog Gökçe TEZEL'e teşekkür ederim.

Verilerin istatistiksel analizi aşamasında verdiği destekten ötürü Doç. Dr. Ferzan CURUN'a teşekkür ederim.

İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda bana desteklerini sunan öğretim üyelerine ve İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Saç Kliniği şefi Prof. Dr. Server SERDAROĞLU'na ve ilgili uzman hekimlere teşekkür ederim.

Desteklerinden ötürü meslektaşlarım Uzm. Psikolog Arzu UYAR, Uzm. Psikolog Şule BELEMİR, Uzm. Psikolog Kübra KOÇ, Dr. Psikolog Elif BEKTAŞ'a teşekkür ederim.

Teknik ve manevi desteğinden ötürü iş arkadaşım Biyokimyager Dr. Gülçin BALABAN'a teşekkür ederim.

Annem İmmigülsüm SALMAN, ablam Arzu SALMAN, teyzem Hatun SALMAN'a ve yakın arkadaşlarım Cansın Caner KESKİN ve Ecz. Dr. Yağmur Emre ARICAN'a teşekkür ederim.

Tüm bu saydığım kişiler dışında ismini zikredemediğim ancak tez çalışmam konusunda emeği geçmiş olan herkese ve son olarak özellikle yüksek lisans tez çalışmamıza gönüllü olarak katılım gösteren ve kısıtlı sürem nedeniyle ancak bir kısmı ile

alışabildiğim ve ortaya koyduğumuz çalışma ile kısıtlı da olsa alana beraberce katkı sağlamayı umduğum değerli alopesi areatalı őznelere teşekkürlerimi bildiririm.

İstanbul-2019

Uğur Salman



İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xvii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ALOPEŞİ AREATA HASTALARINDA İŞLEMSEL DÜŞÜNCE/ALEKSİTİMİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ İNCELENMESİ

1.1. Alopesi Areata.....	4
1.1.1. Tanım	4
1.1.2. Tarihçe.....	5
1.1.3. Epidemiyoloji	5
1.1.4. Sınıflama	5
1.1.5. Klinik görünüm	6
1.1.6. Etiyoloji ve Patogenez.....	8
1.1.7. Tanı.....	9
1.1.8. Tedavi.....	11
1.1.9. Prognoz.....	12
1.1.10. Alopesi Areata Konulu Tıp/Dermatoloji Alanında Yapılmış Araştırmalar	12
1.1.11. Alopesi Areata Konulu Psikiyatri/Psikoloji Alanlarındaki Araştırmalar	12
1.2. İşlemsel Düşünce/Aleksitimi, Psikanalitik Literatürde Saç	14
1.2.1. İşlemsel Düşünce	16
1.2.2. Aleksitimi.....	18
1.2.2.1. Aleksitimi Konulu Çalışmalar	20

1.2.3. Nesnesiz Depresyon/Temel Depresyon	21
1.2.4. Zihinselleştirme	22
1.2.5. Psikanalitik Literatürde Saç	26
1.2.6. Psikanalitik Literatürde Alopesi Areata Hastaları İle Yapılmış Çalışmalar.....	28
1.3. Başa Çıkma	32
1.3.1. Stresör, Travma/Stres ve Özellikleri, Başa Çıkma.....	32
1.3.2. Stres ve Deri Hastalıkları	36
1.3.3. Alopesi Areata Hastalarında Başa Çıkma Konulu Araştırmalar	38

İKİNCİ BÖLÜM

ALOPEŞİ AREATA HASTALARINDA İŞLEMSEL DÜŞÜNCE/ALEKSİTİMİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI İNCELEYEN ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

2.1. Hipotezler.....	40
2.1.1. Kuramsal Hipotezler	40
2.1.2. İşlemsel Hipotezler.....	40

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ALOPEŞİ AREATA HASTALARINDA İŞLEMSEL DÜŞÜNCE/ALEKSİTİMİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI İNCELEYEN ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Katılımcılar	42
3.2. Uygulama	42
3.3. Veri Toplama Araçları	43
3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	43
3.3.2. Psikanalitik Yönelimli Klinik Görüşme	43
3.3.3. Rorschach Testi	43
3.3.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ).....	45
3.3.5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE).....	47
3.4. Verilerin Analizi	50

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ALOPEŞİ AREATA HASTALARINDA İŞLEMSEL DÜŞÜNCE/ALEKSİTİMİ
VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI İNCELEYEN ARAŞTIRMANIN
BULGULARI

4.1. Sosyo-demografik Bulgular	52
4.1.1. Genel Sosyo-demografik Bulgular	52
4.1.1.1. Cinsiyet	52
4.1.1.2. Yaş	52
4.1.1.3. Medeni Durum Ve İlişki Durumu	53
4.1.1.4. Eğitim Düzeyi	53
4.1.1.5. Mesleki Durum Ve Çalışma Statüsü	54
4.1.1.6. Hastalığa İlişkin Bilgiler	54
4.1.1.7. Psikiyatrik Destek Durumu	56
4.1.1.8. Hastalık Etkisinden Estetik Açıdan Rahatsız Olma Derecesi	57
4.1.2. Diğer Bulgular	57
4.1.2.1. Bedensel Görünüm Algısı	58
4.1.2.2. Baş Etme Algısı	58
4.1.2.3. Travmatik Yaşantılar	59
4.1.2.4. Özdeğer	59
4.2. İstatistiksel Bulgular	60
4.2.1. Toronto Aleksitimi Ölçeğine Ait İstatistiksel Veriler	60
4.2.2. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğine Ait İstatistiksel Veriler	61
4.3. Klinik Görüşme Bulgularının Genel Değerlendirmesi	64
4.3.1. İşlemsel Düşünce/Aleksitimiye İlişkin Bulgular	64
4.3.1.1. Rüya Kapasitesi	64
4.3.1.2. “Anı”lara Dair Verilen Yanıtlar	65
4.3.1.3. Güncel Yaşama Dair Söylemler	66
4.3.1.4. Geleceğe Yönelik Söylemler	67
4.3.2. Başa Çıkma Tutumları Konusundaki Söylemler	68

4.3.3. Diğer Klinik Görüşme Bulguları.....	70
4.3.3.1. Hastalık Öncesi Olası Travmatik Yaşantılar	70
4.3.3.2. Hastalığa Dair Söylemler	73
4.4. Rorschach Testi Bulguları.....	76
4.4.1. Rorschach Testinde İşlemsel Düşünceye İlişkin Bulgular	77
4.4.1.1. “Anket”lerin Eksik Oluşu.....	77
4.4.1.2. Kinestezi (K/Hareket) Yanıtlarındaki Yetersizlik	79
4.4.1.3. Form (F/Biçim) Yanıtlarının Fazlalığı	81
4.4.1.4. Renk (C) Yanıtlarının Eksikliği	82
4.4.1.5. Nesne İlişkilerine Gönderme Yapan Yanıtların Eksikliği.....	84
4.4.1.6. İşlemsel Düşüncüyü Çağrıştıran Diğer Yanıtlar	86
4.4.2. Rorschach Testinde Deri Yanıtları.....	88
SONUÇ VE TARTIŞMA	91
KAYNAKÇA	109
EKLER.....	122

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1: Alopesi areata ile diğer hastalıkların komorbiditesi	9
Tablo 2: TAÖ’de alt ölçekler ve soru maddeleri	477
Tablo 3: Cinsiyet	522
Tablo 4: Yaş ortalaması, yaş aralığı	522
Tablo 5: Yaş aralıklarının yüzdelik dağılımı	533
Tablo 6: Medeni durum	533
Tablo 7: İlişki durumu	533
Tablo 8: Eğitim durumu	533
Tablo 9: Meslek	544
Tablo 10: Çalışma durumu	544
Tablo 11: Kapsama alanı açısından hastalık tipi	544
Tablo 12: Cilt hastalığının yeri	555
Tablo 13: Hastalığın başlangıç yaşı	555
Tablo 14: Hastalığın başlangıç yaş aralığı yüzdeleri	555
Tablo 15: Hastalık süresi ortalaması, minimum ve maksimum değerleri	56
Tablo 16: Hastalık süresi aralıklarının yüzdelik dağılımı	566
Tablo 17: Geçmişte psikiyatrik başvurunun olup-olmaması	566
Tablo 18: Geçmişte psikoterapi desteği alıp-almama	577
Tablo 19: Estetik açıdan rahatsız olma derecesi	577
Tablo 20: “Bedensel görünümünden hoşnutum.”	588
Tablo 21: Baş etme	588
Tablo 22: Travmatik yaşantılar	59
Tablo 23: Özdeğer	59
Tablo 24: TAÖ toplam puan ortalaması ve alt ölçek toplam puan ortalamaları	60
Tablo 25: TAÖ-20’de kesme değerler	600
Tablo 26: TAÖ-20 kesme değer aralık gruplarına göre katılımcıların toplam puan yüzdelikleri	611
Tablo 27: COPE toplam puan ortalaması ve alt ölçek toplam puan ortalamaları	611
Tablo 28: Problem/sorun odaklı başa çıkma tutumları	622
Tablo 29: Duygu odaklı başa çıkma tutumları	633

Tablo 30: İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları.....	633
--	-----



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Alopesi areatada klinik görünüm.....	6
Şekil 2: Alopesi üniversaliste klinik görünüm	7



KISALTMALAR LİSTESİ

Ark.	: Arkadaşları
COPE	: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
IPSO	: Paris Psikosomatik Okulu
M.S.	: Milattan Sonra
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TAÖ	: Toronto Aleksitimi Ölçeği
TAS	: Toronto Alexithymia Scale
TAT	: Tematik Algı Testi

GİRİŞ

Alopesi areata (AA) nedeni tam olarak bilinemeyen, kıl foliküllerine yönelen T lenfositlerle ilişkili otoimmün ve kronik bir cilt hastalığı olarak ele alınmaktadır (Ceylan, t.y.). Hastalıkta genetik yatkınlık ve çevresel etkenlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Uludağ Üniversitesi, 2012). Hastalık halk arasında “saçkıran” olarak da bilinmektedir.

Hastalığa ilişkin ele alınan kavramlardan önemli biri stres ve travmadır. Hasta grubunda yapılan incelemelerde stresli yaşam olayları açısından hasta grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılığın olduğuna dair sonuçlar spekülatiftir. Bu konuda bazı araştırmacılar stresli yaşam olaylarının görülme sıklığındansa hastaların başa çıkma tutumlarındaki farklılaşmanın hastalık üzerinde daha belirleyici olabileceği üzerinde durmaktadır. Özellikle hasta grubunda gözlenen aleksitimik yapının stresle başa çıkmayı güçleştirdiği ve bu durumun da immünolojik mekanizmalar aracılığıyla AA’yı ortaya çıkarabileceği belirtilmiştir (Yazıcı, 2006).

Bu tez çalışmasında da hasta grubunda, genel olarak duygularını tanıma ve ifade etmede zorluk ve dışavuruk düşünme özellikleri şeklinde özetlenebilecek aleksitimi ve işlemsel düşünce özellikleri ile başa çıkma tutumları incelenecektir.

Çalışma ile AA hastalarında işlemsel düşünce/aleksitimi özelliklerinin ve başa çıkma tutumlarını anlamının, dermatologların ve klinisyenlerin tedavi süreçlerine yön vermelerine, bu kişilerin dermatolojik tedavi süreçlerine ve ruhsal açıdan desteklenmelerine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bir anlamda, çalışma ruhsal dünyanın anlaşılması yoluyla hem dermatologların ve klinisyenlerin tedavi sürecine katkı sağlayacak, hem de hastaların yaşam standartlarını iyileştirecektir.

Ruh ve beden arasındaki bağlantılar Hipokrat’tan bu yana sorgulanmaktadır. Bununla birlikte psikosomatik kavramının ilk kez J. C. Heinroth (1773-1843) tarafından kullanıldığı belirtilmektedir (İkiz, 2017).

Günümüzde psikosomatik konulu bakış açılarından biri “*psikosomatik tıp*” bakış açısıdır. Bir diğeri ise “*psikanalitik psikosomatik*”tir.

Psikosomatik tıp kavramını 1922’de Felix Deutsch tarif etmiştir. Psikosomatik tıp kavramı ile K-L Psikiyatrisinin (*konsültasyon-liyezon psikiyatrisi*) günümüzde aynı anlamlarda kullanıldığı belirtilmekle birlikte; psikosomatik tıp kavramının aslında tıp alanında akıl-beden ilişkisini inceleyen bir akademik alan olduğu, öte yandan K-L Psikiyatrisinin ise psikiyatrinin organize olmuş bir yan dalı şeklindeki klinik tıp pratiği olduğu belirtilmektedir. K-L psikiyatrisinin olumlu katkılarından biri hastalıkların anatomik ve fizyolojik olarak anlaşıldığı biyofiziksel bakış açısına psikiyatrik bakış açısını katmasıyken, diğeri ise genel hastanelere entegrasyonda diğeri tıp dallarına göre geciktiği belirtilen psikiyatrinin içeriğinde doğal olarak bulunan Freudyen terminolojinin genel tıpla olan uyumunu sağlamak olmuştur (Çamsarı, t.y.).

Psikosomatik tıp alanından deri ve psikosomatik tıp ilişkisi konusunda Dinçmen, çalışmasında bazı açıklamalar yapmaktadır. Dinçmen, psyche’nin ve soma’nın birbirlerinden farklı ve müstakil iki unsur değil de; insanın birbirinden ayıramayan ve birbirine sıkıca bağlı iki cephesi olduklarını düşünmenin doğal olarak tıbbi bakış açısına sahip hekimin tıbbi görüşlerini aslında güçlendireceği düşüncesindedir. Dinçmen’e göre, coşkusal yaşam kendisini deriye aksettirmektedir. Deriye ilişkin psikofizyolojik reaksiyonlara örnek olarak; korkudan sapsarı kesilmek, öfkeden kıpkırmızı olmak, korktuğumuz zamanlarda tüylerimizin diken diken olması ve heyecandan terlemek verilmiştir (Dinçmen, 2005).

Psikosomatik konulu bakış açılarından bir diğeri olan *psikanalitik psikosomatik* ise psikanalitik kuramı temel alarak özellikle Paris Psikosomatik Okulu’ndan Pierre Marty ve ark.’nın çalışmaları ile gelişim göstermiştir. Ruhsal işleyişi merkeze koyan bu bakış açısında, psikosomatik bir hastalığın ruhsal kökenini araştırmak yerine somatizasyonun yaşandığı bu hastalarda zihinsel savunma sistemleri ve işleme yetersizlikleri üzerine odaklanılmaktadır (Szwec, 2008).

Bilindiği üzere, psikanaliz ruh ve beden arasındaki ayrımı ortadan kaldırmıştır. Kendisi de biyolojik yaklaşımı fazlaca desteklemekle eleştirilse bile Freud’un öne sürdüğü *dürtü* kavramı, ruh ve beden arasındaki bir sınır kavramdır. Bu konuda, Freud’un 1910’daki şu ifadesi yol gösterici olabilir: “*psikanalistler zihinsel olanın beden üzerine inşa edildiğini asla unutmamalıdır*”. Bu ifadeden de anlaşılacağı üzere, zihinsel süreçler aslında bedenin en yüksek seviyede farklılaşmış olan işlevleridir. Beden ve ruh işlevsel olarak devamlılık arz ederler (İkiz, 2017).

Öte yandan, Freud'un metinlerinde bugünkü anlamıyla psikosomatik kuram üzerine yazılar bulunmamakta; ancak Freud geliştirdiği ruhsal kuram ile aslında psikanalitik psikosomatik yaklaşıma temel oluşturacak bir girişimde bulunmuştur. Bununla birlikte Freud'un yaşamının sonuna doğru 1938'de *"Some Elementary Lessons in Psychoanalysis"* başlıklı yazısında *"ruhsal olgular bedensel etkilerden yüksek derecede etkilenir ve beden üzerinde de en şiddetli eylemleri gerçekleştirir"* ifadesi önemlidir (İkiz, 2008).

Freud sonrası birçok psikanalist somatik hastalarla ilgilenmiş ve çeşitli kuramsal yaklaşımlar önermişlerdir. Bunlardan biri Ferenczi'dir. Ferenczi *"patonevroz"* tanımı ile organik hastalıklarla ilgilenir. Organik hastalıklar sonucu oluşan nevrotik, narsisistik ve psikotik yapılanmalardan söz eder. Bu bağlamda Ferenczi'nin maşoşizme özel bir yer verdiği görülmektedir. Diğer bir kişi ise Alman psikanalist Georg Groddeck'tir. Groddeck altbenlik üzerinde durur; ona göre, hastalıkların etiyojisi tektir, her türlü hastalık altbenlikten gelir, her türlü ruhsal sorun psikanalizle tedavi edilir, ruhsal yapılanma ne olursa olsun yaklaşım psikanalizdir. Ferenczi'nin öğrencisi ve Chicago Okulu'nun kurucusu olan F. Alexander ise ikili bir kuram geliştirmiş olup psikanalitik ve fizyopatolojik yaklaşımları hastalıkları tanımlamada ortak olarak kullanmıştır. Alexander psikosomatik semptomlara anlam verirken bilinçdışını kullanmıştır ancak temelde cinsellik yerine daha çok duygulanımlara önem vermiştir. Alexander, hastalıklar ve kişilik tipleri ilişkisi üzerinde durmuştur. Ülser, tansiyon ve astım bronşit üzerine yoğun çalışmalar yapmıştır (a.g.e.).

Özetle bu çalışmada alopesi areata hastalarında işlemsel düşünce/aleksitimi ile başa çıkma tutumlarının incelenmesi hedeflenmiş olup, bu bağlamda AA hastalarına psikanalitik kuram temel alınarak projektif bir yöntem olan Rorschach testinin yanı sıra Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-Türkçe) uygulanmıştır. Uygulamalar öncesinde katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır; ardından hastalara sosyo-demografik bilgi formu uygulanmış ve hastalarla psikanalitik yönelimli klinik görüşmeler yapılmıştır. Diğer istatistiksel değerlendirmelerin yanı sıra Rorschach Testi Fransız Okulu'na bağlı kalınarak içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

ALOPEŞİ AREATA HASTALARINDA İŞLEMSEL DÜŞÜNCE/ALEKSİTİMİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Çalışmanın birinci bölümünde araştırmanın hipotezleri açısından önemli olan üç temel konu hakkında literatür bilgisi paylaşılacaktır. Bu konular alopesi areata; işlemisel düşünce/aleksitimi ile psikanalitik kuramda saç; ve başa çıkma'dır.

1.1. Alopesi Areata

Bu kısımda hastalığı tanıttıcı bazı bilgiler paylaşılacaktır.

1.1.1. Tanım

Alopesi areata, özellikle saçlı deride olmak üzere, vücudun herhangi bir yerinde yer alan kıllarda ani bir şekilde beliren, sınırlı alanlar şeklinde gözüken ve sikatrize (yara dokusu, izi) neden olmayan kıl dökülmesidir (Baykal, 2012).

Yaygın, inflamatuvar, skar (yara izi) yapmayan saç kaybı tipi olan AA, tüm yaş gruplarından, cinsiyetlerden ve etnik kökenlerden bireyleri eşit düzeyde etkilemekte, kesin bir tedavisinin olmaması nedeniyle bireylerde hayal kırıklığı deneyimi oluşturabilmektedir. AA'lı hastalar sıklıkla psikolojik iyi olma hali, kendilik saygısında bozulma ile psikiyatrik komorbiditelerden ızdırap çekmektedirler (Strazzula, 2018).

Hastalık genellikle saçlı deride madeni para büyüklüğünde kel alanlara yol açmakla birlikte sakal, kaş, kirpikler, kol ve bacak bölgelerindeki kılları da etkileyebilir. Hastalıkta saç kaybının ne kadar olacağı tahmin edilemez durumdadır. AA'da kılların büyümesi tipik şekilde aylarca ve hatta yıllarca zaman alabilmektedir. Yine de bu durum garanti edilememektedir. Çıkan saçların başlangıçta beyaz renkte olabileceği ve alopesi totalis ile alopesi universaliste ise kılların tam olarak yeniden büyümesi olasılığının düşük olduğu bildirilmektedir. Hastalığın bulaşıcı olmadığı, vitamin eksikliği ya da alınan gıdalarla ilgili olmadığı üzerinde de durulmaktadır (Uludağ Üniversitesi, 2012).

1.1.2. Tarihçe

Hastalığa en eski M.Ö. 1500-2500'lü yıllarda eski Mısır papirüslerinde rastlandığı belirtilmektedir. “*Alopesi*” terimini ilk kullanan kişi Hipokrat'tır. Hipokrat tam kellik ile ofiyazis (parietotemporoooksipital bölgenin etkilenmesi) şeklinde iki grup üzerinde durmuştur. Bugünkü haliyle hastalığın ilk morfolojik tanımlamasını ise M.S. 30'lu yıllarda Cornelius yapmıştır. Bunun akabinde hastalık için birçok tanımlama yapılmış olup AA ismini Sauvages 1708'de belirlemiştir. Hastalık inisidansının %2-2,5 olduğunu ilk olarak Duckworth ifade etmiştir. “Ünlem işareti” (çoğunlukla çıplak bölgelerin sınırlarında ünlem işaretine benzer bir şekilde köklere doğru daralan kısa tüyler) bulgusunu ise 19. yy. dermatologlarından Unna tanımlamıştır. Hebra ve Kaposi hastalık başlangıcının fiziksel ya da emosyonel stresle ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Söz konusu hipotezleri *nöropatik hipotez* veya *trophoneurotic hipotez* olarak bilinmektedir. Bunun dışında hastalık etiyolojisinde toksik ajanlar, travma, enfeksiyonlar da sorumlu tutulmuştur. 20. Yüzyıla gelindiğinde ise hastalık etyopatogenezinde (hastalığın nedenleri ve ne şekilde geliştiği) bağışıklık sistemi (otoimmünite) üzerinde durulmaya başlanmıştır (Dolaş, 2014).

1.1.3. Epidemiyoloji

Yaşam boyunca hastalık riskinin %2 civarında olduğu belirtilmektedir. Başlangıç atağı genellikle genç yetişkinlik ve çocukluk dönemlerinde meydana gelmektedir (Baykal, 2012).

Hastalığın genel popülasyonun yaklaşık olarak %0.1 ile %0.2'sinde görüldüğü belirtilmektedir (Strazzula, 2018).

AA'lı hastalar genellikle dermatolojiye başvurmuş hastaların %1-2'sini oluşturmaktadır. Kadın ile erkek oranının genellikle eşit olduğu, bunun yanı sıra hafif şekilde kadın hasta sayısının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Ne var ki, erkek hasta sayısı hakimiyetinin fazla olduğu belirtilen çalışmalar da söz konusudur (Polat, 2009).

1.1.4. Sınıflama

Madani&Shapiro (2000) tarafından yapılan kategorizasyonlar şu şekildedir:

- **Tutulma biçimi açısından:**

- **Yamalı Alopesi Areata:** Yuvarlak ya da oval yama şeklinde olan dökülme.
- **Retiküler Alopesi Areata:** Ağ desenli yamaların olduğu tip.
- **Ofiazis Alopesi Areata:** Oksipital bölgede bant şeklinde olan dökülme.
- **Ters Ofiazis:** Oksipital bölgede nadiren görülen bant şeklindeki dökülme.
- **Diffüz Alopesi:** Saçlı derinin tümünde olan ve saç yoğunluğunda genel bir azalma durumu.

- **Kapsama alanı açısından:**

- **Alopesi Areata:** Kısmi dökülme söz konusudur.
- **Alopesi Totalis:** Saçların tamamının kaybı söz konusudur.
- **Alopesi Universalis:** Saç ve vücut kıllarının bütünü döküldüğü durum.

1.1.5. Klinik görünüm

Hastalık genellikle bir ya da birkaç bölgeyi kapsayan kılları, kimi zaman da tüm vücut bölgelerindeki kılları tesir altına alabilir. Görselde yer alan iki kardeşte farklı şiddetlerde olan AA'ya bağlı saç dökülmeleri görülmektedir. Küçük kardeşte alopesi tüm saçlar, kaşlar ve kirpikleri de kapsamış görünmektedir. Öte yandan büyük kardeşte ise hastalık, saçlı deride keskin sınırlar içinde kendini göstermektedir (Baykal, 2012).

Şekil 1. Alopesi areatada klinik görünüm



Kaynak: Baykal, C.: 2012 **Dermatoloji Atlası**, İstanbul, Türkiye: Nobel Tıp Kitabevi, s. 678-

Kimi hastalar dökülmeden önce parestezi (karıncalanma), pruritus (kaşıntı), duyarlılık, yanma gibi hisler tarifleyebilmektedir. Saçlı derideki küçük lezyonlar berberler tarafından fark edilebilmektedir. Zamanla bu küçük lezyonlar birleşebilir ve geniş alanları kaplayabilir. Hastalığın aktif olduğu dönemde lezyonun periferindeki kılların çekmekle kolaylıkla çıktığı belirtilmektedir (a.g.e.).

Alopesi areata, *alopesi totalis* olarak adlandırılan durumda tüm saçları ya da *alopesi universalis* olarak adlandırılan durumda ise vücudun tüm terminal (rengi sahip olan, sert ve uzun kıllar) ve vellüs (ince, yumuşak, renksiz olan) kıllarını tutabilir. Görselde saç, kaş, kirpik tutulumunun söz konusu olduğu bir alopesi üniversalis vakası yer almaktadır (a.g.e.).

Şekil 2. Alopesi üniversaliste klinik görünüm



Kaynak: Baykal, C.: 2012 **Dermatoloji Atlası**, İstanbul, Türkiye: Nobel Tıp Kitabevi, s. 678-685.

Hastalıktan saçlar dışında en sık etkilenen bölgeler sakal, kaş, kirpik ile pubis (genital bölge) kıllarıdır. Dökülme sadece bu bölgelerde olabilir. Ya da saçlı derideki dökülmeye de eşlik edebilir. Kirpik dökülmesinin olduğu durumlarda gözün toz gibi dış etkenlere karşı korunmasının azalması nedeniyle konjunktivit (göz küresini dıştan ve göz kapağını içten saran ince ve saydam bir doku olan konjunktivanın iltihaplanması) ya da korneal abrazyonlar (çizik, sıyrılma veya kesik) oluşabilmektedir (a.g.e.).

Bazı hastalarda el ve ayak tırnaklarında toplu iğne ucu büyüklüğünde çöküklükler (yüksük tırnak) görülebileceği; beyaz benekler, ince çizgilenmeler, parlaklığın kaybolması ve kırılmalar olabildiği ve tırnaklarda nadiren şekil bozukluğu

olabileceği belirtilmektedir (Türk Dermatoloji Derneği Hasta Bilgilendirme Broşürü, t.y.).

1.1.6. Etiyoloji ve Patogenez

Genetik (tek yumurta ikizlerinde eşzamanlı seyir, aile öyküsü sıklığı, HLA-DQB1 (03) ve DQ3 gibi doku grupları ile ilişki), psikolojik (stresten sonra belirne) ve otoimmün (tiroidi, hashimoto, vitiligo, diyabet) etkenlerin hastalığın etiyolojisinde etkili olduğu belirtilmektedir. Patogenezde (bir hastalığın kaynağı ve gelişmesi sırasında organizmada meydana gelen değişiklikler bütünü) kıl foliküllerine ilişkin otoimmün yanıtların etkili olduğu bildirilmektedir (Baykal, 2012).

AA'da, kıl folikülleri, bağışıklık sisteminde organizmaya ait olarak tanınmamakta, yabancı olarak algılanarak reddedilmektedir. Bu durum *otoimmünite* olarak tanımlanmaktadır. Bu duruma neyin neden olduğu ya da neden bazı bölgelerin etkilendiği bilinmemektedir (Uludağ Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Alopesi Areata broşürü, 2012).

- Hayvan modellerinde yapılan çalışmalar, AA'da, otoreaktif T hücrelerinin rolünü ve enflamatuar yolakların upregülasyonunu desteklemektedir.
- AA'da insan lökosit I ve II lokusları, doğal ve adaptif immün yolaklarda yer alan genler ve oksidatif stres gösterilmiştir.
- Janus kinaz/sinyal transformatörleri ve transkripsiyon yolağı aktivatörleri AA'da upregüle edilmektedir fakat normal saç foliküllerinde edilmemektedir.
- Epigenetik mekanizmaların AA'ya duyarlılığı etkileyebileceği belirtilmektedir.
- Diyetin de AA gelişimine katkıda bulunabileceği belirtilmektedir (Strazzula, 2018).

Stres hususunda; özellikle yas, ayrılık ve kaza gibi durumların hastalık açısından tetikleyici olabileceği üzerinde durulmaktadır (Uludağ Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Alopesi Areata broşürü, 2012).

Diğer bir kaynağa göre ise, stres ve psikolojik bozukluklar AA hastalarında sıklıkla görülmekte olup aralarındaki kesin ilişki ise hâlâ tartışmalıdır. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada AA'lı hastalarda yüksek anksiyete ve depresyon prevalansı

olduğu bildirilmiştir. Fakat direkt bir etkidense stresin katılımı, muhtemelen stres hormonlarının moleküler seviyede inflamasyonu kolaylaştırması şeklindedir. Hayvan çalışmalarında hipotalamik-pitüiter-adrenal aktivitede disregülasyon gözlemlenmiştir. AA'dan etkilenen fareler, kronik psikolojik strese gecikmiş yanıt vermişlerdir ve akut fizyolojik strese karşı hipotalamik-pitüiter-adrenal tepki körelmiştir; bu farelerin beyinlerinde stresle ilgili olan gen ekspresyonu da farklı bulunmuştur (Strazzula, 2018).

1.1.7. Tanı

Dermatolojik tedavi ile tanı konur. Bunun dışında dermatoskopik inceleme yapılarak ve nadiren de deri biyopsisi alınarak tanı konur (Türk Dermatoloji Derneği Hasta Bilgilendirme Broşürü).

AA'lı hastalarda olabilecek komorbid başka otoimmün hastalıkların tespiti açısından ileri tetkik yapılmasının erken tanı açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir (Polat, 2009).

Komorbidite: Oğuz'un (2014) AA ve diğer hastalıklar komorbiditesine ilişkin sunduğu tablo aşağıda yer almaktadır:

Tablo 1. Alopesi areata ile diğer hastalıkların komorbiditesi

Hastalık	Sıklık (%)
Atopi	38,2
Kontakt dermatit ve diğer ekzemalar	35,9
Mental sorunlar	25,5
Hiperlipidemi	24,5
Hipertansiyon	21,9
Tiroid hastalığı	14,6
Diabetes mellitus	11,1
İnflamatuvar barsak hastalığı	6,3
Sistemik lupus eritematozus	4,3

Romatoid artrit	3,0
Psoriasis ve psoriatik artrit	2,0

Kaynak: OĞUZ, O.: 2014 “Alopesi areata”, **Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi** (1): 40-44.

Farklı bir kaynakta ise, atopik dermatit, astım ve alerjik rinit dahil olmak üzere atopisi olan hastalarda ve diğer otoimmün durumlarda AA'nın gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Strazzula, 2018).

Diğer bir kaynakta komorbidite konusunda;

- Otoimmün glandüler sendrom, vitiligo, tiroid hastalıkları, pernisiyöz anemi, sistemik lupus eritematozus, ülseratif kolit, romatoid artrit, liken planus, myasthenia gravis ile poliendokrinopati sendromu gibi otoimmün hastalıkların komorbiditesinden bahsedilmiştir.
- Tiroid ve vitiligonun AA ile en sık birliktelik gösteren hastalıklar olduğu belirtilmiştir (Polat, 2009).

AA vakalarının önemli bir kısmı diğer açılardan sağlıklı bulunmaktadır. Yine de bu grup hastada otoimmün tiroid hastalıkları, Down sendromu, vitiligo, atopik bünye gibi durumların varlığının normal popülasyona göre daha yüksek oranda olduğu belirtilmektedir (Baykal, 2012).

Ayırıcı Tanı: Kıl dökülmesine yol açan birçok hastalık ile ayırıcı tanıya gidilir. Tinea kapitis süperfisyalist en çok karıştığı hastalıklardan olup bu hastalıktan eritem, skuam ve lenfadenopati olmaması ile ayrılır. Trikotillomaniden değişik uzunlukta saçlar olmaması ile ayrılır. Sikatrisyel alopesiden ise kıl foliküllerinin sağlam oluşu ile ayrılır. Çok sayıda küçük odakla seyreden AA ile alopesi sifilitikanın karışabilmesi nedeniyle hastalarda sifilizin serolojik testlerle araştırılması önerilmektedir. Bunlar dışında, klinik görünümün tanı için genellikle yeterli olduğu belirtilmektedir. Zaman zaman trikograma ya da biyopsiye de başvurulur. Tanıya götürücü bir laboratuvar bulgusunun olmadığı belirtilmektedir (a.g.e.).

Bir başka kaynağa göre, AA düşünüldüğünde, tinea capitis, erken lupus eritematosus, sifilis, konjenital triangular alopesi, alopesi neoplastica ve trikotillomani akılda tutulmalıdır (Odom, 2000).

1.1.8. Tedavi

Yaygın bölgelerin etkilendiği vakalarda erken dönemde yüksek dozda sistemik kortikosteroid tedavisi uygulanması ile düzelme sağlanabildiği; ne var ki ilacın kesilmesi ile nüksün sık olduğu bildirilmektedir. Yaygın lezyonlu alopesi vakalarında intralezyonel kortikosteroid uygulanamaması nedeniyle kimyasal duyarlandırıcılar (difensipron, skuarik asit dibütilester; SADBE) ile uygulanan immünoterapi şeklindeki diğer seçeneklerin ön plana çıktığı görülmektedir. Bu tip bir tedavinin ancak hastane koşulunda uygulanabildiği ve altı aylık uygulamanın yarar sağlamadığı durumlarda da tedavinin kesildiği belirtilmektedir.

Ayrıca sistemik minoksidil, siklosporin, tüm vücuda uygulanan PUVA (fototerapi), izoprinozin ile timopentin şeklindeki tedavi seçenekleri kullanılabilmektedir. Ne var ki, yaygın formlarda kalıcı şekilde başarı sağlama olasılığının çok yüksek olmadığı belirtilmektedir. PUVA tedavisinin uzun dönemde deri kanseri riskini artırması nedeniyle bilhassa çocuklarda kullanımının sınırlı olduğu belirtilmektedir. İyileşme aşamasında öncelikle beyaz ya da gri renkteki ince kıllar çıkmaktadır. Zaman geçtikçe kıllar önceki gibi koyu renkli ve kalın halini alabilmektedir. PUVA tedavisi ile saç çıkışı arttıktan sonra ışınların deriye ulaşması zorlandığı için tedavi etkinliğinin azaldığı belirtilmektedir. Kozmetik gerekçelerle yapılan PUVA tedavisinin yan etkileri nedeniyle hastaların ancak bir bölümünde kullanıldığı belirtilmektedir.

AA'nın psikolojik faktörlerle tetiklenebilmesinin yanı sıra hastalık ortaya çıktıktan sonra da bireyler için psikolojik bir bozukluk kaynağı olabileceği belirtilmektedir. Bu tip durumlarda agresif tedaviler ile psikiyatrik danışmanın önem kazandığı belirtilir (Baykal, 2012).

Yeni patobiyolojik kavramların temel alındığı ve kıl folikülünün immünolojik ayrıcalığının korunması ve onarılmasına ilişkin olarak gelecekte daha iyi tedavi seçeneklerinin de mümkün olabileceği üzerinde durulabilmektedir. AA'nın immünolojik ayrıcalığın gelişiminin daha iyi anlaşılması açısından önemli bir model

olduğu da belirtilmektedir. Bu model üzerine geliştirilecek çözümlerin aynı zamanda multipl skleroz, otoimmün üveit, immün abortus gibi başkaca otoimmün hastalıkların tedavisi açısından da katkı sağlayabileceği üzerinde durulmaktadır (Oğuz, 2014).

1.1.9. Prognoz

Postpubertal dönem başlangıcındaki hastalarda spontan iyileşme eğilimi söz konusudur. İlk başta çıkan kıllar, tüy gibi ve açık renktedir; bunlar daha sonra tam büyüme ile daha güçlü ve koyu renkli olanlarla yer değiştirir. Zayıf prognoza ilişkin prediktörler ise atopik dermatit varlığı, çocukluk dönemi başında olma, yaygın tutulum, ofiazis (saçların sadece yan, kulak arkası ve ense kısmı dökülmesi), 5 yıldan daha uzun süren süre ve onikodistrofi (tırnak şekil düzensizliği) şeklinde sıralanmaktadır (Odom, 2000).

1.1.10. Alopesi Areata Konulu Tıp/Dermatoloji Alanında Yapılmış Araştırmalar

AA ile otoimmünitenin araştırıldığı bir çalışmada, AA ile birlikteliği bildirilen hastalıklar ile otoantikörler açısından hasta grubu ile kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Her iki grup AA, atopi, vitiligo, tiroid hastalığı, DM (Diabetes Mellitus), pernisiyöz anemi varlığı açısından sorgulanmıştır. Buna göre, hastaların 12'sinde atopi, 3'ünde tiroid hastalığı anamnezi varlığı tespit edilmiştir. İki hastada ise vitiligo söz konusudur. Hastaların hiçbirinde ise DM ve pernisiyöz anemi söz konusu değildir. Hasta ve kontrol grubu arasında belirlenmiş parametreler açısından yapılan istatistiksel analizlere göre, AA'lı hastalarda hümmöral (sıvısal) immüniteyi yansıtan parametrelerde anlamlı bir değişiklik gözlenememiştir. Araştırmacı, hastalığın patogeneğinde hümmöral immüniteden çok, hüccresel immünite rol alabileceği için çalışmaların bu yönde yapılmasının uygun olacağını belirtmiştir (Bilgin, 1999).

1.1.11. Alopesi Areata Konulu Psikiyatri/Psikoloji Alanlarındaki Araştırmalar

AA, psoriazis ve atopik dermatit ile depresyon ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, 6-12 yaş arası çocuklar grubu, herhangi bir dermatolojik dermatozu olmayan grupla karşılaştırılmıştır. Netice olarak depresif belirtilerin psikosomatik dermatozlara

anlamalı derecede eşlik ettiği görülmüştür. Ne var ki söz konusu depresif belirtilerin dermatoza sebep mi, yoksa sonuç mu olduğu konusunda kesin bir sonuca ulaşılamamıştır. Ek olarak, anksiyete düzeylerinin yüksek oluşun da dermatozlara eşlik ettiği belirtilmiştir (Arpağ, 1995).

9-18 yaş arası, 24 erkek ve 6 kız olmak üzere, toplam 30 AA tanısı almış olan çocuk ve ergenin yine aynı sayıda sağlıklı grupla karşılaştırıldığı bir çalışmada, Kısa Semptom Envanteri'nin belirti toplamı indeksi, kızlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (Uslu, 2010).

AA'lı 16 çocuk ve ergende psikiyatrik eş tanıların araştırıldığı bir çalışmada, en sık konulan psikiyatrik tanı; kaygı bozuklukları, majör depresyon olarak saptanmıştır. Olguların önemli bir kısmında içedönük karakter özellikleri tespit edilmiştir. Çocukların ailelerinin %37,5'inde psikososyal stres etkenleri saptanmıştır (Gürkan, 2006).

25 AA'lı hastada emosyonel stres, depresyon ve anksiyete düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada, 22 hastanın (%88) son altı ay içinde bir ya da birden çok stres kaynağı olay yaşadıkları, çalışma grubundaki 10 hastada (%40) ise anksiyete düzeyinin limitin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Araştırmacılar sonuç olarak, AA hastalarında emosyonel stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin hastaların yaş, cins, AA tipi ve süresi gibi klinik özelliklerden bağımsız olduğunu belirtmişlerdir (Baykal Y., 2003).

AA tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliği, psikopatoloji ve yaşam kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada, AA hastalarında aile işlevselliği, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alanlarında bozuk bulunmuştur. Psikososyal tetikleyici olayların AA'da sık olmasına rağmen; psikopatolojinin, yaşam kalitesi ve aile işlevselliği ile ilişkili olmayabileceği belirtilmiştir. Psikiyatrik komorbidite yaşam kalitesini en fazla bozan faktör olarak görülmüştür (Kutlu, 2016).

Ağrılı ya da yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen, estetik yan etkileri itibarıyla hastaların psikolojik durum ve ilişkilerinde derin değişikliklere neden olduğu belirtilen AA'ya ilişkin yapılan bir çalışmada, MMPI-2 kullanılarak hasta ve kontrol grupları karşılaştırılmıştır. MMPI-2 profil analizinde bazı ölçeklerin (depresyon, anksiyete, aile ilişkileri) puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre, AA hastalarının daha depresif, histerik, anksiyeteli,

hipokondriyak eğilimlere sahip ve sosyal çevre ile daha çatışmalı oldukları tespit edilmiştir. Araştırma ekibine göre, hastalığa ilişkin daha etkin bir tedavi yürütebilmek için hastaların psikolojik durumları da dermatolojik ortamlarda değerlendirilmelidir (Alfani, 2012).

Yapılan bir araştırmaya göre, AA'da yüksek psikiyatrik komorbidite durumu (anksiyete ve duygudurum bozukluğu), bu hastalarda sistematik psikiyatrik değerlendirmeyi gerekli kılar. Hastalığın hafif ve ılımlı formlarına tatmin edici düzeyde bir genel adaptasyon genellikle normdur fakat ciddi formlarda (totalis, universalis) komorbidite bilinmemektedir. Çalışmada ayrıca dermatoloji ile liyezon psikiyatrisi işbirliği ile AA'nın yönetiminde ilerleme kaydedilebileceği üzerinde durulmuştur (Ruiz-Doblado, 2003).

Yapılan bir çalışmada, AA ve vitiligonun hem başlangıcında, hem de şiddetlenmesinde ve çoğunlukla da hastalığın başlangıcından önce stresin önemli bir rol oynuyor olabileceği üzerinde durulmuştur (Manolache, 2007).

1.2. İşlemsel Düşünce/Aleksitimi, Psikanalitik Literatürde Saç

Psikanalitik psikosomatik kuram, psikosomatik hastaları ele almada önemli bir yere sahiptir. Bu bağlamda, psikanalitik psikosomatik açılarından temel isimler olan Pierre Marty, M. de M'Uzan, C. David ve M. Fain üzerinde durmak gerekebilir. Marty ve ark.'nın çalışmaları iki etapta ele alınmaktadır. İlk etap 1957 yılında ortak yapılan çalışmalarla başlar ve 1963'te "*Psikosomatik Soruşturma*" kitabının yayınlanmasına kadar sürer (İkiz, 2017). Bu çalışma ile ilgili şunlar belirtilebilir: Marty ve ark., bu çalışma ile "*psikosomatik yaşam*" olarak adlandırdıkları durumun bazı yönlerini örneklendirmeye çalışmışlardır. Bu kapsamda Freudyen psikanalitik bakış açısını kullanarak somatik belirtisi olan yedi hastayı incelemişlerdir. Ele aldıkları vakalarla ilgili olarak, ilk yönlendiren hekimle hep bağlantıda kalmışlar ve varılan sonuç ve tedavi önerileri hakkında hekimi bilgilendirmişlerdir (Marty, 2012).

Marty ve ark.'nın kullandıkları teknik hakkında ise şu bilgiler verilebilir: Marty ve ark. "*psikosomatik soruşturma*" tekniğini açıklamaya çalışmışlardır; yeni bir tıbbi muayene olarak psikosomatik soruşturmanın kuramsal ve pratik olarak getirdiklerini ele almışlardır (a.g.e.). Buna göre, teknikte konsültasyon odasına giren hasta, ortalama 6 ile 8 soruşturmacı asistan tarafından çevrelenir. Burada didaktik bir amaç söz konusudur.

Klasik tıbbi muayenedeki gibi yönetilen bir görüşme tekniğinin olasılık dışı olduğu belirtilir. Görüşmedeki temel ilke, tıpkı analizdeki gibi, hastanın çağrışımını uyarmaktır; ona maksimum düzeyde ifade özgürlüğü tanıyarak hastanın ağrı belirtileri, çeşitli somatik-işlevsel ifadeleri, mimikleri, jestleri, huzursuzluk, titreme, kasılmalar gibi duyuşal-motor etkinlikleri de dahil olmak üzere takip edilmektedir. Söz konusu görüşme 1 saatten uzun sürmekte ve sakin bir ortamda gerçekleştirilmektedir. Görüşme uzun sürmesinin yanı sıra soruşturmacının olası bir libidinal tükenme ve psikosomatik nesnenin gerektirdiği özel çabaya bağlı olarak gelişebilecek yorgunluğu nedeniyle çoğu zaman tekrarlanmamaktadır (Marty, 2017).

Bununla birlikte hastaların sorgulanmasına ilişkin Pierre Marty'nin hastalarla 3 zamanlı görüşme yaptığı belirtilmektedir. Buna göre, ilk aşamada hasta kendi sorunlarını anlatmaktadır; hastanın kendisini ifadelendirmesine izin verilmektedir. İkinci boyutta hastanın çatışmaları ve sorunları belirlenmeye çalışılır. Son aşamada ise hastaya ruhsal, cinsel ve profesyonel yaşamı hakkında çeşitli sorular yöneltilir (İkiz, Türkçe Basım Önsöz, 2012). Hastaların rüyaları, düşlemsel etkinlikleri, çocukluk anıları, önceki patolojik durumları öğrenilmeye çalışılır (Marty P., 2017).

Böylesi bir çalışmada hastanın uyum olanakları, sözelimi psikosomatisyen ile kurduğu ilişkiden de takip edilebileceği üzere, genital ve pregenital düzeylerde olmak üzere nesne ilişkileri, olası bir semptomun ortadan kalkması durumunda, bunun ekonomik düzeydeki sonuçlarını kestirmek anlamında psikosomatik enerjisel durumun tespiti, öznenin güncel yaşamı, çatışmalı hikayesi gibi unsurlar ele alınmaktadır (a.g.e.).

Marty ve ark.'na göre, somatik hastalar somatikleğe en sapanıp kalanlardan, kimisi nevrozlara ya da kimisi psikotiklere yakın olabilen "*psikosomatik borderline*" olarak adlandırılabilen bir noktanın da dahil olduğu bir yelpazenin; yani "*psikosomatik spektrum*"un herhangi bir yerinde bulunabilirler. Ek olarak, Marty ve arkadaşlarına göre, bu hastaları, önce nevrozlardan ve bir noktaya kadar da psikotiklerden ayırmak gerekir; buna karşın bu hastalar karakter nevrozuna yaklaştırılabilirler (a.g.e.).

Marty ve ark.'na göre, bu grupta yer alan hastalarla kurulan diyalogda belli bir yoksulluk dikkat çeker, düzenleyici nevrotik sistemlerde bir eksiklik söz konusu olup, yaşanan durumun anlamının kavranamadığı bir atalet söz konusudur (a.g.e.).

Psikanalitik psikosomatik yaklaşımın öncülerinden görülen Pierre Marty, M. de M'Uzan, C. David ve M. Fain'in çalışmalarının ikinci etabı ise 1972 yılına kadar sürer ve bu sürecin akabinde Paris Psikosomatik Okulu (IPSO) kurulmuştur (İkiz, 2017).

Okulun geliştirdiği, psikanalitik psikosomatikte önemli birtakım kavramlar söz konusudur. Bunlardan işlemsel düşünce/aleksitimi, nesnesiz depresyon ve zihinselleştirmeye aşağıda yer verilecektir.

1.2.1. İşlemsel Düşünce

Güncel psikoloji bilimi araştırmalarının bir kısmında ele alınan ve bu tez çalışmasında da hastalarda bakılacak olan aleksitimi kavramının gelişimine temel hazırlayan kavram “işlemsel düşünce”dir. Günümüzde artık “işlemsel yaşam” şeklinde daha kapsayıcı bir şekilde ele alınan kavram, gündelik ve somut düşüncelerin çoğunlukta olduğu, çağrışım ve düşlemsel yaşamın ise kısa devre yaptığı ve duygulanımlardan yoksunlaştırılmış düşünce şekline işaret etmektedir (İkiz, Türkçe Basım Önsöz, 2012).

Marty&M. de M'Uzan (1963) işlemsel düşünce konusunda şu noktalara dikkat çekmişlerdir: İşlemsel düşünce durumunda düşlemsel aktivitede eksiklik söz konusudur (Marty, 1963).

Hasta ile karşılaştığında klinisyen beyaz, boş ilişki (*blank relationship*) olarak adlandırılabilen bir durumla yüzleşmiş gibi hisseder. Söz konusu “beyaz ilişki” aslında hasta tarafından tüm yaşamı boyunca kullanılmaktadır. Klinisyenin ısrarlı çabalarına rağmen bu tür bir ilişki terk edilmemekte, hasta semptomların ilişkili olduğu en yakın olayların gerçekliğiyle bir bağlantı kuramamakta ya da kurulan bağlar sınırlı bir zaman aralığında kalmaktadır. Buradaki *yalıtma* düzeneği akla obsesyonel nevrozu da getirir. Ancak durum burada obsesyonel nevrozdan farklıdır; söz konusu olan, hastanın sunduğu malzemeye ilişkin mental ya da sözel manipülasyona bağlı bir mesafe koyma değildir; hasta oradadır ancak boştur. Bu durumda araştırmacının kafa karışıklığının hastanın özdeşim rollerini göstermesindeki eksiklikten kaynaklandığı üzerinde durulur. Ek olarak, her iki durumda da kişilerin yalancı bir hakimiyet (*pseudo-mastery*) kurduklarından bahsedilmiştir. Obsesyonel nevrozdaki kişi bunu sembolik açıdan değeri olan, zengin bir düşünce manipülasyonu ile yaparken; işlemsel düşüncedeki kişi bunu eylem ardışıklığını kontrol ederek yapar ve şüphe duymaz. Obsesyonel nevrozda

kelimelere aşırı yatırım söz konusudur; kelimeler aşırı anlam kazanır. İşlemsel düşüncede ise kelimelere yapılan yatırım yetersiz olup bir şey ya da eylemin tekrarı sıklıkla söz konusudur; gösteren (signifier) ile gösterilen (signified) arasındaki boşluk neredeyse yok edilmiştir (a.g.e.).

Hastanın söylemi sadece eylemin ayrıntılarını tarifler niteliktedir; olayların gerçekliğine ve nesnelerin yalnızca kullanılabilirliğine odaklanılmıştır. Kişi her şeyi güncelin parçalarına dönüştürmekte ve olayları ardışıklığıyla yönetmektedir (a.g.e.).

Kişi söyleminde içsel bir nesneye gönderme yapmaktan yoksundur (a.g.e.).

İşlemsel düşünce durumunda yüzeysel özdeşimler ve tam olarak bütünleşmemiş, şematik bir üstbenlik söz konusudur. Bu yüzeysel özdeşimler araştırmacıyla olan ilişkide taklitçi bir tavırla kendini gösterir (a.g.e.).

İşlemsel düşünce “şey”lerle ilgilidir, “şeyler”e bağlanmıştır. Hayal gücünün ürünü değildir ya da sembolik ifadelerle ilgili değildir (a.g.e.).

İkincil süreçlerdeki gibi düşlemsel bir detaylandırma söz konusu değildir (a.g.e.).

İşlemsel düşünce tam olarak bilinçdışından kopuk değildir ancak altbenlikten uzakta yaşıyormuş gibi görünen bu kişiler, doğuştan kör bir bilinçdışı ile yaşıyor gibidirler. Özetle işlemsel düşünce bilinçdışı ile en alt düzeyde ilişki kurmaktadır (a.g.e.).

Olasılıkla nevrozlar ile genital düzeydeki ilişki evresine ulaşmış kimselerde işlemsel düşünce ile pek de karşılaşamayacağı üzerinde durulmaktadır (a.g.e.).

Bu gruptaki hastalar ya yeterince rüya görmemekte ya da rüyalarını anlatmada yetersiz görünmektedirler. Anlatma durumunda ise rüya öyküleri işlemsel düşünce kurallarına göre anlatılmaktadır. Sözelimi güncel gerçekliğe bağlı kalınmaktadır. Dürtüsel yatırım içeren rüyaların anlatıldığı durumlarda ise çağrışımların eksik kaldığı ve bu nedenle de rüyaya değer atfedilmediği belirtilmektedir. Bu gibi nedenlerden ötürü bu gruptaki hastalarda insomnia görülebileceği belirtilmektedir (a.g.e.).

Düşlemsel aktivitenin işleyiş bütünlüğünü garanti altına alabilmek için bu grup hastaların çocukluk dönemlerinde birtakım koruyucu önlemlerin alınabileceği üzerinde durulmaktadır. Bu bağlamda, birincil süreçlerdeki arkaik donuklukta hangi faktörlerin etkili olduğunun anlaşılmasının avantaj sağlayacağı üzerinde durulmaktadır (a.g.e.).

Debray’a göre (2015), zamanla “işlemsel yaşam” kavramına dönüşen “işlemsel düşünce” ile somut, olgusal ve güncel olan düşünce kastedilir. Bu tip bir düşünce kimi

kişilerde düşlemsel bir fakirliğe eşlik edebilir. Böylesi bir durum, üç kademeli bir tabloya neden olur: işlemsel düşünce → düşlemsel fakirlik → somatik düzensizlik (desorganisation somatique). Karmaşık kuramdan uzak olan bu özet tanımlama, Pierre Marty tarafından geliştirilmiştir. Bu tablo aslında J. Nemiah (1977) ve P.E. Sifneos (1973) tarafından yapılan aleksitimi tanımının da kökeninde yatmaktadır (Debray, 2015).

1.2.2. Aleksitimi

Etimolojik olarak Yunanca'dan gelen kavram “duygular için söz yokluğu” anlamına gelir (Şaşoğlu, 2014).

Günümüzde çeşitli soru formu ve ölçeklerle de araştırılmaya çalışılan bu kavramın artık psikanalitik bir kavram olmaktan çıktığı Parman tarafından belirtilmiştir (Parman, 2005).

Dereboy, aleksitimi kavramını gözden geçirdiği çalışmasında, kavramın tarihsel gelişimi açısından şu noktalara yer vermiştir:

1948’de, analitik terapiye aldığı psikosomatik hastalar üzerine Ruesch, bu hastaların gerginliklerini sözel ve simgesel yolla boşaltamadıklarını, bu nedenle de gerginliklerinin gömülü durumda olduğunu, gerginliklerini boşaltmanın elverişli bir yolu olarak da bu hastaların bedensel kanalları kullandıklarını belirtmiştir. Ruesch, bu kişilik yapısını infantil kişilik olarak değerlendirmiş olup; bunun psikosomatik hastalıkların da temelinde yer aldığını belirtmiştir.

1949’da, McLean, psikosomatik hastalarda duygularını söze dökme konusunda zihinsel bir yetersizlik olduğunu belirtmiştir. Açıklamasına göre, bu hastalarda duygular, neokortekse ulaşarak sözel yollarla anlatılma olanağı bulamazlar; ancak otonom yollarla anlatım bulabilmektedir; diğer bir deyişle, “organ dili”ne çevrilmektedirler.

Freedman ve Sweet, 1954’te, duygularını tanımlayamayan hastaları “duygu cahilleri” olarak nitelemişlerdir. Onlara göre, bu tip hastalar duygusal yaşamlarının farkında olmamakta ve bunaltılarını bedenselleştirmektedirler.

1963’te ise P. Marty ile M. de M’Uzan düşlem yokluğu ile karakterize olan işlemsel düşünce kavramını tanımlamışlardır.

Krystal, 1968’de Nazi toplama kamplarından kurtulanlar üzerine yaptığı bazı gözlemlerini paylaşmıştır. Krystal ağır posttravmatik kişilerin duygularını tanımakta ve

tanımlamakta zorluk yaşadıklarını, düşlemsel yaşam açısından kısıtlı olduklarını aktarmıştır. Krystal 1970’de benzer bir durumun madde bağımlılığı olan kimselerde de görüldüğünü aktarmıştır.

1970’de Sifneos ve Nemiah 20 psikosomatik hasta ile yapılan görüşme notlarını incelemişler ve bazı sonuçlara varmışlardır: hastaların önemli bir kısmı duygularını tanımlama ve söze dökmeye sorun yaşamakta olup; bu kişilerin çağrışımları içsel düşlemlerden ziyade dış olaylara ilişkindir. Görüşmeyi yapan kişi, hastaları donuk, renksiz, ölgün, sıkıcı bulmuş olup frustrasyon hissetmiştir. Netice olarak, hasta ve doktor arasında iletişimsizlik problemi baş göstermiştir.

1972’de Sifneos, klinisyenler tarafından psikosomatik hastalarda gözlemlediği operasyonel düşünme, düşlemsel yaşamda sınırlılık, duyguları tanıyamama ve tanımlayamama, engellenme ve çatışma durumlarından kaçınmak için devinime başvurma gibi özellikleri “aleksitimik” olarak nitelemiştir. Terim, sayılan özelliklerden özellikle de duyguları ifade etmek için uygun sözcükleri bulmada zorluk anlamını karşılması açısından seçilmiştir (Dereboy, 1990).

Porcelli’ye (2005) göre, aleksitimi kavramı “çocuksu kişilik” ve Fransız Psikosomatik Okulu’nun “işlemsel düşünce” görüşlerinin içinde yer alır. Porcelli aleksitimiye ilişkin şu noktaların altını çizer:

- Açık bir şekilde ağlama ve öfke nöbetleri yaşayabilirler; ne var ki duygularını anılarıyla ve düşlemleriyle bağlantılandıramazlar.
- Duyguları ile bunların bedensel duyularını ayırtırmada zorluk yaşarlar. Duygularını fizyolojik yanıyla gösterebilirler ancak bunların bilişsel yanlarını yönlendiremezler.
- Hayal gücü işlevleri kısıtlanmış durumdadır. Rüyaları, gündüz düşleri, düşlemlerinde duraklama fark edilir. Rüyalarını nadiren anlatırlar. Anlattıkları rüyalar kuru ve cansız bir havadadır. Sözelimi masalsi özellikleri yoktur. Rüyaların içerikleri ise gündelik yaşam rutinlerinden oluşur.
- Beden duruşları katı görünümlüdür. Sözel olmayan işaretleri algılamada ve anlatmada zorluk çekerler.
- Dışa dönük bilişsel yapıları vardır; daha ziyade dışsal gerçeklere, somut şeylere odaklanırlar. Basitleştirilmiş tarzda düşünceleri vardır. Belirsizlik ve içsel

dünyanın duygusallığından kaçınırlar. Yaşamlarındaki olayları izleyici gibi duygusal katılımsız şekilde anlatırlar.

- Bu özellik başlangıçta psikosomatik hastalıklarla ilişkilendirilmiştir; ne var ki son dönemlerde duygulanım bozukluklarına özgü olmayıp bir kişilik özelliği olduğu üzerinde de durulmaktadır (a.g.e.).

1.2.2.1. Aleksitimi Konulu Çalışmalar

Alopesi areata ile aleksitimi arasında anlamlı ilişki saptanan bazı çalışmalar şunlardır:

Yapılan bir çalışmada, AA ile aleksitimi arasında bir ilişki bulgulanmıştır. Yazarlara göre, aleksitimi immün sistem fonksiyonlarında bozulmaya neden olmakta ve aleksitimik özelliği olan bireyler endokrin ve immün sistem sonuçlarını fark edemeyerek kronik bir strese maruz kalmaktadırlar. Bu nedenle yazarlar, aleksitiminin stresle başa çıkmayı güçleştirdiğini, stresle tetiklenen immünolojik mekanizmalar aracılığıyla AA'nın ortaya çıkabileceğini düşünmüşlerdir. Aynı çalışmada stres verici yaşam olayları ile depresyon ve anksiyetenin AA etyopatogenezinde rol oynadığı şeklindeki hipotez ise desteklenmemiştir (Yazıcı, 2006).

Sayar ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise, AA hastaları sağlıklı kontrollere göre tüm psikolojik ölçümlerde anlamlı düzeyde yüksek puanlar almışlardır. Kesim puanına göre, hastaların %58'i aleksitimik, %55'i depresif, %32'si umutsuz bulunmuştur. AA hastaları kontrol grubuna göre daha çok psikolojik zorlanma göstermişlerdir. Araştırmacılar bu hasta grubunda aleksitimi üzerinde durulması gerektiğini belirtmişlerdir. Tespit ettikleri kaygı düzeyi yüksekliğini bu hasta grubunun yaşadığı zorlanmaya bağlamışlardır. Zorlanma konusunda başa çıkamayan bunun yanısıra duygularını da ifade etmekte zorluk çeken aleksitimik bireylerin AA geliştirebileceklerini belirtmişlerdir. Hasta grubunda anksiyete, depresyon ve umutsuzluk durumlarının fark edilerek tedavi edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Güzelhan&Sayar&Köse&Ebrinç, 2001).

Alopesi areata ile aleksitimi arasında anlamlı ilişki saptanamayan bazı çalışmalar ise şunlardır:

90 vitiligo, 51 AA'lı hasta ve 90 sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada, hasta ve kontrol grupları arasında anksiyete, depresyon ve aleksitimi açısından anlamlı farklılıklar bulunamamıştır. Çalışmada "anksiyete duyarlılığı" vitiligo

ve AA'ya ilişkin olarak bir parametre olarak saptanmıştır. Bu hastalıklarda aleksitiminin etkisi gösterilememiştir. Yine de aleksitimi ile anksiyete duyarlılığının her iki grubun etyopatogenezi, klinik gidiş ve tedavi sonuçları açısından önemli olabileceği düşünülmüştür (Kocabaş, 2011).

AA ile aleksitimi ve iki emosyonel boyut olan kaygı ve depresyon arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada hasta grubu ile kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Buna göre, hastaların %42'si aleksitimi açısından pozitif puan almış olup yine de aleksitimi açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Hasta ve kontrol grupları arasında depresyon ve kaygı düzeyleri açısından anlamlı farklılık bulunmuş olup netice olarak hasta grubunda yüksek oranda anksiyete ve depresif belirtilerin olduğu saptanmıştır. Çalışmacılar dermatologların bu hasta grubunda psikolojik boyutun farkında olmalarının önemi üzerinde durmuşlardır (Sellami, 2014).

50 AA hastası ile 30 sağlıklı gönüllünün karşılaştırıldığı bir araştırmada iki grup arasında anksiyete belirtilerinin şiddeti ve aleksitimik özelliklerin düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hasta grubundaki depresif belirtilerin şiddeti ise sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Depresif belirtilerin şiddeti ile AA atağının süresi arasında ise anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Arı, 2011).

1.2.3. Nesnesiz Depresyon/Temel Depresyon

İşlemsel düşünceye ilişkin önemli bir durum da nesnesiz depresyondur.

Temel depresyon ilk olarak Pierre Marty tarafından 1966'da kullanılmış bir kavramdır. Günümüzde ise bu kavram yerine “*nesnesiz depresyon*” kullanılmaktadır. Kavramla kastedilen, suçluluk duygusu olmadan, duygulanım verilmeden ve somatik şikayetler ifade edilmeden yaşanan bir depresyondur. Burada hastanın çevresi de durumun farkında değildir. Hasta arzularını anlatmamaktadır. Bu durumun ancak psikanalistin karşı aktarımı sayesinde fark edilebildiği belirtilmektedir. Kavramın melankolik depresyondan ayırt edilmesinde önemli bir detay da melankolik tipteki depresyonda nesnenin yıkımının ve buna bağlı olarak sadistik-anal bir yapılanmanın mevcut oluşudur (İkiz, Türkçe Basım Önsöz, 2012).

1.2.4. Zihinselleştirme

Başta işlemsel düşünce olmak üzere, nesnesiz depresyon, ideal benlik, ilerleme ve gerileme devinimleri, ilerleyici düzensizlik, alerjik nesne ilişkisi gibi psikanalitik psikosomatik diğer önemli kavramlarının kesişim noktasını zihinselleştirme kavramı oluşturmaktadır. Bu noktada belirtilmelidir ki; hepimizin psikosomatik olduğu fikri ile çeliştiği için artık “yapı” kavramı kullanılmamakta; bunun yerine “*somatik spektrum*” üzerinde durulmaktadır. Bu spektrumun bir ucunda ağır somatizasyonlar yer alırken, bir ucunda ise nevroza en yakın olan vakalar yer almaktadır (a.g.e.):

Ağır somatizasyonlar <-----> Nevroza en yakın olan vakalar

Tüm bunlar ışığında artık “*psikosomatik işleyiş*” terimi kullanılmaktadır. İyi bir zihinselleştirme neticesinde nevrotik kişinin yaşam olayları karşısında hasta olabildiği üzerinde durulmaktadır. Öte yandan zihinselleştirme güçlüklerine sahip olan kişiler ise hasta olmamaktadır. Diğer bir deyişle, zihinselleştirme iyi yapılamazsa, olaylar düzensizleştirmeye yol açabilecektir. Bununla birlikte sağlıklı bir zihinselleştirmenin sürekli olmadığı da altı çizilmektedir (a.g.e.).

Zihinselleştirme açısından önemli bir kavram *önbilinç*dir. Kavrama ilişkin şu noktalar belirtilebilir:

Marty, psikosomatik kuramını Freudyen metapsikoloji içinde 1. Yerleştirmeye yani *topografik modele* dayandırmıştır. Marty bilinç, önbilinç ve bilinçdışı şeklinde ifade edilen birinci topografik yerleştirmenin altbenlik, benlik ve üstbenlik şeklinde ifade edilen ikinci yerleştirme (yapısal model) açısından da gerekli olduğunu belirtmiştir. Burada önbilincin uyarılmaları sabit tutma ile şeylerin ve kelimelerin temsillerinin eklemenebilmesindeki rollerine dikkat çekilmektedir. Eğer bu rollerde birtakım sorunlar yaşanır, o vakit zihinselleştirmede de sorunlar yaşanabilir (a.g.e.).

Gündüz düşlemler, gece ise rüyalar ile kendini gösteren “*temsil*”lerin; çağrışım yapma, düşünce geliştirebilme, ötekiler ile ilişkiler kurabilme gibi işlevleri söz konusudur. İyi bir işleyiş açısından yani zihinsel temsilleri birbirine bağlayabilmesi için önbilinç; geçirgen, akışkan, esnek ve devamlılık izleyen bir yapıda olmalıdır. Bu özellikler temelde annesel işlev ile kazandırılmakta olup bu alanda yetersizliği olan

bireylerle yapılan çalışmada önbilincin çalışmasına yardım edildiği belirtilmektedir (İkiz, 2017).

İkiz, bilinç ve bilinçdışı arasındaki bu aracı yapının iyi işlememesine psikosomatik hastaların çığ rüyalarını örnek olarak vermektedir. Bu gibi durumlarda önbilincin yetersiz çalışmasından ötürü bilinçdışındaki malzeme işlenmeden bilince sansürlü, çığ şeklinde ulaşabilmektedir (a.g.e.).

Önbilincin işleyişine ilişkin bu detaylardan sonra özetle şunu belirtmek gerekir ki; Marty'e göre, önbilincin çalışmasındaki eksiklikler zihinselleştirme üzerinde bozucu bir etkiye sahiptir (a.g.e.).

Zihinselleştirme kavramı ve ona ilişkin birtakım detaylar için Pierre Marty'nin kendi görüşlerini incelemekte de yarar vardır:

Zihinselleştirme direkt olarak Freud tarafından ele alınmış bir kavram değildir. Freud daha çok zihinsel nevrozlarla çalışmıştır. Ve bu grupta ruhsal temsiller zengin görünmektedir. Buna ek olarak Freud'un 1915'ten itibaren önbilinci topografik görüşte ele almasının, zihinselleştirme kavramı için bir zemin olduğu belirtilmektedir (Marty, 2012).

Marty'e göre, bireyler normal şartlarda güdüler ve dürtülerden gelen belirli bir miktar uyarılmaya boyun eğer. Bu uyarılmalar boşalmazsa ya da dışarı akmazsa birikme olabilir ya da patolojik biçimde bedensel yollara gidebilir. Genel bir değerlendirme ile dürtüsel uyarılmalar ortalama bir düzeydeyse, bunlar kişide fazla birikmiyorsa, kişide zihinselleştirme iyiye, yerleşen bedensel duygulanımların çoğunlukla kendiliğinden geri dönüşü olabilmektedir. Öte yandan söz konusu uyarılmalar aşırı artar ve birikme olursa, bunun yanı sıra bireyde zihinselleştirme kötü olursa bedensel duygulanımların tehlikeli anlamda ciddi olduğu belirtilir (a.g.e.).

Zihinselleştirme konusunda “*temsil*”ler de merkezi bir rol oynamaktadır. Ruhsal temsiller zihinsel yaşamımızın temelini oluşturur. Gündüz düşleri yani düşlemler ile gece düşlerimiz yani rüyalar bu temsillere örnektir. Bu örnekler dışında sanrıların da temsillerle olan temel bağı söz konusudur (a.g.e.).

Psikanalizin temelde incelediği iki unsur; *şeylerin temsili* ve *sözcüklerin temsidir*. *Şeylerin temsili* ile duyuşal-algısal düzendeki yaşantısal gerçeklikler ele alınır. *Sözcüklerin temsili* ise ötekinin dilinin algılanması ile başlar ve bu, en ilkel olandan en karmaşık olana doğru devam eder. Sözcüklerin temsilleri, duyuşal düzende aslında şeylerin temsidir. Ancak gelişim ile birlikte şeylerin temsili statüsünden

uzaklaşmak, beklenendir. Önbilinç sistemi ile sözcüklerin temsilleri, şeylerin temsiline bağlanır. Sözcüklerin temsilleri anne ile kurulan iletişim ile ortaya çıkacaktır, ardından diğer bireyler ile iletişim devreye girecek ve son olarak kişinin kendisi ile kuracağı iletişim olan içsel düşüncelerde de etkili olacaktır. Psikanaliz için aslolan yöntem olarak *serbest çağrışım*da da sözcüklerin temsilleri gündemdedir (a.g.e.).

Marty “oyuncak bebek” örneğini verir. Buna göre yenidoğan için oyuncak bebek başlangıçta duyuşal-algısal bir “şey”dir. Ancak çocukluk dönemiyle birlikte oyuncak bebek duygulanımsal bir anlam da kazanacaktır. Ergenlik ve ardından yetişkinlikte ise mecazi anlamda sözcüğü “cinselleşmiş bir kadın” anlamına gelecektir. Bu örnek bize önbilinç sistemini zihinselleştirme kavramına ilişkin olarak anlatmaktadır. Önbilinçteki düzensizlikler ve patolojik durumlar neticesinde sözcük temsilleri duygulanımsal, sembolik, mecazi bileşenlerinden uzaklaşacak ve şeylerin temsiline indirgenecektir. Bu duruma örnek olarak yukarıdaki örnekte yer alan bebeğin kişi için sadece bir oyuncak çağrıştırması durumu verilmektedir (a.g.e.).

Temsillere bir başka örnek de kişinin gece düşleridir. Bunlar doğru bir şekilde tercüme edilebiliyorsa bireyin temsillerinin kalitesi hakkında bilgi verecektir. Bazen bunlar pür günlük şeylerin temsilinden oluşmaktadır. Bu durumda serbest çağrışım pek de yer verilmediği anlaşılabilecektir. Öte yandan, diğer durumda, basit imgelere ek olarak duygulanımlar, semboller de karşımıza çıkabilir ve bunlar başka birçok fikrin çağrışımına ön ayak olabilir. Böylece gizil içerik yani gerçek anlam ortaya çıkmış olacaktır (a.g.e.).

Temsillerin temel yetersizlikleri, gelişimde en erken dönemlerden kaynaklanmaktadır. Temsillerdeki yetersizlikler şu nedenlere bağlanmaktadır:

- 1-Çocuğun görme, işitme problemi gibi duyuşal-motor işlevlerindeki eksiklikler,
- 2-Benzer şekilde annenin sağır ya da kör olmak gibi işlevsel yetersizlikleri,
- 3-Bakım veren annenin duygulanımsal donanımındaki yetersizlikler (a.g.e.).

Yenidoğanın ve gelişen çocuğun duyuşal, hareketşel, duygulanımsal ve sözel gibi farklı seviyelerde ilerleyen düzenlemelere gittiği; ne var ki sözcük temsillerinin kazanımındaki eksiklik ya da yetersizliklerin gelecekte kendiliğinden onarılmasının neredeyse imkansız olduğu belirtilmektedir. Burada kastedilen eksikliğin zihinsel gerilikten farklı bir durum olduğu ve mesela entelektüel açıdan oldukça gelişkin durumdaki bir bireyin bile bu durumda olabileceği üzerinde durulmaktadır (a.g.e.).

Zihinselleştirmelerin önemli klinik biçimleri şu şekilde sıralanmaktadır:

A-Temsillerin eksik görünmesi: Temsillerin nicelik ve nitelik açısından daha fakir olduğu “davranışsal nevrozlar” kötü zihinselleştirmeye örnek olarak verilmektedir. Bu gruptaki bireyler için hem önbilincin gelişiminde bir yetersizlik, hem de önbilinçte bir düzensizlik durumu söz konusudur.

B-İyi zihinselleştirme: Burada kastedilen grup Freud’un “zihinsel nevrozlar” grubudur. Bunlar “iyi zihinselleştirilmiş nevrozlar” olarak ele alınır.

C-“Kötü zihinselleştirilmiş nevrozlar” ile “iyi zihinselleştirilmiş nevrozlar” arasında sayısal olarak da dikkat çekici konumda olan ‘kesin olmayan zihinselleştirilmiş nevrozlar’ grubu yer almaktadır. Bu grubun temsillerinde niceliksel ve niteliksel olarak değişkenlik ve temsillerinin kullanışsızlığı üzerinde durulur (a.g.e.).

Temsiller ve davranış ilişkisine bakıldığında; zihinsel temsillerin azalması durumunda uyarılmaların boşaltılması için davranışlarla eyleme geçilebilmektedir. Burada davranışsal nevrozlar kastedilir. Öte yandan davranışların cinsel ya da saldırgan uyarılmaların yönünü yüceltme yönünde değiştirebildiği üzerinde de durulmuştur (a.g.e.).

Çatışmalar ve zihinselleştirme konusunda ise şunlar belirtilebilir: Çatışmalar topografyamızdaki bilinçdışı, önbilinç ve bilinç kısımlarındaki gereksinimlerin karşıtlığından ileri gelir. Çatışmalar cinselliğin gelişimine bağlı olarak hem erken çocukluk, hem de çocukluk dönemlerinde oluşturulmuştur. Çatışmalara ilişkin olarak iyi zihinselleştirmeler kişilere ruhsal hazırlık sağlayacaktır. Öte yandan benzer bir uyarılma durumunda yetersiz zihinselleştirmesi olanların, kırılganlık ve savunmalar konusunda kararsızlık yaşayabilecekleri belirtilir. Önbilinç sisteminin işlevsizleşmesiyle birlikte uyarılmaların dile getirilemediği ve devam ederek biriktiği ve bunun da temel depresyonun yerleşmesine neden olduğu belirtilmektedir (a.g.e.).

İkiz, Marty’nin zihinselleştirme kavramı ile P. Fonagy’nin zihinselleştirme kavramı arasındaki farka da değinir. Buna göre, Fonagy’nin kavramı daha ziyade kişinin kendinde ve diğerindeki bilinçli ve bilinçdışı zihinsel durumları algılama kapasitesi şeklinde ya da “düşünmeyi düşünme” şeklinde ele alınmaktadır. İkiz’e göre, İngiliz psikanalistler Fonagy’nin izinden gitmekte; davranım ve duygulanımların onları nasıl düşünüyorsak o şekilde algılandığını düşünmektedirler. Ne var ki bağlanma ve nesne ilişkileri yaklaşımından beslenen bu bakış açısı, P. Marty’nin önbilince yüklediği anlam ile örtüşmemektedir (İkiz, 2017).

1.2.5. Psikanalitik Literatürde Saç

Saç ve saçla ilişkin hastalıklar temelde deri ile ilgili olduğu için psikanalitik literatürde deri kavramına kısaca bakılacak olursa;

Freud'a göre, benlik, ilk olarak beden benliği şeklindedir; bebeğin dünya ile olan ilk teması da deri yoluyla olmaktadır. Bebek ile anne arasındaki ilk temasta dokunma duygusu önemli bir yere sahiptir. Bu doğrultuda ilk dönem ilişkilerinde derinin duyarlılığını açıklayan önemli bir kuram "deri-benlik" kavramı ile Didier Anzieu'dan gelmiştir (İkiz, 2017).

Anzieu, 1974'te Nouvelle Revue de Psychanalyse'de yayınladığı bir makalede deri-ben'i şu şekilde tanımlamıştır: *"Çocuğun beninin, gelişmesinin erken evreleri sırasında, beden yüzeyi deneyiminden hareketle, kendini kendisine ben olarak temsil etmek için kullandığı bir şekillendirme"*. Deri-ben, bir metafordur ve bu metaforla ben ve deri birbirine yaklaşmış olmuştur. Bu karşılaşma ile adeta Winnicott'un "geçiş alanı" ortaya çıkmıştır. Deri-ben, dürtünün kök saldığı bedene yaslanmaktadır. Anzieu'ya göre, bedenin ruha yaslandığı ve ruhun da bedene yaslandığı diyalektik bir bağ söz konusudur. Deri-ben, derinin işlevlerine yaslanma yoluyla ve annenin sağladığı, anneye ortak bir deri yanılsaması yoluyla oluşur. Deri-ben, ruhsal bir temsil olarak, annenin bedeni ile bebeğin bedeni arasında oyunlar aracılığıyla ve annenin bebeğin heyecanlarına ve duyularına verdiği yanıtlarla ortaya çıkmaktadır. Deri-ben, tıpkı derinin tüm bedeni sarması gibi, tüm ruhsal aygıtı sarmayı hedefler. Anzieu, derinin bedenin diğer organlarına göre daha geniş yüzeye ve daha büyük bir ağırlığa sahip olması olgusunu, ruhsal aygıtta da "ben" in sarma ve işleyişte en büyük ağırlığa sahip olması iddiası ile karşılaştırmaktadır. Anzieu deri-benin ruhsallığı tutma, içirme, uyarılma engeli, kendiliğin bireyleşmesi, ruhsal işleyişin libidinal olarak yeniden yüklenmesi, izlerin kaydedilmesi şeklinde ele aldığı farklı işlevlerini açıklamıştır (Anzieu, 2008; Duman, 2009; Anzieu, 2010; Tarçın, 2015).

Bedeni kaplayan deri, aynı zamanda duygusal iletinin de yapıldığı en önemli organdır. Bu açıdan derideki bir bozulmanın duygusal ileti ile ilgili bir bozulma ile ilgili olabileceği düşünülebilmektedir. Dış dünyadan gelen her türlü endişe ve olumsuz saldırılara karşı bebek kendisini koruyabilmelidir. Bebek bunu yaparken kaybetme endişesi yaşamaktadır. Bu tür saldırılardan beden ilk etapta kendini deri aracılığıyla

korumaktadır. Deri, bariyer misyonu ile birlikte aynı zamanda içten gelen heyecanların düzenlenmesinde de işlev görmektedir (İkiz, 2017).

Deri konusundaki bir başka açıklama için Esther Bick'e kulak verilebilir. Esther Bick, 'kapsayan ve ruhsal deri' temasına ilişkin olarak, 1968 tarihli "Erken Nesne İlişkilerinde Deri Deneyimi" adlı metninde, bebeğin, başlangıç aşamasında kendilik parçaları arasında herhangi bir bütünleme duygusuna sahip olamamasıyla ilgili olarak bir kapsayan olarak anneye olan mutlak gereksinimine vurgu yapmıştır. Bebek bu aşamada mutlak bir çaresizlik hissetmektedir. Bahsi geçen kendilik parçalarının kapsanabilmesi için de, bu fonksiyonu yerine getirebilecek dışsal nesnenin bebek tarafından içe yansıtılması gerekir. Buradaki kapsayıcı nesne, bebeğin bedenini sarma ve ona sınır oluşturma fonksiyonlarına sahip deri şeklinde işlev görür. Ruhsal açıdan primitif bir şekilde kendini gösteren kapsanmaya olan bu yoğun gereksinim, bebekte ışık, ses, koku gibi duyuşal özellikler taşıyan nesnenin arayışına neden olur. Bu açıdan bebeğin ilgisini ve dahası kendilik parçalarını bu ilgi etrafında tutabilen birtakım nesneler söz konusu olacaktır. Ne var ki, anneyi bu tür nesnelerden ayırt eden unsur, annenin düşleme kapasitesi ve diğer ruhsal özellikleri olmaktadır. Bion'un bu duruma atfen "düşünebilen meme" ifadesini kullandığı belirtilmiştir; yani burada bebeğin yansıttıklarını dönüştürerek ona geri gönderen bir anne söz konusudur (İstanbul Çocuk ve Ergen Psikanalitik Psikoterapi Derneği, 2019).

Saç konusunda ise şunlar belirtilebilir;

Türk Dil Kurumu sözlüğünde, "saç"; baş derisini kaplayan kıllar; kafatasının derisi üzerinde uzayan kıllara verilen özel ad; tüy, kıl" şeklinde açıklanmıştır (Büyük Türkçe Sözlük).

Saçın günümüzde birçok anlamı üzerinde durulabilir. Sözelimi kadınlık-erkeklik gibi toplumsal cinsiyet açısından ve kadınsılık-erkeksilik boyutları açısından saç ve kıl önemli bir ayırt edici bileşendir (Pergament, 1999). Bunun dışında, her iki cinsiyette de özelliğimize katkıda bulunan beden imgesi bileşenleri içinde çok önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Yaşlılık döneminde saçların beyazlaması durumunda yahut yenidoğanların saçsız olabilmesi gibi yaşa ilişkin önemli bir gösteren olarak karşımıza çıkabilmektedir. Özellikle kadınlarda olmak üzere, güzellik ve estetik açısından ve yine her iki cinsiyette de moda, tarihsel dönem trendleri ve grup aidiyeti gibi sosyal boyutlar açısından önemli bir gösteren olarak işlev sahibidir. Kanser

tedavisinde saçların dökülmesi durumunda ya da yetersiz beslenme gibi durumlarda saç kalitesinin düşmesi gibi sağlıklılığımıza ilişkin bir gösterendir.

Saçın psikanalitik literatürde ele alınışına ilişkin ise bazı açıklamalar şöyledir:

Berg, “Saçın Bilinçdışı Önemi” başlıklı makalesinde, insanoğlunun primitif zamanlardan beri farklı formlarla saçına müdahalelerde bulunduğunu, bunun da birincil avantajının faaliyetlerine müdahale etmemesi açısından saçlarını gözlerinden uzak tutmak olduğunu belirtir (Berg, 1936). Söz konusu açıklama saçın evrimsel açıdan insanın gelişimine eşlik edişine ışık tutuyor gibidir.

Saçın fizyolojik ve ruhsal değişimlerin etkisine açık olduğuna dair bir örnek şu şekildedir: Bir vakada, 38 yaşındaki bir asker, ormanda nöbet tutarken, huzursuz, gergin ve geleceği ve karısından ayrılmasına ilişkin olarak büyük miktarda tedirgin olmuştur. Ertesi sabah daha önce koyu kahverengi olan saçları beyazlamıştır. Sonraki birkaç gün içinde frontal ve kenardaki bölüm ile yüz kıllarında dikkate değer ölçüde kayıplar meydana gelmiştir. Bir aylık zaman periyodu boyunca otuz kilo kaybını takiben birkaç gün içinde diabetes mellitus belirtileri görünmüştür. Ordudan taburcudan üç ay sonra düzenlenen bir rapora göre hasta düşük bir miktarda ilerleme göstermiştir. Bahsi geçen semptomlar anksiyete durumuna eşlik edenler olarak ele alınmıştır (Berliner, 1946).

1.2.6. Psikanalitik Literatürde Alopesi Areata Hastaları İle Yapılmış Çalışmalar

İkiz ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada, psoriazis (sedef hastalığı), liken simpleks kronikus (kronik egzema) ve alopesi universalis hastalarında ruhsal süreçleri Rorschach testi ile incelemişlerdir. Bu bağlamda 75 hasta ve 25 sağlıklı kontrol grubuna Rorschach testi uygulanmıştır. Hasta gruplarında içsel yaşantıların fakirleştiği, sembolizasyon kapasitesinin yetersiz olduğu gözlenmiştir. Yanıt sayısı ile F+ yanıtları açısından ise alopesi grubunda diğer gruplara göre bir farklılaşma tespit edilmiştir. Buna göre, düşünce süreçleri ile duygulanımsal fakirleşmenin en fazla alopesi grubunda olduğu kanaatine ulaşılmıştır (İkiz, 2006).

AA’lı hastalarda erken dönem nesne ilişkileri ile narsisizmin araştırıldığı bir çalışmada erişkin 20 AA hastası ile kontrol grupları olarak 13 psoriasis hastası ve 12 gönüllü katılımcı ile çalışılmıştır. Rorschach testi ve diğer bazı ölçeklerin kullanıldığı bu tez çalışmasında, Yaya (2016), AA hasta grubunda erken dönem nesne ilişkilerinin kalitesinde yetersizlik olduğunu ve buna bağlı olarak da AA’lı kişilerin ötekiden

ayrışmada zorluk yaşadıklarını düşünmüştür. Ek olarak, genel olarak dermatolojik tanı almış olan hasta grubunun temsillerinin somut düzeyde oluşturulduğu, sembolizasyon ile düşlem kapasitelerinin sınırlı kaldığı tespit edilmiştir. Özetle, çalışmada, psikanalitik psikosomatik açısından önemli görülen işlemsel düşünce ve nesnesiz depresyon konusunda önemli bilgiler edinilmiştir.

Yaya'nın (2015) yaptığı bir çalışmada, alopesi universalis tanısı almış bir erkek hasta Rorschach ve Tematik Algı Testi (TAT) aracılığıyla projektif açıdan incelenmiştir. Hastalık öyküsünde alopesi universalisin travmatik bir kayıp akabinde geliştiği belirtilmiş olup yapılan çalışmada yas çalışmasının yapılamadığı travmatik kayıplar ile dermatolojik sorunsal birlikte ele alınmıştır. Vakaya ilişkin; kişinin test malzemesi ile mesafe almada güçlük yaşaması, nesne ilişkilerinde kırılabilirlik, klinisyene yaslanma ihtiyacı, kimlik problemi, agresif dürtüde yoğunluk, narsisistik hassasiyet ve depresif duygulanım dikkat çekmiştir. Çalışmada ayrıca psikosomatik hastalıklarda önbilincin geçirgenliği ile ilişkilendirilen temsil kapasitesi kalitesi ve zenginliği, zihinselleştirme süreçleri açısından ele alınmaya çalışılmıştır.

Bir başka çalışmada ise, alopesi totalisin görüldüğü 19 yaşındaki kadın hasta ruhsal süreçler açısından Rorschach testi ile incelenmiştir. Hastanın test protokolünde nesne ilişkilerinde bozulma olduğu, öteki ile sınırlarda iç içe geçmenin yaşandığı, ayrışmanın imkansızlığına ilişkin düşlemsel bilgiler, alerjik nesne ilişkisini çağrıştıran türden nesne ilişkileri problemi, kimlik yapılanmasında hassasiyet, agresif dürtülerde hareketlilik gibi durumlar dikkati çekmiştir (Yaya&Sever, 2015).

Bir başka çalışmada, travma sonrası alopesi ve kekemeliğin geliştiği bir çocuk vaka Rorschach testi ile ele alınmıştır. Vakada babanın geçirdiği kaza ile hiçbir tepki vermediği belirtilen çocukta yaşanan ruhsal travma nedeniyle alopesi geliştiği ve kekemeliğin belirgin şekilde arttığı belirtilmiştir. Vakada, kaza sonrası süreçte, çocuğun sadece özbakım ihtiyaçlarının karşılandığı, diğer bir deyişle bakımda regresyon olduğu, annenin çocuğu ihmal ettiği anlaşılmıştır. Bununla birlikte annenin çocuğunu kendi uzantısı gibi görüyor olabileceği, bu nedenle çocuğun anneden çok fazla etkilenmiş olabileceği, onun duygularını yaşıyor olabileceği, omnipotent bir tutumla annenin duygulanımını yatıştırmaya çalıştığı, ne var ki bunu beceremediği yorumları yapılmıştır. Annenin bu noktada aslında bir bariyer kurmasının ve çocuğunu yatıştırabilmesinin önemli olacağı düşünülebilmektedir. Bu noktada, Fain'in "*uyarım kalkarı*" kavramına değinilmiştir. Şöyle ki; anne bir yandan çocuğun gereksinimlerini karşılarken, diğer

yandan onu hem dış, hem de iç uyaranlara karşı koruyabilmelidir. Annenin bu kapasiteye sahip olamaması durumunda, aşırı uyarım durumundaki çocuk bu uyarıyı bedensel yolla boşaltabilir. Annenin uyarıyı kalkanı, aynı zamanda çocuğun düşünce alanının gelişimini de sağlayacaktır. Hastanın Rorschach testi bulgularına göre, erken dönem ilişkilerinin yapılandırıcı olmadığı, annenin kapsayıcı işlevlerinin çocuk tarafından yetersiz algılandığı, simgeleştirme kapasitesinin düşük olduğu, erken dönem fiksasyonu ile erken dönem sorunsallarının baskın olduğu, çocuğun afektif dünyasını ve duygularını ruhsal olarak işleyemediği ve onun yerine somatizasyona başvurduğu ve sonuç olarak, hastanın dürtüleri ve duygulanımları ruhsal olarak işleme kapasitesinin, anne imgesinin kapsayıcı işlevlerindeki eksiklik nedeniyle zayıf kaldığı düşünülmüştür. Erken dönemdeki kayıp sorunsalını, bedenin dile getirdiği yorumu yapılmıştır (Öcal, 2013).

AA tanısı almış 14 erkek hastanın incelendiği bir çalışmada, hastaların ruhsal süreçleri, baba-oğul ilişkileri, pre-ödüpal baba temsilleri, hastaların depresif duygulanımları incelenmiştir. Hastalara psikanalitik yönelimli yarı-yapılandırılmış ön görüşme yapılmış ve Rorschach ve TAT testleri uygulanmıştır. İncelemeler neticesinde bu gruptaki hastaların pre-ödüpal dönemde baba ile kurdukları ilişkiye dair çatışma yaşadıkları, özdeşim kurmakta güçlük yaşadıkları, depresif pozisyon konusunda başa çıkma güçlükleri yaşadıkları tespit edilmiştir (Karakuş, 2017).

Uncu'ya (2017) göre, zihinselleştirme yetisi psikosomatik hastalıklarda önemli bir rol oynamaktadır. Bu açıdan, yaptığı çalışmada, Uncu, AA hastalarının zihinselleştirme yetilerini psikoterapi ile incelenmiştir. Hastaların nesne ilişkileri ile ruhsal yapılanmaları hakkında da bilgiler edinilmiştir. Çalışma kapsamında 3 erişkin kadın hasta ile haftada bir olmak üzere farklı sürelerde psikanalitik yönelimli psikoterapi seansları yürütülmüştür. Seanslar daha sonra Fransız psikosomatik okulu ile psikanalitik kurama göre değerlendirilmiştir. Netice olarak 'kayıp' sorunsalı üç vaka için de ortak öge olmuştur. Söz konusu kaybın gerçek anlamda da olabileceği, sembolik düzlemde de yaşanabileceği belirtilmiştir. Hastaların zihinselleştirme yetilerinin sınırlı olduğu kanısını oluşturan noktalar, çalışmaya göre, hastaların dil içinde var olamamaları ile arzulayan özne olarak kendilerini konumlama zorlukları olarak tespit edilmiştir. 4 ile 7 aylık bir süre boyunca yapılan terapötik çalışmaların hastaların zihinselleştirme yetileri üzerine olumlu katkılar sağladığı düşünülmüştür.

Rorschach ve Luscher testlerinin 18 AA hastasına ve 11 vitiligo hastasına ve 5 de onikopati (bir çeşit tırnak hastalığı) hastasında uygulandığı bir çalışmada, alopesi ve vitiligo durumlarının hastalara ikincil bir kazanç da sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Alopesisi ve vitiligosu olan kişiler, reaktif/tepkisel tutumlarında farklılaşsalar bile, hastalıklarında, gizil bir agresiv reaktivite durumu ile birlikte, problemlerinin dolaylı bir çözümünü bulurlar. Yazarlar şöyle der: fiziksel zararı belirleme konusunda onlara yardım ederek, onlara sorulursa ve sonunda kendi içlerini boşaltarak yüreklerine su serpilirse ve bilinçdışı durumları ortadan kaldırmak için araştırmak üzere işbirliği yapılırsa, onlar deri durumlarından sorumlu olan psikolojik içeriği inkar etmeye çalışırlar (Sertoli&Merello&Parodi&Castellano, 1975).

AA da dahil olmak üzere her dermatopatinin başlangıcında stresli bir durumun sıkça karşılaşılabildiğinin belirtildiği bir çalışmada, 5 ile 16 yaş arası 180 AA hastası ele alınmıştır. Çalışmada stresin bu hastalıkta bir kofaktör olup olmadığını araştırmak üzere, hastaların psikososyal gerçeklikleri ile hastalığın belirmesinden önceki 6 ay içinde stresli yaşam olayları ya da durumların varlığı incelenmiştir. Hastalara Ev-Ağaç-İnsan testi (House-Tree-Person test; H-T-P test) ile bir psikodiagnostik test olarak Rorschach testi yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, vakaların %81'inde stresli durumların, hastalığın başlangıcında ya da yeni bir atak durumunda yaşandığı rapor edilmiştir. Uzun süreli stres durumlarının tekil stres yaşantılarından daha sık yaşandığı bulgulanmıştır. Bu grupta hastalığa ilişkin stres faktörleri olarak; ayrılma deneyimi, ilişkisel problemler, genel davranış açısından ve özellikle de okulda ilerleme açısından çocuğun ebeveynlerin beklentilerini karşılamada yaşadığı zorluklar tespit edilmiştir (Andreoli, 2002).

1.3. Başa Çıkma

Bu tez çalışmasında AA hastalarında işlemsel düşünce/aleksitimi ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle bu bölümde başa çıkma konusu ele alınacaktır. Kavramın bilişsel-davranışçı literatürde özellikle stres kavramıyla birlikte ele alındığı görülmektedir. O nedenle bu bölümde stres ve deri hastalıkları ilişkisine de kısaca yer verilecektir. Stres kavramının psikanalitik literatürde travma kavramıyla karşılandığı görülmektedir. Bununla birlikte psikanalitik kuramda travma kavramı ile dışsal travmaların kastedilmediği de belirtilmelidir.

1.3.1. Stresör, Travma/Stres ve Özellikleri, Başa Çıkma

Her organizma, kendisi için en uygun şekilde bir denge durumu içinde kalma eğilimi gösterir. Bu dengenin sağlanması ve sürdürülebilmesi için organizmanın içinde hem doğuştan gelen, hem de sonradan edinilen gereksinimler, güdüler, dürtüler ve uyum sağlama düzenekleri mevcuttur. Bu bağlamda, birbirleri ile bağlantılı şekilde biyolojik, psikolojik, sosyolojik düzeylerde bir *homeostasis*ten söz edilebilmektedir (Öztürk, 2002).

Yaşamın her anında karşılaşılabilecek olan hem bedensel, hem de ruhsal uyaranlar, söz konusu denge ve uyum durumunu etkilemektedir (Özarslan, 2013).

Organizmanın dengesini bozabilen etkenler açısından; biyolojik (örneğin beyin enfarktüsü), psikolojik (örneğin derin suçluluk duygusu), sosyolojik (örneğin göçler) vb. düzeylerde *stresörler* tanımlanabilir. Bu ele alışın yanısıra stresörler; yasak bir dürtünün içerden şiddetli bir şekilde algılanması örneğinde olduğu gibi ruhsal kökenli olabilir ya da aile acıları, toplumsal baskılar gibi organizmanın dışından da gelebilir (Öztürk, 2002).

Bu noktada çeşitli stresörlerin organizmada yarattığı etkiler *stres* olarak adlandırılabilir. Stres, bir uyarıcıyı, uyarıcıya karşın organizmanın verdiği tepkiyi veya her ikisini de içeren, yani stresör ve de stres tepkisinin bileşkesini tanımlayan bir terim olarak da tanımlanabilmektedir (Tunçer, 2005).

Stres yaratıcı durumların şiddeti, süreğenliği, zamanlaması, bireyin yaşamını ne kadar etkilediği, denetlenebilir olup olmaması gibi özellikler stresin ciddiyetinde rol oynamaktadır (Uluhan, 2015). Bu bağlamda belirli bir yaşam döneminde önemli bir zor

olabilecek olay (stresör), başka bir dönemde olmayabilir. Sözgelimi çok küçük bir yaşta annesiz kalış, o dönemki bir çocuk için ağır bir yitim olabilecekken, yetişkin yaşta verilen tepki farklı olabilir (Öztürk, 2002).

Psikanalitik açıdan ise travma kavramı üzerinde durulmaktadır. Buna göre, travmatik olay, benliğin, üstesinden gelemeyeceği ya da kaldıramayacağı düzeydeki içten veya dıştan uyaranlar kümesi ile karşı karşıya kalmasıdır (a.g.e.). Bir anımsatma yapılacak olursa, Freud, travmayı öncelikle ekonomik anlamda uyaran bombardımanını takiben “koruyucu kalkan”ın parçalanması olarak tanımlamıştır (Triest, 2017). Travma kavramı, bireyin kendisinin veya yakınlarının ruhsal ve bedensel varlığına büyük bir tehlike şeklinde aniden gelen ağır travmatik olayları kapsamaktadır. Ek olarak, kişinin bizzat kendisinin söz konusu tehlike ile karşılaşmadığı ancak bu tip travmatik olaylara tanık olduğu durumlarda da travmatik bir etkinin belirebileceği üzerinde de durulmaktadır (Öztürk, 2002).

Zorlanmaya yol açan etkenlerin niceliği ve niteliği karşısında organizmanın dengesini koruyabilmesi, dağılma ya da bozgun oluncaya dek *dayanabilme gücü engellenmeye dayanma gücü* ya da ego gücü olarak tanımlanmaktadır (a.g.e.).

Kişinin ağır düzeydeki bir travmatik olaydan etkilenmesi olayın şiddeti ile oldukça ilgilidir. Bunun yanı sıra, travmatik durum karşısında bireyin dayanma gücü ise kalıtsal yapısına, gelişimsel özelliklerine, benlik gücüne, travmatik yaşantıya dair hazırlıklı olup olmasına ve diğer etkenlere bağlıdır. Özetle, bir travmanın zorlanma etkisi bireyden bireye değişir. Biri için ağır zorlanmaya neden olan travmatik bir olay, başka biri için aynı derecede zorlanma yaratmayabilir. Ya da ağır travma ve zorlanma altındaki tüm kişiler aynı düzeyde bozulma, yıkılma belirtileri göstermeyebilir (a.g.e.).

Minör düzeydeki travma ya da stres yaratan durumların aynı zamanda stresle mücadele yetenek ve kapasitemizi artırdığı, bundan dolayı stres sürecinin doğal sonuçlarından birinin de uyum ve gelişim olduğu belirtilmektedir (Uluhan, 2015). Ne var ki, travmatik etken, kişinin dayanıklılığı üzerinde olduğu veya dayanıklılığını zaman içerisinde düşürerek baskın çıktığında, kişinin bunlara karşı olan savunmaları ya da baş etme stratejileri yetersiz kalabilir (Öztürk, 2002). Anlaşılabileceği üzere, stresin üstesinden gelme yöntemleri *baş çıkma (cope) stratejileri* olarak isimlendirilir. Bu konuda, sözgelimi, yüksek iyimserlik düzeyi, psikolojik denetim sağlama yeteneği, yüksek

benlik saygısı, ailevi ve toplumsal destek gibi faktörlerin bireylerin stresle başa çıkma davranışlarını kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Uluhan, 2015).

Kavram biraz daha detaylandırılacak olursa; başa çıkma tutumları, stres ortaya çıkaran olaylar ve etkenlerin olumsuz tesirlerini en aza indirmek ya da bunları tümüyle ortadan kaldırmak üzere kullanılan özgül davranışsal, bilişsel, duygusal, psikolojik çabaları kapsamaktadır. Başa çıkma tutumlarını kullanmak, evrensel bir tutumdur. Kişinin yaş, cinsiyet, kültür, hastalık gibi farklı durumlarının kullanılan başa çıkma tutumları üzerinde etkili olabileceği ve sonuçta bu tutumların bireye özgü bir nitelik taşıdığı üzerinde durulmaktadır (Ağargün, 2005).

Başa çıkma tutumları konusunda farklı kategorizasyonlar yapılabilmektedir (a.g.e.):

1-Başa çıkma tutumları A) Sorunun ana kaynağına ilişkin başa çıkma tutumlarını kapsayan *sorun çözmeye dönük/problem odaklı olanlar*, B) Ana kaynağın yol açtığı duygusal etkilerle başa çıkma tutumlarını içeren *emosyon odaklı olanlar* şeklinde iki gruba ayrılabilir.

2-Başa çıkma tutumları; A) Stresörün kendisinin değiştirilmesini veya ortadan tümüyle kaldırılmasını amaçlayan *aktif tutumlar* ile B) Bireyi stresörlerden uzaklaştıran davranışları kapsayan *pasif tutumlar* şeklinde gruplandırılabilir.

3-Bir başka sınıflamaya göre ise, başa çıkma tutumlarını A) Uyuma yönelik olanlar ve B) Uyuma yönelik olmayan/*işlevsel olmayan*/maladaptive başa çıkma tutumları şeklinde ele almak mümkündür.

Bunlardan işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının strese neden olan etkenler ve yaşam olayları ile psikiyatrik rahatsızlıklar arasındaki ilişkinin anlaşılmasında önemli bir rol oynadığı üzerinde durulmaktadır. Ek olarak, aktif başa çıkma tutumları ile uyuma yönelik başa çıkma tutumlarının kullanılmasından ziyade emosyonel gerilimi azaltma yönündeki başa çıkma tutumlarını kullanmanın psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasında, sürmesinde önemli bir etkisinin olduğu gösterilmiştir. Bu açıdan, bireyin kullandığı başa çıkma tutumlarının anlaşılmasının, hem tedavi hedeflerinin belirlenmesinde, hem de terapötik etkinliğin takip edilmesinde yardımcı olabileceği üzerinde durulmaktadır (Ağargün, 2005).

Stres etkenlerinin, kişinin dayanıklılığı üstünde olduğunda ya da dayanıklılığını zamanla düşürerek baskın çıktığı durumlarda kişinin bunlara karşı savunmaları ve baş

etme yetileri yetersiz kalabilir. Dengenin bozulduğu (decompensation) böylesi bir durumda, bedensel ve psikolojik tepkiler patolojik bir hal alabilir (Öztürk, 2002). Böylesi bir süreçte bedende bir dizi değişim yaşanır. Sempatik adrenerjik sistem ve hipotalamik-hipofizer adrenokortikal sistem organizmayı “*savaş ya da kaç*” tepkisine hazırlar. Bu, aslında koruyucu bir sistem olmakla birlikte, fazlası ya da kalıcılığı organizmaya zarar vermektedir (Uluhan, 2015).

Bahsi geçen “*savaş ya da kaç*” davranış biçimi Walter Cannon (1927) tarafından ortaya konmuş olup, organizmanın bir tehdit veya tehlike durumunda otonom sinir sisteminin uyarılmasıyla birlikte görülen bir alarm reaksiyonu olarak stresin temel anlatımını oluşturur (Tunçer, 2005). Öte yandan, Hans Selye, Cannon’un çalışmalarının etkisiyle stres tepkisini daha karmaşık bir yapıda ve “*Genel Adaptasyon Sendromu (GAS)*” başlığı altında ele almıştır. Bu kapsamda üç aşama sıralanmıştır:

1-Alarm reaksiyonu: Stresörle ilk kez karşılaşıldığı durumda böbreküstü bezinin uyarılmasına bağlı olarak adrenalin salgılanması ve sempatik sinir sisteminin uyarılmasıyla birlikte savaş-kaç davranışının görüldüğü, organizmanın stresörle başa çıkabilmek için tam ve genel bir canlanma haline girdiği durumu tarif eden bu reaksiyon, birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürebilir.

2-Direnç dönemi: Bozulan dengenin yeniden sağlanması amacıyla adaptasyona yönelik çabaların olduğu dönemdir. Bu bağlamda alarm reaksiyonunda meydana gelen değişikliklerde geri dönüşler olur.

3-Tükenme/bitkinlik dönemi: Direnç döneminde stresörleri ortadan kaldırmak üzere organizmanın kullanıma soktuğu öz kaynaklar ile organizma denge durumunu ve adaptasyonu yeniden sağlayamamışsa, sempatik ve parasempatik sistemler arasındaki gerginlik çok ileri düzeylere kadar varabilir, şok görülebilir; hatta ölüm bile meydana gelebilir (Arik, 1996; Tunçer, 2005).

Stresin bir özelliği de *birikimli etki* yaratmasıdır. Daha önce yaşanan stresli deneyimler kişiyi biyolojik olarak daha duyarlı hale getirmekte ve daha sonraki stresli olaylara daha fazla tepki gösterilmesine neden olmaktadır (Uluhan, 2015).

Strese uyum sağlamaya yönelik olan biyolojik tepkilerin bedeli *allostatik yük* olarak isimlendirilmektedir. Rahatlamış durumda allostatik yük düşük düzeyde iken, stresli durumlarda ve baskı altında ise yüksektir. Bu bağlamda, birçok fiziksel hastalıkta

allostatik yükün tetikleyici olabileceği üzerinde durulmaktadır. Sözgelimi alerji, migren ve diğer baş ağrıları, ve romatizmal artrit gibi hastalıklarda stresin etkileri üzerinde durulur. Stresin benzer şekilde bağışıklık sisteminde zayıflamaya yol açtığı ve sıklıkla soğuk algınlığı, nezle gibi viral enfeksiyonlara zemin hazırladığı ya da bu tip tabloların daha ağır seyretmesinde etkili olduğu, özellikle AIDS gibi ağır enfeksiyonlarda ciddi sonuçlara yol açabildiği belirtilmektedir (a.g.e.).

Öztürk (2002), psikiyatride *yatkınlık*, *diyatez* ya da *dayanaksızlık* (vulnerability) kavramları üzerinde durmaktadır. Bununla kastedilen, bir bozukluğun hemen ortaya çıkmasına yol açan etkenlerden ziyade kişide kalıtsal bir hastalık yatkınlığı gibi doğuştan olan ya da çocukluk çağındaki yaşam deneyimlerine bağlı olarak, temel güven duygusu eksikliği gibi çocukluk çağında yerleşen ve *yatkınlık sağlayan etkenler* (predisposing factors) kastedilmektedir. *Ortaya çıkarıcı etkenler* (precipitating factors) ise bozukluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olan yeni stres durumları olup; yatkınlık etkenleri ile ortaya çıkarıcı etkenler arasında kesin bir sınırın çizilemeyeceği belirtilmektedir. Sözgelimi bebeklikte anneden ayrılma “anne yoksunluğu” belirtilerini ortaya çıkarabileceği gibi, bu durum aynı zamanda ilerisi için bir yatkınlık etkeni de olacaktır. Öztürk’e göre, her türlü hastalık ya da hastalık yatkınlığının oluşumunda veya hastalığın tetiklenmesinde farklı düzeylerdeki kısa veya uzun süreli zorlanmaların etkisi bulunmaktadır.

1.3.2. Stres ve Deri Hastalıkları

Aydemir’e (t.y.) göre, stres de, anksiyete, depresyon, obsesyon gibi ruhsal problemlerde olduğu gibi deride birçok rahatsızlığa neden olabilmektedir.

Derimiz, iç ve dış ortamlar/dış dünya arasında bir sınır oluşturan, heyecan ve tepkilerimizin ifade organı olan ve aynı zamanda beden imgesinin ağırlıklı bir şekilde somutlaştığı bir organdır. Deri aynı zamanda insanlarla olan iletişimimizdeki temel organlardan biridir. Sevgi, aşk, şefkat gibi pozitif duygular ve nefret, kırgınlık, öfke gibi negatif duygu ve tepkilerimiz yumuşak ya da sertçe dokunmak örneğinde olduğu gibi derimiz aracılığıyla da dışa vurulmaktadır. Yoğun bir stres durumunda organizma bunu kendi olanaklarıyla aşamıyorsa ruhsal bir gerileme meydana gelebilir ya da bazı zamanlar organik yansımalar şeklinde belirtiler ortaya çıkabilir (a.g.e.).

Aydemir (t.y.), stresin, hümmoral (vücut sıvısıyla ilgili) ve hüccresel bağışıklık sistemini etkileyebildiğini, bağışıklık sistemini baskılayabildiğini, stresin lenfosit proliferasyonu ve killer hücrelerin aktivitesini yavaşlattığını ve böylece değişik hastalıklara neden olabileceğini belirtmektedir. Ne var ki bu konudaki mekanizma çok açık olmamakla birlikte beyin ve bağışıklık sistemi ilişkilerine dayandığı düşünülmektedir. Beyin ve bağışıklık sistemi hem otonomik sinir sistemi, hem de hipofiz aracılığıyla, nöroendokrin yolla ve çift yönlü olarak birbirine bağlıdır. Nöropeptidlerin, nörotransmitter ve nöromodülatör olarak rol oynadığı düşünülebilmektedir. Nöropeptidler aynı zamanda bağışıklık sistemi üzerinde de birtakım etkilere sahiptir.

Aydemir (t.y.), terleme, kızarma gibi deriye ilişkin fizyolojik durumlarda emosyonel stresin yeri üzerinde durmakta ve hiperhidrozda (aşırı terleme) ve atopik dermatitte dakikalar içinde etkisinin görülebileceği şekilde stresin önemli bir tetikleyici olduğunu belirtmektedir. Başlangıç ve alevlenmesinde stres ve depresyonun önemli bir yeri olduğu belirtilen psoriasisde ise bu sürenin günler ve haftalar kadar olduğu belirtilmektedir. Alopesi areatada da yoğun streslerin dökülmelere neden olabileceğini belirten Aydemir, ürtiker, liken planus, pitriazis rozea, dizidroz, seboreik dermatit, atopik dermatit gibi durumlarda ve kadınlarda diffüz alopesi gibi deri hastalıkları ile stres arasındaki farklı düzeylerdeki ilişkiler üzerinde durmaktadır.

Altunay'a (2009) göre, derinin psikofizyolojik hastalıkları, fiziksel ve mental sağlık, strese yol açan uyarının şiddeti ile gelişen reaksiyonların dengede olmaması nedeniyle gelişmekte olup; bunlar genetik yapı, kişilik ve yaşam deneyimleri temelinde şekillenen hastalıklardır. Stresle ortaya çıkan ve alevlenen bu hastalıklara örnek olarak Altunay, psoriasis, ekzema, ürtiker, akne, viral hastalıklar gibi birtakım klinik tabloyu saymakta ve bu hastalıkların psikolojik stresle ilişkisinde rol oynayan patogenetik mekanizmaların son yıllarda, gelişmekte olan psikonöroendokrinoloji ve psikoimmünoloji gibi disiplinlerle açıklık kazandığını, deri hastalığı oluşumunda stres etkisiyle salgılanan bazı hormon ve kimyasal ileticilerin sorumlu olduğunu belirtmektedir. Bu konulara ilişkin olarak *psikodermatoloji* alanı çalışmaları gün geçtikçe önemli veriler sağlamaktadır.

Buzoğlu'na (2017) göre, stres, stresör bir uyarıyla ortaya çıkmakta ve beyinde reaksiyona yol açmaktadır. Bunun ardından ise bağışıklık sistemi, endokrin sistem ve

sinir sistemi gibi sistemlerde stres yanıtı oluşur. Bu yanıt hayatta kalım için geliştirilmiş bir mekanizma iken, kronik stres durumunda depolama reaksiyonu meydana gelmekte ve stres yanıtı inflamatuvar, otoimmün ve alerjik birçok hastalığı tetikleyebilir. Stresin şiddetli deri inflamasyonunu uyardığı, kıl büyümesini etkilediği üzerinde durulmaktadır. Yoğun stres, deri immün fonksiyonlarında değişikliklere neden olmaktadır; deride stres yanıtı, derinin rejenerasyonunda görevli deri hücrelerini etkilemektedir. Stres, melanosit kök hücrelerini etkilemekte olup, bu konuda stresle saçın beyazlaması örneği verilmektedir. Buzoğlu'na göre, AA stres ile ilişkisi olduğu ispatlanmış deri hastalıklarından biridir.

1.3.3. Alopesi Areata Hastalarında Başa Çıkma Konulu Araştırmalar

Karakuş (2017), alopesi hastalarıyla yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında bu gruptaki erkek hastalar ile yapılan projektif incelemede bu hasta grubunun depresif pozisyon ile başa çıkma kapasitelerindeki yetersizliklere ilişkin bulgular elde etmiştir.

Yaylı ve ark. (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, AA hastalarında, son hastalık atağından önceki altı ay içinde yaşanan stresli olayların, sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Ölçüm araçlarından YOL testinin alt puanları incelendiğinde, hastaların düşük düzeyde stresle başa çıkma becerilerine sahip oldukları belirtilmiştir.

AA'da psikososyal stresin tartışmalı rolü geniş oranda tartışılmış olmasına rağmen, hastaların subjektif stres deneyimleri ve başa çıkma tutumlarına ilişkin çok az sayıda araştırma yapıldığı düşünülen ve bu nedenle amacı, AA'daki genel ve spesifik başa çıkma stratejilerini araştırmak ve AA başlangıcında ve seyri boyunca psikososyal stresin rolünü hastanın bakış açısından değerlendirmek olan bir çalışma bağlamında, 45 alopesi hastasında genel baş etme stratejileri ile beden imgesi ölçümlenmiştir. Nitel veri incelemesi bağlamında, hastalık öncesi stres deneyimleri, stres reaktivitesi, subjektif hastalık modelleri, AA'nın sonuçları ve hastalıkla ilişkili olan başa çıkma stratejilerini sorgulayan görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Yapılan incelemeye göre hastalarda genelde disfonksiyonel başa çıkma stratejileri yoktur. Bununla birlikte hastaların 6 ay sonra AA'ya özgü avantajlı başa çıkma stratejilerinden yararlandıkları belirtilmiştir. Netice olarak, AA'da yapılacak olan psikolojik müdahalelerin özellikle de AA'nın ilk

başlangıcında genel ve AA'ya özgü başa çıkma yeterlilikleri, güvensizliği ve negatif duygudurumunu düzenlemeye odaklanması gerektiği üzerinde durulmuştur (Matzer, 2011).

Yazıcı ve ark. (2006), AA hastalarında aleksitimi düzeyini yüksek saptamış ve bu durumun stresle başa çıkmada yarattığı zorlukların AA ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir.

Yapılan bir çalışma AA'lı çocuk ve ergenleri etkileyen faktörleri olduğu kadar onların kullandıkları başa çıkma stratejilerini incelemeyi de hedeflemiştir. Bu bağlamda karma desenli bir araştırma yürütülmüş olup, yapılan iki eksenli faktör analizi, niteliksel bulgular ve genel literatürle bağlantılı şekilde beş etki faktörü ve beş de başa çıkma stratejisi göstermiştir. Tanımlanan etki faktörleri şunlardır: Güven/Benlik Saygısı, Psikolojik Etkiler, Görünüş/Kabul, Sosyalleşme ve İletişim. Tanımlanan başa çıkma stratejileri ise şunlardır: Fizyolojik, Gizleme/Kaçınma, Dış Destek, Sosyal Ağ ve Aile Desteği. Aynı çalışmada şu bulgulara da ulaşılmıştır: Kadın katılımcılar AA'ya adapte olma ve onu yönetme konusunda erkek katılımcılara göre daha büyük zorluklar yaşadıklarını bildirmişlerdir. Kısa süreli ya da uzun süreli AA'ya sahip olma açısından anlamlı farklılıklar tespit edilememiştir. Genç katılımcılar, orta seviye veya yaşlı katılımcılardan anlamlı seviyede daha düşük psikolojik etkiler ifade etmişlerdir. Geç başlangıçlı AA hastaları, yeni görünüşlerine adapte olmada erken başlangıçlı AA hastalarına göre daha fazla zorlandıklarını bildirmişlerdir. Genel olarak en yüksek yanıt sıklığını sunan madde, ailenin ve arkadaşların desteği olmuştur. "Ailem bana yardım etti" itemi %98 oranında (katılıyorum/kesinlikle katılıyorum) yanıt almıştır. %22.4 ile sıklığı en az olan madde "Bireysel danışmanlık aldım" maddesidir. Niteliksel analizden çıkan temalar, şu konulara odaklanmıştır: Kabul, sosyal sorunlar ve başa çıkma (Wolf, 2014).

Sonraki bölümde çalışmanın hipotezlerine yer verilecektir.

İKİNCİ BÖLÜM

ALOPEŞİ AREATA HASTALARINDA İŞLEMSEL DÜŞÜNCE/ALEKSİTİMİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI İNCELEYEN ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Bu çalışmada, AA'lı hastalarda işlemsel düşünce/aleksitimi özellikleri ile başa çıkma tutumlarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda 12 kişilik örneklem grubu, psikanalitik yönelimli klinik görüşme, Rorschach testi, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) aracılığıyla incelenmiştir.

2.1. Hipotezler

2.1.1. Kuramsal Hipotezler

1. Psikanalitik psikosomatik literatürde önemli bir yeri olan Paris Psikosomatik Okulu görüşlerine göre psikosomatik işleyişte, işlemsel düşünce önemli bir özelliktir. Buna göre, tez çalışması kapsamında yapılmış olan klinik görüşme içerikleri, hastaların Rorschach testi bulguları ile Toronto Aleksitimi Ölçeği sonuçları incelendiğinde, hasta grubunda işlemsel düşünce/aleksitimi özelliklerinin görülmesi beklenmektedir.

2. Klinik görüşme bulguları ile başa çıkma tutumları ölçeği sonuçlarına göre hastaların sorun çözmede yetersiz kalmaları beklenmektedir.

2.1.2. İşlemsel Hipotezler

1. **A.** Hasta grubunun, ölçek uygulaması ile elde edilmiş olan aleksitimi puan ortalamalarının TAÖ geçerlik-güvenirlik çalışmasından elde edilen kesim puanlarına göre, aleksitimik özellikler göstermesi beklenmektedir.

1. **B.** Rorschach testinde ise, işlemsel düşünce bağlamında;

- İşlemsel aktivitenin eksikliğini akla getiren tarzda testin anket kısmının yetersiz içerikte oluşu,
- F+ yanıt yüzdesinin yüksek oluşu,

- VIII, IX ve X nolu kartlarda renk (C) yanıtlarının eksikliği,
- I, II, III ve VII nolu kartlarda kinestezi (hareket) yanıtlarının eksikliği,
- II ve III nolu kartlarda nesne ilişkilerine gönderme yapan yanıtların eksikliği beklenmektedir.

2. Katılımcıların Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların düşük olması beklenmektedir.

Takip eden bölümde araştırmanın yöntemi hakkında bilgi verilecektir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ALOPESİ AREATA HASTALARINDA İŞLEMSEL DÜŞÜNCE/ALEKSİTİMİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI İNCELEYEN ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Katılımcılar

Araştırmada 12 kişilik erişkin AA hastalarından oluşan bir örneklem grubu ile çalışılmıştır. Hastalardan 6'sı kadın, 6'sı erkektir. Katılımcıların yaş aralığı 19-62 arası olup, yaş ortalaması 32,5'tir.

Hastalara başta İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği olmak üzere büyük çoğunlukta dermatoloji kliniklerinden ulaşılmıştır. Dermatoloji kliniklerinden gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri içinde; 18 yaşından büyük olma, AA tanısı almış olma, halihazırda psikiyatrik tedavi almama, nörolojik ve bedensel başka bir problemi olmama yer almaktadır.

3.2. Uygulama

Uygulama öncesi katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı şekilde onamları alınmıştır. Bu kapsamda prosedür katılımcılara sırasıyla anlatılmış, çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, çalışmaya katılmama ya da katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına sahip oldukları, çalışmadan elde edilecek bilgilerin tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgilerin gizli tutulacağı bildirilmiştir. Bu doğrultuda da, araştırma bulguları hastaların isimleri değiştirilerek verilmiştir. Katılımcılara iletişim kurabilmeleri açısından araştırmacının iletişim bilgileri verilmiştir. Araştırma tamamlandığında genel/özel sonuçların kendileriyle paylaşılmasını istiyorlarsa bunu da araştırmacıya iletebilecekleri belirtilmiştir.

Uygulama aşamasında ise hastalara ilk etapta sosyo-demografik bilgi formu araştırmacı tarafından uygulanmış olup, bunun ardından hastalarla klinik görüşme gerçekleştirilmiştir. Farklı ruhsal süreçleri harekete geçirdiği için projektif bir test olan

Rorschach testi önce verilmiş, ardından objektif testler olan Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) sırasıyla uygulanmıştır.

Tüm araçlar tek bir oturumda uygulanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanmış soruların yer aldığı bir sosyo-demografik bilgi formu araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Bu forma tez çalışmasının sonunda yer verilmektedir.

3.3.2. Psikanalitik Yönelimli Klinik Görüşme

Araştırmanın bu kısmında hastalık öyküsü, aile ilişkileri, çocukluk anısı ve rüyalar gibi belli başlı konulara dair yarı yapılandırılmış klinik görüşme gerçekleştirilmiştir.

3.3.3. Rorschach Testi

Katılımcıların duygulanımsal dünyalarını ve ruhsal süreçlerini anlamak üzere Rorschach testi bu tez çalışmasında öncelikli olarak kullanılmıştır.

Rorschach Testi, 1921’de Psychodiagnostic isimli eserini yayınlayan İsviçreli psikiyatrist Herman Rorschach tarafından geliştirilmiş evrensel nitelikte sayılabilecek, projektif bir değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır (İkiz, 2002; İkiz, 2013). Klinikte bugün hâlâ özellikle daha iyi anlaşılmasına ihtiyaç duyulan bazı vakalarda Rorschach testinin kullanılabildiği görülebilmektedir.

Teste ilişkin bazı detaylar paylaşılacak olursa; Mc Arthur ve Howes’e göre, Rorschach testi bir tanı değerlendirmesinden ziyade bir kişilik incelemesidir. “Projektif testler” tanımlamasını 1939’da yapan Frank’a göre de bu tip testleri kişilik testi olarak tanımlamak daha doğrudur (İkiz, 2002).

Rorschach testi ile testi veren ile hasta arasında ilişkisel bir alan yaratılmış olup bu alanın ana unsurları, uyaran olarak verilen kartların nesnel özelliği, simgesel yük ve imgesel algıya gönderme yapan talimatlardır. Bu bahsi geçen üçlü anlam ve koşullar dahilinde kişinin kartlara arzu yüklemesi mümkün olmaktadır (a.g.e.).

Test 7-70 yaş arasındaki bireylere uygulanabilmektedir.

Testin uygulanabilmesi için katılımcıların sözel olarak iletişim kurabiliyor olmaları yeterlidir.

Test 10 karttan oluşmaktadır. Kart görsellerine tez çalışmasının sonunda yer verilmiştir.

Testin uygulanışı belli bir prosedüre dayanmaktadır. Uygulama için testörün bu konuda bir eğitimden geçmiş olması önemsenmektedir.

Testin yorumlanması konusunda Exner ve psikanalitik Rorschach şeklinde bugün iki farklı sistemin kullanıldığı bilinmekle beraber bu tez çalışmasında Fransız Okulu'nun psikanalitik yönelimli Roschach testi yorumlama kriterleri göz önünde bulundurulmuştur (İkiz, 2012; İkiz, 2013).

Testin kartlarının özelliklerinden kısaca bahsedilecek olursa;

Kart I: Testin belirleyicisi olan ve hem testle, hem de psikologla karşılaşma kartıdır. Kart, ilk dönem yaşantılarına atıfta bulunur. Ayrıca bu kart ile hastanın bilinçdışındaki anne ve kadın incelemine karşı kendini ne şekilde konumlandığı anlaşılır. Kartın tek ve doygun şeklinden ötürü, kişinin kendilik temsili hakkında da bilgi edinilir. Bir eksen etrafında koyu renkli olmasının yanı sıra iç kısımlarındaki beyaz boşluklar nedeniyle beden yanıtları alınabilmektedir.

Kart II: İlk kartla ilişkili olarak da ele alınabilecek bu kartın içeriğindeki kırmızı renk ile birlikte kişinin afektif dünyasını ne şekilde ortaya koyacağı incelenir. Kart, cinsel ve saldırgan dürtülere olanak verir. İçeriğindeki şekiller itibarıyla biseksüel düşlemleri harekete geçirebilir ve nesne ilişkisine giriş yapılır. Kart kastrasyona gönderme yapmakta olup kastrasyonun bilhassa nevrotik yapılar için düşünülmesi gerekirken, sınır durumlar için nesne kaybı ve psikozlar içinse parçalanma kaygısı akla gelmelidir. Kartın ortasındaki beyaz boşluk, kişide boşluk duygusu oluşturabilir.

Kart III: Kart II gibi cinsel ve saldırganlık dürtülerini vermenin yanı sıra nesne ilişkilerine olanak vermektedir. Ebeveyn imgesine de gönderme yapan bu kart ile özdeşleşme sorunsalı da incelenebilir. İçerdiği hem kadını, hem de erkeği yansıtacak şekilde olan çizimler ile kart biseksüel fantezileri canlandırabilir.

Kart IV: Fallik simgeyi içeren bir kart olup kastratif korkular yoğun şekilde hissedilir. Üstbenliği temsil eden bu kartta imlenen otorite aslında annesel de, babasal da olabilir. Kartın siyah renkli oluşu kişide otorite, kontrol, yönetim duygularını harekete geçirebilir. Kart VI ile birlikte kişilerin ebeveyn imagolarını yaşamalarına

olanak verir. Bu iki kart benzer dokularından ötürü dokunmaya ilişkin ilk dönem ilişkilerine de gönderme yapmaktadır.

Kart V: Gerçeğe uyumla ilgili bir kart olup kişinin kimlik ve kendilik temsili hakkında bilgi verir. Kelebek, yarasa gibi banal yanıtlar kişideki herkes gibi olma, sosyalizasyon ve uyuma işaret eder.

Kart VI: Cinsel semboller açısından yüklü olup bilhassa babasal otoriteye gönderme yapar. Uyandırdığı olumsuz reaksiyon nedeniyle en fazla reddedilen kartlardandır.

Kart VII: Her iki cinsiyette de yer alan kadına ve anneliğe dair temsiller hakkında ipuçları verir. Bu kart ile savunma düzenekleri artık yavaşlamaya başlamıştır. Kart erken dönem ilişkileri hakkında bilgiler sağlar.

Kart VIII: Bu kartla pastel renkli kartlara geçilmiş olup kişinin artık tamamen kendi iç dünyasına döndüğü düşünülür. Sosyal dünyayı hedef alan bir kart olup kişinin çevresi ile olan yaklaşımı ön plandadır.

Kart IX: Kart VII ile birlikte ele alınabilecek bir kart olup pregenital anne kavramına olanak tanıyarak hamilelik ve doğuma ilişkin fantezilerin sıkça verildiği görülmektedir. Anne ve kadınlık imgeleriyle ilişkili olmasının yanı sıra kart ile Melanie Klein'in depresif pozisyon dönemine ilişkin de göndermeler söz konusudur.

Kart X: Ayrılık kartı olup kişilerde ayrılık endişesi belirebilir. Kartın dağınık bir yapısı söz konusu olup bu durumda kişinin hem parçalanma durumu, hem de toparlanma durumu, birleştirme kapasitesi hakkında bilgi sağlanmaktadır. Beklenen şey, kişinin ayrılığı dağılmadan yapabilmesidir (İkiz, 2015; İkiz, 2017).

Rorschach testi bulguları Ek-4'te yer alan kodlama bilgilerine göre değerlendirilmektedir.

3.3.4. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Bagby ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Bagby ve ark. tarafından yapılan çalışma, ölçeğin TAS-20 olarak bilinen, yirmi maddelik versiyonunun gelişimi ile sonuçlanmıştır. TAS-20'nin iyi düzeyde iç tutarlılık, test-tekrar test güvenirliği ve aleksitimi kavramıyla teorik olarak uyumlu üç faktör yapısı gösterdiği ortaya konmuştur. Bu üç faktörlü yapının stabilitesi ve tekrarlanabilirliği hem klinik, hem de klinik olmayan popülasyonlarla yapılan ikinci bir çalışma ile de gösterilmiştir (Bagby, 1994).

Güleç ve ark. tarafından yapılan çalışmada, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20) çevirisinin iç tutarlılığının yeterli olduğu, uyarlamanın Türk örneklemini için geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada, Türkçe çevirisinin, testin orijinal versiyonunda olduğu gibi 3 faktör yapısını desteklediği de görülmüştür (Güleç, 2009).

20 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin (TAÖ) Türkçe uyarlamasının kesme noktalarına göre psikometrik özellikleri ise Güleç&Yenel (2010) tarafından incelenmiştir. Çalışma kapsamında psikiyatri kliniğine başvuran 100 hasta ile çalışılmıştır. Çalışmada 20 ve 26 maddelik TAÖ ölçeği ile sosyo-demografik veri toplama formu uygulanmıştır. Çalışma bulgularına göre, TAÖ-26'da belirlenmiş olan '10' ve '11' puanına göre, TAÖ-20 için '51' puanın alt değeri; '59' puanın ise üst değeri olarak alınması uygun bulunmuştur. Yazarlara göre, aleksitimiklerin kaçmaması için alt değeri olarak '51' alınmasının ve saf aleksitimik grupla çalışılmak isteniyorsa da (TAÖ-26'da belirtilen '11' puanına göre), '59' puanın üst değeri olarak alınmasının uygun olacağı belirtilmiştir.

TAÖ-20, Likert tipi puanlanan ve 20 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 20 farklı durum 5 seçenek üzerinde cevaplandırılır. Yanıtlar şu şekildedir:

- 1-Hiç katılmıyorum
- 2-Katılmıyorum
- 3-Kararsızım
- 4-Katılıyorum
- 5-Kesinlikle katılıyorum

Ölçeğin alt ölçekleri:

TAÖ-A: Duygularını tanıma zorluğu

TAÖ-B: Duygularını ifade etme/söze dökme zorluğu

TAÖ-C: Dışavuruk düşünme

Ölçekten alınan yüksek puanların yüksek aleksitimik düzeyi göstereceği belirtilmiştir (Güleç, 2010).

TAÖ'de alt ölçeklere ilişkin soru maddeleri şu şekilde dağılmaktadır:

Tablo 2. TAÖ'de alt ölçekler ve soru maddeleri

TAS-A (Duygularını tanıma zorluğu)	1, 3, 6, 7, 9, 13, 14. => (7 madde)
TAS-B (Duygularını ifade etme/söze dökme zorluğu)	2, 4(ters), 11, 12, 17. => (5 madde)
TAS-C (Dışavuruk düşünme)	5(ters), 8, 10(ters), 15, 16, 18(ters), 19(ters), 20. => (8 madde)

*Ters maddeler tabloda belirtilmiştir.

Kaynak: GÜLEÇ, H. K.: 2009 “Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto Alexithymia scale (TAS-20)”, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.

3.3.5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Başa çıkma tutumlarını ölçümlemeye dönük olarak geliştirilen birkaç ölçek söz konusudur. Bunlar içinde 1980 yılında Lazarus ve Folkman tarafından geliştirilmiş olan “Baş Etme Yolları” ile bu çalışmada kullanılan ve Carver, Scheir, Weintraub tarafından geliştirilmiş olan “COPE test” sıkça kullanılanlardır (Ağargün, 2005).

COPE testinin çevirisi ve psikometrik açıdan incelenmesi Ağargün ve ark. tarafından yapılmış olup yapılan çalışma neticesinde COPE testi'nin psikometrik özelliklerinin Türk örnekleminde başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesinde güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin geçerliliğine ilişkin kanıtların ise farklı psikopatoloji gruplarıyla yapılacak karşılaştırmalarla elde edilmesinin yararlı olacağı belirtilmiştir (Ağargün, 2005).

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), 60 sorulu bir özbeöz ölçeğidir.

Ölçek yönergesi şu şekildedir: *“Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda, genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin.”*

Altmış farklı durum 4 seçenek üzerinde cevaplandırılır. Yanıtlar şu şekildedir:

- 1-Asla böyle bir şey yapmam,
- 2-Çok az böyle yaparım,
- 3-Orta derecede böyle yaparım,

4-Çoğunlukla böyle yaparım.

Ölçekte 15 de alt ölçek yer almaktadır. Alt ölçeklerden her biri 4 sorudan oluşmaktadır. Her bir alt ölçek farklı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi vermektedir. Yüksek puanın alındığı alt ölçek, o başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığını düşündürür. Diğer bir deyişle, alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği, hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı verecektir (Ağargün, 2005).

15 alt ölçek şu şekildedir: 1-Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2-Zihinsel boş verme, 3-Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4-Yararlı sosyal destek kullanımı, 5-Aktif başa çıkma, 6-İnkâr, 7-Dini olarak başa çıkma, 8-Şakaya vurma, 9-Davranışsal olarak boş verme, 10-Geri durma, 11-Duygusal sosyal destek kullanımı, 12-Madde kullanımı, 13-Kabullenme, 14-Diğer meşguliyetleri bastırma, 15-Plan yapma (a.g.e.).

Bahsi geçen alt ölçekler kendi içinde üç genel başlık altında ele alınabilmektedir:

- 1. Problem Odaklı/Sorun Çözmeye Dönük Olanlar:** Sorunun ana kaynağına ilişkin olan başa çıkma tutumları;
- 2. Duygu/Emosyon Odaklı Olanlar:** Ana kaynağın yol açtığı duygusal etki ile baş etme tutumları;
- 3. İşlevsel Olmayanlar:** Stres tepkisinin olumsuz nitelik kazanmasına yol açan, çözümün zor ve imkansız olduğu şeklinde bir algıyla birlikte sonuç olarak ruhsal sıkıntının artmasına yol açan türden başa çıkma tutumları (Kaya, 2015).

Bu genel başlıkların kapsadığı alt başlıklar ise şu şekildedir:

1. Problem Odaklı/Sorun Çözmeye Dönük Olanlar

1.1. Aktif başa çıkma: Sorun karşısında konsantre olma, sorunu aşabilmek için ekstradan çaba gösterme, aktif bir tutum sergileme, zamanında adım atma ya da stres kaynağından kurtulmak için eylemde bulunmak, çaba sarf etmek gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 5, 25, 47, 58 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

1.2. Plan yapma: Stres kaynağına nasıl karşı koyulacağı ile ilgili düşünmek, aktif baş etme çabalarını planlamak; eylem planı hazırlama, strateji belirleme, en iyi çözüm konusunda düşünme gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 19, 32, 39, 56 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

1.3. Diğer meşguliyetleri bastırma: Stres kaynağı ile baş etmeye daha fazla konsantre olmak için daha önceden yapılan aktivitelerin bastırılması; kişinin sorunu ile baş başa kalmak, ona odaklanmak istemesi; bu nedenle ona engel olabilecek diğer şeyleri itirmek/bastırmak istemesi, sorun dışındaki diğer meşguliyetlere yönelmeyi istememesi gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 15, 33, 42, 55 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

1.4. Geri durma: Uygun bir konum sağlayana kadar başa çıkma çabalarını durdurarak pasif kalmak; kendini beklemeye alma, erteleme, doğru zamanı beklemeye çalışma gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 10, 22, 41, 49 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

1.5. Yararlı sosyal destek kullanımı: Ne yapılacağı ile ilgili yardım, bilgi ve tavsiye kullanmak/aramak; başkalarından soruna ilişkin tavsiye alma, soruna ilişkin somut şeyler yapabilmiş kişilerle konuşma gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 4, 14, 30, 45 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

2. Duygu/Emosyon Odaklı Olanlar

2.1. Duygusal sosyal destek kullanımı: Birilerinden duygusal destek veya anlayış bulma; kendini izole etmeden konuşma, anlaşılmayı bekleme, moral ve manevi destek beklemek gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 11, 23, 34, 52 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

2.2. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme: Önceki tecrübelerden yararlanarak sorunun üstesinden gelmeye çalışma, daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışma, olumlu olanı görmeye çalışma, sorunu tecrübe olarak değerlendirme, ondan bir şeyler öğrenme gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 1, 29, 38, 59 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

2.3. Kabullenme: Sorunu kabullenme; bu konuda gerçekçi bir bakış açısı geliştirme ya da stresli olayın meydana geldiğini ve gerçek olduğunu kabul etme gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 13, 21, 44, 54 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

2.4. Şakaya vurma: Sorunlu durumla ilgili gülme, şaka yapma, eğlenmeye çalışma ya da stres kaynağı hakkında espriler yapmak gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 8, 20, 36, 50 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

2.5. Dini olarak başa çıkma: Bir dayanak arama, umut etme, huzur bulmaya çalışma, bu konuda eyleme geçme; dini aktivitelerde artış gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 7, 18, 48, 60 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

3. İşlevsel Olmayanlar

3.1. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma: Morali bozulsa bile soruna odaklanma, üzülsün bile sorunun bilincinde olma, duyguları dışarı vurma gibi vurguları içerir. Artan bir şekilde duygusal stresin farkında olmak ve buna eşlik eden duyguları açığa vurma veya deşarj etme eğilimi şeklinde de açıklanabilmektedir. Bu alt ölçek 3, 17, 28, 46 nolu maddeleri kapsamaktadır.

3.2. İnkâr: Sorunun varlığını ya da stresli olayın gerçekliğini inkar etmek/kabul etmeme gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 6, 27, 40, 57 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

3.3. Zihinsel boş verme: Sorun olan şeyleri aklından atmak için başka meşguliyetlere yönelme, sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurma, sorun karşısında daha çok uyuma, sinema-TV ile meşgul olma ve sorunla ilgili daha az düşünme gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 2, 16, 31, 43 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

3.4. Davranışsal olarak boş verme: Stres kaynağının engel olduğu hedefe ulaşmak için çaba sarf etmekten geri durma veya boş verme; soruna teslimiyet, sorunu çözmeye yönelik çabalarını azaltma gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 9, 24, 37, 51 no'lu maddeleri kapsamaktadır.

3.5. Madde kullanımı: Stres kaynağından uzaklaşabilmek için alkol ve madde kullanımını artırmak; kendini daha iyi hissetmek için alkol, sakinleştirici ilaç alma, olanları unutmaya çalışma, sorunla daha az meşgul olmaya çalışma şeklinde kendine işlevsel olmayan bir biçimde yardım etmeye çalışma gibi durumları içermektedir. Bu alt ölçek 12, 26, 35, 53 no'lu maddeleri kapsamaktadır (Kaya, 2015).

3.4. Verilerin Analizi

Sosyo-demografik bilgiler ile objektif ölçeklerden elde edilen verilerin betimleyici yöndeki istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Katılımcılarla yapılan klinik görüşmelerden elde edilen ve araştırma hipotezleri açısından önemli olabileceği düşünülen hasta

söylemlerine aşağıda yer verilecektir. Rorschach Testi bulguları ise Fransız Okulu'na bağlı kalınarak yalnızca içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Takip eden bölümde araştırmanın bulguları paylaşılacaktır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ALOPEŞİ AREATA HASTALARINDA İŞLEMSEL DÜŞÜNCE/ALEKSİTİMİ VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI İNCELEYEN ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Çalışmanın bu bölümünde, ilk olarak sosyo-demografik bilgilere yer verilecektir. Ardından kullanılan iki ölçeğe (TAÖ ve COPE) ilişkin betimleyici istatistik bulguları paylaşılacaktır. Daha sonra araştırma hipotezlerine ilişkin olan klinik görüşme bulgularına yer verilecektir. Son olarak ise yine araştırma hipotezlerine ilişkin Rorschach testi bulgularına yer verilecektir.

4.1. Sosyo-demografik Bulgular

Grubun sosyo-demografik özelliklerine ilişkin istatistik verileri aşağıda paylaşılmıştır:

4.1.1. Genel Sosyo-demografik Bulgular

4.1.1.1. Cinsiyet

12 kişilik örneklem grubunda cinsiyet dağılımı aşağıda gösterilmiştir:

Tablo 3. Cinsiyet

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Kadın	6	50,0	50,0	50,0
Erkek	6	50,0	50,0	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

4.1.1.2. Yaş

Katılımcıların yaş aralığı ve yaş ortalaması bilgileri aşağıda verilmiştir:

Tablo 4. Yaş ortalaması, yaş aralığı

N	12
Ortalama	32,5
Medyan	26,0
Aralık	43,0
Minimum	19,0
Maksimum	62,0

Katılımcıların yaş aralığı 19-62 arası olup, yaş ortalaması ise 32,5'tir.

Tablo 5. Yaş aralıklarının yüzdelik dağılımı

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
18-45 arası	9	75,0	75,0	75,0
45 ve 62 arası	3	25,0	25,0	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

12 katılımcıdan 9'u 18-45 yaş aralığındadır, 3'ü ise 45-62 yaş aralığındadır.

4.1.1.3. Medeni Durum Ve İlişki Durumu

Katılımcıların medeni durum ve ilişki durumuna ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmiştir:

Tablo 6. Medeni durum

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Bekar	7	58,3	58,3	58,3
Evli	5	41,7	41,7	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

12 katılımcıdan 7'si evlidir.

Tablo 7. İlişki durumu

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
İlişkisi var	6	50,0	50,0	50,0
İlişkisi yok	6	50,0	50,0	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

12 katılımcıdan yarısının ilişkisi vardır.

4.1.1.4. Eğitim Düzeyi

Katılımcıların eğitim düzeyine ilişkin bilgiler aşağıda verilmiştir:

Tablo 8. Eğitim durumu

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
İlk ve ilköğretim	4	33,3	33,3	33,3
Lise	4	33,3	33,3	66,7
Üniversite	4	33,3	33,3	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Katılımcılardan ilkokul/ilköğretim mezunu olanlar, lise mezunu olanlar ve üniversitede okuyan/mezun olanların sayısı birbirine eşittir.

4.1.1.5. Mesleki Durum Ve Çalışma Statüsü

Katılımcıların mesleki durum ve çalışma statülerine ilişkin bilgiler aşağıda verilmiştir:

Tablo 9. Meslek

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
İşçi-mavi yakalı	1	8,3	8,3	8,3
İşçi-beyaz yakalı	3	25,0	25,0	33,3
Öğrenci	2	16,7	16,7	50,0
Diğer (Ev hanımı vs.)	6	50,0	50,0	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Tablo 10. Çalışma durumu

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Çalışmıyor	6	50,0	50,0	50,0
Çalışıyor	5	41,7	41,7	91,7
Diğer	1	8,3	8,3	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Hastaların yarısı çalışmamaktadır.

4.1.1.6. Hastalığa İlişkin Bilgiler

Katılımcıların hastalık durumuna ilişkin bazı bilgiler aşağıda yer almaktadır.

1-Kapsama Alanı Açısından Hastalık Tipi

Tablo 11. Kapsama alanı açısından hastalık tipi

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Alopesi areata	9	75,0	75,0	75,0
Alopesi universalis	3	25,0	25,0	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Katılımcıların çoğunluğunda kapsama alanı açısından AA söz konusudur.

2-Cilt Hastalığının Yeri

Tablo 12. Cilt hastalığının yeri

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Saçlı deri	5	41,7	41,7	41,7
Saçlı deri ve diğer	4	33,3	33,3	75,0
Tüm vücut	3	25,0	25,0	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

3-Hastalığın Başlangıç Yaşı

Hastalığın başlangıç yaş aralığı ve grup üyelerinin başlangıç yaşı ortalaması gibi bazı bilgiler aşağıda verilmiştir:

Tablo 13. Hastalığın başlangıç yaşı

N	12
Ortalama	19,41
Medyan	15,50
Aralık	41,00
Minimum	6,00
Maksimum	47,00

Katılımcılarda hastalık başlangıç yaşının ortalama 19,41 olduğu görülmektedir. Bu grupta hastalığın en erken 6 yaşında başladığı ve en geç 47 yaşında başladığı görülmektedir.

Tablo 14. Hastalığın başlangıç yaş aralığı yüzdeleri

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
0-18 yaş arası	7	58,3	58,3	58,3
18-47 arası	5	41,7	41,7	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Katılımcıların % 58,3'ünde hastalık 18 yaş öncesinde başlamıştır, %41,7'sinde ise hastalık 18-47 yaş aralığında başlamıştır. Bulgular hastalığın hem çocukluk ve ergenlik döneminde hem de yetişkinlik döneminde başlayabildiği görülmektedir.

4-Hastalığın Süresi

Hastalık süresine ilişkin bazı bilgiler aşağıda verilmiştir:

Tablo 15. Hastalık süresi ortalaması, minimum ve maksimum değerleri

N	12
Ortalama	13,08
Medyan	15,00
Aralık	25,00
Minimum	1,00
Maksimum	26,00

Katılımcıların hastalık süreleri ortalaması 13,08 yıldır. En kısa hastalık süresi 1 yıl iken, en uzun hastalık süresi ise 26 yıldır. Sonuçlar AA'nın kronik bir seyri olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 16. Hastalık süresi aralıklarının yüzdelik dağılımı

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
3-12 ay	1	8,3	8,3	8,3
12 ay-24 ay	1	8,3	8,3	16,7
>5 yıl	10	83,3	83,3	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Katılımcıların %83,3'ünde hastalık süresi 5 yıldan daha uzundur. Bu değerlendirme itibarıyla da AA'nın kronik bir seyir gösterebildiği anlaşılabılır.

4.1.1.7. Psikiyatrik Destek Durumu

Katılımcılardan hiçbiri çalışmanın yapıldığı tarihte psikiyatrik destek almamaktadır. Bunun birlikte geçmişte herhangi bir destek alıp-almadıkları da öğrenilmeye çalışılmıştır.

1-Geçmişte Psikiyatrik Destek Başvurusunun Olup-Olmaması

Tablo 17. Geçmişte psikiyatrik başvurusunun olup-olmaması

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Evet-oldu	7	58,3	58,3	58,3
Hayır-olmadı	5	41,7	41,7	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Katılımcıların %58,3'ünün geçmişte psikiyatrik başvurusunun olduğu anlaşılmaktadır. Bunlardan bir kısmının tedaviyi takip ettiği, ancak bir kısmının ise tedaviyi uygulamadığı anlaşılmıştır.

2-Geçmişte Psikoterapi Desteği Alıp-Almama

Tablo 18. Geçmişte psikoterapi desteği alıp-almama

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Evet-aldı	6	50,0	50,0	50,0
Hayır-almadı	6	50,0	50,0	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Katılımcıların yarısının psikoterapi desteği ile karşılaştıkları anlaşılmaktadır.

4.1.1.8. Hastalık Etkisinden Estetik Açıdan Rahatsız Olma Derecesi

Tablo 19. Estetik açıdan rahatsız olma derecesi

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Hiç	1	8,3	8,3	8,3
Hafif	2	16,7	16,7	25,0
Orta	5	41,7	41,7	66,7
Fazla	2	16,7	16,7	83,3
Oldukça fazla	2	16,7	16,7	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Katılımcıların üçte biri, farklı düzeylerde hastalıktan ötürü estetik açıdan rahatsız olduğunu bildirmiştir. 12 katılımcıdan sadece 1 kişi estetik açıdan hiç rahatsız olmadığını belirtmiştir.

4.1.2. Diğer Bulgular

Bu bölüm araştırmacı tarafından hazırlanmış olan ve katılımcıların işaretleme yaptıkları Likert tipi soru maddelerinden oluşmaktadır. İlgili maddede, katılımcı, “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Orta/kararsızım”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini işaretlemiştir.

4.1.2.1. Bedensel Görünüm Algısı

“Bedensel görünümünden hoşnutum” maddesine yapılan işaretlemelelere göre 12 katılımcıya ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır:

Tablo 20. “Bedensel görünümünden hoşnutum.”

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Kesinlikle katılmıyorum	4	33,3	33,3	33,3
Katılmıyorum	1	8,3	8,3	41,7
Orta/Kararsızım	1	8,3	8,3	50,0
Katılıyorum	4	33,3	33,3	83,3
Kesinlikle katılıyorum	2	16,7	16,7	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Katılımcıların %41,6’sının bedensel görünümlerinden farklı derecelerde hoşnut olmadıkları anlaşılmaktadır. Öte yandan katılımcıların %50’sinin ise bedensel görünümünden farklı derecelerde hoşnut oldukları anlaşılmaktadır.

4.1.2.2. Baş Etme Algısı

“Yaşamın zorluklarıyla baş edebiliyorum” maddesine yapılan işaretlemelelere göre 12 katılımcıya ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır:

Tablo 21. Baş etme

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Kesinlikle katılmıyorum	3	25,0	25,0	25,0
Katılmıyorum	2	16,7	16,7	41,7
Orta/Kararsızım	3	25,0	25,0	66,7
Katılıyorum	4	33,3	33,3	100,0
Kesinlikle katılıyorum	0			
Toplam	12	100,0	100,0	

Yaşamın zorluklarıyla baş edebilme ifadesine “kesinlikle katılan” hiçbir katılımcının olmadığı anlaşılmaktadır. Bu bilgi grubun baş etme konusundaki durumuna ışık tutabilir. Bununla birlikte katılımcıların %41,7’sinin farklı derecelerde yaşamın zorluklarıyla baş edemediklerini belirttikleri görülmektedir.

4.1.2.3. Travmatik Yaşantılar

“Geçmişle ilgili belirgin olumsuz yaşantılarım yoktur” maddesine yapılan işaretlemelere göre 12 katılımcıya ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır:

Tablo 22. Travmatik yaşantılar

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Kesinlikle katılmıyorum	4	33,3	33,3	33,3
Katılmıyorum	2	16,7	16,7	50,0
Orta/Kararsızım	1	8,3	8,3	58,3
Katılıyorum	0			
Kesinlikle katılıyorum	5	41,7	41,7	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Katılımcıların yarısı farklı derecelerde olmak üzere geçmişle ilgili olumsuz yaşantıları olduğunu belirtmiştir. Öte yandan 5 kişi hiçbir olumsuz yaşantısı olmadığını belirtmiştir.

4.1.2.4. Özdeğer

“Kendimi değerli hissedirim” maddesine yapılan işaretlemelere göre 12 katılımcıya ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır:

Tablo 23. Özdeğer

Değişken	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
Kesinlikle katılmıyorum	2	16,7	16,7	16,7
Katılmıyorum	0			
Orta/Kararsızım	1	8,3	8,3	25,0
Katılıyorum	5	41,7	41,7	66,7
Kesinlikle katılıyorum	4	33,3	33,3	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Katılımcıların %75'i farklı derecelerde olmak üzere kendilerini değerli hissettiğini belirtmektedir. Öte yandan katılımcıların 6'da 1'lik bir kesimi kendisini kesinlikle değerli hissetmediğini belirtmiştir.

4.2. İstatistiksel Bulgular

4.2.1. Toronto Aleksitimi Ölçeğine Ait İstatistiksel Veriler

Örneklem grubunun TAÖ'den aldığı toplam puan ortalaması ile alt ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamaları ve diğer bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 24. TAÖ toplam puan ortalaması ve alt ölçek toplam puan ortalamaları

	TAS-A Duyguları tanıma	TAS-B Duyguları ifade etme	TAS-C Dışavuruk düşünce	Toplam puan
N	12	12	12	12
Ortalama	22,66	15,25	23,58	61,50
Medyan	22,50	15,50	24,00	61,50
Aralık	17,00	12,00	14,00	31,00
Minimum	13,00	9,00	15,00	46,00
Maksimum	30,00	21,00	29,00	77,00

Örneklem grubunun TAÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının 61,5 olduğu görülmektedir. (Ölçeğin minimum puanı: 20; maksimum puanı: 100; aralık: 80)

Ölçekten alınan en düşük toplam puanın 46 iken, en yüksek puanın 77 olduğu görülmektedir.

12 katılımcıdan 6'sı grubun hem TAÖ-ölçek toplam puan ortalaması olan, hem de medyan değeri olan 61,5'ten yüksek puan almıştır.

Güleç&Yenel'e göre, testi geliştiren Taylor ve arkadaşlarının verdiği kesme değerler şu şekildedir:

Tablo 25. TAÖ-20'de kesme değerler

Puan aralığı	Tanım
51 ve altı	Aleksitimi yoktur.
52-60 aralığı	Ara bölüm/(muhtemel aleksitimi vardır.)
61 ve üstü	Aleksitimi vardır.

Tablo 4.23'e göre, katılımcı grubunun genel olarak aleksitimi özelliği gösterdiği düşünülebilir.

Öte yandan, Güleç&Yenel'in (2010), 51 kesme değerine katıldıkları, ancak üst değer olarak 59 puanı sundukları görülmektedir. Bu durumda da örneklem grubunun, genel olarak 61,5 puanlık TAÖ-20 grup ortalaması ile yine aleksitimik özellik gösterdiği söylenebilir (Güleç & Yenel, 2010).

Tablo 26. TAÖ-20 kesme değer aralık gruplarına göre katılımcıların toplam puan yüzdeleri

Değişken: Toplam puan	Frekans	Yüzdelik	Geçerli Yüzdelik	Kümülatif Yüzdelik
51 ve altı (aleksitimi yok)	2	16,7	16,7	16,7
52-60 arası (ara bölüm; muhtemel aleksitimi var)	4	33,3	33,3	50,0
61 ve üstü (aleksitimi var)	6	50,0	50,0	100,0
Toplam	12	100,0	100,0	

Yapılan gruplandırmaya göre, katılımcıların %50'sinde aleksitimi özelliği kesinlikle görülmektedir. Öte yandan katılımcıların yalnızca %16,7'sinde aleksitimi yoktur. %33,3'lük bir grup ise ara bölümde yer almaktadır. Bu grupta yer alan kimselerin de potansiyel olarak aleksitimi özelliği taşıdıkları diğer bir deyişle sınırda oldukları düşünülebilir.

Örneklem grubunun TAÖ'nün alt ölçeklerine göre aldıkları toplam puanlar; Dışavuruk düşünce (23,58) > Duyguları tanıma (22,66) > Duyguları ifade etme (15,25) şeklinde sıralanmıştır. Buna göre örneklem grubunda aleksitiminin alt maddelerinden - biraz daha fazla olmak üzere, dışavuruk düşünce ile duyguları tanıma açısından yaşanan problemlerin duyguları ifade etmeden daha fazla olduğu belirtilebilir.

4.2.2. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğine Ait İstatistiksel Veriler

Örneklem grubunun Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'nden aldığı toplam puan ortalaması ile alt ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamaları ve diğer bilgiler şu şekildedir:

Tablo 27. COPE toplam puan ortalaması ve alt ölçek toplam puan ortalamaları

	Problem odaklı	Duygu odaklı	İşlevsel olmayan	Ölçek toplam puanı
N	12	12	12	12
Ortalama	55,41	49,91	41,33	146,66
Medyan	54,00	52,00	44,00	146,50
Aralık	27,00	25,00	23,00	46,00
Minimum	44,00	35,00	30,00	128,00

Maksimum	71,00	60,00	53,00	174,00
-----------------	-------	-------	-------	--------

Örneklem grubunun Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının 146,66 olduğu görülmektedir. (Ölçek minimum puanı: 60; maksimum puanı: 240; aralık: 180).

Ölçekten alınan en düşük toplam puan 128 iken, en yüksek toplam puan ise 174'tür.

12 katılımcıdan 6'sı grubun ölçek toplam puan ortalaması olan 146,66'dan yüksek puan almıştır. Benzer şekilde 12 katılımcıdan 6 tanesi grubun medyan değeri olan 146,5'ten yüksek puan almıştır.

Alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı verir (Kaya, 2015). Bu bağlamda, örneklem grubunun COPE testin 3 genel alt ölçeğine göre aldıkları toplam puan şu şekilde sıralanmıştır: *Problem odaklı* başa çıkma tutumları (55,41) > *Duygu odaklı* başa çıkma tutumları (49,91) > *İşlevsel olmayan* başa çıkma tutumları (41,33). Buna göre örneklem grubunun en fazla problem odaklı başa çıkma tutumlarına başvurduğu söylenebilir. En düşük başvuru alan baş etme tutumlarının ise işlevsel olmayanlar olduğu anlaşılmaktadır.

Örneklem grubunun her bir alt ölçeğe ait ikincil alt ölçeklerden elde ettikleri toplam puan ortalamaları ve diğer bilgiler aşağıda yer almaktadır:

Tablo 28. Problem/sorun odaklı başa çıkma tutumları

	Aktif başa çıkma	Plan yapma	Diğer meşguliyetleri bastırma	Geri durma	Yararlı sosyal destek kullanımı
N	12	12	12	12	12
Ortalama	11,91	11,75	10,16	10,75	10,83
Medyan	12,00	11,00	9,00	10,00	11,00
Aralık	10,00	6,00	7,00	5,00	9,00
Minimum	6,00	9,00	8,00	9,00	7,00
Maksimum	16,00	15,00	15,00	14,00	16,00

Katılımcıların kullandığı problem/sorun odaklı olan başa çıkma tutumları, grup ortalamaları incelendiğinde şu şekilde sıralanmıştır: aktif başa çıkma (11,91) > plan yapma (11,75) > yararlı sosyal destek kullanımı (10,83) > geri durma (10,75) > diğer meşguliyetleri bastırma (10,16).

Tablo 29. Duygu odaklı başa çıkma tutumları

	Duygusal destek kullanımı	Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Kabullenme	Şakaya vurma	Dini olarak başa çıkma
N	12	12	12	12	12
Ortalama	10,00	12,58	10,00	6,91	10,41
Medyan	10,50	12,50	11,00	6,00	10,00
Aralık	8,00	7,00	8,00	8,00	12,00
Minimum	6,00	9,00	5,00	4,00	4,00
Maksimum	14,00	16,00	13,00	12,00	16,00

Katılımcılarda duygu odaklı başa çıkma tutumlarının sıralaması, grup ortalamaları incelendiğinde şu şekildedir: pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (12,58) > dini olarak başa çıkma (10,41) > duygusal destek kullanımı = kabullenme (10) > şakaya vurma (6,91).

Tablo 30. İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları

	Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	İnkâr	Zihinsel boş verme	Davranışsal olarak boş verme	Madde kullanımı
N	12	12	12	12	12
Ortalama	11,58	5,91	10,33	6,41	7,08
Medyan	11,50	5,50	10,50	6,00	4,00
Aralık	6,00	6,00	8,00	6,00	10,00
Minimum	9,00	4,00	7,00	4,00	4,00
Maksimum	15,00	10,00	15,00	10,00	14,00

Katılımcılarda işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının sıralaması, grup ortalamaları incelendiğinde şu şekildedir: soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (11,58) > zihinsel boş verme (10,33) > madde kullanımı (7,08) > davranışsal olarak boş verme (6,41) > inkâr (5,91).

Toplam 15 alt ölçek ele alındığında;

Grup tarafından ortalama olarak en fazla kullanılan başa çıkma tutumları şu şekilde sıralanabilir: pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (12,58) > aktif başa çıkma (11,91) > plan yapma (11,75) > soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (11,58) > yararlı sosyal destek kullanımı (10,83).

Öte yandan en az kullanılan başa çıkma tutumları şu şekilde sıralanmıştır: inkar (5,91) < davranışsal olarak boş verme (6,41) < şakaya vurma (6,91) > madde kullanımı (7,08).

4.3. Klinik Görüşme Bulgularının Genel Değerlendirmesi

Bu bölümde katılımcılar ile Rorschach testi uygulaması ve ölçek uygulamaları öncesinde yapılmış olan psikanalitik yönelimli klinik görüşmelerden elde edilmiş bulgular araştırma hipotezleri açısından incelenmiştir. Bu kapsamda, önceden hazırlanmış sorular katılımcılara yöneltilmiştir.

4.3.1. İşlemsel Düşünce/Aleksitimiye İlişkin Bulgular

İşlemsel düşünce daha önce de bahsedildiği üzere, Pierre Marty tarafından geliştirilmiş, metapsikoloji kökenli bir kavram olup psikoloji alanında kullanılmakta olan aleksitimi kavramına da kaynaklık etmiştir. Öznede işlemsel düşüncenin varlığına ilişkin önemli bir gösterge temsillerin eksikliğidir. Bu açıdan yapılan psikanalitik yönelimli klinik görüşmelerde sorulan bazı sorulara verilen ve içinde temsil eksikliğini barındıran yanıtlara bakılmıştır.

4.3.1.1. Rüya Kapasitesi

Katılımcılarda “anımsanan rüya/tekrar eden rüya” konusu sorgulandığında hastalar tarafından verilen, işlemsel düşünceyi çağırabilecek bazı yanıtlar şu şekildedir:

Ali, Erkek, 22 yaşında. *“Uyku sorunun var. Gündüzleri yatarım ama gece bayaca yatmam. Çoğunlukla telefonla uğraşırım. Tanımadığım kişilerle muhabbet ederim. Bu durum daha iyi geliyor. Ne o seni görüyor, ne de sen onu görüyorsun. ... **Uzun zamandır rüya görmüyorum.** Bazı şeyleri çabuk unutuyorum. Mesela sizin adınızı unuttum. Bu konuşma olayını bile kapıdan çıktıktan 10 dakika sonra unuturum.”*

Kişinin verdiği yanıtta, önbilincin çalışmasında yetersizlik anlamına gelebilecek türden rüya görülmediğinin belirtilmesi ve unutkanlık vurguları ile uyku problemi dikkat çekicidir. Ek olarak, kişinin tanımadığı kişilerle sohbet etmeye çalışarak anonim kalmaya çalışması dikkat çekicidir.

Burak, Erkek, 24 yaşında. *“Uyku düzenim işimden dolayı bozuk. Çok sık rüya görmüyorum. Tekrarlayan rüyam yok. ... Eski kız arkadaşım ile ilgili birkaç rüya gördüm; birlikte gibiydik, güzeldi.”*

Gökhan, 22 yaşında. *“Rüya görmem. (Daha sonra) Kabus görürüm bazen. Nadiren rüya görüyorum”.* (Bu konuda içerik paylaşılmamıştır).

Metin, Erkek, 25 yaşında. *“Pek fazla rüya hatırlamam... Anımsadığım bir rüya yok. ... Vardı ama yok... Düşme falan herkeste olduğu gibi.”*

Serkan, Erkek, 19 yaşında. *“Çok fazla rüya görmüyorum. İlla görüyorumdur da, hatırlamıyorum.”*

Sibel, Kadın, 57 yaşında. *“Yok.”*

Katılımcılardan yarısının rüya kapasitesinin sınırlı olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra unutma, hatırlayamama gibi vurgular söz konusudur. Özetle, katılımcılarda rüya kapasitesinin yetersiz olduğu, hastaların ruhsal bir malzeme olan rüyaya dair kayıtsız olabildikleri belirtilebilir. Genellikle “rüya görmem”, “rüya görüyorum da hatırlamıyorum” gibi yanıtlar işlemsel düşünceyi aklı getirerek rüya kapasitesinin yetersiz kaldığını göstermektedir.

4.3.1.2. “Anı”lara Dair Verilen Yanıtlar

Katılımcılarda “unutamadığı anı/hatırlanan en eski anı” sorgulandığında verilen ve temsillerde eksikliği çağrıştıracak türden olan bazı yanıtlar şu şekildedir:

Burak, Erkek, 24 yaşında. *“Çok yok. Şu an aklıma gelmedi. ...”* (En eski anısı sorulduğunda) *“Cenazelerle ilgili birkaç şey var. Dedemin kardeşi ölmüştü, arkadaşımın annesi ölmüştü. Bunlar aklıma geliyor.”*

Metin, Erkek, 25 yaşında. *“Yok. İlla ki vardır da hatırlamıyorum.”*

Dilek, Kadın, 28 yaşında. “*Kötü yönde mi, güzel yönde mi? ... Yok ya da aklıma gelmiyor.*” (En eski anısı sorulduğunda) “*Ya hiçbir şey gelmiyor aklıma... Belki sonra gelir.*”

Sibel, Kadın, 57 yaşında. “*Bir şey yok yani kafamda. ... Etkileyecek, hiç unutamadığım bir şeyim yok.*”

Merve, Kadın, 48 yaşında. “*Hiç hatırlamak istemiyorum hocam. Depresyonun da sebebi olabilir. Olumsuz bir anı.*”

İlk 4 örnekte anıların hatırlanamadığı anlaşılmakta olup; bu durum temsillerdeki eksiklik olarak okunabilir. Öte yandan verilen son örnekte ise kişinin travmatik bir anıyı ima ederek, bunu bastırmaya çalıştığı; ne var ki bunda başarılı olamadığı anlaşılmaktadır.

4.3.1.3. Güncel Yaşama Dair Söylemler

Katılımcıların yaşamlarının nasıl gittiğine dair sorulan soruya verdikleri yetersiz yanıtlar da temsillerdeki eksikliği düşündürülebilir. Bazı örnekler şu şekildedir:

Bazı yanıtlarda monotonluk vurgusu dikkat çekmiştir. Örneğin;

Burak, 24 yaşında. “*Güzel, biraz **monoton**. İşten dolayı. Biraz **monotonluk** var.*”

Esra, 33 yaşında. “*İyi, **rutin, normal**; çocuk, okul, ev; güzel ama çok şükür; sıkıntı da yok.*”

Bazı yanıtların ise duygu barındırmadığı görülmektedir.

Ali, 22 yaşında. “*Ne iyi, ne kötü.*”

Metin, 25 yaşında. “*Şu an orta.*”

Yantlardan güncel yaşamın monoton olduğu, ifadelerin duygudan yoksun olduğu ve çağrışıma yer verilmediği anlaşılmaktadır.

Bazı yanıtlar ise zorlanmanın altını çizer niteliktedir:

Ayşe, 28 yaşında. “Stresli gidiyor.”

Gökhan, 22 yaşında. “Stresli... Kız arkadaşım yok. ...Zayıfım. Küçükken insanlar zayıf, iskelet diye bakardı. Bunları atlattım. ... Artık kiminle olduğum umrumda değil. İlişki değil de, artık gecelik, aylık yaşamak istiyorum. Gündelik yaşam insanın doğasına aykırı olduğu için. ... İnsan doğası gereği düzenli ister. ...”

4.3.1.4. Geleceğe Yönelik Söylemler

Gelecek hakkındaki planları sorulduğunda, katılımcıların yetersiz yanıtları da temsil eksikliğini düşündürebilir. Bazı örnekler şu şekildedir:

Burak, 24 yaşında. “Şu anlık çok geleceğe dönük planım yok. ... İşimle ilgili ilerlemek isterim.”

Gökhan, 22 yaşında. “Hiçbir bilgim yok. ... yurtdışında İngilizce’ m olduğu için ya da başka bir dil öğrenerek yaşamak isterim ya da burada kalıp eczanemi açabilirim.”

Metin, 25 yaşında. “Yok.”

Dilek, 28 yaşında. “Bir şey yok plandığım. Tek istediğim iyileşmek.”

Katılımcıların üçte birinin gelecek planları konusunda temsillerinde eksiklik yaşadığı anlaşılmıştır. Söz konusu yanıtlarda hastaların geleceğe yönelik hayal kurmada zorlandıkları görülmektedir.

4.3.2. Başa Çıkma Tutumları Konusundaki Söylemler

AA hastalarında bu çalışma kapsamında ele alınan iki temel konudan biri, başa çıkma tutumlarıdır. Klinik görüşmelerde katılımcılardan bu konuda alınan bazı yanıtlara aşağıda yer verilmiştir:

Ayşe, 28 yaşında. *“Açıkçası yok. ... Başa çıkmaya çalışıyorum ama çıkamıyorum. ... Yaşam stresli gidiyor.”*

Kişi başa çıkmakta zorlandığını net şekilde ifade etmektedir.

Ali, 22 yaşında. *“Yalnız kalmak, baya uzaklaşmak, insanların içine çıkmamak isterim. Çünkü konuştukça daha çok strese giriyorsun. İnsanlar “neden oldu?” vs. diye sorunca bun alıyor insan. İnsanlar kabaca sormuyorlar, kibarca soruyorlar ama bıktırıyor insan. İnsanların içine çıkmamaya çalışıyorum.”*

Kişinin zorlanma yaşadığı ve içe kapanma şeklinde bir tutumu olduğu anlaşılmaktadır.

Gökhan, 22 yaşında. *“PC oyunu. ...Seks yaparım, düşürdüğüm kişilerle. Doğanın en büyük armağanı belki. Bilgisayara reset atmak gibi. Bilgisayar donarken... her şeye sıfırdan başlamak gibi. ... Araba kullanmak, benzin yakmak.”*

Kişinin başa çıkma konusunda verdiği örnek dürtüsel açıdan ilginç bulunabilir.

Metin, 25 yaşında. *“Sigarayı bıraktım. 12 sene içmiştim. Spora da ara verdim. Öz güven artması için, sosyalleşmek için gidiyordum. ... Alkol iyi bir tedavi aslında... Çok takıyorsun çocukken.”*

Katılımcının alkolü bir başa çıkma yöntemi olarak olumlamaya çalışması “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)”ta “işlevsel olmayan” başa çıkma tutumlarından “madde kullanımı” kategorisine ilişkindir.

Onur, 23 yaşında. *“Bastırmak gibi mi? Konuşurum insanlarla. Onlardan fikir alırım. Onların doğrultusunda ilerlerim. Onlar çünkü daha tecrübeli olur yaşla ilgili.”*

Katılımcının verdiği yanıt “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)”ta “yararlı sosyal destek kullanımı” kategorisine örnektir.

Serkan, 19 yaşında. *“Çok fazla başa çıkabilen biri değilim. İçimde yaşarım çok şeyi. Kafaya çok takarım. Üç-dört sene de geçse aklımda yer eder. Babamla, arkadaşlarımla bile konuşurum. Ama konuşmak çözüm olmuyor. Karşı taraftan kazık yemişsem aklımdan çıkarmam. Bu davranışımın kurtulmak istesem de olmuyor.”*

Kişi başa çıkmakta zorlandığını belirtmektedir.

Dilek, 28 yaşında. *“Yıllar geçtikçe insan ne kadar sıkıntı yaşarsa yaşasın, kimse elinden tutmuyor. Düşüne düşünene kendim mücadele etmeye başladım. Artık kimse benden daha değerli değil, düşüncesindeyim. Eskiden insanların benim hakkımda düşündüklerini çok düşünürdüm ama birkaç senedir hiç takmıyorum. 5 sene önce hafıza kursuna falan gittim ama o dönemki sorunlarla karşılaşmadım (hastalığım ilk ortaya çıktığı dönemdeki yaşadığı sorunları kastediyor); acaba okul fobisi gibi şeyler olur mu, diye düşündüm ama olmadı.”*

Esra, 33 yaşında. *“Tevvekkül ediyorum... Allah’tan geldiğine inanıyorum. ... Bazen ağlama nöbetleri oluyor. Eşime ve kızıma yansıtabiliyorum. Eşim ‘yine ne oldu, ne dediler?’ der.”*

Katılımcının “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)”ta “dini olarak başa çıkma” kategorisine örnek teşkil edebilecek bir yanıt verdiği görülmektedir.

Merve, 48 yaşında. *“Yapamıyorum hocam onu ben. O yüzden destek alıyorum. ... Çocuklar uyarıyor; anne seni ya karakoldan ya da hastaneden toplarız, diyorlar... Sıra bekleyemiyorum. O benim yapımdan herhalde.”*

Kişi başa çıkmakta zorlandığını belirtmektedir.

Yasemin, 62 yaşında. “Kendi kendime de konuşurum. Sinirimi bu şekilde atarım. Kendi kendime söylenirim ama mesela evlatlarımın yüzlerine diyemem.”

12 katılımcıdan 10 katılımcının başa çıkma konulu bazı yanıtları yukarıda paylaşılmıştır. Bu 10 katılımcıdan 3’ü net şekilde stresle başa çıkamadığını belirtmiştir. Bunun dışındaki katılımcıların ise farklı şekillerde başa çıkmaya çalıştıkları anlaşılmaktadır.

4.3.3. Diğer Klinik Görüşme Bulguları

Klinik görüşmelerde araştırma hipotezlerine ilişkin olarak işlemsel düşünce ve başa çıkma konulu bulgulara yukarıda yer verilmişti. Bunlar dışındaki klinik görüşme bulguları ise şu şekildedir:

4.3.3.1. Hastalık Öncesi Olası Travmatik Yaşantılar

AA ile travmatik/stresli yaşam olaylarının varlığı ilişkisinin saptandığı bazı araştırma sonuçları literatürde söz konusudur. Bu kısımda bu konuda klinik görüşmeler sırasında elde edilmiş bulgulara yer verilecektir. Yapılan incelemeye göre, 12 katılımcıdan 10 katılımcı hastalık öncesi zorlanmaya yol açabilecek, travmatik sayılabilecek türden olaylar yaşadıklarını belirtmiştir:

Ayşe, 28 yaşında. “6 aylık bir **işsizlik** dönemi oldu. Sonra **alopesi çıkardım**. ... Mart’ta işten ayrıldım. Haziran gibi alopesi çıkardım.”

Hastalığının nüksettiği de bilenen bu hasta işsizlik teması üzerinde durmuştur.

Ali, 22 yaşında. “Babam **cezaevine girdi**. Annem evi terk etti. Ondan sonra da ben de evden gittim. 1-2 hafta eve gelmedim. Başka bir arkadaşımda 1 hafta kaldım, sonra geri döndüm.”

Katılımcı aile içi sorunlar üzerinde durmaktadır.

Gökhan, 22 yaşında. *“Sınavlar... 8. Sınıfta sınav dönemi stresle bir anda oldu. Arka tarafta olmuştu. Geçti. Sonra tekrar oldu. Üniversite sınavına hazırlanırken olmuştu. Son zamanlarda da stres ve sağlık sorunları sıkıntılarıyla ... 8. Sınıfta başladı; lise başlangıcında bitmişti. ... Üniversiteye hazırlık zamanı-lise sonda yeniden başladı.”*

Kişinin ruhsal aygıtta aşırı geldiği düşünülebilecek türden performans anksiyetesi yaşadığı düşünülebilir. Zira iki önemli sınav döneminde benzer bir tepkinin ortaya çıktığı belirtilmektedir. Öte yandan bahsi geçen sorun akademik alana ilişkin de sayılabilir.

Metin, 25 yaşında. *“Kardeşim konuşmuyordu. Doğuştan engelliydi. Arkadaşın da kardeşinde kanser vardı ama o hastalığı atlattı. (Cerrahpaşa Saç Kliniği’nde alopesi tedavisi görmekte olan başka bir arkadaşını ve onun kardeşini kastediyor). **Kafayı taktığımız için ikimizde de alopesi gelişti. Çocukken daha fazla etkilenme oluyor...** Kardeşim 10 sene önce öldü. Konuşamıyordu. ...”*

Gerçek bir kayıp yaşandığı anlaşılmaktadır.

Onur, 23 yaşında. *“Anne ile baba ayrılması. Ayrıldıklarında başladı. Tekrar birleştiler. ...”*

Aile içi sorunlara işaret edilmektedir. Sembolik düzeyde bir kayıp yaşandığı yorumu yapılabilir.

Serkan, 19 yaşında. *“Üniversite sınavlarına hazırlanırken oldu. Sınav stresi vardı. Alt yapı düşüktü ama bir yeri de kazanmak istiyordum. Yoğun tempom oldu... Liseyi Sakarya’da; dışarda okudum. Gurbetin de verdiği bir şey var. Hepsi toplanınca...”*

Kişinin ruhsal kapasitesini aşan türden bir zorlanmaya maruz kaldığını ima ettiği düşünülebilir. Öte yandan bu kişinin yaşadığı sorun da akademik alana ilişkin görülebilir.

Dilek, 28 yaşında. *“Okula giderken, o zamanlar stresliydim. Öğretmenlerden. Sıkıntılar vardı. Hastalık o dönem başladı. Sonradan okul olayları düzeldi ama hastalık kaldı. ... İlkokul 1’de başladı. Küçük dökülmeydi. Geldi. Ortaokula kadar sıkıntı yok. Ortaokulda stres yapınca yeniden başladı. Orta-1’de başladı. Orta-2’yi bitirdim. Tamamen dökülünce ara verdim. Sonra orta-3’e devam ettim. Liseyi açıktan okudum.”*

Verilen yanıt ile ilkokul 1. Sınıfta yaşanan bir uyum problemine ya da ayrılık anksiyetesine işaret ediliyor olabilir. Öte yandan hastalık etkilerinin kişinin akademik yaşama devamlılığı konusunda da etkileri olduğu anlaşılmaktadır.

Esra, 33 yaşında. *“Eşimin ikinci evliliği. İlk evliliğinden tam boşanma olmadan ilişkimiz başladı. Ailem kabullenemedi. Babam ile 5 sene görüşmedik ama annemle görüştük. Birkaç yıl sıkıntılı oldu. Bunlar birikimdi. Doğum sonrası bağıışıklığım düştü. Çok stresli bir anneydim. Bebeğe bir şey olacak, diye düşününce hastalık patlak verdi. O dönem destek almadım.”*

Hasta birikimli bir stres etkisine işaret etmektedir. Öte yandan, söz konusu evliliğin eşinin ilk evliliğinden tam boşanma olmadan başlamış olduğu vurgusu ruhsal açıdan “suçluluk” temasını akla getirebilir. Ek olarak kişinin annelik deneyiminde de ruhsal açıdan zorlandığı, buna rağmen destek almadığı anlaşılmaktadır.

Merve, 48 yaşında. *“Bulgaristan’dan geldik biz hocam. Türk ayrımı yaşadık. Burada da farklı bir kültür. Müslüman ama farklı geldi. Mecburiyetten geldik. Sınır dışı edildik. Ev-para her şeyi bırakarak geldik... Çalıştım. Okul kantininde de çalıştım. Genelde okullardaydım. Fabrikada çaycılık da yaptım.”*

Hasta sosyo-kültürel uyum sorunsalına atıfta bulunmaktadır. Öte yandan ruhsal açıdan “ana yurdun” kaybedilmesine ilişkin kayıp ve yas temaları ile depresif tepkiler akla gelebilir. Böylesi bir kaybın ruhsal açıdan kökensel kayıpları ve etkilerini de tetiklemiş olabileceği düşünülebilir.

Sibel, 57 yaşında. *“Ablam 1993’te vefat etti. Onun hastalık aşamasında bende alopesi hastalığı çıktı.”*

Kişinin “kayıp” sorunsalı üzerinde durduğu anlaşılmaktadır.

Yasemin, 62 yaşında. *“Hastalıktan önce stresli bir olay yaşamadım. ... (Görüşmenin başka bir kısmında) Üzüntüler, sıkıntılar daha da tetikledi.”*

Bu hasta da önceki bir hasta gibi olumsuz yaşantı ve hislerin birikimli etkisine işaret ediyor görünmektedir.

Tüm yanıtlar incelendiğinde, 12 katılımcıdan 10’u hastalık öncesi olumsuz yaşantılar üzerinde durmuştur. Temalar şu şekilde ele alınabilir:

- **Aile içi sorunlar:** kardeş hastalanması ve kaybı (2), anne-babaya ilişkin sorunlar (2), evlilik ilişkisine dair zorlanmalar (1)
- **Akademik alana ilişkin sorunlar:** sınav kaygısı (2), uyum sorunu/ayrılık anksiyetesi (1)
- **Ekonomik alana ilişkin sorunlar:** İşsizlik (1)
- **Sosyo-kültürel alana ilişkin sorunlar:** Göç (1)

Netice olarak katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%83,33), hastalık öncesi zorlanmaya ilişkin sayılabilecek türden olumsuz yaşantılar üzerinde durmuştur.

4.3.3.2. Hastalığa Dair Söylemler

Bu bölümde katılımcıların hastalık algısına ilişkin subjektif değerlendirmeleri, hastalığı ele alış şekilleri incelenmiştir.

Ayşe, 28 yaşında. *“Bir şey düşünmüyorum. ... Değişik bir hastalık; bir bölgesi komple kel kalıyor, rahatsız edici, daha çok sıkıntıya girince de daha çok çoğalır.”*

Kişinin hastalığın şiddeti ile ruhsal açıdan zorlanma derecesi arasında birebir ilişki kurmaya çalıştığı anlaşılmaktadır.

Ali, 22 yaşında. “*Keşke **gelmeseydi**. (Saçlarının çıktığı dönemi kastediyor.) Baya mutlu olmuştum. Görünüş açısından da farklı olmuştum. (Olumlu değişikliği kastediyor.) Dökülünce artık uğraşmayacağım, dedim. ... Ankara’daki doktor “boşuna uğraşma, **gelmeyecek**” dedi. Onun etkisiyle (uğraşmayı) bıraktım. Ancak evdekiler ısrar edince yine de devam ettim.*”

Kişide özellikle tedavi neticesinde çıkan saçların yeniden dökülmesi nedeniyle depresif bir tepkinin belirdiği anlaşılmaktadır. Öte yandan ailesel sosyal desteğin kişinin tedaviye devam etmesini sağladığı da anlaşılmaktadır. Bunların dışında kişinin saçlarını “gelip/gelmeyen” bir şey olarak ele alması dikkat çekicidir.

Burak, 24 yaşında. “*Çok ne olduğu belli olmayan bir hastalık. Sebebi-çözümü belli değil. ... Herkes bir şeyler önerebiliyor.*”

Kişinin hastalığa yeterince anlam veremediği anlaşılmaktadır. Bununla birlikte, literatürde de hastalığın etiyolojisine ilişkin farklı görüşlerin söz konusu olduğu akla gelebilir.

Gökhan, 22 yaşında. “*Kötü. Bir paradoks. İyileşmek istiyorsun ama **moral bozuk diye iyileşemiyorsun. Dökülme de moralini bozduğu için sürekli paradoks içindesin***”.

Kişinin ruhsal durum ile iyileşme durumu arasında ilişki kurmaya çalıştığı anlaşılmaktadır.

Metin, 25 yaşında. “*Kötü bir hastalık. İnsanın sosyal hayatını baya etkiliyor. Bazı şeyleri kısıtlıyor. İnsanlar yok falan dese de etkiliyor.*”

Kişinin hastalığın sosyal yaşam üzerindeki etkileri üzerinde durmaktadır.

Onur, 23 yaşında. “*Hastalık psikolojiyle birebir ilişkili. ... Ya da bağışıklık sisteminin çökmesi. **Stres tetikliyor. Otoimmün bir hastalık.***”

Kişinin psikolojik durum-bağışıklık sistemi arasında bir ilişki kurmaya çalıştığı görülmektedir.

Serkan, 19 yaşında. *“Saç fiziksel görünüm açısından önemli. Bunu kafaya takan birisi iseniz yaşaması zor. İnsanların bakışı değişiyor. İnternetteki bilgilerle insanlar yaklaşıyor. Mesela bulaşıcı olduğunu düşünebiliyorlar ve mesafe oluyor. İlla ki insanın içinde bir korku oluyor. İnternet bilgileri ne kadar doğru olursa...”*

Kişi hastalığın dışsal görünüm ve sosyal yaşam üzerindeki etkileri üzerinde durmaktadır. Ayrıca stigmatizasyon konusunda ve dışlanma endişeleri olduğu düşünülebilir.

Dilek, 28 yaşında. *“İçe kapanıklıkla ya da psikolojik sorunla başlıyorsa herkesin var. Küçük çocuk, ne stresi olacak? Stres yapıyorsun ama başka bir şey mi tetikliyor? ...”*

Kişinin çocukların stres yaşayamayacakları şeklinde bir varsayımı olduğu anlaşılmaktadır. Bu varsayım, kişinin hastalığın oluşumuna ilişkin olası ruhsal etkenleri azımsıyor olabileceğini de düşündürülebilir.

Esra, 33 yaşında. *“Yani çok anlamsız. Bu kadar tıp ilerlemişken, çözümü bulunamamış olması, beni şaşırtıyor. Çocuklarda olması çok şaşırtıyor. Psikolojik açıdan sıkıntı veren hastalık. ... Eşimin yanında başımı kapatmak zorunda kalırdım ama şu an kapatmıyorum. Çocuğun yanında da kapatırdım ama şu an daha rahatım. Yine de sürekli aynaya bakıyorum. Saçımı toplarım. Ordan buradan görünüyor mu diye bakıyorum.”*

Kişinin hastalığa anlam vermekte zorlandığı görülmektedir. Bununla birlikte hastalık sürecinde kişinin başlarda estetik açıdan daha fazla rahatsızlık duyduğu ya da sonraki zamanlarda duruma daha fazla uyum sağladığı düşünülebilir.

Merve, 48 yaşında. *“Allah’a çok şükür; hiçbir ağrımız-sızımız yok. Bayan olarak kamufle ediyorsun. Ama çocuklar çok acımasız okulda falan. Çocukların durumu daha zor. Evli kadın; devamlı olarak kocandan gizleniyorsun. Özgüven gidiyor herhalde.*

*İnsanların bize karşı bakış açısı... Dert anlatmaya çalışıyorsun. İnsanlara “lösemi misin?” vs. soruları oluyor. Yaz günü yanyör kafa. Peruğu da istemiyor. **Kendini gizleme çabası** oluyor. Bir savaş veriyorsun hocam; kimse görmesin...”*

Kişinin özellikle hastalığın estetik açıdan olumsuz etkileri (özgüven kaybı gibi) ve bu etkileri gidermek üzere alınan birtakım önlemlerle (peruk kullanımı gibi), kişide oluşan zorlanma üzerinde durduğu anlaşılmaktadır. Öte yandan, hastanın açıklaması, Alfani’nin (2012) “ağrılı ya da yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen, estetik yan etkileri itibarıyla hastaların psikolojik durum ve ilişkilerinde derin değişikliklere neden olduğu” şeklindeki alopesi tanımını çağrıştırmaktadır.

Sibel, 57 yaşında. *“Vala ne düşünüyüm; zor bir tedavi; kendimden bakıyorum; çok zor bir tedavi.”*

Kişi tedavi sürecinin zor olduğuna vurgu yapmaktadır.

Yasemin, 62 yaşında. *“İnsan üzüliyor. Niye saçım döküldü, diye. Hem saçını kapatmak zorunda kalıyor. ... Baya zorluk çektim başımı kapatırken. Yaş gereği alışıyor insan. Ama saçımın olmasını isterim.”*

Hastalık ile kişide saç kaybına ilişkin olarak yas tepkisinin oluştuğu anlaşılmaktadır. Ek olarak, dışsal görünüm açısından kişinin başını kapatmak şeklinde bir yola başvurduğu anlaşılmakta olup bu yolun kadınlar tarafından Türk toplumunun kültürel özellikleri itibarıyla tercih edilebilen bir yol olduğu anlaşılmaktadır. Yine de burada hastalığın estetik açıdan rahatsız olmaya yol açtığı vurgusu önemsenebilir.

Hastaların yanıtları genel olarak ele alındığında, hastaların kendi ruhsal dünyaları ile bağ kurmakta zorlandıkları görölmektedir. Hastalık adeta dışarıdan geliyor gibi düşünölüp pasif bir konumda “geçmesi” beklenmektedir.

4.4. Rorschach Testi Bulguları

Araştırmanın hipotezlerinden biri, AA hasta grubunda işlemsel düşüncenin göröleceği şeklindedir. Bu nedenle, bu bölümde, Rorschach testinde işlemsel düşünce

bulgularına bakılacaktır. Bununla birlikte bu bölümde, saç hastalıkları deri kapsamında olduğu için Rorschach testi bulgularındaki deri yanıtlarına da yer verilecektir.

4.4.1. Rorschach Testinde İşlemsel Düşünceye İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcılarda işlemsel düşüncenin varlığına ilişkin Rorschach testi bulguları ele alınmıştır. Bu inceleme öncesinde, AA grubunda işlemsel düşünceye ilişkin olarak anketlerin eksik olabileceği, ilgili kartlarda verilmesi beklenen kinestezi yanıtlarının eksik olabileceği, ilgili kartlarda verilmesi beklenen renk yanıtlarının eksik olabileceği, ilgili kartlarda verilmesi beklenen nesne ilişkisinin verilmemesi ve F yanıtlarının yüksek olabileceği tahmin edilmektedir.

4.4.1.1. “Anket”lerin Eksik Oluşu

Rorschach protokolünde önemli bir bölüm, anket bölümüdür. Öyle ki, anket verilmeden yapılan testlerin geçerli olmadığı belirtilmektedir. Bu bölüm hasta hakkında derinleştirici bilgiler verir. O nedenle anket her testte sistematik şekilde uygulanmalıdır. Burada amaç, sorgulama değil; hastanın yararına ondan daha fazla bilgi sağlamaktır (İkiz, 2017). Bu açıdan, verdiği yanıtı daha fazla açması “*Neyinden ötürü?*” gibi bir soru ile kişiden beklenir. Bu soru ile hedeflenen bir anlamda kişide önbilinci harekete geçirmektir. Kişi bazı düşüncelerini ankette ekleyebilir. Ne var ki kişinin başka tarzda verdiği açıklamalar kodlamaya dahil edilmemektedir. Ancak bu yanıtlar yine de dikkate alınır. Kodlanamayan bu malzemenin yorumu önem kazanmaktadır. Çünkü bu malzeme, kişinin bastırıldığı ve daha sonra ortaya koyduğu düşünce ve duyguları kapsayabilir (İkiz, 2017).

Özetle, katılımcıların anket kısımlarında yeni yanıtlar vermesi –her ne kadar bu yeni yanıtlar kodlamaya dahil edilmese bile, kişinin düşlemsel dünyasının zenginliğini bize gösterecektir. Anket bölümünde kişinin yanıt verememesi ya da verilen fakir yanıtlar, önbilinç çalışmasında sınırlılık olarak ele alınabilecektir.

Yukarıda anlatılanlar doğrultusunda yapılan incelemede, genel olarak anket bölümleri fakir olup hastaların verilen yanıtları geliştiremedikleri dikkat çekmiştir. Böylesi bir tablonun genel olarak grupta işlemsel düşünce özelliğine işaret edebileceği düşünülmektedir. Bu konuda protokollerde saptanan bazı örnekler şu şekildedir:

Serkan, 19 yaşında. (Kart IX'da anket bölümüne verilen yanıt); “... Bir farklılık yok. Pek de bir şeye benzemiyor açıkçası. ...”

Esra, 33 yaşında. (Kart VII-anket bölümünde verilen yanıt); “... Buna anlam veremedim. ...”

Sibel, 57 yaşında. (Kart I-anket bölümünde verilen yanıt); “Net bir şey çıkartamadım. ...”

Örneklerde kişilerin anket bölümüne yanıt veremedikleri görülmektedir.

Yasemin, 62 yaşında. (Kart II'ye verilen yanıt); “Sanki bu *Hacivat*'la-*Karagöz* gibi geldi bana. Biri *Hacivat*, biri *Karagöz* gibi. Şapkaları var ya. Şöyle şurası elleri gibi sanki. Öyle yani.” (Kart II-anket bölümünde verilen yanıt); “Onlar da öyle eğik durur ya; ufak tefektirler... Oturmuş şekilde... Şapka, gözleri, ağzı... Dizleri, bedeni.”

Sibel, 57 yaşında. (Kart I'e verilen yanıt); “Neye mi benziyor? *Böcek resmi*. Biraz kelebeği anımsattı. Kuşa da benziyor. O kadar.” (Kart I-anket bölümünde verilen yanıt); “Net bir şey çıkartamadım. Böcek dediğim kelebeği anımsattı. Kelebek kanatları.... Kuşun ayakları.”

Bu örneklerde ise hastaların testin anket bölümünde yeni yanıtlar veremedikleri görülmektedir.

Rorschach testinin anket bölümünde, farklı yanıtların verilebilmesi arzu edilen bir durum olmakla birlikte, ele aldığımız 12 kişilik alopesi hasta grubunda bu durum oldukça nadir şekilde gözlenmiştir.

Özetle 12 katılımcıdan oluşan AA grubunun Rorschach testinde anket yanıtlarının genel olarak yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Bu durum işlemsel düşüncenin varlığına bir işaret olarak değerlendirilmektedir.

4.4.1.2. Kinestezi (K/Hareket) Yanıtlarındaki Yetersizlik

Protokollerde K yanıtlarının yetersiz oluşu da katılımcılardaki işlemsel düşüncenin varlığını gösterebilecek değişkenlerden biridir.

K yanıtları dış dünya ile bağlantı kurma ve kişinin kendi içsel yaşantısı ile dış dünya arasında ekleme kapasitesi hakkında bilgi verir.

K yanıtları kişinin entelektüel düzeyi ile yakından ilgilidir. Bireyin içselleştirme kapasitesi hakkında da bilgi verir. Şöyle ki; kişi bir nesneyi algılar, ardından onunla özdeşleşir. K yanıtları verirken kişi, özetle, sadece gördüğü ile yetinmemektedir; iç dünyasından gelen uyarıları da aktarmaktadır. Tüm bu tablo orijinal ve zengin bilişsel süreçlere işaret eder.

K yanıtlarının çocuk protokollerinde az sayıda olması çocuğun bulunduğu gelişim basamağı itibarıyla entelektüel ve afektif kapasitesine ilişkin olarak değerlendirilir.

Kart I, Kart II, Kart III ve Kart VII'nin hareket yanıtlarına özellikle olanak tanıdığı üzerinde durulur.

Protokollerde K yanıtlarının hiç olmaması, kişinin iç dünyasının yaratıcı olmadığına ve bilişsel süreçlerinin fakirliğine işaret edebilir. Kişi nesnel kalma uğruna sadece gördüklerini açıklama yoluna gidiyor olabilir; böylece kişi defansif bir tutum takınıyor olabilir (İkiz, 2017).

12 katılımcının bahsi geçen kartlara hareket yanıtı verip vermemelerine ilişkin durumları şu şekilde özetlenebilir:

Kart I: Kart I'e verilen tepkiler, hareket yanıtları açısından incelendiğinde, 12 katılımcıdan yarısı hareket yanıtı verememiştir; 4 katılımcı ise hareket yanıtı verebilmiştir; kalan 2 kişinin verdiği yanıtlar ise pasif hareket olarak değerlendirilebilir. Yanıt örnekleri şu şekildedir:

Onur, 23 yaşında. (Kart I'e verilen yanıt); *“Bu arı. Arıya benziyor işte. Arı ile kelebeğin birleşimi gibi. Çünkü kanatlar çok geniş. Bu kadar.”*

Katılımcının kinestezi yanıtı veremediği görülmektedir.

Ayşe, 28 yaşında. (Kart I'e verilen yanıt); *“Uzak bir dağın arkasında iki insan el sallıyor gibi, iki insanın eli var gibi. Kafası, elleri var gibi arkadan.”*

Katılımcı kinestezi yanıtı verebilmiştir.

Kart II: Kart II'ye verilen tepkiler, hareket yanıtları açısından incelendiğinde, 12 katılımcıdan 7'si hareket yanıtı verememiştir; 4 katılımcı ise hareket yanıtı verebilmiştir; kalan 1 kişinin verdiği yanıt ise pasif hareket olarak değerlendirilebilir. Yanıt örnekleri şu şekildedir:

Onur, 23 yaşında. (Kart II'ye verilen yanıt); *“Aynı kelebek veya arı. Bu sefer daha belirgin yani bacakları falan var. Daha renkli yani. Bu kadar.”*

Katılımcının kinestezi yanıtı veremediği görülmektedir.

Dilek, 28 yaşında. (Kart II'ye verilen yanıt); *“Hani ikisi ellerini birleştirmiş; sanki çak derlermiş gibi. Değişik.”*

Katılımcı kinestezi yanıtı verebilmiştir.

Kart III: Kart III'e verilen tepkiler, hareket yanıtları açısından incelendiğinde, 12 katılımcıdan 2'si hareket yanıtı verememiştir; 7 katılımcı ise hareket yanıtı verebilmiştir; kalan 3 kişinin verdiği yanıtlar ise pasif hareket olarak değerlendirilebilir. Yanıt örnekleri şu şekildedir:

Onur, 23 yaşında. (Kart III'e verilen yanıt); *“Bu karınca. Bi de simetrik. Nasıl diyim; şöyle ikiye böldüğümüzde birbirinin simetrisi oluyor. Bu kadar.”*

Katılımcının kinestezi yanıtı veremediği görülmektedir.

Ali, 22 yaşında. (Kart III'e verilen yanıt); *“Diğer ikisi sanki bir şey tutuyorlar gibi.”*

Katılımcı kinestezi yanıtı verebilmiştir.

Kart VII: Kart VII'ye verilen tepkiler, hareket yanıtları açısından incelendiğinde, 12 katılımcıdan 6'sı hareket yanıtı verememiştir; 4 katılımcı ise hareket

yanıtı verebilmiştir; kalan 2 kişinin verdiği yanıtlar ise pasif hareket olarak değerlendirilebilir. Yanıt örnekleri şu şekildedir:

Sibel, 57 yaşında. (Kart VII'ye verilen yanıt); *“Neye benziyor? ... Bunlar da sanki çocuk resmi. ... Oyuncak resmi gibi. Şurda saçı. Şura vücudu. Kafası yani. Karşılıklı iki tane. Öyle. Karşılıklı bir oyuncak resmi gibi; ikisi de aynı.”*

Katılımcının kinestezi yanıtı veremediği görülmektedir.

Serkan, 19 yaşında. (Kart VII'ye verilen yanıt); *“Hocam burada iki farklı yüz görünüyor; aynı şekilde aynı yüzden üstte de görünüyor ama **bağırıyor, haykırıyor** gibi üstteki.”*

Katılımcı kinestezi yanıtı verebilmiştir.

Sonuç olarak, Kart I, Kart II, Kart III ve Kart VII'ye verilen yanıtlar değerlendirildiğinde, tepkilerin **en az** %43,75'inde kinestezi yanıtının verilemediği görülmüştür. Öte yandan %39,58'inde ise kinestezi yanıtının verilebildiği görülmüştür.

4.4.1.3. Form (F/Biçim) Yanıtlarının Fazlalığı

F yanıtlarına ilişkin olarak, yönergede testör tarafından katılımcıya “bu ne olabilir?” sorusunun sorulması akabinde kişinin algısal dünyası harekete geçirilir. Test malzemesini algılayan kişi, bunlara anlamlar verir ve mürekkep lekelerini bilindik şekillere çevirir.

F yanıtları ilk olarak Klopfer tarafından yüzdelere vurularak anlamlandırılmıştır. Bir protokolda %70-75 arası bulunması beklenmektedir (İkiz, 2013).

F'ler Freud'un gerçeklik ilkesine göre yapılandırılmıştır. Yaşla birlikte gelişen gerçeklik ilkesi, Rorschach testinde algısal, somut ve gerçek nesneleri kişinin testöre verebilmesi şeklinde görülmektedir (a.g.e.).

F yanıtlarının (olumlu) F+ ve (olumsuz) F- olmak üzere iki tipi bulunmaktadır. F+ yanıtları genel olarak toplumda birçok kişi tarafından verilen yanıtlara işaret etmektedir. F- yanıtları ise kişinin doğru karar verememesi, kendisini kontrolsüz şekilde

uyaranların egemenliğine bırakması, gördüklerine toplumun ondan beklediği yanıtlar yerine keyfi çıkarımlarda bulunduğu gibi anlamlara gelmektedir (a.g.e.).

F yanıtlarının yetersiz oluşu, kişide gerçeklik ilkesinin çalışmasına ilişkin sorunlar olduğunu bize düşündürebilecektir. Bu durum aynı zamanda kişinin dış dünyadan gelen uyaranlara karşı ilgi ve merakının az olduğunu da bize gösterebilir (a.g.e.).

Tamamen gerçeklik ilkesinde yaşayan ve savunma sistemleri katı olan, fantezi ve hayal gücüne imkan tanımayan yapılarda F yanıtlarının fazla olabileceği belirtilmiştir. Özetle F yanıtlarının fazlalığı, içsel dünyanın fakir olduğuna, tasvire dayalı, sürekli algıladığı gerçekle yaşayan ve somuttan soyuta geçemeyen kişilerdeki fakirleşmiş bir içsel dünya ve işlemsel düşünceye işaret etmektedir. Monoton ve kendini tekrarlayan şekildeki düşünce biçimi, fantezi kapasitesinin zayıflığına işaret etmektedir. Bu durumun önbilincin yeterince çalışmamasına bağlı olarak ruhsal aygıtın her tür düşünceyi bilinçdışına iterek kapalı bir sistem ile savunmalar oluşturmasıyla veya düşüncenin somut seviyede gerçek, günlük, somut yaşanması ile ilgili olduğu belirtilmektedir.

Rorschach testinde F yüzdesinin yüksek olması, kişide spontan olma eksikliğine, kendini gösterme korkusuna, ketlenme duygularının yüksekliğine işaret etmektedir (İkiz, 2017).

Yapılan incelemede, çalışılan grupta F+ yüzdesinin %70-75 aralığını geçmediği anlaşılmıştır. O nedenle bu grupta, grup ortalaması açısından F+ yüzdesinin yüksek çıkmadığı belirtilebilir.

4.4.1.4. Renk (C) Yanıtlarının Eksikliği

Renk yanıtları daha önce Tablo 3-1'de gösterildiği üzere, kişinin duygusal ve dürtüsel dünyası ile nasıl baş ettiğine dair bilgi verir. Kişiliğin duygusal boyutunu gösterir. Renk yanıtlarının eksikliği, işlemsel düşünceyi akla getirebilir. Bu bağlamda, çalışmada katılımcıların özellikle VIII, IX ve X. Kartlardaki renk yanıtları da incelenmiştir. Çünkü bu kartlar, renkli yapıda olmaları ile birlikte renk yanıtlarının verilmesinin de beklendiği kartlardır.

Kart VIII: Kart VIII'e verilen yanıtlar incelendiğinde, 12 katılımcıdan 5 kişi renk yanıtı verememiştir; 4 kişi ise kesin şekilde renk yanıtı verebilmiştir. Yanıt örnekleri şu şekildedir:

Ali, 22 yaşında. (Kart VIII'e verilen yanıt); *“Hocam burada iki farklı hayvan görünüyor. İkisi de bir yere doğru çıkmaya çalışıyor.”*

Bu yanıtta, katılımcının renk yanıtı veremediği görülmektedir.

Burak, 24 yaşında. (Kart VIII'e verilen yanıt); *“Büyük bir renk cümbüşü var. ... Şunlar kunduz, hayvan da. Yeşillik, orman, ağaç, çimen gibi. Bir ormanda yürüyor gibi. Bir şeyi yakalıyor ya da tutmuş koparmaya, parçalamaya çalışıyorlar. Dağın eteği gibi. Ormanlık bir alan.”*

Bu yanıt örneğinde ise katılımcı renk yanıtı verebilmiştir.

Kart IX: Kart IX'a verilen yanıtlar incelendiğinde, 12 katılımcıdan 4 kişi renk yanıtı verememiştir; 6 kişi ise renk yanıtı verebilmiştir. Yanıt örnekleri şu şekildedir:

Onur, 23 yaşında. (Kart IX'a verilen yanıt); *“Simetrik parçalar. (Ters çeviriyor). Sinek oluyor. Bu kadar. Sinek. Simetrik gene tekrar.”*

Katılımcının renk yanıtı veremediği görülmektedir.

Esra, 33 yaşında. (Kart IX'a verilen yanıt); *“Pembe kısım da bebek gibi geldi bana.”*

Bu örnekte ise katılımcı renk yanıtı verebilmiştir.

Kart X: Kart X'a verilen yanıtlar incelendiğinde, 12 katılımcıdan 6 kişi renk yanıtı verememiştir; 6 kişi ise renk yanıtı verebilmiştir. Yanıt örnekleri şu şekildedir:

Ali, 22 yaşında. (Kart X'a verilen yanıt); *“Hocam iki aynı şey, iki bütün şeyi parçalamışlar gibi görünüyor.”*

Bu yanıt örneğinde, katılımcının renk yanıtı veremediği görülmektedir.

Esra, 33 yaşında. (Kart X'a verilen yanıt); *“Bir sürü hayvan var; yengeç, akrep var. Şunlar fare gibi. Yani hepsi saldırıyor ama şu sarı şeyler onu koruyor gibi.”*

Bu örnekte ise katılımcı renk yanıtı verebilmiştir.

Sonuç olarak, Kart VIII, Kart IX ve Kart X'a verilen yanıtlar değerlendirildiğinde, tepkilerin **en az** 41,66'sında renk yanıtının verilemediği görülmüştür. Öte yandan tepkilerin %44,44'ünde ise renk yanıtının verilebildiği görülmüştür.

4.4.1.5. Nesne İlişkilerine Gönderme Yapan Yanıtların Eksikliği

Rorschach testinde işlemsel düşüncenin varlığına işaret eden diğer bir durum da, nesne ilişkisinin verilmesinin beklendiği Kart II ve Kart III'e nesne ilişkilerinin verilememesidir. Katılımcıların Kart II ve Kart III'te nesne ilişkilerine gönderme yapan yanıtlarına ilişkin bulgular şu şekildedir:

Kart II: Kart II'ye verilen yanıtlar nesne ilişkileri açısından incelendiğinde; 12 katılımcıdan 4'ü Kart II'ye hiçbir şekilde nesne ilişkisi verememiştir; 4'ü ise nesne ilişkisi verebilmiştir; geriye kalan 4 katılımcının ise hareket yüklemekten nesne ilişkisi verdiği anlaşılmaktadır. Yanıt örnekleri şu şekildedir:

Onur, 23 yaşında. (Kart II'ye verilen yanıt); *“Aynı kelebek veya arı. Bu sefer daha belirgin yani bacakları falan var. Daha renkli yani. Bu kadar.”*

Katılımcının nesne ilişkisi veremediği görülmektedir.

Dilek, 28 yaşında. (Kart II'ye verilen yanıt); *“Hani ikisi ellerini birleştirmiş; sanki çak derlermiş gibi. Değişik.”*

Esra, 33 yaşında. (Kart II'ye verilen yanıt); *“Yani böyle bir kötülük, bir şey kutluyorlar gibi, el tokuşturuyorlar gibi geldi bana.”*

Verilen yanıtlarda öznenin belli olmadığı görülmektedir. Bu durum özdeşimsel bir sorunsala işaret ediyor görünmektedir.

Yasemin, 62 yaşında. (Kart II'ye verilen yanıt); *“Sanki bu Hacivat’la-Karagöz gibi geldi bana. Biri Hacivat-biri Karagöz gibi. Şapkaları var ya. Şöyle şurası elleri gibi sanki. Öyle yani.”*

Bu yanıt, hareket yüklemenden nesne ilişkisi verilmesine bir örnek olarak görülebilir. Ek olarak kişinin kullandığı nesne temsiliinin Hacivat-Karagöz gibi hayali nesneler olduğu, kişinin gerçek bir insan figürü veremediği görülmektedir.

Kart III: Kart III’e verilen yanıtlar nesne ilişkileri açısından incelendiğinde 12 katılımcıdan 2 kişi hiçbir şekilde nesne ilişkisi vermemiştir; 6 kişi ise nesne ilişkisi verebilmiştir; geriye kalan 4 kişinin ise hareket yüklemenden nesne ilişkisi verebildiği gözlenmiştir. Yanıt örnekleri şu şekildedir:

Onur, 23 yaşında. (Kart III’e verilen yanıt); *“Bu karınca. Bi de simetrik. Nasıl diyim; şöyle ikiye böldüğümüzde birbirinin simetrisi oluyor. Bu kadar.”*

Katılımcının nesne ilişkisi veremediği görülmektedir.

Serkan, 19 yaşında. (Kart III’e verilen yanıt); *“Biraz saçma olacak ama sanki 2 tane kadın bir yerde bir şeyler yıkıyorlarmış gibi. Ortada da sanki su birikintisi var. O kadar.”*

Bu örnekte ise katılımcı nesne ilişkisi verebilmiştir.

Metin, 25 yaşında. (Kart III’e verilen yanıt); *“Oooo; çok değişik. Ruh gibi bir şey çıktı. ... Kızılderili kafası gibi, kafalar; 2 tane var. Siyahi kızıl derili.”*

Bu yanıt, hareket yüklemenden nesne ilişkisi verilmesine bir örnek olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak, Kart II ve Kart III'e verilen yanıtlar değerlendirildiğinde, tepkilerin en az %25'inde nesne ilişkisinin verilemediği görülmüştür. Öte yandan %41,66'sında ise nesne ilişkisinin verilebildiği görülmüştür.

4.4.1.6. İşlemsel Düşünceyi Çağrıştıran Diğer Yanıtlar

Protokollerde işlemsel düşünceye ve zihinselleştirmede yetersizliğe işaret eden diğer yanıtlar şu şekildedir:

Ali, 22 yaşında. (Kart III'e verilen yanıt); *“Bu papyona benziyor. Diğer ikisi sanki bir şey tutuyorlar gibi. Bir şey türetemedim hocam bununla.”*

Ali, 22 yaşında. (Kart VI'ya verilen yanıt); *“Şu kısmı insan düzüne benziyor.”* (Teşvik edilince...) *“Kartın kısmı var ya.”*

Bu örnekte kişinin başlangıçta “insan düzü” dediği; uygun kelimeye (“karm”) ise ancak teşvikle ulaşabildiği görülmüştür. Bu durum önbilincin çalıştırılmasına ilişkin bir örnek olarak görülebilir.

Gökhan, 22 yaşında. (Kart VI'ya verilen yanıt); *“Bir yaprak. Başka bir şey göremiyorum. Bu çok basit geldi.”*

Bu yanıtında kişinin verdiği tek yanıtla ilişkin herhangi bir sıfat kullanmadığı ya da detaylandırma yapamadığı görülmektedir.

Serkan, 19 yaşında. (Kart II'ye verilen yanıt); *“Her kart için yorum yapmak zorunda mıyım? Pek bir şeye benzetemedim. Pek yorum yapamıyım. Pek bir şey anımsatmadı.”* (Kart II daha sonra yeniden sorulduğunda); *“Burda bir çalışma var; kopyası birbirinin ama ne olarak söze dökülebiliriz; pek emin değilim. Belki hayal gücüm daha geniş olsaydı, bir şeylere benzetebilirdim. Bu kadar yani.”*

Karta ilk seferde herhangi bir yanıt veremeyen katılımcı, yeniden sorulduğunda, işlemsel düşünceyi tarif eder nitelikte bir yanıt vermiştir. Bu kişinin diğer yanıtlarında da işlemsel düşünce özellikleri kolaylıkla görülebilmektedir:

Serkan, 19 yaşında. (Kart I'e verilen yanıt); “... Bence yarasaya benziyor. Ekstra bir şey yok.”

Serkan, 19 yaşında. (Kart VII'ye verilen yanıt); “Buna bir yorumum yok ya. Bir şeye benzetemedim. Şöyle çevirince iki tane figür var gibi ama neye benzediğini pek çıkaramadım.”

Dilek, 28 yaşında. (Kart II'ye verilen yanıt); “Ben bu tür şeyleri zaten pek bir şeye benzetemem.”

Kişinin genel durumuyla ilgili işlemsel düşünce özelliği ve zihinselleştirmede yetersizliğe ilişkin sayılabilecek bir değerlendirme yapmaya çalışıldığı görülmektedir.

Dilek, 28 yaşında. (Kart VI'ya verilen yanıt); “... Bir şeye benzetemedim, komple bakınca. Sanki put gibi, puta benziyor. Şu kısmını benzettim ama burayı benzetemedim. Bu kadar.”

Esra, 33 yaşında. (Kart III'e verilen yanıt); “... Yani bu kadar. Şu ortadakine de bir anlam veremedim.”

Merve, 48 yaşında. (Kart III'e verilen yanıt); “... Bir şey söylemek istiyorlar da; neyi? Tam şey yapamadım hocam. O kadar hocam.”

Merve, 48 yaşında. (Kart IV'e verilen yanıt); “... Hayvan postuna benzettim. Çıkıyor.”

Merve, 48 yaşında. (Kart VI'ya verilen yanıt); “Hiçbir şeye benzetemedim hocam... Benzetemedim. Bostana takılıyordu; bostanları kargalar delmesin diye; korkuluk gibi bir şey.”

Merve, 48 yaşında. (Kart VII'ye verilen yanıt); “Kolye mi hocam? Başka bir şey yapamıyorum; kolye.”

Merve, 48 yaşında. (Kart IX'a verilen yanıt); “Şey yapamadım hocam bunda. Üç renkten oluşan... Onun haricinde bir şey diyemiycem hocam.”

Sibel, 57 yaşında. (Kart III'e verilen yanıt); “Bir şeye benzetemedim. Sanki bisiklete binen... bisiklet de yok. ... Bir şeye benzetemedim. Şu bir el resmi gibi görünüyor. El mi, ayak mı? Benzetemedim. Bir şey çıkaramadım.”

Sibel, 57 yaşında. (Kart IV'e verilen yanıt); “Senin verdiği kartlardan da hiçbir anlam çıkmıyor ki!”

Bu katılımcının diğer yanıtlarında da temsil vermekte sıklıkla zorlandığı görülmüştür. Katılımcı “Sen de öyle bir şeyler şey yapıyorsun ki; **hiçbir şeye benzemiyor.**”, “**Hiçbir şeye benzetemedim bunu...Benzetemedim bir şeye.**”, “Neye benziyor?”, “**Hiçbir anlam çıkaramadım bundan... Başka bir şeye benzetemedim**” gibi ifadeleri sıklıkla kullanmıştır.

Yasemin, 62 yaşında. (Kart V'e verilen yanıt); “... Tavus kuşları da böyle açar ya... Öyle; bir şeye benzetemedim... O kadar.”

Verilen tüm örnekler alopesi grubunda işlemsel düşünce özelliklerine işaret eder niteliktedir.

4.4.2. Rorschach Testinde Deri Yanıtları

Hipotezlerde olmamakla beraber alopesi areatada saç ve dolayısıyla deri bölgesi etkilenmiş olduğu için Rorschach testinde deriye yönelik algılar önemli görülebilir.

Bununla birlikte, bu konuda tartışmalar olsa bile, Christophe Dejours'ün psikosomatik hastalıklarda organ seçiminin anlamlı olduğu düşüncesine atfen de Rorschach testinde deri yanıtlarını ele almak önemli sayılabilir.

İlk dönemdeki birtakım eksiklikler ya da duyarlılıkların Rorschach testinde kendisini “deri” yanıtları ile ortaya koyduğu belirtilmektedir (İkiz, 2017).

Sınır kişiliklerin daha iyi anlaşılması açısından da bu tür yanıtlara dikkat çekilmektedir. Özellikle çocuğun erken dönem ilişkilerinde benlik beden yüzeyindeki deneyimlerle tanımlanmaktadır. Deri, bedeni kapsayan bir “zarf” olarak, çocuğu dış dünyadan korumakta, aynı zamanda da kendisi dışındaki her türlü nesne ve uyarının da ilk karşılayıcısıdır. Anne ile yeterince sağlanamamış destek nedeniyle bu alanda çeşitli eksiklikler oluşabilmektedir.

Rorschach testinde deri yanıtlarına örnekler şu şekildedir: “*elbise, kıyafet, tül, manto*” gibi dıştan giyilen nesneler ve üstlerindeki koruyucu kılıfları ile birlikte “*yengeç, kaplumbağa, istiridye*” gibi kabuklu hayvanlar. Bu tip yanıtlarda kullanılan sıfatlar da deri-benliğin koruyucu bir rolü yeterince yerine getirip getiremediği konusunda bilgi verebilir. Sözgelimi; “*yırtılmış elbise, derisi çıkarılan yılan*” gibi yanıtlar, narsisistik eksikliklere işaret etmektedir. Özetle deriye ilişkin yanıtlar dış dünyadan gelen heyecanlardan kişinin kendini koruyup-koruyamayacağına dair kapasitesi hakkında bilgiler verecektir (İkiz, 2017).

İncelenen Rorschach prokollerinde deri-benliğe dair hassasiyeti akla getirebilecek bir örnek şu şekildedir:

Burak, 24 yaşında. (Kart IV’e verilen yanıt); “...Bir hayvanın *kürkü* gibi olabilir. *Pelerin* ya da *kürk* olabilir. Kanatları falan var... Ayakları falan. O da *kürkü üstüne giymiş*. Arkadan çekilmiş gibi...” **(Kart IV-anket bölümünde verilen yanıt);** “*Kanatları parçalanmış, yırtılmış olabilir... Pençeleri, hatta parçalanmış kürk, pelerin gibi...*”

Deri ve saça ilişkin saptanmış diğer örnekler şu şekildedir:

Onur, 23 yaşında. (Kart VI’ya verilen yanıt); “*Hayvan postuna benzettim. ... Tamamı, bütünü post. Kemiksiz bir deri yani.*”

Merve, 48 yaşında. (Kart IV'e verilen yanıt); “Eskiden bizim **hayvan postu** vardı. Hayvan postuna benzettim. ... Eskiden babannemin namazlık gibi kullandığımız postu anımsattı. Böyle.”

Esra, 33 yaşında. (Kart VI'ya verilen yanıt); “Şurda alt kısmı bir gelin gibi. Fakat kafası, bir erkek kafası gibi. Yani yüzü, kafası **sakallı, bıyıklı** bir erkek ama alt kısmı gelini anımsattı. ... Bir erkek; yüzü, **bıyıkları, sakalı** olan. Fakat alt kısım bir **gelinliği** anımsattı.”

Deri ve saç göndermede bulunulan yukarıdaki yanıtta ruhsal biseksüalitenin izleri de görülmektedir.

Esra, 33 yaşında. (Kart VII'ye verilen yanıt); “**Saçını** toplamış buradan ikisi de. **Kuyrukları.**”

Sibel, 57 yaşında. (Kart VII'ye verilen yanıt); “Bunlar da sanki çocuk resmi. Oyuncak resmi gibi. Şurda **saçı**. Şura vücudu. Kafası yani. Karşılıklı iki tane. Öyle. Karşılıklı bir oyuncak resmi gibi; ikisi de aynı.”

Ayşe, 28 yaşında. (Kart VI'ya verilen yanıt); “**Kaplumbağayı** da andırıyor; gövdesi, ayakları. Bu kadar.”

Esra, 33 yaşında. (Kart V'e verilen yanıt); “Yani şu ikisi anten gibi. Yani **salyangoz** gibi de geldi şu iki anten bana.”

Son iki yanıt örneğinde ise koruyucu kılıfları, kabukları olan iki hayvandan söz edilmiştir.

Takip eden bölümde araştırma bulgularına ilişkin sonuçlara değinilecek ve literature kapsamında tartışma yürütülecektir.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında hasta grubunda işlemsel düşünce/aleksitimi ile başa çıkma tutumları incelenmiştir.

Çalışmada literatür kısmının ilk bölümünde AA konusunda temel bilgilere yer verilmiştir. Bu çalışma, temelde hasta grubunun ruhsal özelliklerine odaklandığı için verilen bu kısım yeterli görülebilir. Detaylı bilgi için kaynakçada yer alan kaynaklar incelenebilir.

Kaynaklarda karşılaşılan ve hastalığın etiolojisinin tam olarak bilinemediği şeklindeki vurgu, hasta grubunun ruhsal özellikleri üzerine eğilmeyi önemli hale getirmektedir. O nedenle bu tip çalışmaların yapılması ve desteklenmesi önemli görünmektedir.

Hasta grubunun güncel ruhsal problemlerinin tespiti açısından psikoloji/psikiyatri temelli araştırmaların yapılması, bu hasta grubunun hastalık ile mücadele ederken desteklenmeleri anlamına gelecektir.

AA gibi deri hastalıklarının anlaşılmasında ürettiği kavramlarla birlikte psikanalitik psikopatoloji alanı, hem hastaların daha iyi anlaşılmasında, hem de psikosomatik tıp, konsültasyon-liyezon psikiyatrisi, psikodermatoloji gibi deri hastalıkları ile ruhsallık ilişkilerini de araştıran diğer alanlara da çeşitli katkılar sağlayabilir.

Paris Psikosomatik Okulu'nun psikosomatik hastalıklar konusundaki araştırmaları son derece önemli görünmektedir. Okulun üzerine çalıştığı kavramsallaştırmalar ile Marty ve ark.'nın kullandığı *psikosomatik soruşturma* yöntemi dikkate değer görünmektedir.

Bu tez çalışmasında temel konulardan biri işlemsel düşünce olmuştur. Marty'nin geliştirdiği bu kavram ile kavrama ilişkin özellikler, bu çalışmada, hastaların özellikle Rorschach testi bulgularına ve klinik görüşme bulgularına göre saptanmaya çalışılmıştır. Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin kullanımıyla birlikte aleksitimi durumunun incelenmesi de işlemsel düşünce tespitini tamamlar nitelikte görülebilir.

Bu noktada, işlemsel düşünce ve aleksitimi kavramları ile ilgili söz konusu olabilecek bir ayrıma vurgu yapmak yerinde olabilir. McWilliams'a (2016) göre, psikanalitik teoriler kişilik özelliklerinin değil, dinamik etkileşimlerin üzerinde durmaktadır. Hareket halindeki örüntülerin değerlendirilmesi karaktere ilişkin analitik görüşleri daha zengin kılmaktadır. DSM gibi sınıflandırma ve değerlendirme araçlarında yer alan statik özellik listelerinde ise bu tip bir zenginlik bulunamamaktadır. Bu açıklamaya göre, aleksitiminin objektif bir ölçek olan Toronto Aleksitimi Ölçeği ile değerlendirilmesine karşın işlemsel düşüncenin Rorschach testi ile ve psikanalitik kuramla yorumlanmasının karaktere ve ruhsal işleyişe ilişkin daha zengin sonuçlar vereceği düşünülebilir. Öte yandan bilişsel davranışçı ekolle çalışan klinisyenler açısından -özellikle psikosomatik hastalarla çalışma durumunda, aleksitiminin değerlendirilebilmesi açısından TAÖ faydalı bir ölçüm aracı olabilir. Aleksitimi kavramı da psikoterapistler tarafından danışanlarını değerlendirirken kullanacakları psikolojik parametrelerden biri olabilir.

Çalışmada kısmen literatürde alopesi areata ile ilgili olan aleksitimi konulu çalışmalara yer verilmeye çalışılmıştır. Tarafımızca yapılan çalışma ile bu araştırmalara bir yenisi daha eklenmektedir.

Klinikte psikosomatik hastalarla çalışırken nesnesiz depresyon/temel depresyon belirtilerine dikkat edilmelidir. Bu noktada psikosomatik hasta grubuyla çalışırken dikkat edilmesi gereken bir husus da “*negatifin rolü*” olabilir. Söz konusu hastaların psikanalitik tedavi süresince analistte alışıldık olmayan bir temsil ve düşünce aktivitesi uyandırdıklarını; sanki analistin hastası yerine çalışmak zorunda olduğunu söyleyen Smadja, bu durum için “sessizliğin klinik tedavisi” ifadesini öne sürer. Sessizliğin klinik tedavisi, aslında negatifin klinik tedavisidir. Smadja'ya göre, temel depresyon ile somut düşünce, sessizliğin klinik tedavisinin merkezinde yer almaktadır (Smadja, 2004).

Önbilincin zihinselleştirmede merkezi bir kavram olduğu üzerinde durulmuştur. Diğer bir deyişle, zihinselleştirmede, R. Rousillon'un birincil sembolizasyon ile kastettiği bilinçdışındaki şeylerin temsilleri ile ikincil sembolizasyon ile kastedilen ve bilinç düzeyindeki kelime temsillerini birleştirme (İkiz, 2012), koruma kalkanı olarak heyecanları karşılayabilme, benliği koruma gibi işlevleri olan önbilincin kapasitesi önemlidir. Kişilerin analize alınmalarını belirleyen unsurlardan birinin de bu kapasite olduğu belirtilebilmektedir. Önbilincin uyarım kalkanı olmadığı durumlarda ruhsal

kapasite yetersizliğinin somatik şikayetlerle neticelenebileceği üzerinde durulabilmektedir. Özetle, çalıştığımız grupta rüya kapasitesinin sınırlılığı, temsillerdeki yetersizlikler, kendi ruhsallığı ile hastalık arasında ilişki kurulamaması gibi özellikler, bu hasta grubunda önbilincin yetersiz çalışmasını akla getirmiştir.

Özellikle Rorschach testinde işlemsel düşünceye ilişkin bulgular, ele aldığımız AA hastalarındaki zihinselleştirmedeki sorunsallara işaret eder niteliktedir.

Yaya (2015) tarafından bir alopesi totalis vakası üzerine yapılmış olan çalışmada, hastanın Rorschach testi bulgularında, öteki ile sınırlarda iç içe geçme, ayrışmanın imkansızlığına ilişkin düşlemsel bilgiler, *alerjik nesne ilişkisini* çağrıştıran türden nesne ilişkileri problematiği tespit edilmiştir. Bizim yaptığımız incelemede de bazı vakalardaki Rorschach testi bulguları ayrışma-bireyleşme konusunda potansiyel zorlukları akla getirmiştir. Bireydeki ayrışmama sorunsalına işaret eden Rorschach testi yanıtları, psikanalitik psikopatolojinin önemli kavramlarından biri olan alerjik-nesne ilişkisini akla getirmiştir. Bu nedenle daha sonra AA grubunda Rorschach testi ile yapılacak olan çalışmalarda alerjik nesne ilişkilerine de bakılabilir.

Saç ve saça ilişkin hastalıklar temelde deri organı ile ilgilidir. O nedenle, bu çalışmada detaylı şekilde ele alınmamış olsa bile, Didier Anzieu'nün *deri-ben* kavramsallaştırması AA hastaları ile çalışırken katkı sağlayabilir. Anzieu'nün bazı açıklamaları AA etiyojisine ilişkin olarak gözden geçirilebilir. Sözgelimi, Anzieu, birçok hastalık durumunda, bağışıklığa ilişkin savunma sisteminin, geçerli bir neden olmaksızın, kendi bedenine ya da organlara nakledilmiş yabancı organmış gibi saldırmak üzere harekete geçebildiğinden bahsetmiştir. Anzieu, bu tip durumları, özbağışıklık görüngüleri olarak ele almaktadır. Yani canlı organizma bağışıklık tepkisini kendi kendine karşı yöneltmektedir. Hücre ordusu, normal şartlarda, biyologların kendilik-olmayan dedikleri yabancı dokuları kovmak üzere kurulmuştur. Ne var ki, sağlıklı durumda kendiliğe saygılı olsa da, bazı zamanlarda ona saldıracak kadar kör de olabilmektedir (Anzieu, 2008). Anzieu'nün bu açıklamaları, kişinin kendi savunma hücrelerinin vücudundaki hücreleri yabancı görüp saldırması şeklinde açıklanabilen AA tanımı çağrıştırmaktadır (Türk Dermatoloji Derneği Hasta Bilgilendirme Broşürü). Benzer bir tanıma göre, AA'da, kıl folikülleri, bağışıklık sistemince organizmaya ait olarak tanınmamakta, yabancı olarak algılanarak reddedilmektedir. Bu durum *otoimmünite* olarak tanımlanmaktadır. Bu duruma neyin

neden olduğu ise bilinmemektedir (Uludağ Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Alopesi Areata broşürü, 2012).

Kıl ve saçların bütünüyle dökülmesi riskini bünyesinde taşıyan AA hastalığının, özellikle alopesi universalis formunun bireylerin öznellikleri açısından bir tehdit algısı oluşturabileceği düşünülebilir. Bu durum Didier Anzieu'nün deri-ben'in işlevleri arasında saydığı “bireyleşme” işlevi ile ilgili görünmektedir. Bu işleve ilişkin bir anımsatma yapılacak olursa; insan derisi rengiyle, dokusuyla, kokusuyla, pütürleriyle önemli bireysel farklılıkları taşır. Bu tip farklılıklara hem narsisistik olarak, hem de toplumsal olarak artı yatırım da yapılmış olabilir ve bunlar bireyin kendisini, kişisel derisine sahip bir birey olarak ifade etmesine izin vermektedir. Böylece deri-ben, kendiliğe biricik bir varlık olma duygusu ile kendiliğin bireyleşmesi işlevini sağlamaktadır (Anzieu, 2008; Duman, 2009; Anzieu, 2010; Tarçın, 2015). Bu bağlamda, AA durumunda hastaların dış görünüşlerine ilişkin olarak peruk kullanmak, kaş dövmesi yaptırmak gibi bireyselliklerini ön plana çıkarmaya dönük davranışlar geliştirebildikleri görülmektedir. Bunun yanı sıra kimi vakalarda, özellikle erkek hastalar arasında saçsızlığın da kapsandığı şekilde fiziksel/dış görünüşe ilişkin farklı tarzların geliştirilmeye çalışılması da bireyleşme işlevine ilişkin sayılabilir. Bu noktada sözgelimi saçların dökülmesine ilişkin verilen tepkilerde cinsiyetler arasında farklılaşma olabilir. Sonraki çalışmalarda bu konu da incelenebilir.

Kırpık dökülmesinin olduğu durumlarda gözün toz gibi dış etkenlere karşı korunmasının azalması nedeniyle konjunktivit (göz küresini dıştan ve göz kapağını içten saran ince ve saydam bir doku olan konjunktivanın iltihaplanması) ya da korneal abrazyonlar (çizik, sıyrılma veya kesik) oluşabildiği belirtilmiştir (Baykal, 2012). Bu bilgiye istinaden saç ve kılların koruyucu işlevine dikkat çekilebilir. Bu bağlamda, AA durumunda da bu koruyucu işlevde sorunlar olabileceği akla gelebilir.

Çalışmanın yöntemi konusunda şu noktalara değinilebilir:

Çalışma büyük oranda niteliksel bir desenle takip edilmiştir. Buna ek olarak, 12 kişilik hasta grubuna uygulanan Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'ne ilişkin betimleyici istatistik bulgularına grup özelliklerini daha iyi anlamak ve sonraki çalışmalarda diğer araştırmacıların faydalanabilmesi açısından yer verilmiştir.

Klinik görüşmeler, çalışmada önemli bir yer tutmaktadır. Klinik görüşme bulguları AA hastaları ile yapılacak olan sonraki çalışmalar açısından yararlı bulunabilir.

Katılımcıların afektif dünyalarının daha iyi anlaşılması ve özellikle psikosomatik bir grup olarak AA hastalarında işlemsel düşünce özelliklerinin incelenebilmesi açısından Rorschach testi çalışmada kullanılmıştır. Psikosomatik hasta grubuna projektif yöntemlerin uygulanması ile ilgili olarak önemli bir noktadan bahsetmek yerinde olabilir. Buna göre ne kadar çok hastalık varsa o kadar da çok ruhsal işleyiş söz konusudur. Önemli olan her psikopatolojide kişinin hastanabileceğini bilmek ve ruhsal işleyişi anlamaya çalışmaktır (İkiz, 2017).

Tanısal değerlendirmeye ilişkin literatürde iki temel eksen üzerinde durulmaktadır. Bir eksen, klinik gözlemi ön plana çıkaran, sınıflandırmacı, pragmatik, niceliksel, neo-kraepelinien görüşlerdir. Bu alanda Mayer-Gross, Slater ve Roth, Klerman, Skodol, Spitzer ve DSM dizileri örnek olarak verilmektedir. Diğer eksen ise bireysel deneyim ve söylem üzerinde durulmakta olup ruhsal hastalığı işlevsel bir perspektifte ele alan niteliksel görüş söz konusudur. Bu alana örnek olarak ise Freud, Bleuler gibi isimler verilmektedir (İkiz, 2002). Bu iki temel eksen dikkate alındığında, bu tez çalışmasında hem niceliksel, hem de niteliksel yöntemin kullanılmaya çalışıldığı düşünülebilir. Yöntem açısından günümüzde bazı araştırmalarda artık çok desenli araştırma yöntemlerinin kullanılabildiği belirtilebilmektedir. Araştırmacının çalışmada hem objektif ölçeklere yer vermesi, hem de projektif bir yöntem olarak Rorschach testi kullanımı ve hastaların söylemlerini incelemesi ile bu çalışmanın kısmen de olsa böylesi bir bakış açısı sergilemeye çalıştığı düşünülebilir.

Araştırmanın sosyo-demografik bulgularına ilişkin şu hususlar belirtilebilir:

Çalışmaya yetişkin AA hastalarının dahil edilmesi planlanmıştır. Bu doğrultuda 18 yaş üzeri hastalara ulaşılmıştır. 12 katılımcıdan 9'u 18-45 yaş aralığındadır. Kalan 3 kişi ise 45-62 yaş aralığındadır. Yaş aralığının geniş tutulmuş olması araştırmanın kısıtlılıklarından biridir. AA hastalarında yaş değişkeni açısından bazı tespitlere bakılacak olursa; AA hastalarında yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada, yaşın yaşam kalitesine etkisi olmadığı görülmüştür. Söz konusu çalışmaya göre, benzer şekilde cinsiyet ile hastalık süresinin de yaşam kalitesine etkisi olmadığı belirtilmiştir (Ceylan, t.y.).

Cinsiyet dağılımının yarı yarıya olması araştırma kapsamında dikkat edilen bir husus olmuştur. Anımsanacak olursa, AA'nın tüm yaş gruplarından, cinsiyetlerden ve etnik kökenlerden bireyleri eşit düzeyde etkilediği belirtilmiştir (Strazzula, 2018). Ek olarak, kadın ile erkek oranının genellikle eşit olduğu, bunun yanı sıra hafif şekilde kadın hasta sayısının daha fazla olduğu, ne var ki erkek hasta sayısı hakimiyetinin daha fazla olduğu belirtilen çalışmaların da söz konusu olduğu üzerinde durulmuştur (Polat, 2009). Bu gibi açılardan ötürü kısıtlı sayıda da olsa katılımcıların cinsiyet değişkeni açısından eşit dağılımı olumlu bir durum olarak görülebilir.

Çalışmaya katılan hastaların en az yarısı evlidir ya da ilişkisi mevcuttur. Bu bağlamda AA hastalarında medeni durum değişkeni açısından bir tespit; bekarlarda yaşam kalitesinin evlilere göre kötü yönde etkilendiği şeklindedir (Ceylan, t.y.). Bu durum hastalık durumunda ailenin sosyal destek imkanı sunması ile ilgili olabilir. Bizim yaptığımız çalışmada ise evli ve kadın bir AA hastası eşi ile ilişkisinde dış görünümüyle ilgili olarak duyduğu endişe ve olumsuz hisleri üzerinde durmuştur. Çalışmanın klinik görüşme aşamasında eşle/partnerle olan ilişkilerin yanısıra anne ve baba ile olan ilişkiler, kardeşlerle olan ilişkiler ve çocuklarla olan ilişkiler üzerinde de durulmuştur. Bu bakış açısı AA hastalarının nesne ilişkileri hakkında bilgiler edinmeye yöneliktir. Bu bağlamda çalışmada AA grubunda işlemsel düşünceyi araştırmak üzere projektif yöntemlerden sadece Rorschach testi kullanılmış olsa bile bu hasta grubuyla yapılacak olan bundan sonraki çalışmalarda nesne ilişkilerini araştırmak üzere TAT de verilebilir.

Katılımcılar arasında ilkokul/ilköğretim mezunu olanlar, lise mezunu olanlar ve üniversite öğrencisi/mezunu olanlar grupları eşit sayıda dağılım göstermiştir. Bununla birlikte yapılan incelemede hastaların bir kısmının akademik alana dair zorlanmalar üzerinde durduğu tespit edilmiştir. AA ve travma ilişkisinin araştırılacağı bundan sonraki çalışmalarda da sorun alanları daha detaylı şekilde ele alınabilir.

Hastaların yarısı çalışmıyor görünmektedir. Çalışmayan bu grup içinde önemli bir kısım ev hanımlarından oluşmaktadır. Çalışıyor olma-olmama değişkeni açısından bundan sonraki çalışmalarda hastalığın sözgelimi iş yaşamı üzerine tesirleri de ele alınabilir.

Bu tez çalışması için öncelikli olarak kapsama alanı açısından AA'lı hastalara ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu açıdan araştırmaya dahil edilen 12 hastadan 9'unda

kapsama alanı açısından AA söz konusudur. Kalan 3 kişide ise alopesi universalis söz konusudur. Bu konuda, yapılan bir araştırmaya göre, AA'da hastalığın şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği tespiti paylaşılabılır (Ceylan, t.y.). Bu nedenle kapsama alanı açısından daha dezavantajlı hasta grubu ile hastalıktan görece az etkililmiş olan gruplar arasındaki yaşam kalitesi farklılıkları sonraki çalışmalarda tespit edilmeye çalışılabilir.

Grupta hastalığın başlangıç yaşı ortalamasının 19.4 olduğu görülmüştür. Başlangıç atağının genellikle genç yetişkinlik ve çocukluk dönemlerinde meydana geldiği üzerinde durulmaktadır (Baykal, 2012). Bizim örneklem grubu üzerinde yaptığımız incelemede de örneklem grubunu oluşturan erişkin AA hastalarının yüzde 58.3'ünde hastalık 18 yaş öncesinde gelişmiştir. Bu durum çocukluk ve ergenlik dönemlerinde hastalığın başlangıcına ilişkin olarak yapılan araştırmaları önemli kılabilir.

Bu bağlamda, yapılan incelemede saç kliniğinde çocuk vakaların sayısının önemli bir oranda olduğu gözlemi üzerinde durulabilir. Bu kapsamda, yine bir gözlem olarak, çocuk vakaların SADBE tedavisi için sıralarının gelmesini ebeveynleri ile beklerken tedavi odasının kapısı üzerindeki sıra işaretleme kağıdı üzerine sıkça karalamalar yaptıkları ve bir görevlinin bu durumdan hoşnut olmadığı ve bu kağıdı değiştirdiği görülmüştür. Bu sahne, araştırmacıya alopesili çocukların yaşadıkları gerilimi boşaltma yolu olarak, gördükleri bir sayfa boşluğuna yönediklerini düşündürmüştür. Bu gözlemden hareketle, özellikle AA'sı olan çocuklarla olmak üzere, alopesi hastalarıyla yapılacak ruhsal çalışmada adeta boş bir kağıt gibi terapötik bir ortamın onlara sunulması yararlı olabilir. Çocuklarla öncelikle oyun terapisi tekniklerinden yararlanmak üzere, yetişkin hastalarda psikososyal destek kapsamında sanat terapisi tekniklerinden yararlanmak da faydalı olabilir.

Çocuklarda oyun terapisinin ya da oyunun terapötik amaçlarla kullanımına ilişkin bir parantez açılacak olursa, Winnicott'un görüşlerine atıfla, "game" ile satranç, tenis gibi kurallı oyunlar kastedilirken, "play"de ise yaratıcılık durumu söz konusudur. Bu bağlamda, analitik bir süreç, çerçeve ile birlikte bir yandan "game" özellikleri taşıırken, çocuğun kendiliğinden oynamasının sağlanması ve yaratıcılık vurgusu ile "play" özellikleri de taşımaktadır.

Araştırmacının çocukların karalama yapımları gözlemi yine Winnicott'un çiziktirme oyununu akla getirmiştir. Bu oyunda, Winnicott kağıda bir şeyler çizmekte ve sonra çocuktan da çizmesini istemektedir ve çocuktan sonra Winnicott resmi tamamlamaktadır. Ardından, roller değişmekte ve bu kez de çocuk Winnicott'un çizdiği resmi tamamlamaktadır. Burada oyun ile çocukta ruhsal dünya harekete geçirilmekte ve böylece temsiller ve sembolizasyonlar takip edilmeye çalışılmaktadır. Burada esas olan oyunun kendisi değil, çocuğun neyi nasıl tasarımılandırdığıdır. Bu konuda son olarak, Freud'a göre de, oyunun fantezi ve rüyayla benzer bir statüye sahip olduğu görüşü paylaşılabılır.

Psikosomatik yetişkin hastalarla psikoterapi konusuna gelince ise, burada terapistin yapması gerekenin bir nevi oynama yetisini kaybetmiş kişiyi oynayabilecek duruma getirmek olduğu üzerinde durulmaktadır. Bu hastaların "oyun oynayamamaları", sembolizasyon yapamadıklarına işaret etmektedir. Sembolizasyon Yunanca'da iki nesneyi birleştirmek anlamına gelmekte olup terapi ile analistin ve hastanın olmak üzere, iki ayrı oyun alanının birleşimi söz konusu olabilir. Terapistin işlevi, kişinin ruhsal dünyasını sahneleyebileceği bir ortam hazırlamaktır. Bunun yanı sıra terapistin ruh ile beden arasındaki bağlantıyı hastaya göstermek gibi de bir işlevi vardır. Bu işlev aslında "psiko" ve "somatik" kavramlarının bir araya getirilerek, "psikosomatik" kavramının oluşturulmasında da karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda, analistin hastaya sembolizasyon kapasitesi de kazandırmaya çalıştığı düşünülebilir.

Örneklem grubunda hastalığın başlangıç yaşının 6 yaş ile 47 yaş arasında değiştiği görülmüştür. O nedenle çocuk hastalarla yapılacak çalışmaların yanı sıra erişkin alopesi areata hastalarıyla yapılacak araştırmalar da önemli görünmektedir.

Hastalık süresinin, araştırmaya dahil edilen hastalar dikkate alındığında, ortalama olarak 13,08 yıl olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, hastaların %83,3'ünde hastalık 5 yıldan uzun bir süredir sürmektedir. Bir anımsatma yapılacak olursa, hastalığın 5 yıldan daha uzun sürmesinin zayıf prognoza ilişkin bir prediktör olduğu belirtilmiştir (Odom, 2000). Hastalığın kronik bir seyirli olma özelliği nedeniyle AA konusunda yapılacak araştırmalar hastaların yaşam kalitesini artırmak açısından oldukça önemli görünmektedir.

12 katılımcıdan 7'sinin geçmişte psikiyatrik destek için psikiyatri hekimine başvurduğu anlaşılmıştır. Bunlar içinde bazısının tedaviyi faal şekilde takip ettiği, bazısının olumlu neticelere rağmen tedaviyi bıraktığı, bazısının ise verilen ilaçları kullanmadığı görülmüştür. Ek olarak, katılımcıların yarısının geçmişte psikoterapi desteği ile karşılaştıkları anlaşılmıştır. Bu bilgiler ışığında, AA'lı hastaların önemli bir kısmının psikolojik ve psikiyatrik desteğe ihtiyaç duydukları yorumu yapılabilir. Öte yandan, hastaların terapi ve psikiyatrik destek sürecine devamlılıklarının sağlanması önemli bir husus olabilir. Buna göre hasta grubunun ruhsal özelliklerini bilmek bir avantaj sağlayabilir.

Hasta grubundan olan bireylerle yapılacak terapötik çalışmalarda psikanalitik psikopatolojide altı çizilen kavramlara özellikle dikkat edilebilir. Bununla birlikte işlemsel düşünce/aleksitimi özelliklerine ilişkin olarak çeşitli teknikler kullanılabilir. Sözelimi duyguları tanıma ve farkındalık ve söze dökme konulu çeşitli bilişsel-davranışçı teknikler kullanılabilir.

Çalışmada *beden imgesi* ele alınmamıştır. Bununla birlikte katılımcıların Rorschach testi protokollerinde beden imgesine ilişkin hassasiyet olarak okunabilecek bazı bulgular da tespit edilmiş olup bu durumdan ötürü AA grubu ile bundan sonra beden imgesi üzerine de çalışılabileceği söylenebilir.

Likert tipi sorulardan biri ile 12 katılımcı arasında hastalık etkilerinden estetik açıdan hiç rahatsız olmayan kişi sayısının yalnızca 1 kişi olduğu görülmüştür. Bununla birlikte katılımcıların %41,6'sının farklı derecelerde bedensel görünümünden hoşnut olmadıkları görülmüştür. Alopesi grubuyla çalışırken hastalıktan estetik açıdan rahatsız olmaya ilişkin bu tablonun da hesaba katılması önemli görünmektedir.

Likert tipi sorulardan biri ile katılımcıların kendilerini ne oranda değerli hissettiklerine dair de bilgi alınmaya da çalışılmıştır. Bu soru için bir yandan "özdeğer" kavramına bakılabilir. Özdeğer konusunda Amerikalı psikolog Nathaniel Branden'in iki boyut üzerinde durduğu görülmektedir. Bunlardan biri kişinin kendisini yaşama uygun görmesidir (feeling appropriate to life); diğeri ise mutlu bir yaşam için kendi aklına ve becerilerinin yeterli olduğuna güvenmesidir (Cüceloğlu, 2010). Soruya verilen yanıtlar incelendiğinde, katılımcıların %75'i farklı derecelerde olmak üzere kendilerini değerli hissettiğini belirtmiştir. Öte yandan katılımcıların 6'da 1'i kendisini kesinlikle değerli

hissetmediğini belirtmiştir. Bulgular AA-narsisizm konulu bundan sonra yapılacak birtakım çalışmalarda da dikkate alınabilir.

Toronto Aleksitimi Ölçeği'nde hem katılımcıların bireysel olarak aldıkları toplam skorlar itibarıyla, hem de grubun ortalama skoru itibarıyla, grubun büyük oranda aleksitimik özellikte olduğu görülmüştür. Tablo biraz daha detaylandırılacak olursa; katılımcıların %50'sinde aleksitimi özelliği görülmüştür. Öte yandan katılımcıların yalnızca %16,7'sinde aleksitimi yoktur. Kalan kısım ise muhtemel aleksitimik görülen sınır durumunda bir grup olarak ele alınabilir.

Katılımcıların Rorschach testinde verdikleri yanıtlar, işlemsel düşüncenin varlığının araştırılması amacıyla 5 farklı değişken olan anket yanıtlarının kısıtlılığı, hareket yanıtlarının eksik oluşu, renk yanıtlarının eksikliği, nesne ilişkisinin verilmemesi, F yanıt oranının yüksekliği üzerinden incelendiğinde; bu grupta en fazla anket yanıtlarında kısıtlılık dikkati çekmiştir. Yaya da (2016), AA hastalarıyla yaptığı çalışmada Rorschach testinde anket yanıtlarındaki yetersizliğe dikkat çekmiştir. Grupta, anket yanıtlarındaki yetersizliğin ardından ise başta hareket yanıtlarındaki eksiklikler olmak üzere, renk yanıtlarındaki kısıtlılıklar da işlemsel düşünceye işaret etmesi açısından önemsenebilir. Nesne ilişkisinin verilmemesi ile F+ yanıt yüzdesinin yüksek oluşu şeklindeki iki değişkenin ise çalışılan 12 kişilik AA'lı hasta grubunda Rorschach'da işlemsel düşüncenin varlığına ilişkin olarak ilk üç değişken kadar bilgi sağlayamayabileceği düşünülmüştür. Ne var ki literatürde özellikle F+ yanıt yüzdesine ilişkin çelişen araştırma sonuçları (İkiz, 2006) da mevcut olup, bu hususun sonraki çalışmalarda dikkatlice gözden geçirilmesi uygun olacaktır. Özetle, yapmış olduğumuz çalışmada, Rorschach testi bulguları işlemsel düşünce açısından incelendiğinde işlemsel düşüncenin varlığına işaret edebilecek ve ele alınan 5 farklı değişkenden özellikle anket yanıtlarındaki yetersizlik araştırmacının dikkatini çekmiş olup bu konuda diğer araştırmaların da incelenmesi yararlı olabilir. İşlemsel düşünce özelliği ile Rorschach testinde nasıl karşılaşıldığına dair bazı yanıt örneklerinin çalışma kapsamında paylaşılmış olması, hem hasta grubunu daha iyi anlamak açısından, hem de bu konuda araştırma yapmak isteyen araştırmacılar açısından yol gösterici olabilir.

Klinik görüşmede ise hastalardaki işlemsel düşünce özelliği itibarıyla temsillere bakılmıştır. Bunun için seçilen dört tema üzerinden verilen yanıtlar incelendiğinde; katılımcıların yarısının rüya bilgisi vermekte zorlandığı; üçte birinin anı bilgisi vermekte zorlandığı; güncel yaşama dair söylemler incelendiğinde ise katılımcıların üçte birinin monotonluk vurgusunun olduğu ve bazı yanıtlarda duygunun verilmediği; gelecek planları incelendiğinde, katılımcıların üçte birinin planları açısından temsillerinde eksiklikler olduğu görülmüştür. Oranlar dikkate alındığında, çalışmaya katılan AA grubunda özellikle rüya kapasitesindeki kısıtlılıklar dikkat çekmiştir.

Tez çalışmasından işlemsel düşünce/aleksitimiye ilişkin olarak elde edilen tüm bulgular sentezlenecek olursa, çalışmaya katılan AA hasta grubunun önemli sayılabilecek bir kısmında işlemsel düşünce/aleksitimi özelliklerinin görüldüğü belirtilebilir.

“Başa çıkma” psikanalitik literatürde ele alınan bir kavram olmaksızın bilişsel-davranışçı literatürde karşımıza çıkan bir kavramdır. Bu çalışma bilişsel-davranışçı literatürde kavrama ilişkin araştırmalara bir yenisini eklemektedir. Bu açıdan önemli görülebilir.

Başa çıkma kavramı literatürde genellikle stresle ilişkili olarak ele alındığı için kavramın incelendiği bölümde stres ve deri hastalıkları ilişkisine de değinilmeye çalışılmıştır.

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE); Kaya ve arkadaşlarının (2015) ele aldığı şekilde; sorunun ana kaynağına ilişkin *problem odaklı başa çıkma tutumları*; ana kaynağın yol açtığı duygusal etki ile baş etmeyi açıklayan *duygu odaklı başa çıkma tutumları* ve stres tepkisinin olumsuz nitelik kazanmasına yol açan, çözümün zor ve imkansız olduğu şeklinde bir kavramsallaştırmaya ve sonuç olarak ruhsal sıkıntının artmasına yol açtığı belirtilebilen *işlevsel olmayan başa çıkma tutumları* şeklinde kategorize edildiğinde; hasta grubunun en fazla problem odaklı başa çıkma tutumlarına başvurduğu anlaşılmıştır. En düşük başvurulan baş etme tutumlarının ise işlevsel olmayanlar olduğu görülmüştür.

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)’nde yer alan toplam 15 alt ölçekten, katılımcıların ortalama olarak en fazla kullandığı başa çıkma tutumunun “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” olduğu anlaşılmıştır. 15 alt ölçekten,

katılımcıların ortalama olarak en az kullandığı başa çıkma tutumunun ise “inkar” olduğu anlaşılmıştır.

“Yaşamın zorluklarıyla baş edebiliyorum” şeklindeki likert tarzı derecelendirilmiş maddeye verilen yanıtlar incelendiğinde, bu maddeye “kesinlikle katılan” hiçbir katılımcının olmaması dikkat çekmiştir. Diğer bir deyişle, katılımcılardan hiçbiri kesin bir şekilde başa çıkabildiğini söyleyememiştir. Ek olarak, katılımcıların toplamda %41,7’sinin farklı derecelerde yaşamın zorluklarıyla baş edemediklerini belirttikleri de görülmüştür.

Klinik görüşme bulguları incelendiğinde, 12 katılımcıdan 10’unun başa çıkma konulu yanıtları paylaşılmıştır. Bu 10 katılımcıdan 3’ü net şekilde stresle başa çıkamadığını belirtmiştir. Bunun dışındaki katılımcıların ise farklı şekillerde başa çıkmaya çalıştıkları anlaşılmıştır.

Tez çalışmasında başa çıkmaya ilişkin olarak elde edilen tüm bulgular sentezlenecek olursa; bulgular, AA hasta grubu ile yapılacak olan psikoterapi çalışmalarında başa çıkma tutumlarının da gözden geçirilmesinin önemine işaret ediyor görünmektedir.

Yazıcı ve ark.’na (2006) göre, AA grubundaki aleksitimi, hastaların başa çıkmalarını güçleştirmektedir. Ne var ki bu tez çalışmasının bu tip bir ilişkiyi araştırabilecek düzeyde bir örneklem grubu büyüklüğüne ulaşamadığı belirtilmelidir. Daha sonra yapılacak çalışmalar bu hususu araştırabilir.

Örneklem grubunda yer alan 12 katılımcıdan 10’u (%83,33), hastalık öncesi zorlanmaya yol açtığı düşünülebilecek şekilde olumsuz yaşantılar üzerinde durmuştur. Sorun alanları incelendiğinde; bunların aile içi sorunlar, kayıplar, akademik alana ilişkin sorunlar, ekonomik alana ilişkin sorunlar, sosyo-kültürel alana ilişkin sorunlar gibi çeşitli alanlar olduğu görülmektedir. Elde ettiğimiz bu bulgu, Baykal (2003) tarafından yapılmış çalışmanın bulgularını akla getirebilir. Baykal da 25 alopesili hasta grubunda yaptığı araştırmada, 22 hastanın (%88) son altı ay içinde bir ya da birden çok stres kaynağı olay yaşadıklarını tespit etmiştir (Baykal Y. , 2003).

Bir başka karşılaştırma içinse Uncu (2017) tarafından yapılan çalışmaya bakılabilir. Uncu incelediği 3 vakada da gerçek ya da sembolik olarak “kayıp” sorunsalını tespit ettiğini belirtmiştir. Bizim yaptığımız incelemede de “kayıp” sorunsalı

üzerinde durulabilir. Buna göre, 12 kişilik hasta grubunun hastalık öncesi travma/stres yaşantıları incelendiğinde 2 kişinin gerçek kayıplardan söz ettiği görülmekte olup, 5 kişinin ise sembolik düzeyde kayıplar üzerinde durduğu anlaşılmaktadır.

Sosyo-demografik bulgular bölümünde likert tipi bir soruya alınan yanıtlar incelendiğinde, katılımcıların yarısı farklı derecelerde olmak üzere geçmişle ilgili olumsuz yaşantıları olduğunu belirtmişlerdir. Üstteki bulgu ile bu kısımdaki bulgu bir araya getirildiğinde katılımcıların en az yarısının travmatik yaşantılar üzerinde durduğu belirtilebilir.

Bu konuda yine de şu noktaya dikkat edilmelidir: Debray ve arkadaşlarına göre, travma kavramı, dışsal travmalara indirgenemez. Bu konuda P. Marty 1976'da şöyle demiştir: “Travmanın dışsal kökeninde nesnel olarak saptanabilen bir değer yoktur. Yetişkin bir birey için bir yakını kaybetme, başka birinde bir toz parçacığının güneş ışığının içinden geçmesinden daha fazla travmatize edici olmayabilir”. Özetle Debray ve ark.’na göre, sadece içsel travmanın bir değeri vardır. Bu konuda da Freud’un 1926’daki sözlerine yer verilmektedir: “Travma, denetleyemediği içsel ya da dışsal olan bir uyarım birikimine karşı duramayan benliğin parçaları içerisinde yardım bulunamaması deneyimidir”. Debray’a göre, burada ekonomik bir değerlendirme söz konusudur. Buna göre, benlik sınırlarının ihlal edilmesi ile niceliksel ve niteliksel bir uyarım fazlalığı söz konusudur. Travmalara karşı direncin ise bireylere göre ve hatta bir bireyin yaşamının farklı dönemlerine göre değişebileceği üzerinde durulmaktadır. P. Marty’e göre, travma yaşaması durumunda kişide kısa vadede karşı-evrimsel yönde bir düzensizlik hareketi olur ve bu hareket öncelikle en ileri düzey yapıları yani en son kazanılmış olan yapıları etkiler. Düzensizlik hareketi, gerileyici ilerleyişine ta ki yeniden örgütlenmeyi başarabileceği türden bir takılma noktası tarafından durdurulana kadar devam etmektedir (Debray, 2015).

Bu konuda aydınlatıcı bir açıklama için Triest’in (Triest, 2017) görüşlerine de başvurulabilir. Ona göre “stres verici durum” ile “travma” arasındaki fark şu şekildedir: stres verici durumlar, büyük miktarda ızdıraba ve ağır patolojilere yol açabilir; ne var ki “ara alan” -ki buna Winnicott “geçiş alanı” demiştir, Bic ise “ruhsal deri” şeklinde ele almaktadır, dokunulmadan kaldığı müddetçe travma olarak tanımlanması için kendine has olan temel özellikten yoksundur. Triest’a göre, travmanın kendine has olan bu özelliği, “sınırların ihlali” ve yıkıcı bilinçdışı düşlemin gerçeğe dönüştüğü, ayrıca

dünyanın bir daha asla eskisi gibi olmayacağı şeklinde “dönüşü olmayan bir nokta”nın damga vurduğu zamanda parçalanma yaratan bir olaydır. Triest, diğer bir deyişle, gerçek travmalar söz konusu ise, yalnızca dehşet verici dışsal gerçekliğe tam olarak hangi düşlemin eşlik ettiğini anladığımızda travmanın özüne anlamlı şekilde dokunmuş olacağımızı belirtir. Burada Triest, “baraj setinin yıkılması” metaforunu kullanmaktadır. Böylesi bir durumda, kişinin içsel dünyasının içindekilerin taşması söz konusudur. Ruhsal enerji bakımından da tsunami gibi bir deneyim patlaması üzerinde durulmaktadır. Triest’a göre, olayın doğası göz önünde bulundurulduğunda sözcüklerin aracılık etmesini beklemek pek mümkün olmamaktadır.

Triest’a göre, travma hastası ile çalışan klinisyenin yapabileceği, hastanın dayanılmaz travmatik anın tekrarını engellemek için geliştirdiği “savunmacı strateji” ile çalışmaktır. Hastaları yardım almaya iten şey de travmanın kendisi değil, bu bilinçdışı manevralardır; ki bunlar çelişkili şekilde özneyi acıdan korumak yerine travmanın acısını sonsuza dek canlı tutmaktadır. Bu bağlamda terapötik olarak etkili olan şeylerden bazıları “hikayeyi anlatmak” ile şahitlik vurgusu ile birlikte “ızdırabın tanınması ve kabul edilmesi”dir. Bu son iki husus AA hastaları ile yapılan terapötik çalışmalarda da önemli olabilir.

Özetle, AA hastaları söz konusu olduğunda, başa çıkma ve stres kavramlarına ev sahiplik eden bilişsel-davranışçı bakış açısından bireylerde zorlanmaya yol açan olayların/stresörlerin tespiti önemli olabileceksen, psikanalitik açıdan ise ruhsal açıdan ekonomik bir bakış açısı söz konusu olup benlik sınırlarının ihlal edildiği türden bir uyarım birikimi söz konusu olabilir.

Her iki bakış açısını da birlikte ele almaya çalışan bir klinisyenin hem hastanın kullanmakta olduğu başa çıkma tutumlarını ve yaşamındaki mevcut stresörleri tespit etmeye çalışması, hem de psikanalitik açıdan kişide travmatik unsurun yarattığı etkinin oluştuğu içsel şartları araştırması önemli olabilir.

Hastalığa ilişkin söylemlerin incelenmiş olması araştırmanın olumlu yanlarından sayılabilir. Bu bağlamda yapılan incelemede, yanıtlar genel olarak ele alındığında, hastaların kendi ruhsal dünyaları ile bağ kurmakta zorlandıkları anlaşılmıştır. Buna göre, hastalık adeta dışarıdan geliyor gibi düşünülüp pasif bir konumda “geçmesi” beklenmektedir. Bunun dışında hastaların, hastalığa anlam vermekte zorlanma,

hastalığın sosyal yaşam üzerine olan ve estetik açıdan olumsuz etkileri, hastalığın etiyolojisine ilişkin çeşitli düşünceler geliştirme, tedavi sürecinin zorluğu, saç kaybına bağlı olarak gelişen depresif tepkiler gibi farklı açıklamalar üzerinden çeşitli söylemler geliştirdikleri görülmüştür. Hastalığa anlam vermede zorlanmanın hastalığın etiyolojisine ilişkin belirsizlik ya da farklı görüşlerin söz konusu olmasıyla ilgisi olabileceği düşünülebilir. Öte yandan hastalıkta tedavi sürecine ilişkin basamakların hastaya iyi bir şekilde anlatılması hastalığa anlam verme konusunda faydalı olabilir.

Araştırmanın kısıtlılıkları konusunda şunlar belirtilebilir:

Zaman kısıtlılığı gibi faktörler nedeniyle araştırmada kontrol grubuna yer verilmemiş olması ve katılımcı sayısının sınırlı tutulmuş olması çalışmanın kısıtlı yanlarını oluşturmaktadır. Sonraki çalışmalarda sağlıklı katılımcılardan oluşan grup ve sözgelimi bir başka dermatolojik hasta grubu, kontrol grupları olarak, AA hastaları ile yapılacak araştırmalara dahil edilebilir.

İdeal bir yaş aralığı olarak sözgelimi 25-45 yaş arası yerine, bu çalışmada örneklem grubunun yaş aralığının 19-62 yaş şeklinde geniş tutulmuş olması araştırmanın kısıtlılıklarından bir diğeridir. Ne var ki zaman kısıtlılığı, araştırmaya katılımda gönüllülük esasının söz konusu olması gibi durumlardan ötürü geniş bir yaş aralığındaki hastalara ulaşılabilmiştir.

Pierre Marty ve ark.'nın hastaları ele alırken çok etaplı görüşmeler gerçekleştirdiği belirtilmektedir. Bizim yaptığımız araştırmada ise zamanın kısıtlı oluşu ve katılımcılara başka oturumlarda ulaşmadaki potansiyel zorluklar nedeniyle tüm uygulamaların tek bir oturumda yapılmış olması araştırmanın kısıtlılıklarından bir diğeridir. Sonraki çalışmalarda bu hususta da farklı düzenlemeler yapılabilir.

AA hastalarında psikososyal destek konusunda şunlar söylenebilir:

Alopesi Derneği 2019'da İzmir'de kurulmuştur. Böyle bir dernek çalışmasının yürütülüyor olması diğer dermatolojik hastalık grupları açısından da bir rol model teşkil edebilir. Psikologların da bu dernek çalışmalarına destek vermeleri önemli olabilir. Burada psikologlar eşliğinde grup psikoterapisi çalışmaları yapılabilir.

Bunun dışında alopesi hastası olan üyeler kendi aralarında bir kendine yardım grubu olarak düzenli sosyal destek grubu çalışmaları yürütebilirler. SADBE tedavisi alan kişilerin birbirlerini tanıdıkları, hatta içlerinde yakın arkadaşlık geliştirenlerin de

olduğu görülmüştür. Benzer bir hastalık durumunda yaşanan ortak problemlere karşı geliştirilmiş olabilecek farklı davranış ve düşünce şekillerinin paylaşımı ve manevi destek ile böylesi bir sosyal destek çalışmasının faydaları olabilir.

Dernek sayfasında, Alopesi bireyleri kapsayan proje amacının temelde genel olarak dış görünüşü nedeniyle kendisiyle barışmayı arzu eden bireylerin sosyalleşme, özbenliğini kabul etme, daha kaliteli bir yaşam sürmelerinin amaçlandığı belirtilmiştir. Dernek çalışması kapsamında öncelikli konu olarak çocuk alopesi hastaları seçilmiş olup, bu çocukların daha özgüvenli birer birey olarak yetişmeleri amacıyla psikolojik ya da sosyolojik desteklerin sağlanacağı belirtilmiştir.

Dernek genel olarak 3 temel amaç üzerinde durmuştur:

1-Öncelikle çocuklar olmak üzere Alopesili bireylere talep etmeleri durumunda psikolojik destek sağlamak koşuluyla iç motivasyonlarını artırmak,

2-Çeşitli sosyal aktiviteler oluşturarak Alopesili bireylerin sosyalleşmelerinin ve toplum içinde yer almalarını sağlamak,

3-Hastalığı tanıtarak bu konuda ve bu hastalığa sahip bireylere nasıl bir yaklaşım gösterilmesi konusunda toplumu bilinçlendirmek (Alopesi Derneği, 2019).

Psikososyal destek konusunda diğer önerilere gelince; hastanelerin dermatoloji bölümlerinde tedavi ekibi içinde koruyucu ruh sağlığı kapsamında da düşünülebilecek ve işlevsel şekillerde psikologların da yer alması önemsenebilir. Özellikle saç klinikleri gibi spesifik konularda uzmanlaşmış dermatoloji servislerinde her başvuran hasta için psikososyal desteğin öneminin hesaba katılması önemli olabilir.

Bu çalışma bulguları AA hastaları ile psikososyal destek çalışmaları yürüten uzmanlara katkı sağlayabilir.

Yapmış olduğumuz çalışma farklı disiplinleri ilgilendirebilecektir. Bu farklı disiplinlerden biri *psikodermatoloji* alanıdır. Psikodermatoloji bakış açısına göre, deri ve beyin embriyoda aynı germ yaprağından, ektodermden köken almakta olup bu iki organın yaşamın sonraki evrelerinde de birbirlerini etkilemesi söz konusudur. Bu etkileşimler psikodermatoloji alanında araştırılır. Söz konusu araştırmalar 3 grupta ele alınabilmektedir: stres araştırmaları, deri hastalıkları konusunda analitik ve dinamik yorumlar ile psikosomatik dermatolojik hastalıklar ve tedavisi (Mercan, 2006). Bu

bağlamda, bizim yapmış olduğumuz yüksek lisans tez çalışması üç gruba da ilişkin sayılabilir. Mercan&Altunay (2006) psikosomatik dermatolojik hastalıkları 3 grupta ele almışlardır. Bunlardan ilki, birincil psikiyatrik hastalıklar olup; sanrsal parazitoz, nörotik deri yılmaları, artefakt dermatiti ve trikotillomani örnek olarak verilebilir. İkinci sırada ikincil psikiyatrik hastalıklar yer almaktadır. Bu gruptaki hastalıklar temelde fizyolojik olup psikolojik etmenler dermatolojik belirtileri alevlendirmektedir. Son grup ise kollaboratif (birlikte görülen) gruptur. Alopesi areata bu grupta yer almaktadır. Bu grupta yer alan diğer hastalıklar ise atopik dermatit, psoriasis, ürtiker ve anjioödem şeklinde sıralanabilir.

Psikodermatoloji alanında dermatoloji hekimleri, psikiyatri hekimleri ve psikologlar birlikte çalışabilmektedir. Bu tip bir işbirliğinin hem temelde psikiyatrik sorunu olan ancak dermatolojiye başvurmuş olan hastaların takiplerinin yapılabilmesinde, hem de birincil sorunu dermatolojik olan ve ikincil olarak da psikiyatrik sorunlar geliştiren hastalarda daha bütüncül bir tedavi şeklinin ortaya konmasında işe yarayacağı belirtilir (a.g.e.). Bu tez çalışmasında çalıştığımız AA hastaları da en azından ikinci gruba bir örnek olarak görülebilir.

Psikodermatoloji alanında Psikodermatoloji Derneği'nin de çalışmalar yürüttüğü görülmektedir. Deri hastalıkları ve psikosomatik konulu çalışan psikologlar da söz konusu dernek ile ortaklaşa çalışmalar yürütebilir.

Dermatoloji kliniklerinde hastaların %70'inde ruhsal sorunların tespit edildiği belirtilmiştir (Deri ve ruh sağlığı birbirini neden etkiliyor?, 2017). Bu açıdan da psikodermatoloji alanı önemli görünmektedir. Bu bağlamda, Türk Dermatoloji Derneği çatısı altında da psikodermatoloji konulu çalışma grubu olduğu görülmektedir (Türk Dermatoloji Derneği, 2017).

Deri hastalıkları ve ruhsallık ilişkileri üzerine çalışan disiplinlerden biri de daha önce de bahsedildiği üzere, *psikosomatik tıp* alanıdır. Psikanalitik psikosomatik konulu araştırmaların bu alana da katkıları olabilir. Ne var ki, bu iki alan arasında da bakış açıları açısından temel farklılıklar olduğu unutulmamalıdır.

Son olarak, bu tez çalışmasından bir makale oluşturulması kısa vadeli amaçlardan biri olarak ortaya konabilir. Bir başka amaç da aynı grubun Rorschach testi

verileriyle ve diğ er datalarla AA hastalarında narsisizm konulu bir çalışma ortaya koymak şeklinde olabilir.



KAYNAKÇA

- AĞARGÜN, M. Y.: 2005 “COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi** (6), s. 221-226.
- AISENSTEIN, M.: 2010 “Psychosomatic solution or somatic outcome”, S. F. Dana Birksted-Breen içinde, **Reading French Psychoanalysis** (First edition). Routledge, s. 463-477.
- AISENSTEIN, M.: 2006 “The indissociable unity of psyche and soma: a view from the Paris psychosomatic school”, **Int J Psychoanal** (87): 667-680.
- ALFANI, S. A.: 2012 “Psychological status of patients with alopecia areata”, **Acta Derm Venereol.** , 3 (92): 304-306.
- ALOPEŞİ DERNEĞİ: 2019 11 Mayıs 2019 tarihinde **Alopesi Derneği**: <https://www.alopesidernegi.org/> adresinden alındı.
- ALTUNAY, İ. K.: 2009 “Stres ve Deri”, **Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics** , 2(4): 16-23.
- ANDREOIL E., M. A.: 2002 “Types of Stress within Child Alopecia”, **Dermatol Psychosom** (3): 26-29.
- ANZIEU, D.: 2008 **Deri-Ben**, (1. Baskı b.). (M. G. Sökmen, Dü., & N. T. Demiryortan, Çev.) İstanbul, Türkiye: Metis Yayınları, s. 13-23, 140-149, 151-152.
- 2010 “Functions of the skin ego”, D. F. Birksted-Breen içinde, **Reading French Psychoanalysis: 2/2**,

London and New York: Routledge., s. 477-495.

ARI, B. Ç.: 2011

“Alopesi Areata Hastalarında Psikiyatrik Belirtiler”,
Turkderm , 45(4): 203-205.

ARIK, A.: 1996

“**Motivasyon ve Heyecana Giriş**”, İstanbul: Çantay
Kitabevi, s. 242-243.

ARPAĞ, E. E.: 1995

“**Alopesi areata, psoriasis ve atopik dermatitli
çocuklarda depresyon varlığının araştırılması**”,
Uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı/İstanbul Şişli Etfal
Eğt. ve Arş. Hastanesi.

AYDEMİR, E. H.: t.y.

“**Stres ve deri hastalıkları**”, 7 Mayıs 2019 tarihinde
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa:
<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4715.pdf>
adresinden alındı.

BAGBY, R. M.: 1994

“The twenty-item Toronto alexithymia scale-I. Item
selection and cross-validation of the factor structure”,
Journal of Psychosomatic Research, s. 23-32.

BAYKAL, C.: 2012

Dermatoloji Atlası, İstanbul, Türkiye: Nobel Tıp
Kitabevi, s. 678-685.

BAYKAL, Y.: 2003

“**Alopesi areatalı hastalarda emosyonel stres,
depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilgili bir ön
çalışma**”, Tıpta uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi , Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara.

BEKTAŞ, E.: 2013

“**Manik depresif hastalarda anne kız ilişkisinin
ruhsal yönden incelenmesi**”, Yüksek lisans tezi,

- İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, s. 55-56.
- BERG, C.: 1936 “The Unconscious Significance of Hair”, **International Journal of Psycho-Analysis** (17): 73-88.
- BERLINER, B. B.: 1946 “Sudden graying of hair, alopecia and diabetes mellitus of psychogenic origin”, **Psychoanalytic Quarterly** , 16: 432, 31-38.
- BİLGİN, S.: 1999 “**Alopesi areata ve otoimmünite**”, Konya, Türkiye: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji.
- BUZOĞLU, H.: 2017 “**Stresin Cilt Hastalıkları İçin Klinik Önemi**”, 7 Mayıs 2019 tarihinde <https://www.hakanbuzoglu.com/component/content/article/159-dermatoloji/deri-ve-derinin-yapisi/deri-ve-derinin-yapisi-anasayfa/771-stres-ve-deri> adresinden alındı.
- BÜYÜK TÜRKÇE SÖZLÜK: t.y. 8 Mayıs 2019 tarihinde Türk Dil Kurumu: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5cd2ee8e354581.23821803 adresinden alındı.
- CEYLAN, S., UYKUR, F., BALABAN, D., & KÖŞLÜ, A.: t.y. “**Alopesi areatada dermatolojik yaşam kalite indeksi**”. 14 Mayıs 2019 tarihinde http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_5883/2005-3-3.pdf adresinden alındı.
- CÜCELOĞLU, D.: 2010 “**Özdeğer**”. 14 Mayıs 2019 tarihinde

<https://www.haberturk.com/yazarlar/dogan-cuceloglu/528896-ozdeger> adresinden alındı.

ÇAMSARI, U. M.: t.y.

“Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi (psikosomatik tıp) kısa tarihi, eğitimi ve günümüz psikiyatrisindeki yeri: ABD'den bir perspektif”, 11 Mayıs 2019 tarihinde **Türk Psikiyatri Dergisi**: <http://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C27S4/09.pdf> adresinden alındı.

DEBRAY, R. D.: 2015

Beden deneyimi psikopatolojisi (1. Baskı b.). (Ö. Alemdar, Çev.) İstanbul, Türkiye: Bağlam Yayıncılık, s. 25, 29-32.

DEREBOY, İ. F.: 1990

“Aleksitimi: bir gözden geçirme”. **Türk Psikiyatri Dergisi** I: 3, 1 (3).

OKUR, H.: 2017

“**Deri ve ruh sağlığı birbirini neden etkiliyor?**”. 17 Mayıs 2019 tarihinde <http://www.mistikalem.com/ruhsal/deri-ve-ruh-sagligi-birbirini-neden-etkiliyor-haberi-2113> adresinden alındı.

DİNÇMEN, K.: 2005

Psikiyatri/psikosomatik tıp (1. Baskı). İstanbul, Türkiye: Pan Yayıncılık, s: 135-136.

DODDS, J.: t.y.

“**From Psychosomatics to Neuropsychanalysis: Contributions of the Paris School**”. 8 Mayıs 2019 tarihinde Website of the Prague Neuropsychanalysis Group: <http://www.npsa.cz/Revue%20Article%20Paris%20School1.pdf> adresinden alındı.

DOLAŞ, N.: 2014

“Alopesi areata, androjenetik alopesi ve telogen effluviumdan oluşan saç kaybı ile giden sayrılıkların etyolojisinde stresli yaşam olaylarının varlığının değerlendirilmesi, bu gruplardaki anksiyete ve depresyon belirtilerinin kendi aralarında ve sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılması”, Uzmanlık tezi, İzmir, Türkiye, s. 13.

DUMAN, E. N.: 2009

“Deri benlik kavramı ve uyuşturucu madde kullanan bireylerin deri benlik yapılanmasının Rorschach testi ile incelenmesi”, Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul, s. 24-32.

GÜLEÇ, H. K.: 2009

“Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto Alexithymia scale (TAS-20)”, **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**.

GÜLEÇ, H., & YENEL, A.: 2010

“20 maddelik Toronto aleksitimi ölçeği Türkçe uyarlamasının kesme noktalarına göre psikometrik özellikleri”, **Klinik Psikiyatri** (13): 108-112.

GÜRKAN, K. T.: 2006

“Alopesi areatalı çocuklarda psikiyatrik eş tanılar”, **Düşünen Adam**, 2 (19): 72-76.

GÜZELHAN, Y. S., SAYAR, K.,
KÖSE, O., EBRİNÇ, S.: 2001

“Alopesi areata hastalarında psikometrik değerlendirmesi”, **Düşünen Adam** , 14 (2): 95-98.

İKİZ, T.: 2002

“Rorschach testi ve klinik kullanımı”, T. Parman içinde, **Psikanalizi yazmak** (Birinci Basım), İstanbul,

- Türkiye: Bağlam Yayıncılık, s. 143-151.
- 2006 “Psoriasis, liken simpleks kronikus ve alopesi universalis hastalarında ruhsal süreçlerin Rorschach testi ile incelenmesi”, **Dermatose** (1): 45-50.
- 2008 “Paris psikosomatik okulu (ipso)”, **Psikanaliz Buluşmaları-3: psikosomatik**, s. 119-127.
- 2009 **Rorschach kodlama kitabı 2: Yetişkin normları** (2. Baskı). İstanbul, Türkiye: Bağlam Yayıncılık, s. 10-14.
- 2012 **Rorschach testinin psikanalitik yorumu-II: Erişkin psikopatolojisinin değerlendirilmesi** (3. Baskı). İstanbul, Türkiye: Bağlam Yayıncılık, s. 11-12
- 2012 “Türkçe Basıma Önsöz”, P. Marty içinde, **Zihinselleştirme ve Psikosomatik** (A. E. Sever, Çev., 1. Baskı). İstanbul, Türkiye: Bağlam Yayıncılık, s. 7-20.
- 2013 **Rorschach testinin psikanalitik yorumu-I** (4. Baskı). İstanbul, Türkiye: Bağlam Yayıncılık, s. 9-32.
- 2015 “Klinik görüşmelerde projektif testlerin yeri”, T. İkiz içinde, **Psikanalitik yönelimli klinik görüşmeler**, İstanbul: Bağlam Yayıncılık, s. 106-114.
- 2017 **Rorschach testi: psikanalitik yorum, kodlama ve uygulamalar** (1. Baskı). İstanbul, Türkiye: Bağlam Yayıncılık, s. 11-120, 199-213.

- İSTANBUL ÇOCUK VE ERGEN PSİKANALİTİK PSİKOTERAPİ DERNEĞİ.: 2019 “**Psikanalitik Çocuk Ergen Psikoterapisinde Temel Kavramlar**”, 8 Mayıs 2019 tarihinde İstanbul Çocuk Ve Ergen Psikanalitik Psikoterapi Derneği: <http://www.iceppd.com/psikanalitik-cocuk-ergen-psikoterapisinde-temel-kavramlar/> adresinden alındı.
- KARAKUŞ, D.: 2017 “**Alopesi areata tanısı almış erkek hastalarda baba oğul ilişkisinin projektif yöntemlerle değerlendirilmesi**”. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- KAYA, Y., DERİNCE, D., AÇIKGÖZ, A., & BAYDEMİR, C.: 2015 “**Hemşirelik öğrencilerinde başa çıkma tutumları**”, **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi** 5(3): 30-38.
- KOCABAŞ, E.: 2011 “**Alopesi areata ve vitiligoda aleksitimi**”, Uzmanlık tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı.
- KUTLU, A. K.: 2016 “**Alopesi areata tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliği, psikopatoloji ve yaşam kalitesi**”, **İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi** , 2 (6): 135-142.
- MADANI, S., & SHAPIRO, J.: 2000 “**Alopesi areata update**”, **Journal of the American Academy of Dermatology** , 42 (4): 549-566.
- MANOLACHE, L. B.: 2007 “**Stress in patients with alopecia areata and vitiligo**”, **J Eur Acad Dermatol Venereol**, 7 (21): 921-928.
- MARTY, P., M’UZAN, M. : 1963 “**Operational thinking**”, D. F. Birksted-Breen içinde, **Reading French Psychoanalysis** London and New

- York: Routledge, s. 449-459.
- MARTY, P. 2012 **Zihinselleştirme ve Psikosomatik**, (1. Baskı). (A. E. Sever, Çev.) İstanbul, Türkiye: Bağlam Yayıncılık, s. 21-47.
- 2017 **Psikosomatik soruşturma**, Bağlam Yayıncılık, s. 43-65.
- MATZER, F. E.: 2011 **“Psychosocial stress and coping in alopecia areata: a questionnaire survey and qualitative study among 45 patients”**, 7 Mayıs 2019 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21290087> adresinden alındı.
- MCDUGALL, J.: 1989 **“Theaters of the body: a psychoanalytic approach to psychosomatic illness”**, 1 st ed. New York.
- MCWILLIAMS, N.: 2016 **Psikanalitik tanı: klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak**, (5. Baskı). (E. Kalem, Çev.) İstanbul, Türkiye: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, s. 47.
- MERCAN, S. A.: 2006 **“Psikiyatri ve Dermatolojinin Ortak Çalışma Alanı: Psikodermatoloji”**, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 17 (4): 305-313.
- ODOM, R. J.: 2000 **Diseases of the Skin: Clinical Dermatology** (9 edition b.). Saunders, s. 945.
- OĞUZ, O.: 2014 **“Alopesi areata”**, **Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi** (1): 40-44.

- ÖCAL, T. Z.: 2013 “Travma sonrası alopesi (saç dökülmesi) ve kekemeliğin Rorschach testi ile değerlendirilmesi”. **Yansıtma: Psikopatoloji ve projektif testler dergisi** (20): 25-35.
- ÖZARSLAN, Z., FISTIKÇI, N., KEYVAN, A., UĞURAD, Z. I., & SAYGILI, S.: 2013 “Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri”. **Marmara Medical Journal** (26): 130-135.
- ÖZTÜRK, O.: 2002 **Ruh sağlığı ve bozuklukları** (9. Baskı b.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, s. 18-20, 375.
- PARMAN, T.: 2005 “Psikosomatik Tarihi ve Çocuk Psikosomatigi”. **Psikanaliz Yazıları II: Psikosomatik (II)**.
- PERGAMENT, D.: 1999 “It's Not Just Hair: Historical and Cultural Considerations for an Emerging Technology”. **Symposium on Legal Disputes Over Body** (75): 41-59.
- POLAT, M. P.: 2009 “Dermatoloji kliniğinde görülen alopesi areatalı hastaların klinik ve epidemiyolojik özellikleri”. **Göztepe Tıp Dergisi** 25(2): 86-90.
- POPÜLER MEDİKAL: 2015 “*Sačkıran (Alopesi Areata)*”. 8 Mayıs 2019 tarihinde Popüler Medikal: <http://www.populermedikal.com/2015/01/13/sackiran-alopesi-areata/> adresinden alındı.
- PORCELLI, P.: 2005 “Aleksitimi Yapısı ve Rorschach Testi”. (Ç. (İ. Erdem Atak, Dü.) **Yansıtma** (3-4): 33-49.

- RUIZ-DOBLADO, S. C.-H.: 2003 “Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness”. **Int J Dermatol.**, 6 (42): 434-437.
- SELLAMI, R. M.: 2014 “The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case-control study”. **Indian J Dermatol**, 59 (4): 421.
- SERTOLI, P., MERELLO, A., PARODI, M., & CASTELLANO, M. L.: 1975 “Personality study by the Rorschach and Luscher tests in alopecia areata, vitiligo and onychophagy”. 8 Mayıs 2019 tarihinde ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/298050933_Personality_study_by_the_Rorschach_and_Luscher_tests_in_alopecia_areata_vitiligo_and_onychophagy adresinden alındı.
- SMADJA, C.: 2004 “La dépression inachevée”. **Revue française de psychanalyse** , 68 (4): 1239-1252.
- STRAZZULA, L. C.: 2018 “Alopecia areata: Disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis”. 7 Mayıs 2019 tarihinde **Journal of the Academy of Dermatology**: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(17\)31873-X/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(17)31873-X/fulltext) adresinden alındı.
- SZWEC, G.: 2008 “Bazı psikosomatik modellere göre deri hastalıkları”. **Psikanaliz Buluşmaları** 3: 29-47.
- ŞAŞIOĞLU, M. G.: 2014 “Aleksitimi: tedavi girişimleri”. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry** 6(1): 22-31.

TARÇIN, S.: 2015

“Kendini yaralayan gençlerin ruhsal işleyişlerinin deri benlik kuramı çerçevesinde projektif testlerle değerlendirilmesi”. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

TRİEST, J.: 2017

"Travmanın bireysel ve kolektif boyutları. (Bilinçdışı) kabus gerçeğe dönüştüğünde". **Psikanaliz Yazıları** (34).

TUNÇER, Ö.: 2005

“Stres, Psikosomatik ve Somatoform Bozukluklar”. **Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi** No: 47, s. 153-162.

TÜRK
DERNEĞİ: 2017

DERMATOLOJİ

“Psikodermatoloji”. 17 Mayıs 2019 tarihinde Türk Dermatoloji Derneği: <http://turkdermatoloji.org.tr/icerik/detay/323> adresinden alındı.

TÜRK
DERNEĞİ: t.y.

DERMATOLOJİ

“Türk Dermatoloji Derneği Hasta Bilgilendirme Broşürü”. 7 Mayıs 2019 tarihinde Türk Dermatoloji Derneği: http://turkdermatoloji.org.tr/public/media/hasta_bilgilendirme/alopesi.pdf adresinden alındı.

ULUDAĞ ÜNİV.: 2012

“Uludağ Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Alopesi Areata broşürü”. 7 Mayıs 2019 tarihinde Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi: <http://sakur.uludag.edu.tr/dosya/FR-HYE-04-434-11.pdf> adresinden alındı.

ULUHAN, A.: 2015

“Stres ve Etkileri”. 7 Mayıs 2019 tarihinde Antalya Psikiyatri Merkezi, <http://www.antalyapsikiyatri.com/uz-dr-aykut-uluhan/stres-ve-etkileri> adresinden alındı.

UNCU, Ş.: 2017

“Alopesi areata hastalarının zihinselleştirme yetilerinin dil üzerindeki etkilerinin incelenmesi”. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

USLU, H.: 2010

“Alopesi areata tanısı almış 9-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde dermatolojik yaşam kalitesi indeksi ve psikiyatrik komorbidite ile bazı psikososyal özelliklerin araştırılması”. Uzmanlık tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa.

WOLF, J. J.: 2014

“Factors and Coping Strategies that Impact Children and Adolescents with Alopecia”. Doktora tezi, George Mason University, Masters of Education.

YAYA, G.: 2015

“Alopesi universaliste ruhsal işleyiş projektif testlerle değerlendirme”. III. Ulusal Rorschach Ve Projektif Testler Kongresi-Kongre özet kitabı. Bağlam Yayıncılık, s. 20.

2016

“Alopesi areatada psikanalitik psikosomatik kuramın kavramları ile erken dönem nesne ilişkileri ve narsisizmin araştırılması”. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Programı,

İstanbul.

- YAYA, G., & SEVER, A. E.: 2015 “Alopesi totalisin görüldüğü bir olguda ruhsal süreçlerin Rorschach testi ile değerlendirilmesi”. **III. Ulusal Rorschach ve Projektif Testler Kongresi-Kongre özet kitabı**. Bağlam Yayıncılık, s. 31.
- YAYLI, S. T.: 2012 “Alopesi Areatada Stresin Rolü ve Hastaların Yaşam Kalitesinin Androgenetik Alopesi ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması”. **Türk derm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi** (46): 134-137.
- YAZICI, A. C.: 2006 “Alopesi Areatata ve Aleksitimi”. **Türk Psikiyatri Dergisi** 17(2): 101-106.

EKLER

Ek-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi **Uğur Salman** tarafından yürütülen “Erişkin Alopesi Areata Hastalarında Aleksitimi ile Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Rorschach Çalışması” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Alopesi Areata hastalarında, genel olarak duygulanıma ilişkin farkındalıkta yetersizlik ve işlemsel düşünce gibi özelliklerle kendini gösteren aleksitimik yapı ve bunun başa çıkma tutumları üzerindeki etkisini incelemek ve Rorschach testi üzerinden diğer bulgulara ulaşmaya çalışmaktır. Araştırmada sizden tahminen 90 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 40 kişi katılacaktır. Çalışma süresince katılımcı onamının alınması sonrası sosyo-demografik soru formu doldurulacak ve klinik ön görüşme gerçekleştirilecektir. Ardından Rorschach Testi, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumları ölçeği uygulanacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya **ugursalman@yahoo.com** e-posta adresi ve **0507 503 79 83** numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerine düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:

E-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını;

☐ kabul ediyorum
seçeneği işaretleyiniz)

☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Uğur Salman

İmzası:

Ek-2. SOSYO-DEMOGRAFIK BİLGİ FORMU

Uygulamanın yapıldığı tarih:

Doğum tarihi:

Doğum yeri:

Cinsiyet:

☐ Kadın

☐ Erkek

Eğitim durumu:

☐ Okur-yazar değil

☐ Okur-yazar fakat hiç eğitim görmemiş

☐ İlkokul terk

☐ İlkokul mezunu

☐ Ortaokul terk

☐ Ortaokul mezunu

☐ Lise terk

☐ Lise mezunu

☐ Üniversite terk

☐ Üniversite mezunu; **BÖLÜM:**

☐ Yüksek lisans/Doktora

☐ Diğer

Meslek:

Çalışma durumu:

☐ Öğrenci

☐ Hiç çalışmamış

☐ Çalışmıyor

☐ Emekli

☐ Halen çalışıyor

Medeni durumu:

☐ Hiç evlenmemiş/Bekar

☐ Evli

☐ Boşanmış/Ayrı yaşıyor

☐ Dul

☐ Diğer

İlişki durumu:

- ☐ İlişkisi var
☐ İlişkisi yok

Evli/ilişkisi varsa, çocuğu var mı?

Yaşları ve cinsiyetleri?

Kiminle yaşıyorsunuz?

- ☐ Aile
☐ Eşi
☐ Sevgili
☐ Ev arkadaşı
☐ Diğer (Belirtiniz):

Kaç kardeşsiniz:

Siz kaçınıcı çocuksunuz?

Cilt hastalığının yeri:

- ☐ Saçlı deri
☐ Yüz
☐ Diğer:

Alopesi paterni:

- ☐ Alopesi areata
☐ Diffüz alopesi
☐ Alopesi totalis
☐ Alopesi üniversalis
☐ Diğer

Cilt hastalığının başlangıç yaşı:

Cilt hastalığının süresi:

- ☐ < 3 ay
☐ 3-12 ay
☐ 12-24 ay
☐ 2-5 yıl
☐ >5 yıl

Estetik açıdan rahatsız olma derecesi (saklama ihtiyacı, utanç, vs.): DETAYLARI DA BU KISMA YAZMALI.

- ☐ Hiç
☐ Hafif
☐ Orta
☐ Fazla

☐ Oldukça fazla

Şimdiye dek psikiyatrik tedavi aldı mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Aldıysa;

Teşhis-tanı bilgileri:

Kullandığı ilaçlar:

Daha önce psikoterapi/psikolojik destek aldı mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Aldıysa;

Kaç kez?

Alındığı tarihler?

Detaylar/(kullanılan ekoller):

Ek-3. RORSCHACH TESTİ KART GÖRSELLERİ



Ek-4. RORSCHACH TESTİ KODLAMA BİLGİLERİ

- **Toplam yanıtların sayısı (R):** Kodlanabilir toplam yanıt sayısıdır.
- **Red:** Hastanın herhangi bir karta cevap vermeyi reddetmesidir.
- **Şok yanıtları:** Kişi kart kendisine verildikten sonra 25 saniye boyunca tepkisiz kalıyorsa bu kodlama kullanılır.

1. Lokalizasyon

- **G yanıtları:** Bütün Yanıtlar. Kişinin dünyayı algılamasında tekil ya da bütüncül yaklaşımları tercih ettiğini gösterir. Kartın bütünü seçilmiştir.
- **D yanıtları:** Detay Yanıtlar. Kişinin dış dünyadan gelen uyarıları yoğun olarak hissedip bunlara karşı koyamayıp gördüğü şekilleri detaylara bölerek vermesidir.
- **Dd Yanıtları:** Küçük Detaylar. Bu yanıtlar kartların küçük bir bölümü dikkate alınarak verilen yanıtlardır. Seçilmiş alan diğer kısımlardan koparılarak izole edilmiştir ve oldukça küçük boyuttadır.
- **Gbl yanıtları:** Beyazın da renk olarak karta dahil edilerek bütün bir yanıt verildiği durumlarda bu kod kullanılır.
- **Dbl yanıtları:** Beyaz Detay. Kartların siyah kısımları dışında oluşturulan beyazlıklara hassasiyet olarak düşünülür. Karttaki şekil dışında kalan beyaz arka plan seçilmiştir.

2. Tayin Ediciler

- **F yanıtları:** Biçim yanıtları. Rorschach Testi'ni alan kişinin test malzemesini algılayıp, anlam vererek mürekkep lekelerini bildik şekillere çevirmesidir. Gerçeklik ilkesine göre yapılandırılmıştır. Biçim yanıtları olumlu (F+) ve olumsuz (F-) olmak üzere ikiye ayrılır.
- **K yanıtları:** Hareket Yanıtları. Kişinin verdiği yanıtlara hareket katmasıdır. Diğer bir deyişle, bir nesneyi algılayarak tüm bir beden oluşturan kişi, sonrasında bu nesnenin üzerinden yaratıcılığını kullanarak ona eylem yüklemektedir. Bireylerin entelektüel seviyesi, dürtüsel dünyası, özdeşimleri hakkında bilgi verir. Hareket yanıtları; insan hareketi (K), hayvan hareketi (kan) ve nesne hareketi (kob) olmak üzere üç kategori altında incelenir. Küçük bir detayda insane hareketi algılandığı durumlarda ise Kp kodlaması kullanılır.
- **Renk Yanıtları (C):** Kişinin duygusal ve dürtüsel dünyası ile nasıl baş ettiğine dair bilgi verir. Kişiliğin duygusal boyutunu gösterir. C yanıtları kendi içinde ayrılır. Eğer biçim renge göre daha baskınsa FC, renk biçime göre baskınsa CF şeklinde kodlanır. Sadece renk verilir ve yanıt bir biçimi içermezse sadece C şeklinde kodlama yapılır. Renk yanıtları içinde diğer kategori ise C' yanıtlarıdır. C' yanıtları genel olarak gri ve beyaz renge ilişkin olup endişe, sıkıntı ve depresyon yaşayan kişilerde daha sık verilir. İlk dönem ilişkisinde temel sorunlara işaret eder. C' yanıtları da tıpkı C yanıtları gibi kategorilere ayrılır. C'F kodlaması renk biçimin önüne geçiyorsa, FC' biçime eşlik eden renk hassasiyeti varsa kullanılır. C' ise tamamen renk yanıtında kullanılır; örnek: "gece".
- **Clob yanıtları:** Yansıtma sonucunda kişinin iç dünyasındaki korkuyu karta aktarma durumudur. Clob yanıtları hassas ego yapılanması ve korku duygusunu yeterince uyarı kalkanları ile karşılayamama durumudur. Bu durumda endişe duygusuna karşı bir savaş verilir.
- **E yanıtları:** Estompaj/Gölgeleme yanıtları. Endişe ile birlikte düşünülmelidir. Duygusal ihtiyaçlarla bağlantılı olup erken dönem ilişkisindeki sorunlara işaret eder. Kenarları ve köşeleri belirgin olmayan kavramlar verildiğinde de kullanılan kodlamadır. Bununla birlikte, kartta gölge, açıklık-koyuluk gibi tonlama özelliklerini kapsamaktadır. Ayrıca, derinlik ve boyutluluk algısının söz konusu olduğu durumlarda üç boyutlu perspektif içeren E yanıtları söz konusudur. Dokunma duygusuyla ilgili olan E yanıtları ise, deri ve doku yanıtlarını içermektedir.

3. İçerik Yanıtları

- **İnsan yanıtları (H, Hd):** Burada kişi tüm bir beden yanıtı olan H yanıtı verebileceği gibi bedeninin bir parçasını görüp Hd yanıtı da verebilir. Bütün bir beden imgesi özdeşim kapasitesine ve sosyal uyuma işaret eder. Hd yanıtları bozuk beden imgesine ve parçalanma kaygısına işaret edebilir.
- **Hayvan yanıtları (A, Ad):** Bütün hayvan yanıtları A şeklinde kodlanır. Toplumsal uyuma işaret eder. Bu tip yanıtlar daha çocuksu şekilde de verilmiş olabilir. Buna ek olarak, bütün bir hayvan yerine hayvana ait bir beden bölgesi tarifleniyorsa Ad şeklinde kodlama yapılır.

- **Popüler yanıtlar:** Banal yanıtlar. Sık rastlanan türde olan bu yanıtlar, kişinin herkes gibi olduğunu, gerçeklere uyduğunu ve sosyalleştiğini göstermektedir.
- Diğer yanıtlar ise nesne yanıtları, anatomi yanıtları, bitki, doğa, coğrafya yanıtlarıdır. Ek olarak culture has bazı yanıtlar ise özgün yanıtlar olarak değerlendirilmektedir.

Kaynak: İKİZ, T.: 2009 **Rorschach kodlama kitabı 2: Yetişkin normları** (2. Baskı). İstanbul, Türkiye: Bağlam Yayıncılık, s. 10-14.

İKİZ, T.: 2017 **Rorschach testi: psikanalitik yorum, kodlama ve uygulamalar** (1. Baskı). İstanbul, Türkiye: Bağlam Yayıncılık, s. 11-120, 199-213.

BEKTAŞ, E.: 2013 “**Manik depresif hastalarda anne kız ilişkisinin ruhsal yönden incelenmesi**”, Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, s. 55-56.



Ek-5. RORSCHACH TESTİ PROTOKOL ÖRNEĞİ

Ad Soyad: Ayşe

Yaş: 27

Uygulama Tarihi: 22.11.2018

YANITLAR	ANKET	KODLAMA
I. KART (Düz) “Şey bu; “yarasa kuşuna benziyor. Ona benzettim.” “Arkadan insan omurgasına benzettim.” (Elleri çenesinde; gülüyor.) “Tamam bu kadar” (Yan) “Şunlar sert bakan 2 göz ve sert bir ağız varmış gibi.” “Uzak bir dağın arkasında iki insan el sallıyor gibi, iki insanın eli var gibi. Kafası, elleri var gibi arkadan.” “Bu kadar.” (Sonradan eline aldı.) “Arı da olabilir.”	“Yarasa; kolları falan genel anlamda.” “İnsan omurgası; anatomik olarak; sağlıkta olduğum için ben.” “Gözleri, arının iğnesi; cins arılar olur ya onlar daha büyüktür.”	G F+ A (BANAL) D FE Anat (arkadan omurga) DdBl F± Hd (göz, ağız) D K Sahneleme/H (insan, el sallıyor) D FE Doğa (uzak dağın arkası) D F+ A (arı)
II.KART “Bunlar sanki bir hayvanın, ayı, iri bir hayvanın ayakları.” “Bu da sanki bacaklarımdan, bacak arasından akan bir sıvı.” “Şu kısım da akciğer şekli gibi olabilir.” (Yan) “Başka bir şey yok.” “Ekstra kol-bacak gibi bununla bağlantılı.” “Değişik” der	“Bacakları, dizleri iri bir hayvan sanki.” “Sıvı, kan; renkli olduğu için kan diyebilirim.” “Akciğer aynı zamanda.” “Bu şekillerin gerçek anlamları sizde var mı?”	D EF Ad (iri hayvan ayağı) D kobC Anat. (akan kan) D FC Anat (akciğer) D F- Ad (kol-bacak)
III.KART “Birbirine bakan 2 yüz var. ... Belirli mesafeden birbirine bakan.” (Yan-Ters) “Birbirlerinin kalpleri iç içe geçmiş gibi.” (ortadaki kırmızı) “Sanki arkadan sarkanlar da onların ruhu, onlara ait bir parça gibi. Sanki onlara bir şeyler söylüyor gibi. Kafalarına denk gelmiş. Öyle. Bu kadar.”	“Yaratık şekli gibi; ruhani, melek gibi; kafalarının içinde onlara söylüyor gibi.”	Dd F- Hd (yüz) →K D F+ Anat (BANAL) (kalp) D F+ (H)/Soyutlama (melek) →K
IV.KART “Bildğin örümcek. Örümcek yani. Kolları, bacağı, bacakları, ayrı gövdesinin olduğu yerler. Ya da arkadan bakınca örümcek gibi.” (Eline aldı.) “Kaba bir hayvan. Nesli tükenmiş iri hayvan; fil gibi; gözleri” (Bana gösteriyor.) “Öyle...”	“Örümceğin kafası, örümceğin kolları, gövdesi” “Mamut gibi”	G F- A (örümcek, perspektif; arkadan) G EF A (iri hayvan; fil, mamut)
V.KART		

• (Düz) • “Kelebek” • (Ters) • “Yani kelebek...Önden, arkadan...Başka bir şey yok. Kelebek andırdı bana.” • “Ha bir de...” • (Ters) • “2 tane kafa; birbirine yaslanmış kuğu, kuş gibi. Birleşmiş bedenlen kanatlar. Yana açılmış, gövdelerini birleştirmiş kuş, kuğu tarzı bir şey. Öyle...”	“Ama tersten kanatlarını açmış.” “Bedenleri birleşmiş”	G FE A(BANAL) (kelebek, tersten kanatlarını açmış) G F± A (kuğu, kuş)
VI.KART • (Ters) • “Ağaç gövdesi gibi geldi bana; ot.” • “Ama bir yandan yılan kafası gibi; boydan boya, gibi geldi.” • (Düz) • “Kaplumbağayı da andırıyor; gövdesi, ayakları. Bu kadar.”	“Ağacın kökü” “Üstten bakınca kaplumbağa kafası, gövdesi...”	D F- Bitki (ağaç gövdesi, ot) D F+ Ad (yılan kafası) G F+ A (kaplumbağa)
VII.KART • “Testin amacı ne? Kaç kart oldu? Kaç kartımız var ya da 4 mü, 5 mi?” • “Bu sanki yüksek bir şeyin üstünde ya da bir şeyin kanadı üzerinde duran yavru köpek olabilir. Kuyruğu var sanki. Kulakları olabilir. Öyle. Bitti. Başka bir şey yok.”	(Karşılıklı iki tane yavru köpeği kastediyor.) (Ters) “Şu ikisi domuz kafasını andırıyor, tersten bakınca domuz yüzünü yani.” (Domuz yüzü, ağzı, gözleri)(D3 F- Ad; kodlamaya dahil etmiyoruz.)	D F+ A (yavru köpek) D F- Nesne (köpeğin üzerinde durduğu şey)
VIII.KART • (Düz-Ters-Düz) • “Sanki bunlar aslan, kaplan gibi. 2-Bunlar da onların sürüsü...3-Şunlar yaratık gibi. Onları patileriyle tutmuş gibi...” • Ormanlık, ağaçlık bir yerde tırmanıyor gibiler. Kavramaya çalışıyorlar gibi.” • (Yan-Ters) • “O kadar. Başka bir şeye benzetemedim.”		ŞOK D F+ A/Sahneleme (aslan, kaplan) D kan A (sürü; tırmanıyor gibiler.) D kan (A)/(Ad) (yaratık patileriyle tutmuş; kavramaya çalışıyorlar gibi) D F+ Bitki (ormanlık)
IX.KART • (Ters-Yan-Ters-Yan-Düz- Yan) • (Telefonuna bakmış/basmış.) • “Sanki bir çocuk ya da insan uçurumdan itiyor gibi, yeşil şeyi. Önündeki uçurumdan atıyor gibi.” • “Göl, su gibi (bir şey) var uçurumun yanında. Aynı resim oraya yansımış, gibi geldi.	“Çocuk bunu itiyor. “Göl gibi. Gölgesi yansımış.”	ŞOK D K H/Sahneleme (çocuk/insan) D CF Nesne (yeşil şey) Dbl FE Doğa (uçurum) D E Doğa/Yansıma (göl)

Öyle...” • (Ters-Düz-Yan) • “Düz bir şeye benzetemedim.” • (Ters) • “He... İnsan omuzu, omurgası gibi, insan anatomisine benziyor. (Kırmızı tepede). Omuz, pelvis.”	“Ciğerler” (D1 F- Anat) (Kodlamaya dahil etmiyoruz.)	D F- Anat (omuz, omurga) Dbl F- Anat (pelvis)
X.KART • “Çok karışık” • “Bunlar balık sanki denizin içinde balıklar var. Balıklar... şekil şekil, deniz anaları gibi, yengeç gibi, su kaplumbağası gibi, deniz üstünde kuğular gibi, şekilli şekilli, deniz altı yaratıkları gibi geldi bana, öyle... Balık-malık.” • “Bir de şurda... 2 tane ayrı dağ gibi. 2 canlı insan ayaklarını sabitlemişler. Orda birleşiyorlar; bir oluyorlar gibi. Hepsinin birbiriyle bağlantısı var gibi. O kadar.”	“Denizin üstündeki kuğu, arkasını dönmüş, dip dibe kuğu” “Birbirine yapışmış yaratık gibi. Ayaklarının bir kısmını dağa dayamışlar; destek almak için, düşmemek için. Öyle...”	D F- A (Balıklar) D F+ A (Balıklar) Dd F+ A (Balıklar) D F+ A (Deniz anaları) D F+ A (BANAL) (yengeç) D F- A (Su kaplumbağası) D F- A (Kuğular) G F± A (deniz altı yaratıkları) D F+ Doğa (iki dağ) D K H/Sahneleme (iki canlı insan ayaklarını sabitlemişler)

Beğendiği Kartlar:

- **Kart X** : “Bu güzelmiş. Deniz altı canlıları gibi geldiği için.”
- **Kart III** : “Birbirine bakan (şeyler) var. Kalbinin yapıştığını görmek, bir bütün olmak güzel geldi.”
- **Kart VIII** : “Kaplanlar gücü temsil ediyor. Ondan sevdim”.

Beğenmediği Kartlar:

- **Kart I** : “Sevmedim. Sert baktığı için. Yarasa kanadı gibi.”
- **Kart II** : “Canlının ayağı sanki canı yarıyor, akıyor.”

Ek-6. TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ)

YÖNERGE: Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını ilgili kısmı işaretleyerek belirleyiniz.

1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

3. Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

4. Duygularımı kolayca tarif edebilirim.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

5. Sorunları yalnızca tarif etmektense/tanımlamaktansa onları çözümlemeyi yeğlerim.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

6. Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

7. Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurlarına bırakmayı yeğlerim.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

10. İnsanların duygularını tanıması gereklidir.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

12. İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

14. Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

15. İnsanlarla duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

16. Psikolojik dramalardansa hafif eğlence programlarını izlemeyi tercih ederim.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

17. En içteki duygularımı yakın arkadaşlarıma bile açıklamak benim için zordur.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

18. Sessizlik anlarında bile kendimi birine yakın hissedebilirim.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

19. Kişisel sorunları çözmede duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

20. Film ya da tiyatro oyunlarında gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.

☐Hiç katılmıyorum ☐Katılmıyorum ☐Kararsızım ☐Katılıyorum ☐Kesinlikle katılıyorum

Ek-7. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE)

YÖNERGE: Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin.

Seçenekleri belirtirken aşağıdaki puanlamayı kullanın:

- 1: Asla böyle bir şey yapmam.
- 2: Çok az böyle yaparım.
- 3: Orta derecede böyle yaparım.
- 4: Çoğunlukla böyle yaparım.

1. Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

2. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

3. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

4. Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

5. Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

6. Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

7. Allah’a tevekkül eder, O’na dayanırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

8. İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

9. Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

10. Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

11. Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

12. Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

13. Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

14. Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

15. Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

17. Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

18. Allah'ın yardımını umarım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

19. Bir eylem planı yaparım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

20. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

23. Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

24. Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

25. Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

26. Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Coğunlukla böyle yaparım.

27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Coğunlukla böyle yaparım.

28. Duygularımı dışarı vururum.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Coğunlukla böyle yaparım.

29. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Coğunlukla böyle yaparım.

30. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Coğunlukla böyle yaparım.

31. Sorunla karşılaştığında her zamankinden daha çok uyurum.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Coğunlukla böyle yaparım.

32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Coğunlukla böyle yaparım.

33. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

34. Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

35. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

36. Sorunla ilgili şaka yaparım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

37. İstedigimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

38. İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

39. Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

40. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

41. Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

42. Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

43. Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

44. Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

45. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

46. Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

47. Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için dobra dobra bir tavır takınırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

48. Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

49. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

50. Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

51. Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

52. Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

53. Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

54. Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

55. Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

56. Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

57. Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

58. Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

59. Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
- 2 ☐ Çok az böyle yaparım.
- 3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
- 4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

60. Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

- 1 ☐ Asla böyle bir şey yapmam.
2 ☐ Çok az böyle yaparım.
3 ☐ Orta derecede böyle yaparım.
4 ☐ Çoğunlukla böyle yaparım.

